

01968



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

**MAESTRA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A :

**HILDA GUADALUPE FERNANDEZ SUAREZ**

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS  
JURADO DE EXAMEN: MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA

DRA. LAURA HERNANDEZ GUZMAN  
DR. JUAN JOSE SANCHEZ SOSA  
MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA  
DRA. ISABEL REYES LAGUNES  
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO



MEXICO, D. F.

2004



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

**A *Bulmaro Fernández Delgado †***  
**y *María Suárez Lozano †***

Con todo mi cariño a quienes me  
dieron la vida y con amor me  
educaron.

**A *Oscar Armando Bello Ramírez***

Con todo mi amor a quien ha  
compartido su vida con la mía y  
quien me ha motivado y apoyado en  
todas mis metas

**A *Lucero Rubí y Corinna Elizabeth***

Quienes han sido fuente de inspiración de  
alegría aunque también de enojo y de  
tristeza y a quienes he visto crecer hasta  
convertirse en dos bellas mujercitas.

**A *Leonardo Haziel***

Quien es un pedacito de vida,  
ternura e inocencia.

A nuestra Alma Mater:

**La Universidad Nacional Autónoma de México**

Y con ella a mi querida **Facultad de Psicología**

Al personal del **Hospital de la Mujer** y del **Instituto Nacional de Cancerología**, Instituciones en donde realicé mi residencia.

Al **Dr. Samuel Jurado Cárdenas** con admiración y respeto, con mi sincera gratitud por la distinción de contar con sus apreciables consejos en la elaboración del presente trabajo y por guiarme y apoyarme en mi papel como estudiante y residente en mis estudios de postgrado

A los sinodales de mi examen profesional : **Mtro. Arturo Martínez Lara, Dra. Laura Hernández Guzmán, Dr. Juan José Sánchez Sosa, Mtro. Fernando Vázquez Pineda, Dra. Isabel Reyes Lagunes, Mtro. Leonardo Reynoso Erazo**, quienes dieron parte de su tiempo para revisar este trabajo y por sus apreciables consejos.

**A los y las pacientes** que han tenido que afrontar una enfermedad y me permitieron conocer su padecimiento.

## INDICE.

	Página
1. LA PSICOLOGÍA Y LOS PROBLEMAS DE SALUD.	
1.1 Definición del concepto de salud . . . . .	1
1.2 El dualismo cuerpo mente y su relación con la conceptualización Salud- enfermedad a través de la historia . . . . .	2
1.3 Modelo Biopsicosocial en la salud y en la enfermedad . . . . .	5
1.4 Salud – enfermedad y conducta . . . . .	8
1.5 Definición de Medicina Conductual . . . . .	13
1.6 Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual En México y su campo de acción . . . . .	17
2. HOSPITAL DE LA MUJER.	
2.1 Antecedentes . . . . .	22
2.2 Características de la sede. . . . .	23
2.3 Recursos humanos. . . . .	24
2.4 Ubicación del residente en Medicina conductual . . . . .	27
2.5 Actividades del residente en medicina conductual . . . . .	27
2.6 Programas específicos y su evaluación.	
2.6.1 Introducción general . . . . .	32
2.6.2 Programa 1: “Una intervención cognitiva conductual en gestantes con preeclampsia”	
2.6.2.1 Introducción . . . . .	37
2.6.2.2 Método . . . . .	44
2.6.2.2.1 Participantes . . . . .	44
2.6.2.2.2 Instrumentos de Medición . . . . .	45
2.6.2.2.3. Procedimiento	
- Fase de selección y preevaluación . . . . .	47
- Fase de tratamiento . . . . .	47

- Fase de postevaluación.	52
- Diseño	52
- Variables	52
2.6.2.2.4 Resultados	53
2.6.2.2.5. Discusión.	61
2.6.3 Programa 2: "Una intervención Psicológica breve para el manejo del estado emocional en mujeres hospitalizadas"	
2.6.3.1 Introducción.	64
2.6.3.2 Método	
2.6.3.2.1 Participantes	65
2.6.3.2.2 Instrumentos de medición y materiales	66
2.6.3.2.3 Procedimiento	
- Fase de selección y evaluación.	66
- Fase de tratamiento.	67
- Fase de Postevaluación.	68
- Diseño	68
- Variables	69
- Control de variables	69
2.6.3.2.4 Resultados	69
2.6.3.2.5 Discusión	72
2.7 Asistencia a eventos académicos	73
2.8 Competencias profesionales alcanzadas	74

### 3. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA.

3.1 Antecedentes	77
3.2 Características.	78
3.3 Recursos Humanos	79
3.4 Ubicación del residente en Medicina Conductual.	82
3.5 Actividades del residente en Medicina Conductual.	83
3.6 Programas específicos y su evaluación.	

3.6.1 Programa 3: "Intervención psicológica breve en mujeres con cáncer de mama y su efecto en la calidad durante la quimioterapia"	
3.6.1.1 Introducción . . . . .	91
3.6.1.2 Método . . . . .	
3.6.1.2.1 Participantes . . . . .	100
3.6.1.2.2 Instrumentos . . . . .	102
3.6.1.2.3 Procedimiento . . . . .	
- Fase de selección . . . . .	103
- Fase de evaluación . . . . .	104
- Fase de asignación . . . . .	104
- Fase de tratamiento . . . . .	105
- Fase de postevaluación . . . . .	106
- Diseño . . . . .	107
- Variables . . . . .	107
3.6.1.3 Resultados . . . . .	109
3.6.1.4 Discusión . . . . .	122
3.7. Actividades académicas dentro de la sede . . . . .	128
3.8. Competencias profesionales alcanzadas . . . . .	129
4. SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES . . . . .	130
5. BIBLIOGRAFÍA . . . . .	132

## **1. LA PSICOLOGIA Y LOS PROBLEMAS DE SALUD.**

### **1.1 DEFINICION DEL CONCEPTO DE SALUD.**

Tradicionalmente los médicos han tenido la exclusiva en el campo de la salud entendiendo a ésta como algo que se conserva frente a agresiones externas e internas por lo que se ha definido como: "La salud es un estado de relativo equilibrio entre la forma y funciones del organismo que resulta de su adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla (Loavet y Clark, 1958; citado por Alvarez, 1998) otra definición con contenido similar es la propuesta por Romero (1981) quien la definió como "Una concatenación armónica; por una parte los aspectos somáticos del organismo, con sus distintos órganos y sistemas, todo ello con una fisiología perfectamente equilibrada y rítmica... toda esta integración debe de encontrarse en condiciones de reaccionar constante y perennemente ante agentes que tienden a perturbar su normal equilibrio" (pág. 15).

Desde el punto de vista cultural, la salud a sido concebida como ausencia de enfermedad, sin embargo en 1974 la Organización Mundial de la Salud propuso una definición en donde contempla a la salud abarcando tres dimensiones: "La salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades" (Oblitas, Becona y Valdés, 2000, pág. 12). Esta definición refleja una concepción multidimensional y el objetivo de la salud no es lograr que esta sea buena sino que se trate de conseguir que el individuo desarrolle su capacidad para que sea capaz de cambiar su situación vital y funcionar al máximo de su capacidad y satisfacción percibida, teniendo en cuenta que la salud es un proceso social, producto de factores de la vida comunitaria (Buela y Carrobles, 1996). De esta forma, la salud es entendida en un sentido amplio como el estado integral del bienestar al que todos aspiramos y no solo a la salud física con la que el término salud ha estado tradicionalmente identificado. Por lo que incluye, indudablemente el sentirse bien tanto consigo mismo como en las relaciones y papeles que se desempeñan en el trato con los demás y con el medio ambiente que nos rodea. La salud es bienestar o vida en las tres dimensiones o áreas básicas que constituyen la naturaleza humana: la biológica,

la psicológica y la social, y cuyo disfrute, combinada o integradamente, constituye la principal aspiración del ser humano y el ideal o prototipo de felicidad de nuestro tiempo (Simón, 1993).

### **1.1 EL DUALISMO CUERPO-MENTE Y SU RELACION CON LA CONCEPTUALIZACION SALUD-ENFERMEDAD A TRAVÉS DE LA HISTORIA.**

Cuando pensamos acerca de la salud generalmente nos enfocamos en los aspectos físicos de la salud y es mucho menos probable que pensemos en los aspectos psicológicos, conductuales (Bishop, 1994) y sociales. Este hecho se debe a la evolución que ha tenido la conceptualización de salud-enfermedad a través de la historia y en las diferentes culturas el cual se ha visto enmarcado por el problema de la dualidad cuerpo mente.

El problema de la dualidad cuerpo-mente ha sido objeto de diferentes conceptualizaciones y tiene que ver con las prácticas culturales que se adoptan dentro de cada sociedad para definir aquello que es sano y con las prácticas terapéuticas utilizadas. Mientras que en algunas culturas mente y cuerpo han sido entendidas como un todo indisoluble, en otras por el contrario se postulan como elementos separados (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

En las sociedades primitivas la mente y el cuerpo fueron considerados como unidos, los desórdenes del cuerpo fueron entendidos en términos de poderes espirituales, cuando una persona se sentía enferma se pensaba que era debido a demonios u otras fuerzas espirituales que controlaban a la persona (Bishop, 1994). Los griegos fueron los primeros en comprender a la enfermedad en términos naturales pero se continuaba considerando a la mente y al cuerpo como unidos influyéndose de manera recíproca (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Bishop, 1994). Esto lo vemos reflejado en el pensamiento de Hipócrates que consideró en su teoría de los humores que la enfermedad se presentaba cuando había un desequilibrio entre los diferentes humores circulando en el cuerpo, mientras que Aristóteles y Platón comentaron en las formas en las cuales la mente influenciaba en el cuerpo y viceversa (Bishop, 1994). Se planteó que mientras la

salud era la resultante de un estado de armonía del individuo consigo mismo y con el exterior, la enfermedad devenía de la ruptura de ese equilibrio debido por causas naturales; dentro de esas causas naturales se incluían tanto las de naturaleza biológica como las relativas al comportamiento del individuo, así como a su personalidad (Pachuta, 1989 citado en Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Durante la edad media se fue produciendo un cambio en esta concepción naturalista, especialmente en el mundo occidental adquiriendo predominancia el enfoque espiritualista de la enfermedad debido entre otras razones a que la práctica médica fue quedando bajo los auspicios de la iglesia católica, la enfermedad paso a ser como el resultado de la violación de la ley divina y fue durante el renacimiento cuando se recuperó una cierta conceptualización de la enfermedad en términos naturalistas. Durante el renacimiento se revivió un renovado interés por el estudio de las ciencias, es la época del desarrollo del microscopio, de la realización de las autopsias, etc. y es también durante esta época cuando tiene lugar el hecho que cambió la historia de la medicina y posibilitó la aparición, consolidación y absoluta primacía del modelo biomédico. El modelo biomédico encontró su mejor fundamento en las doctrinas que defendieron el dualismo mente cuerpo cuyo principal representante fue René Descartes. Descartes planteó que lo físico y lo espiritual son dos realidades separadas; mientras que el cuerpo pertenecería a la realidad física, la mente sería una realidad espiritual. De acuerdo con esta visión el cuerpo sería como una máquina que podría ser analizada en términos de sus partes constituyentes y entendida así en términos mecánicos la enfermedad sería entonces el fallo de algún elemento de la máquina y al igual que haría un mecánico, el trabajo del médico sería el diagnosticar dicho fallo y reparar la maquinaria. Esta aproximación, junto con el avance tecnológico, el descubrimiento de las penicilinas, vacunas y el avance de técnicas quirúrgicas reportaron grandes beneficios a la humanidad controlándose las enfermedades infecciosas y curando algunas enfermedades que antes resultaban fatales, reduciéndose considerablemente las tasas de mortalidad. Sin embargo, desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad fueron vistas como una cuestión meramente bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores

sociales y psicológicos (Amigo, Fernández y Pérez, 1998) y de otras variables como la mejoría de las condiciones de vida y de la importancia de la nutrición, ya que de acuerdo a Vega (2000) estos fueron dos factores también responsables del descenso de la mortalidad de la población. Además, tomando en consideración que en la recuperación de la salud también están involucradas variables como la adherencia al tratamiento médico, la relación médico paciente, etc. y no únicamente las alteraciones bioquímicas (Engel, 1977 citado en Oblitas, Becona y Valdés, 2000). Es así que existe en la actualidad esta tendencia cultural como ya lo decía Bishop (1994) a poner la atención en los aspectos físicos cuando se piensa en la salud-enfermedad, por lo tanto nos considerarnos saludables si no existe una dolencia o una patología bien establecida en nuestro cuerpo que indique que existe una situación de enfermedad la cual se deba de atender, este problema se da también a nivel institucional, ya que desde las diferentes instituciones de salud (hospitales, clínicas gubernamentales o privadas y médicos) únicamente brindan atención si existe una enfermedad bien establecida sin considerar a aquellos factores que también contribuyen en el proceso de salud enfermedad, de tal forma que legos y expertos siguen esta vertiente histórica de primacía absoluta del modelo biomédico.

Autores como Engel en 1977 (citado por Oblitas, Becona y Valdés, 2000) y Vicens en 1995 consideraron que el modelo biomédico presenta numerosas lagunas en cuanto a la conceptualización de la enfermedad y en especial de la enfermedad crónica. Actualmente hay una tendencia hacia una conceptualización de la salud y la enfermedad incorporando los aspectos positivos del modelo biomédico pero evitando la reducción del dualismo mente cuerpo que lo ha limitado (Amigo, Fernández y Pérez, 1998; Bishop, 1994) y a considerar a los aspectos biológicos, psicológicos y sociales formando parte del proceso de salud-enfermedad, tomando en cuenta la interrelación presente entre mente y cuerpo, como menciona Vicens (1995), ambos niveles de realidad, el cuerpo y la mente forman parte de un mismo proceso, formando un todo en el ser humano, considerando así al proceso de salud enfermedad dentro de una concepción holística ecológica, y por lo tanto integral y humano.

## **1.2 MODELO BIOPSIICOSOCIAL EN LA SALUD Y EN LA ENFERMEDAD.**

En este modelo se considera que los factores biológicos, psicológicos y sociales son elementos determinantes de la salud y de la enfermedad. Se plantea que cuestiones como apoyo social (definidos como macroprocesos) y alteraciones bioquímicas (definidas como microprocesos) interactúan en el proceso salud enfermedad. Por lo que los partidarios de este modelo sostienen que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Hay autores como Bishop (1999), Costa y López (1986) y Kort (1995) que proponen modelos para explicar la interrelación de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales generadores de conductas de enfermedad o de salud.

Bishop (1994) propuso un modelo de salud-enfermedad cuyos fundamentos teóricos se encuentran en la teoría de sistemas. Esta teoría considera que la naturaleza se comprende mejor en términos de una jerarquía de sistemas, en el cual cada sistema está compuesto de subsistemas más pequeños y forman parte de uno más grande: por ejemplo, el cuerpo humano está hecho de muchos sistemas interrelacionados: como el sistema cardiovascular, el sistema endocrino, el sistema nervioso, etc; cada uno de ellos a su vez está compuesto de células y tejidos interrelacionados. Además el cuerpo físico es sólo un aspecto de una persona y cada persona forma parte de un subsistema más grande incluyendo familia, comunidad, sociedad y biosfera. Estos diferentes sistemas pueden ser conceptualizados en términos de una jerarquía de niveles y de un continuum, de unidades de interacción. Una característica importante es la idea de que un cambio o un disturbio en un nivel de los sistemas afecta no solo a ese nivel sino también a los niveles de arriba o abajo. Una característica esencial dentro de esta aproximación es el concepto de autorregulación que significa que los sistemas están orientado a balancear su funcionamiento. De acuerdo con Bishop (1994) la aproximación general de sistemas evita el reduccionismo, enfatiza el estudio de la comprensión de cada nivel y evita las limitaciones impuestas por el dualismo mente cuerpo al enfatizar las interrelaciones de los diferentes sistemas naturales. Costa y López (1986), explican un modelo que sirve de marco teórico para la

psicología aplicada a la salud denominado modelo ecológico de campo. En este modelo, el organismo no es un ente solitario, y los comportamientos no son emanaciones de un ente solitario. Un campo, como concepto ecológico, es la totalidad de los factores interdependientes que constituyen o toman parte de un suceso psicológico o comportamiento y lo hacen posible. Define lo psicológico como interacción del organismo total y su ambiente en una relación bidireccional, de tal forma que el hombre y su ambiente están en continua e íntima reciprocidad, cada uno controla al otro. Desde esta óptica, el comportamiento es un campo multifactorial que se establece cada vez que el organismo se acopla recíprocamente con las variables del ambiente, fuera de ese campo el comportamiento es impensable, si no existe campo, no existe comportamiento. La percepción, el pensamiento, la motivación, los afectos y las emociones se tienen en cuenta y son descritas y definidas bien como comportamientos o bien como variables del organismo que intervienen y participan en la interacción con el ambiente. Se considera que en todo episodio de conducta hay al menos una función de estímulos (Fe) y una función de respuesta (Fr) en mutua interacción de ajuste ecológico en esa relación recíproca en la cual tal respuesta del organismo está en función de tal o tales estímulos y viceversa; además para que una función de estímulos y una función de respuestas entren en contacto y originen un comportamiento, se requiere un soporte de una serie de condiciones físicas y sociales que permiten y median la interacción recíproca. Estas condiciones reciben el nombre de medio de contacto. La luz, la temperatura, el aire, el tacto, el gusto, las propiedades anatómicas y fisiológicas del organismo, las instituciones y normas sociales, el ruido, el espacio físico, la contaminación, el ambiente arquitectónico y social en el que vive la gente, son medios de contacto y en ocasiones funciones de estímulos; es preciso considerar además a los factores disposicionales. Con este modelo se pretende conocer cual es el patrón de variables relacionadas y conectadas entre sí que explique porqué en un momento dado de la vida de una persona, ésta ingiere una droga, come en exceso, hace ejercicio, toma una medicina, etc. Hace uso del análisis funcional de la conducta (AFC) que permite la identificación y descripción de las variables antecedentes

y consecuentes que intervienen en un comportamiento, así como el análisis de las relaciones funcionales entre esas variables, de las técnicas de modificación de conducta, de la psicología del aprendizaje y de la teoría del aprendizaje social. De acuerdo con Costa y López (1986) estos paradigmas se consideran como desarrollos del modelo de campo.

Kort (1995) consideró que la interacción entre la mente y el cuerpo se realiza a través de las emociones que luego se traducen en manifestaciones visibles en el cuerpo. Cita evidencia de los resultados de investigaciones de: Cannon, quien descubrió la respuesta de ataque o escape como una reacción frente al miedo y al peligro; de Selye, quien identificó la respuesta de estrés denominándola como síndrome general de adaptación y mostró cómo el desajuste emocional provoca esas mismas reacciones que a su vez causan lesiones físicas; de Spencer, quien identificó un conjunto de reacciones fisiológicas que tranquilizan a las que denominó "respuesta de relajación". De los resultados de las investigaciones de la psiconeuroinmunología y de investigaciones epidemiológicas: las primeras, demostraron que las células nerviosas interactúan directamente con los órganos del sistema inmunológico, como la adrenalina y otras hormonas asociadas al estrés; mientras que las investigaciones epidemiológicas que examinan los factores sociales y psicológicos asociados a la salud y enfermedad que muestran que las personas que experimentan un apoyo social energético viven más que los que no tienen estos nexos (Kort, 1995).

De esta forma, el modelo psicosocial tiene distintas implicaciones clínicas, por lo que en el proceso del diagnóstico, de evaluación y tratamiento se debe considerar siempre el papel interactivo de los factores psicológicos, biológicos y sociales. También destaca la importancia de la relación entre el paciente y el médico ya que se reconoce que una buena relación entre ambos puede mejorar la adhesión del paciente al tratamiento (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). De acuerdo con Kort (1995), tomar en cuenta la interacción mente-cuerpo abre nuevos caminos para estudiar áreas críticas: el funcionamiento del sistema inmunológico, el valor de la psicoterapia en la enfermedad física y la conexión entre los vínculos sociales y la salud.

#### 1.4 LA SALUD – ENFERMEDAD Y CONDUCTA.

En años recientes se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con los problemas de salud humana más allá de los límites del llamado campo de la salud mental, apareciendo nuevas interdisciplinas o subcampos de conocimientos como: la psicología de la salud, la salud comportamental, la medicina conductual, etc. Estas interdisciplinas tienen como propósito común destacar la importancia del **comportamiento** en la prevención, terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud (Latorre y Beneit, 1991).

En la actualidad existe suficiente evidencia de que la salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales (Bishop, 1994). Además, la mente, emoción, temperamento y personalidad afectan a la salud (Kort, 1995). Los estados psicológicos influyen en nuestra salud. Nuestros sentimientos y emociones pueden tener efectos positivos o negativos en nuestro bienestar físico, sentimientos de ser amados y apoyados por otros pueden ayudarnos tratar con situaciones estresantes (Wallston, Alagma, DeVellis y Devellis 1983). De tal forma que los estados psicológicos pueden tener efectos negativos sobre nuestra salud física ya que estados de tristeza, tienen una contraparte física, lo mismo con el estado de ira (Kort, 1995). El estado psicológico con más claros efectos negativos en nuestra salud es el estrés, habiéndose asociado a una gran variedad de efectos negativos sobre la salud (Oblitas y Becona, 2000). El concepto estrés se ha ido modificando de acuerdo a cómo ha ido avanzando su estudio; primero se le consideró como "una perturbación de la homeostasis" (Canon, 1932); posteriormente se le definió como "el conjunto de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulos nocivos incluidas las amenazas psicológicas" y se consideró como una reacción denominada síndrome general de adaptación (Selye, 1936); actualmente se le ha definido como la "relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Lazarus 1991), desde esta óptica, el individuo evalúa la situación (evaluación) y en esta evaluación se hace un análisis tanto de las situaciones como de los

recursos que se tienen (estrategias de afrontamiento) para hacerle frente a los estresores (Lazarus, 1991), de tal forma que el término adaptación fue gradualmente sustituido por estrategia de afrontamiento (Bulbena, Santos, González y González, 1991). La exposición a situaciones psicológicamente estresantes que causan ansiedad pueden resultar en una elevación aguda de la presión arterial. Esta relación entre la excitación emocional y una elevación transitoria de la presión sanguínea está bien establecida (Cannon, 1914, en Stuart, Friedman y Benson, 1999). El mecanismo de la excitación emocional es la elicitación repetida de la "respuesta de emergencia" o la reacción para la "lucha o huida", que se caracteriza por la activación del sistema nervioso simpático y se manifiesta por el incremento en el consumo de oxígeno, la presión sanguínea, la tasa cardíaca, tasa respiratoria y un 300 a 400% de incremento en el flujo sanguíneo muscular (Stuart, Friedman y Benson, 1999), y la activación de la parte medular de las glándulas suprarrenales. De los trastornos que pueden ser ocasionados por el estrés, son los denominados psicofisiológicos tales como cefaleas, hipertensión, asma, tics, disfunciones sexuales. En el caso de la hipertensión esencial, existen datos suficientes para afirmar que los factores psicológicos juegan un papel importante en su desarrollo, bien a través de comportamientos asociados con ciertos factores físicos relacionados con la hipertensión, como por ejemplo, la obesidad, la falta de ejercicio físico, el abuso de alcohol o el consumo excesivo de sal en la dieta (Blanchard, Martin y Duber, 1988), bien a través de los efectos relacionados con el estrés sobre el sistema cardiovascular (Stainbrook, 1988). Se ha considerado que la combinación de estrés sociocultural crónico y un riesgo psicológico como la ira reprimida podrían inducir mayor actividad patofisiológica y favorecer la hipertensión esencial (Jorgensen, 1996). Existe literatura sustancial con experimentos con animales (ver Blascovich y Katkin, 1995) y estudios descriptivos con humanos (Benson 1975, citado por Stuart, Friedman y Benson, 1999) que apoyan la hipótesis de interacción de estrés y la patogénesis de la hipertensión esencial. Así el comportamiento de las personas y su grado de activación ante las diferentes situaciones de la vida cotidiana provocan incrementos de la presión arterial, que

en función de variables individuales de predisposición podría desencadenarse en el tiempo originando un trastorno de hipertensión. Por otro lado, se ha considerado que el estrés puede jugar también algún papel en la evolución de una enfermedad cancerosa, y si bien es cierto que la mayoría de los cánceres tienen múltiples causas, también es cierto que los estilos de vida y los comportamientos humanos forman parte de los mecanismos etiológicos del cáncer. Riley (1981), realizó una investigación con animales, colocó a ratones en condiciones diferenciales de estrés ambiental logrando modificar la incidencia y evolución de tumores, explicó que el estrés provoca un aumento en la producción de corticoesteroides que a su vez tiene como consecuencia una involución del timo y ganglios encargados de la producción de linfocitos y por tanto un debilitamiento del sistema inmunológico encargado de proteger al organismo; pero consideró que las relaciones entre los estresores y los cambios en el sistema inmunitario son relevantes sólo para aquellos tumores que están bajo control inmunológico y no todos los cánceres son de este tipo (Postigo y Beneit, 1994); sin embargo, aunque en la mayor parte de investigaciones llevadas a cabo con sujetos humanos presentan problemas metodológicos ya que los resultados son oscuros y contradictorios, los datos disponibles sugieren que determinadas variables psicológicas, en especial la carencia de estrategias adecuadas para hacer frente a las situaciones de estrés se encuentran asociadas a la incidencia del cáncer, inclusive diversos autores mencionan un patrón de personalidad denominado tipo C el cual se ha identificado en muchos pacientes con cáncer, el cual se caracteriza por los siguientes rasgos: personas cooperativas, poco asertivas, con represión de emociones negativas (sobre todo ira) y con estrategias de afrontamiento con indefensión, desesperanza e impotencia. Por otro lado, conductas tales como consumir tabaco, alcohol, uso de estrógenos, exposición excesiva a rayos solares pueden actuar favoreciendo el desarrollo del tumor (Postigo y Beneit, 1994).

Acosta y López (1986) realizaron un análisis del papel del comportamiento en la salud, en la enfermedad y en la muerte; consideraron que el comportamiento es una interacción ecológica, no es algo que acontezca en la mente o en el alma sino que se fabrica en la espesa e inexplicable relación con los contextos en el que el

hombre vive y muere. Para ellos, el comportamiento no es una enfermedad sino que está a menudo coexistiendo con la enfermedad, por ejemplo, la secuencia compleja de comportamientos que se inició quizás un día en la adolescencia, en la pandilla de amigos que persuadieron a ingerir los primeros tragos de cerveza, que se instauró después en un hábito permanente de consumo de alcohol, puede sin duda conducir a la cirrosis del hígado, la misma que a largo plazo puede conducir a la muerte. Actualmente se habla de patógenos conductuales y de inmunógenos conductuales. Los patógenos conductuales son aquéllas conductas que hacen a uno más susceptible a la enfermedad; por ejemplo fumar, beber alcohol, conducir ebrio, a alta velocidad o sin cinturón, tomar drogas ilegales, abusar de medicamentos psicoactivos, tener prácticas sexuales de riesgo, llevar una vida sedentaria, abusar de alimentos ricos en calorías o en sal, llevar una vida desordenada en el patrón sueño-vigilia, tener como principal valor de vida la competitividad a ultranza, etc., son factores de riesgo asociados a enfermedad o muerte, mientras que los inmunógenos conductuales son aquellas conductas que reducen el riesgo del sujeto a la enfermedad (Matarazzo, 1984 en Oblitas, Becona y Valdés, 2000), por ejemplo, el realizar ejercicio físico, reducción del estrés y la tensión, reducción de conflictos interpersonales y maritales, lo cual facilita el proceso de cuidado a la salud. En un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra de 7 000 personas seguidas a lo largo de nueve años y medio, se encontró una asociación muy estrecha entre la longevidad y siete conductas de salud a los cinco años y medio (Belloc y Breslow, 1972 en Oblitas, Becona y Valdés, 2000) y a los nueve años y medio (Breslow y Enstrom, 1980 en Oblitas, Becona y Valdés, 2000):

1. Dormir de 7 a 8 horas.
2. Desayunar casi todos los días
3. Tres comidas al día sin picar entre ellas
4. Mantener un peso corporal dentro de los límites normales.
5. practicar ejercicio físico regularmente
6. Uso moderado de alcohol o no beberlo
7. No fumar.

De acuerdo a Oblitas, Becona y Valdés (2000) hay una necesidad de hacer prevención (prevención primaria) que consista en adoptar medidas para prevenir la enfermedad en aquellas personas que actualmente gozan de buena salud a través de 2 estrategias:

1. Cambiar los hábitos negativos de salud (fumar, beber, dieta)
2. Prevenir los hábitos inadecuados desarrollando hábitos positivos.

Por otro lado. Como se ha mencionado, la carencia de estrategias adecuadas para hacer frente a las situaciones de estrés se encuentran asociadas a la incidencia de enfermedades crónicas (hipertensión, cáncer), por lo que sería conveniente implementar acciones para fortalecer y favorecer conductas encaminadas a generar estrategias de afrontamiento que reduzcan el impacto del estrés en las personas (como entrenamiento en habilidades de afrontamiento, estrategias de relajación, manejo del tiempo libre, cambio de valores, etc) y enseñar a fortalecer la práctica del apoyo social ya que se ha encontrado que esta es una habilidad que amortigua los efectos del estrés.

De acuerdo a Oblitas, Becona, Valdes (2000), el concepto de conducta de salud implica esfuerzos por reducir los patógenos conductuales y practicar las conductas que actúan como inmunógenos conductuales. Sin embargo, estas conductas de salud no ocurren en un vacío, para comprender tales conductas uno debe de comprender los contextos en que ocurren. Este contexto comprende una constelación de factores personales, interpersonales, ambientales, institucionales que incluyen incluso aspectos de política pública, ambiente físico y social, prácticas institucionales e influencias interpersonales (Winett, King y Atman, 1989 en Oblitas, Becona y Valdes, 2000). Díaz-Guerrero (1984) así como otros autores han apuntado la importancia del contexto cultural acerca de la idea que una comunidad tiene sobre la salud. Conocer tal concepción es importante para estar en posibilidad de producir o no cambios en ella sobre aspectos relacionados sobre la salud, y dentro de cada comportamiento cual es el sistema de valores de un comportamiento que queremos cambiar respecto a otros relacionados que para este grupo poblacional pueda ser importante (Oblitas, Becona y Valdes, 2000).

## **1.5 DEFINICION DE MEDICINA CONDUCTUAL.**

La expresión Medicina Conductual apareció por primera vez al principio de los años setenta en el título de un libro de Birk (1973) (Biofeedback: behavioral medicine) describiendo los avances y las promesas del biofeedback en el tratamiento de trastornos médicos como el asma, la epilepsia, los dolores tensionales y cefaleas y la enfermedad de Raynaud; sin embargo, se sabe que dos años antes ya aparecía escrito como sinónimo de medicina psicosomática en la convocatoria de una beca postdoctoral en los Departamentos de Medicina y Psiquiatría de la Universidad de Alabama; incluso; Blanchard en 1977 definió a la medicina conductual como "la aplicación sistemática de los principios y la tecnología de la psicología conductual al campo de la medicina, la salud y la enfermedad. Por psicología conductual quiero decir, la psicología experimental o al menos empírica que tiene sus raíces en la psicología del aprendizaje, la psicología social y, en un menor grado, la psicología fisiológica" (pag.2, en Ballester,1998). Durante los días 4 - 6 de febrero de 1977 se celebró una conferencia en Yale organizada conjuntamente por la Universidad de Yale y el National Heart, Lung and Blood Institute, en dicha conferencia se realizó un análisis de este nuevo campo y se propuso a los miembros invitados de distintas disciplinas (medicina, psicología, psiquiatría, epidemiología y sociología) el reto de estrechar sus relaciones de colaboración, con el fin de producir un verdadero cambio en la investigación relacionada con la salud -de una investigación centrada y dirigida por una sola disciplina, (como tradicionalmente se había dado) a un estilo de investigación interdisciplinar e integrador de distintas disciplinas relacionadas con la salud- ahí los participantes decidieron por consenso definir a la medicina conductual como "el campo relacionado con el desarrollo del conocimiento y las técnicas de la ciencia conductual relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad física y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. Las psicosis, neurosis y abuso de sustancias están incluidas solo en la medida en que contribuyen a los trastornos físicos como una fase terminal". Posteriormente y debido a que se generó controversia y confusión en cuanto al

campo de aplicación y surgimiento de la medicina conductual entre los partidarios de lo establecido en la conferencia de Yale y los que se situaban en la línea de Birk (1973) o Blanchard (1977), en una segunda reunión celebrada en el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias los días 10 - 11 de abril de 1978 en donde científicos biomédicos y comportamentales (muchos de los cuales ya habían asistido a la primera reunión de Yale) volvieron a analizar el término y el campo de la medicina conductual con el fin de llegar a una definición que dejara claro el concepto de integración de conocimientos y técnicas (Ballester, 1998). La definición propuesta en la conferencia de 1978 consideró a la Medicina Conductual como "el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual y biomédica, así como el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Buela y Caballo, 1991; Buela, Caballo y Sierra, 1996). Los defensores de la definición concensuada en la Conferencia de Yale, decidieron crear una nueva revista: *Journal of Behavioral Medicine*, como medio de publicación de los resultados de las investigaciones surgidas a partir del nuevo espíritu interdisciplinar; mientras que los partidarios de la definición conductual continuaron insistiendo en el papel de la psicología conductual a la hora de determinar los parámetros de evaluación y tratamiento dentro de este campo y extendieron la aplicación del término más allá de los límites del biofeedback como lo demuestra la definición de medicina conductual propuesta por Pomerleu y Brady en 1979: "a). el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta –terapia de conducta, modificación de conducta- para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica y b) la vía de investigación que contribuye al análisis funcional y la comprensión de la conducta asociada a los trastornos médicos y los problemas sanitarios" (citados por Ballester, 1998), los mismos partidarios de esta definición conductual formaron la *Society of behavioral Medicine*, el *behavioral Medicine Update* y *Behavioral Medicine Abstracts*.

