

01968



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

BRAVO GONZÁLEZ MA. CRISTINA.

DIRECTOR DEL REPORTE:

Mtro. Arturo Martínez Lara

JURADO DE EXAMEN:

Dr. Samuel Jurado Cárdenas.

Dr. Francisco M. García Rodríguez.

Mtra. Bertha Molina Zepeda.

Dra. Isabel Reyes Lagunes.

SUPLENTE: Dra. Sandra Angélica Anguiano Serrano.

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

G R A C I A S

Mamá... por brindarme tu apoyo y aceptación incondicional

Papá... por impulsarme a ser quien soy

Alex... por la alegría de los triunfos

Esteban... porque la convivencia nos ha hecho crecer,
con todo y mis rabieta de verdugo

Carmen, Mae, Bety y Ana... por la sociedad de controladoras conocidas

Leo y Vikingo... mil gracias por ser como son

Miriam, Haydée e Isela... porque la amistad ha perdurado

**Mtro. Arturo Martínez, Dr. Samuel Jurado,
Dra. Isabel Reyes y Dra. Sandra Anguiano,**
por sus valiosas contribuciones para el mejoramiento de este reporte

De manera especial a:

Dr. Francisco García, por la calidad y calidez humana con la que realiza su trabajo

Personal médico y de enfermería del Hospital Juárez de México y del Hospital de la Mujer, por permitirme acercarme a su espacio de trabajo y aceptarme como parte de su equipo. Un reconocimiento a la labor que desempeñan día con día

Las supervisoras *in situ* **Mtra. Bertha Molina** y **Lic. Diana Lilia Gutiérrez,** su conocimiento y experiencia facilitaron con mucho mi trabajo y coadyuvaron para un mejor desempeño

ÍNDICE

Residencia en Medicina Conductual: Experiencia Profesional	4
I. Reporte de Experiencia Profesional	6
Sedes asignadas	6
Primer año: Hospital Juárez de México	6
Segundo año: Hospital de la Mujer	8
Actividades desarrolladas en las sedes	9
Justificación teórica	9
Primer año	15
Evaluación del servicio asignado	15
Actividades diarias	16
Programas de intervención	20
Caso clínico	23
Actividades académicas	31
Otras actividades	31
Asistencia a eventos académicos	31
Segundo año	32
Evaluación del servicio asignado	32
Actividades diarias	32
Programas de intervención	42
Caso clínico	46
Actividades académicas	55
Asistencia a eventos académicos	55
Competencias profesionales	56

Evaluación de las Actividades Desarrolladas	59
De las subsedes	59
De las actividades y programas específicos desarrollados en cada subsede	61
Del sistema de supervisión	63
De los supervisores <i>in situ</i>	63
De los supervisores académicos	64
De las competencias profesionales alcanzadas	64
Conclusiones y Sugerencias	65
Referencias bibliográficas	70
Anexo 1. Folletos temáticos: cáncer, cáncer de mama, cáncer cervicouterino y quimioterapia	76
Anexo 2. Folleto: Rehabilitación emocional y física de la mastectomía	85
II. Protocolo de investigación: Intervención cognoscitivo-conductual para la prevención de la ansiedad anticipatoria en pacientes con cáncer en sometidos a quimioterapia	92
Estudio 1	98
Estudio 2	115
Conclusiones	126
Referencias	129
Anexos	136

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL: EXPERIENCIA PROFESIONAL.

En los años recientes se ha enfatizado y reconocido la relación existente entre estilos de vida con la ocurrencia y mantenimiento de enfermedades tanto agudas como crónicas, por lo cual el papel de los especialistas en Medicina Conductual en instituciones públicas y privadas ha cobrado relevancia, puesto que sus preocupaciones principales han sido las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios para modificarlas, para lo cual ha empleado técnicas de modificación de conducta para evaluar, prevenir, tratar y rehabilitar padecimientos físicos, disfunciones psicofisiológicas, así como problemas en el cuidado de la salud (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

La relación comportamiento-enfermedad se observa en los reportes estadísticos nacionales, donde las principales causas de pérdida de años de vida saludable son: afecciones perinatales, diabetes mellitus, homicidios y violencia, cardiopatía isquémica, accidentes, infecciones respiratorias, enfermedad cerebrovascular, cirrosis hepática, atropellamiento, tumores malignos, consumo de alcohol y trastornos depresivos; referente a la mortalidad, las principales causas de muerte no son muy distintas a las primeras: padecimientos cardíacos, tumores malignos, accidentes, diabetes mellitus, afecciones perinatales, neumonía e influenza, enfermedad cerebrovascular, cirrosis, lesiones y homicidio (Secretaría de Salud, 2000; 2001), la mayor parte de estas causas de mortalidad son susceptibles de prevención y/o control con intervenciones conjuntas a nivel médico y psicológico.

Un esfuerzo importante para incidir en las principales causas de enfermedad y mortalidad en México se ha llevado a cabo en la Universidad Nacional Autónoma de México, a través del Programa de Maestría Profesional de la Facultad de Psicología, en la especialidad en Medicina Conductual, la cual tiene como objetivo la formación de profesionales capacitados para (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001, pp.18-19):

- ☉ Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por problemas

orgánicos.

- ☉ Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones de salud.
- ☉ Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.
- ☉ Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.
- ☉ Entrenar a los familiares de los enfermos en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con el fin de mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto en el paciente como en los miembros de la misma.
- ☉ Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.
- ☉ Trabajar en equipo multidisciplinario.

De acuerdo con estos objetivos, se presenta el reporte de Experiencia Profesional de la Residencia en Medicina Conductual, el cual pretende destacar las principales actividades desarrolladas en el ámbito hospitalario durante dos años de residencia, así como los resultados de un protocolo de investigación llevado a cabo con pacientes oncológicos.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

Sedes Asignadas

Primer año: Hospital Juárez de México (HJM), Unidad de Oncología

El HJM se encuentra en la Av. Instituto Politécnico Nacional, y es considerado un hospital de tercer nivel que cuenta con varias especialidades médicas entre las que destaca la Unidad de Oncología, la cual cuenta con dos áreas principales: **hospitalización**, con capacidad de 36 camas, donde semanalmente se hospitalizan aproximadamente 50 personas para la realización de diversos procedimientos (cirugía, aplicación de quimioterapia y cuidados paliativos).

En la **consulta externa**, se concentran cuatro clínicas (tumores mamarios, tumores ginecológicos, tumores mixtos, así como tumores de cabeza y cuello), área de urgencias oncológicas y toma de biopsias, sala de aplicación de Quimioterapia y sala de aplicación de Radioterapia externa, en esta área se atienden aproximadamente a 600 personas a la semana; en la Figura 1 se presenta el organigrama del personal que labora en esta Unidad.

Durante el año de residencia 2002, estuvimos asignados dos residentes de Medicina Conductual, uno de primer y uno de segundo año, por lo que fue necesario diseñar una organización de trabajo enfocada a la solución de urgencias y casos graves en el área de hospitalización, así como mayor presencia en el área de la consulta externa, realizando una rotación semestral, a fin de adquirir experiencia en las diversas clínicas que conforman la Unidad (ver Tabla 1).

El trabajo realizado durante ese año fue supervisado de manera indirecta por el Dr. Francisco García Rodríguez, Jefe de Servicio de la Unidad; y directamente por la Supervisora In situ, Mtra. Bertha Molina Zepeda, el Dr. Ricardo Gallardo, Jefe de Psiquiatría y Psicología del HJM y el Supervisor Académico Mtro. Leonardo Reynoso Erazo.

FIGURA 1. ORGANIGRAMA DEL PERSONAL DE LA UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HJM.

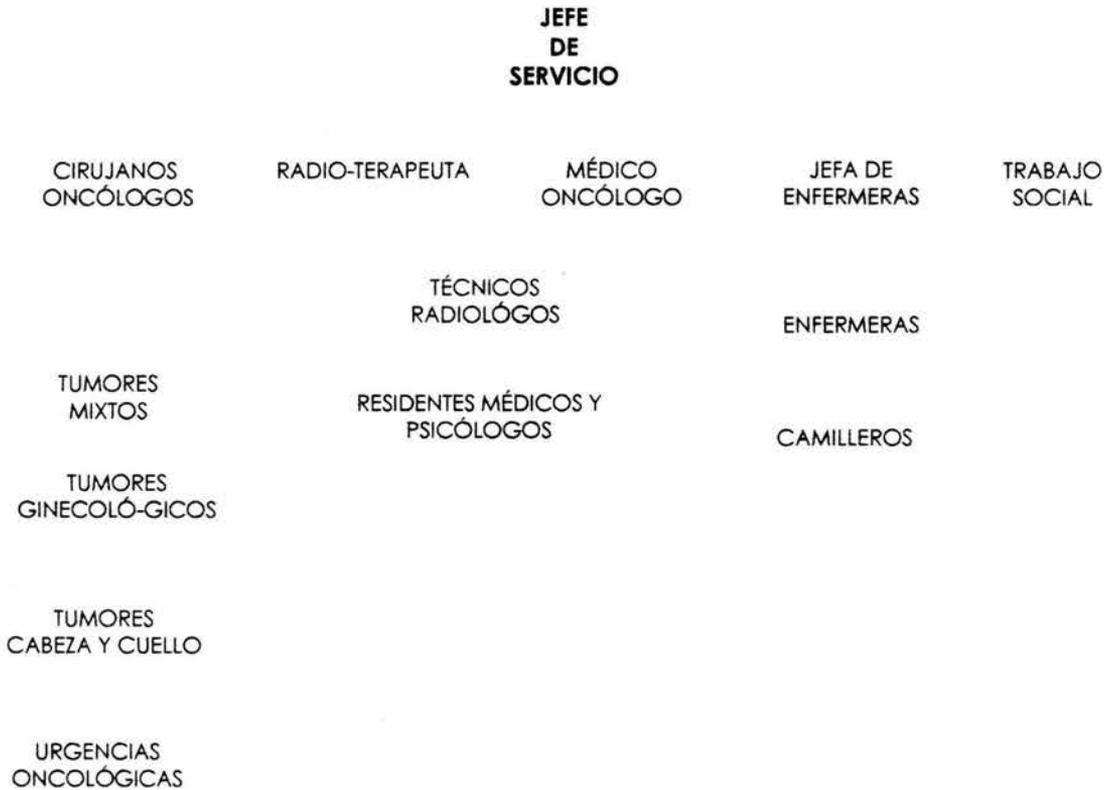


Tabla 1. Distribución de los residentes en las Clínicas de la Unidad de Oncología.

Residentes	Período	
	Marzo-Agosto 2002	Septiembre 2002-Febrero 2003
R1. Bravo Glz. Ma. Cristina.	Tumores Mamarios. Tumores de Cabeza y Cuello. Urgencias y Hospitalización.	Tumores Mixtos. Tumores Ginecológicos. Urgencias y Hospitalización.
R2. Valdés Murillo Salvador.	Tumores Mixtos. Tumores Ginecológicos. Urgencias y Hospitalización.	Tumores Mamarios. Tumores de Cabeza y Cuello. Urgencias y Hospitalización.

Segundo año: Hospital de la Mujer (HM), Oncología

El HM es una institución de segundo nivel que se encuentra en la Av. Salvador Díaz Mirón, donde principalmente se ofrecen servicios gineco-obstétricos, los cuales se distribuyen en una amplia gama de servicios, tanto en **consulta externa**, con quince consultorios (Cirugía, Climaterio, Dietología, Displasias, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Odontología, Oncología, Psicología, entre otras) como en **hospitalización**, con capacidad de 248 camas, incluyendo el cunero (Embarazo de Alto Riesgo, Puerperio Complicado, Alojamiento Conjunto, Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, Ginecología, Cirugía, Tumor de Ovario y Oncología).

El Servicio de Oncología del HM, en **hospitalización**, cuenta con capacidad para ocho camas, donde ingresan un promedio de 50-60 personas al mes para la realización de diversos procedimientos (principalmente quimioterapia, cirugía y cuidados paliativos), junto a esta área se encuentra una sala para cirugía menor o biopsia, donde se realizan en promedio tres procedimientos diarios. En la **consulta externa**, diariamente se atienden a alrededor de 30 personas, principalmente por cáncer de mama, cáncer cervicouterino, cáncer de endometrio, cáncer de vulva y cáncer de ovario. Este es un servicio pequeño, donde laboran alrededor de once personas (personal médico, enfermeras, trabajo social y secretaria).

Durante el año de residencia 2003, estuvimos asignadas dos residentes de segundo año a este Hospital, quienes diseñamos una estrategia de trabajo basada en permanecer todo el año en un Servicio específico, en este caso en el área de Oncología y los servicios restantes del primer piso del hospital: Tumor de Ovario; Ginecología, Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios; se atendieron solicitudes de interconsultas de otras especialidades o áreas del hospital (p.e. la unidad tocoquirúrgica o el cunero); y, se atendieron seis horas semanales de consulta externa del Departamento de Psicología. El trabajo realizado en esta Institución estuvo supervisado por la Jefa del Departamento de Psicología, Lic. Diana Lilia Gutiérrez Castillo.

Actividades Desarrolladas en las Sedes.

Justificación Teórica

Puesto que en ambas sedes estuve asignada a la especialidad de Oncología, a continuación presento las implicaciones psicológicas que ocurren en las personas con cáncer, así como las principales áreas de intervención.

Inmediatamente después del diagnóstico de una enfermedad crónica, los pacientes pasan por un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, donde se experimentan sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización, entre otras; además, pueden ocurrir problemas interpersonales, sociales o ambientales (Nezu, A., Nezu, C., Friedman, Faddis y Houts, 1999). Los individuos que sufren una enfermedad crónica pueden adoptar distintas estrategias para hacer frente a las situaciones problemáticas de la fase crítica: algunos pueden negar o minimizar la gravedad de su trastorno, otros pueden, por el contrario, buscar activamente información relevante para afrontar los problemas relativos a la enfermedad y su tratamiento, una tercera estrategia de afrontamiento puede consistir en obtener apoyo emocional por parte de su familia, amigos o profesionales de la salud (Beneit, 1994).

DeGood, Crawford y Jongsma (1999) afirman que los principales objetivos de la intervención psicológica en personas con padecimientos oncológicos son:

- ⓐ Reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas.
- ⓑ Mejorar la capacidad para identificar, afrontar y expresar apropiadamente las emociones asociadas con el diagnóstico.
- ⓒ Facilitar la adaptación al cáncer induciendo estilos de afrontamiento positivos: mayor sentido de control y participación activa en el tratamiento, de modo que se fortalezca la adherencia terapéutica.
- ⓓ Estimular la participación en actividades placenteras y mantener/mejorar sus relaciones sociales.

- ☉ Facilitar la comunicación del paciente con el personal médico, su pareja y otras personas significativas.
- ☉ Mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de sus familiares, al proceso de enfermedad.

En resumen, la labor del psicólogo en el trabajo con pacientes oncológicos es orientarlos de manera realista acerca de sus limitaciones futuras, prepararles para los posibles acontecimientos que pueden surgir en el curso de su enfermedad y proporcionarles metas razonables hacia las cuales dirigirse; todo ello ocurre en las diferentes etapas de atención médica:

- ☉ **PREDIAGNÓSTICO:** caracterizada por preocupación por los síntomas y conductas de retraso a la exploración. Durante esta etapa se experimenta un elevado grado de estrés debido a que el paciente se encuentra a la espera de un diagnóstico (Velasco y Sinibaldi, 2001). *La intervención psicológica en esta fase se centró en sensibilizar al paciente respecto al posible diagnóstico que podía recibir, explorar las creencias respecto a la enfermedad y proporcionarle estrategias de afrontamiento funcionales para la realización de estudios (principalmente toma de biopsia).*
- ☉ **DIAGNÓSTICO:** Aunque es una etapa muy breve, es también una gran fuente de estrés para el paciente, su pareja y/o su familia; está compuesta por sentimientos de incertidumbre, sometimiento a diversos estudios confirmatorios y espera de resultados. Velasco y Sinibaldi (2001) afirman que en esta etapa la mayoría de los pacientes presentan tensión y conflicto tras el diagnóstico, que se vincula con una sensación de vacío; además, a medida que el trastorno se encuentra en etapas más avanzadas aumentan la desesperación, la desesperanza y la frustración.

El trabajo psicológico en esta fase se propuso ampliar la información sobre los manejos terapéuticos más adecuados para la etapa y tipo de cáncer; una de las intervenciones más frecuentes en esta fase fue la INTERVENCIÓN EN CRISIS debido a la

recepción del diagnóstico; la atención se centró en los sentimientos que experimentados el paciente en ese momento, así como en cambiar la respuesta ansiosa inicial por una respuesta más funcional, con el objetivo de que pudiera ser capaz de regresar a casa si es que acudía solo (a) al servicio, ayudarlo a asimilar la información que el médico le proporcionó y aportar información complementaria si era necesario. En la mayoría de los casos, se buscó que el paciente solicitará apoyo psicoterapéutico por sí mismo, cuando no era así, se realizó la propuesta de acuerdo con las posibilidades de asistencia del paciente.

- ⊗ **TRATAMIENTO:** la atención se centra en los efectos de las medidas terapéuticas, en la posible reintegración a la vida cotidiana y los problemas de adaptación ante nuevas condiciones. Al inicio de esta etapa, también conocida como **fase crónica**, la mayoría de los pacientes necesita y se encuentra en disposición de hablar sobre su diagnóstico y la evaluación de su tratamiento, ello debido a se crea una expectativa de curación en muchos casos poco realista; en un periodo más avanzado, la esperanza generalmente desaparece, convirtiéndose en miedo, aumenta la rabia ante la poca efectividad de los tratamientos y el aumento en los signos y síntomas secundarios, así como el importante grado de discapacidad que el padecimiento ocasiona, por lo tanto el paciente tenderá a comportarse con falta de optimismo y menor adaptación (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Esta fase es muy compleja ya que pueden ofrecerse al paciente diversas modalidades/combinaciones de tratamiento oncológico, las cuales dependen del tamaño del tumor, la localización, los ganglios o las estructuras involucradas, la existencia de metástasis, la edad del(a) paciente, etc. Las principales modalidades de tratamiento oncológico son:

- ⊗ **Quimioterapia.** Para la cual existen diferentes esquemas (medicamentos) y períodos de aplicación (semanal, durante cinco días, cada mes, una vez al mes). Se emplea como primera línea en caso de tumores muy grandes, no quirúrgicos o metastásicos (quimioterapia neoadyuvante).

Como segunda línea se emplea posterior a la intervención quirúrgica (quimioterapia adyuvante) o junto con un esquema radiación (quimio-radio concomitante). También se emplea con los pacientes en etapas avanzadas con fines paliativos para disminuir los dolores.

- ☉ **Radioterapia.** Donde dependiendo del pronóstico con que cuente el paciente se aplicará diariamente desde 28 y hasta 38 días. También se emplea como primera línea de tratamiento cuando los tumores son irsecables o no quirúrgicos (por localización o extensión) y en tumores que no son sensibles a la quimioterapia. Al igual que ésta, la radiación también puede emplearse con fines paliativos.

- ☉ **Cirugía.** Ésta se lleva a cabo como tratamiento de primario cuando el tumor es pequeño y se encuentra en un área quirúrgica, sin compromiso de otras estructuras. Puede emplearse posterior al tratamiento con quimio y/o radioterapia, cuando el tumor ha disminuido su extensión.

Debido a las características estresantes de estos tratamientos, durante esta etapa se analizaron las creencias y las expectativas de curación; además, se proporcionó información complementaria respecto de los diversos tratamientos (quimioterapia, radioterapia y/o cirugía). También se realizaron intervenciones para disminuir las respuestas ansiógenas ante los diversos tratamientos, así como preparar al paciente para su realización, identificando y analizando las creencias relacionadas con los efectos secundarios, las expectativas de curación y la adherencia al tratamiento.

- ☉ **REHABILITACIÓN:** en esta etapa pueden presentarse de nueva cuenta los problemas de adaptación, incertidumbre con respecto a las posibles recurrencias o recaídas, las cuales, cuando ocurren son más difíciles para el paciente, ya que los tratamientos serán más agresivos, con mayores efectos secundarios y resultarán más aversivos para el paciente; algunos otros prefieren "olvidar voluntariamente su enfermedad y consecuencias,

gradualmente se vuelven más pasivos, solitarios y menos comunicativos" (Velasco y Sinibaldi, 2001, p.112).

- ☉ **ETAPA TERMINAL:** en ésta se presentan sentimientos de aislamiento y depresión profunda debido a una anticipación del duelo; generalmente, el paciente y su familia comprenden esta situación cuando la atención del personal de salud se desplaza de los tratamientos curativos a los cuidados paliativos, así, cuando el paciente se enfrenta a la inminencia de la muerte con frecuencia experimenta angustia, la cual se relaciona con pérdidas pasadas y futuras, por otro lado, tiende a perder autonomía y control sobre la situación. En algunos casos es probable que sus familiares se hayan alejado emocional y/o físicamente debido principalmente a su propio temor a la muerte, ocultando información, dejándolo solo, sin alguien que lo contenga emotivamente. En esta etapa, muchos pacientes muestran conductas de rechazo o agresión a sus familiares, al personal médico, u otros profesionales, impedir que se le practiquen exploraciones físicas, exámenes de laboratorio, procedimientos médico-quirúrgicos, negarse a recibir sus medicamentos o a continuar su tratamiento (Velasco y Sinibaldi, 2001). *Esta fue una de las etapas más delicadas de la atención al paciente oncológico y sus familiares, ya que fue necesario realizar intervenciones orientadas a facilitar la despedida y ayudarlos a enfrentar el duelo de manera adaptativa.*

En resumen, las principales intervenciones psicológicas que se realizan en las diversas etapas de atención oncológica se presentan en la Figura 2, en la cual puede observarse que una de las intervenciones más empleadas es la psicoeducación, la cual se refiere a proporcionar información adecuada y oportuna sobre la enfermedad y sus tratamientos, además, reduce la ansiedad, promueve la adherencia a los tratamientos, las conductas de autocuidado, estrategias adaptativas, incrementa la sensación de control y en algunos casos disminuye las reacciones depresivas frente a la enfermedad y los tratamientos (Ali y Khalil, 1989; Butow, Brown, Cogar, Tattersall y Dunn, 2002; D'haese, et al., 2000; Foxwell y Alder, 1993; Humphris, Ireland y Field, 2001; Jensen,

Madsen, Andersen y Rose, 1993; McQuellon, et al., 1998; North, Cornbleet, Knowles y Leonard, 1992; Olver, Turrel, Olszewski y Willson, 1995; Poroch, 1995; Wells, McQuellon, Hinkle y Cruz, 1995).

FIG. 2. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LAS ETAPAS DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA.

SOSPECHA DE CÁNCER ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS BIOPSIA

PSICOEDUCACIÓN, INTERVENCIÓN EN CRISIS

NEGATIVO A CÁNCER

Educación para la salud.
Modificación de conductas de riesgo.
Promoción de Detección Oportuna de Cáncer.

POSITIVO A CÁNCER

Intervención en crisis.
Apoyo emocional.
Psicoeducación.
Promoción de autocontrol y adherencia terapéutica.

TRATAMIENTO

QUIMIOTERAPIA

Psicoeducación.
Control de respuestas condicionadas.
Estrategias de afrontamiento ante efectos colaterales.
Adherencia terapéutica.
Psicoterapia.

RADIOTERAPIA

Psicoeducación
Adherencia terapéutica.
Estrategias de afrontamiento ante efectos secundarios.
Psicoterapia.
Solución de problemas

CIRUGÍA

PREQUIRÚRGICO
Relajación.
Psicoeducación
Desensibilización sistemática.

POSTQUIRÚRGICO

Psicoeducación
Exposición graduada a la cicatriz.
Relajación.
Rehabilitación.

CUIDADOS PALIATIVOS

PACIENTE
Intervención en crisis.
Mantenimiento de calidad de vida.
Resolución de pendientes, despedida y anticipación de duelo.
FAMILIARES
Estrategias de cuidado.
Solución de problemas.
Despedida, muerte y duelo.

En este contexto, la intervención del psicólogo especialista en Medicina Conductual adquiere gran relevancia en el campo de la Oncología, tanto en el Hospital Juárez de México como en el Hospital de la Mujer, donde se atiende a una gran cantidad de pacientes que presentan una amplia variedad de reacciones psicológicas derivadas del carácter crónico de la enfermedad: incapacidades físicas, pérdida de la eficiencia laboral, necesidad de cuidados, distorsiones en las percepciones de la salud, creencias y pensamientos disfuncionales que dificultan su adaptación a la enfermedad, así como un deterioro en la calidad de vida (Cella y Tross, 1986). A continuación se describen las actividades realizadas durante los dos años de residencia.

Primer año: Hospital Juárez de México, Unidad de Oncología

Evaluación del servicio asignado

En rotaciones previas se habían asignado a cuatro residentes, de manera que cada clínica de la unidad contaba con un residente de Medicina Conductual, por lo que las demandas de atención psicológica lograban satisfacerse. Sin embargo, en la rotación del 2002 la asignación de residentes se redujo en 50%, por lo que fue necesario reestructurar la organización del trabajo a desempeñar: se decidió la realización de dos rotaciones semestrales para cubrir las cuatro clínicas de la unidad, se priorizó la intervención en casos de urgencia tanto en hospitalización como en consulta externa y de manera secundaria se evaluaron los protocolos de la rotación anterior, decidiendo cuales se modificarían para darles continuidad (Protocolo de ansiedad anticipatoria, que se desarrolla en la segunda parte de este informe).

Por otro lado, el Jefe de Servicio manifestó la necesidad de evaluar a los pacientes que acudieran a la unidad por primera vez, por lo que se inició el diseño de un protocolo de valoración de esta población tendiente a la identificación de pacientes en quienes se iniciarían intervenciones psicológicas tempranas. Conforme avanzó este año de residencia, las necesidades de la unidad crecieron, por lo que se propusieron diversos programas de intervención.

Actividades Diarias

La realización de estas actividades estuvo basada en el programa académico de la residencia y la organización de la unidad, además, se aprobaron por el Jefe de Servicio y la Supervisora *In situ*, entre dichas actividades destacan:

1. *Pase de visita en piso y atención de pacientes hospitalizados*: donde se detectaron necesidades de acuerdo con las condiciones médicas, además, se atendieron pacientes en seguimiento desde la Consulta Externa, por referencia de personal médico y/o de enfermería o bien, a petición del propio paciente. Las intervenciones en esta área se llevaron a cabo posterior a la realización de una entrevista diagnóstica semiestructurada, y en algunos casos con el apoyo de la Escala Visual Análoga, ya que no fue posible el empleo de otras herramientas diagnósticas, principalmente por tratarse de intervenciones breves, de tipo informativo o por las características físicas de los pacientes.

La eficacia de las intervenciones realizadas se determinó a través de la observación de cambios conductuales inmediatos, mediante el reporte subjetivo derivado de la Escala Visual Análoga, parafraseo de la información proporcionada, el reporte del personal médico o de enfermería y en algunos casos, el reporte de personas significativas para el paciente. En esta área se trabajó principalmente en la preparación para la realización de procedimientos invasivos y/o quirúrgicos, así como el seguimiento de las condiciones emocionales de los pacientes posteriores a los mismos.

2. *Presencia en la Consulta Externa*. Los primeros seis meses se intervino principalmente con pacientes de las clínicas de tumores mamarios y de cabeza y cuello, mientras que el segundo semestre de la rotación se trabajó con personas que acudieron a las clínicas de tumores mixtos y ginecológicos. Sin embargo, las principales actividades desempeñadas en esta área fueron las mismas para todas las clínicas y principalmente se dirigieron a:

- ④ Intervención en crisis, principalmente posteriores a la comunicación de malas noticias, durante la toma de biopsias o en la realización de algún procedimiento invasivo (p.e. colocación de catéter central, o colocación de drenaje para líquido de ascitis).
- ④ Detección de necesidades de atención psicológica en los pacientes y/o sus familiares, en los ámbitos de psicoeducación, orientación y/o psicoterapia relacionadas con la enfermedad, así como el manejo y cuidado del paciente.
- ④ Acompañamiento terapéutico durante la consulta oncológica, que promovió la expresión de preguntas del paciente y favoreció la percepción de una mejor relación médico-paciente, aunado a ello se observó un decremento en la percepción de que acudir a la consulta oncológica es un evento sumamente estresante para el paciente.
- ④ Adicionalmente se programaron sesiones de psicoterapia con aquellas personas que requerían un entrenamiento más específico o que presentaban mayores dificultades en la adaptación a la enfermedad. Aunque se realizaron en el área de la consulta externa, estas actividades se estructuraron de tal modo que los horarios no interferían con las disposiciones de itinerario y espacio de la unidad.

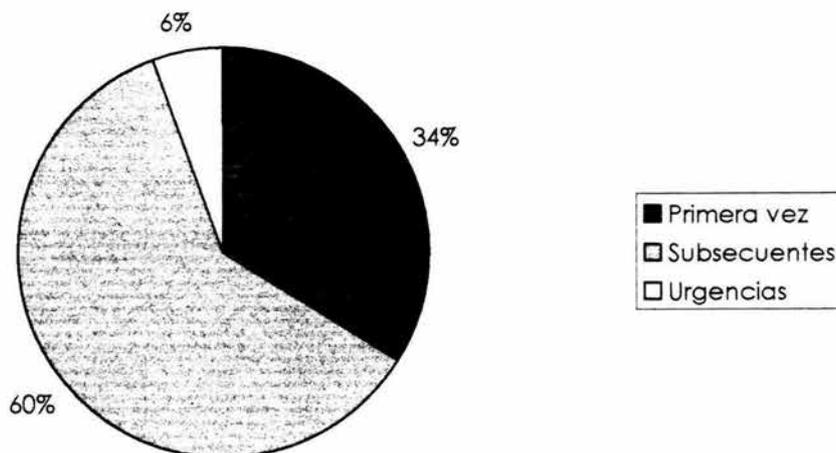
En esta área, también se asistió a las sesiones de cirugía plástica y a las sesiones generales de la unidad, durante éstas la intervención se dirigió principalmente al acompañamiento de los pacientes y en algunos casos intervención en crisis, puesto que en estas sesiones pueden comunicarse malas noticias, como la confirmación de recurrencia tumoral o la necesidad de intervenciones quirúrgicas de gran magnitud (principalmente aquellas que afectan la imagen corporal del paciente: amputación de miembros, pérdida en la capacidad para la expresión verbal, etc.)

Cada intervención se basó en una valoración inicial de cada paciente a partir de entrevistas semiestructuradas, y sólo en casos específicos se emplearon entrevistas estructuradas o instrumentos de evaluación individual (p.e. en las entrevistas iniciales para valorar la conveniencia de reconstrucción mamaria), esto se debió principalmente a un conjunto de características tanto físicas de los pacientes como de demanda y espacio en la unidad. De la misma manera que en la hospitalización, la eficacia de la intervención se evaluó a partir de la observación de cambios conductuales, el reporte subjetivo que acompañó dichos cambios y en los casos donde se establecieron procesos de terapia fue muy importante el reporte de las personas significativas y los datos obtenidos de las evaluaciones continuas a través del seguimiento del paciente.

En conjunto, en el área de hospitalización y de la consulta externa, en el año de 2002 se realizaron 707 consultas, 80% con mujeres y el resto con varones. La mediana de edad fue de 44 años, lo cual indicó que la mitad de las personas con quienes se trabajó tenía menos de 44 años y la otra mitad era mayor de esa edad, un dato que llamó la atención fue que sólo el 1.6% de los pacientes tenían menos de 18 años, lo cual sugiere que los tumores que se atienden en esta unidad ocurren principalmente en la edad adulta.

En la Figura 3 se presentan los principales tipos de consultas realizadas en la unidad, donde sobresalen las consultas subsecuentes, puesto que con algunas personas se realizaron procesos psicoterapéuticos completos y con otras intervenciones breves, de alrededor de seis a ocho sesiones. Las intervenciones de urgencia se definieron como aquellas que se realizaron durante un procedimiento médico (p.e. toma de biopsias, colocación de catéter central, colocación de sondas o drenajes, etc.), no como intervención en crisis, puesto que luego de ésta, se propuso al paciente iniciar un proceso psicoterapéutico durante las diferentes etapas del tratamiento.

Figura 3. Consultas realizadas en la Unidad de Oncología en el HJM durante 2002.



La mayor parte de las intervenciones se realizó en mujeres con algún cáncer de tipo ginecológico (53.5%, incluyendo los tumores mamarios), sólo el 4% de las personas atendidas fueron varones con algún tumor en el área genital (testículo o próstata) y el resto (42.5%) fueron varones y mujeres con diversos tipos de cáncer, entre los que destacan los de cabeza y cuello (11.6%) y los del aparato digestivo (8.6%).

En la Tabla 2 se presentan los diagnósticos psicológicos más frecuentes durante el año de 2002, éstos se relacionaron con sintomatología ansiosa o depresiva, así como déficit de información, generalmente respecto al tipo y características del tratamiento, ello explica que las principales intervenciones que se realizaron fueron las de apoyo emocional, psicoeducación, relajación e intervención en crisis; es importante señalar que las intervenciones generalmente se realizaron en conjunto con algún otro procedimiento, sin embargo, se consignaron individualmente debido a que

constituyeron la principal forma de trabajo en cada consulta realizada. En aquellas sesiones donde no predominó ninguna técnica, sino que se emplearon varias, la intervención se denominó de apoyo emocional.

Tabla 2. Diagnósticos e intervenciones psicológicas más empleadas en la unidad de oncología en el Hospital Juárez de México.

