



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

PROGRAMA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA ADHERENCIA
TERAPÉUTICA PARA PACIENTES DE PRIMERA VEZ CON
DIAGNÓSTICO POSITIVO A CÁNCER

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A

MARCELA SÁNCHEZ ESTRADA

DIRECTOR DEL INFORME: DRA. DOLORES MERCADO CORONA
DRA. SANDRA A. ANGUIANO SERRANO
DR. ALVARO TORRES CHAVEZ
DRA. ISABEL REYES LAGUNES
MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA
DRA. GABINA VILLAGRÁN VAZQUEZ
MTRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

MEXICO, D.F.

SEPTIEMBRE 2007



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.

INDICE

Resumen.....	2
I. Introducción a la medicina conductual y residencia	
La psicología en el campo de la salud	3
El cáncer y su abordaje	5
Características del Hospital Juárez de México	7
II. Protocolos de intervención	
Programa para el fortalecimiento de la adherencia terapéutica para pacientes de primera vez con diagnóstico positivo a cáncer	9
Intervención en crisis grupal ante el fallecimiento de un paciente en la misma sala	22
III. Primer año de residencia (Servicios de oncología y hematología)	
Datos epidemiológicos del cáncer	29
Servicio de Oncología	30
Caso clínico primer año	31
Actividades profesionales	35
Servicio de Hematología	37
Actividades profesionales	37
Actividades académicas	39
Competencias alcanzadas	39
Evaluación del primer año de residencia	40
IV. Segundo año de residencia (Servicio de trasplante renal)	
Insuficiencia crónica terminal y trasplante renal	41
Servicio de trasplante renal	43
Protocolo: Evaluación psicológica en infantes y adolescentes candidatos para trasplante renal	44
Caso clínico segundo año	52
Actividades académicas	58
Actividades profesionales	58
Competencias alcanzadas	60
Asistencia a eventos académicos	60
Evaluación del segundo año de residencia	60
V. Sugerencias y conclusiones	62
Referencias bibliográficas	63
Anexos	

Resumen

En el presente trabajo se presentan las actividades realizadas durante los dos años de residencia en medicina conductual, en el programa de maestría en psicología. En los cuales se trabajó con pacientes crónicos terminales, en los servicios de oncología, hematología y trasplante renal del Hospital Juárez de México.

Se divide en dos apartados, en el primero se presentan los protocolos de intervención realizados en los servicios de oncología y hematología titulados: "Programa para el fortalecimiento de la adherencia terapéutica para pacientes de primera vez con diagnóstico positivo a cáncer" e "Intervención en crisis grupal ante el fallecimiento de un paciente en la misma sala", se describen sus resultados y aportaciones. En el segundo se incluyen las actividades realizadas en los servicios en los cuales se rotó, así como una propuesta de evaluación psicológica para niños y adolescentes candidatos a trasplante renal.

Las actividades realizadas en los servicio de oncología y hematología incluyeron intervención para la adaptación a la enfermedad, atención específica a pacientes con larga estancia hospitalaria, entrenamiento en relajación ante intervenciones médico invasivas, se intervino también con pacientes con recaída y cuidados paliativos. En oncología se rotó por las clínicas de mama, cabeza y cuello y gineco-uterino. En ambos servicios se realizaron intervenciones en crisis, ante el diagnóstico, recaída, dictamen de cuidados paliativos y fallecimiento.

En el servicio de trasplante renal se desarrolló una propuesta de evaluación psicológica para niños y adolescentes candidatos a trasplante, además se trabajó en la preparación psicológica al trasplante con los pacientes que ingresaron a protocolo y a lista de espera de donación cadavérica.

Aunque cada uno de estos servicios presentó características muy diferentes en cuanto a tratamiento, organización y atención a pacientes, una constante observada en todos ellos fue la dificultad de los pacientes para adaptarse a la enfermedad, ya que tienen que resolver la reacción emocional normal al conocimiento del diagnóstico, al tratamiento y pronóstico, los costos económicos, los cambios laborales y de roles, además del malestar o dolor físico inherente al padecimiento. Lo cual implica una formación multidisciplinaria para la atención a este tipo de población, manejar conceptos e información médica, técnicas psicológicas diversas y un amplio grado de creatividad para realizar intervenciones efectivas en un contexto tan particular.

I. Introducción a la medicina conductual y residencia

La psicología en el campo de la salud

El papel del psicólogo en el área de la salud ha tenido un desarrollo importante, desde Heinroth, que en la primera parte del siglo XIX (Fava y Sonino, 2000) acuñó el término “psicosomático” para hacer referencia a la psicogénesis de la enfermedad, aunque una aportación importante sobre este campo sin lugar a dudas fue realizada por Alexander (1950), quien impulsó de manera destacada el concepto de “Medicina Psicosomática”. Este modelo consideró a la tensión emocional, como una posible causa de enfermedades como la migraña, la úlcera duodenal, el asma, y la enuresis.

Fue en ese momento que por vez primera, se trataron de explicar las patologías desde una perspectiva científica, transitando desde una visión estrictamente biológica, hasta incorporar el comportamiento y el estilo de vida que lleva una persona. El interés constante por estudiar y controlar procesos de enfermedad se ha expandido hacia los factores ambientales y externos al patógeno, hasta enfocar los estudios para identificar evidencia empírica que demuestre si la angustia, la tensión, el estrés, la depresión, el miedo y en general las emociones, se entretajan a través del binomio “respuesta fisiológica-conducta antecedente”, y la manera en que cada uno de estos componentes puede ser afectado por el otro, desde una perspectiva bidireccional.

Engel (1977), desarrolló un modelo multifactorial que permite observar a la enfermedad como resultado de la interacción sistémica de los sistemas celulares, tejidos corporales, orgánicos, interpersonales y ambientales. Se incluyen los factores sociales implicados en el estado socioeconómico como son la pobreza, la privación nutricional, la pérdida de apoyo social y la exposición a ambientes tóxicos. De esta manera se dio impulso a las teorías multicausales sobre el bienestar humano, en concordancia con la definición de la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 1977) la cual propone que la salud es el completo estado de bienestar psicológico, biológico y social y no únicamente la ausencia de enfermedad.

Con esta visión, la psicología, desde el ámbito de estudio de la conducta, ha propuesto contribuciones sustanciales al entendimiento de las conductas saludables así como a la comprensión de los factores que determinan la relación salud-enfermedad. Las principales preocupaciones, se han centrado en proveer de las bases teóricas y conceptuales que dilucidan, la práctica o no de conductas saludables, el rol del estrés como causa de enfermedad y las conductas enfermas, las representaciones que la gente hace sobre su salud y su enfermedad, así como, la forma en la cual las personas afrontan una enfermedad y los determinantes de su ajuste a ella (Fishbein, et al., 2001; Taylor, 1990).

Derivado de lo anterior, paulatinamente ha ido tomando forma una propuesta teórica metodológica denominada psicología y salud. Matarazzo (1980, 1982), la define como la contribución de la psicología educativa, científica y profesional, a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos, al diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, así como a la mejora del sistema de atención a la salud y la formación de políticas de salud.

Con este cuerpo teórico-metodológico se han empezado a enriquecer los conocimientos que se tienen sobre las enfermedades crónicas y degenerativas, las enfermedades infecciosas, inmunológicas y aún aquellas que se encuadran en el ámbito de las

adiciones. Enfocando sus instrumentos teóricos y metodológicos hacia la problemática de la salud pudiéndose observar incremento en el impacto terapéutico sobre los portadores de estas patologías (Eich, Hartmann, Müller y Fischer, 2000; Galán, Sánchez, Valencia y Ayala, 2003).

Con el surgimiento de la medicina conductual en los años 70's (Cuencas, McCey, Selby y McManemin, 1991) y la aplicación de principios de las ciencias conductuales a padecimientos crónicos inició un nuevo abordaje de padecimientos que pertenecían en su totalidad al área médica. La medicina conductual demostró su efectividad en el tratamiento de diversos padecimientos y pronto se destacó como el eslabón de unión entre las ciencias médicas y las ciencias sociales.

Se han elaborado diversos modelos terapéuticos, con los principios científicos desarrollados por teorías cognitivas, sociales y del aprendizaje aplicados en el campo de la medicina conductual, las intervenciones psicológicas en el ámbito de la salud han permitido generar un nuevo paradigma del concepto del proceso salud-enfermedad (Galán, et al., 2003), proponiendo hipótesis interesantes como la de considerar al aprendizaje social e individual como unidad fundamental de este proceso (Eagleston, Chesney y Rosenman 1988; Truchon 2001).

Con un amplio bagaje de técnicas y estrategias se han abordado diversas patologías, destacando el aspecto psicológico, a tal grado que se han propuesto estilos o rasgos de personalidad como predisponentes para el desarrollo de enfermedades (Omar, 1995; Torres, 1999) por medio de patrones particulares de conducta con los tipos de personalidad A, B y C y su relación con enfermedades cardiovasculares, cáncer ó como factor protector.

Junto con el interés en la personalidad se puso atención simultáneamente en los estilos de vida, en los factores psicológicos como el estrés, las emociones negativas y los aspectos sociales, que en su interacción resultan en factores de riesgo para diversas enfermedades, desde una gripa hasta cáncer o enfermedades del corazón. Fue la medicina conductual que diferenciándose de la psiquiatría y psicología tradicionales reunió el manejo de elementos de la salud mental y física (Smith, Keefe y Kendall, 2002).

Con esta unión la medicina conductual ha empleado los avances de las ciencias del comportamiento y de las ciencias médicas para mejorar la atención y calidad de vida de los pacientes. Inicialmente se observó su eficacia en las intervenciones enfocadas al manejo del dolor, diabetes, cáncer, obesidad, hipertensión y enfermedades cardiacas. Actualmente se enfrentan otros problemas en salud como enfermedades inmunológicas, VIH, consecuencias de atentados terroristas y salud reproductiva, que requieren de la modificación de nuevas herramientas como las intervenciones telefónicas o virtuales, con el objetivo de hacer frente a los nuevos retos en pro de mejorar la calidad de vida (Keefe, Studts, Buffington y Rumble, 2002; Smith, et al., 2002; Powers, Jones y Jones, 2005).

Los psicólogos que se inclinan por el campo de la salud, están interesados, entre otros varios, en determinar por medio de diferentes tipos de intervención psicosocial si la modificación de diversas características afectivas, cognitivas y conductuales de las personas, son capaces de cambiar el funcionamiento de los sistemas fisiológicos del ser humano, con el objetivo de mantener o mejorar el estado de bienestar de los pacientes.

Una de las enfermedades que más interés ha generado para su abordaje e investigación desde la perspectiva de la psicología ha sido el cáncer, debido a los costos que genera su atención, pero también al efecto que tiene en la vida de las personas y las comunidades.

El cáncer y su abordaje

El cáncer es el resultado de la falta de control de la reproducción celular de un tejido en el que previa intervención de factores etiológicos sobre las células se reproducen sin regulación ni finalidad, de forma autónoma e irrefrenable aunque cese el estímulo causal, acompañándose de pérdida de apoptosis, que es la capacidad de autodestrucción que tiene una célula al identificar daño en su material genético (Spencer, Carver y Price, 1998).

Oblitas (2004) propone tres fases por las cuales evoluciona una neoplasia o tumor:

- 1.- Iniciación, que implica la alteración genética irreversible de células capaces de generar células hijas con esta característica, en este paso se sugiere la acción de sustancias químicas o físicas que desencadenan la alteración.
- 2.- Promoción, es la fase en la cual las células se reproducen dando origen a células con alteraciones.
- 3.- Progresión tumoral, se caracteriza por la existencia de una neoplasia, pudiendo ser esta benigna o maligna. Es así como aparece un nuevo tejido patológico, distinto del normal, con tendencia a expandirse localmente y a través de vías linfáticas o hemáticas, con formación de nuevos focos o metástasis en órganos distantes, donde se repite la expansión.

Mohar, Frías, Súchel, Mora y Garza (1997) sugieren que la frecuencia de tumores malignos varía de acuerdo con la región estudiada, y si la región se divide por el nivel de desarrollo de los países la diferencia es más clara, en los países del primer mundo los tumores malignos más frecuentes son: mama, colón, recto y pulmón, mientras que para los países en vías de desarrollo son: cervicouterino, estómago, esófago, faringe y hepático.

En México desde 1990 los tumores malignos representan la segunda causa de muerte en la población general, para el caso de las mujeres mayores de 25 años la primera es por cáncer cervicouterino y en segundo lugar mama de acuerdo con la Dirección General de Epidemiología (1996).

El cáncer líquido o leucemia representa también un problema de atención y tratamiento, las células son capaces de reproducirse por sí mismas, logrando así la sustitución de células muertas por células nuevas. Pero este proceso requiere que las células sustitutivas estén maduras, como en el caso de las sanguíneas (Linker, 2005).

Cuando las células sanguíneas inmaduras (blastos) proliferan, es decir, se reproducen de manera incontrolada en la médula ósea y se acumulan tanto ahí como en la sangre, logran reemplazar a las células normales. A esta proliferación incontrolada se le denomina leucemia (Leing, Kai en Word, 2000). Con respecto a las leucemias, la aguda es la afección más frecuente en la niñez, se diagnostican alrededor de 2 500 niños cada año en los Estados Unidos. De los cuales el 80% son leucemias linfoblásticas mientras que el 20% son mieloides (Wood, 2000).

Es debido al aumento de casos de neoplasias malignas en el mundo, al alto costo de los tratamientos y a la disminución en la calidad de vida de los pacientes, que se han estudiado los factores de riesgo para generar medidas preventivas, sin embargo a pesar de identificar factores generales como la dieta, la exposición a agentes cancerígenos y la exposición al humo por el uso de estufas de leña o el consumo del tabaco esto no ha impactado en la prevalencia (Torres, 1999). Con el paso del tiempo estos estudios se han enfocado a tumores cada vez más específicos, pero esto no ha sido suficiente para

disminuir el número de casos (Auchincloss y McCartney, 1998; Moadel, Ostroff y Schantz, 1998; Petridou y Trichopoulos, 2002; Rowland y Massie, 1998).

Con la aparición del modelo biopsicosocial y de la concepción de un continuo entre la salud y la enfermedad, ha cambiado paulatinamente la búsqueda de la unicausalidad en las patologías por el estudio de la relación entre los factores biológicos, ambientales, sociales, económicos, culturales e individuales, en el desarrollo y evolución de diversas patologías, sobre todo de las crónicas y degenerativas. Oblitas (2004) afirma que se ha puesto particular interés en las emociones presentes ante el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión esencial, la obesidad, el cáncer y el VIH, por su alta incidencia, encontrándose que la depresión, la ansiedad y el estrés son fenómenos psicológicos que inciden en la evolución de dichas enfermedades.

Galán (2004) sugiere que el efecto de las emociones puede ser a través de dos vías:

1.- Por los efectos bioquímicos presentes en el estrés y la ansiedad, principalmente por el aumento de catecolaminas.

2.- Por las alteraciones que las emociones tienen directamente sobre los estilos de vida.

Esta propuesta indica por lo menos dos áreas de incidencia, por un lado el entrenamiento en relajación para modificar la liberación de catecolaminas y por el otro en promoción de conductas saludables y su relación con la respuesta emocional.

Spencer, et al., (1998) sugieren que se han destacado dos direcciones principales en el estudio de fenómenos psicológicos y el cáncer, las conductas relacionadas con el desarrollo del cáncer, como el fumar, la dieta, la exposición a los rayos solares, el consumo de alcohol, los hábitos sexuales y la exposición a cancerígenos por nombrar algunos y la influencia de los factores psicosociales en la sobrevivencia a la enfermedad, como el estatus socioeconómico, el apoyo social, los estilos de enfrentamiento, los estados emocionales, la personalidad y el estrés.

En este sentido se han desarrollado de manera importante diversos estudios en los últimos 15 años, relacionados a la adaptación a la enfermedad, en los cuales se resalta la importancia del estrés y la percepción de calidad de vida como indicadores, otros se han enfocado al estudio de los estilos de enfrentamiento, de cómo las principales fuentes de apoyo (la pareja fundamentalmente) incide en estilos más adaptativos, al igual que rasgos como el optimismo. En un análisis que realizó Spencer, et al., (1998), señalan que entre los estilos de enfrentamiento reportados como los más útiles para los pacientes en diversos estudios se encuentran: el uso de fuentes de apoyo emocional, hacer frente a la situación, buscar información, mantener una actitud positiva, mantener fuerza de espíritu y buscar el bienestar y comodidad. En los casos en los que se ha detectado que los pacientes no aceptan la situación o presentan altos niveles de desesperanza estos se correlacionan con altos niveles de estrés y disminución del bienestar físico. En este mismo sentido se ha estudiado la relación entre el estrés y los estilos de enfrentamiento en el diagnóstico, tratamiento y sobrevida (Silbar y Zusman, 2007).

Se ha identificado una mayor prevalencia de trastornos adaptativos y depresivos en pacientes con cáncer que en la población general, la incidencia de depresión va de un 41% a un 68% en pacientes con esta patología, también es frecuente la sintomatología ansiosa, está se asocia con las alteraciones en la imagen corporal. El índice del síndrome postraumático se reporta hasta en el 10 % de los pacientes. Como muchos de los fenómenos psicológicos estas alteraciones tienen una multicausalidad, además del diagnóstico, la experiencia del tratamiento incide en esta respuesta emocional, se ha

observado que los pacientes que se someten a tratamientos intensivos de quimioterapia adyuvante presentan un mayor índice de pensamientos de miedo ante la recurrencia que aquellos que no tuvieron este tratamiento (Jacobs y Bovasso, 2000; Kronblith, 1998; Sheehan, Sherman, Lam y Boyages, 2007).

Se han desarrollado intervenciones desde la perspectiva de la medicina conductual que han incluido la respuesta emocional al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). En el manejo del dolor se han empleado técnicas cognitivas y conductuales como distracción, respiración diafragmática, imaginación dirigida entre otras, para procedimientos invasivos en pacientes pediátricos; en los resultados se señala una reducción importante del dolor en el informe de los niños en estos programas (Arrambide et al., 2003). Específicamente, en el caso de los efectos secundarios del tratamiento como las náuseas y vómitos anticipatorios a la quimioterapia se han empleado técnicas de relajación para su control, con resultados favorables en la disminución de estos síntomas (León-Pizarro et al., 2007; Powers et al., 2005).

También se han establecido programas de psicoeducación con información sobre la evolución de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos para mejorar la adherencia (Fawzy y Fawzy, 1998; Powers et al., 2005). Se han establecido programas de intervención y terapia grupales, como una modalidad de tratamiento y cómo estrategia para fomentar el apoyo social entre los pacientes (Grande y Myers, 2006).

Jacobsen y Hann (1998) proponen que el empleo cada vez más frecuente de técnicas cognitivo-conductuales en centros oncológicos, se debe a que han demostrado ser eficaces en la reducción de estrés y de síntomas físicos, las intervenciones son realizadas en periodos cortos de tiempo, pueden ser adaptadas a diversos síntomas, además de que se ha observado que son rápidamente aceptadas por los pacientes por promover la autoeficacia y su percepción de control sobre los síntomas. Esta eficacia se debe al empleo de técnicas tan variadas como la reestructuración cognitiva, manejo de contingencias, autoevaluación de estilos de enfrentamiento, distracción, bioalimentación, relajación muscular progresiva, desensibilización sistemática, hipnosis, relajación autógena, solución de problemas, inoculación del estrés e imaginación guiada.

Características del Hospital Juárez de México

El Hospital Juárez de México se fundó el 23 de agosto de 1847 con el nombre de Hospital de San Pablo, para el 19 de junio de 1962, se le dio el nombre que ahora lleva. Después del sismo de septiembre de 1985, el Hospital fue reconstruido y se inauguró el 19 de septiembre de 1989 (Viveros-Contreras, 2000). Actualmente existe el hospital Juárez del centro de la ciudad de México y el que se encuentra ubicado en el norte de la ciudad en Avenida Instituto Politécnico Nacional, colonia Magdalena de las Salinas, es en este último donde se realizaron las rotaciones.

El hospital pertenece al tercer nivel de atención debido a que cuenta con los servicios de internamiento y consulta de 19 especialidades su infraestructura comprende 7 edificios, 50 consultorios, quirófano con 10 salas, 4 niveles en la torre de hospitalización, bibliohemeroteca, 4 laboratorios y banco de sangre.

La población que atiende no cuenta en su mayoría con otro servicio médico, muchos pacientes proceden de otros estados y llegan al hospital por las especialidades que tiene y el bajo costo de las consultas, sin embargo los pacientes pagan siempre por los tratamientos, lo cual implica gastos importantes. El nivel educativo y socioeconómico de los

pacientes en general es bajo. En el caso de la atención de enfermedades oncológicas y hematológicas los tratamientos incluyen la aplicación de tratamientos largos e intensivos, además de un monitoreo constante de consultas médicas de por lo menos 5 años una vez terminado el tratamiento con remisión completa, esto implica gastos constantes, junto con una serie de situaciones estresantes a las cuales el paciente hace frente en su lucha contra la enfermedad.

Tanto las características de las patologías, el tratamiento y las condiciones educativas y socioeconómicas de los pacientes, forman un escenario en el cual se requiere de atención especializada que retome esta información para generar intervenciones dirigidas a modificar uno o varios aspectos, para impactar en la calidad de vida de los pacientes. Es por esto que se generaron dos protocolos de intervención los cuales se presentan a continuación.

II. Protocolo de intervención

Programa para el fortalecimiento de la adherencia terapéutica para pacientes de primera vez con diagnóstico positivo a cáncer

La adherencia terapéutica se ha definido como la realización adecuada de las indicaciones del terapeuta (Puente-Silva, 1985). Generalmente se refiere a una conducta o conjunto de ellas (como la toma de medicamentos, el apego a un régimen alimenticio y la modificación de estilos de vida) requeridas para el manejo de una enfermedad. El término de adherencia proporciona un papel activo, voluntario y colaborativo al paciente, brindándole de esta forma participación directa sobre el proceso de tratamiento. El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica la realización de diversas tareas que incluyen saber qué, cómo y cuándo hacerlas. Lo cual conlleva un proceso de conocimiento y monitoreo de situaciones muy específicas que el paciente tiene que identificar e interpretar en su contexto.

El interés en este problema ha llevado a evaluar el cumplimiento de las indicaciones en diversas poblaciones, se ha encontrado que la falta de adherencia se observa a nivel general hasta en el 30% de los pacientes en tratamientos curativos, el 80% deja los tratamientos preventivos que incluyen modificaciones en la dieta y el consumo de cigarros y más del 50% de los pacientes con una enfermedad crónica degenerativa no se adhieren, (Amigo et al., 1998; Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa y Willey, 2003).

Se ha identificado que entre el 20% y 50% de los pacientes no asiste a sus citas programadas, que entre el 20% y el 60% dejará el tratamiento antes de lo establecido, y que entre el 25% y 65% cometerá errores en la administración. En general los niveles más altos de adherencia se observan en los tratamientos que requieren medicación directamente supervisada como la quimioterapia, cuando se evalúa la administración del tratamiento (Amigo et al., 1998).

Debido a la diversidad que puede incluir la adherencia ante diferentes patologías, evaluarla es un proceso complicado. Las investigaciones señalan que los índices de adherencia van desde un 8 % hasta un 96% con un promedio del 50% en la medición de este fenómeno en diversas enfermedades (Beneit, en Latorre y Beneit, 1994; Hotz et al., 2003; Masek, en OMS, 1997).

En México se ha identificado que entre el 25 y 50% de los pacientes no realizan las indicaciones recibidas (Puente-Silva, 1985) por lo que la falta de cumplimiento a los tratamientos es un grave problema para el Sector Salud en México, ya que el tratamiento fracasa inevitablemente en su función de curar o controlar la enfermedad.

Ante la necesidad de estudiar el fenómeno de la adherencia para generar intervenciones y mejorar la respuesta de los tratamientos la Organización Mundial de la Salud (1997), describió que la adherencia comprende diversas conductas:

- 1.- Propagación y mantenimiento de un programa de tratamiento
- 2.- Asistencia a citas de seguimiento
- 3.- Uso correcto de la medicación prescrita
- 4.- Realizar cambios apropiados en el estilo de vida
- 5.- Evitación de conductas contraindicadas

Algunos autores han estudiado otras variables relacionadas, un ejemplo es la clasificación que presenta Amigo y colaboradores (1998) la cual incluye:

- a.- Variables de la enfermedad
- b.- Variables del tratamiento
- c.- Variables de la relación terapeuta-paciente
- d.- Variables del paciente

En las variables de enfermedad se contempla el inicio agudo, con síntomas reconocibles, y molestos como características que promueven la adherencia, como también la percepción subjetiva de gravedad, aunque esta última disminuye con el tiempo.

Las variables del tratamiento se relacionan con la complejidad del mismo, la interferencia de este con el estilo de vida del paciente, la duración y la supervisión del tratamiento por parte del equipo médico.