Como se puede apreciar, las definiciones extraídas de la conferencia de Yale no

son contradictorias a las definiciones conductuales ya que un aspecto común entre estas definiciones es la relación entre el comportamiento humano y la enfermedad y mantenimiento de la salud física. Una definición más actual y que refleja el campo de acción desarrollado dentro de la medicina conductual es la propuesta por Buela – Casal y Carrobles en 1996: “En la actualidad podría definirse a la medicina conductual como la aplicación de técnicas de modificación de conducta para la investigación, evaluación, tratamiento y prevención de los trastornos físicos o disfunciones fisiológicas. Así se trata de una disciplina interdisciplinar entre la psicología conductual y la medicina en la que se sigue el modelo conductual y se trabaja predominantemente con sujetos individuales, haciendo mayor énfasis en el tratamiento (nivel terciario)”.

Existen varios campos de estudio afines a la Medicina conductual, por ejemplo en el área social se mantiene una relación estrecha con el campo de estudio de la sociología o antropología de la salud; en el área de la psicología mantiene afinidad con áreas como la psicología clínica, la medicina psicosomática, la psicología de la salud; por lo que es conveniente ubicar conceptualmente el campo de acción de la medicina conductual y diferenciar su quehacer con otras disciplinas:

1. Un aspecto fundamental de la medicina conductual es que constituye un **campo interdisciplinario** en el que aportan sus conocimientos áreas relacionadas con la medicina pero también y fundamentalmente, disciplinas pertenecientes a las ciencias sociales, por lo que tienen cabida psicólogos, médicos, epidemiólogos, bioquímicos, odontólogos, enfermeros, etc. Lo que la diferencia de la psicología de la salud que se basa en una sola disciplina que recoge las aportaciones de las distintas áreas de la psicología.
2. Al igual que la psicología de la salud, la medicina conductual se centra en problemas de salud y enfermedad física y no de la enfermedad mental, lo que la diferencia de la psicología clínica que se centra más en la enfermedad mental (Calatayud, 1999).
3. El enfoque de la medicina conductual es aplicado (Ballester, 1998; Calatayud, 1999) , asumiendo el objetivo de ayudar al paciente a abordar y poner solución a su problema a través de la utilización de técnicas surgidas de la terapia

conductual (modificación de conducta). Diferenciándose así de la medicina psicosomática y de la psicología médica que se centran más en el aspecto descriptivo respecto a las relaciones entre factores psicológicos y enfermedades orgánicas y principalmente en el diagnóstico. Además, al intervenir con técnicas de manejo de estrés para interrumpir la relación esperada entre estrés y enfermedad, permite marcar una diferencia con el campo de acción de otros científicos comportamentales sociales como los sociólogos y antropólogos de la salud.

4. La medicina conductual se centra más en la manifestación de la enfermedad física (Calatayud, 1999) a comparación de la psicología de la salud que se centra en la salud física, por lo que la medicina conductual se ocupa más del tratamiento y de la rehabilitación a diferencia de la psicología de la salud que se enfoca más en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
5. Se enfoca en la observación directa y la cuantificación de las conductas encubiertas de los pacientes en situaciones reales más que en los reportes verbales de los pacientes o en las asociaciones libres y aplica los principios del aprendizaje y los aspectos teóricos de la modificación de conducta, con el objetivo de cambiar directamente las conductas o procesos psicofisiológicos que están involucrados en el surgimiento y/o mantenimiento del proceso de enfermedad (Hine, Carson, Maddox, Thompson and Williams, 1983). Lo que la diferencia de la psicología médica ya que el campo de acción de ésta está enfocado en los conocimientos de la psicología útiles para el ejercicio de la medicina, particularmente los conocimientos de personalidad del enfermo, la relación médico enfermo y los procedimientos de curación o psicoterapia (Oblitas, Becona y Valdés, 2000).
6. Hace énfasis especial en la investigación, sobre la eficacia de las intervenciones poniendo Interés en la identificación de los factores del comportamiento que tras su modificación reducen la intensidad o la frecuencia de la aparición de la enfermedad o dolencia (Ballester, 1998)

7. Incorpora conceptos como “estrategias de afrontamiento”, “autoeficacia”, “vulnerabilidad al estrés”, a diferencia de la medicina psicosomática que se enfoca en conceptos como mecanismos de defensa.

## **1.6 MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CON RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL EN MÉXICO Y SU CAMPO DE ACCION.**

En años recientes se ha desarrollado una aproximación derivada de la psicología experimental llamada Medicina Conductual. El trabajo del psicólogo ha sido asociado con la intervención en educación y rehabilitación, así como diversos problemas clínicos (depresión, angustia, etc.) pero no con enfermedades físicas.

La medicina conductual considera a la conducta humana como un factor importante sobre la prevención y mantenimiento de la salud física y el mejoramiento de la calidad de vida, del bienestar y de la salud en enfermedades crónicas. Cuando se desarrolla una enfermedad crónica, el sujeto necesita efectuar una serie de ajustes que le permitan un mejor desempeño en el nuevo contexto de su enfermedad. Así necesita aprender nueva información relevante para entender a la enfermedad, es decir los signos y síntomas y su tratamiento, además de que tendrá que hacer una serie de cambios en sus creencias y deberá aprender habilidades de afrontamiento específicas. El cambio en prioridades y valores son componentes del manejo de estrés, siendo la meta del tratamiento el reducir lo más posible la frecuencia, intensidad y cronicidad de las reacciones emocionales negativas. La intervención con enfermos crónicos desde la perspectiva de la medicina conductual tiene como marco de referencia a los tres niveles de prevención:

- Primario, empleando técnicas conductuales para evitar los factores de riesgo y así mantener la calidad de vida de las personas.
- Secundario. Facilitando la adherencia del paciente a los tratamientos médicos, modificando su comportamiento, proporcionando al paciente habilidades de afrontamiento ante su padecimiento.
- Terciario:, evitando factores de riesgo que complicarían su rehabilitación, elevando su calidad de vida, modificando los hábitos que podrían producir

mayor deterioro favoreciendo su independencia así como la readaptación Conductual.

El proyecto dentro del campo de la medicina Conductual está dirigido al manejo de las siguientes áreas:

- Detección de factores de riesgo y modificación de estilos de vida.
- Manejo de estrés.
- Manejo del paciente para favorecer la adherencia terapéutica.
- Manejo general de problemas de índole crónico-degenerativo.
- Manejo de estrategias de afrontamiento para el control y mantenimiento de la calidad de vida.
- Manejo de la depresión y de déficits de habilidades sociales que acompañan a las enfermedades crónicas.
- Rehabilitación a través del establecimiento de nuevas conductas alternativas.

Actualmente México experimenta transformaciones económicas, sociales y políticas que conllevan la modernización del país y su inserción en un mundo globalizado, también se enfrenta a cambios en las áreas de educación, trabajo y salud. Se han efectuado cambios demográficos profundos en las últimas décadas, la tasa de crecimiento natural de la población es de aproximadamente el 2 %; en tanto que la tasa global de fecundidad se redujo en más de la mitad en éstos últimos 25 años. La esperanza de vida al nacimiento rebasa ya los 72 años, en tanto que la mortalidad infantil ha disminuido a más de la mitad de la que había hace 25 años. Para el 2000, México contó con una población de 97 361 711 habitantes; Siendo el 46.5 % de su población, habitantes de 0 a 19 años de edad; el 32.24 % , de 20 a 39 años; el 14.45 % , de 40 a 59 años de edad y el 6.54 % habitantes de 60 años en adelante. Por lo que la mayor parte de la población en México corresponde a gente joven de 0 a 19 años de edad conformando casi el 50% de los habitantes; si los unimos a la población de 20 a 39 años estamos hablando de casi el 80 % de la población mexicana, mientras que el 20 % restante correspondería a la población de 40 años en adelante. Tomando en consideración estos datos se aprecia la importancia de la labor del psicólogo enfocado hacia la

medicina conductual en el nivel de prevención primaria ya que la mayor parte de la población (80%) como ya se ha mencionado es menor de 40 años. Por lo tanto, es de vital importancia empezar a generar programas para promover la adopción de hábitos protectores que modifiquen la probabilidad de surgimiento de una enfermedad: A través de acciones que permitan ubicar a los grupos que se encuentran en riesgo (padecimientos en la familia, ambiente físico y social, acceso a satisfactores básicos, calidad de vida, educación, etc.) para diseñar intervenciones que faciliten la adopción de patrones comportamentales (asertividad, manejo del estrés, facilidad de respuestas de relajación, nutrición adecuada, autocontrol en la ingesta de alimentos y alcohol, uso de modelos respiratorios diafragmáticos, etc.); así como la identificación y promoción de factores protectores (Prácticas de crianza, redes de apoyo social, interacción humana, etc.) que se conviertan en la antítesis del factor de riesgo para disminuir significativamente la probabilidad del surgimiento de la enfermedad o su probabilidad de avance.

En el perfil epidemiológico se observa que aunque se mantienen altas tasas de las enfermedades infectocontagiosas, transmisibles y carenciales características de los países en desarrollo se han incrementado las enfermedades propias del desarrollo mostrándose inclusive como las primeras 6 causas de muerte en México en 1997 (INEGI, 1997):

- Enfermedades del corazón
- Tumores malignos
- Diabetes Mellitus
- Accidentes de tráfico de vehículos de motor (muchos tiene relación con alcohol
- Enfermedad cerebrovascular.
- Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado.

Considerando que los accidentes de tráfico muchas veces están asociados con la ingestión de alcohol (alcoholismo) la cual es conducta, y todas las demás enfermedades corresponde a las crónico degenerativas que cursan con una calidad de vida disminuida.

Aquí el objetivo del psicólogo enfocado hacia la medicina conductual es generar programas que faciliten a la persona la adopción de comportamientos que le ayudan a recuperar la salud y/o a mejorar la calidad de vida de los usuarios enfermos . A través de acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento sistemático de las prescripciones médicas (adherencia terapéutica );por ejemplo, ayudar a seguir instrucciones del médico, tomar uno o varios medicamentos, el no hacerlo en dosis diferentes a las indicadas, etc., apegarse a regímenes alimenticios (a través de el diseño e implementación de intervenciones de autocontrol),en la disminución de los trastornos crónicos del sueño y la optimización del descanso y el manejo del estrés vital, en la reducción de la hiperreactividad vegetativa asociada a estados emocionales negativos, en el incremento del apoyo socio-familiar y comunitario, el manejo emocional y de interacción en el contexto de pérdida de funciones o de órganos o de miembros y en el manejo del dolor y del estrés asociado al padecimiento.

A continuación se expone el trabajo realizado en 2 sedes hospitalarias: El hospital de la mujer (2001-2002) y el Instituto Nacional de cancerología (2002-2003).

**HOSPITAL**

**DE LA**

**MUJER**

## **2.1 ANTECEDENTES:**

Los antecedentes del hospital de la mujer se ubican en el siglo XVI, en el año de 1582, cuando el médico Pedro López fundó el Hospital de Nuestra Señora de los desamparados. Este Hospital brindó atención a hombres y mujeres a quienes no admitían en otros hospitales por discriminación, como los negros, mestizos y mulatos. Permaneció bajo la administración del Dr. Pedro López y su hijo de 1582 a 1624.

De 1624-1844, la administración estuvo a cargo de los hermanos de la Orden de San Juan de Dios. De 1844 a 1874, fue la Orden de las hermanas de la Caridad la que se hizo cargo del Hospital; durante este periodo se reglamentó la prostitución (1864) y el hospital se dedicó a la atención exclusiva de enfermas con padecimientos venéreos.

En 1875, el Hospital recibe el nombre de Hospital Morelos y es en esa época inició su consolidación científica y técnica bajo la administración de los médicos Gazano y Macías.

En 1940 se deroga la ley de Reglamentación de la prostitución y el Hospital deja de ser Hospital de prostitutas y pasa a ser hospital para enfermedades venéreas.

En 1949, se inauguró un servicio de cancerología con su departamento de citología para la detección del cáncer, que tuvo un principio muy modesto pero que fue la base del actual servicio de cancerología.

En 1957, en consideración al hecho de que este hospital se dedicó desde los tiempos coloniales a la atención de mujeres enfermas se le pone el nombre de Hospital de la Mujer Dr. Jesús Alemán Pérez, convirtiéndose en un centro tocoginecológico que imparte atención médica en diferentes especialidades.

En marzo de 1966, se clausuró el antiguo Hospital de la Mujer sito en Avenida Hidalgo número 42, trasladándose al edificio que actualmente ocupa en Prolongación Salvador Díaz Mirón número 74, a partir de entonces se inicia una nueva época acorde con los adelantos de la medicina y de la administración médica.

## **2.2 CARACTERISTICAS:**

El Hospital de la mujer es un hospital de especialidades ginecológicas de segundo nivel de atención, ubicado en Prolongación Díaz Mirón No. 374, Col Santo, Tomás C.P.11340, Delegación Miguel Hidalgo D.F.

El Hospital de la mujer depende de la Dirección General de Asistencia médica, de la Secretaría de Asistencia de la SSA, es un hospital general para la atención médica de la mujer y del recién nacido. Destinado principalmente para la población de escasos recursos que no está protegida por los servicios de seguridad social del país.

Su finalidad principal de la institución es la de contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad en cualquier etapa de la vida de la mujer y en el recién nacido.

Cuenta con servicios de las siguientes especialidades: Gineco-obstetricia, medicina interna, estomatología, cirugía general, genética, esterilidad, oncología, climaterio, displacias, dietología, embarazo alto riesgo, pediatría y psicología.

La construcción comprende la planta baja y 4 pisos:

### **PLANTA BAJA.**

En la planta baja del hospital se encuentra el área de urgencias, la Unidad Tocoquirúrgica, consulta externa (con 15 consultorios), laboratorio, rayos x, y la sala de cobalto, oficinas de archivo clínico, personal, trabajo social.

Laboratorio de anatomía patológica, análisis clínicos y de hormonas, banco de sangre y servicios de radiología.

Farmacia, almacén de varios, lavandería y ropería. Anexo al edificio: taller de mantenimiento, calderas, almacén general y residencia de médicos.

### **PRIMER PISO:**

Ala oriente: tres quirófanos para cirugía programada. Sección de recuperación y terapia intensiva, central de equipos de esterilización, departamento de radioterapia, oficina y aula del departamento de enseñanza.

Ala poniente: Hospitalización de cirugía general, medicina interna y oncología.

Oficinas de gobierno: dirección y subdirección médica y subdirección técnica administrativa, departamento de contabilidad, jefatura de enfermeras y estadística y departamento de compras.

Ala sur: Departamento de dietología, cocina, almacén de víveres, comedor general y comedor para el personal médico.

**SEGUNDO PISO.**

Ala oriente y poniente:

Hospitalización de obstetricia. Subsección de puerperio no complicado, hospitalización de ginecología.

Ala norte: Oficinas de la Asociación Médica del Hospital y Auditorio.

**TERCER PISO:**

Ala oriente: Puerperio complicado con un área para aislar pacientes que así lo requieren..

Ala poniente: Embarazo de alto riesgo.

**CUARTO PISO:**

Cunero, servicio de prematuros..

**2.3 RECURSOS HUMANOS:**

Técnicos en administración de hospitales	1
Ginecoobstetras	29
Cardiólogos	2
Urólogos	2
Gastroenterólogos	1
Cirujanos	2
Médicos internistas	2
Oftalmólogos	2
Maestros en salud pública	1
Hematólogos	1
Laboratoristas	1
Endocrinólogos	1
Pediatras	8
Medicina General	1
Patólogos	3
Citólogos	2

Proctólogos	1
Odontólogos	2
Oncólogos	6
Anestesiólogos	12
Radiólogos	2
Dentistas generales	2
Químicos	9
Personal técnico	41
Técnicos en citología y patología	4
Técnicos en cobaltoterapia	2
Técnicos en radioterapia	1
Técnicos en banco de sangre	8
Técnicos en laboratorio clínico	13
Técnicos en radiología	4
Personal de enfermería	257
Trabajadoras sociales	6
Personal administrativo	104
Personal de servicios generales	57

El número de médicos adscritos para cada área son diferentes: En el área de alojamiento conjunto (zona poniente y oriente) cuenta con 2 médicos (as) gineco-obstetras en cada área, formando un total de 4 por turno. En embarazo alto riesgo hay un total de 4 ginecólogos (as) en el turno matutino. En puerperio complicado, 2 ginecólogas; en el área de cuneros está conformada por 4 pediatras en el turno matutino, en el primer piso conformado por oncología (dicha área comprende también el área de cobalto que se encuentra en la planta baja) cuenta con 5 médicos oncólogos. En esta área debido a su diversidad se encuentran: cardiólogos (1), urólogos (1), neurólogo (1), ginecólogos, etc.

Las enfermeras cuentan con Jefe de enfermeras tanto para el turno matutino, como el turno vespertino y nocturno y aproximadamente 4 enfermeras por turno.

Médicos Residentes.

Los residentes médicos de ginecología y obstetricia son 12 por año y en total son 48 (4 años de residencia), los cuales rotan cada mes por los diferentes servicios: los médicos residentes de primer año; asisten con el personal médico adscrito a las áreas de hospitalización, consulta externa, labores de preconsulta y en las áreas de urgencias (admisión y unidad tocoquirúrgica); los médicos residentes de segundo año, asisten con el personal médico adscrito a las áreas señaladas en los incisos anteriores y colaboran en la consulta externa de obstetricia de los médicos residentes de tercer año, participan activamente en las clínicas sobre esterilidad, toxemia, tumores de ovario y trofoblasto; los médicos residentes de tercer año, participan en las actividades de las áreas de hospitalización, de consulta externa y de urgencias, fungen como jefes de guardia en hospitalización, en la unidad tocoquirúrgica y entrada de admisión, realizan toda la cirugía catalogada de urgencia, bajo la supervisión del médico jefe de servicio o de los médicos adscritos al mismo; los médicos residentes de cuarto año realizan rotaciones por otros hospitales (Hospital los Angeles, Perinatología) y en el Hospital de la Mujer por los servicios de Biología de la reproducción, colposcopia, ultrasonido, oncología, tumores de ovario y realizan su servicio social en Hospitales Generales de la República Mexicana (Hidalgo, Oaxaca y Tlaxcala) con el apoyo con el personal médico adscrito de base y compartiendo la misma responsabilidad.

**Médicos residentes rotatorios:**

Son médicos que están realizando su especialidad en otras sedes hospitalarias y que se encuentran rotando por algunos meses en este hospital. Asisten con el personal médico adscrito a las áreas de pediatría, medicina interna, cirugía general, ginecobstetricia, laboratorio, radiología, hematología, y banco de sangre.

**Pasantes de medicina:**

Este grupo de estudiantes está constituido por alumnos de pregrado de la carrera de médico cirujano, provenientes de la facultad de medicina de la UNAM. Totalizan un promedio anual de 70 estudiantes que bajo la supervisión del personal médico y de los médicos residentes de la institución reciben enseñanza previa a la obtención del título, en las áreas de: admisión, urgencias, unidad tocoquirúrgica y hospitalización.

Hay un camillero y un personal de seguridad por cada servicio, una trabajadora social por cada servicio, personal de limpieza y cocineras; además de la visita de damas voluntarias.

## **2. 4 UBICACIÓN DEL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL.**

Los residentes de medicina conductual estuvieron adscritos al Departamento de Psicología de reciente creación en el Hospital de la Mujer. La Jefa de este departamento fue el jefe inmediato de los residentes de medicina conductual. Los periodos de vacaciones, permisos a congresos así como decisiones acerca de las rotaciones dentro del Hospital fueron autorizados primero por la Jefa del Departamento de Psicología quien posteriormente realizó los trámites pertinentes en el Departamento de Enseñanza.

La supervisora in situ fue la Lic. Diana Lilia Gutiérrez quien también fungió como Jefa del Departamento de Psicología durante el periodo 2001-2002.

La Dra, Cecilia Montaña fue la asesora académica por parte de la Universidad quien acudía al hospital un día a la semana.

## **2.5 ACTIVIDADES DEL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL.**

### **HOSPITALIZACIÓN:**

En el mes de marzo del 2001, con la finalidad de conocer los diferentes servicios del área de hospitalización se llevó a cabo una rotación de una semana por cada piso:—

- Primer piso: Oncología, tumor de ovario, terapia intensiva, terapia intermedia.
- Segundo piso: alojamiento conjunto.
- Tercer piso: embarazo de alto riesgo y puerperio complicado.
- Cuarto piso: área de cueros y cuidados especiales para recién nacidos.

Durante el primer semestre (abril – septiembre, 2001) se tomó la elección de rotar en el tercer y segundo piso de hospitalización.

Se desarrollaron acciones de intervención breve en pacientes con alguno de los siguientes problemas médicos:

**Area de Embarazo alto riesgo:** Diabetes gestacional, preeclampsia, pacientes con riesgos de perder el producto: placenta previa, polihidramios; pacientes a las cuales se les informaba de malformaciones del producto, pacientes que se negaban a realizar transfusiones sanguíneas, pacientes cuya vida peligraba y tenían que tomar decisión sobre abortar o continuar con su embarazo

**Area de Puerperio complicado:** Pacientes con cesárea infectada, pacientes cuyo parto se complicó y les realizaron histerectomía, pacientes cuyo producto fallecía (obito), pacientes que abortaban, pacientes con abortos recurrentes, pacientes que tuvieron un bebé con malformación, pacientes con epilepsia, candidatas a histerectomía en edad reproductiva, pacientes con enfermedades venéreas (sida, sífilis, condilomas, virus del papiloma humano, etc), pacientes con presión arterial alta, pacientes aisladas (sida, rubéola, hepatitis), pacientes con algún problema de conducta.

**Area de Alojamiento conjunto:** pacientes con problemas de adicciones; con problemas conyugales, violencia intrafamiliar, violación, problemas de comunicación personal de salud - paciente, pacientes con algún problema de conducta,

Durante el segundo semestre (octubre 2001- febrero 2002) se rotó en las áreas que comprenden el primer piso y cuarto piso:

Se desarrollaron acciones de intervención breve en pacientes con alguno de los siguientes problemas médicos:

**Oncología, terapia intermedia e intensiva:** Cáncer (de cuello uterino, de ovario o de mama), tumores benignos, cirugía (pacientes que cursaban con dolor o con presión arterial alta), pacientes con problemas de conducta o afectivos y en el área de terapia intensiva pacientes con delirium y pacientes con alteraciones neurológicas.

**Cuneros:** Padres de familia con su recién nacido con malformación, con síndrome de down, con retraso mental, con bebés inmaduros o de bajo peso (cuya madre curso con un embarazo de alto riesgo por ejemplo preeclampsia, embarazo gemelar etc.)

Se atendieron a las pacientes hospitalizadas con sesiones de intervención de primera vez y sesiones subsecuentes. El que las pacientes tuvieran un número mayor de sesiones fue debido a que permanecían más tiempo hospitalizadas y/o que en su problemática planteada se requiriera de un mayor número de sesiones para percibir mejoría y algunas pacientes que fueron dadas de alta en hospitalización se continuaron viendo en la consulta externa. Dependiendo del caso, se realizó con estas pacientes: entrevista, técnicas cognoscitivo conductuales como: reestructuración cognoscitiva apoyada en el modelo de la terapia racional emotiva (TRE) o en el modelo de Beck, ejercicios de relajación (respiración diafragmática, entrenamiento autogénico, relajación muscular progresiva, imaginería), técnica de solución de problemas, toma de decisiones, role playing, entrenamiento en habilidades sociales, reforzamiento positivo, desensibilización sistemática, adherencia terapéutica.

Las actividades de intervención fueron:

- Evaluación del aspecto emocional y conductual de la paciente, tomando en cuenta las referencias de las enfermeras, del personal médico y en ocasiones haciendo entrevistas a la familia de la paciente y a las compañeras de sala.
- Exploración del concepto que tiene de su enfermedad, la importancia de su hospitalización y el estilo de afrontamiento utilizado por la paciente.
- De acuerdo a la problemática presentada utilización de técnicas cognitivo-conductuales con la finalidad de disminuir estados emocionales negativos.
- Elaboración de nota clínica.

## CONSULTA EXTERNA

La consulta de psicología en el área de consulta externa se brindó en el consultorio número 6 en un horario de 8:00 a 11:00 a. m., de lunes a viernes. El consultorio fue compartido por los 4 residentes de medicina conductual y una psicóloga adscrita al hospital, correspondiendo un día para cada uno (a). Las pacientes fueron enviadas por el personal médico de los diferentes servicios de consulta externa.

En consulta externa se atendieron pacientes de primera vez y pacientes subsecuentes de manera generalmente individualizada y en algunos casos se atendió a la pareja.

Las actividades realizadas en consulta externa fueron:

- Entrevista explorando el motivo de consulta y expectativas de la paciente
- Evaluar el estado emocional y conductual usando escalas de medición subjetivas y de autorregistro.
- Favorecer cambios de estilos de vida como medidas de precaución para prevenir problemas médicos y favorecer un estado emocional positivo (ejercicio, etc.).
- Informar, orientar y canalizar pacientes que requerían tratamiento psiquiátrico (fármacos).
- Favorecer en las pacientes la adherencia terapéutica al tratamiento médico.
- De acuerdo a la problemática presentada , implementación de técnicas cognitivo-conductuales .
- Evaluación de la realización de las técnicas empleadas y fortalecimiento de la adherencia terapéutica al tratamiento psicológico.
- Evaluación subjetiva por parte de las pacientes de la percepción de mejoría del problema expuesto en el motivo de consulta inicial.
- Informar, orientar y canalizar a Instituciones Gubernamentales que brinden atención requerida por las pacientes (legal, trabajo, adicciones, etc)

Otras áreas de consulta externa en las que me involucré como residente en medicina conductual fueron:

- El área de urgencias. Esta área es el primer contacto que se establece

entre la paciente y el hospital, en donde el médico realiza una primera valoración canalizando a las pacientes a los diferentes servicios establecidos. Cuando los médicos (as) detectaban a pacientes con problemas emocionales solicitaban una interconsulta para que esta paciente fuera atendida por profesionistas del área de psicología (adscritos y residentes en Medicina Conductual).

- El servicio de oncología. los días viernes se realizaban sesiones conjuntas en este servicio, ya que el equipo de médicos oncólogos se reunían para valorar a las pacientes oncológicas y tomar decisiones con respecto al tratamiento a seguir. Durante estas reuniones los residentes de medicina conductual estuvieron presentes para brindar atención psicológica a las pacientes que así lo ameritaban.
- Unidad tocoquirúrgica. En esta área se llevan a cabo los partos de las pacientes ya sea a través de un parto normal o por cesárea. Debido a que algunas pacientes víctimas de violación y cuyos bebés eran producto de este hecho presentaban problemas emocionales durante el parto dificultándolo por lo que se solicitaron interconsultas al área de psicología dentro de este servicio.

#### RESULTADOS.

Se atendieron 326 pacientes tanto de hospitalización como de consulta externa y se ofrecieron 296 consultas subsecuentes, siendo el total de consultas ofrecidas de 621.

El número de consultas que se atendieron por mes fueron:

Tabla .Pacientes atendidos por mes de marzo 2001 a febrero 2002.

NUMERO DE CONSULTAS 2001-2002							
MES	#	MES	#	MES	#	MES	#
Marzo	30	Junio	31	Septiembre	71	Diciembre	30
Abril	60	Julio	63	Octubre	57	Enero	66
Mayo	51	Agosto	62	Noviembre	57	Febrero	43

El promedio de edad de las pacientes atendidas fue de 33 años, con una edad mínima de 13 años y una máxima de 80 años, con un rango de 67 y una desviación estándar de 13.

El 30.6% de la población atendida no presentó patología de acuerdo a los criterios del DSM-IV, únicamente cursaban con presencia de emociones negativas (enojo, preocupación, inquietud, incertidumbre, falta de información, etc.) ante su hospitalización. De la población restante cumplieron los criterios para diferentes diagnósticos de acuerdo a los criterios del DSM-IV siendo los más relevantes los trastornos adaptativos (con estados de ánimo de ansiedad, depresión o mixto) con un 19%; el 8.2% presentó algún trastorno depresivo, el 6.3% tenía problemas conyugales, el 4.2% cursó con duelo (por aborto, obito o fallecimiento del bebe), 2.3% cursó con ansiedad generalizada, el 1.3% con problemas de adicciones. Otros problemas de menor frecuencia fueron los problemas de relación, por dolor, violación, maltrato físico y psicológico.

## **2.6 PROGRAMAS ESPECIFICOS Y SU EVALUACION:**

### **2.6.1 Introducción general**

Cuando un paciente es ingresado en un hospital se encuentra en un ambiente extraño y en una cultura ajena; está en alguna medida asustado y lleno de aprensiones porque está enfermo, porque entiende que su condición es lo bastante seria como para no poder haberse resuelto en la consulta del médico y porque su situación está, en muchos casos, determinada en la incertidumbre. El paciente se siente amenazado pero desconoce el origen y el tipo de amenaza, tampoco sabe nada de lo que le espera en el hospital, mucho de lo que le ocurrirá dependerá de las pruebas que se le hagan, que naturalmente tampoco conoce (Rodríguez y Zurriaga, 1997). Por lo que la hospitalización conlleva a un inevitable impacto psicológico, considerando además que el paciente se encuentra sometido a ciertas circunstancias como:

- **Aislamiento.** Se halla recluido en una habitación de la que no debe salir, y que tiene un acceso restringido. Se siente aislado ya que se le separa de su casa y de su entorno, de su régimen de vida habitual.

- Limitación de movilidad. Las normas de régimen interno prohíben al paciente abandonar su habitación.
- Despersonalización. A los pacientes se les asigna una ropa estandar, y se les dejan claros sus derechos y deberes una vez ingresados, pierden el estatus que tenían en su habitual entorno social. Esto sucede más en hospitales de grandes dimensiones y con una gran presión asistencial. Además los profesionales sanitarios tienden, sin darse cuenta, a perpetuar este ambiente de despersonalización, además de la tendencia a centrarse en los aspectos biológicos de la enfermedad del paciente en detrimento de los emocionales.
- Disciplina reglamentaria. Los pacientes se encuentran sometidos a un horario, obligaciones higiénicas y deberes que debe respetar y cumplir.
- Dependencia forzosa. Los pacientes dependen fuertemente del personal sanitario, la obediencia a éstos es fundamental para el éxito de su problema médico, pero a menudo esta obediencia se traduce en una forzada actitud pasiva que les hace perder el control de su situación.
- Pérdida de intimidad. La pueden experimentar en tres sentidos: 1. Del espacio físico, se da sobre todo en hospitales públicos en donde tienen que convivir con varias personas; 2. De la intimidad corporal: ya que en algunos casos se realiza la exploración genital, el tacto rectal, el aseo del paciente incapacitado y otros procedimientos; 3. Psicológica, ya que durante la entrevista con el paciente, el médico le hace públicamente una serie de preguntas comprometidas como ¿mantiene relaciones sexuales? .
- Información deficiente. A menudo el personal sanitario olvida informar al paciente sobre qué le pasa, que se va a hacer, porque se le va a hacer determinado procedimiento, etc. (Gallar, 1998).

