

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:

MAESTRIA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

JESSICA VILLALPANDO URIBE

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. SANDRA A. ANGUIANO SERRANO

JURADO DE EXAMEN: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

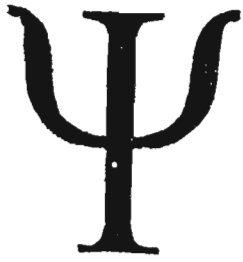
DR. FRANCISCO M. GARCIA RODRIGUEZ

MTRA. BERTHA MOLINA ZEPEDA

MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA

MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

MTRO. SAMUEL JURADO CARDENAS



MEXICO, D. F.

2005

m343636



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.

Gracias...

*A mis padres, por creer en mis sueños
y ser el apoyo fundamental para
alcanzarlos. Con todo mi amor.*

*Daniel, por llegar a mi vida en el
momento preciso y convertirte en el
compañero que siempre me motiva a
crecer.*

*A mis maestros, por su ejemplo y la
oportunidad de aprender de ustedes.*

*Muy en especial a Bertha, Sandra y Leo, por su
paciencia, apoyo incondicional, por las enseñanzas
profesionales pero sobretodo por las personales.*

*A todos mis pacientes, por darme las
lecciones más significativas de la maestría.*

Índice

Introducción	.....	2
Primer reporte	.....	3
Segundo reporte	.....	27
Protocolo de Investigación	Sustento Teórico	69
	Método	108
	Resultados	111
	Discusión y Conclusiones.....	116
Referencias Bibliográficas	.....	120
Anexo 1	Triptico Psicoeducativo sobre VPH.....	.....
Anexo 2	Autoinforme de Relajación.....	.....
Anexo 4	Poster de sala de espera en Oncología .....	.....
Anexo 5	Triptico de Ca Testiculo .....	.....
Anexo 6	Resultados de la investigación sobre concpetualización del cáncer .....	.....
Anexo A	Lista checable sobre efectos secundarios .....	.....
Anexo B	Entrevista Inicial .....	.....
Anexo C	Acetatos para las sesiones de intervención.....	.....
Anexo D	Lista de cambios conductuales para el control de síntomas .....	.....
Anexo E	Recordatorios .....	.....
Anexo F	Entrevista Final .....	.....

INTRODUCCIÓN

El programa de Residencia en Medicina Conductual como parte de la Maestría en Psicología de la UNAM, es un campo relativamente reciente en México, sin embargo, el desarrollo de este tipo de proyectos es lo que permite abrir paso a las nuevas tendencias que se están dando en psicología.

En este caso, la formación tanto teórica como práctica de la residencia permite una formación profesional integral puesto que se tiene la oportunidad de tener contacto con pacientes que tienen una amplia gama de padecimientos; trabajar de manera interdisciplinaria con médicos, trabajadoras sociales, personal de enfermería, administrativo y otros psicólogos; ser supervisado por personal experto en el área y recibir preparación teórica de personal académico con una trayectoria vasta en psicología e investigación. Sirviendo todo lo anterior para demostrar que la Medicina Conductual es una ciencia que puede dar muy buenos resultados en este país que tanto necesita de la aplicación del conocimiento científico para dar solución a problemas de la población tan importantes como los de la salud.

El presente trabajo presenta mi experiencia profesional a lo largo de esta residencia. La primera parte describe las actividades profesionales que llevé a cabo en el Hospital Juárez de México, el primer y segundo año, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia, y en el Servicio de Oncología, respectivamente. En la segunda parte se presenta el protocolo de investigación que se realizó durante el segundo año, una Intervención Cognitivo - Conductual para pacientes que están en Quimioterapia. En la parte final se presentan con números los anexos de las actividades profesionales y con letras, los anexos del protocolo de investigación.

ROTACIÓN DEL PRIMER AÑO HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO

El programa de residencia comprende un curso propedéutico el primer semestre, en la UNAM a través de talleres que nos preparan para el trabajo en hospitales. A partir del segundo semestre se ingresa a los hospitales, donde se llevan a cabo dos rotaciones, cada una con duración de un año y en un solo servicio. En mi caso, ambas rotaciones las llevé a cabo dentro del Hospital Juárez de México, sede que se describe a continuación.

1.1 Características de la Sede

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

1.1.1 Ubicación de la sede

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

1.1.2 Nivel de atención

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

1.1.3 Servicios de la Sede

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

Cuadro 1. Servicios Clínicos del Hospital Juárez

Alergia	Anestesiología	Cardiología	Endoscopia
Cirugía General	Cardiovascular	Maxilofacial	Pediatría
Cirugía Plástica	Endocrinología	Patología	Ginecología
Epidemiología	Gastroenterología	Medicina Física y Rehabilitación	Hematología
Infectología	Medicina Interna	Medicina Nuclear	Neurología Médica
Reumatología	Ortopedia y traumatología	Nefrología	Neonatología
Neumología	Neurocirugía	Urología y Urgencias	Transplante Renal
Nutrición	Ginecología y Obstetricia	Oftalmología	Oncología
Otorrinolaringología	Terapia intensiva	Psicología y Psiquiatría	

1.2 Ubicación del residente de Medicina Conductual en la sede:

En el Hospital Juárez de México, el residente de Medicina Conductual pertenece al Servicio de Psicología, pero a su vez se incorpora a trabajar directamente en algún servicio médico, en el cual se encarga de atender a pacientes que requieran apoyo psicológico durante su proceso de enfermedad (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación). A continuación se describe la ubicación que se tuvo en el primer año de rotación en el hospital.

1.2.1 Servicio al que se encontró adscrito

SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

La División de Ginecología y Obstetricia comprende tres clínicas y tres servicios específicos.

Cuadro 2. División de Ginecología y Obstetricia

Clínicas	Servicios
Clínica de Climaterio	Servicio de Ginecología
Clínica de Colposcopias y Displasias	Servicio de Obstetricia
Clínica de Esterilidad	Servicio de Planificación familiar

El área de consulta externa cuenta con cuatro consultorios y dos unidades de colposcopias, una unidad tocoquirúrgica y una de urgencias ginecológicas, así como dos salas de espera. Aproximadamente se atienden 230 pacientes a la semana.

El área de hospitalización tiene 1 aislado y 7 cubículos con 6 camas cada uno: 3 de alojamiento conjunto y 4 para pacientes con embarazo de alto riesgo, esterilidad, quirúrgicas y postaborto. El promedio estimado de pacientes hospitalizadas es de 80 a 100 a la semana.

1.2.2 Recursos Humanos

1.2.2.1 Médicos: 1 Jefe de División, tres jefes de Servicio y 12 adscritos.

1.2.2.2 Enfermeras: 18 enfermeras, 15 en hospitalización y 3 enfermeras en consulta externa.

1.2.2.3 Residentes: 45 residentes, 8 de primer año, 11 de segundo año, 12 de tercer año y 9 de cuarto año.

1.2.2.4 Estudiantes: 25 estudiantes de la carrera de medicina y 13 médicos internos.

1.2.2.5 Otros: 6 recepcionistas, 2 secretarías, 4 trabajadoras sociales y 2 camilleros.

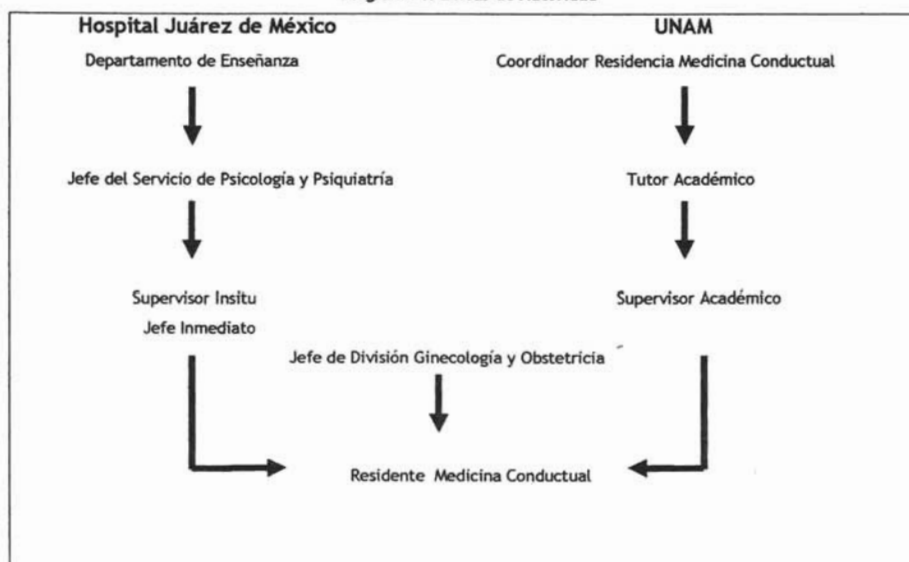
1.2.3 Líneas de Autoridad

El residente en Medicina Conductual, sigue dos líneas de autoridad, una del hospital y otra de la UNAM, las cuales están en comunicación constante pero que por ubicación física tienen funciones diferentes.

Respecto al hospital, el residente está autorizado para trabajar debido a un convenio presentado en el Departamento de Enseñanza del Hospital Juárez, quien a su vez sabe que el Servicio de Psicología y Psiquiatría es responsable de su supervisión, dentro de éste el supervisor in situ, psicólogo adscrito al hospital, es el jefe inmediato. Por otro lado, debido al trabajo directo en algún servicio médico, el jefe de Servicio también representa autoridad para el residente, en este caso el Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia fungía como jefe directo.

Por lo referente a la Universidad, el Coordinador de la Residencia, el Tutor Académico y el supervisor Académico supervisan y apoyan las actividades del residente. Esto se representa mejor por medio del diagrama 1.

Diagrama 1. Líneas de Autoridad



1.2.4 Supervisión in situ:

Mtra. Bertha Molina Zepeda, psicóloga adscrita del Hospital Juárez y Coordinadora de Residentes de Medicina Conductual.

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Al llegar a la sede se contaba con el programa operativo, las dos primeras semanas se emplearon para familiarizarse con el servicio y hacer una detección de necesidades ya que fue el primer año en que ingresaba un residente de Medicina Conductual.

Debido a que en este servicio solamente se pasa visita los miércoles, detecté necesidades a través del censo de pacientes y por medio de entrevistas directas a las pacientes y médicos, a partir de esta información se desarrolló un protocolo de intervención para algunas áreas del servicio, ya que es muy grande y es imposible cubrir todas las necesidades por un solo residente de Medicina Conductual.

2.1 Programas de Intervención específicos desarrollados

La rotación en cada servicio tiene la duración de un año puesto que se busca que la propuesta de intervención lleve un seguimiento de pacientes que permita obtener datos que sustenten la efectividad de ésta.

En este caso durante la detección de necesidades se observó la oportunidad de intervenir en tres áreas: 1) en hospitalización, con pacientes con complicaciones en el embarazo (preclampsia, diabetes, placenta previa, insuficiencia renal, malformaciones del producto), abortos y esterilidad; 2) en la clínica de displasias, con pacientes con Virus de Papiloma Humano (VPH) y sometidas a electrocirugía; 3) pacientes en climaterio.

2.1.1 Fundamentación Teórica

La consideración de los problemas gineco-obstétricos por parte de la Medicina Conductual es muy reciente. Esta consideración se basa generalmente en los tratamientos de estos problemas. Cristina Lerroy de la Universidad Complutense de Madrid (citada en Roa, 1995) hace una revisión interesante al respecto en la que menciona que el papel de esta disciplina puede abarcar desde los trastornos de la menstruación hasta la infertilidad, pasando por las complicaciones en el embarazo y el climaterio.

En cuanto a los *Trastornos del Embarazo*, la autora menciona que el embarazo es un periodo en el que la mujer es especialmente sensible a los cambios físicos que experimenta su

cuerpo, focalizando su atención en ellos, analizándolos, interpretándolos de diversas maneras, de modo que se ha llegado a sugerir que el embarazo es un estado cercano al de hipocondría. En esta etapa se suelen experimentar sentimientos contradictorios acerca de su embarazo, ansiedad y miedos por el desarrollo del feto y las posibles complicaciones durante la gestación y el parto: preocupación por su falta de movilidad y habilidad física, e incluso desagrado por su imagen física. Todo esto provoca la elevación casi permanente del nivel de estrés de la madre, lo que puede favorecer la aparición de determinados trastornos en el embarazo.

Dentro de estos trastornos se tiene muy frecuentemente la hipertensión (que puede aparecer sola o en la preclampsia), la cual es una enfermedad delicada durante el embarazo, ya que aumenta la probabilidad de pérdida fetal y de fallecimiento materno. La intervención en este caso consiste en entrenar a la madre para que aprenda a manejar su estrés (a través de reestructuración cognoscitiva, relajación y autoregistros). Otros trastornos tales como la diabetes y complicaciones como placenta previa, producen ansiedad, la cual se trata de manera muy similar a lo ya descrito.

Respecto al *aborto y muerte fetal* se menciona que son sucesos que producen un proceso de duelo que en ocasiones se dificulta ya sea por la incapacidad para expresar emociones o por las circunstancias en las que se da el suceso mismo. Así mismo, en ocasiones se requiere llevar a cabo estudios en repetidas ocasiones (p. ej. amniocentesis) para conocer el estado del feto y determinar el procedimiento a utilizar. El papel del psicólogo en este caso es facilitar la expresión de emociones para favorecer la elaboración del duelo, y por otro lado, la reducción de ansiedad y depresión ante las intervenciones médicas.

En cuanto a *la menopausia* (entendida como el cese de la menstruación) y el climaterio (fase alrededor de ésta), se toma como base que no es un hecho universal, sino un suceso muy marcado por la cultura, ya que existen culturas en las que se ve como signo de liberación y descanso. Sin embargo, nuestra cultura da un significado de la feminidad, sexualidad y se da mayor peso a los síntomas físicos que se pueden presentar por el decremento hormonal, tales como: inestabilidad vascular (sudoración y bochornos), resequedad vaginal y osteoporosis. Para un gran número de mujeres el padecer estos síntomas junto con otros cambios de la vida que por lo común se dan en esta etapa: partida de los hijos, retiro laboral, envejecimiento de la pareja; las lleva a experimentar más frecuentemente síntomas depresivos y de ansiedad que otras mujeres en otras etapas de la vida. Este fenómeno es interesante para el profesional de la Medicina Conductual.

Así mismo, la *adherencia a la terapéutica a las medidas preventivas de cáncer* sobre todo en el caso de una displasia, es un aspecto importantísimo a tratar por la Medicina Conductual, ya

que de esta manera se pueden prevenir enfermedades con un alto costo económico y emocional para las pacientes.

Esta descripción se puede sustentar con los siguientes trabajos, en los que se comenta la intervención en Medicina Conductual en diversos aspectos de la gineco-obstetricia.

Prevención y detección oportuna de cáncer cervicouterino y de mama

En esta rama hay investigaciones (Meissner et al. 1998; Yabroff y Mandelblatt, 2000; Burish, 2000; Crock, 2002 y Zapka et al., 2003) que tocan aspectos tales como la importancia y efectividad de intervenciones cognitivo conductuales para incrementar la adherencia a la terapéutica médica en mujeres que tienen resultados anormales en colposcopia y citología cervical. Los elementos comunes en estas intervenciones son establecimiento de metas, cambio en estilo de vida, recordatorios, consejería y psicoeducación.

Otras investigaciones (Lindberg y Wellisch, 2001; Luecken y Compas, 2002) hablan de la efectividad de intervenciones cognitivo conductuales para disminuir y controlar la ansiedad y estrés que producen las técnicas diagnósticas de cáncer cervicouterino y de mama, así como un diagnóstico temprano de estos padecimientos.

Muerte Neonatal y Obitos

Respecto a este tema hay trabajos que investigan las reacciones psicológicas de los padres ante los acontecimientos (Stinson et al. 1992) y se proponen algunas técnicas conductuales para el comienzo del proceso de duelo (Lundqvist, 1998), así como la evolución en la expresión de depresión y ansiedad resultado de estos acontecimientos (Vance, et al. 1995). Estos estudios tienen como propósito describir las características cognitivas y conductuales que se observan durante la muerte neonatal y obitos, para que se desarrollen intervenciones enfocadas a tratar esos síntomas.

Menopausia y Síndrome Climatérico

Berek et al. (1996) sugieren que los cambios biológicos que suceden durante la perimenopausia y posmenopausia, traen consigo o se dan a la par de una serie de cambios en la vida de la mujer, en cuanto a relaciones con los hijos, estado matrimonial y cese del rol laboral. Los autores indican que no se ha demostrado que los factores biológicos sean la causa de cambios en el humor o la conducta de las mujeres tales como depresión o ansiedad. Sin embargo si se reconoce la concurrencia de estos fenómenos durante esta etapa del desarrollo de la mujer, por lo cual se menciona que es necesaria la intervención psicológica.

Por lo anterior surge la inquietud de intervenir en el servicio de Ginecología, puesto que es un área en la que se tiene la oportunidad de estar en contacto con la población en riesgo de enfermedades tales como el cáncer cervicouterino o de mama, así como en el área de hospitalización a la que llegan un gran porcentaje de pacientes con embarazos de alto riesgo en las que es necesario intervenir con cambios de estilo de vida y manejo de estrés. En el área de climaterio se observan altos índices de depresión, así como déficit de información y creencias que interfieren con una buena adherencia a la terapéutica.

Es importante mencionar que para el desarrollo de estos programas de intervención, se tomaron en cuenta los criterios de la Norma Oficial Mexicana para: la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio; la prevención, control y tratamiento del cáncer; y para la prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y posmenopausia (SSA, 1994).

2.1.2 Objetivos

1. Brindar atención psicológica en hospitalización, clínica de colposcopias y displasias, y clínica de climaterio.
2. Reducir niveles de ansiedad y estrés en hospitalización ante los siguientes acontecimientos: obitos, muerte neonatal, malformaciones fetales; complicaciones en el embarazo: preclampsia, eclampsia, diabetes, hepatitis, lupus, VIH; pre y post cirugía: histerectomía y esterilidad.
3. Llevar a cabo un proceso de Psicoeducación con pacientes que padecen diabetes, serán sometidas a histerectomía o son diagnosticadas con Virus de Papiloma Humano.
4. Justificar la presencia de residentes en Medicina Conductual dentro de la sede.
5. Implementar programas que demuestren la efectividad de la intervención del área de Medicina Conductual:
 - a) Manejo de ansiedad y estrés previo a la electrocirugía en la Clínica de Colposcopias y Displasias.
 - b) Grupo de depresión para pacientes de la Clínica de Climaterio

2.1.3 Método

- Manejo de ansiedad y estrés antes y durante la práctica de electrocirugía. Psicoeducación sobre el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Objetivo:

Que las pacientes que serán sometidas a cirugía logren controlar sus niveles de ansiedad y estrés antes y durante la práctica de este procedimiento. Despejar dudas cuando la causa de la displasia es el VPH por medio de un tríptico informativo (Anexo 1) que se reparte a todas las pacientes en la clínica de displasias.

Metas:

Reducir la ansiedad y estrés que se manifiesta en tensión y movimiento corporal durante la electrocirugía.

Justificación de la intervención:

Hay investigaciones que demuestran que el mayor temor de las mujeres a llevar un tratamiento preventivo de cáncer, es a la incomodidad y dolor que puedan sentir con las pruebas diagnósticas para este tipo de padecimientos, y ello implica la principal fuente de ansiedad en el momento de llevarlas a cabo (Lindberg y Wellisch, 2001).

Existen estudios que demuestran la efectividad de la psicoeducación en este tipo de intervenciones para evitar la reincidencia de displasias y los beneficios que pueden traer en su calidad de vida (Swanson, Dibble y Chapman, 1999; Saltmarsh, 2001).

Procedimiento:

- 1) Explicar a las pacientes la necesidad de estar relajadas para facilitar el procedimiento, enfatizando que no es doloroso ni complicado.
- 2) Resolver dudas sobre el tríptico que han leído o sobre el procedimiento y los cuidados posteriores.
- 3) Aplicación de las medidas de ansiedad y tensión en la sala de espera.
- 4) Enseñar y practicar la técnica de respiración diafragmática.
- 5) Enseñar y practicar la técnica de relajación muscular progresiva.
- 6) Acompañamiento y generalización de la relajación durante la cirugía.

Ventajas:

- Facilitar la realización de electrocirugía.
- Disminuir la reincidencia de pacientes.

Medidas:

- Autoinforme de Relajación (Anexo 2)

Diseño de Investigación:

Cuasiexperimental pre - post tratamiento.

Se evaluó el cambio aplicando el cuestionario antes y después del tratamiento para demostrar una reducción de síntomas. La prueba estadística utilizada es la prueba de Wilcoxon, con un nivel de significancia de 0.05 (Siegel, 1970).

- **Tratamiento Grupal sobre depresión en mujeres, aplicando el paquete de intervención denominado: *¿Es difícil ser mujer?* (Lara, Acevedo, y Luna, 2001)**

Objetivo:

Que las pacientes de consulta externa en peri o posmenopausia conozcan lo que es la depresión y sus causas, además de que identifiquen si la padecen y qué factores la están causando.

Meta:

Adquirir conocimientos sobre la depresión y sus causas

Disminuir los índices de depresión

Justificación de la intervención:

Debido a los cambios de vida que experimentan las mujeres en esta etapa (Berek et al. 1996) se considera importante una intervención respecto al tema con este tipo de pacientes.

Intervención:

El programa *¿Es difícil ser mujer?* está validado en el Instituto Nacional de Psiquiatría desde 1995, éste consiste en seis sesiones de ocho a quince pacientes cada una. Utiliza la Terapia Racional Emotiva de Ellis adaptando los conceptos a un nivel socioeconómico bajo.

Los antecedentes de esta propuesta son la serie de trabajos sobre salud mental femenina, realizados por más de quince años en el Instituto Nacional de Psiquiatría. En especial, se toman como base un estudio con mujeres que trabajaban fuera del hogar, posteriormente una investigación sobre estereotipos de género y salud mental, que llevan a cabo las mismas autoras en el año de 1991. En esta investigación cuya población era un grupo de enfermeras y un grupo de amas de casa, se observa una alta frecuencia de padecimiento de sintomatología depresiva y una baja frecuencia en la solicitud de ayuda profesional. Además se observa la petición de información al respecto por parte de estas mujeres.

Así surge la idea de diseñar el material del curso *¿Es difícil se mujer?*, el cual se validó con población de tres Centros Comunitarios de Salud Mental y de un centro de salud de la SSA. En los resultados que se encuentran en esta investigación, se observa una disminución significativa no sólo en los síntomas de depresión, sino también en los de ansiedad y somáticos, así como una mejoría en la autoestima. La mayoría de las participantes informó que la intervención tuvo “alguna” o “una gran” influencia en su vida y en sus problemas. Es importante mencionar que nunca se había aplicado a mujeres en climaterio.

Los temas que aborda el taller son:

- 1) ¿Qué es la depresión?

- 2) ¿Por qué nos deprimimos?
- 3) Historia de vida
- 4) Acontecimientos de vida
- 5) Condición social de la mujer
- 6) ¿Qué hacer?
- 7) ¿A dónde ir?

Procedimiento:

- 1) Se formaron grupos con las pacientes de la clínica de climaterio del servicio de Ginecología del hospital.
- 2) Se hizo una sesión pre y post evaluación
- 3) Se siguió la metodología de la guía didáctica del tratamiento.

Ventajas:

- Incrementar la adherencia a la terapéutica en pacientes que acuden a la clínica de climaterio del servicio de ginecología del HJM.

Medidas:

Instrumento de Tamizaje de Trastornos Afectivos (Berwick, et al., 1991)

Inventario de depresión de Beck (op. cit.)

Número de problemas percibidos por las pacientes.

Diseño de Investigación:

Cuasiexperimental n=1 replicativo.

2.1.3.1 Recursos Utilizados

Los inventarios y cuestionarios fueron reproducidos personalmente.

El tríptico de VPH fue elaborado personalmente y reproducido en la imprenta del hospital con apoyo de mi supervisora insitu.

La guía didáctica y libro del taller *¿Es Difícil ser Mujer?* fue adquirido personalmente en el Instituto Nacional de Psiquiatría, así como también los libros proporcionados a las pacientes, a las cuales se les dio a un precio especial, y podían pagarlos en una o varias sesiones.

El material del taller fue elaborado personalmente y los costos fueron cubiertos personalmente.

2.1.4. Resultados

Hospitalización

En el área de hospitalización se llevó a cabo tanto intervención en crisis como terapia de apoyo. En la siguiente tabla se muestra el número de pacientes que se atendió para cada una de la diferentes problemáticas.

Cuadro 3. Pacientes atendidas en el Área de Hospitalización

TIPO DE PROBLEMA	NO. DE PACIENTES	PROMEDIO DE SESIONES DE SEGUIMIENTO	PROMEDIO DE SESIONES DE INTERVENCIÓN EN CRISIS
PRECLAMPSIA / ECLAMPSIA	31	5	1
DIABETES	23	8	
OBITOS, MUERTE NEONATAL, ABORTOS Y MALFORMACIONES	77	5	1 - 3
PLACENTA PREVIA Y RPM	31	10	1
LUPUS, HEPATITIS, VIH Y EPILEPSIA	9	8	1-2
DEHISCENCIA DE HERIDA QUIRURGICA	7	5 - 10	1-2
PRE Y POST HISTERECTOMIA/ SALPINGOOFERECTOMIA	64	4	
CIRUGIA POR ESTERILIDAD	13	5	1-2

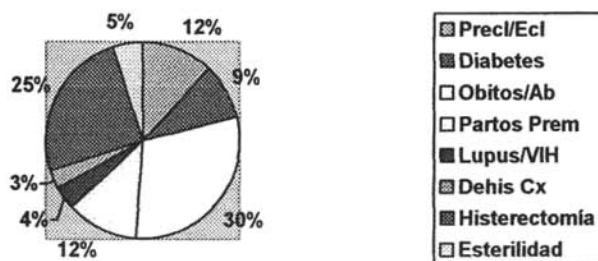
Total de pacientes: 255

Total de sesiones de intervención en crisis: 266

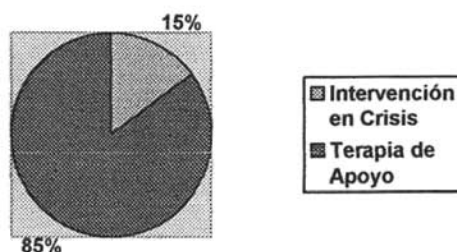
Total de sesiones de seguimiento: 1483

La distribución de las pacientes de acuerdo al tipo de padecimiento se muestran en la gráfica 1. Así como la distribución del tipo de intervención que se observa en la gráfica 2.

Gráfica 1. Distribución de Padecimientos Médicos en Pacientes Hospitalizadas



Gráfica 2. Distribución del tipo de Intervención psicológica en pacientes hospitalizadas

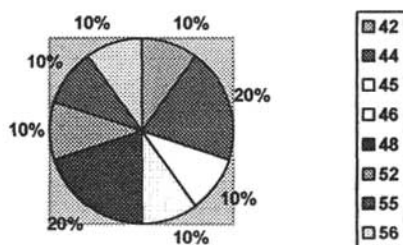


Clínica de Climaterio

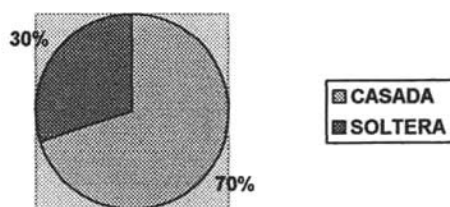
Para el tratamiento de depresión en mujeres se formaron dos grupos de 12 personas cada uno, sin embargo en el primero solo se presentaron 7 y finalizaron 4. En el segundo se presentaron 8 y terminaron 6.

En las siguientes gráficas se muestran la distribución de las características demográficas de las participantes. En la gráfica 3 se observa que la edad fue de 42 a 56 años, con una media de 48 años. En la gráfica 4, se muestra la distribución del estado civil, siendo la mayoría casadas. En la gráfica 5, se observa el número de hijos. En la gráfica 7, la ocupación de las participantes, estando la mayoría dedicadas al hogar. En la gráfica 8 se observa el nivel de escolaridad, observando que la mayoría tiene un nivel de primaria.

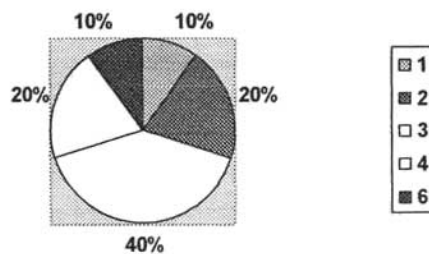
Gráfica 3. Edad de las participantes del taller de depresión en climaterio.



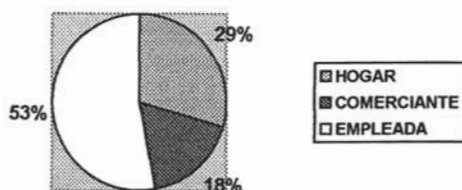
Gráfica 4. Estado Civil de las participantes del taller de depresión en climaterio



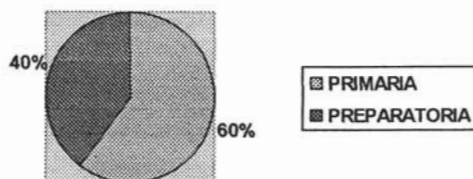
Gráfica 5. Número de hijos de las participantes del taller de depresión en climaterio



Gráfica 6. Ocupación de las participantes del taller de depresión en climaterio



Gráfica 7. Escolaridad de las participantes del taller de depresión en climaterio



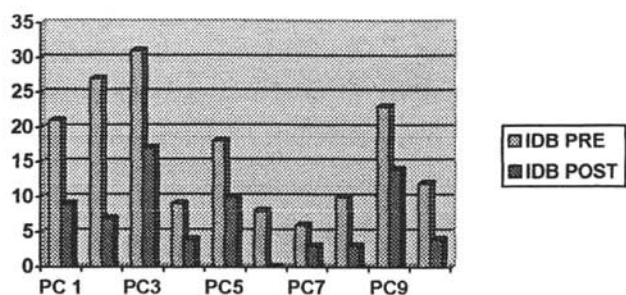
A continuación se muestra la comparación de los niveles de depresión pre y post tratamiento (Índice de Depresión de Beck) y la significancia estadística ($p=0.05$) de esta diferencia, usando la prueba de Wilcoxon.

Cuadro4. Comparación Índice de Depresión de Beck, pre y pos tratamiento.

Paciente	IDB Pre	IDB Post	Signo IDB Post - IDB Pre
1	21	9	-
2	27	7	-
3	31	17	-
4	9	4	-
5	18	10	-
6	8	0	-
7	6	3	-
8	10	3	-
9	23	14	-
10	12	4	-

Z= -2.810 p=0.005

Grafica 8. Niveles de depresión según el IDB pre y post taller de depresión en climaterio



En el cuadro 4 se observa que las diez pacientes presentaron una disminución significativa de los niveles de depresión pre y post tratamiento. Una paciente bajó el nivel de depresión *severa* a *moderada*, dos de ellas de *moderada* a *mínima*, dos de *moderada* a *leve*, dos de *leve* a *mínima*, dos se mantuvieron en *mínima*, una bajó de *mínima* a *nula*.

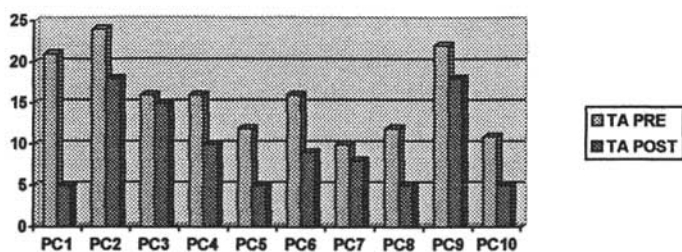
En el siguiente cuadro se muestran las puntuaciones para una prueba de tamizaje de Trastornos Afectivos (Berwick et al. 1991) que está incluida en la entrevista estructurada contenida en la guía didáctica del tratamiento. La comparación también se llevó a cabo con la prueba de Wilcoxon con un nivel de significancia $p=0.05$.

Cuadro5. Comparación Índice de Trastornos Afectivos pre y post tratamiento.

Paciente	Trastornos Afectivos Pre	Trastornos Afectivos Post	Signo Post - Pre
1	21	5	-
2	24	18	-
3	16	15	-
4	16	10	-
5	12	5	-
6	16	9	-
7	10	8	-
8	12	5	-
9	22	18	-
10	11	5	-

Z= -2.818 p=0.005

Gráfica 9. Trastornos afectivos pre y post taller de depresión en climaterio



Se puede observar que en los diez casos las pacientes disminuyeron los índices de trastornos afectivos después del tratamiento y que esta diferencia es significativa. La prueba de tamizaje considera una puntuación mayor a 17 como indicador de un tratamiento individual o interdisciplinario para este tipo de trastornos. Solamente una paciente presenta este indicador y fue canalizada a tratamiento individual.

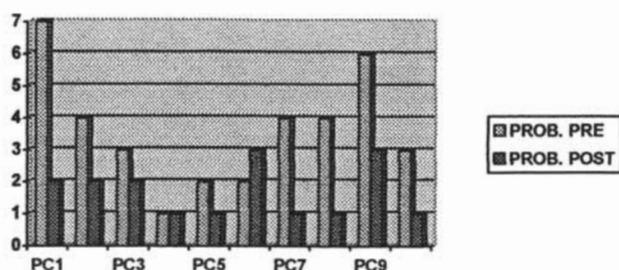
Por último, en el cuadro 6 se observa la comparación del número de problemas que las pacientes percibían en su vida antes y después del tratamiento. La comparación se hizo con la prueba de Wilcoxon con un nivel de significancia $p=0.05$.

Cuadro6. Comparación Número de Problemas Pre y Post tratamiento

Paciente	Pre	Post	Signo IDB Post - IDB Pre
1	7	2	-
2	4	2	-
3	3	2	-
4	1	1	=
5	2	1	-
6	2	3	+
7	4	1	-
8	4	1	-
9	6	3	-
10	3	1	-

Z= -2.448 p=0.014

Gráfica 10. Número de problemas percibidos pre y post taller de depresión en climaterio



En este caso se observa que en ocho de las diez pacientes hubo una disminución estadísticamente significativa en el número de problemas que percibían antes y después del tratamiento. Una paciente percibía el mismo número de problemas y solamente una percibió un número mayor de problemas.