La calidad de la relación del paciente con el equipo médico ha sido una de las variables más estudiadas, en las cuales se establece la importancia de la satisfacción, el respeto, la cordialidad en ella y el objetivo de la misma como mejorar el grado de comprensión y colaboración del paciente en el programa de tratamiento (OMS, 1997).

Entre las variables del paciente se ha observado que las creencias sobre las causas, el curso y las consecuencias del tratamiento influyen en la adherencia, mientras que con respecto a la personalidad existe suficiente evidencia de que la adherencia no está en función de las características de personalidad (Hotz et al., 2003). Y aunque se ha encontrado que en países del primer mundo las características sociodemográficas no determinan el nivel de adherencia, algunos investigadores como Kagee y Merwe (2006) sugieren que elementos como el costo de los medicamentos, del transporte y el cuidado de los hijos que no son medidos directamente en la mayoría de los estudios, si tienen un papel importante en países del tercer mundo.

La adherencia en el cáncer

La problemática de la adherencia terapéutica se presenta también en los pacientes oncológicos, López-Rodríguez (en Puente-Silva, 1985) describe que el índice de abandono ante el tratamiento en pacientes con cáncer de mama fue de un 78% de acuerdo a un estudio realizado por el Departamento de Tumores Mamarios del INCAM en el periodo 1970-1979. Sugiere además que aspectos como el impacto físico, emocional y económico deben ser tomados en cuenta para el abordaje de la adherencia ante este tipo de pacientes.

Se ha observado que en muchos de los casos, los pacientes no concluyen con la fase diagnóstica, una de las explicaciones más aceptadas es que no aceptan el posible diagnóstico y por lo tanto tampoco el proceso de estudio, ni la terapéutica. En estos casos las repercusiones dependerán básicamente del tipo del tumor, de la etapa clínica y del estado del paciente. El crecimiento del tumor dependerá de su histología, en cuanto a la etapa clínica las fases más avanzadas son las más difíciles de controlar y por último el estado del paciente puede facilitar o complicar la aceptación y el inicio del tratamiento, en todo caso la pérdida de tiempo se traducirá normalmente en el avance de la enfermedad.

Durante la fase terapéutica se contemplan intervenciones quirúrgicas generalmente mutilantes, y en muchas ocasiones el uso de esquemas de quimioterapia o radioterapia, ó de esquemas mixtos que conllevan frecuentemente efectos secundarios desagradables,

como malestares físicos (nauseas, vómito, decaimiento, alteraciones en la apariencia física y/o en el funcionamiento de un órgano o sistema).

El abandono en esta fase implica limitaciones posteriores para la reanudación del tratamiento, debido a la tolerancia de los tejidos ante la terapéutica, el abandono y suspensión prolongada del tratamiento puede incidir en el fracaso del mismo.

Durante la fase de seguimiento se requiere de un monitoreo estricto por periodos prolongados de tiempo (por lo menos de 5 años) con la finalidad de valorar el efecto de los tratamientos, detectar posibles neoplasias relacionadas o metástasis para su abordaje inmediato, y en la fase de rehabilitación una vez concluido el tratamiento con el objetivo de reintegrar adecuadamente a los pacientes a su vida personal, familiar, laboral y social para lo cual se sugiere abordar los aspectos físico y emocional.

Es decir la adherencia es importante no sólo para el control o curación del tumor sino también para una rehabilitación (reconstrucción) de la función del sistema y para la adaptación del paciente a los efectos de la enfermedad y el tratamiento.

López-Rodríguez (en Puente-Silva, 1985) sugieren que entre los factores que influyen en la adherencia con pacientes oncológicos se encuentran:

1. El conocimiento del padecimiento (información clara, concisa, precisa y confiable)
2. Contar con apoyo familiar
3. Estabilidad económica
4. Atención médica rápida y eficiente
5. Supervisión personal por su médico
6. Interés por parte del personal
7. Responsabilidad del paciente para cumplir en otras áreas.

En estos factores no sólo se destacan características del paciente, sino de su medio ambiente y del servicio médico, lo que sugiere que este fenómeno es multicausal. Algunos programas de intervención han propuesto estrategias multicomponentes, herramientas cognitivas, sociales, de comunicación, de información y de manejo emocional, con el objetivo de abarcar un mayor número de factores que influyen en el no cumplimiento, incluso algunos autores sugieren investigar estos factores desde la perspectiva de la percepción de la población, (Balfour et al., 2006; Byrne, Deane, Lambert, Coombs, 2003; Kagee y Merwe, 2006; Rosina, Crisp y Steinbeck, 2003).

Justificación

Este programa se estructuró a solicitud directa del jefe del servicio, ante la problemática del abandono del tratamiento de los pacientes, ya que si bien no se cuenta un análisis de los registros del servicio sobre el nivel de deserción de los pacientes, los médicos adscritos consideran que es mayor al 50% de los pacientes que inician protocolo de estudio en el servicio.

Objetivo

Fomentar la adherencia terapéutica de pacientes de primera vez con diagnóstico positivo de cáncer.

Objetivos particulares

Identificar la respuesta emocional ante el diagnóstico, creencias a favor y en contra del proceso de estudio y tratamiento, apoyo social percibido y estilo de enfrentamiento a la situación médica presente.

Fomentar con ejercicios conductuales y cognitivos, habilidades en solución de problemas y de comunicación con el equipo médico.

Implementar una intervención psicológica estructurada en tres sesiones.

Participantes

Pacientes que asistían por primera vez al servicio de oncología para protocolo de estudio con diagnóstico positivo de neoplasia maligna.

Criterios de exclusión

- ✓ Pacientes que al término de su protocolo tuvieron diagnóstico de neoplasia benigna.
- ✓ Pacientes con dificultad cognitiva o física para establecer comunicación con ellos.
- ✓ Pacientes que expresaban no querer participar en las sesiones psicológicas.
- ✓ Pacientes que no concluyeron las 3 sesiones psicológicas.

Procedimiento

En este protocolo se define la adherencia terapéutica como la asistencia a las citas médicas que incluyen la fase de diagnóstico, (realización de estudios y análisis), confirmación del mismo e inicio del tratamiento.

Se implementó un programa estructurado de intervención de tres entrevistas semiestructuradas enfocadas a fomentar la adherencia terapéutica en los pacientes de primera vez del servicio de oncología.

Estas entrevistas se realizaron en fechas compatibles con citas médicas establecidas, de tal manera que el paciente no tuviera que regresar a una cita de medicina conductual otro día, en atención a su estado de salud y limitaciones económicas. Se revisó el expediente clínico, para confirmar la asistencia a las mismas, el diagnóstico médico, la fase en el que se encontraba el estudio del paciente y las indicaciones médicas.

Programa

Los pacientes fueron canalizados por los médicos de consulta externa, se recopilaron los siguientes datos:

Primera sesión

- Fase del diagnóstico.
- Datos generales del paciente, nombre, procedencia, estado civil, edad, número de hijos, actividad laboral, escolaridad.
- Estado emocional con la identificación de emociones presentes en el momento en que se realizó la entrevista.
- Creencias del paciente a favor y en contra de seguir en el proceso de estudio.
- Estilo de enfrentamiento empleado específicamente ante la problemática de salud. Se consideraron en el registro el estilo directo, emocional, evitativo, revalorativo. El estilo directo se caracteriza por enfocar los recursos a resolver la situación problemática como la búsqueda de información. El emocional abarca respuestas relacionadas a una fijación a la emoción generada por la situación percibida como problemática. El evitativo incluye cogniciones o conductas en las que se involucra la persona no relacionadas al problema. Y por último el revalorativo, incluye respuestas en las cuales se identifica un aspecto positivo de la situación problemática.

Segunda y tercera sesión

- Habilidades de comunicación con el equipo médico.

- Identificación de las fuentes de apoyo percibidas por el paciente.
- Retroalimentación del paciente de la información proporcionada en las sesiones anteriores.

La intervención incluyó:

Primera sesión

- Psicoeducación sobre la historia natural de la enfermedad, el tratamiento, dudas específicas de la información proporcionada por el médico, respuesta emocional normal, ante la posibilidad de diagnóstico positivo.
- Solución de problemas aplicado a las situaciones que dificultaran seguir en estudio.
- Ensayos conductuales en comunicación con el equipo médico.

Segunda y tercera sesión

- Promoción de participación activa del paciente en el cuidado de su salud.
- Entrenamiento en técnicas de relajación (respiración diafragmática o imaginación dirigida).
- Solución de problemas aplicado a las situaciones que dificultaran seguir en estudio o tratamiento.
- Ensayos conductuales en comunicación con el equipo médico.
- Como parte final de la última sesión se solicitó que los pacientes realizaran un resumen verbal de los logros obtenidos con las sesiones psicológicas.

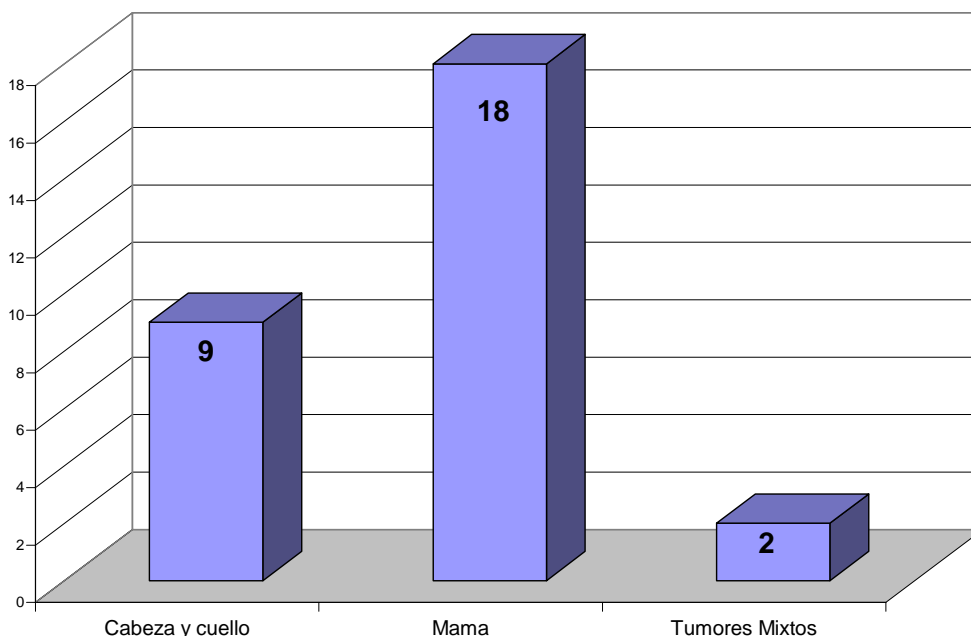
Con la finalidad de abordar de forma sistemática aspectos relacionados con la adherencia como las creencias sobre la enfermedad y el tratamiento, percepción del apoyo social, el estilo de enfrentamiento a la situación médica presente, respuesta emocional, habilidades para solución de problemas y habilidades de comunicación con el equipo médico, entre otras, se estructuraron tres formatos (ver anexos 1, 2 y 3).

Cada una de las entrevistas duró aproximadamente 70 minutos.

Resultados

Participaron 29 pacientes de las diferentes clínicas del servicio, su distribución se presenta en la Figura 1. El mayor número de pacientes atendidos fue por cáncer de mama, esto se debe a que es esta clínica la que atiende el mayor número de pacientes en consulta externa.

Figura 1. Distribución de pacientes atendidos por clínica.



Los datos sociodemográficos de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos.

Media de edad	47.5 años
Sexo	90% mujeres 10% hombres
Estado civil	34% casados 31% solteros 18% viudos 10% separados 7% unión libre
Residencia	55% Estado de México 37% Distrito Federal 8% Interior de la República

De los 29 pacientes el 89.66% de ellos presentó creencias a favor de seguir en el proceso de diagnóstico e iniciar tratamiento, éstas se relacionaron con tener una oportunidad de vida si se trataba la enfermedad de manera inmediata.

Las creencias en contra fueron en general de anticipación de daño o sufrimiento y no aceptación. En la Tabla 2 se describen los pensamientos.

Tabla 2. Pensamientos a favor y en contra del seguir en el proceso de diagnóstico e iniciar tratamiento

Pensamientos positivos	Pensamientos negativos
Estoy a tiempo	Cáncer es sinónimo de muerte
Puedo sobrevivir	Voy a sufrir mucho
Me puedo curar	No es justo que me pase a mi
Puedo estar mejor	Voy a dejar a mi familia
Es una prueba	No lo voy a soportar

Las creencias en contra están directamente relacionadas con emociones de miedo, tristeza, enojo y ansiedad las cuales fueron las más frecuentes. Se sugiere que hay un aumento de creencias relacionadas al sufrimiento por el tratamiento, cómo los pensamientos: “Voy a sufrir mucho” y “No lo voy a soportar”. Los cuales pudieran estar relacionados con la información que reciben los pacientes en la sala de espera cómo: comentarios de otros pacientes sobre los efectos secundarios de los medicamentos, la relación evidente entre la quimioterapia y malestar y deterioro físico de los pacientes y las complicaciones de las intervenciones quirúrgicas. Del total de los participantes, el 68.96% refirió sus emociones como constantes durante los días a pesar de no estar en el hospital, con percepción de disminución en la intensidad en su reporte en la segunda y tercera sesión.

El 72.4% de los pacientes refirieron confusión y/o dificultad para recordar las indicaciones, información o indicaciones proporcionadas por el médico, los pacientes reportaron que esto se debió al empleo de terminología médica. También describieron no “poder” aclarar sus dudas, por no recordarlas en el momento de la consulta y por pensamientos inhibitorios principalmente de naturaleza autodevaloratorios cómo: “Qué va a decir el doctor si le digo que no entendí”, “No sé como preguntar”.

El estilo de enfrentamiento se registró a partir de la descripción del paciente de sus acciones, el directo fue el más frecuente en la muestra, se identificó en 15 pacientes aunque en el grupo estudiado este no se refirió a la búsqueda de información de la enfermedad o de los tratamientos, sino a la búsqueda de opciones para el pago de los estudios y tratamientos y al apoyo social, para el cuidado de los hijos, para poder seguir con el proceso. Aunque la problemática de no contar con suficientes recursos económicos se presentó en el 75.86%, los pacientes reportaron en la última sesión contar con más alternativas de organización familiar para el pago de los gastos.

En la Tabla 3 se observa la distribución de las fuentes de apoyo social informado por los pacientes se identificó como la principal fuente a la pareja, en segundo lugar lo ocuparon los hijos, seguidos por los padres, en este caso la edad y la etapa de la vida influyeron ya que para los más jóvenes los padres fueron su apoyo principal, mientras que para los adultos mayores fueron los hijos.

Tabla 3. Distribución y porcentaje del apoyo percibido reportado por los pacientes.

Fuente de apoyo	Pacientes	%
Esposo (a)	13	44.8
Padres	5	17.2
Hijos	11	38

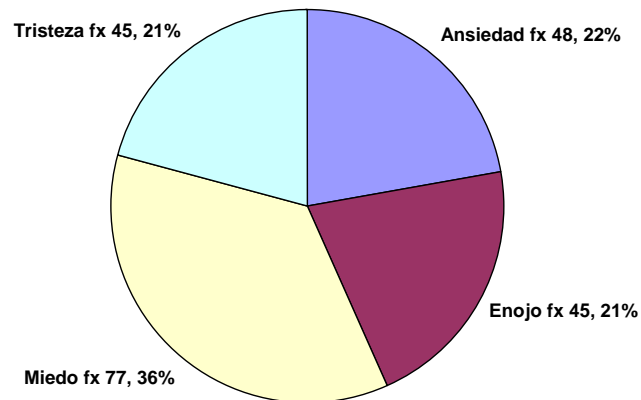
Se proporcionó psicoeducación sobre el desarrollo natural de la enfermedad, los posibles tratamientos (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia) y los efectos secundarios de los mismos, a partir de las dudas de los pacientes y del expediente clínico en el cual se describía brevemente la información comentada por el médico. En algunas ocasiones se contó con la participación del médico tratante en la sesión psicológica a solicitud del paciente para preguntarle él mismo las dudas ya identificadas. Esta información se brindó siempre posterior a técnicas de contención emocional o de relajación.

El 93.1% de los pacientes proporcionó adecuada retroalimentación de la información, esto se identificó por medio de un reporte oral de lo comprendido (proceso de estudio, tratamiento, enfermedad, etc.), así como la identificación de sus dudas con respecto a los

siguientes pasos) sobre la información proporcionada por el equipo médico y aumentó en el mismo porcentaje la habilidad para resolver sus dudas con el equipo médico, este porcentaje se alcanzó la tercera sesión.

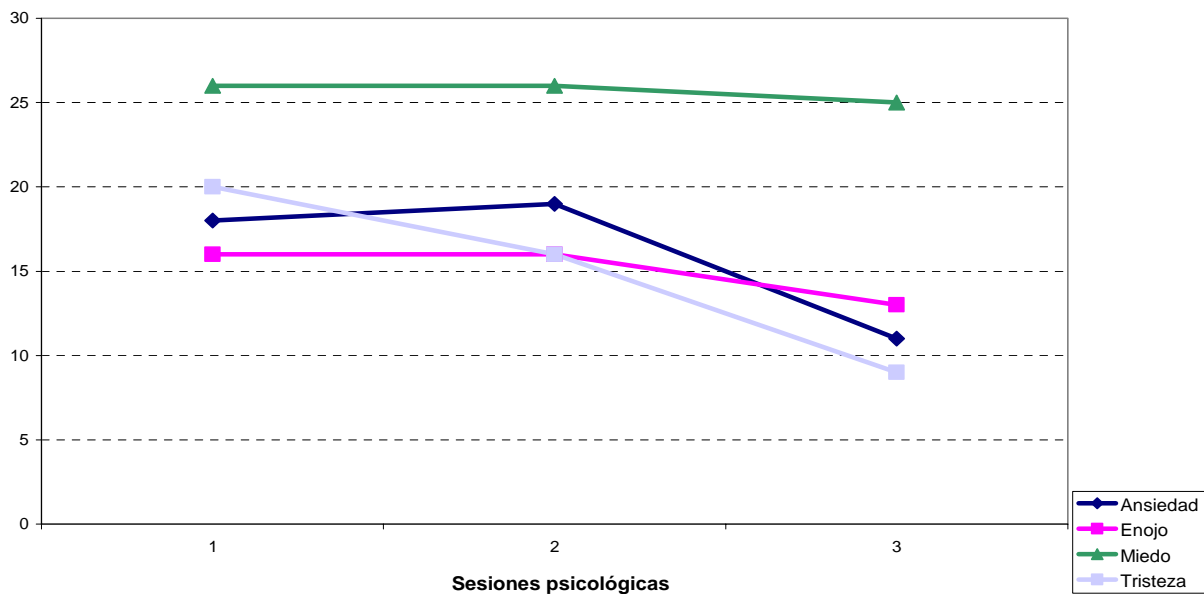
Se analizaron las frecuencias de las emociones reportadas por los pacientes, en la Figura 2 se muestran de manera general.

Figura 2. Frecuencia general de las emociones reportadas en las sesiones psicológicas



En la Figura 3 se muestra el comportamiento de cada una de las emociones durante las tres sesiones.

Figura 3. Comportamiento de la frecuencia de las emociones reportadas en cada sesión



Se puede observar en esta figura la disminución en el reporte de la ansiedad, enojo y tristeza, el miedo se mantuvo constante en el reporte de los pacientes.

Para determinar si estas diferencias observadas en el comportamiento de las emociones es significativo, se aplicó la prueba Q de Cochran, que evalúa si tres o más conjuntos igualados de frecuencias o proporciones difieren significativamente entre ellos mismos. Se aplicó para los registros individuales de los pacientes en cada sesión del reporte de las emociones (con datos dicotómicos 1- presencia, 0= ausencia). Los resultados se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4. Resultados de la prueba Q de Cochran aplicada a las 4 emociones reportadas por sesión.

Emoción	Q-Cochran	Valor de Q con df= 2 p=0.05
Ansiedad	5.82	5.99
Enojo	1.88	
Miedo	1.16	
Tristeza	6.33	

En el resultado se observa que hay una diferencia significativa en la frecuencia de informe de la tristeza, la ansiedad no alcanza el nivel de significancia, pero su valor es elevado. Esto indica que el informe de la tristeza no se explica por el azar, es decir hay una causa que incide en su disminución.

Para el caso del enojo y miedo no se observan diferencias significativas en el reporte de los pacientes durante las tres sesiones psicológicas.

Para realizar un análisis de varianza se aplicó la prueba de Friedman ajustada, a las frecuencias de las emociones con el programa SPSS, en la Tabla 5 se presentan las frecuencias y rangos.

Tabla 5. Frecuencias y rangos por emoción.

	Tristeza	Miedo	Enojo	Ansiedad	R	Tristeza	Miedo	Enojo	Ansiedad
Sesión 1	20	26	16	18	R A N G O	3	4	1	2
Sesión 2	16	26	16	19		1.5	4	1.5	3
Sesión 3	9	25	13	11		1	4	3	2
TOTAL						5.5	12	5.5	7

El análisis bifactorial por rangos de Friedman arrojó un valor de $X^2 = 5.89$ con 3 gl $p = .116$. Este resultado indica la existencia de diferencias entre las frecuencias de las emociones, para determinar a cual de ellas se debe la diferencia se compararon los resultados mediante el procedimiento de comparaciones múltiples, el valor crítico de $p=0.15$ es de 6.19, la diferencia entre emociones se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6. Diferencia de las frecuencias por emoción.

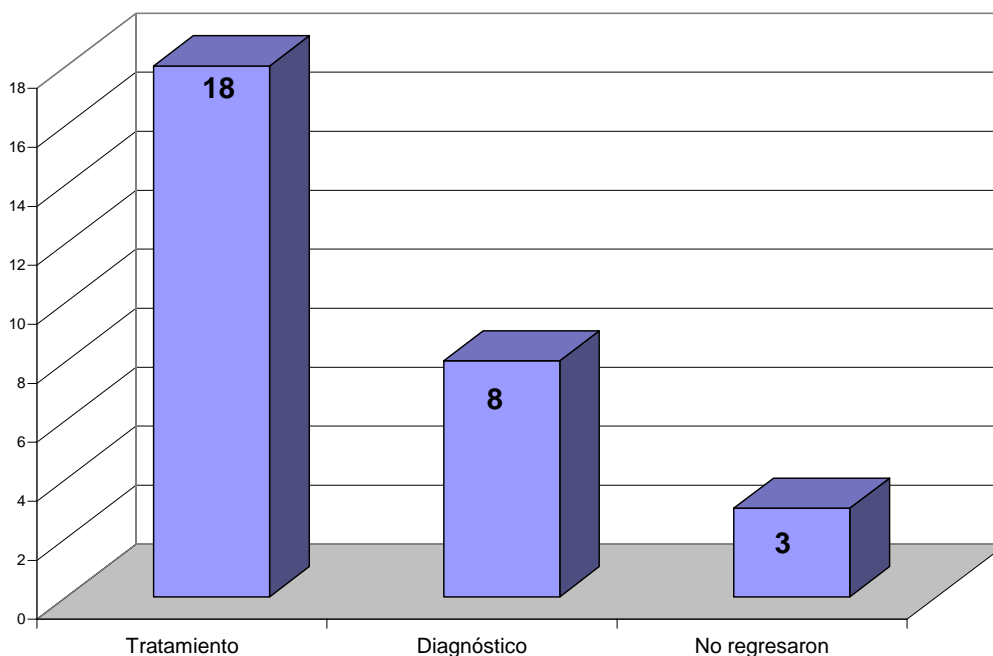
Miedo vs. Tristeza	12- 5.5	6.5
Miedo vs. Enojo	12- 5.5	6.5
Miedo vs. Ansiedad	12-7.0	5
Ansiedad vs. Tristeza	7 -5.5	1.5
Ansiedad vs Enojo	7- 5.5	1.5
Tristeza vs. Enojo	5.5 - 5.5	0

Por lo tanto se observan diferencias entre el miedo y tristeza y, entre miedo y enojo. Se aplicó la prueba de Friedman por sesiones y se encontró un valor de $X^2 = 6.857$ con 2 gl $p = .032$. Este resultado indica la existencia de diferencias entre las frecuencias de las emociones entre las sesiones, por lo que se aplicó la comparación múltiple, el valor crítico de la calificación Z con $p = 0.05$ es de 6.33, observándose que la diferencia se encontraba entre la primera y la tercera sesión.

El 100% de los pacientes reportó que las sesiones psicológicas les ayudaron a aclarar sus dudas y a conocer más sobre su enfermedad. Aunque los pacientes no ampliaron sobre la importancia del abordaje de su respuesta emocional, el 60% agradeció contar con la atención y la oportunidad de hablar con alguien de sus preocupaciones. El hospital Juárez atiende un gran número de pacientes diariamente lo que limita el tiempo en que interactúan el médico y paciente, con esto se reduce la aclaración de dudas o inquietudes del paciente, tres sesiones como parte de una intervención no es tiempo suficiente, sin embargo para las características del hospital y de los pacientes en este caso bastó para abordar de manera rápida la problemática de los pacientes, su necesidad de ser escuchados, de hablar de lo que significa asistir al servicio y tener en este caso cáncer.

