



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
PROFESIONAL**

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO
CONDUCTUAL PARA EL MANEJO DE FACTORES
PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL DOLOR
CRÓNICO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTAN
BETSABÉ LÓPEZ BLANCO**

**TUTOR:
DRA. DOLORES MERCADO CORONA**

**COMITÉ TUTORIAL:
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
MTRO. FERNANDO PASCUAL VÁZQUEZ PINEDA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
MTRA. MA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ**

JUNIO DE 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

El lograr esta meta se debe al esfuerzo constante y al apoyo de muchas personas que estuvieron a mí alrededor. La lista de las personas cercanas a este trabajo es realmente inmensa, sin embargo mencionaré a los pilares que hicieron posible de manera directa e indirecta el logro de este objetivo.

La persona que más estuvo conmigo y que también padeció fue mi esposo Juan Manuel, por ser el hombre que me ha brindado su amor, su apoyo en los momentos más difíciles en estos últimos años; le agradezco de todo corazón, su paciencia, comprensión y los mejores consejos en los momentos más oportunos.

A mis padres que me han apoyado y alentado constantemente para el crecimiento personal y profesional, así como mis hermanos por su apoyo y compañía en todo momento.

A mi tutora Dra. Dolores Mercado Corona por brindarme su conocimiento, apoyo y su dirección tan ejemplar en el trabajo de investigación.

A mis profesores de la UNAM, el Dr. Juan José Sánchez Sosa, Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, Dr. Samuel Jurado Cárdenas por su amplio conocimiento y amor a la Psicología que transmiten fielmente en cada una de sus clases. Le agradezco especialmente al Mtro. Fernando Vázquez Pineda por su apoyo y guía en el ámbito profesional desde hace ya “muchos años”, lo cual para mí es un tesoro que deseo conservar por mucho tiempo más.

A mis supervisores Mtra. Ma. Cristina Bravo y Lic. Sofía Sánchez, gracias por brindarme de su conocimiento y apoyo en el campo de la Medicina Conductual, porque me enseñaron que el trabajo del psicólogo en hospital es tan importante y que hay que tomarlo con mucha responsabilidad.

A mis compañeras, que después de tiempo se convirtieron en mis amigas, Rocío, Italivy, Haydeé, Ivonne y Nancy. La estancia en los hospitales no hubiera sido tan divertida y a la vez tan “ñoña” sin ustedes.

Y por qué no, también a todos los médicos adscritos que me enseñaron qué debo y qué no debo hacer, al Dr. Francisco García por su compromiso absoluto para una atención de calidad y asumir la responsabilidad de la atención de un paciente con cáncer. A la Dra. Argelia Lara, por su amplio conocimiento de medicina, su gran apertura y su entrega a la psicología.

A mis compañeros médicos y enfermeras, especialmente al Dr. Julito, María Luisa, Lucina, Verito y Nelly quienes hicieron tal llevadera mi estancia en el INCMNSZ, les agradezco de todo corazón por brindarme su conocimiento en el área médica, sus chistes, su tiempo y su apertura en el tema de la psicología.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INFORME DE INVESTIGACIONES	2
Dolor.....	2
Intensidad.....	2
Duración.....	2
Formas de expresión.....	3
Sitios de origen	3
Evaluación del dolor	5
Manejo psicológico en dolor crónico.....	6
Efecto de una intervención cognitivo conductual para el manejo de factores psicológicos relacionados con el dolor crónico.....	9
Método	15
Resultados	20
Discusión.....	26
Factores psicológicos en el paciente con dolor postrasplantado de médula ósea.....	29
Método	31
Resultados	35
Discusión.....	46
Cáncer.....	49
Cuidados Paliativos.....	53
Intervenciones Psicológicas	57
Caso clínico	61
PROPIEDADES CONTEXTUALES Y ORGANIZATIVAS DE LA RESIDENCIA.....	67
Primer año de residencia: Hospital Juárez de México.....	67
Características del servicio de Oncología.....	67
Actividades desarrolladas en el servicio de Oncología	68
Evaluación	72
Segundo año de residencia: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”	74
Características del servicio de Medicina del Dolor y Paliativa	74
Actividades desarrolladas en el servicio	75
Evaluación.....	84
Actividades profesionales no programadas	86
REFERENCIAS	87
ANEXOS.....	95
Anexo 1: Entrevista de evaluación psicológica en dolor crónico	95
Anexo 2: Cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria	98
Anexo 3: Hoja de informe para participar en el taller para el manejo del dolor.....	99
Anexo 4: Consentimiento informado para participar en el taller para el manejo del dolor	101

Anexo 5: Material para usuarios del taller para manejo del dolor crónico.....	102
Anexo 6: Entrevista psicológica para pacientes postrasplantado de médula ósea ...	112
Anexo 7: Diario de dolor	114
Anexo 8: Cuestionario de apoyo social de MOS	115
Anexo 9: Hoja de informe para participar en el protocolo de trasplante de médula..	116
Anexo 10: Consentimiento informado para participar en el protocolo de trasplante de médula.....	118

RESUMEN

El trabajo que se presenta a continuación tiene como objetivo describir las actividades que se realizaron durante la residencia en Medicina Conductual de la Maestría en Psicología Profesional.

En primer lugar se describen las investigaciones realizadas durante el segundo año de residencia en donde se destaca el efecto de una intervención cognitivo conductual en pacientes con dolor crónico del servicio de Medicina del Dolor y Paliativa. La investigación ha demostrado que las intervenciones cognitivo conductuales tienen un efecto en la disminución de estados emocionales como depresión y ansiedad, así como la incorporación de conductas funcionales para el enfrentamiento adecuado ante el padecimiento. Sin embargo en México son pocos los protocolos de intervención en esta población, por lo que se diseñó un programa de intervención cognitivo conductual de manera grupal para incorporarlo a la atención de los pacientes que acudían al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". El objetivo fue evaluar los efectos de la intervención en variables psicoafectivas y de enfrentamiento en pacientes con dolor crónico. El estudio fue pre-experimental con un diseño pretest posttest con una intervención psicológica, en un solo grupo. Participaron 13 pacientes que al finalizar el programa reportaron disminución de estados emocionales como ansiedad, depresión, irritabilidad y tristeza, así como la incorporación de estilos de enfrentamiento más adaptativos como el incremento de actividades placenteras, que se relaciona con una disminución en el reporte de la intensidad y frecuencia del dolor. De acuerdo con las características de la población la significancia clínica fue únicamente subjetiva, no hubo resultados estadísticamente significativos, debido a los pocos participantes y situaciones externas presentadas por las pacientes.

Posteriormente se describen los resultados preliminares del protocolo de investigación en pacientes postrasplantados de médula ósea, realizado en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". El objetivo fue identificar factores psicológicos relacionados con el dolor en esta población.

En tercer lugar se describe un caso clínico que fue presentado en el Hospital Juárez de México, el cual ejemplifica el trabajo realizado por los psicólogos con formación en Medicina Conductual.