Diagnóstico	Intervención psicológica								TOTAL
	Psico-educación	Debate cognoscitivo	Solución de problemas	Apoyo emocional	Intervención en crisis	Relajación	Reforzamiento positivo	Apoyo al familiar	
Síntomas ansiosos	34	12	9	61	48	65	6	8	243
Síntomas Depresivos	6	18	4	68	5	9	2	7	119
Déficit de Información	84	1	1	13	3	5	-	10	117
Incumplimiento terapéutico	17	5	2	3	1	1	1	3	33
Trastorno adaptativo	4	9	1	22	29	4	2	6	77
Déficit habilidades de afrontamiento	7	1	7	10	2	3	1	4	35
Paciente terminal	-	-	-	7	-	1	1	7	16
Otro	4	-	1	1	1	4	2	1	14
TOTAL	156	46	25	185	89	92	15	46	654*

*Se excluyeron 53 casos, correspondientes a aquellos donde sólo se realizó una valoración.

Programas de intervención

Durante el primer año se realizaron diversos protocolos y/o programas de intervención a través de los cuales se propuso resolver algunas de las necesidades más apremiantes

de la unidad, a continuación se describen brevemente los principales protocolos, material diseñado y/o adaptado con los que se trabajó durante el 2002. Posteriormente se presenta un caso clínico como ejemplo del diseño de un programa de intervención individual.

- ☞ *Protocolo de valoración psicológica para pacientes de primera vez.* En el primer mes de la rotación, el Jefe de Servicio de la unidad solicitó la evaluación de los pacientes de primera vez que no contaran con un diagnóstico oncológico. A partir de esta propuesta, el Psic. Salvador Valdés y yo, diseñamos un protocolo cuyo objetivo fue realizar una valoración psicológica en las áreas de ansiedad, depresión, estilos de afrontamiento, adherencia terapéutica y apoyo social que permitiera planear una intervención psicológica preventiva en pacientes en la etapa de Prediagnóstico oncológico. En una primera etapa se evaluaron a 54 personas a través la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (Zigmond y Snaith, 1983, en Echeburúa, 1996), una adaptación de la Escala de Afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), una lista de chequeo diseñada ex profeso para evaluar la adherencia terapéutica y una traducción y adaptación de la escala "The medical outcomes study social support survey" (Sherbourne y Stewart 1991, en McDowell y Newel, 1996).

Los resultados indicaron que 35% de los pacientes evaluados presentaron trastorno ansioso, mientras que el 8% se encontraba deprimido. Respecto a los estilos de afrontamiento, predominaron las estrategias adaptativas: reevaluación positiva, solución de problemas y responsabilidad; por otro lado, la mayoría de los pacientes (58%) se percibió con más habilidades conductuales para ser adherente a su tratamiento. Respecto al apoyo social, los resultados fueron muy limitados, con una elevada deseabilidad social: 63% de las personas evaluadas refirió contar con apoyo social, sin embargo, fueron incapaces de identificar los tipos de apoyo que recibían. Aproximadamente a 20 pacientes se les proporcionó atención psicológica, principalmente a nivel de psicoterapia individual, mientras que en seis casos se

realizaron intervenciones en crisis, donde se observaron cambios emocionales, cognoscitivos y comportamentales significativos a nivel clínico y social. De esta primera propuesta se concluyó que era necesario replantear los criterios de inclusión en la valoración, puesto que la gran mayoría de las personas que acudían a la unidad quedaban excluidos de la misma; además, se propuso la reestructuración de la operatividad de las aplicaciones, de manera que se satisficiera la demanda de la unidad, la cual, en promedio es del orden de diez pacientes de primera vez diarios, sin embargo, debido al tiempo de aplicación de los cuatro instrumentos (alrededor de 1 1/2Hr por paciente) no era posible completar las valoraciones para todos los pacientes.

- ② *Programa de psicoeducación para pacientes oncológicos.* Derivado de las necesidades detectadas en la valoración de pacientes de primera vez, se diseñó un programa basado en la psicoeducación, bajo el supuesto de que una comunicación efectiva reduce los niveles de estrés y ansiedad generados por los cambios que ocurren en el contexto de una enfermedad crónica, además de que favorece la adherencia terapéutica. Se plantearon varios objetivos: proporcionar información útil y accesible a nivel médico y psicológico relacionada con los temas más frecuentes sobre el cáncer; evaluar la respuesta de ansiedad de los pacientes que acudieran a las sesiones informativas; además, realizar entrevistas de seguimiento para evaluar la adherencia terapéutica.

Para la aplicación del programa se propuso la conformación de grupos de pacientes oncológicos de hasta 15 asistentes por sesión, a quienes se evaluaría con un cuestionario diseñado para identificar la cantidad de información, pre y post sesión, además del empleo de una adaptación de la Escala breve del IDARE (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975) y la escala de adherencia terapéutica empleada en el protocolo de valoración antes descrito. La información se reforzaría a partir de la distribución de folletos de resumen a nivel médico y psicológico sobre cáncer, cáncer de mama, cáncer cervicouterino y quimioterapia (ver Anexo 1). Este programa no pudo llevarse a cabo debido al cambio de rotación, sin embargo, se considera una propuesta valiosa

para el trabajo del residente en Medicina Conductual en la unidad, ya que permite intervenciones grupales, así como la identificación de casos particulares con demandas de atención diferentes.

- ☉ *Intervención cognoscitivo-conductual para la prevención y/o control de la ansiedad anticipatoria en pacientes sometidos a quimioterapia.* Este protocolo inició en la Unidad de Oncología del Hospital Juárez, sin embargo, se realizó un segundo estudio en el servicio de oncología del Hospital de la Mujer, por lo que se describirá a detalle como la investigación principal de este reporte de actividades profesionales.

Caso clínico.

Se presenta el caso de T, mujer de 42 años de edad, casada desde hace 18 años, es madre de dos niñas, de 10 y un año y medio de edad. Estudió un bachillerato técnico con secretariado, sin embargo en la actualidad se dedica al hogar. Como antecedentes de importancia refirió dificultad para lograr embarazarse, pérdidas gestacionales múltiples (cuatro) y dos embarazos de alto riesgo, en cada uno de ellos menciona que se deprimió durante algunos meses, alcanzando remisión parcial de los síntomas, aunque cada nuevo intento de embarazo era una situación experimentada con elevados niveles de ansiedad, a partir de los cuales "me volví muy nerviosa...como que tengo miedo de todo" (sic paciente); a pesar de evaluarlos como eventos graves no recibió atención psicológica en ninguna de esas situaciones, sólo el apoyo de su familia de origen y de su cónyuge. Sufrió un accidente automovilístico donde perdió su dentadura y fue necesaria la colocación de prótesis superiores e inferiores.

No se encontraron otros antecedentes físicos y/o emocionales, hasta el motivo por el cual acudió a la clínica de tumores mamarios a mediados del año 2002: una tumoración mamaria izquierda. Este conjunto de situaciones antecedentes facilitaron la exacerbación de percepciones negativas en la imagen corporal de T, refiriéndose a sí misma como "estoy toda atrofiada, hechada a perder, gorda, fea, chimuela y ahora salgo con esto (cáncer)" (sic paciente).

La primera intervención psicológica con T se realizó durante la consulta en la clínica de tumores mamarios, a partir de la comunicación de su diagnóstico de cáncer de mama y la propuesta de tratamiento inicial con mastectomía, quimioterapia y radioterapia dependientes de los hallazgos de la primera. T presentó una respuesta inmediata de llanto incontrolable, dificultad para expresarse verbalmente, hiperventilación y bloqueo cognoscitivo, ante lo cual se realizó intervención en crisis con el objetivo de regular sus respuestas puesto que acudió sola a la consulta; se inició con instrucciones para la respiración diafragmática, con la cual T dejó de hiperventilar y disminuyó notablemente el llanto; posteriormente se realizó una evaluación de la información sobre la enfermedad y se aclararon algunas dudas sobre la misma, promoviendo la expresión de preguntas con su médico tratante.

Al final de esta sesión se propuso iniciar con un proceso psicoterapéutico durante su atención oncológica, debido a que se observaron respuestas emocionales significativas que podrían obstaculizar la adaptación a la enfermedad, entre las cuales destacaron la ansiedad (llanto excesivo, temblor de extremidades superiores, sudoración de las palmas de las manos, hiperventilación) y los pensamientos distorsionados (visión catastrófica, sobregeneralización e interpretación del pensamiento), de negación y anticipatorios respecto a la enfermedad, además, T expresó la necesidad de contar con apoyo para "sobrellevar mejor la enfermedad, que no sea tan duro" (sic).

Por tanto, *el objetivo del programa de tratamiento* fue promover la adquisición de estrategias de afrontamiento adaptativas en la paciente a través de técnicas cognoscitivo-conductuales que le permitieran enfrentarse a las diferentes etapas de atención oncológica para el cáncer de mama; esto bajo el supuesto de que las diversas técnicas de intervención, aplicadas en las principales fases de tratamiento médico podrían facilitar la mejor adaptación de T a la enfermedad; de acuerdo con las características de este informe sólo se presenta parte del programa de intervención diseñado para cada etapa de atención médica a las que T se enfrentó (ver Tablas 3 a 7).

TABLA 3. Programa de intervención psicológica en una mujer con cáncer de mama.

Nombre: T				Sesión: 1
Etapa de manejo médico: Comunicación de diagnóstico de cáncer mamario				
Objetivo específico	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Criterio de cambio	Tareas asignadas
Estabilizar respuesta emocional ante la comunicación del diagnóstico.	<p>Validar la emoción experimentada.</p> <p>Proporcionar instrucciones de respiración diafragmática.</p> <p>Identificar los principales pensamientos y emociones en la paciente.</p> <p>Fortalecer la información proporcionada por el médico.</p> <p>Asegurarse que la paciente era capaz de regresar con seguridad a su casa.</p>	<p>Seguir las instrucciones de respiración diafragmática.</p> <p>Expresar expectativas, creencias y temores sobre la enfermedad.</p> <p>Expresar preguntas o dudas relacionadas con su diagnóstico.</p> <p>Parafrasear los puntos más importantes de la información proporcionada.</p> <p>Llamar a un familiar o persona de confianza.</p>	<p>Disminución en las manifestaciones observables de ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⓜ Llanto Ⓜ Sudoración Ⓜ Temblores Ⓜ Discurso accidentado Ⓜ Hiperventilación <p>Expresión de preguntas acordes a la información proporcionada por el personal médico.</p>	<p>Identificar pensamientos y emociones relacionadas con el diagnóstico.</p> <p>Enlistar preguntas sobre su diagnóstico y las alternativas de tratamiento.</p> <p>Elegir las cinco preguntas más importantes, anotarlas y comentarlas con su médico tratante.</p>

TABLA 4. Programa de intervención psicológica en una mujer con cáncer de mama.

Nombre: T		Sesión: 4		
Etapa de manejo médico: Comunicación de mastectomía como tratamiento de primera línea.				
Objetivo específico	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Criterio de cambio	Tareas asignadas
Proporcionar psicoeducación sobre la mastectomía y favorecer la toma de decisiones.	<p>Psicoeducar respecto al cáncer y las alternativas de tratamiento, énfasis en la mastectomía.</p> <p>Explicar la técnica de solución de problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Definición Ⓢ Alternativas Ⓢ Balance decisional <p>Identificar los principales pensamientos y emociones en la paciente.</p> <p>Realizar diálogo socrático.</p>	<p>Parafrasear los puntos más importantes de la información proporcionada.</p> <p>Expresar preguntas o dudas relacionadas con su tratamiento.</p> <p>Plantear su situación de salud en términos de un problema a resolver.</p> <p>Identificar alternativas de solución.</p> <p>Expresar expectativas, creencias y temores sobre la enfermedad y el tratamiento.</p>	<p>Expresión de preguntas acordes a la información proporcionada.</p> <p>Identificar su situación de salud como un problema a resolver.</p> <p>Generación de alternativas de solución.</p> <p>Realización de balance decisional.</p> <p>Expresión de respuestas al diálogo socrático y reevaluación de la situación.</p>	<p>Enlistar preguntas sobre la mastectomía.</p> <p>Elegir las cinco preguntas más importantes, anotarlas y comentarlas con su médico tratante.</p> <p>Completar fases de solución de problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ⓢ Toma de decisión Ⓢ Puesta en práctica

TABLA 5. Programa de intervención psicológica en una mujer con cáncer de mama.

Nombre: T		Sesión: 8		
Etapa de manejo médico: Preparación para la realización de la mastectomía.				
Objetivo específico	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Criterio de cambio	Tareas asignadas
Disminuir las respuestas de ansiedad previas a la mastectomía.	<p>Identificar los principales pensamientos anticipatorios a la cirugía.</p> <p>Informar sobre hospitalización y procedimiento.</p> <p>Proporcionar instrucciones de respiración diafragmática y relajación de frases autógenas.</p> <p>Desensibilizar en la imaginación a la situación: jerarquía de estímulos, apareamiento con respuestas incompatibles.</p>	<p>Manifestar pensamientos y dudas relacionados con el procedimiento.</p> <p>Seguir instrucciones de respiración diafragmática y relajación.</p> <p>Identificar situaciones que producen más ansiedad en la imaginación.</p>	<p>Expresión y detención de anticipaciones negativas a través de diálogo socrático.</p> <p>Disminución en las manifestaciones observables de ansiedad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Llanto ☞ Sudoración ☞ Temblores ☞ Discurso accidentado ☞ Hiperventilación <p>Reporte subjetivo de niveles de ansiedad y relajación alcanzados durante la sesión.</p>	<p>Elaborar jerarquía de situaciones temidas y puntuar su intensidad.</p> <p>Parada de pensamiento.</p> <p>Ejercicios de relajación tres veces al día y autorregistro de nivel de relajación pre y post práctica.</p>

TABLA 6. Programa de intervención psicológica en una mujer con cáncer de mama.

Nombre: T		Sesión: 12		
Etapa de manejo médico: Rehabilitación de mastectomía.				
Objetivo específico	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Criterio de cambio	Tareas asignadas
Disminuir la ansiedad ante el cambio corporal a consecuencia de la mastectomía.	<p>Validar la emoción experimentada.</p> <p>Evidenciar la adquisición de estrategias funcionales en etapas previas.</p> <p>Enfatizar la practica de la relajación autógena.</p> <p>Inducir a la paciente a la exposición graduada a la cicatriz en la imaginación.</p>	<p>Enumerar las principales estrategias aprendidas.</p> <p>Participar activamente la imaginación de exposición y el uso simultáneo de la relajación.</p> <p>Elaboración de nueva jerarquía de situaciones estresantes relacionadas a no cubrir la ausencia del pecho.</p>	<p>Realización de ejercicio de exposición en la imaginación y relajación autógena.</p> <p>Autorregistro niveles de ansiedad experimentada.</p>	<p>Realización gradual de los primeros tres elementos de la jerarquía.</p> <p>Registrar los niveles de ansiedad experimentados durante la situación.</p>

TABLA 7. Programa de intervención psicológica en una mujer con cáncer de mama.

Nombre: T		Sesión: 16		
Etapa de manejo médico: Comunicación de esquema quimio-radio concomitante				
Objetivo específico	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Criterio de cambio	Tareas asignadas
Preparación para la aplicación de quimio y radioterapia.	<p>Recordar las fases de búsqueda de información y solución de problemas.</p> <p>Favorecer la identificación de pensamientos disfuncionales relacionados con los tratamientos.</p> <p>☉ Promover el empleo de estrategias cognoscitivas empleadas en las fases anteriores: Diálogo socrático</p> <p>☉ Detención del pensamiento</p> <p>☉ Generación de pensamientos alternativos</p>	<p>Explicar cómo resolvió sus dudas en fases previas.</p> <p>Elaborar un listado breve de preguntas sobre los tratamientos.</p> <p>Recordar las fases de solución de problemas y replantear en esos términos su situación actual</p> <p>Identificar pensamientos disfuncionales y enunciar pensamientos alternos.</p>	<p>Explicación del procedimiento de búsqueda de información.</p> <p>Toma de decisiones de acuerdo al procedimiento de solución de problemas.</p> <p>Generación de pensamientos alternos derivado de diálogo socrático.</p>	<p>Completar secuencia de obtención de información.</p> <p>Realizar los pasos del proceso de solución de problemas.</p> <p>Registrar sus pensamientos disfuncionales y los alternativos.</p>

Resultados y conclusiones.

El programa abarcó seis meses: inició con la comunicación de su diagnóstico y concluyó en el 6° ciclo de quimioterapia. Aunque los objetivos de la intervención variaron de acuerdo a la etapa de atención médica, contribuyeron con el cumplimiento del objetivo general del tratamiento, puesto que se identificaron cambios significativos a nivel clínico y social en la respuesta de ansiedad que dificultaba la adaptación de T a la enfermedad: disminuyeron los componentes conductuales (temblores, llanto fácil y abundante, discurso entrecortado y de difícil comprensión), fisiológicos (hiperventilación, taquicardia, sensación de sofoco, mareo, sudoración en la palma de las manos), cognoscitivos (sensación de volverse loca, pérdida de control) y emocionales (temor a morir), principalmente a través de las técnicas de reestructuración cognoscitiva, relajación y desensibilización sistemática.

Además, durante las diferentes etapas del programa, T adquirió y empleó estrategias de afrontamiento que permitieron su adaptación a la enfermedad y a los tratamientos propuestos. En una entrevista de seguimiento, T manifestó que la psicoeducación favoreció la expresión de preguntas de T al equipo médico respecto a su tratamiento y los efectos secundarios durante cada fase (especialmente en la quimio y radioterapia); la solución de problemas le permitió tomar decisiones respecto a las propuestas de tratamiento de manera autónoma; afirmó también, que la desensibilización sistemática le ayudó como preparación a la mastectomía y a la exposición a la herida, y posteriormente, la empleó como preparación para la aplicación de los seis ciclos de quimioterapia y el esquema de radiaciones.

Con base en la observación clínica de los cambios y del reporte verbal de T, se concluyó que la intervención logró el objetivo general, promoviendo la adquisición de estrategias de afrontamiento en T, además, de acuerdo con los objetivos planteados por DeGood, Crawford y Jongsma (1999), se redujó significativamente la reacción emocional de ansiedad inicial; además, las estrategias promovieron el sentido de control y la participación activa de T, incrementando su autoeficacia percibida ante la enfermedad.

Actividades Académicas

La mitad de este año de residencia asistí a las clases del tronco común del programa de maestría, además, dentro del Hospital Juárez de México acudí a diversas actividades académicas:

- ☉ Clases con los residentes de oncología diariamente, durante aproximadamente seis meses.
- ☉ Sesiones con la supervisora *in situ*, programadas para la discusión de casos y revisión del trabajo realizado en la unidad.
- ☉ Sesiones clínicas del servicio de Psicología del HJM, donde se presentaron dos casos y una sesión bibliográfica.

Otras Actividades

En la institución, se realizaron algunas actividades que no se encontraban programadas específicamente en el programa de la residencia, entre éstas destaca la aplicación de una batería de evaluación psicológica a médicos aspirantes a especialidades y subespecialidades médicas, así como su calificación. Además, se realizaron varias interconsultas en otros servicios, como ortopedia y pediatría, para la valoración e intervención con pacientes diagnosticados fuera de la unidad de oncología.

Asistencia a Eventos Académicos

- ☉ Curso "La Psique del paciente con cáncer", impartido en el Hospital General.
- ☉ Ponente en el Coloquio de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, con la presentación de un caso clínico "Dolor postural en el paciente oncológico".

Segundo año: Hospital de la Mujer, Servicio de Oncología

Evaluación del servicio asignado

En la rotación anterior, se habían asignado a cuatro residentes, de manera que las principales áreas de hospitalización del Hospital de la Mujer contaban con una residente de Medicina Conductual que satisfizo las demandas de atención psicológica. Sin embargo, en la rotación del 2003 la asignación de residentes se redujo a la mitad, por lo que se reestructuró la organización del trabajo a desempeñar: se decidió la asignación anual a un solo servicio, en mi caso Oncología e interconsultas de las áreas restantes del primer piso (terapia intensiva e intermedia, ginecología y tumor de ovario), el alojamiento conjunto y la unidad Tocoquirúrgica, además se asignaron seis horas semanales de consulta externa.

En el servicio de Oncología se encontró una gran colaboración del personal médico y de enfermería, sobretodo por los antecedentes de trabajo de las residentes de 2002, además, se encontraron dos propuestas de investigación a realizar en el servicio, sin embargo, la demanda de trabajo no permitió llevarlos a cabo; en el último trimestre de la rotación fue posible realizar la segunda parte del protocolo de ansiedad anticipatoria que se inicio en el Hospital Juárez de México (se presenta en la segunda parte de este reporte).

Las intervenciones se centraron principalmente en la atención durante la hospitalización y el acompañamiento en la clínica conjunta; sin embargo, las actividades durante este año no se limitaron a la atención de las mujeres que acudieron a este servicio ni a quienes se atendió en la consulta externa, sino que se ampliaron con la realización de actividades de investigación en otras áreas del hospital.

Actividades Diarias

La realización de las diferentes actividades se basó en el programa académico de la

residencia, las necesidades del Departamento de Psicología del HM y la organización del servicio de oncología, dichas actividades se aprobaron por el Jefe de Servicio de Oncología y la Supervisora *in situ*. Las principales actividades diarias, se dividieron en las que se desarrollaron en el servicio asignado (oncología), la atención de interconsultas y los procesos terapéuticos atendidos en la consulta externa, a continuación se detallan cada una de las labores realizadas:

Servicio de oncología.

1. *Atención de pacientes hospitalizadas.* La mayor parte de las intervenciones se realizaron con mujeres que acudían a recibir tratamiento quimioterápico por cáncer de mama o de ovario, en aquellas que se encontraban programadas a cirugía menor, mastectomía, en pacientes que se encontraban en fase terminal de la enfermedad además de intervenir con sus familiares cuando no era posible hacerlo con la enferma. De la misma manera que en el primer año, las intervenciones en esta área se decidieron posterior a la realización de una entrevista conductual de tipo diagnóstico, semiestructurada con la flexibilidad suficiente para adaptarse a las condiciones físicas de las pacientes y al mismo tiempo, llevar a cabo intervenciones breves o de tipo informativo.

En la mayoría de los casos en los que se intervino, la eficacia del trabajo realizado se determinó de la misma manera a lo explicado en el primer año de la residencia: observación de cambios conductuales, reporte subjetivo y la validez social (personal médico/paramédico y personas significativas).

2. *Clínica Conjunta.* En el servicio, los viernes de cada semana se lleva a cabo una consulta conjunta con los cirujanos oncológicos y un radioterapeuta, en la cual se comunican malas noticias (p.e. la confirmación de un diagnóstico de cáncer), se planea el tratamiento o la canalización a otro servicio (tumor de ovario) u otra institución (p.e. Hospital General, INCAN, etc.), el principal objetivo de trabajo fue establecer intervenciones tempranas, en mujeres con recién

Experiencia profesional

diagnóstico oncológico y facilitar la atención psicológica durante su hospitalización. En esta área, el trabajo se dirigió a:

- ☉ Intervención en crisis, principalmente posteriores a la comunicación de malas noticias y la propuesta del tratamiento médico.
- ☉ Detección de necesidades de atención psicológica en los pacientes y/o sus familiares, en los ámbitos de psicoeducación, orientación y/o psicoterapia relacionadas con la enfermedad.
- ☉ Acompañamiento terapéutico durante la consulta oncológica, en el que se promovió la expresión de preguntas del paciente y favoreció la percepción de una mejor relación con el médico tratante.

Cada intervención se basó en una valoración inicial de cada paciente a partir de la entrevista conductual, de la misma manera que las realizadas en la hospitalización, en la mayoría de los casos se reforzó la información proporcionada por el médico y se promovió la expresión de preguntas y comentarios que incrementaran la percepción de control de las pacientes. Asimismo, la eficacia de las intervenciones realizadas se evaluó con base en la observación de respuestas de relajación, expresión de preguntas y dudas, incremento de autoafirmaciones positivas, etc., así como el reporte subjetivo. A partir de la intervención en esta área y el seguimiento en las diferentes etapas del tratamiento, clínicamente se observó un decremento en la tensión que causa acudir a la consulta oncológica; además, en las mujeres con las que se inició la intervención posterior a la comunicación del diagnóstico y en las diferentes etapas de atención médica, se identificaron mejores estrategias de afrontamiento, así como menos síntomas de ansiedad o de depresión, principalmente.

Se llevaron a cabo 817 consultas en el servicio, 90 en la clínica conjunta y 727 en hospitalización; al igual que en el HJM, el promedio de edad fue de 45 años, éste sugiere otras características sociodemográficas de las mujeres atendidas: etapa

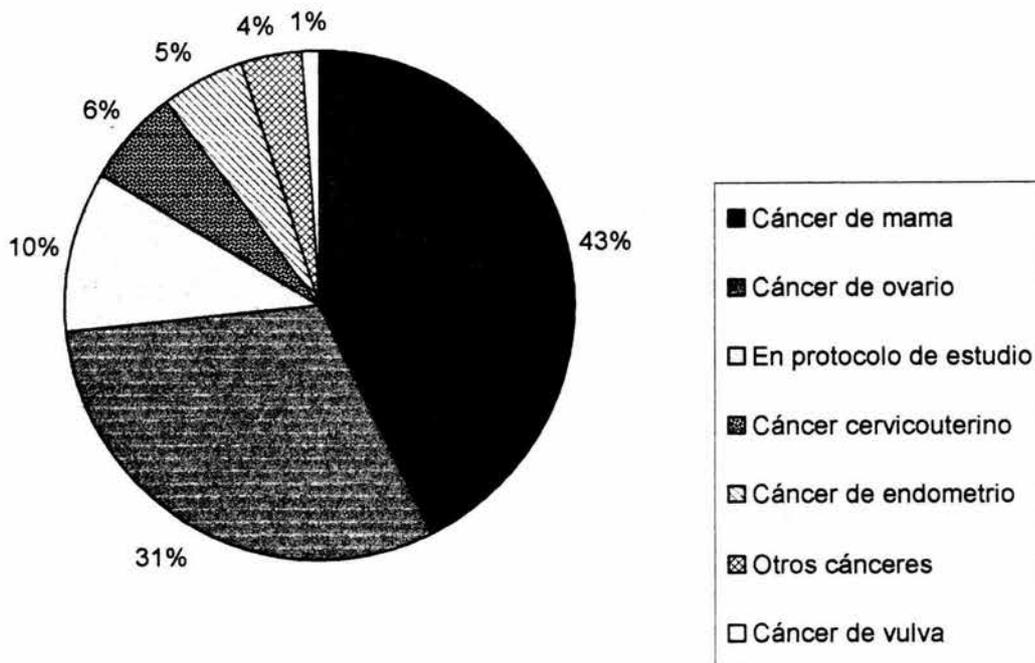
media de la vida, madres de hijos pequeños o adolescentes, económicamente activas y, en muchos casos, el principal sostén económico.

Se realizaron 248 entrevistas de primera vez y 570 subsecuentes, aunque no se establecieron intervenciones psicoterapéuticas prolongadas, se programaron seguimientos de pacientes durante las diferentes etapas de su atención médica, de manera que en promedio se efectuaron cuatro intervenciones con cada una. Aunque es ampliamente reconocido el nivel de estrés y los cambios emocionales que ocurren en los familiares de los pacientes oncológicos, sólo se llevaron a cabo 75 entrevistas con cuidadores primarios, relacionadas con procesos de duelo y de cuidados del paciente en la etapa terminal.

Por tratarse de una institución de atención a la mujer, los principales diagnósticos en el servicio de oncología están relacionados al aparato reproductor femenino y la glándula mamaria (86%), sólo 10% de las mujeres con quienes se intervino se encontraba en protocolo de estudio y el resto (4%) corresponde a padecimientos oncológicos de otros órganos y tejidos (ver Figura 4).

Los diagnósticos psicológicos más frecuentes en el HM, al igual que en el HJM, se relacionaron con sintomatología ansiosa y depresiva, además de déficit de información; por ello, las principales intervenciones psicológicas fueron las de psicoeducación, apoyo emocional y de debate cognoscitivo (ver Tabla 8). Al igual que en el HJM, las intervenciones generalmente se realizaron en junto con algún otro procedimiento, sin embargo, se consignaron individualmente debido a que constituyeron la principal forma de trabajo en cada consulta realizada; en aquellas sesiones donde no predominó ninguna técnica, la intervención se denominó de apoyo emocional, es importante considerar esta aclaración para los datos presentados en la Tabla 9.

Figura 4. Principales diagnósticos del servicio de oncología del HM.



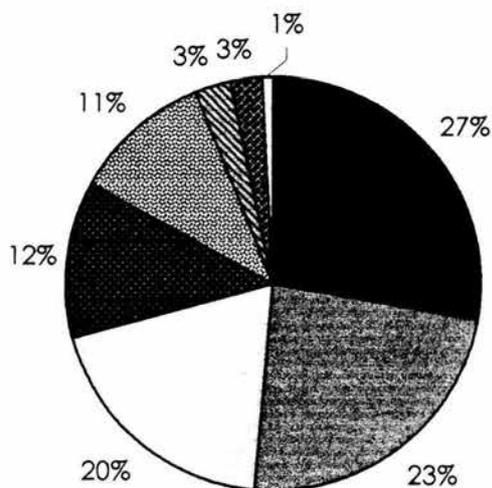
Interconsultas.

Esta actividad se realizó a solicitud del personal del HM, principalmente médicos, enfermeras y trabajadoras sociales; se llevó a cabo en áreas de la institución diferentes al servicio de oncología, principalmente durante las guardias vespertinas y de fin de semana. Los motivos más frecuentes de intervención fueron pacientes en crisis, en casos de óbitos, pérdida gestacional, abuso sexual o violación, farmacodependencia, embarazo adolescente y en la disminución de respuestas de ansiedad ante algún procedimiento (p.e. parto, cesárea, cirugía ginecológica, entre otros).

Se realizaron en conjunto 328 intervenciones, con mujeres hospitalizadas (98%) y con familiares (2%), la mayor parte de estas entrevistas se llevó a cabo en una o dos sesiones, tanto por las características físicas de la paciente o por el tiempo de estancia hospitalaria (uno o dos días) que en ocasiones impidieron el seguimiento de los casos.

Los servicios médicos que con mayor frecuencia solicitaron la atención psicológica para alguna mujer hospitalizada fueron los de la Clínica de Tumores de Ovario, la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios y el Servicio de Puerperio Complicado, sin embargo, también se realizaron intervenciones en otros servicios de hospitalización del HM (ver Figura 5).

Figura 5. Servicios solicitantes de atención psicológica.



- | | |
|---------------------------|---------------------------------|
| ■ Tumor de ovario | ▨ Unidad de cuidados intensivos |
| □ Puerperio complicado | ■ Ginecología |
| ▩ Embarazo de alto riesgo | ▤ Cirugía |
| ■ Alojamiento conjunto | □ Unidad Tocoquirúrgica |

Tabla 8. Diagnósticos e intervenciones psicológicas más frecuentes en el servicio de oncología del Hospital de la Mujer.

Diagnóstico	Intervención psicológica							TOTAL
	Psicoeducación	Debate cognoscitivo	Solución de problemas	Apoyo emocional	Intervención en crisis	Relajación	Entrevista de exploración	
Síntomas ansiosos	56	16	13	65	24	48	11	242
Síntomas Depresivos	29	36	8	85	14	-	14	197
Déficit de Información	55	-	1	3	2	-	4	66
Incumplimiento terapéutico	-	1	1	1	-	-	2	6
Trastorno adaptativo	38	16	10	33	14	1	7	127
Déficit habilidades de afrontamiento	9	6	6	10	-	-	1	36
Duelo	1	-	-	15	3	-	-	20
Paciente terminal	-	-	-	2	-	-	-	16
Estabilidad emocional	33	5	-	11	-	1	4	61
Otros	2	1	-	6	1	5	12	27
TOTAL	223	81	39	231	58	55	55	798*

*Se excluyeron 75 casos, correspondientes a intervención de apoyo a familiares.

En este grupo de personas atendidas, el promedio de edad disminuyó en comparación con la edad promedio de las pacientes oncológicas (33 y 45 años, respectivamente), por lo que algunas de las condiciones psicosociales se agudizan: preocupación por el bienestar de hijos pequeños o lactantes, situación laboral, desequilibrio en las condiciones económicas y las propias características de la hospitalización, lo cual favorece la exacerbación de reacciones emocionales desadaptativas al internamiento principalmente las de tipo ansioso y depresivo (López, Pastor y Neipp, 2003; Ulla, 2003).

En la Tabla 9 se presentan los principales diagnósticos psicológicos, así como las estrategias de intervención empleadas, destaca la frecuencia de sintomatología ansiosa, lo cual se atribuye a que uno de los motivos más frecuentes de la atención se relacionó con la realización de algún procedimiento médico-quirúrgico, comunicación de malas noticias o estados de salud que comprometían la vida de la paciente u otro significativo (bebés prematuros o con complicaciones neonatales); de acuerdo con esto, la intervención más frecuente fue la contención emocional y el empleo de técnicas de relajación.

Consulta externa.

En esta área se iniciaron 19 procesos terapéuticos con usuarias de diferentes servicios médicos del HM, principalmente de ginecología (65%) y climaterio (25%). Éstas acudieron a solicitar el servicio por iniciativa propia o bien por referencia de su médico tratante; además se atendió a dos miembros del personal del HM que solicitaron el apoyo.

En promedio, cada proceso tuvo una duración de ocho sesiones, ello debido a que se atendieron situaciones problema específicas, generalmente relacionadas con su condición de salud; en aquellos casos donde se identificó la existencia de sintomatología de carácter crónico, que ameritara tratamiento farmacológico, que pusiera en riesgo la vida de la persona (ideación y/o intento suicida) o bien que se trataran de situaciones que requirieran mayor número de sesiones por sus

características y complejidad, se canalizó a las pacientes a diversas instituciones: Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM), Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" , Centros Integrales de Atención a la Mujer (CIAM).