Con esto se puede ver que se lograron resultados significativos con el tratamiento grupal de depresión en mujeres. La deserción se puede explicar por la falta de costumbre sobre este tipo de tratamientos que requieren una inversión en tiempo y cierto desgaste emocional en el proceso.

Colposcopias y Displasias

En el cuadro 7 se resumen los resultados de la intervención previa a la electrocirugía. La medición fue por medio de un autoinforme de relajación en USR (Unidades Subjetivas de Relajación) con una escala de: 1 - *Profundamente relajado* a 10 - *Muy tenso*. La diferencia estadística pre y post intervención se llevó por medio de la prueba de Wilcoxon y de Signos ($p=0.05$). El número de pacientes con las que se trabajó en total fue 140, atendiendo en promedio, a la semana 6 pacientes.

Cuadro 7. Resultados de la intervención psicoeducación - relajación en Colposcopias y Displasias.

USR Pre - tratamiento	USR Post - tratamiento	Wilcoxon
X=5.52 DS=2.45	X=2.23 DS=1.48	z=-9.945 p= .000

De las 140 pacientes, 130 tuvieron un índice menor de USR en el post tratamiento. Ninguna de las pacientes tuvo USR mayores en el post tratamiento. Solamente 10 pacientes tuvieron un índice igual de USR pre y post tratamiento. Esta diferencia fue significativa con la prueba estadística de Wilcoxon.

2.2 Actividades Académicas dentro de la sede

El programa de residencia además de comprender actividades relativas a la práctica clínica asistiendo pacientes, también comprende actividades académicas tanto en el servicio de psicología como en el servicio médico en el que se lleve a cabo la rotación. Estas actividades son sesiones de supervisión y discusión de casos y temas teóricos relativos al servicio.

A continuación se indican las actividades del primer año.

2.2.1 Descripción de las actividades académicas

Todos los miércoles de 9:00 a 10:00 a.m. acudí a las sesiones generales de Ginecología, el primer semestre recibimos exposición de temas ginecológicos y el segundo semestre se hacían revisión de artículos de investigación.

Así mismo, los miércoles de 10:00 a 11:00 acudí a las sesiones de Psicología, en las que se revisaron casos clínicos con apoyo bibliográfico. Durante el año participé dos veces exponiendo un caso clínico fundamentando el diagnóstico y recibiendo retroalimentación sobre la estrategia de intervención.

Los martes acudí de 10:00 a 11:00 y de 12:00 a 13:00 hrs. a supervisión clínica con mi supervisora in situ. En esta supervisión se recibió retroalimentación sobre el diagnóstico y la estrategia terapéutica desde el marco de la terapia cognitivo - conductual.

2.2.2 Evaluación de las actividades académicas

Considero que las actividades académicas fueron de gran apoyo para la práctica dentro del hospital. Las sesiones médicas me ayudaron a conocer la problemática de las pacientes de acuerdo a los diferentes padecimientos. Sin embargo, considero que se deben de incluir temas de medicina conductual para difundir la disciplina en el hospital y para que los médicos comprendan mejor nuestra labor.

Respecto a las sesiones psicológicas fueron de gran ayuda puesto que la supervisión es básica en nuestra formación, tomando en consideración que nuestra experiencia al entrar en el hospital es mínima. La supervisión in situ fue bastante enriquecedora ya que amplió mi conocimiento y perspectiva sobre la terapia cognitivo - conductual.

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

A lo largo del año se llevaron a cabo otras actividades profesionales, algunas de índole asistencial no programadas, y otras de índole más general como presentaciones de pláticas y evaluaciones a personal de nuevo ingreso. Estas actividades también se llevaron a cabo bajo supervisión, lo que permite tener un mayor crecimiento personal al acercarnos a las distintas actividades que se pueden hacer dentro de un hospital.

2.3.1 Descripción de las actividades

Se tuvo seguimiento de cuatro pacientes en psicoterapia individual, dos por depresión dentro del grupo de climaterio y dos referidas por el personal médico debido a trastorno de adaptación posterior a muerte neonatal.

Se atiende a una paciente en psicoterapia individual por el diagnóstico de anorexia nerviosa en conjunto con los servicios de Biología de la Reproducción Humana y Psiquiatría.

Se atendieron a tres pacientes de pediatría durante las vacaciones de mi compañero, a dos de ellas les apliqué la evaluación psicológica por intento de suicidio y el otro paciente se atendió por baja adherencia a la terapéutica.

Se dio una serie de pláticas al personal de enfermería de hospitalización, que fueron programadas por la jefa de enfermeras dentro del programa de capacitación 2003.

Se llevó a cabo la evaluación psicológica (aplicación y calificación de pruebas psicométricas) en el proceso de selección de residentes de nuevo ingreso.

Fui invitada a dar una plática sobre Autoestima en la Vejez y Calidad de Vida en julio de 2003, en el curso "Enfermería Geriátrica" que tuvo lugar en el aula magna del hospital. Así mismo se impartió la plática "Sexualidad y Menopausia. Apoyo Psicológico" en febrero de 2004, la cual formó parte del curso "Tópicos en Medicina y Cirugía Reproductiva" organizado por la XXXVI Asamblea Nacional de Cirujanos que tuvo lugar en el aula magna del hospital.

2.4 Asistencia a eventos académicos

Durante este año asistí al curso de capacitación para impartir el taller “Es Difícil ser Mujer” en el Instituto Nacional de Psiquiatría, se llevó a cabo en tres sesiones en mayo.

En el mes de octubre asistí al Congreso Mexicano de Psicología con el cartel “Construcción de un Cuestionario de Medidas Preventivas de Cáncer Femenino” presentando los resultados de la aplicación del instrumento en pacientes de la clínica de displasias.

2.4.1 Competencias profesionales alcanzadas con esta actividad

Aprendí el método para aplicar el taller *¿Es Difícil ser Mujer?* y conocí las bases científicas (descritas en el método) en las que está sustentado, además de que comprobé su efectividad al aplicarlo en el hospital.

Difusión de la Medicina Conductual con otros profesionistas así como conocer lo que se está haciendo respecto al área de la salud en el país.

3. EVALUACIÓN

3.1 De los programas específicos desarrollados en la subsede

Estos programas me permitieron conocer las diferentes problemáticas que enfrentan las pacientes ginecológicas de acuerdo a la amplia diversidad de padecimientos que se dan dentro del área. Sobre todo en hospitalización tuve la oportunidad de tener contacto con esta diversidad de padecimientos por lo que la intervención por parte de Medicina Conductual no se limitó a intervenciones en crisis, sino también a psicoeducación y manejo de estrés, ansiedad y depresión.

Estar en contacto con las pacientes de la clínica de climaterio me permitió reconocer la necesidad de desarrollar programas específicos para su problemática sobre todo en el área de psicoeducación. Con la experiencia que tuve puedo sugerir una continuación y el desarrollo de nuevos talleres para estas pacientes.

En displasias se tiene la oportunidad de manejar la parte preventiva y la psicoeducación a pacientes con reciente o probable diagnóstico de cáncer. Por otro lado, el manejo de

ansiedad y estrés previo a la cirugía fue un buen apoyo tanto para pacientes como para los médicos en este procedimiento.

3.2 De la subsele

Aun cuando el servicio de Ginecología ofrece un amplio rango de padecimientos en los cuales puede intervenir el residente de Medicina Conductual, la falta de conocimiento del personal médico al respecto y la poca disposición para informarse ocasionaron desinterés y escaso apoyo al momento de poner en marcha los proyectos desarrollados; incluso se quedó pendiente un programa prequirúrgico para las pacientes que serán sometidas a histerectomía, el cual no se llevó a cabo por esta misma razón.

Por otro lado, respecto al hospital, considero que es una sede que permite que programas universitarios de esta índole puedan llevarse a cabo en el país. En este caso, gracias al servicio de psicología y a las políticas de la dirección de investigación y enseñanza, se pudo compensar el escaso apoyo de mi servicio y logré concretar el protocolo propuesto.

3.3 Del Sistema de Supervisión

En este apartado se hace un comentario general sobre el sistema de supervisión remarcando sobre todo el beneficio recibido como residente, ya que para una formación clínica es fundamental contar con la supervisión tanto en la práctica asistencial como en la labor de investigación debido a que la intervención psicológica efectiva requiere una constante guía y retroalimentación por parte de expertos. Ambos aspectos están cubiertos por la residencia, lo cual permite desarrollar mayor rango de competencias profesionales.

Así mismo, la apertura por parte de los supervisores para recibir nuestras sugerencias ha permitido ir mejorando año con año el programa de la residencia en medicina conductual.

3.3.1 Del supervisor insitu

Considero que la supervisión insitu fue excelente, ya que se contaba con la disponibilidad de la supervisora a lo que se le suma la fortuna de coincidir con el marco teórico que seguimos en la maestría, con lo cual se pudo extender el conocimiento teórico y aun más valioso el escaso conocimiento práctico con el que llegamos, puesto que la supervisora cuenta con la preparación académica y práctica necesaria para poder llevar a cabo este papel. Cabe mencionar que este apoyo se recibió tanto intra como extracurricular, lo cual ayudó a tener gran avance y enriquecer mi primera experiencia en hospitales.

La única sugerencia que haría al respecto, es que tal vez se podría establecer un plan más estructurado de actividades a supervisar tanto teórica como prácticamente, con el fin de que todos los residentes lo perciban como parte de la formación, participen y se logre un enriquecimiento mayor al conocer de manera más amplia cómo interviene un psicólogo en diversas áreas de la salud. De esta manera se compensaría el déficit que llega a haber por dedicarse solamente a uno o dos servicios en toda la maestría.

3.3.2 Del supervisor académico

La labor del supervisor académico también fue excelente, ya que su participación se enfocaba a supervisar la investigación aplicada que tenemos que desarrollar en el programa, así como a ser el enlace permanente entre la universidad y el hospital.

Me parece que el contar con un programa estructurado de fechas y tiempos de supervisión ayuda mucho al residente a obtener buenos resultados, pues gracias a este obtenemos información y apoyo muy valioso, sin embargo, en ocasiones es difícil poderlo hacer por el mismo ritmo de actividades y las demandas de nuestros servicios. Tal vez si esto estuviera estructurado de tal manera que fuera conocido por cada jefe de servicio, se respetaría como una actividad de igual importancia que las demás, ya que es fundamental tener la presencia y respaldo de la universidad de una manera constante.

Como experiencia personal, recibí gran apoyo para desarrollar mi protocolo de intervención este año, recibiendo tanto apoyo bibliográfico como supervisión directa al proyecto. Considero que esto se puede enriquecer más si el supervisor se convirtiera en un observador participante al momento de poner en práctica los protocolos, lo cual solo se puede llevar a cabo contando con más de un supervisor académico por sede, ya que para uno solo resultaría imposible una actividad de este tipo.

3.4 De las actividades profesionales realizadas

Las actividades fueron muy enriquecedoras para mi experiencia profesional, ya que el enfrentarse a los escenarios reales es la única manera de aprender completamente un conocimiento teórico. En especial, el escenario hospitalario da la oportunidad de enfrentarse con un gran número de pacientes con muy diversas necesidades que es lo que te lleva a desarrollar estrategias muy diferentes de acuerdo a cada problemática.

Así mismo, el trabajar con otros profesionales me llevó a encontrar la forma de contribuir a abrirle camino a una ciencia tan reciente como lo es la psicología, pues solo a base de esfuerzo y resultados es como se puede llegar a un verdadero trabajo interdisciplinario.

3.5 Competencias profesionales alcanzadas

Durante este año alcancé las siguientes habilidades:

- Diseño de programas para necesidades específicas en el área de salud
- Intervención en Crisis
- Diagnóstico y tratamiento para problemas de ansiedad, estrés y depresión en procesos de hospitalización
- Diagnóstico y tratamiento para problemas de depresión relacionados con padecimientos físicos tales como el climaterio
- Diseño y aplicación de estrategias de psicoeducación
- Diseño y aplicación de estrategias de solución de problemas
- Manejo de ansiedad prequirúrgica
- Elaboración de notas clínicas hospitalarias, manejo de expediente clínico
- Diseño y utilización de instrumentos de medición
- Evaluación de los programas de intervención diseñados
- Reporte y análisis de casos clínicos
- Aplicación de la Terapia Racional Emotivo Conductual a través del entrenamiento clínico que recibí por parte de la supervisora in situ.

4. Conclusiones y Sugerencias

En general este primer año de Residencia fue muy enriquecedor aun cuando se recibió un escaso apoyo del servicio al que estuve asignada. Sin embargo, la propia experiencia con los pacientes es suficiente para lograr grandes avances en mi formación clínica, contando para ello con la supervisión in situ y académica.

De manera general, mis sugerencias son las siguientes:

- Estructurar el sistema de supervisión académica para no dejar de lado la parte teórica que considero nos podría ayudar a anclar las valiosas experiencias con los pacientes. Para lo cual sería más sencillo si se estructura un programa oficial similar al de los talleres que recibimos en el primer semestre de la maestría.
- Mayor comunicación supervisor insitu - supervisor académico - residente, con el fin de conjuntar intereses y lograr continuar con intervenciones que se han llevado a cabo en años anteriores.

- Resaltar la labor del psicólogo dentro del ámbito hospitalario, tal vez organizando actividades tales como coloquios donde se de a conocer cual es el papel de la Medicina Conductual.

Por lo demás me parece haber sido muy afortunada al llegar a una sede que cuenta con personas abiertas y comprometidas con nuestra formación, considerando que con los pocos años que lleva la maestría ya se ha logrado un gran avance.

ROTACIÓN DEL SEGUNDO AÑO HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Durante el segundo año tuve la oportunidad de permanecer en la misma sede, sin embargo, conforme el programa de la residencia lo indica, la rotación fue dentro de un servicio médico diferente, esta vez el servicio de Oncología. A continuación se describe nuevamente la sede de manera general y de manera particular el servicio de Oncología.

1.3 Características de la Sede

La ubicación, el nivel de atención y los servicios de la sede se describieron en el reporte del primer año de rotación en este hospital (ver pg. 4).

1.4 Ubicación del residente de Medicina Conductual en la sede

Durante este segundo año la ubicación siguió siendo el servicio de Psicología en primera instancia, y el servicio médico en esta ocasión fue Oncología. Dentro de este servicio estuvimos cuatro residentes de Medicina Conductual, y el programa de trabajo general ya tenía antecedentes, por lo que se llevó a cabo una continuidad.

1.4.2 Servicio al que se encontró adscrito

SERVICIO DE ONCOLOGÍA

El servicio de Oncología cuenta con cuatro clínicas específicas (ver cuadro 9) y dos áreas de tratamiento, para cada una de ellas se brinda, tanto consulta externa como hospitalización.

Cuadro 9. Clínicas del Servicio de Oncología

Clínicas	Áreas de Tratamiento
Tumores Mixtos	Radioterapia
Cabeza y Cuello	
Mama	Oncología Médica (Quimioterapia)
Ginecología	

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

En el área de hospitalización se tienen 6 salas asignadas al servicio de oncología, con 6 camas cada una de éstas. Los pacientes se hospitalizan generalmente por tres razones:

administración de quimioterapia, cirugía y tratamiento paliativo (manejo de dolor). El promedio semanal aproximado de pacientes hospitalizados es de 50.

1.2.2 Recursos humanos:

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

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

1.2.2.3 **Residentes:** 11 residentes médicos: cinco residentes de tercer año, tres de segundo y tres de primer año. Cuatro residentes de Medicina Conductual.

1.2.2.4 **Estudiantes:** Cada mes rotan por el servicio residentes de Cirugía General, Cirugía de Tórax y Ginecología.

1.2.2.4 **Otros:** Tres técnicos de radioterapia, dos trabajadoras sociales, dos recepcionistas, dos secretarías y dos camilleros.

1.4.3 Líneas de autoridad

Las líneas de autoridad que se siguieron en el segundo año fueron las mismas que en el primero, teniendo en este caso como uno de los jefes directos al Jefe de Servicio de Oncología del hospital.

Diagrama 2. Líneas de Autoridad



1.4.4 Supervisión in situ:

Mtra. Bertha Molina Zepeda, psicóloga adscrita del Hospital Juárez y coordinadora de Residentes de Medicina Conductual.

2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Al llegar al servicio se nos proporcionó un programa operativo en el que se explicaba la división del servicio y los padecimientos más frecuentes en cada una de las cuatro clínicas. Las dos primeras semanas tuvieron como objetivo conocer el servicio y familiarizarnos con cada una de las áreas que lo conforman.

A partir de la tercera semana nos organizamos para rotar tres meses en cada una de las cuatro clínicas, con lo cual tuve la oportunidad de atender pacientes con todo tipo de cáncer y de diversos niveles socioeconómicos y diferentes edades.

Mi rotación por las clínicas se llevó de la siguiente manera:

Cuadro 10. Rotación por las clínicas de oncología en el año.

Marzo - Abril - Mayo	Tumores Mixtos
Junio - Julio - Agosto.	Cabeza y Cuello
Septiembre - Octubre - Noviembre	Mama
Diciembre - Enero - Febrero	Ginecología

Todo el año se pasaba visita a los pacientes diariamente con el personal médico, trabajadora social y secretaria. En ese momento se detectaban necesidades de atención psicológica a los pacientes del servicio por el que estuviera rotando.

Después de la visita se asignaba la primera parte de la mañana a permanecer en consulta externa, el primer mes dentro del consultorio junto con el médico detectando pacientes que requerían apoyo psicológico. A partir del segundo mes permanecíamos en el cubículo asignado a psicología, y nos referían los pacientes.

A partir de las 12:00 del día subía a hospitalización para atender a los pacientes que se hubieran detectado en la visita.

Diariamente elaboraba notas clínicas en las que reflejaba la problemática del paciente y el plan de tratamiento, así como la evolución que iban teniendo durante la terapia. Estas notas se anexaban al expediente médico.

2.1 Programas de intervención específicos desarrollados

La intervención durante este año consistió en dos partes: la atención a todos los pacientes que eran referidos o solicitaban apoyo psicológico en cualquier etapa de la enfermedad y el diseño y aplicación de un protocolo de intervención breve para pacientes que están en quimioterapia. A continuación se explica de manera detallada la primera parte de la intervención, mientras que lo referente al protocolo se describe en la segunda parte del informe.

2.1.1 Fundamentación Teórica

El término *cáncer* proviene de *carcinus* (cangrejo), que Hipócrates utilizó para designar los procesos neoplásicos (como el de mama) que, a simple vista, se presentan como formaciones dotadas de prolongaciones o patas que, al igual que un cangrejo, hacen presa en los tejidos que invaden.

Un proceso neoplásico es una mutación celular en la que la célula no puede dejar de reproducirse hasta formar un tumor, el cual puede dañar órganos vitales ya sea en el sitio donde se desarrolla o a distancia. Etimológicamente *neoplasia* significa nueva formación.

Amigo et al., en 1998 mencionan que al hablar de cáncer se hace referencia a 200 tipos de enfermedades distintas que presentan diferencias fundamentales en su etiología, localización, sintomatología e, incluso, en su pronóstico.

Las causas del cáncer pueden ser tanto hereditarias como ambientales, teniendo un origen genético siempre. Un 70% de los factores de riesgo que favorecen o desencadenan la aparición de cáncer, o bien están ligados al estilo de vida de las personas y a su comportamiento, o bien se debe a causas ambientales, dentro de los que están: factores físicos (rayos UV), factores químicos (sustancias: alcohol, tabaco) y factores biológicos (virus, bacterias).

En general, la carcinogénesis o formación de cáncer es un proceso silencioso del cual la persona no nota inicialmente síntoma alguno (con excepción del cáncer de piel que es externo). Esto hace que en la mayoría de los casos se pase inadvertido hasta que se encuentra en una fase avanzada.

Sin embargo, el cáncer puede advertir de su presencia a través de una serie de síntomas inespecíficos, entre los que destacan: fatiga, debilidad, pérdida de peso, pérdida del apetito y fiebre.

Dentro del tratamiento médico oncológico se encuentran tres tipos de intervención: la *cirugía*, que tiene como objeto la extirpación del tumor, cuando el cáncer está muy localizado y no es muy extenso. La *radioterapia*, que consiste en la aplicación sobre el tejido tumoral de radiaciones ionizantes de onda corta, ya que dichas radiaciones provocan importantes alteraciones en el ADN. La *quimioterapia* que consiste en el uso de sustancias químicas llamadas citostáticos que actúan contra la mitosis celular y que, por lo tanto, detienen la reproducción de las células cancerígenas. El problema de este tratamiento es que también afecta a las células normales, lo que conlleva a la aparición de efectos secundarios como la alopecia, anemia y plaquetas bajas en la sangre.

Para muchos pacientes el padecer cáncer y los tratamientos tan complicados que esto implica, se vuelve una situación incontrolable, ya que, en muchos casos sigue su progresión a pesar de los tratamientos médicos. Los pensamientos y emociones que esto produce son variados y no es sencillo modificarlos, por lo tanto se requiere de intervenciones psicológicas específicas para diversos tipos de problemática.

Un factor fundamental a tratar en los pacientes con cáncer es el distrés que produce el padecimiento en sí, los tratamientos invasivos y todos los cambios de vida que trae consigo la enfermedad.

La intervención psicológica es necesaria entonces desde la etapa de diagnóstico hasta la fase terminal. Hay diversas modalidades de intervención psicológica: intervención en crisis, educación para la salud, terapia de apoyo y psicoterapia. Cuando la intervención se enfoca en problemas de salud, se llevan a cabo las tres primeras modalidades. Haciendo referencia a Belar et al. (1996), a continuación se describe brevemente cada una de ellas.

- o En la intervención en crisis se persiguen básicamente tres objetivos:
 - a) Revertir el distrés psicológico presente del paciente (ansiedad, confusión, desesperanza).
 - b) Regresar el nivel de funcionamiento anterior.
 - c) Enseñar acciones personales y recursos comunitarios útiles.

Estos objetivos se cumplen al lograr que el paciente identifique sus pensamientos, emociones y conductas; ayudándolo a permanecer centrado en el foco del problema explorando explicaciones y soluciones alternativas; enfatizando las fortalezas del

paciente al enfrentar sucesos de vida previos; promoviendo recursos adicionales; y dotando de información y consejo apropiado

- o La terapia de apoyo

Es un tipo de intervención terapéutica dirigida a disminuir el distrés psicológico del paciente. Es un modelo de tratamiento a corto plazo que se enfoca en ayudar al paciente y su familia a enfrentar exitosamente situaciones amenazantes.

En el área de salud se logra fomentando la participación activa en las decisiones médicas, estableciendo una buena relación médico-paciente, y asegurándose que los niveles de ansiedad y depresión del paciente son normales.

- o Educación para la Salud

Proveer información al paciente sobre su padecimiento y tratamiento es un ingrediente fundamental para lograr la adherencia terapéutica. Depende del grado de ansiedad del paciente y consiste en proporcionar información sobre los procedimientos y las sensaciones de un tratamiento.

Las modalidades clínicas de la psicología se llevan a cabo con los pacientes oncológicos, de la siguiente forma: la intervención en crisis se lleva cuando un paciente es recién diagnosticado y comienza tratamiento, o bien, cuando tiene una recaída o entra a fase terminal. La terapia de apoyo tiene como propósito facilitar al paciente el entendimiento de la enfermedad o el control de sus pensamientos y emociones para que lleve a cabo un tratamiento complejo. Mientras que la psicoterapia se desarrolla en un periodo más largo y se enfoca a un cambio de filosofía del paciente, razón por la cual no se lleva a cabo con este tipo de pacientes, o al menos no dentro del corto periodo de la residencia.

Si bien es cierto que existen diversos enfoques en la psicología clínica, el cognitivo - conductual cuenta con un buen sustento científico, pues diversos trabajos prueban su efectividad respecto a varios temas relacionados con los pacientes oncológicos como son: las necesidades de los pacientes hospitalizados (Tamburini et al. 2003); las necesidades y formas efectivas de comunicación en pacientes recién diagnosticados (Mills y Sullivan, 1999) las necesidades de los pacientes en otras etapas del cáncer (Leydon et al. 2000); las reacciones en pacientes jóvenes con cáncer (Young et al. 2003); el manejo de la depresión y ansiedad en pacientes con cáncer de mama (Montazeri et al. 2000); terapia de apoyo basada en los principios de la autoeficacia de Bandura en pacientes oncológicos (Lev y Owen, 2001); así como intervenciones en la calidad de vida y sexualidad de pacientes con cáncer (Stead et al. 2001; Eifel et al. 2004).

Tomando en cuenta esta fundamentación teórica, se llevó a cabo una intervención psicológica en sus tres vertientes: crisis, terapia de apoyo y psicoterapia en pacientes tanto hospitalizados como de consulta externa de las cuatro clínicas del servicio: tumores mixtos, cabeza y cuello, mama y ginecología. Esta intervención se distribuyó entre las cuatro residentes de Medicina Conductual, a continuación se describe la parte que me correspondió.

2.1.2 Objetivos

1. Proporcionar atención a los pacientes de las cuatro clínicas (tumores mixtos, cabeza y cuello, mama y ginecología) de tres maneras:
 - Intervención en Crisis
 - Terapia de Apoyo
 - Educación para la salud (Psicoeducación)
2. Elaboración y desarrollo de material Psicoeducativo para la clínica de Tumores Mixtos
3. Elaboración y desarrollo de un programa estructurado para proporcionar terapia de apoyo a pacientes que inician quimioterapia (Ver Proyecto de Investigación).

2.1.3 Método

Intervención en Crisis y Terapia de Apoyo a Pacientes Oncológicos

Objetivo:

Que los pacientes oncológicos logren manejar la ansiedad y depresión para una mejor comprensión de su enfermedad y una buena adherencia al tratamiento.

Justificación:

Diversos autores (Schmale, 1978; Holland y Rowland, 1989; Amigo et al., 1998; Baum y Andersen, 2002) hablan de la necesidad de dar una intervención psicológica a los pacientes oncológicos en todo el proceso de la enfermedad, desde el diagnóstico hasta el control, curación o fase terminal. La importancia radica en que un buen control de los efectos emocionales de padecer la enfermedad y estar sometido a los tratamientos, repercute en una buena adherencia a la terapéutica y un incremento en la calidad de vida.

Intervención:

- Intervención en Crisis:

Intervención de 30 a 45 min. (de 1 a 3 sesiones) en la que se lleva a cabo:

- Contención Emocional
- Psicoeducación
- Relajación

Se puede aplicar uno solo o todos estos elementos.

- Terapia de Apoyo:

Intervención de 30 a 45 min. semanales de 1 a 3 meses, en la que se lleva a cabo:

- Psicoeducación
- Contención Emocional
- Manejo de ansiedad: técnicas cognitivas, entrenamiento en relajación y otras técnicas conductuales.
- Manejo cognitivo conductual de la depresión: reestructuración cognoscitiva y técnicas conductuales.
- Entrenamiento en Asertividad
- Autocontrol

Procedimiento en consulta externa:

- 1) Para brindar una mejor atención a los pacientes, las residentes de medicina conductual acordaron con la supervisora in situ un plan de trabajo en el que se propuso al personal médico que refirieran a los pacientes de consulta externa que requirieran apoyo psicológico, a diferencia de años anteriores en los cuales los residentes de medicina conductual permanecían toda la mañana en el consultorio médico detectando pacientes.

Para lograr esto se llevó a cabo una sesión de información, con el médico responsable; en la cual se expuso lo que es la Medicina Conductual, la intervención del psicólogo en el proceso de enfermedad del cáncer y nuestro plan de trabajo.

Se colocaron en el consultorio listas de características de pacientes que requieren apoyo psicológico y se diseñó un póster informativo para los pacientes que se colocó en la sala de espera y en los pasillos de la unidad de oncología (Ver Anexo 3).

- 2) Cuando un paciente era referido por el personal médico y de enfermería, se le pasaba en ese momento al cubículo de psicología de la unidad de oncología, y era en este momento donde se realizaba una intervención en crisis o entrevista inicial.
- 3) Se citaba al paciente a citas subsecuentes donde, según las necesidades del paciente, se llevaban a cabo otras sesiones de intervención en crisis o bien, historia clínica, evaluación, y sesiones de terapia de apoyo.
- 4) En ocasiones la distancia del hospital a la casa, el horario de trabajo y los recursos económicos no permitían a los pacientes acudir a consulta psicológica, así que se atendía a los pacientes los mismos días que acudían a consulta médica o a tratamiento.
- 5) Se daba de alta al paciente cuando se observaba una disminución favorable de los síntomas que le permitiera tener funcionalidad y controlar su enfermedad a través de cambio de estilos de vida y adherencia a su tratamiento oncológico.

Procedimiento en hospitalización:

- 1) Durante la visita médica se detectaban o eran referidos por el personal médico, aquellos pacientes y familiares que requirieran apoyo psicológico.
- 2) Al terminar el horario de consulta externa, o a primera hora si lo requería algún caso, se atendían los pacientes hospitalizados brindando tanto intervención en crisis como terapia de apoyo tanto al paciente como al familiar.
- 3) Se concluía la intervención cuando se observaba una disminución de síntomas (ansiedad, depresión) que permitía al paciente ser funcional durante la estancia hospitalaria.
- 4) Si se observaba que el paciente requiriera continuar con el apoyo psicológico, y era dado de alta en hospitalización, se le daba cita para consulta terapia en consulta externa.

Mediciones:

- 1) Inventario de Ansiedad de Beck
- 2) Autoinforme de relajación
- 3) Escala Visual Análoga de Dolor
- 4) Inventario de Depresión de Beck (op. cit.)
- 5) Autorregistro de pensamientos y emociones
- 6) Datos cualitativos de bienestar subjetivo, calidad de vida y adherencia a la terapéutica.

Diseño de Investigación:

Cuasiexperimental n=1 replicativo

Variables:

VI - Intervención Psicológica

VD - Síntomas emocionales (ansiedad, depresión) y conductuales (tensión muscular, asistencia a tratamiento médico, alimentación, náusea y vómito)

Desarrollo de Material Psicoeducativo para la clínica de Tumores Mixtos:

Objetivo:

Contar con material específico para brindar una psicoeducación efectiva en los pacientes de tumores mixtos, entre los cuales existe una amplia variedad de padecimientos.

Justificación:

En la fase de diagnóstico e inicio de tratamiento oncológico, los pacientes tienen la necesidad de ir conociendo información sobre su enfermedad y de qué maneras puede ser tratada, así como entender por qué se les ofrece cierto tratamiento diferente a otros pacientes. Esta información en ocasiones es brindada por el médico en un momento en el que el paciente está sumamente ansioso y es en sesiones posteriores durante la terapia de apoyo psicológica cuando lo asimila mejor o lo pregunta al psicólogo, por lo tanto es importante contar con material adecuado para este proceso.

En la clínica de tumores mixtos no existen programas enfocados a la psicoeducación del tipo de padecimientos que se dan, por lo tanto se considera importante desarrollar folletos sobre los padecimientos más frecuentes. Debido a que la rotación en la clínica es breve, y a la carga de trabajo, en mi caso seleccioné un padecimiento: cáncer de testículo y elaboré el folleto correspondiente (Anexo 4).

Intervención:

Se propone que este material sea utilizado durante la terapia de apoyo o cuando la crisis esté controlada para comenzar el proceso de psicoeducación.

Procedimiento:

- 1) Durante la rotación en la clínica de tumores mixtos se observaron cuáles eran los padecimientos más frecuentes y se seleccioné uno de ellos.

- 2) Se llevó a cabo una revisión bibliográfica sobre lo qué es el cáncer de testículo, así como de los diversos tratamientos que se dan dependiendo de la etapa clínica del paciente.
- 3) Se elaboró el folleto y se dio a revisar al jefe de la clínica de tumores mixtos, al jefe de servicio de oncología y a la supervisora in situ.
- 4) Se corrigió de acuerdo a las observaciones de los expertos.
- 5) Se hicieron copias de la versión corregida para dar a los pacientes.
- 6) No se tuvo la oportunidad de usar personalmente con los pacientes porque la rotación en el servicio solo duró tres meses.

Intervención Cognitivo - Conductual para pacientes que están en Quimioterapia.

Esta fue la segunda parte de la intervención que se llevó a cabo en el servicio. En la parte final del informe, se describe detalladamente la fundamentación teórica, el método del protocolo, los resultados obtenidos y las conclusiones.

2.1.3.1 Procedimiento

Anteriormente se describió el procedimiento que se siguió en la intervención en crisis y la terapia de apoyo tanto en consulta externa como en hospitalización del servicio de Oncología.

2.1.3.2 Recursos Utilizados

Los carteles de difusión los reprodujo la UNAM por medio de nuestro supervisor académico. Los manuales de psicoeducación editados por la UNAM también los proporcionó el supervisor académico.

El material utilizado durante las sesiones de intervención se elaboró y reprodujo por mi cuenta, así como también los folletos psicoeducativos

2.1.4 Resultados

Durante mi primera rotación, que fue en la clínica de tumores mixtos el primer trimestre del año, atendí a 90 pacientes con una edad de 17 a 84 años, siendo la media de edad 65 años. Se brindaron en total 310 sesiones de intervención, de las cuales 23 fueron sesiones de intervención en crisis, 235 fueron sesiones de terapia de apoyo con los pacientes y 57 sesiones con los familiares. A continuación, en el cuadro 11 se muestra la distribución que hubo en cada uno de los meses.

Cuadro 11. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en la clínica de Tumores Mixtos.

Pacientes Atendidos	Consulta Externa		Hospitalización		Sesiones Intervención en Crisis	Sesiones Terapia de Apoyo	Sesiones con Familiar
	1ª Vez	Sub	1ª Vez	Sub.			
89	50	14	39	39	23	230	57
					Total Sesiones	310	

En la segunda rotación que llevé a cabo en la clínica de Cabeza y Cuello durante el segundo trimestre del año, atendí a un total de 44 pacientes con una edad de 24 a 89 años, siendo la media de edad 51 años. Se tuvieron en total 164 sesiones, de las cuales 11 fueron intervención en crisis, 134 fueron terapia de apoyo y 18 sesiones con familiares. A continuación, en el cuadro 12 se resumen estos resultados.

Cuadro 12. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en la clínica de Cabeza y Cuello.