Por último describo las actividades realizadas durante la residencia en Medicina Conductual. Durante el primer año, en el Hospital Juárez de México en el servicio de Oncología, se dio atención psicológica como psicoeducación acerca de la enfermedad, intervención en crisis, manejo emocional, entrenamiento en asertividad para mejorar redes de apoyo, entre otras intervenciones. Durante el segundo año de residencia, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán" en el servicio de Medicina del Dolor y Paliativa, se realizaron los dos protocolos de investigación ya mencionados anteriormente, también se realizó evaluación e intervención psicológica tanto en pacientes con dolor crónico como en pacientes que asistían a cuidados paliativos. En ambas instituciones se describe la organización y las características del servicio, las actividades desarrolladas, la evaluación del sistema de supervisión y las competencias alcanzadas.

INFORME DE INVESTIGACIONES

Dolor

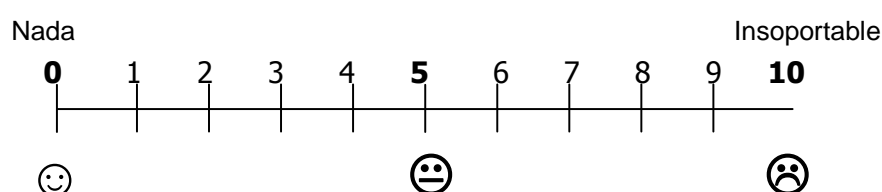
El dolor de acuerdo con La Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés) lo ha definido como “una desagradable experiencia sensorial y emocional, que se asocia a un daño de los tejidos, el cual es real o potencial, o bien descrita en términos de dicho daño” (Merskey, 1986).

Existen diversas y complejas clasificaciones de los síndromes dolorosos como su duración, topografía, características neurofisiológicas, factibilidad de tratamiento, entre otros; estas maneras de clasificación permiten la sistematización y la simplificación del estudio de un proceso doloroso. A continuación se explican algunas de las formas de estudiar al dolor.

Intensidad

La intensidad es la característica más reportada por el paciente, sin embargo debido a la subjetividad del dolor, es necesario el uso de escalas unimodales y multimodales para evaluar si el tratamiento que se proporciona es eficaz o no. Las escalas más utilizadas son la escala verbal análoga (EVERA) y la escala visual análoga (EVA), ver figura 1. La evaluación de la intensidad del dolor es un parámetro útil, porque si se logra disminuir o eliminar el dolor se habla de un éxito terapéutico y disminuye también la preocupación del paciente.

Figura 1. Representación de la Escala Visual Análoga utilizada con los pacientes en el servicio de Medicina de Dolor y Paliativa.



Duración

Dependiendo de la duración se clasifica en agudo y crónico; la diferencia entre ambos es el tiempo estimado en que la lesión tisular sana. Se ha fijado un término de tres a cuatro semanas para considerarlo crónico. Sin embargo el comité de la IASP lo considera dolor crónico al que tiene una duración mayor de tres meses.

El **dolor agudo** se caracteriza por respuestas neurovegetativas y neuroendocrinas, mientras que el **dolor crónico** se define como “aquel que persiste al curso natural de un daño agudo, concomitante a procesos o patologías duraderas, intermitentes o repetitivas, expresado en un término mayor de tres semanas e inclusive meses (Merskey, 1986). El

dolor crónico se caracteriza por la modificación de la respuesta fisiológica adaptativa, además de tener nulo o poco componente vegetativo, acompañándose de un fuerte impacto psicoafectivo.

Formas de expresión

El dolor puede ser continuo, intermitente, recurrente, periódico, subintrante, paroxístico o la combinación de dos o más de las formas mencionadas. El **dolor agudo** comúnmente se acompaña de tensión muscular, generando a la vez más dolor y cerrando un círculo vicioso que lo perpetúa, además de producir espasmo muscular reflejo que por sí mismo es doloroso (Guevara-López; 2008).

En el caso del **dolor crónico** es común encontrar pacientes con alteraciones posturales como respuesta al mismo, en donde se presenta un dolor muscular referido o reflejo, además del dolor que ya presentaba. El dolor crónico es más complejo por lo que requiere una evaluación más escrupulosa en cuanto a la semiología del mismo (Guevara-López; 2008).

Sitios de origen

Una clasificación que por sencilla resulta útil, es la que atiende al origen del dolor con base en el tejido afectado, ordenando a los síndromes dolorosos en (Guevara-López; 2008):

- **Dolor somático:** se presenta cuando se estimulan nociceptores de estructuras somáticas superficiales o profundas como: piel, fascias, músculos, tendones, huesos, periostio, etc. Dentro de este tipo de dolor se inscribe el dolor cutáneo que se caracteriza por ser agudo, punzante, de diversa intensidad y con duración variable de acuerdo con el estímulo que lo provoca.
Frecuentemente se puede encontrar lo que Bonica (1990) denominó la doble respuesta del dolor cutáneo, que se caracteriza por las dos formas en que puede describirse el estímulo doloroso. Un piquete o pinchazo rápido sobre la piel ocasiona: a) un dolor inmediato rápido, ligero y de poca duración que después de poco tiempo va seguido de: b) un dolor más durable e intenso, el cual cede lentamente, a diferencia del primero; este dolor es descrito como urente. A esta doble respuesta dolorosa se le conoce como hiperalgesia secundaria.
- **Dolor neuropático:** es un dolor complejo, en su expresión y manifestaciones clínicas. El dolor neuropático es el resultado de diversos tipos de disfunción del sistema nervioso central o periférico, definido frecuentemente por presentarse en ausencia de daño tisular agudo concurrente o progresivo, pudiendo variar su intensidad desde leve y benigno, hasta extremadamente grave e incapacitante. Entre las patologías más frecuentes asociadas con el dolor neuropático están: neuralgia postherpética, lesión de nervio periférico, neuralgia trigeminal, dolor de miembro fantasma, plexopatías cervicobranquial o lumbosacra, neuropatía diabética, síndrome doloroso del complejo regional tipo I y II, síndrome poscordotomía, anestesia dolorosa, dolor talámico, entre otras.
- **Dolor central:** incluye a todos los que tienen su sitio de origen en el sistema nervioso central, como las secuelas de accidentes cerebrales vasculares, hiperpatía talámica y el miembro fantasma. Es un dolor de tipo espontáneo,

desencadenado sin causa determinada, urente, punzante o continua desde moderada intensidad hasta insoportable, pudiendo ubicarse según el paciente en la piel, músculos o hueso.

- **Dolor visceral:** dolor asociado con lesión o estímulo nocivo sobre estructuras viscerales, que tiene un gran efecto sobre el sistema nervioso autónomo. También se han distinguido clínicamente a dos tipos: el primero es descrito como sordo, vago, amortiguado, en el cual es difícil precisar el tipo doloroso, frecuentemente referido a sitios distantes del origen y asociado con náusea y vómito, diaforesis, bradicardia y descenso de la presión arterial, no se modifica con el cambio de posición de la víscera enferma. El segundo tipo de dolor visceral se presenta en forma tardía; es más agudo, tipo puñalada y más localizado. Se detecta en la pared abdominal, se relaciona con la posición de la víscera enferma, generalmente se acompaña de náusea y otras manifestaciones, salvo taquicardia; se asocia con contractura muscular, dolor a la presión, hiperalgesia e hiperestesia.