Los principales diagnósticos psicológicos fueron los relacionados con sintomatología depresiva y ansiosa, déficit en habilidades de afrontamiento e hipertensión reactiva (ver Figura 6). Las principales técnicas de intervención fueron la reestructuración cognoscitiva, solución de problemas y de relajación en sus diversas modalidades (autógena, muscular progresiva e imaginación guiada).

Figura 6. Diagnósticos psicológicos más frecuentes en la consulta externa.

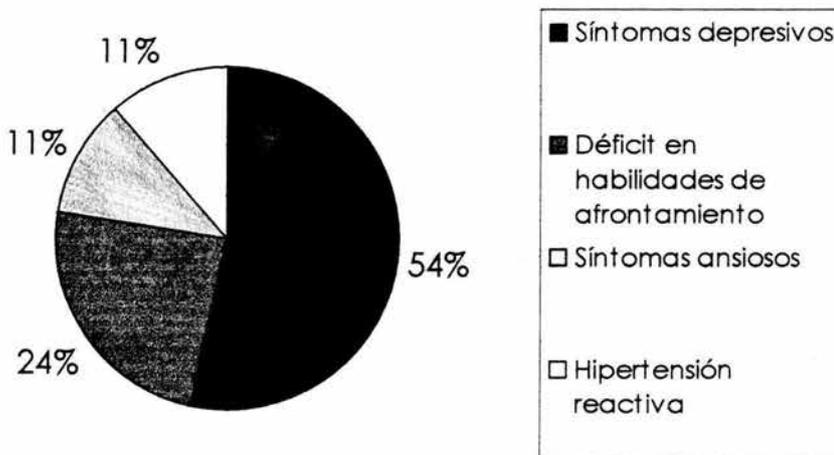


Tabla 9. Diagnósticos e intervenciones psicológicas más frecuentes en la realización de interconsultas.

Diagnóstico	Intervención psicológica								TOTAL
	Psico-educación	Debate cognoscitivo	Solución de problemas	Apoyo emocional	Intervención en crisis	Relajación	Terapia ocupacional	Entrevista de exploración	
Síntomas ansiosos	15	5	11	43	10	22	4	7	117
Síntomas Depresivos	6	2	3	26	7	4	1	9	58
Déficit de Información	5	-	1	6	-	-	-	-	12
Estabilidad emocional	10	-	1	1	-	1	5	2	20
Reacción adaptativa a malas noticias	4	-	-	1	8	-	-	3	16
Déficit habilidades de afrontamiento	1	-	3	6	1	1	-	1	13
Maltrato conyugal	1	1	3	6	-	-	-	2	13
Duelo	-	2	-	10	11	-	-	-	23
Hipertensión reactiva	-	-	-	-	-	2	-	4	6
TOTAL	42	10	22	99	37	30	10	28	278*

*Se excluyeron 50 casos, correspondientes otros diagnósticos psicológicos.

Programas de Intervención

Durante el segundo año se realizaron diversos protocolos de investigación, en coautoría con mi compañera de rotación, Psic. Carmen Villegas; se elaboró material psicoeducativo para pacientes oncológicas y se llevó a cabo la segunda parte del protocolo iniciado el primer año de rotación, el cual se describe en la segunda parte de este reporte. A continuación describo brevemente cada uno de dichos protocolos y programas, posteriormente presento un programa de intervención individual diseñado para una usuaria de de la consulta externa.

Protocolos de investigación, en coautoría.

- ④ *Estrés laboral en el ámbito hospitalario.* Al iniciar la rotación en el HM, junto con la experiencia de la Jefa del Departamento, se identificaron diversas condiciones que podrían favorecer la presencia de elevados niveles de estrés en el personal médico, paramédico y administrativo que labora en la institución, por ello se propuso realizar una investigación para identificar las principales situaciones que podían ser interpretadas como estresantes, además de evaluar la incidencia del estrés en el personal del HM. Se diseñó un cuestionario con 14 reactivos, el cual se piloteó con 50 personas; de éste se conformó una versión final a partir de la eliminación de reactivos menores a 0.20 en la correlación ítem-calificación total. Del análisis de confiabilidad realizado se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach= 0.71, además, se obtuvo la validez de constructo a través de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, a partir del cual se encontraron dos factores que explican el 49% de varianza.

La versión final del cuestionario se aplicó a 94 mujeres y 48 varones, seleccionados a través de un muestreo no probabilístico intencional; el promedio de edad fue de 38 años. Se encuestó a los diversos grupos de trabajadores del hospital: 31% médicos, 24% enfermeras, 16% administrativos, 10% laboratoristas, 16% otro personal (trabajadoras sociales, psicólogas). En 17% de los encuestados se presentaron indicadores de estrés

elevado, sin embargo, la mayoría de éstos consideraron que las condiciones de su trabajo eran normales, el 73% se siente muy satisfecho con su trabajo y sólo el 1% ha presentado efectos físicos de importancia; un dato que llamó la atención fue que no se encontraron diferencias significativas entre género ni entre los diversos grupos del personal. Se concluyó que el estrés laboral puede presentarse con independencia de la labor que se desempeñe, además, la poca frecuencia de elevados niveles de estrés sugiere que el personal que labora en el HM emplea diversas estrategias de afrontamiento que impide que el estrés genere problemas en su salud y en su desempeño laboral.

- © *Procesos emocionales de mujeres hospitalizadas: ansiedad, depresión y percepción de salud.* Como puede observarse en las estadísticas de este año de rotación (ver Tablas 3, 4 y 5), los principales diagnósticos psicológicos en las pacientes del HM se relacionaron con sintomatología ansiosa y/o depresiva, lo cual ratifica lo expuesto por diversos autores respecto a las respuestas emocionales durante la estancia hospitalaria (Allsup y Godsney, 2002; Latorre, 1994), con lo que surgió la necesidad de contar con datos empíricos que respaldarán las intervenciones psicológicas. Se propusieron tres objetivos principales: investigar la prevalencia de ansiedad y depresión, identificar el tipo de percepción de salud y examinar la relación entre la ansiedad, la depresión y la percepción de salud en mujeres hospitalizadas en el HM.

Participaron 1000 mujeres hospitalizadas entre 12 y 79 años de edad, las cuales se seleccionaron a través de un muestreo no probabilístico estratificado. Los instrumentos que se aplicaron fueron la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital [HAD] (Zigmond y Snaith, 1983, adaptación al español de Caro e Ibáñez, 1992, en Comeche, Díaz y Vallejo, 1995) y el Cuestionario de Percepción de Salud [CPS] (Ware, 1976, en McDowell y Newell, 1996). Para ambos instrumentos se efectuaron análisis de confiabilidad y validez: para la HAD se encontró un coeficiente de consistencia interna de .80, además de validez concurrente por grupos contrastados para ansiedad ($t=-57.08$, $p<.000$) y para depresión ($t=-63.51$, $p<.000$). Se encontró un coeficiente de

consistencia interna para el CPS de 0.76 para el índice general, además, se realizó un análisis de validez relacionada con el criterio, de grupos contrastados $t=-62.61$, $gl=465$, $p<.000$).

La edad promedio de las participantes fue de 28 años, la mayoría vive en pareja (69%) y en promedio tiene dos hijos. Además, la mayor parte de las mujeres son originarias del Distrito Federal (65%), se dedica principalmente a las labores del hogar (79%) y profesa la religión católica (85%), mientras que sólo 30% de las participantes inició y/o concluyó estudios de nivel medio superior o más. La mayoría de las mujeres (93%) tenía una semana o menos de estancia hospitalaria al momento de aplicar los instrumentos y sólo el 20% del total de pacientes había recibido atención psicológica durante su estancia hospitalaria.

En la HAD se encontró que 219 mujeres presentaron trastorno de ansiedad presente y 102 de depresión. Respecto al CPS, en el índice general de percepción de salud, las mujeres percibieron que tienen un excelente estado de salud general, sin embargo, la mitad de las mujeres tuvo una percepción incierta sobre su condición de salud en el futuro. El 60% de las mujeres encuestadas se percibió muy resistente a contraer enfermedades, mientras que sólo el 11% se consideró muy susceptible de enfermarse.

Se examinó la relación entre la ansiedad, la depresión y las subescalas del cuestionario de percepción de salud, encontrando una relación moderada entre la ansiedad, la depresión y el índice general de salud ($r=-.38$, $p<.01$; $r=-.37$, $p<.01$), es decir, aquellas mujeres con puntajes de ansiedad y/o depresión más elevados, se percibían su estado de salud como moderado. No se encontró relación entre el tiempo de estancia hospitalaria, la presencia de trastornos de ansiedad y/o depresión, ni con los puntajes de percepción de salud.

Durante su estancia hospitalaria 191 mujeres recibieron atención psicológica, de éstas, 68 presentaron trastorno de ansiedad y 35 trastorno de depresión; se realizó un análisis de varianza one-way donde se compararon los puntajes de las subescalas de la HAD, encontrando diferencias significativas $F(18.69)= 1.96$, $p=.000$ para ansiedad y $F(18.47)=$

1.62, $p=.000$ para depresión, entre las mujeres que recibieron atención psicológica durante su hospitalización y las que no fueron atendidas. Respecto al CPS, las mujeres que recibieron atención psicológica mostraron significativamente menos percepción de susceptibilidad de enfermarse $F(17.78)= 27.9$, $p=.000$, menos resistencia a la enfermedad $F(17.48)= 5.72$, $p=.017$ y percibieron su estado de salud actual moderadamente deteriorado $F(9.62)= 11.8$, $p=.001$.

Se realizaron comparaciones de los puntajes de ansiedad y depresión de las mujeres que acudieron a los servicios médicos del HM, encontrando diferencias significativas: en oncología se identificaron los mayores puntajes para ambas variables $F(1.56)= 2.85$, $p=.014$; $F(1.86)= 5.17$, $p=.000$, respectivamente; los menores puntajes de ansiedad se observaron en el servicio de cirugía general, mientras que el alojamiento conjunto fue el servicio donde se presentaron los puntajes más bajos de depresión. El mismo análisis se efectuó con los puntajes del CPS, encontrando que en el servicio de cirugía, las mujeres se percibieron muy resistentes a la enfermedad y con menor percepción de enfermedad; en el alojamiento conjunto, se percibieron más susceptibles de enfermarse, sin embargo con una buena condición de salud actual; en el servicio de oncología las encuestadas se percibieron poco susceptibles a padecer otras enfermedades, sin embargo, también se percibieron poco resistentes a la enfermedad y en general se consideraron en malas condiciones de salud.

Los resultados respecto a la ansiedad y la depresión, confirman los hallazgos reportados por diversas investigaciones (Marsiglia, 2001; Medina, et al., 2003): durante la hospitalización incrementa la sintomatología ansiosa (23%) y la depresiva (11%), relacionado principalmente con los estresores físicos, culturales, sociales, personales y el motivo del internamiento. Por otro lado, respecto a la percepción de salud, se ratifica lo señalado por Erbllich, Bovbjerg y Valdimarsdottir (2000), respecto a que la mayoría de las personas presenta un sesgo optimista en cuanto a la percepción de su salud, con lo que se presenta un "optimismo defensivo" que minimiza los hábitos de riesgo. Respecto a la relación entre la ansiedad, la depresión y la percepción de salud, los hallazgos se relacionan estrechamente con lo expuesto por Cameron, Leventhal y Love (1998), al percibirse enfermo, se desarrollan más percepciones de gravedad y de vulnerabilidad

a la enfermedad, lo cual puede generar respuestas emocionales desadaptativas. De acuerdo con los resultados descritos, se concluyó que la intervención del psicólogo en el ámbito hospitalario es primordial, puesto que la existencia de respuestas emocionales desadaptativas como la ansiedad y/o la depresión puede obstaculizar la adecuada atención médica, prolongar la estancia hospitalaria; por otro lado, la presencia del optimismo defensivo hace deseable la realización de intervenciones que fomenten el cambio de creencias y percepciones relacionadas con la salud y la consiguiente modificación de comportamientos de riesgo, de manera que se prevenga la exacerbación de síntomas orgánicos.

Material psicoeducativo.

Dentro de las actividades realizadas en el servicio de oncología del HM, se identificaron elevados déficit de información en aquellas mujeres programadas a mastectomía, relacionados principalmente con la definición del procedimiento y las consecuencias de éste a nivel físico y emocional, por tanto se diseñó un folleto con el objetivo que las mujeres programadas a esta intervención quirúrgica contaran con información sobre la importancia de la mastectomía, los cambios emocionales y físicos que probablemente le ocurrirían, así como algunas estrategias para afrontarlos, además se incluyeron recomendaciones orientadas a la rehabilitación física y los cuidados del brazo (ver Anexo 2).

Caso clínico.

Se presenta el caso de E, mujer de 42 años de edad, casada desde hace 29 años, es madre de tres mujeres y un varón, todos mayores de edad. Es originaria y residente del estado de Veracruz, católica y dedicada al hogar, aunque estudió dos años una carrera técnica en comercio. Acudió al HM debido a presentar sangrados post menopausia, ante ello se diagnosticó con miomatosis uterina de grandes elementos, por lo que era necesaria la intervención quirúrgica (histerectomía); no refirió otras enfermedades o antecedentes de consideración, sólo afirmó que "siempre he sido muy nerviosa..." (sic).

La primera intervención con E se llevó a cabo durante su hospitalización a solicitud del personal médico, ya que por segunda ocasión se difería el procedimiento quirúrgico debido a presentar hipertensión reactiva (190/100). En esta entrevista se encontró a E con evidente sintomatología ansiosa: agitación motora, sudoración de palmas de las manos, así como de los pies, temblor en los mismos, taquicardia, hiperventilación, verbalizaciones de sensación de perder el control y volverse loca, además de expresiones de culpa y preocupación dirigidas a sí misma: "no debí ponerme así", "¿qué voy a decirle a mis hijas?", "me van a regañar", "ya no van a querer operarme" (sic paciente).

Ante esta sintomatología, la intervención se dirigió a la exploración de la conciencia de enfermedad, psicoeducación sobre el procedimiento y debate cognoscitivo de tipo empírico sobre las verbalizaciones antes expuestas; sin embargo, se consideró oportuno iniciar un proceso de preparación al próximo internamiento para la realización de la histerectomía programada. Cabe señalar que paralelo a la intervención psicológica, E se encontró en control médico con antihipertensivos (captopril, 10mg cada ocho horas, durante cinco semanas).

Análisis funcional de la conducta.

Ante el internamiento para la realización del procedimiento quirúrgico, E manifestó una sensación de "nervios, angustia y ansiedad" (sic), la cual se definió a nivel conductual por permanecer con los ojos cerrados dentro de la sala, ver a otras personas, rezar, hablar más rápido, aunque con dificultad para expresarse, deseos de salir corriendo y levantarse a caminar. A nivel cognoscitivo se definió por pensamientos ambiguos sobre su cirugía, de esperanzas y anticipaciones negativas, así como sensación de pérdida de control. A nivel fisiológico presentó taquicardia, sensación de nudo en la garganta, boca seca y sabor amargo, hormigueo en brazos y piernas, dolor de cabeza, sudoración en manos y pies, ganas de orinar y sensación de calor.

Este conjunto de respuestas se presentó por primera vez al acudir a la primera consulta a la clínica de displasias y ha ocurrido todas las veces que E se ha presentado a

consulta externa en el hospital. Durante su internamiento, las respuestas iniciaron la noche anterior al procedimiento y se exacerbaron en el quirófano: la presión arterial se alteró con lo que efectivamente se suspendió el procedimiento; el episodio fue disminuyendo en intensidad hasta que E fue dada de alta con prescripción médica e indicaciones de toma de presión arterial diaria. Los episodios de ansiedad se mantuvieron por los pensamientos de E relacionados con la necesidad de la operación, además del reforzamiento positivo de otros significativos (hijas y cuñada), del personal médico y de enfermería.

La reactividad en la presión arterial de E, es resultado de una respuesta al estrés, donde se desencadenan reacciones de defensa y escape, además de la percibir la situación quirúrgica como desbordante de sus recursos (Vila, 1996), con lo que aparecen indicadores de crisis de angustia, donde la función biológica se activa a consecuencia de acontecimientos vitales estresantes (Cottraux, 1994), en este caso relacionados con la salud y el riesgo del bienestar de E. al enfrentarse a un evento quirúrgico. Se cotejaron los síntomas descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales [DSM-IV, por sus siglas en inglés] (2002) para las crisis de angustia, con los expuestos por E, encontrando seis de 13 síntomas, los cuales aparecen bruscamente, aumentado de intensidad con el inicio del primer síntoma (sudoración en las palmas de las manos).

Dadas estas características, el programa de tratamiento se adaptó del propuesto por Sanderson y Rego (2001), con el objetivo de entrenar a E en habilidades funcionales que facilitaran la realización de la histerectomía programada. El tratamiento incluyó técnicas de psicoeducación, reestructuración cognoscitiva, entrenamiento en relajación y desensibilización sistemática, las cuales se implementaron en 12 sesiones de 1 ½ hrs., cada una. Los objetivos específicos para cada técnica de intervención fueron que E:

Ⓢ Psicoeducación.

1. Explicara sus síntomas como una respuesta psicológica al estrés, es decir como reacción a una amenaza percibida.

Experiencia Profesional

2. Aprendiera las relaciones entre la hiperventilación, la aceleración cardíaca y los síntomas físicos.
3. Aprendiera a respirar con el diafragma para disminuir los síntomas de ansiedad a nivel fisiológico.
4. Identificara las señales de su cuerpo al hiperventilar y las relacionara con sus propias respuestas ante la cirugía.

Ⓢ Reestructuración cognoscitiva.

1. Identificara los pensamientos que incrementaban la sensación de ansiedad.
2. Debatiera dichos pensamientos a través del diálogo socrático.
3. Pusiera a prueba los pensamientos relacionados con la ansiedad a través de la búsqueda de evidencias.

Ⓢ Entrenamiento en relajación.

1. Practicara simultáneamente la respiración diafragmática y la relajación con imaginación guiada.
2. Identificara los beneficios de la respiración y la relajación a través de las mediciones fisiológicas de frecuencia cardíaca y tensión arterial.
3. Evocara las sensaciones de respiración y relajación en situaciones generadoras de ansiedad.
4. Empleara la respiración diafragmática al suceder los primeros síntomas de ansiedad.

Ⓢ Desensibilización sistemática.

1. Elaborara una jerarquía de situaciones percibidas como amenazantes, calificándolas de 0 a 10 a través de una escala visual análoga.
2. Se expusiese a la jerarquía de temores en la imaginación:
 - a. Identificando la situación las primeras señales de ansiedad.
 - b. Empleando las estrategias de respiración y relajación.
3. Se expusiese en vivo a:
 - a. Acudir a consulta con el médico, empleando las técnicas de

respiración y relajación.

- b. Evento quirúrgico, utilizando las técnicas con las que se entrenó.

Resultados.

Puesto que los principales indicadores de la respuesta de ansiedad de E eran fisiológicos, además de que la demanda del personal médico incluía "hipertensión en descontrol", durante el programa de tratamiento se consideraron la frecuencia cardíaca y la tensión arterial como variables dependientes las cuales fueron registradas por E diariamente; se recopilaron las modificaciones en las cogniciones de E reportadas en registros semanales y finalmente en el aumento de la sensación de control a través de la relajación y la calificación de ésta a través de una escala visual análoga de diez puntos (adaptada de Cottraux, 1994).

Respecto a las mediciones fisiológicas se tomó una línea base retrospectiva con los datos consignados en el expediente de E en sus dos internamientos y consultas médicas, mientras que las cifras correspondientes a la fase de tratamiento se tomaron directamente de sus registros diarios; en la Figura 7 se presentan los valores de frecuencia cardíaca, mientras que en las Figuras 8 y 9 se muestran los valores de tensión arterial.

En estas figuras, cada línea base corresponde a periodos de hospitalización, sin embargo, la primera de ellas se divide en dos internamientos. Tanto en los valores de frecuencia cardíaca como en las mediciones de tensión arterial se observaron diferencias significativas en los valores obtenidos en la Línea Base A y el Tratamiento ($Z=-2.98$, $p<.01$ para frecuencia cardíaca; $Z= -2.40$, $p<.01$ para la presión sistólica; y $Z= -2.67$, $p<.01$ para la presión diastólica) y se mantuvieron durante el tercer internamiento (Línea Base B), con lo cual pudo llevarse a cabo el procedimiento quirúrgico.

Figura 7. Valores de frecuencia cardiaca.

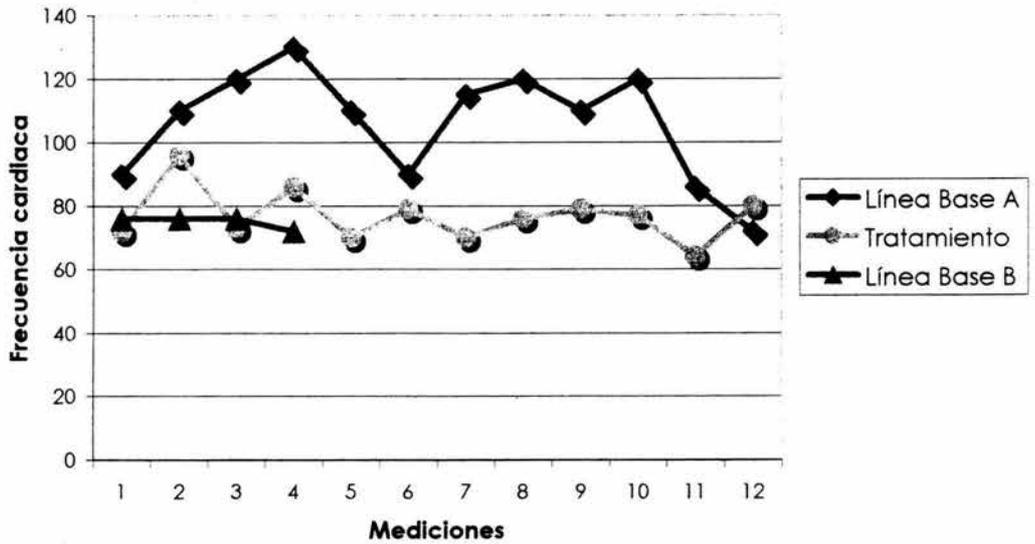


Figura 8. Valores sistólicos de presión arterial

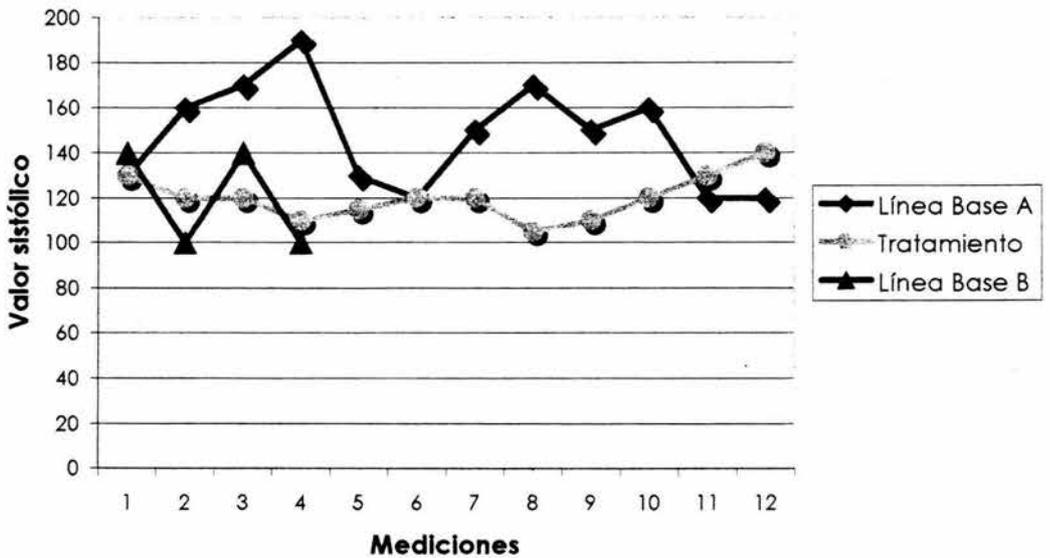
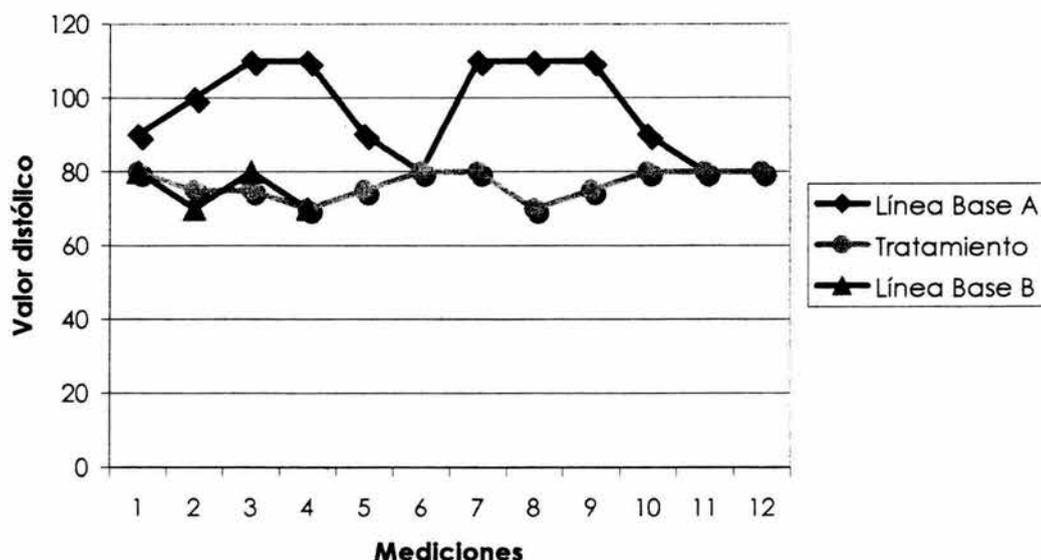


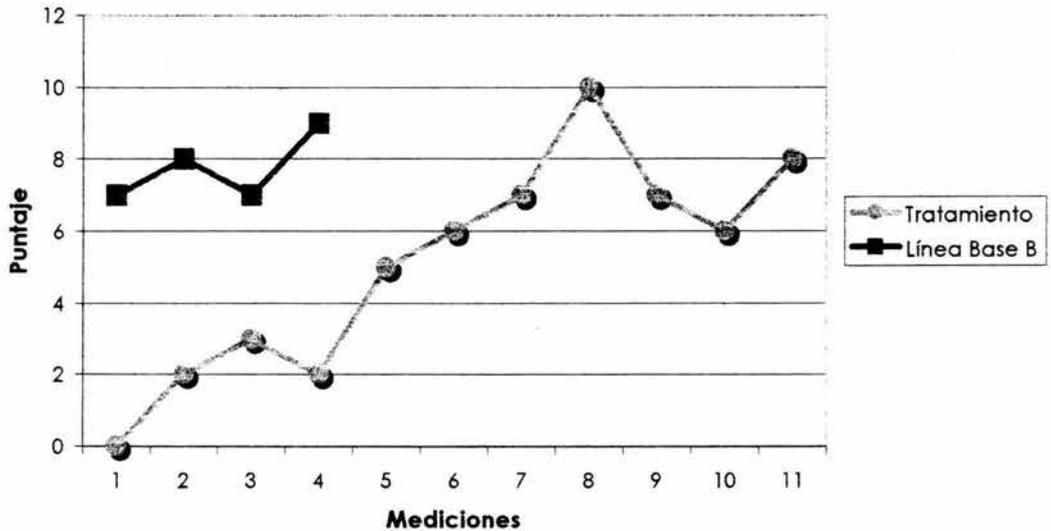
Figura 9. Valores distólicos de presión arterial.



Se identificó la disminución de cogniciones desadaptativas relacionadas con la realización de la cirugía ("no podré controlar mi presión", "no me van a poder operar nunca", "voy a sangrar para siempre si no me operan"), las cuales generaban algunos síntomas de ansiedad; en las primeras dos sesiones del tratamiento este tipo de pensamientos se presentaron en un promedio de 20 veces al día y poco a poco fueron disminuyendo: a partir de la quinta sesión se presentaban aproximadamente diez veces al día y para el final del tratamiento ocurrían en promedio cinco veces al día, sin llegar a desencadenar síntomas ansiosos. Esto se encuentra relacionado con la percepción de control que generó en E el empleo de la respiración diafragmática y la relajación, puesto que en los primeros registros sólo se percibía relajada en niveles de dos o tres puntos en la escala visual análoga, mientras que para el final de tratamiento evaluó su capacidad para relajarse en niveles de siete y ocho puntos, como puede observarse en la Figura 10. Durante su internamiento (Línea Base B) continuó empleando las habilidades aprendidas tanto previo a la cirugía como en el post-operatorio, de manera que logró controlar las sensaciones de dolor a partir de las

mismas estrategias de relajación, con lo que puede considerarse generalizados los efectos del programa de intervención.

Figura 10. Puntajes de la escala visual análoga para relajación



Conclusiones.

Es importante considerar algunas características de la reactividad presora, donde, al igual que en la ansiedad, sucede una activación del sistema simpático, quien controla las elevaciones de presión arterial al incrementar el gasto cardiaco principalmente a nivel sistólico. La actividad simpática, se encuentra estrechamente relacionada con pautas comportamentales, especialmente con la respuesta al estrés, la cual desencadena reacciones de defensa y en consecuencia, incrementos en la actividad simpática de modo que el comportamiento se enlaza con los cambios cardiovasculares que favorecen al aumento de la presión (Salgado, 2001).

Además, en la explicación de la presión reactiva, uno de los factores más importantes es la evaluación e interpretación cognoscitiva pre-atencional que la persona hace de la situación a la que se enfrenta (Vila, 1996), en el caso de E, la situación fue evaluada como amenazante, aunque necesaria, para su bienestar, donde en cada intento

necesitaba un gran número de respuestas de defensa caracterizadas por un incremento en la tasa cardíaca y mayor dificultad de habituación, derivándose en la suspensión repetida del evento quirúrgico.

La validez de los resultados reportados puede cuestionarse con el hecho de que paralelo a la intervención psicológica, E se encontró con tratamiento antihipertensivo; sin embargo, aún bajo este tratamiento, del reporte verbal de E respecto a la adherencia al tratamiento y de los registros diarios con cifras normotensas, se observaron incrementos reactivos en la presión arterial y en la frecuencia cardíaca de E (hasta 160/100, 90 respectivamente), sobretodo en situaciones vinculadas con el hospital, por ejemplo: permanecer en la sala de espera, llegar tarde a la consulta psicológica, acudir a consulta con el médico; sin embargo, al implementar las técnicas de relajación, los valores de presión arterial y frecuencia cardíaca se observaron dentro de la norma (120/80, 70 respectivamente), lo cual sugiere que la intervención farmacológica no habría sido suficiente en caso de haber sido la única intervención.

Aunque la instrumentación del tratamiento puede parecer a primera vista simple, la inclusión de entrenamiento en relajación y desensibilización fue oportuna, puesto que a nivel fisiológico actúan sobre la rama parasimpática (Cruzado, Labrador y Muñoz, 1998; Labrador, De la Puente y Crespo, 1998; Salgado, 2001; Vila, 1996), la cual inhibe la actividad simpática, lo cual se refleja en disminución de los niveles de presión arterial y de la frecuencia cardíaca; mientras que a nivel cognoscitivo incrementan la percepción de control sobre la situación estresante (Cottraux, 1994; Sanderson y Rego, 2001).

En otro sentido, este programa es un ejemplo de intervención breve que reporta resultados satisfactorios, tanto para E como para el personal médico, ya que las habilidades entrenadas permitieron que E se enfrentara exitosamente a una situación temida como la cirugía, la cual había sido suspendida en dos ocasiones, además, al emplear su aprendizaje en situaciones nuevas, como el postoperatorio, redujo el reporte de dolor en E en el postoperatorio, por lo que el médico tratante decidió la eliminación de analgésicos, así como disminuir el tiempo de estancia hospitalaria.

Actividades Académicas

Durante este año de residencia sólo se llevaron a cabo las actividades programadas de la sede asignada, entre las que destaca la asistencia a las sesiones clínicas del hospital, las cuales se llevan a cabo semanalmente presentando temas principalmente médicos, sin embargo, en este año de rotación participe en la exposición de tres temas:

- ④ *"Reacciones emocionales del paciente hospitalizado"*, donde se abordaron las principales características estresoras del hospital y cómo afectan el equilibrio emocional de la persona que ha de permanecer dentro de la institución.
- ④ *"Estrés laboral"*, donde se expusieron las principales situaciones de riesgo para el personal de salud, las consecuencias del estrés y algunas estrategias para afrontarlo. Como parte central de la exposición, se presentaron los resultados de la investigación llevada a cabo, la cual se describió en un apartado anterior.
- ④ *"Actividades del Departamento de Psicología de marzo de 2003 a enero de 2004"*, en la cual se presentaron las estadísticas del departamento, así como los resultados en las actividades de psicoterapia, capacitación, psicoeducación e investigación. Además, se presentaron los resultados de las intervenciones en los diversos servicios del hospital: Oncología, Cirugía, Embarazo de Alto Riesgo y Puerperio Complicado.

Asistencia a Eventos Académicos

Debido a la cantidad de trabajo durante este año no asistí a ningún evento académico fuera del hospital, sin embargo participé como ponente en "II Curso de aspectos preventivos de la salud en ginecología-obstetricia y neonatología", el cual se llevó a cabo en la institución. En este curso presente el tema *"El rol de la familia en la prevención de salud"*, donde expuse las principales funciones de la familia como educadora para la salud y la importancia de ésta en la promoción de hábitos saludables y/o de riesgo para la salud.

