

01968



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

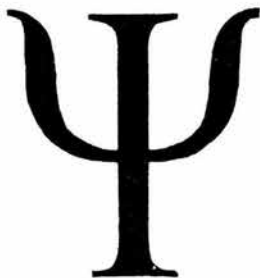
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**REPORTE DE EXPERIENCIA
PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
LIC. MARÍA BEATRIZ VILLARRUEL RIVAS

DIRECTOR DEL REPORTE: Mtro. Fernando P. Vázquez Pineda

JURADO DE EXAMEN: Mtro. Leonardo Reynoso Erazo
Dr. Samuel Jurado Cárdenas
Dra. Sandra Anguiano Serrano
Mtra. Shirley Rubio Carrasco
Mtro. Arturo Lara Martínez
Dra. Dolores Mercado Corona



MÉXICO, D.F., 2004



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.

A la UNAM y CONACyT
por la oportunidad, el apoyo
y las facilidades otorgadas
durante este aprendizaje.

A mi mamá, hermanos,
hermanas y amigos, por su
apoyo y tolerancia conmigo.

A todas las personas que en
este ciclo han sido maestros,
compañeros, amigos, terapeutas y
apoyo en todos los sentidos:
especialmente a Leo Reynoso,
Isaac Seligson, Cris Bravo,
Anallely Nájera, Maetzin Ordaz,
Carmen Villegas y Shirley Rubio.

Agradezco el apoyo y confianza
de mi tutor: Fernando Vázquez.

Al equipo de salud de Hematología
Pediátrica del INP y al Dr. J. Antonio
Esquivel

A todas las personas y familias que me
brindaron la confianza y la oportunidad de
aprender de su capacidad, fortaleza y
motivación para vivir y bien morir.

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Antecedentes de la Medicina Conductual	10
Ubicación general del psicólogo en las Instituciones de Salud	12
Primer año de residencia: Hospital de la Mujer, S.S.A.	16
Introducción	17
La medicina conductual en la atención a la mujer	18
Importancia de la adherencia terapéutica	21
Diabetes en el embarazo	21
Ubicación, antecedentes, datos censados, población, nivel de atención, servicios, organigrama	24
Actividades desarrolladas en la Sede	26
Rotación en el servicio de Embarazo de Alto Riesgo	26
Consulta externa	38
Rotación en el servicio de Oncología Ginecológica	40
Guardias de fin de semana	42
Intervención psicológica en otras áreas	42
Actividades académicas y trabajos presentados	43
Competencias adquiridas	44
Sesión típica	46
Conclusiones	51
Segundo año de residencia: Instituto Nacional de Pediatría, S.S.A.	52

Introducción	53
Antecedentes de la Medicina Conductual en ambientes pediátricos	54
Breve introducción sobre la leucemia aguda y los procedimientos invasivos utilizados	56
Intervenciones de la Medicina Conductual en pacientes con leucemia aguda	61
Ubicación, antecedentes, datos censados, población, nivel de atención, servicios, organigrama	67
Rotación en el servicio de Hematología pediátrica	69
Actividades académicas y cursos	88
Competencias adquiridas	89
Sesión típica	92
Conclusiones	97
Bibliografía	101
Anexos	

Resumen

El presente Reporte de Experiencia Profesional resume las actividades realizadas durante los dos años de Rotación en Instituciones de Salud. En principio, haré una breve introducción y presentaré un panorama epidemiológico breve de la salud en México, resaltando el quehacer del psicólogo entrenado en Medicina Conductual. Posteriormente, mostraré el informe de las actividades realizadas en el Hospital de la Mujer durante el primer año de rotación y en el Instituto Nacional de Pediatría en el segundo año. Al último expondré las conclusiones generales.

Introducción

Definición de Salud

Ante los cambios radicales que ha sufrido la población mundial en cuanto a la calidad de vida, el incremento en la esperanza de vida promedio y la notable disminución y control de las enfermedades infecciosas que mermaban las poblaciones en los siglos anteriores, en contraste con el incremento en la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, hizo necesaria el planteamiento de nuevos modelos de salud-enfermedad, donde la enfermedad se considera multicausal, cobrando relevancia los factores psicosociales, culturales y medio ambientales (Simón, 1993).

A partir de 1978 en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se indica la necesidad de expandir los atención de la salud a nivel preventivo y rehabilitatorio, además de la atención con fines curativos (Simón, 1993).

Es de esta manera en que la OMS define la salud como:

“El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” (World Health Organization, 2004, pág. 2).

Epidemiología

Específicamente en cuanto a la epidemiología mundial, la OMS refirió que desde el año 2000 los trastornos coronarios ocupan el primer lugar de mortandad en los países más industrializados, en tanto que en los países no industrializados o en proceso de industrialización es la tercera causa de muerte (OMS, 2001). En los primeros, algunos países han logrado disminuir la mortandad por enfermedades crónico-degenerativas como resultado de la aplicación de programas de prevención primaria y secundaria (Beaglehole, 1990).

Por otra parte, la OPS (2001), confirma que en los países de América las causas de muerte más frecuentes continúan siendo las enfermedades del aparato respiratorio (69,4 muertes por 100 000 hab. en 1995), seguidas por los tumores malignos (5,6:100 000), accidentes (52,6:100 000) y diabetes mellitus (36,4:100 000).

Las defunciones por enfermedad del aparato respiratorio son más frecuentes en hombres que en mujeres, pero esta diferencia es cada vez menor. En cuanto a los tumores malignos, predomina la mortandad en mujeres por tumores en el cuello del útero, pero la diferencia se está reduciendo. En 1995, la tasa de mortandad por tumores en mujeres fue de 54,6 y en hombres de 50,6, en tanto que la tasa de mortandad por diabetes mellitus es más alta en las mujeres que en los hombres (4,4 y 32,3, respectivamente); lo mismo ocurre con las enfermedades cerebrovasculares (27,1 y 23,9) (OPS, 2001).

En general, la mortalidad por enfermedades crónico degenerativas está incrementándose considerablemente y ya en 1995, la enfermedad cardiovascular registró una tasa de 69,4:100 000, así como 36,4:100 000 por diabetes mellitus (OPS, 2001).

En este sentido, los tumores malignos ocupan el segundo lugar en la mortalidad general. La tasa de mortalidad por esta causa aumentó 4% entre 1992 y 1995 (52,6:100 000). Hacia 1995 las localizaciones más frecuentes fueron en: tráquea, bronquios, pulmón, estómago y cuello del útero (OPS, 2001).

En relación con México, La Secretaría de Salud (2003) reporta que hasta 2001 las principales causas de mortalidad general en su mayoría se debieron a enfermedades crónico-degenerativas (ver Tabla 1). Así mismo, los reportes de la población que recibe servicios hospitalarios dentro de la Secretaría de Salud indican que los decesos de deben principalmente a neoplasias malignas, desórdenes hematopoyéticos, enfermedades nutricionales, endocrinas y metabólicas, siendo menor la mortalidad por embarazo, parto, puerperio, así como por enfermedades originadas en el periodo perinatal, aunque no menos importantes (ver Tabla 2).

Tabla 1. Principales causas de mortalidad general a nivel nacional 2001 (Modificado de SSA, 2003).

Número	Causa	Defunciones	Tasa por cada 100 000 hab.	%
1	Diabetes mellitus	49,855	49.36	11.3
2	Enfermedades isquémicas del corazón	45,421	44.97	10.3
3	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	25,704	25.45	5.8
4	Enfermedad cerebrovascular	25,657	25.40	5.8
5	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	18,192	18.01	4.1
6	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	15,944	15.79	3.6
7	Accidentes de tráfico de vehículo de motor	13,761	13.63	3.1
8	Infecciones respiratorias agudas bajas	13,101	12.97	3.0
9	Nefritis y nefrosis	10,477	10.37	2.4
10	Enfermedades hipertensivas	10,170	10.07	2.3
11	Agresiones (homicidios)	10,165	10.06	2.3
12	Desnutrición calórico protéica	8,615	8.53	2.0
13	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6,404	6.34	1.5
14	Tumor maligno del estómago	4,986	4.94	1.1
15	Enfermedades infecciosas intestinales	4,897	4.85	1.1
16	Tumor maligno del cuello del útero	4,501	4.46	1.0
17	VIH/SIDA	4,317	4.27	1.0
18	Uso de alcohol	4,216	4.17	1.0
19	Tumor maligno del hígado	4,203	4.16	1.0
20	Tumor maligno de la próstata	4,015	3.98	0.9

Tabla 2. Mortalidad hospitalaria por capítulo de causa según grupos de edad en la Secretaría de Salud, 2001 (Modificado de SSA, 2003).

Capítulo	Causa	Total	
		Def.	%
I	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2,876	2.6
II	Tumores (neoplasias)	3,086	2.7
III	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	305	0.3
IV	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3,916	3.5
V	Trastornos mentales y del comportamiento	453	0.4
VI	Enfermedades del sistema nervioso	897	0.8
VII	Enfermedades del ojo y sus anexos	0	0.0
VIII	Enfermedades de oído y de la apófisis mastoides	1	0.0
IX	Enfermedades del sistema circulatorio	5,315	4.7
X	Enfermedades del sistema respiratorio	3,376	3.0
XI	Enfermedades del sistema digestivo	4,228	3.8
XII	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	53	0.0
XIII	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	164	0.1
XIV	Enfermedades del sistema genitourinario	1,213	1.1
XV	Embarazo, parto y puerperio	278	0.2
XVI	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	6,888	6.1
XVII	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1,657	1.5
XVIII	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	598	0.5
XX	Causas externas de morbilidad y mortalidad	1,978	1.8

La salud en México

Para los propósitos de este informe, es necesario tomar en consideración que en México aproximadamente el 55 por ciento de la población es derechohabiente a alguna de las Instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano de Seguridad Social ó Instituto de

Servicios de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado), atendidos en los tres niveles de atención: centros de salud, hospitales generales y especialidades. El resto de la población potencialmente debería recibir servicios de la Secretaría de Salud o de los gobiernos de los estados o municipios. Sin embargo, debido a la gran dispersión de la población en las áreas rurales, se considera que México cuenta con aproximadamente un 6 por ciento de población sin cobertura oficial de servicios de salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

La población mexicana que no tiene acceso a la seguridad social es atendida por la Secretaría de Salud, a través de los centros de salud, hospitales generales y especialidades y en el tercer nivel de atención por la Coordinación de Institutos de Salud, conformada por los 11 Institutos Nacionales, donde se proporciona atención de sub-especialidades y se efectúa investigación (Rodríguez y Rojas, 1998).

Ante estas necesidades, el área de la salud ha integrado a nuevos campos de conocimiento derivados de la psicología, como son la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual, que inciden desde diferentes marcos teóricos y aproximaciones prácticas en los diferentes niveles de atención a la salud y calidad de vida de la población (American Psychological Association (APA), 1998; Kay, Tasman y Lieberman, 2000).

Antecedentes de medicina conductual

El término “Medicina Conductual” (M. C.) aparece formalmente en 1978, dentro de la Conferencia sobre Medicina Conductual, celebrada en Yale. En este evento también se da a conocer la primera definición:

“La Medicina Conductual es el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo de la ciencia conductual y biomédica, así como con el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de éstas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (Schwartz y Weiss, 1978; citado en: Buela y Caballo, 1991, pp. 4 y 5).

Ese mismo año se creó la división de Psicología de la Salud en la APA (Sarafino, 1994), siendo editado posteriormente el boletín “Behavioral Medicine Update” y el primer número de la revista “Journal of Behavioral Medicine” (Bayés, 1985).

En este nuevo campo interdisciplinario se integra el quehacer médico y psicológico, donde el psicólogo clínico entrenado en técnicas cognitivo-conductuales trabaja en conjunto con el equipo de salud en la evaluación, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud. Sin embargo, es necesario comentar que la Salud Conductual es un área específica de la Medicina Conductual, cuyos objetivos son la prevención y mantenimiento de la salud, a través de la intervención sobre los inmunógenos y patógenos ambientales (Roa, 1995). No obstante, ambos campos enfatizan en el estudio e intervención en la conducta del individuo (Altman, King y Winett, 1989).

En el surgimiento de la Medicina Conductual influyó el cambio en las tasas de morbilidad y mortalidad aumentando la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, en contraste con las infecciosas; esto originó un cambio de la atención e investigación hacia los factores comportamentales individuales y en grupo (Buela-Casal y Caballo, 1991; Latorre, 1992).

En México se estableció en 1986 el primer Programa de formación de psicólogos de la salud a nivel de posgrado, dentro del modelo de las residencias médicas, insertando a los estudiantes en la atención a la población dentro de las diferentes instituciones de salud, cubriendo en tres años los tres niveles de atención a la salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

Posteriormente, otras instituciones elaboraron programas para formar psicólogos de la salud, como el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud y la Universidad de Guadalajara (Rodríguez y Rojas, 1998).

Desde 1999, la currícula de los diferentes programas de posgrado de la UNAM se modificaron, sustituyendo el programa anterior por el Programa de Maestría Profesional con campo de conocimiento en Medicina Conductual, el cual permite al estudiante adquirir habilidades y competencias para diseñar, intervenir y evaluar programas para el tratamiento psicológico de padecimientos médicos, con base en la metodología y técnicas cognitivo-conductuales en los tres niveles de atención de salud.

Ubicación general del psicólogo en las Instituciones de Salud

A diferencia de otros países, como Estados Unidos de América, Alemania, Suecia, Canadá y la Comunidad Europea, en donde se encuentra legislado y regulado el campo de acción del psicólogo (American Psychological Association, 1998; Miller y Magruder, 1999), en México aún no se cuenta con una estructura legal que permita regular las actividades del psicólogo en las instituciones de salud, por lo cual se hará referencia a la regulación de la APA.

La American Psychological Association (1998, pág. 6 y 7), ha reglamentado la práctica del psicólogo en el ámbito de las diferentes instituciones que proporcionan servicios de salud. En este sentido, indica que las funciones y responsabilidades que le corresponden son las siguientes:

- ❖ *La evaluación psicológica, a través de la entrevista de diagnóstico, la revisión de datos importantes en el expediente del paciente y la recolección de datos por medio de instrumentos de medición, tomando en consideración las incapacidades físicas y mentales del mismo.*
- ❖ *La planeación del tratamiento, a través de sugerencias al equipo interdisciplinario, psicoterapia, sugerencias de manejo conductual, o efectuando recomendaciones específicas para enlazar el manejo del paciente a otro servicio, acordar el plan de tratamiento con el equipo de salud.*

- ❖ *Efectuar intervenciones clínicas en las siguientes modalidades: terapia individual, grupal, familiar, conductual, manejo conductual de problemas relacionados con la salud, biorretroalimentación, terapia psicoeducativa de grupo, entre una enorme variedad de formas de intervención. De manera específica, se indica que la terapia conductual puede emplearse para manejo de dolor, rehabilitación psicosocial, adherencia al tratamiento farmacológico, así como el desarrollo de alternativas para evitar la sujeción, aislamiento y medicación de pacientes violentos.*
- ❖ *Participación para evaluar la admisión, diagnóstico, tratamiento y alta de pacientes.*
- ❖ *Desarrollar proyectos de investigación, tales como: estudios de caso, estudios para hacer más eficientes los tratamientos, evaluación de programas, y la elaboración de proyectos clínicos dentro y fuera de la institución.*
- ❖ *Administrar y manejar servicios de la Institución, e.g. rehabilitación, salud mental, servicios para atender adicciones, gerontología, y medicina conductual. Así mismo, pueden proporcionar servicios para formar personal de la institución, como: educación continua, entrenamiento residencial para psicólogos, médicos y enfermeras, atención al personal y programas de asistencia social.*

Como puede notarse, a diferencia de otros campos clínicos de especialización, el psicólogo entrenado en Medicina Conductual es capaz de intervenir en los tres niveles de atención del sector salud, a través del diseño, implementación, evaluación y

optimización de intervenciones cognitivo-conductuales para contribuir al mantenimiento o reestablecimiento de la salud en pacientes que padecen enfermedades crónicas. De manera más específica, desempeña una función importante en la prevención de padecimientos, facilitando el afrontamiento a la enfermedad, rehabilitación y la adopción de conductas de salud (Kay, et. al. 2000).

Así mismo, Kay et al. indican que los procedimientos de medicina conductual, en conjunto con el tratamiento médico, contribuyen a la adquisición, mantenimiento o cambio de comportamiento en el paciente para el logro de los objetivos del tratamiento; promueven la adherencia al mismo, e incide en los factores de riesgo y protectores para mejorar la calidad de vida. Además, permite identificar e intervenir en el manejo de los síntomas de ansiedad y depresión, presentes en una enorme variedad de enfermedades médicas crónicas, disminuyendo la necesidad de manejo farmacológico y los costos que esto implica en términos económicos.

Las competencias del psicólogo entrenado en Medicina Conductual están centradas en: la promoción de la adherencia al tratamiento médico, la preparación psicológica ante intervenciones quirúrgicas, manejo del dolor crónico (Vallejo, 1998), inmunógenos y patógenos conductuales (Matarazzo, 1984), regulación de la hipertensión arterial (Salgado, citado en Simón y Almenedo, 2001), motivación para el seguimiento de régimen dietético en diabéticos (Senécal, Nowen y White, 2000) afrontamiento, control y ajuste en diabetes tipo II (Macrodimitrís y Endler, 2001), depresión con pacientes hospitalizados (Arnau, Meagher, Norris y Bramson, 2001), cambio de estilo de vida

(Englert, Diehl y Greenlaw, 2004) enfermedades cardiovasculares, patrón conductual tipo A, enfermedades autoinmunes, alérgicas, gastrointestinales, manejo de dolor crónico, intervención en el manejo de síntomas secundarios a quimioterapia, manejo del paciente oncológico, cuidados paliativos, intervención psicológica en padecimientos ginecobstétricos, medicina preventiva, VIH, rehabilitación, entre otras (Kay et al.; Vallejo, 1998).

Ahora bien, en relación con la práctica del psicólogo de la Salud, Urbina y Rodríguez (citado en: Rodríguez y Rojas, 1998), encontraron que hasta 1993 trabajaban en el sector salud 1546 psicólogos, de los cuales 46% proporcionaba atención psicológica individual, 26% daba atención comunitaria y 28% tenía funciones distintas a la práctica de la psicología.

Luego de haber expuesto los antecedentes de la Medicina Conductual, sus aplicaciones, así como la importancia del psicólogo entrenado en Procedimientos de la Medicina Conductual en el Sistema de Salud, procederé a reportar mi experiencia en los dos años de Rotación: la estancia en el Hospital de la Mujer y posteriormente, la rotación en el Instituto Nacional de Pediatría.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

SEDE:

HOSPITAL DE LA MUJER

SERVICIOS:

- Embarazo de Alto Riesgo
- Oncología
- Psicología Clínica (Consulta Externa)

INTRODUCCION

Epidemiología

Hasta 2001, la Secretaría de Salud reportó dentro de las 20 principales causas de mortalidad a diversas enfermedades crónico-degenerativas, las cuales se presentan similares a la tendencia de mortalidad general. De manera particular, las mujeres padecen cada vez más diabetes mellitus, enfermedades isquémicas e hipertensivas. Así mismo, los tumores sólidos también son frecuentes, de manera primordial el tumor maligno de cérvix y de mama (ver Tabla 3).

Tabla 3. Principales causas de mortalidad en mujeres a nivel nacional 2001. Modificado de Secretaría de Salud (2003).

Número	Causa	Defunciones	Tasa por cada 100 000 hab.	%
1	Diabetes mellitus	27,528	54.0	14.0
2	Enfermedades isquémicas del corazón	20,391	40.0	10.4
3	Enfermedad cerebrovascular	13,691	26.9	7.0
4	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	7,690	15.1	3.9
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6,861	13.5	3.5
6	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6,042	11.9	3.1
7	Infecciones respiratorias agudas bajas	6,011	11.8	3.1
8	Enfermedades hipertensivas	5,952	11.7	3.0
9	Nefritis y nefrosis	5,064	9.9	2.6
10	Tumor maligno del cuello del útero	4,501	8.8	2.3

Tabla 3 (cont.). Principales causas de mortalidad en mujeres a nivel nacional 2001. Modificado de Secretaría de Salud, (2003).