Además. Los contactos de interacción en el seno del hospital, entre el personal hospitalario y el paciente puede servir de fuente de estrés tanto por razones de cantidad como de cualidad; a nivel físico, hay factores externos como el propio entorno hospitalario con sus peculiaridades características (olores, ruido, aspecto arquitectónico, etc.) y factores internos como la propia enfermedad, con las

limitaciones y los problemas corporales que plantea a la persona, todos ellos pueden conducir al estrés (Rodríguez y Zurriaga, 1997)

En general, la hospitalización constituye un acontecimiento vital estresante; además es un cambio de vida estresante que puede sumarse a otros cambios de vida estresantes debidos a la enfermedad.

Las pacientes con embarazos de alto riesgo tienen una alta probabilidad de estar hospitalizadas durante el transcurso de su embarazo y si se considera que por la situación estar cursando con un embarazo de alto riesgo se incrementan los niveles de estrés que experimentan las pacientes (por los medicamentos que tiene que tomar, por los procedimientos médicos que requiere, por los riesgos que conllevan a su salud y a la salud de su bebé, por la cuestión económica, etc); muchas veces, acuden a su consulta y se quedan hospitalizadas sin haberlo planeado y en muchas ocasiones sin poder avisar a sus familiares lo cual genera preocupación, enojo y miedo; en ocasiones tienen la orden médica de reposo absoluto lo cual les genera inquietud debido a que se sienten responsables del orden y la limpieza de su hogar y el cuidado de sus hijos y durante su hospitalización muchas de las pacientes se encuentran preocupadas por esta cuestión; porque puede implicar un eventual desembarazo antes de término, a través de cirugía (que implica anestesia, malestar, etc.), porque se da cuenta que está en peligro su vida y la de su bebé. Esto se ha confirmado en investigaciones como la de Goulet, Polomeo y Harel (1996, citado en Flores, 1998) quienes encontraron la existencia de estresores propios del embarazo y de estresores asociados al alto riesgo; el trabajo de Esquinca (1989) quien encontró una mayor frecuencia y severidad de depresión en pacientes de embarazo con alto riesgo comparadas con pacientes con embarazos de evolución normal (Esquinca, 1989); así como en el trabajo de Florez (1997) sobre estresores en pacientes con preeclampsia, en el cual se observó la presencia de eventos estresantes propios del embarazo normal y otros exclusivos del alto riesgo (Flores, 1998).

Tras el parto, los trastornos de la madre son frecuentes. Las formas más comunes son los accesos de llanto y la depresión: los primeros se dan en el 50-80% de las mujeres y la depresión se produce en el 10 al 15%, su origen es multicausal y la

madre se muestra irritable, deprimida (Gallar, 1998). Cuando existen complicaciones durante el puerperio (infecciones, presión arterial alta, etc.), las pacientes están en el hospital por más tiempo, con procedimientos que son dolorosos (pacientes infectadas postcirugía), la incertidumbre de cómo estará su bebé ya que son separados, el tenerse que ajustar al horarios de visitas a la sala de bebés, con deseo fuerte de estar con su familia y su recién nacido, con las molestias generadas en el puerperio; como la producción de leche que no es utilizada, la cual endurece las mamas y que inclusive puede ocasionar fiebre y fuertes dolores al extraer la leche; en ocasiones, por su condición médica no es recomendable la visita a su bebé y en otras su bebé fallece. Cuando su bebé es dado de alta y ella continúa en el hospital, la preocupación de quien se hará cargo de él y de sus otros hijos, así mismo, la preocupación de estar generando mayor gasto, todo esto repercute en el estado emocional de la paciente, el darse cuenta que las demás pacientes son dadas de alta y ellas continúan hospitalizadas les genera desesperación y enojo que muchas veces se traduce en una mala relación con el personal de salud.

De acuerdo con Gallar (1998), cada persona reacciona de forma distinta ante la hospitalización, dependiendo de su personalidad, su situación socio-familiar, el tipo de enfermedad y el significado que le atribuye. La hospitalización le supone al paciente un problema de tipo emocional (ansiedad, depresión), cognitivo (dificultad para el aprendizaje), y motivacional, así como una disminución de su autoestima. Se pueden distinguir dos tipos de reacción del paciente que ha sido hospitalizados:

- A) Reacción adaptativa, que es la respuesta positiva de adaptación que da el paciente ante el hecho de la hospitalización, al entenderla como una necesidad, su actitud es de total colaboración.
- B) Reacción no adaptativa, es contraria a la anterior, el paciente no se adapta pudiéndose dar dos tipos de respuesta:
  - Conducta agresiva y de rechazo: el paciente se muestra agresivo, no colabora con el personal sanitario, está a la defensiva, se niega a seguir las pautas del tratamiento.

- Conductas depresivas, el paciente no colabora al mostrarse depresivo, abatido y ensimismado, no le interesa nada de lo que le sucede, ni muestra interés alguno por seguir correctamente el tratamiento y las recomendaciones. Es pasivo, indeciso y poco comunicativo (Gallar, 1998).

La hospitalización induce a una inevitable ansiedad, por mínima que ésta sea, cualquier persona que voluntaria e involuntariamente ingresa en un hospital la desarrolla en mayor o menor grado (Gallar, 1998). La exposición a situaciones psicológicamente estresantes que causan ansiedad pueden resultar en un cambio importante a nivel fisiológico.

Con los antecedentes antes descritos se justificó diseñar programas de atención con técnicas cognitivo-conductuales para ayudar a pacientes hospitalizadas a manejar el estado emocional (ansiedad, estrés, depresión, etc.) provocado por su estancia hospitalaria y por el problema médico por el cual se hospitalizaron. Por tal motivo se desarrollaron 2 investigaciones en diferentes momentos para evaluar la eficacia en la disminución del estado emocional de 2 programas de intervención denominados: "Una intervención cognitivo conductual en gestantes con preeclampsia" que consistió en la implementación de un taller con técnicas cognitivo-conductuales con duración de 3 sesiones de hora y media cada una (3 horas y media en total). Y "Una intervención breve para el manejo de estrés en mujeres hospitalizadas"; que consistió en un taller con actividades cognitivo-conductuales de una sesión de una hora de duración. Estos programas de intervención se implementaron en el tercer piso del hospital de la mujer; el primero con pacientes del área de embarazo alto riesgo (buscando reunir un grupo de pacientes con el diagnóstico de preeclampsia); y el segundo, contempló pacientes tanto del área de embarazo de alto riesgo como del área de puerperio complicado (con cualquier diagnóstico).

## **2.6.2 EVALUACION 1: “Una intervención cognitivo conductual en gestantes con preeclampsia.”**

### 2.6.2.1 Introducción

La preeclampsia es un síndrome que se presenta a partir de la vigésima semana de gestación, parto y o puerperio inmediato y mediano, que se caracteriza por hipertensión, proteinuria (exceso de proteínas en la orina) y edema generalizado; es una de las principales causas de prematuridad y mortalidad perinatal y mortalidad materna ya que genera repercusiones en órganos y sistemas como el de coagulación, sistema nervioso central, hígado, riñón y corazón (Rivas, et al., 1995).

Los criterios diagnósticos para la preeclampsia leve y severa son (Voto y Margulies, 1997):

Para leve, cualquiera entre:

- a) Presión sanguínea por encima de 140/90 mmhg sin alcanzar un criterio de preeclampsia severa.
- b) Proteinuria de 300 mg/24 horas.
- c) Edema Medio (aumento de 2lbs/sem o 6lbs/mes).
- d) Más de 500 cc/24 horas de orina.

Para severa son:

- a) Presión sanguínea mayor de 160/110
- b) Incrementos de 60mm/hg sobre la sistólica basal o 30 mm/hg sobre la diastólica basal.
- c) Proteinuria igual o mayor a 5g/24 hrs.
- d) Edema masivo.
- e) Oliguria menor de 500ml/24 hrs.
- f) Síntomas sistémicos como edema pulmonar, dolor de cabeza, cambios visuales, dolor en el cuadrante superior derecho, niveles elevados de enzimas hepáticas o trombocipenia.

Si la paciente presenta convulsión se establece el diagnóstico de eclampsia (Sibai, 1998). La eclampsia es la complicación siguiente de la preeclampsia, sucede cuando en el curso de la hipertensión inducida por el embarazo se

presenta una alteración súbita de las funciones del sistema nervioso central con descargas paroxísticas y crisis clínicas propias de un gran mal epiléptico (Sánchez 1988 citado en Flores, 1998). Aproximadamente en la mitad de los casos aparecen antes del trabajo de parto, en una cuarta parte de las veces se presentan durante el trabajo de parto, y en el resto sobrevienen después del parto. Las lesiones neurológicas graves son la principal causa de muerte materna.

La pre-eclampsia permanece como uno de los principales problemas obstétricos en países menos desarrollados (Gus y Baha, 2001); y aunque se conoce desde hace más de 100 años (Voto y Margulies, 1997; Somers, 1989) su etiología permanece ignorada (Voto y Margulies, 1997; Gus y Baha, 2001) y su fisiopatología comienza recién a vislumbrarse (Voto y Margulies, 1997).

Los tratamientos actuales no llegan a curar la enfermedad y están encaminados a prevenir o disminuir los riesgos para la madre y el feto. El manejo farmacológico de la hipertensión en el embarazo ha disminuido significativamente la mortalidad materna y perinatal, no sin dejar de tener efectos colaterales en la madre y el feto, especialmente en éste. (Voto y Margulies, 1997). La mayoría de los médicos prescriben alguna forma de actividad restringida; que puede ir desde un completo descanso en cama en el hospital a hospitalización con ambulación medio restringida o a descanso en cama en casa para casos más benignos (Somers et.al. 1989).

Se han definido algunos factores de riesgo que podría predisponer al surgimiento de preeclampsia/eclampsia (García, 1994):

- Nuliparidad
- Gran multiparidad
- Edades extremas en la vida reproductiva
- Mujeres con trastornos nutricionales (desnutrición, anémicas e hipoproteicas)
- Embarazo múltiple
- Embarazo molar
- Polihidramios
- Raza
- El clima

- No control prenatal
- Cardiopatías de cualquier tipo
- Diabetes mellitus clínica y subclínica
- Hepatopatías
- Hipertensión crónica clínica y subclínica
- Insuficiencia respiratoria crónica
- Nefropatías
- Anomalías uterinas
- **Conflicto psicoemocionales**
- Isoinmunización (hidrops fetalis)
- Antecedentes de toxemia en otros embarazos
- Antecedentes de muerte fetal en útero
- Antecedentes de abrupcio placentae en otros embarazos
- Historia familiar de hipertensión arterial
- Historia familiar de pre-eclampsia/eclampsia

En un estudio retrospectivo que realizó García (1994), quien analizó 190 expedientes de pacientes con diagnóstico de eclampsia que fallecieron en el periodo de 1988 a 1992 en el Hospital de la Mujer encontró que el 29.5 % de esta población era soltera; el 36.6% estaban en unión libre y sólo el 34.7% eran casadas, por lo que consideró tomar en cuenta la influencia de tiene la inestabilidad de la pareja, el estrés y la carencia de apoyo económico y afectivo que son elementales en el bienestar materno y fetal; Pérez (1994) quien también realizó un estudio en el Hospital de la Mujer con pacientes que fallecieron con esta patología en un periodo de 5 años, encontró que tenían ingresos económicos muy bajos como consecuencia de que no desempeñaban ningún trabajo y las que lo realizaban se dedicaban a labores domésticas o del proletariado; el 63.6 se encontraba viviendo en unión libre o era madre soltera y sólo el 36.4 era casada. Concluyó que el factor psicológico puede intervenir reflejándose en el estrés emocional, angustia, etc. Como consecuencia de la inestabilidad económica y emocional en que viven al no tener el apoyo del esposo.

Además, hay que tomar en consideración, los múltiples aspectos psicoafectivos y comportamentales que se asocian a un embarazo de alto riesgo (Flores, 1998). Se ha reportado que en el embarazo de alto riesgo hay un incremento de estrés en la madre comparado con mujeres con embarazos normales (Esquinca, 1989; Flores, 1998; Florez, 1997). Además la actitud de la paciente hacia su embarazo, positiva o negativa, refleja sus cogniciones o ideas acerca del mismo, estas cogniciones son el resultado de toda la información oral y escrita, formal e informal que la mujer recibe acerca del embarazo y del parto. Ese cúmulo de información puede ser generadora de estrés o de tranquilidad. La evaluación cognoscitiva de la mujer embarazada parece ser un factor psicológico fundamental que determina la forma en que ella afronta y supera las situaciones estresantes inherentes y externas al embarazo, las pautas culturales y familiares determinan cogniciones. Las distorsiones cognitivas en torno a la enfermedad vienen a profundizar la ansiedad por las preocupaciones en torno a su estado de salud y la del feto. Por lo que resulta necesario suministrar a la gestante información adecuada que permita conocer cuales son los peligros reales, reducir sus ideas distorsionadas acerca de la enfermedad, tomar medidas de prevención y, en general, medidas que la conduzcan a un cumplimiento apropiado del tratamiento médico y a entender y seguir el tratamiento psicológico requerido para que haga un mejor manejo de la ansiedad (Flores, 1998).

La exposición a situaciones psicológicamente estresantes que causan ansiedad pueden resultar en una elevación aguda de la presión arterial. Esta relación entre la excitación emocional y una elevación transitoria de la presión sanguínea está bien establecida (Cannon, 1914 en Stuart, Friedman y Benson, 1999). El mecanismo de la excitación emocional es la elicitación repetida de la "respuesta de emergencia" o la reacción para la "lucha o huida", que se caracteriza por la excitación del sistema nervioso simpático y se manifiesta por el incremento en el consumo de oxígeno, la presión sanguínea, la tasa cardíaca, tasa respiratoria y un 300 a 400% de incremento en el flujo sanguíneo muscular (Stuart, Friedman y Benson, 1999).

La relajación es la contraparte fisiológica de la respuesta de estrés. Se caracteriza por un decremento en el consumo de oxígeno, de la presión sanguínea, de las tasas cardíacas y respiratoria y una estabilización del flujo sanguíneo muscular (Hoffman y Benson, 1982 en Stuart, Friedman y Benson, 1999).

Las terapias de relajación incluyen procedimientos como: **la relajación muscular progresiva**, se enfoca en la reducción del tono muscular en los grupos musculares principales. Cada uno de los 15 grupos musculares mayores son tensados y después relajados en una secuencia repetitiva; **la respiración diafragmática**, se enseña a ejercitar control voluntario sobre la respiración, centrándose por la vía de la nariz más que por la boca; predominancia diafragmática más que por el tórax; **el entrenamiento autogénico** que requiere imaginar ambientes muy serenos y evocar sensaciones corporales de comodidad utilizándose seis técnicas, para enfocarse en estos procedimientos: sensaciones de calor en las extremidades, regulación cardíaca, centrarse en la respiración, sensaciones de tibieza en el abdomen superior y sensaciones de frío en la frente; Otra práctica común para inducir relajación es **la imaginación visual guiada**, que consiste en sugerir al paciente que fije su mente en (o deje aparecer) una imagen visual específica. Obviamente, el paciente debe evaluarse cuidadosamente de antemano para sugerir la imagen correcta (una que sea relajante, placentera y distractora), (Domínguez, 1996). **biofeedback**, es una técnica terapéutica que requiere el uso de instrumentos electrónicos de alta precisión para medir, procesar e indicar la actividad inmediata de varios procesos corporales de los que la persona normalmente no se percata, de tal manera de que el paciente tenga la oportunidad de cambiar y de desarrollar un control benéfico sobre dichos procesos (Carrobbles y Godoy, 1987); además de permitir el control voluntario de funciones corporales dependientes del sistema nervioso autónomo, la importancia de la RAB para la psicología clínica experimental y de la salud radica en la posibilidad que ofrece para estudiar los procesos que contribuyen a la producción de la experiencia emocional (Aguilar, 1991). La utilización de la RAB es útil para el manejo del estrés porque los equipos de la RAB proporcionan información inmediata sobre las condiciones biológicas del individuo y al indicar la actividad

inmediata de varios procesos corporales como la temperatura periférica, la sudoración, la tensión o relajación de los músculos etc. ayuda a determinar objetivamente que tan tensos o relajados están los músculos, que tan frías o calientes están las manos, que tanta sudoración está presente y que tan rápido está latiendo el corazón coadyuvando de manera importante al favorecer la adquisición y desarrollo de habilidades de autorregulación emocional (Domínguez, 1993). **Ejercicios de escritura emocional autorreflexiva.** Es una técnica de reestructuración cognitiva cuyo objetivo es promover y aumentar la salud física y mental de las personas. Consiste en que la persona escriba sus eventos o situaciones traumáticas, siendo necesario que no solo describa objetivamente los acontecimientos, sino que exprese las emociones que ellos le causaron (Valderrama, Domínguez y Liceaga, 1995). Pennebaker (1990) consideró que inhibir activamente los pensamientos, sentimientos o conductas constituye un considerable esfuerzo físico y requiere de trabajo fisiológico ya que tiene efectos a corto plazo (cambios biológicos como aumento de la transpiración, cambios en el patrón respiratorio, etc), los cuales con el tiempo actúan como un estresor acumulativo en el cuerpo, aumentando la probabilidad de enfermedad y de los problemas físicos y fisiológicos asociados con el estrés. Consideró que el proceso opuesto de la inhibición activa era la confrontación, que ocurría cuando un individuo activa y deliberadamente pensaba y hablaba acerca de sus experiencias significativas aceptando sus emociones. Durante la confrontación el estrés biológico disminuye inmediatamente (Pennebaker, 1990).

Todos estos procedimientos pueden elicitar relajación cuando se aplican apropiadamente. En este contexto, las intervenciones psicológicas pueden emplearse como un apoyo a la terapia farmacológica. Las ventajas de este abordaje terapéutico son la reducción de los efectos adversos farmacológicos y de los costos (Friedman, Stuart y Benson, 1993). De acuerdo con Schneider (1987) quien hizo una revisión de la literatura del costo/beneficio de las aplicaciones de medicina conductual principalmente entrenamiento de relajación asistido por biofeedback, en el tratamiento de enfermedades físicas (hipertensión, dolor de cabeza tensional, migraña, etc.) y el dolor, tomando en consideración:

reducciones de visitas al médico y/o reducción en el uso de medicamentos, decrementos en los costos del cuidado médico a pacientes, reducción en días de permanencia en el hospital y de rehospitalización, reducción de mortalidad y aumento de calidad de vida. Encontró que las aplicaciones de la medicina conductual tienen un costo beneficio en todas las dimensiones revisadas.

Debido a este panorama general, se justifica que se investigue el aporte que los procesos y procedimientos psicológicos puedan agregar al tratamiento de gestantes con pre-eclampsia. Por lo tanto, se diseñó, implementó y evaluó una investigación cuya finalidad fue proporcionar estrategias a pacientes con el diagnóstico de Preeclampsia leve o severa con el objetivo de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión (estado emocional).

Los objetivos de la presente investigación fueron:

- Que las pacientes comprendieran en qué consiste su enfermedad.
- Que las pacientes identificaran fuentes, signos, síntomas y estilos de afrontamiento desadaptados (que conllevan a estrés, ansiedad y depresión).
- Que las pacientes adopten estilos de afrontamiento más adaptativos (con la utilización de respuestas de relajación) para el manejo de su enfermedad y su hospitalización.
- Observar el impacto del programa de intervención cognitivo-conductual en el estado emocional de las pacientes a través de los siguientes puntajes
  - Puntaje del Cuestionario de Ansiedad cognoscitiva somática
  - Puntaje del Inventario de depresión de Beck
  - Puntaje del Inventario de Ansiedad : Rasgo-Estado (IDARE)
  - Puntaje del Inventario de evaluación cognoscitiva
  - Medición de presión arterial
  - Medición de la temperatura periférica.

## 2.6.2.2. Método.

### 2.6.2.2.1 Participantes

Los Criterios para seleccionarlas fueron:

- Gestantes con el diagnóstico de preeclampsia.
- Edad gestacional igual o mayor a 20 semanas

Los criterios de exclusión fueron:

- Sin padecimientos asociados como: epilepsia, cardiopatía, hipertensión crónica, nefropatía, diabetes mellitus, tabaquismo, drogadicción, anemia o malformaciones congénitas.
- Sin alteraciones psicóticas de acuerdo con los criterios del DSM IV.

La fecha de comienzo del taller fue aplazada en dos ocasiones, ya que las pacientes del piso de embarazo de alto riesgo no permanecían el tiempo suficiente para iniciar el taller, debido a que eran llevadas a cirugía (dado a la gravedad de su padecimiento) o dadas de alta, o el diagnóstico de preeclampsia no era confirmado; de esta manera, se decidió iniciar con una paciente con diagnóstico ya confirmado de preeclampsia, con dos pacientes con un probable diagnóstico de preeclampsia (los cuales no se confirmaron) y una paciente con polihidramnios severa. En la segunda sesión, continuaban en la sala la paciente con preeclampsia y la paciente con polihidramnios severa ; sin embargo, las pacientes con el probable diagnóstico de preeclampsia no se encontraban ya en la sala (una fue dada de alta y otra fue llevada a cirugía) y en su lugar estaba una paciente con amenaza de aborto y otra con presión arterial alta (ésta última fue dada de alta). Para la tercera sesión estaban 3 de las pacientes anteriores: paciente con preeclampsia, paciente con polihidramnios severa, paciente con amenaza de aborto y una paciente nueva la cual tenía diabetes gestacional.

De esta forma siempre participaron en el taller 4 pacientes hospitalizadas pero solo una cumplió con los criterios de selección y estuvo presente en las 3 sesiones del taller. Se trató de una joven con 17 años de edad, con diagnóstico de preeclampsia leve y 33 semanas de gestación. Por lo que en la sección de resultados únicamente se describen los datos de esta paciente.

#### 2.6.2.2.2. Instrumentos de Medición:

Se aplicaron los siguientes cuestionarios antes y después de la implementación del taller:

- Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva Somática, mide claramente dos factores: uno cognoscitivo y uno somático. Los dos factores y la escala total cuentan con un coeficiente de alfa mayor a 0.80 lo que indica un aceptable grado de confiabilidad. El instrumento fue propuesto originalmente por Schwart, Davison y Coleman (1978) y fue validado y confiabilizado en población mexicana con los datos de 623 sujetos, y su tiempo de aplicación promedio fue de 4 minutos (Salvatierra y Borrás, 1996).
- Inventario de depresión de Beck. Es una escala que mide la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. Cuenta con un coeficiente de alfa para muestras clínicas de 0.86 y para muestras no clínicas de 0.81 En México fue validado y confiabilizado por Méndez y Villegas(1998) en 1508 personas adultas. La consistencia interna fue de alfa de cronbach= 0.87.
- Inventario de Ansiedad : Rasgo-Estado (IDARE). Consiste en dos escalas separadas de autoevaluación impresas en una sola hoja. Cada escala cuenta con 20 afirmaciones que miden dos dimensiones distintas de ansiedad: 1 Ansiedad- Estado (A Estado) que se refieren al estado emocional transitorio del sujeto. 2. Ansiedad- Rasgo ( A Rasgo) que se refiere a la diferencia de las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones de la intensidad de la A Estado. El IDARE fue diseñado para ser autoadministrable, no tiene límite de tiempo requiriéndose de menos de 20 minutos para contestar las dos escalas (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).
- Inventario de evaluación cognoscitiva para madres gestantes con preeclampsia. Fue elaborado por Piamonte, estudiante de Posgrado de la Universidad Nacional de Colombia, tomando en cuenta las principales categorías de errores cognoscitivos propuestas como causas de depresión

(Fanell y Campbell, 1985), o como causas de ansiedad (Beck, Emery y Greenberg, 1985) así como las principales áreas vitales que se afectan en pacientes con preeclampsia, de acuerdo con lo observado durante las prácticas de Psicología de varios semestres, por lo que cuenta con validez de contenido, pero era muy extenso, por lo que Flores en 1991 emprendió un análisis sistemático de casos con el fin de elaborar una versión reducida. Cuenta con una fiabilidad de 0.92 para el instrumento de evaluación cognoscitiva de depresión y de 0.90 para la evaluación cognoscitiva de ansiedad, ambas obtenidas por el método de división por mitades a partir del análisis de las respuestas obtenidas con 52 pacientes (Flores, 1998)

- Inventario de evaluación de eventos estresantes (para embarazadas con preeclampsia). Este inventario fue elaborado por Florez (1997) en un estudio con 100 sujetos. Evalúa la percepción de amenaza de la paciente en relación con situaciones internas al embarazo y con situaciones externas. Las situaciones internas incluían el estrés de la madre por las amenazas percibidas contra su propia integridad física (11 ítems), las amenazas referidas al bebé (8 ítems) y las amenazas relacionadas con el parto (7 ítems). Las situaciones externas incluían el estrés de la madre por las amenazas o preocupaciones por enfermarse de algo diferente a la preeclampsia (5 ítems), por situaciones económicas (4 ítems), por situaciones familiares (5 ítems), por la calidad de los servicios recibidos (5 ítems), por situaciones con su pareja (5 ítems) y por situaciones laborales (5 ítems). La máxima calificación obtenida en situaciones externas es de 29 y en situaciones internas 26. Su validez de contenido se deriva de los análisis realizados a partir de los estudios precedentes (Florez, Cortés y Castillo, 1992 en Flores, 1998; Piamonte, 1990.), ya que en ellos se constató que estos instrumentos permiten detectar los eventos estresantes y aspectos psicosociales cruciales. Su confiabilidad se determinó mediante el método Küder-Richardson y fue igual a 0.70 (Flores, 1998).

Se contó con los siguientes aparatos de medición

- Baumanómetro, aparato que mide la presión arterial y que está colocado en la pared a un lado de la cama de cada paciente hospitalizada.
- Termómetros de alcohol, Son instrumentos de vidrio especiales para registrar temperatura periférica, son sencillos y no dan un registro fiable y continuo de la temperatura (ya que no tienen una graduación exacta); sin embargo, nos proporcionan un dato que es de utilidad para determinar si se presentaron cambios en la temperatura periférica (si se mantuvo, si incrementó o disminuyó). La temperatura periférica es un correlato fisiológico de la vasoconstricción y la vasodilatación asociados a estados de estrés- relajación (Dominguez, 1993, 1996).

#### 2.6.2.2.3. Procedimiento

Se entregó el protocolo de investigación al Jefe del Área de Embarazo de Alto Riesgo y a la Jefa de enfermeras de esta área del Hospital de la Mujer, para obtener la colaboración del personal (quienes tomaban la presión arterial antes y después de cada sesión).

#### Fase de selección y preevaluación

Se identificaron a las pacientes candidatas para participar, se les dio información sobre el taller y firmaron la carta de consentimiento informado. Se les explicó cómo contestar los instrumentos psicológicos ya mencionados y los contestaron individualmente (pretest), se aclararon las dudas.

#### Fase de Tratamiento:

Se llevó a cabo en una sala del área de embarazo de alto riesgo ubicada en el 3er piso del Hospital de la Mujer. La cual mide aproximadamente 6X 6 metros y cuenta con ventanales con vista hacia la calle y 4 camas hospitalarias. Durante el horario del taller se presentaron diferentes interrupciones como: realización de estudios a una paciente (con el diagnóstico de polihidramnios severa ) que se encontraba en esa sala, visita de médicos, visita de enfermeras quienes aplicaron algún medicamento y visita de familiares a las pacientes.

El tratamiento estuvo constituido por tres sesiones con una duración de una hora y media cada sesión. Las mismas se realizaron los días Jueves, Viernes y Lunes (24, 25 y 28 de Mayo) de manera grupal bajo el siguiente orden (ver carta descriptiva en sección de anexos):

**Primera sesión:**

- Medición de Presión Arterial y temperatura periférica.

La medición de la presión Arterial se llevó a cabo minutos antes de que comenzara el taller y se tomó con la ayuda del personal de enfermería. Para llevar a cabo la medición de la temperatura periférica, se colocó en la parte tabaquera de la mano izquierda o derecha de la paciente, el termómetro de alcohol adherido con micropore en la zona previamente aseada con un algodón humedecido en alcohol.

- Presentación.

Las psicólogas se presentaron formalmente ante el grupo y se llevó a cabo la presentación del taller.

- Objetivos del taller.

Se revisaron y expusieron a las pacientes los objetivos del taller.

- Integración grupal.

Se llevó a cabo una dinámica de presentación donde las psicólogas comenzaron a presentarse y a mencionar una actividad plecentera y una displacentera, luego cada paciente hizo lo mismo.

- Expectativas por parte de las participantes.

Las participantes expresaron sus expectativas y se discutieron sus ideas dentro de la participación grupal.

- Establecimiento de las reglas del taller.

Se les dieron a conocer a las pacientes la manera de trabajar dentro del grupo, así como sus lineamientos para mantener el orden y trabajar con disciplina.

- Información sobre preeclampsia.

Dadas las características del grupo (dos pacientes con probable preeclampsia, una con preeclampsia y una con polihidramnios) se les explicó la naturaleza de la

información haciendo hincapié a las pacientes con probable diagnóstico de la importancia de que ellas conocieran lo que significaría padecer esta enfermedad y a la paciente con polihidramnios se le aclaró que la información que se daría a continuación no era sobre su padecimiento pero que el objetivo del taller (manejo del estado emocional) le sería de gran apoyo.

Después de establecer el marco donde se trabajaría, se procedió a dar información a las pacientes sobre la enfermedad que padecen o podrán padecer y se tocaron tópicos para fortalecer la adherencia terapéutica y los hábitos esperados que beneficiarían a su salud.

- Información sobre la respuesta del estrés y la relajación.

Se explicaron los cambios fisiológicos como resultado del estrés y la relajación.

- Reestructuración Cognoscitiva y estilos de afrontamiento.

A través de la técnica de lluvia de ideas, se les solicitó a las participantes que expresaran aquellas situaciones generadoras de estados emocionales negativos durante su estancia en el hospital; se identificaron las causas, los pensamientos, sentimientos y las conductas que generan estas situaciones y los estilos de afrontamiento utilizados.

- Tarea.

Se pidió a las pacientes escribir sobre algún problema que en la actualidad les pareciera estresante o que les estuviera causando malestar, con base en el formato A (Situación Activante), B (Pensamientos), C (Sentimientos) de la Terapia Racional Emotiva (Beck y Abrahms 1980)

- Medición de Presión Arterial y temperatura periférica.

Al finalizar la sesión, se llevaron a cabo las mediciones de la presión arterial por parte del personal de enfermería y el registro de la temperatura periférica y luego se retiraron los Termómetros de las manos de las pacientes.

Se les informó que al siguiente día se continuaría con el taller y se despidieron cordialmente.

### **Segunda sesión:**

- **Medición de Presión Arterial y temperatura periférica.**

La medición de la presión Arterial se llevó a cabo minutos antes de que comenzara el taller y se tomó con la ayuda del personal de enfermería. Para llevar a cabo la medición de la temperatura periférica, se colocó en la parte tabaquera de la mano izquierda o derecha de la paciente un termómetro adherido con micropore en la zona previamente aseada con un algodón humedecido en alcohol.

- **Ejercicio del péndulo**

Se llevó a cabo para explicar el impacto del pensamiento sobre el cuerpo y sensibilizar a las pacientes sobre la importancia de centrarse en pensamientos racionales.

- **Reestructuración cognoscitiva.**

Se pidió a las pacientes que leyeran o que expresaran su experiencia con la escritura que se dejó de tarea el día anterior, se explicó la técnica A B C de la Terapia Racional Emotiva de Ellis (1989) para reestructurar pensamientos irracionales de cada una de las pacientes, mencionando que los estilos de afrontamiento desadaptados, son generadores de estados emocionales negativos.

- **Información sobre estrés y enfermedad.**

Se explicó la manera en la que responde el organismo ante las situaciones estresantes, su impacto fisiológico y su relación con la enfermedad.