Competencias Profesionales

Durante el programa de residencia, busqué que la atención fuera efectiva, eficiente, aceptable, accesible y valorada como útil por los propios pacientes, por otros psicólogos especialistas en el área (supervisores académicos e *in situ*), además del personal médico y paramédico de las instituciones, al mismo tiempo que desarrollé diversas competencias a nivel de conocimientos, experiencias y posibilidades personales o actitudes (Utrilla, 1998), las cuales describo a continuación:

- ☞ *Conocimientos*, los cuales "dependen de los programas de formación" (Utrilla, 1998, p. 260).
 - ☞ Evaluación y diagnóstico de problemas y necesidades relacionadas con la salud.
 - ☞ Generación y adaptación de instrumentos y técnicas de medición apropiadas para las características de la población.
 - ☞ Selección y aplicación de técnicas y procedimientos adecuados para la solución de problemáticas psicológicas relacionadas con la salud.
 - ☞ Generación, adaptación y/o desarrollo de programas de intervención cognoscitivo-conductuales derivados de las necesidades de los usuarios y de las instituciones.
 - ☞ Integración de los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos empleados para atender las necesidades de los usuarios.
 - ☞ Empleo de herramientas metodológicas, estadísticas e informáticas para la evaluación de las diversas actividades de intervención e investigación.
 - ☞ Adquisición de información médica, principalmente oncológica y ginecológica, necesaria para respaldar el desempeño profesional y en muchos casos "traducirla" a los usuarios.

Experiencia Profesional

- Ⓔ *Experiencia*, que se relaciona estrechamente con la práctica y el aprovechamiento de sus características, además depende de la dedicación y las satisfacciones personales obtenidas (Utrilla, 1998).
 - Ⓔ Habilidades sociales para el trabajo en equipo multidisciplinario.
 - Ⓔ Elaboración de notas clínicas bajo el formato SOAP (Subjetivo, Objetivo, Acción y Plan), que es el modelo preponderante en el área médica, las cuales facilitan la comunicación con otros profesionales.
 - Ⓔ Comunicación de manera concreta, práctica y breve la información relacionada con los usuarios a su médico tratante.
 - Ⓔ Transmisión de conocimientos a otros profesionales, a partir de la capacitación en el ámbito de la psicología y su relación con la salud y la enfermedad.
 - Ⓔ Preparación y presentación de exposiciones en diversos escenarios.
 - Ⓔ Diseño de materiales psicoeducativos a nivel preventivo y de rehabilitación.
 - Ⓔ Canalización a instituciones especializadas para casos psiquiátricos.
 - Ⓔ Incremento en las habilidades y técnicas de investigación.
 - Ⓔ Acercamiento a las intervenciones de urgencia, principalmente ante crisis depresivas, crisis de angustia, maltrato doméstico, víctimas de delitos sexuales, comunicación de enfermedades graves o ante toma de decisiones durante la hospitalización.

- Ⓔ *Posibilidades personales o aptitudes*, corresponde a las características personales y a las habilidades del terapeuta, que le permitirán o no llevar a cabo su labor de manera adecuada (Utrilla, 1998).
 - Ⓔ Mejores habilidades de observación para identificar y anticipar posibles indicadores de inadaptación en los usuarios.
 - Ⓔ Ampliación en la capacidad para mostrar empatía a los usuarios.
 - Ⓔ Focalizar la intervención hacia la solución de problemáticas del aquí y ahora, principalmente en el caso de toma de decisiones en el hospital,

Experiencia Profesional

ya que generalmente este fue el motivo de consulta.

- ☉ Valorar las consideraciones y opciones del usuario con respecto a su salud, absteniéndome de obstaculizar sus acciones, siempre y cuando no perjudicara a otras personas.
- ☉ Aprender a informar de manera prudente a los usuarios, es decir, no proporcionar más información de la que están solicitando, ni anticiparse con consecuencias negativas.
- ☉ Incremento de los niveles de tolerancia a la frustración ante las características de la población, las consecuencias de los padecimientos (enfermos terminales) y en algunos casos ante los obstáculos encontrados en algunos miembros del personal de salud.
- ☉ Aceptación de la dependencia de otras profesiones, principalmente del área médica.
- ☉ Acostumbrarme a la enfermedad y ser razonablemente optimista.
- ☉ Actualización continua para mejorar el desempeño profesional.
- ☉ Aceptar las limitaciones en mi conocimiento.
- ☉ Reconocimiento de las limitaciones personales para el trabajo con niños y adolescentes.

Este conjunto de competencias alcanzadas, me permiten afirmar que se alcanzó satisfactoriamente el objetivo general del programa de la residencia, en el sentido de desarrollar capacidades para el ejercicio psicológico profesional con un enfoque cognoscitivo-conductual desde una perspectiva multidisciplinaria. Además, de acuerdo con la definición clásica de la Medicina Conductual de Pomertau y Brady hecha en 1979 (en Leslie y O'Reilly, 1999), se emplearon técnicas conductuales y cognoscitivas para la evaluación, prevención, entrenamiento y tratamiento de la enfermedad física, de manera que las intervenciones son implementadas en ambientes hospitalarios.

Evaluación de las Actividades Desarrolladas

De las Subsedes

En el primer año de residencia, fui asignada a una sede con una amplia experiencia en la formación de psicólogos residentes: Hospital Juárez de México (HJM), en la Unidad de Oncología, la cual fue una de las primeras en aceptar la inclusión del psicólogo en la atención de los usuarios; en ese sentido se encontró a la mayor parte del personal médico y de enfermería sensibilizado a la presencia y actividades del psicólogo, además, se encontró un nivel de aceptación importante en las personas que acuden a esta Unidad, lo cual facilitó el desarrollo de las diversas actividades.

En esta sede fue posible la implementación de diversos programas de intervención, principalmente por el apoyo brindado por el Jefe de Servicio, quien en algunas ocasiones propuso algunas líneas de trabajo derivadas de su experiencia con los usuarios, además de su preocupación por el bienestar no sólo físico, sino emocional, de quienes acuden a la Unidad. En ese sentido puede considerarse una de las unidades donde la participación del psicólogo ha cobrado gran relevancia, lo cual se refleja en una mayor demanda de psicólogos residentes, además del creciente desarrollo de protocolos de investigación con miras a que sean establecidos como programas de atención estructurados.

Sin embargo, aún existen dificultades para el adecuado desempeño del psicólogo en esta Unidad, las cuales están relacionadas principalmente con limitaciones espaciales: no se cuenta con espacios exclusivos para las intervenciones psicológicas, era necesario buscar y negociar un pequeño espacio privado como algún consultorio desocupado o alguna oficina, en el mejor de los casos; en el peor, las intervenciones se llevaron a cabo en los pasillos de la Unidad, afuera de los consultorios o en algún espacio poco apropiado (central de enfermeras, sala de espera, etc.)

En el segundo año estuve asignada en el Hospital de la Mujer (HM) y me integré a las actividades del Departamento de Psicología Clínica por lo que las actividades que

desarrollé fueron más variadas: servicio en consulta externa (seis horas semanales), interconsultas y atención de pacientes oncológicas. Aunque la demanda de atención fue muy elevada, en esta sede se llevaron a cabo actividades de investigación, promovidas por la Jefa del Departamento; además, se diseñaron materiales de psicoeducación para atender algunas de las necesidades observadas durante la rotación.

En esta sede el personal médico, paramédico y administrativo mostró mayor reconocimiento y respeto a la labor del psicólogo, además de mayor disposición para el trabajo multidisciplinario, sobretodo con la atención de interconsultas, las cuales fueron la principal expresión del trabajo en equipo, sin embargo, es necesario educar al personal de salud respecto a cuáles manifestaciones conductuales, cognoscitivas o fisiológicas son motivo de interconsulta psicológica, puesto que en muchas ocasiones, se resuelven "problemas" que generan ansiedad en el equipo de salud y no en el usuario (p.e. farmacodependencia) o en ocasiones el motivo de la interconsulta es tan ambiguo como "la paciente está llorando", sin que se investigue cuál es la causa del llanto (dolor, incomodidad, preocupación, etc.)

En ambas sedes, una limitación importante se refiere a las condiciones de las instituciones y las actividades de otros miembros del equipo de salud, puesto que en muchas ocasiones, la intervención psicológica ha de esperar hasta que concluya la visita médica, el paciente se haya bañado, haya desayunado o comido, se le hagan las curaciones necesarias, se tomen los signos vitales, o que regrese de algún estudio, es decir, vigilar que la persona esté "libre" para no obstruir las actividades antes mencionadas, por un lado, y por otro, para que la intervención psicológica no sea interrumpida continuamente. Además, algunos integrantes del equipo médico y de enfermería descalificaron e incluso obstaculizaron la intervención, otros esperaban subordinación y obediencia, sin intentar relacionarse con simetría profesional al trabajo desempeñado, lo cual invalidó la actuación frente a los pacientes y/o sus familiares. Con ello se observa que aún queda mucho trabajo por hacer respecto a la integración del psicólogo como un elemento clave en la atención integral de los usuarios de servicios de salud.

De las Actividades y Programas Desarrollados en cada Subsede

Durante el primer año de residencia, las actividades diarias promovieron el desarrollo de habilidades y competencias necesarias para la atención psicológica de pacientes oncológicos y sus familiares, en cuanto a la evaluación y tratamiento en las diferentes etapas de la enfermedad. Uno de los elementos más enriquecedores de las actividades desempeñadas fue la adquisición de la habilidad para realizar entrevistas breves y solucionar problemáticas que requerían una respuesta inmediata (preparación a cirugía, aceptación de alternativas de tratamiento, disminución de ansiedad, etc.), además, se realizaron intervenciones en todas las etapas de atención médica: desde el prediagnóstico hasta la etapa terminal, lo cual fue determinante para la evaluación y aplicación diferencial de las diversas técnicas cognoscitivas y conductuales.

Respecto a los programas desarrollados, considero que se satisficieron las expectativas de la unidad con el diseño y la aplicación del Protocolo de valoración psicológica de pacientes de primera vez; sin embargo, no sólo se desarrolló éste, sino que además se propuso un programa psicoeducativo para pacientes oncológicos, que desafortunadamente no logró aplicarse, sin embargo, considero que es una propuesta importante de intervención, ya que permitiría la difusión de información adecuada y oportuna sobre los principales cánceres que se atienden en la Unidad, además de las principales respuestas emocionales que pueden ocurrirle a una persona después de recibir un diagnóstico de cáncer; otro de los programas que se diseñó en el primer año fue la primera parte de la intervención preventiva y de control de la ansiedad anticipatoria a la quimioterapia, a partir de la cual pudo verificarse la eficacia de diversas técnicas de tratamiento, además, de los primeros resultados se derivó un segundo estudio. Con estos programas se consolidaron las habilidades en la detección de necesidades, así como en el diseño de estrategias particulares para la población que acude a la Unidad, además de la fortalecer la práctica a nivel de investigación.

Durante el segundo año, las actividades diarias promovieron el desarrollo de

habilidades y competencias necesarias para la atención psicológica de mujeres con padecimientos gineco-obstétricos y oncológicos, además de intervenir con sus familiares. Una de las principales ventajas del HM fue la atención en consulta externa, donde pudieron implementarse procesos psicoterapéuticos breves que fortalecieron las habilidades en la entrevista clínica y en la implementación de diversas técnicas de tratamiento. Las características tan variadas de los padecimientos o motivos de hospitalización en el HM (desde la atención de un parto hasta pacientes terminales por cáncer), favorecieron la implementación y adaptación de las diversas técnicas de intervención.

Los programas desarrollados, principalmente en el área de investigación, superaron las expectativas planeadas para el segundo año: se realizaron dos investigaciones conjuntas, la continuación de un estudio individual y la elaboración de material psicoeducativo para mujeres mastectomizadas. Estos programas contribuyeron enormemente al fortalecimiento de la participación del psicólogo dentro del equipo de atención a la salud a través de la comunicación de resultados en foros institucionales.

En ambas sedes se observó la dificultad para llevar a cabo evaluaciones diagnósticas o de la efectividad de los tratamientos debido a no contar con instrumentos de medición confiables ni válidos para la población mexicana, y los que llegan a estarlo no son apropiados para las características de la población (educativas, lingüísticas, de salud), con lo que en muy pocos casos fue posible realizar evaluaciones estructuradas y respaldadas por mediciones objetivas. A esto se suma que la mayoría de las intervenciones fueron de tiempo limitado y no era posible invertir una sesión completa sólo en la evaluación o en la revisión de autorregistros, pues frecuentemente, era necesario obtener resultados inmediatos de la intervención realizada.

Las actividades y programas llevados a cabo durante la residencia, al igual que las dificultades y limitaciones, complementaron el cuerpo de conocimiento teórico adquirido y/o consolidado al inicio del programa; en ocasiones, impulsaron la búsqueda de mayor información sobre los diversos padecimientos, el enriquecimiento

de los conocimientos sobre las diversas técnicas de intervención con lecturas complementarias.

Del sistema de supervisión

De acuerdo con el programa de la residencia, el supervisor es un elemento central en la formación de psicólogos especialistas en Medicina Conductual, al encontrarse en contacto directo y continuo con el residente al principio y disminuyendo progresivamente la vigilancia a medida que éste es cada vez más autónomo, además, el objetivo de la supervisión es "...buscar que los alumnos alcancen los estándares máximos en términos de ofrecer una adecuada calidad de los servicios para los individuos y la comunidad" (p.41), en ese sentido, considero que se lograron los estándares adecuados para ofrecer servicios psicológicos eficaces y de calidad a los usuarios de las instituciones donde estuve asignada.

De los supervisores in situ

Los supervisores *in situ* fueron elementos claves para la adquisición de diversas competencias: discutieron situaciones específicas del desempeño; retroalimentaron positiva y negativamente el trabajo; debatieron las decisiones terapéuticas y propusieron abordajes terapéuticos alternos; cuestionaron la relevancia social, práctica y metodológica de las propuestas y actividades de trabajo; guiaron la intervención en casos difíciles o de carácter legal; además, promovieron los alcances de las intervenciones a los diversos miembros del equipo de salud.

La presencia de los supervisores *in situ* es uno de los medios más valiosos para el aprendizaje del psicólogo en formación en el área de la salud, puesto que ayuda a éste a planear sus intervenciones, a estructurar sus actividades y diseñar medios eficaces para la comunicación de sus resultados, tanto con miembros de la profesión como otros integrantes del equipo de salud.

De los supervisores académicos

Contar con supervisores con amplia experiencia docente favoreció la adquisición de un mayor conocimiento teórico, de las diversas modalidades de las técnicas de intervención, así como de los instrumentos de evaluación y recolección de datos disponibles; además, fue un elemento importante en la actualización continúa respecto a las investigaciones más recientes en la Medicina Conductual contemporánea. Estos componentes respaldaron las actividades profesionales, ya que a partir de las aportaciones de la supervisión académica, se desarrollaron los diversos programas de intervención, así como las diversas investigaciones que se diseñaron y aplicaron a lo largo de la residencia.

De las Competencias Profesionales Alcanzadas

Las competencias profesionales alcanzadas permitieron identificar, evaluar e intervenir en una amplia variedad de problemáticas emocionales, cognoscitivas y conductuales de personas con cáncer y mujeres que por algún motivo se encuentran hospitalizadas; de diversas maneras las intervenciones realizadas contribuyeron a la reducción de la frecuencia e intensidad de reacciones emocionales desadaptativas, en algunos casos, mientras que en otros, se entrenaron diversas habilidades que coadyuvaron a mejorar la calidad de vida de los usuarios.

Considero que las actividades desempeñadas durante la residencia contribuyeron a la adquisición de diversos conocimientos necesarios para la práctica psicológica en el hospital: conocimientos médicos como herramienta introductoria al hospital; conocimientos metodológicos relacionados con evaluación e intervención, de y en los servicios; y, experiencia real en atender personas hospitalizadas como parte de un equipo multidisciplinario. Este conjunto de conocimientos y habilidades permitirán la atención psicológica adecuada y eficiente en diversas áreas de intervención de todos los niveles de atención a la salud, además de padecimientos tanto agudos como crónicos, todos ellos parte del área de competencia de la Medicina Conductual.

Conclusiones y sugerencias

Mis objetivos personales y profesionales al decidir continuar mi formación con una maestría en psicología fueron superados durante la residencia, puesto que la oportunidad de incorporarme a instituciones de salud facilitó la aplicación de los conocimientos teóricos y prácticos en los que fui entrenada al inicio del programa, sobretodo porque el hospital constituye un ambiente idóneo para la generación de diversas habilidades y estrategias preventivas, de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el marco teórico cognoscitivo-conductual, además de habilidades de comunicación, tanto con otros profesionistas como con pacientes con un repertorio lingüístico limitado.

Al encontrarme con diferencias demográficas, socioeconómicas y educativas en las personas que acudían a los servicios donde estuve asignada, fue necesaria la adaptación individual de las diversas técnicas y procedimientos de intervención, de manera que tuve la oportunidad de trabajar con adolescentes, adultos en etapa productiva y ancianos; este amplio rango de edad favoreció la identificación de las principales preocupaciones y problemas de cada grupo de edad relacionadas con la salud, la enfermedad y las consecuencias de ésta (hospitalización, tratamiento farmacológico y/o dietético, etc.) Además, los motivos de hospitalización de una persona puede ser cualquiera de entre una amplia gama de razones muy dispares, desde un parto hasta el paciente terminal (Ulla, 2003), de este modo, las posibilidades de atención psicológica fueron tan variadas que se maximizaron las competencias, destrezas, actitudes y aptitudes adecuadas para cada situación.

Indudablemente el trabajo multidisciplinario enriquece a todos los profesionales relacionados con la atención de la salud, puesto que la persona que solicita los servicios no está fragmentada en "lo físico", "lo social" o "lo emocional", es decir, al acudir y ser diagnosticado con una enfermedad crónica, el individuo no deja de tener problemas económicos ni preocupaciones emocionales, sin embargo, el papel del psicólogo en el hospital aún no es del todo aceptado por los demás miembros del personal de salud, lo cual se refleja en el hecho de que no hay psicólogos suficientes

para atender las necesidades de todos los pacientes, de manera que el especialista en Medicina Conductual aún no es un actor fundamental en el área de la salud.

Esta escasez de psicólogos en el área de la salud puede explicarse a partir del hecho de que el hospital no ha sido el espacio históricamente natural para el trabajo del psicólogo; sin embargo, es tarea de los psicólogos, tanto en formación como de aquellos que forman parte permanente de las instituciones de salud, justificar nuestro trabajo al demostrar que las intervenciones son efectivas y realmente eficientes: efectivas cuando tienen mayores beneficios que perjuicios para el paciente y son útiles en la práctica con menores costos económicos, personales y sociales; eficientes al hacer un balance positivo entre el beneficio perseguido y el conseguido (Barbero, 2003).

A pesar de las limitaciones para la incorporación de más psicólogos al área de la salud, nuestro papel en el hospital cada vez es más amplio, sobretodo ante la aparición de crisis de adaptación generadas por la hospitalización, la recepción de diagnósticos graves, la preparación a la cirugía, el cambio de imagen resultado de un procedimiento quirúrgico, etc., además, poco a poco aparecen otras áreas donde la intervención psicológica cobra relevancia (Barbero, 2003):

- ④ Psicodiagnóstico y psicoterapia, para aliviar la experiencia de la hospitalización, ya que en ésta interactúan la desesperación y la esperanza, la vida y la muerte, la salud y la enfermedad.
- ④ Promoción de la autonomía moral de los pacientes: dar valor a las consideraciones y opciones del paciente.
- ④ Comunicación terapéutica e información, en el sentido de confirmar, aclarar o apoyar la información que ya se ha proporcionado por el médico (malas noticias, preguntas difíciles, etc.)
- ④ Valoración de las competencias, donde el papel del psicólogo es promover que se tomen decisiones informadas, intencionales, voluntarias y auténticas, puesto que el ámbito hospitalario la toma de decisiones es una constante, por lo que hay que poner especial atención a la

conflictividad psicológica y moral que involucran los estresores decisionales: qué tratamiento poner; administrar o no tratamiento de soporte vital, llevar o no a casa, etc.

- Ⓢ Problemas éticos que se esconden tras problemas psicológicos (p.e. ante falsas esperanzas de curación si se permanece en el hospital).
- Ⓢ Problemas éticos con terceros, especialmente los relacionados con la familia (manejo de emociones y vínculos de poder) y la negativa de ésta a que el paciente conozca su estado real.
- Ⓢ La ética del cuidado y la excelencia profesional, puesto que en el hospital la tarea fundamental es curar, de modo que al psicólogo le corresponde desarrollar la labor ética de cuidar éticamente: reconocer en el otro su dignidad y su diferencia.
- Ⓢ Intervenciones con el personal de salud, principalmente relacionadas con el burnout, el facilitar el trabajo médico y de enfermería, además de organizar talleres y grupos de trabajo sobre la comunicación interpersonal y la relación con los pacientes.

Es claro que aún queda mucho por hacer para que el especialista en Medicina Conductual en México sea un miembro del equipo de salud con autoridad y que tenga claramente delimitado su quehacer; como parte de mi experiencia en el programa y en la práctica en instituciones de salud, me gustaría proponer lo siguiente:

- Ⓢ Dentro del proceso de selección de los psicólogos que habrán de incorporarse a la residencia, propongo las consideraciones señaladas por Martínez y Barreto (2003) respecto a las características personales del psicólogo que aspira a trabajar en el área de la salud: tolerante a la frustración, que acepte la dependencia de otras profesiones, con funcionamiento flexible, capaz de acostumbrarse a la enfermedad, con suficiente simpatía para facilitar el rapport, con capacidad para empatizar, escuchar activamente y, quizá de lo más importante, tener disposición personal. Respecto al estilo profesional, en el trato con el

paciente, sugieren: evitar mimetizarse con el médico, establecer relaciones amistosas y ser optimista considerando las circunstancias de cada individuo; por otro lado, en el trato con el profesional médico y paramédico recomiendan: ser concreto, práctico y breve en la información, aceptar los límites del conocimiento, evitar el fanatismo profesional, reforzar la autoestima de otros profesionales y estar dispuesto a defender a los pacientes.

- ② Desarrollar y fortalecer la formación sobre los diseños de caso único, ya que es el tipo de intervenciones más frecuentes en la práctica hospitalaria.
- ② Las características de los hospitales no favorecen intervenciones prolongadas, por el contrario, el tipo de intervención más empleado es la modalidad de terapia breve y la intervención en crisis, tanto en hospitalización como en casos de consulta externa, por lo que puede ser de utilidad entrenar al residente en las bases de estos tipos de intervención.
- ② Es necesario el conocimiento en aspectos médicos necesarios para el desempeño eficaz en los servicios a donde el residente sea asignado, además es oportuna la adquisición de nociones legales básicas relacionadas con el divorcio, el maltrato conyugal, el abuso sexual y la violación, por citar algunas.
- ② Es deseable contar con un perfil profesional de cada uno de los servicios donde el residente en MC puede ser asignado, ello posibilitaría la distribución de las sedes de acuerdo a los requerimientos del servicio y de las características de cada residente. Adicionalmente, sugiero la elaboración de un programa de actividades a desarrollar en la sede y servicio de preferencia del residente, con una amplia justificación teórica, práctica, metodológica y social; dicho programa podría evaluarse por un

grupo de tutores del programa, para decidir la conveniencia de asignar o no al residente en la sede que desea.

- ② Inducción a las diferentes sedes con mayor anticipación para conocer la dinámica de los servicios, algunas características de la población y conocer el trabajo de los residentes que han estado en los servicios con la finalidad de favorecer un menor tiempo en la adaptación al ambiente hospitalario y a las exigencias del servicio asignado, además de no duplicar el trabajo realizado en rotaciones previas.
- ② Promover el seguimiento de los programas desarrollados en las rotaciones previas, lo cual restaría significativamente el tiempo en que se estructura un nuevo protocolo o programa de intervención, se autoriza a aplicarlo y se obtienen resultados; al continuar o modificar programas que han demostrado cierta efectividad en el tratamiento, el residente puede disponer de más tiempo para llevar a cabo otras actividades o incidir en un mayor número de pacientes.
- ② Vigilancia del burnout de los psicólogos residentes, ya que en ocasiones el terapeuta vive emociones que pueden obstaculizar la eficacia de su trabajo, por un lado, al alejarse demasiado de los pacientes (evitar, postergar, inmiscuirse en actividades donde no hay contacto directo con los enfermos); por otro lado, al acercarse demasiado afectivamente al paciente, se pierde la objetividad y la efectividad de la intervención será menor. Es importante que el psicólogo residente tome algunas medidas para autorregularse en su práctica hospitalaria: atención a los objetivos de la intervención (reales y realizables), conocer los límites personales y profesionales, emplear alguna técnica reductora de la ansiedad cotidianamente, pedir apoyo y desahogarse, vigilar las propias evaluaciones cognoscitivas para evitar pensamientos distorsionados (Arranz y Cancio, 2003).

Referencias Bibliográficas

- Ali, N., & Khalil, H. (1989). Effect of psychoeducational intervention on anxiety among egyptian bladder cancer patients. *Cancer Nursing*, 12, 236-242. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.
- Allsup, S., & Gosney, M. (2002). Anxiety and depression in an older research population and their impact on clinician outcomes in a randomized controlled trial. *Postgraduate Medical Journal*, 78(925) 674-677.
- Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Arranz, P., y Cancio, H. (2003). Una herramienta básica del psicólogo hospitalario: el counselling. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (93-113). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Barbero, J. (2003). Psicología y bioética: un diálogo necesario en el ámbito hospitalario. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (179-205). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Beneit, P. (1994). La enfermedad crónica. Aspectos psicológicos del cáncer. En J., Latorre y P., Beneit, (Coordinadores). *Psicología de la Salud* (225-255). Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Butow, P., Brown, R., Cogar, S., Tattersall, M., & Dunn, S. (2002). Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psycho-Oncology*, 11(1), 47-58. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.
- Cameron, L., Leventhal, H., & Love, R. (1998). Trait anxiety, symptom perception, and illness-related responses among women with breast cancer in remission during Tamoxifen clinical trial. *Health Psychology*, 17(5), 459-469.

- Cella, D., & Tross, S. (1986). Psychological adjustment to survival from Hodgkin's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(5), 616-622.
- Comeche, M., Díaz, G., y Vallejo, P. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid, España: Fundación Universidad Empresa.
- Cottraux, J. (1994). Crisis de angustia y agorafobia. En R. Ladouceur, O. Fontaine y Cottraux, J. (Compiladores). *Terapia cognitiva y comportamental* (21-28). Barcelona, España : Masson.
- Cruzado, J., Labrador, F., y Muñoz, M. (1998). Desensibilización sistemática. En F. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz. (Coordinadores). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (396-421). Madrid, España: Pirámide.
- DeGood, D., Crawford, A., & Jongsma, A. (1999). *The Behavioral Medicine Planner*. New York, EE.UU.: John Wiley and Sons.
- D'haese, S., Vinh-Hung, V., Bijdekerke, P., Spinnoy, M., De Beukeleer, M., Lochie, N., De Roover, S., & Storme, G. (2000). The effect of timing of the provision of information on anxiety and satisfaction of cancer patients receiving chemotherapy. *Journal of Cancer Education, 15*(4), 223-227. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.
- DSM-IV-TR. *Breviario: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. (2002). Barcelona, España: Masson.
- Echeburúa, E. (1996). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G., Bueta-Casal, V., Caballo y J., Sierra (Directores). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (131-177). Madrid, España: Siglo XXI.
- Erblich, J., Bovbjerg, D., & Valdimarsdottir, H. (2000). Psychological distress, health beliefs

and frequency of breast self-examination. *Journal of Behavioral Medicine* 23(3), 277-292.

Foxwell, M., & Alder, E. (1993). More information equates with less anxiety: Reducing anxiety in cervical screening. *Professional Nurse*, 9(1), 32-36. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

Humphris, G., Ireland, R., & Field, E. (2001). Randomised trial of the psychological effect of information about oral cancer in primary care settings. *Oral Oncology*, 37(7), 548-552. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

Jensen, A., Madsen, B., Andersen, P., & Rose, C. (1995). Information for cancer patients entering a clinical trial –an evaluation of an information strategy. *European Journal of Cancer*, 29A(16), 2235-2238. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

Latorre, J. (1994). El paciente en el medio hospitalario. En J., Latorre y P., Beneit (Coordinadores). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud* (205-214). Buenos Aires, Argentina: Lumen.

Labrador, F., De la Puente, M., y Crespo, L. (1998). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En F. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz. (Coordinadores). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (367-395). Madrid, España: Pirámide.

Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.

Leslie, J., & O'Reilly, M. (1999). *Behavior analysis: foundations and applications to psychology*. Amsterdam, The Netherlands: Harwood Academic Publishers.

López, S., Pastor, M., y Neipp, M. (2003). Aspectos psicológicos asociados a la

- hospitalización. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (31-48). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Martínez, E., y Barreto, P. (2003). La formación de la salud: la contribución del psicólogo hospitalario. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (121-136). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Marsiglia, I. (2002). Ansiedad y depresión en la práctica de la medicina interna, *Medicina Interna, Educación Médica y Comunidad* 17(3). Recuperado el 19 de diciembre de 2003, de <http://www.infomedonline.com.ve/medicina%20interna/int173mec.pdf>.
- Mc Dowell, I., & Newell, C. (1996). *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Mc Quellan, R., Wells, M., Hoffman, S., Craven, B., Russell, G., Cruz, J., Hurt, G., DeChatelet, P., Andrykowski, M., & Savage, P. (1998). Reducing distress in cancer patient with an orientation program. *Psycho-Oncology*, 7(3), 207-217. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.
- Medina, M., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., et al. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 26(4). Recuperado el 19 de diciembre de 2003 de http://www.inprf.org.mx/revista_sm/
- Nezu, A., Nezu, C., Friedman, S., Faddis, S., & Houts, P. (1999). *Helping cancer patients cope* (2a ed.) Washington, EE.UU.: American Psychological Association.
- North, N., Cornbleet, M., Knowles, G., & Leonard, R. (1992). Information giving in oncology: a preliminary study of tape-recorder use. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(3), 357-359. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.
- Olver, I., Turrell, S., Olszewski, N., & Willson, K. (1995). Impact of an information an consent

form on patients having chemotherapy. *Medical Journal of Australia*, 162(2), 82-83.
Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

Poroch, D. (1995). The effect of preparatory patient education on the anxiety and satisfaction of cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nursing*, 18(3), 206-214.
Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología Profesional. (2001). *Programa de Residencia en Medicina Conductual* [folleto]. México: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología, UNAM.

Salgado, A. (2001). Hipertensión arterial. En M.A. Simón y E. Amenedo (Coordinadores). *Manual de psicofisiología clínica* (277-322). Madrid: Pirámide.

Sanderson, W., y Rego, S. (2002). Trastorno de angustia. En W. J. Lyddon y J. V. Jones (Eds.) *Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras* (81-106). México: Manual Moderno.

Secretaría de Salud (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Recuperado el 10 de diciembre de 2001 de <http://ssa.gob.mx>.

Secretaría de Salud (2000). *Estadísticas en salud*. Recuperado el 10 de diciembre de 2001 de <http://ssa.gob.mx/apps/htdocs/estadisticas/principal.php>.

Spielberger, C., y Díaz, R. (1975). *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado: Manual e instructivo*. México: Manual Moderno.

Utrilla, M. (1998). *¿Son posibles las terapias en las instituciones? Un estudio situacional*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Velasco, M., y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. México: Manual Moderno.

- Vila, J. (1996). *Una introducción a la psicofisiología clínica*. Madrid, España: Pirámide.
- Ulla, S. (2003). Aportaciones de la psiconeuroinmunología a la psicología hospitalaria. En E. Remor, P. Arranz y S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario (49-72)*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Wells, M., McQuellon, R., Hinkle, J., & Cruz, J. (1995). Reducing anxiety in newly diagnosed cancer patients: a pilot program. *Cancer Practice*, 3 (2), 100-104. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

Anexo 1.

Folletos temáticos:

Cáncer

Cáncer de mama

Cáncer cervicouterino

Quimioterapia

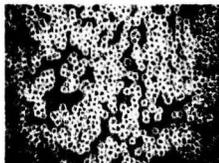
**SECRETARÍA DE SALUD.
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.**

**FOLLETO INFORMATIVO
SOBRE EL CÁNCER.**

**UNIDAD DE ONCOLOGÍA.
SERVICIO DE PSICOLOGÍA.
RESIDENCIA EN MEDICINA
CONDUCTUAL.**

**Elaboró Psic. Cristina Bravo, ©2003
Dr. Francisco García Rodríguez,
Jefe de Servicio de Oncología,
Hospital Juárez de México, Revisor**

¿Qué es el cáncer?



Es una enfermedad donde las células del cuerpo crecen sin control, cuando no son necesarias para el cuerpo.

Podríamos decir que el cáncer es como la plaga de los árboles, la cual cuando se deja sin tratamiento se riega por todo el árbol ocasionando muchos problemas, el más grave, que el árbol muera.

¿Tiene algunos síntomas? Si, entre los que destacan:

- Bolitas que aparecen en cualquier parte del cuerpo.
- Cambio de color, tamaño y forma de verrugas o lunares.
- Una herida que no sana y sangra.
- Tos o ronquera que dura mucho tiempo.
- Cambios en los hábitos intestinales.
- Indigestión o dificultad para comer.
- Pérdida de peso en poco tiempo.
- Sangrado inusual, por la nariz, la boca, la vagina o el ano.

Experiencia profesional
¿Cuáles son los principales estudios?
Su finalidad es aportar datos para diagnosticar el cáncer y sus características. Varían de acuerdo con el tipo de cáncer, pero en general son:



- **Exploración física**, que puede ser externa, como en la revisión del pecho o interna como los tactos por el ano o vagina.

- **Estudios de imágenes**, que pueden ser rayos X, tomografías, ultrasonidos o gamagramas que son imágenes de diferentes partes del cuerpo: el pecho, los huesos, los intestinos, el cráneo, el hígado, etc.