El dolor visceral se acompaña de hiperactividad autónoma manifestada por sudoración, piloerección, cambios vasomotores como consecuencia de la estimulación de las células autonómicas de la médula anterolateral. El dolor visceral se distingue por dos tipos: a) debido a enfermedad de las vísceras, y b) el que se debe a la afección de cualquiera de las paredes del abdomen.

Los pacientes con dolor crónico presentan ciertos componentes básicos para el desarrollo y mantenimiento del dolor, tales factores los describen Chapman y Okifuji (2004) de la siguiente manera:

- **Factores predisponentes:** que implica la predisposición fisiológica o la diátesis, que consiste en la reducción del umbral del dolor en la activación de nociceptores que se pueden relacionar con variables genéticas, traumas previos (factores ocupacionales como el diseño del lugar del trabajo, posturas, movimientos repetitivos, etc.), o aprendizaje social como resultado de un patrón estereotipado de respuestas fisiológicas dentro del sistema corporal específico.
- **Estímulos disparadores:** estímulos relacionados con el dolor u otras situaciones con significado subjetivo negativo, tales como conflictos familiares o presión relacionada con el trabajo, puede activar el sistema nervioso simpático e inducir la tensión muscular u otro proceso inductor de la nocicepción. Estos procesos cognitivos ante tales situaciones pueden funcionar como estímulos condicionados o incondicionados, respuestas de evitación que son disparadores del dolor y conductas de dolor.
- **Respuestas disparadoras:** repertorio de respuestas inadecuadas que pueden ser conductuales, cognitivas y fisiológicas que exacerban el impacto de los estímulos internos y ambientales. El proceso cognitivo es importante en la relación entre estímulos internos-externos y la experiencia de estrés y dolor. El incremento de la percepción, preocupación y sobre interpretación de los síntomas son un ejemplo de proceso cognitivo disfuncionales relacionado con los síntomas físicos. La manera en que el paciente se enfrenta contribuye al curso del dolor. La

subsecuente respuesta fisiológica inadecuada incrementa la activación del sistema nervioso simpático activando la respuesta muscular y sobre estimula la nocicepción, exacerbando el dolor.

- **Mantenimiento de la respuesta:** procesos de aprendizaje que toman forma como respuesta condicionada frente al dolor. Las personas aumentan o disminuyen las respuestas sociales, motoras, cognitivas y hasta fisiológicas a partir del condicionamiento que se establece debido a la presencia del dolor crónico. Este aprendizaje contribuye al mantenimiento del dolor que interactúa con procesos fisiológicos incondicionados que forman una memoria del dolor a nivel del sistema nervioso. Al paso del tiempo la memoria puede mantener el dolor en la ausencia de entrada de nocicepción periférica.

También existen factores de aprendizaje social que influyen en el desarrollo y mantenimiento del dolor. Tales factores son principalmente la familia y la cultura en donde se desenvuelve el sujeto. La familia es una fuente de aprendizaje y apoyo a lo largo de la vida. Para entender la influencia de la familia en la experiencia del dolor crónico es necesario evaluar la historia y el contexto familiar (Otis, Cardella & Kerns; 2004). En cuanto a la cultura se define como aquellas normas conductuales y actitudinales de un grupo de personas en donde se comparten creencias y conductas relacionadas con la enfermedad, los cuidados de salud, conductas de autocuidado y la recepción de intervenciones médicas. (Otis et al., 2004).

Los factores culturales con respecto al dolor influyen en la expresión del mismo, el lenguaje utilizado, las respuestas de enfrentamiento, las creencias acerca y la percepción del sistema de salud. La cultura también influye en los tipos de tratamientos médicos que consideran aceptables. Dentro de cada grupo cultural, la atribución de los síntomas puede afectar la presentación clínica, el curso y los resultados de muchos trastornos, incluyendo el dolor (Otis et al., 2004).

El dolor crónico es un padecimiento que deteriora la calidad de vida del paciente y de la familia. Uno de los problemas más frecuentes son los trastornos psiquiátricos en donde se ha encontrado que existen tres factores psicológicos muy comunes, que se presentan como una triada. La depresión, ansiedad y problemas de sueño son aquellos trastorno psiquiátricos más frecuentes en dolor crónico (Gallagher & Verma; 2004).

Evaluación del dolor

La evaluación clínica de un paciente con dolor crónico implica una entrevista tanto al paciente como a la familia, así como el uso de inventarios y cuestionarios. En la entrevista se hace la medición de la experiencia de dolor en donde se describen aspectos como: la intensidad sensorial, emocional, cognitiva, conductual, áreas afectadas por el dolor y las situaciones que lo exacerbaban o lo disminuyen (Williams, 2004).

En la evaluación psicológica se tocan temas como la historia psicosocial, el estado de ánimo y personalidad, capacidad funcional, creencias y estilos de enfrentamiento ante el dolor, conductas de dolor y calidad de vida del paciente. La evaluación del familiar implica identificar variables como el desgaste del cuidador, reforzamiento o castigo de conductas de dolor, apoyo social y comunicación.

Manejo psicológico en dolor crónico

El estudio del dolor también se ha dirigido hacia las intervenciones psicológicas para fomentar estilos de enfrentamiento más adaptativos ante el dolor. Las intervenciones tienen como objetivo enseñarle al paciente estrategias que permitan la modificación de pensamientos, emociones y conductas ante el dolor y ante los factores relacionados con el dolor. Para modificar cada uno de estos componentes, la literatura propone diferentes técnicas de la terapia cognitivo-conductual, las cuales se describen a continuación (Keefe, Abernethy & Campbell, 2005).

Relajación

Esta técnica está basada en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocadas por pensamientos y conductas se relacionan con activación del sistema nervioso simpático, que ocasiona tensión muscular y por lo tanto dolor. La relajación reduce la tensión fisiológica, la cual es incompatible con la ansiedad (Davis, McKay & Eshelman, 2002).

La técnica comienza con el entrenamiento en respiración profunda o diafragmática que permite la disminución de la frecuencia respiratoria e inducen sensaciones de relajación corporal. Es posible la combinación de herramientas como las imágenes, frases autógenas o relajación muscular progresiva con el fin de inducir una respuesta de relajación muscular y mantener la mente libre de preocupación (Davis, et al 2002).

Biorretroalimentación

Se define como el proceso en el cual una persona aprende a manejar la respuesta fisiológica debido a que se perdió la regulación de ciertas respuestas a partir de un trauma o una enfermedad. La biorretroalimentación utiliza diferentes modalidades de respuesta fisiológica como indicativo de activación (Middaugh & Pawlick, 2002). Las más utilizadas son la electromiografía, la conductividad de la piel y la temperatura periférica. Sin embargo también se utiliza la frecuencia cardíaca, respiración y volumen sanguíneo.

Los estudios que apoyan el uso de esta herramienta se han basado principalmente en dolor debido a tensión muscular (ej. Trastorno temporomandibular, cuello, hombros). La biorretroalimentación facilita la conciencia de tensión muscular debido a situaciones de estrés y permite mejorar el enfrentamiento activo, reduciendo la tensión muscular y como consecuencia la reducción de la intensidad del dolor (Glaros, 2007; Middaugh & Pawlick, 2002). También se han realizado trabajos sobre biorretroalimentación y dolor fantasma, en donde se ha reportado disminución del 20 al 30% del dolor en un periodo de seis sesiones (Harden et al. 2005).