Pacientes Atendidos	Consulta Externa		Hospitalización		Sesiones Intervención en Crisis	Sesiones Terapia de Apoyo	Sesiones con Familiar
	1ª Vez	Sub	1ª Vez	Sub.			
43	6	22	37	29	11	130	17
					Total Sesiones	158	

En la tercera rotación dentro de la clínica de Mama, atendí un total de 58 pacientes con una edad de 27 a 72 años, siendo la media de 50 años. El total de sesiones de intervención en crisis fue de 25. El total de sesiones de terapia de apoyo fue de 143. Mientras que el total de sesiones con familiares fue de 29. Teniendo en total 197 sesiones de intervención. Estos resultados se resumen en el cuadro 13.

Cuadro 13. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en la clínica de Mama.

Pacientes Atendidos	Consulta Externa		Hospitalización		Sesiones Intervención en Crisis	Sesiones Terapia de Apoyo	Sesiones con Familiar
	1ª Vez	Sub	1ª Vez	Sub.			
58	28	39	30	39	25	143	29
					Total Sesiones	197	

En la cuarta rotación dentro de la clínica de Oncoginecología, atendí un total de 18 pacientes con una edad de 21 a 68 años, siendo la media de 37 años. El total de sesiones de intervención en crisis fue de 3. El total de sesiones de terapia de apoyo fue de 50. Mientras que el total de sesiones con familiares fue de 9. Teniendo en total 62 sesiones de intervención. Estos resultados se resumen en el cuadro 14.

Cuadro 14. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en la clínica de Ginecología.

Pacientes Atendidos	Consulta Externa		Hospitalización		Sesiones Intervención en Crisis	Sesiones Terapia de Apoyo	Sesiones con Familiar
	1ª Vez	Sub	1ª Vez	Sub.			
18	6	6	12	9	3	50	9
					Total Sesiones	62	

En el cuadro 15 se muestra un concentrado del total de pacientes atendidos en el servicio de oncología. Se puede apreciar que en total se atendieron 208 pacientes. De los cuales, 90 fueron de consulta externa y 118 de hospitalización. En cuanto a las sesiones de intervención en crisis el total fue de 62, las sesiones de terapia de apoyo en total fueron 553, mientras que el total de sesiones a familiar fue de 112; en suma, se llevaron a cabo un total de 727 sesiones de intervención psicológica en el servicio de oncología.

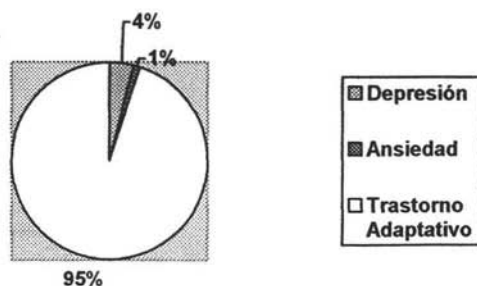
Cuadro 15. Pacientes atendidos y sesiones de intervención en el servicio de Oncología.

Pacientes Atendidos	Consulta Externa		Hospitalización		Sesiones Intervención en Crisis	Sesiones Terapia de Apoyo	Sesiones con Familiar
	1ª Vez	Sub	1ª Vez	Sub.			
208	90	81	118	116	62	553	112
					Total Sesiones	727	

De todos estos pacientes, se les dio seguimiento completo, es decir, desde que llegaron a la unidad de oncología hasta su recuperación o fallecimiento, a 11 pacientes, los cuales tenían diferente diagnóstico y tratamiento.

En las siguientes gráficas se muestra la distribución de pacientes atendidos en el servicio de oncología, según el sexo (gráfica 11), la clínica (gráfica 12), el padecimiento oncológico (gráfica 13) y el padecimiento psicológico (gráfica 14).

Gráfica 14. Padecimiento psicológico de los pacientes atendidos en el servicio de oncología



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

Durante este año de rotación en el servicio de oncología, considero que alcancé las siguientes competencias profesionales:

- Detección de necesidades de apoyo psicológico a pacientes oncológicos en cada una de las fases de la enfermedad.
- Habilidades para intervenir en situaciones en crisis que presentan los pacientes oncológicos: al momento de recibir el diagnóstico y ante una recaída.
- Habilidades para llevar a cabo una entrevista efectiva en la que obtienen datos suficientes y relevantes para dar un diagnóstico acertado al paciente.
- Integración de datos sobre el estado mental e historia de vida del paciente para la elaboración de una historia clínica completa.
- Aplicación de instrumentos válidos y confiables para llevar a cabo una evaluación efectiva del paciente oncológico en cuanto a: niveles de depresión, ansiedad, trastornos afectivos y percepción del dolor.
- Planeación y ejecución estrategias de intervención cognitivo - conductuales en terapia de apoyo para pacientes oncológicos, de acuerdo a las características y fase de su padecimiento particular, lo cual comprende:

- Diseño de material psicoeducativo para pacientes oncológicos.
 - Psicoeducación
 - Reestructuración cognitiva por medio de:
 - o Debate empírico
 - o Debate funcional
 - o Debate filosófico
 - Manejo cognitivo de la depresión
 - Manejo cognitivo de la ansiedad
 - Manejo conductual de la ansiedad: entrenamiento en relajación
 - Técnicas de autocontrol
 - Solución de problemas
- Manejo de expediente y elaboración de notas clínicas de primera vez, de revisión y subsecuentes.
 - Impartición de clases sobre Terapia Racional Emotivo Conductual a los residentes de primer año de la maestría.

2.1.6 Evaluación de los programas de intervención desarrollados

Se considera que tanto la intervención en crisis como la terapia de apoyo fueron efectivas ya que en cada uno de los casos se observaba una disminución en la sintomatología que se presentaba, algunos de ellos se documentaron con la aplicación de las pruebas e inventarios anteriormente mencionados, en otros casos, los pacientes reportaban tener mejoría y tenían una buena adherencia a su tratamiento médico.

En cuanto al material Psicoeducativo fue aprobado tanto por el jefe de la clínica de tumores mixtos y el jefe de servicio de oncología, se aplicó a algunos pacientes que opinaron que es entendible y útil para esclarecer algunas de sus dudas. Sin embargo, se requiere tener una aplicación a mayor número de pacientes para probar su efectividad.

Respecto al protocolo que se siguió en pacientes que estaban en quimioterapia, se observaron buenos resultados tanto cuantitativos como cualitativos, los cuales se discuten en la parte final del reporte en la sección de Protocolo de investigación.

2.1.7 Documentación de Caso

Como complemento a los resultados, se presenta el siguiente caso, que ilustra el trabajo que se hizo con los pacientes que se presentan en los cuadros 11, 12, 13 y 14. En este caso es un paciente de la clínica de tumores mixtos, al cual se le dio seguimiento desde el primer

momento en que llegó al hospital y a lo largo de todo su tratamiento. A continuación se describen los antecedentes, la estrategia terapéutica y el trabajo por sesiones.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: R

Edad: 26 años

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 20 de noviembre de 1977.

Estado civil: Casado

No. de Hijos: Tres (7, 4 y 1 años)

Escolaridad: Bachillerato

Ocupación: Payaso

Religión: Católica

Diagnóstico médico: Ca Colon.

II. MOTIVO DE CONSULTA

El paciente fue hospitalizado en el servicio de oncología en el mes de marzo con el diagnóstico de cáncer de colon. Se le ofrece apoyo al detectar durante la visita médica que ha estado inquieto y al entrevistarle refiere sentirse muy nervioso. Se trabaja con él durante toda la hospitalización, ofreciendo continuar apoyo posteriormente.

El paciente solicita apoyo en consulta externa hasta junio ya que refiere tener muchos problemas con su esposa por todos los cambios que ha traído el tratamiento, se siente “desesperado” y le gustaría llevar una terapia psicológica.

III. IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente masculino de edad aparente a la cronológica, de estatura alta, complexión delgada y tez morena, acude en condiciones adecuadas de higiene y aliño, puntual a sus citas. Durante las sesiones se muestra dispuesto y cooperador, contestando ampliamente a las preguntas del entrevistador. Se muestra ansioso (con ojos humedecidos y movimiento estereotipado de manos) al hablar de cuestiones emocionales respecto a su enfermedad.

IV. ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA

R es originario de Texcoco, Edo. de México, es el mayor de cuatro hermanos, una hermana de 25 años con retraso mental y dos hermanos de 13 y 14 años, este último muy agresivo. Sus padres están casados desde hace 28 años, el padre es aluminero y vidriero y lo describe como una persona muy “mentirosa” y que no se lleva bien con nadie de la familia, recuerda que siempre hubo pleitos con su madre, ella se dedica al hogar y la describe como una persona muy tranquila.

R comenta que desde que él era muy pequeño recuerda que su padre ha tenido actitudes indiferentes hacia sus hijos. Cuando el paciente tenía tres años sufrió un atropello, golpeándose la cabeza, lo que le trajo un dolor en hemicuerpo, sin embargo, su padre no le dio mayor importancia y no buscaron atención médica. Así mismo, a su hermana al no aceptarla en la escuela por su problema de retraso mental, no se le dio atención especial y solamente se sujetó a tenerla en su casa. En lo económico su padre no los descuidaba, cubría sus necesidades y les daba algunos lujos tales como paseos.

En la infancia vive un suceso importante ya que al tener 7 años, meten a la cárcel a sus padres debido a que compraron un terreno del hermano de su padre, pues al faltarles una pequeña cantidad para terminar de pagarlo, aparecen dos dueños más y son demandados por la esposa de su tío. Entonces sus tíos maternos se hacen cargo de R y sus hermanos, el paciente refiere que estos tíos son muy buenos con ellos, los tratan muy bien y mantiene muy buena relación con sus hijas de entonces 8 y 6 años. En la escuela era buen estudiante, pero tímido y cuando otros niños lo molestaban era “dejado”, no sabía como defenderse, entonces sus primas lo defendían siempre. Desde los 9 años empezó a trabajar para ayudar a sus tíos, vendiendo chicles en los camiones por las tardes. Poco tiempo después vienen unos primos de Monterrey y le enseñan a trabajar de payaso, también en los camiones.

Cuando estaba en sexto de primaria, ganan sus padres el terreno y salen de la cárcel. Entonces recuerda que su padre además de la indiferencia que siempre le caracterizó, se volvió irresponsable puesto que les dejó de dar dinero para la escuela, útiles, uniformes, no hubo más paseos, aun cuando le siguió yendo muy bien en el negocio y tenía trabajos por su cuenta. Ingres a la secundaria, sigue teniendo buenas calificaciones, pero al sufrir de nuevo abusos de algunos compañeros y observarlo sus primos, le enseñan como defenderse y para finales del primer año se vuelve un niño muy agresivo, contestando con golpes a los abusos de sus compañeros.

En esa época sufre una golpiza muy fuerte por parte de su papá, donde termina “bañado en sangre” (sic. paciente), debido a que acude a una fiesta y llega media hora tarde. Entonces lo corre de la casa, teniendo 13 años, busca trabajo y se mete a Kimberly de cargador, donde se la pasa viajando durante 1 año. Después su padre lo busca y regresa a casa, ingresa a una Telesecundaria, donde son pocos alumnos y él desempeña el papel del líder, le tenían respeto por ser agresivo y andar con la muchacha más popular de la escuela.

Al concluir la secundaria se cambian de domicilio a Valle de Chalco, donde ingresa al Conalep, trabajando por las mañanas de payaso y por las tardes estudiaba. En primer semestre, a los 16 años, se hace novio de su actual esposa, con quien se casa a los 18 años cuando aun no concluían el bachillerato, debido a un embarazo no planeado.

El paciente menciona que estaban muy enamorados y que se casaron porque lo deseaban, no sólo por el embarazo, pero que desde entonces tuvieron poco apoyo de la familia de ambos, ya que los veían muy jóvenes y tenían poco dinero para mantenerse.

Describe a su matrimonio como bonito, pero menciona que ha habido dos separaciones, La primera fue antes de que naciera su primer hijo, ya que discutieron por tener poco tiempo para verse debido al trabajo de ambos, discuten fuerte y ambos se golpean. Pero solo se separan durante cuatro días. La segunda fue cuando ya había nacido su hijo, pues no les alcanzaba el dinero y ella se va a vivir con su papá. El padre de R se enoja con él y lo golpea y obliga a que vaya por ella. Desde entonces no se han vuelto a separar, aunque últimamente han tenido muchas discusiones.

R menciona que algunos fines de semana toma alcohol cuando está con sus primos, en especial con uno de ellos que es con quien mejor se lleva y que también es payaso. En mayo de 2003 al estar con él, le ofrece cocaína para bajar los efectos del alcohol. Dice que accede por curiosidad e ingiere tres líneas. Esto lo vuelve a hacer en tres ocasiones más antes de que los síntomas de su enfermedad comiencen. En enero de 2004 prueba la marihuana pero la consume solamente en tres ocasiones porque no le agrada la sensación en la garganta. Niega seguir consumiendo o haber consumido en mayor cantidad o frecuencia, así como consecuencias desagradables por este consumo.

V. HISTORIA MEDICO PSIQUIATRICA

A excepción del golpe que sufre en la cabeza a los tres años, cuyas secuelas desaparecieron, no reporta padecer enfermedades en la infancia y adolescencia.

En diciembre de 2003 sufre una infección urinaria muy fuerte, por lo que acude al médico, quien le cambia la dieta y le manda unos análisis para descartar una apendicitis. En enero de 2004 sigue la dieta pero no lleva a cabo los análisis, en este mes es cuando consume la marihuana tres veces en una semana. En febrero rompe la dieta, y al estar dando un show le sube la temperatura, que perdura hasta el siguiente día, cuando tiene un aspecto pálido, y comienza a vomitar un líquido verdoso.

Lo llevan de emergencia al hospital de Chalco, donde lo operan del apéndice pero le encuentran una perforación del intestino de 13 cm. por la presencia de un tumor. Lo dan de alta pero regresa a la semana porque se le abre la herida, es entonces cuando le dicen en ese hospital que tiene cáncer y le informan a su esposa que está en fase terminal.

Durante este tiempo no recibe apoyo de sus padres, solamente de su esposa, su primo y sus tíos maternos. Es entonces cuando el tío materno quien es taxista del sitio que está en el hospital, lo trae al HJM y lo comienzan a atender.

A finales de marzo le practican una colostomía, dándolo de alta 20 días después, para iniciar 25 radiaciones y 6 ciclos de quimioterapia. Actualmente ha concluido con las radiaciones, va a comenzar el 2º. ciclo de quimioterapia, y en enero lo van a reconectar, ya que los médicos le han dicho que el cáncer está controlado.

VI. PADECIMIENTO ACTUAL

R menciona que en ocasiones se siente “desesperado” desde mayo que comienza el tratamiento, ya que debido a que tiene que acudir diario a las radiaciones y tiene puesto un catéter para la quimioterapia ya no puede trabajar entre semana en la calle. Solamente trabaja los fines de semana haciendo shows en fiestas. Esto trajo consigo un cambio de roles, ya que ahora su esposa tiene que trabajar como empleada doméstica y los fines de semana en un puesto de pozole de su prima. Ahora él es quien aporta la menor cantidad de dinero en su casa y además los gastos de su tratamiento son muchos. Su esposa se enoja y le dice que ya está cansada.

El se siente triste y desesperado porque se percibe como inútil, le dan ganas de quitarse el catéter, de que lo operen en este momento, para regresar a su trabajo y aportar como antes. Refiere que se siente muy irritable, y que en la calle es agresivo con la gente por cualquier cosa, les grita por cualquier cosa aún vestido de payaso. Esta agresividad también la tiene en su casa cuando discute con su esposa, dice que le grita mucho, aunque niega haberla golpeado. Muestra desgano al hacer los shows, dice que los hace por hacer, pero que no lo disfruta como antes. También se siente triste porque no puede convivir con sus amistades como antes (bebiendo alcohol) y que prefiere entonces no verlos.

Debido a que tiene mucho tiempo disponible visita más seguido a sus padres, cosa que enoja mucho a su esposa porque ellos no lo apoyaron durante todo el proceso de hospitalización.

En esos momentos él solamente escapa de la situación, porque sabe que puede ser agresivo y no sabe como hacer frente a los problemas con su esposa, le da miedo una separación porque no le gustaría dejar de ver a sus hijos y sabe que su esposa ha sido su mayor apoyo.

Síntomas:

- Nerviosismo, preocupación e inquietud respecto al tratamiento y sus avances
- Irritabilidad
- Incapacidad para disfrutar actividades que antes disfrutaba
- Percepción de inutilidad
- Estado de ánimo triste

VII. EXAMEN MENTAL

Es un paciente de complexión delgada, estatura alta, de edad aparente a la cronológica, acude en condiciones adecuadas de aliño e higiene. Se encuentra orientado en las tres esferas. Su humor lo describe como desesperado e irritable, su afecto se observa entre ansioso y deprimido. Los procesos de atención y concentración son adecuados, no presenta alteraciones en la memoria. El lenguaje es lineal y fluido. El proceso de pensamiento es coherente y congruente. El contenido del discurso y pensamiento se centra en su incapacidad para trabajar como antes y los problemas que esto le ocasiona con su pareja. No se detectan alteraciones de juicio. Respuesta psicomotora y periodo de latencia adecuados. Impresiona capacidad intelectual igual al promedio. Niega alteraciones sensoriales. La actitud es cooperadora.

VIII. CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL

A Eventos Activadores	B Pensamientos Automáticos	C Consecuencias
Colostomía	Soy un inútil	Ansiedad
Presencia de catéter	Mi esposa se va a conseguir otro	Irritabilidad
Asistir diario al hospital	Maldita sea mi situación	Tristeza
No trabajar entre semana	El catéter y la ostomía me molestan mucho	Escapa de la situación desagradable
No disponer de dinero	Ya me voy a quitar todo	Apatía
Discusiones con esposa	Ya quiero que me operen	

Estructura de pensamiento

Orden y organización: adecuados.

Análisis y síntesis: incompleto por ansiedad.

Razonamiento y conclusiones: razonamiento emocional.

Anticipación y planeación: sustituido por futurear.

Forma de pensamiento

Rígido

Procesos

Percepción: con tendencia a la catastrofización, maximiza dificultades y minimiza habilidades y avances

Atención: selectiva a eventos negativos.

Imaginación: catastrófica, exagerada.

Memoria: negativa.

Contenido

Pensamientos automáticos: Descritos anteriormente.

Creencias intermedias:

1. No soy lo suficientemente bueno como para salir adelante.
2. Las personas y las cosas deberían de ser como yo espero y si no, yo debo hacer algo.
3. La cosas deben venir fácil y rápido
4. Nunca hay que dejarse y sí defenderse.
5. Una persona vale por lo que hace o tiene.

Esquemas: Indefensión / Abandono

Filosofía:

Confusión entre ser, hacer, valer y tener.

Falso concepto de responsabilidad.

Actitudes:

Inseguridad

Baja Tolerancia a la Frustración.

Características de Autocompasión y Autoindulgencia.

Conductas y emociones descritas anteriormente.

IX. DIAGNÓSTICO MULTIAIXIAL DSM IV

EJE I. Trastorno Adaptativo Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (309.28)

Uso de Alcohol y Cocaína (305.00 - 305.60)

EJE II.

EJE III. Cáncer de Colon

EJE IV. Problemas relativos al grupo primario de apoyo: relativos a la interacción con la pareja.

EJE V. 60 Síntomas moderados (ansiedad e irritabilidad ocasional) y dificultad en la actividad, social, laboral o escolar.

X. ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

Objetivo General:

Reducir la sintomatología ansiosa y depresiva que se ha manifestado a partir del tratamiento oncológico, por medio de estrategias cognitivo-conductuales que modifiquen las actitudes de baja tolerancia a la frustración e inseguridad que el paciente muestra como parte de su personalidad; con el fin de mejorar la adherencia a la terapéutica médica.

Las técnicas cognitivo - conductuales empleadas y el orden que se utilizó fue el siguiente:

- Contención emocional:
 - o Trabajar tolerancia a la frustración, primero enseñando a sentir frustración en vez de enojo y ansiedad, y después enfrentando y tolerando la situación aversiva de la presencia del catéter por medio de paro de pensamiento y distracción.
 - o Manejo de ansiedad por medio de respiración diafragmática en primera instancia y otras técnicas posteriormente cuando se comience a generar el cambio cognitivo.
 - o Irritabilidad y tristeza, generando la expresión de estas emociones de una manera más funcional para después encontrar posibles soluciones al problema.

- Reestructuración cognitiva:
 - o Debate funcional para cambiar la percepción del A (padecimiento oncológico y presencia del catéter) como un hecho y no como un problema, y de esta forma generar estrategias de enfrentamiento al hecho.
 - o Debate empírico y funcional sobre su devaluación personal, ya que el tipo de inseguridad que manifiesta es devaluatoria. Generar el uso de descriptores en lugar de etiquetas.
 - o Debate filosófico en cuanto a respetarse a sí mismo y no devaluarse, ser responsable de su bienestar y no atribuirlo a factores externos y analizar su valor como ser humano por el simple hecho de ser.

- Entrenamiento en Asertividad para manejar conflictos con su pareja:
 - o Planear una forma funcional de comunicación con su pareja para expresar sus derechos y respetar los derechos de su pareja, llegando a un acuerdo que les permita manejar la enfermedad de R y todos los cambios que ésta ha traído consigo.

TRABAJO POR SESIONES

Sesión 1

Objetivo Específico:

Determinar la demanda del paciente obteniendo información sobre el problema principal, así como brindar contención emocional para disminuir los niveles emocionales y fortalecer la alianza terapéutica.

Actividades del Terapeuta:

- Enfatizó los componentes de relación por medio de la empatía y la escucha reflexiva.

- Entrevista cognitivo - conductual sobre el problema que refiere el paciente.
- Explicación del ABC al paciente.
- Definió junto con el paciente el problema a trabajar en la terapia de apoyo.
- Brindó esperanza de cambio al paciente.
- Disminuyó angustia y ansiedad del paciente a través de debate empírico y funcional.
- Explicación del tratamiento que se llevará a cabo y programación de la próxima cita.

Actividades del Paciente:

- Proporcionó información sobre su problema.
- Definición de su problemática y objetivo a alcanzar.
- Participación en el debate empírico y funcional.

Tareas:

- Detectar los pensamientos en los momentos de ansiedad y tristeza
- Detención del pensamiento por medio de distracción cognitiva y buscando prueba empírica.

Evaluación:

- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)=28
- Sintomatología referida de ansiedad y depresión:
 - Nerviosismo, preocupación e inquietud respecto al tratamiento y sus avances
 - Irritabilidad
 - Incapacidad para disfrutar actividades que antes disfrutaba
 - Percepción de inutilidad
 - Estado de ánimo triste
- Pensamientos automáticos sobre su situación:

Soy un inútil

Mi esposa se va a conseguir otro

Maldita sea mi situación

El catéter y la ostomía me molestan mucho

Ya me voy a quitar todo

Ya quiero que me operen

Sesión 2

Objetivos Específicos:

1. Obtener información sobre la historia de vida del paciente para hacer una conceptualización cognitivo - conductual de su problema: actitud cognitiva (Fuentes de aprendizaje, ABC, esquemas, procesos y fenómenos cognitivos).

2. Disminución de los niveles de ansiedad y estado de ánimo deprimido a través de debate empírico y funcional.

Actividades del terapeuta:

- Evaluó la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo el paciente durante la semana, así como la frecuencia de pensamientos automáticos y la ejecución de la tarea (detención de pensamiento).
- Entrevista cognitivo conductual sobre historia de vida para identificar fuentes de aprendizaje de la actitud cognitiva.
- Debate empírico y funcional sobre pensamientos automáticos.
- Coceptualización cognitivo conductual posterior a la sesión con la información recabada en esta.

Actividades del paciente:

- Proporcionó información sobre el ejercicio de detención del pensamiento así como de la sintomatología de ansiedad y depresión que haya presentado en la semana.
- Proporcionó información sobre su historia de vida.
- Debate empírico y funcional sobre sus pensamientos automáticos en torno al problema.

Tareas:

- Detención del pensamiento por medio de distracción cognitiva y buscando prueba empírica.
- Tolerar la presencia del catéter analizando otras opciones para su bienestar y recordando los avances que ha tenido desde el inicio del tratamiento.

Evaluación:

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

- Sintomatología:
 - Nerviosismo, preocupación e inquietud respecto al tratamiento y sus avances
 - Irritabilidad
 - Incapacidad para disfrutar actividades que antes disfrutaba
 - Estado de ánimo triste
- Pensamientos Automáticos:

Mi esposa se va a conseguir otro

El catéter y la ostomía me molestan mucho

Ya quiero que me operen

Sesión 3

Objetivo Específico:

Disminuir la sintomatología de ansiedad y depresión por medio de reestructuración cognitiva trabajando tolerancia a la frustración.

Actividades del Terapeuta:

- Evaluó la sintomatología de ansiedad y depresión.
- Analizó junto con el paciente la relación que las cogniciones tienen en el estado de ánimo y la forma como han disminuido desde que ha comenzado a ejercitar un cambio conductual (fomentar conciencia cognitiva).
- Debatió de manera filosófica la intolerancia a la frustración.
- Hizo una propuesta de técnicas de autocontrol en los momentos que el catéter le produce ansiedad.

Actividades del Paciente:

- Proporcionó información sobre el ejercicio de detención del pensamiento así como de la sintomatología de ansiedad y depresión que haya presentado en la semana.
- Construcción de conciencia cognitiva al analizar los resultados del ejercicio de detención de pensamiento.
- Participó en el debate filosófico sobre la intolerancia a la frustración que le produce el catéter y la colostomía.
- Definió junto con el terapeuta la técnica a utilizar para tolerar la frustración que le produce el catéter y la colostomía.

Tareas:

- Detención de pensamientos automáticos de intolerancia a la frustración y análisis de la situación (presencia de catéter y colostomía) que es preferible aceptar.
- Hacer una actividad incompatible con la frustración al momento de percibir los pensamientos automáticos: poner música y ponerse a cantar y bailar con sus hijos.

Evaluación:

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

- Sintomatología:
 - Nerviosismo, preocupación e inquietud respecto al tratamiento y sus avances

- Irritabilidad
- Estado de ánimo triste
- Comienza a trabajar los fines de semana y a disfrutar estar con sus hijos.
- Pensamientos Automáticos:

Mi esposa se va a conseguir otro

El catéter y la ostomía me molestan mucho

Ya quiero que me operen

Sesión 4

Objetivo Específico:

1. Disminuir la sintomatología de ansiedad y depresión por medio de reestructuración cognitiva trabajando tolerancia a la frustración.
2. Disminuir la inseguridad del paciente con respecto a su valor como persona y el temor a que su esposa lo abandone.

Actividades del Terapeuta:

- Exploró la sintomatología de ansiedad y depresión.
- Llevó a cabo debate filosófico sobre el padecimiento y tratamiento, reforzando la aceptación que refiere al disminuir su nerviosismo y preocupación sobre el tratamiento.
- Llevó a cabo debate empírico y funcional respecto a su situación de pareja.
- Llevó a cabo un ejercicio para fortalecer el autoconcepto del paciente reconociendo cualidades y analizando defectos.

Actividades del Paciente:

- Proporcionó información sobre la sintomatología presentada durante la semana.
- Participó en el debate filosófico sobre el padecimiento y tratamiento.
- Proporcionó información sobre los problemas de pareja a partir de que ella ingresa a trabajar en una empresa.
- Llevó a cabo junto con el terapeuta un ejercicio para fortalecer el autoconcepto analizando sus cualidades y defectos.

Tareas:

- Detención del pensamiento y análisis empírico y funcional sobre una posible infidelidad de su pareja.
- Continuar con el ejercicio del autoconcepto aumentando la lista de cualidades diario al finalizar el día y hacer un recuento de las cosas que hizo.

Evaluación:

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

- Sintomatología:
 - Irritabilidad
 - Estado de ánimo triste
- Pensamientos Automáticos:

Mi esposa se va a conseguir otro

Sesión 5

Objetivo Específico:

1. Preparación prequirúrgica por medio del control de estrés que le produce la reconexión de colon que le realizarán en unos días.
2. Disminuir la inseguridad del paciente con respecto a su valor como persona y el temor a que su esposa lo abandone.

Actividades del Terapeuta:

- Exploró ideas irracionales con respecto a la cirugía.
- Debate empírico y funcional de las ideas irracionales con respecto a la cirugía.
- Entrenamiento en relajación por medio de respiración diafragmática y frases autógenas.
- Debate empírico y funcional con respecto a su situación de pareja.
- Revisión del ejercicio de autoconcepto, reforzando las cualidades encontradas.

Actividades del Paciente:

- Proporcionó información sobre las ideas irracionales que tiene respecto a la cirugía.
- Debate empírico y funcional de estas ideas.
- Ejecución de las técnicas de relajación.
- Debate empírico y funcional con respecto a su situación de pareja.
- Reconocimiento de las cualidades encontradas.

Tareas:

- Detención del pensamiento y análisis empírico de las ideas irracionales con respecto a la cirugía.
- Practicar diariamente los ejercicios de relajación que se ejecutaron en la sesión.

Evaluación:

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

- Sintomatología:
 - Tensión muscular en la espalda.
 - Preocupación sobre la cirugía.

- Pensamientos automáticos:
 - Voy a volver a estar mucho tiempo hospitalizado
 - No voy a aguantar la sonda nasogástrica

Sesión 6:

Objetivo Específico:

Manejo del estrés que le produce al paciente la cirugía y el proceso de hospitalización.

Actividades del Terapeuta:

- Exploró ideas irracionales con respecto a la hospitalización y la cirugía y llevó a cabo debate empírico y funcional.
- Entrenamiento en relajación por medio de respiración diafragmática y frases autógenas.

Actividades del Paciente:

- Ejecución de los ejercicios de relajación.

Tareas:

- Técnicas de relajación por la tarde y respiración diafragmática por la mañana camino al quirófano.

Evaluación:

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

- Sintomatología y pensamientos irracionales:
 - No refiere ideas irracionales con respecto a la cirugía.
 - El dolor tensional de la espalda ya no se presentó.

Sesión 7

Objetivo Específico:

Manejo del estrés que le produce al paciente el proceso de hospitalización.

Actividades del Terapeuta:

- Exploró ideas irracionales con respecto al proceso de hospitalización.
- Evaluó síntomas de ansiedad y depresión.

- Solicitó al médico explicación al paciente sobre los hallazgos de la cirugía.
- Psicoeducación con respecto a los hallazgos de la cirugía.
- Fomentó hedonismo a largo plazo visualizando las ganancias que tendrá después de la cirugía y el proceso de hospitalización.

Actividades del Paciente:

- Tolerancia a la frustración que le produce la presencia de la sonda nasogástrica y el ayuno al que será sometido varios días.
- Preguntó dudas sobre los hallazgos de la cirugía y el tratamiento al que será sometido.
- Analizó las ganancias que tendrá después de la cirugía y el proceso de hospitalización.

Tareas:

- Detención del pensamiento al imaginar un posible tratamiento de quimioterapia, concentrándose en el momento actual.

Evaluación:

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

- Sintomatología:
 - Preocupación por el inicio de quimioterapia
 - Pensamientos automáticos:
 - Será muy difícil someterme a quimioterapia
 - La quimioterapia será muy agresiva

Sesión 8

Objetivo Específico:

Disminuir los síntomas de ansiedad que se presentan por la noche.

Actividades del Terapeuta:

- Exploró la sintomatología presentada por las noches y las circunstancias que la rodean para determinar el análisis funcional.
- Debate funcional de las ideas irracionales que se presentan en la noche sobre su situación laboral y el inicio de la quimioterapia.
- Arreglo de ambientes para controlar la sintomatología de ansiedad por medio de distracción, actividades y pensamientos incompatibles.

Actividades del Paciente:

- Proporcionó información sobre la sintomatología.

- Identificación de las ideas irracionales.
- Cambio de pensamiento por cogniciones incompatibles.
- Planeó actividades incompatibles que sean atractivas para él.

Tarea:

- Detención del pensamiento al identificar pensamientos automáticos con respecto a su situación laboral y el inicio de quimioterapia.
- Tolerar la frustración ante esta nueva circunstancia del tratamiento.
- Llevar a cabo la actividad incompatible que eligió: imaginar los nuevos trajes que se hará para su trabajo para dibujarlos al otro día.

Evaluación:

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

- Sintomatología:
 - Nerviosismo por las noches al pensar en su situación laboral y el inicio de la quimioterapia.
 - Insomnio
 - Pensamientos automáticos:
 - No voy a poder trabajar pronto
 - La quimioterapia será agresiva y larga
 - Voy a tener que hacer muchos cambios en mi vida si comienzo quimioterapia

Sesión 9

Objetivo Específico:

Evaluar y manejar la sintomatología de ansiedad y depresión que le produce el proceso de hospitalización y tratamiento.

Actividades del Terapeuta:

- Exploró la sintomatología de ansiedad y depresión durante la noche.
- Reforzó el control emocional que llevó a cabo el paciente.
- Trabajó la terapia de solución de problemas al suponer el inicio de quimioterapia

Actividades del Paciente:

- Refirió la sintomatología de ansiedad y depresión durante la noche.
- Identificó los pensamientos que le permitieron controlar la sintomatología de ansiedad.
- Generó alternativas para poder solucionar los problemas que implican el inicio de la quimioterapia, y elegir la que tenga mejores consecuencias para él y su familia.

Tareas:

- Llevar a cabo la alternativa elegida para solucionar los problemas que trae consigo el inicio de la quimioterapia.
- Detención y cambio de pensamiento en caso de presentarse pensamientos automáticos.

Evaluación:

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

- Sintomatología:
 - No hubo nerviosismo durante la noche, disminuyó la preocupación con respecto a la quimioterapia.
 - Ya no se presentó el insomnio.

Sesión 10

Objetivo Específico:

Disminuir la inseguridad que el paciente tiene con respecto a su valor como persona y la preocupación por un posible abandono de su pareja.

Esta sesión se lleva a cabo después de que es informado que la quimioterapia será la misma que le han administrado, razón por la cual desaparece totalmente su preocupación con respecto a este tema.

Actividades del terapeuta:

- Exploración de sintomatología de ansiedad y depresión.
- Debate empírico y funcional de los pensamientos automáticos respecto a un posible abandono de su pareja.
- Debate filosófico para trabajar tolerancia a la frustración respecto al cambio de roles y la estancia en casa de su suegra.
- Planeó junto con el paciente actividades de vida diaria que puede comenzar a retomar.

