



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PAR OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

GABRIELA CAROLINA VALENCIA CHÁVEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. FERNANDO P. VÁZQUEZ PINEDA

COMITÉ TUTORIAL: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

MTRA. BERTHA MOLINA ZEPEDA

DR. URIAH GUEVARA LÓPEZ

MTRA. BERTHA RAMOS DEL RIO

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRA. SANDRA A. ANGUIANO SERRANO

MÉXICO D.F. MAYO 2006.



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.

Agradecimientos

Por supuesto que empezaré por agradecer a mi Máxima Casa de Estudios: la Universidad Nacional Autónoma de México y de ella, en especial a la Facultad de Psicología por permitirme seguir perteneciendo a su selecto grupo de alumnos en un grado más como lo es la Maestría y con ello darme la oportunidad de seguir formándome profesionalmente, pero sobre todo agradezco a todo el grupo de maestros y doctores que imparten clase para los alumnos de la Residencia de quienes aprendí lo sublime de la psicología: Medicina Conductual. También agradezco a la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología y, a los Servicios de Salud Mental, al Hospital Juárez de México y al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán por el apoyo brindado puesto que con ello logré obtener el producto anhelado: conocimiento y experiencia, gracias por el reconocimiento de la relevancia de los aspectos psicológicos. Mi agradecimiento a cada uno de los miembros del jurado por formar parte de la experiencia más grata como lo será el Examen de competencias profesionales en el que deseo cumplir con sus expectativas. Agradezco en especial a dos personas extremadamente importantes: a mi tutor, el Mtro. Fernando Vázquez Pineda por su eficaz, eficiente e interesante asesoría y motivación; a mi revisor el Mtro. Leonardo Reynoso Erazo por su valiosa reestructuración de muchas distorsiones no sólo del reporte sino de mi cognición, gracias a los dos por modelar la tolerancia y dedicación.

Dedicatorias

A la mujer incondicional, que me cuida me protege, me quiere mucho y a quien yo adoro: mi Esperanza.

Al hombre más importante de mi vida y después de la muerte: Mi padre.

A mis maravillosos aliados y regañados hermanos por motivarme a seguir demostrando: Maria Elena, Raúl, Alejandra, Javier, Teresa, Claudia, Olimpo y Lulú, gracias por su enseñanza de vida.

A mis peligrosos sobrinos y sobrinas: Aarón, Liliana, Andrea, Andrés, Ingrid, Jessica, Karla, Mariel, Gaby, Ashley, Daniel, Valeria, Daniela, Jesús, Karen, Xavier y Alexa, el camino continua y no me han alcanzado.

A mi segunda familia: Sr. Antonio, Sra. Irma, Luis Alberto, Claudia y Stefany, gracias por sus muestras de cariño y afecto.

A mis amigas: Alma y Lili por su compañía y solidaridad en este proceso y sus múltiples técnicas psicológicas aplicadas para la disminución de mis síntomas. A todas las personas que en este proceso tuvieron una actuación importante en mi aprendizaje. En el área de Hematología al Dr. Jorge Cruz Rico, la Dra. Mónica Tejeda, a las enfermeras María Félix y Lety, y a la trabajadora social Angélica, a mi supervisora in situ Bertha Molina Zepeda. En el área de clínica del dolor al Dr. Uriah Guevara López, Dra. Argelia Lara, a la enfermera Lety, y a la trabajadora social Eli. En especial a todos y cada uno de los pacientes de las dos áreas, por su cooperación, comprensión y su fidelidad.

Al hombre y amor de mi vida: Edgar

De verdad que me ha detenido demasiado tu dedicatoria y la razón se debe a mi deseo por escribir lo más importante, bonito y exclusivo, sin embargo -sin reducir todo eso en esto-, te digo que te amo aún más que el primer día que empecé a hacerlo y debes saber que la alegría y el encanto que has vertido en mi ser durante tanto tiempo es lo que me motiva día a día a lograr metas en la vida. Gracias por tanta felicidad.

Índice

Resumen

Capitulo I.- Antecedentes

Medicina Conductual

Residencia en Medicina Conductual

Curso propedéutico

Capitulo II.- Experiencia Profesional. Primer año de Residencia.

Hospital Juárez de México

El servicio de hematología

Ajuste psicosocial del paciente hematológico

Necesidades de atención psicológica detectadas

en el servicio de hematología del HJM

Actividades de práctica supervisada

Capitulo III.- Experiencia Profesional. Segundo año de Residencia.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición.

El servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos

Ajuste psicosocial del paciente con dolor

Necesidades de atención psicológica detectadas en

el servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos

Actividades de práctica supervisada

Competencias profesionales adquiridas

Evaluación: sedes, actividades y supervisión

Conclusiones y sugerencias

Referencias Bibliográficas

Apéndices

Resumen

El reporte de experiencia profesional que a continuación se presenta en el siguiente documento, contiene diversos apartados, el primero de ellos describe el contexto bajo el cual se desarrolla la Residencia en Medicina Conductual, posteriormente se describe la fase de actividades académicas llevadas a cabo durante la maestría, así como los productos obtenidos por cada una de ellas. Posteriormente se mencionan las diversas actividades de práctica supervisada desarrolladas en los escenarios hospitalarios durante la fase de residencia tales como actividades de formación profesional, actividades de supervisión, actividades de investigación y haciendo énfasis en las actividades de asistencia de corte cognitivo conductual. El primer año de residencia se llevó a cabo en el Hospital Juárez de México, en el cual se tuvo como objetivo brindar atención psicológica a pacientes con enfermedades hematológicas durante diversas fases de la enfermedad como: a) fase de diagnóstico, b) fase de hospitalización – tratamiento -, y en fase terminal, teniendo un total de 680 intervenciones y un protocolo de investigación para intervención psicológica a pacientes pediátricos. Posteriormente se describe el segundo año de residencia llevado a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán en el que se brindo atención psicológica en 924 ocasiones a pacientes con dolor en más del 80% en la consulta externa con el objetivo de favorecer la adherencia terapéutica, identificar síntomas de ansiedad y depresión entre otras, además de presentar un protocolo de investigación para manejo del dolor oncológico. Finalmente se realiza un análisis de las competencias profesionales alcanzadas así como una evaluación de los sistemas de supervisión y por último una conclusión.

Antecedentes

Salud – enfermedad

Es indudable que existen más de tres aspectos de la vida del ser humano considerados de gran importancia, como lo menciona una popular canción, sin embargo la salud continúa siendo como siempre lo ha sido, el principal valor tanto personal como cultural.

La salud, la cual es objeto de énfasis en este escrito, en un sentido amplio ha sido entendida como el estado integral de bienestar al que todo ser humano aspira y no sólo a la salud física con la que el término ha estado tradicionalmente identificado. La salud también incluye bienestar en las tres dimensiones o áreas básicas que constituyen la naturaleza humana: la biológica, la psicológica y la social, y cuya combinación armoniosa constituye el ideal prototipo de felicidad para los seres humanos (Carrobbles, 1993).

Ahora bien, la salud ha pasado de ser considerada como una ausencia de enfermedad, a ser entendida como un estado de bienestar físico, psicológico y social que posibilita a los individuos la satisfacción de sus necesidades, la realización de sus aspiraciones y el afrontamiento adecuado a las situaciones estresantes de la vida cotidiana actual (Brannon y Feist, 1992).

El desarrollo del modelo biopsicosocial aplicado a los problemas de salud ha ido progresando por los cambios drásticos que se han observado en las

últimas décadas en los patrones característicos de las enfermedades, de las cuales, las de tipo infeccioso han sido controladas casi en su totalidad y en su lugar ha surgido una nueva manera de enfermar: crónica y degenerativamente. Las enfermedades crónico-degenerativas tienen la principal característica de no ser producidas por agentes patógenos específicos, sino por causas múltiples y no exclusivamente orgánicas, sino causas o factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales.

Este cambio en el modelo de enfermedad ha provocado el reconocimiento del medio socio-ambiental y la conducta personal de los individuos como los principales determinantes de esas enfermedades y con ello ha crecido el papel de las ciencias de la conducta como la Psicología, modificándose de un intento rehabilitador o terapéutico al de prevención, reducción o evitación de la ocurrencia de las enfermedades crónico-degenerativas.

Epidemiología

Las estadísticas de la Secretaría de Salud (2004) reportan que a nivel nacional se registran 472 823 defunciones anualmente y que las principales causal de mortalidad general en México son: Enfermedades del corazón con 77, 542 defunciones; Tumores Malignos con 60, 994; Diabetes Mellitus con 60, 048; Accidentes con 36, 880 y Enfermedades del hígado con 29, 315 defunciones ente otras.

En el Distrito Federal entre el 2002 y el 2004 se registraron en promedio 468, 369 defunciones anuales y la mortalidad general por sexo según su residencia habitual muestra el mayor número de muertes lo reportan los hombres con 259 593 en comparación con mujeres de quienes se reporta una cifra de 208, 327 defunciones.

De acuerdo con el registro de mortalidad hospitalaria según institución del año 2000, se puede observar que mueren 4113 pacientes con tumores maligno mientras que 1,525 pacientes mueren de leucemia dentro del hospital. El porcentaje de mortalidad hospitalaria según institución es del 33% para los centros de la Secretaría de Salud asignados para dar atención a la población que no tienen acceso a seguridad social.

Por su parte la lista de morbilidad hospitalaria según institución del año 2001, se puede observar que hay más leucemias que tumores de cuello uterino o que tumores de mama.

Causa	Total	SSA	Instituciones de Seguridad Social
Total	4,052,541	1,469,332	2,583,209
Tumor maligno de estómago	4,343	1,103	3,240
Tumor maligno de colón	3,224	566	2,658
Tumor maligno de recto y ano	1,950	465	1,485
Tumor de traquea y pulmón	7,246	1,511	5,735
Tumor maligno de mama	12,601	3,407	9,194
Tumor maligno de cuello del útero	12,965	4,594	8,371
Leucemias	13,632	4,483	9,149

Figura 1. Morbilidad Hospitalaria según institución del año 2000.

FUENTE: SSA/INEGI 2001.

En los niños de edad escolar a nivel nacional se registran 6,957 defunciones anuales de las cuales la segunda causa de muerte registrada es la leucemia, mientras que para los de edad preescolar es la causa numero siete.

El contexto de atención a la salud en México

En México aproximadamente el 55% de la población es derechohabiente a alguna de las instituciones de seguridad social para los trabajadores del Estado. Atendidos en los tres niveles de atención: centros de salud, hospitales generales, y especialidades. El resto de la población mexicana que no tiene acceso a la seguridad social potencialmente debería recibir servicios de la Secretaria de Salud o de los gobiernos de los estados o municipios a través de los centros de salud, hospitales generales y especialidades y, en tercer nivel de atención por la Coordinación de Institutos de salud conformada por los 11 Institutos Nacionales, donde se proporciona atención de sub-especialidades y se efectúa investigación (Rodríguez y Rojas 1998).

En este contexto, la organización de los servicios de salud está dividida en tres niveles de atención. El primero está constituido por los centros de salud y las unidades de medicina familiar, en donde se ubican la mayor parte de los problemas de salud. El segundo nivel ofrece internamiento y consulta, por medio de los hospitales generales. Y por último, el tercer nivel de atención cuenta con unidades altamente tecnologizadas con atención de subespecialidades. En este sentido, las causas de enfermedad y mortalidad son susceptibles de prevención y/o control con intervenciones conjuntas de especialistas como médicos y psicólogos.

Medicina Conductual

En esta consideración de la salud en donde se combinan dos realidades, la orgánica y la mental, y en su nombre las dos disciplinas o especialidades que principalmente las representan, la Psicología y la Medicina es en donde encontramos el origen del desarrollo de un campo especializado, denominado Medicina Conductual, entendida ésta como el campo interdisciplinario integrado de la ciencia biomédica y de la psicología, ciencia de la conducta, reconociendo la génesis multi-factorial del binomio salud-enfermedad (Schwartz y Weiss, 1978); la aplicación de conocimientos y técnicas conductuales para el tratamiento de la enfermedad, su prevención y la potencialización de la salud (Pomerleau y Brady, 1979); y por último, como el campo de investigación que contribuye a la promoción general de la salud, con su doble carácter, tanto básico como aplicado (Agras, 1982; Gentry, 1984).

La característica definitoria de la Medicina Conductual es la consideración de la salud y la enfermedad, como estados multideterminados por un amplio abanico de variables, entre las que deben incluirse las de tipo somático o biofísicas (genéticas, anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, endocrinas, inmunológicas), las externas o ambientales, (estatus social, raza, sexo, eventos vitales críticos, soporte social); y las de tipo psicológico o comportamentales (estilos cognitivos, emociones, habilidades o recursos, conductas de riesgo).

Lo anterior propicia una amplia actuación del campo de la psicología en todos los niveles asistenciales, y ésta puede ser agrupada en tres diferentes áreas como son: a) la evaluación y el tratamiento de trastornos

específicos de la salud; b) para potencialización de la actividad de otros profesionales de la salud y c) la promoción general de la salud y prevención de la enfermedad (Carrobles, 1993).

Dentro de cada nivel de atención, el papel de la psicología y en especial con enfoque cognitivo conductual, contribuye al logro y mejoramiento de los objetivos del trabajo médico influyendo como parte de la asistencia y tratamiento, en la adherencia a los tratamientos, (Cheney, 1996), la preparación psicológica para las intervenciones invasivas (López, Pastor, Rodríguez, 1993), el manejo del dolor crónico (Fordyce, 2001), el enfrentamiento de una enfermedad incurable (Ellis y Abrams, 1980; Ellis y Abrams, 1994), y en el tratamiento de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados (Greenberger y Padesky, 1995; Wright, Thase, Beck y Ludgate, 1993) entre otros.

Es por ello que el modelo de atención en Medicina Conductual basado en la intervención breve con corte cognitivo - conductual se convierte en una estrategia útil y oportuna en Salud Pública debido a en los escenarios hospitalarios se tiene que atender a un gran espectro de personas con padecimientos diversos, y aunado a ellos resalta el hecho de que existe una gran escasez de recursos competentes para la atención en este tipo de población que permitan la detección temprana y la reducción de síntomas.

En este panorama es que se desarrolla la residencia en Medicina Conductual en el posgrado de psicología.

Residencia en Medicina Conductual

Características

Un logro adicional que tiene como objetivo incidir dentro de las instituciones de atención a las principales causas de enfermedad y mortalidad en México lo constituye el esfuerzo logrado por la Universidad Nacional Autónoma de México en 1999 con la creación del Programa de Maestría en la Facultad de Psicología vinculado al modelo de residencias médicas, específicamente la Residencia en Medicina Conductual, la cual ofrece una alternativa de atención bajo la perspectiva de una relación docencia - servicio- investigación en los campos clínicos de las instituciones de la secretaría de salud para el desarrollo del programa para psicólogos que implica el entrenamiento en habilidades, destrezas y competencias profesionales, actitudes y comportamiento ético en intervenciones dirigidas a la solución de problemas, así como conciencia social en tanto actitud de compromiso expresada a través del vínculo de las acciones profesionales con las instituciones de salud y la comunidad asistida.

Objetivos

El objetivo general del programa es la formación del alumno en capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en Medicina Conductual, con el manejo de técnicas con enfoque cognitivo conductual desde una perspectiva multidisciplinaria.

Entre los objetivos específicos del programa se encuentran los siguientes:

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

Perfil del egresado

El egresado en la residencia y sus competencias profesionales adquiridas permitirán:

- Evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de salud.
- Generar y adaptar instrumentos y técnicas de medición y escrutinio en el área.

- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para su intervención profesional, basados en el enfoque cognitivo – conductual.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de salud.
- Refinar su intervención con base en los resultados de evaluación.
- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.

Actividades propuestas

El programa de residencia define un mínimo de 1656 horas de práctica supervisada durante los dos años de formación, divididos en cuatro semestres de 24 semanas cada uno. El programa se encuentra constituido por horas de atención, talleres, seminarios, estudios de caso, sesiones clínicas y bibliográficas. Un elemento central del modelo de formación es que en el primer año el residente estará en contacto directo y continuo con el supervisor, disminuyendo progresivamente la vigilancia para que el trabajo se vuelva cada vez más autónomo.

Práctica supervisada

El objetivo principal de la supervisión consiste en buscar que los alumnos alcancen los estándares máximos en términos de ofrecer una adecuada calidad de los servicios para los individuos y la comunidad. La supervisión consiste en una relación entre un supervisor con habilidades clínicas avanzadas y una serie de alumnos supervisados, con el propósito de desarrollar competencias entre los últimos.

La supervisión tiene el propósito de apoyar las habilidades inherentes del supervisado así como determinar el déficit de éstas y ayudarlo a adquirirlas fomentando su autonomía.

El alumno de la residencia se ubicará en hospitales de segundo y tercer nivel de atención para el desarrollo de la práctica basada en los conocimientos adquiridos, los programas académicos que se desarrollarán en la residencia están basados en un modelo de entrenamiento práctico de supervisión clínica en donde se identifican dos tipos de supervisores: el supervisor in situ, profesionalista contratado por la institución hospitalaria cuyo compromiso con los residentes en formación consiste en responsabilizarse del entrenamiento y supervisión de los mismos en el escenario clínico, y el supervisor académico universitario, quien interactúa con los estudiantes tanto a través de visitas periódicas a los escenarios clínicos como por medio de la discusión de casos.

Curso propedéutico

Durante el inicio del curso se llevó a cabo una fase de actividades académicas de tronco común programadas para la formación de alumnos con el objetivo de desarrollar estrategias y habilidades relacionadas con la práctica profesional dentro de hospitales, previas al inicio del curso de residencia.

Este periodo de actividades 100% académicas se cubrió a partir del primer semestre y hasta el segundo semestre reduciéndose a un 50% puesto que iniciaba la inserción al área hospitalaria, los productos de dicha fase académica son los siguientes:

Métodos de investigación aplicada (I y II)

La materia denominada con dicha nomenclatura permitió que se contaran con las bases para la elaborar los protocolos de investigación en el área clínica, bajo la revisión de los docentes asignados a ella.

Medición y evaluación (I y II)

En dicha materia se logró obtener la capacidad de elaborar dos instrumentos de evaluación así como su aplicación para la fase de validación. En curso I, se desarrolló un instrumento de evaluación denominado Escala de Estilos de Afrontamiento para niños con enfermedades Crónico Degenerativa (Apéndice I). Dicho instrumento fue

elaborado con el objetivo de obtener un producto final dentro de la materia antes mencionada. La aplicación de éste se llevó a cabo en una muestra de 150 sujetos para la fase de piloteo, del resultado de las modificaciones de éste se aplicó en una muestra total de 300 niños los cuales fueron elegidos de manera accidental en dos hospitales como, Hospital La Raza del Seguro Social en el área de consulta externa de pediatría y, en el Hospital Juárez de México Área de Consulta Externa y Hospitalización para pacientes pediátricos. Es importante señalar que la validación del instrumento no fue completada y es un posible punto a retomar por generaciones posteriores.

b) En el curso II, bajo la perspectiva de la metodología observacional se realizó un instrumento de evaluación de la interacción terapeuta – paciente con el objetivo de verificar si se cumplían con los puntos específicos de una terapia breve. El instrumento se probó en seis sesiones de consulta en el centro de Apoyo de la Facultad de Psicología, logrando obtener un total de 180 minutos de observación para el paciente y 180 minutos de observación para el terapeuta, cumpliendo con el mínimo establecido por la metodología observacional para un análisis secuencial.

Teorías y modelos de intervención (I, II y III)

En el desarrollo de las clases impartidas en esta materia se logró identificar aquellas estrategias y habilidades útiles para la intervención psicológica en escenarios hospitalarios, así como los modelos desde el punto de vista de Medicina Conductual, tal es el caso del Modelo de Terapia Breve como el Cognitivo–Conductual, el cual ofrece una diversidad de técnicas aplicadas a pacientes con características específicas de enfermedad.

Programa de Residencia en Medicina Conductual (I, II, III, IV)

En lo relacionado al programa de residencia, se llevó a cabo con el desempeño y la práctica profesional dentro de las Instituciones de Salud como el Hospital Juárez de México como Primer Rotación y el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán como Segundo año de Residencia.

Por lo anterior y de acuerdo con lo establecido en el programa, como requisito para obtener el diploma o grado, se presenta el Reporte de Experiencia Profesional dentro de las Instituciones Hospitalarias que abarca el periodo de ingreso a la Maestría en el semestre 2002-1 al 2004-1.

A continuación se describe el primer año de Rotación en el Hospital Juárez de México (HJM), en el área de hematología adultos y hematopediatría y posteriormente se describirá el segundo año de rotación en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” (INCMNSZ).

Experiencia Profesional

Primer Año de Residencia

Hospital Juárez de México - Hematología

Ubicación de la sede

El Hospital Juárez de México es nombrado en honor a Benito Juárez, un día después de su muerte se hizo la propuesta que así lo llamaran, es una institución considerada de tercer nivel de atención, se encuentra ubicado actualmente en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160 en la col. Magdalena de las Salinas C. P. 07760 en la Ciudad de México.

Está considerado como un hospital de tercer nivel debido a que cuenta con los servicios de internamiento y consulta en 19 especialidades. Su estructura está diseñada en 7 edificios, 69 consultorios para los diferentes servicios, 400 camas censables y 135 no censables, quirófano con 10 salas, 10 aulas, auditorio, biblio - hemeroteca, 4 laboratorios, banco de sangre, cocina, 2 comedores y dos plantas eléctricas. Los edificios con los que cuenta el hospital son: a) Consulta Externa; b y b1) Imagenología, servicios médicos y administración; c) Urgencias, oncología (radioterapia y quimioterapia); medicina física y rehabilitación y anatomía patológica; d) Hospitalización; e) Investigación y enseñanza y; f) Servicios generales.

En la figura 2 se puede observar el organigrama del hospital que de entre sus divisiones destacan el área de Medicina interna por la especialidad de Hematología y el de Ciencias Neurológicas por ubicarse dentro de ella el servicio de Psicología del Hospital.

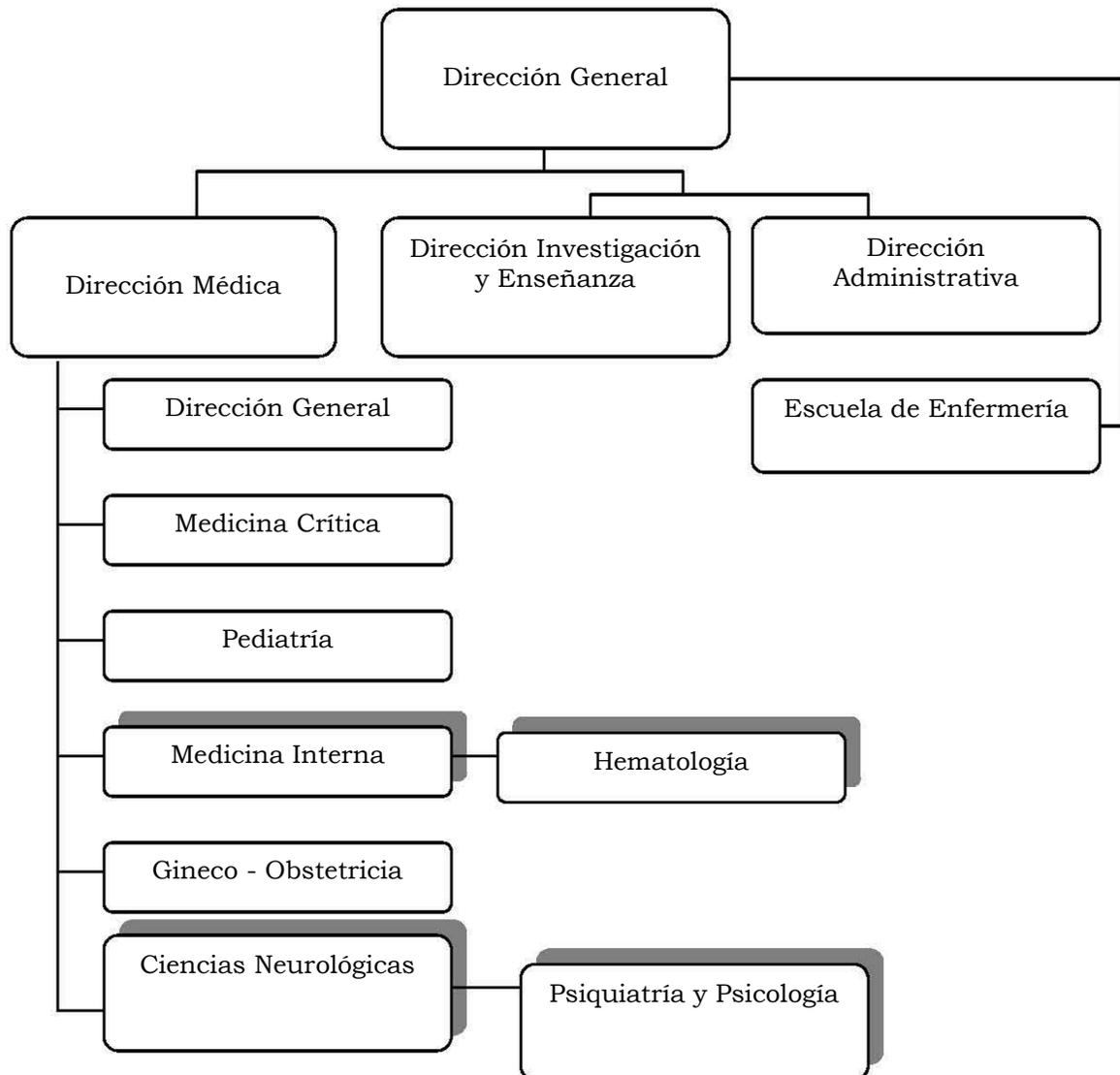


Figura 2. Organigrama del Hospital Juárez de México.

FUENTE: HJM/ORGANIGRAMA

Ubicación del residente

Como parte de la división de ciencias neurológicas se encuentran el servicio de psiquiatría y psicología del hospital. La asignación del residente durante este periodo fue realizada por acuerdo entre el Jefe de Servicio de

Psiquiatría, la Supervisora In situ, el coordinador académico y los Servicios de Salud Mental. En este primer año se realizó por primera vez la asignación de un residente al área de hematología. El servicio de hematología funciona como parte del servicio de medicina interna y está formado por un Jefe de Servicio, una médico adscrito al área, dos enfermeras en consulta externa, una trabajadora social asignada al servicio y los médicos rotantes, uno en el área de adultos y otro en el área de pediatría, así como los internos y en este periodo con un residente de medicina conductual.

