

01968  
17



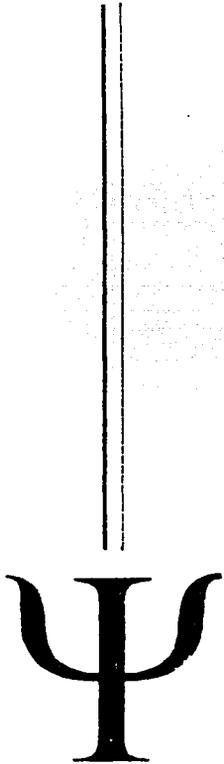
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**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  
NORMA PATRICIA SANTAELLA MORALES

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO  
COMITE TUTORIAL: DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA  
DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN  
DR. SAMUEL JURADO CARDENAS  
MTRA. SANDRA A. ANGUIANO SERRANO  
MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA  
MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA



MEXICO, D. F.

**IMPRESO CON  
FALLA DE ORIGEN**

2003



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS  
CON  
FALLA DE  
ORIGEN**

A mi compañero, amigo y esposo  
por su apoyo incondicional en todos los  
aspectos para iniciar y concluir la maestría  
hasta este momento, gracias por tu amor  
Ger, desde mi ser.

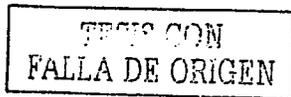
Desde tiempo atrás te he esperando  
has sido mi motivación y anhelo  
eres el ser que da otro sentido más  
a mi vida, he concluido para estar contigo.  
Bebe.

A mis padres gracias por sus enseñanzas  
y amores que son los cimientos de lo  
que he realizado. Al afecto de Lupi y Luis.

A José y a Carlos por su orientación  
enseñanza y amistad, gracias.

A todos mis pacientes por haberme  
permitido aprender de mi carrera y de  
la vida

A Leonardo por su ayuda  
apoyo y paciencia



... a la Dirección General de Bibliotecas  
... a difundir en formato electrónico e impreso  
... contenido de mi trabajo de maestría  
NOMBRE: NORMA PATRICIA  
SANTAFELIA MACRAES  
FECHA: 12 DE JUNIO 2003  
FIRMA: [Signature]

Índice

Resumen	.....	1
Primer reporte	.....	2
Segundo reporte	.....	14
Bibliografía	.....	26
Anexo 1	.....	33
Anexo 2	Técnica de Solución de Problemas en pacientes con cáncer de mama.	.....34
Anexo 3	Propuesta de video de desensibilización para pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía.	.....41
Anexo 4	Intervención cognitivo conductual en síntomas físicos y psicológicos provocados por la quimioterapia.	.....43
Anexo 5	Programa de modificación conductual para niños entre cuatro y seis años con leucemia que presentan conducta oposicionista.	.....50
Anexo 6	Taller de solución de Problemas para cuidadores y tutores de niños con leucemia.	.....54

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Resumen

La primer parte del presente reporte plasma el trabajo realizado como residente en Medicina Conductual en el Hospital Juárez de México con pacientes adultos quienes fueron diagnosticados con cáncer, la atención fue a través de técnicas cognitivo conductuales desde el momento del diagnóstico médico y a lo largo de tratamiento. La intervención consistió en diagnóstico psicológico, implementación de programas de intervención y evaluación. Así mismo el manejo de niños con leucemia en el Instituto Nacional de Pediatría con las mismas técnicas mencionadas adaptadas al nivel de desarrollo y cognición de los niños, además del manejo con los padres.

En la segunda parte correspondiente a los anexos se reportan cada uno de los proyectos que se realizaron en las sedes mencionadas. Tres corresponden a la primera rotación Técnica de solución de problemas en pacientes con cáncer de mama Propuesta de un video psicoeducativo para pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomia y Programa de modificación cognitivo conductual en síntomas físicos y psicológicos provocados por la quimioterapia.

El anexo cinco y seis corresponden a los proyectos desarrollados en la segunda rotación, Programa de modificación conductual para niños entre cuatro y seis años con leucemia que presentaron conducta oposicionista y taller para cuidadores primarios de solución de problemas de niños con leucemia.

TFESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

Probablemente la motivación más importante del ser humano, después de la supervivencia, es la salud. Entre los esfuerzos más importantes en el ámbito personal, familiar e institucional, en todos los países del mundo destaca el mantener y restaurar la salud de sus habitantes, en nuestro país no es una excepción. En prácticamente todos los sectores (público y privado), la salud constituye una preocupación fundamental y se ha convertido en una condición sin la cual no puede haber otra actividad humana, por importante o deseable que sea

Por otra parte, las condiciones y estilos de vida impuestos por el crecimiento económico y social, están favoreciendo el incremento de la incidencia de enfermedades de tipo crónico degenerativo tales como la hipertensión arterial, los problemas cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Estos tipos de enfermedades conjuntamente constituyen la principal causa de muerte en México

Los problemas de enfermedad y salud están íntimamente relacionados con aspectos sociales y culturales, ambos aspectos influyen en las creencias y conductas del paciente respecto a la enfermedad, tratamiento y hacia la institución. En gran parte de la población la conducta como paciente tiende a ser pasiva frente al médico y a la institución, a veces esta actitud genera dependencia del mismo paciente y de los familiares, sus estrategias de afrontamiento no favorecen una adecuada adaptación y autocuidado

Al no contar con un favorable autocuidado del paciente, las reincidencias y los agravamientos de las enfermedades generan más costos para la institución y para el paciente

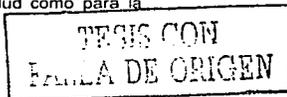
Por lo tanto, como parte del equipo de salud en formación en la Residencia en Medicina Conductual una de mis funciones fue coadyuvar al mantenimiento de la salud de los pacientes generando, apego y seguimiento del paciente a su plan de tratamiento

En este reporte describo las actividades que desarrollé, desde los procesos de intervención así como las habilidades en la evaluación, y diagnóstico, también las técnicas y herramientas adquiridas en este proceso de enseñanza aprendizaje para el tratamiento grupal o individual, y la sensibilización que se logró con el resto del personal médico

## MEDICINA CONDUCTUAL

Antecedentes y traslapaciones de la medicina conductual Desde finales de la década de los 70as se utiliza el término de Psicología de la Salud para referirse a las;

Contribuciones científicas y profesionales que desde la psicología se puede realizar tanto para la promoción y mantenimiento de la salud como para la prevención y el tratamiento de las enfermedades.



Entre los antecedentes históricos mencionaré los siguientes:

- En 1973 Birk utiliza por primera vez el nombre de Medicina Conductual, hace énfasis en la importancia de las técnicas conductuales de manera particular en la biorretroalimentación, partiendo de su propuesta abordó desde el enfoque conductual problemas médicos como la epilepsia, el asma, dolor de cabeza tensional y migrañas entre otros, (citado en Manual de Evaluación en psicología clínica y de la salud Buela Casal, Caballo y Sierra, 1996).
- En 1976 inicia la publicación de una revista sobre biorretroalimentación.
- En la Conferencia sobre Medicina Conductual llevada a cabo en 1977 surge formalmente la Medicina Conductual
- En 1978 se empieza a publicar Journal of Behavioral Medicine (Schwartz y Weiss, 1978).
- La Medicina Conductual es el campo interdisciplinario interesado en el desarrollo y la integración del conocimiento y de las técnicas de las ciencias conductual y biomédica, relativas a la salud y la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación (Schwartz y Weiss, 1978).

En 1978 la Asociación Psicológica Americana establece los lineamientos de la PSICOLOGIA DE LA SALUD

- a).-La promoción y el mantenimiento de la salud a para motivar estilos de vida y conductas saludables
- b)La prevención y el tratamiento de la enfermedad, la rehabilitación y de medidas preventivas
- c)La identificación de enfermedades y factores de personalidad, procesos perceptuales fisiológicos específicos en cada problema de la salud.
- d) La mejora del cuidado de la salud en los hospitales médicos.

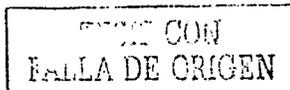
## 1.-- ROTACIÓN DEL PRIMER AÑO: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

### 1.1.-Características de la Sede:

El Hospital Juárez de México se fundó el 23 de Agosto de 1847 con el nombre de "Hospital de San Pablo". Para el 19 de junio de 1962, se le dio el nombre de "Hospital Juárez de México" (Viveros, 2000). Después del sismo del 1985, el Hospital fue reconstruido y se inauguró el 19 de septiembre de 1989. Actualmente existen dos hospitales, uno en el centro de la ciudad, el Hospital Juárez del centro de la ciudad de México y el Hospital Juárez ubicado en el norte de la ciudad.

#### 1.1.1.Ubicación sede:

El Hospital se ubica en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160 Col. Magdalena de las Salinas C.P. 07760, México D, F.



**1.1.2 Nivel de atención:**

El hospital Juárez de México pertenece a la Secretaría de Salud, es un hospital que brinda servicio del tercer nivel de atención, es Sede Nacional de Transplantes.

**1.1.3 Servicios de la Sede:**

Cuenta con los servicios de internamiento y consulta en 19 especialidades que se muestran en el cuadro 1

Cuadro 1. Servicios Clínicos del Hospital Juárez.

Alergia	Anestesiología	Cardiología	Endoscopia
Cirugía General	Cardiovascular	Maxilofacial	Pediatría
Plástica y	Endocrinología	Patología	Ginecología
reconstructiva			
Epidemiología	Gastroenterología	Medicina Física y rehabilitación	Hematología
		Medicina Nuclear	Neurología médica
Infectología	Medicina interna		Neonatología
Reumatología	Ortopedia y traumatología	Nefrología	
Neumología	Neurocirugía	Urología y urgencias	Transplante renal
		Oftalmología	Oncología
Nutrición	Obstetricia y planificación familiar		
	Terapia intensiva	Psicología y	
Otorrinolaringología		Psiquiatría	

**1.2 Ubicación del residente de Medicina Conductual en la sede.**

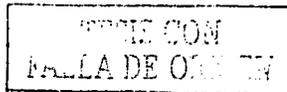
**1.2.1 Servicio al que se encontró adscrito:**

**SERVICIO DE ONCOLOGIA**

El servicio de Oncología cuenta con cuatro clínicas específicas (ver cuadro 2) y dos áreas de tratamiento, en todas las áreas se brinda el servicio de consulta externa y hospitalización

Cuadro 2 Clínicas del Servicio de Oncología.

Tumores mixtos
Mama
Ginecología
Cabeza y cuello
Radioterapia
Oncología médica (quimioterapia)



El área de consulta externa cuenta con cuatro consultorios, dos salas de radioterapia, una sala de quimioterapia, una sala de biopsias y urgencias, dos quirófanos y una sala de espera, aproximadamente se atienden a 500 pacientes a la semana.

En tanto que en el área de hospitalización tiene seis salas, con 6 camas cada una de ellas, los motivos de hospitalización son básicamente tres: pacientes que recibirán quimioterapia, pacientes que serán sometidos a cirugía y pacientes en tratamiento paliativo (manejo de dolor, reducción de síntomas secundarios etc). El promedio estimado de pacientes hospitalizados a la semana es de 50.

### 1.2.2 Recursos humanos:

**1.2.2.1 Médicos;** El servicio de Oncología se integra por el jefe de servicio, nueve médicos adscritos.

**1.2.2.2 Enfermeras;** 27 enfermeras 13 en consulta externa y 14 en hospitalización.

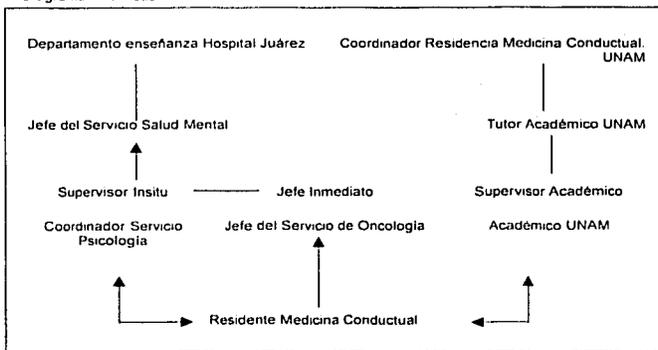
**1.2.2.3 Residentes;** tres residentes de tercer año, tres de segundo y cuatro de primer año. Cuatro residentes de Medicina Conductual.

**1.2.2.5 Estudiantes;** Además médicos residentes de cirugía general, cirugía de tórax, ginecología que rotan en el servicio de uno a tres meses.

**1.2.3 Otros;** Tres técnicos de radioterapia, tres trabajadoras sociales, dos recepcionistas, dos secretarías y dos camilleros.

### 1.2.3 Líneas de autoridad

Diagrama 1 Líneas de autoridad



### 1.2.4 Supervisión in situ:

Mtra. Bertha Molina Zepeda, coordinadora del Servicio de Salud Mental.

## 2. - ACTIVIDADES DESARROLLADAS.

Al llegar a la sede se contaba con el programa operativo; las dos primeras semanas conocimos todo el servicio e identifiqué las necesidades del mismo, a partir de este momento todos los días de la semana se llevó a cabo la visita médica con todo el equipo de médicos, adscritos y residentes, trabajo social y residentes de medicina conductual.

Durante las dos primeras semana las cuatro residentes rotamos por las seis clínicas del servicio de Oncología, a partir de la tercera semana nos organizamos por clínicas rotando tres meses en cada una de ellas, de tal forma que se pudo tener la experiencia clínica de atender a pacientes con diversos tipos de cáncer tanto en consulta externa como en hospitalización, además quedaban cubiertas las dos áreas de tratamiento. Después de la visita médica, los días de consulta (de acuerdo al área asignada según la rotación) permanecía dentro del consultorio médico con los médicos, identificando los pacientes que requerían atención psicológica, en otras ocasiones los pacientes eran canalizados directamente por el médico. Asimismo intercambiaba el tiempo de atención con los pacientes que estuvieran hospitalizados. En el anexo 1 se muestra la distribución de las actividades

### 2.1 Programas de Intervención específicos desarrollados

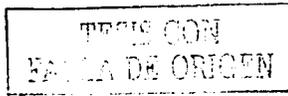
#### 2.1.1 Fundamentación teórica.

Las causas de mortalidad en el mundo por enfermedades varían de acuerdo con las diferentes circunstancias de cada nación, sin embargo el cáncer es una de las más importantes debido a su alta incidencia en la mayoría de los países. La Organización Mundial de la Salud estima que esta enfermedad produce anualmente 6 millones de muertes en el mundo. El cáncer está relacionado con la presencia de factores de riesgo como: el tabaquismo, exposición de tóxicos específicos ambientales y ocupacionales, uso de medicamentos y aspectos nutricios

Hay variaciones considerables en las tasas de mortalidad relacionada con la estructura por grupos de edad de cada población. La tasa de mortalidad por cáncer ha crecido en los últimos años. En México el cáncer ocupó, en 1994, el segundo lugar como causa de mortalidad general y generó 11.1% del total de muertes ocurridas en ese año. Al analizar las tendencias presentadas en este periodo, se observa que la curva es ascendente para el cáncer cervicouterino y el de mama, en cuanto al grupo de varones es ascendente en la leucemia

Actualmente el cáncer de pulmón ocupa la 13ª causa de muerte en nuestro país en la población general 1.5%, el cáncer de estómago la 12ª causa de muerte 1.1% y el de cuello de útero la 16ª causa de muerte 1.0%.

El cáncer parece surgir de los efectos carcinógenos en dos diferentes clases de genes. La primera comprende agentes que dañan los genes involucrados en el control de proliferación celular (proto oncogenes), la otra categoría incluye agentes que no dañan los genes pero selectivamente potencian el crecimiento de las células tumorales.



En las mujeres a nivel nacional el cáncer maligno del cuello del útero ocupa el 2.3% de la muertes en el 2001 en tanto que el tumor maligno de mama ocupa el 1.8% (secretaría de salud 2001).

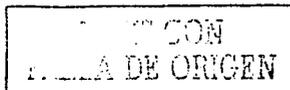
El cáncer surge cuando una sola célula acumula varias mutaciones, usualmente a lo largo de varios años, y al final escapa de las restricciones de la proliferación; las mutaciones permiten a las células y sus descendientes acumular alteraciones adicionales y perpetuarlas en un número creciente de células formando un tumor. A los factores que mutan estas dos categorías de genes se les conoce genéricamente como factores iniciadores y factores promotores.

El objetivo general del tratamiento oncológico es la curación, es decir, la completa erradicación de la enfermedad. Si esto no es posible, la segunda prioridad es el mantenimiento de una buena calidad de vida por medio de los cuidados paliativos.

El tratamiento psicológico del paciente con cáncer tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su entorno familiar, es importante considerar que el estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación del paciente al cáncer va a depender; del grado de patología a nivel clínico, de los efectos del tratamiento, de la información recibida, del apoyo social y recursos económicos. Dada la oportunidad de trabajar con el mayor de número de pacientes con cáncer de mama desde la etapa del diagnóstico, cirugía y tratamientos oncológicos, puede identificar sus necesidades y elaborar los siguientes trabajos:

### 2.1.2 Objetivos.

1. -Brindar atención psicológica a las cuatro clínicas de la sede y las dos áreas de tratamiento.
  2. Tener la experiencia clínica con los pacientes de las cuatro áreas de Oncología.
  3. -Tener seguimiento de los pacientes durante todo el proceso de tratamiento desde el momento del diagnóstico y favorecer la adherencia terapéutica.
  4. -Justificar la presencia de residentes en Medicina Conductual dentro de la sede.
  5. -Implementar programas de intervención adaptada a las características de cada paciente oncológico
  6. -Implementar programas en afrontamiento de la enfermedad, adherencia, manejo de estrés entre otros, y no solo manejar intervenciones en crisis
- a) Programa de intervención individual para las pacientes con cáncer de mama a través de la Técnica de Solución de Problemas para favorecer el tipo de afrontamiento y la adherencia al tratamiento. (Ver anexo 2)
  - b) Video psicoeducativo para pacientes sometidas a cirugía. (Ver anexo 3)
  - c) Intervención cognitivo conductual para pacientes con cáncer de mama en quimioterapia. (Ver anexo 4).



### 2.1.3 Método

Se describen en cada anexo correspondiente.

#### 2.1.3.1 Procedimiento.

En todos los programas las pacientes fueron captadas en el área de consulta externa y hospitalización de la unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

#### 2.1.3.2. Recursos utilizados.

En todos los programas el material utilizado fue elaborado y reproducido personalmente. En el caso del termómetro de temperatura digital, éste fue facilitado por académico de la facultad. En el video se contó con apoyo del personal de audiovisuales, sin embargo equipo, material y gastos del personal lo cubrimos entre mi compañera R2 y yo.