Actividades del paciente:

- Refirió sintomatología depresiva.
- Debate empírico y funcional de los pensamientos automáticos respecto a un posible abandono de su pareja.
- Determinó junto con el terapeuta las actividades de vida diaria que puede retomar.

Tareas:

- Detención y cambio de pensamiento al pensar un posible abandono de su pareja.
- Llevar a cabo las actividades acordadas.

Evaluación:

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

- Sintomatología:
 - Estado de ánimo triste
- Pensamientos automáticos:
 - Ya quiero regresar a mi casa
 - Mi esposa me va a dejar por otro

Sesión 11

Objetivo Específico:

Disminuir la inseguridad que el paciente tiene con respecto a su valor como persona y la preocupación por un posible abandono de su pareja.

Actividades del Terapeuta:

- Exploró sintomatología de ansiedad y depresión
- Debate funcional de los pensamientos automáticos respecto a un posible abandono de su pareja. Debate filosófico de su valor como ser humano.
- Reforzó el cambio de pensamiento que ha tenido
- Reforzó el cambio conductual que ha tenido

Actividades del Paciente:

- Reportó la sintomatología de ansiedad y depresión durante la semana
- Debate empírico y funcional de los pensamientos automáticos respecto a un posible abandono de su pareja.
- Analizó junto con el terapeuta las consecuencias positivas de los cambios cognitivos y conductuales que ha tenido.

Evaluación:

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

Tareas:

Mantener el cambio cognitivo y conductual al recordar las ganancias que ha tenido con este nuevo estilo de pensamiento y comportamiento.

Evaluación:

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana.

Resultados:

- Solo refiere haberse sentido estresado el domingo, un día antes del inicio de la quimioterapia, pero esto duró solo un momento.
- Ha reiniciado su vida sexual y ésta ha sido satisfactoria.
- Ya no ha discutido con su esposa.
- Ha continuado trabajando los fines de semana.
- Ya regresaron a vivir a su casa.

Pensamientos Automáticos

Ya no se han presentado ideas irracionales con respecto a un posible abandono o infidelidad de su esposa.

Sesión 12

Objetivo Específico:

Llevar a cabo un seguimiento del avance del paciente.

Actividades del terapeuta:

- Exploró la sintomatología de ansiedad y depresión.
- Reforzó el cambio cognitivo y conductual.
- Solución de problemas y toma de decisiones con respecto a algunas circunstancias.

Actividades del paciente:

- Reporte de sintomatología de ansiedad y depresión.
- Generó alternativas y analizar consecuencias con respecto a algunas circunstancias.

Tareas:

- Llevar a cabo los pasos de solución de problemas ante cada situación que cause preocupación.

Evaluación:

Reporte del paciente sobre la sintomatología de ansiedad y depresión que tuvo durante la semana, así como de los cambios conductuales que ha llevado a cabo.

Aplicación de Inventario de Ansiedad de Beck.

Resultados:

- Los cambios cognitivos y conductuales se han mantenido.
- Inventario de Ansiedad de Beck = 3 (IAB pre=28)

- Le han retirado el catéter, el ganglio positivo que se encontró en la cirugía se ha controlado y continuará con la quimioterapia, sin embargo, esto no le ha provocado molestias y ha regresado a trabajar toda la semana.
- Se tenía pensado dar un seguimiento al paciente para continuar trabajando debate filosófico, sin embargo, su esposa consigue afiliarlo al IMSS para concluir el tratamiento oncológico. Al momento de despedirse refiere sentirse más seguro, la sintomatología por la que pidió apoyo psicológico ya no se presenta y comenta tener una mejor relación con su esposa.

2.2 Actividades académicas dentro de la sede

El programa de residencia además de comprender actividades relativas a la práctica clínica asistiendo pacientes, también comprende actividades académicas tanto en el servicio de psicología como en el servicio médico en el que se lleve a cabo la rotación. Estas actividades son sesiones de supervisión y discusión de casos y temas teóricos relativos al servicio.

A continuación se describen las del segundo año.

2.2.1 Descripción de las actividades académicas

Diariamente asistí a clases con los residentes del servicio de oncología de 7:00 a 8:00 a.m., en las cuales se exponía teóricamente temas sobre los diferentes padecimientos oncológicos y su tratamiento.

Los martes de 10:00 a 11:00 asistía a supervisión junto con los residentes de medicina conductual, esta sesión la coordinaba mi supervisora in situ y el jefe de servicio de Psicología y Psiquiatría. Durante esta sesión se revisaron técnicas de entrevista y se exponían algunos casos en los cuales se revisaba la obtención de datos del paciente, el diagnóstico y la estrategia de intervención.

Los miércoles de 10:00 a 11:00 se tenía sesión clínica con todo el servicio de psicología, en esta sesión se exponían casos clínicos y se discutía si el diagnóstico y estrategia de intervención era adecuada. En esa sesión tuve la oportunidad de exponer casos dos veces en el año.

Los viernes de 12:00 a 14:00 se tenía una clase teórica con la supervisora in situ, en la cual se revisaba la fundamentación teórica y estrategias de intervención de la Terapia Racional

Emotiva Conductual. Tuve la oportunidad de impartir clase la mitad del año junto con otro compañero R2, bajo la supervisión de nuestra coordinadora.

2.2.2 Evaluación de las actividades académicas

Considero que cada una de estas actividades académicas contribuyeron en gran medida a comprender en primer lugar la problemática de los pacientes que atendía, y en segundo lugar, me permitieron enriquecer la intervención psicológica, desde habilidades de entrevista hasta la integración de datos, así como el fortalecimiento de las estrategias cognoscitivas al conocer más ampliamente una teoría cognitiva como lo es la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC).

Además, un factor esencial en el enriquecimiento de mi labor fue que estas actividades se llevaran a cabo, junto con los otros residentes de Medicina Conductual y con los psicólogos adscritos, ya que de esta manera se conocían otros enfoques y posturas, lo que a la vez permitía defender el marco conceptual que rige al programa, con el sustento de argumentos teórico - metodológicos válidos.

En cuanto a las clases que impartí, me permitieron fortalecer los conocimientos sobre la TREC al preparar cada tema, al buscar información para resolver las dudas que fueran surgiendo, así como al escuchar los ejemplos que los compañeros aportaban para ilustrar el tema.

2.3 Otras actividades profesionales no programadas pero realizadas (intervenciones breves, interconsultas, evaluación de pacientes no programados)

En cuanto a la atención a pacientes, al final del año se tuvo la oportunidad de llevar a cabo dos intervenciones con los padres de dos pacientes pediátricos del área de oncología, debido a la integración de un oncólogo pediatra al equipo médico del servicio. Una de ellas una niña de 1 año y medio con diagnóstico de meduloblastoma, y otro de ellos un niño de 2 meses con histiocitosis. La intervención fue desde la fase de diagnóstico hasta la fase terminal ya que ambos fallecieron.

En este año se llevaron básicamente dos actividades profesionales distintas a la asistencia a pacientes, una de ellas fue solicitada por el jefe de servicio de Oncología para explorar mitos conceptuales del cáncer con los pacientes del servicio; la otra fue la participación como residentes en el proceso de selección de residentes médicos de nuevo ingreso.

Ambas actividades fueron enriquecedoras en la formación profesional puesto que permiten incursionar en otros aspectos del trabajo hospitalario en el cual se puede aplicar el conocimiento teórico que también recibimos en la formación académica.

2.3.1 Descripción de las actividades

- Durante los primeros tres meses se llevó a cabo un estudio preliminar sobre el significado que tiene el cáncer para los pacientes de la unidad de oncología, este trabajo se llevó a cabo por solicitud del jefe de servicio de oncología.

El método utilizado fue el de redes semánticas de conocimiento, el cual consiste en presentar palabras a las personas para que formen relaciones que, en conjunto producen significado, y en donde están incluidos, creencias, valores, actitudes, prejuicios y en suma, toda la experiencia particular del individuo (Figueroa, 1974, en Valdez, 1998).

Se presentaron a los pacientes por medio de tarjetas las palabras: cáncer, quimioterapia, radioterapia, cirugía y familia. Ante las cuales nos tenían que dar por lo menos cinco descriptores. En esta técnica se recomienda utilizar dentro del conjunto de palabras, una palabra distractora ajena al conjunto para evitar efectos de adivinación de los participantes. En este caso la palabra "familia" tuvo esa función.

En el anexo 5, se muestran los resultados, en los que se observa que la palabra cáncer tiene principalmente definidoras emotivas y los tratamientos se definen con base en sus efectos, siendo la cirugía la que se percibe como más efectiva.

Este trabajo se expuso en el Curso de Enfermería Oncológica de este año en el Instituto Nacional de Cancerología, en el Primer Curso de Psicooncología en el Hospital Juárez de México y en el Congreso de APIICSA que se llevó a cabo del 29 de noviembre al 3 de diciembre de este año.

- En conjunto con los residentes de medicina conductual se llevó a cabo la aplicación y calificación de pruebas psicométricas en el proceso de selección de residentes de nuevo ingreso al hospital, bajo la coordinación de la supervisora in situ.

2.3.2 Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades

Se considera que con estas actividades se desarrollaron las siguientes competencias:

Selección de información teórica actualizada y relevante para el tema a presentar, el cual se refería a mitos conceptuales del cáncer.

Aplicación de la técnica de redes semánticas con pacientes que tienen baja escolaridad, lo cual comprende desde el diseño de tarjetas con las palabras, instrucciones y hoja de vaciado.

Análisis de los datos obtenidos tanto demográficos como de redes semánticas.

Elaboración de presentaciones dirigidas a personal de salud para difundir la importancia del trabajo interdisciplinario, remarcando la relevancia de la psicología en el área de salud.

Habilidad para presentar de manera oral trabajos de medicina conductual con diferentes auditorios.

Habilidad para redactar artículos de divulgación científica.

Habilidad en la aplicación masiva de pruebas de inteligencia y personalidad, así como en su calificación.

Psicoterapia

2.3.3 Evaluación de las actividades

El estudio preliminar de redes semánticas que se llevó a cabo arrojó datos interesantes que abren la puerta a una aplicación más amplia que validaría en mayor medida el estudio así nuevas líneas de investigación en torno a la conceptualización del tema. Además los datos coinciden con algunos resultados encontrados en la literatura de otros países, lo que permite corroborar su validez y marcar tanto semejanzas como diferencias entre diversas culturas.

La buena respuesta que se obtuvo al presentar el trabajo en los diferentes auditorios es otro indicador de que el estudio es interesante y relevante para el equipo de salud, ya que permite comprender mejor las necesidades de los pacientes ante el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Por otro lado, el participar en el proceso de selección de residentes una vez más, me permitió familiarizarme con las pruebas desde sus instrucciones hasta su forma de calificación. Algo interesante, es que por medio de esta actividad se conoce el perfil de los residentes que van a cada una de las especialidades, lo que lleva a entender mejor la función de los médicos y de las diferentes áreas de la medicina.

2.4 Asistencia a eventos académicos

Durante este año asistí a los siguientes cursos y congresos:

- Primer Curso de Psicooncología que se llevó a cabo en el Hospital Juárez de México del 30 de junio al 2 de julio de 2004.
- Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud (APICSA) que se llevó a cabo en la FES Iztacala del 29 de noviembre al 3 de diciembre de 2004. En este congreso participé como ponente con los trabajos: “Construcción de un Cuestionario de Medidas Preventivas de Cáncer Femenino”, “Intervención Cognitivo - Conductual para Pacientes que están en Quimioterapia” y “Conceptualización del Cáncer y Adherencia a la Terapéutica”, los cuales se presentaron de manera oral.

2.4.1 Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades

Considero que se enriqueció mi conocimiento sobre las distintas intervenciones que se hacen con pacientes oncológicos y de otro tipo de padecimientos crónico degenerativos no solo en el D. F. sino también en otras partes de la República y el mundo, lo que me permitió aplicar otras estrategias al intervenir con ellos.

La exposición oral de trabajos me permitió fortalecer la habilidad para diseñar presentaciones y para comunicar a diversos auditorios este tipo de estudios.

3. Evaluación

En este apartado se hace una breve evaluación tanto a los programas desarrollados en la subsede (servicio médico), a la subsede misma, al sistema de supervisión, y a las actividades y competencias profesionales alcanzadas.

Esta evaluación se basa en las experiencias que se tiene oportunidad de tener al ejercer una actividad diaria en esta sede hospitalaria. Los criterios pretenden objetividad, al tomar en cuenta la utilidad y optimización de la participación del residente en Medicina Conductual.

3.1 De los Programas Específicos desarrollados en la subsede

La asignación de cuatro residentes al servicio de oncología es bastante pertinente, ya que la demanda de trabajo es grande y de esta manera se puede dar una buena atención y seguimiento a mayor número de pacientes.

Se observa que el personal médico en muchas ocasiones demanda el apoyo psicológico cuando los pacientes están en crisis, lo cual es pertinente, sin embargo es muy importante que se cambie esta perspectiva, ampliando la solicitud de intervención psicológica a todos los momentos por los que atraviesa el paciente oncológico. Para lograrlo, se requiere mucha labor por parte de los psicólogos, se considera que en este año, se trabajó bastante en esta cuestión, logrando buenos resultados, ya que los médicos comenzaron a referir a los pacientes al psicólogo que ahora se situó fuera del consultorio.

Así mismo, esta modificación permitió tener un buen seguimiento de los pacientes, ya que se optimizó el tiempo, atendiendo en sesiones subsecuentes durante todo el proceso de enfermedad a varios pacientes, se dio mayor atención a los pacientes hospitalizados y también se pudo llevar a cabo un tratamiento sistemático con pacientes que recibían quimioterapia.

3.2 De la subsede

El servicio de oncología del Hospital Juárez de México es una excelente subsede, ya que la gran cantidad de pacientes que atiende es una gran fuente de experiencia para los residentes de medicina conductual.

Además la inclusión a las clases de residentes médicos y la visita médica, así como la participación en sesiones, permite estar familiarizado con la oncología, lo que se ve reflejado en la atención que se da a los pacientes.

El apoyo y reconocimiento que brinda el jefe de servicio es fundamental para lograr avances en la formación de un verdadero equipo multidisciplinario.

3.3. Del sistema de supervisión

3.3.1 Del supervisor in situ

La función que desempeña la supervisora in situ del hospital se puede considerar como excelente, ya que las actividades que se llevan a cabo con ella son planeadas y

sistematizadas, lo que ayuda a seguir un programa de trabajo que ayuda al residente a adquirir nuevas destrezas profesionales.

Algo muy importante es que este programa de trabajo se llevó a cabo en un clima de absoluta confianza y disposición, lo que permite acercarte a la supervisora en el momento que se requiere. Esto aunado a la experiencia profesional con la que cuenta y la preparación académica, redonda en una supervisión muy valiosa para los residentes de medicina conductual.

3.3.2 Del supervisor académico

La supervisión académica también fue muy valiosa, ya que fue constante y en comunicación con la supervisora in situ. Esto permitió un buen seguimiento de las actividades, contando con el apoyo para la reproducción de material, la obtención de material científico actualizado y la planeación de estrategias de intervención en cuanto a la investigación aplicada.

El clima de confianza y disposición que se tuvo permitió tener acceso a la supervisión en cualquier momento y con respecto a diversas necesidades que surgieron tanto académicas como logísticas, lo que contribuyó a un buen desempeño en la residencia.

3.4 De las actividades profesionales realizadas

La intervención con pacientes es la parte más importante del programa de residencia, ya que es este el que permite alcanzar el objetivo de profesionalizar al estudiante. En este caso, el tipo de intervención que se hizo, que comprendía intervención en crisis y terapia de apoyo tanto al paciente como al familiar, enfocados a diversas problemáticas de los pacientes y en una gran cantidad de sesiones, permitió tener un buen entrenamiento clínico durante este año de residencia.

3.5 De las competencias profesionales alcanzadas

Las competencias profesionales que se alcanzaron al cubrir diversas habilidades que se requieren en el área clínica tales como entrevista, intervención en crisis, estrategias cognitivo - conductuales; así como habilidades de investigación; hasta cierto punto de docencia y de crecimiento humano por el tipo de pacientes con el que tratamos; traen consigo una formación profesional completa que permite al egresado contar con las armas para tener un buen desempeño en el campo laboral.

4. Conclusiones y Sugerencias

En general, la rotación por el servicio de oncología fue una experiencia que enriqueció mi formación clínica y consolidó los conocimientos adquiridos en la maestría, ya que la problemática de los pacientes, la variedad de padecimientos y sobre todo, el apoyo del Jefe de Servicio, son cosas que se conjuntan para tener una buena integración con el equipo médico y de enfermería y ejercer verdaderamente la medicina conductual.

La modificación que se hizo este año en la forma de trabajo de los residentes de medicina conductual en el servicio de oncología, en cuanto a nuestra presencia física en un cubículo a parte y no en el consultorio médico, no fue entendida en primera instancia por lo médicos, pues era difícil que nos enviaran pacientes en un inicio, sin embargo esto permitió que le diéramos a cada paciente una intervención más amplia y enriquecedora.

Por lo tanto, sugeriría incluir clases de medicina conductual dentro del programa de clases de los residentes de oncología, pues considero que es una buena forma de dar a conocer nuestra ciencia y de que comprendan mejor nuestro papel en el servicio.

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA PACIENTES EN QUIMIOTERAPIA

I INTRODUCCIÓN

FUNDAMENTO TEÓRICO

Terapia de la Conducta

La terapia de la conducta, que surge formalmente alrededor de los años 60 a partir de los principios del aprendizaje, se define como la aplicación de principios derivados del análisis experimental de la conducta para provocar cambios de conducta en situaciones aplicadas. Se refiere al tratamiento de problemas tradicionales como neurosis, problemas afectivos, y problemas de habilidades sociales, entre otros. El terapeuta conductual utiliza la metodología científica, hace énfasis en lo observable, en la claridad operacional, en el establecimiento de descripciones medibles generadas de algunas teorías del aprendizaje y del eventual delineamiento de relaciones funcionales entre la conducta y las variables que la controlan.

Bajo el término terapia conductual se incluyen técnicas específicas que emplean principios psicológicos sobre aprendizaje para tratar la conducta humana de desadaptación; consiste en la utilización de un conjunto variado de procedimientos clínicos cuya descripción y racionalización recae en los descubrimientos experimentales de la investigación psicológica.

En este sentido, Rimm y Masters (1974) mencionan que el término “conducta” es interpretado ampliamente por esta aproximación terapéutica, ya que se refiere tanto a la respuesta cubierta (por ejemplo, emociones y pensamientos) cuando ésta puede ser claramente especificada, como a la respuesta abierta. Las técnicas que principalmente usa este tipo de terapia son la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, modelamiento, condicionamiento operante, extinción, y condicionamiento aversivo, así como ciertas técnicas que permiten la modificación de patrones de pensamiento.

Con base en la revisión que Phares (1999) hace sobre los orígenes de la terapia conductual, se encuentra que: los principales fundamentos teóricos del movimiento de la terapia conductual fueron el condicionamiento pavloviano y la teoría del aprendizaje de Hull. En el decenio de 1950, Joseph Wolpe comenzó a experimentar con la reducción de temores en seres humanos haciendo que los pacientes imaginaran las situaciones en las que ocurrían sus temores. Los pacientes hacían esto mientras se encontraban en un estado de creciente relajación incrementada. Esta técnica de *desensibilización sistemática* de Wolpe, es una demostración práctica de la forma en que podían aplicarse los principios de aprendizaje dentro de ambientes clínicos.

Casi al mismo tiempo que Wolpe, Lazarus y Eysenck desarrollaban sus procedimientos de condicionamiento, la tradición operante comenzaba a tener un impacto. Skinner y sus

colaboradores en 1953 demostraban que por medio de procedimientos operantes se podía modificar la conducta de pacientes psicóticos hospitalizados. Al establecer ambientes controlados para asegurar que a ciertas conductas del paciente le siguieran consecuencias específicas, se produjeron cambios conductuales significativos.

Al principio había cierto radicalismo en la terapia conductual, de tal manera que se ignoraba en gran medida el mundo interno del paciente, sin embargo, en 1954, Julian Rotter publica su libro *Social Learning and Clinical Psychology*. En él se demuestra que la conducta estaba determinada tanto por el valor de los reforzamientos como por la expectativa de que éstos ocurrieran después de la conducta en cuestión. Dentro de este contexto, también fue significativa la aplicación de las contribuciones del aprendizaje social de Albert Bandura en 1969 a la modificación de conducta. Fueron teóricos como Rotter y Bandura quienes abrieron camino al énfasis actual en los aspectos cognoscitivos, lo cual ha dado a la terapia conductual un carácter más amplio y servicial.

Así pues, Phares (op cit.) cierra su revisión remarcando que el “mentalismo” del psicoanálisis o de otros enfoques psicodinámicos no es igual a los conceptos que se emplean hoy en día acerca de los “procesos cognoscitivos”. Las referencias que hizo Freud a los procesos de pensamiento nunca se definieron en términos operacionales. En contraste, los conceptos actuales sobre cognición resaltan nociones tales como expectativas o procesos de memoria. Estos son conceptos que se pueden cuantificar y definir de manera objetiva por vías que conducen a acuerdos confiables entre investigadores independientes.

A partir de la década de los 60's además de la extensión hacia el aspecto cognoscitivo, la terapia conductual comienza a enfocarse al área de la salud, a través de la retroalimentación biológica. Este enfoque comenzó desde 1958 cuando Lisina (1958, en Gatchel y Price, 1979), una psicóloga rusa, trata de entrenar a sujetos para que dilataran y constriñeran los vasos sanguíneos del brazo con el fin de evitar un choque eléctrico. Los esfuerzos iniciales fracasaron. Sin embargo, el control de la constricción y dilatación se obtuvo cuando se le permitió a los sujetos observar sus cambios vasculares los cuales se mostraban a través de un dispositivo, es decir, se les daba retroalimentación.

Años después, el primer estudio de control de la presión sanguínea por medio de retroalimentación biológica lo reporta el grupo de Harvard (Shapiro, Tursky, Gershon y Stern, 1969; en Gatchel y Price, op cit.). Este grupo de investigación señaló que los sujetos normales son capaces de decrementar e incrementar su presión sanguínea sistólica como consecuencia de haber sido provistos de la retroalimentación del sonido latido a latido (y un reforzamiento adicional en los ensayos exitosos). Este estudio dio el ímpetu para que se hicieran estudios subsecuentes que trataran de incrementar la cantidad de cambio hasta lograr niveles clínicamente significativos e inducir estos cambios en sujetos hipertensos.

Desde la época de estos estudios experimentales pioneros, se ha venido demostrando el control aprendido que sujetos humanos pueden tener sobre “respuestas involuntarias”: presión arterial sistólica y diastólica, respuesta vascular periférica, actividad electrotérmica, motilidad gástrica, salivación y temperatura corporal (Caccioppo, Tassinari y Bernston, 2001).

Es así como a finales del decenio de 1960, el papel de los acontecimientos vitales estresantes comenzó a considerarse de manera específica como un factor de riesgo para la salud (Colmes y Rahe, 1967; en Phares, op cit.). Es importante mencionar que esta consideración no solo tiene implicaciones conductuales, sino también cognitivas, ya que por ejemplo, para el año de 1966, Lazarus (Lazarus y Folkman, 1986) hacía mención de la importancia del proceso evaluación hacia los eventos amenazantes, ya que de este depende en gran medida la respuesta de estrés que pueda tener una persona. Esto surge a partir de la observación de las diferencias individuales y grupales respecto a la respuesta en situaciones similares, lo que se explicó solamente a través de mediadores cognitivos, y los factores que afectan la naturaleza de esta mediación. Esto quiere decir que la evaluación es un proceso en el que una persona (con determinadas características, valores, compromisos, estilos de pensamiento y de percepción) predice e interpreta una situación de acuerdo a las características del entorno.

Para la década de los 70's varios investigadores en el terreno psicofisiológico como Levine, Winberg y Ursin (1978, en Lazarus y Folkman, op. cit.) aceptan el papel de la valoración cognitiva como un factor importante en la aparición de estrés (con toda su importancia por las diferencias individuales de significado). Esto se concluye a partir de investigaciones en las que se observa que un estímulo considerado como estresante podía elicitar cierto tipo de respuesta fisiológica de manera específica sin que otros indicadores de estrés (tasa cardiaca, respuesta galvánica, p. ej.) tuvieran cambio alguno. Estos autores mencionan que no es solo el estímulo o el entorno físico per se los que determinan la respuesta fisiológica, sino la evaluación que hace el individuo de tales estímulos. Esta actúa como un filtro o como un mecanismo de discriminación. Así, si el organismo evalúa la situación como amenazadora e incierta, entrará en un estado en el que el nivel de activación será permanentemente alto. Sin embargo, si por el contrario, la evalúa como segura y se siente capaz de dominarla, la respuesta fisiológica disminuirá o desaparecerá por completo, aun cuando la situación haya sido extremadamente peligrosa.

Es por esto que en el mismo decenio aparece el interés por entender el origen conductual de algunos padecimientos específicos, como por ejemplo el patrón Tipo A, un complejo de personalidad y predisposiciones conductuales que, según se decía, hacían que la persona fuera propensa a complicaciones cardiacas.

Estos son solo unos cuantos de los factores más destacados que fueron clave para el desarrollo del área de la psicología de la salud y la medicina conductual.

Psicología y Salud

Haciendo una revisión específica en cuanto a la aplicación de la psicología en el área de la salud, se encuentran autores como Roa (1995) que mencionan que la psicología de la salud constituye uno de los campos de investigación y aplicación de la psicología cuya aparición es todavía muy reciente. Sus aportaciones fundamentales se han basado en una nueva forma de abordar los fenómenos de salud/enfermedad, en la que los aspectos psicológicos y conductuales - y no solamente estrictamente biológicos referidos a las alteraciones anatómicas y al funcionamiento orgánico- tienen un papel muy relevante en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y su tratamiento y/o rehabilitación.

Esto se puede ver a partir del concepto de salud, ya que comúnmente se piensa acerca de la salud en términos de la ausencia de 1) signos objetivos de que el cuerpo no está funcionando apropiadamente, como por ejemplo una medida de presión alta, o 2) síntomas subjetivos de enfermedad, tal como un dolor o náusea.

Pero el término salud significa más que eso, es un estado positivo físico, mental y social de bienestar -no solo la ausencia de enfermedad- que varía en el tiempo a lo largo de un continuo. En el extremo último de bienestar, la salud es el estado dominante. En el otro extremo final del continuo se ubica la enfermedad, la cual involucra procesos destructivos que se manifiestan en ciertas características como signos, síntomas o incapacidades. (Sarafino, 1990),

Se observa entonces que la salud además de factores biológicos abarca factores psicológicos y sociales, por lo que se requiere de un ámbito interdisciplinario para promover su desarrollo. Es así como desde 1978 surge el campo de psicología de la salud, que es el agregado de contribuciones específicas, educativas, científicas y profesionales, de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de correlaciones entre etiología y diagnóstico de salud, enfermedad, y disfunciones relacionadas, y para el análisis y mejora del sistema del cuidado de la salud y la formación de una política en salud (Matarazzo, 1982)

En su compilación Roa (op. cit.) menciona que con esto se llega a un concepto biopsicosocial de salud - enfermedad que aparece fundamentalmente por la necesidad de ampliar el estrecho modelo biomédico de la medicina tradicional, en el que no tenían cabida otros determinantes de la enfermedad que los estrictamente biológicos, por otro modelo que incluyera los tres aspectos fundamentales, convergentes y determinantes, no sólo de la enfermedad sino también de la salud, es decir, las dimensiones biológica, psicológica y social.

Este autor compara el concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud que dice que la salud es un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (OMS, 1960; en Roa op cit.). Con otro propuesto años después por Martín y Pastor (1998; en Roa op cit.) que dice que *la salud no puede definirse hoy como un estado de bienestar absoluto, completo y estático, por cuanto ella representa una situación relativa, variable, dinámica, producto de todos los factores de la vida social sobre la población y el individuo, cuando estos factores son favorables a la ecología individual* (pp. 514).

Estos mismos autores proponen tres características del concepto de salud que resultan relevantes para la Psicología de la Salud:

- a) *El estado de salud no puede ser algo absoluto completo o permanente.* El estado de salud es esencialmente variable, porque variables son las situaciones ambientales físicas y sociales, porque variable es el desarrollo evolutivo con sus procesos madurativos y degenerativos orgánicos y psicológicos, porque son variables las directrices de los gobiernos que ordenan la prevención y la intervención en la salud, y porque variable es, en suma, la conducta del hombre.
- b) Por razones análogas, *no existe un límite definido y drástico entre la salud y la enfermedad*, sino diversos niveles y grados que tampoco poseen a su vez criterios definitivamente establecidos.
- c) *El concepto de salud implica la consideración de tres componentes:* el subjetivo (percepción y creencia de bienestar), el objetivo (integridad y/o funcionalidad orgánica), y el adaptativo (integración biopsicosocial del individuo).

De esta manera se puede ver que en el desarrollo de la psicología de la salud, al inicio las aportaciones se enfocaban más al apoyo terapéutico a través de la reducción de síntomas, dejando de lado la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad así como el diagnóstico oportuno y todo lo que este conlleva. En esta promoción y prevención se toman en cuenta tres aproximaciones: la conductual, las medidas ambientales y los esfuerzos por parte de los médicos.

Al hablar de prevención generalmente se piensa en acciones que se toman antes de que se presente la enfermedad. En realidad, hay tres niveles de prevención, y solamente uno aplica antes de que ocurra la enfermedad. Estos niveles son llamados, *prevención primaria, secundaria y terciaria*. Según Sarafino (1990), estos tres niveles se refieren a lo siguiente:

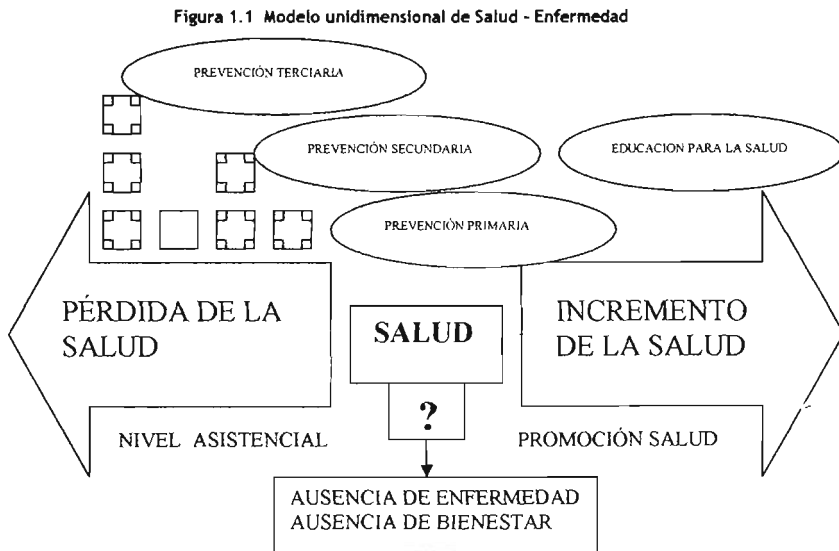
La *prevención primaria* consiste en acciones que se toman para evitar la enfermedad. Una aproximación prometedora dentro de este nivel de prevención, es ayudar a la gente a reconocer la necesidad de mejorar sus conductas saludables por medio del uso de

cuestionarios que miden factores de riesgo. Estos cuestionarios dan la pauta para eliminar ciertos factores de riesgo si la persona hace algunos cambios en su estilo de vida.

En la *prevención secundaria* se toman acciones para identificar y tratar una enfermedad tempranamente con el objetivo de detener o revertir el problema. Dentro de este nivel se encuentran los exámenes físicos para hacer diagnósticos tempranos de ciertas enfermedades en poblaciones de riesgo.

Cuando una enfermedad progresa más allá de las etapas tempranas, implica una condición de daño duradero o irreversible para el paciente. La *prevención terciaria* involucra acciones para contener o retardar este daño, prevenir discapacidad y rehabilitar al paciente.

Retomando la compilación de Roa (op cit.), parece adecuado interpretar el concepto de salud dentro de un modelo dinámico que establece una dimensión continua entre la salud y la enfermedad, en la que se situará un individuo determinado. Para ello se hace referencia al modelo continuo propuesto por Salleras (1985, en Roa op cit.), en el que se considera a la salud como el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo, lo que resulta en su plena adaptación biopsicosocial. Esto se aprecia de una mejor manera en la figura 1.1



- ☒ Asistencia general (médico general, pediatra...)
- ☐ Rehabilitación funcional y reinserción social
- ☒ ☒ Asistencia Especializada (médico, especialista, hospitalización, cirugía...)
- ☒ ☒ ☒ Asistencia Intensiva (cuidados continuos, enfermos crónicos y terminales...)

Este modelo hace alusión al Informe sobre la Salud de los canadienses, elaborado por el entonces ministro de Salud y Bienestar Nacional M. Lalonde (1974, en Roa op. cit.) en el que se señalan los siguientes determinantes de la salud y de la enfermedad:

- a) *Biología Humana*, en lo referente al sustrato fisiológico, aspectos genéticos y evolutivos.
- b) *Medio Ambiente*, a través de la contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.
- c) *Estilo de vida*, mediante la ejecución de conductas favorecedoras de la salud (ejercicio físico, alimentación adecuada, adopción de medidas preventivas...) de conductas de riesgo para la salud (fumar, consumo de otras drogas, estrés excesivo...), o incluso de conductas de enfermedad (que condicionan cuantitativa y cualitativamente la recuperación o la adaptación a la misma);
- d) *Sistema de Asistencia Sanitaria*, en lo que se refiere a la adopción de medidas políticas sobre la salud, calidad de la asistencia, medios técnicos o atención al paciente.

Con esto se observa que la Psicología de la Salud se encarga fundamentalmente del estudio de estas cuatro áreas y de la interacción entre ellas para la prevención o mantenimiento del estado de salud que se encuentra en un continuo hacia la enfermedad. Dentro de este modelo se hace especial énfasis en la influencia que las conductas de un individuo tienen en la consecución de la salud. Por lo tanto, la Psicología de la Salud abre la pauta para una rama más específica de la psicología que se especializa en esta parte conductual y que por lo tanto intenta hacer un papel más trascendente en el ámbito médico, intentando integrar la labor de diferentes profesionistas en la atención a la salud. Esta especialidad es la Medicina Conductual, marco conceptual del presente trabajo por lo cual a continuación se hace una revisión de sus postulados y el papel que desempeña en la atención a ciertos padecimientos como el cáncer.