La biorretroalimentación se considera una estrategia menos amenazante para aquellos pacientes que no reconocen la influencia de los factores psicológicos (estados emocionales, conductuales o cognitivos) sobre el dolor y otros síntomas. Estos pacientes califican esta herramienta como tratamiento físico para un problema físico. Sin embargo a lo largo de las sesiones el paciente observa la relación entre situaciones estresantes y respuestas fisiológicas, por lo que termina reconociendo esta relación (Middaugh & Pawlick, 2002).

Hipnosis

Se refiere a un estado normal de alta concentración en un punto con una relativa disminución de la conciencia de la periferia. Esto sucede en situaciones comunes como jugar, ver una película, leer una novela, que pueden ser actividades que ocupen la mayor capacidad de atención y se pierde la atención al exterior. En el paciente con dolor crónico, la atención está dirigida a las sensaciones y la conciencia del exterior disminuye considerablemente.

La hipnosis difiere de las técnicas de **distracción**, que buscan como objetivo el cambio de foco de atención a estímulos notorios diferentes al que le provoca el dolor o malestar (Hawkins, 2001). En la hipnosis los mecanismos en los que se trabaja son la relajación muscular y la alteración perceptual. Las estrategias hipnóticas pueden ser variadas, las más comunes son la inducción de estado de relajación en donde se le pide al paciente que sienta calor o frío (de acuerdo a lo que el paciente prefiera) en la zona de dolor; y que se imagine que la zona de dolor va disminuyendo. El objetivo es que el paciente entienda y acepte el dolor, se reduzca la intensidad, se transforme la sensación en algo más soportable y reducir el impacto del dolor (Andrasik, 2004; Patterson, 2004).

Reestructuración cognitiva

Los estudios referentes a los estilos de enfrentamiento y autoeficacia, los cuales se refieren a la evaluación cognitiva que hace el paciente con respecto al dolor y a sus habilidades de enfrentamiento, han reportado que los pacientes que presentan pensamientos distorsionados (ej. La catastrofización) presentan mayor reporte de dolor, desesperanza e incapacidad funcional (Tan, Jensen, Thornby & Anderson, 2005). La reestructuración cognitiva implica la modificación de pensamientos disfuncionales a través del análisis lógico. La modificación de pensamientos más realistas se relaciona con una mayor capacidad para el manejo del dolor, menos desesperanza, percepción de dolor menos intenso y disminución de estrés psicológico (Keefe et al. 2005).

Terapia de solución de problemas.

Es el proceso autodirigido, cognitivo-conductual, por medio del cual la persona intenta identificar o descubrir formas efectivas para resolver situaciones problemáticas que enfrenta en el curso de su vida (D'Zurilla & Nezu, 1999). Implica el entrenamiento en habilidades de afrontamiento para resolver situaciones estresantes con mayor efectividad.

Adherencia Terapéutica

La adherencia al tratamiento es un tema complejo especialmente para los pacientes que padecen enfermedades crónicas degenerativas. La escasa adherencia al tratamiento se ha vuelto un problema de salud pública que implica un alto costo económico para los sistemas de salud, disminución de la calidad de vida del paciente, hasta una fuente de frustración para el médico y el psicólogo (Vermeire, Hearnshaw, Royen & Denekens, 2001).

Safren en 1999 propuso el protocolo de Pasos Vitales, que revisa estrategias de solución de problemas para dificultades cotidianas que suelen interferir con el seguimiento de instrucciones terapéuticas. La combinación de estrategias cognitivo conductuales que

incorpora el protocolo facilita al paciente la adquisición de habilidades para la adherencia terapéutica.

El uso de las estrategias cognitivo conductuales ha demostrado ser efectiva para la disminución de la percepción de dolor y modificar aquellos factores relacionados con el mismo, como los estados emocionales de depresión y ansiedad, nivel de funcionalidad, debilidad, adherencia al tratamiento y apoyo social (Keefe et al. 2005).

Efecto de una intervención cognitivo conductual para el manejo de factores psicológicos relacionados con el dolor crónico

El dolor, más que cualquier otro síntoma, hace que el hombre sienta la imperiosa necesidad de ser apoyado física, emocional y espiritualmente. Como se mencionó anteriormente la definición de dolor crónico hace hincapié en que el dolor no es sólo una sensación relacionada con procesos biológicos, sino que también hay respuestas psicoafectivas cuando se experimenta el dolor.

El dolor crónico es un problema común a nivel mundial, se estima que entre el 8 al 80% ha presentado dolor cónico (Eriksen, Jensen, Sjogren, Ekholm & Rasmussen; 2003). La amplitud del rango se debe a las diferencias que existen en cuanto a la definición y tipología del dolor. En México no existen datos epidemiológicos acerca de la frecuencia del dolor crónico. Algunos estudios se dan aproximaciones, por ejemplo en una investigación realizada en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición se reportó que de 12,459 personas atendidas en la consulta externa la población de edades entre 50-64 la frecuencia de dolor es de 39.80%, mientras que en adultos mayores de 65 años es de 44.6% (Barragán-Berlanga, Mejía-Arango, Gutiérrez-Robledo; 2007).

El dolor puede variar de acuerdo con la semiología y etiología. Algunos ejemplos de tipo de dolor son:

- Dolor de espalda baja (lumbalgia) que afecta al 70% de la población adulta en los países desarrollados (Lawrence et al., 1998; Reginster 2002). En México se estima que de todos los pacientes que asisten a la consulta del Hospital General, el 84.1% presenta dolor lumbar. Además de que es una entidad que afecta principalmente a población en edad productiva (Bravo-Bernabé, Hernández-Carvajal, Enríquez-Castro; 2008).
- Osteoartritis (Enfermedad articular degenerativa) tiene una prevalencia del 13% en la población mayor de 55 años (Lawrence et al. 1998; Reginster, 2002).
- Neuropatía diabética dolorosa tiene una prevalencia que oscila entre 20 a 24% (Guevara-López, 2008).
- Migraña, en México tiene una prevalencia estimada para la mujer de 12.1% y de 3.9% en los hombres, el 91% de los casos ocurre en edades de entre 20 a 65 años, la etapa más productiva de la vida (Sentíes-Madrid, 2008).

Además de lo frecuente que es el dolor crónico, los costos para el manejo del dolor en sector salud son elevados. En Estados Unidos se estima que el costo de atención a un paciente con dolor crónico es de aproximadamente \$12,900 a \$18,833 por individuo, dependiendo del padecimiento (Fordyce, 1995). En México no se tiene un estimado de los costos en salud, sin embargo con lo anterior se observa un campo difícil al que se enfrenta el sector salud ante la atención de un paciente con dolor crónico. Además de los gastos médicos es importante recordar la parte afectiva y de funcionalidad.