Autoridades

Las autoridades del servicio de psicología fueron: Dr. Ricardo Gallardo (Jefe del servicio de psiquiatría y psicología); Mtra. en Psicología Bertha Molina Zepeda (supervisora In situ). Por parte del área de hematología: Dr. Jorge Cruz Rico (Jefe de Servicio); Dra. Mónica Tejeda (Médico Adscrito). En el área académica: Mtro. Fernando Vázquez Pineda (Tutor) y Mtro. Leonardo Reynoso-Eraza (Supervisor Académico en sede).

El servicio de hematología

El servicio de hematología tiene como objetivo estudiar y dar atención a los pacientes con enfermedades de la sangre, éstas pueden ser desde eventos agudos como la anemia ferropénica y las púrpuras siendo el 30 % aproximadamente de la población atendida, hasta cáncer en la sangre como la leucemia, el mieloma, la anemia aplásica y los linfomas, cubriendo el 70% de la población restante. El porcentaje anual de pacientes atendidos por este servicio es de un 30% del total de la población

adulta y de un 20% del total de la población pediátrica atendida dentro del hospital.

La naturaleza de los trastornos orgánicos

Las enfermedades más comunes atendidas en el área de hematología son las Leucemias, Los Linfomas, Los Mielomas Múltiples, las Púrpuras y la Anemia aplásica consideradas como cancerosas, Por su parte, las que no están consideradas como cancerosas se encuentran, la Anemia Ferropénica, y la Hemofilia entre otras, las cuales son tratadas en menor medida que las primeras.

- La leucemia es un cáncer en la sangre caracterizada por el aumento permanente anormal y desordenado del número de leucocitos o glóbulos blancos, que da lugar a una invasión de la médula ósea y que impide a su vez el desarrollo normal de las células progenitoras de la sangre y por consecuencia falta de glóbulos rojos y plaquetas. La leucemia linfocítica aguda (L.L.A.) es la causante del 80% de las leucemias agudas de la infancia, con un máximo de incidencia entre los 3 y 7 años. Asimismo, se presenta en personas adultas con un promedio del 20% de todos los casos de leucemias (Nelson, 1992).
- El linfoma es un término general que se le da a un grupo de desarreglos malignos que se originan en los linfocitos, un tipo de glóbulo blanco. Los glóbulos blancos son vitales para la defensa del organismo ya que matan, disuelven, rodean o destruyen toda materia ajena al cuerpo como venenos o virus que invaden al mismo. El síntoma más común al comienzo de la enfermedad es una inflamación indolora de los ganglios linfáticos generalmente del cuello, axilas, ingle o abdomen. Es la tercera forma de cáncer más frecuente en los niños en Estados Unidos, existen dos grandes

grupos de linfoma, la enfermedad de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin, los cuales tienen manifestaciones clínicas, un tratamiento y un pronóstico diferentes (Nelson 1992).

- El mieloma múltiple es una enfermedad maligna que afecta a las células plasmáticas, un tipo de glóbulo blanco que se encuentra en muchos tejidos del cuerpo humano, pero principalmente en la médula ósea. Frecuentemente, el primer síntoma del mieloma múltiple es un dolor persistente de huesos que responde a la presencia de muchas células malignas en la médula ósea. Este dolor puede comenzar en la espalda y en las costillas. Si la enfermedad se ha extendido, el dolor puede expandirse a los huesos de la pelvis, cuello y cráneo y, menos frecuentemente, a las piernas y antebrazos.
- Las Púrpuras son un trastorno de la sangre caracterizado por una disminución anormal del número de plaquetas de la sangre. Las plaquetas son células sanguíneas que ayudan a detener la hemorragia. Una disminución en el nivel de plaquetas puede producir moretones con facilidad, encías sangrantes y hemorragia interna. La púrpura trombocitopénica aguda se ve con más frecuencia en los niños de corta edad (de 2 a 6 años de edad). La púrpura trombocitopénica crónica puede suceder a cualquier edad, y los síntomas pueden durar un periodo mínimo de seis meses, o varios años. Los adultos tienen esta forma de enfermedad más a menudo que los niños, pero también puede afectar a adolescentes. En las mujeres la frecuencia es doble o triple que en los hombres.
- Anemia Aplásica es aquella enfermedad que amenaza la vida, causada por la incapacidad de la médula ósea de producir poca cantidad de los tres tipos de células sanguíneas, glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas, lo cual provoca una baja en la hemoglobina, ser susceptible a infecciones frecuentes y que la sangre no coagule respectivamente.

Tratamiento médico general

El tratamiento de elección para un paciente con cáncer hematológico sea adulto o sea niño, es la quimioterapia, la radioterapia y en casos muy específicos el trasplante de médula ósea como una alternativa de curación.

La quimioterapia consiste en usar agentes químicos (medicamentos) para el tratamiento de enfermedades neoplásicas malignas, el médico elige el mejor programa para cada caso, es administrado dentro del hospital mediante inyecciones intramusculares, directamente por la vena y en algunos casos por vía oral. Tiene el objetivo de matar las células malignas, detener su crecimiento y prevenir su nueva formación, por lo cual y debido a que son medicamentos fuertes pueden también afectar a las células sanas normales y producir efectos no deseados.

La radioterapia se realiza mediante la utilización de compuestos que producen radiaciones ionizantes las cuales son fuentes de alta energía, persigue el mismo fin de la quimioterapia y su utilización trae consigo la posible aparición de efectos secundarios desagradables para los pacientes.

El trasplante de médula ósea es un procedimiento que consiste en la extracción de cierta cantidad de médula ósea del donante. Una vez extraída pasa por unos filtros, y se coloca en una bolsa de transfusión para administrarla por vía intravenosa al paciente compatible. Para realizar dicho procedimiento se realiza previamente una serie de estudios médicos y psicológicos que permitan verificar que los pacientes son candidatos al trasplante y que el donador también lo sea. Existen dos tipos de trasplante: autólogo (la médula es extraída del propio paciente) y autogénico (la médula es extraída de un donante).

Ajuste psicosocial del paciente hematológico.

Los individuos que padecen enfermedades como el cáncer, en ocasiones adoptan diversas estrategias de afrontamiento ante las situaciones del proceso de enfermedad, algunos pueden catastrofizar, minimizar o negar su padecimiento, otros por ejemplo buscan hacer frente obteniendo o aceptando apoyo emocional por parte de familiares amigos y profesionistas de la salud (Beneit, 1994).

Las enfermedades hematológicas se pueden presentar en cualquier individuo con integridad biológica, psicológica y social; cuando sucede se aborda únicamente el aspecto biológico de la enfermedad, pero esto es solo un enfoque parcial del problema clínico ya que los fenómenos psíquicos e incluso los sociales y familiares tienen un indudable efecto en la evolución del proceso patológico (Morales, Maldonado y Díaz, 1999).

Los estudios que examinan la prevalencia de los trastornos mentales en el cáncer revelan que los pacientes que padecen cáncer no satisfacen los criterios de diagnóstico para ningún trastorno mental específico; no obstante la mayoría de los pacientes experimentan una variedad de respuestas emocionales difíciles. Sin embargo, el cáncer en la sangre como diagnóstico de enfermedad y las opciones de tratamiento para el paciente hematológico implican un desajuste emocional provocado por diversos factores como: los altos costos de medicamentos; los efectos de éstos sobre el estado físico del paciente; los largos periodos de internamiento con o sin aislamiento a los que deben someterse; y en ocasiones la poca probabilidad de éxito de los tratamientos sobre la base de la curación.

Los diversos desajustes emocionales que una persona con padecimientos cancerosos puede manifestar son: ansiedad y depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas por lo que DeGood, Crawor y Jongsma (1999) afirman que la línea de intervención psicológica debe tener objetivos tales como: la reducción de síntomas de origen psicológico, habilitarlos en expresar emociones asociadas al diagnóstico, habilitarlos en estilos de afrontamiento positivos en los que se tenga mayor participación activa en el proceso de enfermedad favoreciendo la adherencia terapéutica, mejorar la interacción del paciente con familiares, pareja y personal médico de tal manera que permita una mejor adaptación al proceso de enfermedad.

En el caso específico de los niños, el cáncer en la niñez produce estrés de forma externa y de forma interna puesto que altera la relación de éstos con su familia, colegio y amigos, es decir todo el ambiente que los rodea, y la depresión y ansiedad no son poco comunes. Kashami y Hakami (1982) observaron que el 17% de pacientes infantiles oncológicos, mostraban síntomas de algún trastorno del estado de ánimo y que el 30% experimentaba trastornos por angustia de separación y temor durante el curso de la enfermedad.

Al igual que los adultos los niños también sienten ira, generalmente dirigida contra sus padres, hermanos, amigos o personal sanitario, o manifestada en irritabilidad u otras alteraciones del comportamiento (Die Till, 1987).

El niño hospitalizado expresa un gran temor que hace que se vuelva exigente con los padres, demandando no sólo su presencia física, sino su constante cariño y aliento.

Es por ello que el tratamiento psicológico del paciente con enfermedad o cáncer hematológico tiene como objetivo mejorar la adaptación de este al

nuevo estilo de vida con enfermedad física incluyendo a los miembros de su entorno familiar. En ese sentido, la intervención psicológica ha de estar integrada con el servicio de atención médica de un modo inter/multi disciplinario.

Intervención psicológica para el manejo del paciente hematológico

Las líneas de intervención psicológica detectadas para los pacientes con enfermedades hematológicas no distan de las desarrolladas para otros padecimientos. Dicha intervención se debe realizar en las diferentes fases del padecimiento.

a) durante la fase del pre - diagnóstico en la que la incertidumbre genera una serie de síntomas asociados a la ansiedad, la intervención es dirigida a brindar apoyo emocional para sensibilizar al paciente respecto al posible diagnóstico, así como proporcionar estrategias de afrontamiento que le permitan aceptar una serie de estudios.

b) Tratamiento tras el diagnóstico de cáncer con el fin de reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas, promoviendo un sentido de control personal y la participación activa en su tratamiento.

c) Preparación a la hospitalización y tratamiento con el objeto de reducir la ansiedad y el impacto estresor que conllevan y adquirir respuestas adaptativas a esta situación. En este caso el objetivo es controlar las reacciones ante los periodos prolongados de hospitalización por estudio y

tratamiento, los efectos secundarios de un tratamiento quimioterapéutico no deseados (alopecia, náuseas/ vómito, anorexia, fatiga), así como los temores sobre procedimientos dolorosos; frente al padecimiento hematológico agudo o crónico, el enfermo puede tener que enfrentar una limitación permanente de su actividad física, un ejemplo son los niños hemofílicos que sufren episodios de hemorragias repetidos durante toda su vida. Otro caso es el de los niños con anemia aplásica o con leucemia que requieren limitación de su actividad física, pero también limitar su interrelación social con otros niños o adultos, dieta específica, y prevención de infecciones y hemorragias recurrentes durante meses o años.

d) Tratamientos asociados a la patología del cáncer o tratamientos médicos del cáncer en el que la mayor aplicación de intervención psicológica son el control de reacciones condicionadas a la quimioterapia o radioterapia; afrontamiento del trasplante de médula ósea, procedimientos invasivos dolorosos como la punción lumbar, el aspirado de médula ósea, biopsia de hueso, colocación de catéter y en el caso de los adultos, problemas relacionados con la sexualidad.

e) Intervención en la fase terminal con el objetivo de paliar el proceso de muerte en el paciente y sus familiares (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Técnicas psicológicas empleadas en el manejo del paciente hematológico.

Entre las técnicas psicológicas utilizadas en la intervención psicológica con pacientes hematológicos consideran la Información al paciente (en las diversas etapas del padecimiento) lo cual constituye un tema prioritario puesto que la información que se administra al paciente acerca del

diagnóstico, pronóstico y tratamiento en un principio puede desencadenar mayor ansiedad, pero a medio y a largo plazo, los pacientes y sus familiares logran desarrollar una mejor adaptación al proceso. Los efectos positivos de la información para el paciente dependen del contenido de ésta, es decir, debe ser realista absteniéndose de ofrecer una panacea, ni expectativas positivas infundadas.

Las técnicas que se manejan durante la fase del diagnóstico son la resolución de problemas, técnicas de distracción, relajación, asignación de tareas graduales, desafío de pensamientos automáticos.

En cuanto a la sugerencia de estrategias desarrolladas en pacientes hospitalizados se pretende dotar al paciente de estrategias orientadas al problema y al control de la emoción mediante el entrenamiento en respiración profunda y relajación. Entre las orientadas en emociones, la petición apropiada de la medicación por ejemplo.

Por otro lado, los programas de tratamiento psicológico más utilizados para los efectos secundarios de los tratamientos como la quimioterapia y la radioterapia se encuentran la hipnosis, la Relajación muscular progresiva, Biofeedback, y desensibilización sistemática.

En el escenario hospitalario la utilización de este tipo de tratamiento representa lo más cercano a la reducción de síntomas como el dolor, las náuseas y vómito anticipatorios, ansiedad y depresión. Es importante señalar que para el trabajo con Biofeedback se hacen adaptaciones de los aparatos que permiten retroalimentación para los pacientes.

Durante la fase terminal el tratamiento se enfoca a tres aspectos importantes, a) el enfermo terminal, b) a la familia y al personal sanitario

utilizando técnica cognitivo - conductuales como inoculación del estrés, relajación, entre otros.

Necesidades de atención psicológica detectadas en el servicio de hematología del HJM.

Dentro de las necesidades de atención detectadas dentro del servicio de hematología se encuentran aquellas propias del paciente; las solicitadas por el médico y las establecidas por el hospital.

Necesidades propias del paciente

a) Necesidad detectada:

En los pacientes hematológicos se identificó una constante establecida por el reporte de los enfermos acerca de la información que reciben de sus médicos, es decir, una de las más frecuentes quejas es la carencia de conocimientos adecuados sobre su padecimiento y su tratamiento. La literatura reporta que la información detallada y las expectativas sobre el curso de la enfermedad y su tratamiento son factores importantes para una buena adaptación (Morales, Maldonado y Díaz , 1999).

Tipo de intervención:

Se les habilitó en técnicas asertivas de comunicación con el o los médicos, utilizando la biblioterapia sobre sus padecimientos y modelando preguntas específicas elaboradas por ellos mismos.

b) Necesidad detectada:

Durante el proceso de enfermedad los pacientes experimentan un sin fin de desajustes emocionales como la depresión, ansiedad y de comportamiento, debido a diversas causas tales como:

- el propio diagnóstico de una enfermedad maligna,
- los efectos secundarios de un tratamiento quimioterapéutico o de radioterapia, como náuseas y vómito durante o anticipatorios, alopecia y la vergüenza que ello les ocasiona, cambios en la imagen corporal debido a alteraciones de peso, decoloraciones cutáneas, cicatrices, fatiga y el aislamiento derivado de la depresión de su sistema inmunológico, que produce reducción en sus niveles de actividad,
- los largos periodos de hospitalización y por ello el cambio en su estilo de vida – pérdida del trabajo y por lo tanto de la economía en el caso de los adultos y en el caso de los niños y adolescentes su colegio y amigos-,
- dolor causado por la actividad tumoral, los procedimientos invasivos para estudio y tratamiento y por los estados de depresión y ansiedad que aumentan el dolor experimentado y viceversa.

Tipo de intervención

Ante dichos acontecimientos experimentados por los pacientes se realizó trabajo psicológico como intervenciones en crisis si el diagnóstico ocasionaba desajustes emocionales y de comportamientos inmediatos a él; manejo de contingencias; enseñanza de la relajación muscular progresiva e imaginación acompañada de respiración clavicular, torácica o diafragmática (Ballentine, 1976 en Sánchez y Vera, 1997); reestructuración cognitiva sobre ideas catastróficas; terapia ocupacional y terapia de juego cognitivo conductual.

Necesidades de atención psicológica solicitadas por el médico para los pacientes

Debido a que el médico consideraba que el trabajo multidisciplinario permitiría un mejor manejo del paciente durante el proceso de

enfermedad, la petición de forma general solicitada por el médico tratante radicaba en el manejo de los estados de ánimo de los pacientes en hospitalización, la preparación de los enfermos para algún procedimiento doloroso e invasivo como la punción lumbar, el aspirado de médula ósea o la biopsia de hueso.

Necesidades propias del médico y el personal sanitario

Es importante señalar que aunque en menor medida se presentaron necesidades de atención psicológica propias del médico y del personal como las enfermeras y trabajadora social, debido a la exposición constante de eventos estresantes como la muerte seriada de pacientes durante ciertos periodos, intervenciones con pacientes difíciles, y cuestiones propias de la interacción social del personal.

Necesidades de atención psicológica establecidas por el hospital

La solicitud general del hospital como institución radicó en la intervención breve y oportuna a los pacientes que permitiera el desarrollo de estrategias de afrontamiento que reflejen el apego a los tratamientos por parte de los pacientes y con ello una mejoría pronta, lo cual permita el egreso de estos con mayor rapidez.

Actividades de práctica supervisada

Durante esta rotación llevada a cabo en el periodo de Marzo 2002 a Febrero 2003 se llevó a cabo por primera vez la inserción de un residente de Medicina Conductual al área de Hematología, lo cual implicó que las actividades consistieran en identificar las necesidades básicas de atención psicológica para el tipo de pacientes y padecimientos atendidos en dicho servicio. Las actividades de práctica supervisada quedaron distribuidas como se muestra en la figura 3.

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00 9:00	Visita a piso Adultos	Visita a piso Niños	Visita a piso Adultos	Visita a piso Niños	Visita a piso Adultos
9:00 10:00	Visita a piso Niños	Visita a piso Adultos	Atención Psicológica Adultos	Atención Psicológica Niños	Sesión Bibliográfica Médicos
10:00 11:00	Atención Psicológica Niños	Sesión Bibliográfica Médicos			Atención Psicológica Niños
11:00 12:00		Atención Psicológica Adultos	Supervisión de Caso In - Situ	Sesión para presentación Caso Clínico (Psicólogos)	Atención Psicológica Adultos
12:00 13:00	Supervisión Académica		Exposición de Temas a Pacientes y Familiares		
13:00 a 14:00	Atención Psicológica Adultos	Atención Psicológica Niños			

Figura 3. Actividades Diarias realizadas por el residente en Medicina Conductual en la sede Hospital Juárez de México.

Actividades de formación profesional

1) Sesión bibliográfica

Las sesiones bibliográficas se llevaban a cabo dos veces por semana con el equipo médico en dos modalidades:

- a) En la primer modalidad se presentaban casos clínicos médicos en el que la participación consistió en indicar la intervención psicológica realizada con el paciente o en su defecto, el posible manejo psicológico que se sugería para él.
- b) La segunda modalidad se enfocaba a la revisión de literatura actualizada de investigación sobre enfermedades hematológicas y / o en su caso, la exposición de temas sobre aspectos psicológicos enfocados al cáncer y al personal sanitario. Entre las exposiciones de temas que se presentaron los temas fueron los siguientes:

- Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Cáncer
- Tratamiento de Ansiedad y Depresión en pacientes con Cáncer
- La sexualidad del paciente con Cáncer
- El síndrome del Trabajador Quemado I
- El síndrome del Trabajador Quemado II
- Terapia Cognitivo Conductual en Hospitales. Las Técnicas
- Evaluación y Tratamiento Psicológico del Dolor en Niños
- Desajuste emocional de los pacientes pediátricos ante el cáncer
- Aspectos emocionales del paciente hospitalizado
- Trastornos Psiquiátricos en pacientes con Cáncer.

2) Sesiones de psicología. Presentación de casos clínicos

En la actividad realizada una vez por semana se llevaban a cabo reuniones con el Jefe del área de Psicología, la supervisora in-situ, los residentes de medicina conductual, el personal adscrito que daba atención psicológica en otras áreas del hospital. El objetivo de dichas reuniones era la presentación de casos clínicos y su terapéutica. La participación en dicha

actividad fue la presentación de dos casos clínicos de pacientes hematológicos, un adulto y un niño en el formato propuesto por el área de psiquiatría. (Apéndice II).

Actividades de supervisión

Las actividades de supervisión in situ y académica estuvieron a cargo de la Mtra. en psicología Bertha Molina Zepeda y el Mtro. Leonardo Reynoso Erazo respectivamente.

3) Supervisión In situ

Con el objetivo de revisar y supervisar casos difíciles y / o especiales, se realizaban reuniones con la supervisora in situ y los residentes de medicina conductual de otras áreas del HJM una vez por semana. De manera conjunta se proponían estrategias de intervención adecuadas a los casos presentados así como la revisión de los avances en protocolos de investigación.

4) Supervisión Académica

La supervisión académica permitió que se estructurara la parte teórica en el escenario hospitalario para parte práctica, específicamente las estrategias de intervención para terapia breve. Por otra parte el supervisor académico proporcionó datos sobre investigaciones actuales y datos estadísticos que permitieron la conducción acertada en lo relacionado a protocolos propuestos.

Actividades de asistencia

5) Visita a piso

La visita a piso se realizaba diariamente con el Jefe de Servicio y/o médico adscrito para la revisión del estado de salud de los pacientes con el objetivo de verificar las condiciones para el trabajo terapéutico relacionado:

- a) Adherencia terapéutica a las indicaciones (modificadas o no por el médico);
- b) Preparación psicológica para pacientes asignados a procedimientos invasivos para diagnóstico y/o continuación o inicio de tratamiento;
- c) Identificación de efectos secundarios al tratamiento;
- d) Reacciones de desajuste emocional ante la enfermedad, hospitalización y tratamiento.

6) Exposición de temas a pacientes y familiares. Psicoeducación

Esta actividad fue planeada y propuesta por el residente de medicina conductual debido a que se identificaron diversas deficiencias en la comprensión de la información sobre la enfermedad que padecían los pacientes así como por parte de sus familiares.

Por ello se tuvo como objetivo que se brindara información explícita a pacientes y familiares de éstos sobre diversos temas como cada una de las enfermedades, los procedimientos para diagnóstico, los procedimientos para tratamiento, lo relacionado con trámites administrativos entre otros. Para la realización de las exposiciones se contó con el personal

correspondiente a cada tema: Médicos, Enfermeras, Trabajadora Social y Psicóloga, además de emplear folletos informativos elaborados por psicología y dirigidos a los pacientes y familiares (Apéndice III).

7) Consulta externa

Se ofrecieron 52 consultas externas impartidas en el consultorio de psicología asignado a la supervisora in situ en las que se daba atención terapéutica a familiares de pacientes que se identificaban con desajustes emocionales relacionados con la presentación de la enfermedad del paciente.

8) Atención psicológica a pacientes hospitalizados

Con motivo de ofrecer psicoterapia breve a pacientes con enfermedades hematológicas, se llevaban a cabo visitas a piso posteriores a la realizada con el equipo médico al área de adultos así como a la de pediatría, para atender de manera individual a aquellos a quienes se identificaba con problemas de corte psicológico. Las intervenciones realizadas fueron las siguientes:

- Intervención en Crisis por Diagnóstico o Tratamiento.
- Evaluación de Síntoma: dolor, náuseas, estreñimiento, vómito, trastornos del sueño, ansiedad y depresión.
- Entrevista de Primera Vez.
- Manejo de Ansiedad y Depresión por Prolongación de Hospitalización, Reacciones Secundarias al Tratamiento, Procedimiento Invasivos.
- Manejo de Dolor.

En dicha actividad se brindó atención psicológica en 680 ocasiones con un promedio de 4 pacientes atendidos por día entre niños y adultos, los datos obtenidos por consulta se presentan en la figura 4.

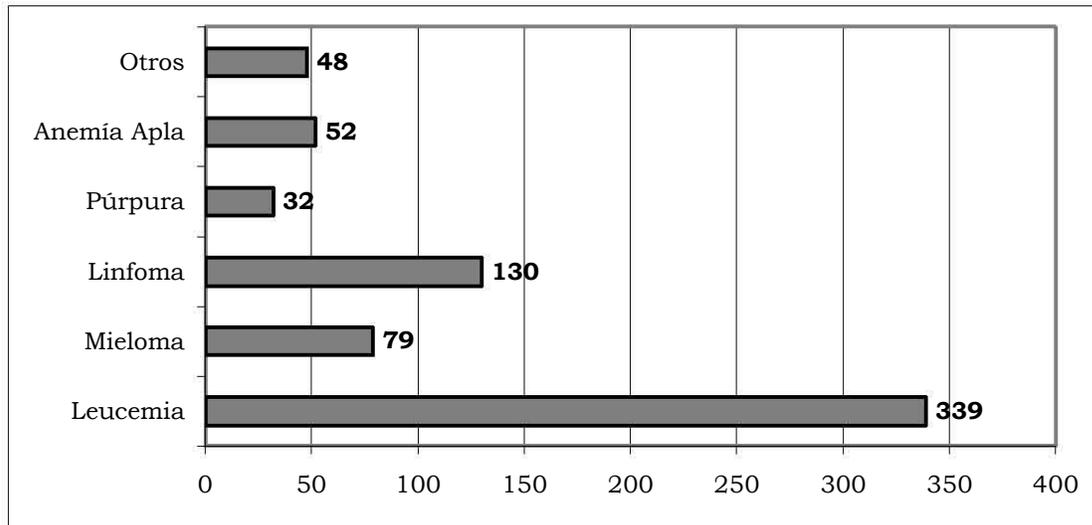


Figura 4. Padecimientos orgánicos de los pacientes atendidos en hematología

En la figura 4 se puede observar que la mayoría de los pacientes atendidos en el servicio de psicología fueron aquellos que tenían leucemia, seguido de aquellos que padecían de linfoma, mieloma, anemia aplásica, púrpura y otras, que incluye aquellos pacientes con hemofilia, anemia ferropénica, talasemia o familiares de los pacientes.

Debido a que el área de hematología del hospital brinda atención a pacientes adultos y pediátricos, la atención psicológica también se dirigió a estas dos áreas.

Como se muestra en la figura 5, de las 680 atenciones ofrecidas 177 fueron a niños y 503 a adultos, de éstos 55/% fueron hombres y el 45% mujeres, el 92% se ofrecieron en hospitalización y el 8% en consulta externa.