¿Qué es Medicina Conductual?

En 1980 Matarazzo menciona que el término Medicina Conductual se usa para referirse al amplio campo interdisciplinario de índole científico, educativo y práctico, el cual se interesa en sí mismo por la salud y la enfermedad y las disfunciones relacionadas (por ejemplo la hipertensión esencial, hipercolesterolemia, desórdenes relacionados con el estrés, adicciones, obesidad, etc.). Dentro de este campo, el término "salud conductual" se refiere a una subespecialidad interdisciplinaria concerniente al mantenimiento de la salud y a la prevención de enfermedades y disfunciones en personas comúnmente saludables.

Sin embargo, el término fue acuñado desde años antes, en 1977 en la conferencia de Yale, donde los participantes acuerdan la siguiente definición: "Medicina conductual es el campo

interdisciplinario concerniente al desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual y las técnicas relevantes para la salud y la enfermedad, así como la aplicación de este conocimiento y estas técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (Schwartz y Weiss, 1978).

Es en esta conferencia donde también se propone una lista general de los problemas que pueden presentarse en cualquier desorden físico, y donde la medicina conductual puede tener aplicación:

1. Influencias socioculturales en la salud y enfermedad física, incluyendo estudios sociológicos, epidemiológicos y antropológicos.
2. Factores psicosociales que contribuyen a la salud y enfermedad física, dentro de los cuales están la psicología social, la personalidad y estudios psicofisiológicos que investigan el estrés conductual y emocional y las consecuencias que pueda tener.
3. Conductas relacionadas con la salud, conductas relacionadas con la enfermedad y conductas del rol de enfermo.
4. Determinantes cognoscitivas de salud y enfermedad física, con especial reconocimiento de factores placebo.
5. Desarrollo de técnicas diagnósticas conductuales, lo que incluye procedimientos de medición psicofisiológica (p. ej. estrés).
6. El dolor y su regulación.
7. Factores que contribuyen a la adherencia a la terapéutica médica (incluyendo estudios de “cumplimiento”) así como investigaciones relevantes sobre aproximaciones conductuales para el control del abuso de sustancias.
8. Contribuciones conductuales para el tratamiento y rehabilitación de desordenes físicos, lo que comprende manejo de estrés y terapias auto-regulatorias como la retroalimentación biológica y la relajación, además de la evaluación de diferentes técnicas de modificación de conducta.
9. Aproximaciones conductuales para la prevención de la enfermedad física y la promoción de la salud, dentro de lo cual están las investigaciones interdisciplinarias derivadas de la educación, economía y teoría de sistemas sociales.

Finalmente, el grupo también define aquello que queda fuera del interés y alcance de la medicina conductual:

- Enfermedad psiquiátrica tradicional (neurosis, psicosis) per se.
- Abuso de sustancias per se.
- Retardo mental per se.
- Problemas de bienestar social per se.

Así pues, desde que se establece el concepto de psicología de la salud y medicina conductual en 1977, se han venido desarrollando trabajos científicos en diversas áreas que han demostrado la efectividad de este tipo de intervenciones en los tres niveles ya mencionados.

Estos trabajos han tenido sobre todo un notable desarrollo en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas, sin embargo es una especialidad relativamente reciente, sobre todo en países como el nuestro, por lo cual, se considera muy importante desarrollar cada vez más intervenciones validadas, que permitan continuar con la aplicación de las técnicas conductuales en la atención de diversos padecimientos, con el fin de ayudar a incrementar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, a través de la reducción de síntomas psicológicos como la ansiedad y depresión, pero también fortaleciendo la adherencia a los tratamientos médicos, con lo cual se pueden observar mejores resultados en el proceso de recuperación o control de la enfermedad.

Estrés y salud

El estrés es un fenómeno que se ha estudiado desde hace muchos años debido a que se ve relacionado con el proceso de enfermedad. El término estrés fue acuñado en 1956 por Selye (Roa op. cit.) para denominar el conjunto de respuestas generales e inespecíficas del organismo ante determinadas circunstancias estimulares. Tales respuestas son experimentadas por el individuo en forma de sensaciones de cansancio, nerviosismo o malestar. Sin embargo, el estrés en su concepto original no refleja nada más que la forma de adaptación del organismo a su medio ambiente, que puede resultar en algunas circunstancias cambiante y amenazador para el bienestar y la vida del individuo.

Esta respuesta adaptativa llega a ser perjudicial para la salud, lo que Selye (op. cit.) explica a través del Síndrome General de Adaptación (SGA). El SGA consiste en un patrón trifásico de respuesta compuesto por: *la fase de alarma*, en la que el organismo se activa para enfrentarse a la situación amenazante; *la fase de resistencia*, en la que el organismo pone en funcionamiento y mantiene los recursos de enfrentamiento a la situación; y *la fase de agotamiento* en la que si el organismo no consigue superar la situación amenazante puede aparecer la enfermedad y en último extremo la muerte.

Con esto se puede observar que el estrés es adaptativo, ya que permite enfrentar una situación amenazante y esto trae consigo la supervivencia, por lo tanto es necesario para la vida, dado que supone la movilización de la energía del organismo en su defensa de las agresiones y demandas externas. Sin embargo, la persistencia de la respuesta de estrés, o el responder a la estimulación ambiental de forma permanente mediante el desencadenamiento de SGA, puede dar lugar a cambios estructurales y funcionales en el organismo que desemboquen en la aparición de enfermedad.

Dentro de las demandas externas se encuentra muchos estímulos psicosociales que pueden generar estrés, lo cual puede afectar directamente al sistema hormonal, al sistema autónomo y al sistema inmunológico. Inclusive pensar en sucesos estresantes futuros puede precipitar respuestas fisiológicas que estén presentes durante el suceso real. Hormonas como las catecolaminas (neurotransmisores del cerebro que ayudan a regular la presión sanguínea, la frecuencia cardíaca y niveles de glucosa en sangre) juegan un papel importante en la salud, ya que por ejemplo, los niveles crónicamente altos de catecolaminas pueden dañar al sistema cardiovascular (Caccioppo, Tassinari y Bernston, 2001).

También se ha observado que el estrés afecta al sistema inmunológico de modo que éste no pueda hacer frente de manera efectiva a los virus, bacterias, tumores y células irregulares. Esta relación entre los factores fisiológicos (por ejemplo, reacciones ante el estrés) y la respuesta del sistema inmunológico, aun se siguen estudiando (Brannon y Feist, 1997). En la actualidad todavía no queda claro si la inmunosupresión es un efecto directo del estrés o si es reflejo y parte de la respuesta corporal ante los acontecimientos estresantes, Sin embargo, el estrés parece constituir una influencia importante (aunque no única) sobre la salud y la enfermedad.

Lo que resulta interesante es que partiendo de que en ocasiones un mismo estímulo produce diferentes niveles de estrés a dos personas, el SGA se puede complementar con los modelos cognitivos del estrés. Como se mencionaba al inicio de este trabajo, la evaluación desempeña un papel fundamental en la respuesta de estrés. Así pues, modelos como el de Lazarus y Folkman (op cit.) demuestran como a partir de ciertos patrones interpretativos se pueden producir diferentes estilos de enfrentamiento a una misma situación estresante, lo cual ayuda a entender muchas cuestiones del proceso de enfermedad.

Por lo tanto, es importante detenernos a hablar de lo qué es el enfrentamiento o coping, el cual según Horowitz (1982, en Roa op. cit.) puede describirse como *todas aquellas conductas ejecutadas por el individuo dirigidas a lograr la mayor adaptación ante un suceso estresante*. Para Lazarus y Folkman (op. cit.), el enfrentamiento se refiere a *“los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar (reducir,*

minimizar, dominar, o tolerar) las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como que sobrepasan o exceden los recursos del individuo” (pp. 223)

Antes de seguir hablando de este término es importante mencionar que la palabra coping se ha traducido al español como afrontar, enfrentar o confrontar. Cuando esta palabra es usada para expresar precisamente el constructo antes mencionado, surge la controversia sobre cual es el término más apropiado. Al respecto se han llevado a cabo algunas investigaciones que pretenden sustentar el uso de uno u otro término. Para el presente proyecto se tomará como sustento el trabajo de doctorado de Góngora (2001) en el que se hace una revisión bibliográfica al respecto citando a autores como Díaz Guerrero, Díaz Lovíng y Reyes, y se llega a la conclusión de que la palabra enfrentamiento es la más adecuada para la cultura mexicana al hablar de coping. Esto se explica porque en primer lugar las palabras tienen un significado denotativo, referente a la relación signo - objeto, y uno connotativo que se refiere a la relación signo - objeto - persona. De esta manera la palabra enfrentamiento tiene un significado connotativo más apropiado en la cultura mexicana, ya que el enfrentamiento en los mexicanos es más pasivo que activo, el estilo predominante no es tan confrontativo como en otras culturas, los mexicanos tienden a enfrentar los problemas evadiendo o alejándose de la situación, y también ajustándose a ella más que cambiándola, es decir, usando distintas estrategias, lo cual no quiere decir que sean poco efectivas. Esto explica por qué en España es más usada la palabra afrontamiento, que significaría encarar, haciendo referencia a un estilo de enfrentamiento más activo.

Lazarus y Folkman (op. cit.) han estudiado detalladamente las diferentes estrategias o conductas de enfrentamiento, proponiendo hasta 8 tipos diferentes:

- a) *Confrontación*: acciones directas y en cierta medida agresivas orientadas a cambiar la situación.
- b) *Distanciamiento*: conductas de alejamiento de la situación.
- c) *Autocontrol*: intentos de regular los propios sentimientos y acciones.
- d) *Búsqueda de apoyo social*: conductas orientadas a la búsqueda de consejo, información, solidaridad y comprensión.
- e) *Aceptación de responsabilidad*: reconocimiento de la propia responsabilidad en la situación.
- f) *Huida - evitación*: de la situación estresante.
- g) *Planificación*: intentos de alterar la situación que implican el análisis de la misma.
- h) *Reevaluación positiva*: intentos de valorar la parte positiva de la situación considerándola de algún modo como favorecedora del desarrollo personal.

De esta manera, podemos ver la relevancia que el aspecto psicológico tiene en la producción y control del estrés, lo que va indicando el objetivo y eficacia que la Medicina Conductual

puede tener en la salud de las personas. Así mismo, se puede ver la alta correlación que hay entre el aspecto conductual y la salud, que es de lo que se habla a continuación.

Conducta y Salud

El aspecto conductual en cuanto a su relación con la salud es muy amplio, pero resulta interesante remarcar tres aspectos fundamentales, al hablar de conducta y salud, es necesario hacer referencia a las conductas de salud, de riesgo y de enfermedad.

Según Roa (op. cit.) existen diversas definiciones de *conducta de salud*, todas ellas hacen referencia a aquellos comportamientos que tienen como efecto el mantenimiento y promoción de la salud en ausencia de signos observables de enfermedad, conductas que pueden ser llevadas a cabo espontáneamente, o bien ser inducidas por otros con el objetivo de contrarrestar riesgos potenciales o peligros del ambiente.

En este sentido, algunos autores plantean una diferenciación entre conductas de salud propiamente dichas y conductas reductoras de riesgos. Así, las conductas de salud incluirían todos aquellos comportamientos que promuevan o potencien un estado de salud general, tales como la práctica de ejercicio físico o seguir una dieta adecuada. Las conductas reductoras de riesgos serían aquellas que contribuyen a reducir al mínimo el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades, por ejemplo, el dejar de fumar como forma de prevenir el riesgo de cáncer o enfermedad coronaria. Sin embargo, ambas se engloban bajo una misma definición propuesta por Kirchst en 1983 (Roa op. cit.) y que comparten la mayoría de los investigadores en este tema: *cualquier actividad emprendida por una persona que se considera a sí misma sana, con el propósito de prevenir la enfermedad o detectarla en una etapa asintomática.*

Por otro lado, *la conducta de riesgo* se refiere a patrones de conducta, estilos de vida, hábitos adquiridos en edades tempranas de la vida, que pueden constituir en sí mismos factores de riesgo para la salud. Existe una amplia variedad de comportamientos de riesgo para la salud, tales como el consumo de tabaco, abuso de sustancias tóxicas (alcohol y otras drogas), alimentación inadecuada, ausencia de ejercicio físico o práctica inadecuada del mismo, falta de medidas de seguridad doméstica y vial, ausencia de apoyo social y familiar, o patrón de conducta tipo A, entre otros.

Así vemos como las conductas, hábitos y estilos de vida pueden afectar tanto a la salud como a la enfermedad. Todo, desde el tabaquismo, los excesos en la bebida o la dieta inadecuada hasta las prácticas deficientes de higiene, pueden participar en ello. Con frecuencia, tales conductas están profundamente enraizadas en valores culturales o necesidades y expectativas personales. En cualquier caso, no se les puede cambiar con facilidad.

Además otro problema surge de las formas en que algunas personas responden ante la enfermedad. Con frecuencia no pueden o no quieren apreciar la gravedad de su enfermedad y no buscan ayuda médica oportuna. Y después, cuando obtienen el consejo médico, no lo siguen. En cierto grado todos estos factores pueden dar lugar a resultados desagradables. En este último caso hablamos de las *conductas de enfermedad*, que además de lo anterior también se refiere a *cualquier actividad emprendida por una persona que se siente enferma, con la finalidad de definir su estado de salud o de descubrir un remedio adecuado*.

La conducta de enfermedad no constituye una forma estable de respuesta en las personas, sino que puede variar en función de diferencias transculturales, en función de la personalidad, en relación a la edad y el sexo, y puede variar en función de la historia personal de enfermedad y de las variables situacionales. De esta manera, se observa que el aprendizaje es pieza fundamental en el desarrollo de estas conductas, puesto que principios básicos como el modelamiento o los tipos de reforzamiento explican las diferentes respuestas que las personas pueden tener ante una enfermedad.

Otro aspecto importante de las conductas de enfermedad se centra en el enfrentamiento de la enfermedad aguda y crónica. Una enfermedad crónica puede definirse como aquel trastorno orgánico - funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo (Beneit, 1992 en Roa op. cit.). En este tipo de enfermedades los pacientes tiene que enfrentarse al período agudo de la enfermedad, para después acoplarse a un nuevo estilo de vida con el trastorno crónico que puede durar toda la vida. Es aquí cuando la intervención del psicólogo es muy valiosa, por lo que esto implica.

Rango de Aplicaciones

Una descripción completa de todos los problemas a los que se dirige la medicina conductual está más allá del alcance de este trabajo. Sin embargo, se puede mencionar una lista parcial de los problemas de salud en los que se puede intervenir:

Obesidad	Calidad de vida
Enfermedad cardiovascular	Salud en la mujer
Dolor relacionado a enfermedad	Ansiedad
Dolor de cabeza	Cáncer
Dolor miofacial	Rehabilitación
Apoyo social	Enfermedad pulmonar
Asma	Presión arterial alta
Depresión	Dolor crónico
VIH / SIDA	Diabetes

Los métodos de intervención (Phares, 1999) que la medicina conductual emplea principalmente son:

- **Retroalimentación biológica:** Es el registro de algunos aspectos del funcionamiento fisiológico del paciente (p. ej. frecuencia cardíaca, presión sanguínea) a través de un aparato y después se realimenta la información al paciente por medio de alguna señal auditiva o visual.
- **Relajación:** Es un método diseñado para producir un estado de menor excitación a través de los esfuerzos del individuo. Consiste en una explicación amplia al paciente sobre la relación entre estrés y estilos de vida, la medición de la intensidad y percepción de la tensión en el paciente, automonitoreo de tensión y por último entrenamiento en relajación.
- **Estrategias cognitivas:** Incluyen la reestructuración cognitiva y el entrenamiento de inoculación contra el estrés, entre otras. Por ejemplo una paciente que no quiere someterse a cirugía por que tiene ideas irracionales al respecto (muerte o vida sexual nula posterior a la operación).
- **Métodos de autocontrol:** Es la capacidad que la propia persona tiene para arreglar su ambiente de manera tal que este le permita llevar a cabo conductas saludables. Esto se logra por medio de técnicas como el autorregistro de la conducta, especificar una meta, administración de incentivos y ensayos conductuales.
- **Apoyo social:** Es la idea básica de que los vínculos interpersonales pueden promover la salud, aíslan a las personas del daño cuando se enfrentan con el estrés, disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad y ayudan a los individuos a obedecer y mantener lo regímenes de tratamiento.
- **Solución de problemas:** Es una técnica terapéutica desarrollada por Nezu (1999) desde 1978, en la que se siguen pasos sistemáticos para que los pacientes aprendan a solucionar problemas a los que se encuentran en situaciones tales como las enfermedades crónicas, esto a partir del modelo de estrés en el que una parte importante para manejarlo es precisamente esta resolución de problemas.

Para fines del presente trabajo, se utilizarán tres técnicas en especial: La Terapia de Solución de Problemas (D´Zurrilla y Nezu, 1999; Nezu et al., 1999), la Reestructuración Cognoscitiva y las Técnicas de Relajación para el manejo de Ansiedad, debido a que son técnicas que han demostrado ser efectivas para el tratamiento psicológico de pacientes con enfermedades crónicas tales como el cáncer, esto se mencionará más adelante al citar algunas investigaciones realizadas con pacientes que fueron sometidos a quimioterapia.

Por lo tanto, resulta pertinente describir brevemente estas tres técnicas ya que con esto se tiene un panorama acerca del tratamiento propuesto en este trabajo.

Terapia de Solución de Problemas

Es una orientación terapéutica que tiene el sustento subyacente de que el estilo de enfrentamiento enfocado a la solución del problema sirve como moderador en la relación estrés - distrés. De manera más específica, entre más efectiva sea la gente para resolver un problema, menor será la cantidad de estrés que experimentará. Por el contrario, si una persona tiene dificultad en enfrentar las dificultades, muy probablemente experimentará depresión, ansiedad, y otros síntomas del distrés (Nezu et al., op cit).

Los pasos que se siguen en esta modalidad terapéutica son:

1. **Formulación y Definición del Problema:** Se trata de enunciar el problema en términos objetivos que lo delimiten para encontrar posteriormente una solución. Para ello es necesario obtener suficiente información, usar un lenguaje claro, minimizar percepciones erróneas, identificar las razones por la cuales este es un problema y plantear metas realistas.
2. **Generación de alternativas:** Se trata de ayudar a las personas a pensar en un amplio rango de posibles soluciones. Entre mayor sea el número mayor es la probabilidad de encontrar la solución más efectiva. Para ello se usa el procedimiento de "tormenta de ideas", donde se anotan todas las ideas que se vengan a la mente, sin juzgar si son buenas o "tontas".
3. **Toma de Decisiones:** Se refiere a la evaluación que se hace de cada alternativa para seleccionar la más efectiva para llevarse a cabo. Lo principal es que la evaluación se base en las consecuencias que la alternativa tiene para la persona y para otros.
4. **Implementación y Verificación:** En este paso, la persona ya está lista para llevar a cabo la solución. Las personas en esta etapa necesitan comparar el logro actual con los logros que se hubieran alcanzado con otras alternativas.

Reestructuración Cognitiva

Para hablar de esta técnica, es necesario explicar primero en qué consiste *La Terapia Cognitiva*, la cual está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación...Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan, y piensan sobre, una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sientene; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación" (Ellis, 1962; Beck, 1964, cit. en Obst, 2002 pp.4).

La Terapia Cognitiva utiliza de manera fundamental esta técnica que consiste en modificar pensamientos desadaptativos por pensamientos más adaptativos que ayuden a las personas a controlar sus emociones y conductas. Esta técnica tiene su origen en la propuesta de Albert Ellis (1981) con la “teoría racional - emotiva”, y usada posteriormente en otro tipo de terapias cognitivas como la de Aaron Beck (1986), con lo que alcanza un buen sustento científico. La mejor manera de describir esta técnica es citando lo que plantean cada uno de estos autores.

La teoría racional - emotiva conductual (TREC) afirma que en el fondo de una alteración psicológica lo que existe es la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que van percibiendo a lo largo de su vida. Estas evaluaciones se verbalizan en forma de palabras dogmáticas como: “debo”, “tengo”, “es mi obligación”. Estas creencias son consideradas como irracionales por la teoría de la TREC, porque suelen (aunque no siempre) impedir y obstaculizar que las personas persigan sus metas y propósitos más importantes (Ellis, op. cit.).

A partir de estas creencias irracionales es probable llegar a tres conclusiones:

1. El “tremendismo” que ocurre cuando al percibir un suceso lo valoramos como malo en más de un 100%, una conclusión exagerada y de carácter mágico que se deriva de la creencia: “esto no puede ser tan malo como parece”
2. La “condenación” que representa la tendencia de clasificarse a uno mismo a otros como “subhumano” o “inservible” si él o algún otro hace algo que no debe o si no hace algo que “debería hacer”.
3. La “no soportantitis”, que significa creer que no se puede experimentar ninguna felicidad nunca, y bajo ningún tipo de condiciones, en el caso de que un acontecimiento que no “debe” pasar, ocurra realmente o amenace con ocurrir.

En este caso la reestructuración cognitiva consiste en promover el cambio de las ideas irracionales por ideas racionales adaptativas. La técnica consiste en:

- a) Detectar: Buscar las creencias irracionales, particularmente los “deberías” que llevan a las emociones intensificadas y a las conductas autoderrotistas.
- b) Debatir: Es cuando el terapeuta realiza ciertas preguntas que están diseñadas para ayudar al cliente a abandonar las creencias irracionales. Por ejemplo: ¿dónde está la evidencia?, ¿de qué manera es falsa esa creencia?, etc. El terapeuta procede con

este tipo de interrogatorio hasta que el cliente reconozca la falsedad de una determinada creencia, y la veracidad de la alternativa racional.

- c) **Discriminar:** Implica que el terapeuta ayude al paciente a diferenciar claramente entre sus valores relativos (preferencias, gustos, deseos, etc.) y sus valores absolutistas (necesidades, demandas e imperativos).
- d) **Definir:** Aquí el terapeuta ayuda al paciente a efectuar definiciones cada vez más precisas empleando su propio lenguaje en lo que se refiere a sus creencias.

Por su parte Beck (op. cit.) habla de la influencia que el pensamiento tiene en el estado de ánimo. Este autor dice que la terapia cognitiva consiste en aquellas aproximaciones que alivian el distrés a través de la corrección de concepciones erróneas y señales autopercibidas. Sin embargo, el énfasis en el pensamiento no debe oscurecer la importancia de las reacciones emocionales que comúnmente son fuente inmediata de estrés. Esto significa que se puede llegar a las emociones de las personas a través de sus cogniciones, por lo tanto, por medio de la corrección de creencias erróneas, se pueden disminuir o modificar reacciones emocionales inapropiadas.

Beck (en Obst, 2002 pp. 5) explica el sistema cognitivo de la siguiente manera:

Las **reacciones** a la percepción de una persona pueden ser: **Emotivas, Conductuales o Fisiológicas.**

Los **pensamientos automáticos** son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, son más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal (“lo que me estoy diciendo a mí mismo”) y / o visual (imágenes).

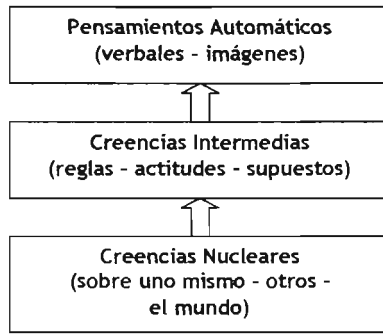
Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. Las **creencias intermedias** están constituidas por: reglas (normas), actitudes y supuestos.

Las creencias más centrales, las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas **creencias nucleares** desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones fundamentales y profundas de **sí mismos, de las otras personas y de su mundo.**

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas creencias intermedias, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos)

A continuación se representa a través de la figura 1.2 el Sistema Cognitivo Básico propuesto por Beck.

Figura 1.2 Sistema Cognitivo Básico de Beck



Los *objetivos* de la terapia cognitiva según Beck son:

- Dirigir distorsiones tangibles de la realidad

Las personas que tienen algún problema emocional generalmente perciben la realidad de manera distorsionada. El terapeuta puede detectar estas distorsiones por medio de pensamientos automáticos para entonces dirigir la cognición hacia percepciones más realistas.

Las distorsiones cognitivas o formas no válidas de razonamiento más frecuentes que han mencionado los autores son:

1. Pensamiento “de todo o nada” (“pensamiento dicotómico”, o “en blanco y negro”).
2. Adivinación del futuro (“catastrofización”).
3. Descalificar o descartar lo positivo.
4. Inferencia arbitraria.
5. Razonamiento emotivo (“siento que...”)
6. Explicaciones tendenciosas.
7. Rotulación (“etiquetar”).
8. Magnificación / minimización. (Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo).

9. Filtro mental (“abstracción selectiva”).
10. Lectura de la mente.
11. Generalización (o “sobregeneralización”).
12. Personalización.
13. Expresiones con “debe” o “debería” (exigencias, demandas).
14. “Visión de túnel”.

- Pensamiento Ilógico

Es cuando la apreciación de la realidad no está distorsionada, pero el sistema para hacer inferencias tiene fallas. En tales casos se trabaja con premisas falsas que pueda haber o con el proceso de llegar a conclusiones en sí mismo.

- Relación terapéutica = colaboración

Esto significa que en la terapia cognitiva el paciente y terapeuta en conjunto establecen la meta del tratamiento y el plan a seguir. Además este plan se puede ir modificando conforme las demandas del paciente. El rol del terapeuta es trabajar con el paciente contra el problema, con ello logra más fácilmente adquirir características tales como: autenticidad, calidez, aceptación y empatía, que ayudan a lograr la meta planteada en el tratamiento.

- Reducción del Problema

El proceso de identificar problemas con causas similares y agruparlos todos juntos es llama “reducción del problema”. Una vez que estas dificultades multifactoriales están condensadas en un solo problema, el terapeuta puede seleccionar las técnicas adecuadas para reducir la frecuencia o intensidad de este.

- Aprender a aprender

La terapia cognitiva se enfoca en ayudar al paciente a desarrollar maneras de aprender de sus experiencias y resolver sus problemas. El paciente toma un papel activo al trabajar sus dificultades, de esta manera, una terapia exitosa no solo implica bienestar por solucionar el problema original, sino un cambio psicológico que le prepara a emprender nuevas metas.

- Funcionalidad

Se consideran disfuncionales a los pensamientos que:

- 1) Distorsionan la realidad
- 2) Son causa de perturbación emocional
- 3) Interfieren con la capacidad del paciente para lograr sus metas

Por lo tanto, los pensamientos se pueden evaluar en función de dos conceptos: su validez (ajuste a la realidad - concepción positivista) y/o su utilidad o consecuencias (concepción

pragmática y coincidente con la corriente constructivista). O sea que un pensamiento puede ser disfuncional por uno (o más) de los siguientes criterios:

- a) No coinciden con los hechos observables (realidad)
- b) Aunque se ajustan a la realidad en la observación, incluyen conclusiones erróneas.
- c) Generan consecuencias disfuncionales, indeseables o que dificultan o impiden el logro de los objetivos de la persona.

Por lo tanto, la Terapia Cognitiva se enfoca a que la reestructuración cognitiva promueva la funcionalidad de las personas, es decir, que logren sus objetivos personales con mayor facilidad.

En cuanto a las *técnicas* de la terapia cognitiva que Beck menciona, están:

- **Método Experimental**

El proceso de ayudar al paciente a identificar y corregir sus distorsiones cognitivas requiere la aplicación de ciertos principios científicos como lo es la verificación de hipótesis. Cuando percibimos estímulos las personas tendemos a hacer hipótesis y a partir de ellas llegamos a conclusiones, sin embargo, este proceso lógico puede afectarse por la carga psicológica personal (valores, creencias, experiencias) y obstaculizar una conclusión correcta, por lo tanto, es necesario hacer a un lado este bagaje personal para partir de datos reales y así llegar a la mejor inferencia.

- **Reconocimiento de Ideas Desadaptativas**

Los “pensamientos desadaptativos” son ideas que interfieren con la habilidad para enfrentar experiencias de la vida, este tipo de pensamientos irrumpen innecesariamente la armonía interna y producen reacciones emocionales inapropiada o excesivas.

Estos pensamientos interfieren en el bienestar del paciente o en la obtención de objetivos importantes. Como ya se mencionó anteriormente, Beck los llama “pensamientos automáticos” y dice que surgen como reflejo, puesto que no hay una reflexión o razonamiento previo a ellos. La técnica consiste en identificar este tipo de pensamientos ya que al ponerles atención se puede estar alerta y analizar su contenido.

- **Llenar el espacio en blanco**

Es un procedimiento para ayudar al paciente a identificar los pensamientos automáticos, consiste en entrenarlo para que observe la secuencia de eventos externos y sus reacciones a estos. A veces la incomodidad emocional es la clave para encontrar el puente entre ella y el estímulo que lo desencadenó. En este puente se encuentran los pensamientos automáticos. Esto es análogo al ABC de Ellis (op. cit.), donde el A es el evento desencadenante, el C es la consecuencia emocional o conductual, y el B se constituye de pensamientos y creencias. Para

identificarlos se le propone al paciente imaginar la situación para recordar estos pensamientos, o bien la próxima vez que esté en una situación similar poner atención a lo que está pensando.

- **Verificar conclusiones**

Consiste en enseñar al paciente a cuestionar las conclusiones que hace, en función de si son imprecisas o injustificadas. Ya que el paciente habitualmente tiene conclusiones distorsionadas, el procedimiento terapéutico consiste en explorar sus conclusiones y contrastarlas contra la realidad.

- **Cambiar las reglas**

La gente actúa y piensa (etiqueta, interpreta y evalúa) conforme a ciertas reglas. Cuando estas reglas se establecen en términos absolutistas, son irreales o se usan de manera inapropiada o excesiva, frecuentemente producen inadaptación. Esto resulta en alteraciones tales como: ansiedad, depresión, fobia, manía, estado paranoide u obsesión. Esto es equivalente a lo que Ellis llama “ideas irracionales”.

Para que tengan un mejor uso, las reglas necesitan ser modificadas para que sean más precisas, menos egocéntricas, y más realistas. Cuando se cae en cuenta que las reglas son falsas, autodevaluatorias o intratables, tiene que ser desechadas del repertorio. En tales casos, terapeuta y paciente trabajan juntos para sustituirlas por reglas más realistas y adaptativas.

Según Dattilio y Padesky (1990, en Obst, op. cit.) el terapeuta trabaja y espera lograr el cambio en tres niveles: a) el superficial, consistente en los “pensamientos automáticos”, b) el intermedio, consistente en los “supuestos subyacentes” (integrados por las creencias intermedias) y c) el profundo o nuclear, consistente en los “esquemas”.

Algo importante de mencionar es que la Terapia Cognitiva de Beck cuenta con evidencia científica de su efectividad en trastornos tales como depresión y ansiedad (Beck, op cit; et al. 1983) lo cual da la pauta para que se retome y aplique a otros problemas relacionados con la salud.

Técnicas de Relajación para el Manejo de Ansiedad

Hay varias técnicas que son de gran utilidad para controlar la ansiedad. A continuación se hace una revisión de cuatro técnicas que mencionan Davis et al. (1985) en su libro sobre técnicas de autocontrol emocional.

- **Respiración Diafragmática**

Una respiración correcta es un antídoto contra el estrés. El diafragma, músculo que separa la cavidad torácica de la cavidad abdominal, colabora en la respiración de forma importante, sobre todo en la fase de inspiración. Al respirar se contrae y la cavidad torácica aumenta de volumen, posibilitando la entrada de aire a los pulmones. Cuando se relaja, los pulmones se contraen y el aire es expulsado al exterior. El ejercicio consiste en respirar lenta y profundamente para que el aire llegue hasta el diafragma y todo el cuerpo reciba una buena cantidad de oxígeno.

Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de la ansiedad, de la depresión, de la irritabilidad, de la tensión muscular y de la fatiga.

- **Relajación Muscular Progresiva**

Es imposible que coexistan la sensación de bienestar corporal y la de estrés mental. La relajación progresiva de los músculos reduce la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, así como el grado de transpiración y la frecuencia respiratoria, y cuando se realiza de modo correcto puede llegar a tener el mismo efecto que un fármaco que actúe reduciendo la ansiedad.

La mayoría de personas desconoce cuáles de sus músculos están tensos de una forma crónica. La relajación progresiva proporciona el modo de identificar estos músculos o grupos de músculos y de distinguir entre la sensación de tensión y la de relajación profunda. Esto se hace tensando y relajando grupos de músculos, mientras se orienta toda la atención a la diferencia de sensaciones.

Mediante esta técnica se han conseguido excelentes resultados en el tratamiento de la tensión muscular, la ansiedad, el insomnio, la depresión, la fatiga, el colon irritable, los espasmos musculares, el dolor de cuello y espalda, la hipertensión, las fobias moderadas y el tartamudeo.

- **Frases Autógenas**

Es un programa sistemático para enseñar al cuerpo y a la mente a responder de una forma rápida y efectiva a las órdenes verbales de relajación y vuelta a un estado normal de equilibrio. Es uno de los métodos más amplios y efectivos de reducción del estrés crónico.

Básicamente lo único que hay que hacer es relajarse, no distraerse, ponerse cómodo y concentrarse pasivamente en fórmulas verbales que sugieran calor y pesadez den los miembros. Por ej. “Mi mano está caliente”, los músculos lisos que controlan el calibre de los vasos sanguíneos de la mano se relajan, con lo que permiten que acuda mayor cantidad de sangre a esta zona.

- Imaginería

Para reducir el estrés de forma significativa, contamos con la ayuda de un arma poderosa: la imaginación. Para sobreponerse a sentimientos de tristeza y ansiedad hay que concentrar la mente en imágenes positivas para alcanzar emociones más adaptativas. El ejercicio consiste en inducir la relajación en un paciente mediante un relato lo más vívido posible de escenas relajantes, que el mismo paciente elige y mientras las cuales se les repiten palabras que se asociarán a esta relajación.

Esta técnica es efectiva en el tratamiento de diversas enfermedades físicas y otras relacionadas con el estrés, entre las que se encuentran los dolores de cabeza, los espasmos musculares, el dolor crónico de causa no determinada y la ansiedad generalizada o situacional.