### 2.1.4.Resultados.

Durante los dos primeros trimestres cubrí el servicio de mama, en el que se atendieron un total de 650 sesiones con pacientes de primera vez y subsecuentes, se mantuvo en seguimiento a 29 pacientes desde el momento del diagnóstico y el seguimiento a lo largo de su tratamiento. Otras 14 pacientes atendieron en situación de crisis y estuvieron en seguimiento irregular, salvo dos pacientes con patologías psiquiátricas que estuvieron en seguimiento regular. El resto de pacientes se atendieron en una o tres ocasiones para manejo del estrés, aclaración de la información brinda por el médico y/o problemas de adherencia, el resto fueron atendidas en preparación prequirúrgica para cirugía de mama y en rehabilitación.

La edad de la población atendida durante el semestre estuvo entre 18 y 85 años, con una media de 42 años de edad, la mayoría con escolaridad primaria y secundaria, dos terceras partes de la población fueron mujeres casadas con hijos dedicadas al hogar. La mayoría son lugar de residencia del estado de México, Hidalgo, Tlaxcala, Puebla

Cuadro 3 Sesiones brindadas en la clínica de Tumores Mamaros

N. PACIENTES ATENDIDOS	PROMEDIO SESIONES PSICOLOGICAS SEGUIMIENTO	PROMEDIO DE SESIONES INTERVENCION EN CRISIS	TOTAL SESIONES BRINDADAS	TOTAL DE SESIONES BRINDADAS EN EL SEMESTRE
335	18 a 85 años	Primaria	16	780

Durante el segundo semestre roté por las clínicas de tumores mixtos de cabeza y cuello, así como tumores ginecológicos, en este último mi

rotación fue paralela con los otros dos servicios ya que cubrí vacaciones de mis compañeras.

Cuadro 4 Sesiones brindadas en las clínicas de Tumores Mixtos, Ginecología y Cabeza y Cuello.

SERVICIO	N. PACIENTES ATENDIDOS	PROMEDIO SESIONES PSICOLÓGICAS SEGUIMIENTO	PROMEDIO DE SESIONES INTERVENCIÓN EN CRISIS	TOTAL SESIONES BRINDADAS
TUMORES MIXTOS	104	12	13	289
CABEZA Y CUELLO	70	16	13	203
GINECOLOGIA	59	13	13	177

## 2.2 Actividades Académicas dentro de la sede:

### 2.2.1 Descripción de las actividades académicas:

En el primer trimestre acudí de 7:00 a 8:00 a clases con los residentes de oncología. Durante todo el año los días miércoles asistí a las sesiones de cirugía plástica y oncología, el objetivo de las mismas era discutir el caso del paciente entre oncólogos y cirujanos plásticos y brindarles la mejor opción de tratamiento al paciente. La participación de psicología consistía en trabajar con los pacientes una vez recibida la información médica para brindarles estrategias de afrontamiento específicas para el problema inmediato (toma de decisión respecto a la cirugía propuesta por el equipo, por lo general segunda cirugía o cirugías radicales) y situación en crisis, psicoorientación, apoyo familiar y acompañamiento.

Los días miércoles también acudí a las sesiones clínicas del servicio de psicología en la que se exponía un caso clínico y se discutía el mismo, así también se revisaban temas psicológicos. Durante el año me tocó participar en dos ocasiones una de ellas exponiendo caso clínico y una sesión bibliográfica.

Todos los martes acudía con mi supervisora in situ a sesiones clínicas y bibliográficas, se estableció en conjunto un programa temático, revisamos temas relacionados con la intervención cognitivo conductual y revisamos casos clínicos.

Algunos jueves de cada mes se tenía sesión conjunta con el servicio de maxilo-facial, sin embargo las sesiones eran más académicas ya que los pacientes no se encontraban presentes, sin embargo la información médica que recibí fue de vital importancia para manejo de mis pacientes.

### 2.2.2. Evaluación de las actividades académicas:

Todas las actividades tanto médica como psicológicas fueron de gran utilidad para mi formación, sin embargo considero que en esos programas sobre todo del área médica se debe incluir temas de psicología para difundir dentro del personal médico nuestras actividades con los pacientes

Los temas psicológicos revisados fueron de gran utilidad, tanto de obtención de nueva información y en otros de recordatorio de aspectos revisados en la formación como psicólogo, existió en la organización de las exposiciones como del temario prácticamente se cubrió el 100% de lo programado

## 2.3 Otras actividades profesionales no programadas pero realizadas (intervenciones breves, inter consultas, evaluación de pacientes no programados).

### 2.3.1 Descripción de las actividades:

Se realizaron cuatro inter consultas para el servicio de maxilo facial de pacientes sometidos a cirugía.

Dentro del área de Oncología se me solicitó apoyo para atender a una niña de siete años con diagnóstico de osteosarcoma en la mano derecha; la intervención consistió en preparación pre y post quirúrgica.

Se solicitó el apoyo por parte de enfermería para una charla de aspectos psicológicos del paciente colostomizado, esta sesión se realizó con el grupo de apoyo de pacientes colostomizados del hospital.

Con el equipo de psicología participamos en la evaluación psicológica (aplicación y calificación de pruebas) del proceso de selección de los residentes de nuevo ingreso del hospital

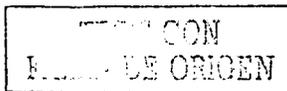
## 2.4 Asistencia a eventos académicos.

Durante este período asistí al Congreso de Psico-oncología del Instituto Nacional de Cancerología ( del 28 al 30 de agosto del 2001)

### 2.4.1 Competencias profesionales alcanzadas con esta actividad.

Conocer los avances en otras instituciones en el área de la Medicina Conductual, Psicología de la Salud y Psico- oncología.

Actualizar mis conocimientos respecto a programas de intervención



### **3.-EVALUACIÓN**

#### **3.1 De los programas específicos desarrollados en la subsede.**

Las actividades desarrolladas y la organización descrita en el anexo 1 me permitieron conocer las diferencias en los estilos de vida de los pacientes con cáncer dependiendo de la localización del mismo, y llevar acabo los objetivos establecidos en el programa operativo y sobretodo alcanzar destreza y habilidades dentro de la Medicina Conductual en el manejo de los pacientes.

#### **3.2. De la subsede.**

Considero que el área de Oncología del Hospital Juárez fue una excelente sede; en la población atendida, el apoyo del jefe del servicio y del personal, la supervisión in situ. Sin embargo la limitante considero que fueron los espacios físicos y la supervisión asistida.

#### **3.3 Del sistema de supervisión.**

##### **3.3.1 Del supervisor insitu**

El sistema de supervisión in situ se llevó acabo una vez a la semana una hora, en el mismo se revisó literatura de las técnicas de intervención, la exposición del tema era libre mismo que se relacionaba con casos clínicos que estuviéramos tratando. Asimismo en ocasiones conté con supervisión individualizada de pacientes que tenía en seguimiento. La preparación académica de la supervisora, la experiencia clínica y la disponibilidad para la supervisión repercutieron significativamente en mi aprendizaje a través de su apoyo académico, de formación clínica e incluso personal.

##### **3.3.2 Del supervisor académico.**

La supervisión Académica en la sede sólo se tuvo en tres ocasiones, sin embargo externamente se podía tener contacto con el supervisor y revisar o acceder a materiales de apoyo. Considero que sería favorable establecer un programa en conjunto del supervisor in situ y del académico para tener mayor aprovechamiento de lecturas y de casos clínicos del área asignada, asimismo optimizar el tiempo para proponer programas de investigación.

#### **3.4 De las actividades profesionales realizadas.**

Las actividades que desempeñé durante este año fueron significativas debido al número de pacientes atendidos y a las demandas de los mismos para atender nuevos casos. Mismos que me motivaron para desarrollar programas específicos y poder abarcar mayor población.

La favorable relación de trabajo establecida con personal médico del área; médicos; adscritos y residentes, enfermería y trabajo social, logrando constituir

un verdadero equipo de trabajo en el que ya no era necesario estar todo el tiempo en el consultorio médico debido a que el personal canalizaba directamente al paciente o era solicitada para atender situaciones en crisis dentro del mismo consultorio médico.

Este trabajo creo repercutió favorablemente en los pacientes y en el servicio.

### 3.5 Competencias profesionales alcanzadas.

En este año de acuerdo a las áreas generales de entrenamiento logré destreza y habilidades en:

Detección de factores de riesgo y modificación de estilos de vida, tanto en los pacientes como familiares.

Diagnóstico y valoración de problemas de afrontamiento, estrés, depresión, ansiedad y déficit de habilidades sociales.

Diagnóstico y valoración de problemas de adherencia y riesgo de abandono al tratamiento médico.

Manejo de estrategias de afrontamiento para el control y mantenimiento de la calidad de vida.

Manejo del estrés.

Manejo del paciente para favorecer la adherencia terapéutica.

Manejo de depresión, ansiedad y déficit en habilidades sociales que acompañan al paciente con cáncer y a sus familiares.

Manejo en estrategias de solución de problemas.

Utilización de la retroalimentación biológica en el manejo del dolor, náuseas y vómitos

Diseño de programas de rehabilitación en pacientes con cáncer.

Elaborar notas clínicas hospitalarias, manejo de expediente clínico.

Utilización de instrumentos de medición y diseño de registros de medición

Aprendí a diseñar programas de intervención de acuerdo a las necesidades de cada paciente en relación con su tratamiento, en varios casos combinando las técnicas aprendidas

Llevar acabo evaluaciones de los programas de intervención aplicados por medio de los instrumentos de medición y de evaluación clínica.

#### 4.-CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.

- a). -Brindar una secuencia a las supervisiones académicas misma que estuviera en concordancia con la supervisión in situ y tener una verdadera formación de intervención con sustentos teóricos y clínicos.
- b). -Darle continuidad a los programas que dentro de la sede resulten positivos, es decir, ser continuados por los nuevos residentes siempre y cuando hayan demostrado tener un impacto positivo en la población atendida y en la misma institución.
- c). -Tener mayor apoyo del supervisión in situ en la sede directamente con los pacientes.
- d).-Tener mayor apoyo del supervisor académico, para complementar la información y formación bibliográfica de los tipos de intervención.

La ventaja de estar en un programa de residencia es la oportunidad de formarse a través de cuatro aspectos importantes, la teoría, la clínica, la supervisión y la investigación. Considero que en la formación como psicóloga del área de Medicina Conductual han sido fundamentales estos cuatro aspectos porque solo a través de la experiencia clínica se puede comprobar la teoría. La discusión y el análisis del intercambio de ideas con los supervisores permite tener un manejo objetivo de la intervención con el paciente, la experiencia con pacientes permite proponer programas de investigación dentro del área de la Medicina Conductual ya sean exploratorios o de intervención que tengan un verdadero impacto en la población atendida, en la institución y que genere nuevos espacios para el residente en Medicina Conductual.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## ROTACIÓN DEL SEGUNDO AÑO INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA.

### INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades agudas o crónicas, la hospitalización y las intervenciones quirúrgicas van asociadas con una desviación del estado normal de equilibrio adaptativo que el niño mantiene cuando se encuentra bien de salud. La desviación, tanto si es breve como prolongada, se produce como resultado de los estímulos físicos, psicológicos y sociales creadores de estrés que acompañan al cambio de salud a enfermedad. La dotación genética del niño, su capacidad de desarrollo, la naturaleza favorable de su ambiente familiar, sus experiencias anteriores y sus recursos psicológicos desempeñan un importante papel en la determinación de la naturaleza del eventual desenlace de estos estímulos tensos.

El niño hospitalizado cubre una laguna importante en la literatura científica psicológica y médica. La enfermedad es un acontecimiento común en la vida del ser humano. Al menos las enfermedades comunes o trastornos generales del estado de salud, así como diversos actos preventivos son frecuentemente experimentados por todos los individuos a lo largo de su desarrollo. Para Palomo Blanco (1995), la enfermedad produce sensaciones internas inusuales, un repentino conocimiento de partes corporales desconocidos, así como una inexplicable pérdida de control de procesos o funciones del cuerpo. Consecuentemente, el niño reacciona ante este nuevo ambiente tratando de comprender y adaptarse favorablemente, sin embargo surge una connotación cognitiva negativa que dificulta esta adaptación al considerar la percepción de la enfermedad y su tratamiento como un castigo.

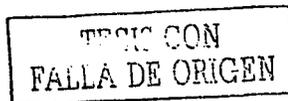
Una de las primeras experiencias adversas que vive cualquier niño es la hospitalización. Cuando un niño se enferma, los padres utilizan un conjunto de creencias, actitudes y comportamientos, que dependerán en gran parte de sus experiencias, su nivel cultural, la información que posean y lo aprensivos que sean, así como la gravedad real del cuadro.

### 1.1. -Características de la Sede:

El Instituto Nacional de Pediatría es un organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios. Coordinado sectorialmente por la Secretaría de Salud, se rige conforme a las disposiciones del decreto presidencial publicado en el Diario Oficial en 1988. En más de un cuarto de siglo de actividades ha consolidado un gran prestigio como institución formadora de recursos humanos altamente especializados en las diferentes disciplinas de la pediatría.

#### 1.1.1. Ubicación sede:

Se encuentra ubicado en la zona sur del DF. Avenida Insurgentes No. 3700 Letra C, Col Insurgentes Cuicuilco cp 04530. Del Coyoacán.



**1.1.2 Nivel de atención:**

El Instituto Nacional de Pediatría es un hospital de tercer nivel de atención.

**1.1.3 Servicios de la Sede:**

Cuenta con los servicios de consulta externa, internamiento y el servicio de urgencias, 17 especialidades además de tres servicios denominados troncales como son; Pediatría, Genética Médica y Estomatología, brinda también los servicios de; atención integral al Niño Maltratado, Oftalmología Pediátrica, Oncología Quirúrgica Pediátrica, Inmuno-Genética en Dermatología Pediátrica, Medicina de Rehabilitación Pediátrica y Radiología Pediátrica, cuenta con un servicio de Salud Mental Pediátrica, las restantes forman las especialidades del área de pediatría.

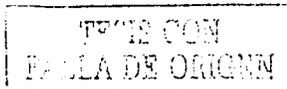
Cuadro 5 Servicios Clínicos del Instituto Nacional de Pediatría.

Alergia e Inmunología Clínica	Neurología
Anestesiología, Cardiología	Oncología Médica
Cirugía	Patología
Dermatología	Terapia Intensiva y Medicina Crítica
Endocrino y Metabolismo	Infectología General
Gastroenterología.	Otorrinolaringología
Hematología,	Neumología,
Nefrología,	Neurocirugía
Neonatología	

**1.2 Ubicación del residente de Medicina Conductual. en la sede.****1.2.1 Servicio al que se encontró adscrito:****SERVICIO DE SALUD MENTAL-SERVICIO DE HEMATOLOGIA.**

El servicio de salud mental cuenta 12 consultorios designados para la consulta externa y terapia familia

Servicio de Hematología, este servicio cuenta con un área de hospitalización con 13 camas, un área de toma de productos en hospitalización, cuatro consultorios de consulta externa, un área compartida con Oncología para administrar quimioterapia ambulatoria y un laboratorio. Sin embargo el servicio utiliza camas del área de Infectología y Urgencias. NOTA: En el servicio se atienden pacientes con leucemias y problemas hematológicos



### 1.2.2 Recursos humanos:

#### 1.2.2.1 Médicos;

El servicio de Salud Mental cuenta con un jefe de servicio, tres psiquiatras y ocho psicólogos adscritos

Servicio de Hematología cuenta con un jefe de servicio, cuatro médicos adscritos.

#### 1.2.2.2 Enfermeras;

Servicio de Hematología diez enfermeras, seis en hospitalización y tres en consulta externa

#### 1.2.2.3 Residentes;

Servicio de Salud Mental: cuatro residentes de psiquiatría y dos residentes de Medicina Conductual.

Servicio de Hematología: cuatro residentes de Hematología.

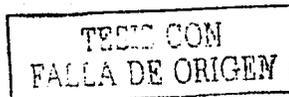
#### 1.2.2.4 Estudiantes;

Servicio de Salud Mental: alumnos de servicio social de la carrera de Psicología..

Servicio de Hematología: Un residente de Oncología que rota periódicamente y tres residentes de pediatría que rotan en el servicio de cada tres meses.

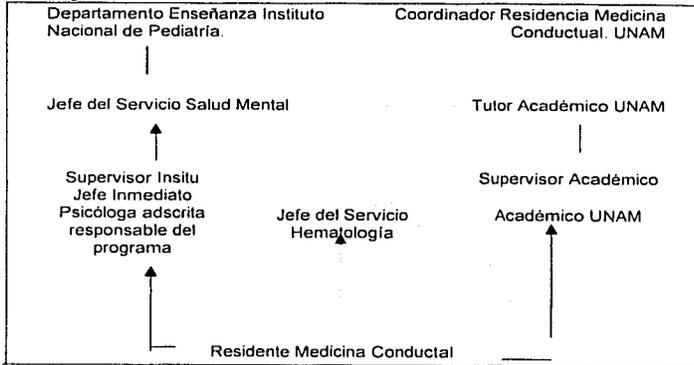
#### 1.2.2.5 Otros;

Dos trabajadoras sociales, una recepcionista, dos secretarías y Personal de laboratorio.



**1.2.3 Líneas de autoridad**

Diagrama 2 Líneas de autoridad.



**1.2.4 Supervisión in situ:**

Psic. Gabriela Michaca: tres meses. Psic. Shirley Rubio, nueve meses  
Psicólogas adscritas

**2. - ACTIVIDADES DESARROLLADAS.**

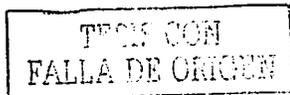
La sede cuenta con un programa operativo que se realizaba parcialmente, dejando de lado la formación del residente en Medicina Conductual bajo la modalidad cognitivo conductual, enfocándose a aspectos neuropsicológicos y psicoanalíticos, (valoraciones neuropsicológicas, historias clínicas de desarrollado diseñada para Trastornos por Déficit de Atención bajo teoría analítica).

Al estar en desacuerdo con las actividades asignadas una vez valorados los pacientes y realizada la historia clínica, identificaba el motivo de consulta y elaboraba un programa de intervención bajo nuestro fundamento teórico (cognitivo-conductual) con cada paciente; las líneas de trabajo fueron las siguientes

**2.1 Programas de Intervención específicos desarrollados**

Objetivo General:

Tener seguimiento de los pacientes durante todo el proceso del tratamiento desde el momento del diagnóstico y favorecer la adherencia terapéutica del paciente y del familiar.