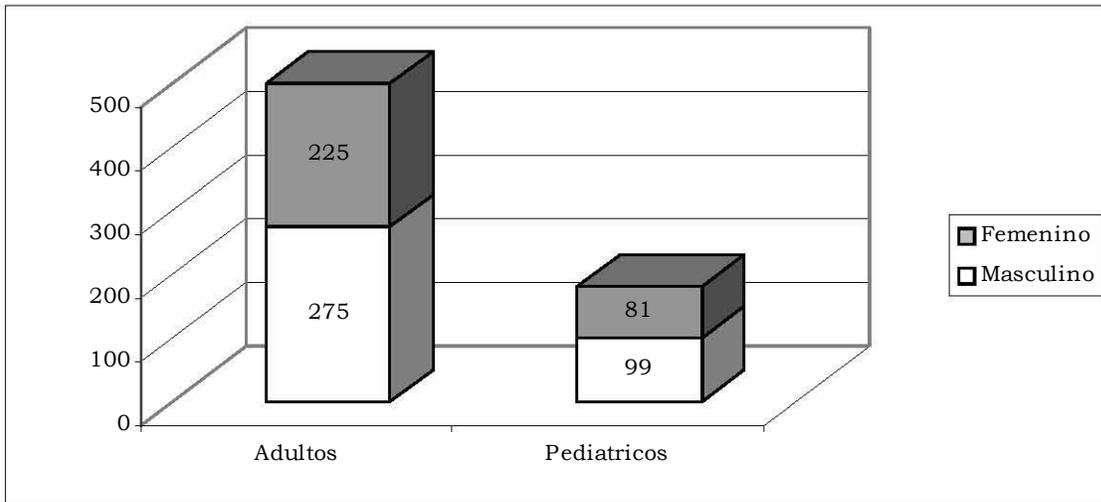


Figura 5. Pacientes hematológicos atendidos de acuerdo con su edad y género.

De acuerdo con los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – IV - TR, se realizó la asignación de los trastornos afectivos para los pacientes atendidos por psicología de lo cual se obtuvo lo que se muestra en la siguiente figura:

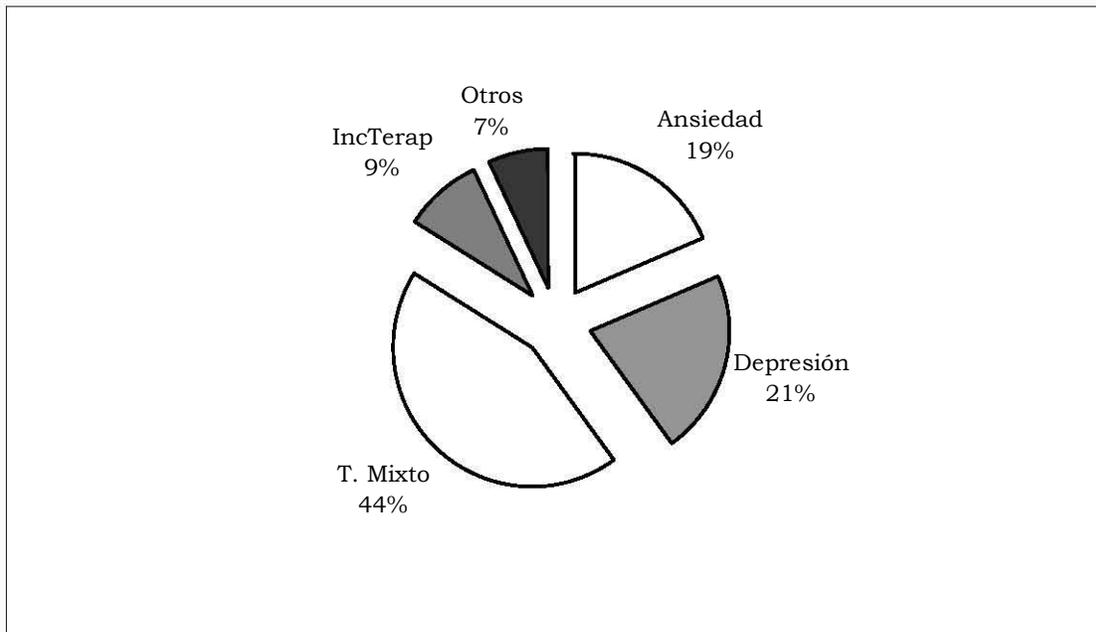


Figura 6. Trastornos afectivos de acuerdo al DSM IV-TR

En la figura 6 se puede observar que el trastorno mixto es el que mayormente se identificó en los pacientes hematológicos con el 44% de los casos seguido de la depresión, ansiedad, incumplimiento terapéutico y otros (duelo, trastornos del sueño, problemas de pareja, sin diagnóstico específico).

Por otra parte la intervención psicológica se determinó de acuerdo a un formato elaborado por la Secretaria de Salud, el cual fue asignado por las autoridades del servicio de psicología para la recolección de la información (Apéndice IV).

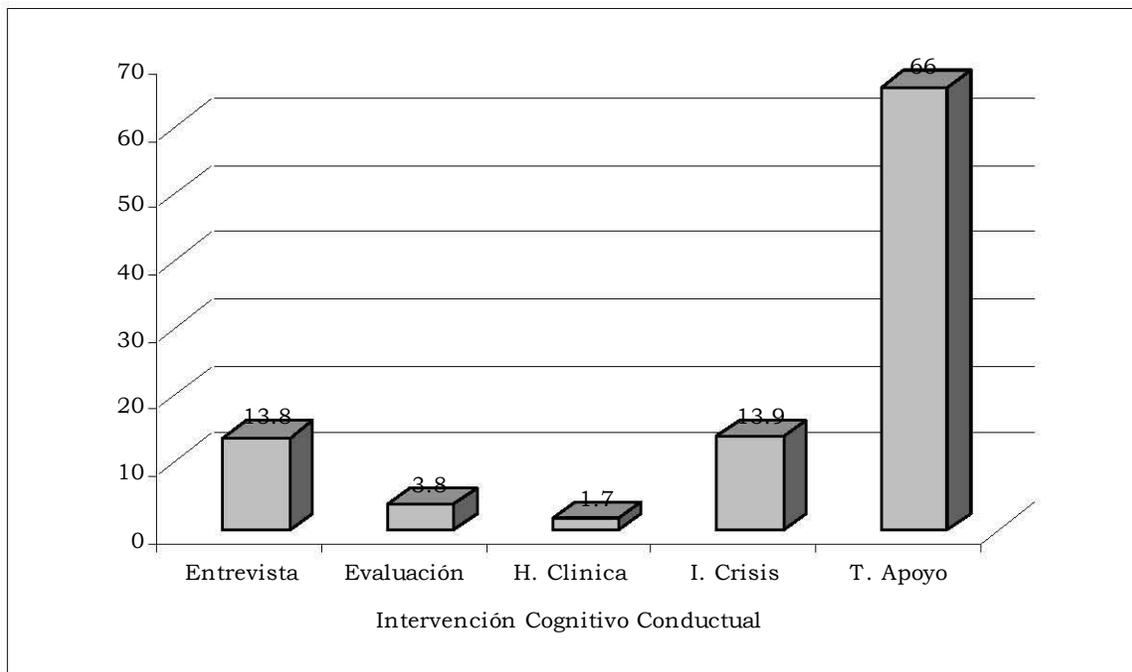


Figura 7. Tipo de intervención psicológica

La información que se recabó con dicho formato se muestra en la figura 7, en la cual se puede observar que el tipo de intervención de acuerdo con las categorías del formato fue la siguiente:

- la terapia de apoyo en el 66% de los casos, entendiendo ésta como una serie de técnicas psicológicas que van desde la empatía con el paciente, la validación de sus sentimientos, la reestructuración de creencias y pensamientos erróneos, aplicación de técnicas de relajación, manejo de contingencias, así como solución de problemas y toma de decisiones.
- la intervención en crisis realizada en general a los pacientes adultos;
- la entrevista se realizó básicamente a los pacientes que entraron en la categoría de “otros” en los trastornos afectivos;
- la evaluación y la historia clínica, fueron dirigidas a los pacientes candidatos a trasplante de médula ósea y sus donadores.

Actividades de investigación

9) Protocolo para manejo de dolor y ansiedad en pacientes pediátricos

En acuerdo a lo establecido por el programa operativo de los residentes en medicina conductual se realizó una propuesta de investigación en la cual se trabajó con 14 niños dentro del ámbito hospitalario el cual tuvo como principal objetivo manejar el dolor y la ansiedad durante la hospitalización, específicamente en los procesos invasivos utilizando el método de Rejuego propuesto por Nadeau (1998) que consiste en utilizar el juego para relajarse, los resultados mostraron que se logró la disminución del autoinforme de intensidad del dolor y ansiedad. (Apéndice V).

Actividades no programadas

10) Otras actividades

Se realizaron actividades como la evaluación psicométrica a médicos aspirantes a una residencia en el Hospital Juárez de México, así como su calificación e interpretación.

Por otra parte, se realizaron en un porcentaje pequeño (1.5%) de las consultas atendidas en hospitalización, atención a otros servicios en los que no se contaba con psicóloga y surgía una urgencia.

Experiencia Profesional

Segundo año de Residencia.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán
Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

El segundo año de rotación se llevó a cabo en el Instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubirán (INCMNSZ), en el área de Clínica del dolor y cuidados paliativos para brindar servicio de terapia psicológica a los pacientes interconsultantes del área.

Ubicación de la sede

El INCMNSZ es uno de los institutos nacionales de salud dependientes de la Secretaría de Salud. Es una de las instituciones medicas de mejor prestigio asistencial y científico de México. Se encuentra ubicado en Vasco de Quiroga 15, col. Sección XVI en la delegación Tlalpan del país.

Desde sus inicios, el instituto se planeó como una institución medica modelo en que las actividades asistenciales sirvieran como sustento de las educativas y de investigación, pensando que sólo se puede dar buena asistencia en un ambiente académico que propicie la enseñanza e investigación científica.

Desde el punto de vista asistencial, se dispone de 167 camas para internación de enfermos y una amplia consulta externa que brinda servicio a 135,000 pacientes al año con un promedio de 215, 000 consultas anuales. Se atiende a una gran gama de padecimientos y se dispone de

equipo de laboratorio y gabinete más moderno como auxiliares diagnósticos.

Ubicación del Residente

El residente de medicina conductual fue asignado al área de clínica del dolor y cuidados paliativos la cual forma parte del departamento de anestesiología que a su vez depende de la subdirección de Medicina crítica.

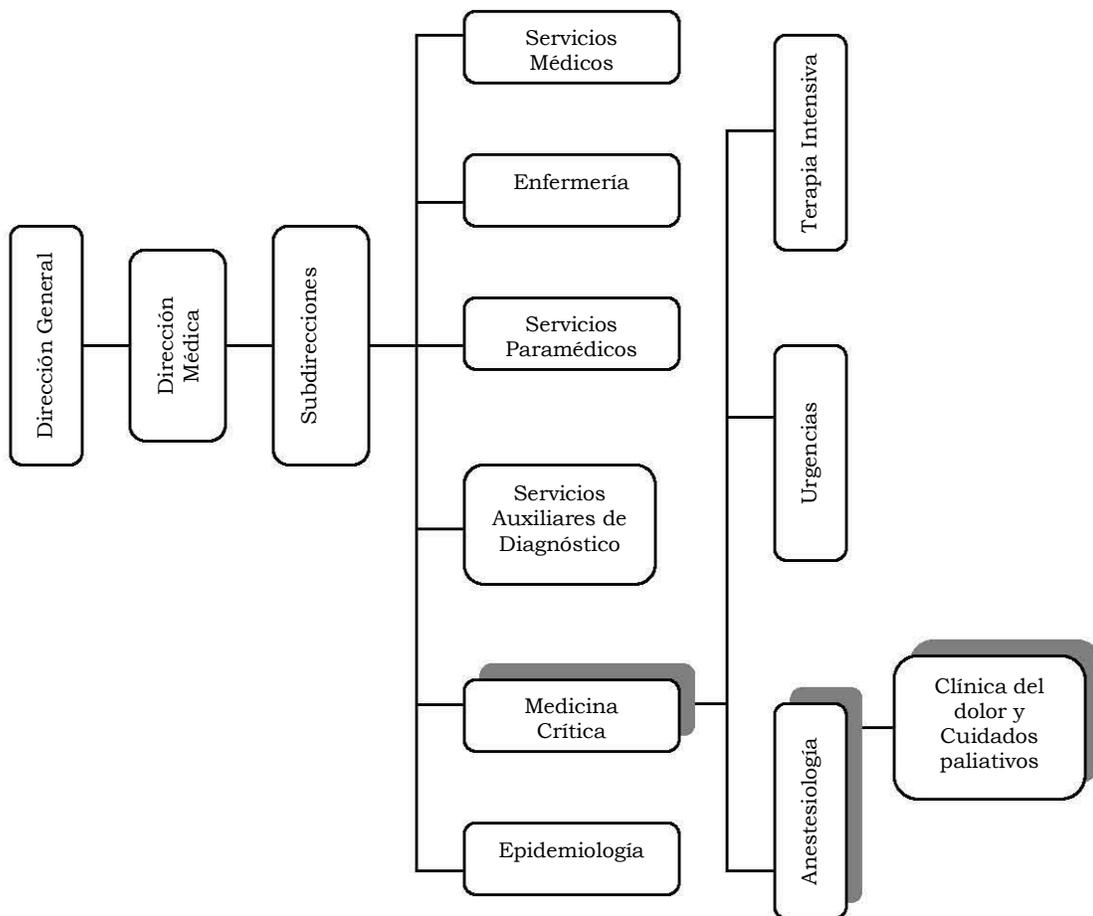


Figura 8. Organigrama del INCMNSZ

FUENTE: INACMNSZ/ ORGANIGRAMA.

El área estaba formada por el Jefe de Servicio, la médico adscrito, 5 médicos anesthesiólogos residentes de algología, una enfermera para

procedimientos invasivos, una trabajadora social, médicos rotantes y en este periodo un residente de medicina conductual.

En la figura 8 se puede observar que el área de clínica del dolor pertenece a la subdirección de medicina crítica, especialmente al área de anestesiología.

Autoridades

Las autoridades para el servicio de psicología dentro del área durante el periodo de residencia (marzo 2003 a febrero 2004) fueron: Dr. Uriah Guevara López (Jefe del servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos); Dra. Argelia Lara Solares (médico adscrito), y Psic. Lou González Muñoz (Supervisora in situ). En el área académica: Mtro. Fernando Vázquez Pineda (Tutor y supervisor académico en sede).

El servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos.

Actualmente el dolor es considerado según la definición de la International Association for the Study of Pain, como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con lesión tisular real o potencial. Esta definición resalta el hecho de que el dolor es un fenómeno sensorial-perceptual, multidimensional y complejo que constituye una experiencia subjetiva única para cada individuo.

Bónica señaló mientras trataba trastornos dolorosos durante la segunda guerra mundial, la necesidad de un tratamiento multidisciplinario para éstos, lo que condujo al desarrollo de clínicas de dolor multidisciplinarias.

En la actualidad la mayoría de las clínicas del dolor están orientadas a un modelo multidisciplinario y biopsicosocial que reconoce la importancia de los factores biológicos, médicos, psicológicos y socioculturales en el dolor crónico complejo.

La clínica del dolor y cuidados paliativos del INCMNSZ es un servicio interconsultante de los servicios pertenecientes al departamento de medicina interna y tiene como principal objetivo mediante los médicos algólogos, atender a pacientes enviados exclusivamente por dolor, sea agudo o crónico dependiendo del padecimiento de base, además de ofrecer el servicio de Medicina paliativa par los pacientes con cáncer u otros padecimientos sin alternativas de curación.

La medicina paliativa ofrece una terapia de soporte cuando todos los tratamientos (cirugía, quimioterapia, radioterapia, entre otros) encaminados a conseguir la curación de la enfermedad fracasan, por lo que se esfuerza en controlar tanto los síntomas físicos como psicoemocionales de la enfermedad, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente en estado terminal.

Características del dolor

En los países industrializados el dolor es un grave problema de salud que se traduce en un gran número de hora de trabajo perdidas, ausentismo laboral, pensiones de invalidez y un consumo, a veces excesivo, de medicación para combatirlo. El cuerpo experimenta dos tipos de dolor: dolor agudo y dolor crónico (Caudill, 1998); Bónica (1986) ha delineado una categoría adicional, el dolor crónico asociado al cáncer.

Tipos de Dolor

- Dolor agudo

El dolor agudo es aquel que comporta, por lo general, una fuente identificable y cuya duración es limitada. Como ejemplos de dolor se pueden citar:

- Reacción ante el hierro candente: el hierro candente causa dolor, y por ello se retira la mano. La fuente de este dolor es el hierro candente, que estimula los nervios del dolor en la mano.
- Apendicitis: el dolor que proviene de una infección del apéndice constituye un proceso agudo algo más complicado. El dolor sirve de aviso de que algo va mal, y lleva a la persona a buscar un remedio.

En un periodo predecible, la quemadura se cura y el apéndice se extrae. La gente suele recuperarse de un dolor agudo en un periodo razonablemente limitado de tiempo. Aunque muchos investigadores han usado un límite arbitrario de seis meses para considerar un dolor como agudo (Aréchiga, 2000).

- Dolor crónico

El dolor crónico aparece cuando el propio mecanismo de dolor no funciona, o cuando ciertos trastornos asociados al dolor se convierten en crónicos por razones desconocidas. Como consecuencia el dolor se hace persistente, y el propio síntoma se convierte en un trastorno. Con frecuencia este dolor crónico se define de forma equivocada en relación con su causa o fuente. Por lo general se suele asociar a múltiples

consecuencias, tanto en el nivel biológico, como en el psicológico y el sociológico (Caudill, 1998).

Con frecuencia se emplea el límite arbitrario de seis meses para considerar que es un dolor crónico. En los casos típicos para la curación de la lesión aguda los síntomas superan el tiempo esperado, y se acepta que éstos exceden a lo que podría predecirse por sólo la condición médica original. Cuando ello sucede tales síntomas se convierten ellos mismos en una enfermedad (Aréchiga, 2000).

- Dolor crónico asociado al cáncer

En los casos relacionados con el cáncer, el dolor se debe con frecuencia a una causa somática identificable y a la progresión de la enfermedad. El dolor por cáncer también resulta de la invasión tumoral o infiltración a hueso, nervio u otros órganos o sistemas (Bónica, 1986).

Tratamiento farmacológico para el dolor

Los algólogos clasifican el dolor en 4 categorías importantes: neuropático, somático, visceral y mixto, para su tratamiento farmacológico.

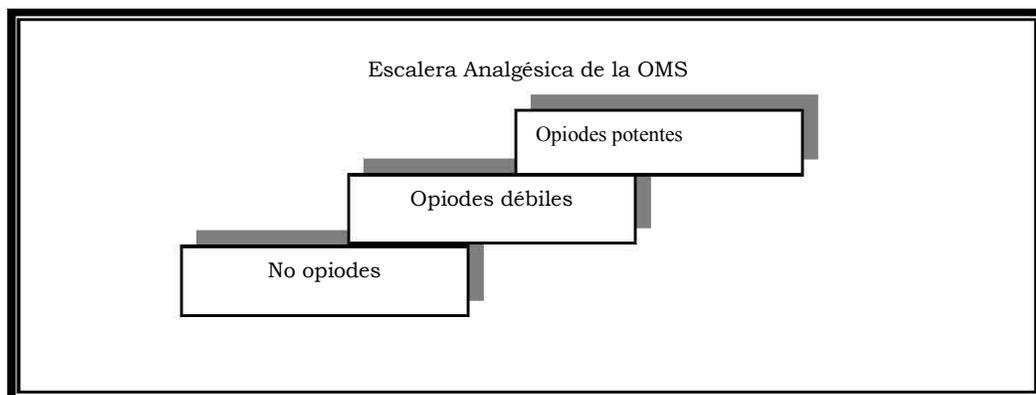


Figura 9. Escalera Analgésica de la OMS para el tratamiento del dolor

La Organización Mundial de la Salud, ha diseñado un plan bastante sencillo para el tratamiento del dolor. Se trata de una “escalera analgésica” (figura 9) que consta de tres peldaños correspondientes a tres categorías de analgésicos existentes:

El primer escalón está formado por los llamados analgésicos periféricos, analgésicos menores o no opioides, tales como: el ácido acetilsalicílico, salicilatos, metamizol, paracetamol y el resto de los AINEs. Su efectividad se ve reflejada en el control del dolor de tipo óseo. Sin embargo tienen efectos secundarios sobre todo de tipo gástrico.

El segundo peldaño lo forman los llamados opioides débiles tales como la codeína y el tramadol entre otros. Este grupo de fármacos tienen gran utilidad en el tratamiento del dolor sin embargo refleja síntomas secundarios como: mareo, náuseas y vómito, y alteraciones en el ciclo del sueño, además de resistencia a su ingesta debido del alto costo de éstos.

En el tercer escalón se encuentran los opioides potentes entre los que destaca la morfina por ser el medicamento más utilizado en el manejo del dolor por cáncer. La morfina al igual que los opioides débiles presenta diversos efectos secundarios desagradables en los pacientes, así como el temor injustificado de la adicción.

Existen medicamentos llamados coadyuvantes de los analgésicos como los antidepresivos, anticonvulsivantes, y corticoides entre otros, utilizados con el objetivo de potencializar a los primeros.

Como vías de administración para el tratamiento farmacológico se encuentran la vía oral de primer elección, de no ser posible se piensa en otras alternativas como la vía intramuscular, subcutánea, rectal,

sublingual, inhalatoria y nasal, espinal (epidural y subaracnoidea) y en ocasiones transdérmica. Esto depende de la funcionalidad del paciente y la disposición de éstos en las presentaciones adecuadas, además de que ello puede implicar un evento adicional de dolor para los pacientes.

Ajuste psicosocial del paciente con dolor

La depresión y la frustración son, en muchos casos la reacción de una persona ante un problema que los avances médicos no han conseguido curar sino únicamente, paliar. Los sujetos con dolor desarrollan, frecuentemente, conductas de evitación de determinadas actividades físicas, laborales o incluso, conductas íntimas que facilitan su progresivo y creciente aislamiento. Todo ello puede evocar a menudo estados emocionales que, por sí mismos, son capaces de exacerbar el dolor.

Del mismo modo, el miedo a que los problemas empeoren conduce al retraimiento de cualquier esfuerzo físico, lo que acaba desembocando en el síndrome de desuso, caracterizado por una pérdida de la fortaleza muscular. En el intento de aliviar el dolor, muchas personas recurren al uso de fármacos que pueden llegar a causar dependencia (el sujeto recurre automáticamente al fármaco ante cualquier indicio de que el dolor puede presentarse), además de efectos colaterales indeseables.

En definitiva, cuando una persona sufre de dolor crónico su modo de comportarse puede hacerle caer en uno o múltiples círculos viciosos cuya resultante es la exacerbación del malestar (Philips, 1991 en Amigo, Fernández, y Pérez, 1998). Si se retrae de realizar cualquier tipo de actividad física se producirá un debilitamiento de la musculatura afectada, con el consiguiente incremento de la sensación de dolor; si evita actividades placenteras para prevenir la aparición del dolor puede sentirse

frustrado, y las perturbaciones emocionales exacerbaban el malestar y, finalmente, si el único remedio utilizado por la persona es la medicación, ésta puede provocar una dependencia que hace que el sujeto necesite cada vez más dosis para aliviar el dolor.

Todo lo anterior hace que, al margen de la localización concreta y del tipo de dolor crónico que se sufra, se hace susceptible de abordaje conductual para contribuir de modo notable al alivio de este problema.

Cuando se experimenta dolor agudo, se pueden presentar síntomas de ansiedad o miedo al inicio del dolor, pero al momento de disminuir éste también los primeros disminuyen y desaparecen (Caudill, 1998).

En los casos típicos, los psiquiatras y los psicólogos han tenido una participación sólo limitada en el tratamiento de los procesos dolorosos agudos, con algunas excepciones como, por ejemplo, la investigación del dolor postoperatorio, el traumatismo y la preparación para procedimientos médicos y odontológicos dolorosos causantes de estrés.

El dolor crónico no maligno se suele asociar, además con una amplia gama de anomalías funcionales, síntomas psicológicos e incapacidades, y con una alta tasa de utilización de los servicios médicos. Los pacientes con este tipo de dolor crónico son enviados muchas veces a servicios psicológicos o psiquiátricos, y constituyen un subgrupo significativo de la población total de pacientes atendidos en muchos centros de dolor crónico (Guisasola, 1998).

En el dolor por cáncer la condición maligna, por su propia naturaleza, puede imponer demandas únicas de afrontamiento y adaptación, y plantea problemas de ajuste psicosocial significativos que no existen en los trastornos dolorosos no malignos. Puede estar justificada la participación

formal del especialista en salud mental, tanto para el tratamiento del dolor como para resolver los temas de afrontamiento y ajuste, y muchas veces se ofrece soporte psicológico, en forma individual o de grupo, dentro de los programas completos de tratamiento del cáncer.

Intervención psicológica del paciente con dolor

Hace ya bastante tiempo que ha quedado claro que el modelo médico de dolor crónico que postulaba que el dolor sufrido por una persona se encontraba directamente relacionado con la cantidad de daño tisular que aquella había padecido, no es adecuado, puesto que no permite reconocer que el dolor crónico se perpetúa, incluso, una vez que el tejido ya ha sanado.

La teoría del dolor propuesta por Melzack y Wall en 1965 conocida como la teoría de la puerta ha abierto nuevas perspectivas en las que el dolor ya no sólo está relacionado con el daño tisular sino que es un fenómeno complejo que también se vincula con el estado emocional, los aspectos motivacionales y de reforzamiento, así como por los factores atencionales del sujeto (Amigo; Fernández, y Pérez, 1998).

Dicha teoría supone que la percepción del dolor no está solamente influida por los mensajes que llegan al cerebro desde los receptores especializados del organismo, sino que también está modulada por los mensajes descendentes del cerebro, que pueden, bajo determinadas circunstancias, incrementar, atenuar e incluso bloquear los mensajes ascendentes.

De este modo se puede comprender la importancia que los factores psicológicos como la ansiedad, expectativas, procesos atencionales, entre otros pueden tener en la percepción del dolor.

La intervención psicológica para el dolor crónico se dirige a diversas líneas de tratamiento detectadas:

a) Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica medica, debido a que el incumplimiento terapéutico se hace presente por las ideas erróneas de los pacientes ante la ingesta de los medicamentos y su posible adicción a ellos, o de modo inverso a la ingesta inadecuada provocando una dependencia a ellos.

b) Debido a que el dolor crónico se puede convertir en una conducta operante como lo plantea Fordyce (1992) al quedar bajo el control de las condiciones ambientales, implementado intervenciones con el objetivo de incrementar conductas funcionales y reducir conductas de dolor.

c) Entrenar a los pacientes en técnicas de afrontamiento y autocontrol para disminuir la intensidad del dolor y, el circulo vicioso en el que convierte con el desajuste emocional (ejemplo: Dolor – ansiedad – incremento del dolor).