MEDICINA CONDUCTUAL EN ONCOLOGÍA

Una vez que se ha revisado lo que es y comprende la medicina conductual, ahora se hará referencia a la aplicación que esta especialidad tiene en el ámbito de la oncología que es el área médica donde se aplica el presente trabajo. Para ello es importante entender en primer lugar qué es el cáncer y cómo es su tratamiento, para entender entonces la necesidad de intervenir desde el punto de vista psicosocial, partiendo de los trabajos que se han llevado a cabo al respecto ya que son ellos los que dan la pauta para abrir nuevas líneas que contribuyan al fortalecimiento de la medicina conductual.

¿Qué es el cáncer?

Al comenzar por la definición de cáncer, es importante mencionar primero la definición de Instituto de Cancerología que dice que: *el cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por una alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular, lo que conduce a la expansión de una clona capaz de invadir los tejidos adyacentes y diseminarse hacia sitios distantes. Por lo regular, este trastorno conduce a la muerte debido al deterioro de órganos vitales* (Herrera, Granados y de la Garza, 2003, pp. 3).

Una definición más didáctica es la que hacen Nezu et al. (1999) en su libro sobre la terapia de solución de problemas para pacientes con esta enfermedad. Ellos dicen que *cáncer es el crecimiento incontrolado y la acumulación de células anormales*. Añaden que las células normales se comportan de acuerdo a una serie de reglas genéticas preprogramadas únicas para cada tipo de células (ej. piel, sangre, y cerebro). Las células cancerosas, en cambio, no

siguen reglas biológicas, se dividen más rápidamente de lo usual, crecen en forma desordenada, y no maduran apropiadamente.

Estos autores llaman a estas células *inmortales* ya que no saben cuando dejar de dividirse o cuando morir. Pueden destruir tejido normal circundante y tienden a esparcirse a través del cuerpo. Este proceso anormal de *malignidad* termina en la acumulación de células cancerosas que eventualmente forman una masa o *tumor*. Si la proliferación de este crecimiento canceroso no se detiene, las células anormales se pueden extender hacia áreas conjuntas y formar *metástasis* que son como “hijos” del tumor en otras partes del cuerpo. Eventualmente, los órganos afectados no pueden llevar a cabo sus funciones, lo que puede llevar a la muerte.

Baum y Andersen (2002) mencionan que el cáncer es una enfermedad complicada, que representa una colección de más de 100 síndromes locales que se caracterizan por un debilitamiento crónico de las restricciones de proliferación celular, por la inactivación de los mecanismos de apoptosis (procesos que llevan a las células defectuosas a “suicidarse” al destruirse ellas mismas), y por la capacidad de desarrollar malignidad (p. ej. invadir otros lugares y tejidos).

Dentro de los diferentes tipos de cáncer se pueden mencionar los siguientes que se citan en el manual del Instituto de Cancerología: neoplasias de cabeza y cuello (neoplasias orbitarias, de la cavidad nasal y senos paranasales, cáncer de nasofaringe, de la cavidad bucal y bucofaringe, de la laringe e hipofaringe, de tiroides, tumores de las glándulas salivales, de paratiroides y sarcomas de tejidos blandos); neoplasias de tórax (cáncer de pulmón, mesotelioma y tumores de mediastino); neoplasias gastrointestinales (cáncer de esófago, gástrico, colorrectal, de la región anal, de hígado, de vesícula y vías biliares, de páncreas y tumores malignos del intestino delgado); neoplasias de la mama (tumor filoides, carcinoma in situ y cáncer de mama); neoplasias ginecológicas (cáncer cervicouterino, de vulva, de endometrio, de ovario, de vagina y sarcomas uterinos); neoplasias urológicas (cáncer de riñón, de vejiga, de próstata, de pene de testículo); neoplasias de la piel, tejidos blandos y hueso (carcinomas de la piel, melanoma maligno, sarcomas de tejidos blandos en el tronco y extremidades y tumores óseos); neoplasias nerviosas centrales; neoplasias del sistema linfohematopoyético (enfermedad de Hodgkin, linfomas, leucemias y mielomas).

De acuerdo a cada tipo de cáncer se valora la extensión de la malignidad por medio de diversos estudios diagnósticos (biopsia, tomografía, ultrasonido, etc.) cuya revisión escapa de los fines de este trabajo. Sin embargo, algo importante de mencionar es que de acuerdo a este diagnóstico se clasifica el avance de acuerdo a un sistema llamado TNM (del inglés tumor, node, metastases) que se refiere al tamaño del tumor, la presencia de nódulos o ganglios y la aparición de metástasis.

Los factores pronósticos pueden ser inherentes al tumor, como el tamaño, diferenciación, localización y aspecto macroscópico. Pueden ser propios del paciente, por ejemplo la edad, sexo, estado general o enfermedades concomitantes. O bien, pueden vincularse con el tratamiento: tipo, dosis o relación temporal entre los componentes de la terapia.

Epidemiología

Según el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas - RHNM (Instituto Nacional de Cancerología, 1999), se estima que 4 de cada 10 mexicanos desarrollarán alguna forma de cáncer y 1 de cada 5 morirá por esta causa. En México, la tasa de mortalidad fue de 14.2/100 000 habitantes en 1992 y para 1994 había aumentado a 40/100 000. En ese último año ocupó el segundo lugar como causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y representó el 11% del total de muerte ocurridas (44 423).

En 1994 también se notificaron 62 725 casos nuevos, 65% de los cuales se identificó en mujeres. Los más afectados fueron los individuos mayores de 75 años (10%) y en seguida los de 60 a 64 años (8%). La mayor mortalidad se observa entre las personas de edad avanzada y los grupos socioeconómicos menos privilegiados, en quienes la mortalidad es casi tres veces mayor respecto de la población.

En el cuadro 1.1 se resumen el número de muertes anuales por cáncer en México. En 1990 se registraron 41 168 defunciones por tumores malignos; en 1999 esta cifra se elevó a 53 662 muertes, incremento que significó alrededor de 12 500 muertes por un periodo de 10 años. Durante este lapso, el cáncer de pulmón evidenció un aumento de aproximadamente 1 200 defunciones, 500 para el cáncer de estómago y 330 muertes más para el cáncer cervicouterino. Estas cifras explican apenas el incremento sustancial relacionado con la mortalidad por cáncer. Lo que indica la intervención de otros tumores que son causa de muerte, como los de mama y colon.

Cuadro 1.1 Mortalidad por cáncer en México (1990-1997). RHNM (INC, 1999)

AÑO	GENERAL	PULMÓN	ESTÓMAGO	CACU
1990	41 168	5 058	4 280	4 204
1991	41 985	5 230	4 348	4 194
1992	43 692	5 450	4 521	4 346
1993	44 951	5 738	4 605	4 369
1994	46 423	5 847	4 671	4 365
1995	48 222	5 970	4 685	4 392
1996	49 916	6 000	4 925	4 526
1997	51 254	6 385	4 799	4 534

En los cuadros 1.2 y 1.3 se observan las tasas de incidencia de los tumores más frecuentes en México para varones y mujeres de 1993 a 1997. En las mujeres, el cáncer cervicouterino y el cáncer de mama tuvieron las mayores tasas, seguidos por las tumoraciones uterinas, ováricas y gástricas. En los varones, los cánceres de pulmón, próstata, estómago, vejiga y testículo son los de mayor incidencia.

Cuadro 1.2 Los 10 principales tumores malignos en varones según el RHNM (INC, 1999.)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
Próstata	2 343	3 071	3 674	5 138	5 211	4 942	5 132	29 511
Estómago	1 121	1 339	1 620	1 532	2 132	1 824	1 829	11 397
Pulmón	868	985	1 139	1 652	1 714	1 328	1 297	8 983
Vejiga	829	927	1 136	1 366	1 458	1 335	1 408	8 459
Colon	428	551	596	744	935	920	1 020	5 194
Testículo	652	807	1 233	2 027	1 179	1 047	926	7 871
Sarcomas	585	900	1 332	792	1 032	767	705	6 113
Laringe	580	653	842	756	1 033	865	762	5 491
Cerebro	389	671	702	758	851	669	677	4 717
Riñón	400	482	660	770	840	739	695	4 586

Cuadro 1.3 Los 10 principales tumores malignos en mujeres según el RHNM (INC, 1999.)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total
CaCu	11 023	14 554	15 749	15 312	20 008	19 506	20 458	116 610
Mama	5 712	6 406	7 791	9 175	9 050	9 490	9 563	47 634
Ovario	1 081	1 354	1 684	2 000	2 991	2 012	1 858	12 980
Útero	1 068	1 049	1 432	3 710	1 938	1 431	1 631	12 259
Estómago	803	1 004	1 258	1 516	1 560	1 431	1 469	9 041
Tiroides	715	894	1 211	1 104	1 458	1 362	1 388	8 132
Sarcomas	540	791	1 179	795	1 065	701	706	5 777
Pulmón	463	470	492	947	842	732	652	4 598
Colon	413	555	728	820	957	936	1 067	5 476
Cerebro	326	502	568	624	695	503	535	3 753

De esta manera, se puede apreciar que el cáncer es un problema de salud pública y que es una prioridad desarrollar tratamientos que contribuyan a su detección y tratamiento, con el fin de controlar el notable crecimiento que hay en la incidencia de esta enfermedad.

Tratamiento

Nezu et al. en su revisión mencionan que el tratamiento del cáncer comprende cuatro grandes categorías: cirugía, radiación, quimioterapia, y terapia biológica. Cualquiera de estos puede usarse como *tratamiento primario*, que se refiere a la intervención más grande

para cierto tipo de cáncer. La *terapia adyuvante* se da después de que un tratamiento primario se implementó. Sirve para eliminar las células cancerosas microscópicas que no fue posible reseca en cirugía. La *terapia neo-adyuvante* ocurre antes del tratamiento primario con el fin de controlar sitios conocidos o potenciales de metastasis.

Hay tres metas principales del tratamiento: cura, control y paliación. La *cura* es factible para algunos tumores, según su tamaño y tipo, por ejemplo en el caso de cáncer de testículo, cervicouterino y de piel. El *control* se lleva a cabo cuando no es posible la cura, como medio de contención del tumor. La *paliación* se refiere al confort y alivio de los síntomas cuando la cura es imposible.

En México es más común que se utilicen como tratamiento la cirugía, quimioterapia y radiación, ya sea como tratamiento primario, adyuvante o neoadyuvante; con los propósitos de cura, control o paliación, conforme a las características del padecimiento.

Es importante citar lo que Nezu et al. escriben sobre cada categoría de tratamiento. Sobre la cirugía dicen que es el tratamiento más antiguo para el cáncer. Muchos tipos de cáncer son curados con cirugía más que con ninguna otra forma de tratamiento. Además de la cura, la cirugía tiene otros fines como tratamiento preventivo, reconstrucción o apoyo para la quimioterapia o radiación.

Según el Instituto de Cancerología, los procedimientos quirúrgicos son claves en la supervivencia de la mayoría de los pacientes con cáncer y representan el 62 % de las curaciones. La cirugía oncológica es la aplicación de los principios quirúrgicos a la solución de problemas tumorales.

La *quimioterapia* se usa para el tratamiento de tumores hematológicos o sólidos que han metastatizado otras áreas. Se puede usar para cura, control o paliación del proceso canceroso. Actúa por medio de drogas antineoplásicas que tienen la función de matar las células malignas. Sin embargo, es un tratamiento sistémico que también mata células normales, produciendo muchos efectos colaterales. Los efectos secundarios más comunes incluyen la pérdida del cabello, bajos niveles de células blancas y plaquetas, náusea, vómito, diarrea y fatiga. Debido a esto es importante el seguimiento y los cuidados médicos durante el tiempo de administración.

De acuerdo al Instituto de Cancerología, este tratamiento por sí mismo tiene un porcentaje de curación del 4% pero es un tratamiento que por lo común se combina con alguno de los otros, además este tratamiento en función de su objetivo y el tratamiento principal se clasifica como:

1. *Quimioterapia neoadyuvante*. Se administra antes de la radioterapia o cirugía, con lo que se permite valorar la sensibilidad del tumor y la reducción del volumen tumoral para facilitar el control local; también controla de manera temprana las micrometástasis y en el caso de una buena respuesta, facilita la preservación de órganos. La desventaja principal es que retrasa el control local en caso de mala respuesta.
2. *Quimioterapia adyuvante*. Se indicia después de un tratamiento local (cirugía o radioterapia) y en ausencia de evidencia de enfermedad sistémica. Tiene como objetivo eliminar las micrometástasis y reforzar el control local. Su principal desventaja es que no se conoce la sensibilidad del tumor, lo que podría conducir a toxicidad infructuosa.
3. *Quimioterapia concomitante*. Se refiere a la quimioterapia administrada en forma simultánea con la radioterapia. De esta manera el efecto citotóxico del agente quimioterápico potencia el efecto local de la radioterapia. Su principal inconveniente es la notable toxicidad que podría obligar a la suspensión del tratamiento.
4. *Quimioterapia paliativa*. Su objetivo es aliviar las manifestaciones de la enfermedad o prolongar el periodo libre de enfermedad cuando la curación no es posible. Se administra cuando el tumor puede responder de forma parcial y ofrece un alivio temporal de los síntomas.

La radioterapia también se usa para cura, control y paliación de varios tumores. La radiación trabaja en el nivel celular usando niveles altos de ondas de energía o partículas. Las células cancerosas mueren debido a los efectos dañinos de la radiación en las moléculas de DNA de las células. A la par se mueren células normales, sin embargo, tienen la capacidad de repararse a diferencia de las células cancerosas. Por lo tanto se producen efectos secundarios parecidos a los de la quimioterapia, pero son acumulativos y se presentan alrededor de 6 meses después de concluido el tratamiento.

De acuerdo a los porcentajes de curación de cada tratamiento a los que hace referencia el Instituto de Cancerología, la radioterapia tiene un 27.5%. De acuerdo a la forma de administración, la radioterapia puede ser externa, a lo que se le llama *teleterapia* (los aparatos que se usan se encuentran a cierta distancia del paciente), y la interna que es llamada *curioterapia o braquiterapia* (se colocan fuentes radiactivas dentro de los tejidos a tratar). Además de los efectos secundarios similares a la quimioterapia, existen otros tales como la irritación de la piel o la afección a órganos cercanos al área radiada.

Factores Psicosociales del Cáncer

Este tema ha sido de interés desde el surgimiento de la Medicina Conductual en la década de los 70's, ya que el impacto emocional que esta enfermedad tiene en los pacientes es algo que no se puede mantener fuera del foco de una intervención efectiva del cáncer. Un artículo

que resume estos factores de una manera muy clara y concisa es el que escribe Schmale desde 1978, del cual es importante extraer los puntos relevantes ya que aunque fue escrito hace varios años, su información sigue siendo vigente.

De acuerdo a dicho artículo, la intervención del psicólogo es necesaria en todo el proceso de la enfermedad. Así, en la fase prediagnóstica se observan reacciones como negación o sobreatención de los síntomas y preocupación constante que les dificulta el proceso de concentración en otras actividades de su vida, por lo cual es importante descartar o confirmar un diagnóstico lo más pronto posible.

En la fase diagnóstica, es necesario que los pacientes estén informados sobre su padecimiento y pronóstico, pero teniendo en cuenta su preparación emocional para asimilar la información, por lo que generalmente se acompaña al paciente durante varias sesiones donde poco a poco va solicitando mayores detalles sobre la enfermedad y su tratamiento.

En la fase inicial de tratamiento se presenta ansiedad, así como grandes esperanzas de que será el único que lo llevará a la cura y es común observar una actitud pesimista con el fin de protegerse de un mal resultado. Si el tratamiento es la cirugía, por lo regular se observa tolerancia puesto que se considera una forma de cortar y remover tejidos, con un efecto más radical y permanente que la radio y quimioterapia; una consecuencia importante a trabajar es el cambio de apariencia corporal. La radioterapia está rodeada por mayor misterio y fantasía puesto que no hay nada que ver, oír, o sentir, que indique lo que está ocurriendo durante el tratamiento; se observa angustia al inicio por desconocimiento, durante el tratamiento por ajustes técnicos debido a reacciones secundarias o extensiones de la enfermedad, y al final del tratamiento cuando los resultados son desconocidos. La quimioterapia por sus efectos secundarios (gastrointestinales, fatiga, niveles globulares) trae consigo la producción de muchas emociones en el paciente, sin embargo, cuando se le informa al paciente sobre la forma de acción del tratamiento y los posibles efectos secundarios, se observa una reducción en la magnificación de los síntomas e indisposición del paciente.

En la fase de seguimiento pueden surgir dudas y es importante que el paciente se perciba acompañado, puesto que en ocasiones este es el momento en el que se retira todo el apoyo que se brindó desde el inicio del padecimiento.

En la fase de recurrencia es fundamental el apoyo psicológico ya que el paciente puede percibir que todos sus esfuerzos no han tenido un resultado y se hace más vulnerable a abandonar el tratamiento. El apoyo se enfoca a enfrentar la realidad junto con el paciente y dar apoyo en un nuevo plan de tratamiento, haciéndolo conciente de sus riesgos y beneficios, promoviendo la toma de decisiones.

En la fase paliativa terminal es cuando la muerte está cerca, y uno de los objetivos más importantes es ayudar al paciente a sentirse tan cómodo y conciente de sí mismo y del medio ambiente como sea posible y lo desee. Es importante ser capaz de escuchar y responder a las manifestaciones del paciente acerca de la prontitud de su muerte. El trabajo con la familia también es importante, dando soporte y contención a sus emociones, enfatizando el papel que desempeñan en el confort del paciente, así como la realización de asuntos pendientes.

De esta manera, se puede ver que desde hace años se trabajan los aspectos psicosociales del cáncer, lo cual por lo tanto se ha mantenido y se ha mejorado a lo largo del tiempo, por lo que ahora se cuentan con textos más actualizados sobre las intervenciones psicológicas con pacientes oncológicos. Por ejemplo, Baum y Andersen (2002) mencionan que estos pacientes por estar sometidos a distrés desde el momento en que son diagnosticados hasta el tratamiento y la recuperación, cambian sus preocupaciones existenciales acerca de la vida y la muerte o acerca de la incertidumbre del mundo por temores específicos hacia la cirugía o el tratamiento adyuvante y sus efectos, a los que serán sometidos. El pronóstico y la severidad de los tratamientos son determinantes importantes de la reacción que tengan estos pacientes, así como los estresores específicos y preocupaciones variarán según el avance de la enfermedad. Los efectos de estas variables se mezclan con las variables psicosociales como el estilo de enfrentamiento o de personalidad como el optimismo, produciendo reacciones variables pero predecibles hacia el cáncer y su tratamiento.

Por lo tanto, esto autores señalan que las intervenciones psicosociales son multifacéticas ya que incluyen componentes educativos: información acerca del cáncer, su tratamiento, y la posibilidad de recaer, o información acerca de consideraciones nutricionales o de la genética del cáncer. La mayoría de las intervenciones, en particular las intervenciones grupales, también proveen elementos de soporte social y emocional: la oportunidad de compartir con otros miembros de grupo similares, el contexto para expresar y clarificar emociones. Las intervenciones también frecuentemente incorporan un entrenamiento en estrategias de enfrentamiento efectivo y técnicas de solución de problemas, por lo tanto, brindan oportunidades para llevar a cabo una reestructuración cognoscitiva. Cada uno de estos elementos parece ser capaz de aumentar la esperanza y el optimismo de las personas.

La esperanza se mantiene cuando una persona cree que las metas deseadas ocurrirán, que metas valiosas se conseguirán, y que algún grado de progreso se está logrando al acercarse a dichas metas. Dentro del contexto de confrontar el diagnóstico y tratamiento del cáncer, estas metas incluyen el sentido de la persona de su bienestar físico, la habilidad para mantener manejables las consecuencias de la enfermedad, y el deseo de no dejar que la enfermedad interfiera con otros aspectos de la vida. Nada más que incrementar la

autoconfianza de las personas en estos puntos puede servir para incrementar el nivel general de esperanza y optimismo.

Otro punto que los autores consideran importante respecto a las intervenciones psicosociales, es precisamente la aceptación en el proceso de enfrentamiento de la enfermedad. Esto se debe a que la aceptación es una respuesta deseable, un paso necesario en la búsqueda de metas y significados alternativos, un vínculo indispensable en el proceso de repriorizar los hechos de la vida cuando las metas antiguas se tiene que cambiar.

Dentro de la aceptación es interesante ver que la negación no es mala, si tiene una duración que permita al paciente prepararse para la tarea de enfrentamiento, o que pueda ir enfrentándose al problema un poco por periodos breves de tiempo. Lo importante es llegar a la fase de aceptación donde se da una disposición para admitir que el problema existe o que el evento ha ocurrido, que lleva a trabajar a través de la experiencia, con el propósito de integrarla dentro de la interpretación personal de la vida y el mundo. Lo que es muy diferente a una resignación fatalista que no lleva a la acción, que se ubicaría en el otro extremo del continuo.

Por su parte, Holland y Rowland en 1989 hablan de tres factores que intervienen en el ajuste psicológico por el que pasa el paciente con cáncer: 1) Contexto sociocultural, en el que se encuentran las actitudes sociales y las creencias culturales acerca del cáncer que pueden afectar la percepción que el propio paciente tiene de él mismo, de su enfermedad y del futuro; 2) El contexto médico, que se refiere al estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento utilizado, y el lugar específico donde se encuentra la enfermedad; y 3) El contexto psicológico, en el que interviene la etapa de vida por la que atraviesa el paciente, el estilo interpersonal (personalidad, estilo de enfrentamiento) y los recursos interpersonales (apoyo social: amigos y familiares).

Haciendo referencia al contexto psicológico, se resume en el siguiente cuadro lo que cita el autor, mencionando para cada etapa de vida los principales problemas a los que se pueden enfrentar los pacientes y los puntos en los que por lo tanto se debe hacer énfasis al momento de intervenir. Ya que familiarizarse con el tipo de problemática específica para cada etapa de desarrollo resulta de gran ayuda al diseñar y aplicar un tratamiento psicológico.

Cuadro 1.4 Problemas de Pacientes Oncológicos según Etapa de Desarrollo

ADULTOS JÓVENES (19 - 30 años)						
Aspectos del Desarrollo	Disrupciones por la Enfermedad					Tratamiento
	Relaciones Sociales	Dependencia	Interrupción de Logros	Imagen Corporal y Sexual	Factores Existenciales	
<p>Avance en estudios</p> <p>Comienzan a trabajar</p> <p>Fomentan una intimidad</p>	<p>Se evita relacionarse por temor a las consecuencias de la enfermedad</p> <p>Temor en los padres jóvenes</p>	<p>Autoestima baja por delegar roles</p> <p>Enojo similar a adolescentes que lleva a abandonar el tratamiento</p>	<p>La carrera y otras metas se ven obstaculizadas</p> <p>Ansiedad por la incertidumbre</p>	<p>Efectos en imagen corporal</p> <p>Efectos que producen disfunción sexual</p> <p>Ansiedad y Depresión</p>	<p>Preocupación constante por la muerte</p> <p>Incapacidad de trascender</p>	<p>Mantener roles en la medida de lo posible</p> <p>Fomentar apoyo social incluso buscar nueva relaciones</p> <p>Reformular metas</p> <p>Soluciones a los problemas sexuales</p>
ADULTOS MADUROS (31 - 45 años)						
Aspectos del Desarrollo	Disrupciones por la Enfermedad					Tratamiento
	Relaciones Sociales	Dependencia	Interrupción de Logros	Imagen Corporal y Sexual	Factores Existenciales	
<p>Cúspide de desarrollo físico</p> <p>Buen nivel intelectual</p> <p>Vida sexual óptima</p> <p>Buscan ser productivos</p>	<p>Se separan de la familia</p> <p>Familia preocupada por los hijos y su bienestar</p>	<p>El miembro activo de la pareja pasa a ser el pasivo</p> <p>Más estresante para los hombres</p> <p>Regreso prematuro al trabajo y esfuerzo físico excesivo</p>	<p>Interrupción del trabajo</p> <p>Se pierde estatus laboral</p> <p>Problemas financieros por la interrupción y los costos del tratamiento a la vez.</p>	<p>Efectos secundarios de los tratamientos</p> <p>Se acentúa el sentido de vulnerabilidad y los efectos del envejecimiento</p>	<p>La religión de dos formas:</p> <p>-Comienzan a dudar de ella.</p> <p>-Se aferran a ella en este momento</p>	<p>Mantener relaciones sociales y apoyo social</p> <p>Familia y amigos como vehículos de información y compartir sentimientos</p> <p>Comunicar de manera directa a los niños, tolerar el estrés que también manifiestan ellos</p> <p>Evitar el aislamiento y fomentar la actividad en casa y el sentido de la vitalidad.</p> <p>Técnicas de relajación para el estrés durante el tratamiento</p> <p>Hablar con pacientes veteranos</p>

ADULTOS MAYORES (46- 65 años)						
Aspectos del Desarrollo	Disrupciones por la Enfermedad					Tratamiento
	Relaciones Sociales	Dependencia	Interrupción de Logros	Imagen Corporal y Sexual	Factores Existenciales	
Adaptación a cambios físicos, emocionales y sociales. Decremento en el nivel intelectual Modifican identidad psicosexual	Se preocupan más por el cuidado de sus padres que de los hijos que son más grandes Se preocupan por quién cuidará de ellos	Se sienten mal tanto el paciente como el cuidador por tener que ser cuidado y tener que cuidar a ... Se tienen que mudar con alguien que los pueda cuidar	Enojo y frustración por un retiro laboral temprano Años de sueños y planes se ven derrumbados al llegar por fin a la etapa de "descanso"	Desmoralización por percibir el envejecimiento acelerado Afecta en mayor grado los efectos secundarios como la alopecia	Aumenta la depresión asociada con la negación hacia la muerte que se percibe más cercana	Rehabilitación para recuperar cierta funcionalidad Tolerar la dependencia de otros. Encontrar opciones para manejar la alteración en la imagen corporal. Trabajar la autoestima Filosofía
SENETUD (66 años en adelante)						
Aspectos del Desarrollo	Disrupciones por la Enfermedad					Tratamiento
	Relaciones Sociales	Dependencia	Interrupción de Logros	Imagen Corporal y Sexual	Factores Existenciales	
Aproximación al final de la vida Deterioro físico notable Muerte de la esposa	Lejanía física de la familia Temor de convertirse un inválido y estorbo para otros	Profunda vergüenza por tener que pedir ayuda para la higiene personal o incontinencia	Incapacidad de disfrutar esta etapa Insatisfacción y distrés por sus vidas	Tristeza por la inhabilidad en los cuidados personales	Sienten que han perdido la dignidad personal Miedo a una muerte lenta y dolorosa	Mantener apoyo social Arreglo de ambientes Manejo de estrés para los cuidadores Arreglar asuntos pendientes

En cuanto al enfrentamiento de esta enfermedad, los autores mencionan que existen estilos de enfrentamiento y habilidades de enfrentamiento. Los estilos de enfrentamiento se refieren a las características relativamente duraderas en las que un individuo responde a situaciones estresantes tales como una enfermedad. Mientras que las estrategias de enfrentamiento son patrones que emergen como resultado del estilo de enfrentamiento y las conductas, cogniciones y percepciones representativas que se emplean para mantener un equilibrio al encarar la enfermedad.

Hay tres funciones del enfrentamiento según Lazarus y Folkman (op. cit.): enfocado en el problema o instrumental, enfocado en la evaluación, y enfocado en la emoción. Los tipos de enfrentamiento enfocados en el problema son más utilizados cuando las circunstancias se perciben cambiables, mientras que los enfocados en la evaluación y en la emoción ocurren

más seguido en el contexto de situaciones incontrolables, como lo es frecuentemente el caso de la adaptación al cáncer.

También es importante mencionar que en el enfrentamiento de la enfermedad hay tres grandes determinantes: 1) La naturaleza del estresor, el cáncer, y las variables relacionadas con éste (sitio, estadio, tratamiento y pronóstico); 2) Las variables individuales, momento de la vida en que ocurre y los recursos disponibles; 3) El entorno sociocultural.

Dentro del entorno sociocultural se menciona que puede intervenir directamente y alterar la probabilidad de ocurrencia de un evento estresante (p. ej. con apoyo económico, cuidando a los niños, dando información sobre estrategias para evadir el problema); así como ayudando a reinterpretar el significado de la situación para que parezca menos amenazante (p. ej. ayudando a resolver problemas específicos o recordando que es natural tener problemas); influyendo en el uso de estrategias de enfrentamiento (p. ej. distracción o fomentando el humor); ayudando a mantener el bienestar fisiológico (p. ej. brindando alimentos, bebida, o fomentando la relajación); y modificando e incrementando la autoestima afectada por los eventos estresantes.

De esta manera se busca establecer metas de una conducta de enfrentamiento efectiva ante una enfermedad crónica:

- Mantener el distrés dentro de límites manejables.
- Mantener un sentido personal fortalecido.
- Mantener buenas relaciones con personas significativas.
- Incrementar la esperanza de recuperar las funciones físicas.
- Incrementar la probabilidad de lograr una situación personalmente valiosa y socialmente aceptable después de la máxima recuperación física que se pueda lograr.

Según estos autores, lo que se ha observado ser más efectivo en primer lugar, son las estrategias o estilos que promueven una respuesta activa (vs. pasiva y desesperanzadora) de solución de problemas. En segundo lugar, considerar el enfrentamiento de la enfermedad como un proceso dinámico, que cambia en función de las circunstancias y del la evaluación individual con respecto a su sobrevivencia, futuro, relaciones, autoestima, y logro de metas. Tercero, los individuos que muestran flexibilidad en sus esfuerzos son más hábiles para enfrentar.

Es por esto que también se da gran importancia a la terapia de solución de problemas (D´Zurrilla y Nezu op cit.) la cual también ha sido aplicada en población hispana con cáncer (Marrero y Carballeira, 2000) y ha demostrado ser efectiva tanto para la generación de habilidades cognitivas como para la reducción de miedo y efectos de relajación.

Con esta revisión se observa que la intervención psicosocial en el área de oncología es compleja y puede abarcar una gran gama de problemáticas, debido a la diversidad de padecimientos y etapas, así como de tratamientos. Respecto a esto es el siguiente apartado, en el cual se hace una revisión del apoyo psicológico que es necesario cuando los pacientes atraviesan por el tratamiento de la quimioterapia.

APOYO PSICOLÓGICO DURANTE LA QUIMIOTERAPIA

Como se vio en el apartado anterior, la fase de tratamiento es una fase que produce dudas y diversas emociones en torno a la efectividad versus efectos colaterales. Esto sobre todo en el caso de la quimioterapia y radioterapia, ya que una cirugía, en la mayoría de los casos es mejor aceptada por los pacientes, puesto que la aprecian como una manera de “cortar” la enfermedad.

En especial, en el caso de la quimioterapia, la calidad de vida se ve afectada ya que la toxicidad ocasiona cambios en el estilo de vida e incremento en los niveles de estrés, lo que puede repercutir en la adherencia a la terapéutica y por lo tanto en el resultado del tratamiento.

Este estrés está muy relacionado con los efectos colaterales, particularmente la náusea y el vómito, pero también otros como alopecia, fatiga, anorexia, neuropatías periféricas, diarrea y problemas sexuales. Como lo mencionan Holland y Rowlan (op. cit.), un paciente que está en quimioterapia no solo tiene que lidiar con estos efectos negativos, sino también con la interrupción de su vida diaria que trae consigo el seguimiento del tratamiento.

Generalmente las preocupaciones de los pacientes provienen de la falta de información y conceptos erróneos acerca de la efectividad de los agentes quimioterapéuticos. Por lo que es fundamental que se le de tanto al paciente como a la familia información acerca del beneficio potencial de la quimioterapia con el fin de corregir mitos que llevan a los pacientes a preferir incluso la muerte que el tratamiento.

Los efectos secundarios pueden causar confusión, interpretándose como una progresión de la enfermedad, dos de ellos son la pérdida de peso y la falta de apetito. Cuando esto se conjunta con la alopecia llega a afectar la autoestima y la autoconfianza. Otro efecto es la disminución de potencia y deseo sexual, por lo que esto aunado al cambio de vida que experimenta el paciente (dejar de trabajar, requerir más recursos económicos, depender de otros) trae consigo problemas maritales y familiares.

Se hace entonces evidente la necesidad de una intervención psicológica para este tipo de pacientes, en la cual se incluya información acerca del tratamiento y los efectos secundarios, asegurándose que los pacientes comprendan todo, además de que se brinde un apoyo psicológico que los prepare antes y durante el tratamiento, con el fin de manejar la ansiedad que este produce y encontrar alternativas conductuales para mantener una calidad de vida.

Por lo tanto, se puede ver que el apoyo al paciente en quimioterapia es integral, ya que se requieren intervenciones psicoterapéutica, psicofarmacológicas y conductuales, que pueden ser muy efectivas en la reducción de los efectos colaterales estresantes, lo que puede incrementar el cumplimiento que el paciente tenga del protocolo de tratamiento.

Respecto a esto se han hecho varias investigaciones que muestran de qué manera las intervenciones psicológicas pueden servir de apoyo a los pacientes durante este proceso de tratamiento. Vale la pena mencionar algunas de ellas para tomarlas como punto de partida para el presente trabajo.

En primer lugar, es importante mencionar que estas investigaciones además de demostrar efectividad clínica están demostrando una repercusión económica que es algo relevante sobre todo en países en vía de desarrollo que requieren maximizar sus recursos con el fin de atender una mayor cantidad de pacientes con mayor calidad. Carlson y Bultz en un artículo muy reciente publicado en 2003 hacen una revisión de estos aspectos, mencionando que intervenciones tales como la psicoeducación en la etapa de reciente diagnóstico, terapia de apoyo en la etapa posterior de asimilación y técnicas cognitivo conductuales para los procesos de tratamientos largos; demuestran beneficios tales como un decremento en el tiempo promedio y frecuencia de estancia hospitalaria, número de visitas al médico, número de visitas al área de urgencias y número de recetas que se extienden a los pacientes. En un meta - análisis de 58 investigaciones se encuentra un decremento de entre 10 y 33% de la utilización de los cuidados médicos en el 85% de los estudios. Es por ello que en países como Estados Unidos y Canadá, las organizaciones oncológicas consideran que las intervenciones psicosociales se encuentran dentro de las prioridades en el tratamiento de los pacientes.