- **Estudios de laboratorio y análisis de sangre.**

- **Toma de biopsias**, que consiste en tomar una parte del tumor para analizarlo y determinar la agresividad y otras características.



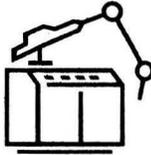
¿Cuáles son los tratamientos?

Principalmente son 3 tipos:

1. Cirugía. Es quitar el tumor, y aunque tiene algunos riesgos la meta para controlar el cáncer de muchos pacientes.



2. Radioterapia. Son partículas muy potentes que se aplican a través de una máquina, su finalidad es matar a las células de cáncer que se encuentren cerca del tumor, sea antes o después de una cirugía. la mayoría de sus efectos secundarios disminuyen al terminar el tratamiento, con el paso del tiempo.



3. Quimioterapia.

Son medicamentos que se aplican en la mayoría de los casos por la vena, y su objetivo es destruir a las células de cáncer y recorre todo el cuerpo en su busca para destruirlas. Sus efectos en muchos pacientes son caída de cabello y vómitos, sin embargo desaparecen después de terminar el tratamiento, aunque poco a poco.



¿Cómo puede reaccionar y sentirse de ánimo una persona con cáncer?

➤ **Puede negar** la gravedad de su enfermedad.

➤ **Buscar información** sobre su enfermedad y tratamiento.

➤ **Con miedo** por lo que va a pasar con su vida y por lo que ha escuchado sobre la enfermedad y los tratamientos.



➤ **Enojada** por que piensa que es una injusticia lo que le sucede o se sienta enojada consigo misma por no atenderse antes.

➤ **Triste y deprimida**, ya que pensamos que el cáncer significa que vamos a morir pronto. Además, porque se dejan de hacer las actividades diarias y ocurren muchos cambios en la vida del paciente y sus familiares.



➤ **Ansiosa o nerviosa**, ya que es una situación nueva y los tratamientos no son agradables.

Experiencia profesional ¿Cómo se puede ayudar al paciente a mejorar su estado de ánimo? Existen varias maneras:

➤ Que la familia (esposo -a- e hijos) lo acompañen y pasen tiempo con él.



➤ Acompañarlo a sus citas y estar informado sobre su estado de salud.

➤ Cuando el estado de ánimo del paciente no mejora, es necesario acudir al **psicólogo**, quien puede:



- Informarle y facilitar un acercamiento con su médico.
- Ayudarlo a relajarse.
- Escuchar sus problemas y ayudarlo a encontrar soluciones, a estar menos triste y nervioso.
- Darle algunos consejos para el manejo de su paciente.

SI USTED DESEA MÁS INFORMACIÓN O UNA CITA PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ONCOLOGÍA, ACUDA A LA RECEPCIÓN Y PREGUNTE POR LOS PSICÓLOGOS.

**SECRETARÍA DE SALUD.
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.**

FOLLETO INFORMATIVO
SOBRE EL CÁNCER DE MAMA

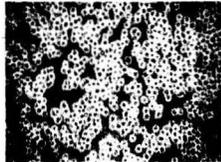
**UNIDAD DE ONCOLOGÍA.
SERVICIO DE PSICOLOGÍA.
RESIDENCIA EN MEDICINA
CONDUCTUAL.**

Elaboró Psic. Cristina Bravo,
©2003.

**Dr. Francisco García Rodríguez,
Jefe de Servicio de Oncología,
Hospital Juárez de México,
Revisor.**

¿Qué es el cáncer de mama?

Es una enfermedad donde las células del pecho o cercanas a él crecen sin control, cuando no son necesarias para el cuerpo.



Podríamos decir que el cáncer es como la plaga de los árboles, la cual cuando se deja sin tratamiento se riega por todo el árbol ocasionando muchos problemas, el más grave, que el árbol muera.

¿Cuáles son sus síntomas?

- Bolitas que aparecen en o cerca del pecho o la axila.
- Cambios en el tamaño o forma de los senos.
- Hundimientos en el pezón.
- Cambios en el color del pecho o pezón (arrugado, duro o áspero).
- Secreción de líquido por el pezón.
- Cambios en la piel del pecho (enrojecimiento, piel de naranja).
- Pérdida de peso en poco tiempo.

**Experiencia profesional
¿Cuáles son los principales estudios?**



Exploración física, que consiste en palpar los senos, las axilas y el cuello.

Estudios de imágenes, que pueden ser rayos X, tomografías, ultrasonidos o gamagramas que son imágenes de diferentes partes del cuerpo: el pecho, los huesos, los intestinos, el cráneo, el hígado, etc.



Estudios de laboratorio y análisis de sangre.

Toma de biopsias, que consiste en tomar una parte del tumor para analizarlo y determinar la agresividad y otras características. Además, es el estudio que **confirma en forma definitiva la existencia del cáncer.**



¿Cuáles son los tratamientos?

Principalmente son 3 tipos:

① **Cirugía.** La principal es la **mastectomía**, y aunque es uno de los más temidos, en muchos casos es la mejor opción de tratamiento, consiste en quitar el tumor y aunque tiene algunos riesgos, la meta es controlar el cáncer de muchas pacientes.



② **Radioterapia.** Son partículas muy potentes que se aplican a través de una máquina, su finalidad es matar a las células de cáncer que se encuentren cerca del tumor, sea antes o después de una cirugía. la mayoría de sus efectos secundarios disminuyen al terminar el tratamiento, con el paso del tiempo.



③ **Quimioterapia.** Son medicamentos que se aplican generalmente en la vena, su objetivo es destruir a las células de cáncer y recorre todo el cuerpo en su busca para destruirlas. Sus efectos en muchos pacientes son caída de cabello y vómitos, sin embargo desaparecen después de terminar el tratamiento, aunque poco a poco.



¿Cómo puede reaccionar y sentirse de ánimo una mujer con cáncer de mama?

• **Puede negar** la gravedad de su enfermedad.

• **Con miedo** por lo que va a pasar con su vida y por lo que ha escuchado sobre la enfermedad y los tratamientos, principalmente la pérdida del pecho.



• **Enojada** por que piensa que es una injusticia lo que le sucede o se sienta enojada consigo misma por no haberse atendido antes.

• **Triste y deprimida**, ya que pensamos que el cáncer significa que vamos a morir pronto. Además, porque se dejan de hacer las actividades diarias y ocurren muchos cambios en la vida del paciente y sus familiares.

• **Ansiosa o nerviosa**, ya que es una situación nueva y los tratamientos no son agradables.



Experiencia profesional ¿Cómo se le puede ayudar a mejorar el estado de ánimo?

• Que la familia (esposo -a- e hijos) la acompañen y pasen tiempo con ella.



• Acompañarla a sus citas y estar informado sobre su estado de

salud.

• Cuando el estado de ánimo de la paciente no mejora, es necesario acudir al **psicólogo**, quien puede:



- Informarle y facilitar un acercamiento con su médico.
- Ayudarla a relajarse.
- Ayudarla en la preparación para procedimientos quirúrgicos.
- Escuchar sus problemas y ayudarla a encontrar soluciones, a estar menos triste y nerviosa.
- Darle algunos consejos para enfrentarse a los diversos tratamientos.

SI USTED DESEA MÁS INFORMACIÓN O UNA CITA PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ONCOLOGÍA, ACUDA A LA RECEPCIÓN Y PREGUNTE POR LOS PSICÓLOGOS.

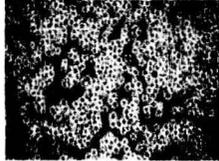
SECRETARÍA DE SALUD.
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

FOLLETO INFORMATIVO
SOBRE EL CÁNCER
CERVICOUTERINO (CACU).

UNIDAD DE ONCOLOGÍA.
SERVICIO DE PSICOLOGÍA.
RESIDENCIA EN MEDICINA
CONDUCTUAL.

Elaboró Psic. Cristina Bravo, ©2003
Dr. Francisco García Rodríguez,
Jefe de Servicio de Oncología,
Hospital Juárez de México, Revisor

¿Qué es el cáncer cervicouterino (CACU)?



Es una enfermedad donde las células de útero o matriz crecen sin control, de manera desordenada cuando no son necesarias para el cuerpo.

Podríamos decir que el CACU es como la plaga de los árboles, la cual crece sin control cuando se deja sin tratamiento y puede regarse por todo el árbol ocasionando muchos problemas, el más grave, que el árbol muera.

¿Cuáles son sus síntomas?

- Sangrado anormal, es decir sangrados fuera del periodo menstrual.
- Los sangrados menstruales pueden durar más tiempo y pueden ser más abundantes.
- Sangrados después de la menopausia.
- Incremento o cambios en el flujo vaginal.
- Crecimiento del abdomen.
- Pérdida de peso en poco tiempo.
- Flujo sanguinolento y maloliente.
- Sangrado durante o después de las relaciones sexuales.



¿Cuáles son los principales estudios?

• **Exploración física**, que puede ser externa (examinando sus genitales por fuera) e interna, es decir palpando dentro de su vagina y/o ano; esta exploración ayuda al médico a sentir si hay o no lesiones sospechosas.



• **Estudios de imágenes**, que pueden ser rayos X, tomografías, ultrasonidos o gamagramas que son imágenes de diferentes partes del cuerpo: el pecho, los huesos, los intestinos, el cráneo, el hígado, etc.



• **Estudios de laboratorio y análisis de sangre.**

• **Toma de biopsias**, que consiste en tomar una parte del tumor para analizarlo y determinar la agresividad y otras características. Además, **confirma la existencia o no de cáncer.**



¿Cuáles son los tratamientos?

Principalmente son la **cirugía y la radioterapia**:

1. **Cirugía.** Es quitar la mayor parte de tumor posible e implica retirar algunos órganos, por ejemplo el útero o matriz y los ovarios; aunque tiene algunos riesgos la meta es controlar el CACU de muchas pacientes.



2. **Radioterapia.** Son partículas de energía muy potentes que se aplican a través de una máquina, su finalidad es matar a las células de cáncer que se encuentren cerca del tumor, sea antes o después de una cirugía. La mayoría de sus efectos secundarios disminuyen al terminar el tratamiento, con el paso del tiempo.



¿Cómo puede reaccionar y sentirse de ánimo una mujer con cáncer cervicouterino?

• Puede **negar** la gravedad de su enfermedad.

• **Buscar información** sobre su enfermedad y tratamiento.

• **Con miedo** por lo que va a pasar con su vida y por lo que ha escuchado sobre la enfermedad y los tratamientos, sobre todo los relacionados con las operaciones.



• **Enojada** por que piensa que es una injusticia lo que le sucede o se sienta enojada consigo misma por no atenderse antes.

• **Triste y deprimida**, ya que pensamos que el cáncer significa que vamos a morir pronto. Además, porque se dejan de hacer las actividades diarias y ocurren muchos cambios en la vida del paciente y sus familiares.



• **Ansiosa o nerviosa**, ya que es una situación nueva, que genera muchos cambios en su vida, además de que los tratamientos no son

Experiencia profesional

agradables.

¿Cómo se puede ayudar a mejorar su estado de ánimo?

• Que la familia (esposo - a- e hijos) la acompañen y pasen tiempo con ella. Es importante que la pareja apoye emocionalmente a la mujer durante la enfermedad y el tratamiento.



• Acompañarla a sus citas y estar informado sobre su estado de salud.

• Cuando el estado de ánimo del paciente no mejora, es necesario acudir al **psicólogo**, quien puede:



- Informarle y facilitar un acercamiento con su médico.
- Ayudar a relajarse.
- Escuchar sus problemas y ayudarla a encontrar soluciones, a estar menos triste y nerviosa.

SI USTED DESEA MÁS INFORMACIÓN O UNA CITA PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ONCOLOGÍA, ACUDA A LA RECEPCIÓN Y PREGUNTE POR LOS PSICÓLOGOS.

SECRETARÍA DE SALUD. HOSPITAL DE LA MUJER.

FOLLETO INFORMATIVO SOBRE QUIMIOTERAPIA

UNIDAD DE ONCOLOGÍA.
SERVICIO DE PSICOLOGÍA.
RESIDENCIA EN MEDICINA
CONDUCTUAL.

Elaboró Psic. Cristina Bravo, ©2003
Dr. Francisco García Rodríguez,
Jefe de Servicio de Oncología
Hospital Juárez de México, Revisor.

¿Qué es la quimioterapia?

Es el empleo de diversos medicamentos para tratar el cáncer, los cuales "viajan" por todo el cuerpo en busca de células con cáncer.

¿Cuál es su objetivo?

Destruir las células del cáncer, deteniendo su crecimiento o multiplicación. Además, dependiendo del tipo y avance del cáncer puede ser usada para:

- Curar el cáncer.
- Impedir que el cáncer "se riegue" a otras partes del cuerpo.
- Retardar el crecimiento del cáncer.
- Matar células de cáncer que han llegado a otras partes del cuerpo.
- Aliviar dolor y algunos síntomas causados por el avance del cáncer.

¿Es el único tratamiento contra el cáncer? No, existen dos tratamientos más, los cuales pueden aplicarse solos o en combinación con la quimioterapia. Dichos tratamientos son: **cirugía y radioterapia.**



Experiencia profesional

¿Cómo se aplica? Dependiendo del tipo de cáncer, la quimioterapia puede aplicarse en:

• **La vena**, a través de un catéter, que ayudará a que el medicamento se incorpore rápidamente a los diversos órganos y tejidos del organismo.



• **Pastillas, cápsulas o líquidos.**

¿Cómo se sabe si el tratamiento está o no siendo efectivo contra el cáncer? A partir de revisiones y solicitud periódica de estudios, entre los que se encuentran:

• **Exploración física**, que ayuda al oncólogo médico a sentir si hay o no tumor, si ha disminuido o no de tamaño o ha cambiado de características.



• **Estudios de imágenes (rayos X, tomografías, ultrasonidos o gamagramas)** que son imágenes de diferentes partes del cuerpo y también ayudan a determinar si hay o no cambios en el cuerpo.



• **Estudios de laboratorio y análisis de sangre.**



¿Por qué ocurren los efectos secundarios? Debido a que los medicamentos atacan a las células que crecen y se dividen muy rápido, como las del cáncer.

Sin embargo, no sólo las células con cáncer crecen rápido, también hay células sanas que crecen muy rápido y son afectadas por la quimioterapia, algunas se encuentran en:

- Estómago e intestinos.
- Las que forman el cabello.
- Boca y garganta.
- Pulmones.
- Sangre.
- Riñones.
- Uñas.

¿Cuáles son los principales efectos secundarios?

- Náusea y vómito.
- Pérdida del cabello.
- Pérdida de apetito.
- Sabor amargo en la boca.
- Fatiga o cansancio.
- Baja de defensas y riesgo de infecciones.
- Diarrea o estreñimiento.
- Cambios en el color y fragilidad de las uñas.

Estos efectos desaparecerán tiempo después de terminado el tratamiento, de modo que volverá a crecer el cabello, a tener las uñas como antes, etc.

¿Cómo puede reaccionar y sentirse de ánimo una persona en tratamiento con quimioterapia?

➤ **Con miedo** por lo que va a pasar con su vida y por lo que ha escuchado sobre la enfermedad, los cambios en su vida y la amenaza a la enfermedad; además por desconocer las características del tratamiento y sus posibles consecuencias.

➤ **Enojada** por que piensa que es una injusticia lo que le sucede o se sienta enojada consigo misma por no atenderse antes, y a veces no quiera el tratamiento por este motivo.

➤ **Triste y deprimida**, ya que pensamos que el cáncer significa que vamos a morir pronto. Además, puede ocurrir cuando el paciente se da cuenta de la importancia de su enfermedad y la amenaza a su bienestar se dejan de hacer las actividades diarias y ocurren muchos cambios en la vida del paciente y sus familiares.

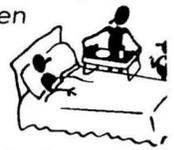
➤ **Ansiosa o nerviosa**, ya que es una situación nueva, que genera muchos cambios en su vida, además de que la mayoría de los efectos secundarios del tratamiento no son agradables.



¿Cómo se puede hacer más sencilla la vida del paciente durante la quimioterapia?

Existen varias maneras, entre las que destacan:

- Tener siempre presentes las metas del tratamiento.
- Alimentarse lo mejor posible.
- Que la familia (esposo -a- e hijos) la acompañen y pasen tiempo con él. Es importante que la pareja apoye emocionalmente al paciente durante las diferentes fases del tratamiento.
- Descansar lo suficiente: No gastar energía innecesariamente.



Cuando el estado de ánimo del paciente no mejora, es necesario acudir al **psicólogo**, quien puede:



- Informarle y facilitar un acercamiento con su médico.
- Ayudarlo a relajarse.
- Escuchar sus problemas y ayudarlo a encontrar soluciones, a estar menos triste y nervioso.
- Darle algunos consejos para afrontar los efectos secundarios.

SI USTED DESEA MÁS INFORMACIÓN O UNA CITA PARA ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN ONCOLOGÍA, ACUDA A LA RECEPCIÓN Y PREGUNTE POR LOS PSICÓLOGOS.

Anexo 2.

Folleto:
Rehabilitación
emocional y física
de la mastectomía

La **MASTECTOMÍA** es uno de los principales tratamientos contra el cáncer de mama, además de la **Quimioterapia** y la **Radioterapia**.



El procedimiento consiste en la extirpación quirúrgica del seno (*quitar todo o gran parte del pecho a través de una operación*), la cual se lleva a cabo bajo anestesia general.

Aunque la **mastectomía** es uno de los tratamientos más eficaces contra el cáncer de mama, es el que puede tener **más consecuencias emocionalmente desagradables** en las diferentes áreas de tu vida:

© **En ti:** cambios de humor, estar irritable, deprimida, aislarte, dejar de hacer actividades que hacías antes, preocuparte por la apariencia física, negar tus sentimientos, miedo a parecer media mujer, a perder a tu esposo y a la muerte prematura.



**SECRETARÍA DE SALUD.
HOSPITAL DE LA MUJER.**

*DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL,
UNAM.*

Me operaron el pecho..



¿Qué hacer para sentirme mejor?...

Elaboró:

Psic. Cristina Bravo, R2 Medicina Conductual.

Revisó:

Psic. Diana Lilia Gutiérrez Castillo, Jefa Departamento
Psicología.

Dr. Alfonso Martín Ordóñez, Jefe del Servicio de Oncología.

- © **En tu familia:** como consecuencia de la operación, necesitas permanecer varios días en reposo, por tanto es necesario que otros integrantes de la familia se hagan cargo de las actividades de la casa y de la mayoría de tus responsabilidades como esposa y/o mamá.



Esto puede desencadenar peleas, enojos, culpabilidad y/o temor en los integrantes de tu familia.

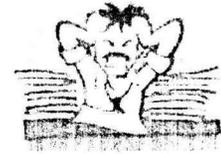


- © **En tu pareja:** puede presentarse temor de tu esposo a lastimarte si te toca, lo cual puedes interpretar como rechazo; además, al sentirte "incompleta" o ansiosa, ocurre un alejamiento de la pareja, de manera que las relaciones sexuales o cualquier contacto físico (abrazos, besos, etc.) no vuelven a ocurrir. Además, pueden presentarse más peleas, lo cual puede llevar a alejarse cada vez de tu pareja.



- © **Además, tu esposo puede sentirse:**

- ☞ Solo.
- ☞ Culpable.
- ☞ Confundido.
- ☞ Enojado.
- ☞ Abandonado.
- ☞ Preocupado.
- ☞ Con miedo y con cierto



rechazo a acercarse a tu cuerpo, lo cual es parte de la reacción esperada ante el tipo de cirugía que se realizó.

- © **En sus ocupaciones y actividades de distracción:** dependiendo del lado (derecho o izquierdo) en que se realice la operación, pueden existir limitaciones de movimiento del brazo, con lo cual disminuyen las actividades que realizabas hasta antes de la cirugía, tanto del hogar como algunas manualidades o actividades de agrado.

Para superar las limitaciones del movimiento es necesario invertir tiempo y esfuerzo en la realización de los ejercicios físicos, así como aprender los cuidados del brazo y el lado operado.

¡Es posible superar los obstáculos!



¿Cómo puedes sobrellevar todos estos cambios después de la mastectomía? Iniciando un proceso de **rehabilitación emocional y física**, el cual puede iniciar antes o después de la operación.

LA REHABILITACIÓN EMOCIONAL.

Ⓢ **Contigo:** una de las principales dificultades es sentirse ansiosa o deprimida al enfrentarse con la herida, para ello es necesario seguir algunos pasos hasta lograr verse la herida con tranquilidad:



- Ⓢ De pie en el baño con el apósito, cubierta la cicatriz, tocar la orilla de la herida.
- Ⓢ En la cama después de la curación, cuando te estén poniendo el apósito ver y tocar la orilla de la cicatriz.
- Ⓢ En la cama, después de la curación, ver y tocar hasta la mitad de la cicatriz.
- Ⓢ En la cama, ver y tocar la cicatriz entera.
- Ⓢ En el baño, ver y tocar la cicatriz sin apósito.
- Ⓢ De pie frente a un espejo ver y tocar la cicatriz.

Acompaña estos ejercicios con respiraciones profundas: mete el aire por la nariz hasta el estómago (como si inflarás un globo) y sácalo por la boca lentamente, repite varias veces.



Busca frases positivas relacionadas con la mastectomía y repítelas en los momentos difíciles, por ejemplo:

Ⓢ **Puedo ser tan feliz como antes de la operación.**

- Ⓢ **La mastectomía fue necesaria para salvar mi vida y continuar con mis planes.**
- Ⓢ **Hay alternativas para mejorar mi apariencia física.**

Ⓢ **Con tu familia:** propón una reunión con las personas cercanas a ti (padres, pareja, hijos, parientes, etc.) donde les expliques lo necesaria que es su ayuda en tu rehabilitación, las cosas que esperas que hagan por ti, buscando que propongan alternativas para organizar las actividades.



- Ⓢ Es probable que no sepan cómo hacer alguna labor específica (por ejemplo usar una lavadora o el orden para limpiar la casa) explícales como hacerlo y felicítalos cuando hagan bien las cosas.



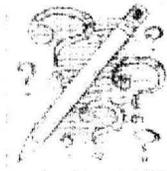
☉ Con tu pareja:

- ☞ Involúcralo en la realización de los ejercicios, explicándole que conforme pase el tiempo volverá a hacer la mayoría de las actividades que hacía antes.



- ☞ Procura compartir con él tus temores y preocupaciones sobre tu matrimonio y las relaciones sexuales, buscando que él hable sobre sus sentimientos y las dudas que tenga.

- ☞ Escriban las dudas respecto a la operación y sus consecuencias, el tiempo en que podrás retomar las actividades que hacías antes, incluyendo las relaciones sexuales, de manera que puedan expresarlas en tu próxima consulta con el oncólogo.



- ☞ Igual que tú, tu esposo va a adaptarse y reconocer nuevamente tu cuerpo, por lo que es necesario que lo ayudes a acercarse poco a poco a la zona de la cicatriz.



LA REHABILITACIÓN FÍSICA.

- ☉ **Ejercicios de rehabilitación:** el personal de enfermería del Servicio de Oncología, proporciona instrucciones y material escrito respecto a los ejercicios que habrás de hacer después de la mastectomía, entre los que destacan:



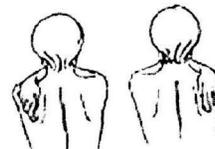
- ☞ Trepas por la pared (arañitas), equivale a limpiar ventanas, tender ropa, colocar cortinas, limpiar focos o lámparas.

- ☞ Polea (venda en la puerta): subir y bajar con ambos brazos, equivale a secarse la espalda con la toalla de baño.



- ☞ Llevarse la mano del lado operado a la oreja contraria, por encima de la cabeza. Equivale a abrocharse el delantal o el sostén.

- ☞ Movimiento circular del brazo afectado.



- ☞ Llevarse las manos a la nuca.
- ☞ Estirar los brazos a la altura de los hombros.

Aunque en un principio sea molesto y doloroso hacer los ejercicios, es **muy importante** que los hagas varias veces al día, con ello evitarás consecuencias desagradables:

👉 **Inmovilidad del brazo:** limitación de movimientos y actividades cotidianas.

👉 Que el brazo se hinche por la acumulación de líquido: **dolor e incomodidad.**



¡Puedes evitar estas consecuencias haciendo tus ejercicios tantas veces como sea posible!

**RECUERDA QUE LOS EJERCICIOS
TE AYUDARÁN A
HACER
MAS FÁCILMENTE
LOS MOVIMIENTOS DEL BRAZO**



👉 **Cuidados del brazo afectado:** quizá al principio te sea difícil recordar todos los cuidados que necesita tu brazo, sin embargo repasando esta guía los aprenderás:

👉 Protege el brazo del sol y del agua muy caliente.



NO

👉 No permitas que te tomen la presión, o muestras de sangre, tampoco que te apliquen vacunas en el brazo operado.



👉 Evita que el brazo operado se mantenga mucho tiempo en la misma posición (al lado del cuerpo, cruzado o flexionado).

👉 Procura dormir del lado no operado, o boca arriba, sin apretar el lado que se operó.



👉 Si notas que el brazo del lado operado se pone rojo, te duele o comienza a hincharse, acude con el médico que te operó para que te revise.

☞ **Otras recomendaciones para cuidar el brazo afectado:**

☞ Protege tus manos con guantes al realizar actividades como cocinar, lavar con sosa o detergentes fuertes, jardinería, etc.



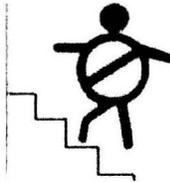
☞ Usa blusas con mangas anchas y sin resorte, o bien blusas sin manga. Además, evita los sostenes con varillas.

☞ Evita tejer, bordar y/o coser a mano por periodos de tiempo largos (más de una hora).



☞ Usa joyas, reloj y cargar la bolsa, cubetas o bultos en el brazo contrario al lado operado.

☞ Prevén el sobrepeso, realizando ejercicios como caminar, subir escaleras, u otra actividad física.



☞ Evita el uso de desodorantes y sostén hasta que le retiren todos los puntos y la herida haya sanado por completo.



Algunas veces, estos consejos pueden no ser suficientes y sea necesario buscar atención especializada. Contesta las siguientes preguntas, si tres o más resultan ciertas, es conveniente que inicies una terapia de apoyo psicológico:

1. ¿Piensas que ya no lograrás ser tan feliz como antes de su operación?
2. ¿Piensas que después de tu cirugía ya no podrás tener relaciones sexuales satisfactorias?
3. Después de tu operación, ¿te sientes avergonzada por tu apariencia física?
4. ¿Crees que la operación arruinará tu matrimonio?
5. ¿Crees que después de la cirugía ya no podrás participar en las mismas actividades que hacías antes?
6. ¿Mantendrás tu cirugía como un secreto para los demás? (familiares, otras pacientes).
7. ¿Piensas que la mastectomía no fue necesaria?
8. ¿Te has sentido deprimida después de la cirugía?
9. ¿Piensas que los pechos son lo más valioso en una mujer?
10. ¿Crees que tener senos es lo más importante para conservar a tu pareja?

Esta información tiene como objetivo apoyarte para lograr tu bienestar emocional y físico.

¡SOLICITA APOYO!

II. Protocolo de investigación.

Intervención cognoscitivo-conductual para la prevención de la ansiedad anticipatoria en pacientes con cáncer sometidos a Quimioterapia.

Alrededor de 60% de los pacientes con cáncer en tratamiento con Qt presentan respuestas de ansiedad anticipatoria; sin embargo, los programas de intervención se han dirigido a la disminución de esta respuesta, más que a su prevención, la cual puede facilitar la adaptación del paciente a su tratamiento y reducir la aparición de náuseas y vómitos anticipatorios; el objetivo de esta investigación fue evaluar la efectividad de técnicas cognoscitivo-conductuales dirigidas a la prevención de la ansiedad anticipatoria en pacientes en tratamiento con Qt, con la realización de dos estudios. En el primero participaron tres pacientes en tratamiento con Qt neoadyuvante, de primera vez; un varón y dos mujeres. Se empleó un diseño de n=1 de tratamientos alternados en seis sesiones. Los resultados indican que la psicoeducación fue la técnica más eficaz para prevenir reacciones anticipatorias a la Qt en comparación con la relajación muscular progresiva y la reestructuración cognoscitiva. En el segundo estudio se propuso corroborar la eficacia de la psicoeducación como intervención preventiva, además de compararla con solución de problemas y desensibilización sistemática, se empleó el mismo diseño y los mismos instrumentos de evaluación; en este estudio se incluyeron a cuatro mujeres en tratamiento con Qt de primera vez. Los datos corroboran los resultados obtenidos en el Estudio 1 respecto a la eficacia de la psicoeducación en la prevención de la ansiedad anticipatoria, por lo que se concluyó que es necesario que los pacientes a quienes se les propone este tratamiento conozcan a fondo sus características, a fin de evitar la aparición de la ansiedad anticipatoria derivada de la incertidumbre y la desinformación respecto al tratamiento, sus características y probables consecuencias.

La Quimioterapia (Qt) consiste en el empleo de varios agentes químicos para destruir o impedir el crecimiento de células anormales, la cual puede combinarse con otros tipos de tratamientos, como la Radioterapia y/o la Cirugía, o bien implementarse sola (Biblioteca Salvat, 1979; Margie y Bloch, 1983). Desafortunadamente, muchas personas se sienten amenazadas sólo ante la palabra "quimioterapia", debido a que han escuchado historias terribles sobre los efectos secundarios, lo cual contribuye a la aparición de respuestas ansiógenas en los pacientes que han de someterse a esta modalidad de tratamiento.

Sin embargo, el tipo de efectos secundarios varía en cada paciente, aún cuando varias personas tengan el mismo tipo de medicamentos pueden encontrarse reacciones diferentes en cada una de éstas, en este sentido se ha observado que algunas personas presentan muy pocos efectos secundarios, mientras que otras experimentan un mayor número de éstos durante su programa de tratamiento. Los efectos secundarios más comunes ocurren en áreas donde existe un rápido crecimiento en la producción celular, como en la médula ósea, en los folículos del cabello y en el revestimiento del tracto gastrointestinal, por otra parte muchos de los efectos secundarios se encuentran relacionados con respuestas de estrés, las cuales influyen en la aparición de respuestas de ansiedad (ASTA Medica, s/f; Marge y Bloch, 1983).

Diversos estudios epidemiológicos, realizados principalmente en el extranjero, han revelado que entre el 25 y 65% de los pacientes tratados con Qt desarrollan respuestas ansiosas y presentan náuseas antes del tratamiento; dentro de esas cifras, 25 a 33% de los pacientes presenta náuseas moderadas o intensas; 11 a 20% presenta vómitos anticipatorios y del 25 al 60% de los pacientes presenta ansiedad anticipatoria (Cruzado, Olivares y Fernández, 1993; Schag y Heinrich, 1989; Su, Zhu y Cai, 1997).

Estos datos, apoyan lo señalado por Andrykowski (1990) y Blasco, Pallares, Alonso y López (2000), quienes afirman que la presencia de elevados niveles de ansiedad desempeña un papel importante en la adquisición de respuestas condicionadas, principalmente náuseas y vómitos; además, Velasco y Sinibaldi, (2001) consideran que la ocurrencia de estas respuestas pueden contribuir a complicaciones tanto del estado físico como del psicológico del paciente conforme transcurre el proceso de atención médica.

Tradicionalmente, se ha explicado la adquisición de la ansiedad anticipatoria dentro del paradigma del condicionamiento clásico, el cual explica que aunque

la mayoría de los pacientes tolera la primera infusión mucho mejor de lo que esperaba, alrededor de la cuarta sesión de tratamiento comienzan a aparecer las reacciones condicionadas, de modo que para algunos pacientes la situación puede ser tan problemática que cualquier suceso o estímulo que se encuentre asociado repetidamente con los efectos colaterales se convierte en un elicitador de las reacciones anticipatorias, además, conforme avanza el tratamiento estas respuestas pueden incrementar su intensidad (Cruzado y Olivares, 1996; Cruzado, Olivares y Fernández, 1993; DiLorenzo, Jacobsen, Bovbjerg, Chang, Sklarin y Norton, 1995; Jacobsen, Bovbjerg y Redd, 1993;).

Sin embargo, se han encontrado resultados contradictorios respecto al modelo del Condicionamiento Clásico o Pavloviano, de manera que en algunos estudios se han encontrado variaciones mínimas en cuanto a la susceptibilidad de presentar náuseas y vómitos anticipatorios (Kvale, Hugdahl, Asbjornsen, Rosengren, Lote y Nordby, 1991). Por otro lado, Montgomery, Tomoyasu, Bovbjerg, Andrykowski, Currie, Jacobsen y Redd (1998), argumentan que trabajos experimentales con humanos han sugerido la posibilidad de que las expectativas de las personas contribuyan directamente en el desarrollo de respuestas condicionadas y como hecho, citan que el fenómeno de las náuseas anticipatorias se han estudiado ampliamente y se han establecido como un ejemplo clásico del condicionamiento.

Otra de las explicaciones más frecuentes es que esta clase de respuesta ocurre debido a que la persona se ve enfrentada con la necesidad de entrar en la situación fóbica (sala de Qt, personal y rituales de aplicación), en la cual percibe una pérdida inminente de control, la exposición a consecuencias desastrosas y la expectativa de reacciones incontrolables, tales como desmayarse, vomitar, miedo a morir por los efectos secundarios, disonancia entre las expectativas de curación y las 'evidencias' de mayor deterioro físico (Ascher y Hatch, 1991; Sosa y Capafóns, 1995).