Justificar la presencia de residentes en Medicina Conductual dentro de la sede. Implementar programas de intervención adaptado a las características de cada paciente hematólogo, en afrontamiento de la enfermedad, adherencia, manejo de estrés entre otros, y no solo manejar intervenciones en crisis, de modificación conductual con los niños y padres. Brindar apoyo a familiares de los pacientes. Implementar programas de desensibilización sistemática en los niños y de retroalimentación biológica.

### 2.1.1 Fundamentación teórica.

La incidencia de enfermedades crónicas degenerativas ha aumentado en las últimas décadas. Las patologías malignas pediátricas entre 5 y 14 años de edad en nuestro país ocupan el segundo lugar entre las diez causas más frecuentes de muerte. (Rivera 2002).

El tratamiento psicológico del paciente con cáncer ( niños y adultos) tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y adaptación, tanto del paciente como de los miembros de su familia.

Existen distintos tipos de leucemia: Mieloide, cuando afecta la producción de monocitos o granulocitos. Linfóide, cuando afecta la producción de linfocitos. A su vez, pueden subdividirse en formas agudas o crónicas.

a).-Las formas agudas tienen una manifestación y un desarrollo rápido si no se tratan. La anormalidad se da en una célula inmadura (blastos). Las leucemias agudas, las más malignas, son causadas por la proliferación de células inmaduras (jóvenes), de crecimiento y proliferación muy rápidos. El desenlace es fatal, generalmente en pocos meses, si no se aplica un tratamiento efectivo.

b).-Las leucemias crónicas son causadas por células maduras, de crecimiento y reproducción menos rápidos, de curso evolutivo más lento y frecuentes remisiones espontáneas que pueden durar varios meses. Son de mejor pronóstico que las leucemias agudas.

El trabajo del residente de Medicina Conductual estará enfocado en dos niveles; al manejo con los padres y el manejo con el paciente, los niños. En el caso de los niños el estilo de afrontamiento y el nivel de ajuste o adaptación dependerá en gran medida de los padres e independientemente de las características individuales de cada niño, algunos de estos factores según Gómez (1998) son; la enfermedad, la duración, lo dolorosa que sea, la actitud de la familia, si está en casa u hospitalizado, el clima afectivo que se vive en el hogar y la capacidad de percepción que tenga respecto a él mismo y a todo lo que le rodea y la edad entre otros. La reacción de los adultos ante la información de una enfermedad crónico degenerativa ha sido descrita por varios autores, quienes coinciden que para la mayoría de las familias el diagnóstico de cáncer significa una crisis y un cambio en su estilo de vida, las emociones generadas en los familiares van desde sentimientos de miedo, de pérdida de la salud hasta la culpa. (Palomo 1995; Seligson y Reynoso 1996). Estos sentimientos generan conductas no favorables para el proceso de adaptación de los niños.

Los niños con leucemia requieren de procedimientos invasivos repetitivos los cuales pueden ser aversivos a pesar de la intervención farmacológica para controlar el dolor. Desde la perspectiva de los niños, la estimulación aversiva es intermitente, impredecible e incontrolable, y tiene una variedad de secuelas conductuales negativas que pueden desarrollarse incluyendo manifestaciones de ansiedad, aislamiento emocional intentos evitativos o escape al tratamiento y en algunos casos severos berrinches o agresión.

Los altos niveles de estrés conductual son un problema particularmente para los pequeños y los niños en edad preescolar (Dahquist, 1995). Los niños con cáncer consideran dolorosamente los procedimientos.

La punción lumbar y la aspiración de la médula ósea han sido típicamente demostrados como procedimientos dolorosos, menos invasivos pero frecuentemente realizados son la canulación intravenosa o venopunción e inyecciones subcutáneas o intramusculares, y que generan estrés en los niños. En algunas investigaciones se han utilizado video juegos como técnicas de distractibilidad, en otros están reportados los procesos de relación como técnica de autocontrol.

Considero que una manera de evitar la presencia de síntomas negativos y aversivos en los niños es a través de la demostración de los procedimientos y la realización de los mismo durante el juego como técnica de desensibilización, considerando que todos los niños con diagnóstico de leucemia serán siempre sometidos a estos procedimientos en el campo de la Medicina Conductual es necesario intervenir en este proceso, así también en evitar la presencia de conductas opositoristas y generar conductas de autocuidado. Con los padres será necesario entrenarlos para llevar a cabo la modificación conductual, identificar dificultades en sus habilidades de afrontamiento. Los programas propuestos en este periodo se enfocan a estas áreas

### 2.1.2 Objetivos.

1. Tener seguimiento de los pacientes durante todo el proceso de tratamiento desde el momento del diagnóstico y favorecer la adherencia terapéutica del paciente y del familiar.
  2. Justificar la presencia de residentes en Medicina Conductual dentro de la sede.
  3. Implementar programas de intervención adaptado a las características de cada paciente hematológico.
  4. Implementar programas en afrontamiento de la enfermedad, adherencia, manejo de estrés entre otros, y no solo manejar intervenciones en crisis.
  5. Implementar programas de Modificación conductual con los niños.
  6. Brindar apoyo a familiares de los pacientes.
  7. Implementar programas de desensibilización sistemática en los niños.
- a).-Programa de modificación conductual para niños entre cuatro y seis años con leucemia que presentan conducta opositorista. ( Ver anexo 5).
- b).-Taller de solución de problemas para cuidadores primarios de niños con Leucemia.(Ver anexo 6).

### 2.1.3. Método

Se describen en cada anexo correspondiente.

#### 2.1.3.1 Procedimiento.

En todos los programas los pacientes fueron captados en el área de hospitalización, canalizados por trabajo social y por los médicos, adscritos y residentes.

#### 2.1.3.2. Recursos utilizados.

El material de las historias clínicas y pruebas psicológicas fue proporcionado por el hospital. El material proporcionado a los padres fue elaborado por mí y la distribución de hojas de registro corrió por mi cuenta.

### 2.1.4 Resultados.

En los siguientes cuadros se muestra la población atendida y los tipos de intervención brindados.

Cuadro 6 Población atendida en el servicio de Hematología

RUBROS	TOTAL
Paciente atendidos en total durante el año	739
Masculinos atendidos	322
Femeninos atendidos	417
Consultas externas	146
Consulta hospitalización	593

Cuadro 7 Tipos de intervención

INTERVENCIÓN	PORCENTAJE
Intervención en crisis	25%
Psico orientación	25%
Modificación conductual	50%

De los pacientes atendidos se elaboraron historias clínicas, evaluación neuropsicológica y notas subsecuentes tanto en el expediente médico como el psicológico

Ambos programas resultaron positivos para la población atendida, se alcanzaron los objetivos previstos. En el caso del grupo de padres se recibieron una serie de sugerencias de los mismos dentro de ellas mayor atención del psicólogo durante el proceso del tratamiento. Asimismo el número de padres que concluyeron el programa fue mayor al estimado.

### **2.1.5 Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo del programa de intervención.**

Establecer programas de Modificación conductual en niños.

Establecer programas de afrontamiento en padres de niños con Leucemia.

### **2.1.6. Evaluación de los programas de intervención desarrollados.**

Tanto para el servicio, la institución y los pacientes considero que los presentes programas fueron favorables.

Sin embargo no pudieron realizarse otros programas para atender a la mayoría de la población por falta de organización de tiempo en las actividades determinadas para el residente de Medicina Conductual (historias clínicas, valoraciones neuropsicológicas, calificación e integración de pruebas psicológicas) para preparar los programas con enfoque de la residencia.

## **2.2 Actividades académicas dentro de la sede.**

### **2.2.1 Descripción de las actividades académicas.**

Los tres primeros meses fueron revisión de bibliografía, basada en teorías de desarrollo (predominando enfoque analítico), valoraciones psicológicas, pruebas proyectivas y neuropsicológicas, elaboración de historias, observación de sesiones y valoraciones y revisiones de notas clínicas.

Del tercer mes en adelante las sesiones bibliográficas fueron de manera irregular y a partir de finales del cuatro mes desaparecieron, revisando material bibliográfico por mi cuenta.

Asistí a la clínica de Leucemias todos los martes a la nueve de la mañana después de la visita médica, en ellas se revisaban todos los casos nuevos de leucemia, todo el equipo de Hematología y Oncología incluyendo el personal del área de laboratorio, en un par de ocasiones participé con información de pacientes que habían sido valorados.

En algunas ocasiones asistía a las clases que dentro de Hematología los brindaban a los residentes de pediatría.

### **2.2.2 Evaluación de las actividades académicas.**

Considero que las actividades académicas no fueron suficientes en la formación, ya que no se contó con clases en conjunto con los residentes de Hematología como el año anterior en el Hospital Juárez mismas que fueron indispensables en la formación.

Las sesiones bibliográficas internas de psicología no fueron sistematizadas ni periódicas.

## 2.3 Otras actividades profesionales no programadas pero realizadas.

### 2.3.1 Descripción de las actividades.

Interconsultas con otros pacientes del servicio de Hematología solicitadas por los médicos adscritos.

Atención y apoyo al grupo de padres de niños con Trastorno por Déficit de Atención.

Intervención de emergencia en el área de toma de productos de pacientes oncológicos.

Orientación de procesos administrativos dentro del hospital de los pacientes.

### 2.3.2 Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.

Estas actividades me permitieron conocer la atención de pacientes con otras patologías y dar a conocer los apoyos del residente en Medicina Conductual.

### 2.3.3 Evaluación de las actividades.

Considero que algunas de estas actividades aun cuando fueron favorables para mi formación estaban limitadas por la organización del servicio de salud mental sin embargo me dirigía a las instancias pertinentes y en ningún caso se presentó dificultad.

## 2.4 Asistencia a eventos académicos

Participé en las Conferencias *Psicología de la Salud e Intervención de Pacientes con cáncer* invitada por la Universidad Latinoamericana Campus Ciencias de la Salud en Cuernavaca, Morelos el 15 de julio del 2002.

En este periodo asistí y participé en el Primer Congreso Nacional de Psicología de la Salud que se realizó en octubre del 2002 en la ciudad de Monterrey con el trabajo titulado, *Intervención cognitivo-conductual de síntomas físicos y psicológicos de pacientes con cáncer de mama en quimioterapia*. El presente trabajo obtuvo el tercer lugar de Trabajos libres.

El trabajo anterior también participó y fue publicado en las memorias del Coloquio 2002 realizado por la Sociedad de Medicina Conductual en noviembre del mismo año.

Asistí a las últimas cinco sesiones mensuales (octubre, noviembre, diciembre, enero y febrero) realizadas por la Sociedad de Psicooncología en el Instituto Nacional de Cancerología.

**2.4.1 Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.**

Conocer los avances en otras instituciones en el área de la Medicina Conductual, Psicología de la Salud y Psico-oncología.

Actualizar mis conocimientos respecto a programas de intervención.

Intercambiar puntos de vista con otros profesionales de otros países y conocer las limitantes y aciertos en nuestra área.

**3. - EVALUACION**

**3.1 De los programas específicos desarrollados en la subsede.**

El programa desempeñado inicialmente en la subsede no correspondía a los objetivos del residente en Medicina Conductual, la utilización de historias clínicas utilizadas para una patología específica no eran favorables para la población atendida, así como la realización de evaluaciones a través de pruebas proyectivas y neuropsicológicas, a pesar de haber obtenido un aprendizaje importante de estos temas durante estos meses (siete meses) tuve que vincular las actividades demandadas por la sede y mis expectativas como residente en Medicina Conductual para cubrir los objetivos de la residencia.

Los programas de intervención propuestos me brindaron la oportunidad de trabajar con los pacientes a lo largo de su tratamiento con un enfoque cognitivo conductual, y cubrir mis objetivos favoreciendo a los pacientes.

**3.2 De la subsede.**

La subsede brinda una experiencia amplia en la población atendida, a pesar de carecer de espacios físicos para la atención de los pacientes conté con apoyo del personal para brindar las sesiones individuales y el trabajo grupal.

Sin embargo una de las limitantes es que dentro del servicio de Hematología solo atendíamos a pacientes con leucemia y salvo en casos muy específicos se pudo atender a otras patologías hematológicas.

### 3.3 Del sistema de supervisión.

#### 3.3.1 Del supervisor in situ

El programa de supervisión in situ fue referido su contenido y programación de forma verbal, durante los cuatro primeros meses se contó con revisión de material bibliográfico de forma no sistematizada ya que la revisión era irregular y en un área no adecuada (la cafetería)- en la hora del desayuno.

Así mismo la supervisión de casos clínicos no fue sistematizada ni regular salvo en unas cinco primeras ocasiones. Las supervisoras no respetaban los horarios acordados para esta actividad, cuando llegaba a haber alguna urgencia de supervisión por la demanda del caso contábamos con sugerencias. Sin embargo pareció que el ejercicio de la supervisión estaba encaminada a sacar el trabajo del servicio, al estado de ánimo o necesidades de la supervisora y no a un compromiso de formación académica.

Considero que la elección del supervisor in situ debe ser acordada entre la institución sede y la Universidad.

#### 3.3.2 Del supervisor académico.

En todo el año no conté con un supervisor académico.

### 3.4 De las actividades profesionales realizadas.

Las actividades que desempeñé durante este año fueron significativas debido al número de pacientes atendidos y a las demandas de los mismos para atender nuevos casos.

A la favorable relación de trabajo establecido con personal médico del área de Hematología; adscritos y residentes, enfermería y trabajo social, logrando constituir un verdadero equipo de trabajo, incluso previamente algunos de estos servicios no conocían la presencia del residente en Medicina Conductual y a través de esta vinculación se identificó al residente de Medicina Conductual y en varias ocasiones en algunos casos no identificados por psicología se solicitó el apoyo directamente, en todo momento favoreciendo la atención y la adherencia del paciente y familiares.

### 3.5 De las competencias profesionales alcanzadas.

Diagnóstico y valoración de problemas de afrontamiento, estrés, depresión, ansiedad y déficit de habilidades sociales en niños.

Diagnóstico y valoración de problemas de adherencia y riesgo de abandono al tratamiento médico en los padres.

Diagnóstico y valoración de problemas de conducta en niños.

Manejo de estrategias de afrontamiento para el control y mantenimiento de la calidad de vida en padres y niños.

Manejo del estrés en niños y padres.

Manejo de retroalimentación biológica en niños sometidos a tratamiento quimioterapéutico

Manejo de intervenciones en crisis con niños y padres.

Utilización de instrumentos de medición y diseño de registros de medición en niños

Llevar acabo evaluaciones de los programas de intervención aplicados por medio de los instrumentos de medición y de evaluación clínica en niños

Durante este periodo aprendí a elaborar programas de intervención para niños dependiendo de la edad de desarrollo y nivel cognitivo.

Conoci las estrategias de afrontamiento en los niños y a manejar situaciones en crisis

Reforcé el aprendizaje obtenido en la rotación pasada con los adultos al trabajar con los padres de los niños.

Brindar apoyo al personal médico

Establecer programas grupales para padres.

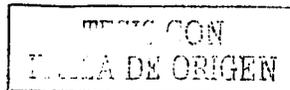
Adquiri conocimiento y habilidades en el área de cuidados paliativos en los niños a través de los adultos. Así como el manejo de duelo anticipatorio y duelo propiamente en niños y con adultos.

#### 4. – CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Considero que se debe poner mayor énfasis al programa de supervisión tanto in situ como académico, y que el personal que esté a cargo del mismo tenga realmente el conocimiento académico, la experiencia profesional y un nivel de madurez emocional que le permita comprometerse verdaderamente con un espíritu de formación académica

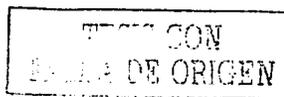
Aun cuando cualquier nivel de estudios de postgrado requiera de una iniciativa autodidacta en la formación, esta siempre se verá favorecida por un supervisor y/o tutor

Las actividades en la sede son de formación, parte de ello es la atención de los pacientes, pero esta se pierde al estar realizando el trabajo de la institución y ver pacientes en cantidad, más que por calidad y realizar actividades que corresponden al personal adscrito. Este punto considero que debe cuidarse por parte de la Universidad porque el residente en Medicina Conductual puede confundirse con el estudiante de psicología en servicio social.