Número	Causa	Defunciones	Tasa por cada 100 000 hab.	%
11	Desnutrición calórico protéica	4,399	8.6	2.2
12	Tumor maligno de la mama	3,574	7.0	1.8
13	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	3,053	6.0	1.6
14	Enfermedades infecciosas intestinales	2,414	4.7	1.2
15	Tumor maligno del estómago	2,328	4.6	1.2
16	Tumor maligno del hígado	2,301	4.5	1.2
17	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	2,001	3.9	1.0
18	Anemia	1,793	3.5	0.9
19	Malformaciones congénitas del corazón	1,608	3.2	0.8
20	Leucemia	1,511	3.0	0.8

La Medicina Conductual en la atención a la mujer

La atención de la salud en la mujer, debido a sus características y al curso de la vida hace necesario establecer modelos y estrategias de intervención específicas para este amplio sector de la población. Así, existe una enorme variedad de tópicos relacionados, por sólo mencionar: atención prenatal, infancia, salud sexual, trastornos ginecológicos, dolor pélvico crónico, infertilidad, abuso sexual, embarazo en adolescentes, lactancia, menopausia, depresión post parto, cáncer, diabetes, enfermedades coronarias, hipertensión, obesidad. En estos padecimientos, existen factores comportamentales que

en mayor o menor grado se relacionan con la aparición, curso o pronóstico de los mismos. En este sentido, la Medicina Conductual constituye una aproximación metodológica y práctica que puede incidir en individuos o grupos, en los tres niveles de atención: prevención, tratamiento y rehabilitación (Blechman, y Brownell, 1998; Orleans, 2000).

Se ha visto que por su misma naturaleza, las mujeres se someten a diferentes clases de estresores, tanto fisiológicos o psicológicos, cuya respuesta se modula por las diferencias individuales. Estos estresores los constituyen los cambios propios de la pubertad (físicos, fisiológicos y psicológicos), que en ocasiones presentan comorbilidad con trastornos depresivos, de ánimo y trastornos alimentarios en una proporción menor de mujeres. Así mismo, el inicio de la vida sexual activa implica el riesgo de embarazos no deseados. Aún en las mujeres cuyo embarazo es electivo, existen alteraciones hormonales que pueden propiciar alteraciones importantes en el estado de ánimo (Blechman y Brownell, 1998). De igual manera, los ciclos menstruales y la ausencia de éstos en mujeres climatéricas, pueden constituir estresores (Salvatierra, 1998).

En el aspecto preventivo, se ha incidido en la promoción de estilos de vida saludables (Orleans, 2000), obesidad, promoción de actividad física (Sears y Stanton, 2001), programas y modelos de intervención para la práctica de conductas encaminadas a la prevención de cáncer de mama (Lovergrove, Rumsey, Harcourt y Cawthorn, 2000) y cérvico-uterino, así como salud reproductiva.

Salvatierra (1989) indica que, en el caso de las mujeres el estrés produce cambios neuro hormonales del sistema ergotro-po-adrenérgico-simpático (SEAS), con aumento de la producción de neuropéptidos hipotalámicos, como son la vasopresina, oxitocina y hormona liberadora de corticotropina (CRH). En la reacción adaptativa normal de estrés, esta activación es temporal y no produce mayores repercusiones en el organismo, mientras que el estrés excesivo o crónico puede propiciar una actividad serotoninérgica excesiva, capaz de producir cuadros similares a los síntomas depresivos.

Al respecto, Luecken y Compas (2002) encontraron que las variaciones en los niveles de cortisol influyen en el crecimiento neoplásico y el sistema inmunológico, específicamente en la proliferación de células T en pacientes con cáncer de mama. En otro estudio, Luecken, Dausch, Gulla, Hong y Compas (2004) hallaron disminuciones en la cantidad de cortisol en mujeres recién diagnosticadas con cáncer de mama, con antecedentes o diagnóstico al momento del estudio de trastorno por estrés postraumático o depresión mayor, lo cual puede indicar que algunos factores emocionales pueden influir en la función inmune y en el curso del cáncer (Martín y Crespo, citados en: Leal, 2000).

Para el manejo de estos padecimientos, los procedimientos derivados de la medicina conductual han mostrado ser efectivas para la disminución de la sintomatología. Específicamente, las técnicas derivadas del paradigma del condicionamiento operante, las técnicas de relajación, así como las diversas modalidades de técnicas cognitivas son útiles para el manejo de dolor ginecológico y estrés durante el embarazo, así como

tratamiento psicológico coadyuvante en mujeres infértiles (Blechman, y Brownell, 1998), climatéricas (Montero y Ruiz, citados en: Leal, 2000), embarazo y parto, aborto e infertilidad (Martín y Crespo, citados en Leal, 2000).

Importancia de la adherencia terapéutica

En los cuidados prescritos a los pacientes, la eficacia del tratamiento depende de la habilidad del paciente para seguir el plan de tratamiento. Los pacientes que no pueden adaptarse a la rutina diaria que exige cualquier tratamiento probablemente no se beneficien de estos cuidados. En consecuencia, es importante que el proveedor de servicios de salud tenga el conocimiento y estrategias para ayudar a los pacientes a adherirse en la medida de sus posibilidades (Nicasio y Smith, 1996).

La mayoría de los estudios han sido efectuados sin haber tomado en cuenta los niveles iniciales de adherencia. En cambio, los esfuerzos han sido dirigidos al incremento de la adherencia. Estas intervenciones han consistido en estrategias educacionales, modelamiento, conductuales, incremento del soporte social y autoeficacia (Nicasio y Smith, 1996).

Diabetes en el embarazo

Desde hace tiempo, se ha reconocido la importancia de los factores emocionales en la inestabilidad del paciente diabético, los cuales pueden precipitar una descompensación

(Russell, 1988). De igual manera, (Fisher y Reason, 1988) indican que los síntomas físicos y subjetivos así como el estado de se asociaron con variaciones en los niveles de glucosa en la sangre.

Ahora bien, de manera específica, han sido escasas las intervenciones que se han diseñado para obtener evidencia de la medición de las actitudes de la mujer embarazada hacia la gestación y otros posibles mediadores de la conducta.

La mayoría de las intervenciones realizadas se basan en varios modelos de la psicología social, especialmente la Teoría Cognitiva Social, la cual resalta como un componente principal del aprendizaje social a la autoeficacia, y en la actualidad, incorporando el Modelo de Etapas de Cambio. Las variables que se derivan de estas teorías se han medido con mayor frecuencia para verificar la duración y el poder de la intervención realizada. Las herramientas para medir estas variables relacionadas al ambiente también se han investigado, dentro de éstas, se encuentra la disponibilidad percibida a alimentos saludables e información al respecto, la percepción de apoyo externo para cambiar la dieta y la percepción de la capacidad para mantener el cambio (Feifer y Tansman, 1999).

En este sentido, se efectuó una investigación con el propósito de comparar los efectos del monitoreo de glucosa en mujeres embarazadas con diabetes tipo I, a las cuales se les dividió en dos grupos: uno control y otro grupo experimental, el cual se controló mediante múltiples mediciones de glucosa post pre-prandial y hemoglobina glucosilada, los

cuales se registraban en tarjetas. Los resultados mostraron que las pacientes a las cuales se les monitoreó durante el embarazo presentaron menos complicaciones, e.g. preclampsia. Además, se notó una disminución de la proporción de grasa en los productos (Manderson et al. 2003).

Por otra parte, Levy-Shiff, Lerman, Har-Even y Hod (2002) efectuaron otro estudio analizando el tipo de afrontamiento de las madres y la adherencia a las prescripciones médicas en mujeres embarazadas ya desde antes diabéticas, con diabetes gestacional y con embarazo normal. Estas mediciones se correlacionaron con los niveles de hemoglobina glucosilada, las mediciones posteriores del desarrollo de los bebés mediante la Escala de Bayley, al tiempo que se observó la conducta de los mismos. Al respecto, se encontraron diferencias en el tipo de afrontamiento de los tres grupos de madres y así mismo, los bebés de las mujeres que no lograron controlar los niveles de glucosa puntuaron en su desarrollo por debajo de lo esperado de acuerdo a su edad. En cuanto al comportamiento observado, presentaron conductas negativas con mayor frecuencia que los hijos de las madres que habían llevado un buen control de glucosa durante su embarazo.

Esta breve reseña de la literatura avocada a mejorar la salud de la mujer, pretendió introducir a la descripción de las actividades que se realizaron en el Hospital de la Mujer, que a continuación se presentan.

Ubicación, antecedentes, datos censados, población, nivel de atención, servicios,
organigrama

El Hospital de la Mujer se encuentra ubicado en Prolongación Salvador Díaz Mirón No.374 Col. Casco de Santo Tomás, siendo fundado en 1528. Desde entonces, cambió los servicios de salud y las poblaciones a las que se dirigió hasta 1948, cuando proporciona atención a la población de mujeres. A partir de entonces pertenece a la Coordinación de Hospitales de la Secretaría de Salud. Es una institución de segundo nivel, enfocada a atender padecimientos ginecobstétricos, aunados a diferentes servicios de apoyo.

Organización de la Institución

Con relación a la organización del hospital, la dirección es la encargada de coordinar el funcionamiento del hospital, de ésta se deriva la subdirección médica, la coordinación de enseñanza, investigación y proyectos especiales y la subdirección administrativa, (Ver Figura 1).

Figura 1. Organigrama del Hospital de la Mujer



Contexto del servicio de Psicología

El Departamento de Psicología Clínica en el Hospital de la Mujer se constituyó hace poco tiempo, como una respuesta a las necesidades de atención psicológica derivadas de los padecimientos más frecuentes en la población que se atiende. Depende de la Subdirección Médica y de la División de Enseñanza. Está a cargo la Jefa del departamento de Psicología Clínica, quien tuvo a su cargo dos psicólogas adscritas, así como una Residente de Medicina Conductual de Segundo Año, tres Residentes de Primer Año y dos psicólogas que realizan prácticas profesionales. El objetivo del departamento de Psicología Clínica es proporcionar atención psicológica en sus modalidades de intervención en crisis y psicoterapia breve para el manejo de los factores emocionales que inciden en las usuarias que requieren el servicio, mediante la asistencia, además de actividades de docencia e investigación.

La supervisora in situ fue la Jefa del Departamento de Psicología Clínica, la Lic. Diana Lilia Gutiérrez Castillo. Por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México se contó con la supervisión académica de la Mtra. Cecilia Montaña Arvizu.

Actividades desarrolladas en la sede

De manera general, las actividades que desarrollé en esta subsección hospitalaria se centraron en varios aspectos: la atención propiamente hospitalaria en los servicios de Embarazo de Alto Riesgo y Oncología, atención a las usuarias de la Institución en la Consulta Externa, atención mixta en las guardias de fin de semana; Urgencias y por último, Intervención en Crisis a usuarias que acudían por abuso sexual. Durante la Rotación se efectuaron 387 intervenciones, siendo 291 de primera vez y 86 subsecuentes. Las edades de las pacientes atendidas fluctuaron entre 12 y 84 años, siendo la media de 23.4 años de edad.

Rotación en el servicio de embarazo de alto riesgo

La primera rotación en el Hospital de la Mujer la hice en el servicio de Embarazo de Alto Riesgo (EAR), del 16 de marzo al 15 de noviembre de 2003. Este servicio cuenta con 22 camas en hospitalización distribuidas en cinco ambientes, un jefe de servicio, tres médicos adscritos, una jefa de enfermeras, cuatro enfermeras de base y dos pasantes, así como tres médicos residentes de ginecología.

Actividades realizadas en EAR

Las actividades que realicé en este periodo se estructuraron de la siguiente manera:

- Pase diario de visita con el personal médico.
- Entrevista conductual de pacientes hospitalizadas.
- Valoración, intervención cognitivo-conductual y seguimiento de las pacientes que captaba en la visita, eran referidas por interconsulta, con sintomatología significativa o que cumplían algún criterio para trastorno mental del eje I y II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición (DSM-IV).
- Intervenciones psicoeducativas para promover la adaptación a la estancia hospitalaria prolongada, con diagnóstico de diabetes gestacional, hipertensión arterial secundaria a embarazo, así como pacientes que cursaban con complicaciones durante el embarazo (e.g. placenta previa, incompetencia cervical, entre otras) y la adherencia al tratamiento médico.
- Entrenamiento individual mediante las técnicas de relajación autógena y solución de problemas para la normalización de los parámetros de glucosa pre y post pre-prandial en pacientes con diabetes gestacional.
- Realización de intervención psicológica grupal para el manejo de estrés en pacientes embarazadas con diabetes mellitus y diabetes gestacional.
- Ocasionalmente, se proporcionó apoyo para valorar el estado mental y emocional, a través de entrevista a pacientes que cursaban un embarazo con

productos no compatibles con la vida, ante la pérdida del producto, posterior al diagnóstico de malformaciones o síndrome dismorfológico, así como para efectuar diagnósticos diferenciales de hiperemesis gravídica, depresiones postparto, sintomatología de ansiedad secundaria a toxemia del embarazo o alteraciones endocrinas, activación fisiológica exacerbada, sin motivo orgánico.

- Intervenciones en pacientes hospitalizadas con trastornos mentales preexistentes, sintomatología ansiosa o depresiva exacerbados durante la hospitalización, secundarios a alteraciones endócrinas (e.g. hipertiroidismo) o preclampsia, entrenamiento para el control de Hipertensión Arterial Sistémica durante el último trimestre del embarazo.
- Intervenciones cognitivo-conductuales para procedimientos invasivos, tales como venopunciones, tomas de muestras de sangre para análisis de glucosa, preparación para procedimientos invasivos, tales como: amniocentesis, cerclajes o cirugías en pacientes gestantes. Estas intervenciones tenían una o dos sesiones de duración, estructuradas de la siguiente manera: 1) se efectuaba la valoración conductual de la conducta meta, 2) se diseñaba un paquete de intervención breve, que generalmente incluía alguna de las siguientes técnicas: a) psicoeducación, b) respiración diafragmática, b) relajación autógena, c) imaginería. Cuando era posible, se empleaba la exposición indirecta al estímulo aversivo mediante la observación del mismo procedimiento en otras pacientes. 3) posterior a la experimentación del procedimiento invasivo en la paciente, se volvía a valorar la conducta meta, efectuando las modificaciones pertinentes a la intervención, o únicamente dando seguimiento del caso.

Padecimientos de la población atendida, con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición (DSM-IV, 2002)

Los diagnósticos de la población atendida se registraron con base en el DSM IV (2002), los cuales se agruparon de la siguiente manera:

- Trastornos adaptativos
- Trastornos de ansiedad
- Factores psicológicos que influyen en enfermedades médicas.

Durante la estancia en este servicio se efectuaron 274 intervenciones, de las cuales 112 fueron en modalidad grupal.

Intervención con pacientes embarazadas que cursaban con diabetes

Introducción

El Servicio de EAR tiene un protocolo de tratamiento para las pacientes gestantes que cursan con algún tipo de Diabetes, donde el equipo de salud habitual (médicos, enfermeras y dietista) trabaja para lograr niveles de glucosa adecuados y al egreso de las pacientes de la hospitalización, mantener la adherencia al régimen dietético prescrito. A partir del ciclo anterior, las residentes de Medicina Conductual nos hemos integrado a la atención de estas pacientes, efectuando intervenciones breves con el fin de sensibilizarlas y contribuir a facilitar el afrontamiento a este padecimiento mediante la enseñanza de habilidades para manejar el estrés y mantener el régimen dietético.

Con base en los antecedentes anteriores y considerando que las pacientes con diabetes permanecían por largos periodos de tiempo en hospitalización, se diseñó una intervención grupal breve para el manejo de estrés en diabetes gestacional. Consistió de una sesión donde se explicaba qué es el estrés, indicadores de estrés, estresores frecuentes en las pacientes durante la hospitalización, enseñanza de la técnica de solución de problemas y por último, se aplicaba la técnica de relajación autógena.

A continuación se reporta el estudio realizado:

Objetivo:

Aplicar un programa de manejo de estrés para mujeres embarazadas que cursan con diabetes mellitus o gestacional.

Pregunta de Investigación:

¿La aplicación de un programa de manejo de estrés en mujeres embarazadas que cursan con diabetes Tipo I, II o gestacional tiene algún efecto en el control de los niveles de glucosa?

Hipótesis de Trabajo

La aplicación de un programa de manejo de estrés en mujeres embarazadas que cursan con diabetes Tipo I, II o gestacional tiene algún efecto en el control de los niveles de glucosa.

Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por 15 pacientes embarazadas que cursaban con diabetes mellitus o gestacional, las cuales se encontraban hospitalizadas para control de glucosa, de las cuales 13 habían sido diagnosticadas con Diabetes Gestacional y 2 ya se conocían

diabéticas antes del embarazo. La edad de las participantes oscilaba en el rango de 19 y 42 años de edad, con una edad promedio de 24 años, DE = 6.

Diseño

En la presente investigación se efectuó un estudio de tipo exploratorio y transversal, con un grupo experimental sin grupo control, con mediciones pretest y postest.

Variables

VI: Programa de Intervención

VD: Niveles de glucosa

Mediciones fisiológicas:

Medición de glucosa en tiras reactivas

Medición de glucosa pre-prandial y post-prandial

Técnicas:

Psicoeducación

Solución de problemas

Relajación autógena

Procedimiento

1. Procedí a tomar la línea base, registrando los valores de glucosa en tira reactiva y el valor de glucosa pre-prandial y post-prandial más recientes.

2. Realicé la intervención mediante una sesión grupal, en el espacio físico donde se encontraban internadas las pacientes, la cual se efectuó de la siguiente manera:
 - 2.1. Hice una breve presentación de la terapeuta.
 - 2.2. Presentó la sesión a las pacientes, mencionando el objetivo y los temas, aclarando dudas y preguntas al respecto.
 - 2.3. Proporcioné psicoeducación en manejo de estrés, basado en el Manual para el Manejo del Estrés (Reynoso y Seligson, 2001), mediante exposición (Ver anexo 1), resaltando la importancia de la relajación y la solución de los problemas para tener un control adecuado de la glucosa.
 - 2.4. Expliqué la técnica de solución de problemas, basada en el modelo de D'Zurilla (D'Zurilla y Nezu, 1999), ejemplificándolo con un problema común entre el grupo de participantes. Al término, se recalcó la importancia y utilidad de la técnica para la estabilización de las cifras normales de glucosa.
 - 2.5. En seguida se aplicó la técnica de relajación autógena.
 - 2.6. Al término hice un breve resumen de la aplicación de la técnica y se ejemplificaron las situaciones en las que se pueden aplicar.
 - 2.7. Solicité a las pacientes que expusieran dudas y preguntas, las cuales se trató de responder, excepto cuando era información que correspondía al personal médico, en cuyos casos se les orientaba para pedir información.
 - 2.8. Concluí la sesión.

3. Al término de la aplicación de la intervención, registré el resultado de glucosa en tiras reactivas y la lectura de glucosa post-prandial cuando estaba indicado por el protocolo médico.

Resultados

Como puede observarse en las dos gráficas (Ver Figuras 4 y 5), en general las pacientes disminuyeron las cifras de glucosa al ser verificadas por la técnica de medición de glucosa en sangre con tiras reactivas y posteriormente al ser obtenidos los valores de glucosa pre-prandial y post-prandial. Este último valor se obtuvo en los tres días posteriores a la intervención psicológica.

Sin embargo, es importante mencionar que una de las pacientes no se benefició de la intervención. En este caso, se trataba de una mujer que ya se conocía diabética antes del embarazo, quien refirió no haber llevado un control adecuado de la diabetes, aunado a otros problemas psicológicos preexistentes, los cuales se exacerbaron al confirmar el embarazo; así mismo, carecía de redes de apoyo social. Es probable que debido a estos factores, fuera más difícil lograr el control metabólico esperado.

Figura 4. Valores de glucosa en sangre (tiras reactivas)

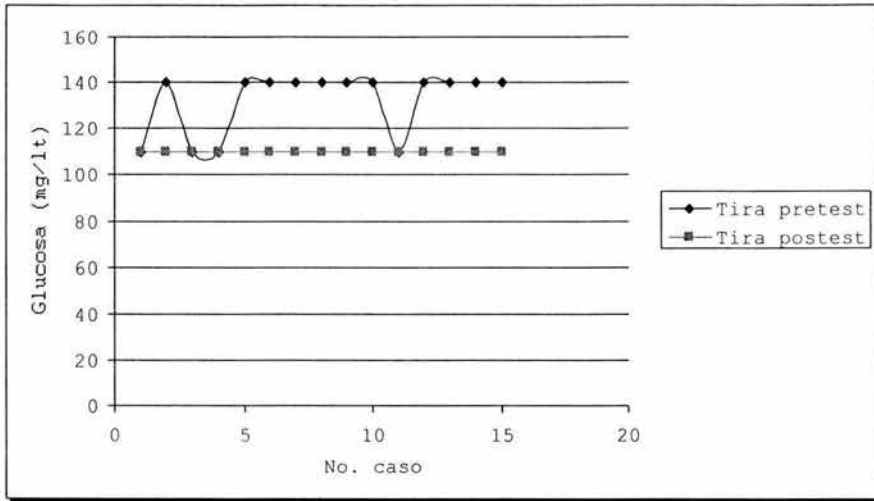
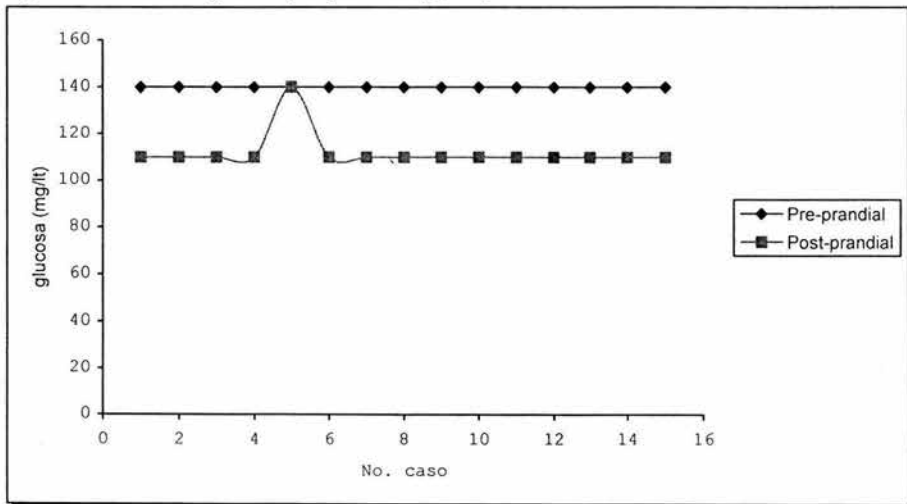


Figura 5. Valores de glucosa pre-prandial y post-prandial



Conclusiones

Este estudio exploratorio, aunque con las limitaciones por la presencia de otros factores estresantes, como el embarazo mismo, proporcionó un primer acercamiento para diseñar y aplicar programas psicológicos de intervención en las mujeres que cursan un embarazo complicado por diabetes, debido a que se han reportado un número escaso de intervenciones psicológicas para el manejo de este padecimiento, en comparación con la diabetes tipo I y II.