- **Respuesta de relajación.**

La información sobre estrés llevó de la mano a explicar la respuesta de relajación que se puede llevar a cabo para mantener el nivel de estrés bajo el control de la paciente.

- **Ejercicio de Relajación Autogénica.**

Se llevó a cabo el entrenamiento en relajación Autogénica. (El entrenamiento autogénico se realizó de acuerdo a las instrucciones presentadas por Nieves y Vila (1991). Esta técnica de relajación fue desarrollada por Schultz y Luthe (1959) e implica el control de las funciones corporales e imaginativas mediante la autosugestión. Bajo la estrecha orientación de un instructor, el paciente aprende

primero a relajar varios grupos de músculos. Los ejercicios comienzan con una respiración profunda y regular, después de lo cual los pacientes reciben la instrucción de decirse a sí mismos subverbalmente: " mis pies se sienten pesados y calientes" y de concentrarse en esta sensación. Estas instrucciones de "pesado y caliente" se repite para todas las áreas musculares importantes. En el entrenamiento autogénico avanzado, se aprenden las sugerencias para controlar diferentes sistemas orgánicos y, finalmente, se agrega la producción de fantasías sugestionadas (Pikoff, 1984).

- Medición de Presión Arterial y temperatura periférica.

Al finalizar la sesión, se tomaron los registros de Presión arterial y temperatura periférica.

Tarea.

Se dejó de tarea a las pacientes, practicar su ejercicio de Relajación Autogénica y se les explicó la importancia de llevarlo a cabo como una forma de auto control.

### **Tercera sesión:**

- Medición de Presión Arterial y temperatura periférica.

Antes de comenzar la sesión, se llevó a cabo la medición de la Presión Arterial y la temperatura periférica y al finalizar la sesión.

- Ejercicio del Oso blanco.

Se explicó acerca de la Inhibición Activa como un estresor acumulativo. Se revisó el tema de Inhibición activa a través del ejercicio del Oso blanco. El cual consistió en pedir a las pacientes que imaginen un oso blanco, una vez que se confirmó la visualización, se les pidió que lo borrarán de su pensamiento. Se hizo el registro de temperatura periférica antes y después de ejercicio (para más detalles, ver Liceaga, 1997). Se retomaron los resultados fisiológicos y subjetivos para explicar el impacto de la inhibición activa a corto y a largo plazo.

- Ejercicio de escritura emocional autorreflexiva.

Se aplicó la técnica de los ejercicios de escritura emocional autorreflexiva (Ejercicio de Pennebaker) en el siguiente orden:

Instrucciones para realizar el ejercicio A de Pennebaker, realización del ejercicio con una duración de 10 minutos. Registro de las emociones presentadas. Registro de temperatura periférica antes y después de escribir.

Instrucciones para realizar el ejercicio B de Pennebaker, realización del ejercicio con una duración de 10 minutos, registro de emociones. Registro de temperatura periférica antes y después de escribir.

- Ejercicio de Relajación Autogénica.

Se llevó a cabo el ejercicio de relajación para que las pacientes se retiraran tranquilas después de haber expresado diversas emociones. Se tomó el registro de temperatura periférica antes y después del ejercicio.

- Establecimiento de compromisos.
- Medición de Presión Arterial y temperatura periférica.

Al finalizar la sesión, se llevaron a cabo las mediciones de la presión arterial y el registro de la temperatura periférica y luego se retiraron los termistores de las manos de las pacientes.

#### Fase de postevaluación.

Se llevó a cabo la evaluación final (Postest) al terminar la tercera sesión del taller, proporcionándose los cuestionarios que midieron el estado emocional de las pacientes mencionados en la sección de instrumentos, los cuales fueron autoadministrados, aclarándose las dudas generadas para contestarlos.

#### Diseño:

El diseño utilizado fue Pretest- postest de un solo grupo O 1 X O2 (Campbell y Stanley,1982; León y Montero, 1997).

#### VARIABLES :

##### **Variable Independiente:**

La variable independiente fue un Programa de Intervención Psicológica con enfoque cognoscitivo conductual que incluyó: información sobre la preeclampsia,

Entrenamiento autogénico, reestructuración cognoscitiva, ejercicios de escritura emocional autorreflexiva.

**Variables Dependientes:**

- Puntaje del Cuestionario de Ansiedad cognoscitiva somática
- Puntaje del Inventario de depresión de Beck
- Puntaje del Inventario de Ansiedad : Rasgo-Estado (IDARE)
- Puntaje del Inventario de evaluación cognoscitiva
- Medición de presión arterial
- Medición de la temperatura periférica.

**Variables sociodemográficas:**

Se identificaron a través de un formato las siguientes variables; edad, nivel de escolaridad, factores hereditarios, nivel socioeconómico.

**Variables externas:**

Número de eventos estresores ( medido por el Inventario de evaluación de eventos estresantes).

Debido a que únicamente se contó con una paciente con el diagnóstico confirmado de preeclampsia–leve, que cumplió con los criterios de inclusión y que estuvo presente durante las tres sesiones del taller (por lo que contó con todas la evaluaciones). Se muestra a continuación los resultados de esta paciente.

#### **2.6.2.2.4. Resultados.**

Datos demográficos:

Paciente femenina de 17 años de edad, con diagnóstico de preeclampsia leve, con primera gesta de 33 semanas. Estado civil: casada, dedicada al hogar, cursando hasta el tercer semestre de preparatoria, su pareja cuenta con 21 años y está empleado, su nivel socioeconómico es medio.

Actitud frente al embarazo.

Con respecto a la actitud de la paciente, ella informó que su embarazo fue deseado, aunque consideraba que no era el momento adecuado para embarazarse pero que se sentía conforme. La paciente creía que podía hacer

algo para finalizar con éxito su embarazo y que no valían la pena los problemas que le ha producido éste.

Resultados del inventario de evaluación de eventos estresantes.

Este cuestionario evaluó la percepción de amenaza ante situaciones relacionadas con el embarazo (interna) y con situaciones psicosociales (externas) y que son generadoras de estrés.

Se obtuvieron 20 afirmaciones de 26 situaciones de la dimensión de situaciones internas mientras que en la dimensión de situaciones externas se obtuvieron 12 afirmaciones de 29 (tabla 1).

Los puntajes indican que la paciente centra sus temores en la enfermedad de preeclampsia, sus complicaciones, en la salud de su bebé, en enfermarse de algo diferente y en el área familiar.

Tabla 1

Resultados del Inventario de Evaluación de Eventos estresantes: por dimensiones, por áreas; y por ítem

INVENTARIO DE EVALUACION DE EVENTOS ESTRESANTES			
DIMENSIONES	AREAS	Puntaje	No. ítems
INTERNA	AMENAZAS INTEGRIDAD	6	11
	AMENAZAS AL BEBE	7	8
	AMENAZAS POR EL PARTO	7	7
	SUBTOTAL	20	26
EXTERNA	ENFERMARSE POR ALGO DIFERENTE	5	5
	CALIDAD DE LOS SERVICIOS	2	5
	LABORALES	1	5
	ECONOMICA	1	4
	PAREJA	0	5
	FAMILIARES	3	5
	SUBTOTAL	12	29

Resultados del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo: IDARE:

En la evaluación antes del tratamiento, la paciente obtuvo en la escala de ansiedad-estado un puntaje de 86 ubicándose en los **niveles de ansiedad extrema** y en la escala de ansiedad-rasgo obtuvo un puntaje de 50 que se ubica en los niveles de **ansiedad moderada**. En la evaluación después del tratamiento se obtuvo una reducción en la escala de ansiedad – estado con un puntaje de 10 que se ubicó en **niveles de ansiedad mínima** y un puntaje de 66 en ansiedad – rasgo ubicándose en **niveles de ansiedad moderada** (Tabla 2).

Tabla 2.

Resultados del IDARE antes y después del tratamiento.

Pre test		Post test	
<b>A- Estado</b>	Ansiedad Extrema	<b>A- Estado</b>	Ansiedad mínima
<b>A- Rasgo</b>	Ansiedad moderada	<b>A- Rasgo</b>	Ansiedad moderada

Con respecto a estos resultados, se observó en la post evaluación de la ansiedad-estado, que la paciente disminuyó considerablemente su ansiedad transitoria, su tensión, nerviosismo, preocupación, aprensión y la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger y Díaz, 1975).

Con respecto a la ansiedad- rasgo, que se refiere a las respuestas estables o a la tendencia de las personas a responder ante situaciones percibidas como amenazantes (Spielberger y Díaz, 1975), se observaron pequeñas diferencias entre la pre y la post evaluación quedando con la misma interpretación cualitativa (ansiedad moderada).

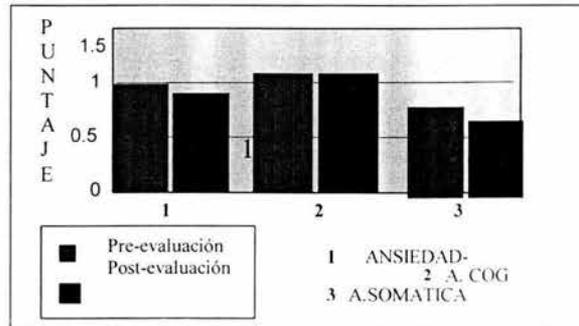
Resultados del cuestionario de ansiedad cognoscitiva –somática.

En la pre evaluación la paciente obtuvo en ansiedad general una puntuación de **1**, en la escala de ansiedad somática obtuvo una puntuación de **1.1** y en la escala cognoscitiva obtuvo una puntuación de **0.85**. La escala se califica en un rango del **0 al 4** donde 0 es nada y 4 es bastante. Así las puntuaciones en promedio se

sitúan por debajo de la media (2) que indican un bajo nivel de ansiedad en las tres puntuaciones. En la post evaluación se dió una muy ligera disminución en la ansiedad general de **0.92** y en la ansiedad cognoscitiva de **0.71**, mientras que la ansiedad somática se mantuvo en la misma puntuación de **1.1**. (Figura 1).

Figura 1

Resultados del Cuestionario de Ansiedad Cognoscitiva Somática, antes y después del tratamiento.

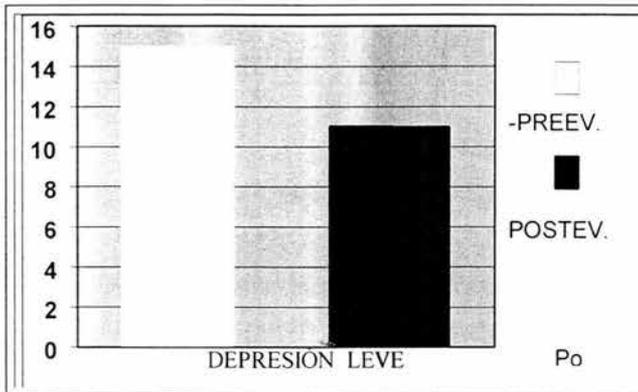


Resultados del Inventario de depresión de Beck.

En la evaluación de depresión, se encontraron mediciones bajas en ambas evaluaciones, sin embargo se obtuvo una disminución con respecto al puntaje en la post evaluación. De esta manera en la evaluación inicial se obtuvo un puntaje de 15, situándola en el nivel de **depresión leve**. En la post- evaluación se obtuvo un puntaje de 11 quedando en el mismo nivel de depresión (Figura 3).

Figura 3

Resultados del inventario de depresión de Beck, antes y después del tratamiento.



Inventario de evaluación cognoscitiva

Este inventario consta de 40 ítems que evalúan pensamientos que generan ansiedad y 24 ítems de pensamientos que generan depresión.

En el pre test la paciente contestó afirmativamente 14 (35%) ítems de pensamientos que generan ansiedad y 4 (16%) ítems de pensamientos que generan depresión. En el post test se observó un incremento en los pensamientos que generan ansiedad (16=40%), mientras que para los pensamientos que generan depresión el porcentaje de afirmaciones fue el mismo (16%) (Tabla 3).

Los pensamientos generadores de ansiedad evaluados en el pretest se refirieron a cuestiones económicas, preocupación por la enfermedad, acerca de que algo malo le ocurriría, molestias por la enfermedad, complicaciones del embarazo, por permanecer hospitalizada, perder el atractivo físico, perder el control durante el parto. Con respecto a los pensamientos generadores de depresión, los pensamientos de la paciente se refirieron a sentirse responsable por las consecuencias de su enfermedad, preocupación por fallecer y detestar permanecer hospitalizada.

En el post test, los pensamientos generadores de ansiedad que fueron registrados fueron, sobre cuestiones económicas, sobre la enfermedad, complicaciones del embarazo, por permanecer hospitalizada, a perder el atractivo físico, a perder el control durante el parto, preocupación por la cesárea, por la incapacidad del médico que la atienda, por cómo está su familia, por no volver a tener hijos, preocupación por el bebé y preocupación por volver a presentar la enfermedad. Los pensamientos generadores de depresión se refirieron a sentirse responsable por las consecuencias de la enfermedad y sentir odio por permanecer hospitalizada.

Tabla 3

Resultados del inventario de evaluación cognoscitiva, antes y después del tratamiento.

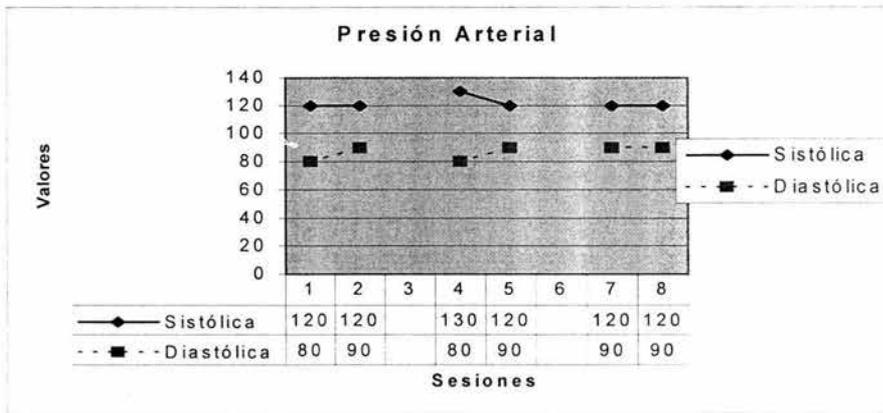
<b>INVENTARIO DE EVALUACION COGNOSCITIVA</b>	<b>PRE TEST</b>	<b>POST TEST</b>
Pensamientos generadores de Ansiedad	14 de 40=35%	16 de 40=40%
Pensamientos generadores de Depresión	4 de 24=16%	4 de 24=16%

#### Resultados de la presión arterial

La paciente en mantuvo los mismos valores de presión sistólica en la primera y tercera sesión, mientras que en la segunda disminuyó de 130 a 120 mmhg. La presión arterial diastólica se incrementó de 80 a 90 mmhg en la primera y segunda sesión, mientras que la tercera se mantuvo en 90 mmhg. Es importante mencionar que en la primera y segunda sesión durante la toma de presión arterial, las pacientes se encontraban comiendo, además de que se tomaron las presiones en diferentes posiciones (primero acostadas, luego sentadas y comiendo) pudiendo esto alterar los resultados (Figura 4).

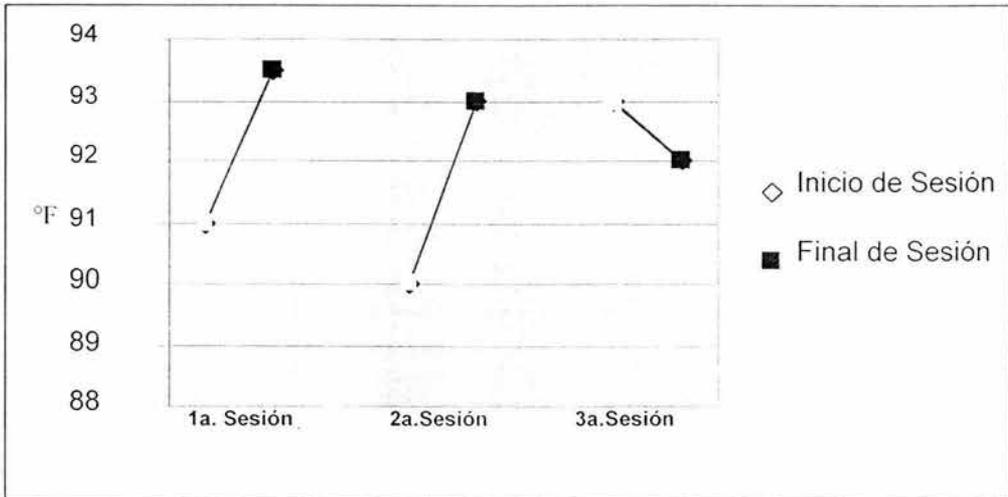
Figura 4

Valores de la presión arterial diastólica y sistólica antes y después de cada sesión.



Hubo un aumento de la temperatura periférica de la mano dominante en la primera y segunda sesión. Mientras que, en la tercera sesión hubo un decremento de temperatura. Es importante mencionar que en esta última sesión el esposo de la paciente la visitó justo antes de realizar el ejercicio de entrenamiento autogénico lo cual generó un decremento de su temperatura; sin embargo, durante el ejercicio de relajación que se realizó (ent. autogenico) su temperatura incrementó (ver figura 7) pero no logró alcanzar la temperatura que tenía antes de que él se presentara, por lo que éste fue una variable que contribuyó para que se generara este resultado (Figura 5).

Figura 5  
Temperatura periférica de la mano dominante al inicio y al final de cada sesión.



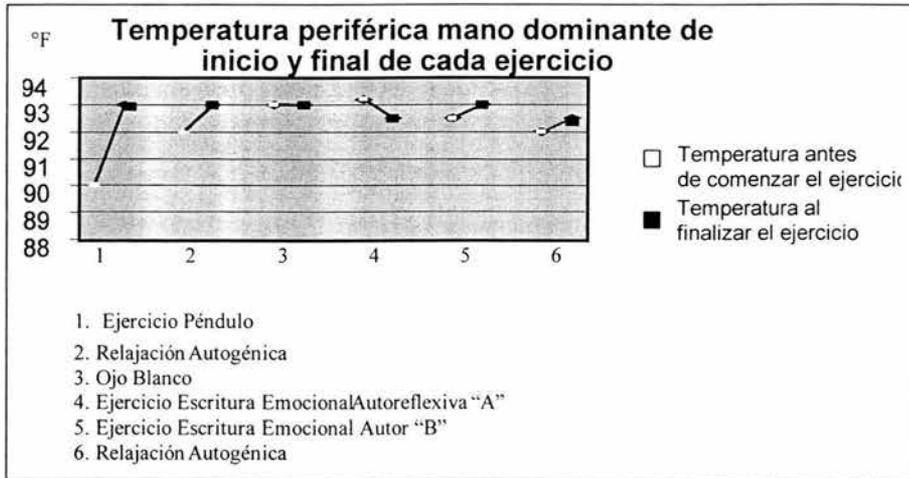
En cuanto a los ejercicios realizados, la temperatura periférica se registró antes y después de cada ejercicio realizado, se encontró que en casi todas las condiciones (Ejercicio del péndulo, relajación autogénica, ejercicio de escritura emocional autorreflexiva "B", y en un **ejercicio final de relajación autogénica**) hubo incrementos de temperatura periférica; en el ejercicio del oso blanco (inhibición activa), la temperatura se mantuvo, mientras que en el ejercicio de escritura emocional autorreflexiva "A" en donde la paciente escribe en primera persona del singular (yo, a mí) hubo disminución de temperatura (que era lo esperado, ya que se manejaron emociones negativas), posteriormente al realizar el ejercicio "B" en donde se escribe en tercera persona del singular (ella, a ella) que permite un distanciamiento psicológico con el evento estresante, se presentó un incremento de temperatura (ver ejercicio 5 de la Fig. 6). Se puede apreciar que hubo un incremento en la temperatura periférica comparando el primer registro

1 La finalidad del ejercicio del Oso blanco es evaluar el impacto fisiológico y los recursos cognitivos que emplean las personas al inhibir activamente pensamientos, sentimientos o emociones.

tomado en la primera sesión antes de iniciar el taller con los registros de las temperaturas subsecuentes de cada ejercicio realizado

Figura 6

Temperatura periférica de la mano dominante antes y después de cada ejercicio realizado..



### 2.6.2.2.5 Discusión.

La presente investigación evaluó el impacto de una intervención psicológica cognoscitiva conductual en una paciente embarazada con el diagnóstico de preeclampsia. Se encontró que en los resultados obtenidos en el post test del inventario de evaluación cognoscitiva para madres gestantes, que nos da información específica acerca de cómo valora la paciente su situación de salud ante su embarazo, hubo un ligero incremento en el puntaje de los pensamientos generadores de ansiedad con respecto al pretest, lo que nos sugiere que hubo una mayor preocupación por parte de la paciente después de implementar el taller. Para los pensamientos generadores de depresión se registraron las mismas calificaciones en el post test con respecto al pre test. Sobre este hecho, Flores (1998) ha mencionado que las investigaciones no reflejan claridad acerca del valor del suministro de información objetiva del embarazo y del parto como medio de

preparar a la gestante y de reducirle la ansiedad. En ocasiones incluso se ha reportado, como en este caso, que la información ha conducido a niveles mayores de ansiedad en las maternas (Wendwelein, 1977 en Flores 1998). Otros autores consideran que aunque la información no es siempre bien aceptada por la materna puede ser benéfica si se suministra con claridad y sin contradicciones (Flores, 1998), en este trabajo se dio información a las pacientes sobre su padecimiento con la intención de que comprendieran la importancia de responsabilizarse e involucrarse en su tratamiento; sin embargo, también al conocer esta información de manera detallada implicó saber su situación real (incluso de gravedad) lo cual generó una mayor preocupación.

Sin embargo, se encontró una ligera reducción en los niveles de depresión medidos por el inventario de depresión de Beck (de 15 disminuyó a 11). También se presentó una ligera disminución en los niveles de ansiedad general y cognoscitiva medidos por el cuestionario de ansiedad cognoscitiva-somática. Dicha escala nos da un puntaje de la intensidad con que se presentan pensamientos catastróficos generadores de ansiedad, los cuales de acuerdo a los resultados disminuyeron ligeramente.

En cuanto a los resultados del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, IDARE, se observó en la escala de ansiedad-Estado que de un nivel de ansiedad extrema, disminuyó a un nivel de ansiedad mínima. Esto quiere decir que la paciente disminuyó su ansiedad transitoria, su tensión, su preocupación, aprensión y la actividad del sistema nervioso autónomo; tomando en consideración, que ante los ejercicios de relajación programados se presentaron incrementos de la temperatura periférica: comparando la temperatura periférica inicial antes de cualquier intervención (Ver figura 6) con las temperaturas subsecuentes (Ver figura 5 y 6), se pueden apreciar que los diferentes registros se mantienen por arriba de la primer medición a excepción de la temperatura inicial de la segunda sesión que incrementa al finalizar (Figura 5), lo que indicó que se generaron respuestas de vasodilatación durante los diferentes ejercicios de intervención y con esto un indicador de que hubo disminución de la respuesta del estrés presentado por la paciente. Con respecto a estos resultados se considera que el

tratamiento fue efectivo para controlar la ansiedad estado y el estrés producidos durante su estancia hospitalaria; pero con un incremento en la preocupación con respecto a su embarazo.

En la escala de ansiedad-Rasgo, que evalúa las respuestas estables o la tendencia de las personas a responder ante situaciones percibidas como amenazantes (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975), no se encontraron grandes diferencias entre la pre y la post evaluación y se esperaba obtener este puntaje ya que esta intervención no fue diseñada para modificar conductas estables.

En cuanto a los resultados obtenidos de presión arterial y de temperatura periférica, aunque se observaron modificaciones de éstas es importante mencionar que en un ambiente hospitalario no pudo ser posible controlar una gama de variables como fueron, que se llevara la comida a las pacientes justo antes de terminar el taller, por lo que las mediciones obtenidas de presión arterial antes y después no fueron bajo las mismas condiciones, ya que la medición inicial generalmente se les tomó acostadas y la final se les tomó sentadas y en dos ocasiones también comiendo. Otra variable que no se pudo controlar fue la entrada de familiares (aunque no era la hora de visitas). El impacto de esta variable se puede apreciar en los resultados obtenidos en la tercera sesión en donde hubo (ver figura 6) una disminución de temperatura periférica.

Las limitaciones encontradas al realizar este trabajo con pacientes de alto riesgo implicó dificultades para obtener una muestra de un padecimiento específico (preeclampsia) en una sala; en segundo lugar, implicó dificultades para mantener esa muestra por un lapso de tiempo, ya que una mujer en este estado puede ser dada de alta o llevada a cirugía de un momento a otro, por lo que no se puede garantizar un grupo cerrado durante varias sesiones. Otra limitante fue la hora que se determinó para llevar a cabo la sesión, ya que se buscó un horario que estuviera libre en cuanto a visitas médicas, tiempo de análisis, tiempo de medicación e indicaciones, de alimentación y del horario del aseo; sin embargo, se presentaron situaciones como la realización de estudios a pacientes hospitalizadas en la misma sala, o mover a pacientes para realizar estudios, la medicación de las pacientes por parte de las enfermeras en ese lapso de tiempo.

visitas de familiares a deshoras etc. por lo cual las sesiones eran retrasadas en tiempo y se juntaban con los horarios de la comida.

Por lo tanto, sería conveniente contemplar, para un adecuado control de variables, realizar un trabajo de grupo en el área de embarazo de alto riesgo dirigido a pacientes con cualquier tipo de padecimiento, con una intervención breve (una sesión) y con una sesión más reducida en tiempo. De no poder reunir estas características sería conveniente trabajar de manera individual para controlar variables extrañas que puedan alterar los resultados.

### **2.6.3 EVALUACIÓN 2: “Una intervención psicológica breve para el manejo del estado emocional en mujeres hospitalizadas”.**

#### **2.6.3.1 Introducción**

Cuando un paciente es ingresado en un hospital se encuentra en un ambiente extraño y en una cultura ajena, está asustado porque está enfermo y no sabe nada de lo que le espera en el hospital. Además, el estar hospitalizado significa que estará sometido a circunstancias como aislamiento, limitación de movilidad, deshumanización, reglas hospitalarias, pérdida de intimidad, información deficiente. El mismo entorno hospitalario, los contactos de interacción entre el personal de salud y el paciente, todo esto puede servir de fuente de estrés que induce a una inevitable ansiedad en mayor o menor grado y que puede resultar en un cambio a nivel fisiológico.

En base a lo anterior, se estructuró un programa de intervención cognitivo-conductual retomando las limitaciones encontradas en la investigación anteriormente mencionada para trabajar de manera grupal con pacientes hospitalizadas: por lo que se programó en una sola sesión con duración de una hora, se identificaron las actividades de corta duración, de mayor facilidad para manejarlas con grupos de pacientes bajo el control de una sola persona, que garantizara la implementación en corto tiempo y que permitiera cambios en la respuesta emocional y fisiológica.

El objetivo de esta investigación fue: Proporcionar recursos para que las pacientes hospitalizadas modificaran sus niveles de estrés, ansiedad y depresión (estado emocional) al generar habilidades para controlar sus emociones y utilizar respuestas de relajación durante su hospitalización.

Los objetivos específicos fueron:

- Que las pacientes identificaran fuentes, signos, síntomas que conllevan a estrés, ansiedad y depresión.
- Que las pacientes adopten respuestas de control emocional y de relajación durante su hospitalización.
- Observar el impacto del programa de intervención cognitivo-conductual en el estado emocional de las pacientes a través de los siguientes puntajes
  - Puntaje del Inventario de depresión de Beck
  - Puntaje del Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)
  - Medición de la temperatura periférica.

## **2.6.3.2 METODO.**

### **2.6.3.2.1 Participantes:**

31 mujeres hospitalizadas del área de embarazo alto riesgo y de puerperio complicado, con una edad promedio de 29.27 años (rango de 16 a 53 años), con diferentes diagnósticos: en la sala de embarazo de alto riesgo la mayoría tenía el diagnóstico de diabetes gestacional (37.93%), otros fueron preeclampsia (6.84%), diabetes mellitus, prediabetes; en la sala de puerperio complicado las pacientes tenían diagnóstico de: infección por histerectomía, endometritis, legrado e infección post cesárea, también hubo un 3.44% para anemia, hipertensión, absceso y condilomas,

Con respecto a la escolaridad el 31.03% de las pacientes cursaron la primaria y un porcentaje igual cursaron la secundaria, un 17.24% cursó la preparatoria, 13.79% cursó una carrera técnica y el 6.84% cursó una carrera comercial.

También se observó que el 86.20% de las pacientes se dedicaban al hogar, 3.44% como obreras, así como también comerciantes, empleadas y asistentes educativas con el mismo porcentaje.

En el bloque de estado civil, el 44.82% de las pacientes eran casadas, mientras que el 41.37% estaban en unión libre con sus parejas y el 13.79% eran solteras.

#### **2.6.3.2.2 Instrumentos de Medición y materiales:**

- Inventario de depresión de Beck. (Para más detalles ver pag. 44)
- Inventario de Ansiedad : Rasgo-Estado (IDARE). (Ver pag. 44)
- 10 Termómetros de alcohol (para más detalles ver pag. 45).

#### **Materiales**

- Cárteles alusivos a los temas presentados.
- Rotafolios, plumones, masking tape, lápices.
- Transpore, torundas

#### **2.6.3.2.3 Procedimiento**

##### **Fase de selección, preevaluación:**

Se invito verbalmente a participar en los talleres de manejo de estrés grupales a pacientes del área de embarazo alto riesgo, los días miércoles del mes de septiembre del 2001 y de puerperio complicado los días viernes del mes de septiembre del 2001 mencionándoles el objetivo de la sesión, la hora y el lugar en donde se llevaría a cabo. Las pacientes que estuvieron interesadas en participar firmaron una carta de consentimiento enterado en donde se les explicó por escrito en lo que consistiría la sesión. Se trabajó con las pacientes que se pudieron reunir en una sala del área específica (generalmente de 6 a 12 pacientes): del área de embarazo de alto riesgo se reunieron pacientes embarazadas con diferentes diagnósticos; en el área de puerperio complicado, se reunieron pacientes que ya habían tenido sus bebés pero que tenían alguna complicación postparto.

Luego se aplicaron los cuestionarios para evaluar Ansiedad y Depresión y se pasó a la siguiente fase (tratamiento) a la hora establecida, Para llevar a cabo la medición de la temperatura periférica, se colocó en la parte tabaquera de la mano izquierda o derecha de la paciente, el termómetro de alcohol adherido con micropore en la zona previamente aseada con un algodón humedecido en alcohol,

se les dio una explicación del funcionamiento y la finalidad de éste y se tomó el registro de temperatura periférica inicial.

### **Fase de Tratamiento:**

Se implementó la "sesión de manejo de estrés" en una sala de Embarazo de Alto Riesgo en el tercer piso del "Hospital de la mujer", todos los miércoles del mes de Septiembre del 2001 en un horario de 11:00 a 12:00 horas, sesión siempre dirigida por la Psicóloga Jennifer Aguirre. En el área de puerperio complicado se llevó a cabo todos los viernes del mes de Septiembre del 2001 en la sala de pacientes infectadas en un horario de 11:00 a 12:00 hrs, sesión siempre dirigida por la Psicóloga Hilda Gpe. Fernández. El tratamiento estuvo constituido por una sesión de una hora utilizando los mismos materiales y el mismo esquema de trabajo en el siguiente orden:

- **Presentación**

Las psicólogas se presentaron formalmente ante el grupo y se llevó a cabo la presentación del taller.

- **Objetivo del taller.**

Se revisó y expuso a las pacientes el objetivo del taller..

- **Presentación de las pacientes.**

Las pacientes se presentaron por su nombre para integrarse al grupo (además que a cada paciente se le colocó una identificación con su nombre para poder hablarle personalmente).

- **Información sobre la respuesta del estrés y la relajación.**

Se explicaron los cambios fisiológicos como resultado del estrés y la relajación.

- **Reestructuración Cognoscitiva y estilos de afrontamiento.**

A través de la técnica de lluvia de ideas, se les solicitó a las participantes que expresaran aquellas situaciones generadoras de emociones negativas (ansiedad, depresión, estrés) durante su estancia en el hospital; se identificaron las causas, pensamientos, sentimientos y conductas que generan estas situaciones y los estilos de afrontamiento utilizados. Así mismo, se determinó el impacto del pensamiento (la interpretación de la situación vivida) sobre la reacción emocional y

se dieron diferentes alternativas de pensamiento (pensamiento positivo, solución de problemas) de manera grupal.