## Bibliografía

- Acuña, L (1998), *Apoyo social, roles sexuales y estrategias de afrontamiento de los problemas como moduladores de los efectos nocivos del estrés vital sobre la salud de estudiantes universitarios*. Tesis de Maestría en Psicología. UNAM, México.
- Aduna, A (1998). *Afrontamiento, apoyo social y solución de problemas en estudiantes universitarios, estudio experimental*. Tesis de Maestría en Psicología. UNAM, México.
- Archie Bleyer W. (2002). Cancer in older adolescents and young adults: epidemiology, diagnosis, treatment, survival, and importance of clinical trials *Medical Pediatric Oncology*. 39.1-10.
- Ayres, Anne., Honn, Peter., Franzoni, Janet B., Mathey, Kenneth B. et al (1995). Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 38(5), 393-402.
- Bares, C. B., Trask, P.C. & Schwartz, S. M (2002) An exercise in cost-effectiveness analysis: Treating emotional distress in melanoma patients *Journal of clinical Psychology in Medical Setting*, 9(3). 193-200.
- Bayés, R (1992) *Psicología oncológica* Barcelona Martínez Roca.
- Beck, Judith S. (1995) *Cognitive therapy Basics and beyond*. New York London. Edit Guilford Press.
- Birk, L.(1973) Biofeedback Furor therapeutics *Seminaries on Psychiatric* 5: 361-364.
- Buela, C. Caballo, V y Sierra C. (1996) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* Madrid Ed Siglo XXI de España México.
- Castro Luis (1990) *Diseño experimental sin estadística*. Trillas. México.
- Cohen, L.L., Blount, R.L., Cohen, R.J., Scaen, E.R., & Zalf, J.F. (1999) Comparative study of distraction versus topical anesthesia for pediatric pain management during immunizations *Health Psychology* 18, 591-598
- Dahlquist, L.M., Power, T.G., & Carlson, L. (1995) Physician and parent behavior during invasive pediatric cancer procedures: Relationships to child behavioral distress. *Journal of Pediatric Psychology* 20 447-490
- D'Zurilla, T.J. (1986) *Problem solving therapy A social competence approach to clinical intervention* New York Springer
- D'Zurilla, T.J. & Nezu, A.M. (1999) *Problem-solving Therapy. A social competence approach to clinical intervention* (2nd ed) New York Springer
- D'Zurilla, T.J., and Golfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126
- Dattilio, Frank, M y Freeman, Artur. (1994) *Cognitive behavioral strategies in crisis intervention* New York London Edit Guilford Press



- Deutsch, Lezak M. (1995). *Neuropsychology assessment*. New York, Edit Oxford University Press.
- Die Trill, M. (1993) : *Efectos psicosociales del cáncer en el enfermo pediátrico y su familia*. Primeras jornadas internacionales de atención multidisciplinar al niño con cáncer. Valencia : ASPANION.
- Dominguez, T. B., (1994). El alivio del dolor crónico asociado con el cáncer. Aportaciones de la Psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 11 pp 163-173.
- Eiser, C (1990) *Chronic childhood disease An introduction to psychological. Theory and research* Cambridge University Press
- Elliott, T., Shewchuk, R M & Richards, J S (2001) Family caregiver social problem-solving abilities and adjustment during the initial year of the caregiving role. *Journal of Counseling Psychology*, 48 (2), 223-232
- Fernández, A , Guerrero, J., Duque (1988) Nausea y vómito anticipatorio en pacientes cancerosos sometidos a quimioterapia. *Psicología*.
- Freedman, R. Janni (1983) Self-control of digital temperature: physiological factors and transfer effects. *Psychophysiology*, 20 (6) 682-688.
- Gómez, S (1998) *Como dar las malas noticias en medicina*. Madrid. Edit . Arán.
- Greenberg, L.S & Paivio, S.C. (2000). *Trabajar con las emociones en Psicoterapia*. España Edit Paidós
- Guilford, J. P. (1977) *The naturaleza of human intelligence*. New York : Mc Graw-Hill
- Hoffman, C., Rice, D., & Sung, H. (1996) Persons with chronic conditions: Their prevalence and cost. *JAMA: Journal of American Medical Association*, 276, 1473-1479.
- Houts, P. S., Nezu, A. M., Nezu, C. M., Bucher, J. A., & Lipton, A (Eds). (1994). *Home care guide for cancer*. Philadelphia American College of Physicians.
- Hudson, J. L & Kendall, P. C (2002) Showing you can do it. Homework in therapy for children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (5), 525-534
- Kendall, P. C. & Hollon, S. D (1979) *Cognitive-behavioral interventions: Theory, research, and procedures* New York. Edit Academic Press.
- Lambert, S a (1984) <Variables that affect the school-age child's reaction to hospitalization and surgery a review of literature. *Maternal-child. Nursign Journal*, 13, 1-18
- Lazarus, R y Lazarus, B (2000) *Pasión y Razón la comprensión de las emociones*. España Paidós.
- Lazarus, R. S. Y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Martínez Roca.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: SPRINGER.

Lega, L. I., Caballo, V. E. & Ellis, A. (2000). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva*. España. Edit. Siglo XXI de España Editores.

M. Die, F. A. Calvo, P. Berasategui, J. M. Pérez "Psico-oncología asistencial en oncología integral. Criterios de Integración, objetivos de actividad y experiencia inicial en el hospital universitario Gregorio Marañón" *Oncología*, 1998; 21 (6): 155 -164.

Manne, S. L., Bakeman, R., Jacobsen, P., & Redd, W. H. (1993). Children's coping during invasive medical procedures. *Behavioral Therapy*, 29, 143-158.

McCarthy, AM. Coll, VA. Hanrahan, K. (1998). Cognitive behavioral interventions for children during painful procedures: research challenges and program development. *Journal Pediatr Nurs* 13 (1): 55-63.

Meichenbaum, D. (1985) *Manual de Inoculación de estrés*. Madrid. Edit. Martínez Roca

Miller, G. E. Cohen, S. (2000) Psychological Interventions and the Immune System: A Meta-Analytic Review and critique. *Health Psychology*, 20(1): 47-63 .

Montgomery, C., Pocock, M., Titley, K & Loyd, K. (2002). Individual quality of life in patients with Leukaemia and Lymphoma. *Psychooncology*, 3, 239-43.

Nezu, A. M., Nezu, C. M., & D'Zurilla, T.J. (2000). *Problem-solving skill training*. Encyclopedia of Stress. New York. Edit Academic Press.

Nezu, A. M., Nezu, C.M., & Perri, M.G. (1989) *Problem -solving therapy for depression: Therapy, research, and clinical guidelines*. New York. Edit. Wiley..

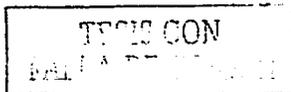
Nezu, A. M., Nezu, C. M., Houst, P. S., Fridman, S. H., & Faddis, S. (1999) Relevance of problem solving therapy to psychosocial oncology. *Journal of psychosocial Oncology*, 16, 5-26

Nezu, A. M., Nezu, P. S., Fridman, S. H., & Faddis, S., Houst, P. S (1998) *Helping cancer patients cope*. A problem- solving approach. Washington, D.C. American psychological Association.

Nezu, A., Maguth, C and Cols. (1999) *Helping cancer patients cope*. Ed. American Psychological Association. Washintong, D.C .

Overholser, J. C. , & Fritz, G. K (1990). The impact of childhood cancer on family. *Journal of Psychosocial Oncology*, 8(4), 71-85.

Overholser, J. C. y Fritz, G.K. (1995) Women's health care work with children with cancer. <http://www.yorku.ca/nnewh/english/pubs/31.pdf>



Padesky, C. A. & Greenberg, D. (1995). *Clinicians guide to mind over mood*. New York. Edit. Guilfords Press.

Palomo del Blanco, P. (1995) *El niño hospitalizado*. Madrid. Edit. Pirámide S.A.

Pedreira, J y Palanca (2001). Psico-oncología Pediátrica. <http://www.Paidopsiquiatria.com>

Pérez, M. (1999). Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de las originales náuseas y vómito asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama *Psicología com* 3(2)

Pinto, M., Eakin, E., Maruyama, N. (2000). Health behavioral changes after and cancer dianosis: Get do we know and were do we go from here?. *Annals of Behavioral medicine* 22(1) 38-51

Polaino-Lorente, A. del Pozo Armentia. El impacto de los acontecimientos vitales estresantes en los padres de los niños cancerosos. *Acta pediátrica Española*, 1996, Vol 54, Nº 3 163 -172

Pomerleau, O F. y Brady, J. P. (eds) ( 1979) *Behavioral medicine Theory and practice*. Baltimore. The Williams & Wilkins Co.

Quittner, A. L., Glueckaut, R., & Jackson, D. (1990) Chronic parenting stress: moderating versus mediating effects of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 79-85

Ranin, C, Ward S (2001). Explaining retrospective reports of symtoms in patients undergoing chemotherapy: Anxiety, initial symptom experience, and posttreatment symtoms *Health Psychology* 20(2) 91-98.

Razavi, D., Delvaux, N (1988). Psychological dimensions of diagnosis and the treatmens *Acta Psychiatrica Belgica*. 88(1) 60-79

Rivera, L (2002) *Oncología pediátrica*. México Edit. Intersistemas S.A. de C. V.

Rivera, L (1994) *Diagnóstico del niño con cáncer*. México :Mosby / Doyma Libros.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., y Páez F.. (2001) Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck. Propiedades Psicométricas *Revista Mexicana de Psicología*. 18, pp 211-218

Roscoe, J. A., Hickok, J., Morrow, G. (2000). Patient expectations as predictor of chemotherapy-induced nausea *Health Psychology*. 19, pp.496

Salkind, N. (1998) *Métodos de investigación* Prince Hall México

Sawyer, M., Antoniou, G., Toogood, L., Rice, M. (1997) Childhood cancer: A two- year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1736-1743.

Schulz, R., Newsom, J., Mittelmark, M., Burton, L., Hirsch, C., & Jackson, S. (1997). Health effects of caregiving. The caregiver health effects study. An ancillary study of cardiovascular helth study. *Annals of Behavior Medicine*. 19, 110-116.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M, (1977). What is behavioral medicine ? *Psychosomatic Medicine* 39:337-381.
- Schwartz, M. D., Lerman, C., Audrin, J., Cella, D., Rimer, B., Lin, T. H., Stefanek, M., & Vogel, V. (1997). *The impac of brief problem-solving training program intervention for relatives of recently diagnosed breads cancer patiens.* .Georgetwn University Medical Center, Washington, DC
- Secretaria de Salud  
<http://www.salud.gob.mx/>
- Seligson, I & Reynoso L (1996) *Aplicación de un programa conductual de afrontamiento en pacientes cancerosos.* México. FES Iztacala.
- Shields, Glenn., Schondel, Connie., Barnhart, Leslie., Fitzpatrick, V. (1996). Social work in pediatric oncology: A family needs assessment.
- Slifer, K. J., Tucker, C. L., & Dalquist, L. M. (2002). Helping children and caregivers cope with repeatea invasive procedures. How are we Doing?. *Journal pf Clinical Psychology in Medical Setting.* 9 (2), 131-152
- Smith, C. (1992) *Entrenamiento Cognitivo Conductual para la relajación. Un nuevo sistema de estrategias para el tratamiento y la evaluación.* Ed. Biblioteca de Psicología España
- Stumphauzer, Jerome, S(19839) *Terapia conductual* México Edit. Trillas
- Telch, C. F. & Telch, M. J. (1985) Psychological approaches for enhancing coping among cancer patiens. A review *Clinical Psychology Review*,5, 325-344.
- Telch, C. F., & Telch, M. J. (1986) Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patiens. A comparison of strategies. *Journal of consulting and clinical Phychology*, 54, 802-808.
- Valderrama P.Carbellido S., y Domínguez, B. (1995) Ansiedad y Estilos de Afrontamiento en Mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología* Vol 27 Núm 1 76-83.
- Vitaliano, P. P. (1997) Physiological and physical concomitants of caregiving : Introduction to the special issue (Special issue) *Annals of Behavioral Medicine*, 19 (2).
- Viveros Contreras, C. (2000) CLIII Aniversario del Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México* 67(3): 134-135
- Vogel, V. (1997) *The impac of brief problem-solving training program intervention for relatives of recently diagnosed breads cancer patiens.* Georgetwn University Medical Center, Washington, DC
- Wolpe, J (1977) *Práctica de la terapia de la conducta.* México, Edit. Trillas.
- Zigler, E., & Phillips, L. (1962). Social competence and the process-reactive distinction in psychopathology. *Journal of Abnormal*

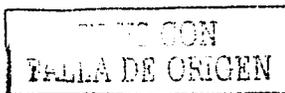
Cincotta 1993- Kashami y Hakami.  
<http://www.haworthpressinc.com>

<http://indexmedico.com/ed-prof/edicion6/especialidades>

Mulhen et al. 1981

<http://www.fundaleu.org.ar/pacientes/leucemia.htm>.

<http://www.methodisthealth.com/spanish/blood/aculymph>



# ANEXOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## HORARIO DE ACTIVIDADES DEL SERVICIO DE PSICO ONCOLOGIA HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 a 9:00	VISITA MEDICA	VISITA MEDICA	VISITA MEDICA	VISITA MEDICA	VISITA MEDICA
9:00 a 10:00	GINECOLOGIA CABEZAL Y CUELLO	SUPERVISION ACADEMICA	SESION CLINICA ONCOLOGIA	GINECOLOGIA CABEZAL Y CUELLO	GINECOLOGIA CABEZAL Y CUELLO
10:00 a 11:00					
11:00 a 12:00					
12:00 a 13:00			SESION CLINICA PSICOLOGIA		
13:00 a 14:00					

Tres meses de rotación en cada servicio.  
Incluye cirugía, quimioterapia y radioterapia respectivamente.

ERIK MARTH	PAT ARACE
---------------	--------------

PSIC ONCOLOGIA  
 FALLA DE ORIGEN

## TÉCNICA DE SOLUCION DE PROBLEMAS EN PACIENTES CON CANCER DE MAMA

### JUSTIFICACIÓN APLICADA

En la unidad de Oncología del Hospital Juárez se atiende un promedio semanal de 90 pacientes con cáncer de mama, de las cuales una tercera parte de ellas acude a consulta de primera vez. El nivel socioeconómico de las pacientes es de clase media y baja predominantemente. La modalidad del tratamiento varia dependiendo de; la estirpe del tumor, el tamaño, número de ganglios, si hay o no presencia de metástasis y la edad de la paciente.

Durante el primer año las pacientes acuden de una a cinco veces al mes a consulta o tratamiento. A partir del momento del diagnóstico de cáncer, la vida de la paciente y de sus familiares cambia drásticamente. Aun cuando es comun que las personas que cursan con una enfermedad crónica sufran alteraciones emocionales y disrupciones en sus actividades cotidianas, solo una pequeña parte de pacientes con cáncer experimenta tolerancia a los problemas (Telch y Telch, 1985)

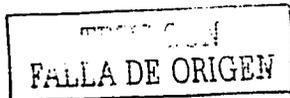
Las pacientes tienen que afrontar una gran variedad de aspectos de diversa indole como, asimilar el diagnóstico de la enfermedad, dejar de laborar para poder acudir al hospital, reunir el dinero para los medicamentos y el tratamiento, no cumplir adecuadamente con las actividades diarias del cuidado del hogar, hijos y esposo entre otros, es decir la calidad de vida y el autoestima

Verbalmente las pacientes refieren que se sienten sin fuerzas, que han perdido el control de ellas mismas que no saben hacia dónde, cómo y con quién obtener una orientación y poder salir adelante. Así también los síntomas de la enfermedad y los efectos colaterales del tratamiento se exacerban generando inquietud en la paciente de abandonar el tratamiento por no sentirse capaz de afrontar la demanda física, emocional y social de la enfermedad

El diagnóstico de cáncer implica una serie de reacciones psicológicas, en primer lugar el miedo y la ansiedad ante la posibilidad de una muerte cercana, posteriormente se manifiestan reacciones hacia los tratamientos. Los ajustes físicos y emocionales que los pacientes tienen que realizar al conocer el proceso de tratamiento implican cambios en la estructura cognitiva y conductual para poder adaptarse y enfrentar favorablemente esta etapa. Sin embargo no todos contamos con estas habilidades y muchas veces ante situaciones críticas como el cáncer el desajuste se mantiene a lo largo del tratamiento y lleva a una mala adherencia terapéutica y exacerbación de los síntomas entre otros

Debido a la necesidad de salud mental de las pacientes con cáncer de mama, resulta prioritario desarrollar una intervención psicosocial efectiva que esté orientada al mejoramiento de su calidad de vida, así también hacer más eficaz y difundir la labor del psicólogo en Medicina conductual

Así también se propone una diseño de un solo sujeto ya que el trabajo individual se ve favorecido por la falta de espacios grandes, el tiempo de las pacientes pero principalmente para valorar el efecto de la intervención clínica por medio de medidas repetidas.



## JUSTIFICACIÓN TEORICA.

En el momento que a una paciente le diagnostican cáncer su vida y la de sus familiares cambia drásticamente, además de experimentar una serie de alteraciones emocionales y disrupciones diarias en su funcionamiento. Sin contar en diferentes momentos del tratamiento serán sometidas a situaciones de mayor o menor estrés dependiendo del tipo de afrontamiento y de ajuste que manifiesten ante la enfermedad

La importancia de la Terapia de Solución de Problemas (TSP) se comprende mejor desde un modelo del estrés de solución de problemas. El estrés en este marco lo entenderemos como las relaciones reciprocas entre eventos vitales negativos, problemas cotidianos, estados emocionales negativos y la habilidad para resolver problemas ( Nezu et al. 1989; Nezu, Nezu & D' Zurilla, 2000)

La aplicación de la Terapia de Solución de Problemas para pacientes con cáncer empezó aplicarse con Nezu desde 1987 hasta el 2000. Nezu, Nezu, Fridman, et al han desarrollado el proyecto génesis investigaciones alternas que consiste en la aplicación de la TSP en pacientes con cáncer

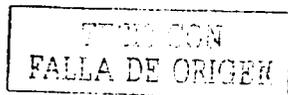
Schawart, et. al .1997, evaluaron el impacto de la intervención en TSP en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, la intervención duraba solo dos horas de sesión individual

La investigación ha demostrado que los sucesos o problemas vitales menores se asocian fuertemente con síntomas psicológicos posiblemente aun más que los sucesos vitales estresantes (Nezu, 1989, Nezu et al., 2000), es decir ambas fuentes de estres puede llevar a los pacientes a un sufrimiento psicológico y a un deterioro en la habilidad para toma de decisiones

Considerando que en cada fase del tratamiento las pacientes con cáncer de mama tienen que desarrollar habilidades que les permitan ajustarse favorablemente para evitar complicaciones y conflictos de la vida diaria, es importante proveerles de estrategias que les sean útiles a lo largo de su nueva vida con diagnóstico de cáncer. La percepción de la calidad de vida es diferente para cada paciente además de la problemática, por lo tanto considero que la intervención individual de la Terapia de Solución de Problemas proveerá a la paciente de herramientas útiles a lo largo de su tratamiento y mantenimiento del mismo en su vida de vida

Las causas de mortalidad en el mundo por enfermedades varían de acuerdo con las diferentes circunstancias de cada nación, sin embargo el cáncer es una de las más importantes debido a su alta incidencia en la mayoría de los países. La Organización Mundial de la Salud estima que esta enfermedad produce anualmente 6 millones de muertes en el mundo. El cáncer está relacionado con la presencia de factores de riesgo como el tabaquismo, exposición de tóxicos específicos ambientales y ocupacionales, uso de medicamentos y aspectos nutricios

Desde el punto de vista clínico el cáncer es un término genérico de muchas enfermedades que tienen en común la proliferación sin restricciones de una clona con capacidad para destruir los tejidos sanos con los que interacciona, o la capacidad de diseminarse a distancia o ambas cosas. En consecuencia no existe una manifestación típica de cáncer. La diseminación del cáncer a sitios distantes es lo que lo hace tan letal. Las metástasis y la invasión de los tejidos normales son las marcas de malignidad. Para que un tumor origine metástasis eficazmente, algunas células se



deben desprender de su ubicación original, e invadir los vasos sanguíneos y linfáticos, viajar a través de la circulación a distancia y establecerse como una nueva colonia celular y, en cada uno de estos pasos debe escapar a los mecanismos de control normales.