En el caso de medicina paliativa, de manera general se interviene para:

a) Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por el cáncer.

b) Entrenar a los pacientes en técnicas de solución de problemas, habilidades sociales, relajación, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión ocasionados por el cáncer.

c) Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

Técnicas psicológicas empleadas para el manejo del dolor

En el manejo del dolor durante la rotación por el INCMNSZ se manejaron técnicas cognitivo conductuales como la inoculación del estrés.

Se trabajo con técnicas de educación para la salud con biblioterapia y reestructuración que permitieran el incremento de la adherencia terapéutica al tratamiento farmacológico.

En el caso de lo relacionado al estado emocional de los pacientes con dolor en el que se pueden ver envueltos en el circulo vicioso antes mencionado, se trabajó con técnicas de entrenamiento en relajación que permitiera enseñar al paciente una respuesta incompatible con la activación emocional que retroalimenta el dolor.

En algunos otros casos se manejaron técnicas operantes como el manejo de contingencias sobre todo para disminuir conducta no funcionales para los pacientes (Schnaas, 1999).

Necesidades de atención psicológica detectadas en el servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos.

Se detectaron necesidades en el contexto de la clínica del dolor y cuidados paliativos por parte de la residente de psicología, identificadas en los pacientes en función del síntoma del dolor, por otra parte se encuentran las identificadas y solicitadas por los médicos para atención de los pacientes y las establecidas por acuerdo del instituto.

Necesidades propias del paciente

a) Necesidad detectada

Los pacientes con dolor experimentan desajustes emocionales debido al descontrol que el síntoma puede tener y la incapacidad que les puede causar. Los pacientes reportan ideas de desesperanza, inutilidad y catastrofización relacionadas con episodios de depresión asociadas al dolor y en algunos casos al diagnóstico de base.

Tipo de intervención

Ante dichos desajustes emocionales, en primer instancia se realizaba terapia psicológica dirigida al control del dolor utilizando educación para la salud para aproximarlos al cumplimiento adecuado del tratamiento farmacológico, por otra parte se trabajó con técnicas de relajación para un control mayor del síntoma, posteriormente se trabajaba sobre ideas erróneas reportadas por el paciente sobre sí mismo, su padecimiento (cuando era cáncer), y el síntoma. En algunos de los casos se trabajó con técnica de solución de problemas con los pacientes con cáncer.

b) Necesidad detectada

Otro problema psicológico asociado al síntoma del dolor fue la ansiedad reportada y manifestada por los pacientes debido en la mayoría de los casos nuevamente al descontrol del dolor, la pérdida de su independencia por la incapacidad causada y / o las constantes hospitalizaciones por su padecimiento de base, así como por la pérdida de la economía o la falta de ésta para costear su tratamiento.

Tipo de intervención

En el 35% de los casos se utilizaron las técnicas de relajación en dos de sus modalidades: imaginación guiada y muscular progresiva acompañada de respiración diafragmática con el objetivo de disminuir los síntomas de ansiedad. Posteriormente se manejaban técnicas como la reestructuración cognitiva.

c) Necesidad detectada

En los pacientes con dolor el 22% de los casos cumplieron con los criterios del incumplimiento terapéutico debido a factores tales como la economía, la claudicación del familiar primario o la desesperanza ocasionada por el deterioro del estado de salud.

Tipo de intervención

Para la necesidad identificada se utilizó básicamente técnicas de educación para la salud en un 16% y reestructuración cognitiva en el 35% de los casos.

Necesidades de atención psicológica solicitadas por el médico para los pacientes.

Debido a que el médico en la consulta lo que primordialmente identificaba en los pacientes era el incumplimiento terapéutico en el tratamiento farmacológico y estados de ánimo “bajo”, motivo por el cual solicitaba se diera atención psicológica con el objetivo de establecer una estrategia para que el paciente logre tener un mejor manejo de su tratamiento y su estado emocional.

Necesidades de atención psicológica establecidas por el instituto.

Procedimientos terapéuticos de corte cognitivo – conductual para el manejo del paciente con dolor.

Actividades de práctica supervisada

Durante esta rotación llevada a cabo en el periodo de Marzo 2003 a Febrero 2004, serán descritas de acuerdo a tres líneas: actividades de formación profesional; de supervisión; asistenciales; de investigación y aquellas no programadas. Las actividades de práctica supervisada se distribuyeron de la siguiente manera (Figura 10):

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado, domingo
7:00 8:00	Asistencia a clase teórica de algología	Asistencia a clase teórica de algología	Asistencia a clase teórica de algología	Asistencia a clase teórica de algología	Asistencia a la sesión general del instituto	Guardias fin de semana
8:00 9:00	Revisión de pacientes hospitalizados	Revisión de pacientes hospitalizados	Revisión de pacientes hospitalizados	Revisión de pacientes hospitalizados	Revisión de pacientes hospitalizados	
9:00 10:00	Visita a piso con equipo médico	Reunión con Supervisora In situ	Día Académico	Visita a piso con equipo médico	Visita a piso con equipo médico	
10:00 a 14:00	Atención psicológica en consulta externa	Atención psicológica en consulta externa		Reunión con equipo de Cuidados Paliativos	Atención psicológica en consulta externa	
15:00 16:00	Atención psicológica en hospitalización	Supervisión Académica		Visita Domiciliaria	Atención psicológica en hospitalización	
16:00 17:00	Atención psicológica en consulta externa	Atención psicológica en hospitalización		Atención psicológica en hospitalización	Atención psicológica en consulta externa	

Figura 10. Actividades Diarias realizadas por el residente en Medicina Conductual en la sede Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Dr. Salvador Zubiran.

Actividades de formación profesional

1) Asistencia y exposición de clase teórica

Dentro de las actividades de formación profesional se asistió de manera regular a las clases de algología programadas e impartidas por los médicos especialistas en un área específica de dolor, así como por los residentes que formábamos parte de la clínica del dolor. En este sentido es importante destacar que por parte del área de psicología se expusieron cuatro temas titulados: a) Técnicas psicológicas para el manejo del dolor; b) Depresión y dolor; c) Manejo psicológico del paciente terminal; b) Tipos de trastornos psiquiátricos asociados al dolor.

2) Día académico

Como parte de las actividades de formación profesional se llevaba a cabo un día académico que consistía en asistir al instituto un día de la semana de 7:00 a.m. a 2:00 p.m. a realizar a actividades distribuidas de la siguiente manera:

- a) Clase teórica diaria: la mencionada en el apartado anterior.
- b) Presentación de caso clínico: los residentes de algología presentaban un caso de difícil manejo para escuchar opciones de tratamiento así como para que se cuestionara el propuesto por éste, y la participación de psicología consistió en la exposición del tratamiento psicológico de dicho paciente en el caso de ser un paciente atendido por el servicio, en el caso de no ser un paciente de psicología solo se hacían aportaciones sobre el posible manejo psicológico de dicho caso.

- c) **Discusión del caso clínico:** Se realizaban ejercicios de intervención médica y psicológica con el objetivo de establecer la mejor opción de tratamiento. Es importante señalar que en el principio del curso los médicos residentes no consideraban como parte de su tratamiento la intervención psicológica, sin embargo en el avance del curso, su tratamiento se complementaba con la parte psicológica.
- d) **Exposición de tema:** los residentes exponían como tema, los aspectos relacionados con la enfermedad de base del paciente para contextualizar el manejo que se le daba al paciente.
- e) **Revisión actualizada de literatura:** Se realizaba la presentación de diversos artículos de investigación médica y psicológica actualizados sobre tratamiento del dolor haciendo énfasis en las aportaciones para las intervenciones posteriores.

3) Asistencia a sesión general del instituto

Como parte complementaria del curso una vez por semana durante una hora se asistía a las sesiones generales del instituto para escuchar los casos presentados y luego comentarlos en la revisión de pacientes hospitalizados.

4) Revisión de pacientes hospitalizados

Posterior a las clases teóricas diarias se realizaba de manera breve una reunión para revisar la evolución de los pacientes hospitalizados, así como las modificaciones a su tratamiento médico y psicológico.

Actividades de supervisión

5) Supervisión académica

El supervisor académico asistía al instituto para llevar a cabo una reunión en la que se realizaban actividades de discusión y orientación sobre el trabajo directo con los pacientes y las actividades académicas llevadas a cabo en el instituto.

6) Reunión con supervisora in situ

Se llevaban a cabo una vez por semana con el objetivo de revisar casos específicos de pacientes.

Actividades de asistencia.

Con el objetivo de brindar terapia psicológica a los pacientes con dolor y potencializar el tratamiento farmacológico indicado por el médico algólogo, se ofrecieron 924 consultas durante el periodo de rotación en el instituto, las cuales el 83% se llevaron a cabo en la consulta externa siendo el 4% de este en visitas domiciliarias y el 17% en hospitalización.

7) Visita a piso con equipo médico

La visita a piso con el equipo médico se realizaba diariamente posterior a la revisión de los pacientes hospitalizados con el objetivo de verificar el estado de salud de los pacientes, modificaciones a sus tratamientos así como para detectar necesidades de atención psicológica como:

- a) identificación de síntomas de ansiedad y o depresión;
- b) identificación de habilidades sociales inadecuadas;
- c) problemas relacionados con adherencia terapéutica y;
- d) problemas específicos con el grupo de apoyo primario.

8) Atención psicológica en consulta externa y en hospitalización

Se ofrecieron 735 (80%) consultas externas en el consultorio asignado a la consulta de clínica del dolor y 154 (17%) consultas en hospitalización en las que se daba atención terapéutica a pacientes y en menor medida a familiares de pacientes enviados o propuestos por el médico algólogo (38% de los casos) o detectados por el residente de psicología (62% de los casos).

Un factor relacionado con este bajo porcentaje de atención en piso es el echo de que la clínica del dolor es un servicio interconsultante lo cual implica que los pacientes tienen un servicio de base y éste les asigna interconsultas con psiquiatría lo cual implica por política de la clínica, que los pacientes atendidos por psiquiatría no podían ser atendidos por psicología.

Los datos obtenidos mediante el formato de reporte mensual (Apéndice VI) se muestran en la figura 11:

Pacientes atendidos en el servicio de clínica del dolor durante el periodo de Marzo 2003 a Febrero 2004 por psicología						
Sexo		Edad Media en años	Tipo de consulta		Tipo de dolor	
Femenino	62%	63	Externa	80%%	No oncológico	30%
Masculino	38%	59	Domicilio	4%	Oncológico	55%
			Hospitalización	16%	Sin dolor	15%

Figura 11 pacientes atendidos por psicología en el área de clínica del dolor.

En la figura 11 se puede observar que de los pacientes atendidos en su mayoría fueron del sexo femenino, la media de edad fue de 59 años y el tipo de dolor que predominó independiente a su enfermedad de base fue el oncológico con el 55%. Los pacientes considerados sin dolor con el 15%, fueron aquellos que siendo pacientes paliativos no tenían dolor sin embargo se les atendía otro tipo de síntomas o que eran familiares de los pacientes.

Es importante mencionar que de entre los pacientes con dolor de tipo no oncológico se destacan aquellos que padecían enfermedades de base tales como: artritis reumatoide, parálisis facial, esclerosis múltiple, diabetes mellitus; problemas de columna (dolor espalda baja, compresión medular, entre otros); herpes; y lupus eritematoso entre otros. De dichos pacientes el 16% eran pacientes paliativos. Por su parte, del total de los pacientes atendidos con dolor oncológico, el 82% son pacientes paliativos y de estos el 7% fueron atendidos por otro síntoma que no es dolor.

De entre las clasificaciones que se realizan para el dolor se encuentra el somático, neuropático, mixto y visceral, como se muestra en la figura 12.

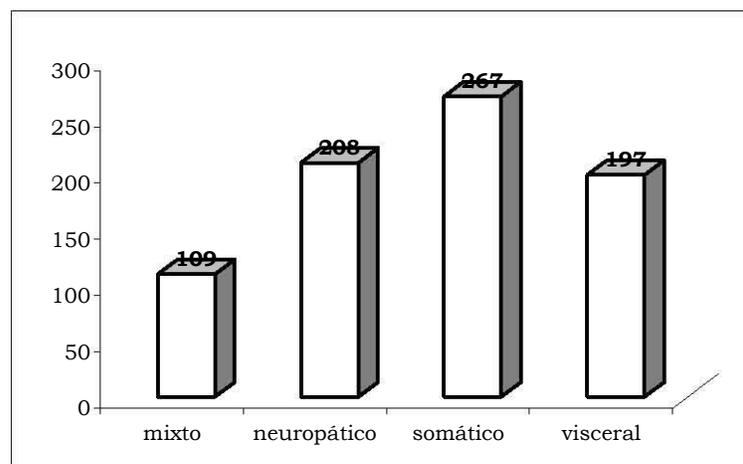


Figura 12. Clasificación del dolor para su tratamiento médico

Un dato relevante es que la media del EVA reportado por los pacientes para dolor fue de 6.

Por otra parte con motivo de ofrecer psicoterapia breve a pacientes con dolor se realizaron impresiones diagnósticas basadas en la Clasificación Internacional de las Enfermedades 10 (CIE 10) de las cuales destacan las siguientes clasificaciones para los pacientes:

- a) F32.0.- Episodio depresivo leve
- b) F41.2.- Trastorno mixto ansioso - depresivo
- c) F43.- Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
- d) Z63.2.- Soporte familiar inadecuado
- e) Z91.1.- Incumplimiento del tratamiento
- f) Sin diagnóstico

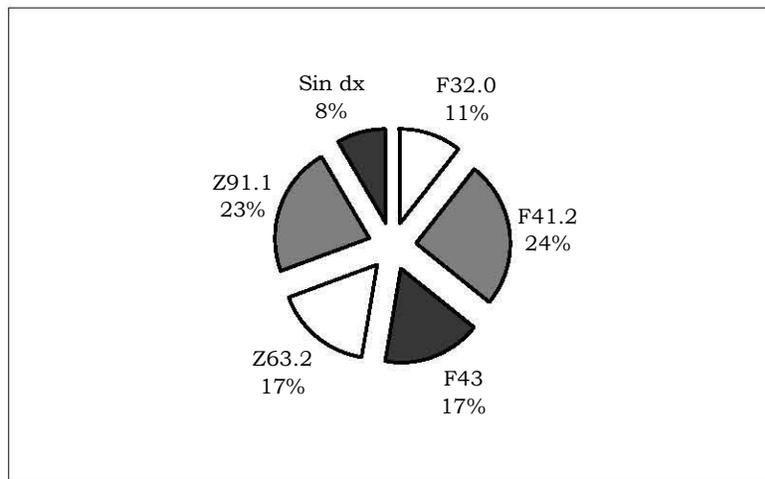


Figura 13. Impresiones diagnósticas basadas en el CIE 10

Como se puede observar en la figura 13, las impresiones diagnósticas bajo las cuales se estructuraban las sesiones terapéuticas destacan el trastorno

mixto ansioso – depresivo y el incumplimiento del tratamiento con el 24 y 23 % respectivamente, seguido del soporte familiar inadecuado y las reacciones a estrés graves y trastornos de adaptación con el 17% cada uno finalizando con los episodios depresivos leves en un 11% de los casos.

Para la estructuración de las sesiones de acuerdo con la impresión diagnóstica a seguir se utilizaron tres tipos de instrumentos de evaluación: a) la entrevista conductual; b) instrumentos psicométricos; y c) autorregistro de síntomas.

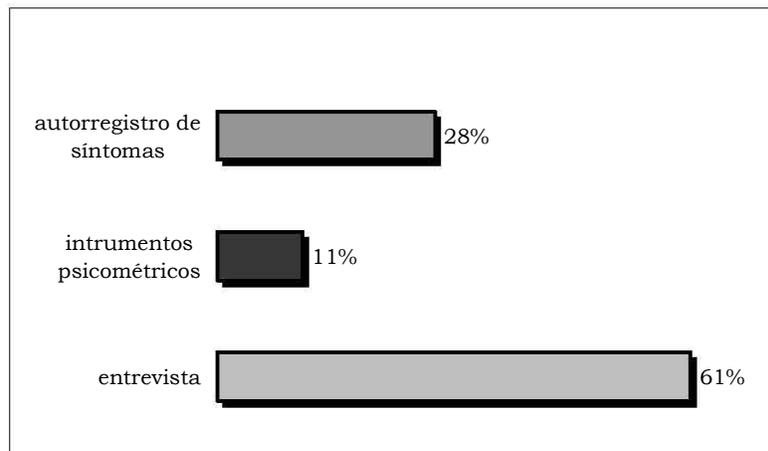


Figura 14. Instrumentos de Evaluación.

En la figura 14 se muestra el tipo de instrumento de evaluación utilizada para el seguimiento en las sesiones terapéuticas y la cual muestra que la entrevista fue la de mayor utilización en más de la mitad de los casos con el 61%.

De las intervenciones psicológicas de corte cognitivo conductual que se llevaron a cabo destacan la entrevista conductual, la evaluación psicológica, terapia de apoyo y la intervención en crisis. De éstas la que se

ofreció en la mayoría de las ocasiones fue la terapia de apoyo con el 49% de los casos, lo cual se puede observar en la figura 15.

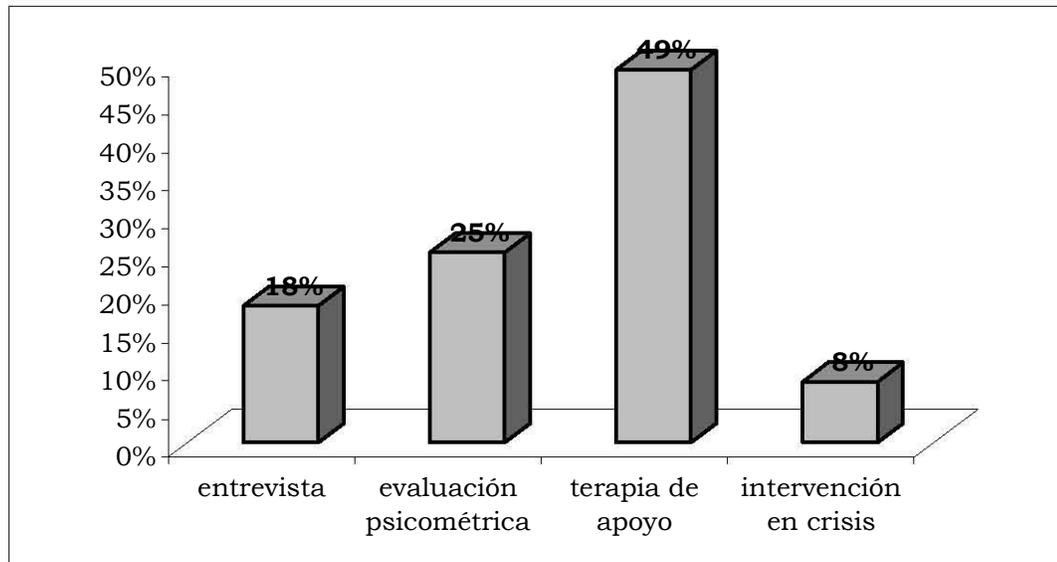


Figura 15. Tipo de intervención psicológica aplicada

Es importante señalar que se creó una codificación para la utilización de criterios que permitieran reportar la información general de los pacientes obtenida que se viera reflejada en el reporte mensual (Apéndice VII).

En la figura 16 se muestran las técnicas utilizadas en la entrevista, la terapia de apoyo y las intervenciones en crisis. Es importante señalar que en el caso de la educación para la salud se trabajó con una serie de folletos de información que se realizaban de forma espontánea en la medida en la que se utilizaban, en la reestructuración cognitiva se manejó bajo los fundamentos de la terapia cognitiva para la depresión, en el caso de la relajación se acompañó de respiración diafragmática, y la solución de problemas se utilizó básicamente para los pacientes en fase terminal.

Finalmente es importante mencionar que las posibles causas asociadas a los diversos desajustes emocionales de los pacientes en el 64% de los

casos se debieron a los problemas de salud que tenían los pacientes seguido de problemas miliares y en algunos casos las tres causas con el 14% cada uno, y finalmente se asociaban a los problemas económicos con el 7%.

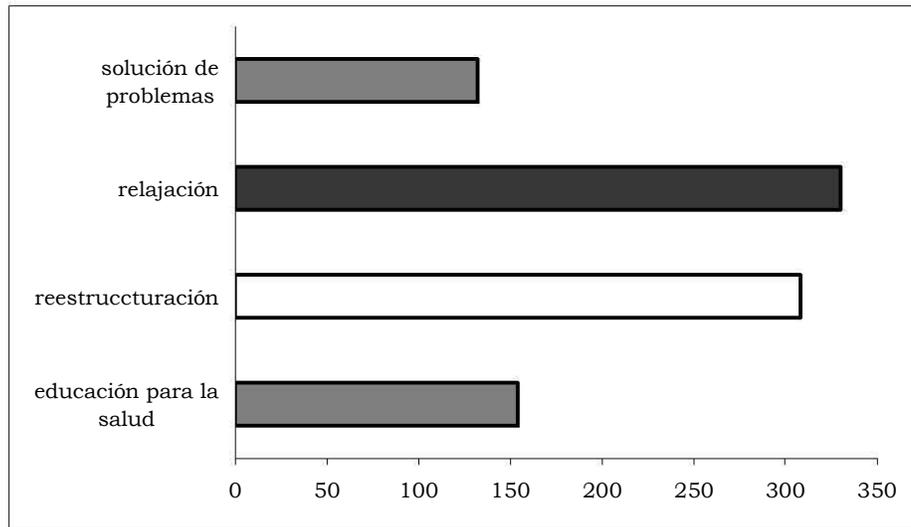


Figura 16. Técnicas psicológicas empleadas en el manejo del dolor

9) Visita domiciliaria

Como parte de la consulta externa se realizaron 35 visitas domiciliarias durante la rotación, lo cual formaba parte de la atención médica a pacientes paliativos en fase terminal. Dicha actividad se llevaba a cabo con un equipo de llamado de paliativos formado por: el médico algólogo, la psicóloga, la trabajadora social, y una enfermera.

10) Guardias fin de semana

Las guardias que se cubrieron durante la rotación fueron 2 veces por mes durante los dos días de fin de semana, dicha guardia consistió en pasar visita a los pacientes hospitalizados en conjunto con el médico algólogo y estar disponible por si era necesario regresar a la clínica.

Actividades de investigación

11) Protocolo para manejo de dolor por cáncer y síntomas psicológicos asociados.

Se realizó un protocolo de intervención psicológica con técnicas cognitivo conductuales para el manejo del dolor y síntomas psicológicos asociados a el como la ansiedad y la depresión, se propuso trabajar con todos los pacientes de la clínica del dolor que cubrieran las siguientes características: dolor por cáncer, pacientes que manifestaran verbalmente sentir dolor, ansiedad o tristeza ante algún evento estresante relacionado con la enfermedad, el tratamiento o la hospitalización y que quisieran ser tratados por psicología. Se trabajó con un total de 62 pacientes para ser incluidos dentro del protocolo y se reportan 10 casos los cuales fueron los de datos generales uniformes y quienes cumplieron con las 8 sesiones seguidas del programa. (Apéndice VIII).

Actividades no programadas

12) Reunión con el equipo de cuidados paliativos

Como una actividad adicional dentro de las desarrolladas en la clínica del dolor, se llevaba a cabo una vez por semana reuniones con el llamado equipo de paliativos para acordar cierto manejo durante la visita domiciliaria así como la terapéutica para los pacientes paliativos vistos en consulta externa. Otro objetivo de las reuniones era la elaboración de un instrumento de evaluación médica y psicológica par este tipo de pacientes.

El equipo estaba conformado por la médico adscrita responsable del área de paliativos, la psiquiatra asignada a clínica del dolor, la psicóloga de clínica del dolor, la supervisora in situ y la trabajadora social.

A continuación se presentaran las conclusiones y las competencias alcanzadas durante la práctica clínica realizada en las sedes hospitalarias antes mencionadas.

Competencias profesionales alcanzadas

Es indudable que durante el programa de residencia se adquirieron, ejercitaron y en algunos casos se dominaron diversas habilidades profesionales al nivel de conocimientos, experiencia y posibilidades personales, las cuales están estrechamente vinculadas con los objetivos del programa de residencia en medicina conductual, así como con el perfil del egresado y la propuesta de actividades desarrolladas por éste.

Al respecto de competencias a nivel de conocimientos, Utrilla (1998) menciona que éstos dependen de los programas de formación; en tanto menciona que la experiencia se relaciona estrechamente con la práctica y el aprovechamiento de sus características y que además depende de la dedicación y las satisfacciones personales obtenidas; en tanto establece que las posibilidades personales corresponden a las características y a las habilidades del terapeuta, que le permitirán o no llevar a cabo su labor de manera adecuada.

En ese sentido se describirán las competencias profesionales alcanzadas durante la rotación por las sedes hospitalarias y el programa de formación:

Al nivel de conocimientos:

- a) Familiarización de los padecimientos médicos y el tratamiento farmacológico mediante la búsqueda de información y la asistencia a las sesiones médicas.
- b) Evaluación de problemas relevantes en el área de salud, adaptando instrumentos y técnicas de medición que permitieran

corroborar la eficacia de los programas de intervención, considerando la búsqueda de por lo menos la remisión de los síntomas.

- c) La utilización del conocimiento científico existente para su vinculación con la práctica profesional.
- d) Preparación de temas para exposición dirigido a personal de la salud.
- e) Elaboración de materiales diversos con fines preventivos y educativos dirigidos a los pacientes.

Al nivel de experiencia:

- a) El programa de formación permitió que se lograra establecer la coordinación con otros profesionistas de la salud para la ejecución de una terapéutica eficaz, es decir favoreció el trabajo multidisciplinario.
- b) Estructuración de sesiones para intervención breve.
- c) Identificación de técnicas adecuadas para resolver problemas psicológicos relacionados con la salud o cuestiones orgánicas.
- d) Elaboración de notas clínicas mediante un formato llamado SOAP que significa: S= Subjetivo; O= Objetivo; A= Acción y P= Plan.
- e) Manejo de expedientes clínicos.
- f) Aplicación de criterios para identificación de problemas psicológicos.
- g) Sistematización de las formas de intervención basadas en evaluaciones previas del programa de intervención.
- h) Canalización de casos específicos para otro tipo de intervención (psiquiátrica, de pareja, de familia, entre otros).