- Registro de temperatura periférica.
- Ejercicio de Relajación Autogénica.
- Se llevó a cabo el entrenamiento en relajación Autogénica. (El entrenamiento autogénico se realizó de acuerdo a las instrucciones presentadas por Nieves y Vila, 1991). Esta técnica de relajación fue desarrollada por Schultz y Luthe (1959) e implica el control de las funciones corporales e imaginativas mediante la autosugestión. Bajo la estrecha orientación de un instructor, el paciente aprende primero a relajar varios grupos de músculos. Los ejercicios comienzan con una respiración profunda y regular, después de lo cual los pacientes reciben la instrucción de decirse a sí mismos subverbalmente: " mis pies se sienten pesados y calientes" y de concentrarse en esta sensación. Estas instrucciones de "pesado y caliente" se repite para todas las áreas musculares importantes. En el entrenamiento autogénico avanzado, se aprenden las sugerencias para controlar diferentes sistemas orgánicos y, finalmente, se agrega la producción de fantasías sugestionadas (Pikoff, 1984).

#### **Fase de Post- Evaluación:**

Se llevó a cabo una evaluación final, al terminar la sesión, en donde se proporcionaron los instrumentos de medición aplicados antes de la sesión y se tomó el registro de temperatura periférica final. Se eliminaron las pacientes que no tuvieron su evaluación completa (que únicamente tuvieran pretest y no tuvieran su medición postest y viceversa).

#### **Diseño:**

Se utilizó un diseño Pretest- postest de un solo grupo O 1 X O2 (Campbell y Stanley, 1982). "O" es la inicial de observación, se refiere al conjunto de registros de un grupo de sujetos en una determinada variable dependiente. Los subíndices 1 y 2 indican una secuencia temporal. La X indica que se ha producido un tratamiento o intervención (León y Montero, 1997).

## **Variables:**

### Variable Independiente:

Programa de Intervención Psicológica con enfoque cognoscitivo conductual que incluyó: Reestructuración cognoscitiva, utilización de pensamiento positivo, solución de problemas y Relajación Autogénica .

### Variables Dependientes:

- Puntaje del Inventario de depresión de Beck
- Puntaje del Inventario de Ansiedad : Rasgo-Estado (IDARE)
- Medición de la temperatura periférica.

### Variables sociodemográficas:

Se identificaron a través de un formato las siguientes variables; edad, diagnóstico, nivel de escolaridad, ocupación y estado civil.

### Control de variables,

- Una psicóloga trabajo con el grupo de embarazo alto riesgo (Jennifer Aguirre).
- Otra psicóloga trabajó con el grupo de puerperio complicado (Hilda Gpe. Fernández).
- Se utilizaron los mismos termómetros de temperatura.
- Se utilizó el mismo material elaborado para el curso.
- Se llevó siempre en la misma sala de embarazo de alto riesgo.
- Se llevó siempre en la misma sala de puerperio complicado

## **2.6.3.2.4 Resultados.**

### Análisis estadístico.

Se analizaron los resultados de las pacientes de la Sala de Embarazo de Alto riesgo y de Puerperio Complicado de manera conjunta ya que éstos fueron similares, es decir, no se encontraron diferencias en los resultados de sus valoraciones.

Los datos se analizaron en el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, SPSS, por sus siglas en inglés, realizando porcentajes para datos sociodemográficos y se utilizó la t de Student para datos apareados para comparación de medias de las valoraciones de pretest y postest de los datos brutos de los instrumentos de Ansiedad y Depresión y de la temperatura periférica.

Para las puntuaciones del pretest del Instrumento de Ansiedad Estado, se obtuvo una media de 41.83, moda de 40, desviación estándar de 9.15, rango de 39, puntaje mínimo de 25 y máximo de 64. Para las puntuaciones del pretest del Instrumento de Ansiedad Rasgo, la media de los datos fue de 41.80, moda de 33, desviación estándar de 8.52, rango de 36, puntaje mínimo de 28 y máximo de 64.

Para la Escala de Depresión de Beck se obtuvo una media de 39.19, moda de 33, desviación estándar de 8.48, rango de 36, valor mínimo de 25 y máximo de 61.

Para las puntuaciones del postest para el Instrumento de Ansiedad Estado, se obtuvo una media de 35, moda de 30, desviación estándar de 8.25, rango de 32, valor mínimo de 21 y máximo de 53. Para el Instrumento de Ansiedad Rasgo se obtuvo una media de 41.61, moda de 43, Desviación estándar de 8.58, rango de 35, valor mínimo de 29 y máximo de 64. Para el Inventario de Depresión de Beck se obtuvo una media de 39.61, moda de 31, desviación estándar de 8.67, rango de 35, valor mínimo de 24 y máximo de 59 (Ver tabla 1).

Con respecto a los datos tratados con la prueba estadística t de Student, la Escala de Ansiedad Estado, fue significativa al .002. Siendo la única prueba en donde cualitativa y cuantitativamente se encontraron diferencias (Ver tabla 2).

Se puede apreciar la disminución de los niveles de ansiedad medidas por la escala ansiedad estado del IDARE, con una t de student significativa de .002. Mientras que los niveles de ansiedad medidos por la escala de ansiedad rasgo y los niveles depresión no mostraron diferencias.

Tabla 1.

Resultados del IDARE y del inventario de depresión de Beck de manera grupal antes y después de la intervención psicológica.

	PRETEST			POSTEST		
	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Depresión	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Depresión
Media	41.83	<b>41.80</b>	<b>39.19</b>	35.09	<b>41.61</b>	<b>39.61</b>
Moda	40	<b>33</b>	<b>33</b>	30	<b>43</b>	<b>31</b>
Desv.est.	9.15	<b>8.52</b>	<b>8.48</b>	8.25	<b>8.58</b>	<b>8.67</b>
Rango	39	<b>36</b>	<b>36</b>	32	<b>35</b>	<b>35</b>
Mínimo	25	<b>28</b>	<b>25</b>	21	<b>29</b>	<b>24</b>
Máximo	64	<b>64</b>	<b>61</b>	53	<b>64</b>	<b>59</b>

Tabla 2

Interpretación cualitativa del IDARE y del Inventario de depresión de Beck de manera grupal antes y después de la intervención psicológica.

	PRETEST	POSTEST
Escala de Ansiedad Estado	Ansiedad Extrema	Ansiedad Leve
Escala de Ansiedad Rasgo	<b>Ansiedad Extrema</b>	<b>Ansiedad Extrema</b>
Escala de Depresión	<b>Sin patología</b>	<b>Sin patología</b>

Para la temperatura periférica en grados F°, se obtuvo en la primera medición, antes del ejercicio de relajación, una media de 90.91°F, moda de 91°F, desviación estándar de 2.14, rango de 11.50, valor mínimo de 82.50°F y máximo de 94°F.

Después del ejercicio de relajación se obtuvo una media de 91.60°F, moda de 92°F, desviación estándar de 1.01, rango de 5, medición mínima de 89°F y máxima de 94°F.

Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los datos entre las mediciones iniciales contra las finales, (Ver tabla 3).

Tabla 3.

temperatura periférica mano dominante de manera grupal, antes y después del ejercicio de relajación (entrenamiento autogénico)

	PRETEST	POSTEST
<b>MEDIA</b>	<b>90.91</b>	<b>91.60</b>
<b>MODA</b>	<b>91</b>	<b>92</b>
<b>DESV. EST.</b>	<b>2.14</b>	<b>1.07</b>
<b>RANGO</b>	<b>11.50</b>	<b>5</b>
<b>MINIMO</b>	<b>82.50</b>	<b>89</b>
<b>MAXIMO</b>	<b>94</b>	<b>94</b>

### 2.6.3.2.5 Discusión

La presente investigación evaluó el impacto de una intervención cognoscitivo - conductual de una hora de duración en una sola sesión en pacientes hospitalizadas del área de embarazo de alto riesgo y del área del puerperio complicado. Durante la implementación de esta sesión no se presentaron dificultades de aplicación.

Se encontró una disminución significativa de los niveles de ansiedad estado medidos por el IDARE, cambiando de un nivel de ansiedad extrema a un nivel de ansiedad mínima y un aumento significativo de la temperatura periférica mano dominante. Dichos resultados nos permiten concluir que las técnicas seleccionadas para esta intervención fueron eficaces para disminuir la ansiedad presentada durante la hospitalización, disminuyendo la ansiedad transitoria y la actividad del sistema nervioso autónomo, permitiendo la utilización de estilos de afrontamiento adaptativos que ayudaron a las pacientes a sentirse más tranquilas durante su estancia hospitalaria. Los resultados de la temperatura periférica

indicaron el correlato fisiológico de que hubo vasodilatación periférica, ya que aumentó en promedio 1.6°F, el cual fue significativo.

No hubo disminución en los niveles de ansiedad rasgo que evalúa la tendencia de las personas a responder ante situaciones percibidas como amenazante, dicho resultado era esperado, ya que la intervención no fue diseñada para modificar este estilo de respuesta.

De acuerdo a los resultados medidos por el Inventario de Depresión de Beck, las pacientes no estaban deprimidas ni antes ni después de la intervención, tampoco se presentaron cambios.

El que los resultados de las pacientes de la sala de embarazo de Alto riesgo y los resultados de las pacientes de la sala de Puerperio fueran similares fue un dato relevante, ya que significó que no importó quien fue la psicóloga que dirigió la sesión de intervención psicológica, siguiendo la carta descriptiva y los mismos materiales implementados, se obtuvieron resultados similares en la respuesta emocional y fisiológica de las pacientes. De tal forma, que estaría implicando que dicha "sesión de intervención psicológica" se puede reproducir en escenarios hospitalarios, sin muchas dificultades de aplicación, a diferentes pacientes con diferentes diagnósticos y en espera de resultados similares a los encontrados en esta investigación.

Desafortunadamente en este trabajo de investigación, no se tomaron datos alternativos de un grupo control ni tampoco se realizó un seguimiento que diera información sobre el impacto en la recuperación de las pacientes por lo que se recomienda en trabajos futuros tomar en cuenta estos criterios.

## **2.7 ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS.**

Asistencia a la asesoría con la supervisora académica de la UNAM.

Asistencia a clase de ginecología programada por el departamento de Psicología del Hospital de la Mujer.

Asistencia los días viernes a la sesión clínica programada por Enseñanza del Hospital de la Mujer.

Asistencia a las siguientes conferencias:

- "Andropausia y disfunción sexual". ENEP, Iztacala UNAM, 29 de marzo del 2001.
- "Diabetes gestacional" y "Preeclampsia". En el curso de Ginecología y obstetricia. ENEP. Iztacala UNAM. 12 de mayo del 2001.
- "La sexualidad de la mujer en el nuevo milenio". Hospital de la mujer. 3 de mayo del 2001.
- "Sexualidad y juventud". Hospital de la mujer. 3 de octubre del 2001.
- Taller: "Información y sensibilización en la atención integral e interrupción legal del embarazo a mujeres víctimas de violencia sexual. Hospital de la Mujer, del 21 al 23 de noviembre del 2001.
- Taller: "Terapia de pareja a través de uno de sus miembros" impartido en Educación Continua de la UNAM:

## **2.8 COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS.**

Las actividades realizadas en esta sede fueron muy enriquecedoras ya que permitieron incrementar y mejorar las habilidades profesionales en el campo de la salud. El Hospital de la Mujer fue un espacio lleno de oportunidades ya que se trabajó en la consulta externa, en el área de hospitalización de los diferentes servicios, en sala de urgencias y en la Unidad Tocoquirúrgica lo que permitió conocer una gama amplia de padecimientos a sí mismo conocer los efectos de la intervención psicológica. El trabajo interdisciplinario entre el personal médico, enfermeras, trabajo social y psicología redundó en una atención integrada, englobando todos los aspectos y reportando mayores beneficios en las pacientes.

El estar en esta sede me permitió:

- Enlazar la teoría con la práctica.
- Trabajar con pacientes cuya estancia hospitalaria fue breve (embarazo y parto) por lo tanto la oportunidad de tener intervenciones breves y observar la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales.
- Planear metas de intervención en cada paciente considerando su estancia en el hospital ya sea de manera individual o de forma grupal.

- Desarrollar programas de intervención cognitivo conductual de manera grupal y su evaluación.
- Valoración y canalizar de casos psiquiátricos.
- Registrar información en formatos establecidos.
- Trabajar con pacientes con enfermedades crónicas, ya que se trabajó con pacientes con cáncer de mama, de ovario, cérvico uterino.
- Evaluar el impacto del tratamiento.

**INSTITUTO  
NACIONAL  
DE  
CANCEROLOGIA**

### 3.1 ANTECEDENTES

Los orígenes del Instituto Nacional de Cancerología se remontan a los primeros años de la década de los 40. En aquella época el panorama de la cancerología esta ya muy bien definido en Europa y en Estados Unidos. En México, apenas se iniciaba la inquietud y el interés por esta disciplina.

El 18 de diciembre de 1946, hubo un decreto presidencial firmado por el general Avila Camacho en el que se estableció la creación del Instituto Nacional de Cancerología.

La primer sede fue el Dispensario de Prevención y diagnóstico del Instituto Nacional de Cancerología ubicado en la calle del Chopo 131, ahora Dr. Enrique González Martínez. Al inicio el Dispensario no contaba con áreas de hospitalización, los pacientes eran intervenidos en el Hospital General (Pabellones 5,13 y 25) o en sanatorios privados. Se administraba radioterapia a pacientes ambulatorios y cuando se requería hospitalización se intervenía en el Sanatorio de Sta. Teresa de Jesús.

En 1958, el Instituto adquirió la casa contigua con el no. 129 y se adaptó como área de hospitalización

En 1963 el Instituto ocupó el Sanatorio 2 que cedió el Instituto Mexicano del Seguro Social a la Secretaría de Salubridad, el cual estaba ubicado en Niños Héroes 151.

En julio de 1980 El Instituto Nacional de Cancerología ocupó su actual sede cuya dirección es Av. San Fernando No. 22, colonia sección XVI, en la zona de hospitales de la Delegación Tlalpan.

### **3.2 CARACTERISTICAS.**

El Instituto Nacional de Cancerología es una Institución de salud de tercer nivel dedicada a la atención de pacientes adultos con cáncer de bajos recursos. Está situado en Av. San Fernando No. 22, Colonia Sección XVI. Delegación Tlalpan.

El Instituto ha tenido modificaciones y actualmente se están construyendo áreas nuevas por lo que pronto cambiará su estructura.

Actualmente cuenta con la planta baja donde están diferentes servicios de Consulta Externa; cuenta con un área de investigación, con un área destinada para el cuerpo de gobierno y con 3 pisos de hospitalización.

#### **PLANTA BAJA:**

En la planta baja se encuentra las áreas de informes al público en general; el área de preconsulta en donde llegan los pacientes por primera vez y después son derivados al servicio de Consulta Externa que le corresponde de acuerdo a la problemática detectada; la Consulta Externa se compone de consultorios los cuales están ubicados por secciones.

En la sección A, se encuentran los servicios de curaciones, medicina interna, psicooncología. En la sección B se encuentran los servicios de clínica del dolor, tumores mamarios, oncología médica hematología. En la sección C, se encuentran los servicios de piel y partes blandas, neurología, traumatología, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología, gastroenterología, ginecología, clínica de ostomías, cabeza y cuello, melanomas, oncología médica, dental, prótesis y nutrición. En la sección D, se encuentra la clínica de displasias, colposcopia y ginecología. Además en la planta baja hay áreas destinadas para los servicios de: radioterapia, rayos X e imagen, laboratorio, quirófanos, endoscopia, inhaloterapia, medicina nuclear, quimioterapia ambulatoria... Hay un área destinada a cajas de cobro, farmacia y comedor para el personal.

Además el Instituto cuenta con el servicio de patología con un aula magna y con un auditorio.

#### **PRIMER PISO:**

Se encuentra el área de hospitalización en donde generalmente se atienden pacientes de hematología, pacientes con sida o enfermedades contagiosas, y pacientes de diferentes servicios. Se encuentra el servicio de infectología, la Unidad de trasplantes de médula ósea y el servicio de ETI que es un servicio encargado de la atención de los (as) pacientes que recibirán quimioterapia para la colocación y mantenimiento de catéteres.

#### **SEGUNDO PISO:**

Se encuentra el área de hospitalización, con pacientes de diferentes servicios. Se encuentra también un área de clínica de dolor

#### **TERCER PISO:**

Cuenta con área de hospitalización, capilla, aula y con el servicio de braquiterapia.

### **3.3 RECURSOS HUMANOS.**

El Instituto Nacional de Cancerología, se encuentra organizado en una Dirección General, cuatro direcciones (médica, administrativa, investigación y docencia), un órgano de control interno, una subdirección de planeación y una subdirección de asuntos jurídicos.

#### **DIRECCIÓN MEDICA.**

Se encuentra conformada por subdirecciones las cuales a su vez se conforman con departamentos:

- Subdirección de medicina interna:

Departamentos de: Oncología Médica, Hematología, Infectología.

- Subdirección de Cirugía

Departamentos de: ginecología, cabeza y cuello, tumores mamarios, urología, gastroenterología, piel, partes blandas y tumores óseos, anestesiología y terapia intensiva.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

- Subdirección de radioterapia:

Departamentos de: teleterapia, braquiterapia, biofísica.

- Subdirección de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento:

Departamentos de: radiodiagnóstico, laboratorio clínico, tomografía axial computarizada y ultrasonografía, medicina nuclear, hematología y banco de sangre:

- Subdirección de patología:

Departamentos de: Anatomía patológica, citología, análisis post-mortem, microscopía electrónica.

- Subdirección de servicios paramédicos:

Departamentos de: trabajo social, enfermería, archivo clínico, control y referencia de pacientes, nutrición.

#### **DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN:**

- Subdirección de administración y desarrollo de personal.

Departamentos de: empleo, relaciones laborales, capacitación y desarrollo.

- Subdirección de contabilidad y finanzas:

Departamentos de contabilidad y tesorería.

- Subdirección de recursos materiales

Departamentos de : adquisiciones, almacenes.

- Subdirección de servicios generales:

Departamentos de: intendencia, conservación y mantenimiento, alimentación, comedor y cocina.

#### **DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN:**

- Subdirección de investigación básica.
- Subdirección de investigación clínica

Departamento de epidemiología

### **DIRECCIÓN DE DOCENCIA**

- Subdirección de Educación médica

Departamento de : postgrado y educación médica continua, educación para enfermería y paramédicos.

- Subdirección de educación para la salud.

Departamentos de: difusión y publicaciones, de material didáctico y audiovisuales, biblioheroteca.

### **ORGANO DE CONTROL INTERNO:**

Departamento de: auditoria, normatividad, control, evaluación y seguimiento.

### **SUBDIRECCIÓN DE PLANEACION:**

Departamentos de modernización administrativa, informática.

### **SUBDIRECCIÓN DE ASUNTOS JURÍDICOS.**

### **NUMERO DE PERSONAS LABORANDO EN EL INSTITUTO.**

El número de personas que se encuentran laborando en el Instituto son 1188 trabajadores divididos de la siguiente manera:

Fuente BoletínCan, órgano informativo del Instituto Nacional de Cancerología, 2003.

Dirección	Personal
Dirección General	5
Dirección Médica	723
Dirección de Docencia.	63
Dirección de Investigación.	53
Dirección de Administración.	312
Subdirección de Asuntos Jurídicos.	7
Subdirección de Planeación.	18
Organo de Control Interno	7
<b>Total</b>	<b>1188</b>

### **MÉDICOS RESIDENTES:**

El Instituto cuenta con las siguientes subespecialidades:

- **Cirugía Oncológica:** 3 años de residencia, variando el número de residentes en cada año; en el primer año, 5; en el segundo 5 y 6 en el tercer año.
- **Oncología Médica:** son 3 años. En el primero, 4 residentes; en segundo 3 y en tercer año 4.
- **Radio Oncología:** Tres años de residencia . Con 2 residentes en el primer año, 2 en el segundo año y 3 en el tercer año.
- **Ginecología Oncológica.** Tres años de subespecialidad. Con 4 residentes en el primer año, 1 en el segundo y 4 en el tercer año.
- **Hematología.** Tres años de residencia. Con 3 residentes en el primer año, 3 en el segundo y 2 en el tercer año.
- **Algología.** Un año de subespecialidad. Con 8 residentes.
- **Radiología Oncológica.** Con duración de un año y 3 residentes.
- **Endoscopia terapéutica.** Se realiza en un año con 3 residentes y en dos años con un residente.
- **Patología Oncológica.** Se realiza en un año contando con 4 residentes
- **Citopatología.** Se realiza en un año con 4 residentes.
- **Psicooncología.** Es un año de rotación con 2 residentes.

### **3.4 UBICACIÓN DEL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL.**

En el Instituto Nacional de Cancerología como residente en Medicina Conductual estuve adscrita al servicio de Psicooncología. Este servicio estaba compuesto por 2 Psiquiatras y un Psicooncólogo adscritos, contaba con 2 consultorios de consulta Externa que se compartían entre el personal adscrito. Además, se encontraban 2 residentes de Psiquiatría del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez quienes tenían una rotación de 6 meses en este servicio y un residente del Instituto Nacional de Psiquiatría quien rotaba por 4 meses. Solamente con un psicólogo residente de Medicina Conductual.

En el primer periodo (marzo- julio 2002), las actividades realizadas en esta área fueron las mismas para los residentes de Psiquiatría y de Psicología (Medicina Conductual) siendo el coordinador el Psicooncologo Salvador Alvarado y el Jefe del servicio de psicooncología el Dr. Ricardo Olper.

En agosto se separaron el área de psiquiatría y el área de psicología; por lo que el programa para los psiquiatras fue dirigido por el Jefe del Servicio de Psicooncología el Dr. Ricardo Olper y el programa para los psicólogos fue dirigido por el Psicooncólogo Salvador Alvarado. Durante el periodo de agosto – febrero se delinea el trabajo que seguirá el área de Psicología del servicio de Psicooncología conformado en este periodo por la residente en medicina conductual y una psicóloga que elaboraba su tesis de licenciatura. Se mantuvieron las líneas de autoridad, siendo el coordinador inmediato (supervisor in situ) el Psicooncologo Salvador Alvarado y el Jefe del servicio El Dr, Olper.

Los permisos, periodos de vacaciones , etc. fueron autorizados por el supervisor in situ y el Jefe del Servicio.

No se contó con supervisor académico y el tutor por parte de la Universidad fue el Dr. Samuel Jurado Cárdenas

### **3.5 ACTIVIDADES DEL RESIDENTE EN MEDICINA CONDUCTUAL.**

Se llevaron a cabo rotaciones mensuales por algunos servicios del INCAN:

En Marzo en el servicio de Piel y Partes Blandas

En abril en el servicio de Cabeza y Cuello.

En mayo En Tumores Mamarios.

En Junio en el servicio de Clínica de Ostomias.

En Julio en el servicio de Psicooncología.

Esto permitió la atención de pacientes en consulta externa y hospitalizados del servicio en el que se estaba rotando. Sin embargo, al cambiar la rotación se perdía el contacto con los pacientes, haciéndose difícil un seguimiento mayor sobre todo porque no se contaba con un espacio específico en dónde atenderlos posteriormente.

## **ACTIVIDADES CONSULTA EXTERNA**

Las actividades realizadas en el área de consulta externa se mencionan por servicio:

### **PIEL Y PARTES BLANDAS (PyPB):**

- Intervención en crisis, en pacientes que reciben el diagnóstico de cáncer (y/o la existencia de metástasis).
- Intervención en crisis en pacientes que reciben la noticia de la necesidad de amputar un miembro.
- Ejercicios de relajación y reestructuración cognoscitiva en pacientes que requieren que se les realice la biopsia.
- Identificación de estilos de afrontamiento de los pacientes ante la enfermedad y el tratamiento del cáncer.
- Reforzamiento positivo ante estilos de afrontamiento adaptativos del paciente.
- Fortalecer la adherencia terapéutica al tratamiento médico.
- Reforzamiento positivo a la conducta de apoyo presentada por el familiar del paciente.

### **CABEZA Y CUELLO (CyC):**

- Asistencia a la sesión de patología organizada por el personal médico del servicio de cabeza y cuello los días martes a las 8:15.
- Asistencia a la sesión bibliográfica organizada por el personal médico del servicio de cabeza y cuello los días jueves a las 8:00
- Asistencia a la reunión de médicos con la finalidad de toma de decisiones en casos clínicos complejos, participando con el personal médico para aportar información para mejorar situación emocional de una paciente.
- Presencia al momento de dar la información al (a) paciente y su familiar del tratamiento médico a seguir una vez concluida la reunión mencionada anteriormente.

- Asistencia al recorrido médico realizado en el área de hospitalización los días lunes y miércoles, identificando pacientes que requieran la atención del servicio de psicooncología.
- Presencia durante la consulta externa realizada en el servicio de cabeza y cuello con las siguientes actividades:
- Intervención en crisis, en pacientes y/o familiares que reciben la noticia del tratamiento quirúrgico que se realizará (cirugía radical de cara)
- Ejercicios de relajación (Respiración diafragmática) en pacientes que requieren que se les realice la biopsia por aspiración de aguja fina
- Intervención con el personal médico con la finalidad de mejorar la relación médico-paciente.
- Observación del estado emocional de los pacientes y canalización hacia el área de psicooncología.

#### **TUMORES MAMARIOS:**

- Asistencia a la sesión bibliográfica organizada por el personal médico del servicio de TUMORES MAMARIOS los días LUNES a las 8:15.
- Presencia durante la consulta externa realizada en el servicio de PRIMERA VEZ de TUMORES MAMARIOS con las siguientes actividades:
- Intervención en crisis, en pacientes y/o familiares que reciben la noticia del diagnóstico y el tratamiento médico que se realizará.
- Ejercicios de relajación (Respiración diafragmática) en pacientes que requieren que se les realice la biopsia por aspiración de aguja fina o excisional.
- Observación del estado emocional de los pacientes, realizando reestructuración cognoscitiva y canalización hacia el área de psicooncología.

### **CLINICA DE OSTOMIAS:**

Se trabajó con los pacientes hospitalizados que requirieron colostomía y/o traqueostomía:

#### **PACIENTES CON COLOSTOMIAS:**

La colostomía es un procedimiento en donde las funciones del recto o vejiga son dirigidas hacia el abdomen para que las y los pacientes puedan tener las funciones de defecación y micción, en muchos casos de manera permanente.

- Ginecología: La mayoría fueron pacientes mujeres con el diagnóstico de Cáncer cérvico uterino, cáncer de recto, cáncer de ovario.
- Gastroenterología: pacientes con cáncer gástrico, cáncer de recto.

#### **Actividades:**

- Exploración del estado emocional de las y los pacientes ante el procedimiento quirúrgico realizado, generalmente en su mayoría fueron mujeres con cáncer cérvico uterino a las que se les realizó tratamiento quirúrgico denominado excenteración pélvica. En dicho procedimiento se se realiza una cirugía retirándoles dependiendo del caso: vagina, útero, vejiga, ovarios y parte de intestino, en algunos casos vulva, y la realización de colostomias, que es un procedimiento en donde las funciones del recto o vejiga son dirigidas hacia el abdomen para que las y los pacientes puedan tener las funciones de defecación y micción, en muchos casos de manera permanente.
- Identificación de signos y síntomas presentados por los pacientes, así como de los recursos personales disponibles y evaluación de la necesidad de tratamiento farmacológico con la canalización hacia los profesionales de Psiquiatría del Servicio de Psicooncología.

- Evaluación de la relación de pareja establecida previa y posteriormente a la intervención, identificando el apoyo brindando por la pareja hacia la paciente. Intervención de pareja.
- Identificación de estresores en la paciente y su familiar.
- Evaluación de las pensamientos, sentimientos y conductas de las y los pacientes con respecto a la intervención quirúrgica y la implementación de técnicas cognitivo conductuales (generalmente reestructuración cognoscitiva) con la finalidad de disminuir estados emocionales negativos y la posibilidad de facilitar la adaptación de las pacientes que se encuentran en esta situación.
- Además, se identificó autoestima, identificándose satisfactores y recursos personales previos con la finalidad de incrementar la autoestima de que obtengan una autopercepción de ser mujer de una manera integral, a través de la confrontación y la reestructuración cognoscitiva.
- Orientación sexual.
- Identificación de estilos de afrontamiento adaptativos previos y reforzamiento positivo ante su presentación.

Elaboración de nota clínica.

#### PACIENTES CON TRAQUEOSTOMIAS.

La traqueostomía es un procedimiento que se realiza para permitir que el proceso de respiración se efectúe, sin necesidad de las vías áreas superiores (nariz, boca); por lo que se lleva a cabo una intervención quirúrgica dejando un orificio en el cuello en donde se introduce un artefacto que requiere limpieza y cuidados y que permite a los pacientes respirar. De esta forma el paciente no puede hablar, comer y respirar de una manera natural, dificultándose realizar estas actividades, lo cual genera desesperación e irritabilidad en los pacientes, la cual es exacerbada por las dificultades para poder comunicarse.

- Cabeza y cuello: Pacientes con cáncer de base de lengua, tumor de piso de boca, cáncer de laringe.
- Hematología: Pacientes con mieloma múltiple.

Actividades:

- Exploración del estado emocional los pacientes ante el procedimiento quirúrgico realizado,
- Identificación de signos y síntomas presentados por los pacientes, así como de los recursos personales disponibles y evaluación de la necesidad de tratamiento farmacológico con la canalización hacia los profesionales de Psiquiatría del Servicio de Psicooncología.
- Implementación de ejercicios de relajación: imaginaria, entrenamiento autógeno.
- Reforzamiento positivo ante la práctica de los ejercicios.
- Intervención con el familiar.

**PSICOONCOLOGIA**

En el servicio de Psicooncología predominaba un enfoque orientado psiquiátricamente (medicamento) y con un enfoque de psicoterapia dinámica. El área de Hospitalización se manejaba a través de interconsultas las cuales eran enviadas al servicio de Consulta externa; éstas eran atendidas por un adscrito acompañado de los residentes (en psiquiatría y en medicina conductual) o un residente de psiquiatría y la residente de medicina conductual. En el área de consulta externa era el adscrito el que atendía a los pacientes y los residentes hacían contribuciones y algunas veces la nota clínica.

Se continuó en contacto con las pacientes pendientes del servicio de clínica de ostomias y se atendió a estos pacientes de manera individual en el área de hospitalización

**ACTIVIDADES HOSPITALIZACIÓN:**

Se atendieron a hospitalizados de los servicios anteriormente mencionados realizando las siguientes actividades:

- Evaluación del aspecto emocional y conductual del (a) paciente, tomando en cuenta las referencias de las enfermeras, del personal médico y en ocasiones haciendo entrevista a la familia del (a) paciente, a compañeros de sala.
- Exploración del concepto que tienen de su enfermedad y el estilo de afrontamiento utilizado.
- Reforzamiento positivo ante estilos de afrontamiento adaptativos
- Identificación de signos y síntomas presentados por los pacientes, así como de los recursos personales disponibles y evaluación de la necesidad de tratamiento farmacológico con la canalización hacia los profesionales de Psiquiatría del Servicio de Psicooncología.
- De acuerdo a la problemática presentada utilización de técnicas cognitivo-conductuales con la finalidad de disminuir estados emocionales negativos: (intervención en crisis, reestructuración cognoscitiva, respiración diafragmática, imaginería, reforzamiento positivo, solución de problemas, desensibilización sistemática, intervención con la pareja o con la familia, autoestima).
- Realizar el seguimiento del estado emocional de los (as) pacientes.
- Realizar nota clínica

En los meses de agosto del 2002 a enero del 2003 estuve en el servicio de consulta externa del área de **PSICOONCOLOGIA**, se delineó el trabajo para los psicólogos:

- Se continuó en el área de hospitalización con el mismo esquema de trabajo primero con la supervisión del psicooncólogo posteriormente de forma individual .
- En el área de Consulta externa al inicio colaborando conjuntamente con el Psicooncólogo posteriormente de manera individual llevando pacientes propios la sesión quedó estructurada de la siguiente manera:

Primera sesión entrevista (en algunos casos reestructuración cognoscitiva, si ameritaba la situación.)