Al ser el cáncer un fenómeno multicausal se requiere la interacción de varios factores en una compleja y desconocida combinación de secuencias, intensidad, tiempo de exposición y estados bioquímicos del organismo para que un cáncer sea diagnosticado clínicamente, por lo tanto parece plausible que aunque el estrés no sea la causa primaria del cáncer si constituye la circunstancia responsable de una interacción cognitiva, fisiológica y social que permite su aparición y favorece su desarrollo

El estudio de la solución de problemas se deriva de la psicología experimental, sin embargo el análisis propiamente de cada uno de los elementos y sus implicaciones ha sido estudiado a partir de los setentas. De hecho dos han sido las razones primordiales para que en el pasado fallaran la Solución de Problemas en la clínica y en la consejería, por un lado el dominio del modelo médico y enfermedad y por otro la poca relevancia en la investigación SP en humanos en su habilidad natural.

El concepto tradicional de inteligencia CI fue criticado por Guilford por no contemplar muchas de las habilidades que son importantes para la ejecución de la creatividad y de la "inteligencia social" Así Guilford desarrolla un nuevo modelo de inteligencia llamado estructura de inteligencia, que incluye tanto habilidades creativas como las habilidades de inteligencia tradicional, esta inteligencia incluye también las influencias asociacionales e ideacionales, flexibilidad, espontaneidad y adaptabilidad así como la sensibilidad al problema Guilford (1977)

La aproximación y la competencia social se basan en la hipótesis que el incremento en la competencia social podría estar asociado con la reducción en psicopatologías. Zigler y Phillips (1962) encontraron que el ajuste post hospitalario de pacientes psiquiátricos correlacionaba positivamente con sus niveles de competencia social previos a su hospitalización, además encontraron que grandes déficits en la competencia social estaban asociados con diversa sintomatología. Además algunas investigaciones han argumentado que el concepto de psicopatología podría sé ampliado para incluir el punto de vista de la conducta mal adaptativa y el disrés psicológico pueden resultar de las deficiencias en las destrezas y las habilidades que contribuyen al afrontamiento efectivo y a la competencia social incluyendo la destreza en solución de problemas (D Zurrilla y Goldfried 1971)

En 1979 Kendall y Hollon incorporaron a Este modelo actividades cognitivas como la declaración de sí mismo, el nivel de transmisión de las creencias y suposiciones subyacentes y la solución del problema. Así mismo Richard Lazarus y otros investigadores en el campo del estrés desarrollaron una teoría transaccional del estrés (Lazarus, 1966, 1981, 1999, Lazarus y Folkman 1986), el estrés es visto como un tipo particular de cada ser humano -la transacción entre medioambiente o las relaciones interpersonales- en el cual las demandas son valoradas como impuesto o excedentes de recursos de afrontamiento o excedentes. La evaluación cognitiva y el afrontamiento son vistos como mediadores en relación con la demanda del estrés situacional y la respuesta emocional estresante

La habilidades efectivas de la solución de problemas sirven como herramienta de resguardo importante respecto al proceso del estrés, el enseñar a los pacientes estas habilidades conducirá a una disminución del sufrimiento emocional y al mejoramiento

de su funcionamiento psicológico, de hecho está terapia ha mostrado su efectividad en un número considerado de alteraciones clínicas desde depresión hasta enfermedades crónico degenerativas , suicidio entre otros ( D' Zurrilla y Nezu 1999)

D' Zurrilla en 1986 propone una técnica para modificar juntamente las cogniciones y la conducta precisamente denomina a esta Técnica de Solución de Problemas, en la que describe seis pasos para obtener la modificación, a continuación describo los elementos que están presentes en la técnica y brevemente explico los pasos que propone el autor La solución del problema se define como la auto dirección cognitivo conductual del proceso, mediante el cual una persona intenta identificar y descubrir soluciones efectivas o adaptativas para un problema específico *que se encuentra en la vida diaria* Es decir la solución del problema es al mismo tiempo un proceso de aprendizaje, una estrategia general de afrontamiento y un método auto directivo y de auto manejo, además incrementa la probabilidad de resultados adaptativos de afrontamiento a un amplio rango de situaciones problemáticas y también una versátil estrategia de afrontamiento.

El problema se define como alguna situación o tarea de la vida cotidiana (presente o anticipada) que demanda una respuesta de una función, pero no una respuesta efectiva inmediata, evidente o disponible para la persona debido a la presencia de algún obstáculo u obstáculos.

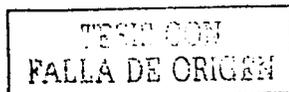
Los obstáculos podrían ser novedad, ambigüedad, impredecibilidad, conflictos de demandas simultáneas deficiencias en la realización de habilidades o recursos pobres Una persona podría reconocer que un problema existe inmediatamente , solo después de repetir intentos para responder efectivamente y fallar

La solución es la respuesta de enfrentamiento a una situación específica o un modelo de respuesta (cognitivo- conductual) que es el producto del resultado del proceso de solución del problema cuando es aplicado a una situación problemática específica

La solución efectiva es una respuesta que logra la meta de la solución del problema que paralelamente maximiza otras consecuencias positivas y minimiza las negativas las consecuencias relevantes incluye efectos sobre otros como uno mismo como también a corto y largo plazo. La solución del problema se refiere al proceso de encontrar una solución a un problema específico Y finalmente la implementación de la solución que consiste en el proceso de llevar acabo la solución a la

Nezu, et al ,1999 describen una reseña del procedimiento de la Técnica en Solución de Problemas para pacientes con cáncer dependiendo de las fases y momentos de su padecimiento, así como del tipo de tratamiento brindado Su libro refiere que tuvo origen en el protocolo de investigación que estuvo respaldado por el National Cancer Institute y de la experiencia en el trabajo psicológico con los pacientes

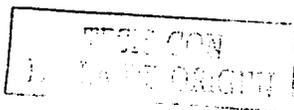
En el proyecto génesis refiere Nezu, et al ,1999 que los resultados preliminares de pre- a post tratamiento y a seis meses de seguimiento apoyan fuertemente la eficacia de TSP en el post tratamiento los pacientes manifiesta significativamente niveles más bajos de sufrimiento psicológico de acuerdo con varios inventarios de auto informe, así como las calificaciones otorgadas por clínicos independientes, además reportan tener menos problemas relacionados con el cáncer respecto a la frecuencia y severidad, así también presentan mayor habilidad en la solución de problemas y tomas de decisiones en general.



Nezu refiere que la relevancia de TSP en pacientes con cáncer se comprende mejor desde un modelo del estrés de solución de problemas (Nezu, et al., 1998). El estrés desde este marco se define en términos de las relaciones recíprocas entre eventos vitales negativos, problemas cotidianos, estados emocionales negativos, y la habilidad para resolver problemas ( Nezu, Nezu y D' Zurilla 2000).

El tener cáncer puede vivenciarse como un evento vital estresante fuertemente negativo, genera un sufrimiento psicológico que llega a impactar de manera negativa en la habilidad para la toma de decisiones efectivas. Además de los aspectos médicos obvios el padecer cáncer trae consigo uno número significativo de problemas como dificultades económicas, sentimientos de aislamiento, minusvalía, soledad, dificultades familiares, depresión, ansiedad y problemas laborales, los sucesos o problemas vitales menores se asocian fuertemente con síntomas psicológicos, posiblemente aun más que los sucesos vitales estresantes mayores (Nezu et al., 2000). Así tenemos que la depresión y la ansiedad pueden deberse a características negativas específicas al problema, la valoración del problema como especialmente amenazante, creencias de escasa auto eficacia e intentos reales de solución de problemas ineficaces. Otras investigaciones han reportado que los pacientes con cáncer se caracterizan por una habilidad SP menos efectiva y manifiestan mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa, así como mayor número de problemas relacionados con el cáncer (Nezu, et al., 1999). Schwart, Lerman, Audrin evaluaron el impacto de la TSP en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, la intervención duraba solo dos horas de sesión individual. La mayoría de las investigaciones en cáncer están dirigidas a mujeres con cáncer de mama y de cerviz, esto se debe porque dentro de las estadísticas ocupan el 10º y 13º lugar en nuestro país. La calidad de vida de una persona siempre se vera afectada por la presencia de una enfermedad o desajuste emocional, aun cuando la percepción de calidad para algunos pacientes sea muy diferente de otros, la sensación de perder el control en nuestra vida por una enfermedad siempre estará presente. Es esta tal vez la razón más importante para dotar de destrezas y habilidades a una persona con cáncer, porque ellos los pacientes refieren que sienten que la enfermedad los domina, su vida ha cambiado e incluso algunos refiere que preferirán abandonar el tratamiento. El hecho de que el paciente lleve adecuadamente las indicaciones dependen de entre otros factores del grado del cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida. Aquellas personas que cuenten con habilidades relacionadas con disciplina y planeación, tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos. Lo anterior esta asociado con el factor predictivo a la adherencia (Valderrama, Carbellido y Dominguez, 1995).

Desde el momento que un paciente recibe el diagnóstico de cáncer es necesario realizar algun tipo de intervención para proveerlo de habilidades y destrezas para afrontar y resolver favorablemente las situaciones estresantes y negativas que devienen de un diagnóstico de cáncer y así tratar de reajustar positivamente su calidad de vida. Este trabajo pretende a través de TSP brindar estas destrezas a las pacientes que han sido diagnosticadas con cáncer de mama, y el aprendizaje obtenido en su tratamiento les facilite su calidad de vida a lo largo de su tratamiento y porque de su sobrevida.



**Método****PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Por medio de la Terapia de Solución de Problemas se puede mejorar las habilidades generales de solución de problemas de pacientes con cáncer de mama y reducir síntomas de ansiedad y depresión?

**Objetivos**

- Enseñar conocimientos sobre la Terapia de Solución de Problemas.
- Enseñar destrezas y habilidades sobre solución de problemas
- Implementar soluciones efectivas en problemas de la vida cotidiana derivados del diagnóstico de la enfermedad
- Implementar soluciones efectivas en problemas de la vida cotidiana.
- Adecuarse favorablemente al tratamiento
- Mejorar la calidad de afrontamiento a los problemas
- Mejorar la calidad de vida de las pacientes
- Disminuir síntomas de ansiedad
- Disminuir síntomas de depresión

**Diseño**

Individual correlacionado

**Escenario**

Consultorio tres de la unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

**Instrumentos**

Inventario de ansiedad y depresión de Beck (2001)

Autorregistro de Solución de Problemas

**Procedimiento**

La intervención consiste en cuatro sesiones de hora y media cada una, una vez a la semana de forma individual. Antes de iniciar la sesión se aplicó la escala de ansiedad y depresión. Se aplicó a un total de 12 pacientes de las cuales 9 terminaron el tratamiento y tuvieron seguimiento.

**Proceso de la evaluación de los resultados.**

Se hizo un análisis cualitativo y cuantitativo dentro de la fase de línea base y de intervención los resultados de los análisis de cada sujeto se reportaron en una gráfica y tabla para analizar la variabilidad de uno a otro en los mismos.

## Resultados

En la siguiente tabla se muestran los resultados de las nueve pacientes en el pre y post tratamiento.

Tabla 1. Datos Pre y Post intervención

Paciente	Pre ansiedad	Post ansiedad	Pre depresión	Post depresión	Post solución	Post solución
1	44	8	23	13	-	+
2	60	24	29	17	-	-
3	55	14	25	18	-	+
4	35	7	19	17	-	+
5	46	7	24	10	-	+
6	16	8	21	10	-	+
7	24	11	21	11	-	+
8	28	15	24	10	-	+
9	18	8	19	10	-	+

De los datos obtenidos en el autorregistro de solución de problemas ninguna de las pacientes reporte previo a la intervención habilidades en la solución de problemas

Ocho pacientes adquirieron la estrategia en la habilidad de solución de problemas

Cinco de las pacientes presentaron ansiedad grave al inicio del tratamiento y cuatro ansiedad moderada.

Al final del tratamiento ocho pacientes presentaron ansiedad leve y una moderada

En depresión las nueve pacientes iniciaron con depresión moderada y al final presentaron ansiedad leve

## Discusión

La técnica de Solución de Problemas permitió disminuir síntomas de ansiedad y depresión, al proporcionarle a las pacientes las habilidades en solución identificamos que correlaciona con cambios en el sufrimiento emocional como lo ha reportado Nezu ( 2000) Esta técnica permitió favorecer no solo el estado emocional de las pacientes, también favoreció su estrategia para resolver problemas cotidianos

## PROPUESTA DE VIDEO DE DESENSIBILIZACION PARA PACIENTES CON CANCER DE MAMA SOMETIDAS A MASTECTOMIA.

### INTRODUCCIÓN

En el Presente proyecto se realizó un video como un instrumento de sesión psicoeducativa con el objetivo de desensibilizar en el procedimiento quirúrgico a las pacientes con cáncer de mama y brindar una mejor atención en el sistema de salud del servicio de Oncología.

#### Justificación

La clínica de mama del servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, atiende anualmente en su consulta aproximadamente 4320 pacientes, la mayoría de ellas con cáncer de mama que en el transcurso de su padecimiento requerirán algún tipo de intervención quirúrgica.

Ante la inminente cifra de pacientes atendidas es imposible explicar detalladamente a cada una de ellas el proceso de una intervención y esto generalmente produce presencia de ideas irracionales, altos niveles de ansiedad, angustia e incluso trastornos emocionales, además durante la convivencia que tienen ellas mismas en la sala de espera la poca información presente se distorsiona y contamina incrementando los padecimientos emocionales lo que a su vez repercute significativamente en la calidad de vida y toma de decisiones para afrontar adecuadamente la adherencia al tratamiento.

D'Zurilla, Nezu y Nezu (1999) refieren que la mayoría de las pacientes con cáncer presenta trastornos de depresión, ansiedad, crisis de angustia y suicidio principalmente. Esto desencadena una inadecuada forma de afrontamiento ante las situaciones problemáticas

A través de una sesión psicoeducativa grupal, y con la ayuda del video, impactar favorablemente en la población y facilitar el proceso de adaptación al tratamiento y disminuir los niveles de ansiedad.

#### Objetivo General

Realizar un video informativo que sirva de instrumento para una sesión psicoeducativa sobre el proceso quirúrgico de la mastectomía para disminuir la ansiedad y mejorar la adherencia terapéutica en pacientes con cáncer de mama.

#### Objetivos Particulares

Por medio del video como instrumento:

1. Generar un proceso de desensibilización sistemática para ayudar a afrontar positivamente a los pacientes con cáncer de mama en su tratamiento
2. Brindar información general sobre el cáncer.
3. Disminuir el nivel de ansiedad generado por el procedimiento médico invasivo.
4. Promover la adherencia terapéutica.
5. Motivar el interés por la mastectomía con reconstrucción.

## GUIA DEL CONTENIDO DEL VIDEO

### 1.-Prequirúrgico

- a) Diagnóstico: ¿Qué es el cáncer? ¿En qué consiste?
- b) Objetivo de la Cx: ¿Por qué es necesaria? ¿Qué beneficios? ¿En qué consiste?
- c) Preparación física del paciente. ¿Laboratorios?
- d) Preparación psicológica del paciente

### 2.Cirugía :

El ayuno – Quirófano; temor a la anestesia- El equipo médico- Sala de recuperación – El dolor y la herida quirúrgica.

### 3.Rehabilitación:

Proceso de ejercicios físicos - Los cuidados de la herida- EL cuidado y la importancia de los drenajes

### 4.- El nuevo estilo de vida

## Resultados

El video se concluyó y se presentó el día 10 de abril en el Hospital Juárez de México ante el Servicio de Oncología  
Los Médicos Oncólogos sugirieron dos modificaciones en el contenido de la información del video, relacionada con los tipos de cirugía misma que no se han corregido hasta el momento, por requerir de una re-edición.

## INTERVENCION COGNITIVO CONDUCTUAL EN SINTOMAS FISICOS Y PSICOLOGICOS PROVOCADOS POR LA QUIMIOTERAPIA.

El agente quimioterapéutico tiene efectos que dependerán de varios factores. Los inherentes al paciente como: sexo, edad, grado de actividad, estado nutricional y enfermedades concomitantes.

- 1) Los propios del tumor, como el tipo histológico, cinética celular, presencia de moléculas de resistencia celular, distribución intratumoral del fármaco, etc.
- 2) Aquellos inherentes al medicamento, como intensidad de dosis, vía de administración (oral o intravenosa, venoclisis continua o en carga rápida) especificidad de un tipo de medicamento sobre una neoplasia determinada, variación farmacocinética individual y tratamientos previos con fármacos antineoplásicos

### Tipos de quimioterapia

Quimioterapia neoadyuvante

Quimioterapia adyuvante

Quimioterapia concomitante

Quimioterapia paliativa.

### TOXICIDAD

Toxicidad a corto plazo.

Toxicidad a mediano plazo.

Toxicidad a largo plazo o tardía.

### Efectos de la quimioterapia

- Estrés.
- Devaluación de la autoimagen corporal.
- Devaluación de la autoestima
- Depresión.
- Ansiedad. •Aislamiento Social.
- Intolerancia a los Problemas
- Pensamientos automáticos negativos.
- Condicionamiento síntomas físicos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Objetivos

**General:** Disminuir el grado de náusea y vómito, así como emociones desadaptativas, pensamientos disfuncionales y ansiedad.

### Específicos:

Generar en la paciente un estado de relajación.  
Disminuir la ansiedad relacionada con el tratamiento.  
Contribuir a los efectos del medicamento antiemético.  
Favorecer la adherencia a la quimioterapia.  
Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida.

**Pregunta de investigación:** ¿Es posible controlar el grado de náusea y vómito en la quimioterapia, a través de la relajación y manejo de emociones mediante pensamientos automáticos? ¿Es posible modificar los aspectos psicológicos relacionados con la quimioterapia, mediante la relajación y manejo de emociones a través de pensamientos automáticos?

### • Variables independientes

1. Técnica de relajación. Proceso de quince minutos combinando las técnicas; respiración diafragmática, imaginación y autógena
- 2.- Manejo de pensamientos automáticos para la disminución de las emociones desadaptativas. Proceso cognoscitivo para la disminución de pensamientos disfuncionales y emociones desadaptativas.

### • Variables dependientes

- 1.- Náusea Autoreporte de la intensidad de náusea.
- 2.- Vómito Autoreporte de la frecuencia de episodios de vómito.
- 3.- Ansiedad Respuestas de la escala de ansiedad de Beck
- 4.- Pensamientos automáticos. Registros de pensamientos.
- 5.- Emociones: Registro de emociones primarias y secundarias adaptativas- desadaptativas
- 6.- Temperatura Periférica: Registro de temperatura periférica a través de termómetro digital.