Por otro lado, esta investigación permitió probar si las intervenciones que ya han sido ampliamente estudiadas en la diabetes tipo I y II son útiles para promover, en primera instancia, el control de los niveles de glucosa en el organismo y en última instancia, implementar habilidades en las pacientes que presentan déficits en el autocontrol del padecimiento y así lograr que se adhieran al tratamiento para disminuir el impacto de la diabetes en el feto. Sin embargo, es necesario verificar si los cambios en la ingesta de alimentos que forman parte del manejo médico-dietético, así como el monitoreo de glucosa durante el embarazo por sí mismo y el efecto del tiempo del manejo de contingencias (alimentación, hospitalización, monitoreo sistemático de glucosa) pudieron tener algún efecto en los resultados obtenidos.

No obstante, aunque estos resultados en sí mismos no son concluyentes, si son útiles en el sentido que permitió conocer mejor las necesidades de las pacientes en particular y elaborar propuestas de materiales didácticos psicoeducativos (Ver Anexo A). De igual

manera, es importante recalcar que una parte fundamental para el manejo de este tipo de padecimientos sigue siendo el fortalecimiento de la comunicación entre los integrantes del equipo de salud, puesto que cada uno tiene igual importancia e influencia en el manejo de la paciente que padece este problema.

Sugerencias y limitaciones

Es necesario ampliar la muestra y hacer estudios comparativos entre pacientes diabéticas que no han requerido hospitalización para regular los niveles de glucosa así como pacientes que cursan con embarazos sin complicaciones; así mismo, emplear diseños con grupos control y diversos tratamientos, para determinar la efectividad de cada uno, así como la covarianza que pueda existir.

De igual manera, es necesario verificar en investigaciones posteriores la utilidad de materiales didácticos para apoyo de la paciente cuando egrese del internamiento (ver Anexo A) y verificar la adherencia al régimen dietético en su medio ambiente habitual.

Consulta externa

En este servicio se atendía a las pacientes referidas por el personal médico de los diferentes servicios y clínicas (ver Tabla 4), con base en el siguiente procedimiento general:

1. Entrevista diagnóstica y evaluación conductual
2. Elaboración del plan de tratamiento y contrato terapéutico
3. Intervención cognitivo-conductual
4. Evaluación del tratamiento
5. Alta (en los casos donde se concluyó el tratamiento)
6. Seguimiento

Tabla 4. Descripción de las intervenciones realizadas en la Consulta externa

Motivo de referencia	Diagnóstico DSM-IV	Tipo de intervención	Total
No permite exploración ginecológica	1. Trastorno por estrés postraumático, 2. Depresión moderada 3. Vaginismo	1. Psicoeducación 2. Reestructuración cognitiva 3. Entrenamiento para manejo de ansiedad	1
Dolor durante el coito	Dispareunia	1. Psicoeducación 2. Terapia conductual	1
Apoyo psicológico ante esterilidad	Problemas psicológicos secundarios a enfermedad médica	1. Intervención en Crisis	1
Preparación preoperatoria	Depresión moderada	1. Terapia Racional Emotiva 2. Entrenamiento en solución de problemas	3
Apoyo psicológico ante infertilidad	Problemas psicológicos secundarios a enfermedad médica	1. Terapia cognitiva 2. Entrenamiento en manejo de ansiedad	5

Tabla 4 (Continuación). Descripción de las intervenciones realizadas en la Consulta externa

Motivo de referencia	Diagnóstico DSM-IV	Tipo de intervención	Total
Diagnóstico de cáncer	Problemas psicológicos secundarios a enfermedad médica	1. Psicoeducación 2. Entrenamiento para manejo de ansiedad	1
Embarazo por abuso sexual y maltrato	Trastorno por estrés post traumático	1. Reestructuración cognitiva	1
Dolor de cabeza, espalda y miembros inferiores, prurito, úlcera erosiva en glúteo derecho, úlcera gástrica crónica, adormecimiento de miembros inferiores y cara sin causas específicas	Trastorno de somatización múltiple	1. Psicoeducación 2. Reestructuración cognitiva 3. Entrenamiento en solución de problemas	1
Falta de adherencia al tratamiento médico	Depresión moderada comórbida con problemas psicológicos secundarios a diabetes	1. Psicoeducación en diabetes 2. Reestructuración cognitiva 3. Entrenamiento en solución de problemas	1
Síntomas de ansiedad	Trastorno de ansiedad leve	1. Entrenamiento en relajación autógena 2. Entrenamiento en solución de problemas	4
Síntomas de depresión	Depresión moderada	1. Terapia racional emotiva 2. Entrenamiento en habilidades sociales 3. Entrenamiento en solución de problemas	5
Total			25

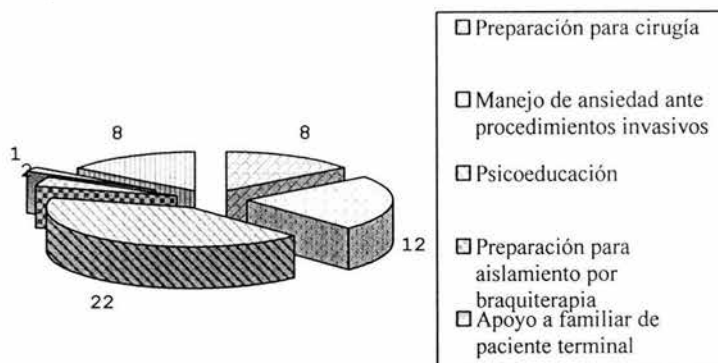
Rotación en el servicio de Oncología

El servicio de oncología se encuentra constituido de la siguiente manera: tiene un jefe de servicio, dos cirujanos oncológicos, dos oncólogos, un médico general y un físico. En la consulta externa está una enfermera asignada. En hospitalización se cuenta una jefa de enfermeras, tres enfermeras de base y una practicante de enfermería. En el espacio físico existen ocho camas y un cubículo específico para braquiterapia. La intervención se centró en la atención de pacientes hospitalizadas y pacientes de consulta externa.

Hospitalización

En este servicio se efectuaron 53 intervenciones. Las usuarias se situaron en edades entre 16 y 84 años. (Ver Figura 3). Las intervenciones consistieron en: preparación preoperatoria para cirugía oncológica, intervención cognitivo conductual para el manejo de síntomas de ansiedad anticipatoria ante procedimientos invasivos (biopsia por aspirado, biopsia excisional, biopsias por legrado, cirugía oncológica) y psicoeducación respecto al cáncer, con base en el diagnóstico específico de cada paciente.

Figura 3. Intervenciones realizadas en el Servicio de Oncología



En relación con la atención que proporcioné en la consulta externa de Oncología, trabajé en conjunto con el equipo médico, donde realicé las siguientes actividades en la consulta habitual y la clínica conjunta, en donde el personal médico discutía los casos y comunicaba el diagnóstico de Cáncer al paciente y su acompañante. Así, realicé las siguientes intervenciones:

- Manejo de ansiedad en pacientes a las cuales se sometía a biopsia.
- Valoración del estilo de afrontamiento y los recursos cognitivos de la paciente y el cuidador para identificar factores de riesgo que pudieran dificultar la adherencia al tratamiento, la aparición y exacerbación de síntomas psicológicos, con el fin de intervenir mediante técnicas cognitivo-conductuales, especialmente psicoeducación, reestructuración cognitiva, solución de problemas y relajación autógena.
- Intervención en crisis al comunicarse el diagnóstico confirmatorio de cáncer a la paciente.

- Psicoeducación acerca del cáncer y el tratamiento, dirigido a las pacientes y sus familiares.
- Intervención psicoeducativa para detectar y manejar la sintomatología emocional frecuente en el proceso de adaptación a la enfermedad (síntomas depresivos y/o de ansiedad), o cuando ya existía un trastorno emocional, evitar la exacerbación del mismo.

Guardias de fin de semana

Durante las guardias programadas, hice intervención en crisis en los servicios que solicitaron interconsultas, seguimiento de las pacientes hospitalizadas, intervención con los familiares que lo ameritaban, así como atendí a pacientes de consulta externa. En este servicio se atendieron 31 consultas.

Intervención psicológica en otras áreas

Ocasionalmente, realicé intervención en crisis en el servicio de Urgencias y con mujeres víctimas de abuso sexual que acudían a la institución por parte de las Agencias Especializadas en Delitos Sexuales del Ministerio Público. En la rotación anual se atendieron 4 casos al respecto.

Actividades académicas y trabajos presentados

- Programa de intervención para embarazadas con Diabetes Gestacional.
- Elaboración de la Escala de auto eficacia percibida para el cumplimiento del regimen alimenticio en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas en coautoría.
- Presentación de Cartel en el X Congreso de Psicología de la Sociedad Mexicana de Psicología (2002) con el tema: Escala de auto eficacia percibida para el cumplimiento del regimen alimenticio en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (Nájera, Ordaz, Villarruel y Villegas, 2002).
- Presentación de trabajo empírico en el Coloquio 2002 de la Sociedad de Medicina Conductual: Escala de auto eficacia percibida para el cumplimiento del regimen alimenticio en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (Nájera, Ordaz, Villarruel y Villegas, 2002).
- Taller: “El papel de la Psicología en el Servicio de Oncología”, impartido al personal de oncología del Hospital de la Mujer (Enero de 2004). Realizado en el Hospital de la Mujer, Cd. de México, México.

Competencias adquiridas

Con base en el programa académico proporcionado al inicio de la Rotación, considero que las actividades realizadas en el Hospital de la Mujer permitieron adquirir las siguientes competencias:

- Detectar, evaluar, diseñar y proporcionar tratamiento en la modalidad cognoscitivo-conductual en pacientes con problemas ginecobstétricos.
- Aplicar y aplicar técnicas, métodos y procedimientos derivados de la Medicina Conductual.
- Realizar valoraciones a pacientes que presentaban síntomas de ansiedad, activación fisiológica, o síntomas físicos no secundarios a la enfermedad médica, apoyando en el diagnóstico diferencial de los mismos.
- Diseñar y aplicar intervenciones cognoscitivo-conductuales para el manejo de estrés en pacientes con estancia hospitalaria prolongada.
- Diseñar y aplicar intervenciones en la modalidad grupal para regular los índices de glucosa en mujeres embarazadas con Diabetes Mellitus o Diabetes Gestacional.
- Efectuar intervenciones breves para favorecen la adherencia al tratamiento médico.
- Poner en práctica y mejorar la habilidad para la aplicación de técnicas de modificación de conducta, para disminuir la activación fisiológica, técnicas cognitivas, entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol, balance decisional, psicoeducación; las cuales se emplearon para disminuir los niveles de estrés,

disminuir sintomatología de ansiedad, depresión, trastornos sexuales y trastornos somatomorfos.

- Efectuar intervenciones cognoscitivo-conductuales tras la comunicación del diagnóstico de Cáncer en el paciente y los familiares.
- Efectuar intervenciones psicoeducativas en pacientes de recién diagnóstico.
- Intervenciones con familiares de pacientes con cáncer.
- Manejo de duelo por pérdida de productos, mutilaciones en pacientes con cáncer, tumores de ovario o trofoblasto (e.g. mama, ovario, útero).
- Preparación psicológica previa a la cirugía oncológica, histerectomía, infertilidad o cirugía general.
- Educación y manejo de síntomas fisiológicos, de ansiedad y depresión en mujeres climatéricas.
- Diseño y evaluación de intervención grupal para regular los niveles de glucosa en mujeres gestantes con diabetes mellitus o gestacional.

Caso Clínico

Ficha de identificación

A. C., femenino 24 años de edad, casada, primer producto a los 18 años. Actualmente cursa con segundo embarazo, de 32 semanas de gestación, con recién diagnóstico de diabetes gestacional (D.G.), corroborada mediante la prueba de tolerancia a la glucosa. Por lo anterior, fue internada en el servicio de E.A.R. para control metabólico de glucosa.

Motivo de consulta:

La paciente es referida por una de las médicas del servicio de EAR, por las crisis de llanto que presenta, para proporcionar “apoyo psicológico” (sic. interconsulta).

Análisis funcional

Desde que se le comunica el diagnóstico de D. G., A. C. inicia con síntomas de ansiedad, los cuales se exacerban en el transcurso de la estancia hospitalaria. Al día cuatro de haber ingresado, se verifica su nivel de glucosa mediante la toma de sangre pre-prandial (antes del desayuno) y post-prandial (dos horas posteriores a la ingesta del desayuno), sin lograr el control metabólico, a pesar de llevar las indicaciones médicas y no obstante mostrar niveles de glucosa aceptables en orina y sangre mediante tiras

reactivas, tras lo cual A. C. se muestra cada vez más “nerviosa” (sic. pac.) irritable y con llanto fácil, secundario a la presencia de pensamientos automáticos negativos, cuyo contenido recurrente es: “ya me quiero ir”, “mi hija está sola, no la he visto” (sic. pac.). La frecuencia de estos pensamientos se exacerbaba por las noches y en la mañana del día cuatro. Posteriormente, al octavo día de estancia, se repitió el procedimiento para obtener los niveles de glucosa pre-prandial y post-prandial, volviendo a presentarse la cadena conductual anterior. En ese momento tampoco obtuvo los niveles de glucosa esperados, por lo que debió permanecer hospitalizada.

Objetivo de la intervención:

1. Proporcionar psicoeducación sobre causas de la diabetes gestacional y los factores comportamentales implicados en el control de glucosa.
2. Entrenar en técnica de relajación autógena.
3. Lograr disminuir la frecuencia de pensamientos automáticos negativos.

Escenario y materiales:

La intervención se realizó en el cubículo de diabetes gestacional. Como materiales de apoyo se utilizaron lápices, plumas, hojas blancas, hojas de registro para glucosa.

Intervención

1. Establecí componentes de relación
2. Realicé entrevista conductual para obtener el análisis funcional de la conducta problema
3. Acordé el plan terapéutico con la paciente
4. Proporcioné psicoeducación respecto a la diabetes gestacional y los factores comportamentales que alteran los niveles de glucosa
5. Implementé mediante modelamiento la técnica de relajación autógena
6. Establecí como tareas conductuales: realizar tres veces en el día la técnica de relajación autógena y hacer registro de pensamientos automáticos negativos.
7. Al siguiente día se verificó la realización de las tareas, corrigiendo la práctica de la relajación y debatiendo los pensamientos automáticos negativos que anotó.
8. El paso anterior se efectuó un día más.
9. El cuarto día, que correspondía al examen pre-prandial y post-prandial, acudí media hora previa a la toma de sangre pre-prandial para verificar que la paciente hiciera el ejercicio de relajación y le sugerí hacer el mismo procedimiento media hora antes de la toma pre-prandial.
10. Término de la intervención al lograr las metas terapéuticas.

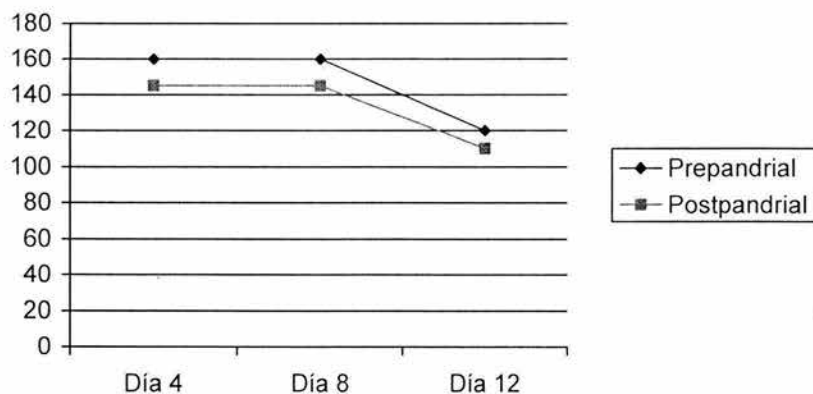
Resultados

A continuación se muestran los resultados de la paciente obtenidos durante el transcurso de la intervención (Ver Tabla 5 y Figura 5), con los indicadores fisiológicos establecidos en el manejo de esta población de pacientes en el servicio de EAR:

Tabla 5. Valores diarios obtenidos por la paciente en los indicadores fisiológicos

Día	Glucosa en sangre (tira reactiva mañana)	Glucosa en orina (tira reactiva mañana)	Cetonas
1	160	140	negativo
2	160	140	negativo
3	140	140	negativo
4	110	110	negativo
5	110	110	negativo
6	110	110	negativo
7	110	110	negativo
8	110	110	negativo
9	110		negativo
10	110	110	negativo
11	110	110	negativo
12	110	110	negativo

Figura 5. Valores obtenidos en el examen de glucosa pre y postpre-prandial



Al resultar los niveles de glucosa dentro de los límites normales, el médico asignado decide dar de alta, y ante esto, se concluye la intervención con la paciente, sugiriendo la práctica continua de las tareas conductuales aprendidas en el hogar, dejando cita abierta con el servicio en el caso de requerirlo. Posteriormente, contacté a la paciente en el área de seguimiento de EAR, quien informó verbalmente que esporádicamente se presentaban los síntomas motivo de la intervención, pero ya era capaz de controlarlos; de igual manera, continuó siendo adherente a la dieta y así mismo, mantenía un adecuado control metabólico de la glucosa.

Conclusiones

La estancia en el Hospital de la mujer fue beneficiosa, ya que permitió intervenir en una amplia gama de padecimientos en población femenina. Cuando ingresé a esta institución, el personal tenía la idea general del psicólogo clínico tradicional, por lo que tuvimos que mostrar mediante las intervenciones realizadas y mediante el contacto diario las aportaciones en la atención a la salud.

Al término de la rotación, fue posible trabajar de manera más estrecha con el equipo de salud de los servicios a los que fui asignada. Sin embargo, aún falta conocimiento acerca de las alteraciones comportamentales que atiende de manera específica el psicólogo entrenado en Medicina Conductual, lo cual se reflejó por el hecho de que las interconsultas y las sugerencias de atención por parte del personal de salud eran eventos de llanto, tentativa de abandonar el tratamiento o pedir alta voluntaria por parte de las pacientes y/o sus familiares.

En otro aspecto, tanto en la hospitalización como en la consulta externa, se presentaron dificultades para hacer seguimiento de casos de la paciente, en ocasiones por las condiciones generales de salud en las que se encontraban, problemas económicos o al ocurrir el evento ginecobstétrico esperado, sólo acudían a las revisiones médicas.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

SEDE:

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA

Servicio de Hematología Pediátrica

Introducción

Antecedentes de la Medicina Conductual en ambientes pediátricos

Dentro de la psicología se ha derivado un área denominada Psicología Pediátrica (Society of Pediatric Psychology, 2004) que surge con el propósito de prevenir y mantener en estado óptimo de salud a los niños con el fin de elevar su nivel de calidad de vida. La Pediatría Conductual se desprende de esta área que se ha venido desarrollando en respuesta al esfuerzo multidisciplinario de atención al niño.

En este sentido, la pediatría conductual es definida como el empleo de la metodología conductual en los niños que tienen problemas médicos, enfocado al entrenamiento y aprendizaje de habilidades, sin abordar la etología de los déficits de habilidades, así como la evaluación empírica del proceso de tratamiento y los resultados. Es interdisciplinaria y su campo de acción es el manejo de enfermedades agudas y crónicas, incluyendo el entrenamiento a padres, técnicas de autocontrol en niños y entrenamiento al personal de salud (Whitehead, 1992, citado en: Maes, Leventhal y Johnston, pp. 395-396).