El manejo del dolor utilizaba modelos teóricos que lo explicaban con un marco puramente biomédico, el cual hacía énfasis en la experiencia de dolor proporcional al grado de actividad de la enfermedad o el daño tisular. Las respuestas psicológicas como la

depresión y la ansiedad jugaban un papel secundario y no se consideraban como una influencia en la percepción del dolor (Keefe et al. 2005). Sin embargo, la evidencia mostró que el dolor reportado en ocasiones no era proporcional al daño o enfermedad y que ante la misma enfermedad las personas reportaban intensidades de dolor diferentes.

Debido a que el modelo tradicional no explicaba adecuadamente el dolor, Melzack y Wall (1965) propusieron la “Teoría de la compuerta de dolor”. Esta teoría plantea que el dolor es más que un simple evento sensorial en respuesta al daño tisular, es un hecho complejo caracterizado por ser una experiencia multidimensional que tiene componentes afectivos, sensoriales y evaluativos. El modelo propone la existencia de una “puerta neural” que usa elementos sensoriales y cognitivos como la atención, la memoria y la emoción para determinar si vale la pena enviar un patrón específico de impulsos nerviosos a otra área del cerebro (Nicholson & Verma; 2004). A partir del modelo propuesto por Melzack y Wall, los factores psicoafectivos se consideraron un predictor importante para el ajuste del paciente al dolor.

Durante etapas tempranas del dolor son pocos los casos de problemas psicológicos. Sin embargo, cuando el dolor se vuelve crónico inician cambios psicológicos. Estos cambios se relacionan con la incomodidad, desesperación, depresión, estrés, enojo, y somatización o preocupación excesiva acerca del dolor, así también comienzan a presentar cambios en su rol social, laboral, familiar, vocacional, recreativo debido a la incapacidad que provoca el dolor (Gatchel & Dersh, 2002). Entre los factores afectivos que se han documentado y que se asocian con dolor crónico son principalmente la depresión y la ansiedad (Gatchel & Dersh, 2002; Sardá, Nicholar, Asghari & Pimenta, 2009).

Se estima que entre el 45% al 65% de los pacientes con dolor crónico han presentado episodios depresivos (Gatchel & Dersh, 2002), otros reportan una variabilidad más amplia entre 20% al 80% (Gallagher & Verman, 2004) estos rangos varían por la diferencia en evaluación de cada estudio. Los mecanismos involucrados en la relación que existe entre depresión y dolor crónico no son claros, se proponen modelos biológicos y genéticos que explican la relación de dolor y depresión con antecedentes familiares y disfunción de los sistemas de neurotransmisores como la serotonina y norepinefrina. El modelo social explica que un paciente con dolor crónico se enfrenta a cambios sociales, que implican incapacidad, pérdida de apoyo social y pérdida de funcionalidad física, lo cual provoca desesperanza y el surgimiento de pensamientos pesimistas.

La evaluación de la depresión en pacientes con dolor crónico es muy relevante ya que se ha observado que presentan las siguientes complicaciones (Matthew et al. 2004):

- Reportan quejas múltiples (físicas y emocionales)
- Poca adherencia al tratamiento
- Poca mejora en la intervención terapéutica
- Queja de funcionamiento social, laboral y físico limitados
- Incremento de frecuencia e intensidad del dolor
- Dolor difuso y de difícil control

Un paciente que asiste a la consulta de dolor crónico y que además presenta síntomas depresivos requiere atención para mejorar su manejo sintomático, afectivo y conductual.

Además de la depresión, también se presentan altas tasas de trastornos de ansiedad relacionadas con el dolor crónico. En algunos estudios se ha reportado que la prevalencia de trastornos de ansiedad va de 16.5% a 28.8%, de acuerdo con las evaluaciones de cada estudio (Gatchel & Dersh; 2002). Los trastornos de ansiedad más frecuentes son el estrés postraumático, los ataques de pánico y ansiedad relacionada con situaciones que provoquen dolor. La queja de gran parte de los pacientes con dolor crónico son de tipo somático, suelen ser pacientes que tienden a automonitorear constantemente sus respuestas fisiológicas y presentan además ansiedad a la sensibilidad, esto es, miedo al dolor o a algún daño o enfermedad, por lo que presentan conductas de evitación ante aquellas cosas que pueden causar dolor o alguna lesión. La evitación constante refuerza la ansiedad a la sensibilidad y miedo al dolor o al movimiento, por lo que estos se consideran un factor que incrementa la vulnerabilidad de un paciente para presentar algún tipo de trastorno de ansiedad (Asmundson & Carleton, 2005; Watt, Stewart, Lefavre & Uman; 2006).

Los pacientes con trastornos de ansiedad y miedo al dolor suelen ser pacientes con tendencia a exacerbar el dolor, incremento de intensidad y frecuencia del dolor, así como alta disfuncionalidad debido a que abandonan actividades.

Los trastornos del sueño son una de las comorbilidades más frecuentes en pacientes con dolor crónico no maligno. Se estima que del 50% al 80% de los pacientes presentan perturbaciones en el sueño (Sayar, Arian & Yontem; 2002). El efecto de estos trastornos se relaciona con el pobre funcionamiento diario de los pacientes, contribuye al incremento de la sensibilidad al dolor (Hakkionen, Alloui, Gross, Eschallier & Dubray; 2001) y se relaciona fuertemente con otros trastornos como ansiedad y depresión, esta última se considera un fuerte predictor de trastornos del sueño (Sayar et al. 2002). Las quejas principales de los pacientes con perturbaciones de sueño son: dificultad para conciliar el sueño, despertares frecuentes durante la noche (los cuales son de larga duración), pocas horas de sueño y reportan mayor intensidad del dolor (Menefee, et al, 2000).

Los pacientes que asisten a servicios de salud buscan atención para el alivio de síntomas, uno de ellos es el dolor. De acuerdo con la definición del dolor, una de sus características principales es que es una sensación subjetiva que provoca malestar emocional. Ante la queja de dolor del paciente, el médico busca las causas para tratarlas, sin embargo cuando el dolor no tiene explicación médica se sospecha en alguna causa psicológica. El estudio de los trastornos somatomorfos en las Clínicas de Medicina del Dolor es un factor importante debido al: gasto de recursos económicos, estudios y evaluaciones médicas, así como la disminución de la funcionalidad del individuo. La importancia radica en la frecuencia con la que se presenta este padecimiento, en algunos estudios han encontrado una prevalencia del 16 al 53% de la población con dolor crónico (Tunks, Crook & Weir; 2008). La prevalencia en la población general es de 8.1%, donde las mujeres tienen una prevalencia mayor que los hombres, 11.4% y 4.3% respectivamente (Frölich, Jacobi & Wittchen; 2006). Es importante hacer una detección adecuada del paciente para un manejo oportuno.