De acuerdo al DSM-IV-TR (2002), el individuo experimenta un temor marcado y persistente bien cuando se enfrenta a situaciones específicas o bien cuando anticipa su aparición, de este modo, el objeto del miedo puede ser la propia anticipación del peligro o daño inherente a la situación. Debido a la aparición de ansiedad anticipatoria cuando el individuo se ve en la necesidad de entrar en situaciones fóbicas, éstas terminan siendo evitadas o cuando no es posible, son situaciones vividas con niveles de ansiedad mayores, ya que el individuo no puede evitar la situación, como en el caso de los pacientes que se encuentran recibiendo tratamiento con Qt, ya que la mayoría de ellos acuden a sus citas para aplicación de tratamiento, por motivación interna (conciencia de enfermedad favorable, esperanza de cura o restablecimiento de la condición física) o por motivación o presión externa (sobre todo por la presión de los familiares cercanos, amigos y personal médico).

Las principales técnicas de intervención se han dirigido a dos factores (Ascher y Hatch, 1991): el primero subraya la actividad del sistema nervioso simpático donde la amenaza consiste en forzar a los individuos a soportar elevados niveles de ansiedad y de pérdida de control. En este factor es posible implementar técnicas encaminadas al control somático, lo cual se logra principalmente con el entrenamiento en respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, las cuales activan el sistema parasimpático, que inhibe la acción de la actividad simpático, de modo que estas técnicas son incompatibles con la activación producida por la respuesta ansiógena (Labrador, De la Puente y Crespo, 1998; Peurifoy, 1999; Redd, Montgomery y DuHamel, 2001; Vera y Vila, 1991). En este sentido, diversos estudios han demostrado la efectividad de las técnicas de relajación en la disminución de las respuestas condicionadas a la Qt (Burish y Lyles, 1981; Vasterling, Jenkins, Tope y Burish, 1993).

El segundo factor enfatiza la señal de peligro, es decir, con los niveles elevados de ansiedad experimentados en situaciones difíciles, los individuos temen perder el control de su conducta y manifestar una conducta inapropiada, dando como

resultado una evaluación negativa, que conducirá a efectos generalizados de deterioro sobre sus vidas, en el presente y en el futuro.

Se considera que para incidir en este factor, pueden emplearse técnicas centradas en la percepción de recuperación del control, de la misma manera que en los ataques de pánico u otros trastornos de ansiedad; las intervenciones más comunes son: control respiratorio, técnicas de exposición (Beamish, Granello y Belcastro, 2002), desensibilización sistemática (Turner, 1991); proporcionar información suficiente sobre el procedimiento, situación o emoción, lo cual se conoce como psicoeducación y ha demostrado que disminuye significativamente la ansiedad en los pacientes oncológicos (Butow, Brown, Cogar, Tattersall, y Dunn, 2002; DeGood, Crawford y Jongsma, 1999; D'haese, et al., 2000; Foxwell y Alder, 1993; Jensen, Madsen, Andersen y Rose, 1993; McCaughan y Thompson, 2000; Olver, Turrell, Olszewski y Willson, 1995; Thomas, Daly, Perryman y Stockton, 2000); emplear técnicas cognoscitivas derivadas de la Terapia Cognitiva o de la Terapia Racional Emotiva (Greenberger y Padesky, 1998; Peurifoy, 1999; Vasterling, Jenkins, Tope y Burish, 1993; Velasco y Sinibaldi, 2001).

Las intervenciones mencionadas se encuentran dirigidas principalmente hacia el control o disminución de la ansiedad anticipatoria, sin embargo, un elemento que no ha sido considerado dentro de la intervención es la prevención de esta respuesta. Debido a consideraciones éticas, es deseable incidir en la prevención del condicionamiento de la respuesta anticipatoria, puesto que es un problema serio dentro del trabajo con personas que presentan respuestas emocionales intensas, como la ansiedad anticipatoria en pacientes con cáncer, esperar hasta que la respuesta se encuentre establecida o condicionada, en este sentido, se considera sumamente importante desarrollar una intervención paralela al control de la ansiedad anticipatoria, la cual prevenga el condicionamiento, puesto que se ha documentado que niveles de ansiedad elevados antes de la primera infusión de Qt, favorecen la aparición más rápida de náuseas y vómitos anticipatorios (Andrykowski, 1990; Andrykowski y Gregg, 1992; Blasco, Pallares,

Alonso y López, 2000; Jacobsen, Bovbjerg y Redd, 1993).

Debido a la gran cantidad de pacientes que presentan ansiedad anticipatoria (hasta un 60%), se considera importante su prevención, considerando lo expuesto por Fernández-Ríos, Cornés y Codesido (1997):

- Ⓒ Aceptación pragmática, que conlleva la necesidad de sobrevivir de la mejor manera con los riesgos existentes.
- Ⓒ Orientar a los individuos para la toma de decisiones que reduzca los riesgos de enfermedad o de empeorar su condición física.
- Ⓒ Entrenar a los individuos a llevar el pensamiento a la acción y en la adquisición de habilidades para completar tareas y llevarlas hasta el final.
- Ⓒ Fomentar disonancias y conflictos cognoscitivos para la motivación del paciente.
- Ⓒ Fomentar el modelamiento cognoscitivo relacionado con el proceso de solución de problemas.

Considerando estos puntos, las técnicas que pueden emplearse para conformar una intervención preventiva de la ansiedad anticipatoria son principalmente aquellas de tipo cognoscitivo, entre las que destaca la terapia cognitiva de Beck, la solución de problemas, la psicoeducación y en segundo plano se ubican la desensibilización sistemática y la relajación muscular progresiva –con elementos más dirigidos a variables conductuales-. La elección de estas técnicas como integrantes de una intervención preventiva está basada en una revisión de literatura breve, de la cual sólo se encontró un trabajo relacionado con la prevención de respuestas condicionadas a la Qt, como las náuseas, vómitos y ansiedad, a través del entrenamiento en relajación e imaginación guiada (Burish, Carey, Krozely y Greco, 1987); además, los trabajos preventivos de ansiedad son limitados, aunque han implementado diversas estrategias cognoscitivas y/o conductuales en diversas poblaciones: niños y adolescentes (Barret y Turner, 2002; Dadds, Spence, Holland, Barret y Laurens, 1997), estudiantes universitarios (Barret,

Sonderegger y Xenos, 2003), y en el área de la salud (Barrios y Shigetomi, 1980; Price y Jonson, 1999; Taylor, Miller y Smith, 1996); por otro lado, se considera que la implementación de las técnicas antes de que ocurra la respuesta puede proporcionar a los pacientes habilidades que les permitan incidir sobre una posible respuesta de ansiedad anticipatoria cuando identifiquen las primeras señales de ésta.

Basado en las consideraciones realizadas para la prevención de la ansiedad anticipatoria, es necesario el desarrollo de estrategias de intervención que demuestren su efectividad tanto al evaluarse en conjunto como individualmente. De ello se derivan dos estudios, los cuales tuvieron como objetivo comparar la efectividad de diversas técnicas de intervención adaptadas para la prevención de la ansiedad anticipatoria en pacientes con cáncer en tratamiento con Qt.

Estudio 1.

El primer estudio tuvo como objetivo general identificar el tratamiento más efectivo para la prevención de la ansiedad anticipatoria en pacientes con tratamiento de Quimioterapia: Relajación Muscular Progresiva, Reestructuración Cognoscitiva y Psicoeducación.

Método

Participantes. Pacientes oncológicos del Hospital Juárez de México que se encontraban en la fase crónica del cáncer. Se incluyó un paciente de cada una de las Clínicas de la Unidad de Oncología (sin embargo, se excluyó la Clínica de Tumores de Cabeza y Cuello, debido a que el tratamiento con Qt no es un estándar y cuando llega a emplearse es con fines paliativos): una con cáncer de ovario, uno con cáncer de testículo y una con cáncer de mama. Para la selección de los participantes se consideraron los siguientes criterios:

☉ *Inclusión.*

- ☉ Ser paciente con cáncer (CA) referido a tratamiento con Quimioterapia (Qt) neoadyuvante (la Qt es el tratamiento primario), programado para el 1er ciclo.
- ☉ Aceptar la participación en la investigación, firmando un consentimiento informado.
- ☉ Expresarse de manera verbal y escrita en español, sin requerir apoyo de familiares o personal de la Unidad Hospitalaria.
- ☉ Recibir un esquema de tratamiento de 5x28 (donde la Qt es recibida cinco días continuos y se descansan 28, para tumores de ovario y de testículo) tumoral) o 1x28 (la Qt es administrada una vez al mes, para tumores mamarios).

☉ *Exclusión.*

- ☉ Recibir Qt paliativa.
- ☉ Ser parte del Protocolo de atención con Quimio-Radio concomitante (Qt+Rt).
- ☉ No ser adherente a la Qt (no asistir al menos al 90% de las sesiones de tratamiento).
- ☉ Presentar síntomas importantes de depresión u otro problema psiquiátrico.

☉ *Eliminación.*

- ☉ Concluir los ciclos de Qt antes que el programa o cambiar a otro tratamiento.
- ☉ Progresión de la enfermedad hacia la etapa terminal.
- ☉ No completar el programa de intervención psicológica mínimo en 90%.

Instrumentos.

- ☉ Se diseñó un formato para la obtención del Consentimiento informado en el cual se explicó de manera general del objetivo del programa.

- ☉ También se elaboró una Ficha de identificación y datos generales de los participantes.
- ☉ Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital –HAD- (Zigmond y Snaith, 1983, en Echeburúa, 1996), que consta de 14 reactivos y tiene como objetivo detectar trastornos de ansiedad y depresión en un medio hospitalario con la finalidad de detectar la gravedad de los mismos. La HAD consta de dos subescalas, una para ansiedad y otra para depresión (de siete reactivos cada una, intercalados alternativamente), los reactivos se puntúan a con una escala Likert de 0 a 3, la puntuación de cada escala es la siguiente: 0-7 (trastorno ausente); 8-10 (casos dudosos); 11 o más (trastorno presente).
- ☉ Se elaboró un Cuestionario de información sobre el cáncer y la Qt (Anexo 1), el cual consta de siete preguntas con tres opciones de respuesta, la calificación se obtiene asignando tres puntos por cada respuesta correcta, hasta un máximo de 21.
- ☉ Escala breve del IDARE-Estado el cual es un instrumento que puede aplicarse de manera continua sin que existan efectos de acarreo, ya que justamente evalúa el nivel de ansiedad que el individuo experimenta en una situación particular, y de acuerdo con los autores, puede emplearse en investigaciones donde sean necesarias mediciones repetidas del nivel de ansiedad para circunstancias específicas (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). Se seleccionaron seis reactivos del instrumento original, conservando las opciones de respuesta y la forma de calificar los reactivos; adicionalmente se diseñó un formato de registro con los reactivos de la escala.
- ☉ Se diseñó un formato de Autorregistro de ansiedad anticipatoria a la Qt (Anexo 2), donde se pidió a los participantes que indicaran en nivel de ansiedad experimentado días antes a la administración de cada nuevo ciclo.
- ☉ Se adaptaron los formatos de tres y cinco columnas propuestos por Greenberger y Padesky (1998).

Diseño. El diseño de tratamientos alternados se consideró el más apropiado para cubrir los objetivos de este programa, ya que está basado en la rápida alternación de dos o más tratamientos diferentes mientras se observan sus efectos sobre una sola conducta meta o variable dependiente, lo cual representa ahorro de tiempo y recursos, sobretodo en ambientes limitados espacialmente, como en el caso de los hospitales, además, proporciona una alternativa importante para la atención de urgencia o pacientes con respuestas que éticamente no son reversibles (Kratowill, Mott y Dodson, 1989).

Los tratamientos que se alternaron en seis sesiones fueron: Relajación Muscular Progresiva, Reestructuración Cognoscitiva y Psicoeducación, de acuerdo a las siguientes fases:

Ⓢ *Obtención de Línea Base (LB).*

Antes de la obtención de la Línea Base, se realizó una evaluación de cada paciente, la cual comprendió de: evaluación de síntomas de ansiedad y depresión por medio de la HAD y un cuestionario para evaluar el tipo y la cantidad de información sobre el cáncer y la Qt). Posterior a esta evaluación se obtuvieron los datos de LB durante una semana, previa al primer ciclo, a través de la escala breve del IDARE-E.

Ⓢ *Tratamiento.*

Los tratamientos se implementaron de manera **alternada y contrabalanceada** en una sola sesión, de modo que se tuvieron las siguientes combinaciones:

- Ⓢ **Sesión 1.** A + E + B + E + C + E.
- Ⓢ **Sesión 2.** A + E + C + E + B + E.
- Ⓢ **Sesión 3.** B + E + C + E + A + E.
- Ⓢ **Sesión 4.** B + E + A + E + C + E.

☉ **Sesión 5.** C + E + A + E + B + E.

☉ **Sesión 6.** C + E + B + E + A + E.

Donde **A** es psicoeducación, **B** es relajación muscular progresiva y **C** es reestructuración cognoscitiva. **E** se refiere a la evaluación (escala breve del IDARE-E).

Procedimiento. En términos generales, se realizó lo siguiente con cada uno de los participantes:

- ☉ Evaluación con los instrumentos antes señalados o evaluación general.
- ☉ Obtención de la Línea Base, la cual debía idealmente, cumplir con los criterios de tendencia y estabilidad, aunque, por las características del problema, podían no obtenerse las mediciones con estos elementos. La LB se evaluó a partir de la escala breve del IDARE en forma de autorregistro diario durante una semana, antes de su primera cita al médico oncólogo.
- ☉ Inicio del tratamiento: inició posterior a la recolección de datos de LB, alrededor de dos semanas antes del primer ciclo de Qt, programando dos a cuatro sesiones de tratamiento psicológico previas a su primer ciclo de Qt.

El programa de tratamiento para cada paciente comprendió el uso de tres técnicas, para las cuales se presenta un esquema de la implementación de cada una en las seis sesiones propuestas:

- ☉ **Psicoeducación.** Los temas han sido retomados del estudio realizado por McCaughan y Thompson (2000) [Anexo 3], sin embargo el desarrollo de los temas relacionados a las características psicológicas se retomaron de lo señalado por Beneit, (1994), Cruzado, Olivares y Fernández, (1993) y,

Velasco y Sinibaldi (2001); mientras que lo relacionado a la Qt se retomó de lo expuesto en ASTA Medica (s/f).

- ☉ Sesión 1. Emociones de los pacientes con cáncer. ¿Por qué ocurren y como identificarlas?
- ☉ Sesión 2. Información sobre el cáncer: causas, tipos y tratamientos.
- ☉ Sesión 3. Quimioterapia. ¿Quiénes y por qué reciben Qt y no otro tratamiento? ¿Cómo actúa la Qt en el cuerpo? ¿Exactamente cómo trabaja el tratamiento?
- ☉ Sesión 4. Administración del tratamiento. Efectos secundarios de la Qt, ¿cuáles son y por qué ocurren? Efectos secundarios diferenciales en los pacientes.
- ☉ Sesión 5. Emociones de los pacientes en tratamiento con Qt. ¿Todos los pacientes sienten lo mismo?, ¿Cómo puede afectar la Qt la relación con mi familia y/o pareja?
- ☉ Sesión 6. Manejo médico posterior a la Qt. ¿Qué sigue después de la Qt? Consejos sobre las actividades que pueden llevarse a cabo.

☉ **Relajación Muscular Progresiva** (Labrador, De la Puente y Crespo, 1998).

- ☉ Sesión 1. Introducción de la técnica: indicaciones iniciales, condiciones para comenzar el entrenamiento en relajación. Relajación pormenorizada de Brazos y Cara.
- ☉ Sesión 2. Relajación pormenorizada de Cuello, Tronco y Piernas.
- ☉ Sesión 3. Relajación pormenorizada de todo el cuerpo.
- ☉ Sesión 4. Relajación con recorrido abreviado con ocho ejercicios y recorrido cognoscitivo y un segundo recorrido abreviado.
- ☉ Sesión 5. Recorrido cognoscitivo, relajación con recorrido de grandes grupos musculares con cuatro ejercicios y un recorrido cognoscitivo final.

- ☉ Sesión 6. Ejercicio de generalización a los ambientes más incómodas para el paciente.

- ☉ **Reestructuración cognoscitiva**, la cual está basada en la *Terapia Cognitiva de Beck (Cormier y Cormier, 1994)*.
 - ☉ Sesión 1. Explicación de la técnica: propósitos y revisión del procedimiento. Identificación de los pensamientos del paciente durante las situaciones estresantes o problemáticas.
 - ☉ Sesión 2. Introducción y práctica de los pensamientos de manejo.
 - ☉ Sesión 3. Sustitución de los pensamientos auto punitivos por pensamientos de manejo.
 - ☉ Sesión 4. Introducción y práctica de autoenunciados positivos y reforzantes. Reelaboración de pensamientos.
 - ☉ Sesión 5. Identificación de las percepciones y sentimientos del paciente. Identificación de percepciones alternativas.
 - ☉ Sesión 6. Modificación de las percepciones en situaciones problemáticas. Repaso y fortalecimiento de puntos débiles.
 - ☉ Sesión 6. Exposición in vivo de la jerarquía de miedos. Evaluación final de la jerarquía de miedos

Posterior a las seis sesiones alternando cada tratamiento, se evaluó junto con cada paciente la efectividad de cada uno de ellos y se establecieron los seguimientos de acuerdo con las siguientes aplicaciones de la Qt de cada participante.

La duración de cada sesión se contempló para una hora y media, de ese modo, cada tratamiento tuvo una duración de 25 minutos, con 5 minutos dedicados a la evaluación del nivel de ansiedad con la escala breve del IDARE-E, posterior a la implementación de cada tratamiento.

Al final de cada tratamiento se realizó la asignación de una tarea acorde con lo revisado en la sesión, en este sentido se consideró el estado físico general cada paciente, de modo que le permitiera la realización de éstas.

Al término de la intervención se programaron seguimientos de evaluación una semana antes de cada nuevo ciclo de Qt.

Resultados

☉ Breve descripción de casos.

T

Mujer de 44 años de edad, originaria del Distrito Federal, católica; casada hace 15 años, madre de dos hijas menores de edad (16 y 6 años), dedicada al hogar. Su esposo es albañil, lo cual le demanda mucho tiempo, sin embargo, T percibe que tiene su apoyo, puesto que la acompaña a todas las citas con el médico y le ayuda en la crianza de sus hijas.

Se le diagnosticó carcinoma mamario mucinoso, en una etapa clínica IIIB, con propuesta de tratamiento inicial con Qt neoadyuvante seis ciclos; durante la comunicación de su diagnóstico se realizó intervención en crisis, evaluación de la situación actual y de creencias sobre la enfermedad y su tratamiento, en la cual se detectaron pensamientos mitificados sobre el Cáncer y la Quimioterapia (Qt), de pobre autoeficacia percibida y sensación de pérdida de control, lo cual se consideró un factor de riesgo para el probable desarrollo de respuestas ansiosas y se decidió proponerle la inclusión en la investigación. La estructura de los ciclos para T fue de 1x28, de tipo ambulatoria, por lo que se programaron dos sesiones antes de cada nuevo ciclo de Qt, de manera que se concluyó la intervención antes del tercer ciclo, con tres citas de seguimiento, previas a las aplicaciones del tratamiento restantes.

J

Varón de 20 años de edad, Testigo de Jehová, soltero; previo a su diagnóstico se encontraba estudiando el quinto semestre de bachillerato, así como ayudando en el negocio familiar. Es el menor de cuatro hermanos de una familia extensa originaria de Oaxaca, ésta se conforma por sus padres y la familia de cada uno de sus hermanos mayores. Aunque solo su mamá lo acompañó a sus consultas, J se sentía apoyado por sus familiares, amigos y vecinos.

La primera entrevista con J se realizó a petición del cirujano oncólogo desde la primera cita, es decir a partir de la inclusión de J en el protocolo de estudio para descartar cáncer, debido a que el facultativo lo percibió "aprehensivo". En esta entrevista se evaluó conciencia de enfermedad y creencias asociadas al probable padecimiento, de ello derivó la identificación de temor al diagnóstico, desinformación y pensamientos mitificados y anticipatorios sobre el probable tratamiento; en aquel momento se intervino con solución de problemas y modelamiento para la obtención eficaz de información necesaria para J., así como preparación a probable diagnóstico a través del debate cognoscitivo.

Se realizó acompañamiento terapéutico durante la comunicación de su diagnóstico (cáncer de testículo unilateral en estadio clínico IIB) y la propuesta de tratamiento (ocho ciclos de Qt de inicio, con probabilidad de más aplicaciones), J manifestó preguntas tendientes a la obtención de información pertinente sobre el tratamiento y su pronóstico, lo cual se reforzó positivamente en una sesión aparte. En ésta se realizó una revaloración de la situación actual, identificando autoafirmaciones negativas y de poca tolerancia a la frustración, así como pensamientos automáticos de tipo absolutistas ("sabía que esto iba a pasar", "todo lo malo siempre me pasa a mí", "esto [el cáncer] significa que estoy acabado"), del mismo modo que en el caso de T, esta gama de pensamientos se consideraron de riesgo para el probable desarrollo de respuestas ansiosas ante la Qt, por lo que se propuso a J participar en la investigación.

La programación de los ciclos para J fue de 5x28, de tipo hospitalaria, por lo que se programaron dos sesiones antes de cada nuevo ciclo de Qt, de manera que se concluyó la intervención antes del tercer ciclo, con cinco citas de seguimiento, previas a las aplicaciones del tratamiento restantes.

B

Mujer de 24 años de edad, originaria del estado de México, católica; en unión libre por segunda ocasión, es madre de dos niñas de cinco y tres años, hijas de su primer pareja. Actualmente se dedica al hogar, aunque ocasionalmente vende frutas fuera de su casa para apoyar a su pareja, quien trabaja en el Departamento de Limpia del Municipio de Zumpango. Aunque B tiene algunos familiares (abuelos y tíos) no percibe apoyo a excepción de su pareja, quien la acompaña a todas sus citas y es quien solicita información y apoyo económico.

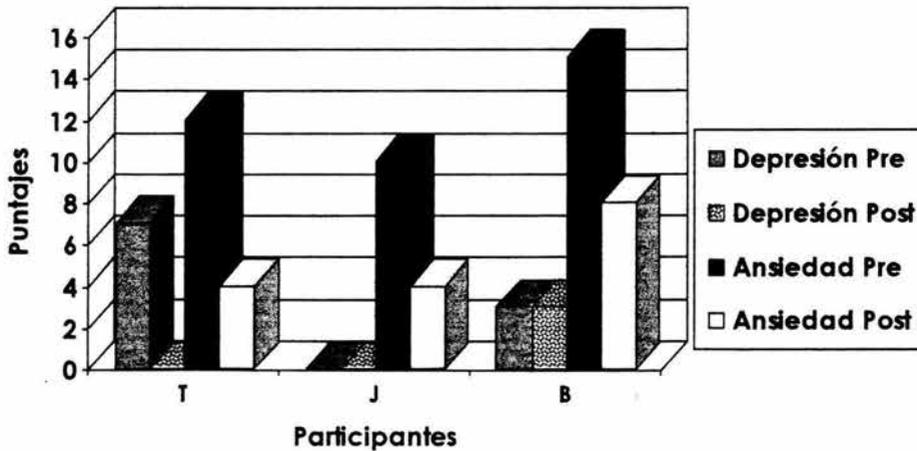
Acudió de urgencia al Servicio de Oncología, iniciando valoración para detección de cáncer, encontrando un adenocarcinoma de ovario en etapa IIIB. Previo al diagnóstico, se inicio valoración psicológica a solicitud de médico tratante, debido a referirla "renuente y poco cooperadora". A la entrevista se encontró con incertidumbre sobre la necesidad de los estudios diagnósticos, así como con temor ante probable cáncer, el cual asoció con ideas de indefensión y muerte. Al establecer diagnóstico y propuesta de tratamiento a base de Qt en seis ciclos, se realizó intervención en crisis, de la cual obtuvo planeación y redirección de la acción, recuperando recursos utilizados en situaciones problema antecedentes. Sin embargo, se observaron algunos elementos conductuales de ansiedad, en poca intensidad, tales como: temblor de extremidades, discurso atropellado, sudoración, desviación de mirada, etc., los cuales, aunados a pensamientos de temor a perder el control y morir durante la aplicación del tratamiento, se consideraron potenciales desencadenadores de ansiedad anticipatoria a la Qt, por lo que se propuso la inclusión en la investigación.

La aplicación de la Qt para B fue de 5x28, de tipo hospitalaria, por lo que se programaron dos sesiones antes de cada nuevo ciclo de Qt, de manera que se concluyó la intervención antes del tercer ciclo, con tres citas de seguimiento, previas a las aplicaciones del tratamiento restantes.

© *Mediciones transversales.*

En la Figura 1 se muestran los puntajes obtenidos en la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital, la cual se aplicó a cada participante posterior al consentimiento de ser parte del Programa, en la primera sesión de LB y en la última sesión de seguimiento.

Figura 1. Puntajes obtenidos para la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital.

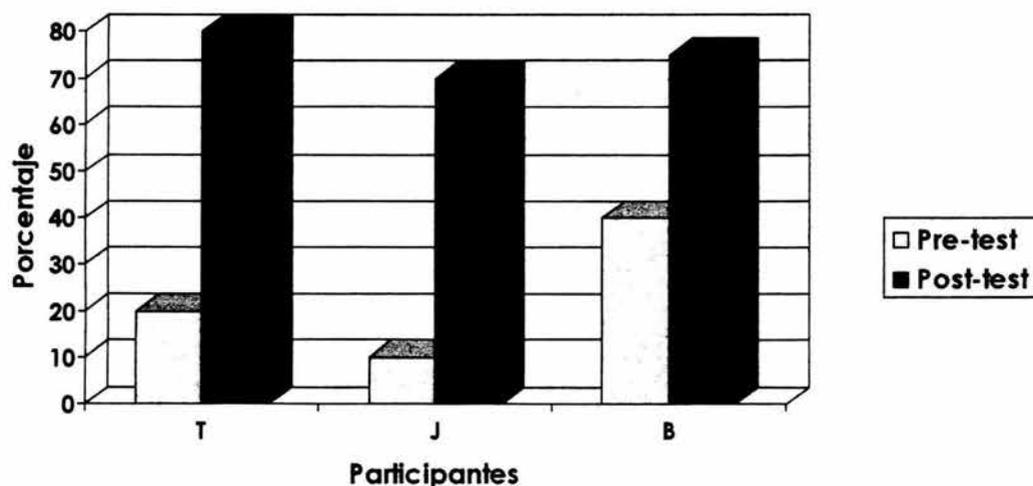


Como puede observarse, T y B, ambas mujeres, presentaron **trastorno ansioso** al inicio de la intervención, sin embargo, en B, fue aun más intenso, lo cual coincide con la observación clínica realizada durante las entrevistas previas; para J los niveles de ansiedad se encontraban como **caso dudoso**, es decir presentaba algunos indicadores, sin llegar a representar problema a nivel funcional. Al final

de la intervención en los tres participantes se observó una disminución considerable en los niveles de ansiedad, presentando **trastorno ansioso ausente**, aunque de nueva cuenta, B pareció persistir con algunos síntomas, los cuales pudo controlar con la práctica de las estrategias aprendidas en el programa.

Respecto a la información sobre la Quimioterapia con la que iniciaron el programa, se encontró que los tres participantes contaban con menos del 50% de información correcta, de acuerdo con el Cuestionario para Evaluar el Tipo y la Cantidad de Información sobre el Cáncer y la Quimioterapia (ver Figura2).

Figura 2. Porcentaje de respuestas correctas en el cuestionario sobre cáncer y Quimioterapia.



Las preguntas con mayor dificultad para responder fueron las relacionadas con la definición de la enfermedad, del tratamiento y la referente a la forma de acción del mismo. Contrario a lo esperado de acuerdo con los resultados obtenidos en la HAD para B, fue quien mostró un mayor porcentaje de aciertos, lo cual supone que entre sesiones inició la búsqueda de información sobre la enfermedad y los tratamientos.

☞ *Mediciones repetidas.*

Con los tres participantes, la Línea Base inició previo a su primera consulta con el oncólogo médico, con una entrevista y el entrenamiento en los autorregistros que se emplearon durante toda la intervención. La fase de tratamiento inició una semana antes de la primera infusión, con el seguimiento del autorregistro con la Escala Visual Análoga para la Ansiedad y el autorregistro de la Ansiedad Estado, que se entregaron previo a cada nueva aplicación de la Quimioterapia. Estas mediciones repetidas se muestran en las Figura 3 y 4, respectivamente.

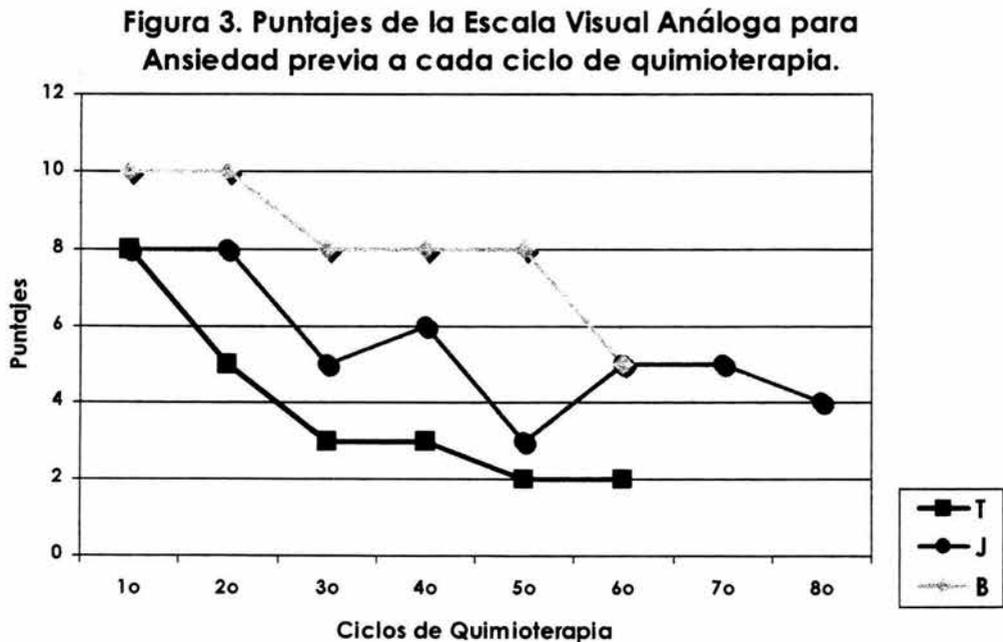
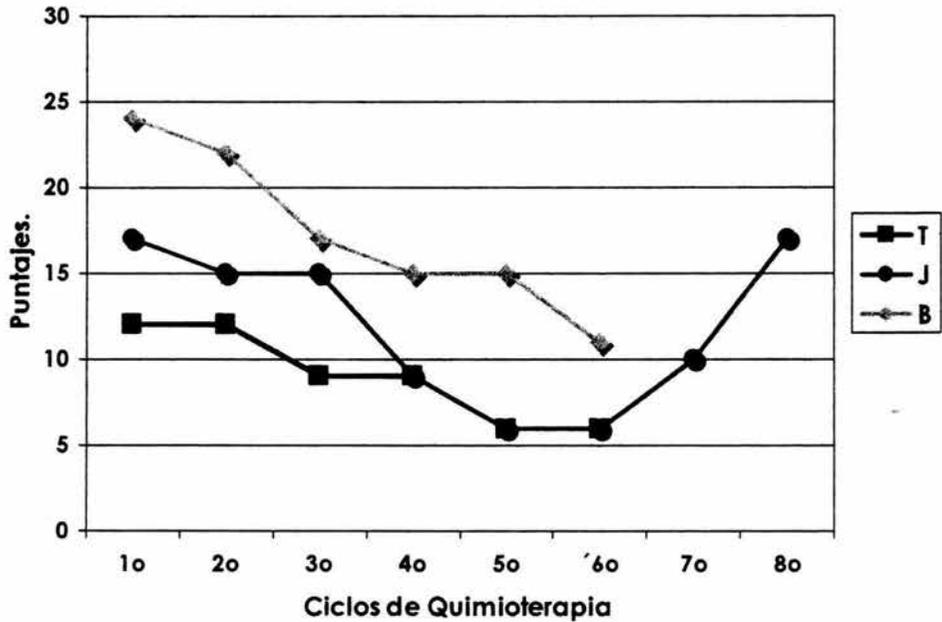


Figura 4. Puntajes de Ansiedad Estado previa a cada ciclo de quimioterapia.



En las Figuras se presentan los cambios a través del tiempo derivados de la aplicación conjunta de las diversas técnicas de intervención en cada uno de los participantes donde:

- ⊙ **T** logró una disminución paulatina en las evaluaciones subjetivas del nivel de ansiedad previo a cada nuevo ciclo de Qt, lo cual se mantuvo hasta el final de su tratamiento (sexto ciclo de Qt).
- ⊙ En **J** se observaron cambios importantes en los reportes y registros de ansiedad estado, sin embargo, al acercarse las últimas aplicaciones del tratamiento se incrementaron los niveles de ansiedad, lo cual se encontró relacionado con la incertidumbre de J se la necesidad de continuar con

un esquema de tratamiento diferente o ampliar la aplicación a más ciclos.

- ⊗ Aunque con **B** se logró la disminución en su percepción de ansiedad, así como en los puntajes obtenidos a través del IDARE-E, al final de las seis sesiones presentó un nivel de ansiedad moderado, sin embargo se consideró necesario modificar la estrategia de intervención a un programa de psicoterapia intensivo, enfocado a áreas problema diferentes a las previstas en esta investigación. Se asignaron citas a consulta externa hasta tres veces por semana, de lo cual se derivaron cambios paulatinos hasta después del segundo seguimiento, con respecto a la ansiedad.