La hospitalización pediátrica

La hospitalización pediátrica, puede ser considerada una experiencia durante la cual un niño puede estar expuesto a un conjunto de factores de riesgo específicos que pueden tener un impacto negativo en la adaptación subsiguiente del niño. La evidencia

substancial existente sugiere que la estancia hospitalaria, tiene relativamente un mínimo impacto en el desarrollo a largo plazo si se maneja adecuadamente (Lewis, 1996).

Además de los factores estresantes, la múltiple exposición puede incrementar enormemente el potencial impacto negativo de la experiencia. Existe un modelo multivariado complejo diseñado para evaluar el impacto de la hospitalización que incluye cinco factores: (a) la naturaleza de la enfermedad, (b) la naturaleza de la experiencia de la hospitalización, (c) el contexto sociocultural de la hospitalización, (d) las habilidades para adaptarse de los padres y (e) la capacidad del niño para afrontar la enfermedad. Es importante tener en cuenta el desarrollo. Mientras exista una pequeña evidencia de que la hospitalización a edad temprana dentro de los primeros 6 meses de vida está asociado con problemas posteriores, un número de estudios en diferentes edades mostraron que los niños entre 1 y 4 años de edad pueden ser particularmente sensibles (Lewis, 1996).

Muchos patrones de desarrollo contribuyen para iniciar un período vulnerable, incluyendo a) la realidad de que el padre es percibido como la primera persona con la que se relaciona, pero en ocasiones no está disponible para modular la experiencia de hospitalización, resultando en estrés para el paciente, b) el niño desea establecer un sentido de independencia y autonomía, el cual depende de la posición dependiente y pasiva requerida durante el período de hospitalización y c) las habilidades preoperacionales que posee. La respuesta de los padres a la hospitalización representa una consideración clínica. El objetivo básico durante la hospitalización aguda es proveer

un sentido de seguridad emocional para el niño. Es importante para los padres tomar un papel activo para proveer soporte emocional para el niño, con lo cual se le ayuda para afrontar su propia ansiedad. La confianza y la relación comunicativa entre el equipo de salud y la familia pueden disminuir el nivel de ansiedad de los padres y los niños. Esta confianza puede potenciarse por las enfermeras, que identifican a los padres que tienen dificultades para afrontar la situación (Lewis, 1996).

El papel del psicólogo dedicado a la Pediatría Conductual es, entre otros, fungir como colaborador o asesor en la elaboración tanto de la evaluación como del tratamiento de un caso pediátrico en conjunción con otros profesionales de la salud. Como investigador, se dedica a aplicar los diferentes principios de la medicina conductual a distintos padecimientos pediátricos, en diversos ámbitos y circunstancias para: primero, producir datos o nuevas preguntas que puedan retroalimentar a la teoría; y segundo, mejorar la calidad de vida del paciente tanto en los ámbitos institucionales (hospitales, clínicas, centros de rehabilitación, etc.) como en su hogar.

Dentro de la investigación e intervención que se lleva a cabo en la Psicología Pediátrica un área esencial son los frecuentes problemas de ajuste en el niño a la enfermedad crónica o con dolor y/o a los procedimientos médicos estresantes del tratamiento. Los trastornos de ansiedad y depresión derivados de las limitaciones físicas y sociales que provoca la enfermedad; así como los trastornos mentales conductuales secundarios a daño en SNC cuando la enfermedad ataca este importante órgano (Méndez y Ortigosa, 2000).

Breve introducción sobre la leucemia aguda y los procedimientos invasivos utilizados

La leucemia ha sido definida como una proliferación neoplásica generalizada de uno de los tejidos leucopoyéticos, habitualmente acompañada de invasión de la corriente sanguínea y producción temprana o tardía de metástasis, con mayor o menor grado de desorganización de los tejidos invadidos (Salas, 1988).

De acuerdo con Ruiz (2001, p.181), "las leucemias agudas son un grupo heterogéneo de padecimientos que suponen una proliferación desordenada de una clona de células hematopoyéticas". La clasificación de los diferentes tipos de Leucemia Aguda (LA) se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Clasificación de las Leucemias Agudas: clasificación morfológica

(citado en: Ruiz, 2001, p.181).

LAL L1	Linfoblástica típica	LAM M3	Promielocítica hipergranular
LAL L2	Linfoblástica atípica	LAM M4	Mielomonoblástica
LAL L3	Parecida al linfoma de Burkitt	LAM M5	Monoblástica pura
LAM M0	Mieloblástica diferenciada mínimamente	LAM M6	Eritrileucemia
LAM M1	Mieloblástica inmadura	LAM M7	Megacarioblástica
LAM M2	Mieloblástica madura		

- Clasificación inmunológica

Por medio de esta clasificación se reconocen estirpes o tipos celulares, se establecen subgrupos inmunológicos en poblaciones normales y su contraparte leucémica y se definen poblaciones celulares con propiedades biológicas específicas.

Así, se clasifican en LAL B (leucemia aguda linfoblástica B), LAL T (leucemia aguda linfoblástica T) y LAM (leucemia aguda mieloblástica). (Ruiz, 2001, p.181).

- Clasificación citogenética

La clasificación citogenética se basa en las alteraciones cromosómicas presentes en la LAL y la LAM. (Ruiz, 2001, p.181).

En relación con los protocolos de tratamiento que se llevan a cabo, se realizan en varias fases:

1. Inducción a la remisión. Es la primera parte del protocolo, en la cual se aplica quimioterapia intravenosa e intratecal para intentar destruir la mayoría de células leucémicas y recuperar la hematopoyesis normal y mejorar el estado de salud general del paciente. Son frecuentes el uso de vincristina, prednisona y L-asparginasa.
2. Tratamiento post remisión. Tiene como objetivo destruir las células residuales que hayan sobrevivido, el esquema de quimioterapia se modifica.
3. Tratamiento preventivo de la leucemia meníngea. Se administra quimioterapia intratecal, aplicación intravenosa de metotextrato, citarabina, así como la

administración de corticoesteroides. En escasas ocasiones se requiere recurrir a la radioterapia intracraneal.

4. El tratamiento de continuación o mantenimiento de la remisión, tiene como objetivo destruir los últimos vestigios de leucemia residual, usando medicamentos que interfieren con la síntesis de ADN (mercaptopurina y metotextrato), ocasionando mielo supresión. Se administra durante 2 a 3 años consecutivos, con frecuencia combinados con otros fármacos.

El tratamiento de las Leucemias requiere de procedimientos médicos invasivos periódicos indispensables durante el tratamiento y vigilancia de los casos. De estos, los que se repiten con mayor frecuencia son: venopunción, punción lumbar, aplicación intratecal de quimioterapia y aspirado de médula ósea, los cuales se explican brevemente más adelante.

La venopunción es el procedimiento más frecuente en el diagnóstico y tratamiento de la leucemia. Es necesaria para realizar el estudio de biometría hemática y se lleva a cabo por lo menos cada tres semanas. Por otro lado, muchos de los medicamentos del tratamiento antineoplásico se administran por vía intravenosa y dado que los ciclos de quimioterapia se aplican cada mes durante todo el tratamiento (entre dos y tres años), la venopunción es uno de los procedimientos que más incrementan la respuesta de ansiedad en el niño con el paso del tiempo. Es importante mencionar que las venas sufren un deterioro que dificulta su localización conforme aumenta el número de procedimientos en éstas. Debido a que la respuesta fisiológica de estrés normal implica

vosocostricción, realizar una venopunción cuando genera ansiedad es más difícil y requiere de mayores intentos, lo cual hace que el niño sea sometido a una situación de tensión y dolor prolongada, generando una experiencia negativa y en algunos casos puede ser un estímulo aversivo.

La punción lumbar consiste en la toma de una muestra de líquido cefalorraquídeo a través del espacio interlumbar para: descartar infiltración al SNC, estadificar tumores sólidos con origen dentro y/o fuera del SNC, dar seguimiento al tratamiento de neoplasias con origen dentro y fuera del SNC, así como la administración de quimioterapia intratecal (Rivera, 1994). Aunque este procedimiento se lleva a cabo aproximadamente cada mes como seguimiento del protocolo de tratamiento médico, tras la administración de medicamento vía intratecal, en algunos casos se puede realizar hasta cada tercer día durante dos semanas, lo cual aumenta considerablemente la ansiedad y dolor en el niño. Al respecto es frecuente observar que en casos de constituirse en fobia específica, la sedación no es suficiente y el niño se torna poco cooperador, por lo que en ocasiones requiere sujeción gentil.

El aspirado de médula ósea se emplea como diagnóstico de leucemia o metástasis, para la estadificación de tumores sólidos, realización de estudios citogenéticos, citoquímicos o inmunológicos en células neoplásicas y evaluar la respuesta de la neoplasia ante el tratamiento. Consiste en aspirar el material del canal medular mediante una jeringa para obtener una muestra de sangre sinusoidal en la que se encuentran suspendidas las células hematopoyéticas.

Este procedimiento es considerado de los más dolorosos dado que es necesario perforar el hueso para obtener el material de estudio y se aplica con una alta frecuencia, es por eso que debe llevarse a cabo siempre bajo anestesia local. Hay autores que recomiendan sedación e incluso anestesia endovenosa.

Al respecto, Ellis y Spanos (1994) refieren que el aspirado de médula ósea es percibido por los niños como el procedimiento más doloroso y estresante, seguido por la punción lumbar y las venopunciones.

Rivera (1994) indica que en su experiencia en el INP puede prescindirse de la sedación cuando se sigue una técnica adecuada y más aún si se toma que los niños se someten al procedimiento en repetidas ocasiones y que el riesgo de la anestesia no es despreciable. Lo anterior justifica la aplicación de procedimientos derivados de la Medicina Conductual para disminuir la percepción del dolor, la sedación y los síntomas de ansiedad asociados a estos procedimientos invasivos.

Intervenciones de la Medicina Conductual en pacientes con leucemia aguda

De acuerdo con la literatura, existe una alta incidencia de desajustes psicológicos en los pacientes que padecen algún tipo de leucemia y sus familiares. Algunos autores (Bernard, et al., 2002; Boeke, Deeg, Kriegsman, van Eijk, van Tilburg, Penninx, 1998; Bakarat, et al., 1997; Sharan, Mehta y Chaudhry, 1999, 1999a) refieren una elevada incidencia de síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos para trastornos depresivos y de ansiedad, estrés postraumático (DSM-IV TR, 2002), funcionamiento familiar y apoyo social en pacientes con leucemia y sus familiares. Crnic y Greenberg (1990) encontraron una relación entre el estrés de los padres y la disminución en el número de interacciones adecuadas entre padres e hijos. Así mismo, la depresión materna se ha relacionado con la percepción de niveles elevados de problemas de conducta, o menor competencia (Webster-Stratton, 1990). Otros autores refieren que la incidencia de trastornos depresivos y de ansiedad varía entre 60 y 75% de los padres de niños que padecen leucemia.

Son numerosos los estudios dedicados a reducir la ansiedad y el estrés ante procedimientos médicos tanto en adultos como en pacientes pediátricos. Méndez y Ortigosa (1997, citados en: Méndez y Ortigosa, 2000) indican que los estresores hospitalarios se clasifican en cuatro grupos: los derivados de la enfermedad (dolor, secuelas, temor a la muerte), procedimientos médicos (inyecciones, extracciones de sangre, aspiraciones de médula ósea, punciones lumbares, cateterismo cardíaco, cirugía),

los vinculados directamente con la estructura y organización del hospital, y los asociados a las relaciones personales.

Thompson y Gustafson, (1996) efectuaron una revisión de la investigaciones relacionadas con el ajuste infantil tras padecer una enfermedad crónico- degenerativa, concluyendo que los niños que presentan una enfermedad crónica están en riesgo de presentar dificultades en el ajuste psicológico, especialmente en tres áreas: a) ajuste emocional y conductual, autoestima b) ajuste social y relaciones con pares, c) ajuste escolar y rendimiento.

Al respecto, Bakarar et al. (1997) compararon una muestra de sobrevivientes de diversos tipos de cáncer y a sus padres con un grupo control, con el objetivo de determinar si existían diferencias en la incidencia de síntomas de ansiedad, trastorno de estrés postraumático y ajuste social. Estos autores encontraron que hay una mayor incidencia de síntomas de ansiedad y estrés postraumático en los padres de los niños sobrevivientes de cáncer en comparación con el grupo control. Así mismo, los hijos de los padres que presentaron niveles moderados o habituales de ansiedad son menos ansiosos, en tanto que la percepción de niveles elevados de soporte social en los padres de estos pacientes se correlaciona negativamente con síntomas de ansiedad y estrés postraumático en sus hijos.

Loewy (2002) midió la relación entre las variables: locus de control, competencia percibida y rendimiento escolar en los pacientes pediátricos de leucemia. Este autor indica que el hecho de que un niño padezca leucemia, implica que esté forzado a someterse a los protocolos de tratamiento donde tienen un control limitado y se perciben menos competentes. Este estudio exploró los efectos potenciales del tratamiento de la leucemia sobre el locus de control y la competencia percibida, y el rendimiento escolar. Los resultados indicaron que las niñas de mayor edad que padecen leucemia tienden a percibirse menos competentes, con más dificultades para controlar las situaciones, de acuerdo al reporte de las niñas y sus profesores.

En cuanto a los adolescentes, un estudio realizado por Çavusoglu (2000) con 30 adolescentes mostró que tienen más interés en ser informados sobre el tratamiento y el pronóstico, más que la etiología. En su totalidad, reportaron problemas físicos debidos a la enfermedad y el tratamiento, en tanto que 50% refirieron tener problemas sociales, los cuales disminuyeron al entrar en la fase de remisión. Sin embargo, indicaron que tienen miedo a los efectos secundarios del tratamiento y el pronóstico. Los adolescentes que sufrieron recaída, manifestaron temor y preocupación de morir, alterando las relaciones con los amigos y la familia.

Pringle, Dahlquist y Eskenazi (2003), estudiaron la preservación de información en la memoria tras la inducción de sedación en una muestra de niños que padecían cáncer, mediante una tarea de memoria; encontraron que el midazolam produce amnesia anterógrada en el reconocimiento visual, pero no en la facilitación visual perceptual,

concluyendo que aún cuando se seden, estos niños pueden aprender de las experiencias de exponerse a aspirados de médula ósea y lumbar.

En otro estudio, Chen, Zeltzer, Craske y Katz (2000), encontraron resultados similares a la investigación anterior, además de que a mayor edad de los niños, la memoria de lo sucedido en el evento es más amplia y detallada. Así mismo, los niveles de ansiedad después de realizado el procedimiento permanecen similares a la ansiedad anticipatoria, aún con la administración del sedante, lo cual podría reforzarla ante la realización de procedimientos invasivos posteriores.

Por otra parte, Tadmor y Weyl Ben Arush (2000) muestran los resultados en Israel de un programa de atención para el paciente de leucemia y su familia, el cual se basa en el Modelo de Control Personal Percibido (CPP). Este programa incide en la interacción entre el equipo de salud que atiende al niño, el paciente y su familia, y en otro sentido, procura efectuar modificaciones a nivel social de las políticas e infraestructura para la atención de estos pacientes.

Así mismo, Méndez y Ortigosa (2000) diseñaron un modelo general de intervención para procedimientos invasivos, basado en la información, que se efectúa en las siguientes fases: 1. Psicoeducación, 2. Ensayo o adquisición de habilidades y 3. Fase de aplicación y consolidación de habilidades.

Ahora bien, se han reportado estudios de programas individuales de intervención en niños que han desarrollado síntomas de ansiedad generalizada tras la exposición reiterada a procedimientos invasivos (p.ej: Strokes, 1999), siendo frecuente el empleo de la psicoeducación, el modelado, de la relajación en sus diferentes modalidades, distracción conductual y cognitiva, autorregistros y registros observacionales, así como diversas estrategias de afrontamiento (Salas, Gabaldón, Mayoral, Guerrero y Amayra, 2002; L Horne y Vatmanidis, 1994), siendo menos utilizados las técnicas derivadas del autocontrol y autoeficacia.

En este sentido, Salas et al. (2003), efectuaron una intervención psicológica con un infante recién diagnosticado con leucemia aguda, que era reportado por el personal de salud con ansiedad anticipatoria a los procedimientos médicos. Estos investigadores pudieron comprobar que el uso de las técnicas de respiración, distracción (en su modalidad cognitiva), refuerzo negativo y ensayo conductual resultan eficaces para disminuir síntomas de estrés y ansiedad anticipatoria.

En México se realizó un estudio preliminar con el objetivo de indagar acerca de como afrontan los padres la leucemia que padecen sus hijos, en relación con la manera en que afecta sus recursos financieros y sociales (Rocha-García et al. 2003). La muestra estuvo conformada de 51 pacientes menores de 15 años, los cuales estaban siendo tratados en hospitales del IMSS, donde sus padres fueron entrevistados empleando un cuestionario para indagar las respuestas emocionales a la enfermedad. La respuesta más común al estresor de la enfermedad es el fortalecimiento de los lazos familiares (82.4%). La

segunda respuesta más común estuvo relacionada con el tiempo que se dedica al cuidado del niño enfermo (78.4%). Esto es aun más importante en las familias con recursos sociales y económicos escasos, así como sus respuestas emocionales a los eventos de la vida por la enfermedad, porque estas limitaciones imponen grandes limitaciones y hacen que sea más difícil el afrontamiento. De acuerdo con estos autores, las intervenciones psicológicas son una parte importante para asegurar el tratamiento adecuado del niño en estas circunstancias.

Reynoso-Eraza y Rubio (2003) realizaron un estudio exploratorio para conocer el nivel de información sobre la leucemia y la percepción de la relación entre pacientes, padres y personal de salud, encontrando en pacientes y padres déficits importantes en cuanto al conocimiento de la enfermedad, de los tratamientos invasivos empleados y acerca de los efectos secundarios de la quimioterapia. De igual manera, los padres y el personal de salud encargado de la atención del niño manifestaron dificultades para establecer una relación adecuada que permitiera llevar a cabo las indicaciones médicas de manera adecuada.

Así mismo, Rocha-García et al. (2003) afirman que en los padres de nivel socioeconómico bajo, suelen estar más afectados por la leucemia, tanto en la percepción de la enfermedad, el impacto psicológico, el empleo de estrategias de afrontamiento, las relaciones familiares, así como en el impacto socio-económico.

Ubicación, antecedentes, datos censados, población, nivel de atención, servicios,
organigrama

Ortiz (2000), refiere que esta Institución nació por decreto del Presidente Gustavo Díaz Ordaz en 1968, siendo inaugurado en 1970 como Instituto Nacional de Ayuda a la Niñez (IMAN), pasando a 1972 con el nombre de Hospital del Niño IMAN. EN 1977 se fusiona con el DIF, denominándose Hospital del Niño DIF. En 1979 se llamó Instituto Nacional de Pediatría-DIF y a partir de 1983 se incorpora a los Institutos Nacionales de Salud, llamándose Instituto Nacional de Pediatría (INP).

La misión del INP es proporcionar atención de salud en un tercer nivel, generar nuevos conocimientos en las áreas que conforman la pediatría, formar recursos humanos, y brindar atención médico-quirúrgica de elevada complejidad.

El INP se ubica en Insurgentes Sur 3900- C, Colonia Cuicuilco-Insurgentes, Delegación Coyoacán, proporciona atención en el tercer nivel y en consecuencia, pertenece a la coordinación de Institutos de la Secretaría de Salud.

Para el ciclo de estudios 2003, el Instituto oferta 21 cursos de especialidades médicas, reconocidas por la Universidad Nacional Autónoma de México y varios cursos de posgrado y de nivel técnico.

En cuanto a los servicios de apoyo y diagnóstico, cuenta con los servicios de anatomía patológica, hemodinámica, rayos X, medicina nuclear, neurofisiología, imagenología y los laboratorios clínicos para apoyar las labores de atención médica. Así mismo se cuenta con 10 quirófanos, equipados para atender cirugías complejas.

En las instalaciones del INP anualmente se proporcionan aproximadamente 200,000 consultas, hospitalizan alrededor de 8,000 pacientes.

En cuanto a la ubicación de la residente de Medicina Conductual en el INP, se tuvo como primera autoridad a una psicóloga Adscrita al Servicio de Salud Mental. En el caso de permisos de vacaciones se debía solicitar autorización también al jefe de enseñanza y al supervisor académico.

Durante la estancia en el hospital el Supervisor *in situ* fue la Mtra. Shirley Rubio Carrasco adscrita al servicio de psicología del hospital, con especialidad en Medicina Conductual. La rotación se realizó en el servicio de “Hematología Pediátrica”, trabajando con la población de pacientes pediátricos que padecían Leucemia Aguda.