Segunda sesión: Aplicación de instrumentos psicológicos: Inventario de depresión de Beck, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; realizando una evaluación del estado emocional del paciente.

Tercera sesión y subsecuentes: Aplicación de técnicas cognitivo conductuales (reestructuración cognoscitiva, relajación, respiración diafragmática, solución de problemas, desensibilización sistemática), apoyo psicológico, valoración del estado emocional y canalización en caso de necesitar tratamiento farmacológico, identificación de estilos de afrontamiento adaptativos previos y reforzamiento positivo ante su presentación.

Seguimiento del estado emocional de los pacientes

Adherencia terapéutica al tratamiento médico y al tratamiento psicológico y reforzamiento positivo ante los cambios conductuales (realización de ej. de relajación, etc.) y los cambios cognitivos, así como la identificación de obstáculos que impidan su realización.

Durante este periodo se elaboró un formato de intervención cognitivo conductual con pacientes con cáncer y un proyecto de investigación con un programa de trabajo de intervención cognitivo conductual con pacientes con cáncer de mama durante el tratamiento de quimioterapia. Dicho proyecto se implementó durante los meses de enero y febrero del 2003 y debido al interés y facilidades para implementarlo se continuó en el Instituto por un periodo extra para poder concluirlo.

## **RESULTADOS:**

En el periodo de Marzo del 2002 a Febrero del 2003 se proporcionaron 413 consultas, con 291 consultas en el área de hospitalización y 122 consultas en el área de consulta externa.

Los principales problemas vistos en el área de consulta externa fueron los trastornos adaptativos mixtos, con un predominio de estado de ánimo con ansiedad y las técnica de mayor utilización fue la intervención en crisis ante el diagnóstico y la de reestructuración cognoscitiva. En el área de hospitalización

también hubo un predominio del trastorno adaptativo mixto, depresión y un pequeño porcentaje con síndrome orgánico cerebral.

### **3.6 PROGRAMAS ESPECIFICOS Y SU EVALUACIÓN .**

#### **3.6.1. Evaluación 3: “ Intervención psicológica breve en Mujeres con cáncer de mama y su efecto en la calidad de vida durante la quimioterapia”.**

##### **3.6.1.1 Introducción.**

El cáncer de mama es una neoplasia que aparece con mayor frecuencia en mujeres de países desarrollados; siendo una de las principales causas de su muerte entre los 35 y 50 años de edad, (Florez, 1994). En México, en 1996 se notificaron 84 165 casos de neoplasias malignas con predominio del sexo femenino (64%); aunque el primer lugar en frecuencia es el cáncer cérvico uterino (18.1%) y el segundo lugar el cáncer de mama (10.8%), se ha observado en el grupo de mujeres menores de 65 años una tendencia ascendente en la ocurrencia de cáncer en la glándula mamaria, mientras que en los otros tipos de cáncer no tienen cambios importantes en sus tendencias. (Tapia, Kuri, Macias y Martínez, 1999). El tratamiento para el cáncer de mama se planifica de acuerdo con el estadio de la enfermedad, utilizando habitualmente combinaciones de cirugía, radioterapia, quimioterapia y hormonoterapia (Hosfeld, Sherman, Love y Bosh, 1992). La quimioterapia es una herramienta contra el cáncer cuyo propósito es destruir las células neoplásicas y reducir el volumen del tumor; sin embargo, remisiones tumorales parciales o completas se acompaña muchas veces de deterioro de las condiciones globales del paciente ya que destruyen las células neoplásicas pero también originan lesiones en las células de los tejidos sanos, efectos tóxicos (náusea, vómito y síntomas físicos) y un profundo impacto psicológico en el enfermo ya que los pacientes se enfrentan también a estresores concomitantes a la quimioterapia como: el diagnóstico de cáncer, temor y malestar ante los diferentes procedimientos diagnósticos, a sí mismo ansiedad

anticipatoria antes de pasar a su consulta y recibir la información sobre su situación de salud por parte del médico tratante, dificultades económicas, cambios en el estilo de vida, incertidumbre y temor ante los efectos de tratamiento antes de iniciarlo, dificultades para comunicar a sus familiares su enfermedad e informar el tipo de ayuda que desean y en muchas ocasiones dificultades para solicitar ayuda, sentimientos de culpa e incomodidad por la atención y tiempo que reciben de parte de su familia, sentimientos de perder el control de su vida ante la presión familiar (quienes también se encuentran angustiados por la situación de la paciente), preocupación porque el tratamiento de quimioterapia se alarga, sentimientos de no poder continuar con el tratamiento debido a los efectos secundarios producidos así como a los costos que genera, sentimientos de que falta mucho para llegar a la meta y percepción de que no van a poder lograrlo, así mismo los esfuerzos que realizan para manejar su estado emocional, problemas familiares, etc., todo esto en conjunto decremantan la calidad de vida de los pacientes.

La calidad de vida en cáncer se ha definido como un sentido personal de bienestar, abarcando perspectivas multidimensionales que generalmente incluyen dimensiones o dominios físicos, psicológicos, sociales y espirituales (Bermúdez, 2002).

Ferrel, define 4 dominios en la calidad de vida en cáncer de la siguiente manera:

- Bienestar físico: es el control o alivio de los síntomas y mantener la función e independencia.
- Bienestar psicológico: es el esfuerzo por mantener una sensación de control frente a la enfermedad que amenaza la vida , caracterizado por distrés emocional, alteraciones de las prioridades de su vida y miedo a lo desconocido, así como cambios positivos en la vida.
- Bienestar social: es el esfuerzo para tratar el impacto de cáncer en el individuo, sus roles y relaciones.
- Bienestar espiritual: es la capacidad para mantener la esperanza y liberar su experiencia del significado del cáncer, el cual es caracterizado por algo incierto.(Bermúdez,2002)

Como parte integral del tratamiento, desde el punto de vista médico, para mejorar la calidad de vida se considera la importancia de evaluar, priorizar y tratar los síntomas que más aquejan al paciente oncológico, Bermúdez (2002) menciona los siguientes:

**Dolor.** Es más frecuente en la enfermedad avanzada (del 60 al 80% de los pacientes lo presenta) y se relaciona con metástasis oseás, compresión de nervios adyacentes, estructuras vasculares o tejidos blandos. Puede ocurrir en enfermedad no metastásica y puede ser relacionado a dolor incisional, parestesias, edema y sensación de miembro fantasma. El tratamiento sólo es responsable del dolor en aproximadamente 15 a 25% de los pacientes sometidos a quimioterapia, cirugía o radioterapia.

**Fatiga, Debilidad y falta de energía.** La quimioterapia, radioterapia, cirugía e inmunoterapia, causan fatiga. Las causas pueden estar : 1. Relacionadas al tumor (más frecuentemente las relacionadas con la producción y metabolismo de las citoquinas), 2. Complicaciones médicas (anemia, falla hepática/renal, infecciones, desnutrición, 3) Complicaciones psicosociales (depresión, alteraciones de sueño, ansiedad) y otras causas (dolor, inmovilidad o medicamentos).

**Caquexia del cáncer.** La mayoría de los pacientes pierden peso en alguna etapa de la enfermedad y el 50% al momento del diagnóstico. La pérdida del apetito puede ser secundaria a alteraciones del gusto o del olfato, a la falta de atracción por los alimentos, disfunción hipotalámica, modificación de los mecanismos de saciedad y aversión adquirida a los medicamentos y al estado emocional.

**Sequedad y dolor de boca.** El 5% de los pacientes con cáncer presentan dolor bucal, incluyendo más del 40% de los que reciben quimioterapia. La sequedad de la boca la cual es generalmente debida a hiposalivación, impide deglutir, causa halitosis, reduce el sabor y placer por los alimentos, induce infecciones, caries e interfiere con hablar.

**Constipación.** La constipación es la presentación de heces duras y movimientos intestinales infrecuentes. Puede ser secundaria a medicamentos, anomalías metabólicas, neurogénicas, mecánicas y fisiológicas.

**Saciedad temprana.** Es la sensación de estar satisfecho con una pequeña ingesta de alimentos.

**Náusea y vómito.** Es el resultado de un reflejo complejo coordinado por el centro del vómito en la formación reticular. Este puede ser activado por la zona blanco quimiorreceptora en el cuarto ventrículo por estímulos aferentes vagales y simpáticos o por enfermedades del aparato vestibular. Es más frecuente en la mujer. Las causas comunes son medicamentos, obstrucción intestinal o constipación, cáncer gástrico, infección o inflamación, alteraciones metabólicas, factores psicológicos, radioterapia, toxinas o aumento de la presión intracraneana.

**Dispepsia, eructos y distensión.** La dispepsia se refiere a síntomas intestinales altos: ardor, eructos, saciedad temprana, náusea, anorexia, regurgitación y distensión. Es más común en la mujer.

**Linfedema.** Se presenta en el 8% de los pacientes después de la radioterapia, 7% después de la disección axilar, pero en el 38% posterior a ambos tratamientos. La causa más común es la linfadenectomía axilar y radioterapia en cáncer de mama. Las complicaciones de linfedema incluyen: disminución del tejido cutáneo sano, celulitis recurrente, alteraciones en la inmunidad local, segunda neoplasias (linfoangiosarcoma o linfomas), diseminación local del tumor primario, dolor y problemas psicológicos.

**Tos y disfonía.** Más del 80% de los pacientes con cáncer pulmonar sufren de tos antes de la muerte. La disfonía está comúnmente presente y ocurre por compromiso del nervio laríngeo por enfermedad maligna de tiroides, mediastino, esófago, cerebro o base del cráneo, la disfonía frecuentemente se asocia con disfagia grave y progresiva.

**Disfagia.** Es la dificultad de deglución de los alimentos con impedimento de transportar comida. Es más común en el hombre y en pacientes con pérdida de peso severa.

**Disnea y estridor.** La disnea es una respiración inconfortable a niveles de actividad normal, se presenta más en cáncer de pulmón, mama y esófago.

**Depresión y ansiedad.** El cáncer es una enfermedad asociada a desesperanza, dolor, miedo y muerte, su diagnóstico y tratamiento producen con frecuencia

estrés psicológico por los síntomas de la enfermedad. Los miedos frecuentes son a la muerte, dependencia, desfiguración o alteraciones en el aspecto físico y de la autoimagen corporal, a la discapacidad, a la ruptura de las relaciones interpersonales y malestar y dolor de los estadios finales de la enfermedad.

**Problemas sexuales.** La rehabilitación sexual es un aspecto importante para restaurar la calidad de vida de los pacientes que sobreviven a un tratamiento oncológico. El cáncer puede deteriorar la imagen que una persona tiene de sí misma como sexualmente atractiva. Durante la quimioterapia se hacen evidentes la alopecia, la palidez, las alteraciones cutáneas y los cambios de peso. La disfunción sexual y la infertilidad tiende a aparecer. Los tratamientos oncológicos pueden dañar una o más fases del ciclo de la respuesta sexual como son el deseo, la excitación y el orgasmo. Un problema con elementos psicológicos y fisiológicos es la pérdida del deseo sexual por el tratamiento oncológico (Bermúdez, 2002).

Desde el punto de vista de la práctica médica el mantenimiento de los pacientes de sentirse bien es un punto fundamental, por lo que la evaluación del impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento físico, social y mental es un elemento de diagnóstico clínico, un factor determinante de la elección terapéutica y su eficacia y una guía para los cuidados de largo plazo (McLachlan et al; 2001). De acuerdo con Conroy, Bleiberg y Glimelius (2002) tradicionalmente se han usado los términos de el porcentaje de respuesta y sobrevivencia para evaluar la eficacia de la quimioterapia en el tratamiento del cáncer, pero en años recientes se han ido incorporando el concepto de calidad de vida relacionada a la salud (HRQoL, en inglés), por ejemplo la American Society of Clinical Oncology, considera que las mejoras de los pacientes (toxicidad, sobrevivencia y HRQoL) son más importantes que las mejoras en cáncer (porcentaje de respuesta, duración de respuesta), por lo que la calidad de vida relacionada a la salud (HRQoL) ofrecen una medida directa de los beneficios percibidos por el paciente.

La calidad de vida es un constructo abstracto y la habilidad para definirlo requiere del uso de principios científicos para tener la seguridad de estar midiendo lo que se quiere medir, por lo que se utilizan instrumentos especialmente diseñados y

cuyas dimensiones actualmente reconocidas reflejen adecuadamente el constructo y que estén rigurosamente probadas. Debido al incremento del interés a la evaluación formal de la calidad de vida y de temas psicosociales se han desarrollado muchos instrumentos de medición de autoreporte que han sido validados (McLachlan et al; 2001). De acuerdo con Bermúdez (2002) los instrumentos apropiados para valorar la calidad de vida en este grupo de pacientes debe cumplir con los siguientes objetivos.

1. Se asignado para población con cáncer.
2. Estar basado en el paciente
3. Ser relativamente breve y fácil de contestar
4. Tener subescalas de evaluación en los 4 dominios: físico, funcional, psicológico y social.
5. Emplear corto tiempo y tener una estructura específica.
6. Contener adecuados niveles de confiabilidad y validez.
7. Tener respuestas sensibles a cambios clínicos con el tiempo (Bermúdez, 2002).

Actualmente hay muchos instrumentos de la calidad de vida relacionada a la salud los cuales contienen cubiertos los dominios básicos (función física, funcional, emocional y social). Conroy, Bleiberg y Glimelius (2003) clasifican a estos instrumentos (HRQoL) en 3 principales categorías:

- Instrumentos genéricos, Son escalas multi-items diseñadas para ser usadas a través de un amplio rango de enfermedades crónicas. Por lo que permiten comparaciones de resultados entre diferentes condiciones de salud pero son insensibles para una intervención específica. Ejemplo, El Sickness Impact Profile (SIP), el Nottingham Health Profile (NHP).
- Instrumentos específicos del cáncer. Están realizados para pacientes con cáncer. Por ejemplo: el Spitzer QoL Index (QLI), El European Organization for Research and treatment (EORTC) Quality of life Cuestionary (QIQ-30), The funcional Assesment of Cancer Therapy-General versión (FACT-G), El Funcional Living Index –Cancer (FLIC).

- Cuestionarios enfocados a síntomas. Son cuestionarios de síntomas enfocados en tipo de cáncer específico; por ejemplo El EORTC colorectal questionnaire, el cual está realizado para usarse con el QLQ30, o específicos de una modalidad de tratamiento (Cirugía, Quimioterapia, etc) como el Anorectal Sphincter-Conservative Treatment (ASCT), etc.

Estudios que han evaluado la calidad de vida en pacientes con cáncer son los realizados por Avis (1999), Bermúdez (2002) y Watters (2000).

Avis (1999) realizó un estudio longitudinal con 213 pacientes con cáncer de mama quienes contestaron cuestionarios (FACT-B questionnaires) de 4 a 6 semanas después de la cirugía. Analizó: factores médicos (etapa, tiempo desde el diagnóstico, tipo de cirugía, reconstrucción de mama y quimioterapia), medidas psicosociales (apoyo social, estrategias de afrontamiento y una personalidad con tendencia hacia el optimismo), factores sociodemográficos (estado civil, educación, ingresos y raza). Encontró que de los factores médicos, únicamente la etapa II del desorden y la quimioterapia estuvieron relacionadas con una disminución en el bienestar y en la calidad de vida; en los factores sociodemográficos una mejor calidad de vida estuvo relacionada con ingresos moderados, ser soltera y tener seguro. En el aspecto psicosocial, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento estuvieron altamente relacionadas en todos los aspectos de la calidad de vida. El apoyo social y estrategias de afrontamiento positivas tuvieron un mayor impacto en la calidad de vida que los factores médicos estudiados.

Bermúdez (2002) aplicó un cuestionario de calidad de vida (E.O.R.T.C.-QLQ-C23 y C30) en 19 pacientes con cáncer (11 con cáncer de mama, 3 con tumores de células germinales, 5 con linfoma no Hodgkin/ hodgkin) del servicio de Oncología del Hospital 20 de noviembre, analizó el impacto de la quimioterapia después del primer y tercer ciclo de quimioterapia adyuvante. Encontró que en general el tratamiento con quimioterapia no deterioró la calidad de vida del paciente con cáncer y los que presentaron deterioro en su calidad de vida no fue significativo. Watters (2000) realizó un estudio con mujeres con cáncer de mama

postmenopáusicas quienes contestaron un cuestionario de estilos de vida y funcionamiento físico, antes, a los seis meses y al año de la aplicación de la quimioterapia; encontró que hubo un decremento en el funcionamiento físico, en la calidad de vida y fatiga incrementada durante la quimioterapia; pero los resultados obtenidos a los 6 meses de seguimiento fueron similares a los obtenidos antes de la aplicación de la quimioterapia; concluyó que era importante definir la necesidad de apoyo social y el desarrollo de intervenciones que minimicen los efectos adversos durante la quimioterapia.

Otros estudios han evaluado los problemas que los pacientes de cáncer experimentan a través de las varias fases de su tratamiento (Andresen, Birch & Johnson, 1990; Avis, 1999; Hughson, Cooper, Mc Ardle, & Smith, 1986; Meyerowitz, Sparks, & Spears, 1979; Sjoden, Olatsdottir, Steinholtz, 1987); Estos estudios tienden a enfocarse sobre el impacto del tratamiento y sobre dominios prácticos de vida. Por ejemplo, insatisfacciones con el servicio médico, problemas de hacer el trabajo de casa, problemas financieros, trastornos de la rutina diaria y actividades familiares.

Gotay (1984) quien entrevistó a pacientes con cáncer ginecológico y cáncer de mama para que especificaran sus preocupaciones encontró que en primer lugar era la posibilidad de recurrencia del cáncer, la segunda fue sacar adelante a sus hijos, seguida por la preocupación de los efectos de su enfermedad sobre sus trabajos. Entre los pacientes más avanzados, el miedo de recurrencia, las restricciones de las actividades y los efectos del tratamiento. En ambos grupos, se mencionó la preocupación por poder manejar el estrés emocional (Spencer, Lehman, Wynings y Arena, 1999).

Meyerowitz y Spears (1979), entrevistaron a 50 mujeres con carcinomas mamarios durante su tratamiento, encontraron que todas las mujeres experimentaron reacciones adversas mientras recibían el tratamiento coadyuvante; de las 50 participantes, el 88% describió una reducción en sus actividades cotidianas, el 54% manifestó tener una carga económica mayor y el 41% indicó que su vida familiar y/o sexual había sido afectada negativamente. En un segundo estudio estos autores entrevistaron a 35 de las participantes dos años después de haber

finalizado su tratamiento, se emplearon las mismas medidas que en el primer estudio, los resultados fueron que la quimioterapia que habían recibido ya no tenía tanto impacto en su vida; sin embargo, continuaban con dificultades económicas y laborales, la quimioterapia no produjo cambios permanentes en sus relaciones familiares y maritales, pero el 51% de las mujeres seguía experimentando secuelas emocionales del tratamiento y el 54% aún presentaba problemas físicos. Por lo que una meta de gran importancia en el campo de la Oncología Médica sería la creación de protocolos quimioterapéuticos altamente eficaces que interrumpieran mínimamente la calidad de vida de las personas que la reciben.

El término de calidad de vida, en el ámbito de la oncología ha ido adquiriendo cada vez más importancia (Bermúdez, 2002; Font, 1994;). El estudio científico de la calidad de vida es uno de los temas que puede ser abordado desde un campo multidisciplinario de conocimientos y permite:

Profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad.

Conocer el impacto de la enfermedad y del tratamiento a un nivel complementario al nivel biológico/fisiológico.

- Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos.
- Evaluar mejor las terapias paliativas.
- Facilitar la rehabilitación de los pacientes (Font, 1994)

Por lo anteriormente mencionado se diseñó, implementó y evaluó una intervención psicológica que incluyó: relajación, reestructuración cognoscitiva, psicoeducación, solución de problemas, reforzamiento positivo, retroalimentación biológica. Su intención fue generar y/o mantener habilidades en pacientes con cáncer de mama para ayudarles a afrontar de una forma más adaptativa y permitir mejorar la calidad de vida de las pacientes durante la quimioterapia.

#### **Objetivo general:**

Evaluar el impacto de un programa de intervención psicológica en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama durante la aplicación de la quimioterapia.

### **Objetivos específicos:**

Aplicar un programa de intervención psicológica (relajación, reestructuración cognoscitiva, solución de problemas, psicoeducación, retroalimentación biológica y reforzamiento positivo) o de únicamente información (psicoeducación y reforzamiento positivo) antes y durante la aplicación de la quimioterapia.

Evaluar el efecto en la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama durante la quimioterapia de un grupo que recibió quimioterapia + intervención psicológica vs un grupo que recibió quimioterapia + información.

Evaluar el efecto de la aplicación de la quimioterapia en la calidad de vida de las pacientes.

¿ Hay diferencias en la calidad de vida de un grupo de pacientes con cáncer de mama con intervención psicológica + quimioterapia comparado con un grupo control de quimioterapia + información?

#### **3.6.1.2. Método:**

##### **3.6.1.2.1. Participantes:**

26 pacientes completaron el seguimiento de 3 evaluaciones de la calidad de vida durante la quimioterapia. 13 pacientes fueron seleccionadas al azar para formar parte del grupo control y otras 13 formaron parte del grupo experimental.

El promedio de edad para el primer grupo fue de 46.6 con un rango ( 31-72 años) mientras que el promedio de edad para el grupo experimental fue de 43.6 (con un rango de 30 – 59 años).

Las variables demográficas, médicas, psicológicas y psicofisiológicas (asociadas a la respuesta estrés-relajación) para el grupo control y el grupo experimental se muestran en la tabla 1

Tabla 1

Resultados de las variables sociales, médicas y psicológicas del grupo control y del grupo experimental.

VARIABLES		GRUPO CONTROL	GRUPO EXPERIMENTAL
SOCIALES	ESTADO CIVIL	-	- 2 solteras 15.4%
		- 3 Soltera 23 %	- 8 casadas 61.5%
		- 1 Madre soltera 7.7%	- 2madres solteras 15.5%
		- 9 Casadas 69.2%	- 1 viuda 7.7%
	ESCOLARIDAD	- 1 Analfabeta 7.7%	- 6 Primaria inc. 46.2%
		- 3 Primaria inc 23.1%	- 2 Primaria 15.4%
		- 3 Secundaria 23.1 %	- 4 N. Medio Sup 30.8%
		- 2 N.medio Sup.15.4 %	- 1 N. Superior 7.7%
		- 1 N. Superio 7.7%	
MÉDICAS	DX HISTOLOGICO	- 11 Canalicular inf. 84.6 %	- 9 Canalicular inf. 69.2%
		- 1 Miiixo 7.7 %	- 1 Ductal inf. 7.7%
		- 1 c. inflamatorio 7.7%	- 1 Mixto 7.7%
			- 2 Otros 15.4%
	ETAPA	- 1 Etapa I, 7.7%	- 7 Etapa II, 53.8%
		- 4 " II, 30.8%	- 4 Etapa III. 30.8%
		- 8 " III, 61.5%	- 2 Etapa IV,15.4%
	NIVEL DE AGRESIVIDAD	- 3 Nivel 6, 23.1 %	- 1 Nivel 7, 7.7%
		- 3 " 7, 23.1 %	- 5 " 8, 38.5%
		- 2 " 9, 15.4%	- 6 " 9, 46.2 %
- 5 Sin dato		- 1 Sin dato	
ESQUEMA DE TRATAMIENTO	- 9 esq. FAC, 69.2 %	- 6 Esq. FAC 46.2%	
	- 4 esq. CISCA, 30.8%	- 7 Esq. CISCA 53.8%	
PSICOLÓGICAS	ANSIEDAD RASGO	44.6 ANSIEDAD MODERADA	43.9 ANSIEDAD MODERADA
	ANSIEDAD ESTADO	43.5 ANSIEDAD MODERADA	48 ANSIEDAD MODERADA
	DEPRESIÓN	11.3 DEPRESIÓN LEVE	10.3 DEPRESIÓN LEVE
	RELAJACIÓN NATURAL	INICIAL: 32.8 °C FINAL: 32.9 °C	INICIAL: 32.8 °C FINAL: 32.9 °C

### 3.6.1.2.2 Instrumentos:

Se aplicaron los siguientes instrumentos psicológicos:

- Inventario de depresión de Beck. (Ver pág. 45).
- Inventario de Ansiedad : Rasgo-Estado (IDARE). (Ver pág. 45)
- Cuestionario de calidad de vida E.O.R.T.C.-QLQ-C30.

La European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) tiene un grupo de estudio sobre calidad de vida (QoL), una de sus principales tareas es el desarrollo de cuestionarios para la evaluación de la QoL en ensayos clínicos internacionales. Este grupo creó un sistema de evaluación compuesto de un cuestionario genérico que evalúa temas comunes a diferentes sitios de cáncer y el tratamiento y un rango de módulos suplementarios diseñados para evaluar temas específicos de acuerdo al tipo de tratamiento y el sitio del desorden. Más recientemente este grupo modificó las categorías de respuesta de la escala de funcionamiento físico de una respuesta dicotómica a un sistema de 4 categorías (EORTC QLQ C30, versión 3.0). El EORTC QLQ-C30 ha sido validado a través de series de estudios internacionales, cada uno enfocado sobre un sitio de tumor específico. Arraras, Arias, Tejedor, Pruja, et. al., (2002), evaluaron la estructura, confiabilidad y validez Del cuestionario QLQ-C30 (versión 3.0) para uso en español. Aplicaron a una muestra de 201 pacientes con cáncer de cabeza y cuello aplicando el cuestionario una o dos veces durante el tratamiento y en periodos de seguimiento, en una submuestra se aplicó en 3 ocasiones. Los datos apoyaron la estructura y confiabilidad de la escalas. La validez se confirmó de tres formas. Concluyeron que el EORTC QLQ-C30 (versión 3.0) es un cuestionario válido y confiable. Dichos resultado están en línea con estudio previos realizados.

- Termómetro de temperatura periférica electrónico.

Termómetro de temperatura periférica temp-time electronic in out termo design No. 1051-063. Son termómetros portátiles de alta precisión que detectan y miden los cambios que se producen en la temperatura periférica debido a los cambios de la circulación sanguínea de la piel. El registro de temperatura periférica nos ayuda a valorar la presencia de estrés o relajación de la persona, ya que ante situaciones de estrés se genera liberación de adrenalina la cual genera vasoconstricción

disminuyendo la temperatura periférica y ante situaciones de relajación se genera vasodilatación incrementando la temperatura periférica (Dominguez, 1996). El registro obtenido por el sensor del termómetro permite retroalimentar al terapeuta y al paciente del impacto corporal generado ante la respuesta de relajación (tranquilidad).

### **3.6.1.2.3 Procedimiento.**

#### **Fase de selección:**

Durante los meses de enero a junio del 2003, estuve presente en el servicio de Tumores mamarios (de primera vez, consultorio B-6) de la consulta externa para identificar a las pacientes que recibirían quimioterapia y durante los meses de julio y agosto acudí a los consultorios del servicio de Oncología Médica para solicitar la canalización pacientes de primera vez al servicio de Oncología Médica (que son los pacientes que iniciarán ya o aproximadamente en 15 días la quimioterapia), e invitarlas a participar en el protocolo de investigación

Una vez que se identificaron a los pacientes que cubrían los criterios de inclusión (vírgenes al tratamiento de quimioterapia, con cáncer de mama) se les explicó los objetivos de la investigación y se les proporcionó un formato de su consentimiento enterado de su participación a ella.

Dependiendo de cómo se logró el acercamiento con las pacientes (contactadas en el servicio de tumores mamarios o contactadas en el servicio de oncología médica) se les dió cita para su entrevista y su evaluación psicológica (generalmente los días que acudían al hospital por estudios o por consulta médica) o se realizaba en ese momento (pacientes que ya recibirían su quimioterapia). Se tomaron del expediente los datos necesarios para llenar la ficha de identificación. Se realizó una entrevista individual sobre el estado emocional y su actitud hacia el cáncer y el tratamiento (quimioterapia), se identificaron los estilos de enfrentamiento utilizado, explorando cuadros psiquiátricos previos y síntomas de ansiedad y depresión, considerando historia de aparición, desarrollo, profesionistas involucrados, toma de medicamentos etc.

En la primera vía 55 pacientes firmaron su carta de consentimiento enterado; de

éstas 33 estuvieron en la fase de selección (entrevista y aplicación de cuestionarios), pero únicamente 22 realizaron su preevaluación completa; 18 de estas pacientes concluyeron la fase de seguimiento. En la segunda vía, 20 firmaron su carta de consentimiento enterado, solo 17 de ellas concluyeron su preevaluación completa; de éstas 8 concluyeron la etapa de seguimiento hasta noviembre del 2003. En total, de enero a noviembre del 2003 fueron los datos de 26 pacientes que concluyeron con las fase de selección, evaluación, tratamiento y seguimiento.

#### Fase de evaluación:

Se aplicaron los instrumentos psicológicos individualmente antes de la aplicación de la primera quimioterapia:

- Inventario de depresión de Beck.
- Inventario de ansiedad Estado-rasgo.
- Cuestionario de calidad de vida.

Se obtuvo el perfil psicofisiológico de cada participante con el termómetro de temperatura periférica temp-time.

Para llevar a cabo la medición de la temperatura periférica se colocó en la parte tabaquera de la mano dominante el sensor del termómetro adherido con micropore en la zona previamente aseada con un algodón humedecido en alcohol. Se explicó el funcionamiento y la finalidad de éste y se tomó el registro de 3 condiciones:

- 2 minutos con ojos cerrados.
- 2 minutos con ojos abiertos.
- 2 minutos de relajación natural.

#### Fase de asignación:

En la fase de asignación se dieron dos situaciones:

Asignación al azar a la condición control (quimioterapia + información) y a la condición experimental

La condición control (Quimioterapia + información) se denominó únicamente de información porque a las pacientes se les dió psicoeducación al cáncer, al tratamiento y de su respuesta emocional.

La condición experimental (Quimioterapia + intervención psicológica ) en este grupo de pacientes a parte de las sesiones de información que se les proporcionó al grupo anterior se les proporcionó técnicas como relajación, reestructuración cognoscitiva y solución de problemas, como se describe a continuación.

Fase de Tratamiento:

En esta fase participaron las pacientes de la condición experimental y estuvo compuesta de 3 sesiones de intervención psicológica individual de treinta minutos a una hora antes de que se iniciara la aplicación de la primera quimioterapia (en algunas ocasiones algunas de estas sesiones se llevaban a cabo entre las aplicaciones de quimioterapia) las cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

Primera sesión de intervención psicológica:

- A). Se expuso el objetivo de la intervención por parte de la terapeuta.
- B): A partir de la información dada por las pacientes se retomaron aquellas preocupaciones de la vida cotidiana concomitantes al cáncer y a los cambios producidos en su estilo de vida.
- C). Se realizó una lista jerárquica de los problemas presentes, ubicando en primer lugar el problema de salud e identificando formas alternativas de solución a problemas urgentes y la búsqueda de apoyo social y/o institucional.
- D). Se identificaron por parte del terapeuta las causas, pensamientos, sentimientos, conductas y estilos de enfrentamiento utilizados ante el diagnóstico de cáncer y el próximo tratamiento de quimioterapia y se realizó psicoeducación (Al cáncer, al tratamiento y al estado emocional)

Segunda sesión de intervención psicológica:

- A). Se les pidió que expresaran aquellas situaciones generadoras de estrés-ansiedad.
- B). Se realizó reforzamiento positivo ante los estilos de afrontamiento adaptativos.
- C). Se les explicó de manera sencilla sobre la respuesta corporal generada ante situaciones estresantes y se explicó la respuesta de relajación.
- D). Se les informó sobre el impacto fisiológico de su respuesta de relajación natural identificándose el grado de relajación subjetiva obtenida (en una escala del 0 al 10) y los recursos utilizados.

E). Se realizó reforzamiento positivo ante la presencia de vasodilatación periférica durante la respuesta de relajación natural.

F). Se les enseñó un ejercicio de relajación: respiración diafragmática, con la intención de usarlos ante situaciones que generan incertidumbre o temor (como ante los procedimientos diagnósticos o ante los síntomas de la quimioterapia).

Tercera sesión de intervención psicológica:

A). A partir de un ejercicio demostrativo (ejercicio de imaginar un limón), se explicó el efecto del pensamiento sobre la respuesta corporal.