## Sujetos

Seis pacientes femeninas entre 30 y 38 años de edad, con diagnóstico oncológico de cáncer de mama localmente avanzado en estadio III de tamaño dos (T2) sin nódulos (N0), en tratamiento de quimioterapia neo-adyuvante.

## Situación de Aplicación

La intervención se realizó en el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

## Objetivos

**General:** Disminuir el grado de náusea y vómito, así como emociones desadaptativas, pensamientos disfuncionales y ansiedad.

### Específicos:

Generar en la paciente un estado de relajación.  
 Disminuir la ansiedad relacionada con el tratamiento.  
 Contribuir a los efectos del medicamento antiemético.  
 Favorecer la adherencia a la quimioterapia.  
 Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida.

**Pregunta de investigación:** ¿ Es posible controlar el grado de náusea y vómito en la quimioterapia, a través de la relajación y manejo de emociones mediante pensamientos automáticos? • ¿ Es posible modificar los aspectos psicológicos relacionados con la quimioterapia, mediante la relajación y manejo de emociones a través de pensamientos automáticos? **Variabes**

#### ••Variabes independientes

1. Técnica de relajación. Proceso de quince minutos combinando las técnicas; respiración diafragmática, imaginaria y autógena
- 2.- Manejo de pensamientos automáticos para la disminución de las emociones desadaptativas. Proceso cognoscitivo para la disminución de pensamientos disfuncionales y emociones desadaptativas.

#### •Variabes dependientes

- 1.- Náusea Autoreporte de la intensidad de náusea.
- 2.-Vómito Autoreporte de la frecuencia de episodios de vómito.
- 3.-Ansiedad Respuestas de la escala de ansiedad de Beck •Variabes dependientes
- 4.-Pensamientos automáticos.. Registros de pensamientos.
- 5.- Emociones: Registro de emociones primarias y secundarias adaptativas- desadaptativas
6. -Temperatura Periférica: Registro de temperatura periférica a través de termómetro digital.

## Sujetos

Seis pacientes femeninas entre 30 y 38 años de edad, con diagnóstico oncológico de cáncer de mama localmente avanzado en estadio III de tamaño dos (T2) sin nódulos (N0), en tratamiento de quimioterapia neo-adyuvante.

## Situación de Aplicación

La intervención se realizó en el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

### **Instrumentos**

Escala de ansiedad de Beck.

Hoja de autorregistro de náusea y vómito.

Hoja de registro de pensamientos y emociones.

Termómetro digital de temperatura periférica.

#### **•Diseño n = 1 con cinco réplicas**

Para las variables de pensamientos, emociones, temperatura periférica, vómito y náusea.

Donde:

A1 : es la Línea Base.

B :es la intervención 1.

B':intervención 2

A2 :seguimiento

A2':seguimiento

-Pre – Postest

Para la variable de ansiedad

### **Procedimiento**

A las pacientes se les enseñó la técnica de relajación y el manejo de pensamientos automáticos, en el siguiente cuadro se muestra la secuencia del seguimiento.

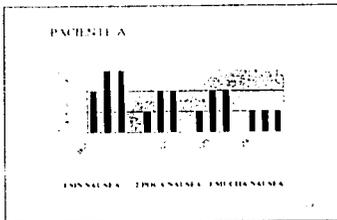
Cuadro 1 Procedimiento

LINEA BASE		CICLO DE QUIMIOTERAPIA		
Linea base 1	Linea base 2	Linea base 3		
Registro de Temperatura periférica Pensamientos automáticos y emociones	Registro de Temperatura periférica Pensamientos automáticos y emociones	Registro de Temperatura periférica Pensamientos automáticos y emociones LB de náusea y vómito		
PRETEST				
Aplicación de Escala de ansiedad de Beck				
FASE B INTERVENCIÓN	1 <sup>er</sup> CICLO DE QUIMIOTERAPIA	FASE B INTERVENCIÓN	2 <sup>do</sup> CICLO DE QUIMIOTERAPIA	3 <sup>er</sup> CICLO DE QUIMIOTERAPIA
Técnica de relajación Manejo de emociones a través de pensamientos automáticos y registros correspondientes	Registro de Temperatura periférica Pensamientos automáticos y emociones náusea y vómito	Técnica de relajación Manejo de emociones a través de pensamientos automáticos y registros correspondientes	Registro de Temperatura periférica Pensamientos automáticos y emociones náusea y vómito	Registro de Temperatura periférica Pensamientos automáticos y emociones náusea y vómito
POSTEST				
Aplicación de Escala de ansiedad de Beck				

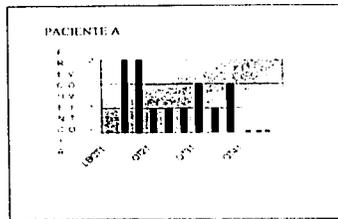
**Resultados**

A continuación se presentan los resultados de la paciente A, posteriormente se presentan en conjunto las pacientes restantes. En la gráfica 1 de náusea se pueden apreciar una disminución de las misma a partir de la primera intervención, lo mismo que en la gráfica 2 de vómito aun cuando hay un aumento de la frecuencia al final disminuye.

Gráfica 1 Náusea -



Gráfica 2 Vómito



En la gráfica 3 de temperatura periférica se puede apreciar un aumento de la misma después de la primera intervención. En la tabla 1 se aprecia antes de la intervención una disminución de emociones adaptativas y mayor número de emociones desadaptativas primarias y secundarias al final de las intervención las emociones se invierten.

Gráfica 3 Temperatura

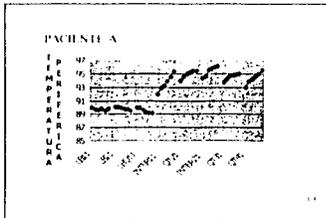


Tabla 1 Emociones

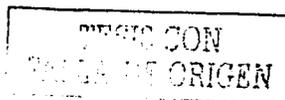
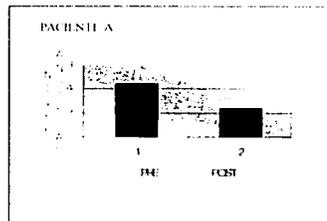
PACIENTE A EMOCIONES	EMOCIONES PRIMARIAS		EMOCIONES SECUNDARIAS	
	ADAPTATIVAS	DESADAPTATIVAS	ADAPTATIVAS	DESADAPTATIVAS
PRE	2	1	1	1
LINE	0	1	2	1
LINE 2	0	1	1	1
INTERV 1	0	1	0	0
LINE 3	1	0	0	1
INTERV 2	1	0	1	1
LINE 4	1	0	0	0
INTERV 3	1	0	1	1
LINE 5	1	0	1	1

En la tabla de pensamientos se puede observar que hay mayor número de pensamientos disfuncionales antes de las intervenciones y menor número de pensamientos funcionales, después de la intervención aumentan los pensamientos funcionales y disminuyen los disfuncionales. En el pre-post de ansiedad (gráfica 4) la paciente inicia con una ansiedad severa y termina con una ansiedad moderada

Tabla 2 Pensamientos

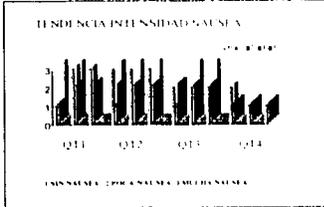
PACIENTE A PENSAMIENTOS	PENSAMIENTOS	
	DISFUNCIONALES	FUNCIONALES
PRE	4	2
LINE	4	0
LINE 2	0	0
INTERVEN 1	1	2
LINE 3	1	1
INTERVEN 2	1	2
LINE 4	0	2
INTERVEN 3	0	2

Gráfica 4 Ansiedad

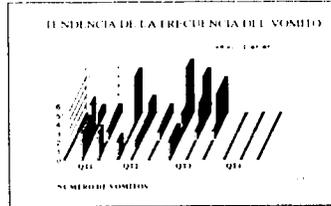


A continuación se presentan los datos en conjunto de las pacientes Tanto en la gráfica 5 como en la 6 se puede observar una disminución en la intensidad de la náusea y la frecuencia del vómito después de la intervención psicológica independientemente de las características individuales de cada una.

Gráfica 5 Náusea  
(Cada barra representa 1 paciente)



Gráfica 6 Vómito



En la tendencia a la temperatura periférica aumentaron la misma a partir de la intervención en la paciente B se observa con mayor claridad este aumento (gráfica 7). En la tabla 3 solo se representan los datos de la línea base y de las emociones y del seguimiento aumentando las emociones adaptativas y disminuyendo las emociones desadaptativas.

Gráfica 9 Temperatura

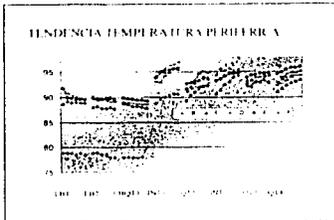


Tabla 3 Emociones

TENDENCIA DE EMOCIONES

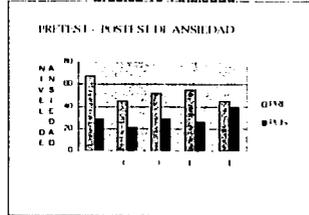
PACIENTE	EMOCIONES	EMOCIONES	EMOCIONES	EMOCIONES
A	...	...	...	...
B	...	...	...	...
C	...	...	...	...
D	...	...	...	...
E	...	...	...	...
F	...	...	...	...
G	...	...	...	...
H	...	...	...	...
I	...	...	...	...
J	...	...	...	...
K	...	...	...	...
L	...	...	...	...
M	...	...	...	...
N	...	...	...	...
O	...	...	...	...
P	...	...	...	...
Q	...	...	...	...
R	...	...	...	...
S	...	...	...	...
T	...	...	...	...
U	...	...	...	...
V	...	...	...	...
W	...	...	...	...
X	...	...	...	...
Y	...	...	...	...
Z	...	...	...	...

Finalmente se presentan (tabla 4) los datos de la línea base y seguimiento de los pensamientos automáticos en su mayoría los disfuncionales disminuyen y los funcionales aumentan. En la gráfica 10 se observa que el pro de ansiedad en todas las pacientes es de ansiedad severa todas salvo la paciente F disminuyen a ansiedad leve, la paciente F disminuye ligeramente aunque no igual al resto de las paciente

Tabla 4. Pensamientos

TENDENCIA PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS									
PACIENTES	D	E	F	G	H	I	J	K	L
RESERVA	10	10	10	10	10	10	10	10	10
LA	1	1	1	1	1	1	1	1	1
QU	1	1	1	1	1	1	1	1	1

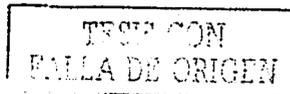
Gráfica 10. Ansiedad



**Conclusiones**

Se disminuyó la intensidad de náusea con la combinación de las técnicas de relajación y el manejo de pensamientos automáticos. Esta disminución fue clínicamente significativa.

- La frecuencia de vómito disminuyó a través del manejo cognitivo conductual.
- Se disminuyeron los pensamientos disfuncionales y se incrementaron los funcionales.
- Se disminuyeron las emociones desadaptativas y aumentaron las adaptativas.
- Se contribuyó al estado de relajación de manera progresiva de la temperatura periférica.
- Se disminuyó el nivel de ansiedad.
- Se favoreció la adherencia a la quimioterapia evitando el abandono al tratamiento.
- Se contribuyó al medicamento antiemético al disminuir la náusea y el vómito.



## Programa de modificación conductual para niños entre cuatro y seis años con leucemia que presentan conducta oposicionista.

### Justificación

Una de las dificultades a las que se enfrentan los padres y el personal médico con los niños es la renuencia de estos a colaborar con los procedimientos médicos (independientemente de las aversiones que éstos generan), a presentar berrinches durante el proceso de hospitalización, aun cuando ya lo conocen y a desafiar frecuentemente a los padres. Por reporte verbal de los padres los niños se tornan manipuladores, demandantes y exigentes. Los padres no saben manejar la conducta de los niños, la justifican por la enfermedad, por el sufrimiento ante los procedimientos, favoreciéndola a través de la sobreprotección, aun cuando hay niños que previo a la enfermedad su conducta es oposicionista. Los padres refieren que ésta se ha exacerbado y los niños que mostraban buena conducta pueden llegar a alterarla.

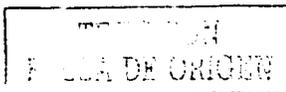
Al no contar los padres con información detallada de los posibles cambios conductuales generados por, el proceso de la enfermedad, el proceso de tratamiento y el efecto secundario del medicamento, no logran establecer límites adecuados con los niños y favorecer su conducta.

### Justificación teórica.

El cáncer en la niñez genera una serie de cambios, mismos que son activadores de estrés, ya que provoca desajustes en la relación de los niños y familiares con su medio ambiente, es decir, hábitos cotidianos, escuela, para la población del Instituto cambio de residencia entre otros. La adaptación del niño a la enfermedad tiende a ser más complicada que los adultos porque ésta depende en gran medida de las respuestas de afrontamiento de los padres. Para que un programa de tratamiento sea efectivo debe tener en cuenta los antecedentes de los niños, considerando las relaciones entre sus padres, hermanos, abuelos, los ajenos al tratamiento. Stumphauer (1983) propone que ante cualquier programa conductual deben aplicarse los principios de la conducta, es decir, identificar la conducta que debe cambiarse, tratar de medirla, tener un plan conductual – como podría usarse la medición de la conducta para comprenderla- y por supuesto posibles consecuencias éticas y legales. Lo ideal es desarrollar una convivencia favorable entre los niños, los padres, los profesores, el personal psicológico y médico y los voluntarios cuya experiencia les permite planear un tratamiento psicosocial efectivo.

Al igual que sus padres, la primera pregunta que se hace un niño ante su diagnóstico es ¿Por que yo? Depresión y ansiedad no son poco comunes. Kashami y Hakami (1982) observaron que el 17% de pacientes infantiles oncológicos exhibían síntomas de algún trastorno del estado de ánimo y que el 30% experimentaba trastornos por estrés al separarse de sus padres y temor durante el curso de la enfermedad. Igual que los adultos, los niños también sienten una gran ira, generalmente dirigida contra sus padres, hermanos, amigos, manifestada en irritabilidad u otras alteraciones del comportamiento como conductas rebeldes o desafiantes.

Los niños pueden estar en el transcurso del tratamiento y cambiar la comprensión de los procesos de tratamiento por ende modificar sus estilos de afrontamiento. La explicación de la leucemia dada a los tres años de edad será diferente de la dada a los seis años. La información médica dada a los niños debe actualizarse regularmente y hacerse más sofisticada, según lo vayan entendiendo (Cincotta, 1993).



Algunos autores han documentado el impacto psicológico que puede tener la hospitalización y los tratamientos de enfermedades crónico degenerativas (Lambert, 1984; Eiser, 1990 y Palomo 1995) entre los que se encuentra estrés y temores que hacen que se vuelva exigente con sus padres, demandando no sólo su presencia física sino también su constante cariño y aliento. La madre se siente atormentada por su necesidad de permanecer en el hospital con el enfermo, cumplir con los deberes del resto de la familia, según Palomo (op. cit.) los padres pueden volverse hiperprotectores, demasiado indulgentes o, por el contrario, demasiado exigentes y restrictivos. El manejo de los límites de los padres hacia la conducta desafiante del niño enfermo favorecerá o perjudicará el proceso de adaptación a los tratamientos.

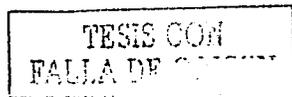
Dentro de los tratamientos más frecuentes para los niños con Leucemia se encuentra la quimioterapia.

Rivera (2002) menciona que algunos de estos agentes generan hipersensibilidad, otros generan alteraciones psíquicas al inhibir la monoamino-oxidasa. El flouencilo puede generar alteraciones en el estado mental, asimismo otros agentes generan trastornos de aprendizaje.

La modificación de conducta, la relajación y las técnicas de imaginación guiada, así como los protocolos de manejo del dolor avanzado, se han convertido de forma creciente en instrumentos con los que se pueden combatir las molestias asociadas al tratamiento del cáncer. Los grupos para ayudar a los niños a tratar con el diagnóstico, el tratamiento y la vida después del cáncer pueden darles más información, ofrecer apoyo y minimizar los sentimientos de soledad.

Entre los efectos secundarios del tratamiento, Die Trill (1993) menciona:

1. Angustia y dolor asociados a pruebas medicas invasivas
2. Alopecia y la vergüenza que esta produce ante los demás
3. Cambios en la imagen corporal debidos a alteraciones de peso, erupciones/decoloraciones cutáneas, cicatrices y pérdida de órganos o extremidades
4. Náuseas y vómitos producidos por la quimioterapia. Estos pueden desarrollarse posteriormente a la administración del tratamiento citostático o en su anticipación (náuseas y vómitos condicionados o anticipatorios)
5. Mayor susceptibilidad a infecciones, debido a la depresión del sistema inmunológico inducida por el tratamiento mismo. Esto conlleva un mayor aislamiento del niño, así como su reducida participación en ciertas actividades que le gustan
6. Fatiga, inducida también por el tratamiento o por la enfermedad, que produce reducciones en los niveles de actividad y de motivación del niño
7. Cambios en el afecto "ataques" de cólera, irritabilidad, etc que no parecen responder a estímulos externos y que son debidos a la enfermedad (por ejemplo, en el caso de ciertos tumores cerebrales) o al tratamiento (por ejemplo, la administración de esteroides)
8. Dolor: estados de depresión y ansiedad pueden aumentar la intensidad del dolor experimentado y viceversa. Niveles elevados de dolor pueden hacer que el niño se retraiga del contacto social.
9. Trastornos mentales orgánicos (delirium) pueden producirse debido a la invasión del Sistema Nervioso Central por la enfermedad, o a encefalopatías que resultan de infecciones, alteraciones metabólicas, administración de narcóticos o mal funcionamiento de algún órgano



10. Efectos a largo plazo del tratamiento, tales como posibles deterioros cognitivos (por ejemplo, capacidad reducida de atención, problemas de aprendizaje) e infertilidad, por mencionar sólo algunos.

Como consecuencia de su experiencia con la enfermedad, el niño puede exhibir las siguientes conductas: Falta de cooperación con una prueba médica o tratamiento, cuando el niño siente que su opinión se "respeta" y que él también puede participar activamente en su tratamiento, comienza a cooperar más. Puede tener un comportamiento regresivo exhibiendo conductas propias de una edad menor a la que tiene; fobia escolar: en este caso, el niño se niega a ir a la escuela una vez finalizado el tratamiento y en algunos casos desarrolla síntomas físicos (psicosomáticos) para evitarlo (Mc Carthy, Coil y Hanrahan, 1998).