Rotación en el servicio de hematología pediátrica

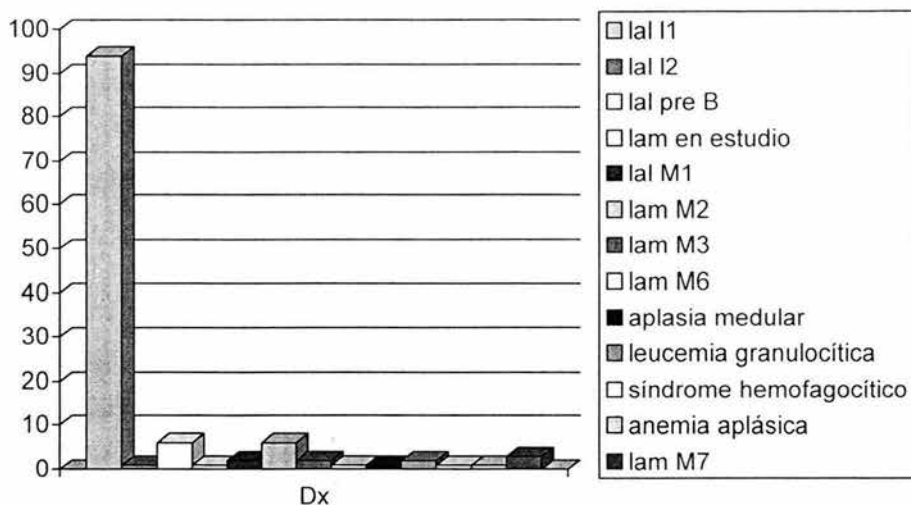
El servicio de Hematología cuenta con un jefe de servicio y cuatro médicos adscritos, dos residentes segundo año de hematología pediátrica, dos residentes de primer año de hematología pediátrica y cinco residentes rotantes de pediatría. En hospitalización se cuenta con una jefa de enfermeras, cinco enfermeras, un número variable de practicantes de enfermería y dos trabajadoras sociales; un médico anestesiólogo y enfermeras de apoyo para la aplicación de procedimientos quirúrgicos, aspirado de médula ósea (AMO) y quimioterapia intratecal y en los casos necesarios, se interconsultaba con el servicio de clínica del dolor. En consulta externa se cuenta con el área de terapia ambulatoria, donde se efectúan el AMO y la quimioterapia intratecal en los pacientes no hospitalizados.

Actividades realizadas en el INP

Las actividades realizadas se guiaron a partir de las necesidades detectadas en el Servicio de Hematología Pediátrica. Dentro de las necesidades de la población de hematología en el INP, las actividades del psicólogo están enfocadas a disminuir el impacto psicosocial de la enfermedad en el paciente y su familia, proporcionar psicoeducación en cada una de las fases de tratamiento de la enfermedad, detectar alteraciones comportamentales que perjudiquen la adherencia al tratamiento, implementar, incrementar o disminuir estas alteraciones, entrenar a pacientes y familiares para modificar las estrategias de afrontamiento, la adherencia al tratamiento, las habilidades sociales, el control de la activación fisiológica debida a ansiedad, así como la reintegración del paciente y la familia a las actividades cotidianas, para promover una calidad de vida óptima en el paciente y sus cuidadores.

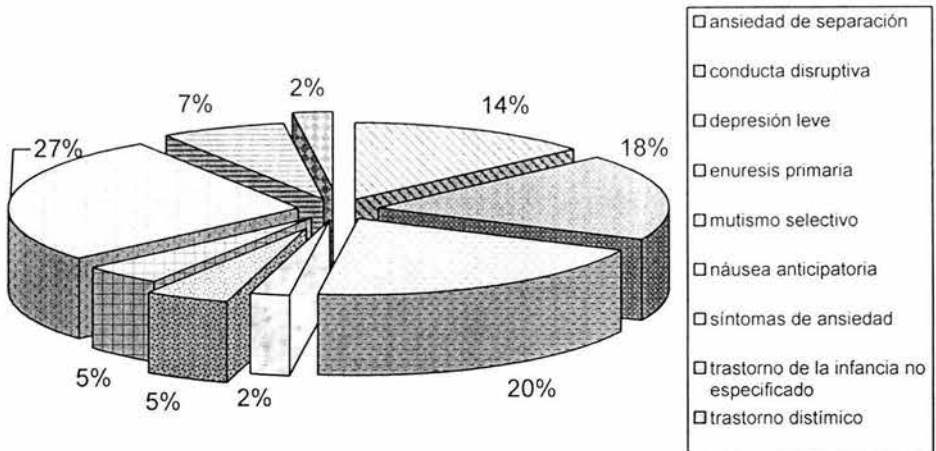
Con base a lo anterior, atendí a 121 pacientes durante la estancia hospitalaria. La edad promedio fue de 6.36 años, DE = 3.93, con rango de dos meses de edad hasta 17 años. El diagnóstico más frecuente fue la Leucemia Aguda Linfocítica L1, excepcionalmente se atendieron algunos casos con otro diagnóstico diferente a Leucemia Aguda, tal como puede verse en la Figura 6.

Figura 6. Diagnóstico médico de los pacientes atendidos



Como puede observarse en la Figura 7, en la primera hospitalización predominaron los síntomas de ansiedad en los pacientes, en sus diferentes manifestaciones clínicas; en los internamientos posteriores esta sintomatología se modificó, presentando con mayor frecuencia conductas disruptivas (berrinche, agresión), síntomas ansiosos y depresivos (ver Figura 8). Del total de pacientes, 12 ameritaron seguimiento en la Consulta Externa. Cabe mencionar que la psicóloga adscrita atendía en su mayoría las interconsultas enviadas a Consulta Externa de Salud Mental.

Figura 7. Diagnóstico psicológico en la primera hospitalización



Por otra parte, en algunas ocasiones fue necesario intervenir con las madres o cuidadores de los pacientes, debido a la aparición de síntomas de ansiedad y depresión al inicio del tratamiento de la leucemia, o cuando éste fallaba. En una menor proporción, algunas madres se diagnosticaban o previamente ya tenían historia de algún trastorno mental (Ver Figura 9).

Figura 8. Diagnóstico psicológico en las hospitalizaciones subsiguientes

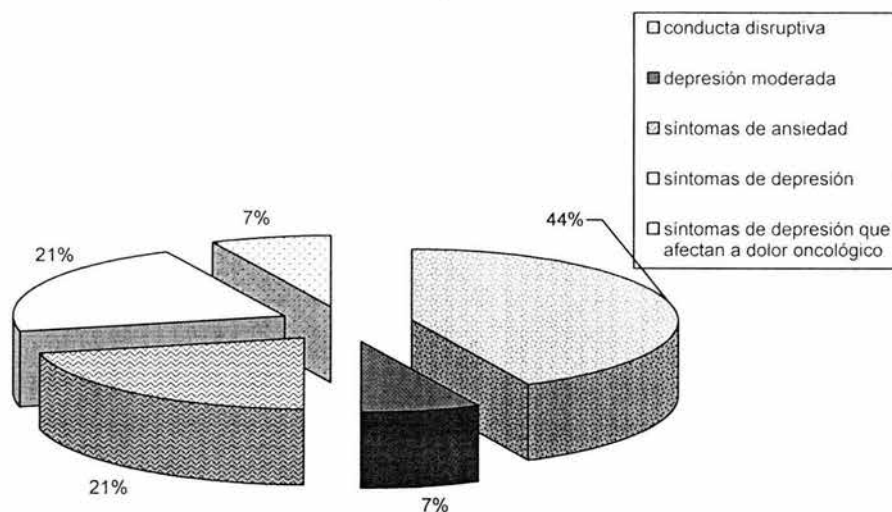
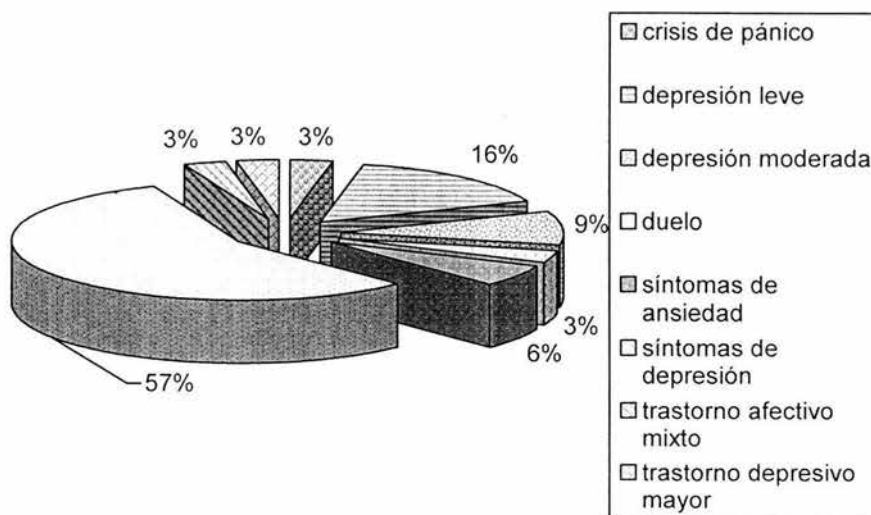
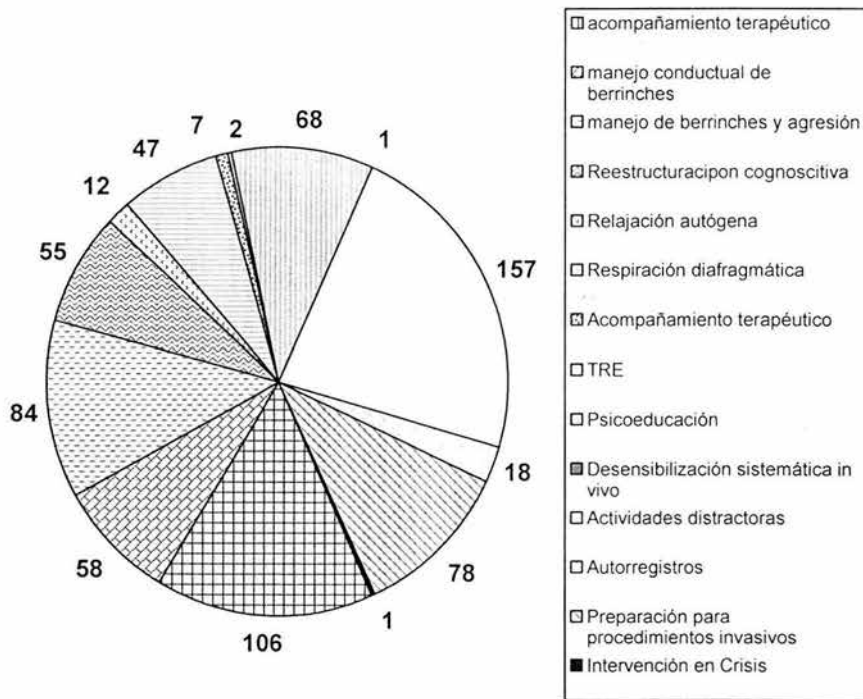


Figura 9. Diagnóstico psicológico de madres o cuidadores



Con base en lo anterior, realicé alrededor de 694 intervenciones con pacientes y padres, proporcionando a todos los pacientes psicoeducación respecto al diagnóstico médico de base. Además, realicé intervención en crisis con 3 pacientes en fase terminal y sus padres, apoyé en el manejo del duelo por fallecimiento en 5 ocasiones (ver Figura 10).

Figura 10. Tipos de intervenciones subsecuentes



De manera específica, las actividades que realicé con los pacientes de Leucemia Aguda del Servicio de Hematología fueron:

- Detectar problemas psicológicos en niños hospitalizados
- Detectar problemas psicológicos en los padres o cuidadores de niños hospitalizados
- Diseñar y aplicar programas cognitivo-conductuales en niños hospitalizados
- Diseñar y aplicar programas cognitivo-conductuales para los padres o cuidadores de niños hospitalizados
- Proporcionar psicoeducación sobre el padecimiento médico de base y los efectos secundarios de los tratamientos a los padres o cuidadores.
- Realizar Intervención en Crisis en pacientes adolescentes y familiares ante diagnóstico o comunicación de malas noticias (recaída, falla terapéutica, fase terminal, muerte).
- Detectar sintomatología aguda o psiquiátrica y trabajar en colaboración con el paidopsiquiatra para el manejo del paciente o cuidador.
- Entrenar a pacientes y familiares para la preparación ante procedimientos invasivos, síntomas agudos de ansiedad, fobias específicas, náusea y vómito anticipatorios a la quimioterapia.
- Orientar al personal de salud a cargo del niño en el manejo de los pacientes que presentaban conductas disruptivas, trastornos adaptativos o de conducta, debidas a la hospitalización o quimioterapia.
- Entrenar a los padres en la técnica de solución de problemas para generar soluciones a los problemas económicos y familiares secundarios a la enfermedad.
- Fortalecer las redes de apoyo social del paciente y sus cuidadores.

- Rehabilitar al paciente para la integración a las actividades cotidianas adecuadas a su edad (escuela, grupo de pares, actividades recreativas, interacción con la familia).

A continuación, se presenta la propuesta de programa psicoeducativo para padres de niños con leucemia. Con la presente propuesta de intervención pretendí establecer una intervención psicológica que proporcionara habilidades a los padres/cuidadores para disminuir algunos síntomas de ansiedad, los cuales con frecuencia se relacionan con el incremento en aversión a la estancia hospitalaria y a los procedimientos invasivos que requiere el tratamiento de la leucemia.

Pregunta de investigación

La aplicación de un programa de entrenamiento en el manejo de ansiedad en padres de niños con leucemia aguda:

1. ¿Reduce los síntomas de ansiedad en los niños?
2. ¿Reduce los síntomas de ansiedad en los padres o cuidadores?

Planteamiento del problema:

¿La aplicación de un programa de entrenamiento en el manejo de ansiedad en padres de niños con leucemia aguda disminuye los síntomas de ansiedad en los niños y en sus padres o cuidadores?

Justificación

Aunque en México se intenta actualmente efectuar modificaciones en el Sistema Nacional de Salud para hacer más eficiente la atención en los diferentes niveles (SSA, 2003), aún no se cuenta con programas de intervención dirigidos a disminuir el impacto de padecimientos como el cáncer, y de manera específica de la leucemia aguda en esta población, a diferencia de otros países, donde el equipo interdisciplinario de salud puede actuar de manera conjunta, de tal manera que amortigua el impacto psicosocial de la leucemia aguda en el paciente pediátrico y su familia, promoviendo un mejor ajuste a las circunstancias del enfermedad y mayor disposición y adherencia al tratamiento, así como disminución de los trastornos psicológicos, sociales, y de comunicación con el personal encargado del tratamiento del paciente.

Reynoso-Erazo y Rubio (2003) realizaron un estudio exploratorio para conocer el nivel de información sobre la leucemia y la percepción de la relación entre pacientes, padres y personal de salud, encontrando en pacientes y padres déficits importantes en cuanto al conocimiento de la enfermedad, de los tratamientos invasivos empleados y acerca de los efectos secundarios de la quimioterapia. De igual manera, los padres y el personal de salud encargado de la atención del niño manifestaron dificultades para establecer una relación adecuada que permitiera llevar a cabo las indicaciones médicas de manera adecuada.

Así mismo, Rocha-García et al. (2003) afirman que en los padres de nivel socioeconómico bajo, suelen estar más afectados por la leucemia, tanto en la percepción de la enfermedad, el impacto psicológico, el empleo de estrategias de afrontamiento, las relaciones familiares, así como en el impacto socio-económico.

Es por estas razones, que se hace necesario el diseño de intervenciones psicológicas que actúen sobre los factores anteriores, mejorando con esto la calidad de vida del paciente su familia, la calidad de atención en las instituciones de salud encargada del tratamiento de esta población de pacientes, así como la disminución del costo tiempo que implica la intervención psicológica cuando los síntomas de ansiedad conducen a trastornos de adaptación y a mediano plazo, trastornos de ansiedad y depresión.

Mediante una intervención cognitivo-conductual enfocada a la disminución de síntomas de ansiedad en los niños que padecen leucemia y sus padres, facilitando el manejo de los pacientes durante la exposición a procesos invasivos y la estancia intrahospitalaria, los cuales implican la inversión de recursos humanos adicionales al tratamiento médico, aunado a las dificultades que implica para el personal de salud para el manejo de los pacientes y sus padres.

Con la presente investigación se pretende establecer una intervención psicológica que provea habilidades a los padres/cuidadores para disminuir algunos síntomas de ansiedad, los cuales con frecuencia se relacionan con el incremento en aversión a la estancia hospitalaria y a los procedimientos invasivos que requiere el tratamiento de la leucemia.

Objetivo

El objetivo de la presente propuesta es aplicar un programa de entrenamiento a padres de niños con Leucemia aguda, dirigido a disminuir síntomas de ansiedad, tanto en ellos como en niños.

Hipótesis de trabajo

La aplicación de un programa de entrenamiento a padres de niños con leucemia aguda:

Hipótesis 1: Disminuye los síntomas de ansiedad en los padres o cuidadores

Hipótesis 2: Disminuye los síntomas de ansiedad en los pacientes

Método

Sujetos

El muestreo será accidental y no probabilístico. Los participantes serán los padres o cuidadores primarios de los pacientes, hombres y mujeres. La muestra total quedará dividida en sub grupos:

Grupo 1: Padres de pacientes recién diagnosticados,

Grupo 2: Padres de pacientes que se encuentren en inducción a la remisión,

Grupo 3: Padres de pacientes que se encuentren en remisión completa continua

Grupo control de padres

Grupo 4: Pacientes recién diagnosticados

Grupo 5: Pacientes que se encuentren en inducción a la remisión

Grupo 6: Pacientes que estén en remisión completa continua

Criterios de inclusión y exclusión

Se considerará para entrar en el estudio los pacientes con el Diagnóstico de Leucemia Aguda Linfocítica o Leucemia Aguda Mielocítica, con sus respectivos padres o cuidadores primarios, a los cuales se les haya comunicado recientemente el diagnóstico, o en los pacientes que ya se encuentren en tratamiento. Se excluirán del estudio los pacientes y padres o cuidadores que se encuentren en la fase de vigilancia. Será motivo de eliminación del estudio las personas que no acudan al menos al 80% de las sesiones de la intervención, o no completen la evaluación posterior al tratamiento.

Diseño

Se hará con la muestra de padres un diseño experimental de 3X2, con grupo control y mediciones pretest-postest.

Materiales e instrumentos

1. Carta de consentimiento informado (ver Anexo B)
2. Auto registros para padres de cada técnica (Ver Anexo B)
3. Registros para niños de cada técnica (ver Anexo B)
4. BAI (Ver Anexo B) (Jurado, Páez, Robles y Varela, 2001).
5. Materiales gráficos de apoyo (manual para padres de niños con Leucemia) (Ver Anexo B).

Procedimiento

I. Obtención de la muestra.

Se procederá a captar a los pacientes que cubran los criterios su participación en el protocolo.

II. Obtención de consentimiento informado

Una vez contactados, se les pedirá su colaboración para el estudio, confirmado por los padres/cuidador mediante la firma de una carta de consentimiento informado.

III. Valoración psicológica inicial y establecimiento de línea base

- Se aplicará el BAI y la tarea de efectuar autorregistro de ansiedad (para el padre) y registro de ansiedad para el niño, con el fin de efectuar la valoración padre/cuidador y establecer la línea base de ambos.
- Se asignarán los días y horarios para dar el programa de intervención, tratando que coincidan con fechas en las cuales los padres tienen que acudir al hospital.

- Se brinda una breve introducción al programa, mencionando los temas que se van a tratar, al tiempo que se señala la importancia de cada uno para el bienestar del paciente y de los padres. Se les dirá que “se les orientará para ayudarlos a entender la enfermedad y ayudarlo a manejar algunas situaciones difíciles”, resolviendo las dudas de los padres.

IV. Aplicación del programa de intervención

- Fase I: Medición inicial y obtención de línea base. Comprende la valoración del paciente y del padre, por medio del cual se explica a éstos la estructura del programa de intervención del paciente. Para estos fines, se aplicará la medición concurrente mediante el BAI, así como la línea base mediante la aplicación de los registros por una semana.

- Fase II: Entrenamiento

➤ Sesión I. Psicoeducación

- A) información general sobre leucemia aguda
- B) información sobre los protocolos de tratamiento comunes
- C) información sobre procedimientos invasivos habituales

Se explicará sobre los procedimientos invasivos más comunes:

- ✚ Aspirado de Médula Ósea
- ✚ Quimioterapia intravenosa
- ✚ Quimioterapia Intratecal,
- ✚ Aplicación de Catéter,
- ✚ Canalización de vena
- ✚ Colección de muestras de sangre

Los aspectos que se manejarán son:

- ✚ Quién lo realiza,
- ✚ Cómo se efectúa,
- ✚ Para qué
- ✚ Importancia de la preparación psicológica para los procedimientos invasivos.
- ✚ Cuales son las alteraciones en el comportamiento mas frecuentes
- ✚ Síntomas secundarios más frecuentes durante el tratamiento

➤ Sesión 2. Implementación de habilidades: entrenamiento en imaginación dirigida

Objetivo:

2.1. Que el padre/cuidador conozca qué es la técnica de imaginación dirigida en las versiones para niños y adultos.

2.2. Que el padre/cuidador conozca la utilidad de la técnica para disminuir la ansiedad en situaciones estresantes para los niños

2.3 Que el padre/cuidador practique la técnica de imaginación dirigida consigo mismo y sea capaz de aplicarla con su hijo.