Las comorbilidades psicológicas en el dolor crónico no oncológico se convierten en una barrera para el manejo farmacológico, son factores que determinan el ajuste del paciente ante el dolor y deterioran su calidad de vida y su funcionalidad. Otro factor psicológico

relacionado con el dolor que más se ha estudiado es el estilo de enfrentamiento, esta propuesta surgió de los trabajos de Lazarus (1991) acerca del estrés. El modelo de Lazarus propone que cuando una persona se enfrenta ante un estresor, como lo puede ser el dolor orgánico secundario a una enfermedad, la persona lo percibe como una alteración de la homeostasis, ocasionado directamente por el daño orgánico o por la alteración funcional. En este proceso el individuo elabora pensamientos sobre el significado de la enfermedad y sus implicaciones adaptativas. Dependiendo de esta evaluación el paciente utilizará sus recursos de enfrentamiento, es decir, responder con una emoción, una reacción fisiológica y conductas, que pueden ser dirigidos hacia dos caminos:

- Enfrentamiento emocional: como enojarse o enfocarse sólo a la disminución del estrés
- Enfrentamiento dirigido a la solución del problema: como la asistencia al médico, la toma del medicamento.

Diversos estudios se han enfocado en clasificar las diferentes estrategias de enfrentamiento y cómo éstas influyen en diferentes factores psicosociales (Lazarus, 1991). Se ha encontrado que las personas que tienen mayor apoyo social y que utilizan la religión o la espiritualidad de manera positiva para manejar el dolor, reportan menos estrés. Mientras que las personas con estrategias de religión y espiritualidad negativa, catastrofización y enfrentamiento pasivo, reportan mayor dolor, desesperanza e incapacidad (Turner, Holtzman & Mancl; 2007). De esta manera los estilos de enfrentamiento más activos (cogniciones y conductas adaptativas para el manejo del dolor, esfuerzos por manejar el dolor, esfuerzos por regular la respuesta emocional del dolor, buscar a un Dios o un poder superior como apoyo para el manejo del dolor) se relacionan con un mejor ajuste en el dolor, mientras que aquellas estrategias más pasivas (como darse por vencidos en el control instrumental del dolor, creer que Dios o un poder superior no está apoyando en el manejo del dolor, tendencia a enfocarse y a exagerar el valor de la amenaza del estímulo doloroso y evaluar negativamente las habilidades para el manejo del dolor) son de peor ajuste a la enfermedad (Nicholson & Verma, 2004; Keefe et al. 2005; Tan et al. 2005; Esteve, Ramírez & López-Martínez, 2007).

El hecho de que un enfrentamiento adecuado ayude en el manejo del dolor, se puede deber a que los cambios en el enfrentamiento y los pensamientos relacionados con el dolor producen cambios conductuales (aumento del ejercicio, mejor adherencia al tratamiento médico) y procesos sociales (mejor relación marital e interacciones sociales) que pueden modificar las respuesta y la percepción de dolor (Keefe & France; 1999).

El manejo farmacológico del paciente con dolor crónico no es suficiente por tal motivo las intervenciones cognitivo conductuales (TCC) se presentaron como una alternativa más para el manejo del dolor crónico, de esta manera se cubre la necesidad de tratamiento psicoafectivo en el área de dolor. La efectividad de la TCC ha demostrado la disminución de la percepción del dolor, disminuye depresión, ansiedad, fatiga, mejoran la funcionalidad, adherencia al tratamiento, calidad de vida, el apoyo social y mejoran la calidad de sueño (Keefe et al. 2005; Norrbrink-Budh, Kowalski & Lundeborg 2006; Turner, Mancl & Aaron, 2006; Turner, Holtzman & Mancl, 2007).

El modelo básico de la terapia cognitivo conductual incluye diferentes componentes clave llamados medición, educación, adquisición de habilidades, generalización y mantenimiento:

- En la evaluación inicial se identifica el conocimiento y entendimiento del paciente acerca del dolor y evaluar cómo contribuyen los factores cognitivos, conductuales y psicosociales.
- La educación está diseñada para mejorar el entendimiento de la contribución psicológica en el dolor e introducir la idea de que hay diferentes aspectos de la experiencia de dolor que se pueden controlar (Keefe et al. 2005; Norrbrink-Budh et al. 2006; Kalauokalani, Franks, Wrigth-Oliver, Meyers & Kravitz, 2007). Se ha encontrado que la psicoeducación es una herramienta útil ya que permite mejorar la adherencia a los tratamientos, debido a que modifica la actitud ante ellos y elimina las barreras para seguir las indicaciones médicas (Yates et al. 2004; Chia-Chin, Pi-Ling, Shang-Liang, Yue-Cune & Yuen-Liang, 2006)
- La fase de adquisición de habilidades busca los siguientes objetivos:
 1. La modificación de pensamientos maladaptativos de acuerdo con la realidad acerca del dolor (modificar expectativas sobre el tratamiento) La técnica más utilizada es la reestructuración cognitiva (Reid, Otis, Barry & Kerns, 2003; Keefe et al. 2005; Tatrow & Montgomery, 2006; Heapy, Stroud, Higgins & Sellinger, 2006; Kalauokalani et al. 2007).
 2. Modificar la respuesta emocional ante el dolor; entrenamiento en relajación y distracción, la cuales son estrategias que permiten que aumente la percepción de control sobre el dolor y el manejo de la ansiedad (Carroll, Seers & Carroll, 1998).
 3. Facilitar la funcionalidad física del paciente por medio del ejercicio, reactivación, establecimiento de metas y solución de problemas (Van den Hout, Vlaeyen, Heuts, Sillen & Willen, 2001; De Vlieger, Crombez & Eccleston, 2006; Smeets et al. 2008).
- Las últimas fases de generalización y mantenimiento, requieren la ejecución por parte del paciente de diferentes tareas asignadas fuera de la terapia con el fin de promover nuevas conductas adaptativas.

El conjunto de estas estrategias permite que el paciente desarrolle una postura más activa en el manejo de su dolor y así mejorar la adaptación a la enfermedad (Keefe et al. 2005; Norrbrink-Budh et al. 2006).

El uso de ciertas estrategias dependerá de las características y necesidades de la población. También es necesario considerar los recursos y el costo-beneficio de las intervenciones (Thorn & Kuhajda, 2006). Por lo que es de gran necesidad elaborar protocolos de estudios controlados para evaluar la efectividad clínica de las intervenciones en una población específica.

En México el dolor crónico es un padecimiento que afecta gran parte de la población y que deteriora diferentes factores psicosociales y de calidad de vida (Nicholson & Verma, 2004; UNAM, 2006). En México son pocos los estudios controlados que se realizan con pacientes con dolor crónico y que evalúan la efectividad de las intervenciones en variables

psicosociales. Las investigaciones se han limitado a estrategias de relajación y reestructuración cognitiva para el manejo del dolor crónico (Flores-Villavicencio et al. 2004; Domínguez-Trejo & Olvera-López, 2005) pero no a la integración de un conjunto de técnicas cognitivo conductuales en el manejo de factores psicológicos relacionados con el dolor, en donde la metodología sea controlada y con el uso de medidas confiables (Morley, Eccleston & Williams; 1999). Por tal motivo, el objetivo de este estudio fue evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual en variables como: ansiedad, depresión, estilos de enfrentamiento, calidad de vida y dolor reportado en pacientes que asisten a la consulta en el área de Medicina de Dolor y Paliativa, con el fin de implementar un programa de intervención que muestre eficacia en el manejo del dolor y facilite la administración de los recursos humanos y de espacios físicos.