### Objetivos

1. Enseñar el manejo conductual a los padres.
2. Fortalecer la relación paciente y padres.
3. Conocer las causas de las conductas oposicionistas o berrinches
4. Identificar la relación de los efectos colaterales de los medicamentos y el cambio de conducta en los niños.
5. Disminuir los berrinches. Mejorar el rango de conductas apropiadas y aceptadas socialmente del niño; mientras se reduzcan las conductas inaceptables o antisociales
6. Mejorar la calidad de vida de los niños y padres

### Método

#### ¿PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN?

¿Por medio de un programa de modificación conductual se puede enseñar a los padres a manejar roles y límites favorables en los niños con leucemia que presentan conductas desafiantes?

### Sujetos.

Pacientes del servicio de Hematología, atendidos en el área de salud mental.

### Escenario

Consultorio de salud mental.

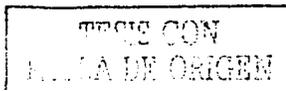
### Instrumentos

Registro Conductual de berrinches.

Registro Conductual de la administración de medicamentos.

Análisis previo de la conducta

Historia Clínica.



### Procedimiento.

La intervención consiste en cinco sesiones de hora y media cada una, una vez cada quince treinta días. El programa consiste en manejo de reforzadores positivos, manejo de límites, manejo de la atención y economía de fichas.

En la primera sesión se enseñó a los padres el registro de la línea base y de los registros posteriores, en la mayoría de los casos se intentó involucrar a ambos padres.

### Recursos utilizados.

El material proporcionado a los padres fue elaborado por mí y la distribución de hojas de registro corrió por mi cuenta. Solamente el material de las historias clínicas fue material utilizado por el hospital.

### Proceso de evaluación del programa:

Los resultados se evaluaron de la siguiente forma

Ambos registros de conductas y medicamentos se graficaron y se representó su frecuencia durante la línea base, posteriormente se les mostró a los padres y se inició el programa de intervención, en cada sesión se solicitaron registros, mismo que se graficaban y mostraban el aumento o disminución de conducta. Finalmente los resultados de los análisis de cada paciente se reportaron en una gráfica y tabla para analizar la variabilidad de uno a otro en los mismos.

### Ejemplos de los registros

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA  
SALUD MENTAL - MEDICINA CONDUCTUAL  
HEMATOLOGIA

REGISTRO DE CONDUCTA DESPUÉS DE ADMINISTRACION DE  
MEDICAMENTO- QUIMIOTERAPIA

FECHA	CICLO DE QUIMIOTERAPIA	MEDICAMENTO	CONDUCTAS
DIA APLICACION			

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA  
SALUD MENTAL - MEDICINA CONDUCTUAL  
HEMATOLOGIA

### REGISTRO DE CONDUCTAS

DIA	SITUACION (que se encontraba haciendo el niño y en donde-razón por la que hizo el berrinche)	TIPO DE BERRINCHE (lloro, que dio patalen, golpes, gritos)	DURACION DE E BERRINCHE (que tiempo desde el inicio hasta que el niño se calme)	COMO SE TRANQUILIZO E NIÑO (el niño se durmio la repañaron)

## Resultados

### Datos:

Paciente femenina del estado de Veracruz de cinco años de edad, con diagnóstico de Leucemia linfoblástica de alto riesgo por carga tumoral, con cuatro meses en tratamiento.

### Antecedentes de la conducta problema

Previo al tratamiento quimioterapéutico la paciente presentaba berrinches 3 a 5 por semana, la familia reforzó esta conducta tolerando los berrinches satisfaciendo a la paciente en sus demandas, la paciente es la única hija y consentida del padre, esta situación fomentó la conducta de la paciente a lo largo del tiempo.

Días previos al tratamiento de quimioterapia la paciente exacerba conductas oposicionistas y berrinches, la en casa no son controlados y al llegar al hospital dificulta el manejo médico de la paciente manteniendo la conducta oposicionista y de manipulación.

Al realizar el análisis conductual la paciente ante el estímulo de la aguja inicia el berrinche, este se exagera al tener mayor atención de la madre y del personal finalmente el personal desiste del procedimiento, sin embargo la paciente a lo largo del día continúa llamando la atención y los padres mantienen esta conducta.

Los datos se tomaron de los cinco días de conductas negativas más altas en cada fase

En la siguiente figura se muestra la frecuencia de los berrinches antes de iniciar el tratamiento durante el mismo y el mantenimiento del cambio.

Figura 1 Frecuencia de berrinches a lo largo del tratamiento.



Al identificar los padres que las conductas oposicionista de la paciente no dependían de los efectos del medicamento llevaron a cabo el programa conductual obteniendo resultados clínicamente significativo, así mismo la paciente fue reforzada por el personal médico en el proceso de quimioterapia por su mejoría conductual.

TECIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## TALLER DE SOLUCION DE PROBLEMAS PARA CUIDADORES PRIMARIOS DE NIÑOS CON LEUCEMIA

### Introducción

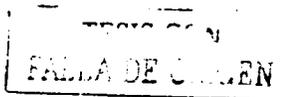
A pesar de los avances de la clínica oncológica, la mayoría de los padres ponen de manifiesto respuestas al diagnóstico de cáncer prácticamente idénticas, desafortunadamente para la mayoría de los padres el diagnóstico de cáncer en el niño está todavía conectado inseparablemente con la muerte.

Die Trill (1989) también informa de estas reacciones emocionales de los padres. Desde el punto de vista cognitivo, los padres reaccionan a menudo, con aislamiento inicial, incredulidad, perplejidad. Los mecanismos de afrontamiento más comúnmente empleados son el aislamiento del afecto y el interés excesivo por las técnicas médicas, y la negación, que se traduce como una estimación más optimista que hace que los padres esperen una evolución favorable (Mulhen et al 1981).

En cuanto a la adaptación psicológica de los padres y familias de niños con cáncer, Sawyer, et al 1993 realizaron un estudio prospectivo, comparando la adaptación psicológica padres de niños con cáncer y padres de la comunidad. Su estudio resalta los diferentes niveles de conflicto experimentado por los padres de niños con cáncer, mientras los niños atraviesan las diferentes fases de la enfermedad. En tanto que las madres semanas posteriores al diagnóstico, el conflicto era particularmente evidente en las áreas de ansiedad e insomnio. Aunque estos problemas en las madres habían descendido un año después del diagnóstico de cáncer, los síntomas de depresión y problemas familiares se hicieron más evidentes. Entre los padres se manifestó un patrón similar de hallazgos, aunque ellos presentaron menores conflictos que las madres. Hay varias razones posibles para esta diferencia, es posible que refleje el hecho de que las madres son a menudo las principales cuidadoras de los niños y los padres tienen una implicación menor con ellos. Estos hallazgos pueden servir para brindar a los padres habilidades y estrategias en solución de problemas que puedan ir adaptando a cada etapa del tratamiento del niño.

Manne, et al 1993 señalan que hay dificultades importantes en la adherencia dependiendo de la edad de los niños, el estado funcional de la familia, así como los estilos parentales. Debido a los abrumadores sentimientos que surgen en el momento del diagnóstico y a la posible existencia de problemas conyugales previos a este, el cáncer puede fomentar el distanciamiento de la pareja y amenazar la estabilidad del matrimonio. El cáncer infantil constituye un gran reto incluso para los matrimonios más estables. El futuro de la familia es ahora incierto y los padres han de encontrar fortaleza, no sólo para salir delante de ellos mismos, sino para salvar su matrimonio, su familia y adherirse adecuadamente al tratamiento.

Las madres solteras además de los problemas que conlleva un cáncer infantil, han de enfrentarse a la soledad, la falta de apoyo íntimo y de responsabilidad compartida, en momentos de una enorme angustia emocional. Solas han de hacer frente a su función como cabezas de familia en una situación de caos familiar, a las responsabilidades económicas y laborales, a las tareas del hogar, al aislamiento social, a la necesidad de proporcionar modelos adecuados de conducta a sus hijos, a las demandas que sus hijos imponen en ellas. Para poder sobrellevar la tarea de adaptación al tratamiento más eficazmente, deben intentar frecuentar la compañía de otros adultos, evitar sobrecargar a sus hijos con responsabilidades innecesarias, evitar tomar decisiones impulsivamente, y tomarse tiempo libre del trabajo en la medida de lo posible (Overholser y Fritz 1995).



Debido a la variedad de dinámicas familiares y características individuales, las formas de afrontar de los padres el diagnóstico y tratamiento del cáncer así como los cambios que genera en la familia son diversos y dependiendo de sus estrategias de afrontamiento darán solución a las demandas y problemas que sean generadas por la misma. Al producirse alteraciones en la conducta y expectativas de los padres generadas por la enfermedad promoverán cambios favorables o desfavorables en la conducta de los niños. Algunos autores consideran la enfermedad y la hospitalización como una crisis en la familia de tal modo que su equilibrio habitual se ve alterado y demandará en los padres o cuidadores estrategias para solucionar las demandas y restablecer de manera mediata el equilibrio (Palomo 1995).

La aproximación actual de SP en la intervención clínica y la prevención inicia en los últimos años de los 60as y principios de los 70as. Cuatro han sido los diferentes momentos históricos en los últimos 25-30 años que han tenido influencia en la formación de esta aproximación, por un lado el crecimiento interesado en la naturaleza de la creatividad que incluye la solución creativa del problema, así también el riesgo de la competencia social aproximada a la psicopatología y la terapia como cambio del modelo médico, además el desarrollo y la rápida expansión de la terapia cognitivo conductual y finalmente el desarrollo de Richard Lazarus (1984) relacionado al modelo de estrés.

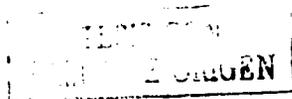
El foco de esta aproximación es la facilitación directa de la competencia conductual en situaciones específicas (problemáticas), manipulando las consecuencias de conductas blanco a través del modelamiento, ensayo conductual, biorretroalimentación, reforzamiento positivo, moldeamiento. Estos procedimientos fueron efectivos pero el cambio conductual frecuentemente estuvo limitado a situaciones específicas del entrenamiento debido a que fue más difícil marcar en los problemas clínicos que involucraban la generalización de deficiencias en la competencia social, la cual podría haber estado influenciado en el déficit de las habilidades en solución de problemas.

Las habilidades efectivas de la solución de problemas sirven como herramienta de resguardo importante respecto al proceso del estrés, el enseñar a los pacientes estas habilidades conducirá a una disminución del sufrimiento emocional y al mejoramiento de su funcionamiento psicológico, de hecho esta terapia ha mostrado su efectividad en un número considerado de alteraciones clínicas desde depresión hasta enfermedades crónicas degenerativas, suicidio entre otros (D Zurilla & Nezu 1999).

Otras investigaciones han reportado que los pacientes con cáncer y familiares se caracterizan por una habilidad SP menos efectiva y manifiestan mayores niveles de sintomatología depresiva y ansiosa, así como mayor número de problemas relacionados con el cáncer (Nezu, et al., 1999).

Es esta tal vez la razón más importante para dotar de destrezas y habilidades a una persona con cáncer o cuidador, debido a que sienten que la enfermedad los domina, su vida ha cambiado e incluso algunos refieren que preferirán abandonar el tratamiento. Aquellas personas que cuenten con habilidades relacionadas con disciplina y planeación, tendrán más posibilidades de manejar adecuadamente sus tratamientos. Porter. Lo anterior está asociado con el factor predictivo a la adherencia (Dominguez, 1994).

Overholser y Fritz (1990), apoyándose en investigaciones previas, recomiendan que ha de focalizarse la ayuda a los padres en disponer de factores de afrontamiento para obtener efectos beneficiosos para ambos, niños y padres. Una forma de proveerles estas estrategias es a través del modelo del estrés de solución de problemas (Nezu et al., 1999) debido a que permite comprender mejor la situación



de pacientes y cuidadores de pacientes con cáncer. El estrés desde este marco se define en términos de las relaciones recíprocas entre eventos vitales negativos, problemas cotidianos, estados emocionales negativos, y la habilidad para resolver problemas ( Nezu, Nezu y D'Zurilla 2000)

Como un punto de vista reciente en los programas de cuidados de la salud la moda paternalista informal, los cuidadores familiares ahora son responsables en una amplia variedad, servicios y actividades que estuvieron antigua y formalmente proporcionadas por los profesionales del servicio de salud ( Elliot, et al, 2001)

El número de condiciones crónicas en la escala de nuestra sociedad y los programas en cuidados de la salud está limitado en servicios para las personas con estas condiciones. La mayoría de los miembros de la familia asuman el rol de cuidadores (Hoffman, Rice, y Sung, 1996)

Los miembros de la familia asumen el rol de cuidadores bajo diferentes circunstancias, en algunos circunstancias los cuidadores pueden involucrarse gradualmente en su rol encarando la condición crónica que lentamente erosiona la capacidad del miembro de la familia o de sí mismo. En otros casos los cuidadores pueden involucrarse con cuidados inadecuados y generar o tener expectativas de vida

Investigaciones empíricas indican que las familias cuidadoras incrementan el riesgo para los problemas con estrés y enfermedades (Schulz, et al 1997). El diseño de investigaciones más elaboradas revelan que sobre el tiempo la salud del cuidador se ve comprometida por alteraciones cardiovasculares o funciones inmunológicas (Vitaliano 1997). Estos problemas en los cuidadores puede generar el abandono de su propia salud y cuidado

Se ha encontrado que las características psicológicas y los recursos del cuidador tienen gran impacto sobre el ajuste del cuidador

El estrés de los cuidadores puede dividirse en dos aspectos por un lado su apreciación subjetiva que lo lleve a un cuidado oneroso y por otro como una preocupación personal, así mismo los cuidadores frecuentemente tienen una marcada carencia de disponibilidad de tiempo personal para sus aficiones y lentamente erosionar el apoyo social aislandose (Quittner, Glueckaut y Jacson 1990).

La estrategia de afrontamiento de los cuidadores puede ser un mejor predictor del ajuste más que el soporte social

Por lo anterior proponemos un taller de solución de problemas para padres, tutores y cuidadores de niños con cáncer

### Justificación

El cáncer en la edad pediátrica ocupa la segunda causa de mortalidad en los países industrializados. En México es actualmente la segunda causa de muerte de los 5 a 14 años de edad, solo precedido por accidentes. De los tipos de cáncer la Leucemia es el diagnóstico con mayor incidencia ocupando el 34.4%, seguida de las neoplasias primarias del sistema nervioso central, por sexo existe un predominio en el sexo masculino. (Rivera 2002)

La Leucemia aguda linfoblástica en la República Mexicana se reporta el mayor número de pacientes en el Distrito Federal, los estados de Puebla, Jalisco y Nuevo León. En la Leucemia Aguda no linfoblástica se ha reportado una incidencia relativamente mayor en ciudades como México, incluyendo Distrito Federal y el estado, Guadalajara, Monterrey y Puebla.

La mayor parte de la población que es atendida por los residentes de Medicina Conductual en el Instituto Nacional de Pediatría corresponde al diagnóstico de Leucemia tanto linfoblástica como aguda.

La mayoría de los pacientes son del DF, estado de México, Morelos, Hidalgo y Morelia, así como Puebla, Oaxaca y Chiapas. Los padres de familia, tutores y cuidadores tiene que adaptarse a una serie de situaciones estresantes, desde el proceso de estudio y diagnóstico de la enfermedad, la primer etapa del diagnóstico, el mantenimiento, los riesgos de una recaída y la etapa terminal entre otros son fases que requieren estrategias de afrontamiento y habilidades adecuadas para resolver los problemas que demandan cada una de ellas. Además de los cambios y ajustes que requieren hacer en su nuevo estilo de vida.

Dependiendo de la habilidad para resolver los problemas y estrategias de afrontamiento al estrés que con lleva un diagnóstico de Leucemia por parte de los padres se favorecerán la adherencia y la adaptación de los pacientes.

Debido a la cantidad de pacientes que se atienden en el servicio de Hematología del INP, propongo un taller en la Técnica de Solución de Problemas para los PA-TU-CU de los pacientes con el objetivo de favorecer las habilidades y estrategias en problemas relacionados con la enfermedad y promover la asertividad en todo lo concerniente a la misma así como favorecer la adherencia terapéutica.

### **Método.**

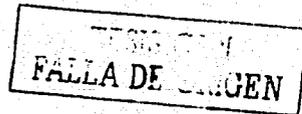
#### **¿PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN?**

Por medio de la Técnica de Solución de Problemas se puede enseñar las habilidades de solución de problema de los padres o cuidadores de los niños con leucemia?

¿Por medio de la Técnica de Solución de Problemas se pueden mejorar las habilidades de solución de problema de los padres o cuidadores de los niños con leucemia?

### **Objetivos**

- Enseñar conocimientos sobre la Técnica de Solución de Problemas.
- Enseñar estrategias de solución de problemas
- Aplicar soluciones efectivas en problemas de la vida cotidiana derivados del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad
- Favorecer el tratamiento hematológico.
- Promover la calidad de afrontamiento a los problemas
- Promover la calidad de vida.



**Variables**

**VARIABLE INDEPENDIENTE**

Técnica de Solución de Problemas, proceso autodirigido cognitivo conductual, por medio del cual la persona intenta identificar o descubrir formas efectivas para resolver situaciones problemáticas que enfrenta en el curso de su vida cotidiana.

**VARIABLE DEPENDIENTE**

Padres, tutores y cuidadores de pacientes de niños con diagnóstico hematológico

**Diseño**

Se trató de un diseño Pre-post debido a que es exploratorio, comparativo y longitudinal ya que se realizaron dos mediciones en el tiempo.

**Sujetos**

Padres de familia o cuidadores de niños con cáncer que acuden a tratamiento al Instituto Nacional de Pediatría

**Escenario**

Aula del Instituto Nacional de Pediatría.

**Instrumentos**

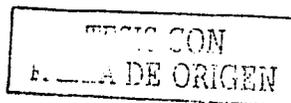
Escala de ansiedad y depresión de Beck  
Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana Forma B. El HDL fue traducido en 1989 por Ayala y Aduna. En 1998 fue validado por medio de alfa de Cronbach obteniendo puntajes mayores a 0.69

**Procedimiento**

Se aplicó en el servicio de Hematología dentro de la consulta externa, hospitalización y terapia ambulatoria un sondeo para identificar el interés de los cuidadores primarios en recibir un taller de Solución de Problemas enfocado al padecimiento del paciente, la hora más factible para ellos y el día.