Se realizó un seguimiento de la asistencia de los pacientes al servicio con la revisión del expediente clínico a los tres meses de concluidas las sesiones con el objetivo de observar la adherencia al tratamiento que era uno de los objetivos principales de la intervención. La situación médica en la que se encontraban los pacientes se presenta en la Figura 4.

Figura 4. Situación médica de los pacientes a tres meses de seguimiento.



Se observa que 18 (62%) de los pacientes continuaban en tratamiento. Los pacientes que se mantuvieron en fase de diagnóstico se debió a que seguían en estudio (con estudios de extensión) para identificar metástasis y etapificar la enfermedad, únicamente 3 (10%) no regresaron.

Discusión

Los resultados de este trabajo sugieren que se mantuvo la adherencia terapéutica en la mayoría de los casos y que disminuyeron las emociones de tristeza, enojo y ansiedad estos resultados que pudieran atribuirse a la intervención multicomponente.

La asistencia a las citas programadas es un factor de suma importancia en el diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad, y más aún en el caso del cáncer, que puede marcar la diferencia entre la curación y la muerte. Ante la problemática de la falta de adherencia se realizó una intervención multicomponente, para abordar de forma sistemática elementos reportados en la literatura para promover la adherencia como son: las creencias, estilos de enfrentamiento, respuesta emocional y la información del padecimiento y el tratamiento.

Se observó en esta muestra, como otros autores lo han descrito, que la información y comprensión de las indicaciones médicas son un factor importante para la realización de las mismas (Kagee y Merwe, 2006; Rosina, et al., 2003). El índice tan importante de confusión con respecto a la información proporcionada por el médico, se puede relacionar con una respuesta emocional intensa en el momento de conocer un diagnóstico de cáncer, debido a que las emociones interfieren en los procesos cognitivos de atención, análisis y memoria (Roberts, 2000). Además de que por si misma una consulta en el servicio de oncología genera una intensa respuesta emocional por lo que implica asistir al servicio, y observar en la sala de espera los efectos de la enfermedad y del tratamiento en otras personas.

La retención de la información de la enfermedad y tratamiento, fue evaluada por un informe verbal de lo comprendido, el porcentaje elevado de pacientes que proporcionaron un informe verbal adecuado con información real registrado en la tercera sesión se puede

explicar por la disminución de la respuesta emocional con las técnicas de relajación debido a reducción de la respuesta emocional.

Las creencias negativas de la enfermedad y del tratamiento se reforzaron con las observaciones en la sala de espera, en la cual los pacientes pasaron un promedio de tres horas por visita al servicio, tiempo en el cual vieron y escucharon diversas situaciones relacionadas con los efectos y malestares de los tratamientos sobre todo de la quimioterapia. Un ejemplo de esta relación es el pensamiento "No lo voy a soportar", que en el análisis individual del paciente refería imágenes de deterioro de otros pacientes en la sala de espera, con aumento en la intensidad de miedo y ansiedad.

Por el tiempo tan prolongado de espera la sala de este servicio es un recurso importante para la transmisión de información que en este caso no fomentó el bienestar de los pacientes. Por lo que se sugiere en intervenciones futuras emplear este recurso, para proporcionar información verídica, por medio de una intervención específica, con videos de pocos minutos que describan la importancia de las características particulares, además de brindar información general de la importancia de concluir los estudios y el tratamiento.

A pesar de que muchas de las campañas en salud promueven que el cáncer es curable si se detecta en fases tempranas, se observó que en la población atendida éste es sinónimo de sufrimiento y muerte, tales pensamientos correspondieron a respuestas emocionales intensas de tristeza, miedo y ansiedad, por lo que en todos los casos se brindó contención emocional. El abordaje de la respuesta emocional desde el diagnóstico es necesario, este podría ser una intervención específica que sea implementada sistemáticamente para manejar el malestar que genera conocer el diagnóstico y prevenir sus efectos en la adherencia a corto y largo plazo.

Se observó una disminución de la frecuencia de tristeza, ansiedad y enojo con resultados sugieren que la intervención tuvo un efecto en estas emociones, no así del miedo. Con respecto al miedo este se mantuvo constante, una explicación es que el reporte de los pacientes lo realizaron ante situaciones nuevas (inicio de estudio, diagnóstico e inicio de tratamiento), el miedo los preparaba para vivir una experiencia nueva que era percibida como una amenaza para su vida e integridad.

Por el empleo de estrategias de identificación de pensamientos, psicoeducación, entrenamiento en relajación y entrenamiento en comunicación con el equipo médico se proporcionaron estrategias a los pacientes que facilitaron el debate de las creencias de anticipación de daño, sufrimiento y muerte, relacionadas con la tristeza y ansiedad.

Un elemento que no se registró en los formatos fue el estadio de la neoplasia, ya que estas se dividen en 4, siendo el primero de menor grado de desarrollo y el cuarto se considera el tratamiento paliativo por la diseminación en el organismo de la enfermedad. Se observó que en el tiempo que transcurre desde la sesión de primera vez hasta el inicio del tratamiento podían transcurrir más de 3 meses, lo que modificaba en algunos casos el estadio del tumor, por lo que se sugiere tomar en cuenta el estadio de la neoplasia durante la intervención psicológica, pues el tratamiento varía de forma muy significativa de una etapa a otra, así como la información que proporcionan los médicos, y la participación del paciente para resolver diversas situaciones como el pago de los tratamientos, el cuidado de los hijos y el tiempo de la rehabilitación.

En los casos descritos en esta muestra los pacientes que permanecieron en estudio, tuvieron un diagnóstico de cáncer sin embargo el periodo tan largo de estudio para su

etapificación fue más prolongado que la intervención psicológica y el inicio de su tratamiento se pospuso mucho tiempo después de concluidas las sesiones psicológicas.

De los pacientes que no regresaron a sus consultas médicas las 3 eran mujeres atendidas por el servicio de cáncer mama, dos de ellas reportaron dificultades económicas para seguir con su tratamiento, por ser la paciente la única fuente de sustento económico de sus familias y proveedoras de su tratamiento, pese a saber de las posibilidades de curación ya que se encontraban en etapas iniciales. La tercera manifestó ideas recurrentes de muerte ante el estadio 3 en el que se encontraba su enfermedad, por lo que priorizó buscar apoyo de sus familia que vivía en provincia para que cuando ella falleciera pudiera dejar a su hija de 3 años en buenas manos.

Estos resultados corresponden a una muestra pequeña, sin embargo se implementaron estrategias de intervención para una población con bajos recursos económicos y bajo nivel educativo, que en función de sus estrategias y habilidades se fomentó su bienestar y su capacidad de decisión sobre su vida, basados en la información individual de su situación. A partir de esta intervención se pudo observar que si bien la notificación de cáncer era una causa para su respuesta emocional también influía la restricción de recursos económicos de los pacientes, identificados por pensamientos relacionados a la búsqueda de recursos para el pago de los estudios, junto con las necesidades de sus familias. Esto sugiere que como lo mencionan algunos autores, la adherencia si se ve afectada por el nivel socioeconómico de la población, por lo que es importante tomar en cuenta los requerimientos económicos del tratamiento (Kagee y Merwe, 2006; Rosina, et al., 2003).

La adherencia terapéutica es un fenómeno multicausal, que en su estudio reciente se ha destacado la implementación de programas multimodales e individualizados a la población y características del régimen médico, de manera que incluya el reconocimiento de los fenómenos cognitivos y emocionales del paciente, así como fomentar el apoyo social, la reorganización del servicio y su ambiente, en base a los recursos con los que cuenta el paciente, con la propuesta presentada se abordaron estos elementos dentro de un contexto particular de necesidades del servicio y de los pacientes.

Con el estudio de los factores psicológicos cómo las creencias, emociones, el apoyo social percibido, la forma de enfrentar problemas de salud (estilos de enfrentamiento) ante una enfermedad crónica, se podrían implementar programas sistematizados que permitan abordar desde el momento del diagnóstico esta respuesta individual. Y establece líneas de investigación para evaluar los diferentes elementos relacionados a este fenómeno, en padecimientos y poblaciones específicas, con el objetivo de mejorar las intervenciones enfocadas a promover la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de los pacientes, por medio de su participación.

Es importante destacar el fomento de habilidades para identificar aquellos elementos de los cuales son responsables los pacientes y brindarles herramientas para su manejo, basados en la información real, junto con un equipo de salud comprometido no sólo con la lucha contra la muerte sino también con el bienestar de las personas.

Intervención en crisis grupal ante el fallecimiento de un paciente en la misma sala

El ser humano se enfrenta durante su crecimiento a cambios continuos, inicio y término de etapas, el desarrollo por si mismo plantea crisis ante las cuales las personas reaccionan de formas diferentes. Diversas disciplinas han tratado de explicar el efecto de las crisis, por ejemplo desde la perspectiva psicoevolutiva fue con Charles Darwin que se inició el estudio de la sobrevivencia de los individuos de una misma especie, destacando que muchas de las experiencias estresantes exigen un reajuste, lo que desarrolla mayor aptitud para situaciones futuras, estos cambios influyen de manera importante para la especialización y la sobrevivencia.

Erickson (Weiten y Lloyd, 1997) inició el estudio de las crisis, con el desarrollo de una teoría basada en etapas y crisis por las cuales todo ser humano transita, siendo estas últimas el marco que define el fin de las etapas. Las crisis tienen implícito un aprendizaje necesario para el desarrollo y evolución de la siguiente etapa, marcan cambios de rol social, emocional, afectivo e intelectual, lo que resalta aptitudes adquiridas y necesidades futuras. Siguiendo el desarrollo ideal, se alcanzan aprendizajes para la plenitud en todas ellas, concluyendo con la aceptación de la vida y muerte en la última de las etapas.

Es gracias a esta perspectiva evolutiva que se clasificaron las crisis en dos grandes grupos (Slaikue, 1990):

Evolutivas.- Que marcan el desarrollo normal del individuo, en estas se encuentran la transición de la infancia a la adolescencia, de la adultez joven a la vejez. Estas crisis son esperadas y se han identificado como marcadores importantes en el estudio del desarrollo.

Circunstanciales.- Se caracterizan fundamentalmente porque son inesperadas y tienen un componente ambiental importante. Como por ejemplo la presencia de una enfermedad crónica, accidentes, muerte de algún familiar cercano, despidos o cambios en el estatus laboral, desastres naturales, tecnológicos o guerras.

Con esta clasificación se conceptualizó inicialmente como más estresantes a las crisis circunstanciales, pero fueron Holmes y Rahe en 1967 (en Slaikue, 1990), que dieron a conocer una lista de los sucesos más estresantes, entre los cuales se encuentran eventos como el embarazo y el matrimonio, periodos vacacionales, las festividades navideñas, que sin ser situaciones que ponen en riesgo la integridad del individuo, son percibidas como estresantes a pesar de no tener una connotación negativa por si mismas y ser deseadas en muchos casos.

La perspectiva biologicista fomentó el estudio de las crisis basándose fundamentalmente en las características ambientales, sin embargo en las últimas 3 décadas se ha puesto énfasis en las características de las personas en el acontecimiento y en los efectos de estos sobre las personas. Por ejemplo, Carlson (1997) sugirió que la percepción de falta de control ante el acontecimiento y la percepción negativa de este por si mismo, o la percepción de peligro para la integridad del individuo, son elementos a tomarse en cuenta en el estudio de las crisis. También describió que los aspectos biológicos como la salud física y el nivel de nutrición son importantes para la respuesta que el individuo presente, con respecto al nivel de desarrollo, se enfatiza el aumento de recursos para afrontar o solicitar ayuda, la severidad del acontecimiento, es decir el grado de daño que pudo generar en las personas, el contexto social, el apoyo o respuesta social que el sujeto recibe y los antecedentes son factores que influyen en la respuesta.

La definición de crisis se ha ido modificando con el paso de los años, cada uno de los autores ha destacado aspectos intrínsecos del individuo, o bien de la situación, para Slaikeu, (1990) la crisis se caracteriza por un estado temporal de desorganización del individuo, este estado genera un nivel de incapacidad para manejar la situación problemática por medio de métodos acostumbrados.

Roberts (2000) la describe como un periodo de desequilibrio psicológico, experimentado como el resultado de un evento peligroso o una situación que constituye un problema significativo que no puede ser solucionado por estrategias empleadas comúnmente.

Kanel (1999) la define como un estado alterado de funcionalidad, en el que describe la relación entre el evento precipitante, la percepción del mismo y la poca efectividad de los estilos de enfrentamiento en una trilogía.

En años recientes se ha puesto mayor atención a los efectos de estos acontecimientos con el estudio de fenómenos como el abuso en los niños, de la violencia en contra de las mujeres, la notificación de un accidente o el fallecimiento de un ser querido, el diagnóstico de una enfermedad, la recuperación a un desastre, así como la intervención con diferentes poblaciones en ambientes hospitalarios, lo que ha propiciado la creación o adaptación de los modelos para su empleo con estas poblaciones (Calvert y Palmer, 2003; Myer y Conte, 2006; Roberts, 2000; Slaikeu, 1990).

Diversas propuestas de intervención se han generado para el abordaje de la respuesta emocional y el funcionamiento ante situaciones estresantes, desde la perspectiva psicodinámica con el modelo de Slaikeu (Slaikeu, 1990), que propone que la intervención se realice tan pronto como sea posible, ya que a mayor tiempo aumenta el riesgo para al paciente, aún así marca un rango dentro de las primeras 6 semanas posteriores al acontecimiento, la meta de la intervención es recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente, la resolución de la crisis plantea el potencial en un nivel más alto de funcionamiento al previo. El sistema triage de Crow como una herramienta de evaluación en poblaciones de pacientes psiquiátricos y sus familias y con pacientes en salas de urgencias (Calvert, Palmer, 2003), y el debriefing aplicado a situaciones de desastres o emergencias (Boudreaux, McCabe, 2001).

Otro modelo es el ABC de Kanel (1999), que es una aproximación de la técnica de solución de problemas, con la identificación de las cogniciones relacionadas con el estresor, el cual plantea un método para conducir intervenciones breves. Se contempla que los pacientes presentan un nivel de funcionamiento disminuido. El modelo consta de tres etapas básicas:

A: Desarrollo y mantenimiento del rapport

En esta fase se contempla el contacto entre el terapeuta y el paciente, el terapeuta emplea sus habilidades para establecer empatía con el paciente. En el modelo se enfatiza el uso de estrategias como el contacto visual, una conducta de escucha, postura corporal y modulación de voz, que le permita al paciente sentirse cómodo en la entrevista.

B: Identificación del problema e intervención terapéutica

Esta etapa incluye la identificación del acontecimiento y la percepción que el paciente tiene del mismo. Por medio de la identificación y descripción del suceso lo reconstruye, mientras que en la descripción de la percepción se exploran los pensamientos

relacionados con el acontecimiento y que pueden incidir directamente en el aumento de niveles de estrés que afectan la funcionalidad.

C: Exploración de los estilos de enfrentamiento

Incluye el relato de los estilos empleados durante el evento, así como la promoción de estilos alternativos con base en la experiencia del paciente en otras situaciones y la guía del terapeuta para identificar posibles estilos adaptativos, con el objetivo de mejorar el estado de bienestar del paciente.

Este modelo se ha aplicado en diversas poblaciones y motivos de la crisis como brotes psicóticos, muerte de un familiar, divorcio o separación, dependencia y abuso de sustancias, abuso infantil y violencia intrafamiliar (Kanel 1999), con lo cual se ha podido observar su eficacia a corto plazo.

Con el desarrollo de los modelos y de la necesidad de brindar apoyo en crisis, se han empleado diversas modalidades como los servicios vía telefónica o por internet, sin embargo, un principio de la intervención en crisis es mantener un proceso organizado y sistemático que permita evaluar la situación y priorizar la intervención, con el objetivo de reducir la emoción, proveer de apoyo y generar estrategias alternativas para hacer frente a la situación (Calvert y Palmer, 2003; Robert 2000). Lo anterior indica que es de suma importancia la planeación de la intervención, ya que sus beneficios requieren del reconocimiento de los elementos a abordar y la estrategia para hacerlo.

A pesar de las diferencias entre las definiciones de crisis, se ha destacado que la respuesta ante una, de no ser manejada adecuadamente puede desencadenar una serie de alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales llegando hasta el síndrome postraumático, trastornos por ansiedad y depresión, afectando la calidad y funcionamiento del individuo a largo plazo (Campfield y Hills, 2001).

La población atendida por el servicio de hematología tiene características particulares, pacientes con diversos tipos de leucemias, anemias y algunos padecimientos oncológicos como mielomas, en los cuales se observan alteraciones importantes de los componentes hematológicos e inmunológicos, con estancias hospitalarias generalmente prolongadas (entre 30 y 50 días) así como internamientos recurrentes una vez dados de alta, debido a complicaciones o a la vigilancia de los efectos de los tratamientos, además de estas condiciones tan particulares estas patologías tienen una alta mortalidad, por lo que es frecuente que los pacientes presencien el agravamiento y/o fallecimiento de otros pacientes durante alguno de sus periodos de hospitalización.

Justificación

En el servicio de hematología la mortalidad es alta y la estancia hospitalaria es prolongada por los efectos en el sistema inmunológico generados por la enfermedad y el tratamiento, por lo cual es frecuente que los pacientes vivan la experiencia del fallecimiento de otro paciente en la misma sala. Por las condiciones de hospitalización y restricciones ambulatorias similares entre las diferentes patologías los pacientes llegan a establecer relaciones cercanas entre ellos y sus cuidadores primarios. En la revisión de la literatura no se encontró un material que abordara la intervención en pacientes hospitalizados, cuya causa de la intervención haya sido presenciar la muerte de otro paciente.

Debido a las condiciones ya mencionadas se desarrolló un programa de atención psicológica para el manejo de la respuesta emocional ante el fallecimiento de un paciente en la misma sala, ya que el evento se presenta con relativa frecuencia y la atención psicológica ante este tipo de sucesos era requerida por el servicio, la modalidad grupal se estableció como estrategia para optimizar el recurso humano de psicólogos en el servicio.

Objetivo

Desarrollar un esquema de intervención en crisis grupal para pacientes hematológicos ante el fallecimiento de un paciente en la misma sala.

Objetivos particulares

Identificar los pensamientos, la respuesta emocional y las estrategias de enfrentamiento relacionados al fallecimiento.

Implementar el modelo ABC de Kanel (1999) en una intervención grupal.

Abordar el proceso de generalización ante el fallecimiento, con técnicas cognitivas y conductuales.

Participantes

Pacientes hospitalizados en la misma sala en donde falleció el paciente, que deseen participar en la intervención.

Procedimiento

Se realizó una sesión grupal con los pacientes hematológicos en la sala, antes de las 48 horas posteriores al fallecimiento. Se empleó el esquema ABC de Kanel por su estructura dirigida, para sistematizar la intervención se desarrolló un formato de registro que incluye la descripción del evento, lo que realizó el paciente ante el evento y su respuesta emocional, así como los pensamientos al cierre de la sesión, ver anexo 4.

Además del abordaje de los elementos descritos en el modelo ABC, se brindó psicoeducación con respecto a las diferentes enfermedades tratadas por el servicio de hematología, la diferencia de tratamientos y de respuesta de cada uno de los pacientes y propuestas de nuevas estrategias de enfrentamiento. La intervención tuvo una duración de aproximadamente dos horas.

Resultados

Se realizaron 6 intervenciones, con un total de 23 pacientes atendidos. Se describen los datos de la muestra en la Tabla 7.

Tabla 7. Datos descriptivos de los pacientes atendidos.

Sexo	91% mujeres 9% hombres
Edad	27.5 años
Días de hospitalización	18
Diagnóstico	95% leucemias 5% púrpuras

Los pensamientos más frecuentes se relacionaron con la identificación y posibilidad de fallecer, dadas las características similares en las que se encuentran los pacientes, se describen los pensamientos en la tabla 8.

Tabla 8. Pensamientos relacionados al fallecimiento de un paciente en la misma sala.

Pensamientos

“Yo puedo ser el siguiente”

“Voy a morir igual”

“Me va a pasar lo mismo”

Ante la incapacidad de los pacientes para salir de la sala, por las restricciones ambulatorias e inclusive de moverse, los pacientes que se encontraban enfrente al paciente que falleció pudieron describir muchos de los procedimientos médicos que le realizaron al paciente y se observó que presentaban imágenes repetitivas de lo sucedido. Mientras que los que se encontraban a los lados, recordaban lo que escucharon, sin comprender los términos médicos.

Las respuestas conductuales que describieron los pacientes fueron dificultad para dormir, pérdida de apetito, pensamientos intrusivos del acontecimiento, llanto frecuente e irritabilidad con los familiares. Es importante mencionar que los participantes reportaron en la mayoría de los casos que no comentaban con nadie lo vivido, por percibir como incontrolable la respuesta emocional (de tristeza y miedo) de episodios de llanto.

El miedo fue la emoción más frecuente, la cual se presentó en el 100 % de los casos, seguido por la ansiedad y tristeza, las cuales variaban de intensidad entre los pacientes, un factor que se sugiere esta asociado con la tristeza fue la cercanía emocional con el paciente fallecido.

En las técnicas de enfrentamiento se identificó, la distracción (rezar, pensar en otra cosa, escuchar música), la evitación (pensamientos de no pasa nada, todo está bien, esto es normal), durante la entubación y procedimientos mecánicos y posteriores al fallecimiento la distracción fue la más frecuente. Con la discusión grupal de las estrategias los pacientes identificaron formas alternativas, desde recordar las diferencias individuales de la enfermedad, tratamiento y evolución, hasta implementar actividades como bordar, escuchar música, tejer o leer.

Se implementó una discusión sobre las creencias individuales de la vida y la muerte, la incapacidad para predecir el futuro o garantizar la sobrevivencia de quienes aparentemente no están enfermos, para destacar que la incertidumbre ante la posibilidad de morir es una constante en la vida diaria, hasta que se viven experiencias que la enfatizan como el diagnóstico de una enfermedad, la hospitalización o tratamientos intensos como la quimioterapia. Esta intervención de reestructuración cognoscitiva se enfocó a señalar que sin conocer el momento de fallecer se tienen opciones para decidir cómo vivir, cómo relacionarse con los demás, qué hacer con los pendientes y cómo sentirse, para este último punto se realizó una práctica de respiración diafragmática.

En algunos casos se dio la intervención en más de una ocasión a los pacientes, debido al fallecimiento de otro paciente, y se identificó que en las sesiones posteriores era más

sencillo para los participantes hablar del evento y de sus emociones, incluso se observó que promovían la participación de para quienes era la primera intervención de este tipo.

Discusión

El estudio de las crisis evolutivas y situacionales se ha desarrollado desde ya algunos años. En las enfermedades crónicas como en el caso del cáncer, se ha destacado el efecto del diagnóstico e incluso del tratamiento en la adaptación y bienestar de los pacientes. En el ámbito hospitalario se han planteado programas de intervención en el área de urgencias. Sin embargo durante la hospitalización en el tratamiento de las leucemias, se presentan situaciones fuera del control de los pacientes, cómo son una larga estancia hospitalaria, presenciar la evolución del estado crítico de otro paciente, observar procedimientos invasivos, así cómo el uso de apoyo ventilatorio mecánico, el deterioro físico y en muchos de los casos el fallecimiento de otro paciente, que no se han estudiado.

Los pacientes hematológicos no pueden moverse de su cama durante largos periodos de tiempo, por lo que se dificulta el empleo de estrategias conductuales cotidianas aplicadas a situaciones estresantes, en este caso dadas las condiciones ambientales de ubicación de las camas, espacio físico de la sala, que propicia escuchar y ver todo el procedimiento médico, el apoyo psicológico grupal puede ser una herramienta importante para destacar los recursos eficaces individuales, promover el apoyo social inmediato y el bienestar de los pacientes aún en esos momentos.

La larga estancia hospitalaria genera en los pacientes una relación fraterna entre ellos, compartiendo en muchos de los casos igualdad de circunstancias y limitantes, genera en quienes comparten la sala un estado de empatía muy particular, se pudo observar un grado importante de identificación entre ellos, y el proceso de generalización por las características que observaban comunes, cómo estar enfermos, hospitalizados, compartir restricción de movilidad y en algunos casos medicamentos. Ante el fallecimiento de un paciente esta generalización se manifestó con pensamientos cómo: “me va a pasar lo mismo” ó “yo puedo ser el siguiente”.

Aunque no se contó con mediciones objetivas de la respuesta emocional de los pacientes posterior a la intervención, el reporte verbal de los pacientes, del equipo de enfermería y de los cuidadores primarios, indicó que los síntomas y emociones disminuyeron, también se identificó por este mismo medio que el equipo médico y las familias de los pacientes reconocieron la importancia de este tipo de intervenciones para el bienestar de los pacientes.

El manejo grupal en esta situación fue un esquema diferente de aplicación, ya que anteriormente se realizaban intervenciones individuales con cada uno de los pacientes de la sala, el abordaje grupal propició la expresión de sus emociones y pensamientos a sus compañeros desde su cama, explicando como vivieron desde ahí el acontecimiento. Las interrupciones eran frecuentes pues la dinámica de la sala se mantenía lo más normal posible con procesos de aplicación de medicamentos, sin embargo se observó un resultado importante en la sintomatología y el reporte de los pacientes que bien puede ser perfeccionado al mejorar las condiciones físicas y metodológicas de la intervención. Aunque no se cuenta con referencias de la literatura con respecto a este tema se considera que es el psicólogo el profesional indicado para realizar intervenciones enfocadas a reducir los síntomas por estrés ante el fallecimiento de un paciente, por lo cual sería conveniente seguir con el desarrollo del protocolo.

A pesar de que los psicólogos han desarrollado estrategias para fomentar la adherencia, disminuir y/o contener la respuesta emocional, la muerte es un tema poco abordado y tratado en el ámbito hospitalario con profesionales preparados, siendo esta situación frecuente en la realidad cotidiana de los pacientes de los servicios de oncología y hematología. Si bien la tanatología propone un abordaje específico, sería interesante estudiar a la muerte desde un continuo de la vida y no como un fenómeno aislado, retomar la historia del paciente, de la enfermedad, la problemática actual y los aspectos que el paciente necesite resolver en función de una visión positiva de control de cómo vivir.

En la disciplina de la psicología se han desarrollado diversos modelos que plantean el proceso de adaptación a situaciones nuevas, la importancia de los recursos, sociales, cognitivos y ambientales que contribuyen a la solución de situaciones problemáticas, es justo pensar en este sentido que la psicología puede brindar no sólo atención paliativa, sino una atención en el continuo vida-muerte que incluye el conocimiento del desarrollo humano, la historia de vida individual y la respuesta emocional ante un acontecimiento como la notificación de un tratamiento paliativo o ser observador de un fallecimiento.

PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Datos epidemiológicos del cáncer

Es un grupo heterogéneo y numeroso de enfermedades malignas, caracterizadas por una proliferación celular anormal, de origen genético, anaplásica, autónoma y destructiva que sin tratamiento conduce a la muerte. López, Torres, López y Rueda (2001) sugieren que existen más de trescientos tipos de tumores sólidos malignos en el ser humano, lo cual muestra la gran diversidad de esta enfermedad, se clasifica a las neoplasias malignas en dos grandes grupos: sólidas y líquidas.

El cáncer de mama es uno de los más frecuentes en el mundo, el 99% de los casos es en mujeres, y la mayor prevalencia es entre los 40 y 59 años de edad. Torres (1999) explica que cerca del 25% de las mujeres padecerán cáncer y de ellas el 25% será de mama. A escala mundial se estima que cada año se diagnostican aproximadamente un millón de casos y mueren por esta causa unas 372 mil mujeres (Secretaría de Salud, 2004).

Este tipo de tumor es uno de los principales estresores para las mujeres, desde la decisión de seguir en tratamiento, en el cual influyen aspectos sociodemográficos, creencias, actitudes, conocimientos, estilos de enfrentamiento y elementos de la relación médico-paciente (Rowland y Massie, 1998). En diversos estudios se han analizado los aspectos psicológicos relevantes en esta patología, Rowland y Massie (1998) reportan que el tratamiento médico quirúrgico que en la mayoría de los casos es mutilante se ha asociado con alteraciones en la imagen corporal, sentimiento de pérdida de la feminidad, disminución de la atracción y función sexual, ansiedad, depresión, desesperanza, culpa y miedo. Estos hallazgos dejan aún más clara la necesidad de intervenciones multidisciplinarias enfocadas a la salud de las pacientes y no solo al control de la neoplasia.

Entre los tumores más frecuentes en la zona de cabeza y cuello se encuentran los de la cavidad oral, faringe y laringe, la prevalencia es mayor en hombres de 50 años y más, el 52% de los pacientes tienen una supervivencia de 5 años, lo que los caracteriza como tumores de baja malignidad. Entre los factores asociados el más destacado es el uso de tabaco en cigarrillos o masticación como se da en algunas regiones del mundo (Moadel et al., 1998). La desfiguración y alteración en la función son procesos a los cuales los pacientes tienen que enfrentarse, alterando la imagen corporal y la autoestima, además de someterse a un largo proceso de rehabilitación.

En el caso del cáncer cervicouterino es una de las principales causas de muerte de mujeres de entre 35 y 60 años de edad, de acuerdo con la OMS cada año se reportan alrededor de 500 mil nuevos casos en el mundo y el 80% se encuentran en países en desarrollo, durante el 2006 alrededor de 800 mujeres murieron cada día en el mundo por esa causa (Juárez, 2007). En México es la primera causa de muerte por tumores malignos, se estima que desde 1999 mueren un promedio de 12 mujeres por día (Juárez, 2007; Ponce et al., 2001). Este tipo de tumores se han asociado con estigmas sociales de reproducción y responsabilidad sexual, con frecuentes sentimientos de pena, vergüenza y culpa, como aspectos que influyen en el monitoreo y en la búsqueda de atención médica (Auchincloss y McCartney, 1998).

Los tumores líquidos o leucemias, comprenden un grupo heterogéneo de alteraciones mielocíticas o linfocíticas, crónicas o agudas de diferentes células del sistema hematopoyético (Petridou y Trichopoulos, 2002). Se clasifican sobre la base del tipo de células afectadas y en el estado de maduración de las células, por el curso son:

a) agudas, con presencia de células muy inmaduras (leucemias blásticas) y velocidad de resolución rápida y mortal.

b) crónicas, inicialmente presentan leucocitos bien maduros con una velocidad de resolución mucho más lenta (Leing y Kai en Word, 2000).

La causa de tal alteración se desconoce en la mayoría de los casos, sin embargo, en adultos se ha asociado con factores de riesgo como el uso de tabaco, alcohol y algunas infecciones por virus, en niños se ha asociado con bajo peso al nacer y uso de hormona del crecimiento. Está demostrado que la leucemia no es un padecimiento hereditario o contagioso, se ha descrito el estudio de algunos otros factores cómo la exposición a radiación y substancias tóxicas que afecta de manera similar a distintos grupos de edad y raza (Petridou y Trichopoulos, 2002).

La leucemia linfoblástica aguda infantil (llamada también leucemia linfocítica aguda o LLA) es el tipo de cáncer más común en los niños, generalmente empeora rápidamente si no se administra tratamiento. Los linfocitos en la LLA no controlan las infecciones y a medida que aumenta la cantidad de linfocitos en la sangre y la médula ósea, disminuye la capacidad para los glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas sanas. Esto puede incrementar el riesgo de infecciones, anemia y hemorragia fácil (Linker, 2005).

La hematología trata todas las alteraciones del sistema hematopoyético incluyendo las leucemias, las anemias (que es la alteración de los componentes nutricionales en la sangre) y púrpuras (que comprenden alteraciones de producción, calidad y función de las plaquetas), sin embargo las leucemias requieren de tratamientos inmediatos, largos, intensos y costos que pueden comprometer la vida del paciente por su alta toxicidad y que afectan la calidad de vida del paciente y su familia (Linker, 2005).

SERVICIO DE ONCOLOGÍA

Tenía al momento de la rotación 8 médicos adscritos, quienes rotaban por las clínicas de: tumores ginecológicos, de cabeza y cuello, mixtos y mama, se proporcionaba también el servicio de oncología médica dedicada a la prescripción y aplicación de quimioterapias junto con el servicio de radiología para la aplicación de radioterapia. El servicio de oncología tiene un área propia de urgencias y sala de espera. Durante el tiempo de la rotación se encontraban en el servicio 11 residentes médicos de oncología.

Líneas de autoridad

El residente de medicina conductual tuvo como primera autoridad al médico adscrito de la clínica en la que rotó, junto con el jefe del servicio, el supervisor *in situ* fue el jefe de psiquiatría Dr. Ricardo Gallardo Contreras.

Actividades desarrolladas

El servicio de oncología atiende una población importante, en consulta externa por clínica se atiende en promedio 20 pacientes por día, además de los procedimientos quirúrgicos programados (biopsias y cirugías) y de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia. El servicio contaba antiguamente con 4 residentes de psicología en la rotación presente sólo se asignaron tres residentes, lo cual implicó un reajuste de actividades, aumentando la demanda constante de intervenciones de diversa índole, desde intervenciones en crisis para procedimientos invasivos, hasta el trabajo con los familiares de pacientes paliativos hospitalizados.

CASO CLÍNICO. SERVICIO DE ONCOLOGÍA

Nombre: María

Sexo: Femenino

Edad: 27

Escolaridad: 1º. secundaria

Ocupación: Estilista

Estado civil: Divorciada

Número de hijos: 1 niño (9 años)

Religión: Católica

Lugar de nacimiento: Estado de México

Lugar de residencia: Estado de México

Lugar que ocupa: 1/3

Padecimiento médico: nódulo en mama derecha.

Motivo de consulta

Paciente referida por enfermería, debido a que la enfermera observa que llora al salir de la consulta en la cual se les informa del día de su intervención quirúrgica (toma de biopsia, su madre y ella serían intervenidas el mismo día, la madre por nódulo de mama sospechoso a cáncer y ella por nódulo en mama derecha). Al mencionarle el servicio de psicooncología se muestra interesada.

La paciente refiere sentirse muy nerviosa al acudir al servicio de oncología durante el proceso de estudio, piensa que le puede dar cáncer como a su mamá y pasar por lo que pasan los demás pacientes (adelgazamiento, pérdida del cabello, etc), le sudan las manos cuando asiste al hospital y desde que acude al servicio de oncología se percibe más irritable “regaña a mi hijo por cualquier cosa” (sic. paciente).

Impresión y actitud general

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica, complexión ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño, actitud cooperadora con llanto fácil durante las sesiones, se observa un tatuaje en los nudillos de la mano izquierda (Pili).

Antecedentes de importancia

Su infancia la recuerda como triste debido a que desde que ella recuerda “siempre hubo gritos y golpes en casa” (sic. paciente) la violencia entre los padres la recuerda relacionada con el alcoholismo de ambos, cuando el papá llegaba borracho le gritaba a la mamá y en alguna ocasión la golpeó, la madre se desquitaba con sus tres hijas, ella era la que trataba de proteger a las más pequeñas, “no me gustaba que les pegaran, así que trataba de cuidarlas” (sic. paciente). La relación con la madre la recuerda distante, la paciente refiere no haberse sentido querida por su mamá ya que la regañaba con frecuencia por ensuciarse, jugar con sus hermanas, bajar calificaciones, “es una mujer muy fría” (sic. paciente). La relación con el padre fue más cordial y cercana, “a pesar de tomar, nunca nos gritaba, ni nos pegó, nos llevaba de paseo y nos divertíamos con él” (sic, paciente).

Desde los 7 años se hizo cargo de sus hermanas, ella les daba de comer, las bañaba y las cuidaba, pues su mamá salía poco después de que el papá salía a trabajar y regresaba 15 o 20 minutos antes de que él llegara. La relación con las hermanas la percibe cercana desde la infancia, “me veían como su mamá” (sic. paciente).

Su desempeño académico fue bueno (promedio de 9), hasta que fue abusada sexualmente por un tío (medio hermano del papá), a la edad de 9 años, “no lo dije porque mi mamá no me creería y mi tío amenazó con lastimar a mis hermanas” (sic. paciente), después de este evento no podía concentrarse en la escuela, pensaba que nadie la podría ayudar, los estudios le dejaron de interesar, bajó su promedio a 6, se

volvió retraída y se aislaba en la escuela, “no recuerdo haber tenido amigas después de eso” (sic. paciente)

A la edad de 15 años un amigo de su mamá que vivía en su casa intentó abusar de ella “le dije a mi mamá pero no me creyó” (sic. paciente), busca ayuda de su novio quien le propone matrimonio, cuando le pidió permiso a su mamá para casarse le dijo que no, pensó que la única opción que tenía para poder salir de su casa era embarazarse, ya sabía que ante esa situación la mamá no podría negarse. María dejó la escuela porque se embarazó, ella manifiesta no haberse enamorado pero vio como opción el matrimonio para cambiar su vida, “tenía mucha ilusión de que mi vida fuera diferente con mi esposo, sin gritos ni pleitos” (sic. paciente) se casó y se fue a vivir a casa de los padres de él, a los 9 meses se separó de su esposo porque la golpeaba, no trabajaba y le fue infiel, regresó a casa de sus padres, no hubo ningún problema cuando regresó a su casa, ella esperaba reclamos, pero ambos padres se mostraron de acuerdo de que regresara, la apoyaron para que estudiara para estilista a lo cual se dedica actualmente.

Ella vive en un departamento independiente arriba de la casa de su mamá, con su hijo. La relación con sus hermanas sigue siendo buena pero con su mamá discute mucho “dice que soy muy rebelde, que nunca estoy de acuerdo con ella, porque no hago lo que ella quiere” (sic. paciente) sin embargo María refiere que cuando esto sucede su mamá le recuerda sus errores (haberse casado) a María esto le molesta mucho, piensa que no es justo recordarle el pasado, sin embargo no se lo ha dicho a su mamá, y para no seguir discutiendo la paciente se aleja “me voy para no tener problemas” (sic. paciente) .

Con su padre percibe una relación cercana, a pesar de que ya no vive en la casa materna desde hace 15 años, pero describe que están en contacto “nos llamamos todos los días” (sic. paciente) y percibe adecuado apoyo por parte de él.

Historia médico psiquiátrica

No refiere enfermedades de importancia durante la infancia, niega alérgicos y traumatismos

A pesar de las situaciones difíciles (violencia en casa, abuso e intento de abuso sexual, divorcio) no ha recibido ayuda psicológica profesional.

María refiere sentirse triste desde que tenía 17 años, “desde que mi esposo empezó a golpearme” (sic. paciente), no ha tenido ningún intento suicida, sin embargo refiere haber tenido ideas de muerte y haber pensado en aquella época en matarse con pastillas, describe que desde entonces dos o tres veces por semana se siente triste, no querer salir, no tener ganas de hacer nada, solo querer dormir, sin embargo nunca ha dejado de realizar sus actividades por esta apatía, “hago todo lo que tengo que hacer, pero me aíso de la gente, no hablo con nadie quiero estar sola” (sic. paciente). No ha estado bajo tratamiento psiquiátrico sin embargo por la información de medios televisivos María considera que está “deprimida”, compró unas pastillas, que vio en televisión para la depresión pero le da miedo tomarlas porque piensa que se puede volver adicta a ellas.

Examen mental

Impresiona un estado de conciencia alerta. Presenta humor triste el cual es congruente con su afecto deprimido, presenta llanto fácil en las sesiones, procesos de atención y concentración sin alteraciones, memorias conservadas, orientada en tiempo, espacio y persona, el lenguaje es coherente y fluido, juicio sin alteraciones.

Padecimiento actual

María presenta nódulo mamario desde hace 5 años no le había dado importancia ya que su mamá también tiene una bolita, pero hace aproximadamente 3 meses la mamá

refirió dolor, por lo que inició la búsqueda de atención médica, un médico particular le comentó la posibilidad de que fuera cáncer, desde entonces María piensa que le puede pasar lo mismo “si ella tiene cáncer yo también lo puedo tener, dicen que se hereda” (sic. paciente), la paciente reporta que cada vez que asiste al hospital o escucha a su mamá hablar de la bolita ella se siente nerviosa “me sudan las manos y no puedo dejar de pensar que me puede pasar lo mismo” (sic. paciente) hace un mes llegaron al servicio de oncología buscando una segunda opinión, María acompaña inicialmente a su madre, pero decide iniciar su proceso de estudio.

Refiere preocupación por la posibilidad de desarrollar cáncer y sufrir como los pacientes del servicio, desde entonces ella se percibe más irritable, “regaña más a mi hijo, me desespero con mucha facilidad” (sic. paciente).

El análisis funcional cognoscitivo emocional se muestran en la Tabla 9.

Tabla 9. Análisis funcional cognoscitivo emocional

A	B	C
Asistir al hospital	Mi mamá empezó con una bolita Me puede pasar lo mismo que a mi mamá Me va a dar cáncer Voy a sufrir	Irritabilidad Sudoración de manos Ideas recurrentes sobre desarrollar cáncer Tristeza Llanto Aislamiento Regaña a su hijo
Escuchar a su mamá hablar de su bolita	Me puede pasar lo mismo que a mi mamá Me va a dar cáncer Voy a sufrir	Irritabilidad Ideas recurrentes sobre desarrollar cáncer Tristeza Llanto Aislamiento Regaña a su hijo
Ver a los pacientes en la sala de espera	Voy a sufrir	Sudoración de manos Ideas recurrentes sobre desarrollar cáncer Tristeza Llanto Aislamiento

Se aplicó el inventario de ansiedad y depresión de Beck, obteniendo en ansiedad un total de 18 puntos (ansiedad moderada) con mayor frecuencia de síntomas de sudoración, palpitations y movimiento de piernas y manos.

En depresión obtuvo una puntuación de 21, depresión moderada, los aspectos de mayor intensidad fueron: dificultad para tomar decisiones, preocupaciones por problemas de salud, irritabilidad, pensamientos de fracaso constante y dificultades para dormir.

Diagnóstico multiaxial en base al DSM IV por ejes:

Eje I. Trastorno adaptativo mixto

Eje II Sin trastorno

Eje III Nódulo benigno en mama derecha

Eje IV Relativos al grupo primario de apoyo

Eje V 90

Con base en el diagnóstico de trastorno adaptativo mixto (con síntomas ansiosos y depresivos) y con el aumento de la sintomatología desde que inició el proceso de estudio en el servicio de oncología, se planteó el objetivo de disminuir la respuesta emocional de ansiedad y tristeza, para lo cual se estableció la siguiente estrategia terapéutica.

- Intervención en crisis
- Psicoeducación con respecto al proceso de estudio y a la importancia de conocer el diagnóstico.
- Respiración diafragmática
- Evaluación de ansiedad y depresión
- Reestructuración cognoscitiva
- Fomento de estrategias de enfrentamiento más adaptativas

Se proporcionó intervención en crisis ante la posibilidad de tener cáncer, en la primera sesión, también se dio psicoeducación con respecto a la diferencia entre neoplasia benigna y maligna. Con el análisis conductual de los episodios depresivos se identificó que éstos se presentaban cuando discutía con su mamá, con pensamientos automáticos de “ella no me quiere”, “no le intereso a nadie”, “no valgo” (sic.paciente). Se identificó que la frecuencia de la sintomatología de tristeza se presentó desde el intento de abuso sexual, haciéndose más frecuente e intenso ante situaciones estresantes.

Durante la espera del resultado de la biopsia se trabajó en relajación con respiración diafragmática para disminuir los síntomas físicos y la respuesta agresiva hacia su hijo, ante la cual la paciente respondió muy bien. Con un estado emocional menos intenso se trabajó en detención del pensamiento para los pensamientos automáticos, la respuesta emocional relacionada con la reactividad para discutir con su madre disminuyó. El resultado de la biopsia fue benigno sin embargo el tratamiento era quirúrgico. Se trabajó en la preparación para el evento quirúrgico aunque era una cirugía mayor, su recuperación en el hospital no ameritaba más de dos días. La madre fue operada el mismo día, sin embargo el resultado transoperatorio de ella resultó ser un tumor maligno, esta noticia cambió la dinámica de la familia, por lo que asistió a sesión dos veces más, para cierre de la terapia pues ella se convertiría en la proveedora ante la enfermedad de la madre, y su necesidad de trabajar le impedía mantener la terapia.

Aunque la intervención se enfocó a manejar la problemática de salud, la paciente identificó la relación entre sus pensamientos y los estados de tristeza, no se pudo realizar un seguimiento con respecto a esta situación debido al abandono a la terapia.

Actividades profesionales

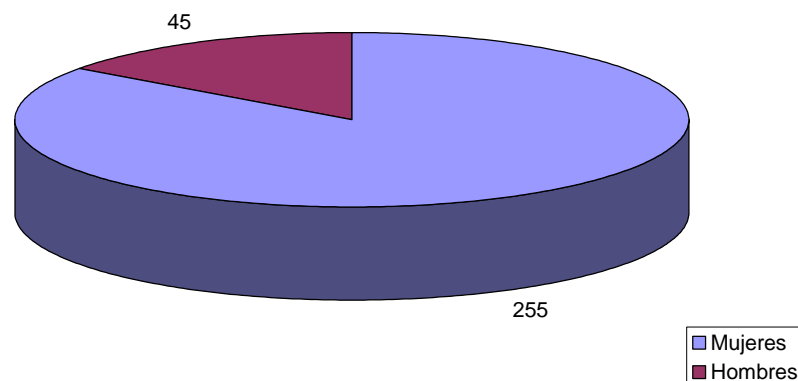
Las intervenciones con pacientes hospitalizados se enfocaron a la atención por: a) prolongada estancia hospitalaria (con más de 4 días) para evaluar su estado emocional y en caso de ser necesario brindar psicoeducación con respecto al tratamiento y/o procedimientos, b) ante complicaciones en el estado del paciente durante los procedimientos médicos que requerían de mayor tiempo de hospitalización y/o cambio de tratamiento, se proporcionó psicoeducación y entrenamiento en relajación para facilitar la toma de decisiones c) el estado emocional del paciente (síntomatología depresiva o ansiosa) que dificultara los procedimientos o comunicación con el equipo médico o d) por tratarse de casos paliativos. La gran mayoría de las intervenciones con los pacientes hospitalizados incluyó trabajo conjunto con el cuidador primario y/o la familia.

En la gran mayoría de estos casos se emplearon las técnicas de intervención en crisis, reestructuración cognoscitiva, entrenamiento en relajación y psicoeducación con el paciente, con la familia la intervención se enfocó a la toma de decisiones ante casos de complicaciones o notificación de cuidados paliativos, se intervino básicamente con intervención en crisis y solución de problemas.

En el área de consulta externa fueron canalizados los pacientes ambulatorios de primera vez para participar en el protocolo de adherencia terapéutica que se describió anteriormente, y para proporcionar intervenciones en crisis ante la notificación de recaída o respuesta no favorable ante el tratamiento.

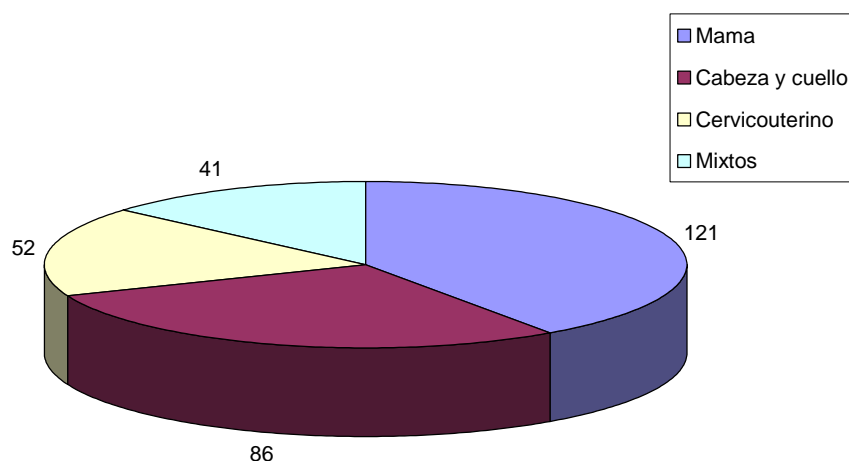
Se atendieron en total 300 pacientes durante el periodo de febrero a agosto, la media de edad fue de 40.3 años para las mujeres y 47.8 para los hombres. En la Figura 5 se observa la distribución por sexo.

Figura 5. Distribución por sexo de pacientes atendidos en el servicio de oncología



Durante este periodo se rotó en los servicios de tumores ginecológicos, cabeza y cuello y mama, aunque también se atendieron pacientes de tumores mixtos, debido a la demanda de atención en el servicio. Como se puede observar en la Figura 6, el mayor número de pacientes atendidos fue del servicio de mama. La población atendida en este servicio fue en su totalidad de mujeres, con una media de edad de 45 años.

Figura 6. Distribución de pacientes atendidos por clínica



Del total de las intervenciones realizadas en el servicio de oncología la más frecuente fue la intervención en crisis con un 38%, ésta se proporcionó en consulta externa en la sala de urgencia y de quimioterapia, y los motivos fueron la confirmación de un diagnóstico de cáncer, el inicio del tratamiento y la notificación de recaída, con estos pacientes se promovió el servicio como un apoyo posterior en psicoterapia.

Se observó que la confirmación de tratamiento con quimioterapia generó intensas reacciones de miedo y angustia en la mayoría de los pacientes, esto se puede explicar por la relación observada entre los comentarios que los pacientes escuchaban en la sala de espera sobre los efectos secundarios del tratamiento y dichas emociones. Ya que muchos de los pacientes refirieron tener presente la imagen de pacientes sin pelo y/o muy deteriorados físicamente de la sala de espera, además de escuchar constantemente que la quimioterapia genera náuseas, vómitos y malestar importante. Además, siempre cabe la posibilidad de que el tratamiento no sea efectivo.

La psicoeducación fue la segunda estrategia terapéutica más frecuente con un 25% del total de las intervenciones, y ésta se basó fundamentalmente en la historia natural de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos, se apoyó en muchas de estas sesiones con la participación de los médicos, para reforzar aspectos particulares como el tipo de tumor, estadía y evolución individual.

Las sesiones familiares constituyeron el 20% de las intervenciones, en su gran mayoría se brindaron ante casos paliativos. Este tipo de intervención es uno de los más solicitados por el servicio, pues es frecuente que lleguen pacientes en estado crítico que ante el estado tan avanzado de la enfermedad sólo se les proporcione atención médica para estabilizar su estado, disminuir el dolor y los malestares, enviándolos nuevamente a casa, con todo lo que esto implica para la familia.

SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

El servicio de hematología tenía tres médicos adscritos, el servicio atiende adultos y niños. Durante el tiempo de la rotación se encontraban en el servicio 2 residentes médicos en adultos y 1 residente en pediatría. La canalización de pacientes era directamente del médico adscrito que realizaba el pase de visita diariamente.

El servicio de hematología contaba anteriormente con sólo un residente de medicina conductual, sin embargo ante la demanda del servicio, en promedio de 24 pacientes hospitalizados se solicitó un residente más.

Actividades profesionales

Las actividades incluyeron el pase de visita diario al piso con el equipo médico, en ese momento se detectaban los motivos de intervención, los más frecuentes fueron: prolongada estancia hospitalaria (de más de 15 días), realización de procedimientos invasivos (aspirado de médula ósea, biopsia de hueso), fomentar el cumplimiento por parte de la familia de alguna de las indicaciones médicas (cómo donación de plaquetas y/o sangre), que el estado emocional del paciente dificultara los mismos (por trastornos adaptativos o por dificultades de comunicación con el equipo médico), intervención en crisis ante el fallecimiento de algún paciente o por diagnóstico de casos paliativos, la gran mayoría de las intervenciones con los pacientes hospitalizados implicaba también trabajo con el cuidador primario. Las intervenciones se realizaban una vez terminado el pase de visita.

Se realizó semanalmente una sesión con los cuidadores primarios de los pacientes hospitalizados, con una duración de una hora, con el objetivo de proporcionar información específica en el tratamiento de los pacientes y aumentar la participación del cuidador primario en éste.

Se invitaba a los cuidadores primarios de los pacientes hospitalizados y se les daba a conocer el tema a tratar, una vez reunidos se exploraba el nivel de conocimientos o información que tenían para posteriormente proporcionar la información o aclarar dudas, algunas ocasiones fue el médico residente o la enfermera del laboratorio de plasma aféresis quienes apoyaban con la información del procedimiento. Al final se les pedía a los pacientes que explicaran al grupo lo que habían entendido y se resolvían dudas. Los temas que se abordaron fueron medidas de higiene en el hospital, logística para la donación de plaquetas, respuesta emocional en cuidadores primarios y entrenamiento en relajación. Los temas se repetían de acuerdo con el ingreso de nuevos pacientes y la necesidad del servicio para contar con el apoyo de la familia en el tratamiento del paciente.

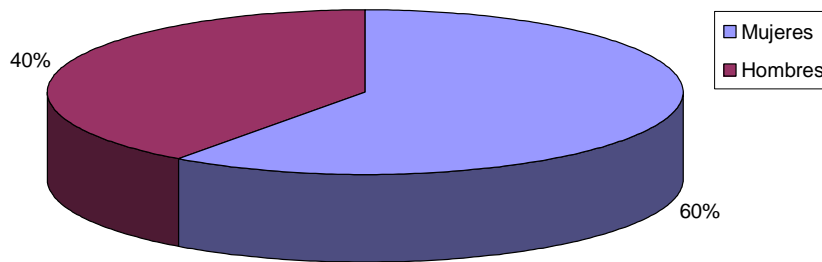
Estas reuniones grupales fueron abiertas y el número de asistentes varió entre 3 y 10, aunque el objetivo no fue promocionar el servicio de psicología, se observó que los familiares identificaban y abordaban a los residentes para aclarar dudas o comentar alguna situación lo que mejoró la aceptación de las intervenciones de psicología tanto con los cuidadores primarios como con los pacientes.

La población atendida incluyó adultos y niños, se trabajó con un total de 375 pacientes durante el semestre el 80% de las intervenciones fue con los adultos debido a que la población atendida es mucho mayor. El trabajo desarrollado en pediatría fue principalmente de psicoeducación, terapia ocupacional y entrenamiento en relajación para procedimientos médico invasivos, se trabajó con 11 pacientes con una media de edad de 11 años y el 60% fueron del sexo femenino. También se trabajó en contención emocional y psicoeducación con el cuidador primario que en el 90 por ciento de los casos era la madre.

De los 364 pacientes adultos atendidos la media de edad fue de 34.7 años. En la Figura 7 se muestra la distribución de los pacientes atendidos por sexo, la población

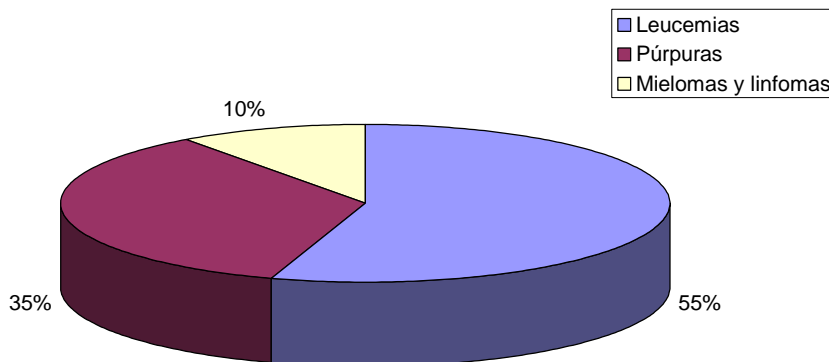
femenina que se atendió fue por leucemia linfocítica aguda y púrpura trombocitopénica idiopática.

Figura 7. Distribución por sexo de los pacientes atendidos



La distribución por patología se muestra en la Figura 8, el 55% lo comprendió las leucemias incluyendo linfocíticas y mieloides, el 35% fueron enfermedades autoinmunes comprendidas fundamentalmente por púrpuras trombocitopénicas autoinmunes e idiopáticas y el 10% fueron mielomas y linfomas.

Figura 8. Distribución de pacientes por patología



Del total de las intervenciones con adultos la psicoeducación fue la más frecuente con el 48%, esta incluyó información de la enfermedad y de los requerimientos de donación de sangre y/o plaquetas, la intervención en crisis abarcó el 35% ya que la mortalidad es alta en estos padecimientos, así como la recaída a largo plazo, y por último la aplicación específica de una técnica cognitiva como balance decisional, reestructuración cognitiva o solución de problemas se aplicó en el 17% de los pacientes atendidos.

Se creó un folleto con el mapa del hospital ubicando los diferentes servicios a los cuales los pacientes de hematología deben asistir, como banco de sangre, consulta externa de hematología y zona de hospitalización adultos y pediatría, con el objetivo de disminuir la posibilidad de que los pacientes se pierdan y falten a las consultas o a la donación de sangre o plaquetas ver anexo 5.

Actividades Académicas

Se recibió clases en cada uno de los servicios como parte del proceso de formación, para la revisión de temas como la etiología, síntomas, etapificación y tratamientos para los distintos tumores y patologías hematopoyéticas.

La supervisión *in situ* incluyó revisión de la evaluación clínica de los pacientes, diagnósticos diferenciales y material para el trabajo terapéutico en grupo con corte psicodinámico, también se participó en las sesiones clínicas del departamento de psicología, con la presentación de un caso clínico de interés.

En la supervisión académica se recibió asesoría para la elaboración de los protocolos, se revisó bibliografía de metodología, y técnica para casos difíciles, además de temas sobre manejo de duelo, síndrome de burnout y comunicación de malas noticias.

Competencias profesionales alcanzadas

Los servicios de oncología y hematología son espacios en los cuales el psicólogo realiza actividades cotidianas que promueven competencias como: el trabajo en equipos multidisciplinarios, exposiciones ante grupos de diversas profesiones relacionadas al área de la salud en las que se enmarca la actividad del psicólogo en el ámbito hospitalario, creatividad para la adaptación de técnicas a poblaciones con características particulares, manejo de grupos y capacidad para establecer intervenciones terapéuticas en espacios no óptimos para este fin.

Los protocolos realizados propiciaron el desarrollo de competencias de investigación y adaptación de las técnicas para la población a la cual se enfocaron, así como evaluación de las mismas en el contexto hospitalario.

Evaluación del primer año de residencia

Tanto el servicio de oncología como hematología son un excelente espacio para desarrollar habilidades en los residentes de medicina conductual, ya que el trabajo cotidiano con pacientes con enfermedades crónicas, permite emplear los recursos institucionales, por medio de programas, estrategias y herramientas adecuadas para ésta población. Además de que un escenario como el Hospital Juárez de México proporciona el abordaje en las condiciones reales de la población mayoritaria en México, como el bajo nivel educativo y socioeconómico, la dificultad para acceder a servicios de salud especializados al presentar enfermedades costosas que alteran la vida del paciente y su familia, son situaciones que deben de tomarse en cuenta al estudiar una población e implementar una intervención. Estas condiciones son retos en los servicios en los cuales se rotó.

Los protocolos presentados surgieron de la demanda del servicio, y si bien presentaron dificultades para su realización el objetivo fue establecer estrategias que beneficiaran a los pacientes. Es importante mencionar que un elemento a considerar para la implementación de programas de intervención en los servicios de oncología y hematología es el nivel de malestar o dolor que llegan a presentar los pacientes, además de la alta mortalidad en estas patologías, algunos programas plantean intervenciones largas, sin considerar que en muchas ocasiones los pacientes no están en condiciones físicas de hablar, interactuar o contestar cuestionarios o bien fallecen antes de concluir una intervención teórica interesante pero que no se ajusta a las necesidades y características de la población. Si bien se considera que los protocolos tuvieron un alcance aceptable ya que en los resultados se pudo observar una mejoría en el bienestar de los pacientes, por medio del reporte de ellos mismos, considero que conforme se repliquen se podría mejorar la medición de síntomas o indicadores subjetivos.

En cuanto a las actividades académicas y la supervisión, las clases médicas y la supervisión académica fueron de gran utilidad, ya que para la intervención con los pacientes era necesario conocer los términos y evolución natural de las patologías, la supervisión académica facilitó la aplicación de técnicas específicas basadas en las necesidades de cada uno de los servicios. Aunque la supervisión *in situ* se mantuvo constante no fue de gran utilidad en cuanto a la aplicación de sus contenidos, ya que el enfoque no fue cognitivo conductual.

La experiencia de atender a una población que presenta una enfermedad crónica, costosa e incapacitante en muchos casos, observar la influencia de la relación médico paciente tradicional, la respuesta emocional ante eventos estresantes y la evolución de cada uno de los pacientes, son retos a los que se enfrentan todos los profesionales de la salud relacionados con un medio hospitalario. Vivir la experiencia de la residencia en servicios del Hospital Juárez de México me proporcionó la perspectiva del trabajo multidisciplinario de salud, en el cual la creatividad y los conocimientos, van de la mano para hacer frente a condiciones que distan mucho de lo planteado en los libros, enfocando los esfuerzos para generar intervenciones efectivas para el bienestar de los pacientes dentro del marco de una realidad nacional a la que hay que enfrentar con profesionalismo y ética.

Las competencias alcanzadas permitieron el desempeño profesional acorde con las demandas actuales de atención en salud, trabajo multidisciplinario, implementación de técnicas adaptadas a poblaciones particulares, intervenciones enfocadas a fomentar el bienestar de los pacientes y sus familias, basado en los recursos del paciente, del equipo de salud y de la familia. Con un compromiso a largo plazo para mantener y mejorar las intervenciones.

SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

Insuficiencia crónica terminal y trasplante renal

La enfermedad renal crónica representa uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI, tanto por su elevada prevalencia, como por su importante morbilidad y mortalidad cardiovascular, con los costos sociales y económicos que esto implica. En México la insuficiencia renal es una de las principales causas de atención hospitalaria ocupando el cuarto lugar en hombres y el décimo lugar en mujeres. Así mismo se reporta una mortalidad hospitalaria en el décimo lugar en hombres y el octavo lugar en mujeres en el sector público del sistema nacional de salud (Encuesta Nacional de Salud, 2000).

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) es una enfermedad que incluye un sin fin de aspectos físicos, ya que la alteración en la función de los riñones afecta diversos sistemas y órganos a corto y largo plazo, se cuenta actualmente con tres tipos de tratamientos para su atención: diálisis, hemodiálisis y trasplante renal, estos tratamientos proveen la disminución de los síntomas y aumentan la esperanza de vida (Welch, en Wainwright, Fallon y Gould, 1999). Los pacientes con IRCT presentan las mismas condiciones que un paciente con enfermedad crónica con la diferencia que su tratamiento durará indefinidamente, ya sea diálisis, hemodiálisis o el trasplante renal. Todos los tratamientos presentan cierto grado de limitación y efectos secundarios o complicaciones a largo plazo, por lo que los pacientes saben o descubren con el paso del tiempo que pueden transitar por todos ellos.

Antes de 1970 muy pocos pacientes recibían tratamiento sustitutivo debido a que no se contaba con centros o instituciones que brindaran el servicio, pero a pesar del aumento en el número de estos centros y de los avances en el conocimiento y técnicas para el tratamiento de la IRCT, muchos de los pacientes siguen presentando síntomas importantes de astenia y malestar general, enfermedad cardiovascular progresiva, neuropatía periférica y autonómica, enfermedad ósea y disfunción sexual (Danovitch, 2002). La hemodiálisis es la técnica más usada como tratamiento sustitutivo, dura aproximadamente entre 2.5 a 5 horas y se aplica habitualmente tres veces a la semana, para su aplicación se requiere de una fístula arteriovenosa (A-V) autóloga. Entre los efectos secundarios del procedimiento se han identificado aumento de fatiga y malestar general, hipotensión, náuseas y calambres musculares (Welch en Wainwright, Fallon y Gould, 1999).

La diálisis peritoneal es otro tratamiento en el cual los solutos se eliminan por difusión a través de una membrana semipermeable en un dializador, o riñón artificial, a través de un circuito extracorpóreo. El acceso a la cavidad peritoneal se consigue mediante la colocación quirúrgica de un catéter, frecuentemente denominado de Tenckoff. La cirugía se realiza varias semanas antes de iniciar el tratamiento y posteriormente se entrena a los pacientes para realizar su propia diálisis. La mayoría de los estudios demuestran que la calidad de vida de los pacientes que reciben diálisis peritoneal supera a la de los pacientes que reciben hemodiálisis (Danovitch, 2002).

De las tres estrategias de tratamiento el trasplante renal es la opción que brinda al paciente la mayor posibilidad de independencia, consiste en la sustitución de un riñón para mejorar la calidad de vida del paciente y en la actualidad es el tratamiento con mayor porcentaje de éxito, que va de un 85 a un 65 por ciento a mediano y largo plazo dependiendo de la fuente del injerto (donador vivo o cadavérico), el trasplante facilita la incorporación del paciente a una vida productiva (López-Martínez et al., 2004). Desde 1995 ha aumentado el número de trasplantes en poblaciones infantiles, con informes de un 90 por ciento de éxito, con una sobrevida del 94 al 97 por ciento a 5 años en comparación del 75 al 87 por ciento con diálisis (Rianthavorn, Ettenger, 2005).

La mayoría de los datos que comparan las tasas de supervivencia de los pacientes tratados con hemodiálisis, diálisis y trasplante renal procedente de cadáveres sugieren que el estado de salud del paciente antes del tratamiento, es el factor más importante que determina la supervivencia en lugar de la modalidad de tratamiento por sí misma, por lo que es de suma importancia la adherencia al tratamiento desde el diagnóstico, pues esto incide directamente en el estado físico (Danovitch, 2002). Por lo tanto la adherencia es un aspecto imprescindible de estudiar y abordar, desde la notificación de la enfermedad y durante el tratamiento, los pacientes con insuficiencia renal tienen importantes restricciones en la ingesta de líquidos y el consumo de cloruros, además de regímenes de medicamentos a largo plazo para contrarrestar la anemia y la descalcificación.

Cuando se identifica el trasplante como la opción de tratamiento a seguir, el receptor potencial es evaluado por el equipo del trasplante para determinar si es candidato adecuado, con una serie de estudios y la valoración de diversos especialistas, para controlar posibles complicaciones por comorbilidad. También se estudia la compatibilidad entre el donante y el receptor, que va desde el tipo de sangre, hasta la respuesta inmunológica, en caso de ser una donación de vivo relacionado el donante se somete a una valoración igual de minuciosa que el receptor, tanto médica como psicológica (Pardo-Castro, Vázquez, González, Bazán-Borges, 2003).

En el área de la salud mental se contempla la valoración de aspectos como ansiedad, depresión, motivación al trasplante, adecuada adherencia terapéutica, entre otros. La adherencia es una piedra angular para el trasplante ya que el paciente se somete a un tratamiento con inmunosupresores para evitar el rechazo del injerto, pero esta disminución en la respuesta inmune es tan pronunciada que se pone en riesgo la vida del paciente si no se siguen las indicaciones de aislamiento e higiene adecuadamente, por lo que un historial previo de poca adherencia es un indicador de alto riesgo para la pérdida del injerto, e inclusive un factor de riesgo para la vida, (Alcázar-Olán et al., 2000; Binet et al., 1997).

Entre las intervenciones psicológicas realizadas con los pacientes con IRCT y pacientes trasplantados se encuentra la valoración para el trasplante con la aplicación de diversas baterías de pruebas psicológicas y entrevistas estructuradas, entre los factores a evaluar se encuentran psicopatología, depresión, ansiedad, motivación al trasplante, información sobre el procedimiento quirúrgico y tratamiento inmunosupresor y apoyo social (Alcázar-Olán et al., 2000; Binet et al., 1997; Walter, Papachristou, Danzer, Klapp, Frommer, 2004, Ziegelmann et al., 2002). Estas evaluaciones han generado propuestas de programas de educación para el paciente y la familia y manejo emocional para la ansiedad y depresión (Clarke y Butler, 2004; Rojano-García, Bazán-Borges, Alcázar-Olán, Reynoso-Erazo y Mercado-Corona, 2001).

Se ha generado también una amplia gama de investigación de las variables relacionadas a la adherencia terapéutica y programas de intervención para el fomento de la misma, en los cuales se retoman aspectos médicos, conductuales del tratamiento, de la población según la edad y de creencias con respecto a las repercusiones en el bienestar general (Gerson, Furth, Neu y Ficush, 2004; Penkower et al., 2003; Rianthavorn y Ettenger, 2005).

En México son pocos los hospitales donde se realiza el trasplante renal, ya que se requiere de un grupo multidisciplinario de trabajo así como todo un plan logístico para la realización de procuraciones cadavéricas, uno de estos hospitales es el Juárez de México. El programa de trasplante inició en 1991, desde esa fecha hasta el 2005 se

realizaron 184 trasplantes tanto de donación cadavérica como de vivo relacionado, (Urbina-Guerrero, Bazán-Borges, Galindo-Torres, 2005).

En este servicio el trabajo de psicología incluye la evaluación de los donantes y receptores de riñón, el criterio psicológico surgió a partir de dos fuentes, el aspecto legal de los trasplantes y los aspectos psicológicos del mismo, lo que dio como resultado una serie de criterios de inclusión para el trasplante renal, que en el caso del receptor son (Alcázar-Olán et al., 2000):

- 1.- Capacidad de comprensión.
- 2.- Ser consciente de los riesgos del trasplante y de la probabilidad de éxito (ley general de salud, art. 25, fracc. IV).
- 3.- No haber incurrido en coacción física o moral para conseguir el órgano (ley general de salud, art. 327 de la ley publicada en el 26 de mayo de 2000 en el diario Oficial).
- 4.- Tener adherencia a los tratamientos.
- 5.- Haber aceptado por su propia voluntad la realización del trasplante (ley general de salud, art. 26, fracc. IX)
- 6.- No presentar cuadros psicopatológicos.
- 7.- Tener entrenamiento para tolerar el aislamiento.

El resultado de la evaluación permite identificar que tanto el donador como el receptor cumplen con los criterios de inclusión. Cuando uno o más de los criterios de inclusión no se cumplen, la labor del psicólogo es preparar al paciente para volverlo apto para el trasplante o donación, es esta la meta principal del servicio de psicología. En la Norma Oficial de la Federación publicada el 30 de Septiembre de 1994 (NOM-EM 003-SSA-1994), está establecido que "...de los establecimientos de salud que realizan actos de disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante, el comité estará integrado... por un psiquiatra o psicólogo...". Si bien en la norma no se especifica que la labor del psicólogo es una oportunidad para destacar la importancia del quehacer del psicólogo en el ámbito hospitalario y fomentar el trabajo multidisciplinario en beneficio del paciente.

SERVICIO DE TRASPLANTE RENAL

Durante la rotación tenía tres médicos adscritos, tres residentes médicos de cirugía, un grupo de 6 enfermeras capacitadas en terapia intermedia y el equipo formado por la coordinación de trasplante con tres miembros.

La relación de mando con respecto al equipo médico era directamente con los médicos adscritos, ellos eran quienes en la mayoría de las veces solicitaban una intervención específica, aunque las actividades del residente eran muy particulares con la valoración psicológica y preparación de los candidatos a trasplante renal. El supervisor *in situ* fue el Dr. Ricardo Gallardo Contreras jefe del departamento de psicología y psiquiatría.

A partir de la demanda del servicio se desarrolló un protocolo de evaluación para niños y adolescentes candidatos a trasplante renal, ya que a principio de la rotación llegaron al servicio 16 menores de edad candidatos para ingresarse a protocolo. Ante la carencia en el servicio de una batería psicológica enfocada a esta población, se desarrolló la siguiente propuesta junto con el Psic. Salomón Bello Carmona.

Protocolo de evaluación psicológica en infantes y adolescentes candidatos para trasplante renal

La insuficiencia renal crónica terminal (IRCT), plantea modificaciones muy particulares en el estilo de vida para su tratamiento, sobre todo restricciones importantes en la dieta y consumo de agua durante los tratamientos sustitutivos de diálisis y hemodiálisis, sin embargo a pesar de que el trasplante se considera la mejor opción de tratamiento, los pacientes trasplantados se enfrentan a una serie de retos entre los cuales están vivir con la expectativa de un rechazo del riñón incluso a los pocos días de realizada la cirugía de trasplante, cambios drásticos en el estilo de vida por el periodo de aislamiento durante los primeros meses de recuperación y un estricto régimen de adherencia a medicamentos durante años (Penkower et al., 2003).

La salud mental juega un papel importante en el pronóstico de éxito del trasplante, Martínez (en Alcázar-Olán, 2000) separa dicho proceso en cuatro momentos o fases: 1) evaluación, 2) período preoperatorio, 3) período postoperatorio inmediato y 4) seguimiento posterior, y enfatiza que cada una de las fases es igualmente importante. La evaluación psicológica pretrasplante sirve para identificar factores de riesgo que aumentarían el riesgo de baja adherencia postoperatoria y problemas en el estado emocional o juicio que pueden incidir en el seguimiento de las indicaciones inmediatas a la cirugía. Proporciona información acerca del nivel previo y actual de la adaptación psicológica a la enfermedad, incluyendo el impacto de la misma; la identificación de síntomas psicopatológicos clínicamente significativos, apreciación de la estabilidad, satisfacción y disponibilidad de apoyo social para el candidato a trasplante, y el estado emocional del mismo (Gerson et al., 2004).

La respuesta a la IRCT es diferente entre adultos, niños y adolescentes, se ha identificado que en esta última población se presentan más dificultades para adaptarse a la enfermedad y que las características psicológicas se relacionan con la edad e influyen en la adaptación, adherencia y evolución del trasplante, Lipkin y Cohen (1984) mencionan que todos los pacientes tienen problemas para aceptar y adaptarse a un período de hospitalización, pero para un niño implica mayor trabajo pues constantemente se pregunta por qué tiene que someterse a procedimientos que en ocasiones son dolorosos y por qué gente que ni siquiera está relacionada con él lo carga y manosea. En el caso de pacientes pediátricos con IRCT dada su condición crónica permanecen durante varios días en el hospital alejados de sus padres y amigos sin una clara comprensión de la enfermedad y con menor capacidad para tolerar la frustración (Penkower et al., 2003).

Aunque el niño al igual que el adulto le teme a lo desconocido, a lo que nunca ha visto o a lo que no entiende, tiene la desventaja de que ha visto menos cosas, conoce menos y entiende de forma distinta. Es por eso que la valoración psicológica para el trasplante debe tomar en cuenta estos factores específicos de la población. Una aproximación a la evaluación infantil tiene que cumplir con (Binet y Simon en Silva, 1995):

- Aproximación multimodal, puesto que las conductas infantiles pueden ser difíciles de percibir y por tanto variar según distintos entornos, informantes y técnicas empleadas.
- Adecuadas características psicométricas de las técnicas utilizadas.
- Normas evolutivas de comparación que permitan una valoración referible a un determinado nivel de edad.
- Atención al entorno con respecto al apoyo proporcionado por la familia.

Aunque la evaluación solicitada por la ley no abarca una perspectiva a futuro, la evaluación psicológica debe contemplar la generación y mantenimiento de conductas saludables en el tiempo, para conservar el funcionamiento del injerto, es decir, el niño debe ser visto además de en su ambiente actual, en una prospección que considere los posibles cambios medio ambientales a los que se enfrentará ante una enfermedad crónica, tomando en cuenta que los niños a diferencia de los adultos no suelen acudir a la consulta psicológica por propia iniciativa. Otra peculiaridad de esta población es la serie de dificultades intrínsecas propias de la edad, por ejemplo, sus posibilidades de participación pueden ser limitadas por las características de su repertorio verbal, y cognoscitiva, grado de conciencia; así mismo la restricción de sus propias experiencias puede determinar limitaciones en el valor informativo de las autorreferencias o autoinformes (Silva, 1995).

Cantwell en (Silva, 1995) sugiere que en la evaluación infantil se debe tomar en cuenta además:

- El desarrollo del sujeto.
- La interpretación por parte de los sujetos más que por el sujeto mismo.
- La plasticidad que le hace especialmente sensible a lo que ocurre en su entorno por lo que la evaluación del ambiente como complementario y explicativo de la conducta es aconsejable.

En relación a la población adolescente Rianthavorn y Ettenger (2005) sugieren que los pacientes con IRCT presentan cierto grado de inmadurez cognitiva, debido a la enfermedad aún después del trasplante, lo cual se debe tomar en cuenta para las intervenciones.

Se encontró en diversos estudios en población adolescente, una relación entre el rechazo del trasplante y la falta de adherencia, ésta última es cuatro veces más alta que en población adulta. Las variables asociadas han sido depresión, ansiedad, alteraciones en la imagen corporal, falta de habilidades de comunicación, deficiencia en la aceptación de la enfermedad, inadecuadas estrategias de enfrentamiento y altos niveles de estrés (Dobbels, Damme-Lombaert, Vanhaecke y Geest, 2005; Gerson et al., 2004; Penkower et al., 2003; Rianthavorn y Ettenger, 2005).

Los instrumentos que se han empleado en estos estudios son la escala de ambiente familiar (FES), en sus resultados se ha observado que altas puntuaciones en la subescala de orientación a la meta está asociada con pobre imagen corporal y baja adherencia. El Inventario de Beck para la depresión y el Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños el STAIC (Gerson et al., 2004; Penkower et al., 2003; Rianthavorn, Ettenger, 2005). En cuanto a la creación de una entrevista estructurada Ziegelmann y colaboradores (2002) desarrollaron un cuestionario multimodal para evaluar la respuesta al trasplante, en su estudio destacan la necesidad de contar con instrumentos confiables para la valoración psicológica que se puedan aplicar en diversas poblaciones. Ya que no hay instrumentos específicos que evalúen los aspectos emocionales y conductuales relacionados al trasplante.

A pesar de la demanda que existe en evaluaciones psicológicas para receptores de órganos, no existe un protocolo de común acuerdo con la aplicación de instrumentos que pueda guiar a los clínicos, ya que en cada centro los criterios de inclusión son evaluados de forma diferente. Con el uso de pruebas psicológicas se pueden identificar aspectos importantes a evaluar y abordar en esta población.

Objetivo

Desarrollar un protocolo de evaluación psicológica para niños y adolescentes candidatos a trasplante renal.

Justificación

El servicio de trasplante renal del Hospital Juárez de México se ha caracterizado por realizar trasplantes en adolescentes y mayores de edad, y no contaba con un protocolo de evaluación psicológica para menores de edad. A solicitud del servicio se tomaron en cuenta los criterios de inclusión para el trasplante renal ya establecidos (aspectos legales y psicológicos) en la elaboración de la propuesta.

Metodología

Se sugiere aplicar instrumentos para evaluar conocimientos sobre la enfermedad, y el proceso de trasplante, depresión, ansiedad, ambiente familiar, estilos de enfrentamiento, nivel de autocontrol en los candidatos menores de edad que ingresen a protocolo de trasplante renal vivo relacionado o cadavérico en el servicio.

Instrumentos

Entrevista semiestructurada para el paciente. Con los rubros de: 1) información sociodemográfica, 2) comprensión de la enfermedad, incluidos el régimen médico y dialítico actual y comprensión sobre el procedimiento del trasplante y cuidados postoperatorios, 3) factores implicados tales como aceptación de la enfermedad, la motivación y aceptación voluntaria para trasplantarse, 4) estilos de enfrentamiento hacia la enfermedad y estrategias adaptativas conductuales del paciente, 5) examen mental, valorando durante la entrevista datos probables de psicopatología.

Además los rubros de: 6) adquisición del órgano, 7) aspectos familiares, (la calidad de la relación y el apoyo proporcionado por los miembros de la familia para el proceso de trasplante) e 8) historia psiquiátrica, se incluyeron en la entrevista al cuidador primario, independientemente de la valoración al donante.

Para identificar aspectos de la estructura familiar del paciente se propuso la aplicación al cuidador primario de la *Escala de clima social –subescala familiar- (FES)*. En esta escala se evalúan las características socio-ambientales de tipo familiar, además describe las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica.

El FES se construyó por diversos métodos, está compuesta de 90 reactivos, agrupados en 10 subescalas que definen 3 dimensiones fundamentales: 1) grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia. 2) importancia del desarrollo personal dentro de la familia que puede ser fomentado o no, por la vida en común, 3) estructura y organización de la familia y grado de control que ejercen unos miembros sobre otros.

Para evaluar su confiabilidad se emplearon los procedimientos de Kuder y Richardson, el índice de homogeneidad y el test-retest a dos meses. En la Tabla 10. Se muestran estos resultados.

Tabla 10. Análisis del FES, se muestran en centésimas (sin coma y cero decimales).

FES			
Subescala	47 sujetos	1067 sujetos	1067 sujetos
	r_{tt}	r_{xx}	r_x
1	86	78	44
2	73	69	34
3	85	75	43
4	68	61	27
5	74	64	32
6	82	78	44
7	77	67	33
8	80	78	43
9	76	76	42
10	77	67	34

Se realizó un análisis factorial con 1249 sujetos independientes de sus familias en el cual aparecen tres factores: a) relaciones internas, b) estabilidad y c) relaciones externas (Moss, Moss y Trinkett, 1989).

Para el receptor se sugiere la aplicación de los siguientes instrumentos:

Escala de enfrentamiento para adolescentes (ACS) Es un instrumento desarrollado por Frydenberg y Lewis para jóvenes de 12 a 18 años, cuenta con 79 reactivos de tipo cerrado y uno abierto que permite evaluar 18 estrategias de enfrentamiento diferentes. Entre los análisis que se han realizado están un test-retest en 101 sujetos en las cuales se cumplieron los criterios de correlación mayor a 0.32 o que por lo menos el 70% de los sujetos hayan dado respuestas en las dos ocasiones que no se alejen más de un punto entre sí, el coeficiente de confiabilidad test-retest de cada una de las subescalas fue de 0.49 a 0.82. Se empleó un análisis factorial con 500 sujetos (componentes principales con rotación Oblimin) en la que se observó que las 18 subescalas tuvieron pesos factoriales superiores a 0.3. El alfa de Cronbach fue de 0.62 a 0.87 en las subescalas. La adaptación al español se realizó en España con la traducción y adaptación de la escala, su aplicación a 452 sujetos entre 12 y 20 años de diferentes ciudades con diferencia en cuanto al estilo empleado entre la muestra original y la española (Pereña, Seisdedos, 1997).

Cuestionario de auto-control infantil y adolescente (CACIA) Fue diseñado para medir los aspectos implicados en los modelos de auto-regulación y auto-control más relevantes, aspectos referidos al paradigma de resistencia al dolor, y al estrés, de aplicación en niños y adolescentes de 11 a 19 años, con cinco escalas (retroalimentación personal, retraso de la recompensa, autocontrol criterial, autocontrol procesual y escala de sinceridad) con un total de 89 reactivos. Para la confiabilidad interna se empleó el alfa de Cronbach con una muestra de 949 sujetos, el alfa de las subescalas fue de 0.50 a 0.79. Se aplicó un análisis test-retest con coeficientes de 0.51 a 0.56. Para la validez de constructo se realizó un análisis de la relación entre inteligencia (con el test de matrices progresivas de Raven) y algunas escalas del EPQ-J de Eynsenck, el factor positivo del CACIA mostró una asociación inversa con depresión, neuroticismo y ansiedad manifiesta. El autocontrol procesual se asoció con ansiedad manifiesta. (Barreto, Ballester, Aliaga, Sáez, 1998).

Cuestionario de depresión para niños (CDS) Creada para sujetos de 8 a 16 años de edad, que pretende medir 6 aspectos: respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimiento de culpabilidad y varios, el tipo

positivo se conforma de: ánimo-alegría y varios. En las muestras originales en Australia reportó el alfa de Cronbach de 0.96 y una correlación test-retest de 0.74.

Se han realizado análisis de validez de contenido (utilizando con anterioridad a la edición del cuestionario el criterio y discriminación de una muestra de niños con depresión y el juicio de siete psiquiatras infantiles). Validez concurrente (relaciones con el Cuestionario de Personalidad de Cattell), en una muestra de 77 niños, se observó correlación entre las puntuaciones del CDS y las escalas que miden la respuesta afectiva (C y J), la autoconcepción negativa (Q₃), el autoaislamiento (F) y el retraso motor (H) y las dificultades con la agresión (D y Q₄).

La validez de constructo (mediante análisis de diferencias entre los grupos experimental, control y clínico), y la validez factorial, se encontró que la primera dimensión general del análisis (32% de la varianza total, un elevado porcentaje en esta área de la conducta) tiene saturación en la mayoría de los elementos (en 56 de ellos supera el índice de 0.40), y esto parece apuntar a una validez de elementos para medir esa dimensión o factor general. La adaptación al español se realizó con la traducción del CDS y su aplicación a una muestra de más de 900 sujetos de entre ocho y catorce años, se evaluó la consistencia interna mediante la formulación de Kuder-Richardson (K-R 20) y los índices r_{xx} fueron de 0.51 a 0.74. Se correlacionó con el cuestionario EPQ-J de Eynseck y observó que los aspectos depresivos correlacionaron positivamente con la inestabilidad de la personalidad de la escala N (Seisdedos, 1994).

Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños (STAIC) Creada por Spielberger, Lushene, Montuori y Platzek, en 1973. Está formado por dos escalas independientes, ansiedad estado y ansiedad rasgo, con 20 reactivos cada una. La escala de estado aprecia rasgos transitorios de ansiedad. La escala de rasgo evalúa diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad. La escala de estado tiene la mitad de reactivos positivos a la ansiedad y la otra mitad negativos, en la escala de rasgo todos son positivos. Para evaluar la confiabilidad se aplicó el procedimiento de impares-pares corregido con la formulación de Spearman-Brown y la aplicación de la fórmula KR-20 para cada sexo, en la Tabla 11. Se muestran los resultados.

Tabla 11. Análisis con la muestra original.

Muestra original		Estado	Rasgo
Varones 132	test-retest	0.31	0.65
	KR-2	0.82	0.72
Mujeres 114	test-retest	0.47	0.71
	KR-2	0.87	0.81

En la Tabla 12. Se muestran los resultados encontrados en la muestra española, posterior a la traducción y adaptación a una muestra de niños entre 8 y 16 años.

Tabla 12. Resultados de la muestra española de las escalas.

Muestra española	Estado	Rasgo	
Varones 269	KR	0.93	0.87
	pares/imp	0.88	0.83
Mujeres 738	KR	0.91	0.87
	pares/imp	0.9	0.86
Total 1013	KR	0.91	0.87
	pares/imp	0.89	0.85

Los autores sugieren que los resultados son satisfactorios para una prueba corta, los resultados de índices bajos en la escala de estado se justifica dado el carácter transitorio de la ansiedad. En cuanto a la validez concurrente, 75 niños contestaron el (MAS) Children's Manifest Anxiety Scale y el (GASC) General Anxiety Scale for Children, los coeficientes obtenidos con la escala R del STAIC fueron 0.75 con el MAS y 0.63 con el GASC (Spielberger, Edwards, Platzec y Lushene, 1990).

Para este protocolo se sugieren estos instrumentos a pesar de tener bajos índices de confiabilidad debido a que no se identificaron otras pruebas en nuestro país para esta población.

Procedimiento

Se realizaron sesiones semanales de entrevista con los pacientes, en las cuales se aplicaron las pruebas psicológicas y la entrevista estructurada. Posterior a su aplicación se desarrollaron programas individuales para la preparación al trasplante, esto incluyó sesiones de psicoeducación con respecto al procedimiento quirúrgico, a los cuidados post trasplante y el periodo de asilamiento.

Resultados

Se evaluaron en total a 3 pacientes, que cubrieron los criterios de inclusión al Protocolo de Trasplante Renal del Servicio (criterios sociales como contar con sistema de seguridad social, ahorro familiar y condiciones de aislamiento e higiene en la vivienda, estas condiciones las estipula el servicio para garantizar que el paciente cuenta con los recursos económicos e higiénicos mínimos necesarios para el periodo postoperatorio). La muestra estuvo formada por los pacientes referidos por el servicio de nefrología. Los datos demográficos de cada uno de ellos se muestran en la Tabla 13.

Tabla 13. Datos sociodemográficos de los pacientes evaluados.

Paciente	Edad	Sexo	Origen	Residencia	Años de Evolución	Tratamiento	Escolaridad	Protocolo de Trasplante
1	14	Femenino	Edo. de México	Edo. de México	2	Hemodiálisis	1º Secundaria	PTRDVR
2	13	Masculino	D.F.	Edo. de México	3	Sin tratamiento sustitutivo	2º Secundaria	PTRDVR
3	12	Masculino	Edo. de México	Edo. de México	1	Diálisis Peritoneal	1º Secundaria	PTRDVR

En los instrumentos de depresión y ansiedad los pacientes puntuaron dentro del rango normal aunque en el caso de la depresión todos los niños evaluados mostraron una puntuación mayor en preocupación por la muerte. En la escala de enfrentamiento se observó que las estrategias más frecuentes fueron búsqueda de apoyo social, de diversiones o actividades relajantes, la que obtuvo el puntaje más bajo fue la búsqueda de ayuda profesional. En cuanto al autocontrol, las puntuaciones mostraron

buena capacidad para conocerse a sí mismo, darse cuenta de las consecuencias de los propios actos y capacidad para soportar situaciones dolorosas o desagradables, también se observó que los resultados de la escala de sinceridad obtuvo puntuaciones muy bajas, reflejando que sus respuestas posiblemente estuvieron en función de lo que consideraron correcto.

Para reforzar la información del trasplante se empleó el material de psicoeducación realizado por la psic. Tania Morales sobre los cuidados post trasplante, el periodo de asilamiento, el tratamiento de inmunosupresores y los efectos secundarios de los mismos, este material se revisó con el paciente y el cuidador primario.

Todos los pacientes entraron al programa de donación de vivo relacionado (PTRDVR), el cuidador primario y el donante eran la misma persona (madre del paciente) en ninguno de los casos fueron ellas las proveedoras de la familia, sin embargo ante esa doble función se trabajó con la organización de la familia para proporcionar los cuidados apropiados (postquirúrgicos) tanto al donante como al receptor. Se observó que los donantes no tenían esta visión de autocuidado. Ninguno de los pacientes evaluados fue trasplantado durante la rotación, debido a dificultades (económicas o legales) que no se pudieron resolver de manera inmediata lo que alargó su protocolo.

Discusión

La selección de las pruebas surgió a partir de una revisión de sus características de aplicaciones en la población blanco, accesibilidad del material y características psicométricas, en México no se encontró información con respecto a protocolos sistematizados de evaluación para los fines de un trasplante y menos de pruebas específicas para dicho fin, ya que si bien las pruebas eran adecuadas para los grupos de edad las características de los pacientes con enfermedades crónicas y terminales son muy particulares. Como en las pruebas para los adultos al evaluar aspectos relativos a la actividad, los pacientes tienen puntuaciones baja (relacionadas a sus restricciones físicas por la enfermedad) debido a las características limitantes del tratamiento o los efectos secundarios del mismo en su vitalidad, por lo cual es importante tomar en cuenta las condiciones físicas y medicas en los pacientes en la interpretación de los resultados.

Ante esta falta de información, datos e instrumentos apropiados para la población con características tan específicas se sugiere la construcción de pruebas, esta puede ser un área de desarrollo a largo plazo. Con instrumentos elaborados en la población mexicana, ya que actualmente la mayoría de ellas son adaptaciones de traducciones, se sugiere que la modificación de los puntos de cohorte no es suficiente en el estudio de una situación tan particular como el trasplante renal en nuestro contexto nacional. La evaluación es importante para desarrollar programas de intervención específicos como el fomento de la adherencia o la organización familiar, pues en este caso el donante y cuidador primario eran la misma persona, lo cual requería de una reorganización aunque en la literatura se marcaba la necesidad de trabajar con ellos con la consideración de que eran personas diferentes.

Por las condiciones económicas y de salud de los pacientes, las cuales prolongaron el proceso de evaluación médica para la intervención quirúrgica del trasplante, no se pudo realizar el seguimiento de ninguno de los casos de los menores evaluados, sin embargo se pretendió abarcar los rubros más importantes reportados en la literatura y en la experiencia de preparación con los adultos. Aunque no se creó un material especial de psicoeducación para esta población es aconsejable generar ese apoyo educativo para facilitar la participación activa del paciente basado en el conocimiento y comprensión de la información.

Es necesaria la aplicación de la batería a una muestra mayor y su seguimiento posterior a la cirugía, pues la valoración no sólo se enfoca a los conocimientos del evento quirúrgico, sino que es un índice para la elaboración e implementación de un programa específico de educación, manejo emocional y adaptación a las condiciones de vida post-trasplante.

Caso clínico segundo año de residencia

Ficha de identificación

Nombre: R

Edad : 50 años

Estado civil: Casado

Religión: Católica

Escolaridad: Licenciado en medicina con especialidad en rehabilitación pulmonar

Ocupación: Consulta privada en rehabilitación pulmonar

Lugar de nacimiento: Distrito Federal

Lugar de residencia: Estado de México

Lugar que ocupa: 1/3

Dx Médico: Trasplante renal donación cadavérica, fístula urinaria e infección por citomegalo virus (CMV), insuficiencia crónica terminal secundaria a glumero nefritis focalis segmentaria.

Motivo de consulta

El pc reporta durante su segundo internamiento posterior al trasplante renal sentirse muy ansioso por la prolongada hospitalización, "Me siento más irritable, todo me molesta "(sic. pc) y presenta en varias ocasiones episodios de llanto que no puede evitar.

Los médicos tratantes refieren que es un pc poco cooperador y muy demandante.

Impresión y actitud general

Pc con edad aparente mayor a la cronológica, estatura media, complexión ectomórfica, tez clara, se encuentra en adecuadas condiciones de higiene no así de aliño (no se preocupa por peinarse ni afeitarse). Se muestra cooperador, interesado en las sesiones. Su expresión facial es acorde con su afecto el cual fluctúa entre ansiedad, enojo y tristeza. Mantiene contacto visual la mayor parte del tiempo.

Antecedentes

R es el mayor de 3 hijos, no conoce algún problema relevante en cuanto a su desarrollo fetal ni de la infancia.

El pc refiere no haber tenido dificultades para relacionarse con los demás desde la infancia se percibe amigable y con buenas estrategias para tratar a la gente (habilidades que desarrolló desde su formación médica). Reporta tener amigos y establecer relaciones cercanas, así como buscar el contacto con otras personas, de ahí su principal interés en formar parte y participar en diversas asociaciones médicas con cargos administrativos.

Su desempeño escolar fue siempre satisfactorio con buenas calificaciones.

Inició su historia laboral a los 20 años para ayudar en casa con los gastos para seguir estudiando y que sus hermanos menores también tuvieran la oportunidad de estudiar. Desde que terminó la licenciatura inició su consulta privada, la cual se incrementó una vez finalizada la especialidad, actualmente brinda sus servicios en dos clínicas privadas.

Historia médico psiquiátrica

R inicia su problema de insuficiencia renal hace 9 años, con un periodo prolongado de fatiga y alteraciones metabólicas, es diagnosticado con glumero nefritis focalis segmentaria, la cual da como consecuencia IRCT. Inicia desde entonces tratamiento con dieta estricta, su monitoreo constante y su adecuada adherencia le permiten no someterse a ningún tratamiento sustitutivo durante 8 años.

Es en enero del 2006 que ante la evidencia y la insistencia de su médico tratante, accede a colocarse un catéter para diálisis peritoneal, sin embargo el catéter resulta ser no funcional en dos ocasiones, lo que implica someterse a intervenciones

quirúrgicas consecutivas, por lo que decide seguir manteniéndose con dieta y tratamiento medicamentoso. Es llamado en marzo de este año por la coordinación de trasplantes del Hospital Juárez de México, por una probable donación cadavérica.

Es trasplantado y permanece 15 días hospitalizado en el servicio (primer internamiento). Una vez dado de alta regresa a la semana por una infección en vías urinarias, en ese internamiento se identifica la fístula urinaria y la infección por CMV por lo que su hospitalización se prolonga para el tratamiento de ambas complicaciones.

El paciente es conocido por el servicio ya que estuvo en protocolo de trasplante renal el año pasado, es por este motivo que se identifica sensibilizado ante el trabajo psicológico.

Historia familiar

R es el mayor de dos hermanos, reporta que su relación con sus padres fue buena hasta que su padre falleció hace 30 años, fecha desde la cual asume el papel de padre para sus hermanos, con quienes mantiene una buena relación percibiendo sin embargo poco apoyo, el paciente refiere que no le preguntan cómo va con su enfermedad y no se preocupan por el trasplante. Con su madre la relación se deterioró por el aislamiento de ella desde hace 5 años, actualmente no puede hablar ni moverse.

R está casado y tiene 3 hijos (23, 21 y 19 años), la relación con su esposa e hijos es buena, percibe adecuado apoyo por parte de ellos y R trata de mantener una buena relación con ellos a pesar de su enfermedad “antes trataba de comer con ellos, pero la comida de ellos se me antoja mucho, así que ahora como después” (sic. paciente), trata de pasar tiempo con ellos y realizar actividades juntos como salir de vacaciones.

Examen mental

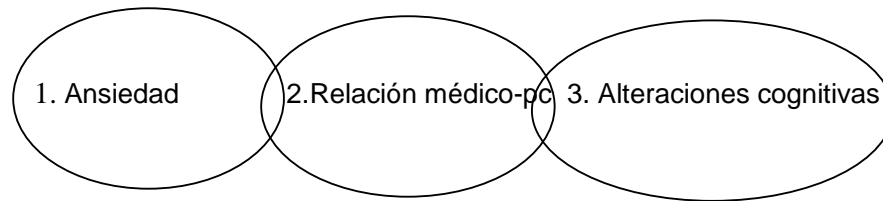
Paciente de edad aparente mayor a la cronológica, impresiona un estado de conciencia alerta. Ubicado en las tres esferas, capacidades de atención y concentración conservadas. No presenta alteraciones en memoria a corto y largo plazo, Su lenguaje es coherente y congruente y el contenido del mismo es referente a las complicaciones médicas, a los compromisos no cumplidos (profesionales) y a preocupaciones económicas. Impresiona una adecuada capacidad de juicio sin alteraciones sensoriales. Humor fluctuante entre ansiedad, enojo y tristeza con afecto congruente, las expresiones se observan dentro del rango normal. Por la evaluación previa para ingresar a la lista de espera no se identifican problemas previos de ansiedad, depresión o personalidad, su inteligencia tiende al pensamiento abstracto.

Padecimiento actual

Durante su segundo internamiento R refiere sentirse ansioso, “Me siento más irritable, todo me molesta” (sic. paciente), reporta tensión en manos y piernas, respiración agitada y movimientos en extremidades, además presenta en varias ocasiones episodios de llanto que no puede evitar. Reporta pensamientos catastróficos relacionados a su evolución médica que incrementan los síntomas ansiosos.

Debido al desarrollo del caso se presentan tres momentos de intervención, como se muestra, en la Figura 9 ya que cambió el principal motivo de consulta:

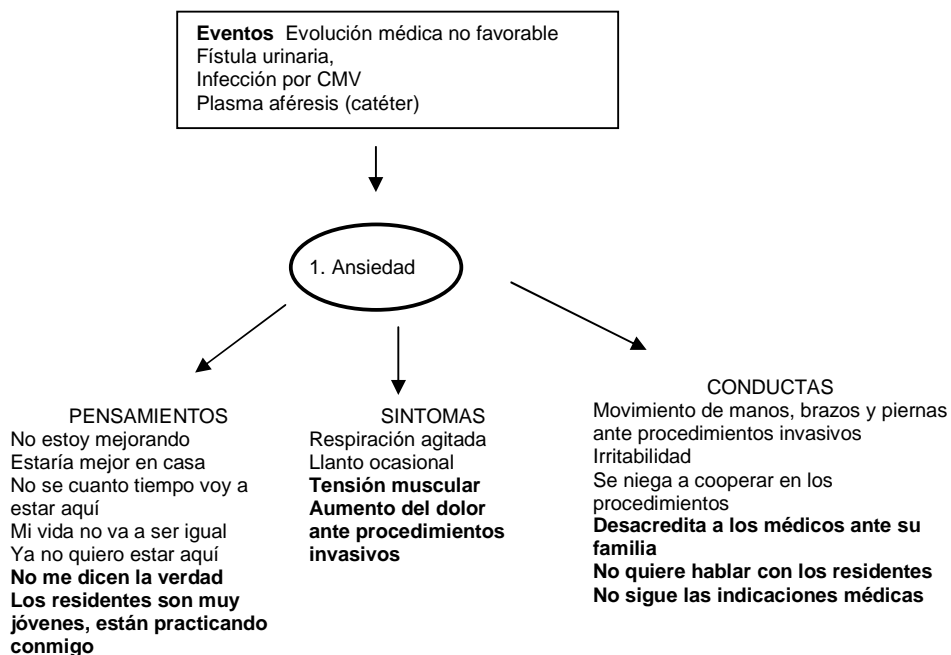
Figura 9. Descripción de los 3 motivos de consulta en el caso de R.



Se presentan a continuación las cadenas conductuales correspondientes para observar la evolución del caso en los diferentes momentos y las intervenciones realizadas.

Primer Motivo: Ansiedad. (Figura 10), a solicitud del paciente y médicos tratantes.

Figura 10. Cadena conductual del primer motivo de consulta, Ansiedad.



***Los elementos en negritas se relacionan con el segundo motivo de consulta.**

Evaluación multiaxial del DSM-IV por ejes:

Eje I Trastornos clínicos: F43.28 Trastorno adaptativo mixto

Eje II Trastorno de la personalidad. Z03.2 [V71.09] Ninguno

Eje III Enfermedades médicas: Trasplante renal de donador cadavérico, fístula urinaria e infección por citomegalovirus, IRCT secundaria a glomerulonefritis focalis segmentaria.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales

Eje V. Evaluación de la actividad global: 40 muy restringido.

El objetivo de la intervención fue disminuir la respuesta emocional ante su situación médica y los procedimientos médicos, ya que ésta empezó a deteriorar la relación con los médicos tratantes.

Por lo que se implementó la siguiente intervención con el paciente:

- Ejercicio de relajación ante procedimientos invasivos

- Entrenamiento en relajación con respiración diafragmática
- Terapia ocupacional
- Reestructuración cognitiva enfocada a la relación con el equipo médico y su evolución
- Técnicas de comunicación asertiva con el equipo médico

Con la familia se realizó una intervención enfocada a mejorar la relación con el equipo médico y al manejo emocional ante la condición física del paciente y su respuesta emocional, por medio de:

- Intervención en crisis
- Psicoeducación con respecto a la evolución médica y la importancia de las indicaciones médicas

Con el equipo médico se trabajó en fomentar una buena relación médico-paciente, y se informó sobre la respuesta emocional ante una evolución no favorable por medio de:

- Psicoeducación con respecto a la respuesta emocional y la intervención realizada con el paciente.

Los síntomas de ansiedad disminuyeron y mejoró la relación con el equipo médico, se sometía a los procedimientos (no de manera sumisa) pero el cuestionamiento era amable y respetuoso, el paciente mantuvo pensamientos catastróficos sin embargo al disminuir la sintomatología que era su evidencia de que su estado agravaba, aumentó la credibilidad en el tratamiento y de la posibilidad que él tenía para estar mejor, también mejoró la relación medico paciente.

Sin embargo ante la incongruencia de la terapéutica para la fístula urinaria (quirúrgico y conservador) que se generó en varias ocasiones frente al paciente entre el médico adscrito y los residentes, y el aumento de días del tratamiento para la infección para citomegalo virus se presentó con mayor intensidad el rechazo a las intervenciones de los residentes del servicio, con la expresión constante por parte del paciente de comentarios agresivos en cuanto a su desempeño y actitud.

Segundo motivo: Relación médico-paciente (Figura 11). A solicitud de los médicos, tratantes.

Ante las constantes respuestas y cuestionamientos del paciente hacia los procedimientos que realizaban los residentes del servicio, se deterioró la relación médico paciente, el paciente se mostraba poco cooperador ante los procedimientos, por su parte los médicos ya no querían hablar ni explicar los motivos de dichos procedimientos.

Por esta situación se implementó una intervención con el paciente enfocada a mejorar la respuesta emocional y conductual que el paciente tenía con el equipo médico, por medio de:

- Intervención en crisis
- Entrenamiento en relajación con respiración diafragmática ante los procedimientos invasivos
- Terapia ocupacional
- Entrenamiento en comunicación asertiva con el equipo médico, con formulación de preguntas asertivas (no agresivas)

Con la familia se enfocó la intervención:

- Intervención en crisis
- Fomento de la adherencia al tratamiento.

Con el equipo médico se intentó realizar un abordaje de su respuesta emocional ante el trato del paciente hacia ellos y del poco éxito de los procedimientos encomendados para el monitoreo de su evolución médica, sin embargo el equipo se negó a cualquier tipo de abordaje, argumentando que la conducta del paciente se debía únicamente a las características de personalidad de él.

A pesar de que se observaron cambios conductuales del paciente para con los médicos, estas modificaciones no fueron observadas por el equipo médico, pues la relación se tornó en lucha de poderes donde el equipo médico trataba de demostrar que ellos mandaban por medio de controlar los informes y datos de su evolución, y de afirmar constantemente que el paciente no estaba a la fuerza y que si no le gustaba el trato se podía ir cuando quisiera, ante esta situación el paciente dejó de quejarse y de interactuar con el equipo médico. Sin embargo no se reinició el protocolo médico de seguimiento acostumbrado (pruebas de laboratorio cada tercer día).

Durante la exploración psicológica se observó un detrimento de la energía y activación del paciente, pasaba mucho tiempo dormido, reportaba estar muy cansado y su estado general empezó a deteriorarse.

Tercer motivo de consulta: Deterioro cognitivo que impedía la comunicación con el paciente, el equipo médico solicitó la valoración al observar alteraciones importantes en las capacidades del paciente.

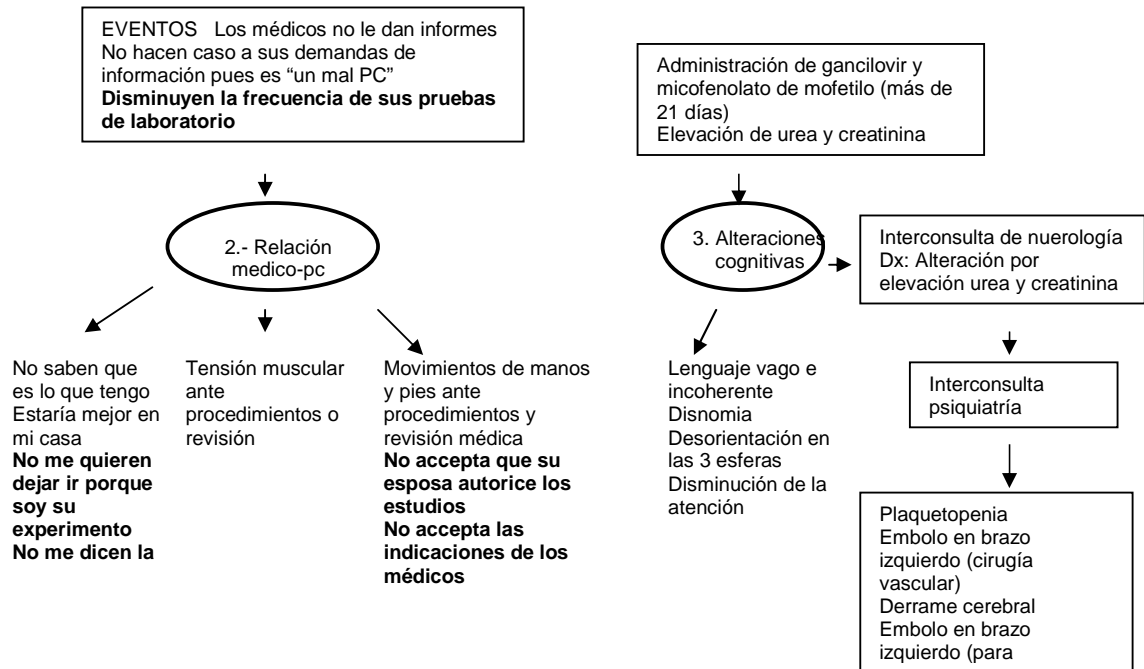
Con el paciente se realizó:

Una evaluación por medio del examen mental, ante la falta de respuesta del paciente se solicitaron interconsultas a los servicios de neurología y psiquiatría.

Con la familia se brindó intervención en crisis ante las condiciones del paciente y se fomentó la adherencia al proceso de estudio para identificar la causa y atenderla.

Las valoraciones de neurología y psiquiatría indicaron alteraciones metabólicas (por aumento de niveles de urea y creatinina), se dio manejo médico, pero su estado fue agravándose, presentó varios episodios de delirium, lo que impidió el trabajo psicológico en el paciente, además de complicarse su evolución presentando alteraciones hematológicas y finalmente falleció.

Figura 11. Cadenas conductuales del segundo y tercer motivos de consulta, relación medico-paciente y alteraciones cognitivas del paciente respectivamente.



Se trabajó con el paciente desde que fue llamado para la donación, en ese primer internamiento que duró 15 días se proporcionó psicoeducación con respecto a los cuidados post trasplante, se fomentó la adherencia terapéutica y manejo de la respuesta emocional relacionada a la inactividad laboral generada por el aislamiento. Durante ese internamiento y posterior a él, el paciente se mostró cooperador y atento a las indicaciones médicas y psicológicas, sin embargo ante su deterioro físico por la fístula urinaria y la infección por citomegalovirus, su respuesta emocional fue variable, ya que su humor y afecto fluctuaban entre el enojo, la tristeza y la ansiedad.

Una vez internado para el tratamiento de estas complicaciones (internamiento que duró 37 días), se implementó una intervención para el manejo de la ansiedad, la expresión emocional y su disminuida asertividad con el equipo de residentes, lo que dificultó la comunicación con ellos y complicó su revisión y monitoreo, ya que fue etiquetado como un mal paciente, pues cuestionaba de manera agresiva a los residentes ante cualquier indicación.

La comunicación cordial se deterioró y el equipo de residentes optó por hablar y permanecer el menos tiempo posible con el paciente, posponían los estudios y/o los informes para evitar los reclamos y los comentarios sarcásticos del paciente. Esto incidió en que no se identificaron condiciones médicas importantes a corregir como la elevación de urea y creatinina, hasta el momento en que se presentó un estado de confusión que incluyó disnomia, (disminución de la capacidad para nombrar objetos), disminución para centrar, mantener o dirigir la atención, lenguaje vago e incoherente, con alteración psicomotriz y desorientación en espacio y tiempo.

Dadas las características de su evolución con respecto al estado confusional se identificó un delirium a múltiples etiologías (de acuerdo por DSM-IV) cubriendo los siguientes criterios diagnósticos:

- a) Alteración de la conciencia, con reducción de la capacidad para centrar, mantener y dirigir la atención.
- b) Cambio en las funciones cognoscitivas (como deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por una demencia previa o en desarrollo.
- c) La alteración se presenta en un corto período de tiempo (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- d) Demostración, a través de la historia, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio, de que el delirium tiene más de una etiología (por intoxicación por medicamento y alteración metabólica de urea y creatinina).

El paciente estuvo en tratamiento prolongado con ganciclovir y el micofenolato de mofetilo que entre sus efectos secundarios se encuentran confusión y estado de ánimo que van de la depresión a la euforia. Se atendieron las alteraciones metabólicas sin embargo su estado empeoró, posteriormente se presentó la plaquetopenia y dos émbolos en el brazo izquierdo, un derrame cerebral que le causó la muerte.

Actividades académicas

Las actividades incluyeron clases programadas por el servicio para conocer la participación de cada una de las áreas involucradas en el proceso de evaluación del trasplante y los protocolos de vivo relacionado y donante cadavérico. Se mantuvo la supervisión *in situ* con la revisión del manejo terapéutico de grupos, también se participó en las sesiones clínicas del departamento de psicología, con la presentación de un caso clínico y en las sesiones bibliográficas con temas de psicopatología.

La supervisión académica se realizó semanalmente, con la reunión de todos los residentes de psicología para la revisión de temas en metodología, intervención con técnicas cognitivas conductuales, comunicación con el equipo médico y de duelo, también se revisaron casos difíciles.

Actividades profesionales

Las actividades incluyeron la reunión diaria con el equipo médico para comentar aspectos relevantes en la evolución de los pacientes hospitalizados e identificar la necesidad de algún tipo de intervención, estos generalmente se relacionaron con la adherencia a la ingesta de líquidos o a los procedimientos de rutina.

Se realizó el pase de visita por los servicios de medicina interna y cuidados intensivos con el equipo médico, para la detección de posibles donantes con muerte cerebral, en caso de identificar la viabilidad de los órganos se iniciaba el protocolo de donación cadavérica, con el abordaje terapéutico con la familia del donante con el objetivo identificar la organización familiar y proporcionar intervención en crisis.

Una vez que se daban a conocer los resultados de los receptores de la lista de espera se trabajaba con los pacientes y sus familias en la firma del consentimiento informado, explicando los riesgos de la cirugía y de los cuidados post trasplante, para promover una decisión basada en la información, se brindó psicoeducación a los familiares de los receptores con respecto al procedimiento quirúrgico y contención emocional para el manejo de la ansiedad. Se trabajó con 9 pacientes y sus familias en llamado de donación cadavérica, de los cuales 6 fueron trasplantados.

Los miércoles se realizaban sesiones familiares de primera vez, en las cuales al paciente con IRCT acudía junto con familiares para la presentación del programa por parte de trabajo social, el equipo médico y el área de psicología. El médico proporcionaba datos generales sobre el trasplante, incluyendo la intervención

quirúrgica, el efecto de los medicamentos inmunosupresores y el tiempo del evento quirúrgico. Una vez terminada su exposición se respondían preguntas de la familia y se aclaraban aspectos particulares del caso. El área de psicología presentaba la información con respecto a la valoración psicológica, ofreciendo el servicio a todos los asistentes en caso de ser necesario. Esta reunión tenía una duración de aproximadamente 90 minutos, dependiendo del número de asistentes y el grado de información previo con el que llegaban a la sesión. Se asistió a 45 pláticas de 1ª. vez, para pacientes interesados en ingresar al protocolo de valoración, 10 de ellos rechazaron entrar al programa y el resto inició el protocolo sin poderlo concluir la gran mayoría por no contar con los recursos económicos suficientes.

La valoración psicológica para protocolo incluía la aplicación de una batería de pruebas psicológicas, la calificación de las mismas y la implementación de tratamiento en caso de observar puntuaciones elevadas en ansiedad, depresión o antecedentes de baja adherencia. Se trabajó con 21 pacientes en protocolo, 8 de donante vivo con sus respectivos donantes y 13 de donación cadavérica. La media de edad fue de 24.6 años y el género se distribuyó de manera simétrica 50% de hombres y mujeres. De los pacientes atendidos se concluyó la valoración de 11 pacientes con la entrega al servicio del informe correspondiente, 5 para donación cadavérica y 6 para vivo relacionado, de estos últimos se presentaron 4 casos en subcomité de trasplante.

La intervención en psicoeducación se dio en todos los casos como parte de la preparación al trasplante, le siguió el manejo de la ansiedad tanto para el evento quirúrgico como para el resultado del mismo. Se aplicó en dos trasplantes de vivo relacionado técnicas de relajación en el quirófano, tanto al paciente como para el donante.

Se trabajó mensualmente con los pacientes de lista de espera de donación cadavérica, en promedio 5 por mes, con entrevista enfocada hacia la posibilidad de ser llamados en ese mes, y contar con los requisitos necesarios y la preparación de la familia para brindar apoyo.

La intervención durante la hospitalización incluyó pacientes post-trasplantados tanto de donante cadavérico como de vivo relacionado en estudio con alguna complicación, pacientes en estudio de protocolo hospitalizados para valoración médica por otros servicios. Para poder ingresar a los aislados se requería cumplir con condiciones de limpieza aplicados a zonas de terapia intensiva, como el uso de botas, batas y gorros quirúrgicos. A pesar de que la vestimenta ocultaba en mucho la expresión y el contacto del terapeuta no fue una limitante para el trabajo con los pacientes.

Se asistió a la consulta externa del servicio con el equipo médico, para identificar posibles situaciones que requieran de intervención cómo la notificación de rechazo y el fomento de la adherencia terapéutica del tratamiento sustitutivo o inmunosupresor, en este caso la intervención se realizaba al finalizar la exploración del paciente y con el abordaje de aspectos prácticos y específicos, cómo la toma de medicamentos, la ingesta de agua o la dieta. En cuanto a la notificación de rechazo, la intervención era limitada en el consultorio médico, pues ante la respuesta de llanto (generalmente de tristeza y/o enojo) los médicos expresaban comentarios devaluatorios durante la intervención de contención emocional.

Competencias profesionales alcanzadas

Se desarrollaron competencias de investigación, habilidades para el manejo de grupos de pacientes crónico terminales, de comunicación y trabajo en equipo con grupos multidisciplinarios y de presentación ante diversos foros.

Con respecto al protocolo de evaluación se desarrollaron habilidades de aplicación e interpretación de pruebas psicológicas, así como el trabajo con niños y adolescentes.

Asistencia a eventos académicos

Se asistió al IV Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud para participar como coautor de los trabajos:

- a) "Relación entre depresión y ansiedad de una muestra de adultos que viven en casas de reposo".
- b) "Percepción de salud en un grupo de adultos que viven en casas de reposo a través de la escala SF-36".

También se asistió a la LVII Reunión Anual de la Sociedad Mexicana de Salud Pública para la presentación programa:

- c) "Fortalecimiento de la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos".

Y en el V Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud se presentaron los resultados de los protocolos:

- d) "Programa de fortalecimiento de la adherencia terapéutica en pacientes oncológicos".
- e) "Intervención cognitivo conductual para controlar la ingesta de líquidos en pacientes con enfermedad renal crónica".

La exposición de los protocolos realizados durante la residencia ante grupos de profesionales en el área de la salud, proporcionó experiencia en exposición además de retroalimentación importante para mejorar las intervenciones.

Evaluación del segundo año de residencia

En el servicio de trasplante se genera una relación de mayor comunicación entre los médicos, psicólogos y trabajadora social, que en otros servicios, debido al número reducido de pacientes, a la importancia de cada una de las áreas en el proceso de preparación para el trasplante y de la ubicación de su área de hospitalización en el mismo piso de su residencia y dirección. Además la población atendida está sensibilizada al apoyo psicológico por lo cual es frecuente que los pacientes lo soliciten por diferentes motivos.

Con el programa de evaluación desarrollado se logró establecer estrategias de trabajo con los menores de edad, desde la aplicación de las pruebas y la entrevista hasta programas específicos para el fomento de la adherencia junto con el cuidador primario, si bien no se desarrolló ningún material especial para este fin se considera que es un elemento importante a implementar en la sensibilización para el periodo de asilamiento,

En lo relacionado a la supervisión, el enfoque de la supervisión *in situ* promueve el abordaje de materiales interesantes, aunque no se considera ser la mejor opción en cuanto a la problemática que se presenta en los diferentes servicios. Con respecto a la supervisión académica, proporcionó apoyo técnico y práctico acorde con las necesidades de los residentes, pues la revisión del material no sólo se enfocó a elementos metodológicos, sino a elementos que facilitaban el abordaje de situaciones complicadas en los diferentes servicios.

En ningún servicio previo se tuvo la oportunidad de trabajar desde la llegada de los pacientes al servicio, ver su evolución, desarrollo del tratamiento y el efecto de este en su calidad de vida y en su familia. La relación de factores médicos, sociales y psicológicos en el éxito del tratamiento médico, no había sido tan clara hasta llegar al servicio de trasplante, no por la efectividad de los medicamentos sustitutivos o inmunológicos, sino por la importancia de fomentar el bienestar del paciente en todo momento desde diferentes perspectivas y estrategias, gracias al número reducido de pacientes y el proceso de seguimiento a largo plazo del servicio esto fue posible.

Las competencias profesionales permitieron el abordaje de los pacientes durante su proceso en el servicio, con una visión global de este fenómeno se pudieron hacer sugerencias para su mejora y perfeccionamiento, así como la observación de la importancia de los aspectos de una evaluación y sus resultados a mediano plazo.

Sugerencias y conclusiones

Los escenarios en los cuales se realizó la residencia en medicina conductual facilitaron el abordaje desde una perspectiva global al conocer y ser partícipe de la dinámica cotidiana del servicio, de la atención a los pacientes y del ambiente hospitalario.

La realidad supera a la teoría al plantear cambios y retos diarios, permanecer por lo menos 6 meses en los servicios es tiempo suficiente para observar y analizar la situación a la que se enfrentan los pacientes, la patología y el tipo de atención que brinda el servicio para establecer líneas de acción a nivel individual, grupal y en el entorno.

Muchas de las intervenciones fueron generadas para dar respuesta a una demanda específica del equipo médico, sin embargo eso es parte fundamental del trabajo en equipo que se propone y se intenta establecer, pues al fin de cuentas la promoción del bienestar está presente en la atención psicológica, sin embargo en la intervención con pacientes con alguna enfermedad crónica ó crónica terminal, la atención se fundamenta principalmente en la adaptación, que incluye los cambios generados por la patología, el tratamiento y los efectos secundarios del mismo, lo que lleva a realizar el trabajo con una visión holística a la aceptación de un estilo de vida diferente.

La labor profesional de los psicólogos en los distintos escenarios en el tercer nivel de atención permite desarrollar competencias que no sólo distinguen el trabajo de los residentes en los servicios en los que se encuentran, sino que marcan el desempeño de los psicólogos en su quehacer profesional a largo plazo.

Creo que sería importante generar espacios en otros escenarios, cómo con pacientes con VIH y en centros de primer nivel de atención para generar programas preventivos.

El programa de maestría en Psicología con residencia en Medicina conductual cumplió con una formación teórica y práctica basada en las necesidades de la población, de un trabajo multidisciplinario dentro de un contexto real del sistema de salud y fundamentada en todo momento por la ética profesional y con el objetivo de promover la salud.

Referencias Bibliográficas

Alcázar-Olán, R. J., Bazán-Borges, A., Rojano-García, L., Rubio-Carrasco, S., Mercado-Corona, D., & Reynoso-Erazo, L. (2000). Valoración psicológica para trasplante renal. *Revista del Hospital Juárez de México*, 68(1), 19-23.

Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. Nueva York. Norton.

Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Auchincloss, S. S., & McCartney, C. F. (1998). Gynecologic Cancer. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho oncology* (pp. 359-370). USA: Oxford University Press.

Arrambide, M. S., Gabaldón, O. P., Mayoral, J. L. M., Guerrero, R. P., Andrade, J. A., & Amayra, I. C. (2003). Intervenciones psicológicas eficaces para el enfrentamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica. *Psicooncología*, 24, 345-241.

Balfour, L., Kowal, J., Silverman, G., Tasca, A., Angel, J. B., Macpherson, P. A., Garber, G., Cooper, C. L., & Cameron D. W. (2006). A randomized controlled psycho-education intervention trial: improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. *AIDS Care*, 18(7), 830-830.

Binet, I., Bock, A. H., Vogelbach, P., Gasser, T., Kiss, A., Brunner, F., & Thiel, G. (1997). Outcome in emotionally related living kidney donor transplantation. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*, 12(9), 1940-1948.

Barreto, P., Ballester, M., Aliaga, F., y Sáez, A. (1998). *CACIA Cuestionario de auto-control infantil y adolescente* Manual. Madrid: TEA.

Beneit, P. (1994). La enfermedad crónica. En J., Latorre & P., Beneit. (coordinadores) *Psicología de la salud* (pp.225-237), Buenos Aires: Lumen.

Boudreaux, E. D., & McCabe, B. (2001). Critical incident stress management: I. Interventions and effectiveness. *Emergency Psychiatry*, 51(9), 1095-1097.

Byrne, M. K., Deane, F. P., Lambert, G., & Coombs, T. (2003). Enhancing medication adherence: clinician outcomes from the medication alliance training program. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(4), 246-253.

Calvert, P., & Palmer, C. (2003). Application of the cognitive therapy model to initial crisis assessment. *International journal of Mental Health Nursing*, 12, 30-38.

Campfield, K. M., & Hills, A. M. (2001). Effect of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 327-340.

Carlson, E. B. (1997). *Trauma Assessments: A clinicians's guide*. New York: Guilford Press.

Clarke, A., & Butler, P. E. (2004). Face transplantation: psychological assessment and preparation for surgery. *Psychology, Health & Medicina*, 9(3), 315-325.

Cuencas, Z. R., McCey, C. E., Selby, D. K., & McManemin, F. (1991). La medicina conductual: un modelo interdisciplinario en una clínica para el dolor crónico. *Salud Mental, 14*(4),25-32.

Danovitch, G. M. (2002) *Trasplante renal*. Madrid: Marbán.

Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Cancerología, Asociación Mexicana de Patólogos. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas en México. (1996) *Morbilidad y Mortalidad, bienio1993-1994, Tendencias 1985.1994*. México, D.F.: Secretaría de Salud.

Dobbels, F., Damme-Lombaert, R. V., Vanhaecke J. and Geest, S. D. (2005). Growing pains: Non-adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. *Pediatric Transplantation, 9*,381-390.

Eich, W., Hartmann, M., Müller A., & Fischer, H. (2000). The role of psychosocial factors in fibromyalgia syndrome. *Scandinavian Journal of Reumatology, 29*(113), 30-31.

Eagleston, J.R., Chesney, M.A., & Rosenman, R.H. (1988). Factores psicosociales de riesgo en las enfermedades coronarias: El patrón de comportamiento tipo A como ejemplo. *Revista Latinoamericana de Psicología, 20* (1), 81-89.

Encuesta Nacional de Salud, (2000).

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for a biomedicine. *Science, 196*, 126-129.

Fava, G. A., & Sonino, N. (2000). Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics, 69*,184-197.

Fawzy, F. I., & Fawzy, N. F. (1998). Psychoeducational interventions. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho oncology* (pp.676-700). USA: Oxford University Press.

Fishbein, M., Triandis, H. C., Kanfer, F. H., Becker, M., Middlestadt, S.E., & Eichler, A. (2001). *Factors influencing behavior and behavior change*. London: LEA.

Galán, C. S. (2004). Intervención psicosocial y modificación de la función inmune en una población senecta. Tesis de doctorado inédita. México: UNAM.

Galán, C.S., Sánchez E.M., Valencia, A., & Ayala, V.H. (2003). Hacia un nuevo paradigma en el campo de las enfermedades crónicas y degenerativas: El caso de la Diabetes Mellitus tipo II. En L. A., Piña, S. F., Obregón & N. J., Vera (Eds.), *Psicología y Salud en Iberoamérica* (pp. 189-214). México: UNISON.

Gerson, A. C., Furth, S. L., Neu, A. M. and Ficush, B. A. (2004) Assessing associations between medication adherence and potentially modifiable psychosocial variables in pediatric kidney transplant recipients and their families. *Pediatric transplantation, 8*,543-550.

Grande, G., & Myers, L. B. (2006). How do patients who participate in cancer support groups differ from those who do not?. *Psycho-Oncology, 15*,321-334.

- Hotz, S., Kaptein, S., Pruitt, J., Sánchez-Sosa, J., & Willey, C. (2003). Behavioral mechanisms explaining adherence. *Adherence to long term therapies evidence for action*. (pp. 157-171). Geneva. WHO.
- Jacobs, J. R. & Bovasso, G. B. (2000). Early and chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychological medicine*, 30, 669-678.
- Jacobsen, P. B., & Hann, D. M. (1998). Cognitive-Behavioral Interventions. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho oncology* (pp. 717-729). USA: Oxford University Press.
- Juarez, B. (2007). *Cáncer cérvico uterino*. México: A su salud.
- Kanel, K. (1999). *A guide to crisis intervention*. Canada: Brooks/Cole.
- Kagee, A., & Merwe, M. (2006). Predicting treatment adherence among patients attending primary health care clinics: The utility of the theory of planned behavior. *South African Journal of psychology*, 36(4), 699-714.
- Keefe, F. J., Studts, J. L., Buffington, A. L., & Rumble, M. E. (2002). Behavioral Medicine: 2002 and beyond. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 852-856.
- Kronblith, (1998). Psychosocial adaptation of cancer survivors. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho oncology* (pp. 223-241). USA: Oxford University Press.
- León-Pizarro, C., Vich, I., Barthe, E., Roviroso, A., Farrus. B., Casas, F., Verger. E., Biete, A., Craven-Bartle, J., sierra, J. & Arcusa A. (2007). A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast brachytherapy patients. *Psycho oncology* in press. Wiley.
- Linker, C. A. (2005). Sangre. M. T. Lawrence, S. J. Mcphee, M. A. Papadakis (Eds.) *Diagnóstico clínico y tratamiento*. (pp. 455-489). México: Manual Moderno.
- Lipkin, G. y Cohen, R. (1984). *Atención emocional del paciente*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- López, C. L., Torres, S. L., López, C. M., & Rueda, C. C. (2001). Identification of malignant breast lesions in México. *Salud Pública de México*, 43(3), 1-3.
- López-Martínez, J. A., Bazán-Borges, A., Delgado-Carlo, M. M., González-González, A., Portilla-Flores, V. H., & Morales, L. E. (2004). Pérdida del injerto en trápante renal: estudio comparativo donador vivo vs. Cadavérico. *Revista Hospital Juárez de México*, 7(1), 14-17.
- Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
- Moadel, A. B., Ostroff, J. S., & Schantz, S. P. (1998). Head and Neck Cancer. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho oncology* (pp. 314-323). USA: Oxford University Press.

- Mohar, A., Frias, M. M., Súchel, B. L., Mora, M. T., & Garza, J. G. (1997). Epidemiología descriptiva del cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Salud Pública de México*, 39(4), 1-6.
- Moss, R. H., Moss, B. S., & Trickett, E. J. (1989). *Escalas de clima social, Familia (FES) Manual*. Madrid: TEA.
- Myer, R. A., & Conte C. (2006). Assessment for crisis intervention. *Journal of Clinical Psychology*, 62(8),959-970.
- Norma Oficial de la Federación publicada el 30 de Septiembre de 1994 (NOM-EM 003-SSA-1994),
- Oblitas, G. L. A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- Omar. G. A. (1995). Stress y coping. *Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológicos y psicológicos*. Argentina: Lumen.
- Organización Mundial de la Salud, (1997).
- Pardo-Castro, R., Vázquez, R., González, A., & Bazán-Borges, A. (2003). Experiencia en trasplante renal de donaro vivo emocionalmente relacionado, en el hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 70(3), 87-90.
- Pereña, J. y Seisdedos, N. (1997). *ACS Escalas de enfrentamiento para adolescentes*. Manual. TEA. Madrid.
- Petridou, E., & Trichopoulos, D. (2002). Lekemias. In A. Hans-Olov, D. Hunter, & D. Trichopoulos, (Eds.), *Texbook of Cancer Epidemiology* (pp. 556-572). New York: Oxford University Press.
- Ponce, J. L. A., Regil, R. S., González, A. D., González, D. M., Esquivel, G., M. & Graniel, C. M. L. (2001). Cáncer cérvico-uterino. *Práctica Médica Efectiva*, 3(5), 3-10.
- Powers, S. W., Jones J. S., & Jones, B. A. (2005). Behavioral and cognitive-behavioral interventions with pediatric populations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(65),65-77.
- Penkower, L., Dew, A. A., Ellis, D., Sereika, S. M., Kitutu, J. M. and Shapiro, R. (2003). Psychological distress and adherence to the medical regimen among adolescent renal transplant recipients. *American journal of Transplantation*, 3,1418-1425.
- Puente-Silva, F. G. (Ed.). (1985). *Adherencia terapéutica: implicaciones para México*. México: Simpsium del XXIII congreso internacional de psicología 1984.
- Rianthavorn, P, and Ettenger, R. B. (2005). Medication non-adherence in the adolescent reanl transplant recipient: a clinicians´ viewpoint. *Pediatric transplantation*, 9,398-407.
- Roberts, A. R. (2000). An Overview of crisis theory and crisis intervention. In A. R. Roberts (Ed.), *Crisis Intervention Handbook: Assessment, treatment and research* (pp. 3-28). (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Rojano-García, L., Bazán-Borges, A., Alcázar-Olán, R., Reynoso-Erazo, L., & Mercado-Corona, D. (2001). Aspectos psicosociales, ansiedad y depresión en

pacientes candidatos a trasplante renal. *Revista Hospital Juárez de México*, 68(2), 72-76.

Rosina, R., Crisp, J., & Steinbeck, K. (2003). Treatment adherence of youth and young adults with and without a chronic illness. *Nursing and health services*, 5, 139-147.

Rowland, J. H., & Massie, M. J. (1998). Breast Cancer. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho oncology* (pp. 380-401). USA: Oxford University Press.

Secretaría de Salud (2004). Estadísticas de mortalidad relacionada con la salud reproductiva, México. *Salud Pública de México*, 46(1), 75-96.

Seisdedos, N. C. (1994). *Cuestionario de depresión para niños*. Manual. Madrid: TEA.

Sheehan, J., Sherman, A. K., Lam, T., & Boyages, J. (2007). Association of information satisfaction, psychological distress and monitoring coping style with post-decision regret following breast reconstruction. *Psycho-oncology*, 16, 342-351.

Silbar, O., & Zusman, A. (2007). The correlation between coping strategies, doctor-patient/spouse relationships and psychological distress among women cancer patients and their spouses. *Psycho-Oncology*. In press. Wiley.

Silva, F. (1995). *Evaluación Psicológica en niños y adolescentes*. España: Editorial Síntesis.

Slaikue, K. A. (1990). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México, D. F.: Manual Moderno.

Smith, T. W., Keefe, F. J & Kendall, P. C. (2002). Behavioral medicine and clinical health psychology: Introduction to the special issue, a view from the decade of behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3),459-462.

Spencer, S. M., Carver, C. S., & Price, A. A. (1998). Psychological and social factors in adaptation. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho oncology* (pp. 211-222). USA: Oxford University Press.

Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Platzaek, J. M. D., & Luschene R. E. (1990). STAIC Cuestionario de autoevaluación ansiedad estado/rasgo en niños. Madrid: TEA.

Taylor, S.E. (1990). Health psychology: the science and the field. *American Psychologist*, 45(1), 40-50.

Torres. T. R. (1999). *Tumores de mama: Diagnóstico y tratamiento*. México: McGraw Hill.

Truchon M. (2001). Determinants of chronic disability related to low back pain: Towards an integrative biopsychosocial model. *Disability and Rehabilitation*. 23(17): 758-767.

Urbina-Guerrero, R. G., Bazán-Borges, A., & Galindo-Torres, G. (2005). Catorce años de trasplantes. Modelo de atención del Hospital Juárez de México, S.S. *Revista del Hospital Juárez de México*, 72(2), 69-74.

Viveros-Contreras. C. (2000). CLIII Aniversario del Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 67(3), 134-135.

Wainwright, S. P., Fallon, M., & Gould, D. (1999). Psychosocial recovery from adult kidney transplantation. *Journal of clinical nursing*, 7, 553-563.

Walter, M., Papacristou, C., Danzar, G., Klapp, B. F., & Former, J. (2004). Willingness to donate: an interview study before liver transplantation. *Journal of medical ethics*, 30, 544-550.

Weiten, W., & Lloyd, M. A. (1997). Theories of personality application: assessing your personality. *Psychology applied to modern life. Adjustment in the 90's* (pp. 38-49). California: Brooks/Cole.

Wood, E. E. (2000) *Secretos de la hematología y oncología*. 2ª. Ed. México Mc Graw Hill.

Ziegelmann, J. P., Griva, K., Hankins, M., Harrison, M., Davenport, A., Thompson, D. and Newman, S. P. (2002). The transplant effects questionnaire (TxEQ): The development of a questionnaire for assessing the multidimensional outcome of organ transplantation- example of the end stage renal disease (ESRD). *British Journal of Health Psychology*, 7, 393-408.

Hospital Juárez de México
Servicio de Oncología
Formato de 1ª. entrevista

Fecha _____

Diagnóstico en estudio ()
Programación tx: Rt () Qt () Qx ()

Diagnóstico ()
Inicio de tx: Rt () Qt () Qx ()

Datos generales

Nombre _____	Edad _____
Sexo _____	Escolaridad _____
Edo. civil _____	No. Hijos _____
Religión _____	Vive con _____
Diagnóstico _____	
Ocupación _____	
Edades _____	

Estado emocional

Tristeza	Ansiedad	Miedo	Culpa	Shock	Enojo _____
Otros _____					

Creencias

A favor
1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

En contra
1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Estilo de enfrenamiento actual

Directo _____ Emocional _____ Evitativo _____ Revalorativo _____

Intervención

Contención emocional

Psico-educación

Plan de trabajo

Notas

Terapeuta _____
Segunda sesión _____

ANEXO 2

Expediente _____

Hospital Juárez de México
Servicio de Oncología
Formato 2ª. entrevista

Fecha _____

Diagnóstico en estudio () Diagnóstico ()
Programación tx: Rt () Qt () Qx () Inicio de tx: Rt () Qt () Qx ()
Tx:Rt () Qt () Qx ()

Estado emocional

Tristeza	Ansiedad	Miedo	Culpa	Shock	Enojo _____
Otros _____					

Enfermedad	Diagnóstico	Tratamiento	Efectos secundarios
Otros _____			

A favor	En contra
1. _____	1. _____
_____	_____
2. _____	2. _____
_____	_____
3. _____	3. _____
_____	_____
4. _____	4. _____
_____	_____
5. _____	5. _____
_____	_____

Apoyo social

Esposo(a) Hijo(a) _____ Padres Hermanos _____ Amigos _____

Otros

Estilo de enfrenamiento actual

Directo _____ Emocional _____ Evitativo _____ Revalorativo _____

Intervención

Contención emocional

Psico-educación

Promoción participación activa

Técnicas de relajación

Respiración diafragmática () Muscular progresiva () Imaginación dirigida ()

Plan de trabajo

Notas

Terapeuta _____
Tercera sesión _____

ANEXO 3

Expediente _____

Hospital Juárez de México
Servicio de Oncología
Formato de 3ª. entrevista

Fecha _____

Diagnóstico en estudio ()
Programación tx: Rt () Qt () Qx ()

Diagnóstico ()
Inicio de tx: Rt () Qt () Qx ()
Tx: Rt () Qt () Qx ()

Estado emocional

Tristeza	Ansiedad	Miedo	Culpa	Shock	Enojo _____
Otros _____					

Información

Enfermedad	Diagnóstico	Tratamiento	Efectos secundarios
Otros _____			

Apoyo social

Espos(a) Hijo(a) _____ Padres Hermanos _____ Amigos _____
Otros _____

En caso de necesitar ayuda puede acudir a

Intervención

Contención emocional

Psico-educación

Promoción participación activa

Técnicas de relajación

Respiración diafragmática ()

Muscular progresiva ()

Imaginación dirigida ()

Resumen

Logros alcanzados -Pc-

Plan a seguir

Notas

Terapeuta _____

ANEXO 4

INTERVENCIÓN GRUPAL ANTE EL FALLECIMIENTO DE OTRO PACIENTE EN LA MISMA SALA
SERVICIO DE HEMATOLOGIA

Fecha de la intervención_____

Ubicación:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paciente 1

Nombre_____ Dx _____
Días/hospitalización_____ Edad ____ Intervenciones previas Si No _____

Paciente 2

Nombre_____ Dx _____
Días/hospitalización_____ Edad ____ Intervenciones previas Si No _____

Paciente 3

Nombre_____ Dx _____
Días/hospitalización_____ Edad ____ Intervenciones previas Si No _____

Paciente 4

Nombre_____ Dx _____
Días/hospitalización_____ Edad ____ Intervenciones previas Si No _____

Paciente 5

Nombre_____ Dx _____
Días/hospitalización_____ Edad ____ Intervenciones previas Si No _____

Respuestas ante el fallecimiento

Paciente 1

Paciente 3

Paciente 5

Paciente 2

Paciente 4

Estrategias de enfrentamiento

Paciente 1

Paciente 2

Paciente 3

Paciente 5

Cierre

Paciente 1

Paciente 3

Paciente 5

Paciente 4

Paciente 2

Paciente 4

Notas

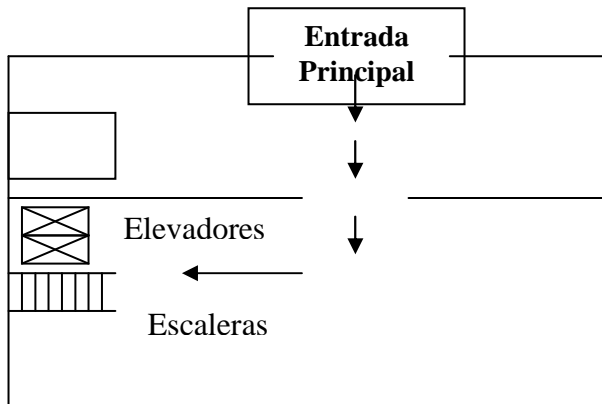
Terapeuta: _____

ANEXO 5

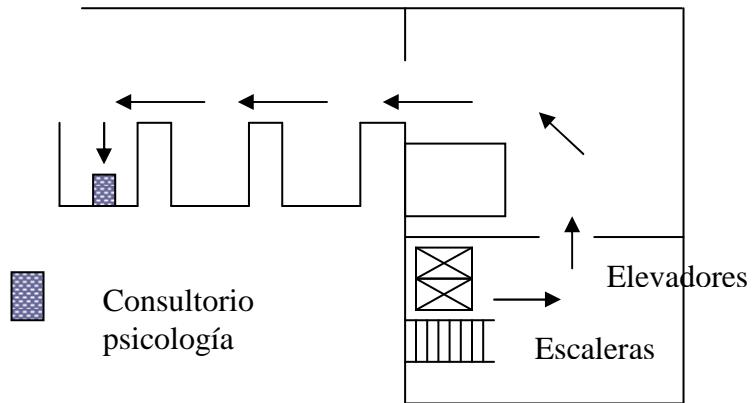
HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

Para usted que es paciente, visitante o familiar de paciente de nuevo ingreso al servicio de Hematología, a continuación se le muestran las rutas de acceso, para llegar a las diferentes áreas de servicio:

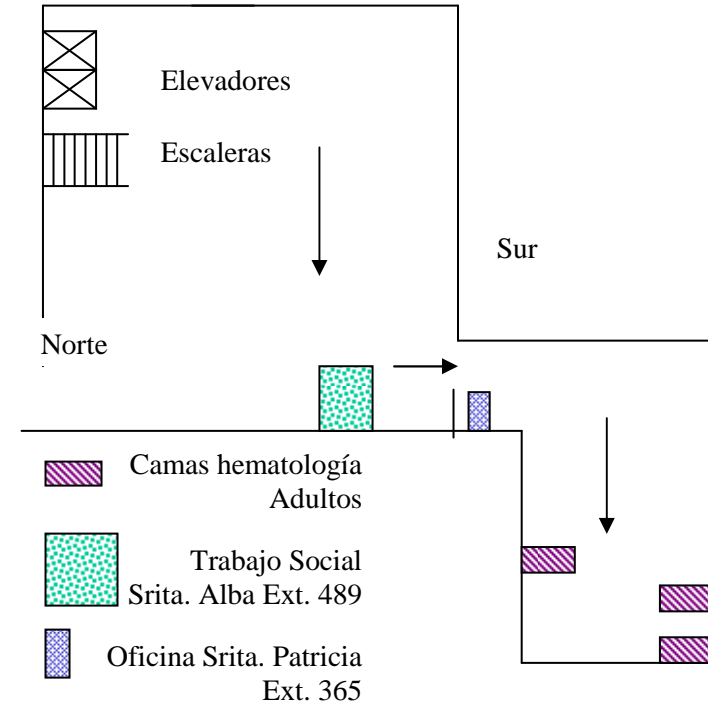
Tendrá que entrar por la entrada principal del hospital:



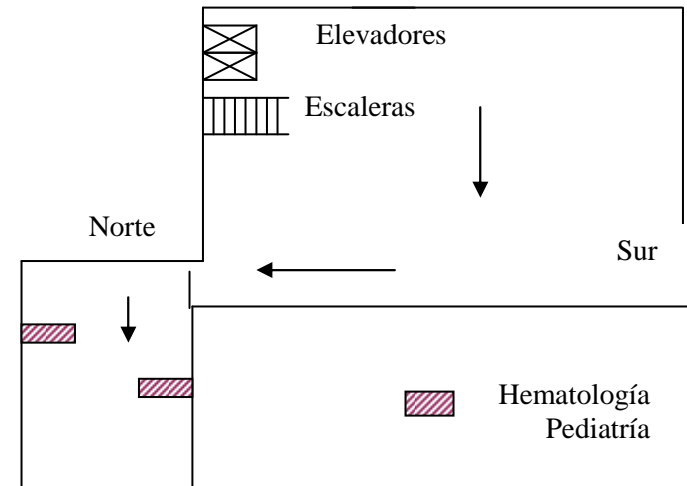
El consultorio de psicología se encuentra en el segundo piso, en el área de consulta externa, consultorio 41.



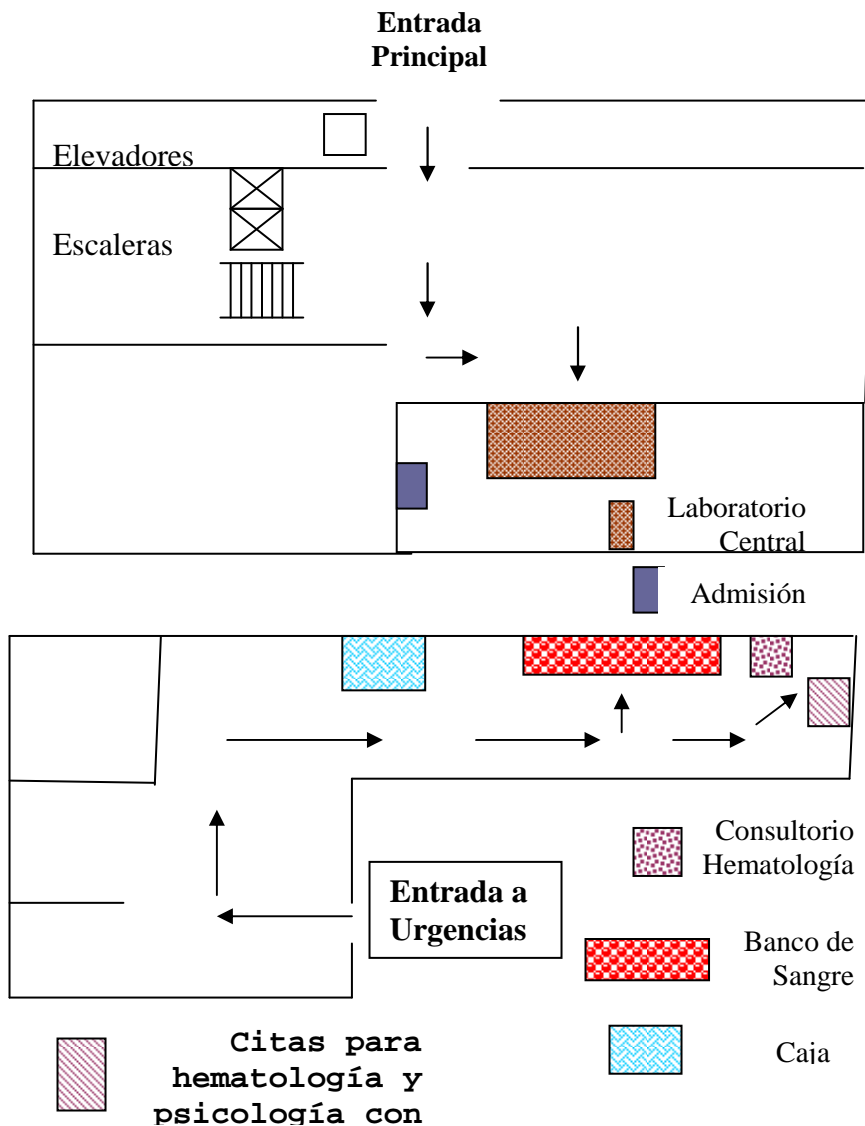
El área de hospitalización para adultos se encuentra ubicada en el Tercer piso lado Sur



El área de Hospitalización pediátrica se encuentra en 4º. piso lado Norte



Consulta externa y Banco de Sangre están en planta baja



Recuerde que una vez dado de alta debe ir a sacar cita con la señorita Claudia.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Servicio de Hematología

*“Rutas de Acceso
a las diferentes áreas
del servicio de
Hematología”*

Dr. Jorge Cruz Rico

Jefe de Servicio de Hematología

Dra. Mónica Tejeda Romero
Hematología

Dr. José Gabriel Peñaloza González
Oncología pediátrica

Psic. Araceli Sosa de la Cruz
Psice. Marcela Sánchez Estrada
Psicología