Método

Objetivos

Objetivo general: Evaluar los efectos de una intervención breve cognitivo conductual en variables psicoafectivas y del enfrentamiento al dolor en pacientes con dolor crónico que asisten al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

Objetivos específicos:

- Disminución del reporte de frecuencia y duración del dolor.
- Mejorar la adherencia al tratamiento.
- Disminuir síntomas de depresión y ansiedad.
- Capacitar al paciente en estrategias de enfrentamiento adecuadas ante el dolor crónico.

Tipo de estudio

Estudio Pre experimental.

Diseño de investigación

Diseño pre evaluación y post evaluación con una intervención cognitivo conductual para el manejo del dolor crónico, en un solo grupo.

Hipótesis

- A partir de la intervención el paciente disminuirá el reporte de duración y frecuencia del dolor.
- Las conductas de adherencia al tratamiento del dolor y la ejecución de conductas para el manejo del dolor aumentarán después de la intervención cognitivo-conductual.
- Los síntomas ansiosos y depresivos disminuirán después de la intervención cognitivo conductual.
- La intervención aumentará los estilos de enfrentamiento activos y disminuirán los estilos de enfrentamiento pasivos.

Selección de la muestra

No probabilística con sujetos voluntarios

Criterios de inclusión:

- Pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” que asistan a la consulta de Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos.
- Pacientes con dolor crónico que desean participar en la investigación.
- Que sepan leer y escribir.

Criterios de exclusión:

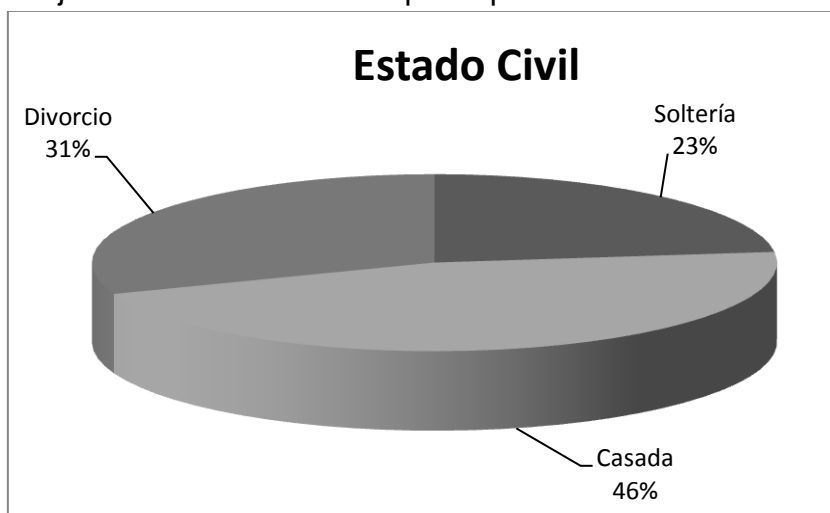
- Pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes con trastorno psiquiátrico no controlado.
- Pacientes que estén asistiendo a terapia psicológica.
- Pacientes con retraso mental o algún impedimento físico que no les permita contestar las evaluaciones (hipoacusia severa, ceguera).

Participantes

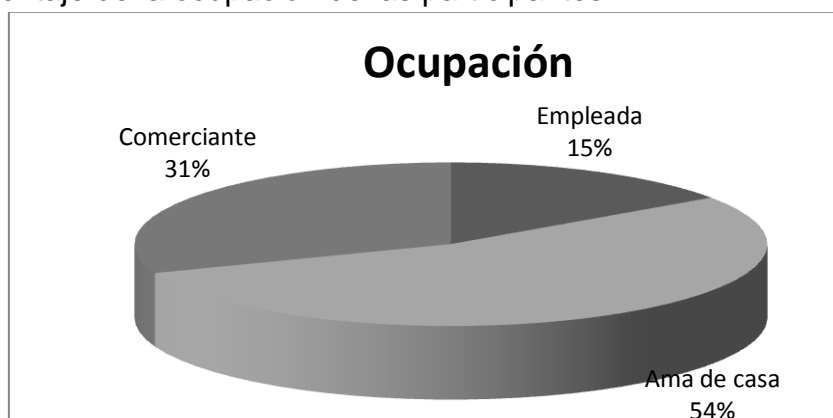
Los datos sociodemográficos se obtuvieron a partir de la entrevista estructurada que se les realizó a los participantes antes del programa terapéutico para el manejo del dolor cónico. El objetivo es conocer las características del grupo, evaluar la heterogeneidad y su efecto sobre las variables que se abordan en el programa de tratamiento.

Se realizaron 26 invitaciones a pacientes que cumplían los criterios para participar en el taller para el manejo del dolor, sin embargo sólo aceptaron 15 y concluyeron el tratamiento 13 pacientes, las cuales son del sexo femenino con una media de edad de 56 años con un rango de 47 a 68 años. El 46% son casadas, 31% divorciadas y 23% solteras (ver gráfica 1). El promedio de años de estudio es de 12 años con un rango de 6 a 18 años. En cuanto a la ocupación el 54% es ama de casa, el 31% es comerciante y el 15% son empleadas en alguna institución (ver gráfica 2).