En cuanto a la evidencia que se tiene en particular de la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en pacientes con cáncer, hay investigaciones que demuestran que este tipo de terapia trae mayores beneficios que las intervenciones con grupos de apoyo solamente, por ejemplo Creer (2002) encuentra en diversas intervenciones que esta terapia es más eficaz en disminuir la desesperanza y sensación de falta de ayuda, así como de incrementar las estrategias de enfrentamiento y espíritu de lucha; en comparación con los grupos de apoyo.

Edelman y Kidman (1999) publican un trabajo que se lleva a cabo en la Universidad de Sydney, Australia, en el que se demuestra como una intervención grupal estructurada en la

que se trabaja psicoeducación, reestructuración cognitiva, manejo de emociones y solución de problemas, es efectiva para incrementar la calidad de vida y autoestima de pacientes con cáncer, lo que coincide con otras investigaciones que muestran ser más efectivas que los grupos de apoyo que no llevan una estructura. Los autores mencionan que es importante seguir esta línea de investigación para que se demuestre que la terapia cognitiva también es efectiva en el tratamiento de pacientes con cáncer.

En un meta-análisis que llevan a cabo Sheard y Maguire en 1999, respecto a las intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer y su repercusión en los niveles de ansiedad y depresión, encuentran que todas las intervenciones cognitivo conductuales tienen un impacto en los niveles de ansiedad, aunque no todas en los niveles de depresión, debido a que los niveles iniciales fueron bajos desde un inicio de la intervención. Así mismo encuentra que las intervenciones grupales son igual de efectivas que las individuales sobre todo cuando se trabaja psicoeducación. Y por último, se encuentra que son mejores las intervenciones cortas cuando son llevadas a cabo por terapeutas altamente entrenados que las intervenciones largas por parte de terapeutas con escasa o nula experiencia. Además de que una intervención larga tiene el riesgo de sobre sensibilizar al paciente y que no adquiera un sentido de autoeficacia. Los autores señalan que estos resultados reflejan solamente a la población norteamericana, siendo necesario observar la efectividad en otras poblaciones.

Respecto a la quimioterapia, hay investigaciones sobre el control de efectos colaterales de este tratamiento tales como la náusea y el vómito, a través de técnicas cognitivo - conductuales. En particular, el entrenamiento en relajación por medio de las técnicas de relajación muscular progresiva, imaginación guiada, hipnosis y frases autógenas, han mostrado buen resultado en el control de estos efectos (Marchioro et al., 2000) y del ajuste emocional de los pacientes (Luebert, Dahme y Hasenbring, 2001) en el caso de presentar ansiedad y depresión.

Sin embargo, hay otras investigaciones sobre intervenciones psicológicas que se enfocan más hacia el estado emocional de los pacientes durante el tratamiento de quimioterapia. Se ha observado por ejemplo, que a mayor calidad de vida menor el nivel de ansiedad y depresión en pacientes con padecimientos tales como leucemia y linfoma (Montgomery et al. 2002), lo que sugiere que es importante detectar las áreas de la vida de un paciente que se ven afectadas a partir de la enfermedad y buscar maneras de controlar o compensar estos cambios para poder aminorar la ansiedad y depresión que se producen.

Así mismo, los determinantes socio-cognitivos han demostrado ser importantes para llevar a cabo cambios conductuales que permitan el control de los efectos colaterales de la quimioterapia. Por ejemplo, Courneya, Kyats y Turner en el 2000 reportan un trabajo basado en la teoría de acción planeada de Ajzen y Fishbein, donde se observan los factores que

influyen en el seguimiento de un programa de ejercicio diseñado para pacientes que están en quimioterapia, el cual tiene como objetivo controlar los efectos de fatiga, anorexia, alteraciones de sueño y distrés. En este estudio se observa que el control percibido por los pacientes (que tan capaces se perciben) y las actitudes hacia el ejercicio (evaluación positiva o negativa) son los determinantes que más influyen en la adherencia al programa y por lo tanto al control de los síntomas. Por lo tanto, los autores mencionan la importancia de desarrollar intervenciones que tengan como objetivo incidir sobre estos factores.

Otros dos factores psicológicos que son relevantes durante el proceso de quimioterapia son primero, la falta de información acerca de la evolución a lo largo de este período, el cual resulta ser incluso más preocupante para el paciente que el período de aislamiento en el hospital que en ocasiones tienen que vivir (Campbell, 1999). En segundo lugar, la ansiedad por la pérdida de cabello que sufrirán, sobre todo las mujeres, es una fuente de ansiedad que se debe de controlar, ya que en ocasiones interfiere para poder entender y recordar la información que les da el médico, e influye en el aislamiento social y hasta puede producir ideación suicida (Mc Garvey et al., 2001); en estos casos se ha observado que la reestructuración cognitiva para aceptar este hecho y la desensibilización sistemática son muy efectivas.

Hasta el momento se pueden ver razones por las cuales se considera importante una intervención psicológica dirigida a pacientes que están en tratamiento de quimioterapia. Sin embargo, hay trabajos que se enfocan a la efectividad de intervenciones en la modalidad grupal. Edelman, Bell y Kidman en 1999, desarrollan un tratamiento cognitivo - conductual en el que enseñan a pacientes con cáncer de mama metastásico que estuvieron en quimioterapia, estrategias de enfrentamiento que incluyen monitoreo de pensamiento, reestructuración cognitiva, uso de auto-plática constructiva, comunicación efectiva, establecimiento de metas y relajación. Este tratamiento comprendió ocho sesiones semanales y dos de seguimiento a los 3 y 6 meses. Los autores reportan que se observa un decremento en depresión y trastornos del estado de ánimo, así como un incremento en autoestima.

Beisecker et al. (1997) reportan un estudio en el que se estudian las percepciones que tienen pacientes con cáncer de mama hacia los efectos secundarios de la quimioterapia adyuvante. Para ello forman un grupo en el que se habla sobre los miedos y sentimientos que les produce, aquí se encuentra que el grupo en sí mismo se vuelve en un soporte para aceptar estos efectos. Por lo tanto, los autores remarcan la importancia de formar grupos de apoyo durante y después de la quimioterapia.

En un artículo publicado por la clínica Mayo (Clark, Bostwick y Rummans, 2003) se menciona que han encontrado que el distrés es una experiencia displacentera de naturaleza emocional,

psicológica, social o espiritual que interfiere con la habilidad de enfrentar el tratamiento del cáncer. Por lo tanto a todos los pacientes se les evalúa el distrés antes de comenzar el tratamiento, para que aquellos con niveles altos sean asignados ya sea a una intervención grupal o individual corta y estructurada. En ambas modalidades de intervención se trabaja psicoeducación sobre el cáncer y su tratamiento, impacto de la enfermedad, entrenamiento en relajación, asertividad y habilidades sociales. Los pacientes en el tratamiento tanto grupal como individual mostraron niveles de ansiedad y depresión más bajos, así como mejores relaciones sociales, que aquellos que solamente recibieron tratamiento médico. Los autores mencionan que aunque las intervenciones grupales tienen la ventaja de ser más económicas y ahorrar tiempo, así como brindar soporte al paciente, no siempre son viables por cuestiones de transportación, costo e interferencia con el horario de trabajo del paciente, así como de la condición física que el mismo tratamiento trae consigo. Por lo tanto es necesario desarrollar también intervenciones individuales que sean más flexibles para el paciente y que pueden ser igual de efectivas.

De esta manera, se puede apreciar la importancia de desarrollar un tratamiento enfocado a dar apoyo psicológico a los pacientes que están recibiendo quimioterapia en la unidad de oncología del Hospital Juárez de México.

Por lo tanto, se propone implementar un tratamiento cognitivo - conductual de cuatro sesiones que comprenda: psicoeducación, reestructuración cognoscitiva, solución de problemas y manejo de estrés. Esto con el fin de disminuir los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes que reciben quimioterapia adyuvante, buscando traer beneficios como una mejor adherencia a la terapéutica y calidad de vida en los pacientes.

II MÉTODO

Objetivo

Diseñar y aplicar una intervención cognitivo - conductual en pacientes de la unidad de oncología del Hospital Juárez de México que inician quimioterapia neoadyuvante o adyuvante.

Diseño

Es un diseño cuasi-experimental A - B n = 1 replicativo.

Variables

✿ Variables Independientes

- Intervención Cognitivo - Conductual para pacientes que inician quimioterapia neoadyuvante o adyuvante.

✿ Variables Dependientes

- Trastornos Afectivos
- Nivel de Ansiedad
- Nivel de Depresión
- Percepción de estrés
- Número y frecuencia de efectos colaterales

Definición Operacional de las Variables

- Intervención Cognitivo - Conductual para pacientes que inician quimioterapia neoadyuvante o adyuvante.

Es una intervención de cuatro sesiones de 1 hora las cuales comprenden:

S1 Psicoeducación.

S2 Reestructuración Cognitiva

S3 Terapia de Solución de Problemas

S4 Manejo de Ansiedad

- Nivel de Ansiedad

Puntuación obtenida en las escalas de Ansiedad - Rasgo y Ansiedad - Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975).

- Nivel de Depresión

Puntuación obtenida en el Inventario de Depresión de Beck (Beck, 1984; Jurado et al. 1998)

- Número y Frecuencia de efectos colaterales

Cantidad de efectos colaterales y número de veces que se registran en la lista checable semanal de efectos colaterales (ver ANEXO A).

Participantes

Pacientes de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México que inicien quimioterapia neoadyuvante o adyuvante, con las siguientes características:

- Mayores de 18 años
- De sexo masculino o femenino
- Sin trastornos psiquiátricos
- Sin alteraciones neurológicas
- Que quieran participar en el tratamiento

Criterios de exclusión:

- Que inicien quimioterapia paliativa
- Con trastornos psiquiátricos o neurológicos
- Con trastornos emocionales severos.

Escenario

Se llevó a cabo en la sala de quimioterapia o en el área de hospitalización de la Unidad de Oncología del HJM mientras estaban recibiendo quimioterapia los pacientes.

Material

- Formatos de Entrevista Inicial (ANEXO B)
- Acetatos (ANEXO C)
- Manual para conocer la quimioterapia y radioterapia (Reynoso y Seligson, 2004).
- Lista de cambios conductuales para el control de síntomas. (ANEXO D)
- Lápices
- Recordatorios para los pacientes (ANEXO E)
- Formatos de IDARE
- Formatos de IDB
- Formatos de Lista Checable de Efectos Secundarios.
- Formatos de Entrevista Final (ANEXO F)

Instrumentos

- Entrevista Inicial

La cual comprende datos generales, y preguntas acerca de los problemas que esté ocasionando la enfermedad y la manera en la que los ha enfrentado.

- Dentro de esta se aplicó un instrumento de tamizaje sobre Trastornos Emocionales (Berwick et al., 1991).
- o Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado, IDARE (Spielberger y Díaz - Guerrero, 1975)
- o Inventario de Depresión de Beck, IDB (Beck, 1984; Jurado et al. 1998).
- o Lista Checable de Efectos Secundarios (ANEXO A).

Procedimiento

1. Se invitó a los pacientes que iniciaban quimioterapia adyuvante o neoadyuvante, al protocolo, explicando las características de la intervención y los posibles beneficios.
2. Se evaluó a los pacientes que aceptaron participar por medio de la entrevista inicial así como el IDARE y el IDB pre-tratamiento.
3. Se aplicaron cada una de las sesiones de la intervención. Durante las sesiones se alternaron los periodos de información mediante acetatos con periodos para expresar sus experiencias y contestar los ejercicios. Al final de la sesión se dejaba una reflexión de tarea y se daba un recordatorio con alguna frase relacionada con lo que se vio en la sesión.
4. Al final del tratamiento se hizo una evaluación de trastornos afectivos, nivel de ansiedad por medio del IDARE y nivel de depresión por medio del IDB.
5. La evaluación de la lista checable se hacía con referencia a cada una de las semanas en las que se administraba la quimioterapia a los pacientes.

III RESULTADOS

La intervención que constó de 4 sesiones: s1-Psicoeducación, s2-Reestructuración Cognitiva, s3-Solución de Problemas y s4-Manejo de ansiedad y expresión de emociones; se aplicó de manera individual a 6 pacientes que estaban recibiendo quimioterapia neoadyuvante o adyuvante. La modalidad grupal no resultó efectiva para este tipo de pacientes, pues debido a su desgaste físico y económico no tienen la facilidad para acudir cada semana de manera adicional a un tratamiento psicológico grupal.

Debido a lo anterior se decidió aplicar la intervención a cada paciente mientras estaba recibiendo la quimioterapia en la sala de la unidad de oncología o en hospitalización, según el caso.

El manual de la intervención, así como las entrevistas y pruebas que se usaron para la evaluación de los pacientes se encuentran anexas a este trabajo.

Las características de los participantes del protocolo se describen en el cuadro 3.1:

Cuadro 3.1 Características de los participantes del protocolo

Paciente	Edad	Sexo	Escolaridad	Edo. Civil	Dx Médico
1	72	Femenino	Normal	Viuda	Cáncer de Mama
2	20	Femenino	Primaria	Soltera	Cáncer de Ovario
3	41	Femenino	Primaria	Soltera	Sarcoma Vaginal
4	38	Femenino	Primaria	Viuda	Cáncer de Mama
5	70	Femenino	Bachillerato	Casada	Cáncer de Ovario
6	26	Masculino	Bachillerato	Casado	Cáncer de Testículo

Como se observa en el cuadro 3.1, el rango de edad de los participantes fue de 20 a 72 años siendo la media de 44.5 años. La mayoría de los participantes (84%) fue del sexo femenino. En cuanto a la escolaridad 50% tiene primaria y 50% un nivel medio superior. En el estado civil se observa que solo el 30% está casado mientras que el 70% es soltero. El diagnóstico médico fue de cáncer de mama en 33%, cáncer de ovario 33%, sarcoma vaginal 17% y cáncer de testículo 17%.

Los resultados en cuanto a trastornos afectivos, niveles de ansiedad y depresión antes y después de tratamiento, se muestran en las gráficas 3.1, 3.2 y 3.3. Los análisis estadísticos que se corrieron fueron la prueba de signos para evaluar efectividad de manera individual y la prueba de Wilcoxon para evaluar cambios antes y después del tratamiento de manera grupal,

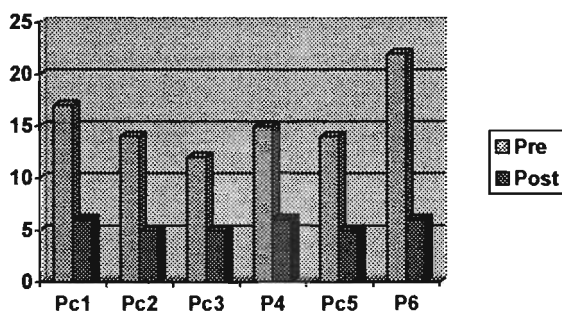
aún cuando la intervención fue individual, esto con el fin de corroborar los cambios observados.

El cuadro 3.2 y la gráfica 3.1 muestra los trastornos afectivos que tenían los pacientes antes y después del tratamiento. Se puede observar que en los seis casos hubo una disminución en trastornos afectivos, según la prueba de signos esta fue significativa con una $p=.031$. Al calcular diferencias significativas según la prueba de Wilcoxon se encuentra una $z=-2.226$ con una significancia de $p=.026$.

Cuadro 3.2 Trastornos afectivos antes y después de la intervención

Paciente	T. Afectivos Pre	T. Afectivos Post	Signo
1	17	6	-
2	14	5	-
3	12	5	-
4	15	6	-
5	14	5	-
6	22	6	-

Gráfica 3.1 Trastornos afectivos antes y después de la intervención

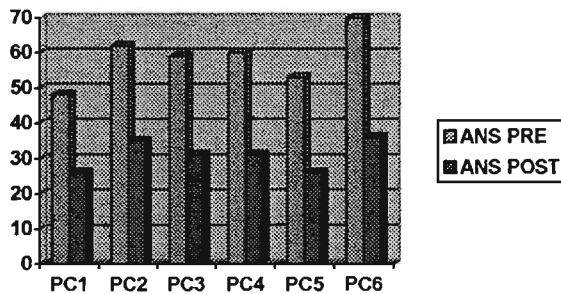


El cuadro 3.3 y la gráfica 3.2 muestra la comparación de los niveles de ansiedad antes y después del tratamiento de acuerdo al IDARE. En los seis participantes se observa una disminución en los niveles de ansiedad después del tratamiento, según la prueba de signos esta diferencia es significativa con una $p=.031$. Esta significancia se corrobora con la prueba de Wilcoxon que arroja una $z=-2.207$ y una $p=.027$.

Cuadro3.3 Índice ansiedad de antes y después de la Intervención

Paciente	IDARE Pre	IDARE Post	Signo
1	48	26	-
2	62	35	-
3	59	31	-
4	60	31	-
5	53	26	-
6	70	36	-

Gráfica 3.2 Niveles de Ansiedad antes y después del tratamiento

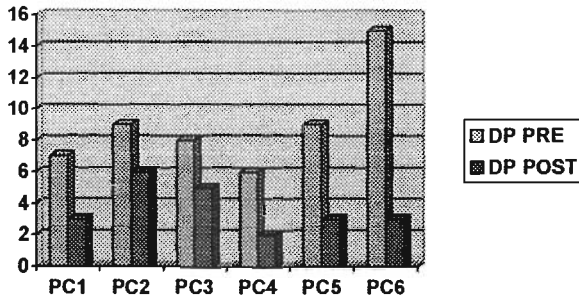


El cuadro 3.4 y la gráfica 3.3 muestra los niveles de depresión antes y después del tratamiento según el IDB, para cada uno de los pacientes. De igual manera que en las variables anteriores, los 6 participantes tuvieron una disminución en los niveles de ansiedad después del tratamiento, la cual según la prueba de signos es significativa con una $p=.031$. La prueba de Wilcoxon corrobora este resultado con una $z=-2.214$ y una $p=.027$.

Cuadro3.4 Nivel de depresión antes y después de la intervención

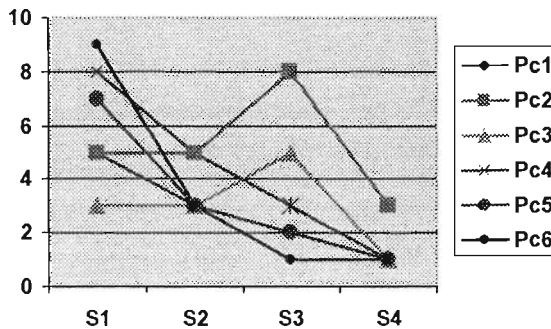
Paciente	IDB Pre	IDB Post	Signo
1	7	3	-
2	9	6	-
3	8	5	-
4	6	2	-
5	9	3	-
6	15	3	-

Gráfica 3.3 Niveles de depresión antes y después del tratamiento



La gráfica 3.4 muestra los niveles de estrés reportados por los pacientes en la semana posterior a cada una de las sesiones en quimioterapia. La escala subjetiva fue de 1- poco estrés a 10- mucho estrés. En cuatro de los seis pacientes se observa una tendencia a bajar la intensidad de estrés conforme avanzaban las sesiones. Cabe mencionar que las dos pacientes (Pc2 y Pc3) que reportaron un incremento en el nivel de estrés en la sesión 3, mencionaron que fue debido a un efecto fuerte de la quimioterapia en esta sesión. Además, estas dos pacientes son las que tienen un cáncer más agresivo y por lo tanto su tratamiento es más aversivo. Sin embargo los 6 participantes terminan con un nivel mínimo de estrés.

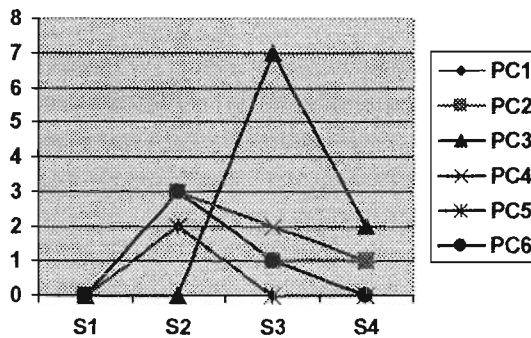
Gráfica 3.4 Niveles de estrés reportados por los pacientes en cada sesión



La gráfica 3.5 muestra la frecuencia de náusea y vómito previo a la sesión de quimioterapia reportado por cada uno de los pacientes. En este caso todos los participantes comenzaron con una frecuencia de 0, la cual ascendió después de la sesión pero fue descendiendo paulatinamente hasta llegar a 1 ó 0 al final del tratamiento. En la paciente 3 se observó un incremento en la sesión 3 por las mismas razones que se explicaron anteriormente.

La paciente 2 y 3 comenzaron un nuevo esquema de quimioterapia, durante el cual ambas han tenido un nivel mínimo de estrés y una frecuencia de náusea de 1, ya que solo experimentan este síntoma el día que les administran la quimioterapia.

Gráfica 3.5 Frecuencia de náusea y vómito



Así mismo, es importante mencionar los resultados cualitativos del estudio, los cuales se obtuvieron a partir de la entrevista post tratamiento que se aplicó a los pacientes (ver Anexo D).

En esta entrevista se observó que los seis participantes reportaron que su estado de ánimo estuvo mucho mejor después del tratamiento psicológico. Las razones que expresan son principalmente la ocupación en actividades que les gustan y el cambio de pensamiento a cosas más positivas. Todos refieren continuar practicando los ejercicios que se vieron durante el tratamiento. Los tres ejercicios que más practican son el cambio de pensamiento, la solución de problemas y la relajación. Los seis afirman que el tratamiento psicológico les ayudó a sobrellevar la quimioterapia, aceptando el tratamiento, pensando en los beneficios que traerá y disminuyendo el estrés que les producía. Sugieren que se haga más difusión para que el tratamiento llegue a todos los pacientes que inician quimioterapia.

IV DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del estudio fue diseñar y aplicar una intervención cognitivo-conductual para pacientes que están en quimioterapia puesto que como se mencionó en la introducción, este tratamiento produce niveles altos de ansiedad en los pacientes tanto por las creencias que tienen en torno a él como por los efectos físicos que le produce (Holland y Rowlan, 1989).

El desarrollo de esta intervención tenía como fin contribuir en el fortalecimiento del sustento científico del enfoque cognitivo conductual, el cual ha demostrado influir en cambios significativos del nivel de ansiedad y depresión de pacientes oncológicos (Creer, 2002). En este caso se demostró una reducción en los niveles de ansiedad y depresión de seis pacientes que iniciaban quimioterapia en la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

Este cambio se puede explicar por los elementos de los que está constituida esta intervención breve de cuatro sesiones. En primer lugar, la psicoeducación es un factor que busca modificar la valoración del evento, en este caso la quimioterapia, ya que como lo dicen Lazarus y Folkman (1986) la evaluación de la situación es determinante en la generación de estrés. Después de la psicoeducación la quimioterapia puede percibirse como menos amenazante, ya que se cuenta con la información suficiente para romper con creencias acerca del tratamiento e incluir dentro de la evaluación de éste, las ganancias que se obtendrán a largo plazo.

Esto tiene que ver también con el autocontrol que genera incrementar los recursos del paciente para enfrentar la situación. En el caso de esta intervención, dentro de la psicoeducación se hace énfasis también en estrategias conductuales que doten al paciente de herramientas para controlar los efectos secundarios de la quimioterapia, que es de las cosas más temidas por ellos. Así se puede ver que tal como lo señalan los modelos de salud - enfermedad (Lalonde, 1974, cit. en Roa, 995; Sarafino 1990) el factor conductual junto con la modificación de creencias son fundamentales en las intervenciones que se hacen en el ámbito de la salud. En este caso, los resultados del presente estudio coinciden con los de Campbell (1999), los cuales demuestran una disminución en los niveles de ansiedad de pacientes en quimioterapia después de una intervención psicoeducativa.

Un segundo elemento de esta intervención fue la reestructuración cognitiva, la cual busca que se haga una reevaluación positiva de la enfermedad y se acepte la responsabilidad que se tiene en el padecimiento y tratamiento. Este proceso es largo y requiere de varias sesiones. Es importante mencionar que esto no se buscaba lograr en una sola sesión, sino

que en la sesión 2 se explicaban elementos de reestructuración cognitiva a los pacientes y se buscaba originar un movimiento cognitivo. El material diseñado para la intervención retoma elementos tanto de la Terapia Racional Emotivo Conductual de Albert Ellis (1981) como de la terapia cognitiva de Aaron Beck (1986). De Ellis se retoma el cambio de creencias irracionales por racionales, así se buscó que los pacientes no percibieran la quimioterapia y sus consecuencias como algo absolutista, y con ello se impidiera conseguir sus metas: el control y manejo del cáncer; esto se hacía enseñando el A- B - C, y se usaba debate empírico y funcional para debatir ideas tremendistas, de condenación y de no puedo soportar ante la quimioterapia. En cuanto a la terapia de Beck, se buscaba modificar las creencias intermedias absolutistas, que marcaban la actitud hacia el tratamiento, buscando que el paciente viera al terapeuta como un colaborador, y se hiciera uso de frases autoafirmativas sobre el cáncer y la quimioterapia. Con esto se buscó hacer una intervención que no solo abarcara el control de efectos secundarios, sino que se hiciera un trabajo más profundo a nivel cognitivo que garantizara efectos a más largo plazo, similar al trabajo realizado por Mc Garvey en el 2001, con pacientes oncológicos en quimioterapia. Esto se hacía trabajando los elementos cognitivos en las siguientes sesiones, a la par de la solución de problemas y las técnicas de relajación.

Así pues, el tercer elemento que se trabajó con esta intervención fue la terapia de solución de problemas de D´Zurrilla y Nezu (1999), ya que los pacientes con cáncer se enfrentan a problemas muy específicos dependiendo de su etapa de desarrollo (Holland y Rowland 1989) y en muchas ocasiones no cuentan con estrategias para solucionarlos, o bien, su nivel de ansiedad por el recién inicio de la quimioterapia, bloquea las funciones cognitivas para hacerlo. La metodología de estos autores ha sido aplicada a este tipo de pacientes con éxito en otros estudios (Marrero y Carballeira, 2002). En el presente estudio se encontró que en general, era sencilla para los participantes y que fomentaba el ejercicio de habilidades cognitivas que después aplicaban en otras situaciones. En el caso de las pacientes 2 y 3 (ver cuadro 3.1), quienes requirieron una segunda línea de quimioterapia, se observó que la ansiedad y depresión no se volvió a elevar y que ellas solas iban resolviendo las nuevas situaciones a las que se tenían que enfrentar en el proceso de tratamiento. De esta manera, se puede ver que se daba un cambio en las estrategias o conductas de enfrentamiento de las que hablan Lazarus y Folkman (op. cit.) ya que los participantes de este estudio terminaban presentando la de planificación o búsqueda de apoyo social, lo que les disminuía la ansiedad y facilitaba el tratamiento.

El último elemento que se trabajó fue el de la relajación, siendo un medio para trabajar la parte fisiológica de la ansiedad. La disminución de las respuestas fisiológicas por medio de técnicas de este tipo es una manera de romper el círculo vicioso entre la interpretación de los eventos, las respuestas automáticas y la reinterpretación de estas, tal como lo señalan Cacciopo et al. (2001). En este caso se decidió dejar al final la

relajación debido a que esta tiene mejor efecto cuando ya se ha intervenido previamente en el área cognitiva. En algunos pacientes se usó solamente la respiración diafragmática durante la segunda o tercer sesión debido al condicionamiento que producía la sala de espera. Sin embargo, el orden en el que se presentaron los elementos de la intervención tuvieron buenos resultados.

Por lo tanto, se puede ver que los hallazgos de esta intervención sugieren un sustento científico para la psicooncología, los cuales se pueden seguir fortaleciendo para contar con bases cada vez más sólidas que demuestren que la medicina conductual permite grandes beneficios para los pacientes por un lado en cuanto a tiempo y costo de su tratamiento, tal como lo señalan Carlson y Bultz (2003); y por otro lado, en cuanto a su bienestar emocional lo cual aumenta la calidad de vida, hecho que demuestran estudios como el de Edelman y Kidman (1999) a través de la aplicación de la terapia cognitivo conductual.

Al hablar del bienestar emocional, los resultados del presente estudio demuestran que se logró una reducción de ansiedad y depresión en los seis participantes. Sin embargo, se puede ver claramente que los niveles iniciales de ansiedad eran altos, mientras que los de depresión eran bajos desde un inicio (aun cuando hubo una disminución significativa en ambos). Esto tal vez se puede deber a que algunos síntomas de la depresión coinciden con la condición física de un paciente en quimioterapia (disminución de apetito, cansancio, pérdida de interés sexual, pérdida de peso p. ej.). Aun así, estos resultados coinciden con los de Luebert, Dahme y Hansenbring (2001), y Sheard y Maguire (1999), en los que también hay una disminución de ansiedad y depresión en pacientes en quimioterapia con una intervención cognitivo conductual corta llevada a cabo por terapeutas entrenados en ésta corriente. Estos mismos autores hablan de la necesidad de aplicar intervenciones de este tipo en poblaciones diferentes a la norteamericana, por lo cual se comienza a tener evidencia de la efectividad de la terapia cognitivo conductual en culturas latinoamericanas.

En cuanto al control de la náusea y el vómito de los seis participantes de esta intervención, se observa en general una tendencia a bajar, con excepción de las pacientes 2 y 3, quienes como ya se mencionó, tenían una condición de enfermedad más difícil que el resto de los pacientes, por lo cual en algunas semanas percibían los efectos secundarios de una manera más intensa. Sin embargo, para la cuarta sesión todos demostraron haber reducido los síntomas. Esto coincide con otros trabajos que se han enfocado en el control de síntomas de la quimioterapia como el de Marchioro et al. en el 2000.

Respecto a la modalidad de intervención, hay trabajos que hablan de la efectividad del trabajo en grupos en pacientes que están en quimioterapia (Edelman, Bell y Kidman, 1999; Beisecker et al. 1997) para el manejo de la ansiedad y depresión. Sin embargo, también se tiene evidencia de que un trabajo individual resulta igual de efectivo, ya que como lo señalan psicólogos de la clínica Mayo (Clark, Bostwick y Rummans, 2003) en muchas ocasiones factores económicos (p. ej. traslados al hospital), físicos (p. ej. cansancio, debilidad), laborales (p. ej. faltar al trabajo un día extra al de la administración de quimioterapia) y emocionales (p. ej. aversión al ambiente hospitalario), impiden que el paciente asista a un tratamiento grupal. En el presente estudio se tenía planeado hacer una intervención grupal que no tuvo éxito debido a lo difícil que era para los pacientes asistir un día más por todos estos motivos. Por lo cual se decidió aplicar de manera individual el mismo día que recibían la quimioterapia, mientras se las administraban en la sala o durante la hospitalización, lo que resultó más exitoso.

En general se puede decir que esta es una primera línea de investigación en torno al tema, la cual estuvo enfocada a desarrollar un material sistematizado, de fácil comprensión para los pacientes y de corta duración para su administración. Este material pudo ser aplicado a seis pacientes de la unidad de oncología del hospital Juárez de México. El número de participantes se reunió de acuerdo a las condiciones de trabajo del hospital, ya que la labor que se llevaba a cabo no era meramente de investigación sino también en gran medida clínica asistencial. Esto limita el tiempo dedicado a los protocolos por un lado, y por otro lado, la delicada condición de los pacientes en quimioterapia tampoco permite una muestra amplia en poco tiempo. Sin embargo, esta pequeña muestra permitió demostrar un cambio estadísticamente significativo en el nivel de ansiedad de los pacientes de manera individual y grupal, lo cual da un buen sustento al material desarrollado y la manera de aplicarlo.

Una vez que el material ya ha sido probado, se puede abrir una segunda línea de investigación que se enfoque a fortalecer la validez externa del estudio, a través del uso de un grupo control, un grupo experimental y un grupo de psicoeducación, para demostrar la efectividad de los diversos componentes de la intervención.

Lo importante del desarrollo de este tipo de intervenciones es darle una continuidad, ya que solo así se va fortaleciendo la evidencia científica que sustenta la efectividad de la terapia cognitivo conductual versus otros enfoques en población mexicana. Esto también fortalecería la evidencia de la reducción de costos en el campo de la salud y por lo tanto se le daría más cabida al especialista en Medicina Conductual dentro del trabajo interdisciplinario, abriéndose más fuentes de trabajo y contribuyendo más activamente en el desarrollo de nuestro país.

Referencias bibliográficas

- Amigo, V., Fernández, R., y Pérez, A. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide. Caps. 1 y 2.
- Baum, A. y Anderesen, B. (2002). *Psychosocial Interventions for Cancer*. Washington: American Psychological Association. Caps. 1, 2, 12 y 13.
- Beck, A. (1986). *Cognitive Therapy & The Emotional Disorders*. Connecticut: International Universities Press. Caps. 9 y 10.
- Beck, A. (1978). *Depression Inventory*. Philadelphia: Center for Cognitive Therapy.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, F. & Emery G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee de Broker.
- Beck, A. y Steer, R. (1984). Internal consistencies of the original and revised Beck Depression Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1365-1367.
- Beisecker A., Cook, R., Ashworth J., Hayes J., Brecheisen, M., Helmig, L., Hyland, S. & Selenke, D. (1997). Side effects of adjuvant chemotherapy: perceptions of node-negative breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 6, 85-93.
- Belar, C., Dearthoff, W. & Kelly, K. (1987). *The practice of Clinical Health Psychology*. New York: Pergamon Press. Caps. 1, 6 y 7.
- Berek, J., Adashi, E. y Hillard, P. (1996). *Ginecología de Novak*. México: Mc Graw Hill. Cap. 22 y 29.
- Berwick D., Murphy J., Goldman P., Ware J., Barsky J. y Weinstein M. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29, 2, 169-176.
- Burish, T. (2000). The role of behavioural and psychosocial science in reducing cancer morbidity and mortality. *The Oncologist*, 5, 263-266.
- Caccioppo, J., Tassinari, L. y Bernston, G. (2001). *Handbook of Psychophysiology*. Cambridge: University of Cambridge. Caps. 1, 2, 7 y 29.
- Campbell, T. (1999). Feelings of oncology patients about being nursed in protective isolation as a consequence of cancer chemotherapy treatment. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 2, 439-447.
- Carlson, L. & Bultz, D. (2003). Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, 1-8.
- Clark, M., Bostwick, M., & Rummans, A. (2003). Group and individual treatment strategies for distress in cancer patients. *Mayo Clin Proc*, 78, 1538 - 1543.
- Courneya, S., Keats, R., & Turner, R. (2000). Social cognitive determinants of hospital-based exercise in cancer patients following high-dose chemotherapy and bone marrow transplantation. *International Journal of Behavioral Medicine*, 7, 3, 189-203.
- Creer, S. (2002). Psychological Intervention, the gap between research and practice. *Acta Oncologica*, 41, 238-246
- Crock, C. (2002). An lifestyle modification increase survival in women diagnosed with breast cancer? *J Nutr*, 132(11 Suppl), 3504S-3507S.