Técnica:

- ↓ Aplicar técnica de imaginación dirigida
- ↓ Posteriormente modelar la técnica de imaginación dirigida en versión para niños al padre

Tarea: 1) Que el padre practique al menos una vez al día la técnica de imaginación dirigida para adultos, anotando en los registros antes y después.

2) Que el padre practique imaginación dirigida en versión para niños con su hijo al menos una vez al día, anotando en los registros antes y después.

➤ Sesión 3. Implementación de habilidades: entrenamiento en actividades distractoras

Objetivo:

3.1. Que el padre/cuidador conozca qué es la técnica de actividades distractoras en las versiones para niños y adultos.

3.2. Que el padre/cuidador conozca la utilidad de planear actividades que distraigan a los niños ante situaciones estresantes.

3.3. Que el padre/cuidador practique la técnica de actividades distractoras consigo mismo y sea capaz de aplicarla con su hijo.

Técnica:

- ✚ Aplicar técnica de actividades distractoras
- ✚ Posteriormente modelar la técnica de actividades distractoras en versión para niños al padre

Tarea: 1) Que el padre practique al menos una vez al día la técnica de actividades distractoras para adultos, anotando en los registros.

2) Que el padre practique actividades distractoras en versión para niños con su hijo al menos una vez al día, anotando en los registros.

- Fase III: Consolidación de habilidades
 - Aplicación de instrumentos de evaluación
 - Cierre de la intervención
 - Cita para seguimiento al mes

V. Efectuar seguimiento de la intervención al mes

VI. Elaborar bases de datos

- VII. Procesar datos y efectuar los análisis estadísticos correspondientes
- VIII. Interpretar resultados
- IX. Obtener las conclusiones
- X. Elaborar limitaciones y sugerencias para estudios posteriores
- XI. Elaborar reporte de la investigación

Análisis Estadísticos

1. Se registrarán los datos Se procederá a graficar las mediciones de cada uno de los casos obtenidas en los registros.
2. Se procederá a graficar las mediciones obtenidas en cada uno de los casos de la medición concurrente (BAI)

VI: Programa de intervención. Definición operacional: Conjunto de técnicas psicológicas que se aplicarán en la intervención.

VD: Síntomas de Ansiedad. Definición conceptual: De acuerdo con Diez (en Vallejo y Gastó, 2000, p. 33) “la ansiedad es una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representen o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo...pone en marcha una serie de mecanismos defensivos a través, entre otras cosas, de una estimulación del sistema simpático y de la liberación de catecolaminas, que son las responsables de una buena parte de los síntomas de la respuesta ansiosa. Las manifestaciones de ansiedad consisten e una respuesta

vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación”.

Definición operacional: Se referirá al puntaje que cada sujeto obtenga en el Inventario de Ansiedad de Beck.

Actividades académicas y cursos

- Asistencia a tutoría en los horarios acordados con el tutor.
- Asistencia al Segundo Congreso Nacional de Psicooncología (Perspectivas de la Muerte Asistida), realizado del 27 al 30 de Octubre de 2003 en el Instituto Nacional de Cancerología, Cd. de México.

Competencias adquiridas

Con base en el programa académico proporcionado al inicio de la Rotación, considero que las actividades realizadas en el Instituto Nacional de Pediatría permitieron adquirir las siguientes competencias:

- Detectar, evaluar, diseñar y proporcionar tratamiento en la modalidad cognoscitivo-conductual en pacientes con padecimientos hematológicos.
- Aplicar y aplicar técnicas, métodos y procedimientos derivados de la Medicina Conductual en pacientes pediátricos. Efectuar intervenciones cognoscitivo-conductuales tras la comunicación del diagnóstico de Cáncer en el paciente y los familiares.
- Realizar valoraciones a pacientes pediátricos que presentaban síntomas de ansiedad, activación fisiológica, o síntomas físicos no secundarios a la enfermedad médica, apoyando en el diagnóstico diferencial de los mismos.
- Diseñar y aplicar intervenciones cognoscitivo-conductuales para el manejo de estrés en pacientes con estancia hospitalaria prolongada.
- Efectuar intervenciones breves para favorecen la adherencia al tratamiento médico.
- Poner en práctica y mejorar la habilidad para la aplicación de técnicas de modificación de conducta, para disminuir la activación fisiológica, técnicas cognitivas, entrenamiento en habilidades sociales, autocontrol, balance decisional, psicoeducación.

- Efectuar intervenciones cognoscitivo-conductuales tras la comunicación del diagnóstico de Cáncer en el paciente y los familiares.
- Efectuar intervenciones psicoeducativas en pacientes de recién diagnóstico y sus padres.
- Diseño y propuesta de intervención grupal psicoeducativa para padres de pacientes con leucemia aguda.
- Realizar valoraciones a pacientes pediátricos que presentaban síntomas de ansiedad, activación fisiológica, o síntomas físicos no secundarios a la enfermedad médica, apoyando en el diagnóstico diferencial de los mismos.
- Diseñar y aplicar intervenciones cognoscitivo-conductuales para el manejo de estrés en pacientes pediátricos con estancia hospitalaria prolongada.
- Entrenamiento a padres en el manejo conductual de síntomas conductuales secundarios a la aplicación de quimioterapia.
- Intervenciones cognoscitivo-conductuales para la disminución de síntomas de ansiedad ante procedimientos invasivos (venopunciones, aspirado de médula ósea, quimioterapia intratecal) con los pacientes y sus padres.
- Educación y manejo de síntomas fisiológicos, de ansiedad y depresión con pacientes de leucemia aguda y sus familiares.
- Manejo de dolor crónico con técnicas no invasivas.
- Entrenamiento en estrategias cognitivas y conductuales para mejorar la calidad de vida en pacientes con falla terapéutica (que no respondieron al tratamiento) o fase terminal de la enfermedad, así como preparación para el duelo en pacientes terminales.

- Preparación de duelo en pacientes moribundos y sus familias.
- Manejo de duelo con familiares de pacientes fallecidos.

Caso Clínico

Ficha de identificación

Paciente masculino de 3 años de edad, recién diagnosticado por Leucemia Aguda Linfocítica L1, aun sin escolaridad. El paciente proviene de una familia nuclear, siendo hijo único. El padre tenía 34 años de edad, con escolaridad bachillerato, ocupación: vendedor. La madre tenía 36 años de edad, con escolaridad Lic. en Educación Preescolar, ocupación: ama de casa.

Motivo de referencia:

Berrinches y agresividad del paciente.

Análisis funcional

En las primeras sesiones aparentemente la familia funcionaba de manera adecuada; posteriormente la madre refiere problemas de pareja y para el manejo conductual del paciente. Así mismo, refiere tener síntomas de depresión desde el embarazo de E., debido al cambio en el estilo de vida, al dejar de laborar; en este periodo iniciaron los problemas conyugales, los cuales se exacerbaron al nacimiento de E., acudiendo a psicoterapia (no recuerda la modalidad) por algunos meses, abandonando el tratamiento. Al confirmar el diagnóstico de E., experimenta sentimientos de soledad, culpa, enojo, así

como ansiedad, lo cual se refleja en agotamiento, dificultades para organizarse en su vida diaria, fallas ocasionales de memoria y llanto fácil.

Objetivos de la intervención:

En el paciente: disminuir la frecuencia de conductas disruptivas y promover el afrontamiento adecuado a la enfermedad. En la madre: 1) proporcionar psicoeducación respecto al padecimiento y la sintomatología conductual asociada a la aplicación de quimioterapia; 2) entrenarla en la técnica de manejo de contingencias y extinción.

Escenario y materiales:

En primera instancia, trabajé en la sala de juntas del servicio de Hematología y en el ambiente de 6 cunas. Posteriormente, se dio seguimiento en un consultorio de la Consulta Externa de Salud Mental, con dimensiones de 3.5 metros de largo por 1.5 metros de largo. Como materiales de apoyo se utilizaron colores, lápices, plumas, hojas blancas, hojas de registro para berrinches, juguetes, carpeta, impresora, computadora.

Intervención

1. La supervisora in situ y yo captamos al paciente y a la madre durante el primer ingreso a Hospitalización de Hematología. Nos presentamos, establecimos los componentes de relación y en seguida le pedimos a la madre que acudiera a la sala de Juntas de Hospitalización para entrevista. En esta entrevista se dio apoyo emocional y se dejó cita abierta..

2. En el segundo internamiento, la madre refiere que el paciente hace berrinches con frecuencia, mostrándose irritable desde que ingresó a la Institución para iniciar el tratamiento médico. Se le proporciona un formato de registro de berrinches, se le explica cómo registrar y se le da cita en la consulta externa.

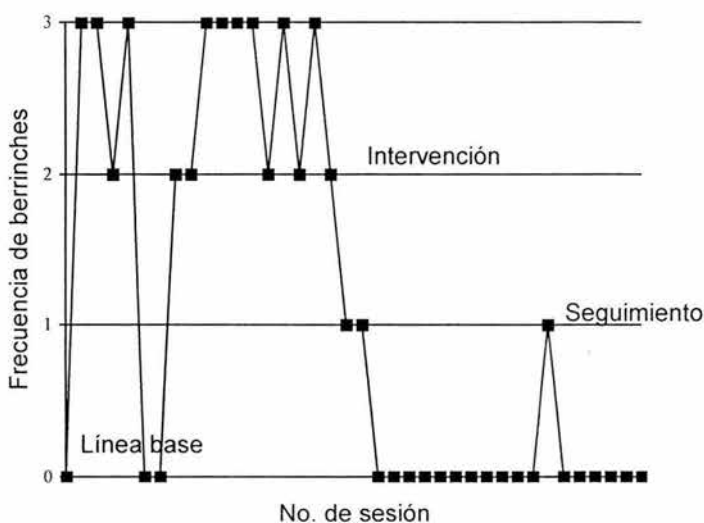
3. Se presenta el paciente con la madre al consultorio, se establecen los componentes de relación y se le pide el registro para revisar la tarea. Se revisa el registro, encontrando que los berrinches se presentan con más frecuencia cuando se le aplica quimioterapia. Se le indica a la madre que probablemente esas conductas sean síntomas secundarios a la quimioterapia, por lo cual se indaga con la madre del paciente la información que tenía respecto al diagnóstico médico y el manejo de la enfermedad, y con base en los déficits y creencias erróneas al respecto, proporcioné psicoeducación, excluyendo la información que correspondía al personal médico. En cambio, le indiqué algunas estrategias para conseguirla. En seguida, le enseñé las técnicas: manejo de contingencias y extinción. Le expliqué en qué situaciones

aplicarla, hice juego de roles con la madre y le pedí seguir registrando los eventos de berrinche. Por último, la cité el día que asistiría a la siguiente muestra de sangre para biometría hemática.

Resultados

Como puede notarse en la Figura 11, la frecuencia de eventos de berrinche disminuyeron notablemente a partir de la intervención y éstos cambios se mantuvieron estables aún cuando el paciente continuó en tratamiento con quimioterapia intravenosa e intratecal.

Figura 11. Registro de eventos de berrinche.



En relación con la mejoría del paciente, la madre refirió en sus registros y de manera verbal cambios favorables en la conducta y el estado de ánimo de E., e. g. lo notó “mas tranquilo”, disminuyó el llanto al someterse a los procedimientos invasivos, mayor adaptación al ambiente hospitalario en los periodos de internamiento, mejoró el estado de ánimo en el hogar y en el hospital. Así mismo, indicó que ella misma había se percibía menos ansiosa, se enojaba con menos frecuencia con su esposo y E., en tanto que ya era capaz de hacer alguna actividad distractora y gratificante cuando se encontraba acompañando al paciente en sus visitas al hospital.

Conclusiones

En esta rotación resultó particularmente enriquecedor el abordaje de población pediátrica. Fueron evidentes las diferencias respecto al abordaje con las mujeres que atendí en el primer año de rotación, puesto que el manejo con niños y adolescentes tiene particularidades, desde el establecimiento de componentes de relación, hasta el hecho que en una mayor proporción se emplean técnicas operantes, relajación, desensibilización sistemática y en menor grado terapia cognitivo-conductual.

Estas técnicas y procedimientos se emplearon en su mayoría para disminuir conductas disruptivas, síntomas conductuales secundarios a quimioterapia, así como síntomas de ansiedad y depresión.

Para tales fines, tuve la oportunidad de emplear el modelo de entrenamiento a padres, no sólo para las conductas disruptivas, sino para los síntomas de ansiedad y depresión que presentaban los niños y adolescentes.

Decidí en la mayoría de mis intervenciones emplear esta clase de procedimientos, considerando la conveniencia con base en la evaluación conductual y por la probada eficacia que han tenido con niños en circunstancias similares, como lo refieren Kivi, Tyc y Mulhern (1998). Así mismo, aproveché la estrecha convivencia que tiene el paciente con su cuidador, dentro y fuera del hospital para entrenar a éste en el manejo del paciente.

Esto me permitió detectar la necesidad de educar al paciente y su familia en el padecimiento, a partir de las intervenciones individuales y con la colaboración de la supervisora in situ, elaborar una propuesta psicoeducativa con el objetivo de prevenir la aparición de síntomas psicológicos en los niños y las madres, o evitar que se exacerbaran.

Otro aspecto importante de las actividades que realicé en el INP fue la detección de síntomas y trastornos mentales, así como la intervención psicológica en las madres, quienes por lo general son las cuidadoras durante el tratamiento del paciente. Estas intervenciones en su mayoría estuvieron enfocadas a la disminución de síntomas de ansiedad y depresión, así como la práctica de la técnica de solución de problemas para generar alternativas a las dificultades económicas, familiares, de pareja y la búsqueda de apoyo social.

Sin embargo, en el caso de las madres que tenían un trastorno mental premórbido al diagnóstico de leucemia en el niño, fue necesario interconsultar con el paidopsiquiatra para su manejo farmacológico.

También es importante considerar que aunque idealmente podía hacerse un seguimiento continuo del paciente, no fue posible debido a las variaciones en el estado general de salud de los pacientes, afectado con frecuencia en la primera fase del tratamiento médico por infecciones, afectación del sistema inmunológico u otras alteraciones hematológicas importantes. Ante estas situaciones, procuré que cada intervención fuera específica y

proporcionara indicaciones y estrategias para los padres (en el caso de niños), ó para padres y paciente (en adolescentes), dando seguimiento cuando acudían a la consulta externa de hematología, quimioterapia ambulatoria o exámenes de laboratorio.

Cabe mencionar que en esta rotación me enriqueció la experiencia de colaborar en el equipo interdisciplinario -aunque informal- entre los médicos del servicio de hematología, los médicos residentes, el personal de enfermería, la supervisora in situ, el paidopsiquiatra y apoyo psicopedagógico. Gracias a eso, fue posible atender al paciente y su familia de manera pronta e integral en la medida de las posibilidades.

No obstante, existieron algunas áreas de atención a los pacientes de leucemia aguda, donde intervine con poca frecuencia, debido a los requerimientos de la hospitalización y la consulta externa. Estas áreas fueron la terapia ambulatoria y toma de productos, donde se aplica quimioterapia y se realizan aspirados de médula ósea y tomas de muestras de sangre.

En este sentido, considero pertinente hacer algunas sugerencias:

- Adquirir habilidades precurrentes para el trabajo con pacientes pediátricos, tales como la entrevista con niños, el uso de recursos lúdicos, generalidades del entrenamiento a padres, aplicación de técnicas conductuales y cognoscitivo-conductuales, insertado dentro del periodo de entrenamiento a los estudiantes del primer semestre de la maestría.

- Diseñar programas de intervención que disminuyan el riesgo psicosocial en las familias de estos pacientes, puesto que es muy frecuente que la madre sea el cuidador primario, lo cual ocasiona con frecuencia problemas con el cónyuge, los hijos e incluso, con los familiares que colaboran en el cuidado de los demás miembros de la familia.
- Diseñar instrumentos psicométricos para evaluar población pediátrica con estas características.
- Continuar fortaleciendo la comunicación entre el personal implicado en la atención de los niños y adolescentes con leucemia, puesto que hace más oportuna y eficiente la intervención.
- Elaborar programas de entrenamiento a padres ante procedimientos invasivos, en caso de niños pequeños, y con los pacientes adolescentes.
- Diseñar programas de intervención para facilitar la rehabilitación psicosocial de los niños y adolescentes que inician la etapa de remisión completa continua.

Referencias

- Altman, D., King, A. & Winett, R. (1989). *Health psychology and public health*. Nueva York: Pergamon Press.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4ª. Ed)*. Madrid: Masson.
- American Psychological Association. (1998). *Practicing psychology in hospitals and other health care facilities*. Washington: APA.
- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M.P. & Bramson, R. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health psychology*, 20 (2), 112-119.
- Bayés. R. (1985). *Psicología oncológica: prevención y terapéuticas psicológicas del cáncer*. Madrid: Martínez Roca.
- Bello, A. (1983). *Hematología Básica*. México: Editoriales Médicas.
- Bernard, Curry, Graff, Hafeman, Hanson, Lenenberg, Lieberg, Ridder, Sanders, Setter, Stanton, Williams & Williams. (2002). Interrelationships among variables affecting well siblings and mothers in families of children with a chronic illness or disability. *Journal of Behavioral Medicine*, 25, 5, 411-424.
- Blechman, E. & Brownell, K. (1998). *Behavioral Medicine and Women: A comprehensive handbook*. Nueva York: Guilford Press.
- Buela-Casal, G. & Caballo, V. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. Madrid: Siglo XXI.

- Çavusoglu, H. (2000). Problems related to diagnosis and treatment of adolescents with leukemia. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 23, 15-26.
- Chen, E., Zeltzer, L. K., Craske, M. G. & Katz, E. R. (2000). Children's memories for painful cancer treatment procedures: Implications for distress. *Child Development*, 71, (4), 933-947.
- Crnic, K. A. & Greenberg, M.T. (1990) Minor parenting stress with young children. *Child Development*, 61, 1628-1637.
- Division 54 - Society of Pediatric Psychology. Recuperado el 12 de abril de 2004, en: <http://www.apa.org/divisions/div54/>
- D'Zurilla, T. & Nezu, A. (1999). *Problem solving therapy: a social competence approach to clinical intervention*. (2nd ed.). Nueva York: Springer.
- Ellis, J. & Spanos, N. (1994). Cognitive behavioral interventions for children's distress during bone marrow aspirations and lumbar punctures. A critical review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9, 96-108.
- Englert, H.S., Diehl, H.A. & Greenlaw, R.L. (2004). Rationale and design of the Rockford CHIP, a community-based coronary risk reduction program: results of a pilot phase. *Preventive Medicine*, 38 (2), pp. 172-174.
- Feifer, C. & Tansman, M., (1999). Promoting psychology in primary diabetes care. *Professional Psychology: Research and Practice*. (30, 1) , Pp. 14-21.
- Fernandez-Abascal, E. & Palmero, F. (1999). *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel.
- Fisher, S. & Reason, J. (1988). *Handbook of life stress cognition and health*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.
- Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J. (2000). *Psychiatry; Behavioral science and clinical Essentials*. Pennsylvania: W.B. Saunders Co.
- Kibby, M. Y., Tyc, V. L. & Mulhern, R. K. (1998). Effectiveness of psychological interventions with children and adolescents with chronic medical illness: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 18, 103-117.
- Kurfis, B., Barkey, M. E. & Hall, H. R. (1999). Techniques to comfort children during stressful procedures. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15 (1), 49-60.
- L Horne, D.J. & Vatmanidis, P. (1994). Preparing patients to medical and surgical procedures 1. *Behavioral Medicine*, 20 (1), pp. 5-22.
- Langer, E., Janis, I. & Wolfer, J. (1975). Reduction of stress in surgical patients. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11, 155-165.
- Latorre, J. M. & Beneit, P.J. (Coord). (1994). *Psicología de la salud (2. Ed.)* Buenos Aires: Lumen.
- Levy-Shiff, R., Lerman, M., Har-Even, D. & Hod, M. (2002). Maternal Adjustment and Infant Outcome in Medically Defined High-Risk Pregnancy. *Developmental Psychology*, 38 (1), 93-103.
- Lewis, M. (1996). *Child and Adolescent Psiquiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Loewy, B. (2002). Assessing the relationship among locus of control, perceived competence and school performance variables for pediatric leukemia patients. *Dissertation Abstracts International*. 63(2-A), 497. APA: Washington.