Al nivel de posibilidades personales:

- a) Una actitud ética hacia el ejercicio de la disciplina, respetando el código ético y mostrando respeto, confidencialidad y compromiso con los pacientes.
- b) Tolerancia y respeto hacia otros enfoques, disciplinas e instrucciones de otros colegas.
- c) Actitud responsable en el ejercicio del quehacer profesional.
- d) Valoración de los alcances y limitaciones disciplinarias y personales.
- e) Adaptación al trabajo profesional bajo condiciones inadecuadas de estructura.

Evaluación: sedes, actividades y supervisión

Las sedes hospitalarias

Como se ha mencionado anteriormente, el primer año de residencia se llevo a cabo en el Hospital Juárez de México, en el área de hematología la cual en este periodo se iniciaba como un área abierta a la inclusión de un psicólogo residente de medicina conductual.

Es importante señalar que aún cuando era la primer vez que se incluía tratamiento psicológico permanente para los usuarios del área, el personal médico, de enfermería y trabajo social se encontraban en un nivel de sensibilización para el trabajo terapéutico y la aceptación e integración con el equipo de trabajo fue de un trato cordial, respetuoso y profesional.

En esta área, el apoyo brindado por el Jefe de servicio derivado de su experiencia con los pacientes y su preocupación por el bienestar físico y psicológico de éstos favoreció de manera relevante la intervención terapéutica.

En el segundo año en el que la sede de trabajo profesional se llevo a cabo en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”, específicamente en el área de clínica del dolor y cuidados paliativos, las actividades terapéuticas de igual manera se vieron favorecidas por la apertura del equipo médico y paramédico y administrativo del área así como por el apoyo proporcionado por las

autoridades como el Jefe de servicio quien mostró reconocimiento y respeto por la labor del psicólogo.

Las limitaciones parecieran ser menores al lado de la cooperación, respeto y reconocimiento que las áreas de trabajo sin embargo es importante mencionar que se refieren básicamente a las condiciones estructurales de las instituciones como es en el caso de la primer sede en el que las intervenciones psicológicas deben llevarse a cabo en sitios inadecuados como pasillos, salas de internamiento entre otras por no contar con un espacio específico para la actuación.

En tanto en el caso de la segunda sede, algunas políticas establecidas para la ejecución del trabajo psicológico en relación con las intervenciones psiquiátricas, las cuales lejos de que una invalide a otra, deben considerarse como complementarias.

Una explicación breve ante lo anterior es la que Barbero (2003) hace sobre la escasez de psicólogos en el área de salud, en la que menciona que el hospital no ha sido el espacio históricamente natural para el trabajo del psicólogo; sin embargo es tarea de los psicólogos, justificar el trabajo al demostrar que las intervenciones son efectivas y eficientes.

Actividades desarrolladas

Las actividades desarrolladas en cada una de las sedes hospitalarias se ven reflejadas en las competencias profesionales alcanzadas, sin embargo no es por demás mencionar que la asignación de las diferentes sedes en ascendencia, permite la promoción de mayor especialización de los residentes.

Sistema de Supervisión

In situ

La supervisión in situ debe considerarse como uno de los pilares del aprendizaje y práctica profesional puesto que es por medio de la retroalimentación que éstos brindan al desempeño profesional del residente por el cual se logran hacer modificaciones adecuadas y oportunas al trabajo terapéutico. Es por medio de sus decisiones terapéuticas, sus propuestas y cuestionamientos los que permite una mayor especialización de las intervenciones lo cual se ve reflejado en beneficio del paciente.

Supervisión Académica

La atención brindada por los supervisores académicos basada en su experiencia docente permitió la adquisición de conocimiento teórico para las intervenciones en el escenario hospitalario, sus aportaciones se ven reflejadas en los programas terapéuticos llevados a cabo y, la constante actualización sobre investigación en el campo de medicina conductual.

Conclusiones y sugerencias

Es importante retomar que de acuerdo con las actuales tasas de mortalidad, las personas ya no se enferman por entidades infecto – contagiosas, ahora las enfermedades como las cardiovasculares, el cáncer y la diabetes, tienen un fuerte componente en su origen y mantenimiento, éste son: factores psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. Es decir, el origen de la enfermedad ya no sólo está determinado por lo que la gente tiene orgánicamente, sino por lo que hace, ámbito que pertenece a la psicología y lo cual implica que las acciones de los especialistas en medicina conductual adquieren particular relevancia en los escenarios hospitalarios.

El manejo del enfoque cognitivo – conductual fue y es una estrategia en los escenarios hospitalarios que permitió recurrir a acciones de valoración e intervención breve, rápida y eficaz para la satisfacción inmediata de los pacientes, lo cual concuerda con lo mencionado por Pomerlau y Brady (1979, en Leslie y O`Reilly, 1999) sobre medicina conductual a la que se considera la utilización de técnicas conductuales y cognoscitivas para la evaluación prevención y, tratamiento de la enfermedad física.

Es por ello que se debe favorecer la especialización de recursos humanos competentes que incidan en áreas específicas de la salud como los psicólogos residentes de medicina conductual. Además de que se convierte en un compromiso para las autoridades a cargo de la residencia la constante actualización y refinamiento del programa operativo.

Otro compromiso que deben asumir las autoridades es el incidir en el establecimiento de acuerdos que permitan la inserción en el campo laboral de manera permanente a los especialistas en medicina conductual.

Referencias Bibliográficas

- Agras, S. (1982). Behavioral medicine : Nonrandom connections. *Journal of consulting and clinical psychology*. En V. Caballo (Comp), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 871-890). México-España: Siglo XXI.
- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Aréchiga, G. (2000). *Dolor y Paliación*. México: Cuellar.
- Beneit, J. (1994). Aspectos psicológicos del cáncer. En: J. Latorre. y P. Beneit (Coords), *Psicología de la salud* (pp. 239-255). Argentina: Lumen.
- Brannon, L. y Feist, J. (1992). *Health psychology and introduction to behavior and health*. Belmont California: Wadsworth.
- Buela – Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (Dir) (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. México – España: Siglo XXI.
- Caballo, V. (Comp) (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México-España: Siglo XXI.

- Cano, A. y Tobal, M. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA. *Psicología Contemporánea*, 6, 14 -21.
- Carrobbles, J. (1993). Prólogo. En M. Simón, M, *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención* (pp. 15-18). Madrid: Pirámide.
- Caudill, M. (1998). *Controle su dolor antes de que el dolor le controle a usted*. México: Paidós.
- Cautela, J. e Ishaq, W. (Eds) (1996). *Contemporary issues in behavior therapy: improving the human condition*. Nueva York: Plenum press.
- Cheney, C. (1996). Medical nonadherence: A behavior analysis. En J. Cautela y W. Ishaq. (Eds), *Contemporary issues in behavior therapy: improving the human condition* (pp. 9-21). Nueva York: Plenum press.
- CIE - 10 (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE – 10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. México: Panamericana.
- DeGood, D., Crawford, A. y Jongsma, A. (1999). *The behavioral medicine planner*. New York, EEUU: John Wiley and Sons Inc.
- Die Till, M. (1987). Dimensiones psicosociales del cáncer en adultos. *Jano XXXIII*, 784, 43-48.
- DSM – IV – TR. (2002). *Breviario: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado*. Barcelona-España: Masson.

-
- Ellis, A. y Abrams, E. (1994). *How to cope with a fatal illness: the rational management of death and dying*. Nueva York: Barricade books.
- Ellis, A. y Abrams, E. (1980). *Terapia racional emotiva*. México: Pax.
- Fishman, B. y Loscalzo, M. (1987). Intervenciones cognoscitivas y conductuales en el tratamiento del dolor por cáncer: Principios y Aplicaciones. *Clínicas Médicas de Norteamérica*. Científico-Técnica, 269-284.
- Foley, K. y Payne, R. (1989). *Terapéutica del dolor*. Interamericana: Mc.Graw Hill.
- Fordyce, W. (1992). *Terapéutica del dolor. Tratamiento cognoscitivo conductual del dolor crónico e incapacidad*. Interamericana: Mc.Graw Hill.
- Fordyce, W. (2001). Operant or contingency therapies, En J. Loeser, S. Butler, R. Chapman y D. Turk (Eds). *Bonica, management of pain* (pp. 1745-1758). Filadelfia: Williams & wilkins.
- Gentry, V. (Comp). (1984). Handbook of behavioral medicine, En V. Caballo (Comp). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 871- 882). México-España: Siglo XXI.
- Grau, J., Jiménez, P., Chacon, M. y Martín, M. (1996). ¿Qué puede hacer la psicología en el tratamiento de dolor producido por cáncer?. *Psicología y Salu.*, 8, 63-76.

-
- Greenberger, D. y Padesky, Ch. (1995). *El control de tu estado de ánimo. Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios*. Barcelona: Paidós.
- Guisáosla, J. (1998). Aspectos psicológicos y psiquiátricos en el tratamiento del dolor. *Medicina del Dolor*. Madrid: Masson.
- Hammer, S. (1984). El poder curativo de la mente. *Science Digest*, 12-20.
- Latorre, J. y Beneit, P. (Coords) (1994). *Psicología de la salud*. Argentina: Lumen.
- Lema, M. (1996). Pautas de tratamiento para dolor agudo, crónico y oncológico. *Dolor*, 3, 10-16.
- Loeser, J., Butler, S., Chapman, R. y Turk, D. (Eds). (2002) *Bonica, management of pain*. Filadelfia: Williams & wilkins.
- López, S., Pastor, M. y Rodríguez, J. (1993). Preparación psicológica ante intervenciones quirúrgicas. En M. Simón, *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención* (pp. 21-44). Madrid: Pirámide.
- MacGrath, P. y Hillier, M. (1989). The enigma of pain in children: An overview. *Pediatrician*, 16 (1), 6-15.
- Martínez, R. (1984). Diseños experimentales y cuasiexperimentales con sujeto único, En J. Mayor. y F. Labrador, *Manual de modificación de la conducta* (pp. 5-7). Madrid: Alhambra.
- Masson, S. (1992). *Las Relaxaciones*. Barcelona: Gedisa.

- Mayor J. y Labrador, F. (1984). *Manual de modificación de la conducta*. Madrid: Alhambra.
- Merskey, H. (1986). *Pain in children and adolescents*. Ámsterdam: Elsevier.
- Miró, E. y Buela-Casal, G. (1996). Evaluación del Dolor Crónico. En G Buela-Casal, V. Caballo y J. Sierra (Dirs), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 727-756). Madrid: Siglo XXI.
- Morales, P., Maldonado, A. y Díaz, G. (1999). La Enfermedad Hematológica y su consecuencia psicosocial. En L. Sierra y F. Calvo (Comp), *Fundamentos de Hemato-Oncología* (pp. 1315-1328). España: Interamericana.
- Nadeau, M. (1998). *24 juegos de Relajación para niños de 5 a 12 años*. Madrid: Sirio.
- Nelson, W. (1992). *Tratado de pediatría*. España: Interamericana.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Alivio del dolor en el enfermo de Cáncer*. Ginebra: OMS.
- Penzo, W. (1990). *El dolor crónico. Aspectos Psicológicos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Philips, C. (1991). Dolor crónico. En I. Amigo, C. Fernández y M. Pérez, *Manual de psicología de la salud* (pp. 61-75). Madrid: Pirámide.

- Pikoff, H. (1984). Estrategias de intervención. En K. Slaikeu, *Intervención en crisis* (pp. 113-111). México: Manual Moderno.
- Pomerleau, O. y Brady, J. (1991). Introduction: The scope and promise of behavioral medicine. En V. Caballo (Comp), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. xi-xxvi). México-España: Siglo XXI
- Programa de Maestría y Doctorado en Psicología Profesional (2001, marzo). *Programa de residencia en medicina conductual* (Folleto). México: Departamento de publicaciones de la Facultad de Psicología UNAM.
- Rodríguez, G. y Rojas, M. (1998). *La psicología de la salud en América Latina..* México: Porrúa.
- Sánchez, M. y Vera, L. (1997). *La importancia de los métodos psicológicos en el control dl dolor por procedimientos de diagnóstico y tratamiento del cáncer pediátrico.* Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
- Schechter, N., Berde, C. y Yaster, M. (1993). *Pain in infants, children and adolescents.* Maryland: Wilkins Baltimor.
- Schnaas, F. (1999). *Clínica del dolor. Aspectos psicológicos y psiquiátricos del dolor.* Filadelfia: Williams & wilkins
- Schwartz, E. y Weiss, M. (1991). Behavioral medicine revisited: An amended definition. Journal of behavioral medicine. En V. Caballo (Comp). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta.* (pp. 249-251). México-España: Siglo XXI.

-
- Sierra, L. y Calvo, F. (Comp) (2000). *Fundamentos de Hemato-Oncología*. España: Interamericana.
- Simón, M. (1993). *Psicología de la salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
- Smith, J. (1992). *Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación*. España: Desclee de Brouwer.
- Stubeer, M. (1995). Stress responses to pediatric cancer: A family phenomenon special issue: Child an adolescent illness and treatment. *Family Systems Medicine*, 13 (2), 163-172.
- Utrilla, M. (1998). *¿Son posibles las terapias en las instituciones? Un estudio situacional*. Madrid: Biblioteca Nacional.
- Velasco, M. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. México: Manual Moderno.
- Wright, J., Thase, M., Beck, A. y Ludgate, J. (Eds). (1993). *Cognitive therapy with inpatients*. Nueva York: The Guilford press.

Direcciones en Internet

<http://www.facmed.unam.mx/hjm>.

<http://www.incmnsz.gob.mx>

<http://www.ssa.gob.mx> (2002) Estadísticas de salud. México: Secretaría de salud.

<http://www.ssa.gob.mx> (2004) Estadísticas de salud. México: Secretaría de salud.

<http://www.ssa.gob.mx> (2005) Estadísticas de salud. México: Secretaría de salud.

<http://www.psiquiatria.com>

+

Apéndices

A P É N D I C E I

ESCALA DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO PARA NIÑOS CON ENFERMEDADES CÓNICO DEGENERATIVAS

EDAD: _____

SEXO: _____

ENFERMEDAD: _____

FECHA: _____

INSTRUCCIONES

Lee cuidadosamente las siguientes oraciones y marca con una "X" la opción de respuesta que elijas. Ejemplo:

Les digo a otras personas cómo me siento

SI NO

1.	Abrazo a mi mamá y a mi papá cuando creo que mi enfermedad puede controlarse	SI	NO
2.	Acepto que me cuiden	SI	NO
3.	Anoto las horas de las medicinas	SI	NO
4.	Aviso a mis padres de la hora de mis medicinas	SI	NO
5.	Como lo que me dice el doctor	SI	NO
6.	Como con más entusiasmo	SI	NO
7.	Como todo el tiempo para sentirme mejor	SI	NO
8.	Creo que los medicinas que tomo me van a curar	SI	NO
9.	Creo que pronto me recuperaré	SI	NO
10.	Creo que ya me alivie	SI	NO
11.	Cuando me inyectan me aguanto	SI	NO
12.	Cuando me vienen a ver los doctores les hago caso	SI	NO
13.	Deje de ir a la escuela	SI	NO
14.	Dejo de comer dulces cuando me lo dice el doctor	SI	NO
15.	Dejo que las enfermeras me hagan las curaciones	SI	NO
16.	Dejo que me inyecten	SI	NO
17.	Digo lo que siento	SI	NO
18.	Dios me va a curar	SI	NO
19.	Duermo todo el tiempo	SI	NO
20.	Es inútil ver tan seguido a los doctores	SI	NO
21.	Hago los ejercicios que me dice el doctor	SI	NO
22.	Imagino que la comida sabe rica	SI	NO
23.	Juego mucho para olvidarme de mi enfermedad	SI	NO

24.	Les oculto a mis papás cuando me duele	SI	NO
25.	Me baño todos los días	SI	NO
26.	Me cuesta trabajo jugar	SI	NO
27.	Me cuesta trabajo tener amigos	SI	NO
28.	Me curaré sin ayuda	SI	NO
29.	Me curaré sin tomar medicinas	SI	NO
30.	Me dan ganas de regresar a la escuela	SI	NO
31.	Me dan miedo el doctor	SI	NO
32.	Me dejo aplicar las medicinas	SI	NO
33.	Me dejo poner fácilmente el tratamiento	SI	NO
34.	Me descuidé	SI	NO
35.	Me doy cuenta que en la vida hay cosas buenas	SI	NO
36.	Me duele todo lo que me hacen en el hospital	SI	NO
37.	Me duermo cuando me aplican alguna medicina	SI	NO
38.	Me junto con niños que tienen mi misma enfermedad	SI	NO
39.	Me molesto cuando me inyectan	SI	NO
40.	Me regaño a mí mismo	SI	NO
41.	Me siento bien de salud	SI	NO
42.	Me siento mal por descuidarme	SI	NO
43.	Me voy a curar cuando vaya a la iglesia	SI	NO
44.	Merezco estar enfermo	SI	NO
45.	Mi enfermedad va a desaparecer	SI	NO
46.	Creo que mi enfermedad es muy grave	SI	NO
47.	Pido a las enfermeras que me traten con cuidado	SI	NO
48.	Pido a mis amigos que me ayuden	SI	NO
49.	Pido a mis papás que estén conmigo cuando me curan	SI	NO
50.	Pido consejos a otras personas	SI	NO
51.	Pido mis resultados de laboratorio	SI	NO
52.	Pienso que me voy a curar	SI	NO
53.	Platico con mis amigos cómo me siento	SI	NO
54.	Platico con mis papás de mi enfermedad	SI	NO
55.	Platico con otros niños de mi enfermedad	SI	NO
56.	Platico más con mi familia	SI	NO

57.	Pregunto a los doctores acerca de mi enfermedad	SI	NO
58.	Pregunto a otros doctores de mi enfermedad	SI	NO
59.	Pregunto al doctor cuando tengo dudas de mi enfermedad	SI	NO
60.	Puedo soportar lo que me hacen en el hospital	SI	NO
61.	Realizo dibujos cuando mi tratamiento termina	SI	NO
62.	Recibo ayuda de otras personas	SI	NO
63.	Rezo mucho para curarme	SI	NO
64.	Salgo a jugar con mis amigos	SI	NO
65.	Sé muchas cosas de mi enfermedad	SI	NO
66.	Sé qué debo hacer para curarme	SI	NO
67.	Sé que podré salir a jugar como antes	SI	NO
68.	Si tomo la medicina me curaré	SI	NO
69.	Si voy al doctor mejorará mi salud	SI	NO
70.	Sigo las instrucciones del doctor todos los días	SI	NO
71.	Tomo mis medicinas sin que me digan mis papás	SI	NO
72.	Trato de aguantarme cuando me van a poner mis inyecciones	SI	NO
73.	Voy a mis curaciones	SI	NO
74.	Voy a todas mis consultas	SI	NO
75.	Yo soy muy fuerte y la enfermedad no me hace daño	SI	NO

A P É N D I C E I I

EJEMPLO BREVE DE CASO CLÍNICO PRESENTADO EN SESIONES DE PSICOLOGÍA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Paciente masculino de 6 años de edad nacido el 28 de octubre de 1996 originario y residente del Estado de México, cursó el 3er. año de Preescolar y es referido por el médico tratante.

MOTIVO DE CONSULTA

O es un paciente que tiene como diagnóstico médico: Leucemia Linfoblástica Tipo II desde hace 1 años actualmente se encuentra en recibiendo su ciclo de quimioterapia por lo cual es referido por el servicio de hematopediatría debido a que la hospitalización será prolongada e implica una serie de procedimientos invasivos.

IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

En la primer sesión el pacientito se observa con fasicie característico de tristeza, con humor y afecto plano, su actitud fue poco reactiva ante las indicaciones.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Es la gesta 2 de 2, sin alteraciones en el desarrollo, enfermedades propias de la infancia con cuadros frecuentes de infecciones respiratorias. Vive con su padre de 38 años, su madre de 35 su hermana de 8 años. “El niño es muy noble cuando está en casa, juega con su papá y sus aviones aunque con su hermana pelea en ocasiones. En la casa se hace todo para complacerlo” (sic mamá). El niño ingresó al preescolar III y a las dos semanas fue hospitalizados.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Niegan conocer algún padecimiento médico y psicológico de algún miembro de la familia.

PADECIMIENTO ACTUAL

El pacientito se siente triste debido a las constantes hospitalizaciones y las molestias que esto ocasiona “ya me quiero ir a mi casa y no quiero que me piquen”.

SUGERENCIAS DE TRATAMIENTO

Establecer empatía

Técnicas de inoculación al estrés

Terapia de Juego para relajación y tristeza.

(Se presentó el caso para sugerencias de tratamiento).

Elaboró: Psic. Gabriela Carolina Valencia Chávez.
RI Medicina Conductual

A P É N D I C E III
Apéndice 3.1
Agenda de Sesiones para Psicoeducación

Fecha	Tema	Área	Ponente
12 Junio 2002	Mieloma Múltiple	Médica	Dr. Moreno RM 3
19 Junio 2002	Mieloma Múltiple	Psicología	Psic. Gabriela Valencia
03 Julio 2002	Aféresis	Enfermería	Enf. Ma. Félix García R.
10 Julio 2002	Aféresis	Enfermería	Enf. Leticia Ortega Álvarez
17 Julio 2002	Linfomas	Médica	Residente Interno
07 Agosto 2002	Linfomas	Psicología	Psic. Gabriela Valencia
14 Agosto 2002	Púrpura	Médica	Dra. Mónica Tejeda
21 Agosto 2002	Púrpura	Psicología	Psic. Gabriela Valencia
28 Agosto 2002	Púrpura y Linfoma	Trabajo Social	T.S. Angélica
11 Septiembre 2002	Anemia	Médica	Dr. Jorge Cruz Rico
18 Septiembre 2002	Anemia	Psicología	Psic. Gabriela Valencia
02 Octubre 2002	Leucemia	Médica	Residente Médico 3 o Int
09 Octubre 2002	Leucemia	Psicología	Psic. Gabriela Valencia
16 Octubre 2002	Leucemia. Mieloma. y Anemia	Trabajo Social	T.S. Angélica
23 Octubre 2002	Mieloma Múltiple	Médica	Dra. Mónica Tejeda
30 Octubre 2002	Mieloma Múltiple	Psicología	Psic. Gabriela Valencia
13 Noviembre 2002	Aféresis	Enfermería	E. Ma. Félix García R.
27 Noviembre 2002	Aféresis	Enfermería	E. Leticia Ortega Álvarez
04 Diciembre 2002	Linfoma	Médica	Dr. Jorge Cruz Rico
11 Diciembre 2002	Linfoma	Psicología	Psic. Gabriela Valencia
08 Enero 2003	Púrpura	Médica	Residente Pediatría
15 Enero 2003	Púrpura	Psicología	Psic. Gabriela Valencia
22 Enero 2003	Púrpura	Trabajo Social	T.S. Angélica
05 Enero 2003	Anemia	Médica	Residente Médico Interno
12 Enero 2003	Anemia	Psicología	Psic. Gabriela Valencia

Psic. Gabriela Valencia Chávez
Residencia en Medicina Conductual

MODIFICADO POR FORMATO
Apéndice 3.2

DONACIÓN DE PLAQUETAS

Un Regalo muy
Especial

¿Qué es la Paquetoféresis?

La sangre es una mezcla de glóbulos rojos, glóbulos blancos, plasma, plaquetas y más. Paquetoféresis es una donación de sangre muy especial, ya que sólo donarás una parte de tu sangre que son las plaquetas, estas son células en forma de discos ovals que se producen dentro de los huesos planos de tu cuerpo, viven en la sangre y participan en la coagulación de ésta.

Cuando te cortas por accidente ellas corren a la herida y tapan la perforación de tu piel para detener el sangrado.

Estas plaquetas se abrican en grandes cantidades, lo que nos permite donar plaquetas sin causarnos ningún daño, y las recuperamos en muy corto plazo.

Historia de la Paquetoféresis

Hasta hace poco tiempo la única forma de donar plaquetas para lograr una dosis terapéutica era con la donación de 450 ml. de sangre de 6 a 10 donadores, esta sangre tenía que ser centrifugada para poder separar las plaquetas de los demás componentes de la sangre.

Hoy en día existen separadores de células totalmente automatizados, que son equipos médicos muy seguros que permiten separar sólo un componente de la sangre (por ejemplo plaquetas) y regresar a tu cuerpo el resto de los componentes de tu sangre que no serán utilizados. Estas máquinas se conocen como de AFERESIS. Este es un método muy simple y seguro de donar plaquetas.

Cómo puedes tú ayudar a otros?

Las donaciones de plaquetas ayudan a pacientes que están sometidos a tratamientos por problemas serios en su salud. ¿Sabías que en pacientes con enfermedades de la sangre como leucemias y anemias, y de cáncer, las plaquetas pueden disminuir tanto que estos pacientes presentan sangrados frecuentes?

Por ello requieren transfusiones de plaquetas con gran frecuencia, y en ocasiones las plaquetas que se obtienen en el banco de sangre no son suficientes, ya que en una sola transfusión un paciente puede necesitar de 6 hasta 10 o más unidades de plaquetas que se obtienen de 6 hasta 10 o más donadores diferentes de sangre, pero, con la máquina de aféresis un solo donador puede dar la cantidad de plaquetas que se obtendría de 6 a 10 o más donadores.

La transfusión de estas plaquetas que tú le dones al paciente, puede ser la diferencia entre la vida y la muerte.

¿Cuánto tiempo te toma Donar Plaquetas?

La donación de plaquetas por aféresis toma de 1 hora. a 2 horas. Este procedimiento es más largo que el de una donación normal, ya que toma un tiempo extra separar y recolectar las plaquetas del resto de los componentes de la sangre.

¿Cómo funciona la Aféresis?

Con la plaquetoféresis, tu sangre será recolectada de uno de tus brazos y pasará al separador de células y no a una bolsa de plástico como sucede con la donación de sangre normal. Cuando tu sangre está dentro de la máquina, las plaquetas serán cuidadosamente separadas. El resto de tu sangre, el plasma, los glóbulos rojos y los glóbulos blancos serán regresados a tu cuerpo a través de tu otro brazo.

¿Quién puede donar plaquetas?

Las personas que cubran los mismos requisitos que solicitan para una donación de sangre normal

¿Con qué frecuencia se puede donar plaquetas?

Tu cuerpo es capaz de recobrar las plaquetas que donaste en unas horas, así que podrás donar nuevamente a las 72 horas, pero no podrás donar más de 24 veces al año.

¿Es peligroso donar plaquetas?

El proceso de donación de plaquetas no ocasiona, ningún daño. Sólo sufrirás molestias por los piquetes de las agujas en tus brazos. No tiene efectos adversos la donación de plaquetas ya que solo se toma una parte de la sangre y la otra se regresa a tu cuerpo. Sin embargo puedes sentir algún cosquilleo alrededor de tus labios o nariz durante el procedimiento o escalofríos. Es un efecto mediano por el anticoagulante y puedes detenerlo si te mantienes relajado durante el procedimiento e informando a la enfermera para que te auxilie.