Respecto a la comparación de las técnicas empleadas, se encontraron diferentes resultados en los tres participantes (ver Tabla 1): con **T** la técnica con la que se presentaron niveles mínimos de ansiedad durante la fase de tratamiento fue la psicoeducación, mientras que con la reestructuración cognoscitiva se encontraron niveles moderados. Los puntajes de **J** también señalan a la psicoeducación como la técnica que mostró mayor efectividad para disminuir al mínimo los niveles de ansiedad, y como en el caso de **T**, la reestructuración cognoscitiva mantuvo la ansiedad de **J** en niveles moderados. En el caso de **B**, aunque se encontraron diferencias significativas en los puntajes promedio de cada técnica, ninguna de ellas consiguió que disminuyera la ansiedad, la cual, con las tres técnicas se mantuvo en un nivel moderado; paulatinamente, con la relajación muscular progresiva se observaron mejores resultados en la disminución de la ansiedad presentada por **B**.

Tabla 1. Puntajes promedio de ansiedad en cada técnica de intervención.

Participante	Técnica	Media	D.E.	X ²	gl	Nivel de significancia
T	Psicoeducación	1.33	.54	13.24	3	.004**
	Relajación	1.50	.51			
	Reestructuración cognoscitiva	2.16	.40			
J	Psicoeducación	1.33	.51	8.25	3	.041*
	Relajación	1.66	.51			
	Reestructuración cognoscitiva	2.00	.00			
B	Psicoeducación	2.66	.51	10.50	3	.015**
	Relajación	2.16	.40			
	Reestructuración cognoscitiva	2.83	.40			

*p<.05;**p<.01

Discusión

El objetivo de este estudio fue identificar la técnica más eficaz para la prevención de la ansiedad anticipatoria en pacientes sometidos a Qt, partiendo del supuesto que las técnicas que más se han utilizado para su disminución, tales como la relajación muscular progresiva, la reestructuración cognoscitiva y la psicoeducación, podrían mostrar efectividad como estrategia preventiva, encontrando que la psicoeducación en primer término, y la relajación en segundo mostraron ser eficaces en el mantenimiento de niveles prácticamente nulos la ansiedad en dos de los tres participantes.

La reestructuración cognoscitiva mantuvo niveles de ansiedad moderados, sin embargo, al compararla con las técnicas anteriores no proporcionó datos importantes para el mantenimiento de la ansiedad en un nivel mínimo; ello puede

estar relacionado con el carácter más complejo de la técnica en si misma, ya que el procedimiento de reestructuración puede involucrar hasta 30 sesiones (Lega, 1997), dada la variedad de técnicas para lograr cambios que se mantengan con el paso del tiempo; en ese sentido, es probable que el número de sesiones y el tiempo dedicado a la técnica fueran insuficientes para lograr cambios importantes en la ansiedad.

Es importante señalar que la psicoeducación, como la principal técnica para la prevención de la ansiedad y su mantenimiento en niveles mínimos, favoreció que los participantes adquirieron mayor información sobre el tratamiento, sus características y probables efectos secundarios, de manera que fue posible resolver diversas interrogantes, las cuales, cuando no son resueltas, pueden ser un estímulo que facilite la manifestación de respuestas de ansiedad, puesto que pueden involucrar expresiones de aprehensión, incertidumbre y expectativas irreales sobre el tratamiento (Jacobsen, Bovbjerg y Redd, 1993).

Los resultados derivados de este primer acercamiento al desarrollo de estrategias preventivas de la ansiedad anticipatoria en pacientes bajo tratamiento con Qt parecen alentadores, sin embargo, es necesario aplicar la psicoeducación a más individuos en situaciones similares, con la finalidad de establecer su eficacia en la prevención de la ansiedad anticipatoria, además, es importante incluir técnicas cognoscitivas que proporcionen mayores elementos a los pacientes para anticipar respuestas emocionales disfuncionales y generar alternativas satisfactorias, en ese sentido, se considero necesaria la realización de un segundo estudio, donde se incluyera un procedimiento complementario de la relajación muscular progresiva, como la desensibilización sistemática, además de la inclusión de la técnica de solución de problemas, bajo el supuesto que esta técnica permitiría la planeación y anticipación cognoscitiva ante probables situaciones problemáticas durante la aplicación de la Qt. La única técnica que se retomó del Estudio 1 fue la psicoeducación, más desarrollado para la preparación a la exposición a la situación.

Estudio 2.

Para este estudio se plantearon dos objetivos generales: verificar la eficacia de la psicoeducación como estrategia de prevención de ansiedad anticipatoria en pacientes con tratamiento de Qt, además, comparar la efectividad de la psicoeducación con la solución de problemas y la desensibilización sistemática. La expectativa de este estudio fue que la psicoeducación demostrara su eficacia como herramienta preventiva frente a otras técnicas de intervención.

Método

Participantes. Pacientes oncológicas del Hospital de la Mujer que se encontraban en la fase crónica del cáncer. Se incluyeron dos pacientes de los principales padecimientos atendidos en el servicio: dos con cáncer de ovario y dos con cáncer de mama. Para la selección de las participantes se consideraron los mismos criterios de inclusión, exclusión y eliminación expuestos en el Estudio 1.

Instrumentos. Se emplearon los mismos instrumentos y formatos de autorregistro descritos en el Estudio 1, sin embargo, al modificar las técnicas de intervención se incluyeron sus respectivos formatos de autorregistro:

- ⓐ Se diseñó un autorregistro para la elaboración de la Jerarquía de Estímulos.
- ⓑ Se adaptaron formatos de autorregistro para la Solución de Problemas.

Diseño. El diseño fue el mismo que en el Estudio 1, de tratamientos alternados en seis sesiones. Las técnicas que se alternaron en este estudio fueron: Psicoeducación, Solución de Problemas y Desensibilización Sistemática. La descripción de la obtención de la Línea Base se encuentra en el Estudio 1; el

contrabalanceo de los tratamientos se estructuró de la siguiente forma:

- Ⓢ **Sesión 1.** A + E + B + E + C + E.
- Ⓢ **Sesión 2.** A + E + C + E + B + E.
- Ⓢ **Sesión 3.** B + E + C + E + A + E.
- Ⓢ **Sesión 4.** B + E + A + E + C + E.
- Ⓢ **Sesión 5.** C + E + A + E + B + E.
- Ⓢ **Sesión 6.** C + E + B + E + A + E.

Donde **A** es psicoeducación, **B** es solución de problemas y **C** es desensibilización sistemática. **E** se refiere a la evaluación (escala breve del IDARE-E).

Procedimiento. En términos generales, se mantuvo el procedimiento descrito en el Estudio 1, con la excepción de la estructura de cada sesión, puesto que dos de las tres técnicas se cambiaron, únicamente la estructura de la psicoeducación se mantuvo para este estudio. A continuación se presenta un esquema de la implementación de la solución de problemas y la desensibilización sistemática en cada sesión:

Ⓢ **Solución de Problemas** (D'Zurilla, 1986).

- Ⓢ *Sesión 1.* Presentación de la técnica y su relevancia dentro del proceso de atención oncológica.
- Ⓢ *Sesión 2.* Orientación al problema: percepción del problema, atribuciones del problema, valoración del problema y compromiso de tiempo y esfuerzo.
- Ⓢ *Sesión 3.* Definición y formulación del problema: recogida de información, comprensión del problema, establecimiento de objetivos.
- Ⓢ *Sesión 4.* Generación de alternativas: principio de cantidad, principio de aplazamiento del juicio y principio de variedad.

- ⓐ Sesión 5. Toma de decisiones: anticipación de resultados de cada alternativa (consecuencias positivas y negativas), juzgar y comparar los resultados de cada solución y preparación de una solución (solución simple o combinaciones).
 - ⓐ Sesión 6. Puesta en práctica de la solución y verificación: llevar a cabo la solución elegida/ volver a etapas previas, autoevaluación de: la solución, el bienestar emocional y razón costo-beneficio. Recapitular y reciclar.
- ⓐ **Desensibilización Sistemática** (Turner, 1991).
- ⓐ Sesión 1. Presentación de la técnica. Entrenamiento en el empleo de la Escala de Unidades Subjetivas de Ansiedad y Entrenamiento en respiración diafragmática.
 - ⓐ Sesión 2. Respiración Diafragmática con autoinstrucciones. Desarrollo de la jerarquía de miedos, tanto externa (situaciones, personas, lugares), como interna (pensamientos, sensaciones físicas y emociones).
 - ⓐ Sesión 3. Exposición en la imaginación de la jerarquía de miedos previos a la situación junto con la respuesta de respiración diafragmática con autoinstrucciones. Preparación para exposición in vivo.
 - ⓐ Sesión 4. Reevaluación del nivel de ansiedad y/o reelaboración de jerarquía de temores.
 - ⓐ Sesión 5. Exposición in vivo de la jerarquía de miedos junto con la respuesta de respiración
 - ⓐ Sesión 6. Exposición in vivo de la jerarquía de miedos. Evaluación final de la jerarquía de miedos

Resultados

@ Breve descripción de casos.

V

Mujer de 38 años de edad, originaria de Estado de México, aunque radica en Huehuetoca, Hidalgo. Está casada desde hace 20 años y es madre de tres hijos, dos mujeres (20 y 14 años) y un varón de ocho años. Terminó la primaria y actualmente se dedica al hogar. Su esposo es albañil, lo cual le demanda mucho tiempo, sin embargo, V refirió que la apoya, ya que la ha acompañado a todas sus citas y se ha hecho responsable de la casa y de sus hijos.

Se le diagnosticó cáncer de ovario en una etapa clínica IIB, con propuesta de tratamiento inicial con Qt neoadyuvante seis ciclos; durante la comunicación de su diagnóstico se realizó intervención en crisis, evaluación de la situación actual y de creencias sobre la enfermedad donde se identificaron pensamientos mitificados sobre el Cáncer y la Quimioterapia (Qt), con sensación de pérdida de control y poca autoeficacia percibida. Ante estos datos, se consideró en riesgo para el desarrollo de respuestas ansiosas y se decidió proponerle la inclusión en la investigación. La estructura de los ciclos para V fue de 5x28, de tipo hospitalaria, por lo que se programaron dos sesiones antes de cada nuevo ciclo de Qt, de manera que se concluyó la intervención antes del tercer ciclo, sin embargo se establecieron tres seguimientos, previos a las aplicaciones restantes del tratamiento.

Y

Mujer de 26 años de edad, soltera y católica. Es originaria del Estado de México, aunque radica en Pachuca, Hidalgo. Concluyó sus estudios de Licenciada en Trabajo Social y hasta antes de ser diagnosticada se encontraba trabajando en una institución gubernamental. Y es la mayor de tres hermanas de una familia nuclear, conformada por sus padres y sus hermanas. Aunque la mayoría de las

veces era acompañada por una de sus hermanas al hospital, Y percibía que sus padres y sus hermanas la apoyaban, además de sentirse apreciada por amistades y compañeros de trabajo.

La primera entrevista con Y se realizó posterior a la comunicación del diagnóstico de cáncer de ovario en una etapa clínica IIIc, donde el cirujano oncólogo señaló la necesidad de recibir ocho ciclos de Qt iniciales. Aunque en esta entrevista Y no mostró respuestas desadaptativas posteriores al diagnóstico, puesto que "ya me lo imaginaba" (sic), se evaluó conciencia de enfermedad y creencias asociadas a probable padecimiento, a partir de lo cual se identificaron algunos pensamientos mitificados y anticipatorios sobre el tratamiento, además de autoafirmaciones de poca tolerancia a la frustración, por lo que se propuso a Y la inclusión en el estudio.

La programación de los ciclos para Y también fue de 5x28, por lo que se programaron dos sesiones antes de cada nuevo ciclo de Qt, de manera que se concluyó la intervención antes del tercer ciclo, con cinco citas de seguimiento, previas a las aplicaciones del tratamiento restantes.

M

Mujer de 37 años de edad, originaria y residente del Estado de México, católica; está casada desde hace 18 años y es madre de dos hijos varones de 17 y 14 años, respectivamente. Concluyó una carrera técnica de Cultura de Belleza, a lo cual se dedica actualmente. Su pareja es mecánico, lo cual le impide acompañar a M a todas sus consultas, por lo que generalmente acudía con su hermana y/o su sobrina. M se consideró una mujer a quien le aprecian muchas personas y que en un momento dado podía recibir apoyo de éstas, además de su cónyuge, su familia nuclear y extensa.

Fue diagnosticada con adenocarcinoma mamario en el estadio IIIA, el tratamiento propuesto incluyó cuatro ciclos iniciales de Qt, radioterapia,

mastectomía y cuatro ciclos más de Qt. Ante esta situación, M entró en crisis, con la presencia de llanto abundante e incontrolable, desvío de mirada, pensamientos irracionales de tipo absolutista, así como de temor a la muerte y a los tratamientos; también se identificaron indefensión e incertidumbre por el futuro, su imagen corporal y su familia. Este conjunto de respuestas sugerían el desarrollo de ansiedad anticipatoria a la Qt, por lo que se sugirió a M la inclusión en el estudio. La aplicación de la Qt con M fue de 1x28, en hospitalización, por lo que se programaron dos sesiones antes de cada nuevo ciclo de Qt, de modo que la intervención concluyó antes del tercer ciclo, con dos seguimientos antes de la radiación y cuatro más después de la cirugía.

C

Mujer de 54 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, católica; está casada desde hace 38 años y es madre de seis hijos casados. Estudió hasta quinto año de primaria y actualmente se vende comida afuera de su casa para ayudar económicamente a su esposo, quien es ayudante de albañil. C afirma que el principal apoyo lo ha tenido de su esposo, algunos de sus hermanos y sus hijos.

A C se le diagnosticó cáncer mamario en un estadio IIB, con una propuesta de tratamiento igual a la de M: cuatro ciclos iniciales de Qt, radioterapia, mastectomía y cuatro ciclos más de Qt. Al enterarse de su diagnóstico, C empezó a llorar, realizó verbalizaciones catastrofistas de proximidad con la muerte, por lo que fue necesaria la intervención en crisis, donde se identificó un conjunto de respuestas desadaptativas a nivel fisiológico, cognoscitivo y conductual, las cuales podrían potenciar la ocurrencia de ansiedad anticipatoria a la Qt, por lo que se propuso a C su incorporación al estudio.

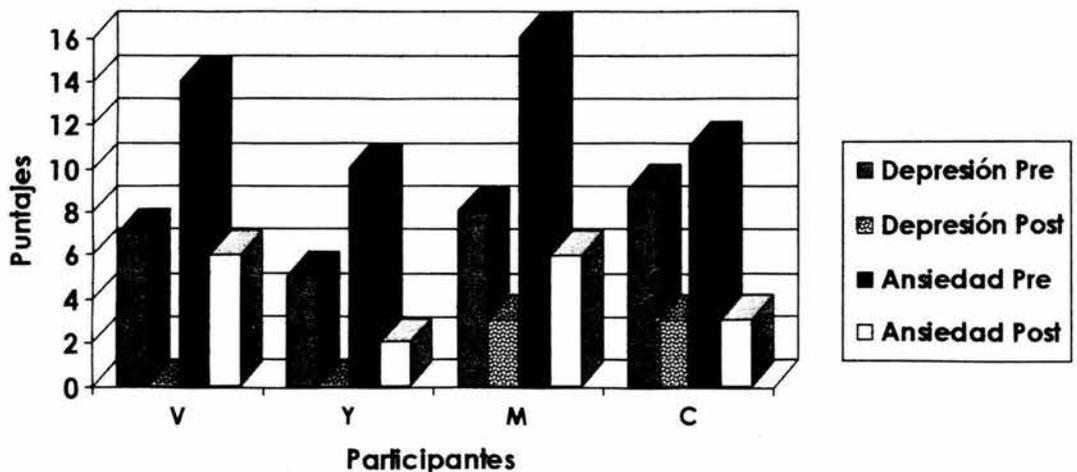
La aplicación de la Qt con C fue de 1x28, en hospitalización, por lo que se programaron tres sesiones antes de cada nuevo ciclo de Qt, de modo que la intervención concluyó antes del tercer ciclo, con dos seguimientos antes de la

radiación y dos después de la cirugía.

© Mediciones transversales.

En la Figura 5 se muestran los puntajes obtenidos en la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital, la cual se aplicó a cada participante posterior al consentimiento de ser parte del Programa, en la primera sesión de LB y en la última sesión de seguimiento. Como puede observarse, tres de las cuatro participantes (**V**, **M** y **C**) presentaron un **trastorno ansioso** al inicio de la intervención, sin embargo, en **M** fue aun más intenso, lo cual coincide con la observación clínica realizada durante la primera entrevista; para **Y** los niveles de ansiedad se encontraban como **caso dudoso**, es decir presentaba algunos indicadores, sin llegar a representar problema a nivel funcional. Al final de la intervención en las cuatro participantes se observó una disminución considerable en los niveles de ansiedad, presentando **trastorno ansioso ausente**. En cuanto a la depresión, ninguna de las participantes presentó puntajes elevados que sugirieran la presencia de un trastorno depresivo al inicio de la intervención, y en todos los casos se observó una disminución en los puntajes para depresión al final del tratamiento.

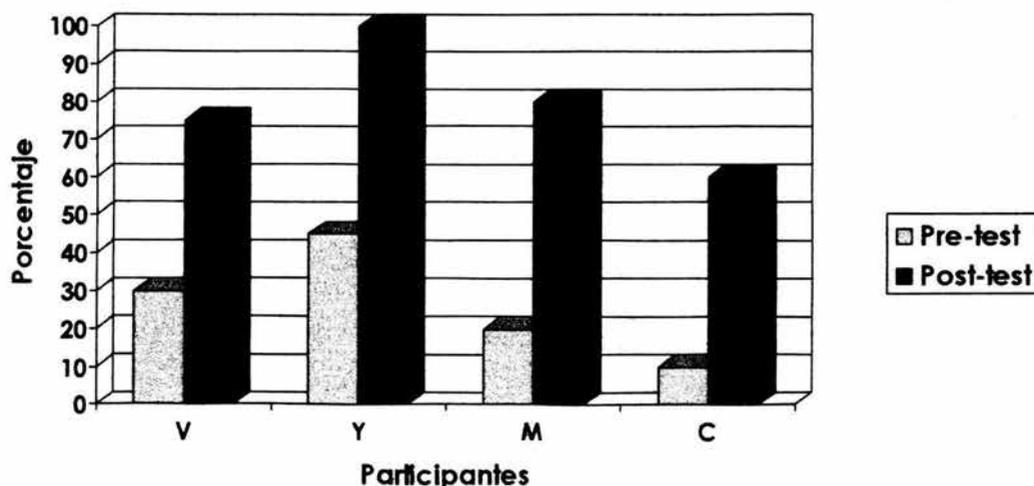
Figura 5. Puntajes obtenidos para la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital.



Respecto a la información sobre la Quimioterapia con la que iniciaron el programa, se encontró que las cuatro participantes contaban con menos del 50% de información correcta, de acuerdo con el Cuestionario para Evaluar el Tipo y la Cantidad de Información sobre el Cáncer y la Quimioterapia (ver Figura 6). En este estudio, las preguntas con mayor dificultad para responder fueron las relacionadas con la definición de la enfermedad, del tratamiento y los principales efectos secundarios.

Un dato interesante fue que el porcentaje de respuestas correctas se relacionó con el nivel educativo y quizá con la facilidad para acceder a medios de información que permitieran comprender mejor la enfermedad y el tratamiento, en ese sentido se puede observar que **Y**, quien tiene el mayor nivel educativo (licenciatura) fue quien tuvo mayor número de respuestas correctas, tanto en el pretest como en el post-test. Mientras que **C**, quien tiene el nivel de escolaridad más bajo (primaria incompleta) obtuvo el porcentaje más bajo de respuestas correctas tanto al inicio como al final de la intervención.

Figura 6. Porcentaje de respuestas correctas en el cuestionario sobre cáncer y Quimioterapia.



☉ Mediciones repetidas.

Con las cuatro participantes, la Línea Base inició antes de su primera consulta con el oncólogo médico, con una entrevista y el entrenamiento en los autorregistros que se emplearon durante toda la intervención. La fase de tratamiento inició una semana antes de la primera infusión, con el seguimiento del autorregistro con la Escala Visual Análoga para la Ansiedad y el autorregistro de la Ansiedad Estado, que se entregaron previo a cada nueva aplicación de la Quimioterapia. Estas mediciones repetidas se muestran en las Figura 7 y 8, respectivamente.

En las Figuras se presentan los cambios a través del tiempo derivados de la aplicación conjunta de las diversas técnicas de intervención en cada uno de los participantes donde:

- ☉ **V** logró una disminución paulatina en ambas mediciones de ansiedad, la cual se mantuvo en niveles mínimos tanto en la evaluación subjetiva como en los puntajes obtenidos para la ansiedad estado previa a cada ciclo de Qt.

- ☉ En **Y** se observaron cambios los niveles de ansiedad obtenidos a nivel subjetivo y en la evaluación de la ansiedad estado, sobretodo al inicio y a la mitad de los ciclos de Qt, sin embargo, conforme se acercó el final de los ciclos propuestos en un inicio por su médico tratante, se presentaron algunos incrementos en la ansiedad previa al séptimo y octavo ciclo, alcanzando un nivel de ansiedad moderado, lo cual se relacionó con la incertidumbre de Y respecto a la probable necesidad de prolongar la aplicación de Qt.

- ☉ En los casos de **M y C**, aunque se observaron disminuciones en los niveles de ansiedad en ambas mediciones, al acercarse el cuarto ciclo, ambas reportaron un nivel de ansiedad moderado (EVA de 7 y 8,

respectivamente; IDARE-E extrema), lo cual puede estar relacionado con el cambio de modalidad de tratamiento, en primer término a radioterapia y en segundo a mastectomía. En ambos casos se realizaron los seguimientos correspondientes a los ciclos de Qt restantes, donde se observó que M poco a poco reportó disminución en su ansiedad, pasando de extrema en el cuarto ciclo a nula al final de su tratamiento médico. Con C desafortunadamente no fue posible concluir el tratamiento por restricciones de tiempo, sin embargo, se tomaron dos seguimientos, correspondientes al quinto y sexto ciclos de Qt, donde se observó un decremento de ansiedad extrema a ansiedad moderada.

Figura 7. Puntajes de la Escala Visual Análoga para Ansiedad previa a cada ciclo de quimioterapia.

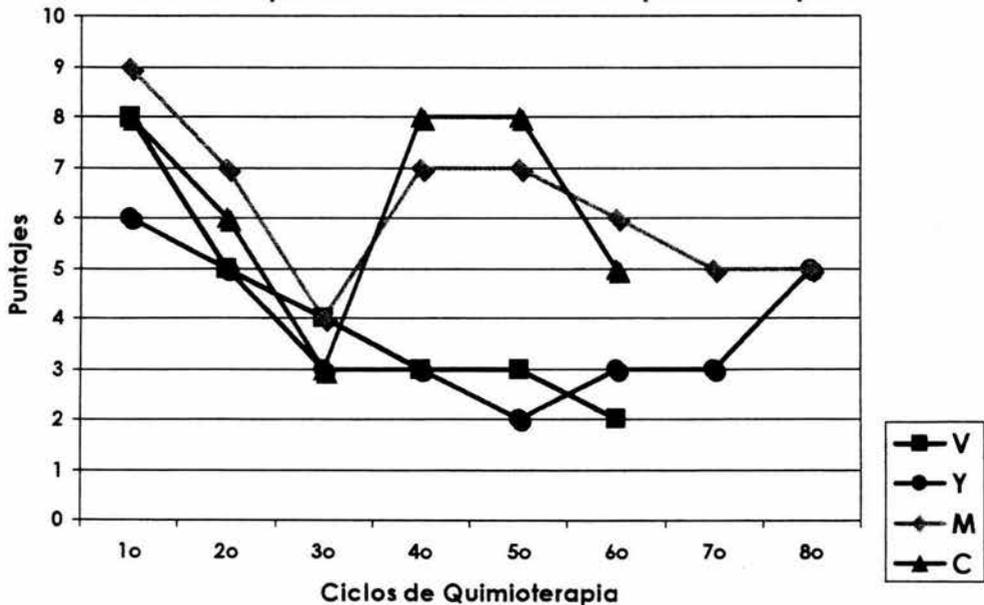
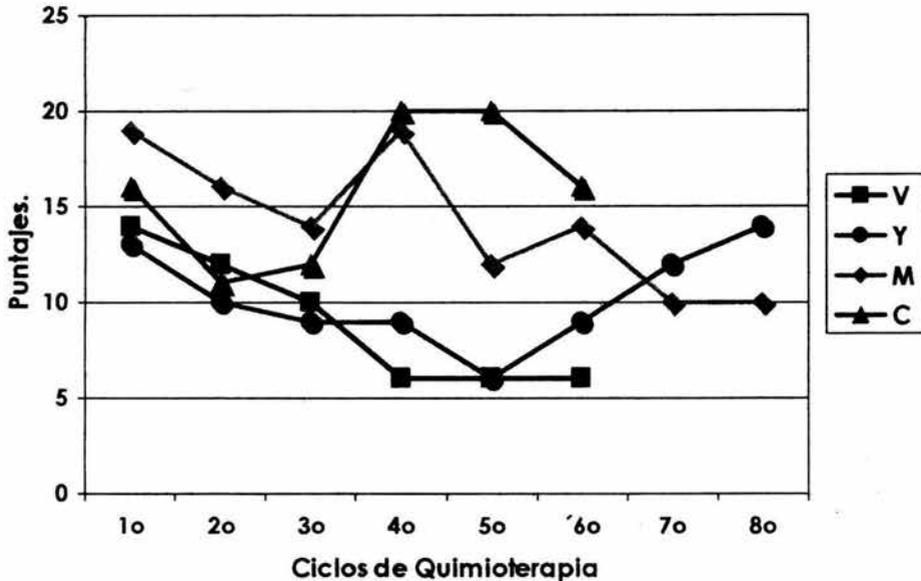


Figura 8. Puntajes de Ansiedad Estado previa a cada ciclo de quimioterapia.



Respecto a la comparación de las técnicas empleadas, se encontró que en tres de las cuatro participantes la psicoeducación fue la técnica que mostró mayor efectividad para disminuir o mantener al mínimo la ansiedad (ver Tabla 2). En las otras técnicas se encontró que la solución de problemas mantuvo a dos pacientes (**V** y **M**) con niveles de ansiedad moderados, mientras que en las otras dos (**Y**, y **C**), la mantuvo en niveles mínimos; en cuanto a la desensibilización sistemática, sólo en una paciente (**C**) mostró resultados que indicaron mayor efectividad en el mantenimiento de la ansiedad en niveles mínimos.

Aunque las diferencias respecto a la efectividad de las diferentes técnicas fueron significativas en la mayoría de los casos, es importante destacar que con **Y** no se observaron diferencias significativas entre las técnicas, puesto que los puntajes obtenidos en los diversos momentos de evaluación fueron muy parecidos, lo cual

puede sugerir que en el caso de Y, las tres técnicas fueron importantes en el mantenimiento de niveles mínimos de ansiedad durante la intervención.

Tabla 2. Puntajes promedio de ansiedad en cada técnica de intervención.

Participante	Técnica	Media	D.E.	X ²	gl	Nivel de significancia
V	Psicoeducación	1.33	.51	9.11	3	.028*
	Solución de problemas	1.66	.51			
		2.66	.51			
	Desensibilización					
Y	Psicoeducación	1.16	.40	1.28	3	.733
	Solución de problemas	1.33	.51			
			.51			
	Desensibilización	1.33				
M	Psicoeducación	1.66	.81	9.07	3	.028*
	Solución de problemas	2.50	.54			
	Desensibilización	2.50	.54			
C	Psicoeducación	1.50	.54	11.92	3	.008**
	Solución de problemas	2.33	.51			
	Desensibilización	1.33	.51			

*p<.05

**p<.01

Discusión

De acuerdo con los resultados antes descritos, el objetivo de este segundo estudio se cumplió al confirmar los datos encontrados en el Estudio 1, donde la psicoeducación fue la estrategia que mejores resultados mostró como

herramienta de prevención de ansiedad anticipatoria a la administración de Qt.

Al comparar la eficacia de la psicoeducación con la solución de problemas y la desensibilización sistemática, al igual que en el estudio precedente, la estrategia conductual (desensibilización sistemática) fue la segunda más eficaz, mientras que la estrategia cognoscitiva (solución de problemas) se mantuvo como una herramienta de difícil comprensión para la mayoría de las pacientes, lo cual se reflejó en el mantenimiento de niveles moderados de ansiedad; a este respecto es importante señalar que a pesar de que la solución de problemas es una estrategia relativamente breve y de fácil implementación, quizá las características de la población (bajo nivel educativo, principalmente) involucran más dificultades para la aplicación de la técnica, ello dado que implicó la realización de tareas en casa, mientras que la psicoeducación, por ejemplo, no requirió de ninguna tarea fuera de la sesión.

Es importante señalar que la psicoeducación, al igual que en el Estudio 1 favoreció en las participantes la adquisición de mayor información sobre el tratamiento y sus características generales, con lo cual se resolvieron algunas de las necesidades más importantes que tienen los pacientes con cáncer respecto a su tratamiento, entre las que destacan las expuestas por McCaughan y Thompson (2000): cómo trabaja la Qt, cuáles son los efectos secundarios, cómo se administra la Qt y qué tan efectiva ha sido para otros pacientes.

Aunque la psicoeducación ha mostrado su eficacia como herramienta en la disminución de la ansiedad y la depresión en diversas investigaciones (Butow, et al., 2002; DeGood, et al., 1999; D'haese, et al., 2000; Foxwell y Alder, 1993) y en el ámbito preventivo se ha dirigido a la sensibilización para la realización de estudios diagnósticos como el autoexamen mamario (Street, Van Order, Bramson y Manning, 1998) la mastectomía (Mainiero, Schepps, Clements y Bird, 2001) o la colposcopia (Howells, et al., 1999), entre otros; existe poca evidencia de la

necesidad de presentar información oportuna y adecuada sobre los tratamientos a los que han de someterse quienes tienen un diagnóstico de cáncer y cómo ésta disminuye la ansiedad al enfrentarse a los mismos (Thomas, Daly, Perryman y Stockton, 2000).

El hecho de que la psicoeducación mostrara mayor eficacia puede encontrarse relacionado con manifestaciones de aprehensión, incertidumbre y expectativas generalmente irreales sobre el tratamiento, las cuales se presentan, generalmente, antes de la primera infusión de Qt (Jacobsen, Bovbjerg y Redd, 1993). Esto sugiere, entonces, que la psicoeducación, al proporcionarse antes del tercer ciclo de Quimioterapia puede ser una poderosa herramienta que mantenga las reacciones ansiosas en niveles mínimos en los ciclos siguientes; de esta manera, podría establecerse como parte de la atención integral al paciente que habrá de someterse a tratamiento quimioterápico, su participación en sesiones informativas referentes a su enfermedad y la alternativa de tratamiento propuesta, de manera que la prevención a este nivel limiten las intervenciones dedicadas al tratamiento de respuestas ansiosas disfuncionales en etapas del tratamiento médico más avanzadas (Eckert, 2001).

Sin embargo, estos hallazgos presentan limitaciones importantes, debido principalmente al número de casos presentados, por lo cual se considera ampliación a aplicaciones grupales, con diagnósticos equiparables y aplicaciones de Quimioterapia en igual cantidad, de manera que se eliminen probables variables extrañas. Por otro lado, aunque los resultados descritos sugieren que la psicoeducación es una herramienta suficiente para la prevención de la ansiedad anticipatoria en pacientes bajo tratamiento con Qt, es importante considerar que en esta investigación, también se aplicaron otras técnicas, por lo que se considera necesaria la aplicación de la psicoeducación como única estrategia, con la finalidad de verificar su eficacia a nivel preventivo.

Referencias bibliográficas.

- Andrykowski, M. (1990). The role of anxiety in the development of anticipatory nausea on cancer chemotherapy: a review and synthesis, *Psychosomatic Medicine*, 52(4), 458-75.
- Andrykowski, M., & Gregg, M. (1992). The role of psychological variables in postchemotherapy nausea: anxiety and expectation, *Psychosomatic Medicine*, 54(1), 48-58. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la based de datos Ovid.
- Ascher, M., y Hatch, M. (1991). El empleo de la intención paradójica en terapia de conducta. En V., Caballo, (Compilador). *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta* (249-74). Madrid, España: Siglo XXI.
- ASTA Medica Oncology. (s/f). *What you need to know about Breast Cancer* [Folleto] Alemania-Estados Unidos: ASTA Medica/ The National Cancer Institute (NCI).
- ASTA Medica Oncology. (s/f). *What you need to know about Chemotherapy* [Folleto] Alemania-Estados Unidos: ASTA Medica/ The National Cancer Institute (NCI).
- Barret, P., Sonderegger, R., & Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial, *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 8(2), 241-60. Resumen recuperado el 12 de mayo de 2004, de la base de datos OVID.
- Barret, P., & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children: Preliminary results from a universal school-based trial, *British Journal of Clinical Psychology*, 40(4), 399-410. Resumen recuperado el 12 de mayo de 2004, de la base de datos OVID.

- Barrios, B., & Shigetomi, C. (1980). Coping skills training: Potencial for prevention of fears and anxieties, *Behavior therapy*, 11(4), 431-39. Resumen recuperado el 12 de mayo de 2004, de la base de datos OVID.
- Beamish, P., Granello, D., & Belcastro, A. (2002). Treatment of panic disorder: practical guidelines, *Journal of Mental Health Counseling*, 24(3), 224-46.
- Beneit, J. (1994). Aspectos psicológicos del cáncer. En J. Latorre y P. Beneit (Coordinadores). *Psicología de la salud* (239-55). Argentina: Lumen.
- Biblioteca Salvat. (1979). *El cáncer*. Barcelona, España: Salvat.
- Blasco, T., Pallares, C., Alonso, C., & López, J. (2000). The role of anxiety and adaptation to illness in the intensity of postchemotherapy nausea in cancer patients, *Spanish Journal of Psychology*, 3(1), 47-52. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.
- Burish, T., Carey, M., Krozely, M., & Greco, A. (1987). Conditioned side effects induced by cancer chemotherapy: Prevention through behavioral treatment, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55(1), 42-48. Resumen recuperado el 12 de mayo de 2004 de la base de datos Ovid.
- Butow, P., Brown, R., Cogar, S., Tattersall, M., & Dunn, S. (2002). Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues, *Psycho-Oncology*, 11(1), 47-58. Resumen recuperado el 20 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.
- Cormier, W., y Cormier, S., (1994). *Estrategia de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cruzado, J., y Olivares, M. (1996). Intervención psicológica en pacientes con cáncer.

En Buceta, J., y Bueno, A. (Coordinadores). *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades (495-544)*. Madrid, España: Pirámide.

Cruzado, J., Olivares, M., y Fernández, B. (1993). Evaluación y tratamiento psicológico en pacientes con cáncer de mama, En D. Maciá, F., Méndez y J., Olivares. *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta (279-312)*. Madrid, España: Pirámide.

Dadds, M., Spence, S., Holland, D., Barret, P., & Laurens, K. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 65(4), 627-35. Resumen recuperado el 12 de mayo de 2004, de la base de datos OVID.

DeGood, D., Crawford, A., & Jongsma, A. (1999). *The Behavioral Medicine Treatment Planner*. Nueva York, EE.UU.: John Wiley & sons, Inc.

DiLorenzo, T., Jacobsen, P., Bovbjerg, D., Chang, H., Hudis, C., Sklarin, N., & Norton, L. (1995). Sources of anticipatory emotional distress in women receiving chemotherapy for breast cancer, *Annals of Oncology*, 6(7), 705-11. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos MEDLINE.

D'haese, S., Vinh.Hung, V., Bijdekerke, P., Spinnoy, M., De Beukeleer, M., Lochie, N., De Roover, P., & Storme, G. (2000). The effect of timing of the provision of information on anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiotherapy, *Journal of Cancer Education*, 15(4), 223-7. Resumen recuperado el 20 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

D'Zurilla, T. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

DSM-IV-TR. *Breviario: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

Texto revisado. (2002). Barcelona, España: Masson.

Eckert, R. (2001). Understanding anticipatory nausea, *Oncology Nursing Forum* 28(10) 1553-8. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

Foxwell, M., & Alder, E. (1993). More information equates with less anxiety. Reducing anxiety in cervical screening, *Professional Nurse*, 9(1), 32-36. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

Greenberger, D., y Padesky, C. (1998). *El control de tu estado de ánimo*. Barcelona, España: Paidós.

Howells, R., Dunn, P., Isai, T., Chenoy, R., Calvert, E., Jones, P., Shroff, J., & Redman, C. (1999). Is the provision of information leaflets before colposcopy beneficial? A prospective randomized study. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 106(6), 528-34. Resumen recuperado el 20 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

Jacobsen, P., Bovbjerg, D., & Redd, W. (1993). Anticipatory anxiety in women receiving chemotherapy for breast cancer, *Health Psychology*, 12(6), 469-75.

Jensen, A., Madsen, B., Andersen, P., & Rose, C. (1993). Information for cancer patients entering a clinical trial—an evaluation of an information strategy, *European Journal of Cancer*, 29A(16), 2235-8. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

Kvale, G., Hugdahl, K., Asbjornsen, A., Rosengren, B., Lote, K., & Nordby, H. (1991). Anticipatory nausea and vomiting in cancer patients, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (6), 894-8.

Kratochwill, R., Mott, S., y Dodson, C. (1989). Estudio de caso e investigación de caso

único en psicología clínica y aplicada. En A., Bellack y M., Hersen, (Coordinadores). *Métodos de investigación en psicología clínica* (67-114) Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Labrador, F., De la Puente, M., y Crespo, M. (1998). Técnicas de control de la activación: relajación y respiración. En F., Labrador, J., Cruzado y M., Muñoz, (Coordinadores). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (367-95). Madrid, España: Pirámide.

Lega, L. (1997). El proceso terapéutico de la terapia racional-emotiva-conductual. En I. Caro, (compiladora). *Manual de psicoterapias cognitivas*. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos (103-18). Barcelona, España: Paidós.

Mainiero, M., Schepps, B., Clements, N., & Bird, C. (2001). Mammography-related anxiety: effect of preprocedural patient education. *Womens Health Issues*, 11(2), 110-5. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

Margie, J., & Bloch, A. (1983). *Nutrition and the cancer patient*. Pennsylvania, EE.UU.: Chilton Company.

McCaughan, E., & Thompson, K. (2000). Information needs of cancer patients receiving chemotherapy at a day-case unit in Northern Ireland, *Journal of Clinical Nursing*, 9(6), 851-58. Recuperado el 20 de junio de la base de datos *Academic Search Elite*.

Montgomery, G., Tomoyasu, N., Bovbjerg, D., Andrykowski, M., Currie, V., Jacobsen, P., & Redd, W. (1998). Patients' pretreatment expectations of chemotherapy-related nausea are an independent predictor of anticipatory nausea, *Annals of Behavioral Medicine*, 20 (2), 104-9.

- Olver, I., Turrell, S., Olszewski, N., & Willson, K. (1995). Impact of an information and consent form on patients having chemotherapy, *Medical Journal of Australia*, 162(2), 82-83. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.
- Peurifoy, R. (1999). *Cómo vencer la ansiedad, un programa revolucionario para eliminarla definitivamente*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Price, R., & Jonson, S. (1999). Cognitive behavioral approaches to the prevention of depresión, anxiety and health problems: New results and future prospects, *Prevention & Treatment*, 2. Resumen recuperado el 12 de mayo de 2004, de la base de datos OVID.
- Redd, W., Montgomery, G., & DuHamel, K. (2001). Behavioral intervention for cancer treatment side effects, *Journal of National Cancer Institute*, 93(11), 810-23. Resumen recuperado el 20 de junio de 2002 de la base de datos MEDLINE.
- Schag, C., & Heinrich, R. (1989). Anxiety in medical situations: adult cancer patients, *Journal of Clinical Psychology*, 45(1), 20-27.
- Sosa, D., y Capafóns, J. (1995). Fobia específica. En V., Caballo, G., Buela-Casal y J., Carrolles, (Compiladores). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, Vol. I (257-284). Madrid, España: Siglo XXI.
- Spielberger, C., y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. Manual e instructivo*. México: Manual Moderno.
- Street, R., Van Older, A., Bramson, R., & Manning, T. (1998). Preconsultation education promoting breast cancer screening: does the choice of media make a difference? *Journal of Cancer Education* 13(3), 152-61. Resumen recuperado el 20 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.

- Su, X., Zhu, Y., & Cai, Y., (1997). An investigation on anxiety and coping patterns of patients under cancer chemotherapy and the strategies, *Chinese Journal of Nursing*, 32(12), 687-90. Resumen recuperado el 15 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.
- Taylor, B., Miller, N., & Smith, P. (1996). Prevention of depression and anxiety in patients with cardiovascular disease, *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 13(1-2), 53-69. Resumen recuperado el 12 de mayo de 2004, de la base de datos OVID.
- Thomas, R., Daly, M., Perryman, B., & Stockton, D. (2000). Forewarned is forearmed—benefits of preparatory information video cassette for patients receiving chemotherapy or radiotherapy—a randomized controlled trial, *European Journal of Cancer*, 36(12), 1536-43. Resumen recuperado el 20 de junio de 2002 de la base de datos Ovid.
- Turner, R. (1991). La desensibilización sistemática. En V., Caballo, G., Buela-Casal y J., Carrobes, (Compiladores). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, Vol. I* (183-216). Madrid, España: Siglo XXI.
- Vasterling, J., Jenkins, R., Tope, D., & Burish, T. (1993). Cognitive distraction and relaxation training for the control of side effects due to cancer chemotherapy, *Journal of Behavioral Medicine*, 16(1), 65-80.
- Velasco, M., y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia*. México: Manual Moderno.
- Vera, M., y Vila, J. (1991). Técnicas de relajación. En V., Caballo, G., Buela-Casal y J., Carrobes, (Compiladores). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, Vol. I* (161-182). Madrid, España: Siglo XXI.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de Información sobre el Cáncer y la Quimioterapia.

A continuación encontrará una serie de preguntas sobre el Cáncer y la Quimioterapia, debajo de cada una de ellas se encuentran tres opciones de respuesta, por favor **elijá solo una de ellas**. Le pedimos que conteste TODAS las preguntas. NO ES UN EXAMEN, Gracias por su participación.

1. ¿Qué es el cáncer?

- a. Es una enfermedad donde las células de alguna parte del cuerpo crecen sin que sean necesarias, de modo que forman un tumor malo para el organismo.
- b. Es una enfermedad que puede contagiarse si se está cerca de personas que la tienen.
- c. Es una enfermedad que sólo tienen las personas mayores.

2. ¿Cuáles son algunos de los síntomas más comunes del cáncer?

- a. Bolitas que antes no estaban, bajar de peso en poco tiempo, sangrados poco comunes y dificultad para comer, entre otros.
- b. Tener mucha hambre, subir de peso y tener mucha energía.
- c. Tener mucho sueño y pocas ganas de hacer sus actividades cotidianas.

3. ¿Qué cambios emocionales pueden ocurrir en la vida de una persona con cáncer?

- a. Estar triste, enojarse más fácilmente, sentirse nerviosa o preocupada, dejar de hacer actividades que antes le gustaban, dejar su trabajo y/o actividades en su casa por estar en reposo e ir al hospital.
- b. No preocuparse, estar tranquila y contenta; procurar no tener problemas con ninguna persona.
- c. Ningunos.

4. ¿Qué es la Quimioterapia?

- a. Es el empleo de diversos medicamentos para tratar al cáncer, los cuales "viajan" a través de todo el cuerpo en busca de células malignas.
- b. Son medicamentos que curan completamente al cáncer, sin importar la fase de la enfermedad.
- c. Son medicamentos que hacen que la persona empeore y la enfermedad avance.

5. ¿Cómo se aplica la Quimioterapia?

- a. Colocando una aguja en una de las venas del brazo, como si fuera suero, por donde pasa todo el medicamento.
- b. Acostada y con ayuda de una máquina.
- c. Aplicando pomadas en la piel, donde está el tumor o cerca de él.

6. *¿Cuáles son los principales efectos secundarios que pueden ocurrir a alguien en tratamiento con Quimioterapia?*

- a. Náuseas, vómitos, pérdida del apetito, caída del cabello, pérdida de la menstruación, diarrea, cansancio, fiebre y/o ennegrecimiento de las uñas.
- b. Enrojecimiento de la piel, comezón y ardor en la zona cercana al tumor.
- c. Ninguno.

7. *¿Cuál es la finalidad de la Quimioterapia?*

- a. Destruir la mayor cantidad de células con cáncer, reducir el tamaño del tumor, controlar y en algunos casos curar la enfermedad.
- b. Hacer que la persona se sienta peor.
- c. Hacer que la persona se enferme de otra cosa.

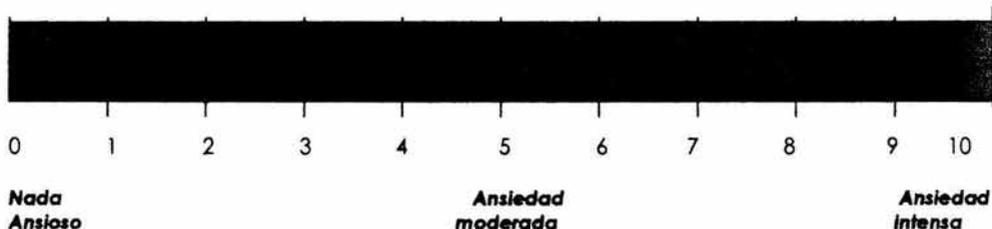
Anexo 2. Formato de autorregistro de ansiedad anticipatoria a un nuevo ciclo de Quimioterapia.

Nombre: _____ **Previo al ciclo de Qt** _____

Marque en el calendario el día que comenzará su próximo ciclo de Qt con un círculo

⊙ y con una **X** cuando comience a sentirse ansioso (antes de recibir su tratamiento),

para cada día coloque un puntaje de 0 a 10 de acuerdo con la siguiente escala:



Noviembre **2003**

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

Anexo 3. Manual de Psicoeducación sobre el Cáncer y la Quimioterapia.

TEMA 1. Emociones de los pacientes con cáncer. ¿Porqué ocurren y como identificarlas?

Inmediatamente después del diagnóstico de cáncer, las pacientes pasan por un periodo de crisis, donde se experimentan sensaciones de ansiedad o nerviosismo, miedo y otras emociones, además, se producen en los pacientes diversas reacciones que implican (Beneit, en Latorre y Beneit, 1981):

- ⓐ Perplejidad y confusión.
- ⓐ Hacer frente al dolor y a la incapacidad.
- ⓐ Enfrentarse al ambiente del hospital y a los procedimientos terapéuticos.
- ⓐ Establecer relaciones adecuadas con los profesionales de la salud.
- ⓐ Prepararse para un futuro incierto.

Las personas con enfermedades crónicas pueden adoptar distintas estrategias para hacer frente a las situaciones problemáticas de su padecimiento, entre las que destacan:

- ⓐ **Negar o minimizar la gravedad** de su trastorno, donde la paciente evita las implicaciones de la enfermedad, puede actuar como si la enfermedad no fuera grave, pensar que desaparecerá rápidamente o que tendrá consecuencias sólo a corto plazo. La negación es una reacción frecuente ante el cáncer.
- ⓐ **Buscar información** sobre la enfermedad y su tratamiento.
- ⓐ **Obtener apoyo emocional** por parte de su familia y/o amigos.
- ⓐ **Sentir miedo**, es frecuente puesto que muchas pacientes pueden sentirse abrumadas por el cambio que van a experimentar en su vida y por la posibilidad de la muerte; en ocasiones, el miedo puede surgir de manera intermitente durante el curso de la enfermedad, por ejemplo, las revisiones a que son sometidos las pacientes durante su enfermedad pueden implicar una gran fuente de temor ante una posible recaída o agravamiento de su padecimiento.
- ⓐ **Sentirse enojadas**, las pacientes pueden sentir demasiado miedo durante las primeras fases de enfermedad como para sentir ira, de la misma forma que la negación puede bloquear los formas hostiles. Sin embargo, a medida que la negación y el miedo van desapareciendo, la paciente puede empezar a sentir que la enfermedad es algo injusto y, consiguientemente, experimentar

reacciones más o menos intensas de ira y hostilidad. Estas emociones negativas normalmente se superan con el tiempo, pero antes de ello pueden generar un intenso rechazo hacia el personal médico y los tratamientos propuestos.

- ⓐ **Deprimirse**, lo cual es experimentado por muchas pacientes como consecuencia del proceso de adaptación al cáncer, esta reacción aparece habitualmente de manera retardada, hasta que los individuos comprenden todas las implicaciones de su condición de enfermos crónicos. En algunas de ellas la depresión puede ser grave y prolongada, con intensos sentimientos de indefensión y desesperanza, dependencia respecto a los demás y una innecesaria restricción de actividades.

- ⓐ **Sentirse ansiosa**, presentar *dificultad para respirar* (hiperventilar), *taquicardia*, *sudoración* en las palmas de las manos, *sequedad en la boca*; *creerse inútil* e incapaz, *creer que ha perdido el control* de la situación, *sensación de muerte inminente*; *llanto continuo* y excesivo, *verbalizaciones negativas* sobre sí mismo, la situación o las personas que lo rodean, *movimientos excesivos* de los brazos y piernas, *temblores*, lenguaje incomprensible debido a la rapidez del habla. Todos estos elementos conforman una respuesta llamada ANSIEDAD, y pueden presentarse a lo largo del proceso de enfermedad, tanto en la paciente al cambiar de modalidades de tratamiento y al presentar recaídas, como en sus familiares.

RETROALIMENTACIÓN.

Identificar principales emociones en la paciente; proporcionar información para identificar **depresión** y recordar síntomas de **ansiedad**:

Existen varios elementos que indican que algo no anda bien con la paciente o sus familiares, y a pesar de que usamos mucho la palabra DEPRESIÓN, no sabemos muy bien que quiere decir, por ello hablaremos de algunos "síntomas" de la depresión:

- ⓐ Sentirse desanimada, triste o sin esperanzas.
- ⓐ Se molesta con más frecuencia que antes.
- ⓐ Lloro la mayor parte del tiempo.
- ⓐ No le interesan las cosas que antes le gustaban.
- ⓐ Se siente cansada la mayor parte del tiempo y sin ganas de hacer nada.
- ⓐ No tiene hambre.
- ⓐ Le cuesta trabajo dormir o no duerme en toda la noche.
- ⓐ Se ha apartado de sus familiares y no quiere hablar con nadie.
- ⓐ Se siente inútil o culpable de todo lo que le sucede o le pasa a su familia.
- ⓐ Piensa que todo sería mejor si muriera.

TEMA 2. Información sobre el cáncer: causas, tipos y tratamientos.

Definición de la enfermedad.

El **cáncer** es un grupo de muchas enfermedades relacionadas que comienzan en las células, la unidad básica de la vida. El cuerpo está hecho de muchos tipos de células; normalmente, las células crecen y se dividen para producir más células solo cuando el cuerpo las necesita, este proceso ayuda a que el cuerpo se mantenga sano, sin embargo, algunas veces, las células comienzan a **dividirse cuando no es necesario** que lo hagan, de modo que esas células extras forman una masa de tejido, llamadas **TUMOR**.

Los tumores pueden ser benignos o malignos:

- ⓐ Los tumores **benignos NO SON CÁNCER**, y en la mayoría de los casos pueden curarse sin ningún problema.
- ⓑ Los tumores **malignos SON CÁNCER**, en estos tumores, las células son anormales y se dividen sin control u orden y pueden invadir y dañar tejidos y órganos cercanos. Además, las células de cáncer pueden entrar a la sangre y esparcirse a otros órganos, creando nuevos tumores, lo cual se conoce como **METÁSTASIS**.

Signos y síntomas.

En muchos casos, el cáncer puede ser encontrado antes de provocar síntomas, lo cual se realiza con un examen médico completo al menos una vez al año, en donde el médico puede buscar cualquier cambio o crecimientos inusuales. La **detección oportuna del cáncer** como el cáncer cervicouterino (papanicolaou) y cáncer de mama (mastografía) pueden **identificar la enfermedad en fases muy tempranas y curables**.

El cáncer, sin embargo, puede progresar causando una variedad de síntomas, entre los que se encuentran:

- ⓐ Presencia de bolitas que antes no estaban en el pecho o en cualquier parte del cuerpo.
- ⓑ Cambios bruscos en verrugas o lunares.
- ⓒ Heridas que no sanan.
- ⓓ Tos o ronquera que dura mucho tiempo.
- ⓔ Cambios en los hábitos intestinales, como estreñimiento o diarreas.
- ⓕ Indigestión o dificultad para comer.
- ⓖ Pérdida de peso en poco tiempo.
- ⓗ Sangrado inusual.

Alternativas de tratamiento.

El tratamiento contra el cáncer depende del tipo, su tamaño, localización y el

avance de la enfermedad, el estado de salud general de la persona y otros factores, de este modo, el médico desarrolla un plan de tratamiento considerando la situación particular de cada persona, y es así como puede ofrecer tratamiento con cirugía, radioterapia, Qt u hormonoterapia, ya sea solos o combinándolos.

El tratamiento para el cáncer puede ser **local o sistémico**. Los **tratamientos locales** atacan a las células del tumor y las zonas cercanas a él, como la radioterapia y la cirugía; mientras que los **tratamientos sistémicos** "viajan" a través de la sangre, buscando células de cáncer en todo el cuerpo, como la hormonoterapia y la Qt.

TEMA 3. Quimioterapia. ¿Quiénes y porqué reciben Qt y no otro tratamiento? ¿Cómo actúa la Qt en el cuerpo? ¿Exactamente cómo trabaja el tratamiento?

Quimioterapia. Se trata de medicamentos anti-cáncer que en muchos casos son aplicados a través de un catéter o aguja que se coloca en la vena. Éstos "viajan" a través de todo el cuerpo en busca de células con cáncer, con el objetivo de destruir las células de cáncer, detener su crecimiento o multiplicación. Debido a que algunos medicamentos trabajan mejor en conjunto que solos, la Qt puede consistir de más de un medicamento.

Dependiendo del tipo de cáncer y su grado de avance, la **Qt** puede ser usada para:

- ⓐ Curar el cáncer.
- ⓐ Impedir que el cáncer invada o "se riegue" a otras partes del cuerpo.
- ⓐ Retardar el crecimiento del cáncer.
- ⓐ Matar células de cáncer que han invadido otras partes del cuerpo.
- ⓐ Aliviar algunos síntomas que pueden ser causados por el avance del cáncer, de modo que ayuda a las personas a vivir de forma más cómoda (cuidados paliativos).

RETROALIMENTACIÓN.

¿Cómo sé que la Qt está funcionando contra mi cáncer?

Para medir la efectividad de la Qt en un paciente son necesarios diversos exámenes y estudios: exploración física, examen de sangre, placas de rayos X, tomografías.

Algunas personas creen que si no tienen efectos secundarios (caída del cabello, náuseas y vómitos) significa que la Qt no está siendo efectiva, sin embargo el **tener o no efectos secundarios no significa que la Qt esté o no funcionando**, es decir, los efectos no son elementos que indiquen el éxito del tratamiento, ya que la presencia o no de ellos varía mucho de persona a persona y de medicamento a medicamento.

TEMA 4. Administración del tratamiento. Efectos secundarios de la Qt, ¿cuáles son y porqué ocurren? Efectos secundarios diferenciales en los pacientes.

Aplicación de la Qt: frecuencia y formas de administración.

Las pacientes y sus familiares por lo general tienen algunas interrogantes respecto a la aplicación de la Qt, por ejemplo: ¿dónde se va a aplicar?, ¿cada cuándo?, ¿cómo se va a aplicar?, etc., a continuación se enumeran algunas de ellas y sus respuestas:

- **¿DÓNDE?:** Puede ser administrada ya sea de manera **ambulatoria**, es decir, la paciente acude unas horas al hospital para su aplicación y posteriormente regresa a su casa; la otra forma requiere la **hospitalización** del paciente y requiere que esté varios días en el hospital para la administración del tratamiento. La elección del tipo de Qt depende del tipo de medicamentos que se estén administrando de acuerdo con las características de cada paciente y el tipo de cáncer que tenga.
- **¿CUÁNDO?:** La frecuencia dependerá de la clase de cáncer que la paciente tenga, los objetivos del tratamiento, los medicamentos que se estén empleando y cómo el cuerpo del paciente responda al tratamiento. De este modo, el paciente puede recibir su tratamiento **diariamente**, o **cada mes**. La Qt frecuentemente es administrada en **ciclos**, que incluyen periodos de descanso para que el cuerpo tenga oportunidad de recuperarse, crear células saludables y recuperar fuerza.

Es muy importante seguir el esquema de tratamiento planteado por el oncólogo médico, no faltar a ninguna sesión de aplicación y evitar cualquier inconveniente que pudiera retrasar la aplicación del medicamento, de no ser así, los medicamentos pueden no tener el efecto deseado.

Algunas veces, el oncólogo médico puede **retrasar la aplicación** del tratamiento de acuerdo con los resultados de un **examen de sangre**, ya que a partir de éste se determina si el cuerpo del paciente está o no en condiciones de recibir más medicamento.

- **¿CÓMO?:** La Qt, comúnmente se aplica de forma **Intravenosa**, donde se requiere la colocación de una aguja en una de las venas principales del brazo. De este modo, los medicamentos son aplicados directamente en una de las principales venas del cuerpo y se incorporan rápidamente a los diversos órganos y tejidos del organismo.

Las causas de los efectos secundarios.

Después de que la Qt comienza, muchas personas se preocupan sobre si tendrán o no efectos secundarios o indeseables derivados del tratamiento y, si es así, qué pueden hacer para disminuirlos. En este punto es importante recordar que **no todos los pacientes tienen todos ni los mismos efectos secundarios**, además, la severidad de éstos varía muchísimo de persona a persona, en conjunto con el tipo de medicamento que se esté aplicando y de cómo el cuerpo de la persona reaccione a éste.

Debido a que las células con cáncer crecen y se dividen muy rápido, los **medicamentos anticáncer** están hechos para **matar a las células de crecimiento rápido**. Sin embargo, no sólo las células con cáncer crecen rápido, también hay **células sanas** que crecen de la misma manera y la Qt puede afectarlas de la misma forma, de modo que ocurren los efectos secundarios.

Las **células sanas** de crecimiento rápido que frecuentemente resultan **afectadas** son las de la **sangre** y las que se encuentran en la **boca**, la **garganta**, el **estómago**, los **intestinos** y las que forman el **cabello**; además, la Qt también puede dañar células del **corazón**, los **riñones**, la **vesícula** y los **pulmones**. Debido a ello, los principales efectos secundarios derivados de la Qt incluyen **náuseas**, **vómitos**, **pérdida de cabello** y **fatiga**; otros efectos comunes involucran incrementos en **sangrados**, desarrollar **infecciones** o **anemia**, todos ellos derivados de los cambios en las células de la sangre.

RETROALIMENTACIÓN.

Los efectos secundarios de la Qt no desaparecerán nunca.

Muchas de las **células normales se recuperan rápidamente** una vez que la Qt **termina**; otros de los **efectos secundarios gradualmente desaparecen al final del tratamiento** y las células sanas tienen oportunidad de crecer normalmente. A pesar de ello, el **tiempo** que lleva al organismo recuperar su energía **varía de persona a persona**. Por otro lado, mientras muchos efectos secundarios desaparecen rápidamente, otros más **pueden llevar meses o años** en desaparecer por completo.

TEMA 5. Emociones de los pacientes en tratamiento con Qt. ¿Todos los pacientes sienten lo mismo?, ¿Cómo puede afectar la Qt la relación con mi familia y/o pareja?

Sentimientos y emociones de las personas en Qt.

La Qt puede traer cambios muy importantes en la vida de las personas y sus familias; puede afectar su estado general de salud, amenazar su bienestar, romper con las rutinas de las personas y generar problemas con su pareja y/o

familia. De este modo, todos estos cambios pueden causar que muchas personas en tratamiento con Qt se sientan con miedo, ansiosas, enojadas o deprimidas en alguna fase del tratamiento:

Cambios en la vida del paciente: familiares, conyugales y laborales.

En las personas con cáncer y en tratamiento con Qt, así como en sus familiares, amigos y personas cercanas a ellos ocurren una serie de cambios como consecuencia de la enfermedad, entre los que destacan:

- ④ **En la familia:** los cambios se reflejan en el nivel de actividad de la paciente, ya que de acuerdo con su condición puede necesitar:
 - Reposo, debido a condiciones de dolor intenso.
 - Atención a su cuidado e higiene, como ayudarla a comer, bañarse, vestirse, caminar, etc.
 - Cuando la paciente es madre de familia, o una persona con mayor responsabilidad dentro de la familia es necesario repartir las responsabilidades de esa persona entre los demás integrantes de la familia.
 - La reorganización de la familia en muchos casos puede ser complicada ya que alguien debe ocuparse de acompañar a la paciente a sus citas al hospital.
 - Cuando la paciente es la madre de familia, es necesario que alguien se haga cargo de las labores de la casa, y de la atención de la paciente cuando sea necesaria.
- ④ **En la pareja:** la mayoría de los cambios en este ámbito suelen ser los más impactantes para las pacientes, ya que la reacción de la pareja ante el diagnóstico de cáncer y las consecuencias de los diversos tratamientos puede ser una fuente de apoyo o de rechazo para ella, además, se convierte en una parte crítica para la continuación o interrupción del tratamiento y la atención posterior de la paciente. En muchos casos, muchos de estos cambios pueden superarse con la adaptación de la pareja a la enfermedad y en otros, con apoyo de parte del personal de psicología, con la finalidad de ayudarlos en el proceso.

Cuando se trata de parejas jóvenes con hijos pequeños, el hombre asume la responsabilidad de cuidar y educar a sus hijos, así como de atender al paciente en muchos de los casos, sobre todo cuando está bien informado sobre el padecimiento de su pareja y las características de su tratamiento.

Los **sentimientos** y actitudes respecto a las **relaciones sexuales varían** mucho

entre las personas durante la Qt. Algunas personas encuentran que se sienten más cercanas a su pareja y tienen un incremento en su deseo de actividad sexual; otras experimentan pocos o ningún cambio en su deseo sexual; otros más encuentran que su **interés sexual disminuye** debido a la **presión** física y emocional de tener cáncer y estar en tratamiento, la cual incluye: **preocupación respecto a cambios en su apariencia y los efectos secundarios, ansiedad sobre su estado de salud, su familia y sus recursos económicos.**

Las **preocupaciones o miedos de la pareja** también pueden afectar las relaciones sexuales. Algunos pueden preocuparse respecto a si la **intimidad física dañará a la persona que tiene cáncer**; otros pueden **temer contagiarse de cáncer** o ser afectado por los medicamentos. En este sentido es muy importante la comunicación entre la pareja y discutir las preocupaciones de ambos para evitar confusiones y malentendidos.

La sexualidad puede ser problemática para muchas pacientes y sus parejas, ya que no es el mismo cuerpo que conocieron y en muchos casos esta actividad comienza a pasar a segundo término y deja de realizarse, debido al cansancio de la enfermedad, a la vergüenza por los efectos secundarios del tratamiento, lo cual puede ser frustrante para ambos.

Las relaciones sexuales pueden convertirse en un evento desagradable cuando son forzadas por uno o ambos miembros de la pareja, ya que pueden tener miedos y muchas preguntas sobre la realización de esta actividad como antes de la enfermedad.

Para muchas parejas, el hecho de que la mujer tenga cáncer pone en evidencia muchas situaciones problema que existían desde antes del diagnóstico de la enfermedad y pueden manifestarse como burlas por la apariencia o por negarse a tener relaciones sexuales e incluso pueden concluir con la ruptura de la pareja.

ⓐ **En el trabajo o escuela:** para aquellas pacientes que son el principal sostén económico de su familia, o que se encuentran estudiando tener cáncer implica cambios como:

- Abandono parcial y en algunos casos total del trabajo o la escuela, ya que la atención médica, la administración de tratamientos y citas de control requieren de gran cantidad de tiempo de la paciente y su familia.
- En el caso del trabajo y cuando nadie más apoya económicamente a la familia, ésta puede comenzar a buscar alternativas de obtención de recursos por medio de sus familiares, la búsqueda de algún empleo o la venta de algunos productos.
- Para la paciente que trabaja el cáncer significa un cambio brusco en el nivel de actividad y en el sentido de responsabilidad de proveer de lo

necesario para su familia a nivel económico, mientras que para la estudiante implica abandonar un ambiente de diversas actividades, amistades y diversiones.

A pesar de la relevancia de estos cambios y de que el manejo del cáncer de mama u ovario, en la mayoría de los casos requiere mucho tiempo, muchas de las pacientes poco a poco pueden reincorporarse a un trabajo y recuperar sus responsabilidades como jefas de familia o estudiantes.

TEMA 6. Manejo médico posterior a la Qt. ¿Qué sigue después de la Qt? Consejos sobre las actividades que pueden llevarse a cabo. Evaluación de la información proporcionada en las sesiones anteriores.

Manejo médico posterior a la Qt.

Al concluir los ciclos de Qt propuestos por el médico oncólogo, existen varias alternativas: pasar a otro tratamiento, como Radioterapia o Cirugía, o bien entrar en la fase de seguimiento, la cual implica vigilancia para un adecuado control de la enfermedad.

Esta etapa es una de las fases de la enfermedad que es más difícil ya que el paciente y sus familiares, pueden resistirse a asistir al médico, pues pueden sentirse muy bien, sin embargo, es muy importante el seguimiento ya que de esta forma el médico podrá estar seguro de que el **cáncer está controlado**, es decir, que no ha avanzado a otros órganos, regresado en el mismo sitio o muy cerca de él, o si el cuerpo se mantiene libre de enfermedad.

Para un buen seguimiento el paciente debe seguir estas sencillas instrucciones:

- ⓐ Antes de su cita **identificar si hay cambios en su cuerpo**: dolor, pérdida de peso y/o apetito, cambios en los periodos menstruales, o cualquier otro síntoma; de este modo podrá informar a su médico de su estado general.
- ⓑ Procurar **no perder ninguna cita** con el oncólogo.
- ⓒ **Realizar los diversos estudios** para examinar su cuerpo, entre éstos pueden requerirse: placas de los pulmones, ultrasonidos, laboratorios, etc.
- ⓓ Recordar que las citas de **seguimiento garantizan un buen control** de su enfermedad y, de ser necesario proporcionarle tratamiento oportunamente.

Estrategias para hacer la vida diaria más sencilla.

Otras personas que han pasado por la enfermedad y los tratamientos, además de quienes trabajan con ellas, han pensado algunas formas en que puede hacerse la vida de la paciente con cáncer más sencilla, entre las que destacan:

- ☞ Tratar de mantener sus metas de tratamiento siempre presentes, lo cual ayuda a tener una actitud positiva mientras termina en tratamiento.
- ☞ Recordar que comer bien es muy importante, ya que su cuerpo necesita comida para reconstruirse y estar más fuerte.
- ☞ Aprender todo lo que quiera sobre su enfermedad, ya que de este modo tendrá más control de la situación.
- ☞ Evitar gastar energía, descansar y sólo hacer aquellas cosas que sean muy importantes.
- ☞ Tratar de ocupar su tiempo en pasatiempos y actividades nuevas o que siempre haya querido aprender, esto lo hará sentirse útil y productivo.
- ☞ Si puede haga ejercicio, lo ayudará a sentirse menos ansioso, tendrá más hambre y se sentirá mejor con usted mismo.