- Lovegrove, E., Rumsey, N., Harcourt, D. & Cawthorn, S.J. (2000). Factors implicated in the decision whether or not to join the tamoxifen trial in women with high familiar risk of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 9 (3), 193-202.
- Luecken, L.J. & Compas, B.E. (2002). Stress, coping and immune function in breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 336-44.
- Luecken, L.J., Dausch, B., Gulla, V., Hong, R. & Compas, B.E. (2004). Alteraciones in morning cortisol associates with PTSD in women with breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 13-15.
- Macrodimitis, S.D. & Endler, N.S. (2001). Coping, control and adjustment in type 2 diabetes. *Health Psychology*, 20 (3), 208-216.
- Manderson, J., Patterson, C., Hadden, D., Traub, A., Ennis, C. & McCance, D. (2003). *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 189, (2), 507-512.
- Martín, M. J. & Crespo, M. D. (2000). Embarazo y parto, aborto, infertilidad y nuevas técnicas de fecundación. En Leal C. (Ed.) *Trastornos depresivos en la mujer* (pp. 75-90). Barcelona: Masson.
- Martín, M. J. & Crespo, M. D. (2000). Trastornos afectivos en oncología. En Leal C. (Ed.) *Trastornos depresivos en la mujer* (pp. 151-166). Barcelona: Masson.
- Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral immunogens and pathogens in health and illness. En: Hammondsy B.L. y Scheirer, C. J. (Comps.). *Psychology and health: the master lectures series*, vol. 3, Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Méndez, F. & Ortigosa, J. compiladores. (2000). *Hospitalización infantil*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Miller, N. & Magruder, K. (1999). *Cost-effectiveness of psychotherapy*. Nueva York: University Press.
- Montero, I. & Riuz, I. (2000). Depresión y menopausia. En Leal, C. (Ed.) *Trastornos depresivos en la mujer* (pp. 133-149). Barcelona: Masson.
- Nájera, A., Ordaz, M. I., Villarruel, M. B. & Villegas, G. C. (2002, junio). *Escala de autoeficacia en el cumplimiento de régimen alimenticio en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas*. Sesión de cartel presentada en el X Congreso Mexicano de Psicología, Acapulco, Gro., México.
- Nájera, A., Ordaz, M. I., Villarruel, M. B. & Villegas, G. C. (2002, noviembre). *Escala de autoeficacia en el cumplimiento de régimen alimenticio en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas*. Documento presentado en el Coloquio 2002 de la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, Cd. de México, México.
- Nicasio, P. & Smith, T. (Eds.). (1996). *Managing chronic illness: A biopsychosocial perspectiva*. Washington: APA.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). Indicadores básicos de salud de México. Recuperado el 13 de abril de 2004, de: <http://paho.int>
- Orleans, T. (2000). Promoting the maintenance of health behavior change: Recommendations for the next generation of research and practice. *Health Psychology*, 19 (1) Supl., 76-83.
- Ortiz, F. (2000). *Hospitales*. Mexico: Mc Graw-Hill.
- Penninx, B.W., van Tilburg, T., Boeke, A.J., Deeg, D.J., Kriegsman, D.M. & van Eijk, J.T. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: different for various chronic diseases? *Health Psychology*, 17, 6, 551-558.

- Pringle, B., Dahlquist, L. M. & Eskenazi, A. (2003). Memory in pediatric patients undergoing conscious sedation for aversive medical procedures. *Health Psychology*, 22 (3), 263-269.
- Reynoso & Seligson. (2001). *Manual para el manejo del estrés*. UNAM-Facultad de Psicología: México.
- Ruiz G. J. (2001). *Fundamentos de Hematología*. México: Médica Panamericana.
- Rusell, M. L. (1988). *Stress management for chronic disease*. Oxford: Pergamon.
- Reynoso-Erazo, L. & Rubio, S. (2003, Noviembre). *Información sobre leucemia en pacientes pediátricos y padres o tutores*. Sesión de cartel presentado en el XI Congreso Mexicano de Psicología, Cd. de Campeche, Campeche, México.
- Rivera, L. (1994). *Diagnóstico del niño con cáncer*. Madrid: Mosby/Doyma.
- Roa, A. (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: CEPE.
- Rocha-García, A., Álvarez del Río, A., Hernandez-Peña, P., Del Carmen Martinez-Garcia, M., Marin-Palomares, T & Lazcano-Ponce, E. (2003). The emotional response of families to children with leukemia at the lower socio-economic level in central Mexico: A preliminary report. *Psycho-Oncology*, 12 (1), 78-90.
- Rodríguez, G. & Rojas, M. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Porrúa.
- Ruiz, G. (2001). *Fundamentos de hematología*. 2a. ed. Mexico: Ed. Médica Panamericana.
- Salas, M. (1988). *Neoplasias malignas en los niños*. México: Interamericana McGraw-Hill.
- Salas, M., Gabaldón, O., Mayoral, J. L., Guerrero, R. & Amayra, I. (2003). Intervención psicológica para el afrontamiento de procedimientos invasivos en pediatría oncológica. *Annales de Pédiatrie*, 59, (1), 105-109.

- Salgado, A. (2001). Hipertensión arterial. En Simón, M.A. & Almenedo, E. (Coord.). Manual de Psicofisiología clínica (pp. 277-322). Madrid: Pirámide.
- Salvatierra, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Senécal, C., Nowen, A. & White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: are a self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology*, 19 (5), pp. 452-457.
- Sharan, P., Mehta, M. & Chaudhry, V.P. (1999). Psychiatric disorders among parents of children suffering from acute lymphoblastic leukemia. *Pediatric Hematology and Oncology*, 16, 43-47.
- Sharan, P., Mehta, M. & Chaudhry, V.P. (1999a). The frequency of psychiatric disorders in Indian child. *Pediatric Hematology and Oncology*, 16, 49-54.
- Simón, M. (1993). *Psicología de la Salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Strokes, T. (1999). Psychoterapy for some sequelae of leukemia. *Education and Treatment of Children*, 22 (2), 179-188.
- Stuber, M. (1997). Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *Journal of consulting and Clincial Psychology*, 65 (1), 120-129.
- Tadmor, C. S. & Weyl Ben Arush, M. (2000). Changes in the policies of the department of hematology, 1982-1998, designed to promote the mental health of children with leukemia and enhance their quality of life. *Pediatric hematology and oncology*, 17, 67-76.
- Thompson, R. & Gustafson, K. (1996). *Adaptation to chronic illness*. Washington: APA.

- Vallejo, M. (1998). *Manual de terapia de conducta* (Vol. 2). Dykinson: Madrid.
- Vallejo, J. & Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: Ansiedad y depresión*. Barcelona: Masson.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential description of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 302-312.
- Whitehead, N. Pediatrics and childhood cancer. En: Maes, S., Leventhal, H. & Johnston, M. (1992). *International review of health psychology. Vol. I*. West Sussex, Inglaterra: Wiley and Sons.
- World Health Organization (1946). Constitution of World Health Organization. Recuperado el 13 de abril de 2004, de: <http://whqlib.doc.who.int/hist/official/records/constitution.pdf>.
- World Health Organization (2001). Indicadores básicos de salud. Recuperado el 13 de abril de 2004, de: <http://who.int>

ANEXO A

MATERIALES DE APOYO PROPUESTOS PARA PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

HOSPITAL DE LA MUJER, S.S.A.

¿Padece diabetes y ahora estás embarazada? ¿Estás embarazada y te detectaron Diabetes Gestacional?

Esta información puede ayudarte

GUIA DE INFORMACION PARA PACIENTES EMBARAZADAS CON DIABETES



Elab. Por: Psic. Ma. Beatriz Villarruel

QUE ES EL MONITOREO DE GLUCOSA?

Después de que te han confirmado que tienes diabetes gestacional, los profesionales que te atienden y seguramente tu también, querrán conocer con precisión cuanta glucosa tienes diariamente.

Es importante que conozcas como tus hábitos de ejercicio y la forma en que te alimentas pueden afectar tus niveles de glucosa en la sangre, ya que al avanzar tu embarazo, puede haber mayor cantidad de las hormonas que impiden el trabajo de la insulina. Es por eso que se te mide cuanta azúcar tienes para determinar si una alimentación apropiada es suficiente para controlar tu glucosa, o si necesitas la ayuda de insulina para mantener el bienestar tuyo y de tu bebe.

El monitoreo de glucosa se hace mediante el examen de una muestra de sangre o de orina.

CUANTAS VECES Y CUANDO CHECAR EL AZUCAR?

Para tener un mejor control, es necesario que analicen tu sangre y orina 4 veces al día:

1. En la mañana, antes de comer
2. Dos horas después de desayunar
3. Después de comer
4. después de cenar

COMO PUEDO VER SI ESTOY LOGRANDO CONTROLAR LA GLUCOSA?

Durante el tiempo que estés en el servicio, los resultados de tus análisis se anotaran en una hoja, en donde puedes darte cuenta de cuanta azúcar hay en tu sangre. Estas anotaciones son muy importantes porque con ellas puede el medico notar si tu glucosa esta bajo control.

PORQUE ES NECESARIO QUE ANALICEN MI ORINA?

Cuando se tiene mas azúcar que lo normal o no comemos adecuadamente (a deshoras o muy poco alimento), el cuerpo utiliza la grasa que tenemos de reserva para tener energía y sobrevivir, pero como solo podemos utilizar un azúcar: la glucosa, entonces la grasa se tiene que "deshacer" en azúcares y una sustancia llamada cetona, que al acumularse pueden dañar tu cuerpo y a tu bebe. Esto se nota al analizar la sangre y la orina.

ES NECESARIO QUE ME INYECTEN INSULINA?

Si después de haber llevado varios días tu dieta no se ha logrado que la cantidad de glucosa en la sangre sea la adecuada, entonces el medico vera si necesitas que te inyecten insulina para controlarlo.

COMO SE SI ELBEBE ESTA SANO?

Para asegurarse de que el bebe esta bien, se te harán varios exámenes, según los necesites. Estos exámenes son:

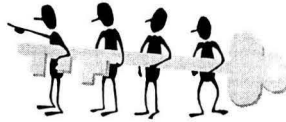
- ☞ Ultrasonido
- ☞ Prueba de cinturones
- ☞ Monitoreo del feto
- ☞ Amniocentesis

POR QUE EL EXCESO DE AZUCAR EN LA SANGRE CAUSA PROBLEMAS?

Cuando tienes azúcar extra en la sangre, el bebe se alimenta con azúcar extra, por lo que puede ocasionar que el bebe crezca mucho y su páncreas produzca insulina de mas. Cuando nace, es difícil que su cuerpo produzca sólo lo que necesita, por lo que tiene que estar bajo vigilancia.

CONTROL PRENATAL

Para que tu bebe no tenga estos problemas, es necesario que controles tus niveles de azúcar en la sangre, de acuerdo a las indicaciones que te dará el medico.



El control adecuado de la diabetes durante el embarazo requiere de un equipo e profesionales:

- ☞ Un medico especialista en embarazos de alto riesgo
- ☞ Una dietista, que te enseñará tu dieta y como llevarla
- ☞ Una psicóloga, que te ayudara a enfrentar los cambios en tu rutina diaria y ayudarte para que lleves tu dieta.

EL CHEQUEO DE LA GLUCOSA

Las pruebas para checar tus niveles de glucosa te ayudan a darte cuenta si esta en los niveles permitidos. Existen diferentes formas:

- ☞ Chequeo de la glucosa en la sangre con tiras reactivas
- ☞ Chequeo de la glucosa en la orina
- ☞ Chequeo de cetonas en la orina
- ☞ Verificación de niveles de glucosa en la sangre antes y después de comer (pre y post)

En tu casa, es importante que anotes los resultados de tus análisis, veas tu lista de alimentos para preparar las cantidades necesaria y que cambies tu alimentación solo por indicación de tu medico.

LA ALIMENTACION

Es muy importante y beneficioso para ti y el bebe que lleves tu dieta, ya que te ayudara a mantener equilibrada la cantidad de energía que necesitan ambos para estar saludables y por lo tanto, si eres constante en las indicaciones de tu dietista, los niveles de glucosa se mantendrán por mas tiempo y con mejores resultados. En ocasiones, algunas personas piensan que si comen menos se controlaran mas rápido y por el contrario, comer menos de lo que cada uno necesita provoca que te descompenses y haya mayor cantidad de azúcar en la sangre.

Para evitarlo, te sugerimos que comas en los horarios indicados y las cantidades de alimentos que te haya indicado la dietista, revisando tu lista de alimentos.

EJERCICIO

Esta es otra parte importante de tu tratamiento, ya que el hacer ejercicio - *siempre como te lo haya indicado el medico* - te ayudara a que tu cuerpo gaste el exceso de energía ayudándote a utilizar el azúcar. Sin embargo, si padeces de: presión alta, problemas de la vista u otra complicación, pregunta a tu medico si puedes hacerlo.

ESPERAMOS QUE ESTA ORIENTACION TE SEA DE AYUDA PARA EMPEZAR TU REGIMEN, SIN EMBARGO, ES NECESARIO QUE PROCURES RESOLVER LAS DUDAS DEL TRATAMIENTO CON TU MÉDICO.

SI HAS NOTADO PROBLEMAS EMOCIONALES DESDE QUE TE CONFIRMARON LA DIABETES, ACUDE CON LA PSICÓLOGA PARA RECIBIR ORIENTACIÓN.

Diario de alimentos

Este es un diario donde puedes ir anotando lo que comes en el día y te servirá para que aprendas más fácilmente a comer lo necesario para que se mantenga tu glucosa en niveles normales. Al lado de cada alimento (✓), anota una palomita si comiste lo que te indica tu dieta; por el contrario, si comiste un alimento prohibido o en mayor cantidad, anota un tache (✕).

Hoy comí:

Desayuno

Colación

Comida

Colación

Cena

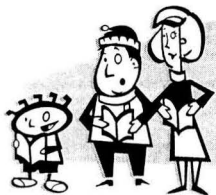
ANEXO B

MANUAL
PSICOEDUCATIVO

**”Guía de Ayuda Para Padres de Niños con
Leucemia”**

Guía de Ayuda Para Padres de Niños con Leucemia





La leucemia es una enfermedad penosa cuyo tratamiento es largo y requiere de mucho tiempo y empeño para que usted pueda seguir el tratamiento de su hijo.

Por lo tanto, esperamos que esta guía sea de ayuda para que pueda conocer más de la Leucemia, las características de la enfermedad, el tratamiento tanto médico como emocional, y con esto ayudarle a que puedan tener una mejor forma para enfrentar a la enfermedad.



Recuerde en todo momento que cada niño es único y diferente, por lo que en todo el tiempo que dure su tratamiento **ES MUY IMPORTANTE QUE COMENTE SUS DUDAS O PREGUNTAS CON EL MEDICO QUE SE ENCARGA DEL TRATAMIENTO DE SU HIJO, YA QUE ES LA PERSONA QUE PUEDE RESOLVERLAS.**

Introducción

Debido a que la leucemia se llama comúnmente "cáncer de la sangre", pensamos conveniente que conozca qué es el cáncer, qué es la sangre y para qué sirve en el cuerpo; para posteriormente hablar de qué es la leucemia, cómo se origina, cómo se diagnostica, cómo se trata, cuáles son los pasos o etapas del tratamiento y cómo funciona cada uno de los medicamentos. Por último, enseñar cómo los niños y su familia pueden aprender a vivir con la enfermedad, a través del apoyo emocional, tanto a su hijo como a la familia.



Entonces, empezaremos por contestar: *¿Qué es el cáncer?*

El nombre "cáncer" es una manera de llamar a las enfermedades que tienen un crecimiento incontrolado de células. Estas generalmente se presentan en un solo órgano. La mayoría crece en tumores sólidos. Cuando son fácilmente visibles (como en la piel) pueden verse como manchas en una fase inicial. Cuando son invisibles (como en la sangre), crecen silenciosamente antes de ser detectados.

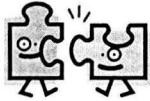
Como la Leucemia tiene que ver con la sangre, es importante que conozca:



¿Qué es la sangre y para qué sirve?

La sangre es como una sopa química con células que flotan en ella. A diferencia de los órganos como los pulmones, el hígado, los riñones o el estómago, no es capaz de regenerar su tejido

para renovarlo o repararlo. Las células de la sangre se elaboran en la médula ósea o en el sistema linfático y la leucemia es más bien un cáncer en estos órganos, más que la sangre por sí misma produzca la leucemia.



¿De qué está hecha la sangre? Alrededor del 40-45% de la cantidad de sangre está compuesta de células, que son pequeñas bolsas flexibles. Las hay de tres tipos: células rojas, plaquetas y células blancas o leucocitos.



Células Rojas. También conocidas como **eritrocitos**, que se encargan de dar oxígeno a todas las células del cuerpo, son las que hacen que la sangre se vea roja. Las células rojas se producen en la médula ósea y duran entre 3 y 4 meses de vida. Si por alguna razón no se producen suficientes eritrocitos, se produce un padecimiento llamado anemia. Es común que en los niños con Leucemia que presenten anemia se les ponga sangre.



Plaquetas. Las células de la sangre menos visibles y menos conocidas, pero muy importantes, son las plaquetas. Son las células más pequeñas que forman la sangre y también se forman en la médula ósea. Son los "tabiques" que ayudan a que paren los sangrados y se mantenga la sangre circulando adecuadamente. Cuando no hay suficientes plaquetas en la

sangre, se presentan pequeños puntitos amarillos llamados **petequias**, y si hay muy pocas plaquetas en el cuerpo se le llama trombocitopenia. Cuando un niño tiene Leucemia la trombocitopenia es frecuente, y se nota porque el niño puede sangrar (por la nariz, oídos, encías, etc.) o en pocas ocasiones en órganos dentro del cuerpo que no podemos ver a simple vista (en el Cerebro) cuando esto ocurre puede necesitar que se les ponga plaquetas además de requerir reposo.



muerdas.

Células Blancas

Son células que no tienen color. Es el ejército de defensas de las personas contra los microbios. Tienen la capacidad de destruir los microbios y las células



Las células blancas nos ayudan a sanar cuando tenemos una herida. Por ejemplo: si una persona le da una infección en la garganta, el cuerpo responde mandando estas células a la garganta las cuales hacen que se hinche, se ponga rojo y duela, esto pasa mientras las células trabajan destruyendo los microbios y así evitan que la infección se vaya a otro lugar del cuerpo.

A veces el niño puede tener **neutropenia**, que significa que existen muy pocas defensas contra los microbios. Afortunadamente, existe una gran diferencia entre no tener defensas y tener una cantidad muy pequeña o "estar bajo".

Cuando se tiene un paciente con Leucemia con frecuencia los médicos mencionan que el niño está "bajito" y en algunos casos pueden llegar a dar un medicamento para que les ayuden a subir de defensas. Aunque lo que más recomiendan es que el niño no tenga cambios bruscos de temperatura, una buena alimentación y tener cuidado con la limpieza de casa y el aseo personal del niño.

⊗ **Recuerde:**

- La pérdida de células de defensa se llama neutropenia,
- La disminución de plaquetas trombocitopenia,
- la disminución de todos los tipos de células se llama pancitopenia,
- la pérdida de células rojas se llama eritrocitopenia, o mejor conocida como anemia.



Para conocer la cantidad de todo esto se les manda realizar un estudio de sangre llamado *Biometría hemática o B. H.*, antes de la quimioterapia o de una consulta o cuando el médico considere que el niño puede estar "bajito".



¿Qué es la médula ósea?

La médula se encuentra dentro de todos los huesos, los cuales son porosos, especialmente en la cadera, costillas, espalda y esternón. Si una costilla se quita y se partiera por la mitad, encontraremos

una parte exterior dura y algo de material rojo, sanguinolento y suave en el centro. Esta parte suave y rojiza es la médula ósea, que está formada por millones de pequeños huecos con sangre. Es en estos pequeños lagos donde se producen las células de la sangre.



¿Cómo se examina la médula?

Toma de sangre (Biometría Hemática o BH). Hay dos maneras de observar la médula. La primera es sacando sangre de una vena de la mano del niño (la cual está muy llena con células de la médula) y luego poner una pequeña gota para observarla en

un aparato.

¿Qué es el Aspirado de Médula ósea?

Es la segunda forma de analizar la Médula. Consiste en sacar un poco del líquido de un hueso de la cadera, lo hacen con una aguja larga, es un procedimiento delicado pero muy importante ya que con este estudio se puede conocer si hay o no blastos y si los hay, el número de blastos que hay. En ocasiones puede pasar algo que los médicos llaman "médula diluida", que se refiere a que la muestra de líquido que tomaron no fue suficiente o no se puede analizar. Cuando esto sucede se deberá realizar otro Aspirado de Médula ósea.

El mejor sitio para obtener buenas muestras de médula en los niños es en el hueso de la cadera. En los niños más pequeños, debido a que la médula roja se distribuye de manera diferente, es posible obtener muestras adecuadas en el hueso más largo de la pierna: la tibia.

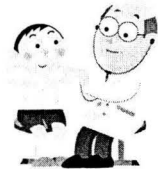
Estos dos métodos se complementan y son dolorosos, por lo que para el aspirado de médula en ocasiones se anestesia al niño.

En ocasiones se requiere analizar las muestras con otros aparatos sofisticados para que el médico pueda verificar el tipo de leucemia que padece el niño, son análisis que tardan varios días y sólo el médico lo solicita en algunos casos donde no han podido detectar el tipo de leucemia con la B.H., ni el examen de la médula.