La plaquetoféresis es segura. Mucha gente relaciona la donación de sangre con el contagio del virus del SIDA, pero no existe ninguna conexión.

Servicio de Psicología y Hematología
Dr. Jorge Cruz Rico
Dra. Mónica Tejeda
Psic. Gabriela Valencia Chávez
E. Ma. Félix García Romero
E. Leticia Ortega Álvarez

MODIFICADO POR FORMATO

Apéndice 3.3

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

LOS NIÑOS CON CÁNCER

¿Qué es el afrontamiento?

Cuando los seres humanos nos enfrentamos a desafíos y situaciones estresantes, lo primero que determinamos es si estamos en riesgo o en peligro: nos preguntamos si merece el esfuerzo de molestarnos, lo cual implica una valoración primaria. La valoración primaria es la que se refiere a preservar el bienestar físico y psicológico.

Una vez que determinamos que efectivamente estamos en riesgo o en peligro, nos preguntamos si podemos hacer algo al respecto, y si es así, qué debemos hacer, lo cual es una valoración secundaria.

El afrontamiento puede ser definido como el esfuerzo que hacemos para manejar situaciones que valoramos como potencialmente dañinas o estresantes.

Esta definición implica tres rasgos importantes:

- a) capacidad de planeación
- b) No asumir que el afrontamiento debe ser siempre positivo
- c) El afrontamiento es un proceso que se desarrolla en el tiempo.

Piensa en un evento estresante, el más estresante que hayas tenido en toda tu vida. Con este evento en mente marca la frecuencia con la que haya producido las siguientes respuestas:

- 1) Trate de ver el lado positivo
- 2) Hice las cosas paso a paso
- 3) Tomé distancia para ser mejor Observador
- 4) Realicé acciones positivas

- 5) Hice más ejercicio
- 6) Hablé con mis amigos
- 7) Me encerré en mis sentimientos
- 8) Comí más, fumé cigarrillos
- 9) No quise reconocer el problema

Para afrontar efectivamente los retos de la vida se necesita también conocer los tipos de personalidad:

- ψ El estilo Neurótico: Las personas con este estilo tienden a apoyarse en estrategias de afrontamiento poco adaptativas como fantasear y sentimientos de culpa.
- ψ El estilo Extrovertido: Es un estilo adaptativo, siempre que no llegue al extremo, de forma moderada se asocia una percepción positiva de sí mismo, pero si es muy rígida puede ser impulsiva, agresiva con conductas antisociales.
- ψ El estilo Reprimido: No es adaptativo y se asocia con negar el estrés y ser aislado.

Los afrontamientos exitosos responden a los retos de la vida asumiendo la responsabilidad de solucionar los problemas.

Los afrontamientos inefectivos responden a los retos de negación o evitación.

¿Y Tú, cómo afrontas los problemas?

Se destacan dos formas generales de afrontamiento: una “centrada en el problema” y otra “centrada en emociones”.

La forma de afrontamiento centrada en el problema puede orientarse hacia lo externo o hacia lo interno. Hacia lo externo se centran tratando de alterar una situación o comportamiento de otros. Hacia lo interno trata de

modificar nuestras propias actitudes y necesidades desarrollando nuevas habilidades.

El afrontamiento centrado en la emoción, se orienta hacia la búsqueda de apoyo externo.

Es importante resaltar que en la mayoría de las situaciones, probablemente nos beneficiemos más al combinar ambas estrategias.

Por ejemplo, podemos ir a una consulta médica y preparar las dudas sobre nuestro padecimiento por escrito para consultarlas con el médico (afrontamiento centrado en el problema), y trabajar relajación y actitudes no defensivas (centrado en la emoción).

De acuerdo con la clasificación del afrontamiento, se señala que existen dimensiones para cada una de las cuales se refieren al tipo de afrontamiento utilizado por las personas.

Tipo de afrontamiento

Los que se encuentran dentro de la categoría de afrontamiento enfocado al problema son:

- a) Solución de problemas en el cual se pretende establecer un plan de acción y seguirlo, para cambiar algo para que las cosas mejoren.

- b) Confrontativo: en el que se realizan acciones dirigidas hacia la situación, p.e. expresando ideas de acuerdo o desacuerdo sobre algo.

Las dimensiones asociadas al afrontamiento centrado en la emoción son las siguientes:

- a) Reevaluación Positiva Este modo de afrontamiento describe la forma en que las personas crean un significado distinto que les permite crecer como personas y tener beneficios en pro de su salud física y mental.

-
- b) Responsabilidad Permite reconocer el papel que cada individuo juega ante situaciones específicas como la enfermedad.
 - c) Escape-Evitación Esfuerzo realizado para escapar o evitar el problema (negar la situación o esperar un milagro).
 - d) Autocontrol Describe los esfuerzos para adaptar nuestras conductas al medio, es decir regular emociones, pensamientos y conductas.
 - e) Distanciamiento Es la forma de comportamiento que no considera serio un problema, lo ignora y actúa como si no existiera el problema.

Por último se encuentra otra dimensión que se enfoca a los dos tipos de afrontamiento:

- f) Apoyo social Esfuerzo por buscar y recibir ayuda a través de información o apoyo emocional (pedir consejos, hacer preguntas, platicar con familiares, entre otras).

En este sentido se puede considerar que las personas que están sometidas a una situación estresante, optan por algún tipo de afrontamiento.

MODIFICADO POR FORMATO
APÉNDICE 3.4

LEUCEMIA

El cuerpo humano ésta formado por millones de partes muy pequeñas, llamadas células.

Las células se unen para dar forma a los órganos del cuerpo como son los pulmones el corazón, el hígado el bazo, los riñones, el intestino, el estómago o el cerebro. También forma sustancias de nuestro cuerpo como la sangre.

La sangre está compuesta por tres tipos de células distintas las cuales tienen también una función distinta:

- a) Los glóbulos rojos (eritrocitos, que se encargan de transportar oxígeno desde los pulmones hacia todo el cuerpo.
- b) Los glóbulos blancos (leucocitos), que nos protegen contra las infecciones, por ejemplo: cuando un microbio entra al cuerpo, los glóbulos blancos se encargan de rodearlo, atacarlo y acabar con el.
- c) Las plaquetas, que son las células más pequeñas de la sangre y que se encargan de formar tapones en los sitios de hemorragias causadas por agresiones externas, internas e incluso esfuerzos.

Los tres tipos de células de la sangre, se forman en el interior de los huesos, en una parte llamada Médula Ósea.

Por otra parte, la quimioterapia suele ser demasiado fuerte para algunas venas pequeñas, que se pueden romper o quemar al aplicarla por medio de una inyección. Por eso, algunos pacientes deben portar catéteres para pasar, a través de ellos, la quimioterapia, sangre, plaquetas u otro tipo de medicamentos.

La única forma de saber si la quimioterapia es efectiva contra la leucemia, es por medio de exámenes de sangre, del aspirado de médula ósea y de líquido cefalorraquídeo en forma periódica, así el doctor sabrá si debe continuar el tratamiento.

EXAMENES

Aunque los exámenes resulten satisfactorios, tanto el paciente como los familiares deben saber que el tratamiento de la leucemia es largo y, requiere de la participación de todos.

Es importante que el paciente no deje de asistir a sus consultas ni a su quimioterapia, plantear las dudas que surjan que permitan la evitación de complicaciones.

Para evitar que el paciente con pocos glóbulos blancos adquiera infecciones, tanto el personal médico, enfermeras y psicólogas, así como su familia deben lavarse las manos y usar cubrebocas antes de estar con él.

CUIDADOS DEL PACIENTE

Existen diversos cuidados que son necesarios para el tratamiento del paciente puesto que con ello se evitan en la mayoría de los casos, infecciones por microbios, bacterias y hongos, entre los cuidados más importantes se pueden mencionar los siguientes:

- ✦ Rapar la cabeza para evitar que el cabello al caerse a causa de la quimioterapia mantenga microbios cercanos al paciente.
- ✦ No acumular restos de comida, revistas o periódicos.
- ✦ El paciente debe ser bañado diariamente, y lavarse los dientes y manos, así como cortarse las uñas.
- ✦ Después de bañarse o defecar aplicarse gel de aluminio y magnesio en axilas, ingles, genitales, y ano para evitar infecciones.
- ✦ Realizar enjuagues de bicarbonato y nistatina varias veces al día (colutorios).

Cuando la Médula Ósea se enferma, las células de la sangre están disminuidas y se empiezan a producir otro tipo de células anormales, lo que da lugar a la enfermedad llamada Leucemia

Como resultado de la enfermedad, se disminuyen los glóbulos rojos y dan lugar a la palidez, es decir anemia. Por la disminución de la cantidad de plaquetas, hay sangrados en la piel (petequias) o hemorragias por nariz, encías u otros sitios. Cuando hay leucemia, los blastos pueden reproducirse en tal cantidad que se “atoran” en el hígado, bazo y ganglios, haciendo crecer estos sitios. Si los glóbulos blancos dejan de cumplir con su función de defensa del cuerpo contra las enfermedades, la persona puede presentar infecciones.

Cuando se sospecha que alguien tiene leucemia es necesario hacerle varios estudios. Uno de los principales es el aspirado de médula ósea, que consiste en extraer un poco de ésta, al introducir una aguja especial en el hueso y tomar una muestra.

Tal muestra se lleva al laboratorio, donde se observa al microscopio y así se sabe de que tipo de leucemia se trata. Una vez que se sabe el tipo de leucemia, se decide el tratamiento, es decir, la quimioterapia.

La quimioterapia consiste en aplicar diversos medicamentos que, durante cierto tiempo, ayuden a “podar” la médula ósea, permitiendo que al “retoñar” produzca glóbulos blancos normales en forma, tamaño y función, y continuar podando la médula durante tiempo prolongado.

La quimioterapia puede ser tomada, inyectada o intratecal, como cualquier fármaco, tiene efectos desagradables, entre ellos: náusea, vómito, mareo, y pérdida de cabello.

Por ello el tratamiento es largo, para evitar que reaparezcan células anormales (blastos) en la médula, a lo cual se considera una recaída.

 PSICOLOGÍA
MEDICINA CONDUCTUAL
PSIC. GABRIELA VALENCIA CHAVEZ

APÉNDICE IV

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SERVICIO DE PSICOLOGÍA

Hoja de reporte diario

Psicóloga: Gabriela Carolina Valencia ChávezArea: HematologíaMes: Noviembre

Nombre	Sexo	Edad	1ª. Vez/Sub	Hospita/C.Exter	DX Médico	DX Psicológico	Ent. Inicial	Historia Clínica	Evaluación	Integración	Psicoterapia/T de Apoyo	Intervención en Crisis
1-11-02.												
Joaquín	M	21	1ª.	H	Leucemia	Ansiedad.	X					
Trinidad	M	32	S	H	Leucemia	Depresión					X	
Benito	M	64	1ª.	H	Leucemia	T. Mixto	X					
Filiberto	M	62	S	H	Leucemia	Ansiedad					X	
Gerardo	M	54	S	H	Leucemia	T. Mixto					X	
Martha	F	21	S	H	Linfoma	Pb. Delirium					X	
Laura B.	F	40	1ª.	H	Anemia	Sin DX Espe	X					
4 -11-02												
Trinidad	M	32	S	H	Leucemia	Depresión					X	
Edoarda	F	45	S	H	Mieloma	Depresión					X	
Laura	F	23	1ª.	H	Púrpura	Sin Dx Espec					X	
5 -11-02												
Edoarda	F	45	S	H	Mieloma	Depresión					X	
Fidencio	M	27	S	H	Anemia	Ansiedad					X	
Ricardo	M	26	S	H	Leucemia	T. Mixto					X	
Alfonso	M	39	S	H	Linfoma	Ansiedad					X	
6 -11-02												
Benito	M	64	S	H	Leucemia	T. Mixto					X	
Edoarda	F	45	S	H	Mieloma	Depresión						X
Ana	F	23	S.	H	Púrpura	Depresión					X	
GRUPO DE FAMILIARES	TEMA: ANEMIA APLASICA										X	

7 -11-02													
Edoarda	F	45	S	H	Mieloma	Depresión						X	
Ana Ma	F	66	S	H	Leucemia	T. Mixto					X		
Alfonso	M	39	S	H	Linfoma	Ansiedad					X		
8 -11-02													
Benito	M	64	S	H	Leucemia	T. Mixto					X		
Filiberto	M	62	S	H	Leucemia	Ansiedad					X		
Trinidad	M	32	S	H	Leucemia	Depresión					X		
Gerardo	M	54	S	H	Leucemia	Ansiedad					X		
Laura B.	F	40	1ª.	H	Anemia	Ansiedad					X		
11 -11-02													
Alfonso	M	39	S	H	Linfoma	Ansiedad					X		
Trinidad	M	32	S	H	Leucemia	Depresión					X		
Miguel A.	M	19	1ª.	H	Leucemia	T. Mixto					X		
Martha	F	21	S	H	Linfoma	Sin Dx Espec					X		
Ana Ma.	F	66	S	H	Leucemia	T. Mixto					X		
12 -11-02													
Luis A.	M	12	S	H	Linfoma	Ansiedad					X		
Ricardo	M	26	S	H	Leucemia	T. Mixto					X		
Familiar	F	38	1ª.	C	Sin DX	Sin Dx Expec					X		
Familiar	F	32	1ª.	C	Sin DX	Sin Dx Expec					X		
Edith	F	13	S	H	Leucemia	Ansiedad					X		
13 -11-02													
Filiberto	M	62	S	H	Leucemia	Ansiedad					X		
Trinidad	M	32	S	H	Leucemia	Depresión					X		
GRUPO DE FAMILIARES	TEMA: EFECTOS SECUNDARIOS DEL USO DE ESTEROIDES Y SUS IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS.											X	
14 11-02													
Alfonso	M	39	S	H	Linfoma	Depresión					X		
Filiberto	M	62	S	H	Leucemia	Ansiedad					X		
Miguel A.	M	19	1ª.	H	Leucemia	T. Mixto					X		
Gerardo	M	54	S	H	Leucemia	Ansiedad					X		
15 -11-02													
Alfonso	M	39	S	H	Linfoma	T. Mixto					X		
Gabriel	M	44	S	C	Mieloma	Sin Dx Espec			X				
Luis A.	M	12	S	H	Linfoma	Ansiedad					X		
Edith	F	13	S	H	Leucemia	Sin Dx Expec					X		

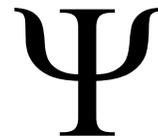
18 -11-02													
Alfonso	M	39	S	H	Linfoma	T. Mixto					X		
Trinidad	M	32	S	H	Leucemia	Depresión					X		
Miguel A	M	19	1ª.	H	Leucemia	T. Mixto					X		
Martha	F	21	S	H	Linfoma	Sin Dx Espec					X		
Lucina	F	50	S	H	Linfoma	Ansiedad					X		
19 -11-02													
Trinidad	M	32	S	H	Leucemia	Depresión					X		
Gerardo	M	54	S	H	Leucemia	Ansiedad					X		
Edith	F	13	S	H	Leucemia	Sin Dx Expec					X		
Ana Ma	F	66	S	H	Leucemia	T. Mixto					X		
21 -11-02													
Luis A.	M	12	S	H	Linfoma	Ansiedad					X		
Ricardo	M	26	S	H	Leucemia	T. Mixto					X		
Agustín	M	37	S	H	Mieloma	Sin Dx Espec		X					
Yolanda	F	55	S	H	Mieloma	Ansiedad					X		
22 -11-02													
Alfonso	M	39	S	H	Linfoma	T. Mixto					X		
Martha	F	21	S	H	Linfoma	Sin Dx Espec					X		
Vicente	M	6	S	H	Leucemia	T. Mixto					X		
Luis A.	M	12	S	H	Linfoma	T. Mixto					X		
25 -11-02													
Luis A.	M	12	S	H	Linfoma	T. Mixto					X		
Vicente	M	6	S	H	Leucemia	T. Mixto					X		
Martha	F	21	S	H	Linfoma	Sin Dx Espec					X		
Laura	F	23	S.	H	Púrpura	Depresión					X		
Reyna	F	3	S	H	Mieloma	T. Mixto					X		
Miguel A.	M	19	1ª.	H	Leucemia	T. Mixto					X		
26 -11-02													
Ricardo	M	26	S	H	Leucemia	T. Mixto					X		
Bernardo	M	52	1	H	Leucemia	Sin Dx Espec					X		
Agustín	M	37	S	H	Mieloma	Sin Dx Espec		X					
27 -11-02													
Alfonso	M	39	S	H	Linfoma	Depresión						X	
Rodrigo	M	17	1ª.	H	Leucemia	Ansiedad						X	
Paulina	F	67	1ª.	H	Leucemia	Depresión	X						
GRUPO	TEMA: CUIDADOS DEL ENFERMO EN ESTANCIA HOSPITALARIA "LA HIGIENE"											X	
28 -11-02													
Luis A.	M	12	S	H	Linfoma	T. Mixto					X		
Dolores	F	77	1ª.	H	Linfoma	T. Mixto					X		

Rodrigo	M	17	1 ^a .	H	Leucemia	T. Mixto						X
Paulina	F	67	1 ^a .	H	Leucemia	Sin Dx Espec	X					
Reyna	F	3	S	H	Mieloma	T. Mixto					X	
29 -11-02												
Alfonso	M	39	S	H	Linfoma	Depresión						X
Pacientes: 71												

Nota: El Dx psicológico se determina bajo los criterios del DSM IV TR.


 PSICOLOGÍA
 MEDICINA CONDUCTUAL
 PSIC. GABRIELA VALENCIA CHAVEZ

APÉNDICE V



PROPUESTA DE MANEJO DEL DOLOR Y ANSIEDAD PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

PSIC. GABRIELA CAROLINA VALENCIA CHAVEZ

Introducción

El desarrollo de los programas de intervención basados en la modificación de la conducta, constituyen una importante parte de la psicología clínica. Su utilización en problemas de índole no estrictamente psicopatológicas, como trastornos psicofisiológicos y ciertos trastornos orgánicos han ampliado el área de actuación de los psicólogos desarrollados en el campo de la medicina conductual.

En ese sentido es importante resaltar el trabajo dentro de las instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel, el trabajo del psicólogo se destaca por sus acciones dirigidas a tres diferentes áreas: a) Evaluación y tratamientos para trastornos específicos; b) la potenciación de la actividad de otros profesionales de la salud, y la promoción general de la salud y prevención de la enfermedad.

El área de Hematología del Hospital Juárez es un servicio en el que destacan los diagnósticos de enfermedades malignas, lo cual implica una serie de eventos estresantes para las personas atendidas, entre dichos eventos destacan: La comunicación de malas noticias debidas al diagnóstico y al pronóstico; los procedimientos invasivos realizados a los pacientes; los largos periodos de hospitalización; los efectos adversos debidos a los tratamientos y el inadecuado apego a estos; entre otras. Dichos eventos estresantes generan desajustes emocionales en los pacientes y familiares en el 60% de los casos, ello conlleva a la necesidad de la atención psicológica la cual permita una adecuada adaptación a cada uno de los periodos del proceso de enfermedad.

Dolor y ansiedad en los niños

Se ha observado una gran interés por el desarrollo de disciplinas encargadas del estudio del dolor, tal es el caso de la algología la cual surge en 1953 con la publicación de John Bónica, jefe del departamento de anestesiología de la Universidad de Washington, y quien creo las primeras unidades del dolor, mismas que fueron atendidas por anestesiólogos, neurocirujanos e incluso ortopedistas. De inmediato surgieron múltiples casos de no correspondencia entre el dolor experimentado y la intensidad del estímulo nocivo o la magnitud de la herida, que ponía de manifiesto la insuficiencia del modelo médico de la

enfermedad y las aproximaciones centradas sólo en los aspectos sensoriales para abordar la compleja experiencia del dolor, considerando factores distintos de los fisiológicos en su estudio. De esta manera el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con dolor crónico se asignó, inicialmente a los psiquiatras, pero pronto los psicólogos se implicaron significativamente (Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1996).

El dolor es definido como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con un daño del tejido actual o potencial, o descritas en términos de dichos daños”. Nota: el dolor es siempre subjetivo. Cada individuo aprende la aplicación del mundo a través de experiencias relacionadas al daño en la vida temprana (Merskey, 1986, p 217).

El dolor en niños ha tenido menos interés que el dolor en adultos, existe un acceso limitado de información con respecto al dolor en niños y su tratamiento, esto ha provocado una serie de mitos con respecto a este tema. El más frecuente es que el sistema nervioso de los niños es inmaduro y por este hecho incapaz de percibir y experimentar dolor de igual forma que los adultos. Este dato fue basado en interpretaciones incorrectas de los datos de anatomía y de las observaciones conductuales que interpretaron la falta de informe directo de dolor de los niños como la ausencia de éste, siendo que alrededor de las 26 semanas de gestación los sistemas fisiológicos ya están desarrollados y el feto puede ya percibir el dolor. Por lo tanto los lactantes pueden percibirlo desde que nacen (Schechter, Berde y Yaster, 1993).

El dolor por cáncer es aquel que resulta de la invasión del tumor o infiltración al hueso, nervio u otros órganos o sistemas, este tipo de dolor puede variar en sensibilidad de ligero a tormentoso, dependiente del tipo, localización y malignidad. El dolor en el niño por cáncer obedece a tres etiologías principales: a) el que se relaciona con los procedimientos practicados como la punción lumbar, el aspirado de medula ósea y la venopunción.; b) el causado por el tratamiento como mucositis oral, neuropatía periférica; y el dolor originado por la tumoración o enfermedad en sí (Foley y Payne, 1989).

Stubeer (1995) exploró las respuestas de estrés en el cáncer pediátrico e informo que para los niños, el tratamiento en este padecimiento puede ser más traumático que el diagnóstico mismo por las consecuencias físicas que éste trae consigo, como la caída de cabello, diarrea, dolor por la erosión de mucosa oral, y gastrointestinal. El tratamiento del dolor pediátrico se enfoca en dos líneas, la farmacológica por medio de a) Analgésicos: aines, opiodes débiles y fuertes, adyuvantes, analgésicos locales y sedantes hipnóticos. La otra línea es la del tratamiento psicológico mediante las técnicas cognitivo-conductuales,

el cual puede habilitar a los pacientes en estrategias de afrontamiento ante la enfermedad y sus consecuencias.

La terapia cognitivo-conductual está basada en la premisa de que es posible cambiar el comportamiento a través de la aplicación sistemática de los principios de aprendizaje científicamente inferidos (Smith, 1992). Bajo esa línea de tratamiento psicológico algunas de las técnicas utilizadas son:

- a) La respiración diafragmática que tiene como objetivo incrementar la participación del diafragma y favorecer el patrón rítmico de respiración, y consiste simplemente en prestar atención al flujo de la respiración.
- b) El entrenamiento autogénico que implica el control de las funciones corporales e imaginativas mediante la auto sugestión (Pikoff, 1984).
- c) Imaginación Visual Guiada, que pretende mediante la visualización de imágenes tomar el control del Sistema Nervioso Simpático y ayuda al sistema inmunitario (Hammer, 1984)
- d) La relajación muscular progresiva, es una relajación que tiende a reducir el tono muscular y en consecuencia disminuir la excitabilidad cerebral (Masson, 1992).

El método de re juego para relajación

El método de re juego ha sido diseñado por Micheline Nadeau (1998) y consiste en utilizar el juego para relajarse. Mediante el juego se logrará que los niños conozcan –y sobre todo sientan- los efectos beneficiosos de la relajación, aumentando la tranquilidad, disminuye el estrés y la ansiedad. La presentación de los juegos se divide en tres apartados: Planificación, Descripción del juego y Aplicación del juego. (Apéndice 1). Es importante señalar que el método de re juego utiliza la respiración diafragmática, la imaginación guiada y la relajación muscular.

Se sabe que a los niños les gusta jugar y moverse, asimismo, también necesitan, llegado el momento, calmarse, descansar y relajarse. De echo para conseguir que los niños se relajen basta con “jugar con ellos”. La relajación aumenta la tranquilidad, y mejora entre otras cosas, el estado de salud, la alegría de vivir y disminuye el estrés y la ansiedad.

El objetivo de la intervención es disminuir los síntomas de dolor y ansiedad autoreportados por los pacientes pediátricos del área de hematología, así como la

modificación de los indicadores fisiológicos a través de la intervención psicológica con el método de re juego.

Ψ Es por ello que se plantea lo siguiente: ¿El uso de las técnicas de relajación mediante el método de re juego disminuirá los puntajes en la evaluación de la intensidad del dolor y ansiedad así como indicadores fisiológicos y conductuales de ansiedad y dolor?

Ψ La hipótesis es la siguiente: Con el entrenamiento en las técnicas de relajación mediante el método de re juego, disminuirán los puntajes en los autoreportados de dolor y ansiedad así como la modificación de los indicadores fisiológicos y conductuales.

Método

Sujetos

Ψ 37 pacientes pediátricos hospitalizados con diagnóstico de cáncer hematológico, que lleguen a la sala de hematología pediátrica del Hospital Juárez de México para estudio o tratamiento. Sin embargo para el informe sistemático de esta investigación se reportan 14 casos.

- a) Criterios de Inclusión: niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de cáncer, con edades entre 5 y 15 años, que estén recibiendo quimioterapia o radioterapia para inducción a la remisión. Niños, niñas y adolescentes que manifiesten verbalmente sentir dolor en alguna parte del cuerpo y expresen miedo (ansiedad) ante algún evento estresante relacionado con la enfermedad, el tratamiento o la hospitalización.
- b) Criterios de Exclusión: Niños con alguna alteración neurológica, cognoscitiva o en etapa terminal.

Instrumentos

Ψ Escala Visual Análoga que mide intensidad del dolor por autoinforme, es una regla horizontal de 30 cm., que contiene 11 líneas con valores de 0 al 10 , donde 0 indica nada de dolor y 10 indica el máximo dolor posible, es un instrumento validado por Sánchez y Vera (1997). Se utilizó en ocasiones la Escala Frutal Análoga cuando los niños más pequeños no lograban ubicar su dolor en la Escala Visual Análoga.

Ψ Escala Carita Feliz-Triste para el autoinforme de aspectos emocionales por dolor y ansiedad, es una regla que contiene 11 caritas con distintas expresiones, donde la cara más feliz representa nada de miedo y la cara más triste representa el máximo miedo posible. Esta escala se utilizó para medir ansiedad como lo hizo McGrath y Hiller en 1989. Es un instrumento validado por Sánchez y Vera (1997).