B). Se explicó el ABC de la terapia Racional Emotiva utilizando los reportes dados por la paciente en la sesión anterior.

C). Se le ayudó a identificar pensamientos alternativos que le ayuden a adaptarse a la situación del diagnóstico de cáncer, a los síntomas producidos por la quimioterapia, etc.

La fase de tratamiento durante la mañana se llevó a cabo en consultorios del servicio de laboratorio clínico que eran los que se encontraban disponibles, los cuales tienen una dimensión de 2 x 2 metros, con dos sillas y 2 muebles móviles pegados a la pared los cuales se pueden quitar (que es en donde los pacientes recargan el brazo para la extracción de sangre). Durante la tarde, el tratamiento se llevó a cabo en un consultorio de psicooncología o en un consultorio de Oncología médica, los cuales tienen una dimensión de 3 x 3 metros, con un escritorio varias sillas, archivero.

Fase de postevaluación (SEGUIMIENTO).

Estuve pendiente del día de cita para aplicación de la segunda, tercera y cuarta quimioterapia (en algunas ocasiones la quinta y la sexta) y se realizó el seguimiento en la sala de espera antes de pasar a su consulta en el servicio de oncología médica.

Se evaluó la calidad de vida a través de contestar el cuestionario de calidad de vida y se obtuvo el registro de la respuesta de relajación natural durante dos minutos antes de la aplicación de 3 quimioterapias por lo general cada 21 días; sin embargo, este periodo se podía prolongar dependiendo de cómo se encontraba el sistema inmunológico de la paciente o de sus recursos económicos

para adquirir el medicamento de quimioterapia, por lo que se presentaron dificultades en muchas ocasiones para poder localizar a las pacientes y poder aplicar los cuestionarios, perdiéndose datos sin que se pudiera concluir esta etapa de seguimiento para muchas pacientes.

### **Diseño:**

Se utilizó un diseño experimental de series cronológicas múltiples (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). A estos diseños se les conoce como series cronológicas experimentales. En realidad el término serie cronológica aplica a cualquier diseño que se efectúe a través del tiempo con varias observaciones o mediciones de una variable. También en estos diseños se tienen dos o más grupos y los sujetos son asignados al azar.

Diseño: serie cronológica con preprueba, con varias postpruebas y grupo control.

RG1 O1 X1 O2 O3 O4 (Quimioterapia + intervención psicológica)

RG2 O5 \_ O6 O7 O8 (Quimioterapia + información)

### **Variables:**

#### **Variables Dependientes**

- Calidad de vida

La variable dependiente a evaluar será la calidad de vida medida por el cuestionario E.O.R.T.C.-QLQ-C30, el cual contiene 9 escalas multi-items: que contiene 5 escalas funcionales que son: función física (items del 1-5), rol funcional (items 6 y 7), emocional (items 21 al 24), cognoscitiva (items 20 y 25) y social (items 26 y 27); además contiene 3 escalas de síntomas como: fatiga (items 10, 12 y 18), dolor (items 9 y 19) y náusea y vómito (items 14 y 15); y una escala global de salud (items 29 y 30). Además contiene 6 items que miden síntomas aislados como: fatiga (item 8), disturbios de sueño (item 11), pérdida de apetito (item 13), constipación (item 16), diarrea (item 17), impacto financiero (item 28).

Todos los puntajes de las escalas e items fueron linealmente transformados a calificaciones lineales en una escala del 0 al 100 (Para mayor información ver Bermúdez, 2002).

Para las 5 escalas funcionales, la escala global de salud y la escala de síntomas, las respuestas de los ítems se redecodificaron por lo que los puntajes más altos representan un mejor nivel de funcionamiento y por lo tanto una mejor calidad de vida. Para los síntomas aislados un mayor puntaje correspondió a una mayor presentación de síntomas y por lo tanto una calidad de vida disminuida.

- Respuesta natural de relajación.

Se obtuvo el registro de la temperatura periférica. Para llevar a cabo esta medición, se colocó en la parte tabaquera de la mano izquierda o derecha de la paciente, el termómetro de alcohol adherido con micropore en la zona previamente aseada con un algodón humedecido en alcohol, se les dio la explicación del funcionamiento y la finalidad de éste, explicándoles además que no genera ningún daño (piquete, toques). Se les dio la instrucción de que se pusieran tranquilas por dos minutos así como lo hacen generalmente, tomando el registro de esos dos minutos tranquilidad. Al finalizar se les dio retroalimentación de su respuesta natural de relajación.

#### **Variables Independientes:**

- Intervención psicológica breve

Programa de Intervención Psicológica con enfoque cognoscitivo conductual que incluirá: Reestructuración cognoscitiva y Relajación y solución de problemas .

- Intervención de información.
- Respuesta a la quimioterapia

#### **Control de variables.**

Variables sociodemográficas:

- Edad
- Nivel de escolaridad
- Estado civil.

Con respecto al cáncer:

- Estadificación.
- Tipo histológico
- Nivel de agresividad

Con respecto al tratamiento:

- Esquema de tratamiento (Tipo de quimioterapia).

Psicológicas

- Puntaje del Inventario de depresión de Beck
- Puntaje del Inventario de Ansiedad : Rasgo-Estado (IDARE).

### **3.6.1.6 RESULTADOS.**

Se analizaron los resultados en el Paquete estadístico para las Ciencias Sociales versión 10 (SPSS por sus siglas en inglés). Se obtuvieron los porcentajes de las variables sociodemográficos, médicas, sociales y psicológicos. Se realizó un análisis estadístico de la prueba t para muestras independientes en las variables: edad, ansiedad rasgo, ansiedad estado, depresión, sin encontrar diferencias significativas entre los grupos por lo que se encontraban balanceados en estas variables; Se realizaron comparaciones entre grupo e intragrupo para identificar diferencias significativas entre los grupos (grupo control y grupo experimental) y para identificar diferencias significativas entre las diferentes aplicaciones del cuestionario de calidad de vida (preevaluación; primer, segundo y tercer seguimiento) tanto en los integrantes del grupo experimental, como en los integrantes del grupo control.

#### **COMPARACIONES ENTRE GRUPOS (EXPERIMENTAL VS CONTROL):**

##### **Calidad de vida**

Para las comparaciones entre grupos se utilizó la prueba t de student para datos independientes para comparar las medias entre el grupo control y el grupo experimental de la preevaluación, primer, segundo y tercer seguimiento de las diferentes escalas y síntomas aislados que conforman el cuestionario de calidad de vida. (Ver tabla 2)

En la preevaluación no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en todas las escalas medidas por el cuestionario, excepto para la escala global de salud que obtuvo un valor de  $t -2.5 = .02$ ,  $p < .05$ ; la muestra de los pacientes del grupo control obtuvo una media de 71.4 y la muestra de pacientes del grupo

Tabla 2.

Resultados del análisis de la prueba t de student para datos independientes.

ESCALA	PREEV.			1° SEG.			2° SEG.			3° SEG.		
	EXP	CON	SIG.	EXP	CON	SIG.	EXP	CON	SIG.	EXP	CON	SIG.
FUN FÍS	86.1	83.6	.727	76.9	84.6	.433	84.6	80.0	.641	87.6	83.0	.658
ROL FUN	53.8	73.0	.268	65.3	61.5	.776	76.9	61.5	.264	61.5	76.9	.264
EMOCIONAL	66.2	70.7	.726	83.2	80.3	.677	90.36	86.5	.549	82.1	70.2	.348
COGNOSCITIVA	83.6	90.0	.379	91.3	95.0	.348	92.4	84.9	.218	71.8	87.3	.256
SOCIAL	83.6	84.8	.793	86.1	82.3	.694	89.9	77.1	.135	86.2	78.3	.385
NÁY VO	82.1	89.8	.350	96.3	93.6	.322	86.1	84.9	.157	77.1	86.0	.429
DOLOR	86.3	74.9	.312	87.4	90.0	.601	89.9	83.4	.476	89.6	87.4	.653
FATIGA	81.3	81.5	.979	79.8	73.9	.291	78.8	71.5	.252	85.6	72.6	.192
SÍNTOMA 8	17.7	15.2	.721	16.1	20.3	.640	22.9	22.9	1.00	15.2	20.0	.582
DIST DE SUEÑO	30.5	25.3	.633	17.7	25.3	.489	10.15	15.2	.337	12.6	7.61	.549
PERD APETITO	10.1	5.07	.436	10.1	17.8	.511	<b>2.5*</b>	<b>17.8*</b>	<b>.027*</b>	5.0	10.1	.337
ESTREÑIMIENTO	10.1	12.6	.673	5.0	10.1	.502	7.61	11.38	.574	2.7	5.85	.586
DIARREA	7.6	12.6	.549	5.0	7.6	.584	8.2	5.5	.674	8.2	11	.723
IMP FINANCIERO	43.2	51.0	.591	43.1	51.0	.557	33.0	43.3	.512	<b>24.9*</b>	<b>48.4*</b>	<b>.015*</b>
GLOBAL SALUD	<b>57.9*</b>	<b>71.4*</b>	<b>.026*</b>	70.9	72.1	.851	<b>77.8*</b>	<b>52.2*</b>	<b>.012</b>	74.0	73.3	.924

Nota. Para las 5 escalas funcionales, la escala global salud y la escala de síntomas los puntajes más altos representan un mejor nivel de funcionamiento y por lo tanto una mejor calidad de vida. Para los ítems de síntomas aislados un mayor puntaje correspondió a una mayor presentación de síntomas (o del problema) y por lo tanto una calidad de vida disminuida.

\* ,  $p < .05$ .

experimental obtuvo una media de 57.9. Estos resultados demuestran que se presentaron diferencias significativas entre la percepción de calidad de vida global salud reportado por el grupo control y el grupo experimental en la preevaluación en donde el grupo experimental reportó percibir un peor nivel de funcionamiento en la escala estado global de salud comparado con el grupo control (Ver figura 1). En el primer seguimiento, no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las escalas del cuestionario de calidad de vida entre el grupo control y

el grupo experimental; sin embargo, realizando una valoración cualitativa de los

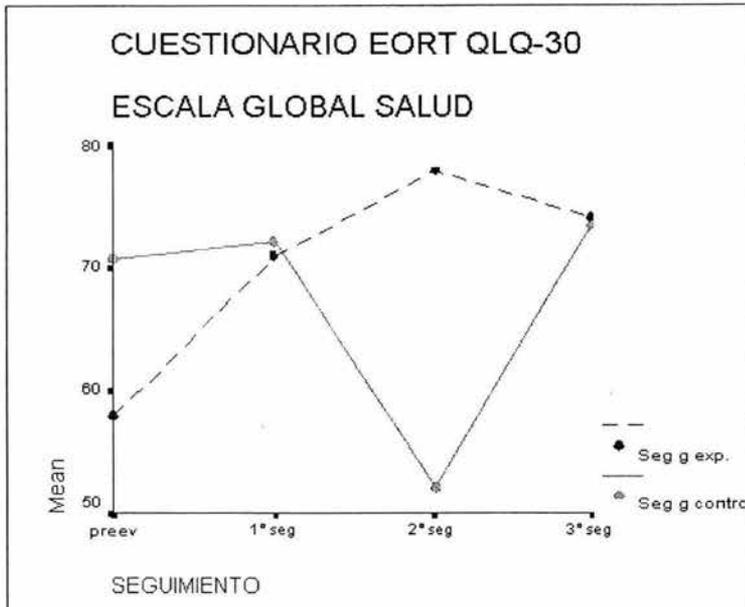


Figura 1 El grupo experimental reportó una mejoría significativa en la escala global salud.

resultados se puede observar que las medias de la escala global salud para el grupo control fue de 72.1 y para el grupo experimental fue de 70.9 (por lo tanto, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos); pero, si comparamos las medias de la preevaluación se puede constatar que el grupo experimental presentó un incremento en la percepción global de salud (de 57.9 a 70.9), mientras el grupo control se mantuvo (de 71.4 a 72.1).

En el segundo seguimiento, el grupo control disminuyó su calidad global de salud mientras que el experimental presentó un incremento con una diferencia significativa con valor de  $t = 2.9 = 01$ ;  $p < .05$  y con una media de 52.2 para el grupo control y de 77.8 para el grupo experimental (Ver figura 1). También se presentaron diferencias significativas para el síntoma aislado # 13 (perdida de apetito) con un valor de  $t = -2.5 = .02$ ,  $p < .05$ ; con una media de 2.5 para el grupo

experimental y una media de 17.8 para el grupo control, indicando que el grupo experimental presentó una disminución de las personas (o del nivel del malestar) que reportaron pérdida de apetito mientras que en control la pérdida de apetito fue reportada por más pacientes (figura 2).

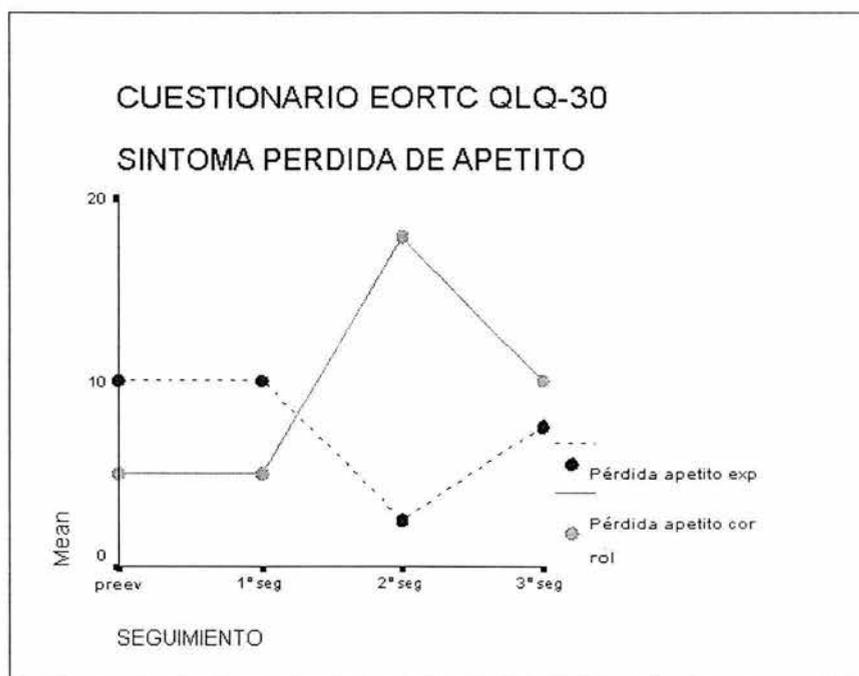
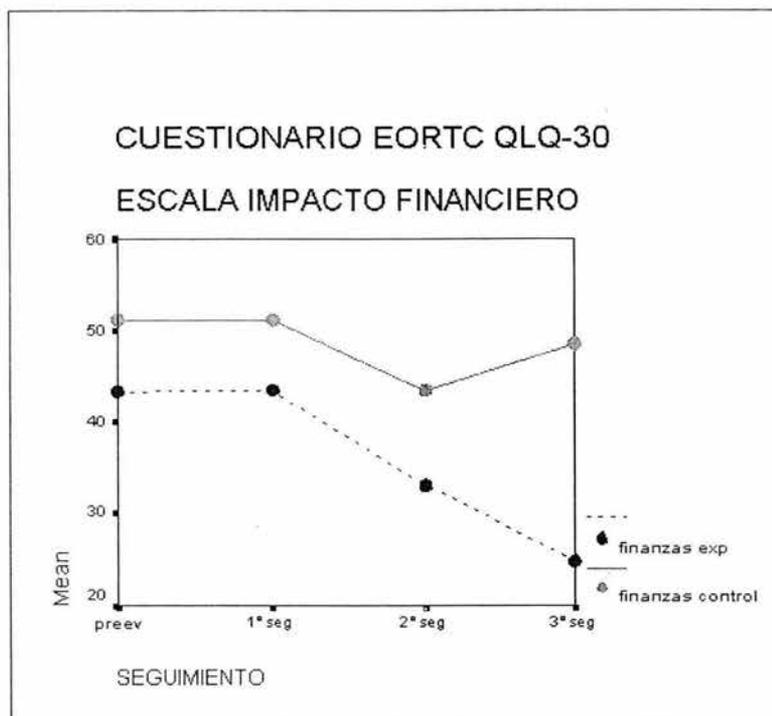


Figura 2..Los puntajes bajos indican menor pérdida de apetito mientras que los puntajes altos implican mayores dificultades con el apetito. Se observan resultados similares a excepción del segundo seguimiento que indican mayores problemas con el apetito para el grupo experimental.



*Figura 3* Los puntajes bajos indican menores dificultades financieras mientras que los puntajes altos implican mayores dificultades. Se observa una respuesta en la misma dirección en los dos grupos excepto en el tercer seguimiento en donde el grupo control reportó mayores dificultades financieras

#### **Respuesta natural de relajación (Temperatura periférica):**

Se realizó un análisis estadístico utilizando una prueba t para datos independientes para identificar diferencias significativas de la respuesta natural de relajación entre el grupo control y el grupo experimental en la preevaluación (antes de la aplicación de la primera quimioterapia); en el primer seguimiento (generalmente 21 días después de la primera aplicación de la quimioterapia); en el segundo seguimiento (generalmente 21 días después de la aplicación de la segunda quimioterapia); y en el tercer seguimiento (generalmente 21 días después de la aplicación de la tercer quimioterapia). No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los grupos para ninguna de las condiciones. Sin

embargo, haciendo un análisis cualitativo de los datos (ver tabla 3), se puede apreciar una disminución de la temperatura periférica de la mano dominante (mínimo 32.2°C y máximo 33.4) en ambos grupos (control y experimental) en la preevaluación (antes de la aplicación de la primer quimioterapia) comparado con las temperaturas periféricas (mínimo 33.4 – máximo 34.4) tomadas durante los diferentes seguimientos antes de la aplicación de cada quimioterapia en ambos grupos (durante el tratamiento). También se puede apreciar que los registros de la temperatura periférica del grupo experimental fueron más altos que los del grupo control, sin embargo ninguno fue estadísticamente significativo.

Tabla 3:

Temperatura periférica promedio (medias) del grupo control y del grupo experimental.

RESPUESTA NATURAL DE RELAJACIÓN					
CONDICION		GRUPO EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
P		INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL
R	ojos abiertos	32.8 °C		32.9 °C	
E	ojos cerrados	33.0 °C	33.1 °C	<b>32.2 °C</b>	<b>33.4 °C</b>
V	relajación nat	32.8 °C	32.7 °C	32.8 °C	32.9 °C
	PRIMER SEGUIMIENTO	34.3 °C	34.3 °C	33.7 °C	33.9 °C
	SEGUNDO SEGUIMIENTO	33.7 °C	34.1 °C	34.0 °C	<b>34.4 °C</b>
	TERCER SEGUIMIENTO	34.2 °C	<b>34.4 °C</b>	<b>33.4 °C</b>	33.5 °C

Nota.. Se marcaron con negritas los valores mínimos y los valores máximos.

## COMPARACIONES INTRAGRUPPO PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL.

### Calidad de vida

Para las comparaciones intragrupo del grupo experimental, se realizó el análisis de los datos con una prueba t apareada para datos relacionados para comparar las medias de las diferentes aplicaciones de los cuestionarios de calidad de vida (preevaluación vs primer seguimiento; primer vs segundo seguimiento; segundo vs tercer seguimiento) para los datos de 13 pacientes, los cuales se muestran en la tabla 4;

Tabla 4

Análisis de la prueba t student para datos apareados del grupo experimental

MEDIAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL				
ESCALA	PREEV.	1° SEG.	2° SEG.	3° SEG.
ESCALAS FUNCIONALES:				
1. FUNCION FÍSICA	86.1	76.9 <sup>a</sup>	84.6 <sup>a</sup>	87.6 <sup>b</sup>
2. ROL FUNCIONAL	53.8	65.3 <sup>b</sup>	76.9 <sup>b</sup>	61.5 <sup>b</sup>
3. EMOCIONAL	66.2	*83.2 <sup>b</sup>	*90.0 <sup>b</sup>	82.1 <sup>b</sup>
4. COGNOSCITIVA	83.6	91.3 <sup>b</sup>	92.4 <sup>b</sup>	71.8 <sup>a</sup>
5. SOCIAL	83.6	86.1 <sup>b</sup>	89.9 <sup>b</sup>	86.2 <sup>b</sup>
ESCALAS SÍNTOMAS:				
1. NAUSEA Y VOM.	82.1	96.3 <sup>b</sup>	86.1 <sup>b</sup>	77.1 <sup>a</sup>
2. DOLOR	86.3	87.4 <sup>b</sup>	89.9 <sup>b</sup>	89.6 <sup>b</sup>
3. FATIGA	81.3	79.8 <sup>a</sup>	78.8 <sup>a</sup>	*85.6 <sup>b</sup>
ITEMS AISLADOS:				
SÍNTOMA 8	17.7	16.1 <sup>b</sup>	22.9 <sup>a</sup>	15.2 <sup>b</sup>
DIST. DE SUEÑO	30.5	17.7 <sup>b</sup>	10.1 <sup>b</sup>	12.6 <sup>b</sup>
PERD. DE APETITO	10.1	10.1 <sup>c</sup>	2.5 <sup>b</sup>	5.0 <sup>b</sup>
ESTREÑIMIENTO	10.1	5.0 <sup>b</sup>	7.6 <sup>b</sup>	2.7 <sup>b</sup>
DIARREA	7.6	5.0 <sup>b</sup>	8.2 <sup>a</sup>	5.5 <sup>b</sup>
IMP. FINANCIERO	43.2	43.3 <sup>a</sup>	33.0 <sup>b</sup>	24.9 <sup>b</sup>
ESC. GLOBAL SALUD	57.9	*70.9 <sup>b</sup>	77.8 <sup>b</sup>	74.0 <sup>b</sup>

*Nota.* Para las 5 escalas funcionales, la escala global de salud y las escalas de síntomas los puntajes más altos representan un mejor nivel de funcionamiento. Para los items de síntomas aislados un mayor puntaje correspondió a una mayor presentación de síntomas .

<sup>a</sup> Indica calidad de vida disminuida comparado con la preevaluación

<sup>b</sup>; Indica incremento de la calidad de vida comparada con la preevaluación

<sup>c</sup> Se mantuvieron los mismos puntajes en la preevaluación y en el seguimiento

\*p < .05.

En la comparación realizada de la preevaluación vs el primer seguimiento del grupo experimental, se encontraron diferencias significativas en la escala emocional con una media de 66.2 para la preevaluación (n=13) y con una media de 83.2 para el primer seguimiento (n=13), con un valor de  $t -2.8 = .01$ ,  $p < .05$ , lo que indica una disminución del estado emocional negativo presentado por los integrantes del grupo experimental (ver figura 4).

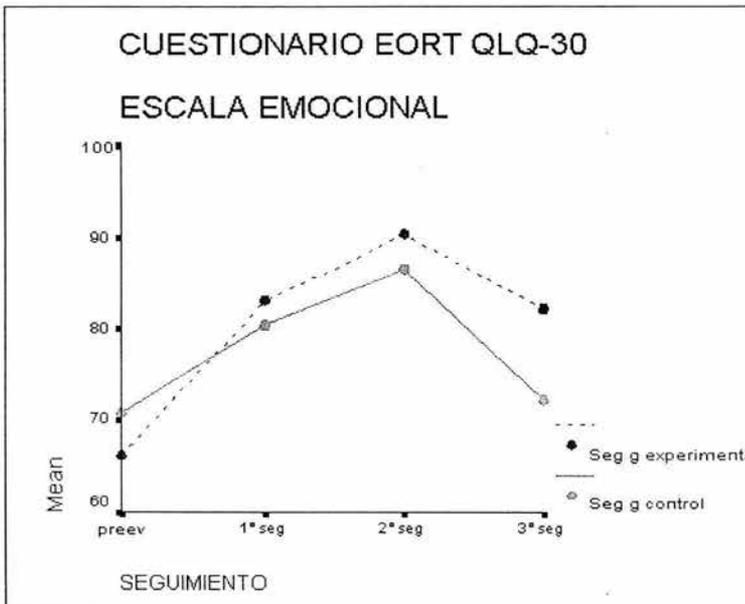


Figura 4: El estado emocional mejoró en el grupo experimental de manera significativa.

También se encontraron diferencias significativas en la escala global salud, con una media de 57.9 para la preevaluación y una media de 70.9 para el primer seguimiento, con un valor de  $t -2-1 = .05$ ,  $p = .05$ , lo que indica que el grupo experimental presentó un aumento en la calidad de vida (ver figura 1).

Se encontraron diferencias significativas del primer al segundo seguimiento en la escala emocional con una media de 83.2 para el primer seguimiento y una media

de 90.0 para el segundo seguimiento (n=13), con un valor de  $t -2.4 = .02$ ,  $p < .05$ , indicando que el estado emocional de las pacientes mejoró a los 42 días aproximadamente de iniciar el tratamiento (ver figura 4).

En la comparación realizada del segundo vs tercer seguimiento; únicamente la escala fatiga presentó diferencias significativas; con una media de 78.8 para el segundo seguimiento y una media de 85.6 para el tercer seguimiento (n=13) con un valor de  $t-2.8 = .01$ ,  $p < .05$ ; indicando que las pacientes del grupo experimental presentaron menor cansancio en la tercera aplicación de la quimioterapia (que corresponde al tercer seguimiento) comparado con la segunda aplicación de quimioterapia (ver gráfica 5).

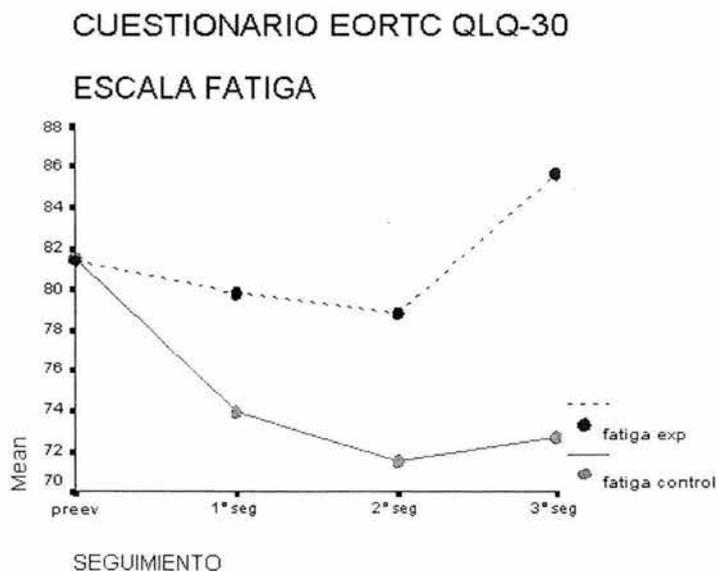


Figura 5. Los puntajes más altos representan un mejor nivel de funcionamiento. En la preevaluación tuvieron un puntaje similar pero se fueron manifestando diferencias entre los grupos que no fueron significativas.

**Respuesta natural de relajación (temperatura periférica).**

Se utilizó la prueba t apareada para muestras relacionadas para analizar la respuesta natural de relajación comparando la temperatura periférica inicial vs la temperatura periférica final de las pacientes del grupo experimental antes (preevaluación) y durante la aplicación de quimioterapia (3 seguimientos; generalmente a los 21 días o más, a los 42 días o más, a los 63 días o más de iniciado el esquema de tratamiento de quimioterapia y antes de cada aplicación). Se encontró, que durante la preevaluación se presentó una ligera disminución de temperatura (inicial vs con final); en el primer seguimiento hubo un incremento de temperatura que no fue estadísticamente significativo; en el segundo seguimiento, hubo un incremento de temperatura que fue estadísticamente significativo con un valor de  $t -3.0 = .01, p < .05$ ; mientras que en el tercer seguimiento la temperatura se mantuvo (siendo la temperatura periférica más alta de todas las condiciones).

Tabla 5

Temperatura periférica de la respuesta de relajación (promedio) inicial y final de las pacientes del grupo experimental.

RESPUESTA DE RELAJACIÓN NATURAL GRUPO EXPERIMENTAL							
PREEVALUACIÓN		1° SEG.		2° SEG.		3° SEG.	
INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL
32.8	32.7	33.9	34.1	<b>33.7 *</b>	<b>34.1 *</b>	34.2	34.2

\*p < .05.

**COMPARACIONES INTRAGRUPO DEL GRUPO CONTROL.**

**Calidad de vida**

Para las comparaciones intragrupo del grupo control se realizó el análisis de los datos con una prueba t apareada para datos relacionados para comparar las medias de las diferentes aplicaciones de los cuestionarios de calidad de vida (preevaluación vs primer seguimiento; primer vs segundo seguimiento; segundo vs tercer seguimiento) para los datos de 13 pacientes, los cuales se muestran en la tabla 6.

Tabla 6

Análisis de la prueba t student para datos apareados del grupo control

MEDIAS DEL GRUPO CONTROL				
ESCALA	PREEV.	1° SEG.	2° SEG.	3° SEG.
ESCALAS				
FUNCIONALES:				
1. FUNCION FÍSICA	83.6	84.6 <sup>b</sup>	80.0 <sup>a</sup>	83.0 <sup>a</sup>
2. ROL FUNCIONAL	73.0	61.5 <sup>a</sup>	61.5 <sup>a</sup>	76.9 <sup>b</sup>
3. EMOCIONAL	70.7	80.3 <sup>b</sup>	86.5 <sup>b</sup>	70.2 <sup>a</sup>
4. COGNOSCITIVA	90.0	95.0 <sup>b</sup>	84.9 <sup>a</sup>	87.3 <sup>a</sup>
5. SOCIAL	84.8	82.3 <sup>a</sup>	77.1 <sup>a</sup>	78.3 <sup>a</sup>
ESCALAS				
SINTOMAS:				
1. NAUSEA Y VOM.	89.8	83.6 <sup>a</sup>	84.9 <sup>a</sup>	86.0 <sup>a</sup>
2. DOLOR	74.9	90.0 <sup>b</sup>	83.4 <sup>b</sup>	87.4 <sup>b</sup>
3. FATIGA	81.5	73.9 <sup>a</sup>	71.5 <sup>a</sup>	72.6 <sup>a</sup>
ITEMS AISLADOS:				
SÍNTOMA 8	15.2	20.3 <sup>a</sup>	22.9 <sup>a</sup>	20.0 <sup>a</sup>
DIST. DE SUEÑO	25.3	25.3 <sup>c</sup>	15.2 <sup>b</sup>	7.6 <sup>b</sup>
PERD. DE APETITO	5.0	17.8 <sup>a</sup>	17.0 <sup>a</sup>	10.1 <sup>a</sup>
ESTREÑIMIENTO	12.6	10.1 <sup>b</sup>	11.3 <sup>b</sup>	5.8 <sup>b</sup>
DIARREA	7.6	7.6 <sup>b</sup>	5.0 <sup>b</sup>	10.1 <sup>b</sup>
IMP. FINANCIERO	51.0	51.0 <sup>c</sup>	43.3 <sup>b</sup>	48.4 <sup>b</sup>
ESC. GLOBAL SALUD	71.4	72.1 <sup>b</sup>	52.2 <sup>a</sup>	73.3 <sup>b</sup>

*Nota.* Para las 5 escalas funcionales, la escala global de salud y las escalas de síntomas los puntajes más altos representan un mejor nivel de funcionamiento. Para los items de síntomas aislados un mayor puntaje correspondió a una mayor presentación de síntomas.

<sup>a</sup> Disminución de la calidad de vida comparada con la preevaluación

<sup>b</sup> Incremento de la calidad de vida comparada con la preevaluación

<sup>c</sup> Se mantuvieron los mismos puntajes en la preevaluación y en el seguimiento

No se encontraron diferencias significativas para ninguna de las condiciones. Aunque, como se puede apreciar en la tabla, se presentaron cambios (incrementos como decrementos) en los puntajes promedios de cada aplicación de los cuestionarios, pero, estos cambios no alcanzaron significancia estadística.

### Respuesta natural de relajación (Temperatura periférica):

Se utilizó la prueba t apareada para muestras relacionadas para analizar la respuesta natural de relajación de las pacientes del grupo control antes (preevaluación) y durante la aplicación de quimioterapia (3 seguimientos; generalmente a los 21 días o más, a los 42 días o más, a los 63 días o más de iniciado el esquema de tratamiento de quimioterapia y antes de cada aplicación).

Tabla 7.

Temperatura periférica (promedio) inicial y final de la respuesta de relajación (tranquilidad) de las pacientes del grupo control.