- Davies, M., McKay, M. & Eshelman, R. (1985). *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Barcelona: Martínez - Roca.
- D´Zurrilla, J. & Nezu, M. (1999) *Problem-solving Teherapy. A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- Edelman, S., Bell, D., & Kidman, A. (1999). A group cognitive behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 8, 295-305.
- Edelman, S. & Kidman, A. (1999). Description of a group cognitive behaviour therapy programme with cancer patients. *Psycho - Oncology*, 8, 306 - 314.
- Ellis, A. (1981). *Manual de terapia racional-emotiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Gatchel, R. & Price, K. (1979). *Clinical Applications of Biofeedback: Appraisal and Status*. New York: Pergamon Press.
- Góngora, E. (2001). *El enfrentamiento a los problemas y el papel del control: una visión etnopsicológica en un ecosistema con tradición*. Tesis de Doctorado, UNAM.
- Herrera, A. y Granados, M. (2003). Manual de Oncología. Procedimientos Médicoquirúrgicos. México: Mc Graw Hill. Caps. 2 y 3.
- Holland, J. & Rowland, J. (1989). *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University. Caps. 3, 4, 5 y 10.
- Instituto Nacional de Cancerología. Dirección General de Epidemiología. *Compendio del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México. Morbilidad 1993-1999 y Mortalidad 1987-1999*. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, Secretaría de Salud, México, 1999.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 3, 26-31.
- Lara, M., Acevedo, M. y Luna, S. (2001). *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión*. México: Pax.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. Cap. 2.
- Lev, E. y Owen, S. Counseling Women with breast cancer using principles developed by Albert Bandura. *Perspectives in Psychiatric Care*, 36, 4, 131-139.
- Leydon, G., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J., Boudioni, M. y McPherson, K. (2000). Cancer patients´ information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *British Medical Journal*, 320, 1, 909-913.
- Lindberg, N. y Wellisch, D. (2001). Anxiety and Compliance Among Women at High Risk for Breast Cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 4, 298-303.
- Luebert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment - related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psycho-Oncology*, 10, 490-502.
- Luecken, L. y Compas, B. (2002). Stress, coping and immune function in breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 4, 336-344.
- Marchioro, G., Azzarello, G., Viviani F., Barbato, F., Pavanetto, M., Rosetti, F., Pappagalo, G.

- & Vinante, O. (2000) Hipnosis in the Treatment of Anticipatory Nausea and Vomiting in Patients Receiving Cancer Chemotherapy. *Oncology*, 59, 100-104.
- Marrero, R. y Carballeira, M. (2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 1, 23-29.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine. *American Psychologist*, 35, 9, 807-817.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academia, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1 - 14.
- Mc Garvey, E., Baum, L., Pinkerton, R. & Rogers, L. (2001). Psychological sequelae and alopecia among women with cancer. *Cancer Practice*, 9, 6, 283-289.
- Meissner, H., Breen, N., Coyne, Legler, J., Green, D. y Edwards, B. (1998). Breast and cervical cancer screening interventions: an assessment of the literature. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 7, 10, 951-961.
- Mills, M. y Sullivan, K. (1999) The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 631-647.
- Montazeri, A., Harirchi, I., Vahdani, M., Khaleghi, F., Jarvandi, S., Ebrahimi, M. y Hajimahmoodi, M. (2000). Anxiety and depresión in Iranian breast cancer patients before and after diagnosis. *European Journal of Cancer Care*, 9, 151-157.
- Montgomery, C., Pocock, M., Titley, K., & Lloyd, K. (2002). Individual quality of life in patients with leukaemia and lymphoma. *Psycho-Oncology*, 11, 239-243.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S. & Houts, P. S. (1999) *Helping Cancer Patients Cope. A Problem - Solving Approach*. Washington: American Psychological Association.
- Obst, J. (2002). *Introducción a la Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck*. Buenos Aires: Centro Argentino de Terapia Racional Emotiva Conductual.
- Phares, J. (1999). *Psicología Clínica*. México: Manual Moderno. Cap. 17.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2004). *Manual para conocer la quimioterapia y la Radioterapia*. México: Facultad de Psicología.
- Rimm, C. & Masters, C. (1974). *Behavior Therapy. Techniques and empirical findings*. New York: Academic Press. Cap. 1.
- Roa, A. (1995). *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: CEPE. Caps. 12, 13, 15 y 17.
- Saltmarsh, N. (2001). Young adults could benefit from HPV education. *Journal of the American Board of Family Practice*, 6, 19-24.
- Sarafino, E. (1994). *Health Psychology*. Nueva York: John Wiley & Sons. Caps. 1, 6, 9, 10 y 13.
- Sheard, T & Maguire, P. (1999). The effects of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80, 11, 1770-1780.
- Schmale, A. (1978). *Principios de Oncología Social en Oncología Clínica*. New York: Universidad de Rochester.

- Schwartz, G. y Weiss, S. (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 1, 3 - 12.
- Siegel, S. (1970). *Estadística No Paramétrica*. México: Trillas.
- Simón, A. (1993). *Psicología y Salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide. Cap. 1.
- Spielberger, Ch. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado*. México: Manual Moderno.
- Stead, M., Fallowfield, L., Brown, J. & Selby, P. (2001). Communication about sexual problems and sexual concerns in ovarian cancer: qualitative study. *British Medical Journal*, 323, 13, 836-837.
- Stinson, K., Lasker, J., Lohmann, J. y Toedter, L. (1992). Parents' grief following pregnancy loss: A comparison of mothers and fathers. *Family Relations*, 41, 218-223.
- Swanson, J., Dibble, S. Y Chapman, L. (1999). Effects of psycho-educational interventions on sexual health risks and psycho-social adaptation in young adults with genital herpes. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 4, 840-851.
- SSA (1994). Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio (año). www.ssa.gob.mx
- SSA (1994). Norma Oficial Mexicana para la prevención, control y tratamiento del cáncer cérvico uterino. www.ssa.gob.mx
- SSA (1994). Norma Oficial Mexicana para la Prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y posmenopausia en la mujer. www.ssa.gob.mx
- Tamburini, M., Gangeri, L., Brunelli, C., Boeri, P., Borreani, C., Bosisio, M., Karmann, C., Greco, M., Miccinesi, G., Murru, L. & Trimigno, P. (2003). Cancer patients' needs during hospitalisation: a quantitative and qualitative study. *British Medical Journal*, 3, 12, 1471- 1487.
- Valdez, J. (1998). *Las redes semánticas naturales, usos y aplicaciones en psicología social*. Toluca: UAEM.
- Vance, J., Najman, J., Thearde, M., Embelton, G., Foster, W. y Boyle, B. (1995). Psychological changes in parents eight months after the loss of an infant stillbirth, neonatal death, or sudden infant death syndrome - a longitudinal study. *Pediatrics*, 96, 5, 936 - 938.
- Viveros, C. (2000). CLIII Aniversario del Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 67, 3, 134-135.
- Yabroff, K., Kerner, J. y Mandelblatt, J. (2000). Effectiveness of interventions to improve follow-up after abnormal cervical cancer screening. *Prev Med*, 31, 4, 429-439.
- Young, B., Dixon - Woods, M, Windridge, K. y Heney, D. (2003). Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. *British Medical Journal*, 326, 8, 305 - 310.
- Zapka J., Taplin, S., Solberg, L. y Manos, M. (2003). A framework for improving the quality of cancer care: the case of breast and cervical cancer screening. *Cancer Epidemiology Biomarkers Prev*, 12, 1, 4-13.

ANEXOS

Anexo 1

Tríptico VPH

¿Cómo se hace el diagnóstico?

La mujer debe asistir a la consulta de un especialista en ginecología que esté bien capacitado y actualizado, tanto en los métodos diagnósticos como en la terapéutica, al menos una vez cada 6 meses durante toda su vida reproductiva, y una vez al año, después de la menopausia.

Los métodos diagnósticos que lleva a cabo el médico son la citología (Papanicolaou) o la colposcopia. Ambos son sencillos y rápidos, y una vía efectiva para detectar el VPH.



¿Cuál es el tratamiento para el VPH?

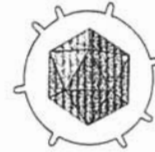
El VPH como tal, no tiene cura, las personas portadoras lo serán para toda la vida, sin embargo, las lesiones sí son curables, estas lesiones se pueden tratar hasta eliminarse por medio de: criocirugía, electrocirugía o técnicas de rayos láser.

Una vez que la lesión ha desaparecido, la mujer debe acudir a chequeo médico cada tres meses, en dos ocasiones. Después de esto es necesario que vuelva a su revisión de rutina cada 6 meses.

¡Recuerda que lo más importante es TU SALUD!

Medicina 
Conductual

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)



¿Qué es el VPH?

Es un virus ampliamente expandido y transmitido en todo el mundo. Es totalmente asintomático y se puede ser portador toda la vida sin saberlo. Actualmente existen 100 tipos de este virus en el humano. Cuando afecta los genitales externos se manifiesta en forma de condilomas o verrugas genitales de color rosáceo o blanquizco. En otras ocasiones, el virus no es observable a simple vista, y se requiere de estudios específicos para detectarlo.

Este último caso es más peligroso, ya que al no detectarse puede alcanzar el cuello de la matriz, lo cual con el transcurrir del tiempo (muchos años) produce una displasia (lesión precursora de cáncer) en esta zona.

Por esta razón, si no se hace un diagnóstico temprano y las lesiones no son tratadas, se desarrolla un cáncer invasor que puede ocasionar la muerte (4,500 mujeres en México cada año, una mujer cada dos horas).

El cáncer cérvico uterino puede ser 100% prevenible si es detectado a tiempo.

¿Cómo se transmite?

Actualmente se consideran tres formas importantes de contagio:

- a) A través de las relaciones sexuales, es la forma más común de contagio. Se ha calculado que entre el contagio y la aparición de alguna lesión, pueden transcurrir hasta años.
- b) Transmisión vertical madre-hijo, cuando la madre portadora del VPH se lo transmite al feto o al recién nacido durante el parto o la cesárea. Esta forma de transmisión tiene muy poca probabilidad, un bebé de cada 200 que nacen llega a presentar una infección en las vías respiratorias por el VPH.

Es importante mencionar que la cesárea no es una vía para evitar la transmisión.

- c) Contacto con utensilios de baño húmedos, recientemente utilizados por un portador (jabones). Al secarse estos, el virus muere.



¿Cómo puedo prevenir el VPH y tener un diagnóstico temprano de lesiones en el cuello de la matriz?

Como ya se mencionó, el VPH es un virus muy expandido, por lo que todas las personas que son sexualmente activas tienen altas probabilidades de contraerlo, por ello es importante llevar a cabo varias medidas preventivas:

- ↓ El uso del condón reduce el riesgo del contagio, sobre todo cuando se usa durante los juegos sexuales y otras actividades distintas al coito; así como durante el coito oral o anal.
- ↓ No usar los utensilios de baño de otras personas, sobre todo cuando están húmedos.
- ↓ Lavar con detergente y cloro la ropa interior y secarla al sol.
- ↓ Mantener una vida sexual con la pareja, basada en la comunicación y el respeto.
- ↓ Evitar mantener relaciones sexuales con múltiples parejas.
- ↓ Acudir regularmente con el médico para detectar a tiempo cualquier lesión en el cuello de la matriz.



Anexo 2

Autoinforme de Relajación

AUTOREPORTE DE RELAJACION

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Hora de Inicio: _____

Hora de Término: _____

Antes de iniciar su ejercicio de relajación indique en una escala de 1 a 10 su *USR antes y después de realizar su práctica.

USR Inicio:

Profundamente Relajado

Muy Tenso

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

USR Final:

Profundamente Relajado

Muy Tenso

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Fue usted capaz de relajarse? SI NO

¿Si no fue así indique qué le distraía o le impedía relajarse?

¿Qué pensamientos venían a usted cuando realizaba el ejercicio de relajación?

¿Qué imágenes venían a usted cuando realizaba el ejercicio?

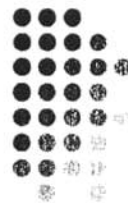
¿Qué sensación experimentaba en su cuerpo al momento del ejercicio?

*Las Unidades Subjetivas de Relajación (USR) indican sus niveles subjetivos de relajación. Una USR de 1 indica un estado de profunda relajación y una USR de 10 indica un estado de suma tensión. Ahora elija un número entre 1 y 10 para indicar sus niveles de relajación - tensión antes y después de practicar la relajación.

Anexo 3
Póster Sala de
Espera

APOYO PSICOLÓGICO

¿Sabías que la unidad de oncología cuenta con psicólogos que te pueden orientar?



Si en la sala de espera te pones nervioso



Tienes ganas de llorar y no sabes porqué
Necesitas hablar con alguien de tus problemas

Tienes miedo o estás triste por los resultados de tus estudios



Si vas a iniciar tratamiento (quimioterapia, radioterapia, cirugía) y esto te produce ansiedad y/o miedo.



Si eres familiar de un paciente y no sabes como manejar la situación



Pregunta en recepción
Psic. Paula Barcenas
Psic. Rosa Ornelas
Psic. Mayra Vega
Psic. Jessica Villalpando



Anexo 4
Tríptico Ca
Testículo



Radioterapia

el uso de rayos x de alta energía para eliminar los tumores prevenir que se formen nuevamente



RECOMENDACIONES

- o Asistir a todas y cada una de las citas con el médico.
- o Llevar a cabo todos los estudios que se indiquen.
- o Continuar con todos los tratamientos para que no recurra el cáncer.
- o Preguntar todas las dudas al médico.



CANCER DE TESTICULO

FOLLETO DE INFORMACIÓN PARA PACIENTES

Hospital Juárez de México
Clínica de Psicooncología

¿QUÉ ES EL CÁNCER DE TESTÍCULO?

El cáncer es una enfermedad de las células que crecen localmente y sin control en alguna parte de nuestro cuerpo.

Estas células alocadas forman un tumor maligno".

El cáncer de testículo es cuando hay células cancerosas en uno o los dos testículos.



Este cáncer es el más común en los hombre entre 15 y 34 años



¿CÓMO SE DETECTAN LOS SÍNTOMAS?

- Por una hinchazón en el escroto (sin dolor)
- Revisión del médico (palpación)
- Otros estudios: sangre, ultrasonido, tomografía.

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO?

Cirugía

Es la extracción de uno o ambos testículos para eliminar el cáncer.

Se hace con una incisión en la ingle y en ocasiones se extraen también los ganglios.



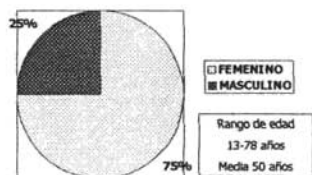
Quimioterapia

Es un conjunto de medicamentos para eliminar tumores o prevenir que se vuelvan a formar.

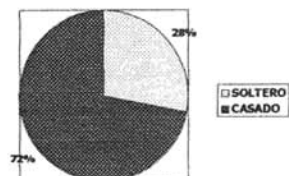
Se pueden tomar en forma de pastillas o en suero.

Anexo 5
Resultados
Conceptualización
del Cáncer

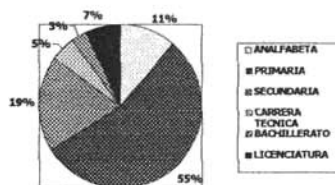
DATOS DEMOGRÁFICOS Género



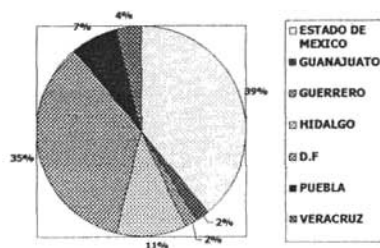
DATOS DEMOGRÁFICOS Estado Civil



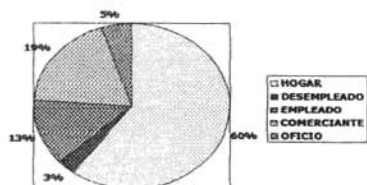
DATOS DEMOGRÁFICOS Escolaridad



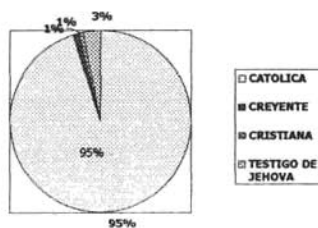
DATOS DEMOGRÁFICOS Residencia



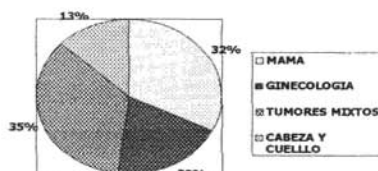
DATOS DEMOGRÁFICOS
Ocupación



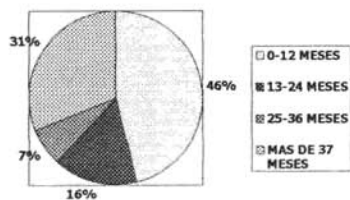
DATOS DEMOGRÁFICOS
Religión



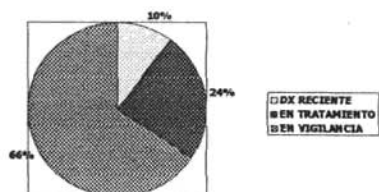
DATOS DEMOGRÁFICOS
Servicio



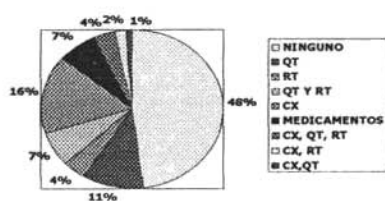
DATOS DEMOGRÁFICOS
Tiempo de diagnóstico



DATOS DEMOGRÁFICOS Etapa de Tratamiento



DATOS DEMOGRÁFICOS Tratamiento Actual

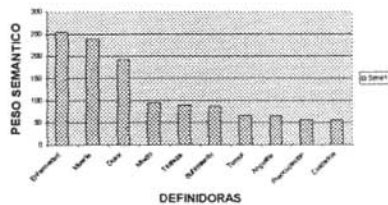


RESULTADOS

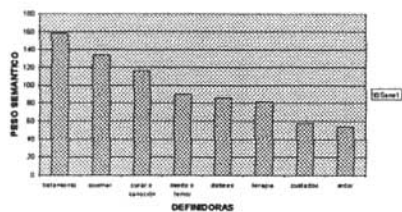
CATEGORÍAS

- 1. FUNCIÓN
- 2. DEFINICIÓN
- 3. EFECTOS SECUNDARIOS
- 4. EMOCIONES

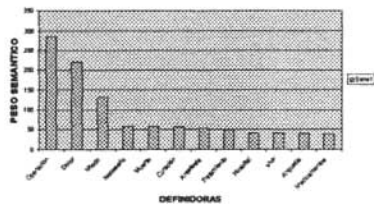
CÁNCER



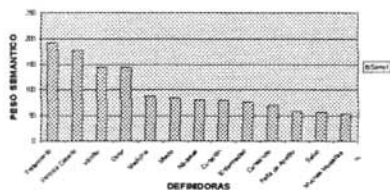
RADIOTERAPIA



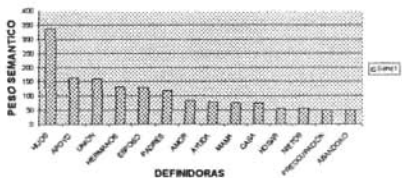
CIRUGÍA



QUIMIOTERAPIA



FAMILIA



ANALISIS DE RESULTADOS

CÁNCER

- Se conceptualiza como enfermedad y esta altamente asociado con muerte.
- Las definidoras con mayor peso son emocionales.



QUIMIOTERAPIA

- Es más asociado con los efectos secundarios que genera el tratamiento.

ANALISIS DE RESULTADOS

RADIOTERAPIA

- Es definida en función del tratamiento y los efectos secundarios que éste provoca.



CIRUGÍA

- Se percibe más como recurso de curación y las implicaciones emocionales al proceso quirúrgico.

ANALISIS DE RESULTADOS

FAMILIA

- Se define con una doble connotación
 1. Necesidad de apoyo
 2. Preocupación por la posibilidad de dejar a la familia



Anexo A

Lista Checable

APRENDIENDO DE LA QUIMIOTERAPIA

REGISTRO DIARIO

Semana del _____ al _____

Nombre:

CONDUCTA	L	M	M	J	V	S	D
Alimentación balanceada y en buena cantidad							
Cansancio							
Evitación de Infecciones							
Náusea							
Vómito							
Higiene de boca y dientes							
Higiene corporal							
Estrés*							

*Como si fuera un termómetro, indica en que número estuvo tu estrés cada día de la semana:

Mucho Estrés

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1

Poco estrés

Anexo B

Entrevista Inicial

ENTREVISTA INICIAL

Nombre: _____ Exp.: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____

Edo. Civil: _____ No. de Hijos: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Lugar Residencia: _____

Ocupación: _____

Dx: _____ Tiempo de Dx: _____

Tratamientos recibidos: Rt _____ Cx _____ Qx _____ Tipo Qx _____

Teléfono: _____

1. ¿Tiene algún problema para leer o escribir?
2. ¿Acostumbra beber alcohol? ¿Cuánto y con qué frecuencia?
3. ¿Toma alguna otra droga? ¿Cuál y con qué frecuencia?
4. ¿Con quién vive actualmente?
5. ¿Con qué personas cuenta para enfrentar la enfermedad?

6. ¿Cuál ha sido la mayor dificultad que ha vivido desde que le diagnosticaron la enfermedad?

7. ¿Qué ha hecho para resolver esa dificultad?

8. ¿Alguna vez ha estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico? ¿Por qué razón?

9. ¿Tiene algún otro problema significativo a parte de su enfermedad? (pérdida reciente de un ser querido, separación de la pareja, legal)

Anexo C

Acetatos

APRENDIENDO DE LA QUIMIOTERAPIA

Guía para el Paciente

SESIÓN 1 PSICOEDUCACIÓN INTRODUCCIÓN AL TRATAMIENTO

¿PARA QUÉ SIRVE ESTA GUIA?

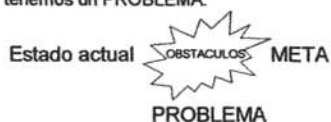
- Como tu sabes, el tratamiento del cáncer es complejo y variado de acuerdo al tipo y el avance de esta enfermedad.
- Cada paciente lo vive y siente de manera diferente.
- Para algunos llega a ser difícil, pero hay formas para disminuir los problemas que sentimos ante esta enfermedad.
- Esta guía es precisamente para eso, te invitamos a leerla...

S1 ¿QUÉ ES LA QUIMIOTERAPIA?

- La quimioterapia es un tratamiento en el cual tomamos o nos administran medicamentos vía venosa con el fin de controlar el crecimiento del tumor.
- Esto nos ayuda a que se pueda operar el tumor o bien, a que no invada otros órganos.
- Qué tanto sabes de la quimioterapia, revisemos juntos el manual de información.
- En ocasiones nos cuesta trabajo seguirla al pie de la letra por diversas causas, en tu caso ¿cuál podría ser la causa?....

Manejando los Problemas

Cuando tenemos una meta que alcanzar y consideramos que no contamos con los recursos (personales y físicos) para alcanzarla, o cuando las condiciones que nos rodean no son las mejores, entonces decimos que tenemos un PROBLEMA.



Manejando los Problemas

- En algunos casos, la meta que deseamos es algo que no se puede tener.
- En esos casos la meta sería aceptar una nueva condición de vida apoyándonos de los recursos con los que sí contamos.
- Siempre tenemos recursos, solo que en ocasiones no les damos importancia.
- El recurso más valioso que tenemos es el PENSAMIENTO.

ORIENTACIÓN POSITIVA DEL PROBLEMA

- Creer que TU eres capaz de incrementar tu calidad de vida.
- Creer que es normal y común tener problemas.
- Ser hábil para identificar los problemas.
- Habilidad para controlar mi impulsividad cuando confronto un problema.

CAMINO HACIA EL BIENESTAR



SESIÓN 2
REESTRUCTURACIÓN
COGNITIVA

S2 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

- Ante todos eventos nosotros producimos tres elementos:



- Dependiendo del tipo de pensamiento, nosotros podremos enfrentar más o menos fácil un problema.

- En general, cuando pensamos de manera negativa hacia nuestras capacidades, hacia los demás y hacia el mundo, concluimos que no podremos enfrentar el problema



REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

- Para cambiar esto, necesitamos:

- Identificar nuestras **emociones**
- Identificar nuestros **pensamientos automáticos**
- Buscar pensamientos **alternativos o equilibrados**

Identificando mis emociones

Las emociones son la señal de que puede haber un problema

Una señal para hacer un ALTO y PENSAR



CAMBIOS FISICOS
CONDUCTA
SENSACIONES

Ejercicio 1 Reestructuración Cognitiva

- Primero identifica todas las emociones que sientes ante este problema:

Deprimido	Ansioso	Enfadado	Culpable	Avergonzado
Triste	Preocupado	Emocionado	Asustado	Irritado
Inseguro	Orgullosa	Furioso	Temeroso	Frustrado
Nervioso	Disgustado	Herido	Alegre	Decepcionado
Enfurecido	Espantado	Feliz	Carñoso	Humillado

Otras Emociones _____

Identificando tus pensamientos automáticos

- Identifica primero tu auto-plática negativa
 - Uso de palabras juiciosas como "debo" y "tengo que"
 - Uso de palabras catastróficas que no van de acuerdo con la situación real.
 - Mencionar que TODO lo que nos pasa es negativo.

Ejercicio 2 ¿Cuáles son tus pensamientos negativos?

- Mi auto-plática negativa más frecuente es

1) _____

2) _____

3) _____

Cambiando mis pensamientos negativos

- Argumentar contra los "debo" y "tengo" con "¿Por qué debo o tengo?"
- Cuestionar las palabras catastróficas con evidencias reales del peligro de una situación.
- Encontrar cosas positivas en cada situación.
- Usar auto-plática positiva

Auto – plática Positiva

- Puedo resolver este problema!
- Es normal sentirme triste en esta situación
- No puedo cambiar el viento, pero sí puedo ajustar las velas.
- No tengo que agradar a todo el mundo.
- Puedo reemplazar mis miedos por fé.
- Está bien complacerme a mi mismo.
- Esta dificultad va a terminar.
- Si lo intento lo puedo lograr!
- Puedo recibir ayuda de _____ si lo necesito

Auto – plática Positiva

- Es más fácil una vez que he comenzado
- Solo necesito relajarme
- Yo puedo enfrentar esto.
- Yo puedo reducir mis miedos.
- Solo necesito mantenerme en el camino
- No dejaré que los miedos crezcan
- Orar me ayuda
- Estoy orgullosos de mi mismo!
- Puedo persistir aquí!

Creencias Irracionales



Ejercicio 3 Creencias Irracionales

- La mayoría de la gente no tiene problemas al enfrentar la enfermedad

Idea Racional:

- Todos mis problemas se deben a la enfermedad

Idea Racional:

- Es mejor evadir los problemas

Idea Racional:

Ejercicio 3 Creencias Irracionales

- La primer solución es siempre la mejor

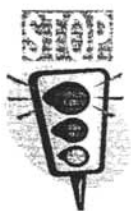
Idea Racional:

- Nadie puede entender lo que estoy sintiendo

Idea Racional:

- La gente no puede cambiar

Idea Racional:



Y



PIENSA

SESIÓN 3
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

MANEJANDO LOS PROBLEMAS

- Cuando tenemos un problema en el que si es posible alcanzar la meta deseada, lo más importante es RESOLVERLO, pero a veces no sabemos como.
- Si seguimos una serie de pasos nos podemos dar cuenta de cómo hacerlo.

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- En primer lugar tenemos que aprender a definir qué nos pasa:
 - Enunciar hacia dónde queremos llegar.
 - Sobre algo que nosotros podamos hacer.
 - No se vale enunciar cosas que no podamos cambiar
 - Tenemos que ubicar cuáles son los obstáculos o los conflictos en esa situación.

EJEMPLOS DE ALGUNOS PROBLEMAS RELACIONADOS AL CANCER

FÍSICOS

Caminar
Actividades domésticas
Actividades recreativas
Estoy perdiendo peso
Trabajar
Mucho dolor

DISTRES

Apariencia personal
Preocupación
Toma de decisiones
Hablar con amigos
Sentir que me evitan
Tristeza
Problemas de sueño

EJEMPLOS DE ALGUNOS PROBLEMAS RELACIONADOS AL CANCER

PAREJA Y FAMILIA

Poca comunicación
Poco contacto físico
No me dejan solo
Cambio de roles
Pérdida de interés sexual
Dificultad sexual
Desinterés de la pareja

RELACIÓN MÉDICA

Falta de información
Falta de comunicación
Sentirse fuera de control
Sentirse nervioso al preguntar

Ejercicio Paso 1

- Enunciar el problema

Recuerda:

- Algo personal
- ¿Lo podemos cambiar o lo tenemos que aceptar?

SOLUCION DE PROBLEMAS

- El segundo paso es escribir todas las maneras que se nos ocurren para resolverlo o aceptarlo.
- Ninguna opción que se nos ocurra es tonta, a veces de esas opciones surgen las soluciones más originales y efectivas.
- Si las compartes con el grupo podremos ayudarnos unos a otros, o puedes tomar ideas de los demás.

Ejercicio Paso 2

- Todas las soluciones posibles:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

- El tercer paso consiste en evaluar estas alternativas para elegir la mejor
- Para eso debes tener en cuenta las consecuencias de cada alternativa
 - Para mí
 - Para la gente que me rodea
 - A corto plazo
 - A largo plazo

Ejercicio Paso 3

Alternativa	Para mí	Para otros	Corto Plazo	Largo Plazo

SESIÓN 4 MANEJO DE ESTRÉS Y EXPRESIÓN DE EMOCIONES

S4 MANEJO DE ESTRÉS

- Cuando aprendemos a modificar nuestros pensamientos hemos dado el primer paso para controlar y manejar el estrés.
- El siguiente paso es ayudar a nuestro cuerpo a liberar la tensión.
- Para esto hay tres ejercicios, que veremos a continuación:

Ejercicio 4 Ejercicios de Relajación

- Respiración Diafragmática
- Relajación Muscular Progresiva
- Imaginería Guiada

DAR SALIDA A NUESTRAS EMOCIONES

- En ocasiones es muy útil y necesario sacar las emociones que nos dificultan el proceso de nuestra enfermedad.
- A veces no conocemos una manera para liberar estas emociones que no perjudique a la gente que rodea ni a nosotros mismos.
- Por eso te sugerimos algunas:

Ejercicios para Liberar Emociones

- Escribe una carta a alguien o a algo y después destrúyela
- Pinta mientras escuchas una música que ayude a sacar lo que tienes dentro
- Platica con alguien acerca de lo que sientes
- Distrae tu mente en algo que te guste hacer (dar un paseo, hacer manualidades, leer, etc.)

Anexo D

Lista Cambios Conductuales

¿QUÉ HACER CON LOS EFECTOS SECUNDARIOS?

Náusea y Vómito

- Toma líquidos 1hr. antes o después de comer
- Come y bebe lentamente
- Come varias veces en cantidades pequeñas
- Mastica muy bien la comida
- Comer alimentos secos (cereal, galletas saladas) antes de levantarte (no úlceras bucales)
- Toma jugos no dulces (manzana)
- Prueba pastillas mentoladas o chicles (no úlceras bucales)
- Usa ropa holgada
- Respirar hondo y profundo en el momento de la náusea
- Haz uso de la distracción con t.v., música, leyendo o platicando.
- Practica técnicas de relajación.
- Evita olores desagradables
- Evita alimentos dulces y grasosos
- Descansa después de comer pero no te acuestes completamente por lo menos en 2hr.
- Antes del tratamiento come mucho tiempo antes, ligero y variado.

Dolor

- Toma puntualmente la medicina para el dolor
- No esperes a tener el dolor para tomar la medicina, si dejas que el dolor llegue será más difícil quitarlo.
- Lleva a cabo ejercicios de relajación mientras tienes el dolor



Cansancio

- Planea en tu día tiempo para descansar
- Toma varios periodos cortos de descanso en vez de uno largo
- Guarda tu energía para cosas importantes
- Busca formas más sencillas y cortas de actividades que disfrutas
- Camina un poco o haz ejercicio ligero si es posible
- Intenta actividades como yoga e imaginaria
- Come lo mejor que puedas y toma abundantes líquidos
- No ingieras cafeína o alcohol
- Permite a otros que hagan cosas por ti

Pérdida de Cabello

- Usa un shampoo suave
- Usa un cepillo suave
- Si usas secadora de pelo que no sea una temperatura caliente
- Usa tu cabello muy corto
- Usa bloqueador solar en la cabeza y protégela.

Anexo E

Recordatorios

Si me informo sobre mi enfermedad y tratamiento, será más fácil aprender a vivir con ella y enfrentarla.

La clave de mi felicidad solamente está dentro de mí...

Puedo resolver y soportar todos mis problemas

Está bien sentir mis emociones, identificándolas las puedo expresar y controlar.

Anexo F

Entrevista Final

CUESTIONARIO POST TRATAMIENTO

1. ¿Cómo ha sido su estado de ánimo desde que se finalizó el tratamiento?
a) Mucho mejor b) Mejor c) El mismo d) Me he sentido más desanimada

2. ¿Por qué?

3. ¿Ha continuado los ejercicios que vimos?

SI

NO

¿Por qué?

4. ¿Cuáles?

- a) Cambio de pensamiento
- b) Solución de problemas
- c) Control de síntomas
- d) Relajación
- e) Control de emociones

5. ¿Considera que el tratamiento psicológico le hay ayudado a sobrellevar la Qt?

SI

NO

6. ¿En qué manera?

7. Sugerencias y comentarios: