



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**INTERVENCION PSICOLOGICA DE PACIENTES
PROGRAMADOS A CIRUGIA DE
ARTRODESIS DE RODILLA.**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

NELLY FLORES PINEDA.

DIRECTOR DEL REPORTE:

DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN.

COMITÉ TUTORIAL:

MTRA. SHIRLEY RUBIO CARRASCO

DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ

DR. JOSÉ I. MARTÍNEZ GUERRERO

DR. ALVARO TORRES CHÁVEZ

MÉXICO, D.F.

2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A Dios, por darme la fortaleza
para seguir cada día.

A Etienne y Orlando,
por llenar mi corazón con alegría.

A ti, mi compañero de viaje,
por romper con el esquema de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Sé que este trabajo no hubiera sido posible sin el apoyo de mi familia, quienes dieron su tiempo y espacios para que yo pudiera completar un paso más en mi vida profesional. Agradezco a mis hijos y a mis amigos, a mis compañeros, a profesores y a cada persona que durante estos años estuvo al lado mío. A mis compañeros de la generación, por estar conmigo en los momentos difíciles que enfrenté y por los momentos en los que hubo grandes satisfacciones, fue su amistad lo que realmente me ayudo a continuar.

Gracias a mi tutora Dra. Laura Hernández, por su interés en mi formación durante mi curso por el Programa de Maestría.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa por su apoyo como profesor y coordinador de la Residencia.

Gracias Rebeca Sánchez por tu guía para mejorar mi formación clínica y por la oportunidad de realizar mi primer año de la residencia en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Gina, Raúl, Maríné, Salomón, Sandra, Raquel, Eli, Isabel, Erika, Joanna, Judith y Alejandra, me siento afortunada de contar con todos ustedes. A Alberto y Eva por el año de trabajo que me permitieron compartir con ustedes en el INR.

A Anie, César, Ale y Fer por abrir las puertas de su hogar para brindar su amistad y cariño a mi familia. A Picky por creer siempre en mí. Y a todos aquellos amigos que demostraron ser mi familia más allá de las circunstancias.

A Leonardo Reynoso por enseñarme el camino hacia la Medicina Conductual y a Isaac Seligson, donde quiera que estés, fuiste tú quien me ayudó a preparar el camino para poder continuar la Maestría.

A mi comité tutorial, Mtra. Shirley Rubio, Dra. Silva Morales, Dr. José Martínez y Dr. Álvaro Torres porque en alguna medida han sido parte de mi vida profesional y personal.

Finalmente brindo reconocimiento y agradezco el apoyo recibido para completar mi residencia y mi reporte de experiencia profesional a:

Proyecto CONACYT SALUD-2005-01-13909 "Rediseño de un implante ortopédico para el tratamiento de tumores de rodilla por medio del método del elemento finito y su validación experimental"

M. en C. Víctor Manuel Araujo Monsalvo

Dr. en C. Víctor Manuel Domínguez Hernández

Dr. Genaro Rico Martínez

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN (INR).

INDICE

Introducción.....	4
Medicina conductual.....	6
Enfermedades crónico degenerativas.....	11
Aspectos Psicológicos de las enfermedades crónico degenerativas.....	12
Informe de caso: Tratamiento psicológico de una paciente con Lupus Eritematoso Sistémico (LES)	
Lupus.....	15
<i>Prevalencia e incidencia.....</i>	17
<i>Factores de riesgo.....</i>	18
Aspectos psicológicos del LES.....	20
Intervenciones psicológicas en pacientes con LES.....	23
Formulación de caso	
<i>Identificación del paciente.....</i>	27
<i>Análisis del motivo de consulta.....</i>	27
<i>Historia del problema.....</i>	28
<i>Evaluación.....</i>	29
<i>Análisis y descripción de la conducta problema.....</i>	30
<i>Establecimiento de las metas del tratamiento.....</i>	31
<i>Objetivos terapéuticos.....</i>	31
<i>Representación esquemática de la problemática de la paciente.....</i>	32
<i>Selección del tratamiento más adecuado.....</i>	33
<i>Aplicación del tratamiento.....</i>	33
<i>Resultados.....</i>	40
<i>Discusión.....</i>	44

Intervención psicológica de pacientes programados a cirugía de artrodesis de rodilla.

Tumores óseos.....	47
<i>Diagnóstico</i>	51
<i>Tratamiento</i>	52
<i>Artrodesis de rodilla</i>	54
Aspectos psicológicos en pacientes con tumores óseos.....	55
Formulación de casos	
Caso 1	
<i>Identificación del paciente</i>	64
<i>Análisis del motivo de consulta</i>	64
<i>Historia del problema</i>	64
<i>Análisis y descripción de las conductas problema</i>	65
<i>Establecimiento de las metas del tratamiento</i>	66
<i>Objetivos terapéuticos</i>	66
<i>Aplicación del tratamiento</i>	66
Caso 2	
<i>Identificación del paciente</i>	69
<i>Análisis del motivo de consulta</i>	69
<i>Historia del problema</i>	70
<i>Análisis y descripción de las conductas problema</i>	70
<i>Establecimiento de las metas del tratamiento</i>	71
<i>Objetivos terapéuticos</i>	71
<i>Aplicación del tratamiento</i>	71
Resultados de casos.....	72
Discusión.....	76
Conclusiones.....	78
Referencias.....	81

ANEXO 1

Sede: Centro de Servicios Psicológicos

“Dr. Guillermo Dávila”. Facultad de Psicología..... 91

ANEXO 2

Sede 2: Instituto Nacional de Rehabilitación Servicio de Tumores Óseos..... 97

ANEXO 3

Estudio preliminar: Estado de salud en pacientes con artrodesis de

rodilla..... 103

ANEXO 4

Registros utilizados durante las sesiones..... 109

Introducción

El ser humano desde sus orígenes ha tratado de explicarse la realidad y buscar el control de aquellos fenómenos naturales y trascendentales que en ella tienen lugar, como la vida, la muerte o la enfermedad.

Existen varios momentos importantes durante la historia de la humanidad relacionados con el principio y el desarrollo de la medicina y la psicología. A continuación se mencionarán solamente algunos que permitan una visión que conduzca a la Medicina Conductual como hasta ahora la conocemos.

Históricamente sabemos que el conocimiento médico cobró importancia a partir de los movimientos filosóficos griegos quienes contemplaban una visión integral sobre mente y cuerpo en la explicación de dichos fenómenos. Posteriormente durante la Edad Media, las ideas sobre el origen y sobre la cura de las enfermedades físicas como mentales tenían explicaciones seculares, pero sobre todo espirituales. Al final de esta época se hicieron patentes dos disciplinas: la teología para salvar el alma y la medicina para salvar el cuerpo.

Fue a partir del Renacimiento, cuando Descartes y su propuesta sobre el dualismo separó el objeto de estudio de la teología al alma o propiamente dicho, la mente del ser humano al proponer una visión dualista del cuerpo, lo que permitió que la medicina continuara especializándose y sentó los principios de la psicología fisiológica al proponer el estudio de la función del cerebro en relación a estados mentales y fisiológicos.

Posterior a la II Guerra Mundial, la Psicología clínica hizo que los conceptos y métodos psicológicos adquirieran un papel fundamental en el desarrollo de tratamientos psicológicos en salud mental y psiquiatría. Sin embargo, fue hasta los años 60 y 70, que John Watson y posteriormente B. Skinner dieron lugar a que la modificación del comportamiento surgiera como una forma de utilizar un marco de referencia conceptual científico y sistemático y que aplicara un poderoso repertorio de estrategias de manejo conductual.

Cuando se aplicaron los principios de la conducta a procesos básicos fisiológicos y se mostró que el condicionamiento los afectaba surgió lo que ahora conocemos como biofeedback. Ambos: el conductismo y la psicofisiología contribuyeron de manera importante al campo que ahora conocemos como Medicina Conductual.

Por otro lado, como un área en la medicina, la psicología médica se dirigió a la aplicación del conocimiento psicológico, es decir, a la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, al análisis de la participación de los procesos mentales en el origen de las enfermedades de expresión somática y al estudio de la relación médico-paciente. Esta área tuvo como característica tener como objeto de trabajo a las personas con enfermedades del cuerpo.

De esta manera, se puede entender el surgimiento de la Medicina Conductual a partir de la intersección del conductismo, la psicofisiología y de la psicología médica. En el modelo de la Medicina Conductual se destaca el papel del comportamiento aprendido en el origen y manifestaciones de las enfermedades que buscan medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento pueden desempeñar una función útil en el tratamiento y la prevención de las enfermedades.

Medicina Conductual

Es importante situar a la Medicina Conductual en el marco conceptual de la salud en la actualidad. Si bien el modelo de cuidado de la salud tuvo un desarrollo hacia las enfermedades agudas, uno de los mayores logros de la medicina tradicional ha sido la reducción de muertes por enfermedades infecciosas.

Hoy en día, la mayoría de los retos médicos a nivel mundial involucran enfermedades crónicas que requieren que las personas se adapten y modifiquen sus estilos de vida. El cuidado tradicional de la salud para las personas con enfermedades crónicas ha tenido que cambiar de un modelo curativo a un modelo de cuidado médico (Kaplan, 2002).

Se puede notar que la transición del modelo de salud y cuidados médicos se ha dirigido no solamente a prolongar notablemente los años de vida o sobrevida de un paciente, sino también al bienestar o calidad de vida relacionada con la salud, la cual hace referencia a las consecuencias de una enfermedad o de un tratamiento sobre el bienestar físico, emocional y social de una persona (Esteve & Roca, 1997). El cambio en el modelo de salud permite repasar la definición de salud y cuidados a la salud.

La definición de salud ampliamente aceptada por contener los principales elementos para las acciones sanitarias que interesan a cada país ha sido brindada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual dicta que la Salud debe ser considerada como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la simple ausencia de enfermedad (Alma Ata, 1978).

Es interesante notar que esta orientación más allá de ser un simple deseo, se encuentra ampliamente relacionada con el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1980). Este modelo supone que la naturaleza se encuentra ordenada jerárquicamente en un continuo, en el que los sistemas menos complejos se encuentran subordinados a sistemas más complejos. De tal manera, nada se encuentra aislado: las células en los órganos, los órganos en las personas, las personas en las familias, las familias en las comunidades, hasta llegar así a un nivel más complejo.

De manera práctica, este modelo argumenta que los sistemas de salud deben tomar en cuenta este continuo de factores biológicos, psicológicos y sociales, al momento del diagnóstico y establecimiento del tratamiento lo cual, ayudará a manejar efectivamente el proceso de salud- enfermedad en una persona, abarcando la evolución, el curso de la enfermedad y la recuperación o rehabilitación del individuo (Alfonso, 2003; Sánchez Sosa, 2002).

Como resultado del avance, tanto de la psicología como de la medicina y de la incorporación de esta nueva forma de pensamiento en salud, surgió formalmente la Medicina Conductual como el campo interdisciplinario enfocado al desarrollo y la integración del conocimiento de la ciencia conductual y biomédica, específicamente, busca medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento pueden desempeñar una función útil en la prevención, el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, considerando la dimensión psicosocial en el proceso salud- enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población (Alfonso, 2003; Grau, 1998, Schwarts & Weiss, 1978).

En todos los niveles, la conducta humana con sus componentes emocionales, cognitivo e instrumental juega un papel importante en el área del mantenimiento de la salud. Son los psicólogos como expertos del comportamiento, quienes debemos colaborar y esforzarnos por incursionar en éste y otros retos, buscando enfatizar la comunicación estrecha y la participación con aquellas disciplinas que se encuentren relacionadas con el cuidado de la salud.

Es importante tomar en cuenta que ha sido la perspectiva conductista, y ahora el enfoque cognitivo conductual dentro del papel de la Psicología, los que han contribuido más al cuidado de la salud y la atención de la enfermedad, particularmente en el ámbito de la intervención.

El pensamiento científico contemporáneo y la investigación se reflejan en una combinación de conceptos y métodos provenientes de varias disciplinas. En el caso de la Medicina Conductual son la medicina y la psicología, pero que de manera general se incluye la fisiología, epidemiología, endocrinología e ingeniería biomédica, entre otras (Shapiro, 1988).

Junto con la psicología de la salud, la Medicina Conductual ha traído nuevos papeles para los psicólogos (Klesges, Dzewaltowski & Christensen, 2006). Actualmente la tarea del psicólogo especialista en esta área incluye intervenciones derivadas de investigación básica aplicada para solucionar problemas de salud, y evaluar su eficacia en un contexto social y cultural específico.

Uno de los compromisos y retos de la misma a nivel mundial es mostrar la práctica basada en datos (Klesges, Dzewaltowski & Christensen, 2006), por lo que no se puede practicar Medicina Conductual sin realizar investigación aplicada de la psicología dentro de un contexto interdisciplinario, ya que existe una relación cíclica entre investigación y la práctica.

Ante la práctica diaria otro reto a enfrentar, es el de desarrollar herramientas de medición que permitan ponderar los efectos de las intervenciones en las poblaciones tratadas (Grau, 1998). En nuestro país debemos unirnos a la tendencia en el perfeccionamiento de los medios de evaluación e intervención psicológica en padecimientos crónicos que afectan a grandes grupos poblacionales.

Básicamente, la Medicina Conductual ha enfatizado la importancia del estilo de vida y del comportamiento, no sólo porque se relacionan con la etiología y la patogénesis de la enfermedad, sino también porque es posible tener un estilo de vida que prevenga la enfermedad, mantenga y promueva la buena salud.

Otro de los retos principales de esta disciplina es desarrollar enfoques comprensivos biocomportamentales tanto de la enfermedad como de la salud (Bernard & Krupat, 1994), para hacer cambios en el estilo de vida y en las pautas de hábitos, para desarrollar nuevas formas de lograr que el paciente siga las indicaciones del médico, para promover el auto-control en términos más generales y finalmente para enfocar y manejar las adaptaciones emocionales ante la enfermedad, la rehabilitación y la recuperación.

Principalmente las áreas de incidencia en Medicina Conductual incluyen el papel que desempeñan el estrés y el aprendizaje en la inmunidad a la enfermedad, las influencias cognitivas, sociales, ambientales de desarrollo sobre la misma. Por otro lado, contempla problemas de salud como el cambio de apetito y aquéllos relacionados con las conductas de comer, así mismo incide sobre la relación de la expresión o de la inhibición conductual y emocional sobre la hipertensión y la enfermedad cardiaca coronaria, los mecanismos neurales y bioquímicos de dolor y las influencias familiares o psicosociales sobre los procesos de enfermedades crónico- degenerativas, entre otras áreas (Bernard & Krupat, 1994).

Si bien, los médicos poco a poco han dado más importancia a conceptos conductuales, incluso en su práctica clínica habitual, aún no están listos para incorporar métodos propios de la psicología como parte integral de sus intervenciones e investigaciones.

Finalmente, hay que considerar que los avances en el futuro de nuestra disciplina dependerán de la cooperación interdisciplinaria, la comunicación y el mutuo respeto entre los científicos biológicos y del comportamiento, y de la convergencia mutua de nuestros respectivos métodos y conceptos.

Enfermedades crónico degenerativas

Una enfermedad crónica o incapacidad implica una o más desviaciones de una estructura y funcionamiento normal que, ya sea extensivo o no, queda permanente. Las condiciones crónicas no son reversibles y se acompañan con cierta discapacidad residual (Di'Matteo's, 1991).

La característica principal de esta definición es que una enfermedad crónica no es curable, lo que la distingue de una enfermedad aguda. Esto implica que una enfermedad crónica debe ser incorporada dentro del estilo de vida de una persona. Las enfermedades crónicas no se caracterizan por una remisión per se, pero pueden tener periodos en que los síntomas pueden ser más o menos severos, además de que su progresión varía entre individuos.

Las enfermedades crónicas son causas crecientes de mortalidad a nivel mundial. En México, se encuentran enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades del corazón y la diabetes, dentro de las tres primeras causas de mortalidad en los grupos de edades entre quince y sesenta y nueve años. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI],2008; Secretaria de Salud, 2007; Salud Pública de México, 2002).

Dentro de las principales causas de mortalidad a nivel nacional, en el año 2006 ocuparon el primer lugar la cardiopatía isquémica y enfermedades cerebrovasculares asociadas principalmente a inactividad física, tabaquismo, hipertensión arterial y sobrepeso, con el 16.4% de las defunciones referidas ese año. En segundo lugar lo ocupó la diabetes mellitus abarcando el 13.8% de las defunciones. Las estadísticas nacionales confirmaron a los tumores malignos como la tercer causa de mortalidad, con el reporte de 63 128 defunciones las cuales representaron el 12.9% de las defunciones (INEGI,2007).

Dentro de la República Mexicana la Secretaria de Salud reporta particularmente al D.F. como el lugar con mayor incidencia de las principales causas de mortalidad (Secretaria de Salud, 2006).

Aspectos psicológicos de las enfermedades crónico degenerativas

Las investigaciones en el campo de la psicología han mostrado que tanto el diagnóstico, la sintomatología y los estrictos regímenes de tratamiento de las enfermedades crónicas pueden ser fuentes de mucho estrés psicológico (Macrodimitis & Endler, 2000; Taylor, Lichtman, & Wood, 1984).

En primer lugar es importante tomar en cuenta aquellos aspectos psicosociales (edad, género y estatus socioeconómico) que se encuentran directamente relacionados con el afrontamiento de la enfermedad.

Las enfermedades crónicas representan un impedimento para continuar hacia las actividades o metas deseadas, en breve una enfermedad crónica y sus ramificaciones representan una amenaza central para múltiples aspectos de la vida cotidiana de los pacientes.

Muchas de las enfermedades crónicas requieren un enfoque de autocontrol para regular el curso y el impacto de los problemas y síntomas de los pacientes (White, 2000). Dentro de este proceso de ajuste a la enfermedad, algunos autores (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1999; Taylor, Lichtman, & Wood, 1984) reconocen que las evaluaciones que un individuo haga de su condición como controlable o incontrolable pueden influir sobre la estrategia de afrontamiento elegida.

Por otro lado se afectan la autoestima y el optimismo que una persona puede tener hacia el futuro, es decir el sentido de valía del individuo se transforma en un sentido de vulnerabilidad (White, 2000).

Como en toda enfermedad algunos aspectos claves que componen el modelo individual de la enfermedad (White, 2000) y que el psicólogo debe valorar, son los siguientes:

- Curso: Se busca que el paciente entienda el curso de su enfermedad, ya sea crónica o aguda.
- Patrón sobre el tiempo: Que el paciente entienda si el curso de la enfermedad es fluctuante o impredecible.
- Consecuencias: Efectos de la enfermedad sobre el paciente y sobre otros.
- Control personal: Percepción del individuo del control que pueda ejercer sobre la enfermedad o los síntomas.
- Control del tratamiento: Percepción del individuo acerca del control que las medicinas u otros tratamientos tengan sobre la enfermedad y los síntomas.
- Entendimiento coherente de la enfermedad: Es decir, si la persona percibe como coherente la información proporcionada por los miembros del equipo de salud.
- Representación emocional: Emociones generadas por la enfermedad.

Es importante tomar en cuenta otros aspectos dentro de la problemática relacionada con los pacientes, tales como la información para la toma de decisiones, el apoyo social con el que cuentan para realizar los cambios conductuales que requiere el paciente, así como los aspectos psicofisiológicos de la misma enfermedad, entre otros (White, 2000) .

La gravedad de la enfermedad, el efecto y las consecuencias percibidas que puede tener la recurrencia o exacerbación de los síntomas de una enfermedad se encuentran relacionados con cierta perturbación emocional como la ansiedad y el estrés.

Por otro lado, la depresión se encuentra asociada a otros problemas como poca adherencia al tratamiento o elevada percepción de dolor. La expresión de pensamientos suicidas generalmente no se asocia con la depresión, paradójicamente, es una manera de recuperar el control sobre sufrimiento intolerable (White, 2000).

Investigaciones previas indican que las intervenciones psicosociales y conductuales pueden mejorar el bienestar físico y psicológico de los pacientes que viven con enfermedades de alto riesgo o condiciones médicas crónicas (Gómez-Puente & Sánchez-Sosa, 2002; Haupt et al, 2005; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar & Sánchez-Sosa, 2005; MCClellan, Rubenstein & Seligman, 1999).

El psicólogo en Medicina Conductual interviene integralmente junto con los médicos, aplica técnicas de terapia cognitivo conductual para el tratamiento y ajuste de hábitos de vida de las enfermedades crónicas que en ocasiones son agravadas por problemas emocionales como los mencionados anteriormente. El tratamiento psicológico, simultáneo e integrado a la acción médica, es importante precisamente para generar en el paciente las habilidades de afrontamiento de su enfermedad y aumentar la eficacia de los tratamientos en la recuperación y manutención de la salud física y mental y así mejorar su calidad de vida.

Informe de caso:
Tratamiento psicológico de una paciente con
Lupus Eritematoso Sistémico.

Lupus

La palabra Lupus deriva del latín “lupo” que significa lobo y se utilizó para nombrar un número de enfermedades cuyos síntomas en la piel simulaban la mordedura de un lobo rabioso. En 1840, el médico vienés Ferdinand von Hebra hizo una distinción de la enfermedad llamada Lupus. Indicó que, a diferencia de otras que afectaban igualmente la piel, ésta presentaba una mancha predominante en la cara que se extendía de mejilla a mejilla, pasando por el puente de la nariz, simulando las alas de una mariposa.

La clasificación de la enfermedad es la siguiente:

Forma Cutánea.

1. Lupus eritematoso discoide (LED). Consiste en placas eritematosas con descamación, que se localizan en piel cabelluda, orejas, cara y cuello. Es más común en mujeres mayores de 40 años de edad. Tiene una evolución crónica e insidiosa.
2. Lupus neonatal (LN). Es una enfermedad rara, debida al paso transplacentario de anticuerpos antinucleares de una madre con lupus al producto, de tal forma que el infante neonatal presenta lesiones cutáneas transitorias de lupus eritematoso cutáneo subagudo. La incidencia es de 1 en 20,000 recién nacidos vivos.

3. Lupus eritematoso cutáneo subagudo. Las lesiones clínicas están constituidas por lesiones eritematoescamosas. Se distribuye en áreas expuestas al sol, como la parte superior del tórax, dorso de brazos, antebrazos, cuello y en ocasiones existen lesiones en la cara, piel cabelluda y extremidades inferiores.

Forma Generalizada.

Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Es una enfermedad autoinmune del tejido conjuntivo. El daño aparece en cualquier órgano del cuerpo y puede causar artritis con inflamación, fatiga, eritema en alas de mariposa en región malar, úlceras orales, fotosensibilidad, serositis (inflamación del tejido alrededor del corazón y pulmón), osteoporosis, desórdenes renales (proteinuria y destrucción celular), desórdenes sanguíneos (leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, anemia hemolítica), y desórdenes inmunológicos como anticuerpos anti-DNA (Sánchez-Rodríguez, Barajas-Vásquez, Ramírez-Alvarado, Moreno-Gracia & Cisneros, 2004).

El Lupus Eritematoso se caracteriza por un curso variable, con periodos de exacerbación alternados con periodos de remisión o menor actividad, frecuentemente se acompaña de fiebre. Su expresión clínica, así como su gravedad son muy variables e impredecibles (Abud, 2001).

Prevalencia e incidencia

En los Estados Unidos, existe más de un millón de personas que presentan Lupus. La sintomatología es muy diversa, en los cuales la mitad de los casos es letal. El LES es una enfermedad de distribución mundial que se manifiesta en cualquier edad, es más frecuente en la etapa productiva y reproductiva de la vida (entre 20 y 40 años, en niños y adolescentes) (Zonana-Nacach, 2004).

La prevalencia del LES varía en los distintos grupos de población, oscila entre 300 y 400 pacientes por cada 100.000 habitantes. Afecta a todas las razas aunque es de mayor gravedad en la raza negra y más del 90% de los pacientes son mujeres. El lupus en mujeres, se presenta en edades que van de 15 a 40 años durante los picos de fertilidad.

En Estados Unidos, el lupus es más frecuente en algunas minorías étnicas como los afro-americanos, hispanos y nativos americanos. Estas minorías suelen tener mayor morbilidad así como una mayor tasa de mortalidad. Hallazgos similares se han observado en otros países, por ejemplo en Inglaterra, donde el Lupus es menos frecuente en los caucásicos y más severo entre los afrocaribeños y asiáticos (Fernández et al., 2004; Sánchez-Rodríguez et al., 2004).

Según la Revista Mexicana del Hospital General de México, durante las 4 décadas pasadas, la incidencia del Lupus Eritematoso Sistémico o Generalizado se ha triplicado y la sobrevivencia se ha incrementado significativamente (Sánchez-Rodríguez et al., 2004).

La explicación para el aumento de la sobrevivencia incluye el diagnóstico temprano, reconocimiento de los pacientes que tienen enfermedad mínima, aumento en el número de solicitudes de anticuerpos antinucleares y mejores abordajes en general del diagnóstico y de la terapéutica (Abud, 2001).

No se han obtenido datos actualizados en cuanto a prevalencia, incidencia y mortalidad de Lupus Eritematoso en México.

A pesar de los avances recientes en la Medicina, los pacientes con LES aún experimentan considerable morbilidad y mortalidad. Estar al pendiente de la tendencia en pacientes con lupus, a los factores de riesgo, al diagnóstico temprano y a sus complicaciones permite a los especialistas de la salud, un mejor manejo de esta enfermedad.

Factores de riesgo

En general, entre los factores de riesgo se encuentran factores biológicos, y factores ambientales (como por ejemplo, la luz solar). Por otro lado, algunos estudios confirman que los factores genéticos y socioeconómicos así como la etnicidad se encuentran relacionados con la presentación de LES (Fernández et al., 2004; Reveille et al., 1998; Zonana-Nacach et al., 2002).

En el desarrollo y evolución del lupus, es claro que las hormonas sexuales femeninas son un factor de riesgo. Durante la edad reproductiva el lupus afecta a nueve mujeres por cada hombre, en tanto que antes de la pubertad esta proporción es tan sólo de tres a uno, y después de la menopausia la frecuencia de lupus es similar en mujeres y hombres. El uso de anticonceptivos orales en pacientes con lupus puede contribuir al desarrollo de la enfermedad u ocasionar que se exacerbe. El estudio realizado por Zonana-Nacach et al. (2002) demostró un riesgo dos veces mayor con el uso de anticonceptivos orales solamente cuando éstos se usan por un año o más.

Un dato importante es que actualmente las mujeres con lupus tienen una supervivencia similar a las mujeres sanas, por lo que hay un número mayor de

mujeres posmenopáusicas y con lupus, en riesgo de osteoporosis. Los pocos estudios realizados para evaluar la reactivación de lupus por uso de terapia hormonal de reemplazo no han mostrado un riesgo mayor de exacerbación (Zonana-Nacach et al., 2002).

La prescripción de algunas drogas, como medicamentos para el corazón y antipsicóticas pueden causar efectos lupídicos. Se ha descrito la asociación de lupus principalmente con el uso de fármacos antihipertensivos, anticonvulsivantes, antifúngicos y antibióticos. Zonana- Nacach et al. (2002) informaron un riesgo cinco veces mayor al evaluar como antecedente el uso de dosis convencionales de isoniazida, alfametildopa o carbamazepina. No encontraron asociación con el uso de otros medicamentos.

También los virus y bacterias pueden afectar al sistema inmunológico, haciéndolo más susceptible. Sin embargo, el significado de que las bacterias pueden jugar un papel en la patogénesis del lupus, y su relación con el lupus en humanos no se ha determinado (Zonana- Nacach et al., 2002).

Se cree que algunos genes pueden estar involucrados en el desarrollo del lupus, basándose en los hallazgos en cuanto a la frecuencia de lupus en gemelos monocigotos, que es de 25% comparada con 2% en gemelos dicigotos. Aunque esto sugiere un papel importante de la herencia en el desarrollo de LES, el factor genético por sí solo no explica la etiología de la enfermedad (Fernández et al., 2004; Zonana-Nacach et al., 2002).

Por otro lado, el antecedente en familiares de primer grado de otras enfermedades como artritis reumatoide, esclerodermia y polimiositis se ha asociado con un mayor riesgo de desarrollar LES.

Zonana-Nacach et al. (2002) realizaron el primer estudio de factores de riesgo relacionados con LES en población mexicana, en el que estudiaron variables no evaluadas anteriormente como el uso de fármacos y variables socioeconómicas.

Aunque en esta investigación no se encontró asociación con indicadores de nivel socioeconómico (educación, empleo e ingreso familiar), en un estudio realizado por Fernández et al., (2004) en poblaciones minoritarias de Estados Unidos, encontraron que entre los factores independientes predictores de la mortalidad de las personas con lupus, se encontraban la mayor actividad de la enfermedad, el mayor acumulo de daño debido a la enfermedad y la pobreza.

La conclusión de estos autores es que mientras algunos factores inmunogenéticos parecen inferir sobre la actividad de la enfermedad en las etapas tempranas de su curso, otros factores como los socioeconómicos y los psicológicos tienen mayor importancia en etapas más avanzadas.

Aspectos psicológicos

En cuanto a la prevalencia de desórdenes psiquiátricos en pacientes con LES, Hay et al. (1992) encontraron que los desórdenes psiquiátricos se asocian independientemente con estrés social y con indicadores de funcionamiento cognitivo, pero no con la actividad sistémica de la enfermedad o con la terapia con corticoesteroides.

En pacientes con LES sin datos manifiestos de disfunción del sistema nervioso central se presentó mal funcionamiento cognitivo de manera significativa y los pacientes refirieron repercusiones negativas en su funcionamiento diario (Denburg, Carbotte, Fisk & Hanly, 1993).

Algunos autores han encontrado que los trastornos del estado de ánimo pueden representar manifestaciones neuropsiquiátricas de la actividad del LES una consecuencia del estrés por tratarse de una enfermedad crónico degenerativa.

Neri et al. (2006) encontraron que los pacientes con depresión mayor tienden a presentar mayor gravedad en la actividad del LES comparados con otras personas sin depresión mayor. Esto quiere decir que la gravedad de la depresión se encuentra directamente relacionada con la actividad de la enfermedad (Schattner & Naparstek, 2005).

Aunque todavía debe estudiarse si la depresión mayor que se presenta durante el LES activo es una manifestación de la enfermedad del sistema nervioso central mediada por mecanismos autoinmunes (Monastero, et al., 2006; Neri, et al., 2006).

Joffe et al., (1998) informaron que la depresión predice significativamente la ejecución cognitiva de los sujetos con manifestaciones neuropsiquiátricas con LES, medidas estas manifestaciones en tareas verbales y no verbales, memoria a largo plazo y habilidades de visoconstrucción. Los pacientes con manifestaciones neuropsiquiátricas manifiestan peores ejecuciones, además refieren mayor ansiedad y depresión. Estos estados emocionales se encuentran relacionados con el uso de un tipo de afrontamiento emocional y evitativo en pacientes con LES (Kozora, Ellison, Waxmonsky, Wamboldt & Patterson, 2005).

Se puede explicar cómo la depresión puede llevar a empeorar la salud física de la siguiente manera: en primer lugar la depresión lleva a la inmunosupresión a su vez, los individuos deprimidos sufren también de mayor número de eventos incontrolables y a mayor número de eventos incontrolables, existe mayor probabilidad de enfermar. Finalmente, la depresión también produce pasividad, lo

cual también produciría o agravaría los problemas de salud (Schleifer, Keller, Siris, Davis & Stein, 1985).

Existen tres factores importantes que afectan la calidad de vida de los pacientes con LES (Jolly, 2005):

1. la actividad física, especialmente diaria,
2. comprensión de la enfermedad por parte de la familia y en el lugar de trabajo, y
3. la depresión y la ansiedad.

Fernández et al. (1994) encontraron que la baja calidad de vida suele asociarse con fatiga, dolor, sufrimientos psicológico, escasa habilidad para afrontar y adaptarse a la enfermedad, bajos niveles de apoyo social y autoeficacia. Por su lado, otros autores (Jump et al. 2005; Doria et al., 2004) remarcan la importancia de factores psicosociales como la depresión, el dolor y apoyo social percibido que predicen los niveles de fatiga y menor calidad de vida en pacientes con LES.

La calidad de vida física y psicológica se encuentra relacionada con una actividad exacerbada del lupus. Sin embargo no se han encontrado correlaciones entre la calidad de vida social y ambiental y el estado de actividad de la enfermedad (Khanna, Pal, Pandey & Handa, 2004).

Mediante una encuesta realizada en Australia, Moses, Wiggers, Nicholas & Cockburn (2005) encontraron que algunas necesidades no cubiertas, referidas por pacientes con LES, tenían que ver con el cansancio, el dolor, incapacidad de hacer lo que solían hacer, miedo a que se exacerbara la enfermedad, problemas para dormir, ansiedad, estrés y depresión. Cinco de los niveles más altos de necesidades no cubiertas se refieren a necesidades psicológicas. Los autores concluyeron que esto significa que los servicios de salud locales no cubren con las necesidades de las personas que padecen LES.

Sin embargo, a pesar de los síntomas de lupus y de los efectos secundarios potenciales que pueden causar los tratamientos, las personas pueden mantener una buena calidad de vida. Los esfuerzos para manejar el lupus comienzan desde el entendimiento de la enfermedad y de su impacto.

Intervenciones psicológicas a pacientes con LES

Schattner & Naparstek (2005) recalcan la necesidad de dirigir el impacto de las intervenciones de los especialistas hacia la depresión y al estrés asociados al LES. Para realizar intervenciones psicológicas hay que tomar en cuenta factores como el dolor y el estrés psicológico que se encuentran asociados con la fatiga específicamente en el LES. También se debe tomar en cuenta factores como el apoyo social, el cual puede mostrar un efecto como amortiguador en el ajuste a una enfermedad crónica (Jump et al., 2005).

Debido a que el LES es una enfermedad crónica, existe depresión y ansiedad derivada de la pérdida de la salud. Para resolver esto, las intervenciones también pueden perseguir el objetivo de brindar educación y dar las explicaciones de la enfermedad de manera que los pacientes y sus familiares aprendan más acerca de este padecimiento (Funauchi et al., 2005).

Existen estudios que muestran que los pacientes bien informados y que participan activamente en su propio cuidado, experimentan menos dolor, visitan menos al doctor, tienen mayor seguridad en sí mismos y se mantienen más activos. Haupt et al., (2005) hallaron que el apoyo psicoeducativo puede producir una mejora significativa en las habilidades de afrontamiento en pacientes con LES y por lo tanto mejorar su calidad de vida.

La importancia para el psicólogo de conocer las características de la enfermedad, además de acompañar la parte psicoeducativa que lleva su tratamiento, es que pueda contemplar aquellos factores que tienen un componente conductual y sobre el cual se pueda incidir, durante el tratamiento médico y para la prevención de la exacerbación de la enfermedad.

El profesional de la salud, en este caso el psicólogo especializado en Medicina Conductual, también puede ayudar al paciente a reconocer las síntomas de exacerbación de la enfermedad, a estar alerta de estos síntomas para poder reducir su intensidad, así como a ayudar al paciente a mantener una buena comunicación con su doctor. También es importante para las personas con lupus cuidar de su salud regularmente, en lugar de sólo atenderse cuando empeoran los síntomas.

Se puede recomendar que entre las verificaciones preventivas de los pacientes con lupus se encuentren las revisiones exhaustivas ginecológicas en mujeres y en hombres de próstata. Por lo regular, necesitan revisarse la presión arterial y los niveles de colesterol, así como realizarse exámenes oculares anualmente.

Mantenerse sano requiere un esfuerzo y cuidado extra para las personas con lupus, así como desarrollar estrategias para mantener el bienestar. Dentro de los objetivos principales para mantener una buena calidad de vida, se encuentra el afrontamiento del estrés por tener una enfermedad crónica degenerativa. Algunos autores sugieren que las intervenciones se dirijan a ayudar a mejorar el afrontamiento activo y a minimizar las respuestas emocionales ante el estrés (Kozora, 2005). Dobkin et al., (2002) encontraron, después de una intervención

psicoterapéutica, disminución a lo largo del tiempo, del estrés psicológico y el afrontamiento enfocado a la emoción.

Aunque exista variabilidad entre individuos en cuanto al manejo efectivo del estrés; Adams, Dammers, Saia, Brantley & Gaydos (1994) han sugerido que el estrés ante eventos de vida menores, la depresión, ansiedad y el enojo se asocian con el LES y pueden exacerbar su sintomatología.

Algunas estrategias para atenuar los efectos psicológicos del LES incluyen ejercicio, técnicas de relajación y manejo de prioridades para organizar el tiempo y la energía. Una proporción significativa de mujeres con LES sufre de problemas de sueño relacionados con la falta de ejercicio (Costa et al., 2005). Por otro lado, un estudio realizado por Carvalho et al. (2005) mostró que después de un programa de entrenamiento cardiovascular, los pacientes con LES, mejoraron su tolerancia al ejercicio, obtuvieron una mejor capacidad aeróbica, manifestaron una mejor calidad de vida y una mejora en cuanto a los síntomas de la depresión.

Greco, Rudy & Manzi (2004) realizaron un estudio para controlar el efecto del estrés en pacientes con LES. Encontraron que los pacientes en el grupo en el cual se les controlaba sus síntomas físicos, informaron disminución de dolor, los que estaban en el grupo que llevaba una terapia cognitivo conductual informaron una mejora en su funcionamiento físico al igual que en el dolor (similar al resultado que obtuvo el grupo con solo tratamiento de síntomas físicos). En el seguimiento, el grupo sometido a terapia cognitivo conductual continuó presentado ganancias.

En México se conocen pocos estudios que relacionen la terapia cognitivo conductual con el tratamiento del LES. Sánchez (2005) realizó en México, un estudio clínico aleatorizado con pacientes con LES, para examinar si existían cambios en cuanto a variables como: afrontamiento, depresión y ansiedad, antes y después de un tratamiento de tipo cognitivo-conductual. Diecinueve mujeres con LES disminuyeron significativamente su ansiedad y depresión después de una intervención. La indefensión también disminuyó después de la intervención. Se observó cambios sólo en algunas de las dimensiones de la calidad de vida.

Formulación de caso

Identificación del paciente

Paciente femenino de 44 años de edad, divorciada, sin hijos, escolaridad licenciatura, desempleada, depende económicamente de su madre y hermanos. Vive sola, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) desde hace 20 años e histerectomía secundaria a cáncer cervicouterino hace 5 años.

Estructura familiar

La paciente mencionó a los integrantes de su familia como parte importante de su red de apoyo social, refirió el apoyo recibido como satisfactorio. Describió a su familia como unida y con quienes puede contar en momentos de dificultad, como cuando la sintomatología del LES se ha encontrado exacerbada. Refirió que el apoyo lo recibe diariamente por parte de su madre y hermana con quienes se reúne por lo general a la hora de la comida y durante las reuniones familiares que se realizan cada fin de semana.

Análisis del Motivo de Consulta

La paciente solicitó consulta previo diagnóstico psiquiátrico en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ) de trastorno de ansiedad con agorafobia y episodio depresivo mayor. El motivo de consulta que refirió fue la necesidad de apoyo psicológico al tratamiento farmacológico psiquiátrico.

La paciente se presentó al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” con sintomatología de ansiedad, describió de manera verbal el diagnóstico psiquiátrico de trastorno de ansiedad con agorafobia. De la entrevista se identificó crisis de ansiedad en lugares públicos como el banco y la sala de espera del hospital, con síntomas como: sudoración y taquicardia. Tratada

farmacológicamente con Clonazepam (Kriadex). Dosis indicada: 2.5 mg al día (0-0-1).

En cuanto a la sintomatología depresiva la paciente manifestó desinterés por actividades cotidianas, insomnio, pesadillas, fatiga, enlentecimiento, sentimientos de culpa, poca concentración. Esta sintomatología depresiva se había presentado diario, desde hace más de 7 meses. Tratada farmacológicamente con Clorhidrato de sertralina (Sertex) en dosis indicada: 50 mg (0-0-1).

La paciente informó sintomatología clínica de LES en remisión. Sin embargo en ocasiones se presentaban fiebre y dolor en las articulaciones. Los estudios de laboratorio indicaron leucopenia de manera constante.

Historia del problema

La paciente refirió que cuando se le diagnosticó Lupus ella aún se encontraba casada. Su esposo fue su cuidador primario durante los primeros años del lupus, cuando los síntomas se presentaron más exacerbados. Posteriormente, sufrió abandono por parte del cónyuge por su decisión de no tener hijos a consecuencia de su enfermedad. Se separó de su cónyuge hace 7 años. Posteriormente su madre ha sido su principal cuidadora.

Entre los eventos de vida que ha experimentado la paciente menciona que se le detectó cáncer en la matriz, hace 5 años y se le practicó una histerectomía, ya que debido al lupus no podía recibir quimioterapia. La paciente llevó a cabo el proceso de divorcio hace 2 años. Otro suceso de vida importante para la paciente fue el hecho de que hace un año, su padre estuvo preso durante 6 meses, tiempo en el cual al visitarlo debía someterse a situaciones que ella menciona como demasiado incómodas. Así mismo, la familia se endeudó para poder pagar al abogado de su padre. Como evento estresante de vida más reciente, desempeñaba un cargo de

producción en una televisora, sin embargo la liquidaron hace 8 meses y al momento de la preconsulta se encontraba desempleada.

Los diferentes sucesos de vida que la paciente ha experimentado como incontrolables e injustos, tales como: la pérdida de la salud, su divorcio, encarcelamiento de su padre y la pérdida del empleo, la llevaron a generar sentimientos de tristeza y de ansiedad relacionados con pensamientos negativos y catastróficos ante creencias relacionadas con injusticia en el mundo.

Asimismo los medicamentos prescritos para el tratamiento del LES (Malival, Imuran, Plaquenil) ocasionalmente han presentado efectos secundarios, tales como: somnolencia, fatiga, letargo, mareos, fiebre, pesadillas y cefalea.

Evaluación

-Entrevista de Preconsulta. La primera vez que la paciente se presentó llenó una solicitud de atención psicológica. Con base en dicha solicitud se le realizó una entrevista de preconsulta, con el objetivo de formular la problemática por la cual solicitaba el servicio. Esta entrevista tuvo una duración aproximadamente de 30 minutos.

Se la evaluó respecto a: Depresión y Ansiedad.

-Inventario de Depresión de Beck. La versión en español consta de 21 reactivos y presenta una alta consistencia interna, alto coeficiente de confiabilidad test -retest y validez predictiva al igual que a la versión original. De los análisis factoriales se obtienen 3 factores intercorrelacionados: 1) Actitudes negativas hacia sí mismo. 2) Deterioro del rendimiento. 3) Alteración somática (Jurado et al. 1998).

-Inventario de Ansiedad de Beck. La versión en español consta de 21 reactivos y presenta una alta consistencia interna con alpha de Cronbach de .84. Los análisis factoriales extraen 4 factores principales: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).

Instrumentos de Evaluación	Calificación	Interpretación
Inventario de depresión de Beck	25	Moderado
Inventario de ansiedad de Beck	38	Severo

Los resultados obtenidos mostraron como problema principal la ansiedad de la paciente, seguido de la depresión. Se comentó con ella la interpretación de los inventarios y se corroboró la problemática principal sobre la ansiedad.

Se aplicó los mismos de instrumentos de evaluación pos tratamiento y a los 6 meses durante el periodo de seguimiento.

Análisis y descripción de la conducta problema

Los ataques de ansiedad referidos por la paciente se situaban en lugares públicos como la sala de espera del hospital, en donde identificó respiración agitada, sudoración y taquicardia relacionados con pensamientos pesimistas y catastróficos, como “¿Y si los resultados de mis análisis refieren algo negativo?”. O en lugares públicos cerrados como el banco o la compañía de luz, entonces pensaba “¿Y si alguien se da cuenta que me estoy poniendo nerviosa?”. Lo cual tenía como consecuencia que evitara lugares públicos. También se le dificultaba relacionarse con amistades o buscar empleo ante la idea de: “¿Y si se enteran que tengo lupus?”. Lo que causaba temor de rechazo o a causar lástima. De esta manera se reforzaba negativamente la ansiedad y, por otro lado, a largo plazo representaba un riesgo de no mejorar en el aspecto emocional y que el pronóstico de lupus empeorara.

En cuanto al episodio depresivo, la paciente refirió sintomatología depresiva como: desgano por las mañanas, cansancio principalmente por las tardes, o posterior a alguna actividad que implicara salir de su casa para cubrir pagos o entrevistas de trabajo. Manifestó insomnio, en ocasiones pesadillas, ganas de llorar, disminución en el interés en actividades que anteriormente le resultaban placenteras como la convivencia familiar, leer el periódico, ir al cine, ver películas en casa.

Establecimiento de las metas del tratamiento

El establecimiento de las metas de tratamiento se realizó en función de las conductas problemas que se identificaron. Junto con ella se establecieron dos metas del tratamiento clínicamente relevantes: 1) disminución de la ansiedad ante la visita médica hospitalaria y 2) mejora del estado de ánimo.

Objetivos terapéuticos

Se definieron los siguientes objetivos terapéuticos:

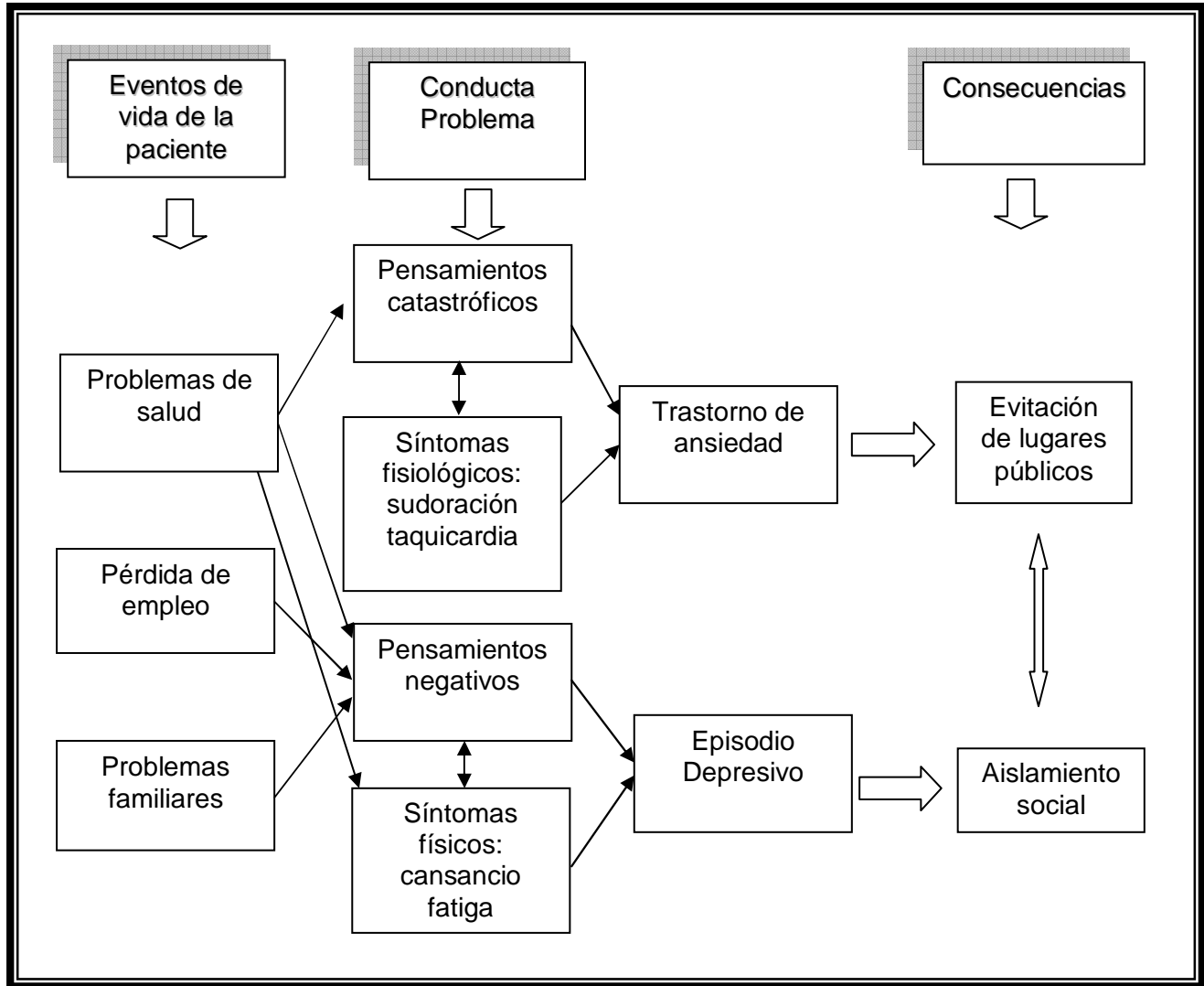
Que conociera la asociación de su estado emocional con el curso del LES.

Que adquiriera habilidades en técnicas de relajación para el manejo de los síntomas de ansiedad.

Que lograra realizar actividades que mejoraran su situación emocional en relación con su enfermedad y eventos de vida relevantes.

Que generara pensamientos alternativos al tipo de pensamiento catastrófico y negativo relacionados con situaciones de salud-enfermedad.

Representación esquemática de la problemática de la paciente.



Selección del tratamiento más adecuado

El tratamiento que diversos autores dictan para el manejo de un trastorno de ansiedad es el manejo conductual como el biofeedback, relajación, modelamiento, exposición en vivo, representación de papeles y autoinstrucciones (Orgilés, Méndez, Alcázar & Inglés, 2003) así como la terapia cognitiva (Freeman & Simon, 1989; Wells, 2002) específicamente dirigida a la identificación y manejo de preocupaciones o miedos específicos (Dugas & Ladouceur, 2000).

El tratamiento que ha mostrado mayor efectividad para el manejo de la depresión es el manejo conductual junto con la terapia cognitivo conductual, utilizando la reestructuración cognitiva como técnica principal (Beck, 1995; Freeman & Oster, 1989; Greenberger & Padesky, 1998).

Algunos hallazgos sugieren que los programas de automanejo ofrecidos a pacientes crónicos mejoran su estado de salud y disminuyen los costos. Cuando este autocuidado y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y atención educativa sobre la enfermedad específica, conducen a una mejora, al aumento significativo de la probabilidad de ocurrencia de comportamientos que promuevan la salud, el manejo de síntomas cognitivos, comunicación y el manejo de las limitaciones causadas por la enfermedad.

Aplicación del Tratamiento

Modalidad: Individual

Periodicidad: Semanal

Duración de las sesiones: 45-60 minutos

Sesión 1

Objetivo: Que la paciente conozca la asociación de su estado emocional con el curso del LES.

Técnica: Psicoeducación

Procedimiento: Se explicó la relación del padecimiento (LES) con la respuesta emocional, cognitivo y conductual de la paciente. Se presentó la exposición razonada de la ansiedad a partir del modelo cognitivo conductual. Con la ayuda del formato Cadena Cognitivo Conductual (Anexo 4) se obtuvo el siguiente ejemplo:

SITUACIÓN	¿QUE PIENSO?	¿QUE SIENTO?	INTENSIDAD	¿QUE HAGO?
Estoy esperando que programen la fecha de la mastografía que pidió el ginecólogo en Nutrición	Que ese lugar tiene un ambiente pesado, se siente tensión, es la antesala de las operaciones, donde dan malas y buenas noticias	Ansiedad, miedo y cansancio	Extrema (100%)	Trato de rezar pero se me olvidan partes de las oraciones

Se reconoció el intento de la paciente por manejar la ansiedad mediante la evitación de su atención a los pensamientos que generaban emociones negativas, sin embargo por no estar controlados los síntomas de ansiedad, los esfuerzos de la paciente no daban resultado y la ansiedad se mantenía. Se le explicó la importancia de dirigir adecuadamente su estilo de afrontamiento de las situaciones mediante el manejo inicial de los componentes fisiológicos de la ansiedad.

La paciente se mostró interesada en la información recibida, refirió comprender la cadena cognitivo conductual y sentirse motivada al tratamiento.

Tarea asignada: Registro de síntomas de ansiedad y Registro Cadena Cognitivo Conductual

Sesiones 2-4

Objetivo: Que la paciente adquiriera habilidades en técnicas de relajación para el manejo de los síntomas de ansiedad.

Técnica: Técnicas de respiración profunda y tensión- distensión muscular. Desensibilización sistemática.

Procedimiento: Se le pidió a la paciente que identificara y jerarquizara aquellas situaciones que le generaban ansiedad. La paciente jerarquizó en orden ascendente las siguientes situaciones: esperar a alguien en un restaurante, ir al banco, esperar resultados de laboratorio y asistir al hospital a consultas con diferentes especialistas.

El entrenamiento en relajación se inició con la explicación de las técnicas y la puesta en práctica en primer lugar, de la técnica de respiración profunda, luego la de relajación muscular progresiva. Finalmente se realizaron ensayos imaginados en los que se le pidió a la paciente que se imaginara afrontando las situaciones progresivamente más perturbadoras mientras permanecía relajada.

La paciente refirió sentirse más relajada después de aprender las técnicas de relajación, refirió tranquilidad al saber que podía hacer algo para controlar su ansiedad.

Tarea asignada: Registro Semanal de Relajación

Sesión 5-9

Objetivo: Que la paciente logre generar pensamientos alternativos a los tipos de pensamiento catastrófico y negativo relacionados a situaciones de salud-enfermedad.

Técnica: Reestructuración cognitiva

Procedimiento: Utilizando los registros de cadena cognitivo conductual se identificó que aquellos pensamientos disfuncionales relacionados con la ansiedad eran principalmente catastróficos y se encontraban relacionados con eventos estresantes como asistir a la consulta médica, situaciones relacionadas con búsqueda de empleo, gastos económicos, y problemas familiares. La paciente temía que su situación de salud no le permitiera enfrentar sus compromisos económicos y que “las cosas se pusieran peor”.

A continuación se presenta un ejemplo del registro de cadena cognitivo conductual.

SITUACIÓN	¿QUE PIENSO?	¿QUE SIENTO?	¿QUE HAGO?
Esperando la consulta con mi Dra.	Hoy me dan los resultados de laboratorio ¿y si la Dra. me dice que estoy mal?	Ansiedad y miedo (80%)	Trato de distraerme, no puedo, debo estar atenta por si me llaman a la consulta

Se trabajó con la paciente con ayuda de las preguntas en el formato de Búsqueda de Evidencias (Anexo 4). Se le enseñó a la paciente a buscar evidencias que apoyaran el pensamiento o la emoción inicial, posteriormente se le pidió a la paciente buscar aquella evidencia o situaciones que estuvieran en contra de su pensamiento original. Finalmente, se le pidió considerar las evidencias para generar pensamientos alternativos y lograr la disminución de la ansiedad.

En la siguiente ocasión que se presentó una situación parecida al ejemplo anterior la paciente puso en práctica sus ejercicios de relajación y completó el registro de la siguiente manera:

SITUACIÓN	¿QUE PIENSO?	¿QUE SIENTO?	¿QUE HAGO?
Entrega de resultados de laboratorio.	Mis plaquetas siguen bajas. ¿Qué me pasa? ¿Que estoy haciendo mal?	Ansiedad y miedo (80%)	Realizo ejercicios de respiración.

EVIDENCIA A FAVOR	EVIDENCIA EN CONTRA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO	EMOCION
Los resultados de la última vez mostraron que las plaquetas estaban bajas.	La Dra. dijo que a pesar de las plaquetas bajas, clínicamente me veía bien. He seguido las instrucciones de la Dra.	Es mejor esperar a conocer lo que me va a decir la Dra. y actuar en base a lo real y no a lo supuesto. Hasta ahora no se ha activado el lupus.	Ansiedad y miedo (50%)

Otros pensamientos disfuncionales se relacionaban con el temor a la desaprobación social. A la paciente le preocupaba lo que la gente podía pensar por estar esperando a alguien en un lugar público o porque la gente supiera que tenía LES. La paciente tenía pensamientos negativos sobre sí misma ante estas situaciones y pensamientos pesimistas sobre su futuro los cuales se trabajaron mediante debate socrático y se hizo énfasis en poner a prueba las hipótesis de la paciente que apoyaban estos pensamientos.

Tarea asignada: Registro Cadena Cognitivo Conductual y Registro Búsqueda de Evidencias

Sesión 10-14

Objetivo: Que la paciente logre realizar actividades que mejoren su situación emocional en relación a su enfermedad y eventos de vida relevantes.

Técnica: Programa conductual

Procedimiento: Se le entregó a la paciente el registro El control de tu estado de ánimo (Anexo 4) con el objetivo de identificar sus actividades diarias y su relación con su estado de ánimo. Para facilitar la programación de las conductas en relación con dominio-agrado la paciente contestó el cuestionario Aprendiendo de los registros de actividades (Anexo 4).

La paciente refirió sentirse desolada los fines de semana y por las tardes cuando empezaba a oscurecer, que es cuando consideraba que no tenía ninguna obligación de hacer algo por ella o por alguien más. En algunas ocasiones la percepción del estado de ánimo depresivo aumentaba en las mañanas, específicamente refirió dificultad para poder levantarse después de un día con mucha actividad.

Se llevó a cabo un programa conductual en el que la paciente se propuso realizar por las mañanas una actividad que dominara anteriormente y que le fuera agradable (salir a comprar el periódico). Se programaron actividades que no requirieran mucho esfuerzo como leer una hora diaria por gusto y escribir su proyecto sobre una revista infantil, por otro lado, se programaron descansos durante el día que le permitieran manejar su energía. En días que no sintiera demasiado cansancio, se programó realizar ejercicio (caminata), previo asesoramiento y consentimiento de su médico tratante.

Tarea asignada: Registro El control de tu estado de ánimo y Cuestionario Aprendiendo de los registros de actividades.

Seguimiento

El seguimiento se realizó a lo largo de 5 sesiones, divididas de la siguiente manera: 3 sesiones cada 15 días, la siguiente a los 3 meses y la última a los 6

meses después del alta. Las sesiones se programaron con el objetivo de revisar el resultado de la aplicación de las técnicas o habilidades aprendidas a los nuevos eventos de vida que surgieran durante ese periodo.

Resultados obtenidos

La paciente logró el control de síntomas de ansiedad al enfrentarse a diversas situaciones que le causaban ansiedad como esperar a alguien en un restaurante, ir a la hemeroteca en busca de información para un proyecto de trabajo, ir al banco y asistir al hospital a consulta.

Se realizaron mediciones semanales de los síntomas de ansiedad al momento de la evaluación, posterior a las sesiones de relajación, en un tercer momento después de las sesiones de reestructuración cognitiva y, finalmente, durante el seguimiento. Los resultados de la frecuencia de la sintomatología que la paciente registró como más significativa se muestra en la Figura 1.

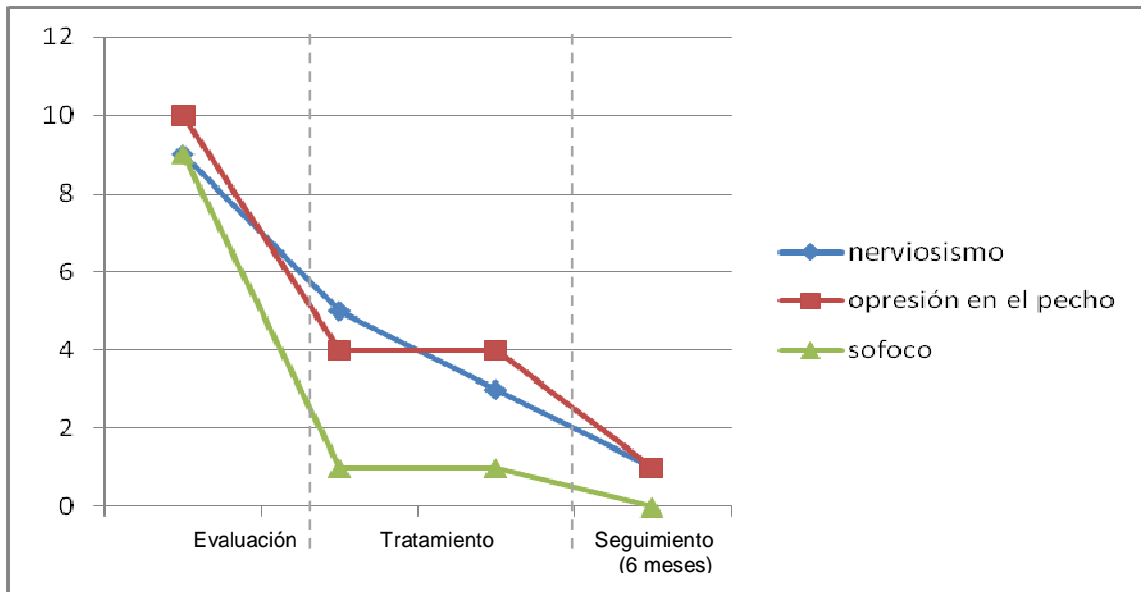


Figura 1. Frecuencia semanal de síntomas de ansiedad.

A continuación se presentan los resultados del registro semanal de la percepción del estado de ánimo depresivo, a partir del momento en que se comenzó con el tratamiento, hasta la última sesión del mismo (Figura 2).

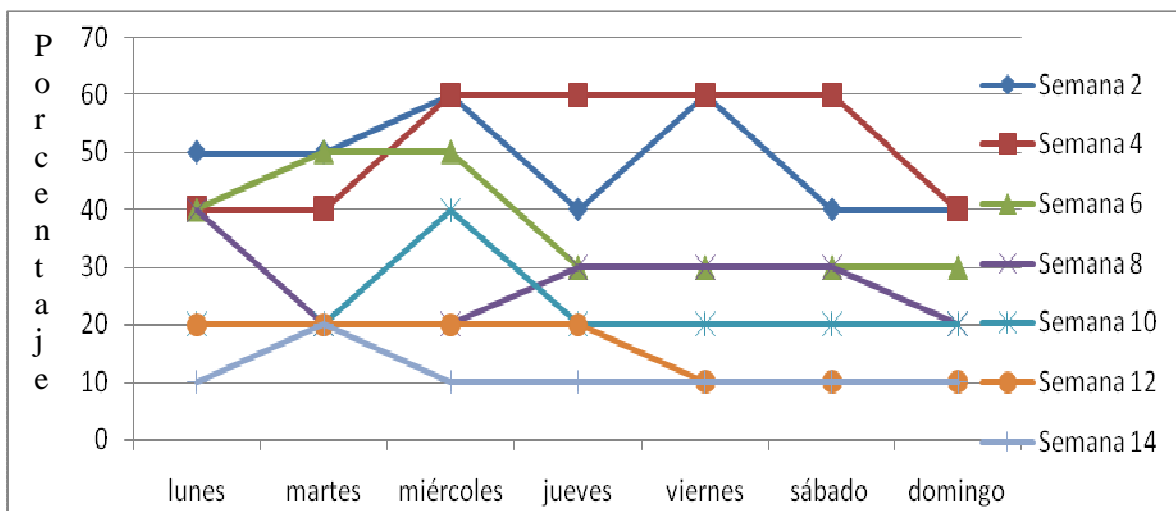


Figura 2. Percepción del estado de ánimo para la depresión.

Los niveles de depresión se muestran en la siguiente figura (Figura 3). Al momento de la evaluación pretratamiento, la paciente presentaba un nivel moderado de depresión. Se observa disminución del puntaje en la evaluación postratamiento a nivel leve. En la última evaluación el nivel de depresión era mínimo.

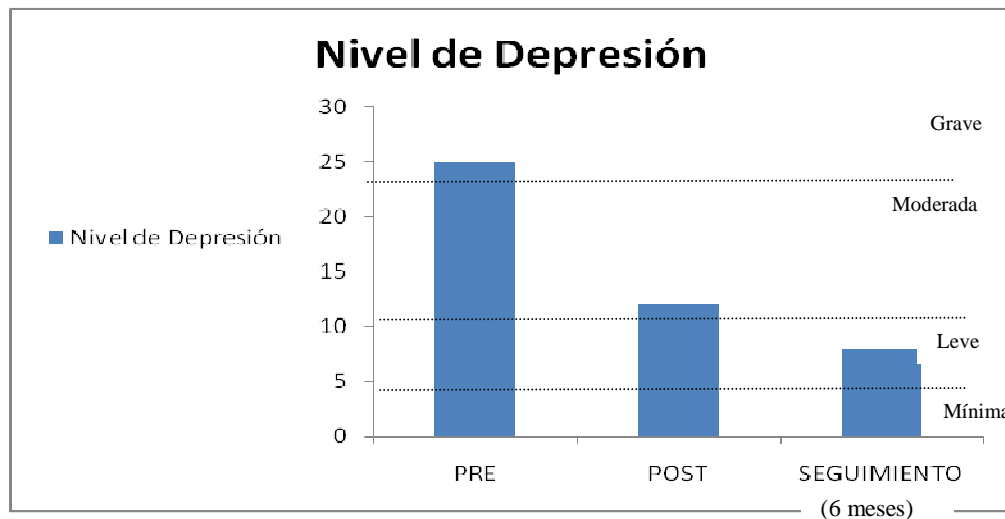


Figura 3. Calificaciones del Inventario de Depresión de Beck pre y post tratamiento y durante el seguimiento

En cuanto a los niveles de ansiedad el resultado del Inventario de Ansiedad de Beck señaló en un inicio un nivel de ansiedad severa. El nivel de ansiedad al terminar el tratamiento fue moderado y durante el seguimiento el nivel disminuyó a leve (Figura 4).

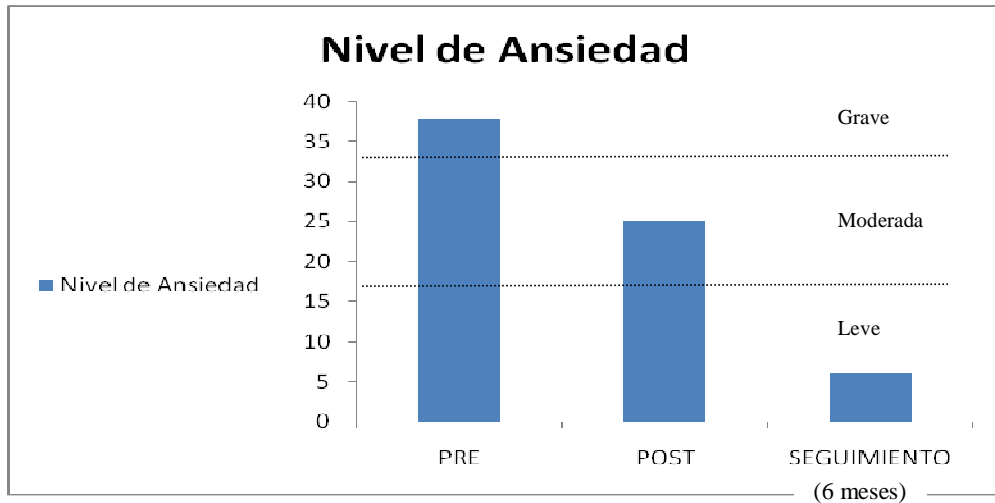
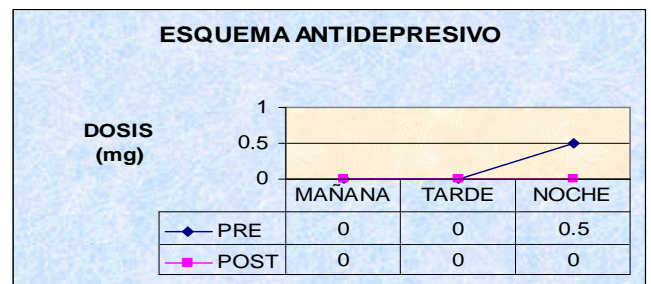
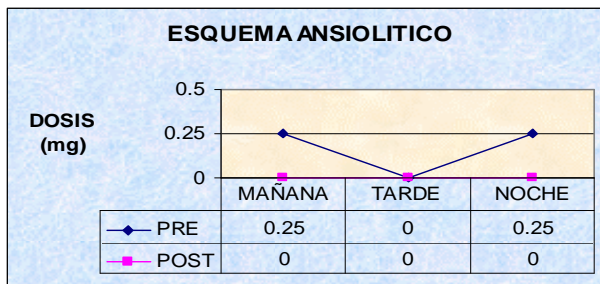


Figura 4. Puntuaciones promedio en el Inventario de Ansiedad de Beck pre y post tratamiento y durante el seguimiento

Durante el seguimiento la paciente refirió la aplicación de las técnicas aprendidas lo cual le permitió alcanzar logros como comenzar la búsqueda de empleo, planteamiento de nuevos proyectos en el área laboral, mejora en sus relaciones familiares, reconocimiento de su enfermedad ante otras personas y mantenimiento de su estado de salud (LES en remisión).

Las Tablas 1 y 2 muestran la disminución del esquema ansiolítico y depresivo respectivamente, de acuerdo con el control psiquiátrico. Las medidas se realizaron antes y durante el seguimiento.



Tablas 1 y 2. Evaluación pre y post del esquema farmacológico para el tratamiento de la ansiedad y la depresión.

Discusión

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad crónica, cuyo curso y sintomatología son variables. La incertidumbre que esto representa puede dificultar la conducta de afrontamiento de los pacientes a este padecimiento.

La importancia de la participación del psicólogo en Medicina Conductual radica en el desarrollo de estrategias psicológicas eficaces que consideren las características del paciente y de la enfermedad. Para lograr esto, es importante identificar las variables relacionadas con el estado de salud y con la respuesta del paciente ante su enfermedad y tratamiento, lo que incluye el impacto del padecimiento en su estilo de vida, en sus relaciones sociales y en sus emociones.

La literatura señala que la depresión y el estrés son muy frecuentes en las personas con LES (Adams, Dammers, Saia, Brantley & Gaydos, 1994). Por una parte, el malestar físico genera desesperación, enojo y falta de motivación. Todo esto conforma un talante deprimido. La misma desesperación y la incertidumbre general pueden causar estrés. En el presente caso, la sintomatología principalmente manifiesta fue de ansiedad.

Por otro lado, la paciente se encontraba deprimida por el simple hecho de estar enferma y por todo lo que la enfermedad le representaba, pero sobre todo por la amenaza que en un futuro le representarían las complicaciones propias del LES.

La paciente ignoraba que su mismo estado emocional se encuentra asociado con el LES y que podría exacerbar la sintomatología de su enfermedad (Funauchi et al., 2005). La comprensión de esta relación junto con características como el tiempo de diagnóstico y la enfermedad en remisión y, por otro lado, los recursos cognitivos de la paciente la motivaron a alcanzar las metas del tratamiento.

El tratamiento psicológico basado en estrategias cognitivo conductuales parece eficaz para disminuir los niveles de ansiedad y depresión en la paciente.

El objetivo relacionado con el manejo de la ansiedad se cumplió en primer lugar mediante técnicas de relajación que permitieron controlar los síntomas. La técnica de desensibilización sistemática generó en la paciente la habilidad para enfrentar escenarios específicos que generaban ansiedad.

En cuanto al manejo cognitivo de los pensamientos catastróficos, mediante la técnica de búsqueda de evidencias, la paciente reconoció aquellas ocasiones en que había enfrentado exitosamente diversas problemáticas relacionadas con su salud en diferentes etapas de su vida. Por otro lado, la adquisición de la habilidad para generar pensamientos alternativos relacionados con su enfermedad permitió a la paciente darle un significado diferente a su estado de salud. Así, logró establecer nuevas metas durante el seguimiento, como por ejemplo, reconocer que tenía Lupus ante otras personas.

Por medio de la reestructuración cognitiva esta paciente logró disminuir sus expectativas en cuanto a la cantidad de actividad diaria que se proponía realizar y ajustar el número de actividades según el cansancio o fatiga que sintiera cada día. Lo cual permitió el alcance de logros específicos, que a su vez contribuyó a que mejorara su estado de ánimo.

El mantenimiento de la mejora clínica observado durante la fase de seguimiento permitió que se le diera de alta del tratamiento farmacológico prescrito. Este aspecto es importante dada la recomendación general a los pacientes con LES de utilizar la menor cantidad posible de medicamentos para prevenir las complicaciones sistémicas (renales y hepáticas) de la misma enfermedad.

Finalmente cabe mencionar que una limitación de este estudio es la carencia de mediciones relacionadas con variables psicológicas como la autoeficacia o la calidad de vida que permitieran convalidar la eficacia de la intervención psicológica. A pesar de ello la intervención contempló aquellos componentes relacionadas con la calidad de vida en los pacientes con LES, como son la información, el manejo de la ansiedad, la depresión y la actividad física (Funauchi, et al., 2005; Sánchez, 2005).

Por tratarse de un estudio de caso, cuya validación requeriría de replicas sistemáticas y directas, estos resultados deben interpretarse con cautela. Sin embargo, la nitidez de los cambios postratamiento y las secuelas psicológicas negativas que encaran generalmente los pacientes que padecen LES sugieren que el tratamiento desempeñó un papel en la remisión de los síntomas psicológicos de la paciente tratada.

Intervención psicológica de pacientes programados a cirugía de artrodesis de rodilla

Tumores óseos

En la clasificación de los tumores del sistema musculoesquelético se hace referencia a tumores óseos y a tumores de partes blandas. Los tumores óseos comprenden un grupo heterogéneo de neoplasias de origen mesodérmico. Las causas continúan siendo desconocidas, a pesar de que recientemente se han descubierto alteraciones genéticas que podrían ser el factor etiológico principal en algunos tipos histológicos.

Los tumores óseos se clasifican en: primarios (que nacen del hueso) y secundarios o metastásicos (que llegan al hueso desde otro lugar de origen) (Nolla-Solé, 1997). Para fines prácticos de este trabajo se hará énfasis en el grupo de tumores óseos como parte importante de los tumores musculoesqueléticos.

Por otra parte, los tumores del sistema musculoesquelético pueden tener subclasificaciones en benignos, intermedios o malignos.

La clasificación más aceptada es la propuesta por la OMS, que atiende a la célula de origen y a la histopatología de los tumores.

1. Tumores formadores de tejido óseo:

A.- BENIGNOS:

- Osteoma
- Osteoma osteoide
- Osteoblastoma

B.- MALIGNOS:

- Osteosarcoma
- Osteosarcoma yuxtacortical

2. Tumores formadores de cartílago:

A.- BENIGNOS:

- Condroma
- Osteocondroma
- Condrioblastoma
- Fibroma condromixoide

B.- MALIGNOS:

- Condrosarcoma
- Condrosarcoma yuxtacortical
- Condrosarcoma mesenquimal

3.- Tumores de células gigantes

4.- Tumores formadores de médula ósea:

- A.- Sarcoma de Ewing
- B.- Reticulosarcoma óseo
- C.- Linfomas óseos
- D.- Mieloma múltiple

5.- Tumores vasculares:

A.- BENIGNOS:

- Hemangioma
- Linfangioma

B.- INTERMEDIOS O INDETERMINADOS:

- Hemangioendotelioma
- Hemangiopericitoma

C.- MALIGNOS:

- Angiosarcoma

6.- Otros tumores de tejido conjuntivo:

A.- BENIGNOS:

- Fibroma desmoide
- Lipoma

B.- MALIGNOS:

- Fibrosarcoma
- Liposarcoma
- Mesenquimoma maligno
- Sarcoma indiferenciado

7.- Otros tumores:

A.- Cordoma

B.- Adamantinoma de huesos largos

C.- Neurilenoma (Schanoma)

D.- Neurofibroma

8.- Tumores no clasificados

9.- Lesiones pseudotumorales:

A.- Quiste óseo solitario

B.- Quiste óseo aneurismático

C.- Quiste óseo yuxtaarticular

D.- Defecto fibroso cortical

E.- Fibroma no osificante

F.- Granuloma eosinófilo

G.- Displasia fibrosa

H.- Miositis osificante

I.- Tumores pardos del hiperparatiroidismo

J.- Quiste epidermoide intraóseo

La parte distal del fémur y proximal de la tibia son los sitios anatómicos más comúnmente afectados (70%). Suelen presentarse en la primera y segunda década de la vida, sobretodo en periodos de crecimiento óseo activo, en una relación hombre-mujer de 2:1, sin preferencia por grupo étnico.

El Registro Nacional de Tumores Óseos informa que, por lo menos el 75% de los tumores óseos primitivos, se diagnostican antes de los 30 años de edad (Instituto Nacional de Rehabilitación [INR], Portal Discapacinet).

Los síntomas más comunes son dolor progresivo y aumento de volumen. En ocasiones las lesiones se detectan en forma incidental en una radiografía por un problema no relacionado, o bien y tras sufrir una fractura patológica. Una causa

importante en el diagnóstico tardío en los tumores óseos es el retardo en la consulta, situación injustificada debido a la sintomatología evidente. Sin embargo esta causa se encuentra ligada a negligencia, o síntomas discretos, y a factores como el status socio económico y cultural de cada paciente.

Diagnóstico

El tumor óseo benigno no es de simple tratamiento, ya que muchos tienen la característica de recidivar y en algunas ocasiones de malignizarse. El diagnóstico y tratamiento de los tumores óseos depende de una colaboración estrecha entre médicos ortopédistas, oncólogos, radiólogos y patólogos. El diagnóstico de los tumores óseos se basa en la interrelación entre la clínica, imagenología (radiología) y anatomía patológica.

Los síntomas suelen ser el dolor, que puede ser intenso, localizado, también hay aumento de volumen por el crecimiento del tumor, otras veces hay presencia de fracturas patológicas. Es importante tener en cuenta la edad, localización y signos de benignidad o malignidad.

Los principales datos clínicos de malignidad son: astenia, anorexia, pérdida de peso, adelgazamiento, mal estado general, dolor intenso. En cambio, si un proceso está estacionario o indoloro durante años, probablemente corresponda a un proceso benigno.

La clínica incluye el laboratorio. Los estudios de imagenología incluyen la radiografía, gammagrafía, tomografía axial computada y la resonancia magnética nuclear.

La anatomía patológica proporciona la histología del tumor. La muestra analizada se obtiene mediante una biopsia, la cual tiene el resultado de mayor valor diagnóstico.

Tipos de biopsia:

- Por Punción:

- Aspiración

- Trocar

- Quirúrgica:

- Incisional

- Excisional

Dentro de los factores que orientan en el pronóstico del tumor se encuentran la edad, evolución, ubicación, tamaño, tipo histológico, grado histopatológico, velocidad de crecimiento, compromiso de partes blandas y presencia de metástasis.

Tratamiento

No se inicia el tratamiento hasta no conocer el diagnóstico histológico y estadio clínico. El tratamiento comprende el tratamiento ortopédico (cirugía) y, en su caso, el oncológico (quimioterapia y radioterapia), que disminuya la posibilidad de recurrencia local y que permita mantener la funcionalidad de las extremidades (Covarrubias-Espinoza & López-Cervantes, 2000; Rico, Delgado, Estrada, González & Flores, 2007).

Quirúrgicamente se tratan mediante resección o técnicas intralesionales, como el curetaje y/o injerto óseo. También se utilizan adyuvantes como el fenol, el cemento o el nitrógeno líquido, que facilitan que el tumor no recidive.

El objetivo final del tratamiento de los tumores entraña a 2 subobjetivos determinados que son la eliminación de la neoplasia, lograr la funcionalidad máxima y una continuidad ósea óptima. Esto es, lograr que en la zona de pérdida ósea se logre continuidad y resistencia para tolerar las sollicitaciones biomecánicas de la extremidad.

Un avance crucial en los últimos años en el tratamiento de estas tumoraciones ha sido la creciente efectividad de las cirugías de salvamento asociadas a quimioterapia adyuvante, ofrecen una alternativa a las amputaciones y desarticulaciones hasta en un 85 a 90% de las extremidades. Sin embargo, existen problemas terapéuticos como recurrencia local y pérdida de la función articular.

Según los informes del INR (2000) de 724 casos de tumores óseos benignos, sólo 110 casos lo hicieron antes de un mes de iniciada la sintomatología. En cambio, más de 300 casos (casi el 50%) lo hicieron después de 1 año de iniciada la sintomatología. En el caso de los tumores óseos malignos, de 363 casos, sólo 50 de ellos consultaron antes del primer mes de iniciada la sintomatología. En cambio, 110 casos lo hicieron entre los 2 y 3 meses; 65 casos después de 12 meses de iniciados los síntomas.

Como se puede observar un alto porcentaje busca tratamiento médico después de 2 ó 3 meses de haber comenzado con la sintomatología, por lo que frecuentemente, los tumores se presentan con un extensivo involucramiento del tejido blando y superficie articular, lo que tiene como consecuencia la difícil preservación de las articulaciones y, en ocasiones, de los miembros pélvicos o torácicos, si no imposible.

En aquellos casos en los que no es posible conservar la función articular, la artrodesis es el procedimiento que se encuentra indicado dentro de las cirugías de salvamento posterior a una resección en bloque de un tumor.

Artrodesis de Rodilla

El término artrodesis o arthrodesia deriva del griego *desí*, que significa acción de unir, y su definición es: “fijación de una articulación por un procedimiento encaminado a lograr la fusión de las superficies articulares al fomentar la proliferación de las células óseas.”

La artrodesis intramedular de rodilla es un procedimiento de salvamento para rodillas gravemente dañadas por fracaso séptico o aséptico de una prótesis total de rodilla, pérdida ósea por resección tumoral, pérdida ósea o gran inestabilidad ligamentosa por traumatismos graves, y artritis infecciosas.

El objetivo de la artrodesis de rodilla es proporcionar un miembro estable, funcional e indoloro, pero con pérdida de la movilidad, y cierto grado de acortamiento. Sus indicaciones son pacientes jóvenes con una gran demanda funcional, afectación de una sola articulación, un aparato extenso deficiente, gran pérdida ósea, imposibilidad de cobertura con las partes blandas, infecciones producidas por microorganismos de alta virulencia o pacientes inmunodeprimidos.

La literatura refiere (Cadenas, & Domínguez, 2002) que a pesar de conseguir una artrodesis sólida, algunos pacientes pueden no estar satisfechos con el resultado final por persistencia del dolor o de infección. El dolor puede aparecer en el lugar de la artrodesis, en la cadera homolateral o en la rodilla contralateral.

Cuando se realiza una artrodesis de rodilla con un clavo largo intramedular, el eje de la tibia es el mismo que el del fémur en el plano coronal (es decir en la radiografía AP) de modo que se pierde el valgo fisiológico de dicha articulación. En teoría la pérdida del valgo fisiológico produce un aumento del estrés en varo de la cadera y del tobillo que puede producir dolor. Sin embargo, esta complicación se describe sólo ocasionalmente.

A pesar de que la artrodesis proporciona un alto índice de unión, las complicaciones son frecuentes del 38 al 70% . Conley et al. (2002) hallaron hasta un 70% de complicaciones en 20 artrodesis de clavo intramedular que consisten en retraso o falta de unión.

El resultado funcional de una artrodesis no siempre es bueno a pesar de su consolidación. Una artrodesis fallida de rodilla representa usualmente un déficit funcional significativo, con malos resultados. Es decir, el resultado del tratamiento de un tumor puede tener como consecuencia la limitación de la función de una articulación o extremidad, lleva al paciente a encontrarse en desventaja en relación de otras personas de su misma edad y género.

Aspectos psicológicos en pacientes con tumores óseos

La problemática de los tumores tiene varios aspectos, entre ellos el psicosocial. Algunos autores señalan que el diagnóstico de una enfermedad crónica degenerativa, en específico el diagnóstico de un tumor maligno, tiene un efecto devastador en la familia por ser de tal naturaleza que amenaza a la vida y requiere de ajustes mayores en el estilo de vida del paciente y de su familia. Aunado a esto, las familias en muchas ocasiones deben enfrentar limitaciones sociales y financieras (Barlow & Ellard, 2004; Giammona & Malek, 2002; Lomelí, 2005).

En México, existe también la necesidad de traslado a los centros de atención oncológicos, que tiene como una de sus consecuencias dejar a los demás miembros de la familia en sus comunidades y, de alguna manera, desintegrar a la familia aunque sea por un corto tiempo. Estas familias, en ocasiones, migran al Distrito Federal o a uno de los centros oncológicos y dejan sus comunidades. Como consecuencia se observa un importante rezago social a causa del tratamiento. Finalmente para los pacientes, en ocasiones les es difícil reintegrarse a una vida útil y activa en la sociedad.

En general, se considera que el diagnóstico de un tumor y el tratamiento subsecuente, puede retardar el desarrollo normal del individuo al limitar sus oportunidades, restringiendo sus actividades o funcionalidad, generando discapacidades que amenazan su autonomía y comprometiendo las relaciones familiares.

Dada la pérdida de control en su vida, es frecuente que los pacientes presenten cambios en las relaciones personales, así como una gran angustia e incertidumbre ante el futuro (Helgeson & Reynolds, 2002; Pitceathly & Maguire, 2003).

Por lo anterior, junto con el aspecto médico, quirúrgico y oncológico de los tratamientos de las neoplasias malignas, las secuelas psiquiátricas y psicológicas que puede causar el diagnóstico de malignidad han sido objeto de diversos estudios (Spijker, Trijsburg & Duivenvoorden, 1997).

Los aspectos psicológicos estudiados en pacientes con diagnóstico de malignidad son: estrés psicológico, ansiedad, depresión (Fox, 1995; Portenoy & Itri, 1999; Spijker, et al. 1997), calidad de vida relacionada con la salud (Jörngarden,

Mattsson & Essen, 2007) y afrontamiento del estrés (Gaviria, Vinaccia, Riveros & Quinceno, 2007).

Los resultados de estos estudios indican el uso de estrategias de afrontamiento que sustituyan la evitación de la expresión emocional, así como presencia de estrés psicológico (Gaviria, et al., 2007; Spijker, et al. 1997). El informe de emociones negativas como ansiedad y depresión, generalmente no muestran datos clínicos significativos. Sin embargo los autores concluyen que se deben considerar estos resultados dependiendo del tipo de estudio, de la población, del tipo de tumor, entre otras variables (Gaviria, et al., 2007; Jörngarden, Mattsson & Essen, 2007; Spijker, et al. 1997)

Específicamente en el grupo de pacientes con tumores óseos los estudios realizados han dirigido su interés a variables como la calidad de vida (Healey, Nikolic, Athanasian, & Boland, 1997) y el ajuste psicológico, dependiendo del tratamiento quirúrgico (Forni & Loro, 1995). Estas investigaciones han encontrado diferencias en las perspectivas de calidad de vida relacionadas con la estirpe del tumor, de las diferencias de género y del procedimiento quirúrgico efectuado.

Debido a que la calidad de vida depende de la escala de valores individual, los recursos emocionales y personales, así como de determinantes económicos, sociales y culturales, los cuales se modifican a lo largo del tiempo, algunos autores proponen una evaluación, tanto del estado objetivo de salud y de funcionalidad, como de los aspectos más subjetivos, como la percepción de su propia salud. De hecho, el término que actualmente se emplea para realizar esta evaluación es el de calidad de vida relacionada con la salud o salud percibida (Esteve & Roca, 1997).

Las investigaciones sobre los aspectos psicológicos, sociales y conductuales del cáncer durante las últimas décadas han permitido la creación de un modelo biocomportamental que contempla los aspectos psicológicos, conductuales y biológicos, ante el estrés producido por el cáncer y el curso de la enfermedad (Andersen, Kiecolt-Glaser & Glaser, 1994). El principal aspecto psicológico que contempla este modelo es la presencia del estrés tanto agudo como crónico, el cual puede, en consecuencia disminuir la calidad de vida de los pacientes (Andersen & Wells, 2002; Portenoy & Itri, 1999).

Witek-Janusek, Gabram & Mathews (2007) han sugerido que el estrés percibido, ansiedad y perturbación emocional aumentan desde antes de la biopsia, probablemente derivados del impacto ante la situación e incertidumbre de una enfermedad muy probablemente maligna. Además observaron que estos indicadores se mantenían elevados aún después de la biopsia e independientemente del diagnóstico.

El aspecto conductual del modelo propuesto por Andersen (1994) está integrado por las conductas de salud y por la adherencia al tratamiento. El rechazo del tratamiento quirúrgico u oncológico, la terminación de los mismos antes de haberlos concluido, el recibir menos sesiones de radiación o quimioterapia de los prescritos por el oncólogo, en realidad ocurren (Andersen, 2003) y afectan directamente el resultado de los tratamientos y el curso de la enfermedad.

Por último, el aspecto biológico reconoce que la respuesta psicológica a un acontecimiento estresor es susceptible de modular la respuesta inmunológica, a través del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA). Diversos estudios refieren que los trastornos por estrés psicológico en diferentes situaciones influyen sobre la cantidad y actividad de las células inmunes (NK), y pueden conducir a la cambio

en el equilibrio de citocinas inmunoreguladoras (Bayés, 1994; Sánchez, González, Marsán & Macías, 2006; Witek-Janusek, et al., 2007).

Este análisis muestra que los pacientes se encuentran ante la necesidad de recibir intervenciones multidisciplinarias de manera que mejore su ajuste durante su enfermedad. Es importante reconocer que existen datos (Barlow & Ellard, 2004) sobre la efectividad de intervenciones que incorporan técnicas cognitivo conductuales sobre algunas variables como el bienestar psicosocial y las competencias sociales de enfermos crónicos.

En cuanto a las intervenciones psicológicas dirigidas a pacientes con cáncer, éstas pueden agruparse en tres categorías de intervención en función del tipo de problemática que abordan: 1) tratamiento de la sintomatología psicopatológica que puedan presentar los enfermos con cáncer, 2) tratamiento de la problemática específica derivada del diagnóstico y/o tratamiento clínico de la enfermedad, e 3) intervenciones psicológicas dirigidas a mejorar, no sólo la calidad de vida, sino también la supervivencia de los enfermos de cáncer. Estas investigaciones enfatizan la necesidad de atender a la problemática psicológica específica de los pacientes con cáncer y que se deriva de las características clínicas y sociales de la enfermedad oncológica específica (Durá & Ibañez, 2000).

Se han aplicado programas de intervención dirigidos a las distintas fases por las que pasan los pacientes de cáncer a lo largo del proceso de su enfermedad, fundamentalmente las relacionadas con el momento del diagnóstico y la aplicación del tratamiento.

Dentro de la fase de diagnóstico, los psicólogos han abordado dos problemáticas importantes. Por un lado, la relacionada con la comunicación del diagnóstico de cáncer a una persona y, por otro lado, la referida a las reacciones emocionales y

estrategias de afrontamiento ante el mismo (Durá & Ibáñez, 2000; Nezu, et al., 1999;). Otras investigaciones se han relacionado con el ajuste psicológico de los enfermos e incluso con su mayor o menor sobrevivencia (Brown, Levy, Rosberger & Edgar, 2003; Fox, 1995).

En cuanto a los efectos secundarios de los tratamientos, las intervenciones se han dirigido hacia la presencia de náusea y vómito asociados al tratamiento quimioterapéutico. La razón de este gran interés es doble: por un lado, el hecho de que la náusea y vómito provocados por la quimioterapia llevan a que entre el 1-5% de los pacientes rehúse continuar el tratamiento (Andersen, 2003) y, por otro lado, se ha demostrado el resultado de un condicionamiento clásico en pacientes, náusea y vómitos anticipatorios relacionados con el estado de ansiedad del paciente (Andrykowsky, 1990). Principalmente, para el tratamiento de esta problemática a partir de intervenciones cognitivo conductuales, se utilizan técnicas como la relajación, desensibilización sistemática (Andrykowsky, 1990), solución de problemas (Nezu, et al. 1999) e hipnosis (Marchioro, et al. 2000).

La investigación de los vínculos existentes entre el estado psicológico y la inmunidad posee tres importantes consecuencias clínicas. Primero, la posibilidad de que los tratamientos psicológicos puedan usarse como terapias de apoyo para debilitar la respuesta inmunológica, principalmente en enfermedades de tipo infeccioso y, segundo, la posibilidad de que tales tratamientos puedan usarse, igualmente, para mejorar la actividad del sistema inmunitario, particularmente, en grupos especialmente vulnerables, por ejemplo, los pacientes oncológicos. Por último, la aclaración de la importancia de la protección que son capaces de proporcionar ciertas características psicosociales (p ej. una conducta saludable, un estilo explicativo optimista de la vida, etc.) (Classen, Hermanson & Spiegel, 1994; Sánchez, et al., 2006).

Dentro de las modalidades de tratamiento de las intervenciones psicológicas se encuentran aquéllas que se caracterizan por ser estructuradas, psicoeducativas y orientadas al entrenamiento de habilidades, dentro de una aproximación cognitivo conductual (Andersen & Wells, 2002; Classen, et al, 1994; Sirgo, Gil & Pérez-Manga, 2000; Nezu et al. 1999; Valencia, 2007). Por otro lado, se puede mencionar aquéllas dirigidas al apoyo y expresión emocional, las cuales se caracterizan solamente por ser un lugar de expresión de preocupaciones entre un grupo de personas, sin una estructura clara (Classen, et al, 1994; Olivares, Naranjo & Alvarado, 2007). Ambos tipos de modalidades se dirigen principalmente a adultos y en su mayoría a mujeres.

Algunos estudios no han mostrado diferencias significativas entre diferentes modalidades de tratamiento psicológico (Meyer & Mark, 1995). Sin embargo las revisiones elaboradas por Durá e Ibañez (2000) y Andersen (2003) informan un mayor número de publicaciones de tratamientos basados en datos mediante estrategias cognitivas y conductuales que, de manera general, se enfocan en las siguientes áreas: educación, manejo del estrés, estrategias cognitivas, comunicación, apoyo social, sexualidad y conductas saludables (Andersen & Wells, 2002).

Para lograr el tratamiento integral del paciente, es necesario abordar los problemas psicológicos que los pacientes con un tumor óseo en específico enfrentan:

- Durante el proceso de diagnóstico, los pacientes en ocasiones se encuentran en crisis (emocional, familiar y económica), derivada del impacto de la situación de enfermedad que requiere soluciones al momento. Generalmente los pacientes se encuentran ante la dificultad de someterse a una intervención quirúrgica.

- Ante el proceso de tratamiento generalmente los pacientes presentan problemas de ansiedad, resultado de biopsias, recurrencia o avance de la enfermedad. En co-morbilidad, los pacientes manifiestan depresión ante el descubrimiento y afrontamiento de su enfermedad y, en ocasiones, ante cirugías que ponen en riesgo su integridad corporal o la probabilidad de perder la vida.
- Finalmente es importante incidir sobre la motivación del paciente al recibir tratamiento, neo y adyuvantes, a la rehabilitación, lo que incluye ayuda para afrontar su nueva imagen corporal y limitaciones físicas.

En conclusión, el grupo de pacientes con tumores óseos en México representa una población específica, delimitada por la edad y lugar anatómico de incidencia de estas lesiones (Mendoza, et al., 2001; Rizo, et al., 2007), así como por las características de los tratamientos quirúrgicos ortopédicos a los que se someten (Covarrubias & López, 2000; Pacheco, et al., 2006).

Desde el proceso de diagnóstico, las situaciones médicas, hospitalarias y quirúrgicas podrían sobrepasar los recursos emocionales, cognitivos y conductuales de aquellos adolescentes o adultos jóvenes que representan esta población. Enfrentan situaciones que modifican o impiden continuar con su estilo de vida, si se toma en cuenta que se someten a tratamientos de larga evolución, que los llevan a enfrentar efectos secundarios que dan lugar a cambios en su imagen corporal, limitaciones físicas y sin la seguridad de una cura total o definitiva (Covarrubias & López, 2000; Pacheco, et al., 2006).

La residencia en Medicina Conductual, dentro del servicio de tumores óseos en el INR, busca intervenir integradamente junto a los especialistas en ortopedia para el tratamiento y ajuste de los estilos de vida como resultado del padecimiento del paciente. Los psicólogos en Medicina Conductual abordan los problemas psicológicos asociados con la enfermedad y las secuelas del tratamiento que generalmente repercuten en la forma de limitaciones físicas. El objetivo de estas intervenciones psicológicas es el de facilitar los cambios emocionales, cognitivos y conductuales que permitan la adaptación y ajuste a la enfermedad para mejorar la calidad de vida de los pacientes con tumores óseos.

En virtud del reto con el que se encuentra la psicología en este servicio, se realizó un estudio descriptivo de los pacientes con artrodesis de rodilla secundario a la resección de un tumor (Anexo 3) , que facilitó posteriormente el desarrollo de una propuesta de intervención psicológica para los pacientes del servicio de tumores óseos durante el proceso de su enfermedad.

Formulación de caso 1

Identificación del paciente

Paciente masculino de 48 años de edad, originario y residente de Tampico, separado, tiene 3 hijos, escolaridad secundaria, ocupación anterior en trabajos de construcción, actualmente desempleado, depende económicamente de sus hijos. Vive con su hija, su yerno y sus dos nietos. El paciente tiene diagnóstico de Tumor de Células Gigantes en tibia proximal izquierda.

Análisis del Motivo de Consulta

El paciente fue ingresado al INR para completar estudios de extensión y para programación de cirugía. Se abordó al paciente hospitalizado en espera de asignación de tiempo quirúrgico y en espera de la obtención de material para realizarle artrodesis de rodilla con clavo centromedular con espaciador de titanio. Debido al tiempo que tardó en encontrar atención ortopédica adecuada, el tratamiento que se les ofreció fue de artrodesis de rodilla, lo cual implica que perdería la rodilla y su pierna quedaría rígida.

Historia del problema

El paciente inició su padecimiento en febrero del 2007, con dolor en región de la rodilla que aumentó progresivamente, lo cual interfirió con la deambulaci3n. El paciente refiri3 pérdida de 4k. en 5 meses. Lo anterior le impidi3 continuar trabajando por lo que tuvo que mudarse con su hija.

Acudi3 con un m3dico particular, quien diagnostic3 inicialmente esguince de rodilla y recib3 tratamiento sintom3tico. En mayo, de ese mismo a3o, al seguir la sintomatolog3a acudi3 con el ortopedista quien realiz3 infiltraci3n de la rodilla y,

después de un mes, le solicitó una radiografía de la rodilla y diagnosticó quiste óseo aneurismático. Al continuar con la sintomatología y aumento de volumen se le realizó una biopsia fallida. Finalmente acudió a otro ortopedista particular quien realizó biopsia y diagnosticó Tumor de Células Gigantes en rodilla izquierda.

El paciente informó que al principio de su padecimiento el hecho de no saber su diagnóstico le causaba preocupación. Su pensamiento principal era de tipo catastrófico (“algo malo me está pasando”), hasta que se realizó la última biopsia. A la interpretación se obtuvo un diagnóstico concluyente, lo cual le tranquilizó un poco. Actualmente el paciente no trabaja, por lo que depende económicamente de su hija con quien vive. El traslado a la capital, la estancia prolongada en reposo, los estudios de extensión y el material para la artrodesis representan gastos que el paciente refirió como fuera de su presupuesto, lo cual aumentó su preocupación y se vio reflejado en crisis hipertensivas.

Evaluación

La evaluación se realizó mediante la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck. (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001). El nivel de ansiedad del paciente fue moderado.

Análisis y descripción de las conductas problema

La preocupación principalmente del paciente se relacionaba con la cuestión económica, por el tiempo de estancia hospitalaria y por el costo del material para la cirugía. Debido a que el paciente no trabajaba por su padecimiento tenía que depender de sus hijos y amistades. El paciente refirió sentirse ansioso, presión arterial elevada, sudoración excesiva y dificultad para dormir. Ante el conocimiento de las limitaciones funcionales de su tratamiento la ansiedad se acompañaba de pensamientos de preocupación, por ejemplo “¿cómo le voy a hacer ahora para trabajar?”

Establecimiento de las metas de tratamiento

El establecimiento de las metas de tratamiento se realizó en función de las conductas problemas que se identificaron en el paciente. Junto con el se estableció como metas del tratamiento la disminución de la sintomatología de ansiedad.

Objetivos terapéuticos.

Se definieron los objetivos terapéuticos en términos de logros:

Que el paciente conozca la asociación entre su estado emocional y su padecimiento y tratamiento.

Que el paciente adquiera habilidades para relajarse y así controlar los síntomas de ansiedad.

Que el paciente busque alternativas para solucionar los problemas o impedimentos derivados de su tratamiento.

Aplicación del Tratamiento

Modalidad: Individual

Periodicidad: Dos veces por semana.

Duración de las sesiones: 45-60 minutos

Sesión 1

Objetivo: Conocer la asociación entre su padecimiento, su estado emocional y su tratamiento quirúrgico

Técnica: Psicoeducación

Procedimiento: En primer lugar se explicó el diagnóstico de Tumor de Células Gigantes, el tratamiento de artrodesis de rodilla y consecuencias del

mismo. A partir del modelo cognitivo conductual se identificaron las emociones, pensamientos y conductas relacionadas con su padecimiento y el tratamiento quirúrgico que recibirían. A continuación se presenta la formulación cognitivo conductual del paciente.

SITUACIÓN	¿QUE PIENSO?	¿QUE SIENTO?	¿QUE SUCEDE DESPUES?
El tratamiento de artrodesis de rodilla me impedirá flexionar la pierna	No podré trabajar, tendré que depender de mis hijos	Mucha preocupación	Me sube la presión arterial

Se le informó al paciente aquellas actividades que aún será capaz de realizar y que probablemente le permitan trabajar aún. Se le explicó al paciente la importancia de controlar su presión arterial para que la cirugía se pudiera llevar a cabo y no aumentar su estancia hospitalaria.

Sesión 2

Objetivo: Que el paciente adquiriera habilidades para relajarse y así controlar los síntomas de ansiedad.

Técnica: Entrenamiento en relajación:

Procedimiento: Para el paciente se identificó síntomas de ansiedad. Se le tomó la presión arterial antes y después de la sesión. Se comenzó el manejo de la ansiedad mediante técnicas de respiración profunda y posteriormente mediante técnica de imaginación guiada.

El paciente identificó sentirse ansioso y como manifestaciones físicas: presión arterial elevada, sudoración excesiva y dificultad para dormir.

Sesión 3

Objetivo: Que el paciente busque alternativas para solucionar los problemas o impedimentos derivados de su tratamiento.

Técnica: Entrenamiento en solución de problemas

Procedimiento: Al paciente se le pidió que hiciera una pequeña lista de los problemas que se enfrenta relacionado con su padecimiento y que eligiera uno. Se siguieron los Pasos del entrenamiento en solución de problemas (Anexo 4).

1. *Identificación de los problemas relacionados con el tratamiento.* El paciente identificó como problema para regresar a su trabajo las consecuencias del tratamiento de artrodesis de rodilla, por ejemplo la dificultad para caminar largas distancias, para subir escalares o cargar cosas pesadas.
2. *Generación de alternativas de solución.* El paciente consideró diferentes opciones como dejar de trabajar, realizar trabajos pequeños de albañilería cerca de su casa, seguir con el equipo de trabajo anterior o cambiar de trabajo.
3. *Balance decisional.* Después de contemplar las ventajas y desventajas de las alternativas de solución, el paciente consideró como mejor opción continuar trabajando con el equipo de trabajo anterior, debido a que ahí tiene amigos que lo han apoyado en otras ocasiones y podrá repartir el trabajo de manera que no suba escaleras o cargue cosas pesadas.
4. *Puesta en práctica.* El paciente esperará hasta ser dado de alta para poner en práctica sus posibles alternativas de solución.

Seguimiento

El seguimiento se realizó una vez a la semana durante el tiempo de estancia hospitalaria con el objetivo de revisar el resultado de la aplicación de las técnicas aprendidas. Se revisó los expedientes de los pacientes para conocer los valores de tensión arterial. No fue posible evaluar a los pacientes en el seguimiento a largo plazo debido a que no regresaron a la consulta.

Formulación de caso 2.

Identificación del paciente

Paciente femenino de 49 años de edad, originaria y residente de Los Robles, Mpo. de Medellín, Veracruz. Dedicada al hogar, escolaridad primaria incompleta (3º de primaria), separada, tiene 3 hijos, depende económicamente de ellos, principalmente de la hija mayor con quien vive. Se le realizó biopsia hace 4 meses y diagnóstico de Tumor de Células Gigantes (TCG) de fémur derecho en tercio distal.

Análisis del Motivo de Consulta

La paciente al ser ingresada al INR inició el protocolo del servicio de tumores óseos, el cual implica la toma de estudios de extensión, revisión de laminillas y la programación de cirugía. La paciente refirió que esta situación le generó preocupación excesiva por el gasto económico que implicaban los días de hospitalización en espera de resultados de revisión de laminillas y la incertidumbre del tratamiento de su padecimiento.

Historia del problema

La paciente inició su padecimiento hace 18 meses con caídas frecuentes y gonalgia izquierda. A los 12 meses se presenta edema secundario a caída, presentando déficit para la movilización pasiva de la extremidad y acude a Hospital General de su localidad donde se realiza toma de biopsia. El diagnóstico fue de Tumor de Células Gigantes.

La paciente informó haber sentido temor a la intervención quirúrgica y, por otro lado, haber tenido dificultades económicas, por lo que no recibió tratamiento hasta el 03/08/07, cuando refirió nueva caída que generó la fractura del tercio distal de fémur en terreno patológico. La paciente fue referida desde su localidad a este Instituto, donde ingresó el día 13/08/07 para recibir tratamiento. La paciente ingresó a protocolo del servicio de tumores óseos, en espera de revisión de laminillas para la confirmación del diagnóstico y la propuesta de tratamiento quirúrgico.

Evaluación

La evaluación se realizó mediante la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck. (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001). El nivel de ansiedad de la paciente fue severo.

Análisis y descripción de las conductas problema

La preocupación de la paciente se relacionó en un principio con la incertidumbre del diagnóstico, y posteriormente con relación al costo del tratamiento y hospitalización. El aspecto cognitivo de la preocupación contenía pensamientos catastróficos como “¿y si pierdo mi pierna?” ó “¿cómo le vamos a hacer para

pagar todo esto?”. Los principales síntomas que se identificaron en la paciente fueron dolor de cabeza, sudoración de manos, nerviosismo y sensación de ahogo. La preocupación y sintomatología de la ansiedad aumentaron al momento de conocer el costo del tratamiento y al conocer las limitaciones de su funcionalidad que se generarían debido al tratamiento.

Establecimiento de las metas de tratamiento

El establecimiento de las metas de tratamiento se realizó en función de las conductas problemas que se identificaron en el paciente. Junto con el se estableció como metas del tratamiento la disminución de la sintomatología de ansiedad.

Objetivos terapéuticos.

Se definieron los objetivos terapéuticos en términos de logros:

Que el paciente conozca la asociación entre su estado emocional y su padecimiento y tratamiento.

Que el paciente adquiera habilidades para relajarse y así controlar los síntomas de ansiedad.

Que el paciente busque alternativas para solucionar los problemas o impedimentos derivados de su tratamiento.

Aplicación del Tratamiento

Modalidad: Individual

Periodicidad: Dos veces por semana.

Duración de las sesiones: 45-60 minutos

Sesión 1

Objetivo: Conocer la asociación entre su padecimiento, su estado emocional y su tratamiento quirúrgico

Técnica: Psicoeducación

Procedimiento: En primer lugar se explicó el diagnóstico de Tumor de Células Gigantes, el tratamiento de artrodesis de rodilla y consecuencias del mismo. A partir del modelo cognitivo conductual se identificaron las emociones, pensamientos y conductas relacionadas con su padecimiento y el tratamiento quirúrgico que recibirían. A continuación se presenta la formulación cognitivo conductual del paciente.

SITUACIÓN	¿QUE PIENSO?	¿QUE SIENTO?	¿QUE SUCEDE DESPUES?
El tratamiento consiste en una cirugía	Me da miedo la anestesia	Me siento nerviosa	No quiero firmar los papeles para la cirugía

A pesar de que la paciente sabía que el único tratamiento era la cirugía, encontraba difícil enfrentarla debido a la poca información que tenía sobre el uso de la anestesia, por lo que se facilitó que la paciente hablara con un médico para que resolviera sus dudas. Se le explicó al paciente la importancia de controlar los síntomas de ansiedad para poder enfrentar adecuadamente su tratamiento.

Sesión 2

Objetivo: Que el paciente adquiera habilidades para relajarse y así controlar los síntomas de ansiedad.

Técnica: Entrenamiento en relajación:

Procedimiento: Se identificaron síntomas de ansiedad para la paciente. Se le tomó la presión arterial antes y después de la sesión. Se comenzó el manejo de la ansiedad mediante técnicas de respiración profunda y posteriormente mediante técnica de imaginería guiada. La paciente reconoció sentir dolor de cabeza, sudoración de manos, nerviosismo y sensación de ahogo. Los resultados de los cambios en la presión arterial se muestran en la sección de resultados obtenidos.

Sesión 3

Objetivo: Que el paciente busque alternativas para solucionar los problemas o impedimentos derivados de su tratamiento.

Técnica: Entrenamiento en solución de problemas

Procedimiento: Al paciente se le pidió que hiciera una pequeña lista de los problemas que se enfrenta relacionado con su padecimiento y que eligiera uno. Se siguieron los Pasos del entrenamiento en solución de problemas (Anexo 4).

1. *Identificación de los problemas relacionados con el tratamiento.* La paciente identificó como principal problema, conseguir el dinero para comprar el clavo centromedular que requeriría para la cirugía.
2. *Generación de alternativas de solución.* Entre las alternativas de solución la paciente propuso pedir prestado el dinero a una sola persona o a varias (se hizo una lista con los nombres), buscar ayuda con la trabajadora social, pedir ayuda al voluntariado del hospital y empeñar algunas pertenencias.
3. *Balance decisional.* En este caso la paciente considero necesario poner en práctica todas las alternativas propuestas debido a que la suma de dinero por pagar era grande.
4. *Puesta en práctica.* La paciente logró conseguir el dinero para su clavo y se llevó a cabo la cirugía.

Resultados de casos

Por medio de la entrevista los pacientes informaron haber entendido adecuadamente su diagnóstico (Tumor de Células Gigantes), su tratamiento quirúrgico (Artrodesis de rodilla) y la relación de sus emociones con el afrontamiento del tratamiento.

Las medidas de presión arterial antes y después de la sesión de entrenamiento de relajación (sesión 2) para ambos pacientes aparecen en la Tabla 3.

	Paciente 1		Paciente 2	
	Presión Sistólica	Presión Diastólica	Presión Sistólica	Presión Diastólica
Pre	130	80	140	90
Post	120	70	130	80

Tabla 3. Presión arterial de los pacientes antes y después de la sesión 2.

Los pacientes pusieron en práctica la técnica de solución de problemas en relación al tratamiento que enfrentarían. Entre los problemas que mencionaron se encontraron: la dificultad para conseguir el dinero para pagar el clavo centromedular y aquellos relacionados con el resultado de la cirugía. Después de la sesión los pacientes refirieron sentirse más tranquilos. Posterior a la adquisición de la habilidad se les aplicó nuevamente el Inventario de Ansiedad de Beck. A continuación se presentan los siguientes resultados (Figura 5).

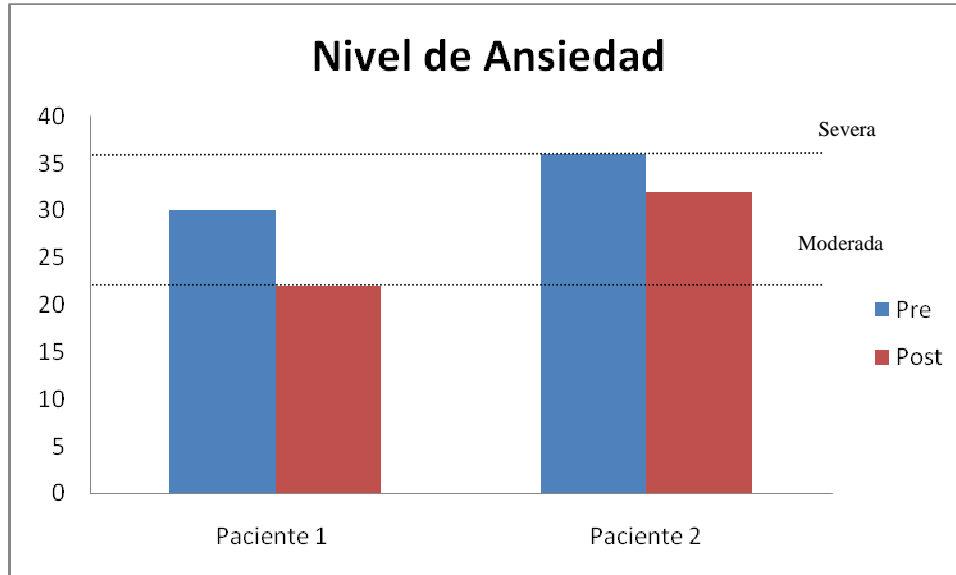


Figura 5. Evaluación de la ansiedad antes y después de la intervención psicológica.

Durante el seguimiento valores de presión arterial dentro del rango de normalidad (Tabla 4), lo cual permitió al equipo médico someter a los pacientes al tratamiento quirúrgico programado.

Paciente 1		Paciente 2	
Presión Sistólica	Presión Diastólica	Presión Sistólica	Presión Diastólica
110	80	120	90
110	80	120	80
115	80	110	60
120	90	110	70
120	80	110	70

Tabla 4. Valores de presión arterial durante el seguimiento en el hospital.

Discusión

El estado de salud de los pacientes del servicio de tumores óseos con artrodesis de rodilla depende de su funcionamiento físico y emocional respecto a su padecimiento y tratamiento médico. Esto genera consecuencias personales, como la preocupación y vergüenza por el aspecto físico, lo cual se relaciona con la presencia de sintomatología de ansiedad o depresión referida por los pacientes.

Si se considera al individuo dentro de una sociedad, otras áreas como la familiar y laboral se ven afectadas por el dolor, lo que coloca al paciente en desventaja en relación con otros sujetos de su misma edad y género.

Dado que la percepción del individuo sobre su propio estado de salud se modifica a lo largo del tiempo y a medida que se observan los beneficios de diversas intervenciones quirúrgicas, se registra un aumento en la calificación que atribuyen a su salud los pacientes que tienen un mayor número de cirugías. Por esta razón, resalta la importancia de estudios longitudinales y comparativos que permitan ser una guía para tomar una decisión segura en costo-beneficio y que sea oportuna en aquellos pacientes que se beneficiarían más con una amputación temprana en lugar de salvamento de extremidad.

Una parte importante de la intervención psicológica de los pacientes programados a cirugía de artrodesis de rodilla fue el manejo de la ansiedad prequirúrgica. Esta ansiedad habría causado un incremento de la presión arterial. Sin embargo, los pacientes lograron mantener los niveles de presión arterial dentro de la normalidad.

La hipertensión arterial es una causa de reprogramación quirúrgica. Es regla médica obligatoria, la suspensión de una cirugía si la tensión arterial se encuentra elevada en el paciente quirúrgico. Implica que los pacientes programados deben encontrarse en condiciones óptimas de salud, exceptuando la patología por la que requieren el tratamiento quirúrgico. Si el paciente presentara una crisis hipertensiva durante la cirugía, se correría el riesgo de algún accidente vascular e incluso de muerte.

El control de la sintomatología de ansiedad dió como resultado que la cirugía se efectuara en la fecha programada y que la estancia hospitalaria de los pacientes no se prolongara más en espera de tiempo quirúrgico.

Por otro lado, la medición de los niveles de ansiedad mostró una disminución ligera, lo cual se podría explicar en términos del tiempo reducido entre las evaluaciones. Aunque el número de sesiones fue reducido, el hecho de haber dirigido la información y ayuda a los pacientes hacia los problemas específicos relacionados con su tratamiento y sus consecuencias permitió la efectividad de las sesiones relacionadas con la solución de problemas.

En este caso se tuvo la oportunidad de tener dos réplicas directas del tratamiento, lo cual añade validez al mismo. Sin embargo se carece de controles o réplicas suficientes por lo que las conclusiones posibles acerca de la eficacia del tratamiento no son contundentes.

Conclusiones

El modelo biopsicosocial que se busca aplicar en los sistemas de salud a nivel mundial y nacional, actualmente representa un reto para los psicólogos en el ámbito hospitalario. En todos los niveles de atención a la salud, la conducta humana con sus componentes emocionales, cognitivos e instrumentales desempeña un papel importante.

Son los psicólogos, quienes deben colaborar y esforzarse por asumir éste y otros retos, y buscar la comunicación estrecha y la colaboración con aquellas disciplinas que se encuentren relacionadas con el cuidado de la salud, para así desarrollar enfoques comprensivos biocomportamentales, tanto de la enfermedad como de la salud, que ayuden a instrumentar soluciones ante las problemáticas de los pacientes.

En México, la práctica en hospitales obliga a los psicólogos especialistas en Medicina Conductual mostrar y demostrar de manera constante el modo en que pueden contribuir para impactar en los sistemas de salud. Su labor en ocasiones no se considera relevante para la mayoría de los clínicos o para quienes dictan las políticas de salud. Para lograrlo, como residentes de posgrado, se cuenta con la oportunidad brindada en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención en el D.F.

La experiencia durante el primer año en el CSP "Dr. Guillermo Dávila" permitió enfocar de manera diferente el abordaje clínico que el psicólogo en Medicina Conductual puede tener de las enfermedades crónicas degenerativas. En ocasiones, los pacientes no llegan a buscar atención debido a un padecimiento físico en sí mismo. Es la visión relacionada con la salud física lo que permite abordar la problemática psicológica al relacionarla con una enfermedad. Esta

visión es una alternativa que complementa el trabajo en hospitales, pero también en la práctica privada o la docencia.

El apoyo otorgado en el INR, específicamente en el Servicio de Tumores Óseos, ha permitido dar a conocer principalmente las áreas de incidencia del profesional en Psicología, las cuales incluyen las contribuciones para la comprensión y el control de las conductas de enfermedad, para hacer cambios en el estilo de vida y en las pautas de hábitos de los pacientes.

En la práctica diaria se tuvo la oportunidad de brindar herramientas de afrontamiento a los pacientes ante un diagnóstico, de utilizar el enfoque cognitivo-conductual para que los pacientes siguieran las indicaciones del médico: se enfrentaran a cirugías y a tratamientos como la quimioterapia para enfocar y prepararse emocionalmente ante la enfermedad, el tratamiento, la rehabilitación, la recuperación o la muerte. En términos más generales, los pacientes autocontrolan y autorregulan sus conductas y emociones.

Si bien, los médicos ortopedistas poco a poco han concedido más importancia a conceptos comportamentales y emocionales, al incorporar en su práctica clínica habitual el trabajo de la Psicología como parte integral de sus intervenciones e investigaciones, los avances en el futuro de la Psicología de la Salud dependerán de la cooperación interdisciplinaria y la comunicación que permita la convergencia de nuestros respectivos métodos y conceptos.

Para ello los psicólogos necesitan hablar el mismo idioma que las disciplinas relacionadas con el cuidado de la salud. Esto implica que necesite aprender más fisiología y medicina. Sin embargo, hace falta educar a los médicos y otros profesionales de la salud sobre las herramientas de la Psicología y los problemas que resuelve.

Es necesario asegurar que el trabajo se vea consolidado mediante el seguimiento de programas de atención psicológica que año con año los residentes de la Maestría en Medicina Conductual han realizando, es decir, hacer acumulativo el conocimiento de la psicología aplicada en el Servicio de Tumores Óseos, con el objetivo de beneficiar al máximo a los pacientes. Esto implica el trabajo bajo el compromiso de la generación de datos sobre la eficacia de las intervenciones, lo cual representa para los estudiantes un compromiso fuerte que difícilmente se podrá lograrse sin la supervisión adecuada.

De hecho, las áreas problema que interesan al psicólogo en Medicina Conductual aún tienen mucho campo para desarrollarse en este hospital. Algunas de estas áreas comprenden la influencia familiar y psicosocial sobre los procesos de enfermedad en los pacientes, no sólo aquéllos con tumores del sistema músculo esquelético. Específicamente, debe considerarse la influencia cognoscitiva y social de la enfermedad sobre la familia del paciente, inclusive en el proceso de recuperación o muerte del mismo.

Por otro lado, habrá aún que desarrollar áreas, como el impacto de la expresión o inhibición emocional y el control sobre procesos fisiológicos mediante técnicas psicológicas ante procedimientos quirúrgicos o sobre los mecanismos de dolor agudo o crónico, o con pacientes con deformidades neuromusculares, por mencionar sólo algunos ejemplos.

REFERENCIAS

- Abud, M. C. (2001). Situación actual de los padecimientos reumáticos. *Revista Médica del Hospital General de México*, 64, Supl. (1), S7-S12.
- Adams, Jr. S. G., Dammers, P. M., Saia, T. L., Brantley, P. J. & Gaydos, G. R. (1994). Stress, depression, and anxiety predict average symptom severity and daily symptom fluctuation in systemic lupus erythematosus. *Journal of Behavioral Medicine*, 17(5),459 – 477.
- Alfonso, L. M. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Alma Ata, (1978). *Atención primaria de Salud*. Ginebra. Sep 2-6.
- Andersen, B., Kiecolt-Glaser, J. & Glaser, R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychologist*, 49, 1-16.
- Andersen, B. & Wells, S. (2002). Cancer. En: A. Christensen and M. Antoni. (Eds.) *Chronic physical disorders. Behavioral Medicine`s perspective*. (pp. 112-136) Oxford, UK: Blackwell Publishers Ltd.
- Andersen, B. (2003). Psychological interventions for cancer patients. En: Given, C., Given, C., Champion, V., Kozachik, S. & DeVoss, N. (Eds.) *Evidence-based cancer care and prevention: Behavioral interventions*.(pp. 210-266) New York, NY: Springer Publishing Co.
- Andrykowsky M. (1990). The role of anxiety in the development of anticipatory nausea in cancer chemotherapy: a review and synthesis. *Psychosomatic Medicine*. 52, 458-475.
- Barlow, J. H. & Ellard, D. R. (2004). Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*, 30 (6), 637.
- Bayés, R. (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 30.
- Bernard, L. C. & Krupat E. (1994). *Health Psychology*. Harcourt Brace.

- Brown, K., Levy, A., Rosberger, Z., & Edgar, L. (2003). Psychological distress and cancer survival: A follow up 10 years after diagnosis. *Psychosomatic Medicine*, 65, 636-643.
- Carvalho, M. R., Sato, E. I., Tebexreni, A. S., Heidecher, R. T., Schenkman, S., Neto, T. L. (2005). Effects of supervised cardiovascular training program on exercise tolerance, aerobic capacity, and quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatoid*, 53(6), 838-44.
- Centro Nacional de Rehabilitación. Portal Discapacinet. (s.f.) *Discapacidades, Prevención y Rehabilitación*. Tumores Óseos. Recuperado el 02 de Febrero de 2008, de http://e-mexico.gob.mx/wb2/eMex_eMex_tumores_oseos
- Classen, C., Hermanson, K. & Spiegel, D. (2003). Psychotherapy, stress and survival in breast cancer. En: Lewis, C., O'Sullivan, C. & Barraclough, J. (Eds.) *The Psychoimmunology of cancer*. New York, NY: Oxford University Press.
- Covarrubias-Espinoza, G., & López-Cervantes, G. (2000). Osteosarcoma. Quimioterapia pre y posoperatoria. Informe de 10 casos. Hospital Infantil de Estado de Sonora. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46 (4), 251-254.
- Cuevas-Uriostegui M. L., Villasís Keever M. C. & Fajadro Gutiérrez, A. (2003). Epidemiología del cáncer en adolescentes. *Salud Pública*, 45, supl 1
- Costa, D. D., Bernatsky, S., Dritsa, M., Clarke, A. E., Dasgupta, K., Keshani, A., & Pineau C. (2005). Determinants of sleep quality in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatoid*, 53(2), 272-8
- Deffenbacher, J. L. (2002). Generalized anxiety and anxiety management training. En: Caballo, V.E. *International Handbook of Cognitive Behavioral Therapy for psychological disorder*. Elsevier, Science Ltd. Spain.
- Denburg, S. D., Denburg, J. A., Carbotte, R. M., Fisk, J. D., & Hanly, J. G. (1993). Cognitive deficits in systemic lupus erythematosus. *Rheumatoid Disease Clinic of North America*, 19(4), 815-31.

- Dobkin, P. L., Da Costa, D., Joseph, L., Fortín, P.R., Barr, S., Ensworth, S., et al. (2002). Counterbalancing Patient Demands With Evidence: Results From a Pan-Canadian Randomized Clinical Trial of Brief Supportive-Expressive Group Psychotherapy for Women With Systemic Lupus Erythematosus. *Annals of Behavioral Medicine*, 24(2), 88-99.
- Doria, A., Rinaldi, S., Ermani, M., Salaffi, F., Iaccarino, L., Ghirardello, A. et al. (2004). Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. II. Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatology*, 43(12), 1580-6.
- Dugas M. & Ladouceur, R. (2000). Analysis and treatment of generalized anxiety disorder. En Caballo, V.E. *International Handbook of Cognitive Behavioral Therapy for psychological disorder*. Elsevier, Science Ltd. Spain.
- Durá, M. & Ibáñez, L. (2000). Psicología oncológica: perspectivas futuras de investigación e intervención profesional. *Psicología, Saúde e Doenças*, 1(001), 7-43.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-543
- Esteve, M. & Roca, J. (1997). Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Medicina Clínica*, 108, 458-459.
- Fernández, M., Calvo-Alen, J., McGwin, Jr., Vilá, L. M., Reveille, J. D. & Alarcón, G. S. (2004) LUMINA, una cohorte de pacientes con Lupus en Minorías Étnicas de Estados Unidos ¿Qué hemos aprendido? *Rheumatology*, 43(12), 1536-1540
- Forni, C. & Loro, L. (2005) Quality of life (QL) and psychological adaptation (PA) to the reduced functions of the limbs in patients with Osteosarcoma of the extremity (OSE) treated with amputation (A) or limb salvage (LS). *European Journal of Cancer*, 31 (6), s295.

- Fox, B. H. (1995). The role of psychological factors in cancer incidence and prognosis. *Oncology*, 9(3), 245-53.
- Freeman, A. & Oster, C. (1989). Cognitive therapy and depression. En: Freeman, A., Simon, K.M., Beutler, L.E. & Arkowitz, H. *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. Plenum Press. NY.
- Freeman, A. & Simon, K. (1989). Cognitive therapy of anxiety. En: Freeman, A., Simon, K.M., Beutler, L.E. & Arkowitz, H. *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*. Plenum Press. NY.
- Friedman, A. W., Alarcón, G. S., McGwin, G. Jr., Straaton, K. V., Roseman, J., Goel, N., et al. (1999). Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups. IV Factors associated with self-reported functional outcome in a large cohort study. *Arthritis Care Research*, 12, 256-66
- Funauchi, M., Tamaki, C., Yamagata, T., Nozaki, Y., Ikoma, S., Sugiyama, M., et al. (2005). Quality of life in patients with systemic lupus erythematosus--preliminary survey using a short questionnaire. *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi*, 28(1), 40-7
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. & Quiceno, J. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 20, 50-75.
- Giammona, A. J. & Malek, D. M. (2002). The psychological effect of childhood cancer on families. *Pediatric Clinic of North America*, 49(5), 1063-81.
- Gómez-Puente, J. A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2002). *El bienestar del paciente seropositivo al VIH/SIDA*. Fac. de Psicología, UNAM: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. México, D.F.
- Grau A. J. A. (1998). La psicología de la salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. En: *La Psicología de la salud en América Latina*. Ed. Miguel Ángel Porrúa, México.

- Greco, C. M., Rudy, T. & Manzi, S. (2006). Stress, and coping strategies in systemic lupus erythematosus. *Neuroimmunomodulation*, 13, 283-293
- Greenberger, D & Padesky, C. (1998). *El control de tu estado de ánimo*. Ed. Paidós. Barcelona: España.
- Haupt, M., Millen, S., Janner, M., Falagan, D., Fischer-Betz, R., Schneider, M. (2005). Improvement of coping abilities in patients with systemic lupus erythematosus: a prospective study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64(11), 1618-23.
- Hay, E. M., Black, D., Huddy, A., Creed, F., Tomenson, B., Bernstein, R. M., & Holt, P. J. (1992). Psychiatric disorder and cognitive impairment in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheumatoid*, 35(4), 411-6.
- Healey, J., Nikolic, Z., Athanasian, E. & Boland, P. (1997). Quality of Life as defined by orthopedic oncology patients. *Annals of Surgical Oncology*, 4(7), 591-596.
- Helgeson, V & Reynolds, K. (2002) Social psychological aspects of chronic illness. En: A. Christensen and M. Antoni. (Eds.) *Chronic Physical Disorders. Behavioral Medicine's Perspective*. (pp. 25-46) Oxford, UK: Blackwell Publishers Ltd.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer*. Datos Nacionales. Recuperado el 02 de Febrero de 2008, de <http://www.inegi.gob.mx>
- Informe Anual 2007. Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Jolly, M. (2005). How does quality of life of patients with systemic lupus erythematosus compare with that of other common chronic illnesses? *Journal of Rheumatology*, 32(9), 1706-8.

- Jörngarden, A., Mattsson, E. & Essen L. (2007). Health-related quality of life, anxiety and depression among adolescents and young adults with cancer: A prospective longitudinal study. *European Journal of Cancer*, 43(13), 1952-1958.
- Jump, R. L., Robinson, M. E., Armstrong, A. E., Barnes, E. V., Kilbourn, K. M., Richards, H. B. (2005). Fatigue in systemic lupus erythematosus: contributions of disease activity, pain, depression, and perceived social support. *The Journal of Rheumatology*, 32(9), 1699-705.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., et al. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Lomelí de Visoso, C. (2005, junio) *Conferencia impartida en el seminario La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos*. La Casa de la Amistad, A.C. México, D.F.
- Kaplan, R. M. (2002). Quality of Life and chronic illness. En: Christensen, A.J. & Antoni, M.H. *Chronic Physical Disorders. Behavioral Medicine's Perspective*. Blackwell Publishing. Oxford UK.
- Khanna ,S., Pal, H., Pandey, R. M. & Handa, R. (2004). The relationship between disease activity and quality of life in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*, 43(12), 1580-1586.
- Klesges, L. M., Dzewaltowski, D. A., Christensen, A. J. (2006). Are we creating relevant behavioral medicine research? Show me the evidence! *Annals of Behavioral Medicine*, 31, 3-4.
- Kozora, E., Ellison, M. C., Waxmonsky, J. A., Wamboldt, F.S., & Patterson, T. L. (2005). Major life stress, coping styles, and social support in relation to psychological distress in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 14(5), 363-72.
- Macrodimitris, S. D. & Endler, N. S. (2000) Coping, control and adjustment in Type 2 Diabetes. *Health Psychology*, 20(3), 208-216.

- Marchioro, G., Azzarello, G., Viviani, F., Barbato, F., Pavanetto, M., Rosetti F., et al. (2000). Hypnosis in the treatment of anticipatory nausea and vomiting in patients receiving cancer chemotherapy. *International Journal for cancer research and treatment*, 59(2).
- Martín, A. L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-81.
- Mendoza, C., Coutiño, B., Medina, A., & Mora, I. (2001). Programa de rehabilitación pre y posoperatorio para pacientes pediátricos con tumores óseos malignos primarios en extremidades, manejados con cirugías de salvamento. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 13, 44-49.
- Meyer, T. & Mark, M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: A metanalizys of randomized experiments. *Health Psychology*, 14(2), 101-108.
- McClellan, B., Rubinstein- Gardenswartz, C. A, & Seligman, M. E. P. (1999). Physical health following a cognitive-behavioral intervention. *Prevention & Treatment*, 2(10).
- McLaurin, E. Y., Holliday, S. L., Williams, P., & Brey, R. L. (2005). Predictors of cognitive dysfunction in patients with systemic lupus erythematosus. *Neurology*, 64(2), 297-303
- Moses, N., Wiggers, J., Nicholas, C., & Cockburn, J. (2005). Prevalence and correlates of perceived unmet needs of people with systemic lupus erythematosus. *Patient Education and Counseling*, 57(1), 30-8.
- Nezu, A., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S. & Houts, P. (1999). *Helping Cancer Patients Cope. A Problem-Solving Approach*. American Psychological Association, Washington, D.C.
- Nolla-Solé, J.M. (1997). *Enfermedades Óseas*. Masson: España

- Olivares, G., Naranjo, M. & Alvarado, S. (2007). Cáncer de mama y bienestar subjetivo. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6(4), 87-90.
- Orgilés, A. M., Méndez C. X., Rosa, A. A. & Inglés, S. C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19(2), 193-204.
- Pacheco, M. R., Chávez, D., Díez, M. P., & Miranda, A. (2006). Control de casos de pacientes amputados por tumor en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Seguimiento de 6 años. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 18, 7-10.
- Pitceathly, C. & Maguire, P. (2003). The psychological impact of cancer on patient's partners and other key relatives a review. *European Journal of Cancer*, 39(11), 1517-1524.
- Portenoy, R & Itri, L. (1999). Cancer-related fatigue: guidelines for evaluation and management. *The Oncologist*, 4(1), 1-10.
- Reveille, J. D., Moulds, J. M., Ahn, C., Friedman, A. W., Baethge, B., Roseman, J., et al. (1998). Systemic lupus erythematosus in three ethnic groups: I. The effects of HLA class II, C4, and CR1 alleles, socioeconomic factors, and ethnicity at disease onset. LUMINA Study Group. Lupus in minority populations, nature versus nurture. *Arthritis Rheumatoid*, 41(7), 1161-72.
- Rico, M.G., Delgado, E., Estrada, E., González, R., & Flores, N. (2007). Los dilemas en tumores óseos. *Acta Ortopédica Mexicana*, 21(6).
- Rizo, P., Sierra M. I., Vásquez G., Cano, M., Meneses, A., & Mohar, A. (2007). Registro hospitalario de cáncer. Compendio de cáncer 2000-2004. *Cancerología*, 2, 203-287.
- Sánchez, M. González, R., Marsán, V. & Macías, C. (2006). Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. *Revista Cubana de Hematología e Inmunología*, 22(3).

- Sánchez-Rodríguez, S. H., Barajas-Vásquez, G. E., Ramírez-Alvarado, E. D., Moreno-Gracia, A. & Cisneros, B. (2004). Lupus eritematoso: enfermedad autoinmune sistémica y órgano específica. *Revista Biomédica*, 15, 173-180.
- Sánchez Sosa J. J. (2002). Health Psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health. In *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*, Psychology, Oxford, UK.
- Schleifer, S. J., Keller, S. E., Siris, S. G., Davis, K. L., & Stein, M. (1985). Depression and immunity. *Archives of General Psychiatry*, 42, 129-133.
- Schattner, A. & Naparstek, Y. (2005). The future of the treatment of systemic lupus erythematosus. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 23(2), 254-60.
- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(3), 249.
- Secretaria de Salud. *Principales causas de mortalidad. 2001-2006*. Recuperado el 04 de abril del 2008 de <http://www.salud.df.gob.mx/content/view/87/21/>
- Shapiro, D. (1988). Hacia una medicina comportamental comprensiva. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1), 27-43.
- Sirgo, A., Gil, F. & Pérez-Manga, G. (2000). Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama. *Revista Electrónica de Psicología*. Recuperado el 04 de abril del 2008 de http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa58/conferencias/58_ci_i.htm
- Spijker, A, Trijsburg, R. W., & Duivenvoorden, H. J. (1997). Psychological sequelae of Cancer Diagnosis: A Meta-Analytical Review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*, 59, 280-293.
- Taylor, S. E., Lichtman, R. R. & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489-502.

- Valencia, A. (2007) *Apoyo psicosocial para niños con cáncer y sus familias*. Tesis de Doctorado. Fac. de Psicología. UNAM. México.
- Wells, A. (2002). Cognitive therapy for generalized anxiety Disorder. En Bond, F.W. & Dryden, W. *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy*. John Wiley & Sons, Ltd. N.Y.:USA
- Witek-Janusek, L., Gabram, S. & Mathews H. (2007). Psychologic stress, reduced NK cell activity, and cytokine dysregulation in women experiencing diagnostic breast biopsy. *Psychoneuroendocrinology*, 32(1), 22-35.
- Zonana-Nacach, A., Rodríguez-Guzmán, L. M, Jiménez-Balderas, FJ., Camargo-Coronel, A., Escobedo-de la Peña, J., & Fraga, A. (2002) Factores de riesgo y lupus eritematoso sistémico en población mexicana. *Salud Pública de México*, 44(3).

ANEXO 1

SEDE: CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS
“DR. GUILLERMO DÁVILA”
FACULTAD DE PSICOLOGIA, CAMPUS CU

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, se encuentra ubicado en el sótano del Edificio “D” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria. Es el primer Centro de atención fundado en la Facultad de Psicología en 1983, con el objetivo de brindar atención psicológica a la comunidad universitaria y a público en general.

La Misión y Visión del Centro actualmente han quedado establecidas de la siguiente manera (Centro de Servicios Psicológicos [CSP], 2007):

Misión

Contribuir a la formación y actualización del estudiante de Psicología a través de los diferentes programas y proyectos de investigación en la atención psicológica que se brinda, siendo ésta de carácter Preventivo, de Tratamiento y Rehabilitación, certificados con calidad, excelencia y trato digno con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del Centro.

Visión

Ser en México, la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mejor capacidad resolutoria, al ofrecer al estudiante de psicología una mayor diversidad de programas y proyectos de investigación, organizados y sistematizados, que favorezcan una formación integral de manera humanística, ética y científica, con personal académico altamente calificado y con tecnología de vanguardia para trascender a nivel nacional.

El servicio es abierto a todo público, en un horario de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.

Los servicios que se proporciona son de orientación, diagnóstico y tratamiento psicológico. Los programas existentes durante el periodo de residencia fueron:

- Terapia Familiar.
- Terapia de Adolescentes.
- Terapia Infantil.
- Retroalimentación Biológica.
- Programa de Atención Psicológica a Enfermos Crónicos Degenerativos.

Características del programa

El programa de atención al usuario, se encuentra estructurado en una serie de etapas que abarcan desde la recepción de la solicitud del paciente hasta su alta, en el que los alumnos desarrollan sus actividades dentro de un modelo de supervisión y entrenamiento ejecutado por los integrantes del programa, en un orden de jerarquías de acuerdo al nivel académico (Ver Anexo).

Actividades diarias del Residente

Área de Admisión

1. Recepción de solicitud debidamente llenada por el usuario.
2. Registro de la solicitud en la base de datos del CSP.
3. Revisión de solicitudes.
4. Asignación de la solicitud a terapeuta que realizará la preconsulta.
5. El terapeuta responsable analiza los datos de la solicitud para estructurar posibles hipótesis en torno a la problemática del paciente que sirvan de guía para la entrevista de preconsulta del paciente.

Área de Preconsulta

Evaluación

1. Entrevista de exploración. Se realiza la entrevista de exploración para obtener una impresión diagnóstica del caso.
2. Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos de evaluación diagnóstica.
3. Elaboración del reporte de evaluación diagnóstica.
4. Elaboración del plan de tratamiento.
5. Entrevista de diagnóstico y plan de tratamiento.

Entrevista de exploración. (Preconsulta)

La entrevista de exploración o preconsulta tiene una duración aproximada de 30 min. En la que se lleva a cabo el siguiente procedimiento:

1. Establecimiento de componentes de relación.
2. Se indica al paciente el objetivo de la entrevista.
3. Corroboración de datos generales.
4. Se aborda motivo de consulta expresado en la solicitud, con la finalidad de identificar el (los) problema(s) del paciente.
5. Dar prioridad y seleccionar el problema principal definiéndolo en términos cognitivos y conductuales (topografía de la conducta).
6. Exploración de intentos previos para solucionar el problema, esto permite tener un indicio del tipo de afrontamiento que tiene el paciente.
7. Se exploran las áreas personales que han sido afectadas por la problemática.

Actividades Académicas

Sesiones de supervisión clínicas los días lunes.

Presentación de sesiones clínicas los días jueves.

Presentación de casos clínicos los días viernes.

Asistencia y apoyo durante el V Encuentro de los Centros y Programas de Servicios a la Comunidad: "La Psicología, un Caleidoscopio". 4 y 5 de abril del 2006. Fac. de Psicología. C.U.

Como resultado de la experiencia profesional en el Servicio, se presentó el cartel "Tratamiento cognitivo conductual en una paciente con Lupus Eritematoso Sistémico", durante el XV Congreso Mexicano de Psicología "El trabajo del Psicólogo y su relación con otras ciencias", que se llevó a cabo en el mes de Octubre del 2007 en la Cd. de Hermosillo, Sonora.

Actividades Desarrolladas en la Sede

Como encargada del área de Preconsulta del CSP durante el periodo de la Residencia, se recibieron y revisaron 2201 solicitudes distribuidas de la siguiente manera: pacientes femeninos 1325 y 876 solicitudes de pacientes masculinos.

Dichas solicitudes pasaron al proceso de preconsulta y posteriormente también fueron revisadas y canalizadas interna o externamente según la problemática reportada. De manera particular se atendieron 320 preconsultas.

La residencia de la maestría se llevo a cabo dentro del Programa de atención psicológica a enfermos crónicos degenerativos, en donde me fueron asignados y atendidos 21 pacientes, 6 hombres y 15 mujeres.



Fig. 6. Distribución por género de los pacientes atendidos

El rango de edades de los pacientes fue de 18 a 63 años de edad, las edades se distribuyeron de la siguiente manera:

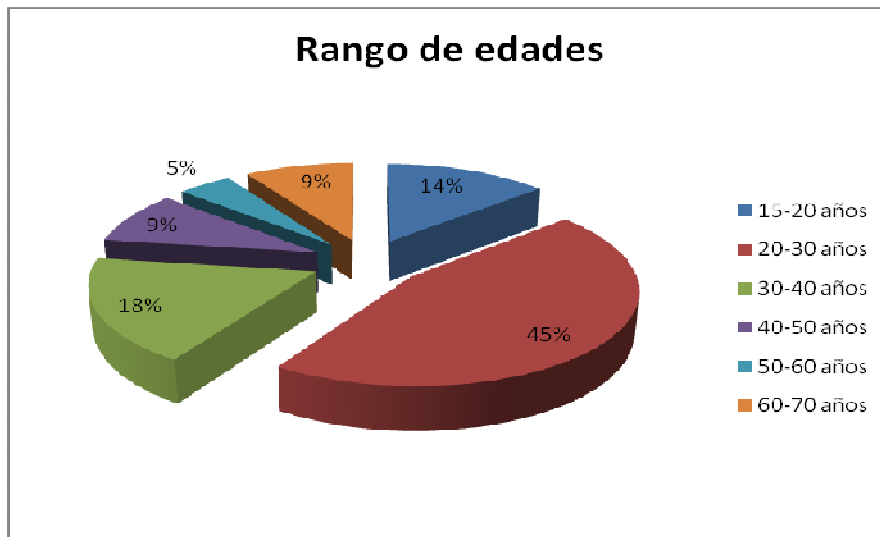


Fig. 7. Distribución por rango de edades de los pacientes atendidos.

Los motivos de consulta que se atendieron fueron: déficit en solución de problemas, trastorno de ansiedad, depresión, déficit en el control del enojo. Estos se encontraron relacionados con padecimientos físicos tales como: epilepsia, lupus eritematoso sistémico, hipertensión arterial, colitis, sangrado del tubo digestivo, gastritis, fibromialgia, hipotiroidismo y diabetes mellitus.

ANEXO 2

SEDE 2: INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION
SERVICIO DE TUMORES OSEOS

Durante el periodo de 1º de marzo al 29 de febrero de 2008, se llevó a cabo el siguiente programa de actividades diarias:

Actividades en piso:

1. Entrada 8 a.m.
2. Pase de visita 8:30 a.m.
3. Asistencia a sesión clínica y presentación de casos (lunes 11 a.m.)
4. Valoración e intervenciones psicológicas a pacientes hospitalizados, prioritarios pacientes oncología médica, pacientes programados a cirugía radical, pacientes programados a biopsia, bajo protocolo de estudio, y familiares de pacientes.
5. Intervenciones psicológicas programadas con pacientes bajo tratamiento médico.
6. Atención a interconsultas solicitadas por otros servicios.
7. En todos los casos atendidos, la nota psicológica se redactó en el expediente electrónico.

Actividades en Consulta Externa:

1. Consulta externa 9:30 en el día asignado.
2. Conocimiento de casos clínicos.
3. Intervención en crisis a pacientes o familiares cuando el caso lo ameritara.
4. Intervenciones psicológicas programadas con pacientes bajo tratamiento médico
5. En todos los casos atendidos las notas iniciales y de evolución se redactaron en el expediente electrónico.

6. Apoyo durante la consulta de Oncología Médica (Viernes 10 a.m.)
7. Apoyo durante la consulta de Ortopedia Oncológica.
8. Apoyo en las actividades de investigación llevadas a cabo en el servicio.

Actividades en Quirófano

1. Acompañamiento terapéutico.
2. Seguimiento de técnicas de relajación.

Actividades desarrolladas en la sede

El número de pacientes atendidos en el Servicio de Tumores Óseos fue de 80. A estos pacientes se les valoró y se intervino por medio de técnicas psicológicas para afrontar la problemática referida por los pacientes, en relación a su diagnóstico, padecimiento y/o tratamiento médico.

La edad de los pacientes atendidos fluctuó entre 4 y 75 años. Con una media de 29 y una desviación estándar de 16.8

La estirpe del tumor de los pacientes atendidos se distribuyó en 48 diagnósticos de tumor maligno y 32 diagnósticos de tumor benigno (Figura 8).

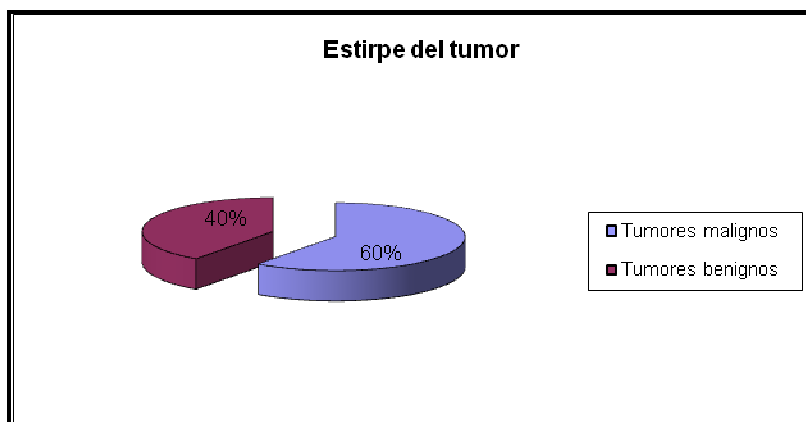


Fig. 8. Distribución de la estirpe del tumor en los pacientes atendidos.

Los diagnósticos médicos de los pacientes atendidos, fueron:

TUMORES MALIGNOS	
Osteosarcoma	24
Mieloma múltiple	6
Condrosarcoma	5
Sarcoma de Ewing	3
Sarcoma Sinovial	3
Tumor de Células Gigantes maligno	1
Sarcoma pleomórfico	1
Plasmocitoma	1
Histiocitoma fibroso maligno	1
Melanoma maligno	1
Rabdomiosarcoma	1
Linfoma no Hodgkin	1
TOTAL	48

TUMORES BENIGNOS	
Tumor de Células Gigantes	19
Fibromatosis	3
Tumor tejidos blandos	3
Encondroma	2
Encondromatosis múltiple	1
Neurofibromatosis	1
Osteocondromatosis múltiple	1
Displasia Fibrosa	1
Osteocondroma	1
TOTAL	32

Los procedimientos quirúrgicos a los que se sometió a los pacientes atendidos se distribuyeron principalmente en desarticulación o amputación de miembro pélvico o torácico (20 pacientes), artrodesis de rodilla (17 pacientes), y otros como: toma de biopsia, resección de tumor, colocación de prótesis tumoral, colocación de clavo centromedular, alargamiento óseo o hemipelvectomía interna (43 pacientes) (Figura 9). El número de pacientes atendidos que recibieron quimioterapia fue de 15.

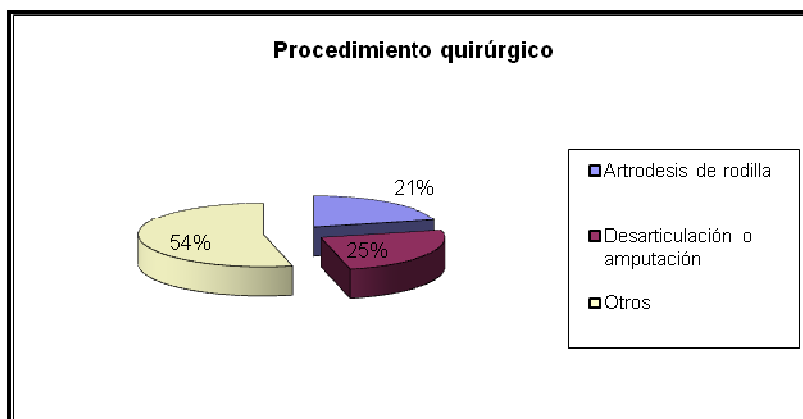


Figura 9. Distribución de procedimientos quirúrgicos de los pacientes atendidos.

Las interconsultas atendidas fueron las siguientes: 1 paciente del Servicio de Traumatología, 1 paciente del Servicio de Reconstrucción Articular, de la Clínica de hombro y codo, 2 pacientes del servicio de Deformidades Neuromusculares, 1 paciente de Clínica del Dolor y 2 pacientes del Servicio de Rehabilitación de Amputados.

Se presentó propuesta de atención psicológica para pacientes del servicio de tumores óseos conforme a las actividades realizadas en consulta externa: intervención en crisis y seguimiento de pacientes. En hospitalización se trabajó con pacientes que entraban a quirófano y con pacientes que se encontraban recibiendo quimioterapia.

Participación activa durante las sesiones clínicas del servicio. Se presentó el aspecto psicológico de los casos clínicos del Servicio de Tumores Óseos. Se realizó la presentación de casos en las Sesiones Generales del hospital.

Como resultado de la experiencia profesional en el Servicio, se presentó la ponencia “Medicina Conductual en el manejo de pacientes con tumores óseos”, durante el XV Congreso Mexicano de Psicología “El trabajo del Psicólogo y su relación con otras ciencias”, que se llevó a cabo en el mes de Octubre del 2007 en la Cd. de Hermosillo, Sonora (Flores, Dehesa, Delgado & Rico, 2007).

ANEXO 3

ESTUDIO PRELIMINAR

ESTADO DE SALUD EN PACIENTES CON ARTRODESIS DE RODILLA

Objetivo

Indagar si se relacionan los datos clínicos y los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes con cirugía de artrodesis de rodilla atendidos en el servicio de tumores óseos del INR durante los últimos 5 años.

Sujetos

Pacientes con cirugía de artrodesis de rodilla atendidos durante los últimos 5 años en el servicio de tumores óseos.

Diseño

Transversal y descriptivo.

Procedimiento

Para la obtención de datos objetivos sobre el estado de salud del paciente se realizó una revisión del expediente clínico para conocer los siguientes datos: datos sociodemográficos, estirpe del tumor (maligno o benigno), recurrencia local, número de cirugías, resultados clínicos actuales.

Como medida subjetiva del estado de salud a los pacientes se les solicitó que indicaran su Estado de Salud Hoy en una escala visual del 0 al 100, en donde 0 corresponde a “el peor estado de salud imaginable” y 100 el “mejor estado de salud imaginable”.

Instrumentos

-Inventario de Depresión de Beck. La versión en español consta de 21 reactivos y presenta una alta consistencia interna, alto coeficiente de confiabilidad test -retest y validez predictiva al igual que a la versión original. De los análisis factoriales se obtienen 3 factores intercorrelacionados: 1) Actitudes negativas hacia sí mismo. 2) Deterioro del rendimiento. 3) Alteración somática (Jurado, et al., 1998).

-Inventario de Ansiedad de Beck. La versión en español consta de 21 reactivos y presenta una alta consistencia interna con alpha de Cronbach de .84. Los análisis factoriales extraen 4 factores principales: Subjetivo, Neurofisiológico, Autonómico y Pánico (Robles, Varela, Jurado & Páez, 2001).

-Instrumento de funcionalidad WOMAC (Western Ontario & McMaster Osteoarthritis Index). Elaborado por Bellamy & Buchanan en 1984, el cual es un instrumento diseñado para medir dolor, rigidez, función física y actividades asociadas con la cadera y la rodilla. El instrumento mide tres conceptos importantes para el paciente e independientes del observador: dolor, rigidez y capacidad funcional (Escobar, Quintana, Bilbao, Azkarate & Guenaga, 2002). Dado que los pacientes con artrodesis de rodilla se encuentran imposibilitados para movilizar la articulación, se eliminaron los ítems relacionados con la rigidez.

Resultados

En el servicio de tumores óseos durante los últimos 5 años (2003-2007) se realizaron 37 cirugías de artrodesis de rodilla con clavo centromedular y espaciador. El 62% correspondió a hombres y el 38% a mujeres.

El rango de edad fue de 15 a 80 años. Se observó una mayor incidencia en la segunda y tercera década de la vida, la cual disminuyó conforme se observa que avanza la edad (Figura 10).

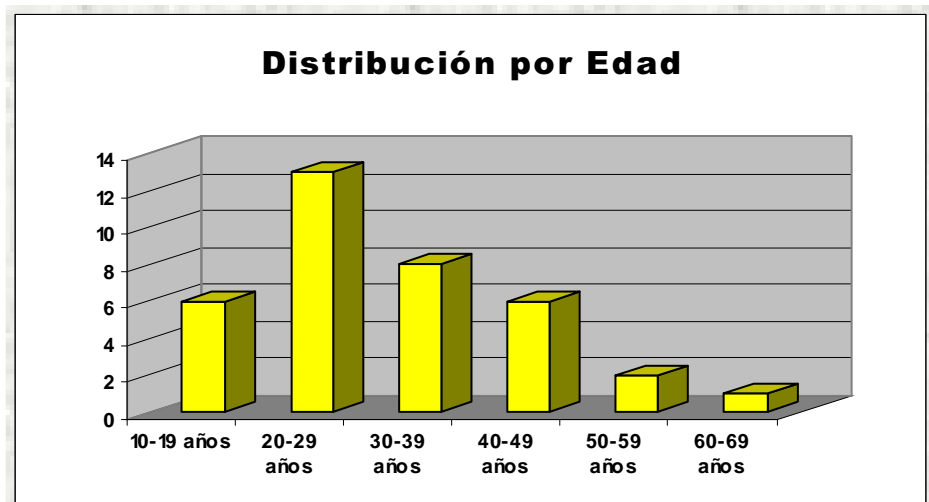


Figura 10. Distribución por grupos de edad

El 51% correspondieron a tumores benignos, de los cuales 17 pacientes tuvieron diagnóstico de Tumor de Células Gigantes (45%) y el resto a tumores malignos (49%). La Figura 10 muestra como se distribuyen estos, por diagnóstico histopatológico.

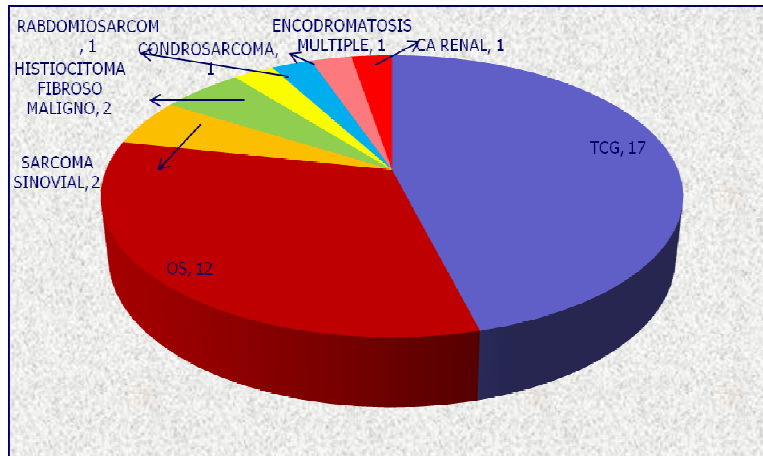


Figura 11. Distribución por diagnóstico histopatológico.

El 13.5% de los pacientes terminaron en amputación secundaria a infección. El 8% de los pacientes, cuyo diagnóstico era maligno, fallecieron.

Solamente se contactó a 14 pacientes a quienes se les aplicó los instrumentos.

En cuanto a los resultados obtenidos, mayoría de los pacientes (70%) refieren: dolor de leve a moderado en al menos una de las siguientes situaciones: caminar, subir escaleras, nocturno o en reposo. También reportan dificultad leve a moderada para realizar en promedio 7 actividades de la vida cotidiana, entre las que se encuentran: subir y bajar escaleras, realizar tareas domésticas, sentarse o levantarse de una silla o del excusado.

De un puntaje entre 0 y 100, el estado de salud promedio fue de 60. El menor estado de salud referido fue de 40 y el máximo fue de 100.

En cuanto a los problemas psicológicos los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes se muestran en la Figura 12.

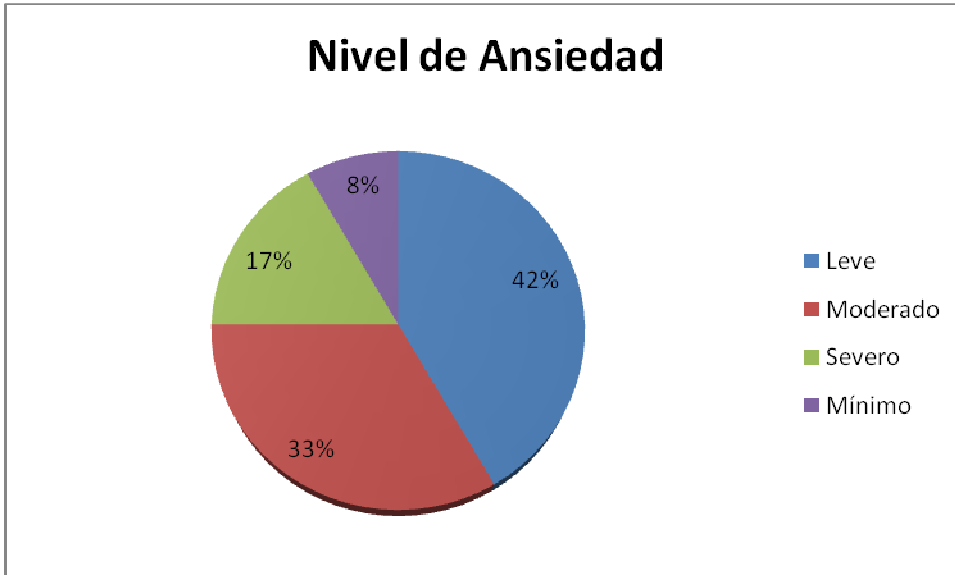


Figura 12. Resultados del Inventario de Ansiedad de Beck

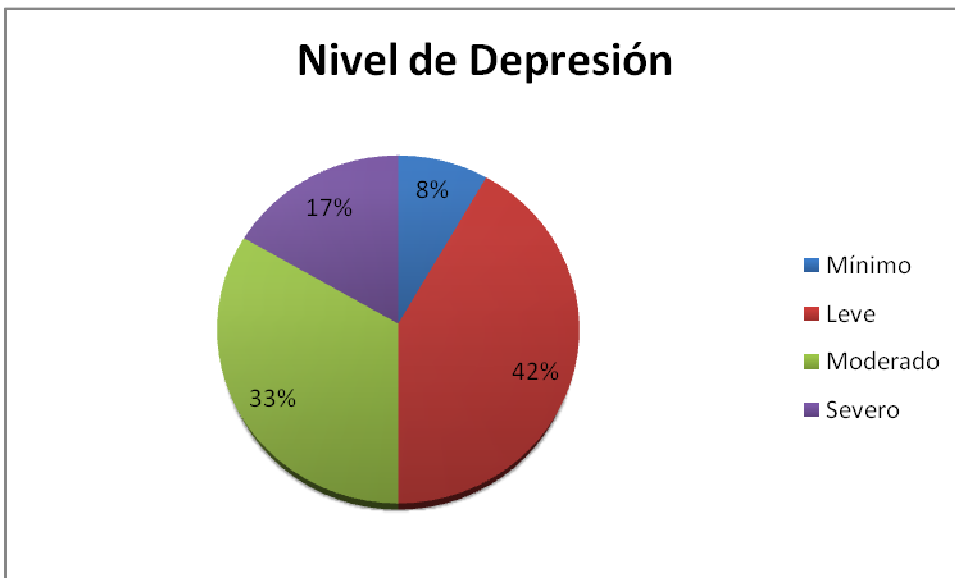
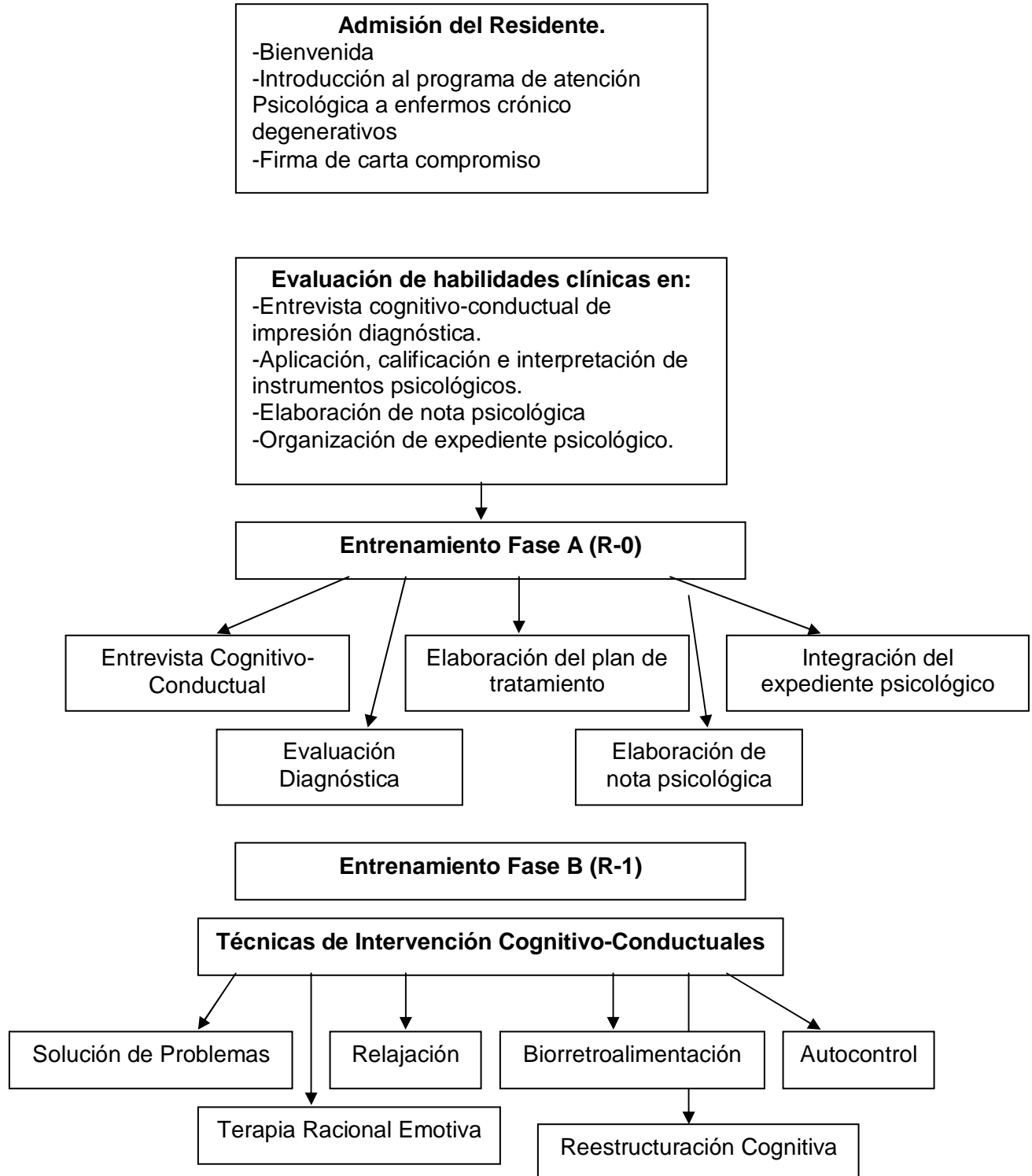


Figura 13. Resultados del Inventario de Depresión de Beck

El número de cirugías a las que se sometió a estos pacientes fluctuó entre 1 a 15 cirugías; en promedio a 7 cirugías, debido a complicaciones como dehiscencia de herida e infección. Se encontró correlación positiva entre número de cirugías y estado de salud hoy ($r=.60$, $p=.05$).

ANEXO 4

MODELO DE ENTRENAMIENTO Y SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS



CADENA COGNITIVO CONDUCTUAL

Nombre: _____ Fecha: _____

Situación	Pensamiento	Emoción	Consecuencia
¿Qué sucedió? ¿Dónde sucedió? ¿Quién estaba presente?	¿Qué pasó por mi mente en ese momento?	¿Qué sentí en ese momento?	¿Qué sucedió después?

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN (%)	EVIDENCIA A FAVOR	EVIDENCIA EN CONTRA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO	EMOCIÓN (%)
<p>¿Qué sucedió?</p> <p>¿Con quién estabas?</p> <p>¿Qué estabas haciendo?</p> <p>¿Cuándo fue?</p> <p>¿Dónde estabas?</p>	<p>Contesta las siguientes preguntas: ¿Qué ideas estaban pasando por mi cabeza justo antes de empezar a sentirme de esa forma? ¿Qué es lo que esa situación significa sobre mí, de mi vida, de mi futuro?</p> <p>¿A qué tengo miedo si ocurriese? ¿Cuál es la peor cosa que ocurriría si eso fuera verdad? ¿Qué consecuencias tendría esta acerca de lo que otras personas sienten o piensan de mí? ¿Qué imágenes o recuerdos tengo de mi mismo respecto a esa situación?</p>	<p>Describe cada emoción con una palabra</p> <p>Califica la intensidad de cada emoción de 0 a 100%</p>	<p>Elige en la columna anterior el pensamiento o imagen que más malestar emocional te genera.</p> <p>Escribe evidencias basadas en los hechos que apoyen tus conclusiones (intenta evitar la lectura de pensamiento y la interpretación de los hechos)</p>	<p>¿Qué experiencias he tenido que muestran que este pensamiento no es siempre cierto? Si mi mejor amigo o alguien querido tuviera ese pensamiento ¿qué le diría? ¿Qué me diría mi mejor amigo, qué evidencia me subrayaría para sugerir que mis pensamientos no son 100% verdad? ¿Hay alguna cualidad en mí o en la situación que estoy ignorando? ¿Estoy culpándome a mi mismo por algo de lo cual yo no tengo el control?</p>	<p>Considerando la evidencia en contra ¿Qué nuevos pensamientos o imágenes sugieres? ¿Qué pensamiento más realista podría sustituir al que elegiste en la tercera columna? ¿Con qué frase puedes resumir todas las evidencias en contra?</p> <p>Resume todas las evidencias a favor en una frase y todas las evidencias en contra en otra frase. Únelas con la palabra "y" Crea un pensamiento alternativo que tenga en cuenta toda la información recabada.</p>	<p>Vuelve a escribir las emociones de la segunda columna.</p> <p>Escribe cualquier otra emoción que surja al observar tus pensamientos alternativos.</p> <p>Califica la intensidad de estas emociones de 0 a 100%</p>

* Adaptado de: Greenberger, D. & Padesky, Ch. (1995). El control de tu estado de ánimo. España: Paidós. Pp. 96,97

Centro de Servicios Psicológicos.

Facultad de Psicología

UNAM

Medicina Conductual

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

ANSIEDAD

(0-10)

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
NERVIOSISMO							
OPRESION EN EL PECHO							
SOFOCO							
TEMBLOR DE MANOS							

EL CONTROL DE TU ESTADO DE ÁNIMO

Escribe en cada casilla: (1) Actividad (2) Estimación del estado de ánimo para la depresión (0-100%).

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-13							
13-14							
14-15							

EJERCICIO: APRENDER DE LOS REGISTROS DE ACTIVIDADES

Ahora que has trazado tus emociones y actividades durante una semana, analiza tu programa de actividades semanales y busca patrones. Para lograrlo a continuación se te presentan una lista de preguntas que te ayudarán a aprender del programa de actividades semanales.

- 1.- ¿Cambió mi estado de ánimo durante la semana? ¿Cómo? ¿Qué patrones observaste?
- 2.- ¿Mis actividades afectaron a mi estado de ánimo? ¿Cómo?
- 3.- ¿Qué actividades me ayudaron a sentirme mejor? ¿Por qué? ¿Son estas actividades mis intereses a largo plazo? ¿Qué otras actividades podría hacer para sentirme mejor?
- 4.- ¿Qué actividades me hacían sentirme peor? ¿Estas actividades están dentro de mis prioridades?
- 5.- ¿Hay ciertos momentos al día (por ejemplo, mañanas) o a la semana (por ejemplo, fines de semana) en que me siento peor?
- 6.- ¿Puedo pensar en algo que podría hacer para sentirme mejor durante esos momentos?
- 7.- ¿Hay ciertos momentos al día o a la semana en que me siento mejor?
- 8.- Mirando mis respuestas a las preguntas 3 y 4, ¿qué actividades puedo planificar para la siguiente semana para incrementar mis logros y sentirme mejor esta semana? ¿Y durante los siguientes meses?

Greenberger, D. & Padesky, Ch. (1995). El control de tu estado de ánimo. España: Paidós. Pp. 96,97

MEDICINA CONDUCTUAL
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Nombre _____ Fecha _____

SITUACION	ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN	CONSECUENCIAS	EFFECTOS PERSONALES	EFFECTOS SOCIALES	EFFECTOS AL CORTO PLAZO	EFFECTOS AL LARGO PLAZO	CRITERIO PARA EVALUAR LAS ALTERNATIVAS	¿QUE NECESITO PARA LLEVARLA ACABO?
¿Qué es? ¿Qué debería ser? ¿Qué quiero lograr? ¿Por qué quiero lograrlo?	(más de dos)	Positivas y negativa de cada opción					¿Alcanzará el objetivo? ¿Cuál tiene menos efectos negativos? ¿Tiempo y esfuerzo requeridos?	

Ahora... ¡llevémoslo a cabo!

¿Está satisfecho con la solución?

Si no, intenta una segunda alternativa de solución o vuelve a empezar.