Posteriormente se selecciono el día y hora más solicitado por los cuidadores y se realizó la invitación abierta por medio de carteles que se pegaron en los mismo lugares del sondeo, así como en cada consultorio. Además se les brindó a los médicos hematólogos y trabajo social volantes con la información del taller y lo horarios.

El taller se realizará en cuatro sesiones de dos horas 15 minutos una vez por semana, se formaron dos grupos abiertos en diferentes días para captar mayor población.



Antes de iniciar el taller se aplicaron un cuestionario ficha de identificación, el Cuestionario de Salud y Vida Cotidiana y el inventario de ansiedad y depresión de Beck. Al final del taller se solo se aplicaron las escalas de afrontamiento del HDL y las escalas Beck.

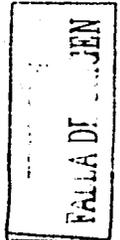
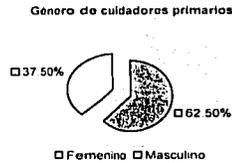
El contenido del taller se basó en orientación al problema, definición y formulación del mismo, enseñanza en la generación de alternativas, toma de decisiones e implementación de la toma de decisiones.

**Resultados**

**Datos sociodemográficos**

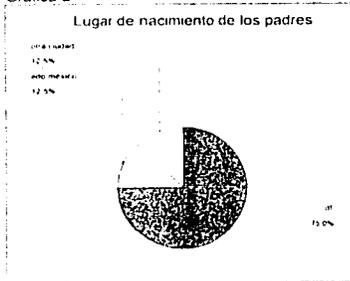
El grupo inicial de cuidadores primarios fue de 24 participantes de los cuales sólo 16 concluyeron el taller. La muestra final se conformo con los 16 cuidadores. La distribución por género de los mismos se muestra en la gráfica 1

Gráfica 1

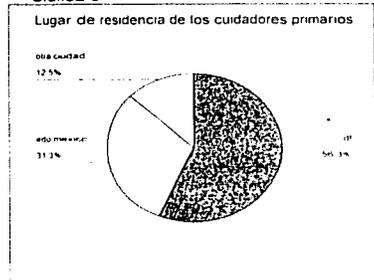


En las siguientes dos gráficas se muestra el lugar de nacimiento en relación al de residencia de los cuidadores primarios, aumentó la migración al estado de México en un 18.8%

Gráfica 2

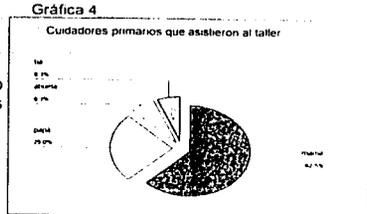


Gráfica 3

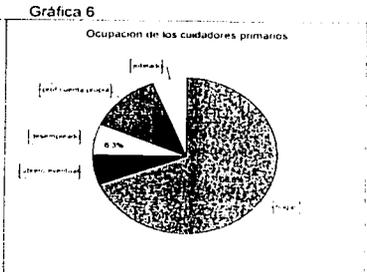
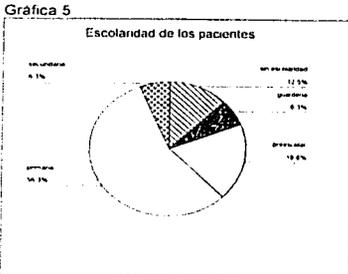


ESTA TERCERA PARTE  
DE LA DEPENDENCIA

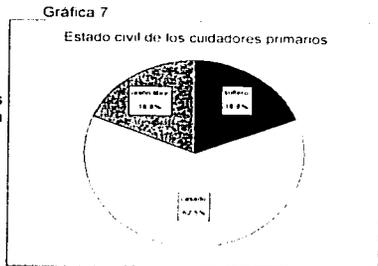
En la gráfica cuatro se muestra el vínculo de los cuidadores primarios con los pacientes, en su mayoría son las madres.



Las siguientes dos gráficas muestran el grado de escolaridad y ocupación de los cuidadores primarios.



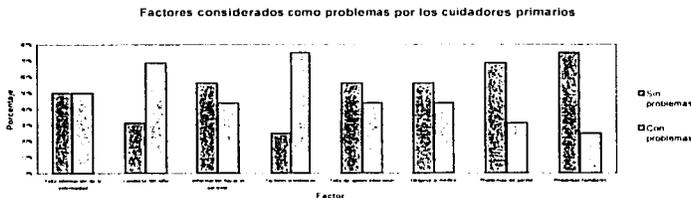
En relación al estado civil de los cuidadores primarios se muestra su distribución en la gráfica siete.



La mayoría de los cuidadores primarios consideraron al momento de ingresar al taller los siguientes factores como causa de problemas vinculados con la enfermedad, en la

gráfica cuatro en la barra de la izquierda está el porcentaje de los cuidadores que no consideraban el factor como problema, en la de la izquierda están representados los que consideraban el factor como problema. El 50% consideraban la falta de información de la enfermedad, el 68.8% consideró la conducta del niño como factor de problema, el 75% consideraron como problema el aspecto económico. Menos de 50% reportaron sin problemas en relación con la pareja y el apoyo emocional.

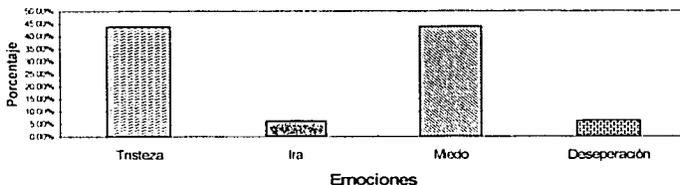
Gráfica 8



En la gráfica nueve se puede observar la descripción de la emoción de los cuidadores al momento de recibir el diagnóstico de su paciente, predomina el miedo y la ira.

Gráfica 9

**Descripción del emoción de los cuidadores primarios ante el diagnóstico**



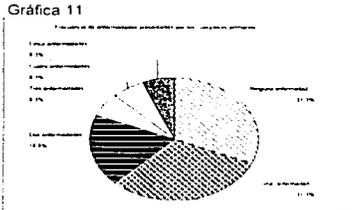
La auto descripción conductual de los cuidadores al momento de recibir el diagnóstico de su paciente tenemos que el 50% reaccionó deprimiéndose, el 37.5% se sintió culpable y sólo el 12.5% buscó ayuda.

**TEMOS CON FALLA DE ORIGEN**

Gráfica 10



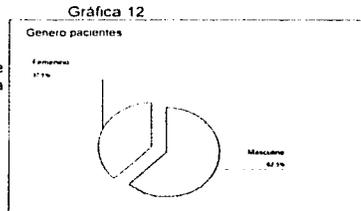
En la gráfica 11 se muestra el reporte de enfermedades físicas de los cuidadores primarios que se presentaron después del diagnóstico. predominan, problemas arteriales, de la espalda, anemia y problemas respiratorios entre otros.



Respecto a la ingesta de medicamentos solo el 35% de los padres se encontraron por arriba de la media. En este porcentaje los medicamentos que más consumían fueron, pastillas para el dolor, antigripales, aspirinas, antibióticos y vitaminas, en menor grado laxantes, medicamentos para la digestión, antidepresivos y medicamentos para la alergia

**Datos de los pacientes**

En la gráfica 12 se muestra el género de los pacientes que correspondieron a la muestra de los cuidadores primarios.



**TRABAJO CON  
FAMILIA DE CUIDEN**



Con los datos anteriores se realizó una t de Student para pruebas independientes para identificar la diferencia de la información brindada por los padres y la del expediente.

Tabla 1 Diferencias de diagnóstico

Prueba para muestras independientes

	Prueba t para igualdad de medias	
	t	Sig.
DX EN EXPEDIENTE VS DX DE LOS PADRES	-2.349	.026

Asimismo se realizó una prueba t de Student para pruebas relacionadas del HDL relacionadas con el afrontamiento en el pre y postest, así mismo con la escala de ansiedad y depresión de Beck, se pudo identificar en su mayoría diferencia significativa excepto en búsqueda de información 0.751 no significativa ( $p > 0.05$ ). No se corrieron pruebas post hoc porque uno de los grupos es de un solo sujeto.

Tabla 2 Correlación del pre post de la escala HDL

Prueba para muestra relacionadas		Diferencias de medias Relacionadas	t	Sig.)
Par 1	COG_ACT1 - COG_ACT2	-6.4375	-2.288	.037
Par 2	CON_ACT1 - CON_ACT2	-9.8750	-5.451	.000
Par 3	EVITAC1 - EVITAC2	4.5000	3.460	.004
Par 4	ANA_LOG1 - ANA_LOG2	-1.8750	-2.143	.049
Par 5	BUS_INF1 - BUS_INF2	-5.0000	-3.323	.751
Par 6	RES_PRO1 - RES_PRO2	-4.7500	-3.578	.003
Par 7	BECK1 - BECK2	1.0625	4.576	.000
Par 8	DEP_ANS1 - DEP_ANS2	9.3750	3.758	.002

En los grupos por etapa de tratamiento en función de los datos brindados por los cuidadores primarios se encontraron dos diferencias significativas  $< 0.05$  en lo que respecta a enfermedad ( $p = 0.002$ ) y análisis lógico del pretest ( $p = 0.032$ ).

ANOVA

Tabla 4 Diferencias entre la enfermedad y el análisis lógico

ENFERMEDAD		Suma de cuadrados	df	Media cuadrada	F	Sig.
	Entre grupos	21.438	2	10.719	11.147	.002
	Dentro del grupo	12.500	13	.962		
	Total	33.938	15			
ANA_LOG1	Entre grupos	51.089	2	25.545	4.527	.032
	Dentro del grupo	73.348	13	5.642		
	Total	124.438	15			

Se corrieron pruebas de comparación múltiple específicamente la prueba de Scheffe el encontraron las siguientes diferencias; en enfermedad en la etapa de inducción contra la de vigilancia ( $p=0.002$ ) y de remisión contra vigilancia ( $p=0.006$ ).

En lo que respecta a análisis lógico en la etapa de inducción a la remisión contra remisión ( $p=0.034$ )

**Tabla 5 Correlación entre enfermedad y análisis lógico con etapas de tratamiento**

Variable dependiente	(I) ETAPA_TX	(J) ETAPA_TX	Diferencia de las medias (I-J)	sig
ENFERMED	inducción a la remisión	remisión	.0000	1 .000
		vigilancia	-3.5000	.002
	remisión	inducción a la remisión	.0000	1 .000
		vigilancia	-3.5000	.006
ANA_LOG1	inducción a la remisión	remisión	3.5000	.002
		vigilancia	3.5000	.006
	remisión	inducción a la remisión	-4.6061	.034
		vigilancia	-1.7727	.634
	inducción a la remisión	remisión	4.6061	.034
		vigilancia	2.8333	.448
	remisión	inducción a la remisión	1.7727	.634
		vigilancia	-2.8333	.448

\* Diferencia estadísticamente significativa  $p \leq 0.05$

## Discusión

Al predominar el género femenino en la muestra y ser las madres de los pacientes la mayoría de quienes acudieron al taller coincide con otros estudios de padres de niños con cáncer, las madres son habitualmente quienes se dedican a cuidar al paciente y a las actividades del hogar, mientras los padres se encargan de proveer el factor económico (Die Trill 1993, Sawyer y cols 1997, Elliot 2001).

La descripción emocional de los cuidadores y la reacción conductual en las que predomina el miedo, la tristeza, sentirse culpable y deprimirse ha sido reportado en otros estudios (Shields y cols 1996) al momento de recibir el diagnóstico de cáncer.

La mayoría de los cuidadores presentan síntomas ansiosos y depresivos originados por las dificultades que habían tenido para adaptarse a la enfermedad y a los procesos del tratamiento. Sifer (2002) menciona que las dimensiones con mayor consistencia de correlación en cuidadores primarios del humor con el estrés se presentó durante la etapa de tratamiento ya que los niños son sometidos generalmente a procesos dolorosos, nosotros identificamos que los cuidadores de los niños que se encuentran en etapa de inducción (bajo la creencia de los padres) fueron los que reportaron mayor estrés.

Elliott (2002) considera determinante la orientación del problema como parte del apoyo a los cuidadores primarios por medio de habilidades en solución de problemas para favorecer su adaptación y beneficiar al paciente, asimismo considera que el afrontamiento es mejor predictor de adaptabilidad que el apoyo emocional. Al concluir los cuidadores primarios el taller los niveles de ansiedad y depresión bajaron significativamente.

Pedreira y Palanca (2001) mencionan que en la primer fase del diagnóstico de la enfermedad la actitud de los padres es de búsqueda de información lo que les permite tener control sobre la enfermedad, a pesar de que los pacientes se encontraban en diferentes etapas de tratamiento los padres acudieron al taller en búsqueda de solución de problemas y uno de ellos era la falta de información brindada por un profesional, aun cuando preguntan al médico y obtienen información no garantiza una comprensión de la enfermedad ni de los efectos del tratamiento, se pudo observar que gran parte de las dudas antes del taller, la estrategia que habían utilizado los cuidadores para resolver la falta de información era dirigirse a otros cuidadores lo que no siempre les había resultado como una estrategia positiva

### Conclusiones

La muestra inicial estuvo conformada por 24 cuidadores primarios solo 16 de ellos acudieron a todas las sesiones del taller, los ocho cuidadores restantes acudieron de manera irregular debido a que los horarios del taller coincidían con otras actividades dentro del hospital, aplicación de medicamento, consulta o trámites

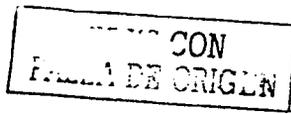
La muestra final se conformó por 16 cuidadores primarios del servicio de Hemato – Oncología, la mayoría de la población correspondió al género femenino proveniente principalmente del DF y del Estado de México, así mismo la relación de los cuidadores con los pacientes eran principalmente madres y padres de los niños Predominó el grado de escolaridad en los cuidadores con nivel técnico-bachillerato y licenciatura

En la muestra predomina el género femenino como cuidadoras primarias, mismas que se dedicaban al hogar y al cuidado de los pacientes

La mayor o primer preocupación de los cuidadores al momento de iniciar el taller fue principalmente, el factor económico, en segundo lugar la conducta del niño y en tercer lugar falta de información sobre la enfermedad, en los dos últimos lugares de ocho situaciones problemáticas mencionaron problemas de pareja y problemas familiares, sin embargo como dato anecdótico identificado en el proceso del taller los padres comentaban de las dificultades familiares y la falta de apoyo en el cuidado del paciente y en la falta de comprensión hacia ellos

Los datos obtenidos respecto a la etapa de tratamiento que reportan los cuidadores de su paciente y la reportada en el expediente varían, presentando una diferencia significativa, lo anterior nos indica que aun cuando los padres creen tener información sobre la enfermedad ésta no es adecuada o fue comprendida incorrectamente, en el taller al momento de plantear los problemas demandaban mayor información sobre el tratamiento la enfermedad y sobre efectos de tratamiento ( fiebre, vomito y sangrado principalmente) así mismo sobre como actuar ante complicación de enfermedades, gripe, enfermedades estomacales) Asimismo no consideraron dirigirse al medico como una dificultad inicialmente, sin embargo en el transcurso de las actividades identificaron que la estrategia que utilizaban no era la más adecuada ya que dejaba dudas en ellos

En relación sobre los efectos del taller de solución de problemas sobre los estilos de afrontamiento, en la mayoría de los estilos los cuidadores primarios obtuvieron mayores elementos para mejorar sus estrategias después del taller, aun cuando presentaban algunos de esos elementos en el pretest se pudo identificar en la intervención que el curso de sus estrategias no siempre les brindaba resultados positivos, aun cuando los cuidadores sienten estar haciendo cosas para solucionar los problemas que se relacionan con la enfermedad no se dirigen a las instancias



adecuadas, en relación al estilo cognoscitivo activo los intentos que hacían para analizar la evolución de su problemática la mayoría de veces la resolvían comentando sus dudas con otros cuidadores primarios lo que en la mayoría de las ocasiones les generó más dudas. En relación a la estrategia de evitación después del taller los padres reportaron evitar menos las situaciones problemáticas con la enfermedad al llegar. En el caso de búsqueda de información no se encontraron diferencias significativas consideramos que al acudir al taller estaban llevando a cabo la estrategia.

Al realizar las pruebas de comparación múltiple específicas identificamos una correlación de la etapa de tratamiento, de la etapa de inducción correlacionó con la etapa de vigilancia ( $p=0.002$ ). Esta última representa un avance contra la enfermedad, así mismo la etapa de remisión correlacionó con la etapa de vigilancia ( $p=0.006$ ), en las dos correlaciones se identifica una ganancia en el avance del tratamiento contra la enfermedad. La estrategia de análisis lógico en el pretest correlacionó con inducción contra remisión ( $p=0.034$ ), es posible que la creencia de la etapa de tratamiento que los cuidadores primarios tienen del paciente es importante, en la etapa de vigilancia los cuidadores pueden sentirse menos estresados, con mayor control y conocimiento de la enfermedad lo que le permite poner en práctica habilidades y funciones (análisis) para resolver más efectivamente un problema a diferencia de los cuidadores que sus pacientes se encuentran en la fase de inducción y empiezan a conocer la enfermedad y el tratamiento lo que les genera más estrés, además de la asimilación que se encuentran haciendo del impacto del diagnóstico.

El taller brindó elementos relacionados con la orientación del problema y de habilidades en la solución del problema, sin embargo no sabemos si este aprendizaje se va a mantener a lo largo de la enfermedad del paciente, por lo que considero necesario realizar evaluaciones de seguimiento y elaborar intervenciones que permitan reforzar este aprendizaje, así mismo evaluar paralelamente al paciente e identificar en él los cambios del cuidador primario. Sin embargo al concluir el taller se les brindó a los cuidadores un cuadernillo con todos los puntos importantes del taller para reforzar el conocimiento adquirido.

### Sugerencias

Sería importante realizar taller de seguimiento con los cuidadores y evaluar los efectos de aprendizaje del taller.

Sugiero en otras investigaciones valorar paralelamente al cuidador y al paciente para identificar los efectos que tiene el taller en el cuidador y la interacción con el paciente en el caso de repercuten todas nuestras intervenciones.

Estandarizar el Cuestionario en Solución de Problemas en cuidadores primarios de niños con cáncer para obtener datos más específicos sobre el objetivo del taller.

Tratar de formar talleres con grupo de cuidadores dependiendo de la etapa de tratamiento y correlacionar los datos entre los grupos para mejorar los talleres de intervención y programas de intervención individuales.

TRABAJO CON  
FALLA DE ORIGEN