¿Cómo empieza a notarse la Leucemia?

Los niños pueden parecer normales, pero están muy pálidos y el doctor sospecha anemia (pero no generalmente leucemia), por lo que algunas veces les mandan a hacer un estudio de sangre que se llama Biometría hemática (B.H) la cual sirve para saber la cantidad de los componentes de la sangre.



La comprobación gradual de que "algo esta mal" es una historia frecuente. En muchas ocasiones los padres llevan a su hijo a consulta con el médico, a veces por varios meses, debido a que notan a su hijo sin energía, pálido, sin ganas de hacer nada, o por enfermarse muy seguido de resfriados, gripes e infecciones en la garganta. Esta historia es muy común en los niños que no tienen leucemia, y puesto que la leucemia es rara, no es de sorprenderse

que los médicos familiares no la diagnostiquen desde la primera vez.



Conforme la enfermedad progresa, la medula ósea continúa dañándose y así conforme el problema avanza, la palidez se nota más y pueden aparecer muchos puntitos rojos en su piel, en ocasiones sangra la nariz y oídos, también aparecen moretones sin haberse golpeado y el niño se nota cada vez más enfermo.



Pocas niños con Leucemia llegan a estar muy enfermos o con fuertes infecciones en el momento en que se descubre la enfermedad aunque esto puede pasar porque los niños porque están "bajitos" de defensas. También se presentan algunos síntomas como dolor de huesos en las piernas, hombros y espalda.



Cuando se hace el diagnóstico de Leucemia no solo es importante saber que tipo de Leucemia tiene el paciente, sino también es necesario determinar otras cosas que los médicos llaman Leucemia de "alto riesgo", Leucemia de "riesgo habitual" o Leucemia de "bajo riesgo". Además indagan si el paciente tiene carga tumoral, si tiene una alteración en sus genes llamada "cromosoma Philadelphia" o bien si además de la Leucemia presentan alguna otra enfermedad.

Conociendo todos estos aspectos el médico puede hacer el plan de tratamiento más conveniente para su paciente.

Ejemplos de Diagnósticos dados comúnmente a los papás.

1. "Señor: su hijo tiene una LAL L1 de Alto riesgo por carga tumoral".

2. "Señora: su hija tiene una LAM M3".

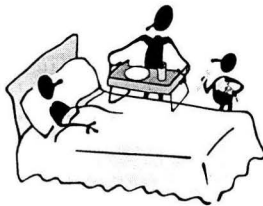
Ahora que ya aprendimos más de la Leucemia pasaremos a ver los tipos de tratamiento que hay.



⊗ Antes de comenzar, es importante decirle que:

El tratamiento para la Leucemia pueden ser de varios tipos los cuales ya se han probado en otros países con niños que también tiene Leucemia.

Etapas del tratamiento



La primera se llama **Inducción a la Remisión**, lo cual significa que poniendo quimioterapias se tratará de que la médula ósea deje de producir blastos. La mayoría de los niños deberán hospitalizarse en varias ocasiones para aplicarle la quimioterapia y checarlos por si se presenta algún problema.

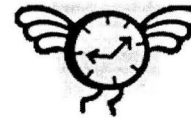


La segunda etapa se llaman **mantenimiento de la remisión** y dura aproximadamente 3 años, en esta

etapa se les continúa aplicando quimioterapias y a algunos niños se les manda a Radioterapia. En general los niños se hospitalizan con menor frecuencia para su tratamiento. En esta etapa lo que se quiere lograr es seguir manteniendo a la médula ósea sin producir blastos (células cancerosas).



La tercera etapa de tratamiento es la llamada **Vigilancia** que consiste en que el niño dejará de recibir tratamiento y solo se le citará con algunos estudios para checar que la médula ósea continúa trabajando bien. Esta etapa dura varios años y no se debe de dejar de acudir a sus citas, ya que con esto se vigilará que la enfermedad no aparezca de nuevo.



La respuesta al tratamiento y la sobrevivencia del niño depende de varios factores:

- El tipo de Leucemia
- La edad del niño en que apareció la leucemia
- La respuesta individual del organismo de cada niño al tratamiento



Los tipos de tratamiento son:

Quimioterapia: Son medicamentos que se combinan para matar a los blastos o evitar

que vuelvan a salir más en la médula. Son medicinas que aunque son benéficas para su niño, muchas veces tienen otros efectos desagradables, como son: sensación de volver el estómago, vómito, resequeidad de boca, dolor de estómago, dificultad para hacer del baño, cansancio, dolor de piernas y con mucha frecuencia caída del cabello y cambios en el color de las uñas.



La quimioterapia se les aplica a todos los niños. Lo más frecuente es que se la pongan a través de inyecciones ya sea en las venas de las manos, de los pies, directamente en la médula ósea (quimioterapia intratecal) o bien a

través de un aparato que se llama catéter, aunque también en ocasiones la quimioterapia se la dan como pastillas.

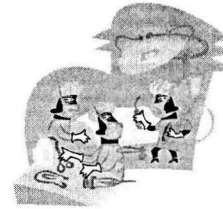
Este es el tratamiento que mejores resultados ha tenido para tratar los diferentes tipos de Leucemia por ello es el primer tratamiento que le propone el médico para tratar a su paciente.



Radioterapia.

Este tratamiento consiste en aplicar algo llamado radiaciones que sirve para destruir los blastos que se han ido a otras partes del cuerpo. La radioterapia la dan a través de un aparato especial que no causan dolor cuando se los aplican. En ocasiones puede haber algunas molestias, como resequeidad en la piel.

No a todos lo pacientes con leucemia se les aplica la Radioterapia, esto lo decidirá su doctor.



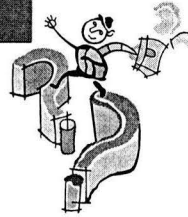
Trasplante de médula ósea. Este tipo de tratamiento es poco común generalmente solo se realiza a muy pocos niños tomando en cuenta el tipo de Leucemia y como ha respondido al tratamiento, es un tratamiento muy delicado, difícil de realizar, costoso y

se requiere hacer una operación además de tener una persona que pueda donar una parte de su médula.

Etapa	Tratamiento	Duración	Efectos indeseables	Cambios en la conducta del niño
1. Inducción a la remisión	Quimioterapia aplicada en la vena e intratecal Meticortén Antibióticos para las infecciones Ocasionalmente radiaciones Ponstan se utiliza para controlar el dolor y la fiebre Zofran se utiliza para disminuir la sensación de náusea	En los niños que no tienen complicaciones (p.ej: infección, o defensas bajas) dura de 3 a 4 meses	Quimioterapia: ganas de volver el estómago (náusea), vómito, pérdida del cabello, resequedad de boca, diarrea, constipación, dolor de cabeza y piernas, cansancio, falta de apetito Meticortén: Aumento de peso y de apetito	Mientras está hospitalizado: llanto frecuente, necesidad de que la mamá o papá esté con el o ella, cambios en su apetito, enojo, berrinches, problemas para dormir. Ya en casa o en el albergue: Llanto, enojo, berrinches, desobediencia. En algunos niños más grandes dificultades para aceptar los cambios en su cuerpo y el dejar la escuela.

Etapa	Tratamiento	Duración	Efectos indeseables	Cambios en la conducta del niño
2. Mantenimiento de la remisión	Quimioterapia en pastillas Meticortén En algunos casos más quimioterapia intravenosa o intratecal Antibióticos para las infecciones Ponstan se utiliza para controlar el dolor y la fiebre Zofran se utiliza para disminuir la sensación de náusea	Alrededor de 3 años	Quimioterapia: ganas de volver el estómago (náusea), vómito, pérdida del cabello, resequedad de boca, diarrea, constipación, dolor de cabeza y piernas, cansancio, falta de apetito Meticortén: Aumento de peso y de apetito	En el hospital: negarse a acudir al hospital, al cual acude muchas veces llorando, nervioso y enojado. Sentir náusea o vómito antes de la aplicación de los medicamentos En la casa: A veces puede estar triste o muy "nervioso", especialmente cuando va a acudir al hospital.

Etapa	Tratamiento	Duración	Efectos indeseables	Cambios en la conducta del niño
3. Vigilancia	Sin quimioterapia, únicamente revisiones con el médico Se da tratamiento si el niño presenta algún otro problema de salud (gripas, infecciones, etc.)	Aproximadamente 10 años		En ocasiones pueden tener dificultades para aprender como los demás niños de su edad y también presentar comportamiento rebelde.



claro.

¿Qué hacer?

Si el niño tiene molestias físicas, como son: vómito, dolor, etc. Deberá seguir las indicaciones del doctor o de la enfermera y tomar los medicamento que se le indique a la hora y como se lo señalan, es importante que si no entendió la forma en que le indicaron dar el medicamento pregunte de nuevo hasta que le quede

No en todos los niños se presentan estos problemas, lo cual es muy benéfico ya que le ayuda a estar en mejores condiciones para seguir sus tratamientos.

Tal vez se pregunte de qué depende que a su paciente le ocurran los cambios que arriba se mencionan. Aunque no se sabe a con certeza usted puede ayudar a que los cambios no deseados puedan evitarse o si se presentan no sean tan desagradables.

Si su hijo presenta cambios en la manera en que se comporta, el INP cuenta con el Servicio de Salud Mental en el cual hay psiquiatras y psicólogos para ayudarle a manejar los problemas que el niño o su familia este presentando. Si usted nota cambios en el comportamiento de su paciente puede comentarlo con su médico el cual le informará la forma para acudir al Servicio de Salud Mental.

¿De que depende que mi hijo se cure?

Es muy importante tener en cuenta que la palabra "cura" se usa con precaución ya que solo se puede decir que un niño con Leucemia está curado cuando ya ha terminado su tratamiento sin haber tenido ninguna recaída y tener más de 10 años en seguimiento. Aunque es importante que usted sepa que toda la vida su hijo tendrá que continuar con revisiones médicas.



¿Siempre tendremos que sufrir como al principio de la enfermedad?

Aunque los primeros meses del tratamiento son difíciles para el niño y la familia, conforme avanza en sus tratamientos ya se habrán habituado a la rutina del hospital, los exámenes, las citas con el doctor y los tratamientos. En la medida de lo posible, muchas familias vuelven a llevar su vida normal, cuando terminan sus tratamientos. También los niños pueden regresar a la escuela, si ya la habían empezado, o entrar a la misma, siempre y cuando el doctor responsable esté de acuerdo.

¿Qué es una recaída?

Tener una recaída es algo que puede ocurrir a pesar de que el niño esté en tratamiento y ya haya logrado entrar a la segunda etapa, es decir, el organismo del niño ya no estaba produciendo blastos y por alguna razón los empieza a producir de nuevo es aquí cuando se dice que el niño ha recaído. Cuando se presenta una recaída el tratamiento se vuelve a empezar desde la primera etapa (inducción a la remisión), lo cual implica que el tratamiento durará más tiempo y en ocasiones se combina la quimioterapia con radioterapia.

¿Qué es la falla terapéutica?

En muy pocos niños, los blastos resisten la quimioterapia y no se destruyen totalmente o no dejan de salir blastos de su médula ósea. En estas situaciones desafortunadas se dice que

hubo "falla del Tratamiento" y será necesario que platique con el médico las opciones de tratamiento que se le pueden dar al niño.



Medicamentos para tratar la Leucemia

Existen diferentes medicamentos que son usados para el tratamiento de la leucemia, y es común combinar algunos o aplicarlos en las diferentes etapas del tratamiento. Esto se hace así porque se ha visto que es la manera en que funcionan mejor para destruir los blastos o evitar que la médula ósea vuelva a producirlos.

La mayoría de los medicamentos tienen algunas consecuencias desagradables en algunos niños, como son náusea, vómito, dolor de cabeza o de las piernas, sensación de malestar, resequedad de la boca y la piel, diarrea o constipación, entre otros.

Medicamento	Efectos desagradables	Caml	Medicamento	Efectos desagradables	Cambios en la
Metocortén	insomnio, aumento del apetito, debilidad muscular y ocasionalmente diabetes temporal	Caml	Genoxal	Enrojecimiento o ennegrecimiento de la piel, náusea, vómito, disminuye la producción de nuevas células de la sangre, congestión de la nariz, disminución del hambre, diarrea.	Irritables Agresividad Demandantes
Metotextrato	Inflamación del estómago Caída del cabello Diarrea Náusea Vómito Tos Fiebre Dificultad para respirar Disminución de la producción de sangre en la médula ósea Problemas para moverse	Caml	Leunace	Presión baja, dificultad para respirar	Irritables Agresividad Demandantes
Vincristina	ocasiona agotamiento (principalmente en las piernas), constipación pérdida de cabello	Caml	Dem	Enrojecimiento o ennegrecimiento de la piel, náusea, vómito, disminuye la producción de nuevas células de la sangre, presión baja, diarrea.	Irritables Agresividad Demandantes
Mercaptopurina	Náusea, vómito, diarrea, inflamación del estómago, anemia	Caml	Berr	Presión baja, dificultad para respirar	Irritables Agresividad Demandantes
daunorrubicina y adriamicina	náusea y vómito, hasta 24 hrs. después de la aplicación pérdida temporal de cabello Disminución de la producción de sangre en la médula ósea.	Caml	En deso "gor	Presión baja, dificultad para respirar	Irritables Agresividad Demandantes
Leucovorín		Caml	En deso "gor	Presión baja, dificultad para respirar	Irritables Agresividad Demandantes
ARAC	Disminuye la producción de nuevas células de la sangre, mucositis, náusea, vómito, diarrea, sangrado en el recto, dificultad para caminar o hablar, caída de cabello, fiebre, dolor en las articulaciones	Caml	En deso "gor	Presión baja, dificultad para respirar	Irritables Agresividad Demandantes

OTROS MEDICAMENTOS DE APOYO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	PARA QUE SE USA
Zofrán	Se utiliza para disminuir la sensación de náusea y vómito
Caml Ponstan de á	Es utilizado para controlar el dolor y para manejar la temperatura
Tristeza Antibióticos	Se utilizan cuando el niño presenta alguna infección, sirve para atacar los microbios
Antimicóticos	Son utilizados para atacar los hongos que suelen aparecer cuando los niños están "bajitos" de defensas

⊗ RECUERDE:

1. *Es importante mencionar que no todos los niños presentan estas molestias, y qué tan molesto se sienta su hijo depende de su propia sensibilidad a cada medicamento.*
2. *Cuando se llegan a presentar cambios en la conducta del niño recuerde que estos cambios son temporales, aparecen una vez cuando se le aplica el medicamento al niño y desaparecen varios días después de que termina su ciclo de quimioterapia. Si nota cambios en su conducta, es importante que lo comente con el medico que está a cargo del tratamiento de su hijo, para que valore si necesita apoyo de la psicologa.*

AYUDAS EXTRAS



Existen medicamentos como el Zofrán que disminuye la sensación de náusea. Puede ayudar a su hijo de otras formas además del medicamento, como son: comer varias veces al día no tres veces al día como generalmente se hace, comer alimentos frescos y ligeros o salados, tomar bebidas frías (siempre y cuando no este con infección) ayudarle a que esté cómodo y relajado, o que haga cosas que le distraigan de pensar en sus molestias.



¿QUÉ ES EL CATÉTER Y PARA QUÉ SIRVE? Para hacer evitar que el niño tenga que ser "picado" todas las veces que requiere exámenes de sangre o quimioterapia en la vena, en ocasiones es recomendable que se le ponga un catéter

para administrar los medicamentos y transfusiones. El catéter es un tubo muy pequeño que se coloca dentro de una vena grande del cuerpo, es una "ventana" que se mantiene cerrada y sólo se abre para sacar muestras de sangre y poner los medicamentos de la quimioterapia. Requiere tenerlo limpio y aseado, tiene la ventaja de que al niño le permite hacer casi todas las actividades de un niño normal y lo doloroso de ser picado muchas veces. Algunos catéteres se ponen un corto tiempo, pero otros pueden dejarse dentro del cuerpo meses e incluso años.

¿QUIÉNES SON LAS PERSONAS QUE ATIENDEN AL NIÑO?

Para el tratamiento de la Leucemia existe en el Instituto un equipo de salud que atenderá a su hijo, compuesto por médicos, psicólogas, trabajadoras sociales y enfermeras, cada uno hace un trabajo diferente:



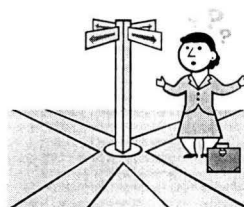
El **médico** se encarga de dar los diagnósticos, dar el tratamiento adecuado, recetar medicamentos, sacar muestras de sangre y hacer aspirado de médula, revisar a su hijo, dar informes cuando se necesitan, mandar al niño con otros especialistas si lo requiere.



La **enfermera** se encarga de ayudar al médico a revisar el , poner las venoclisis, cuidar que los medicamentos se tomen en la hora y cantidades indicadas, enseñar a los papás de algunos niños los cuidados que deben tener con ellos. Avisar a los doctores si notan algo importante en el niño.



La **psicóloga**, que se encarga de apoyar al niño y su familia para que aprendan a vivir con la enfermedad, adaptarse a estar en el hospital, a enseñar a los padres a entender y manejar la conducta de sus hijos, a disminuir el sufrimiento que les causa estar en el hospital, los medicamentos y los "piquetes", para que puedan continuar su tratamiento. Apoya al equipo para atender los problemas emocionales que suelen aparecer en los niños enfermos y en sus familias.



La **trabajadora social** es la persona que le orienta en los diferentes tipos de ayuda en medicamentos, albergues y apoyo de otros hospitales que existen para los niños enfermos y sus familias, se encarga de apoyarle con los trámites que tiene que hacer cada vez que acuda al INP. De igual manera, orienta a los familiares que se encuentran en situaciones difíciles y cuando requieren ayuda legal.

Para terminar: Esperamos que este guía le sea de ayuda para acompañar a su hijo o familiar en sus tratamientos, dentro y fuera del hospital.

DIARIO PARA PADRES:

Ahora usted puede comenzar a anotar:

Instrucciones: A continuación el presentamos las sensaciones que tenemos con más frecuencia cuando nos sentimos nerviosos. Le pedimos que ponga una "X" en las sensaciones que tuvo en este día:

Por ejemplo:

Sensación de estar "partido en pedazos" Sensación de pérdida de control sobre lo que sucede	Tensión en los músculos X Temblores Dificultad para pensar con claridad X	Hormigueo Dolor de cabeza por nervios X	Sensación de enorme cansancio Moverse con torpeza
--	---	--	--

preocupación palpitaciones, pulso rápido, presión alta, accesos de calor hiperactividad miedo o temor sensación de ahogo, sofoco, respiración rápida y superficial, opresión del pecho	movimientos repetitivos pensamientos negativos: inferioridad, inutilidad náuseas, vómitos, diarrea, dificultades para respirar, molestias en el estómago Tartamudeo Otras dificultades para hablar dificultad para concentrarse	micciones frecuentes Incapacidad para moverse Sensación de estar "partido en pedazos" Sensación de pérdida de control sobre lo que sucede Dificultad para pensar con claridad Tensión en los músculos Temblores Hormigueo Dolor de cabeza por nervios Sensación de enorme cansancio	Moverse con torpeza Inseguridad Sequedad de la boca Sudoración excesiva (no por calor o ejercicio) Mareo Escalofrío Evitar hablar o hacer cosas Aprensión Sensación de estar en peligro o amenazado Dificultad para tomar decisiones
--	--	--	---

DIARIO DE RELAJACIÓN

Este es un diario que le ayudará a anotar cuánto ha logrado controlar su nerviosismo con el ejercicio de relajación que ha aprendido.

Le pedimos que anote en la regla qué tan tenso se sentía antes de hacer el ejercicio y después de hacer el ejercicio. A continuación le ponemos un ejemplo:

La Sra. Juanita aprendió en la plática de hoy cómo lograr relajarse y sentirse menos nerviosa. En la noche se propuso hacer el ejercicio antes de dormir, y anotó primero cómo se sentía en ese momento:

Antes del ejercicio

Totalmente tenso

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Totalmente
relajado

Hizo su ejercicio, y al final anotó cómo se sintió al terminarlo:

Después del ejercicio

Totalmente tenso

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Totalmente
relajado

Así, cada vez que la Sra. Juanita hacía su ejercicio, notaba cómo iba sintiéndose cada vez menos tensa y nerviosa, a pesar de los problemas que tenía que resolver a diario.

Ahora, usted puede empezar a hacer sus ejercicios de relajación:

DIA ___ MES _____

Antes del ejercicio

Totalmente tenso

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Totalmente
relajado

Después del ejercicio

Totalmente tenso

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Totalmente
relajado

DIA ___ MES _____

Antes del ejercicio

Totalmente tenso

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Totalmente
relajado

Después del ejercicio

Totalmente tenso

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Totalmente
relajado

ESPACIO PARA NOTAS, DUDAS Y PREGUNTAS

ESPACIO PARA NOTAS, DUDAS Y PREGUNTAS