Ψ Material de Apoyo: hojas blancas, cuentos para leer, iluminar y dibujar, folletos ejemplificando el ejercicio, juegos de mesa (lotería, escaleras y serpientes, uno, domino infantil.

Ψ Hoja de registro para obtener los datos generales del paciente y su evaluación verbal (apéndice 5.1).

Definición de variables

Ψ Variables independientes

- a) Técnicas de relajación mediante el método de re juego: 1) Respiración profunda; 2) Relajación muscular, 3) Imaginería. 4) Entrenamiento autógeno.
- Respiración profunda mediante el juego de “el globo” y “la sopa caliente”
 - Relajación Muscular juegos: “el gato y el león” “duro-blando”; “El super hombre y la super mujer”.
 - Imaginería, mediante el juego “las nubes” y “la mariposa”
 - Entrenamiento autógeno mediante el juego “el polo” y “la primavera”

Ψ Variables dependientes

a) Autoinforme de dolor; b) Autoinforme de miedo.

- Autoinforme de dolor medido a través de la Escala Visual Análoga (EVA) o la escala frutal
- Autoinforme de ansiedad, medido a través de la Escala carita feliz-triste.

Procedimiento

El procedimiento inicio con la explicación al padre o madre de los niños, del objetivo de la intervención, de igual forma se informó a los niños para en que consistía el manejo psicológico. Posteriormente se realizó una entrevista para recolectar datos de los niños. Es importante señalar que se les explicó en que consistía la escala de caritas feliz-triste y la escala visual análoga; se les repartieron dos tableros en forma de diario de dolor y ansiedad, recortes de caritas y colores para marcar la intensidad del dolor. Se obtuvieron datos para la línea base de dolor y ansiedad, así como un autorregistro de los mismos durante la fase de tratamiento. Se solicitó a la enfermera que les tomara la temperatura con un termómetro digital, la frecuencia cardíaca y la respiratoria, así como su tensión arterial. Posteriormente se inició con el programa de intervención basado en el método de re juego, el cual estuvo diseñado para 10 sesiones de 20 minutos cada una. Al finalizar se evaluó nuevamente el dolor y ansiedad. Es importante señalar que como reforzamiento por la participación de los niños, al finalizar el entrenamiento y la evaluación se

realizaban juegos de mesa o elaboración de dibujos o manualidades a elección de los niños.

Existió una fase de entrenamiento para el autorregistro que formó parte de la preparación para el tratamiento, la cual consistió en enseñar a registrar a los niños y que cuando reportaran su dolor y la ansiedad, se les entregó un tablero y recortes de caritas, así como colores para que marcaran la intensidad del padecimiento.

Diseño

Ψ Se ha utilizado un diseño individual de los denominados “de sujeto único” con muestra retardada. Estos diseños pretenden examinar los efectos de distintas variables sobre el cambio comportamental de un sujeto. En general, los diseños de sujeto único adoptan las siguientes características:

- a) Efectúan medidas repetidas y frecuentes del sujeto en la variable correspondiente seleccionada. El registro temporal implica el examen regular y consistente del comportamiento.
- b) Registran una línea base que permite observar un patrón estable de conducta, es decir, con escasa variabilidad, lo cual hace posible un la realización de cierto pronóstico en ausencia de tratamiento.
- c) Definen con precisión la intervención que va a ser administrada al sujeto.
- d) Examina la variabilidad de la conducta del sujeto a lo largo de la intervención, evaluando con detalle posibles factores asociados a la aparición de la citada variabilidad.
- e) Revisan el diseño a medida que avanza la investigación, modificándolo en caso de que aparezca alguna cuestión importante en el proceso que lo haga conveniente.
- f) El análisis de los datos tiene en cuenta el orden o secuencia temporal de los mismos, de cara a poner de relieve si se han producido cambios significativos de una a otra fase, normalmente tras la introducción del tratamiento (Martínez, 1984).

Resultados

Los datos generales de los 14 pacientes se presentarán en una tabla. Se llevó a cabo una evaluación de forma individual mediante los autorregistros (mi diario del dolor, ansiedad), la ocurrencia de la intensidad del dolor y la ansiedad, así como la presencia de los indicadores fisiológicos y conductuales, con ayuda de las enfermeras.

En la figura 1 se puede observar que los pacientes reportaron (en promedio) una Línea base (LB) para dolor mediante el EVA las siguientes intensidades: Un sujeto puntuó con 8 en la LB; dos sujetos con una LB de 7; cinco con 6; seis con 5 y uno con 4. Al inicio del Tx se puede observar que el EVA fue el siguiente: Un sujeto puntuó con 7; cuatro con 6 puntos; siete con 5; y uno con 4. En la columna cuatro, el EVA final fue el siguiente: Tres sujetos puntuaron con de 4; cuatro con 3, cuatro con 2, uno con 1 y dos con 0.

Sujeto	Dolor			Ansiedad		
	EVA - LB	EVA I Tx	EVA F	CF-T -LB	CF-T I-Tx	CF-T F Tx
1	7	6	4	5	5	3
2	6	5	3	4	3	2
3	6	5	2	5	5	1
4	5	5	1	5	5	2
5	5	6	0	5	5	1
6	5	5	3	7	5	3
7	8	7	4	6	6	3
8	6	5	4	5	5	2
9	6	5	3	5	6	1
10	7	7	3	5	6	1
11	4	6	0	3	5	1
12	5	5	2	3	6	2
13	5	5	2	2	6	2
14	6	6	2	4	4	1

Figura 1. Promedio de la intensidad de dolor y ansiedad de los 15 participantes

En misma figura se observan los puntajes dirigidos a la Ansiedad. En la evaluación con la carita feliz-triste (CF-T), la LB en promedio para cada sujeto fue de la siguiente manera:

Un sujeto con intensidad de 7; dos con 6; siete con 5; uno con 4; dos con 3 y uno con 2. Al inicio del TX: Cinco sujetos puntuaron con intensidad de 6; siete puntuaron con 5; uno con 4 y uno con 3. Al final del tratamiento el promedio de puntuación fue con una intensidad no mayor a tres: tres sujetos puntuaron con 3; Cinco con 2, seis con 1 para ansiedad.

En representación de los sujetos tratados se mostrarán las gráficas de un sujeto para observar los cambios durante el proceso de tratamiento. El registro de intensidad se llevó

a cabo para la línea base por número de hrs. en un total de 10 por cada niño que ingresaba al protocolo, posteriormente los registros se realizaban antes de iniciar el entrenamiento y al final de este.

Caso representativo

EVA LB	EVA I	EVA F	C F-T LB	C F-T Inicial	C F-T Final
8	7	5	7	7	4
8	6	3	6	6	4
8	8	5	5	8	4
8	7	5	6	6	3
5	6	3	5	6	5
6	8	2	7	6	3
7	7	3	6	5	2
8	8	3	6	5	2
8	8	4	6	5	3
8	7	3	6	5	2

Figura 2. Puntajes registrados por día del Sujeto No. 7

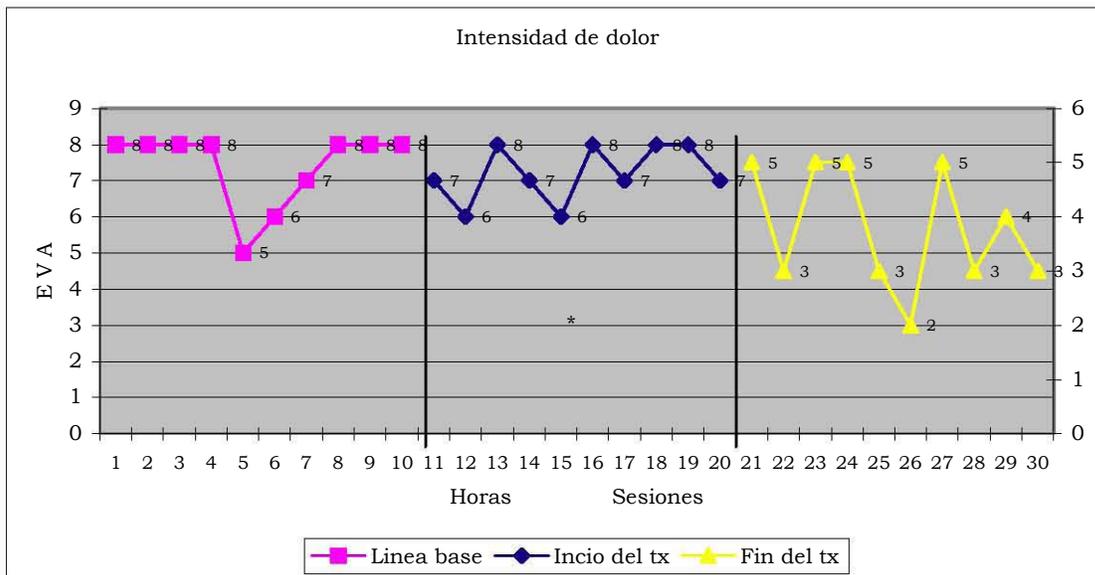


Figura 3.- Puntuación de la escala visual análoga del dolor

En la figura 3, se puede observar el puntaje reportado durante 10 hrs. de los niños con dolor, mediante un registro continuo de 10 hr. de lo cual se logró establecer la LB. La segunda parte muestra en la serie 2 la puntuación al inicio del tratamiento y la serie 1 muestra el puntaje al final del entrenamiento.

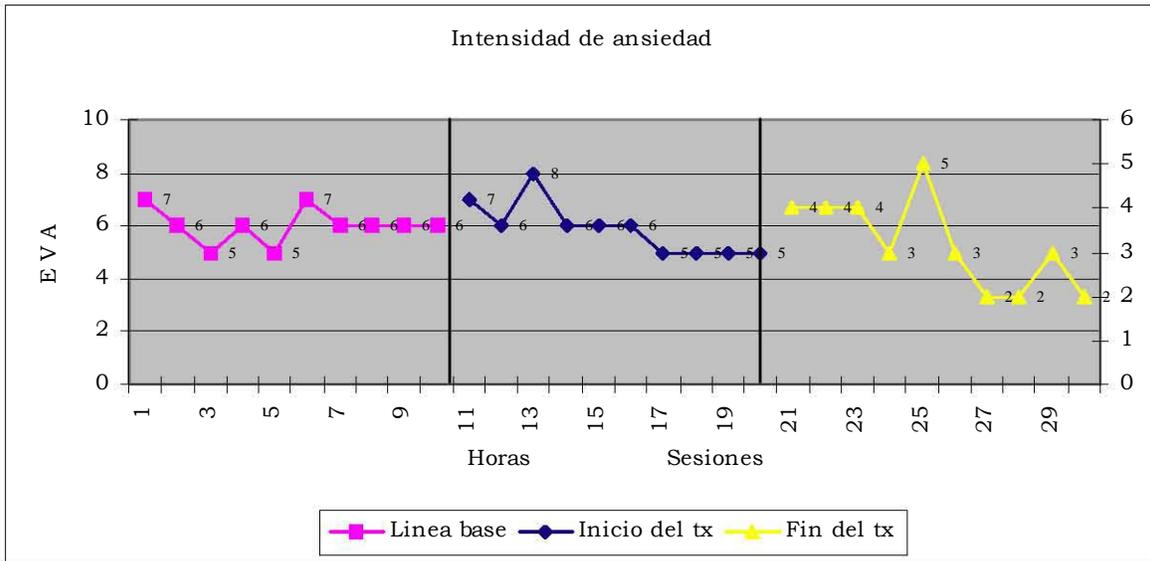


Figura 4.- Puntuación mediante la carita feliz triste de Ansiedad

En la figura 4, se puede observar el puntaje reportado por los niños, durante 10 hrs. de si sentían miedo u ansiedad. La primer parte muestra la Línea base y la segunda parte muestra mediante la serie 2 el puntaje de ansiedad antes del tratamiento o al inicio de este y la serie 1 muestra el puntaje reportado por los niños al final del entrenamiento.

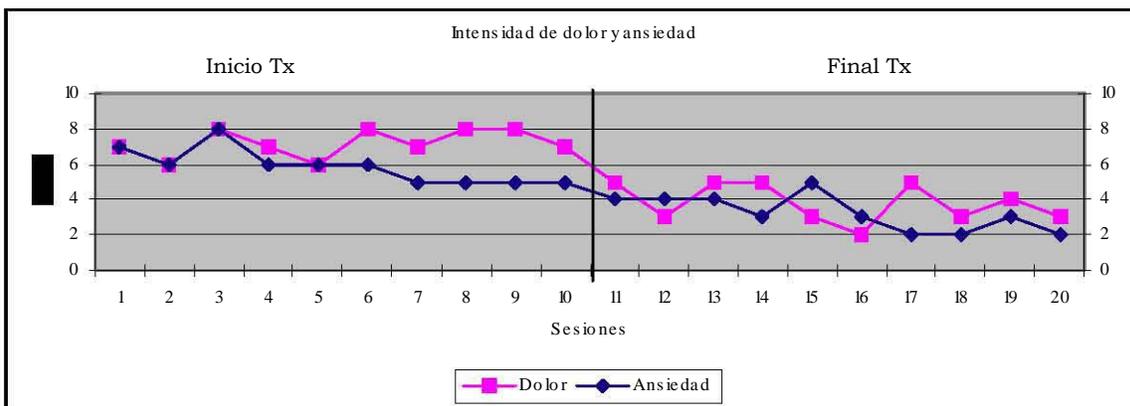


Figura 5.-Puntajes de dolor y ansiedad.

En la figura 5 se puede observar la comparación de los puntajes de dolor y ansiedad al inicio del entrenamiento y al final. La serie 2 muestra el puntaje del dolor y la serie 1 el puntaje de ansiedad.

En la parte izquierda los puntajes representan la intensidad antes de iniciar el entrenamiento, en donde se puede observar que el dolor iniciaba con puntajes elevados entre 8,7 y 5 para dolor (serie2) y la ansiedad entre 7, 6 y 5. El lado derecho de la gráfica muestra los puntajes de cada sesión al final del entrenamiento en donde el dolor disminuye n puntajes de 5, 4 y 3 (serie 2) y la ansiedad en puntajes 4, 3, y 2 (serie 1)

En ella se logra observar la disminución de los puntajes de dolor y ansiedad, al final del entrenamiento en donde la serie 1 muestra el puntaje del dolor y la serie 2 el puntaje de ansiedad.

Conclusión

Conforme a lo planteado como objetivo del estudio cabe señalar que se cumplió así como la comprobación de las hipótesis manejada, es decir, con la intervención psicológica se logra disminuir los la intensidad de reportada por los participantes acerca del dolor y de la ansiedad.

Es importante señalar que para fines prácticos, la primer tabla de resultados, muestra de manera general los promedios de cada uno de los sujetos, el cual se llevó a cabo sumando los puntajes del registro diario de la intensidad del dolor y la ansiedad. Por otra parte, se muestra un caso representativo de cómo se logró llegar a la comprobación de la hipótesis, considerando que se realizó un análisis de cada sujeto que permitiera hacer comparación con su propio puntaje.

Es importante señalar que si bien dentro de lo esperado por muchos especialistas, es lograr la curación o el control total de cada uno de los síntomas que presentan los pacientes, sin embargo en muchos de los casos no se logra ese objetivo debido a la etiología de los padecimientos y la cronicidad de éstos, de tal manera que es relevante contemplar que como objetivo central en el manejo psicológico de los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, la expectativa es lograr disminuir la sintomatología que los aqueja.

También se deben considerar las cuestiones metodológicas de este estudio puesto que se sugiere que se realice en muestras más homogéneas por ejemplo de edad y etapa de enfermedad, lo cual influye directamente en el aprendizaje y participación de los pacientes.

Existieron momentos en los que los niños lejos de disminuir su dolor y su ansiedad, éstos aumentaban, una explicación a ésta situación puede estar reflejada por cuestiones situacionales en las que su comportamiento era una cuestión adaptativa a la situación, ejemplo de ello eran los momentos en los que los niños estaba programados para un proceso invasivo lo cual provocaba que la ansiedad aumentaba debido al miedo expresado por los niños y los padres sobre los procedimientos. Otra situación que influyo en el aumento de los puntajes fue en ocasiones que la enfermedad estuviera activa o se encontraran en un proceso infeccioso o recaída de la enfermedad.

En cuanto a la edad fue una variante que se relaciono con los autorreportes complicados debido a que los niños muy pequeñitos no lograban identificar la intensidad del dolor y la ansiedad.

Otro aspecto importante fue el hecho de que debido al dolor intenso, se les aplicaba algún analgésico lo cual les provocaba somnolencia y ello interrumpía el entrenamiento. Por otra parte, debido a la etiología de la enfermedad, en ocasiones los niños se encontraban irritables y no deseaban “jugar”.

Se sugiere que se realicen grupos pequeños de niños organizados por edad y considerando etapa de tratamiento, que permita llevar a cabo el entrenamiento de en forma conjunta y no de muestras retardadas como en esta ocasión.

Referencias Bibliográficas

- Buela – Casal, G., Caballo, V. y Sierra, J. (dirs) (1996). *Manual de psicología clínica y de la salud*. México – España: Siglo XXI.
- Foley, K. y Payne, R. (1989). *Terapéutica del dolor*. Interamericana: Mc.Graw Hill.
- Hammer, S. (1984). El poder curativo de la mente. *Science Digest*, 12-20.
- MacGrath, P. y Hillier, M. (1989). The enigma of pain in children: An overview. *Pediatrician*. 16(1), 6-15.
- Martínez, R. (1984). Diseños experimentales y cuasiexperimentales con sujeto único, En J. Mayor y F. Labrador, *Manual de modificación de la conducta*. Madrid: Alhambra.
- Masson, S. (1992). *Las Relaxaciones*. Barcelona: Gedisa.
- Mayor J. y Labrador F (1984) *Manual de modificación de la conducta*. Madrid: Alhambra.
- Merskey, H. (1986). *Pain in children and adolescents*. Ámsterdam: Elsevier.
- Nadeau, M. (1998). *24 juegos de Relajación para niños de 5 a 12 años*. Madrid: Sirio.
- Pikoff, H. (1984). A critical review of autogenic training in America. En K. Slaikeu. *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, M. y Vera, L. (1997). *La importancia de los métodos psicológicos en el control del dolor por procedimientos de diagnóstico y tratamiento del cáncer pediátrico*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno.
- Schechter, N., Berde, C. y Yaster, M. (1993). *Pain in infants, children and adolescents*. Maryland: Wilkins Baltimor.

Smith, J. (1992). *Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación*. España: Desclee de Brouwer.

Stubeer, M. (1995). Stress responses to pediatric cancer: A family phenomenon special issue: Child an adolescent illness and treatment. *Family Systems Medicine*. 13 (2), 163-172.

Apéndice 5.1

Hoja de Registro

Fecha _____

Nombre: _____

No. De Expediente: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Diagnóstico: _____

Fecha de Dx: _____ Sabe su Dx?: _____

¿Sientes dolor? _____

¿Por qué te duele? _____

¿Cuánto te duele? _____

Sientes miedo? _____

¿De qué sientes miedo? _____

¿Cómo es tu miedo? _____

Temperatura: _____

Frecuencia Cardiaca: _____

Frecuencia Respiratoria: _____

Tensión Arterial: _____

Día	EVA	C F-T	Día	EVA I	EVA F	C F-T I	C F-T F	Día	EVA	C F-T
1			1					1		
2			2					2		
3			3					3		
4			4					4		
5			5					5		
6			6					6		
7			7					7		
8			8					8		
9			9					9		
10			10					10		

APÉNDICE VI
FRAGMENTO DE UN REPORTE MENSUAL
INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRAN
SERVICIO DE PSICOLOGÍA

Psicóloga: Gabriela Carolina Valencia Chávez

Área: Clinica del

dolor

y cuidados

paliativos

Mes: SEPTIEMBRE

Nombre	Regist	Edad	Sexo	1 ^a . Vez/Sub	C.Exter/ Hospita	Diagnóstico Médico	Diagnóstico. Algológico	EVA	Dx. Psicológico	Instrumentos de Evaluación	Intervención psicológica	Técnica	Posible causa
4 DE SEPTIEMBRE 2003.													
JUAN	111312	68	M	S	CE	D. M. TIPO 2	01	6	Z91.1	14	23	31	42
MARCELINO	206420	70	M	S	CE	PO. COLUMNA	04	5	F32.0	13	23	32	41
JORGE	212785	37	M	S	H	SX CUSSING	04	3	F32.0	14	23	34	41
JUAN	167200	24	M	1 ^a	H	LUPUS EG	01	7	F41.2	11	23	33	41
MARGARITA	211657	30	F	1 ^a	H	LEUCEMIA	04	0	F32.0	11	23	33	41
5 DE SEPTIEMBRE 2003													
SALVADOR	210425	64	M	S	CE	CA BILIAR	03	5	Z91.1	14	23	31	41
MANUELA	210452	48	F	S	CE	CA BILIAR	03	1 0	F32.0	14	23	32	41
CONCEPCIÓN	193083	54	F	S	CE	CA GASTRICO	04	6	F41.2	14	24	33	41
ANGELES	120711	43	F	S	CE	N. POSHERP	01	7	F41.2	14	24	33	41
GUARDIA 6 Y 7 DE SEPTIEMBRE 2003													
8 SEPTIEMBRE 2003.													
ANGEL	134152	68	M	S	CE	CA PROSTA	03	5	Z63.2	14	23	32	43
CONCEPCIÓN	19701 1	58	F	S	CE	CA GASTR	03	6	F32.0	14	23	31	41

Nota: El diagnóstico psicológicos es tomado de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE - 10

APÉNDICE VII

CODIFICACION DE REPORTE DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.		
ψ Fecha	dd/mm/aa.	
ψ Nombre	N/AP/AM	
ψ Registro	Asignado por el hospital	
ψ Edad	Años	
ψ Sexo	F / A	
ψ No. de consulta	1ª. Vez y Subsecuente	
ψ Lugar de intervención	Hospitalización / Consulta Externa	
ψ Diagnóstico médico	Dx. de base	
ψ Diagnóstico algológico	Neuropático	01
	Somático	02
	Visceral	03
	Mixto	04
ψ Intensidad del dolor	Escala Visual Análoga Numérica EVA 0-10	
ψ Diagnóstico psicológico	Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10	
	F32.0.- Episodio depresivo leve	
	F41.2.- Trastorno mixto ansioso - depresivo	
	F43.- Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	
	Z63.2.- Soporte familiar inadecuado	
	Z91.1.-Incumplimiento del tratamiento	
	Sin diagnóstico	
ψ Instrumentos de evaluación	Entrevista	11
	Instr. psicométrico	12
	Lista de síntomas	13
	Otro	14
ψ Intervención psicológica	Entrevista	21
	Eval. psicométrica	22
	Terapia de apoyo	23
	Intervención en crisis	24
ψ Técnica de intervención	Educ para la salud	31
	Reestructuración	32
	Relajación	33
	Solución de problem	34
ψ Posible causa identificada	Problemas de salud	41
	Economía	42
	Problemas familiares	43
	Otros	44

A P È N D I C E V I I I
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS CON DOLOR,
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado al dolor por cáncer como un problema internacional y el control del dolor como un factor crítico en el amplio cuidado de un gran número de pacientes con esta enfermedad. Para la citada organización, “la ausencia del dolor debe ser considerada como un derecho de todo enfermo con cáncer y el acceso al tratamiento contra el dolor, como una manifestación de respeto a ese derecho” (OMS, 1996).

La OMS (1996) ha llamado a educar a los profesionales de la salud en opciones coadyuvantes a la intervención farmacológica en las que no se ignore el papel de las conductas, atribuciones, emociones, afrontamientos personales, creencias y cogniciones del paciente sobre su dolor.

Existe un enfoque de “dolor total” en pacientes oncológicos que incluye componentes físicos, espirituales, psicológico-emocionales y sociales que condiciona las estrategias de evaluación y tratamiento que aborden todos sus componentes. Lema (1996) dice “El dolor total en el paciente canceroso incluye nocicepción, rabia, ansiedad y sentimientos de abandono”.

La Asociación Internacional para el estudio del Dolor (IASP) subraya en la conceptualización del dolor, su naturaleza experiencial y emocional compleja, de tal manera que, si el dolor es un fenómeno psicológico, deberá ser tratado consecuentemente con procedimientos psicológicos.

El objetivo del abordaje psicológico está constituido por aquellos factores psicosociales que intervienen en la cronificación y manifestación del dolor: factores contextuales (ambiente familia, relaciones maritales), cognitivos (creencias, atribuciones, expectativas), emocionales (depresión ansiedad, ira), y personales (estilos de afrontamiento, actitudes, recursos de resistencia, etc.) (Miró, Buela-Casal, 1996).

En un análisis infométrico realizado en Medline de 64 trabajos entre 1989 y 1992 en revistas especializadas, se encontraron las siguientes tendencias en la evaluación del dolor crónico en la clínica (Grau, Jiménez, Chacon y Martin 1996), tales tendencias no son ajenas al enfoque psicológico del dolor en enfermos de cáncer:

- 1) Los procedimientos para evaluar la subjetividad del dolor se basan en técnicas de autoinformes;
- 2) Los estados emocionales se consideran indicadores de ajuste;
- 3) El papel de la familia en el desarrollo y mantenimiento del dolor;
- 4) Los mecanismos psicológicos de defensa son de gran importancia en el ajuste de la enfermedad, y el pronóstico de los pacientes;
- 5) Evaluación de las consecuencias de la enfermedad: incapacidad física, afectación de la imagen corporal, creencias de deterioro y de muerte;
- 6) Evaluación de las reacciones emocionales del médico ante el fracaso en el manejo del dolor, creencias erróneas acerca de simulación del dolor, aspectos derivados de la comunicación médico-paciente;
- 7) Evaluación por medio de instrumentos psicométricos.

La evaluación psicológica de los pacientes con dolor oncológico permite elaborar intervenciones específicas que permitan el ajuste a las exacerbaciones agudas del dolor y otros síntomas asociados, así como de propiciar un ajuste funcional del paciente a un nuevo estilo de vida.

El manejo de las emociones asociadas al dolor, en particular, de la ansiedad, la depresión y la ira son muy importantes en el paciente oncológico. La ansiedad asociada al miedo a la muerte y al dolor incontrolable, a la mutilación y pérdida de posición social, más aún a la incertidumbre general del futuro, coexiste y se relaciona recíprocamente con los estímulos nociceptivos; el miedo empeora el dolor y puede hacer que el enfermo crea que cualquier dolor corriente que experimente es directa e inequívocamente una evidencia de diseminación de la enfermedad.