RESPUESTA DE RELAJACIÓN NATURAL GRUPO CONTROL							
PREEVALUACIÓN		PRIMER SEGUIMIENTO		SEGUNDO SEGUIMIENTO		TERCER SEGUIMIENTO	
INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL
32.8 °C	32.9 °C	33.7 °C	34.0 °C *	34.0 °C	34.2 °C *	33.5 °C	33.7 °C

\*p < .05.

Durante la preevaluación se presentó un ligero incremento de temperatura, durante el primer seguimiento se presentó un incremento estadísticamente significativo de temperatura periférica con un valor de  $t - 2.3 = .05$ ,  $p = .05$ ; en el segundo seguimiento, se presentó un incremento estadísticamente significativo de temperatura periférica con un valor de  $t - 2.6 = .04$ ,  $p < .05$ , en el tercer seguimiento hubo un incremento de la temperatura periférica sin alcanzar la significancia estadística,

### 3.6.1.7 DISCUSION

La presente investigación evaluó el impacto de una intervención cognoscitivo conductual breve que incluyó: reestructuración cognoscitiva, y relajación (ejercicio de respiración diafragmática), solución de problemas, información y retroalimentación (grupo experimental) comparado con una intervención de información (grupo control); antes de iniciar el esquema de tratamiento de quimioterapia (preevaluación) y durante la aplicaciones de 3 quimioterapia (1°, 2° y 3° seguimiento) en la calidad de vida y en la respuesta de relajación de las pacientes con cáncer de mama, vírgenes al tratamiento de quimioterapia. Aunque el tratamiento para el cáncer tiene el potencial de curar o prolongar la vida en muchas persona, tanto la enfermedad como el tratamiento pueden causar mucho sufrimiento, decrementos en la calidad de vida y alteraciones del funcionamiento psicosocial.

Para una calidad de vida óptima medida por el cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-30 , se esperarían puntajes de 100 en las escalas de función física, en las escalas de síntomas y en la escala global salud y un puntaje de 0 para los items aislados. Los resultados de los dos grupo indican que no hubo puntajes de 100 ni de 0, (ver tabla 4 y tabla 6 ) ni en la preevaluación, ni en los diferentes seguimientos; inclusive, desde antes de recibir la quimioterapia los pacientes presentaron síntomas como: náusea, dolor, fatiga, disturbios de sueño, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea, etc. Lo cual nos sugiere que la calidad de vida se pierde desde antes de iniciar con el esquema de tratamiento de quimioterapia y que probablemente tiene que ver con el impacto emocional que se genera ante el diagnóstico del cáncer.

Realizando un análisis cualitativo de los datos del grupo experimental (comparaciones intragrupo) se encontró la presencia de una calidad de vida más disminuida durante la preevaluación que durante el seguimiento realizado durante el tratamiento de quimioterapia. Al compararse la preevaluación con los diferentes seguimientos se identificó un incremento en el nivel de funcionamiento en varias escalas del cuestionario de calidad de vida EORT-30 durante la fase de seguimiento: rol funcional, emocional, social, global salud, presentándose una

disminución en el dolor, en los disturbios del sueño, en la pérdida de apetito y en el estreñimiento (ver tabla 4), indicando estos resultados se presentó una mejoría en la calidad de vida de las pacientes del grupo experimental; sin embargo, al someter los resultados a análisis estadístico, la mayoría de éstos no alcanzaron significancia estadística. Los valores promedio que sí presentaron diferencias estadísticamente significativas fueron: de la preevaluación al primer seguimiento; en la escala emocional se encontró una disminución del estado emocional negativo que fue significativo y en la escala global salud se presentó un aumento en la percepción de una mejor calidad de vida que también fue significativo estadísticamente. Del primer seguimiento al segundo seguimiento nuevamente se encontraron diferencias significativas estadísticas en la escala emocional incrementando la presencia de un mejor estado de ánimo y un decremento de las emociones negativas; mientras, que el análisis estadístico realizado del segundo al tercer seguimiento las pacientes reportaron menor cansancio el cual también fue estadísticamente significativo.

Realizando un análisis cualitativo de los datos del grupo control, comparando la preevaluación con los diferentes seguimientos se puede apreciar que se presentó una disminución de la calidad de vida en casi todas las escalas medidas por el cuestionario de calidad de vida EORTC-30 durante el tratamiento de la quimioterapia (seguimiento) , a excepción de la escala de dolor en donde se presentó un decremento del dolor durante el seguimiento; también se presentó una disminución en los síntomas aislados: en los disturbios de sueño, el estreñimiento y la diarrea y un mejoramiento en el impacto financiero; sin embargo, ninguno de los valores alcanzó diferencias significativas.

Realizando los análisis estadísticos pertinentes para comparar al grupo control con el grupo experimental, se encontró durante la preevaluación la presencia de diferencias significativas estadísticamente en la escala global salud, por lo que antes de iniciar con la primera quimioterapia las pacientes del grupo experimental reportaron una disminución significativa de su estado físico y de su calidad de vida comparadas con el grupo control quienes reportaron un mejor nivel de funcionamiento. Una vez que se inició el esquema de tratamiento, generalmente a

los 21 días de la aplicación de la primera quimioterapia se realizó el primer seguimiento en donde no se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control; sin embargo, realizando una valoración cualitativa de los resultados, comparando las medias obtenidas en la preevaluación de la escala global salud (ver tabla 2) se puede constatar que el grupo experimental presentó una mejoría en la percepción global de salud (de 57.9 a 70.9), mientras el grupo control se mantuvo (de 71.4 a 72.1) equilibrándose ambos grupos en su reporte. En el segundo seguimiento ya se encontraron las diferencias significativas estadísticas para la escala global salud, el grupo control experimentó una disminución en la calidad global salud comparado con el grupo experimental quien se mantuvo en el incremento reportado en el primer seguimiento (tomando en consideración que durante la preevaluación estaban invertidos estos valores de manera significativa) también presentó diferencias significativas el síntoma aislado # 13 (perdida de apetito) presentándose una disminución en las dificultades con el apetito de las pacientes del grupo experimental comparado con el grupo control. En el tercer seguimiento fue la escala de impacto financiero la que mostró diferencias significativas estadísticamente entre los dos grupos, ya que las participantes del grupo experimental reportaron menores dificultades financieras que las participantes del grupo control.

En cuanto a la temperatura periférica (respuesta natural de relajación) no se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los grupos para ninguna de las condiciones (comparación entregrupos); sin embargo, haciendo un análisis cualitativo de los datos (ver tabla 3), se puede apreciar una disminución de la temperatura periférica de la mano dominante (mínimo 32.2°C y máximo 33.4) en ambos grupos (experimental y control) en la preevaluación comparado con las temperaturas periféricas (mínimo 33.4 – máximo 34.4) tomadas durante los diferentes seguimientos (durante el tratamiento), algunos de estos incrementos de temperatura periférica durante el seguimiento fueron significativos estadísticamente en los 2 grupos (comparaciones intragrupo). La respuesta natural de relajación es la capacidad que tiene la persona de generar vasodilatación periférica (aumentar la temperatura en las manos y en otras zonas

del cuerpo ya delimitadas) cuando se tranquiliza (relaja), como esta información en muchas ocasiones no se identifica conscientemente se utilizan aparatos de retroalimentación biológica (en este caso termómetro de temperatura periférica electrónico el cual es muy sensible a pequeñas variaciones en la temperatura) que nos den esa información y se realiza el registro de la temperatura durante 2 minutos de esa tranquilidad; se ha asociado que ante la presencia de estrés la temperatura periférica disminuye (manos frías) y ante la presencia de relajación la temperatura periférica incrementa (mayor calor en las manos). Por lo tanto, los resultados mencionados anteriormente nos indican que los dos grupos se encontraban con mayor estrés psicofisiológico antes de iniciar la quimioterapia que durante el tratamiento de quimioterapia ya que hubo un incremento de la temperatura periférica (vasodilatación periférica) indicando que las pacientes lograron mantener e incrementar la respuesta natural de relajación durante el seguimiento.

En base a los resultados ya mencionados podemos llamar la atención que después de los 21 días o más que se aplicó la quimioterapia (y antes de aplicar la siguiente)::

- El grupo experimental y el grupo control tuvieron una respuesta similar al disminuir la presentación de síntomas: diarrea, dolor, estreñimiento, etc (comparados con la preevaluación).
- El grupo experimental y el grupo control tuvieron una respuesta similar al presentar un incremento en la temperatura periférica y un incremento en su capacidad de respuesta de relajación. (comparados con la preevaluación).

Estos resultados se pueden deber: 1. al control y vigilancia médica que se realiza durante el tratamiento de quimioterapia y 2, a que el nivel de estrés disminuye por varias causas como son:

- A que las pacientes reciben ya el tratamiento para combatir el cáncer.
- Antes de que inicien con la quimioterapia reciben información de este tratamiento de varias fuentes como es: el personal médico, pacientes,

medios de comunicación, etc; por lo cual se genera miedo anticipatorio al tratamiento e incertidumbre de que es lo que va a pasar con ellas.

- Una vez que las pacientes empiezan a recibir las quimioterapias, conocen su respuesta, planean su vida en base a esta respuesta y buscan formas de afrontar el malestar. que experimentan por lo que intentan adaptarse a la situación que están viviendo.

Podemos concluir que la intervención psicológica breve generó beneficios en las pacientes del grupo experimental ya que estas pacientes mejoraron su calidad de vida durante el tratamiento de quimioterapia al mejorar el nivel de funcionamiento en varias escalas como fueron: rol funcional, social, emocional y global de salud; alcanzando significancia estadística en las últimas 2 escalas ya mencionadas, en la disminución de fatiga y en la disminución del impacto financiero; mientras que en las pacientes del grupo control hubo una disminución en la calidad de vida de todas las escalas que componen el cuestionario de calidad de vida (a excepción de dolor), tomando en consideración que antes de iniciar con la primera quimioterapia las pacientes del grupo control reportaron una percepción global de salud mejor que las pacientes del grupo experimental que fue estadísticamente significativa y durante el seguimiento se invirtieron estos valores disminuyendo esta percepción global de salud para el grupo control y mejorando para el grupo el experimental con significancia estadística en el segundo seguimiento. Sin embargo, este estudio contempló diferentes limitaciones: una fue la dificultad para controlar las variables médicas (etapa, diagnóstico histológico, esquema de tratamiento), por lo que no se sabe si estas variables influyeron en los resultados por lo que sería conveniente en una próxima investigación tomar en cuenta este aspecto y poderlo controlar; otras limitaciones fueron: para seleccionar a las participantes se consideró que fueran vírgenes al tratamiento de quimioterapia y no se controló que algunas pacientes tenían cirugía previa (mastectomía) y otras no; tampoco se controló el impacto generado por el cateter venoso central para permanencia prolongada, que son dispositivos de plástico con un tubo delgado y flexible que se instala para tener un acceso directo al torrente de la sangre y evitar que la quimioterapia dañe las venas de los brazos y que reciban repetidas

punciones en sus venas, y de acuerdo a la experiencia con estas pacientes en algunas generaron molestias que disminuyeron su calidad de vida mientras en otras pacientes no se presentaron estas molestias. Otra limitación fue que los resultados evaluaron la calidad de vida 21 días o más después de aplicar la quimioterapia, por lo que no se sabe cuál es el impacto en la calidad de vida durante los primeros 21 días y si existe alguna diferencia entre los grupos, otra limitación presentada fue en la realización del seguimiento ya que muchos datos de pacientes se perdieron por no localizarlas en el momento oportuno, llamando la atención las pacientes que mostraron un puntaje alto en la escala de depresión de Beck generalmente eran las que no completaron su seguimiento o que lo realizaron pero con poca cooperación; en el estudio realizado por Bermúdez (2003) reportó también que la paciente que identificó como deprimida abandonó el estudio, este es un dato curioso ya que precisamente son las pacientes que más requieren de la intervención psicooncológica (psicológica y psiquiátrica), sin embargo son las que menos interés tienen por solicitar dicha atención al inicio del tratamiento; por lo que se considera que sería conveniente estudiar estas pacientes y diseñar un programa específico para pacientes deprimidas que les pueda ayudar a mejorar emocionalmente y en su calidad de vida desde el inicio del tratamiento; por lo que los resultados obtenidos en este estudio no son válidos para pacientes con niveles altos de depresión. Otra limitante fue el tamaño de la muestra, que fue pequeño (26 pacientes: 13 para el grupo control y 13 para el grupo experimental) por lo que se considera como un estudio preeliminar.

### **3.6 ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE.**

Se llevaron a cabo las actividades académicas realizadas por los residentes médicos del Instituto:

- Asistencia diaria, de 7:00 a las 8:00 a.m., a las sesiones clínicas programadas por el Departamento de Enseñanza del Instituto N. de Cancerología.
- Asistencia los días miércoles de 8:30 a 9:30 a las sesiones generales programadas por el departamento de enseñanza del INCAN.
- Asistencia los días viernes de 8:15 a 9:15 a las sesiones de casos clínicos.

Durante el periodo marzo- julio 2002 como parte de las actividades para el personal visitante del servicio de psicooncología se siguió el siguiente programa:

- Asistencia los días martes y viernes a sesión bibliográfica organizada por el servicio de psicooncología.
- Asistencia a las siguientes conferencias y talleres impartidos por la Sociedad Mexicana de Psicooncología (2002- 2003):
  - "Perspectivas clínicas y legales de la muerte asistida"
  - "Neurotoxicidad de la quimioterapia en trasplante de médula ósea"
  - "Presente, pasado y futuro de la oncología médica"
  - "Trastorno ansioso-depresivo en pacientes con cáncer"
  - "Trastornos psicológicos y psiquiátricos en pacientes con cáncer"
  - "Tratamientos psicooncologicos"
  - "Sexualidad en pacientes con cáncer"
  - "Psicooncología pediátrica"
  - "La muerte y el morir"
  - "Cuidados paliativos y muerte"
  - "Cáncer del sistema nervioso central"

Curso: "Cuidado integral al paciente en etapa terminal", Dirección de Docencia, Subdirección de Educación para la Salud y el Departamento de Educación en enfermería del INCAN, 23 - 25 de septiembre, 2002.

Primer simposium de Psicología Hospitalaria". Sociedad de Psicología Clínica y Hospitalaria de México. Hospital Ángeles del pedregal. 10-11 de octubre del 2002.

Otorgadas por el Programa Universitario de Investigación en Salud de la UNAM por asistir a los siguientes cursos-talleres, con duración de 20 hrs. Cada uno:

"Introducción a la estadística médica"

"Introducción al análisis estadístico"

"Introducción al SPSS"

### **3.6 COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS.**

El estar en esta sede, me permitió conocer diferentes tipos de cáncer. trabajar con hombres y mujeres de diferentes edades; de diferente nivel socioeconómico, con

diferentes etapas de la evolución de la enfermedad (In situ, etapa I, II, III y IV) y en diferente momento de evolución (Al diagnóstico, durante el tratamiento, en el seguimiento, en la recaída y en la fase terminal); así mismo, trabajar con pacientes ante los diferentes tipos de tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia) y ante diferentes procedimientos (Biopsias, catéteres, estudios, etc), desarrollarme en el área de consulta externa y en el área de hospitalización. Además de que tuve la oportunidad de estar en diferentes servicios de consulta externa junto con el personal médico y de enfermería, lo que permitió un conocimiento más amplio de la enfermedad. de la relación que se establece entre el personal de salud y el paciente, así mismo de la realización los procedimientos médicos. El estar en el área de psicooncología junto con psiquiatras me permitió conocer el tratamiento farmacológico y su alcance e identificar de una manera más pronta aquellos pacientes que es necesario canalizar a esta área y cuales no. Todo esto me permitió identificar la importancia de conocer todos estos aspecto y ubicar en que momento de la evolución de la enfermedad se encuentra el o la paciente para implementar la intervención psicológica que redunde en un beneficio y tener eficacia en el trabajo que se está realizando. Dicho aprendizaje enriqueció y fortaleció mis conocimientos y mis habilidades en el trabajo de pacientes con enfermedades crónicas (cáncer).

#### **4. SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES.**

El programa de residencia de Medicina Conductual cubre las expectativas del profesional en psicología interesado en el área de salud, ya que permite la inserción del estudiante en el campo hospitalario trabajando directamente con los pacientes por lo que se ponen en práctica los conocimientos académicos enlazando la teoría y la práctica lo cual redunde en un aprendizaje significativo. El estudiante tiene la oportunidad de conocer los aspectos médicos de las diferentes enfermedades, interactuar con el personal de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales) para el beneficio de los (las) pacientes, realizar intervenciones individuales y grupales aplicando técnicas cognitivo conductuales y evaluar el impacto de la intervención. Todo esto con el apoyo del supervisor

académico, del supervisor in situ y del tutor, quienes evalúan continuamente el trabajo realizado, dan sugerencias y retroalimentación del desempeño efectuado y aclaran dudas.

Sin embargo, como todo programa nuevo (ya que se encuentra en la tercera generación), todavía cuenta con algunas limitaciones como lo son: No tener supervisor académico en algunas sedes, como por ejemplo en el Instituto Nacional de Cancerología no se contó con supervisor académico, el cual era necesario dada la complejidad del cáncer, ya que se requiere tener conocimiento de la enfermedad, de su evolución, del tratamiento médico, de los efectos del tratamiento médico, etc. y de la identificación de la intervención psicológica idónea que permita beneficios en el paciente. Otra de las limitaciones es que el supervisor in situ aunque tiene la experiencia en su campo de trabajo generalmente no tiene un conocimiento amplio del enfoque cognitivo conductual por lo que sus aportaciones están orientadas al enfoque teórico que utiliza originando que no obtenga un máximo provecho al no identificarse aquellas situaciones factibles de beneficiarse con un intervención cognitiva conductual.

Otra de las limitaciones es que el programa de la residencia en Medicina Conductual está orientado en formar competencias y habilidades profesionales en el estudiante para trabajar con pacientes con un padecimiento médico y se descuida la formación en el área de investigación. Considerando que el estar dentro de una sede hospitalaria se tiene la oportunidad de generar datos de lo que ocurre en el ámbito psicológico cuando se padece una enfermedad médica, así mismo, la oportunidad de evaluar los beneficios de las intervenciones realizadas, sería muy enriquecedor que se contemplara este rubro de tal forma de que el estudiante adquiriera habilidades necesarias en metodología de investigación y se desarrollaran investigaciones de calidad que enriquezcan las competencias adquiridas.

## 5. Bibliografía.

- Aguilar, S. (1991). Definición de retroalimentación Biológica y Autorregulación. Boletín de la academia de Retroalimentación Biológica. 1. (1), 15-16.
- Amigo, V.I., Fernández, R.C., y Pérez, A.M., (1998). Manual de la Psicología de la Salud. Madrid, España: Pirámide
- Andresen, G.V., Birch, A. & Johnson, P.A., (1990). The scapegoat effect on food aversion after chemotherapy in the first year after mastectomy. British Medical Journal. 293, 1268-1271.
- Arraras J.L., Arias F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, E., Martínez E. And Valerdi, J. (2002). The EORTC QLQ-C30 (Versión 3.0). Quality of Life Questionnaire: validation study for Spain with head and neck cancer patients. Psycho-Oncology, 11, 249-256.
- Avis, N.E. (1999). Social Support impacts QOL in breast cancer patients. En Henderson C.W. Women's Health Weekly. CW Henderson publisher [www.newsfile.com](http://www.newsfile.com), 06/14/99-06/21/99
- Ballester A.R. (1998). Introducción a la Psicología de la salud. Aspectos conceptuales. Valencia, España: Promolibro.
- Bayes R. (1985). Psicología Oncológica. Barcelona, España: Martínez-Roca
- Beck, A. y Abrahms, E. (1980). Terapia racional emotiva: mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad. México: Editorial Pax.

- Bermúdez Z.M. (2002). Evaluación de la Calidad de Vida en el paciente con cáncer en tratamiento con quimioterapia. Tesis para obtener el grado de Especialidad en Oncología Médica. Centro Médico Nacional 20 de noviembre. Facultad de Medicina UNAM.
- Bishop, G.D. (1994). Health Psychology, integrating mind and body. Allyn and Bacon A division of Simon & Schuster, Inc. National University of Singapore.
- Blasco, T.(1992). Tratamientos psicológicos de la náusea y el vómito inducidos por la quimioterapia en pacientes con cáncer. Revista de Psicología de la Salud. 4 (1), 4-61
- Blasco, T. (1994). La náusea y el vómito asociado a la quimioterapia : una reflexión sobre la investigación básica y aplicada. 61, 51-55
- Blascovich J. & Katkin R. (1995). Cardiovascular Reactivity. To psychological stress & disease. American Psychological Association. U.S.A.: Washintong.
- BoletínCan, Organo informativo del Instituto Nacional de Cancerología de México. Año 2, número 1, Enero-Febrero-Marzo de 2003.
- Buela, C.G., Caballo, V.C. y Sierra, J.C. (1996), Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. España: Siglo veintiún.
- Bulbena, A., Santos, M., González, R.J.L. y González, P.A., (1991). Factores de estrés y ansiedad. Revista de Psiquiatría. Fac. Med. Barna., 18 (7), 295-304
- Calatayud, M.F. (1999). Introducción a la Psicología de la salud. México: Paidós.
- Campbell, D. y Stanley, J. (1982). Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Argentina: Amorrortu.

- Carrobles, J. y Godoy, J. (1987). Biofeedback: Autocontrol de funciones biológicas y trastornos psicósomáticos. Barcelona: Martínez Roca.
- Comité Nacional para el Estudio de la Mortalidad Materna y Perinatal (2000),. México: Secretaría de Salud.
- Conroy T., Bleiberg H. & Glimelus (2003). Quality of life in patients with advancen colorectal cancer, what has bienen learnt?., 39, 287-294
- Costa, M. Y López E., (1986). España: Ediciones Martínez Roca.
- Díaz, R.E. & Jimenez M.M. (1988). Efectos secundario de la quimioterapia revisión del problema y recogida de la toxicidad. En Díaz R.E., Efectos secundario de la quimioterapia antineoplásica. Barcelona, España: Doyma.
- Dominguez, T.(1993). Stress, calidad de vida y salud.. Cd. Universitaria. México, D.F. (69), 3.
- Domínguez, T. (1996). Manejo psicológico no invasivo del dolor crónico y el estrés: de el estudio de la nocicepción a la reestructuración cognoscitiva. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología U.N.A.M.. México.
- Esquinca, R. (1989). Frecuencia de depresión y ansiedad en el embarazo de alto riesgo y en el embarazo normal. Tesis Hospital de la Mujer, U.N.A.M.
- Ellis, A. (1989). Práctica de la terapia racional Emotiva. España: Desdeé de Brodwer.
- Ferrero B.J., Toledo, A. & Barreto M.M.P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con

- cáncer de mama. 27 (1), 87-102.
- Flores, A. (1998). Análisis experimental del impacto psicobiológico de un programa de atención psicológica a maternas con preeclampsia. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- Florez, L. (1997). Evaluación del estrés prenatal en Gestantes con preeclampsia. En Flores A.L.E., (1998). Análisis experimental del impacto psicobiológico de un programa de atención psicológica a maternas con preeclampsia. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- Florez, C.J. (1994). La mujer ante el cáncer de mama: aspectos psicológicos. España: España-EDIKAMED.
- Font, A. (1994). Cáncer y calidad de vida. Anuario de Psicología. 61, 41-61.
- Friedman, R., Stuart, E. y Benson, H. (1993). Hipertensión esencial. Tratamiento no farmacológico. En Cook J. y Frohlich E.D., Hipertensión y enfermedad cardiovascular. Barcelona, España: Salvat Masson.
- Gallar, M. (1998), Promoción de la Salud y apoyo psicológico al paciente, Madrid, España: Paraninfo,
- García,F.(1994). Eclampsia, problema sin solución, análisis clínico y epidemiológico en el hospital de la mujer S.S.A. Tesis Hospital de la mujer, U.N.A.M
- Gus, D. y Baha, S.(2001). Primary, secondary and tertiary prevention of pre-eclampsia. Lancet. 337, 209-216.
- Henderson, C.W. (2000), Quality of life decreases during chemotherapy for breast

- cancer. Women's Health Weekly. CW Henderson publisher [www.newsfile.com](http://www.newsfile.com), Marzo.
- Hernández, S.R., Fernández, C.C. y Baptista, L.P., (1998). Metodología de la investigación. (3ª, Ed.), México: McGraw-Hill.
- Hine, R.F., Carson, C.R., Maddy, C.G., Thompson, G. & William, A., (1983). Introducción of behavioral Science in Medicine. Springer-Verlag New York Corporation.
- Holland, J.C. & Cullen, O.L. (1986). Living with cancer. in the American Cancer Society. Prevention, Detection, Diagnosis, Treatment, Rehabilitation, Cure. Garden City, New York.: Ed. Arthur I. Holleb, M. D. Doubleday & Company.
- Hosfeld, D.K., Sherman, C.D., Love, R.R. & Bosh, F.X. (1992). Manual de Oncología Clínica., (5 ed.), Barcelona: Doyma
- Hughson, A.V.M., Cooper, A.F., Mc Ardle, C.S. & Smith D.C. (1998). Psychological Impact of adjuvant chemotherapy in the first year after mastectomy. British Medical Journal. 293, 1268-1271.
- Irvine, D., Brown, B., Crooks, D., Roberts, J. & Browne G. (1991). Psychosocial adjustment in women with breast cancer . Cancer, 67 : 1097-1117.
- James M. & Hubel A. (1999). Is oxidative stress the link in the two-stage model of pre-eclampsia?. Lancet. 354. 788-790.
- Kaptein, A.A., Vander Plueg, H.M., Garssen, B., Schreuvs, P.J.G. & Beunderman, R. (1990), Behavioral Medicine. Psychological Treatment of somatic disorders. John Wiley & Sons. England.

- Kort F. (1995), Interacción mente – cuerpo. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 27 (3); 497 – 501.
- Lara M., M.C. y Alvear G., M. (1991), La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología. *Salud Mental*, 14 (1): 6-11.
- La Torre, P.J.M. y Beneti, P.J., (1994). *Psicología de la Salud aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Carmen.
- Lazarus A. (1991), *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona España: Martínez Roca.
- León, O.G. y Montero, I., (2000), *Diseño de investigaciones*. (2ª, Ed.). Madrid, España: MacGraw-Hill Interamericana.
- Ley, R. (1989). Disneic-fear and catastrophic cognitions in hyperventilation panic attack. *Behavior Res. Therapy* 27, (5). 549-554.
- Liceaga, A. (1997). *Evaluación psicofisiológica de la técnica de escritura emocional autorreflexiva*. Tesis, Facultad de Psicología U.N.A.M.
- Light, H. y Fenster, C. (1974). Maternal concerns during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 118. 46-50.
- McLachlan S.A., Allenby A., Matthews J., Wirth A., Kissane, Bishop M., Beresherd J. & Zalcberg J. (2001), *Journal of Clinical Oncology*. 19 (21), 4117-4125.
- Mendez, L. y Villegas, E. (1998). *La estandarización del Inventario de Depresión*

de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*. 21 (3). 26-31.

Meyerowitz, B.E., Spears, I.K. & Sparks F.C. (1979). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma, psychosocial implications. *Cancer*, 43 (1), 613-618.

Morales, C.F.(1999), *Introducción a la Psicología de la Salud*. México: Paidós.

Nieves, V. y Vila, J. (1991). Técnicas de relajación. En Buela y Caballo. *Manual de Técnicas de Terapia de Conducta*. Madrid, España: Siglo XXI.

Oblitas, A.C., Becona, I.T. y Valdez, (2000). *Psicología de la Salud*. México: Plaza y Valdes.

Pennebaker J. (1990). *Opening up, the Healing Power of Confiding in others*. New York Morrow. Trad. Y comentarios Domínguez New York: Morrow. Trad. Y comentarios Domínguez T.B. Centro de Servicios Psicológicos. Facultad de Psicología U.N.A.M.

Perez, R. (1994). *Mortalidad materna por eclampsia*. Tesis Hospital de la mujer, U.N.A.M.

Pikoff, H. (1984). A critical review of autogenic training in America; en Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno,

Rivas, R., García F., Pérez R., y Zárate S. (1995), *Protocolo de Toxemia del Hospital de la mujer S.S. Análisis de 190 casos de Eclampsia*. *Rev. Med. Hosp. Mujer*. 1 (5) , 2-19.

Rodríguez, M.J. y Zurriaga, LI, R. (1997), *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada, España: Escuela Andaluza de Salud Pública.

- Romero, E., (1976). Patología General y fisiología. (1, Vol.). Madrid: Alhambra.
- Salvatierra, S. y Borrás, E. (1996). Validez y confiabilidad del cuestionario de Ansiedad cognositiva somática en muestras clinicamente significativas. Tesis.Facultad de Psicología de la UNAM.
- Sánchez, F.(1988).Alto riesgo obstétrico. En Flores A.L.E., (1998). Análisis experimental del impacto psicobiológico de un programa de atención psicológica a maternas con preeclampsia. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
- Schneider, C. (1987). Cost effectiveness of biofeedback and behavioral Medicine Treatments; a review of the literature. Biofeedback and Self – Regulation. 12 (2), 71-91.
- Schultz, J. y Luthe, W. (1959). Autogenic training; en Slaikeu, K. (1996). Intervención en crisis. México: Manual Moderno,
- Sibai, B. (1998). Maternal morbity and mertility in 442 pregnancies with hermolisis Amer. J. Obslet. Gynecol, 169 1000.
- Simon. M.A., (1992). Psicología de la Salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención. Madrid: Pirámide,
- Sjoden, P.O., Olatsdottir, M., & Steinholtz C. (1987). Correlates of anxiety, taste, and other experiences ub chemotherapy cancer patients. Scandinavian Journal of Behavioral Therapy. 16, 59-67.
- Smith, J.(1992). Entrenamiento cognitivo- conductual para la relajación. España: Desclee de Brouwer,

- Spencer, M., Lehman, M.J., Wynings, C. & Arena, P. (1999). Concerns About Breast Cancer and relation to Psychosocial Well-Being. *Health Psychology*, 18, (2), 159-168.
- Spielberger, Ch. y Díaz G. (1975). *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo*. México: Manual Moderno.
- Somers, P., Gervitz, R., Jasin, S. y Chin, H. (1989). The efficacy of biobehavioral and Compliance interventions in te Adjuntive Treatment of mild pregnancy-induced hypertension. *Biofeedback and Self Regulation*. 14 (4), 309-318.
- Stuart, E., Friedman, R. y Benson, H. (1999). *Intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de la hipertensión arterial*. (1ª. Ed.). México: Miguel Angel Porrúa .
- Tapia, C.R., Kuri, M.P., Macias, M.C. y Martínez M., (1999). Mortalidad por cáncer en México. En Meneses G.A. y Mohar B.A. *Principales Neoplasias Malignas en México*. México: Manual Moderno.
- Trill M.D. (1988). Efectos psicológicos del tratamiento con quimioterapia antineoplásica. En Díaz R.E., *Efectos secundarios de la quimioterapia antineoplásica*. Monografías Clínicas en Oncología. Barcelona, España: Doyma.
- Terrass, S.(1994). *Estrés*. Edit. Tutor, España. Tortora, G.(1977). *Principios de anatomía y fisiología*. México: Harla.
- Valderrama, I., Dominguez, T. y Liceaga , A.(1995). Criterios psicofisiológicos del cambio terapéutico de la escritura emocional autorreflexiva. *Memorias*.

Sesión Científica de Investigación Clínica. 14 Aniversario del Centro de Servicios Psicológicos. Dr. Guillermo Dávila. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Vega, F.L. (2000). La salud en el contexto de la nueva salud pública. México: Manual Moderno.

Vicens J. (1995), El valor de la salud, una reflexión sociológica sobre la calidad de vida. España: Siglo Veintiuno.

Voto, L. y Margulies, M.(1997). Hipertensión en el embarazo. Argentina: El Ateneo.

Wall, P.y Melzack, R. (1989). Textbook of PAIN. Edit. Churchill Livingstone, New York.

Watters J.M. (2000). Quality of life during chemotherapy for breast cancer patients. Women's Health Weekly. CW Henderson publisher [www.newsfile.com](http://www.newsfile.com).

Weiss G.R. (1998). Oncología Clínica. México: Manual Moderno.