En la depresión asociada al dolor, el paciente se va desligando cada vez más de su propia vida, aumenta su dependencia de otros, y se va generando un sentimiento de desamparo que puede evolucionar al desaliento y a la desolación. Cualquiera de las pérdidas reales del paciente es vívida muy intensamente. Tal reacción empeora el dolor. Se tienen muchos hallazgos acerca de la relación dolor-depresión, sobre bases psiconeuroinmunológicas y farmacológicas, que aparentemente involucran la serotonina.

Por otra parte, la indignación o la ira puede ser una reacción emocional que exacerbe la depresión o la ansiedad, incrementando el dolor. Junto con estas reacciones emocionales, una serie de pensamientos pueden por sí mismos exacerbar el distrés-dolor y viceversa.

De tal manera que el diseño de intervenciones psicológicas del dolor en pacientes con cáncer debe estar dirigido al sentido del control y la autoeficacia. Los enfoques más empleados para el manejo psicológico de cualquier dolor son: las terapias de modificación de conducta, las técnicas cognitivo-conductuales, la hipnosis y la relajación, y, en menor medida, las terapias de orientación psicodinámica (Penzo, 1990).

Las técnicas cognitivo-conductuales son aún más usadas en el control del dolor por cáncer y las reacciones emocionales a la enfermedad. Los afrontamientos cognitivos por distracción imaginativa, intelectual, por tareas conductuales son valiosos para aumentar la relajación y reducir la intensidad y las cualidades de sufrimiento vinculadas al dolor.

Las técnicas de modificación cognitiva permiten cambiar percepciones, creencias y estereotipos mentales disfuncionales en un régimen por etapas para lograr la disminución de angustias asociadas y la mejoría de las relaciones intrafamiliares, además del incremento de habilidades exitosas de afrontamiento (Fishman y Loscalzo, 1987).

El objetivo de la intervención psicológica no es facilitar la aceptación resignada del dolor y la enfermedad, sino proveer a los enfermos de estrategias y modos con los que puedan hacer frente al sufrimiento en el mayor marco posible de optimismo y confianza de autonomía y dignidad.

Es por ello que la elaboración de programas de intervención psicológica para pacientes con dolor oncológico se hace necesario en la medida en que potencializan el tratamiento farmacológico.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo tiene la finalidad de entrenar a los pacientes con dolor oncológico en técnicas y estrategias de afrontamiento al dolor. Específicamente se pretende disminuir la intensidad del dolor, la presentación de síntomas como la depresión y ansiedad, así como la prevención de su exacerbación.

Por ello se plantea lo siguiente: ¿Las técnicas psicológicas disminuirán los puntajes de intensidad del dolor, así como la presentación de los síntomas de ansiedad y depresión?

MÉTODO

Sujetos

- Ψ Pacientes con dolor oncológico, ansiedad y/o depresión, se trabajó con 62 pacientes de la clínica del dolor del Instituto Nacional de Nutrición para tratamiento de dolor y/o paliativo. Sin embargo para el informe sistemático de esta investigación se reportan 10 casos (4 hombres y 6 mujeres) de entre 48 y 53 años de edad con dolor por cáncer en vías biliares (4), cáncer gástrico (4), cáncer de próstata (1) y cáncer de mama (1)
- c) Criterios de Inclusión: pacientes hombres y mujeres con diagnóstico de dolor por cáncer, que son enviados a la clínica del dolor para tratamiento del dolor y/o cuidados paliativos. Pacientes que manifestaran verbalmente sentir dolor, ansiedad o tristeza ante algún evento estresante relacionado con la enfermedad, el tratamiento o la hospitalización.
- d) Criterios de Exclusión: Pacientes con alguna alteración neurológica, ideas suicidas y / o en etapa terminal. Pacientes atendidos por psiquiatría.

Instrumentos de evaluación

- Ψ Registro diario de valoración de síntomas (apéndice 8.1).
- Ψ Escala Visual Análoga que mide intensidad del dolor ansiedad y depresión, es una regla horizontal de 30 cm., que contiene 11 líneas con valores de 0 al 10 , donde 0 indica nada de dolor y 10 indica el máximo dolor posible, es un instrumento validado por Sánchez y Vera (1997). Se utilizó en ocasiones la Escala Frutal Análoga cuando los pacientes no lograban ubicar su dolor en la Escala Visual Análoga.
- Ψ Lista de síntomas de ansiedad (apéndice 8.2): a nivel cognitivo-subjetivo; a nivel fisiológico y a nivel motor u observable elaborada en base a lo reportado por Cano (1999).

- a) A nivel cognitivo-subjetivo: Preocupación, temor o miedo, inseguridad (dificultad para decidir), pensamientos negativos sobre uno mismo y sobre las actuaciones ante los otros.
- b) A nivel fisiológico: sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, hipertermia.
- c) A nivel motor u observable: intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse) llorar, quedarse paralizado, tartamudear.

Lista de síntomas depresivos (apéndice 8.3) (basada en el Inventario de Depresión de Beck): Sentimientos de tristeza, pesimismo, fracaso, culpa, deseos autopunitivos, brotes de llanto, irritabilidad, trastornos del sueño.

Variables

ψ Variable Independiente

a) Técnicas Psicológicas de intervención cognitivo - conductuales

Ejercicios de Respiración

Relajación Muscular Progresiva

Imaginería

Reestructuración Cognitiva

ψ Variable Dependiente

a) Dolor,

b) Síntomas de Ansiedad

e) Síntomas de Depresión

Hipótesis

Trabajo

1.- Con el entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales disminuirán los puntajes de intensidad del dolor y los síntomas de ansiedad.

Alternativa

2.- Con el entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales no aumentarán los puntajes de intensidad del dolor, ni los síntomas de ansiedad y depresión.

Nula

3.- Las técnicas cognitivo conductuales no disminuyen los puntajes de la intensidad del dolor y la presentación de los síntomas de ansiedad y depresión.

Diseño y Tipo de Estudio

Ψ Se trabajó con un diseño de los denominados “de sujeto único”. Donde cada sujeto es su propio control. Estos diseños pretenden examinar los efectos de distintas variables sobre el cambio comportamental de un sujeto. En general, los diseños de sujeto único adoptan las siguientes características:

- g) Efectúan medidas repetidas y frecuentes del sujeto en la variable correspondiente seleccionada. El registro temporal implica el examen regular y consistente del comportamiento.
- h) Registran una línea base que permite observar un patrón estable de conducta, es decir, con escasa variabilidad, lo cual hace posible un la realización de cierto pronóstico en ausencia de tratamiento.
- i) Definen con precisión la intervención que va a ser administrada al sujeto.
- j) Examina la variabilidad de la conducta del sujeto a lo largo de la intervención, evaluando con detalle posibles factores asociados a la aparición de la citada variabilidad.
- k) Revisan el diseño a medida que avanza la investigación, modificándolo en caso de que aparezca alguna cuestión importante en el proceso que lo haga conveniente.
- l) El análisis de los datos tiene en cuenta el orden o secuencia temporal de los mismos, de cara a poner de relieve si se han producido cambios significativos de una a otra fase, normalmente tras la introducción del tratamiento (Martínez, 1984).

Procedimiento

El procedimiento inició con la explicación al paciente, del objetivo de la intervención con técnicas cognitivo conductual y la importancia que tienen los aspectos psicológicos y emocionales en relación al dolor. Posteriormente se realizó una entrevista para recolectar datos del paciente como: Nombre, no. de registro, edad, diagnóstico etiológico, fecha de diagnóstico, si sabían su diagnóstico y pronóstico, escolaridad, intensidad del dolor y motivo de éste; evaluación de la presentación de síntomas de ansiedad y depresión y su valor numérico de acuerdo con EVA., así como algún motivo en especial que los desencadenaran. Es importante señalar que se les explicó en que consistía la escala visual análoga. El objetivo fue establecer una línea base del dolor , síntomas de ansiedad

y síntomas de depresión, así como un registro de los mismos durante la fase de tratamiento. Posteriormente se inició con el programa de intervención basado en técnicas cognitivo-conductuales, el cual estuvo diseñado para 8 sesiones de 20 a 45 minutos cada una. En la sesión #5 se mostró a los pacientes el comportamiento de sus síntomas. Al finalizar se llevó a cabo el análisis del comportamiento del dolor y los síntomas de ansiedad y depresión.

Programa de intervención psicológica cognitivo conductual para pacientes con dolor por cáncer:

- Sesión #1 Explicación del objetivo de intervención. Entrevista y evaluación de síntomas para iniciar con línea base (lb)
- Sesión #2 Educación para la salud. Relación del dolor con ansiedad y depresión u otros síntomas que se presentarán (sueño, anorexia, vómito, entre otros). Y la ingesta del fármaco para el dolor.
- Sesión #3 Ejercicios de respiración y relajación muscular o imagería.
- Sesión #4 Ejercicios de respiración y relajación muscular o imagería y reestructuración cognitiva.
- Sesión #5 Ejercicios de respiración, relajación muscular o imagería y reestructuración cognitiva
- Sesión #6 Ejercicios de respiración y reestructuración cognitiva
- Sesión #7 Ejercicios de respiración y reestructuración cognitiva
- Sesión #8 Introducción a la solución de problemas.

RESULTADOS

A continuación se presentarán los cambios ocurridos en 10 pacientes que concluyeron su tratamiento de forma más sistemática y continúa. Se mostrarán los promedios de los diez en línea base y fase de tratamiento en la figura 1.

Paciente	Síntomas	EVA LB	EVA I TX	EVA F TX
1	Dolor	7	6	3
	Ansiedad	6	5	0
	Depresión	5	4	1
2	Dolor	8	8	4
	Ansiedad	6	6	0
	Depresión	6	5	3
3	Dolor	6	6	0
	Ansiedad	5	4	1
	Depresión	5	4	0
4	Dolor	7	7	3
	Ansiedad	5	5	5
	Depresión	5	3	3
5	Dolor	7	6	3
	Ansiedad	6	5	2
	Depresión	4	2	0
6	Dolor	8	7	2
	Ansiedad	7	7	3
	Depresión	6	5	1
7	Dolor	9	7	4
	Ansiedad	6	6	2
	Depresión	6	5	2
8	Dolor	8	6	3
	Ansiedad	6	6	3
	Depresión	6	5	1
9	Dolor	7	6	2
	Ansiedad	6	6	6
	Depresión	5	5	2
10	Dolor	7	7	1
	Ansiedad	5	4	3
	Depresión	5	4	1

Fig.1. Registro del EVA de los síntomas: Dolor, Ansiedad y Depresión

En la figura 1 se puede observar que los pacientes manifestaron una reducción del dolor y los síntomas asociados como la ansiedad y depresión. Los puntajes mostrados son los promedios de los registros diarios que los pacientes hacían en casa con los formatos entregados para ellos y de los cuales se sacó un promedio para poder mostrarlos.

En la figura 2, se puede observar la evaluación de los síntomas del paciente 5 el cual fue seleccionado aleatoriamente para mostrar sus datos. Los datos muestran que conforme pasaron las sesiones hubo una reducción importante de cada síntoma, incluso en el caso de la depresión al parecer dejó de presentarse a partir de la sesión 6; el dolor bajo de una puntuación de 7 y se situó en una puntuación de 3, la ansiedad tuvo una reducción de un EVA de 6 a un EVA de 2. Es importante señalar que ésta fue una evaluación periódica que se realizó sesión por sesión.

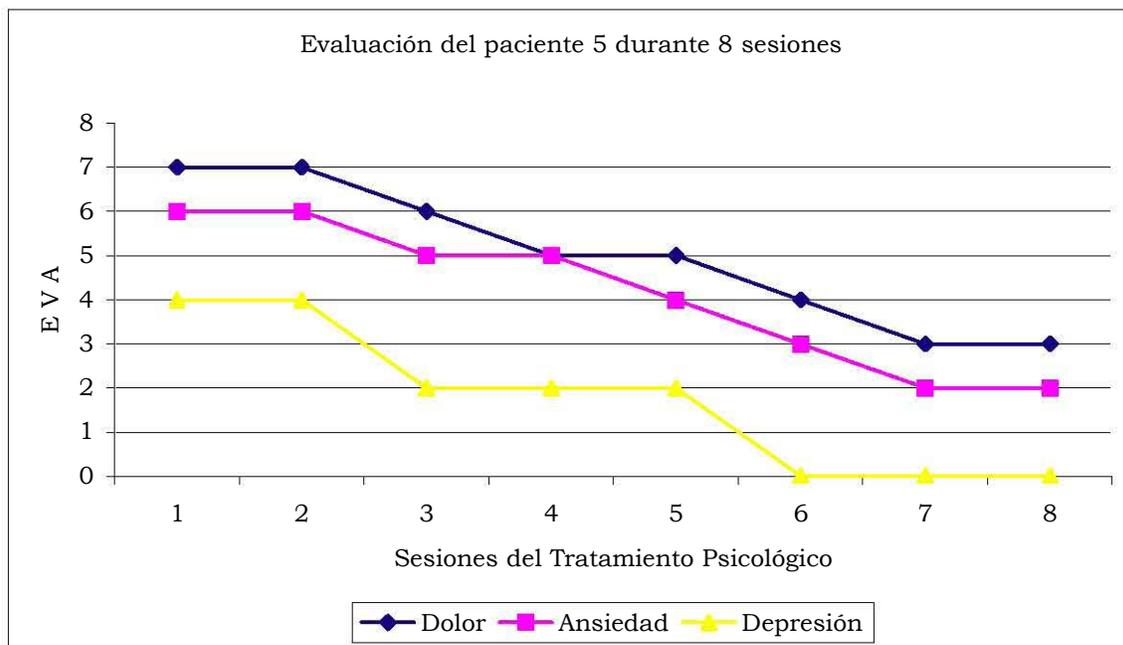


Figura 2.-. Puntajes por sesión de los síntomas presentados por el paciente 5.

En el caso de las figuras 3, 4 y 5 muestran la frecuencia de presentación de los síntomas de ansiedad en sus tres niveles: cognitivo, fisiológico y motor u observable respectivamente. La frecuencia se tomó sesión por sesión para los diez pacientes y en cada una de las figuras se puede corroborar que los síntomas mayormente presentados para ansiedad son: pensamientos negativos sobre uno mismo y los otros (a nivel cognitivo); taquicardia a nivel fisiológico y llanto espontáneo a nivel motor.

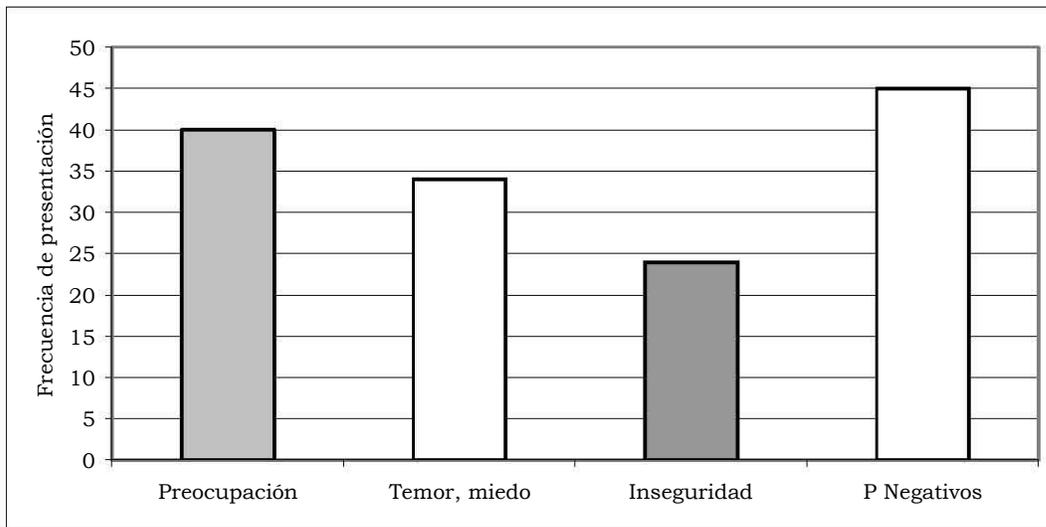


Figura 3.- Frecuencia de síntomas de ansiedad a nivel cognitivo

Los síntomas a nivel cognitivo que se presentan en la figura tres muestran que el síntoma de mayor presentación son los pensamientos negativos que el paciente manifiesta sobre sí mismo y sobre los otros, el de menor presentación fue la inseguridad basada en la dificultad de las personas para tomar decisiones.

En la figura 4, los datos que se arrojaron con el apoyo de la enfermera y en otros casos del médico tratante, el que mayor frecuencia de presentación tuvo. fue la taquicardia.

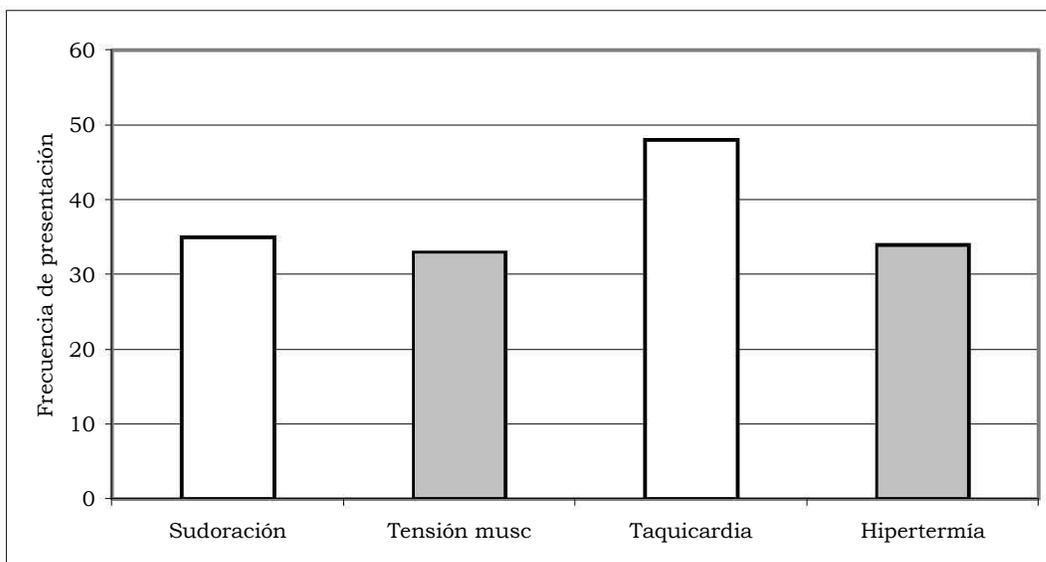


Figura 4.- Frecuencia de ansiedad a nivel fisiológico.

En la figura 5, los datos que se presentan evidencian que el síntoma de mayor presentación fue llorar, seguido de la intranquilidad, tartamudeo y por último quedarse paralizado.

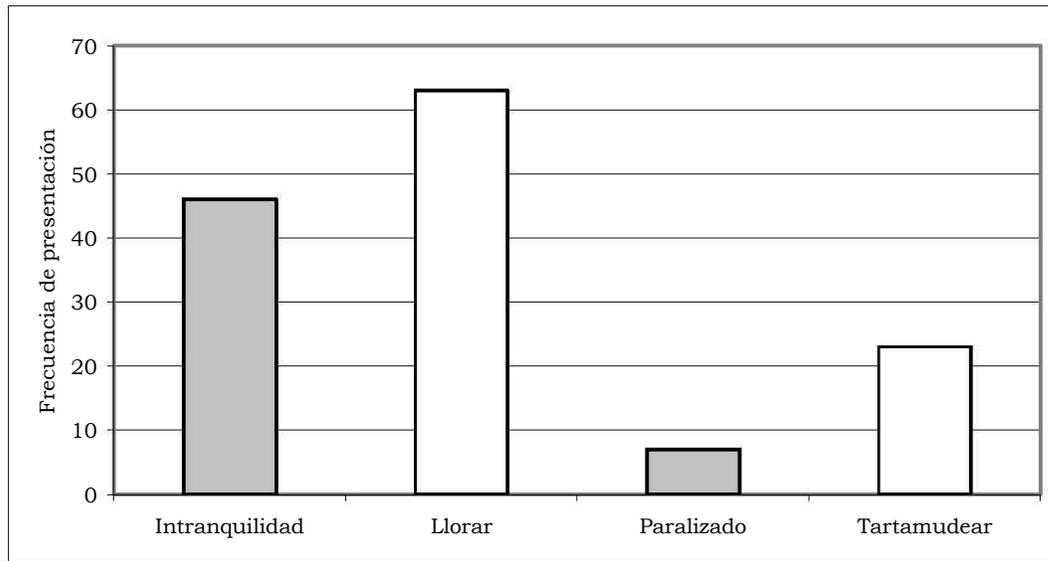


Figura 5.- Frecuencia de síntomas de ansiedad a nivel motor u observable.

Es importante señalar que en cuanto a los síntomas cognitivos de ansiedad se determinaban en base a lo que el paciente reportaba en las sesiones terapéuticas como sus principales preocupaciones y la identificación de ideas catastróficas, absolutismos, generalización de eventos entre otros.

En tanto que los síntomas fisiológicos de no ser expresados por el propio paciente y corroborados por la enfermera o el médico algólogo, se determinaban por el reporte del médico ante la exploración del paciente puesto que en la mayoría de las ocasiones los pacientes venían a la consulta de psicología en la clínica del dolor después de pasar con algún especialista (algólogo, oncólogo, hematólogo u otro).

Por su parte, los síntomas de ansiedad a nivel motor fueron evaluados básicamente por las apreciaciones de psicología durante las sesiones terapéuticas. En este sentido es importante destacar que dichos síntomas iban disminuyendo durante la sesión, es decir podían estar presentes en la primer mitad de la sesión, y cuando ésta terminaba algunos ya no estaban presentes.

En la figura 6 se puede observar la frecuencia de presentación de los síntomas de depresión los cuales también fueron evaluados desde las observaciones y apreciaciones de psicología.

Trastornos del sueño:	14%
Sentimientos de tristeza:	20%
Pesimismo:	13%
Fracaso:	10%
Culpa:	14%
Deseos autopunitivos:	1%
Brotos de llanto:	20%
Irritabilidad:	8%

Figura 6.- Frecuencia de presentación de síntomas de depresión.

En la figura se puede apreciar que el síntoma de mayor presentación fue sentimientos de tristeza con el 20% de los casos, seguido de brotes de llanto con el 19% de los casos, culpa y trastornos del sueño con el 14% de los casos. En cuanto a deseos autopunitivos es importante mencionar que aunque este fue un criterio de exclusión para el protocolo, fueron situaciones que se presentaron en pacientes y quienes mencionaron en la tercer y cuarta sesión ideas como “Sería mejor que estuviera muerto” por ejemplo, sin embargo la ideas fueron modificándose básicamente con la reestructuración que se trabajaba sobre dicha idea.

A continuación se mencionaran algunas de las conclusiones que se pudieron obtener del estudio.

CONCLUSIONES.

De acuerdo con lo observado en los resultados obtenidos se puede concluir que efectivamente: Con el entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales disminuyeron los puntajes de intensidad del dolor y los síntomas de ansiedad, es decir se acepta la hipótesis de trabajo.

Se logró que los puntajes altos de la EVA como lo son 6, 7, 8 y 9, disminuyeran a los puntajes bajos de la misma como 4, 3 2 y 1 y en 3 de los pacientes se logró que desaparecieran los síntomas como en el caso de los pacientes #1 y #2 la ansiedad con puntaje inicial del 6 bajó gradualmente al 0, se logró que el en paciente #3 el dolor y la depresión desaparecieran y que la ansiedad bajara hasta 1.

Con ello se concluye que las técnicas psicológicas utilizadas para el manejo de los pacientes con dolor por cáncer son una herramienta más que útil, efectiva para la disminución o desaparición del dolor y los síntomas psicológicos asociados a él.

Por lo anterior se propone que el programa de intervención psicológica sea un tratamiento establecido para el seguimiento de los pacientes y que éste se modifique de acuerdo a lo que los pacientes y las modalidades de tratamiento medico lo requiera.

REFERENCIAS

- Cano, A. y Tobal, M. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA. *Psicología Contemporánea*. 6, 14 -21.
- Fishman, B. y Loscalzo, M. (1987). Intervenciones cognoscitivas y conductuales en el tratamiento del dolor por cáncer: Principios y Aplicaciones. *Clínicas Médicas de Norteamérica*. Científico-Técnica, 269-284.
- Grau, J., Jiménez, P.; Chacon, M.y Martín, M. (1996). ¿Qué puede hacer la psicología en el tratamiento de dolor producido por cáncer?. *Psicología y Salud*. 8, 63-76.
- Lema, M. (1996). Pautas de tratamiento para dolor agudo, crónico y oncológico. *Dolor*. 3, 10-16.
- Miró, E. y Buela-Casal, G. (1996). Evaluación del Dolor Crónico. En: G. Buela-Casal, V. Caballo y J. Sierra (eds). *Manual de Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Alivio del dolor en el enfermo de Cáncer*. Ginebra: OMS.
- Penzo, W. (1990). *El dolor crónico. Aspectos Psicológicos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Sánchez, M. y Vera, L. (1997). *La importancia de los métodos psicológicos en el control del dolor por procedimientos de diagnóstico y tratamiento del cáncer pediátrico*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.

Apéndices

Apéndice 8.1

Registro diario de valoración de síntomas de acuerdo a la EVA.

- ¿Cuánto siento de dolor?
 ¿Cuánto siento de ansiedad?
 ¿Cuánto siento de tristeza o depresión?

Fecha								
DOLOR								
ANSIEDAD								
DEPRESIÓN								

Semana _____

Apéndice 8.2

Registro periódico de síntomas de ansiedad

Fecha	S #1	S #2	S #3	S #4	S #5	S #6	S #7	S #8	
Cognitivo									
Preocupación									
Temor/miedo									
Inseguridad									
PN s/uno mismo									
Fisiológico									
Sudoración									
Tensión muscular									
Taquicardia									
Hipertermia									
Motor u observable									
Intranquilidad									
Llorar									
Quedarse paralizado									
Tartamudear									

Apéndice 8.3

Registro periódico de síntomas de depresión

Fecha	S #1	S #2	S #3	S #4	S #5	S #6	S #7	S #8	
S. de tristeza									
Pesimismo									
Fracaso									
Culpa									
Deseos autopunitivos									
Brotos de llanto									
Irritabilidad									
Trastornos del sueño									

Apéndice 8.4

Registro diario de ingesta de fármaco para dolor.

Indicar las h^{oo}oras en las que toma el medicamento el paciente, así como los rescates utilizados.

Fecha														
Hora														
0														
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														
23														
24														