Gráfica 1. Porcentaje del estado civil de las participantes

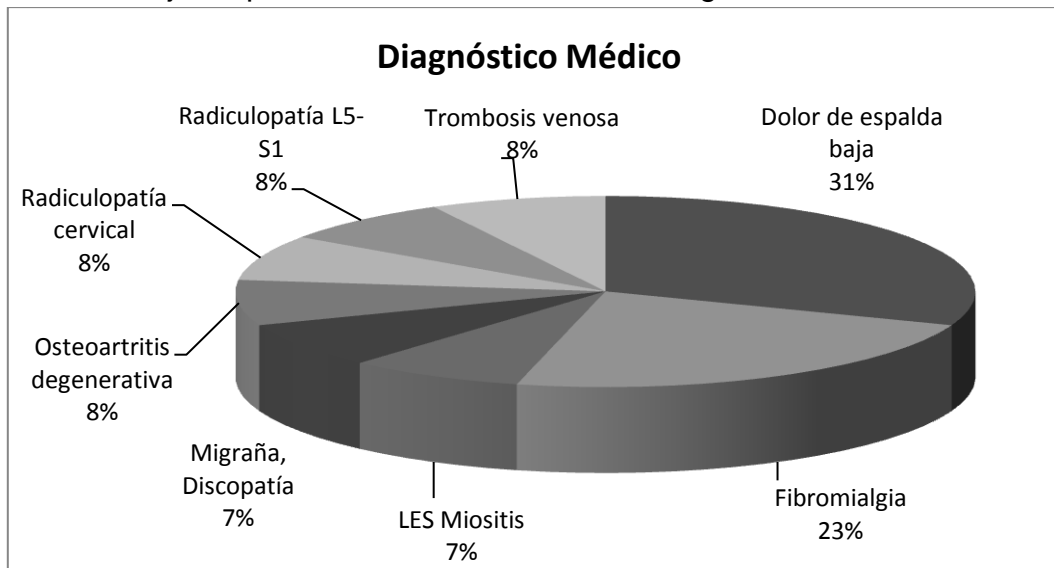


Gráfica 2. Porcentaje de la ocupación de las participantes

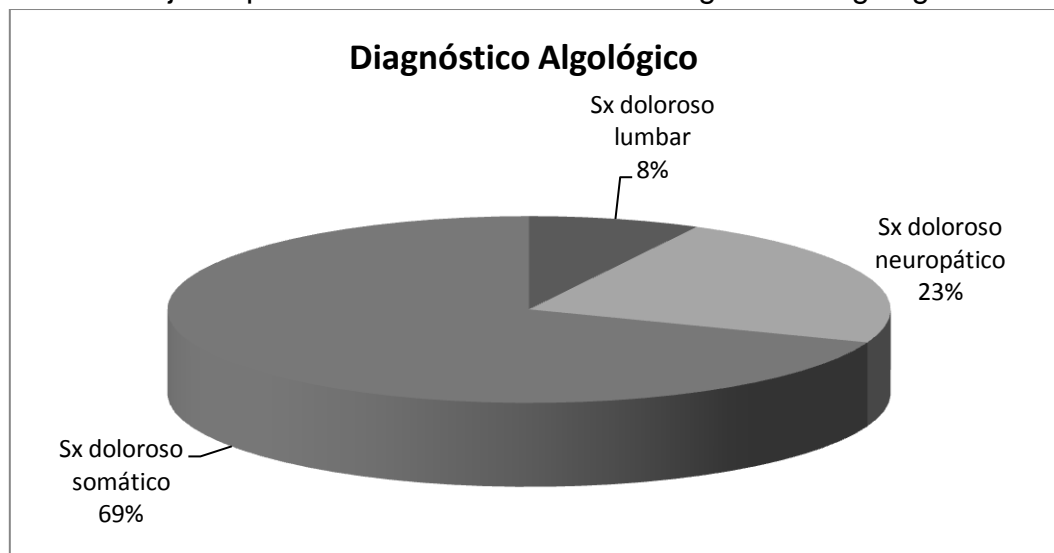


El padecimiento más frecuente fue el dolor de espalda baja en un 31% seguido de la fibromialgia en un 23% (ver gráfica 3). El diagnóstico algológico más frecuente fue el Síndrome doloroso somático con un 69% de los sujetos y le sigue en síndrome doloroso neuropático con un 23% (ver gráfica 4).

Gráfica 3. Porcentaje de pacientes de acuerdo con el diagnóstico médico.

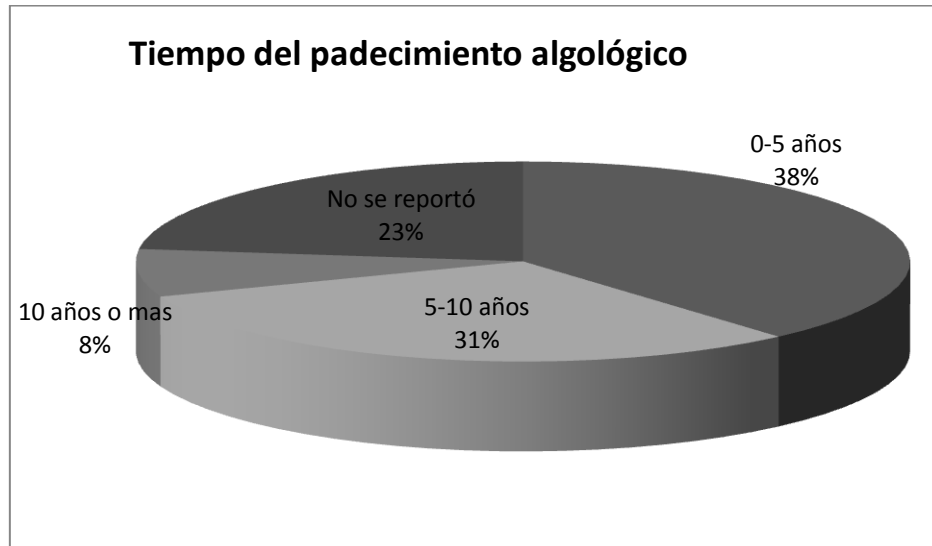


Gráfica 4. Porcentaje de pacientes de acuerdo con el diagnóstico algológico.



En cuanto a la duración del padecimiento, el promedio de las pacientes presenta dolor desde hace 5 años, con un rango de 8 meses a 12 años. Donde el 38% manifiesta dolor desde hace cinco años o menos, y el 31% reporta dolor desde hace cinco a diez años (ver gráfica 5).

Gráfica 5. Porcentaje de pacientes de acuerdo con el número de años con el dolor crónico



Registro y medición

Para la medición y registro de las variables se necesita:

- Entrevista estructurada: que consta de 55 preguntas abiertas y cerradas, con el objetivo de recabar datos sociodemográficos, apoyo social, conocimiento de la enfermedad, factores de riesgo y evaluación de la semiología del dolor (ver anexo 1).
- Cuestionario de evaluación:
 - Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD por sus siglas en inglés) es un cuestionario que evalúa síntomas de depresión y ansiedad que excluye síntomas somáticos. La confiabilidad para ansiedad es de 0.89 y para depresión es de 0.72. Es un cuestionario que consta de 14 preguntas, con 4 opciones de respuestas, que van de casi siempre a no en absoluto (ver anexo 2).

Intervención

La intervención se dividió en módulos como se muestra a continuación:

- Módulo 1: Psicoeducación acerca del dolor crónico, que implica explicarle al paciente el modelo teórico del dolor y cómo el cuerpo y la mente trabajan juntos para la experiencia de dolor. También se abordan las comorbilidades, así como los tratamientos médicos y los adyuvantes para el manejo del dolor.
- Módulo 2: Respiración diafragmática que implica el entrenamiento en respiraciones lentas y profundas con el fin de oxigenar el cuerpo adecuadamente y disminuir la respuesta fisiológica durante una emoción intensa.
- Módulo 3: Planeación de actividades para incrementar el nivel de actividad, así como realizar actividades placenteras.
- Módulo 4: Higiene del sueño, donde se abordan temas relacionados con las conductas y hábitos que interfieren con el sueño, se explica cómo factores ambientales y físicos pueden alterar los ciclos de sueño y la manera de corregir estas conductas.
- Módulo 5: Solución de problemas, donde el paciente aprende nuevos repertorios que le permitan mejores soluciones a los problemas que se enfrenta.

- Módulo 6: Adherencia al tratamiento, que se refiere al entrenamiento conductual para mejorar el apego al tratamiento a partir de la evaluación de pensamientos irracionales con respecto al medicamento y a la enfermedad, y eliminar barreras para la toma del medicamento por medio de la estrategia de Pasos Vitales.
- Módulo 7: Reestructuración cognitiva que implica la modificación de pensamientos disfuncionales a través del análisis lógico para la creación de pensamientos acordes con la realidad.
- Módulo 8: Prevención de recaídas y post evaluación que implica la evaluación de posibles eventos que dificulten el manejo adecuado del dolor y cómo poder enfrentarlos en el futuro.

Procedimiento

Para la elaboración de este estudio fue necesario someterlo al Comité de Ética del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, en el cual fue aprobado satisfactoriamente.

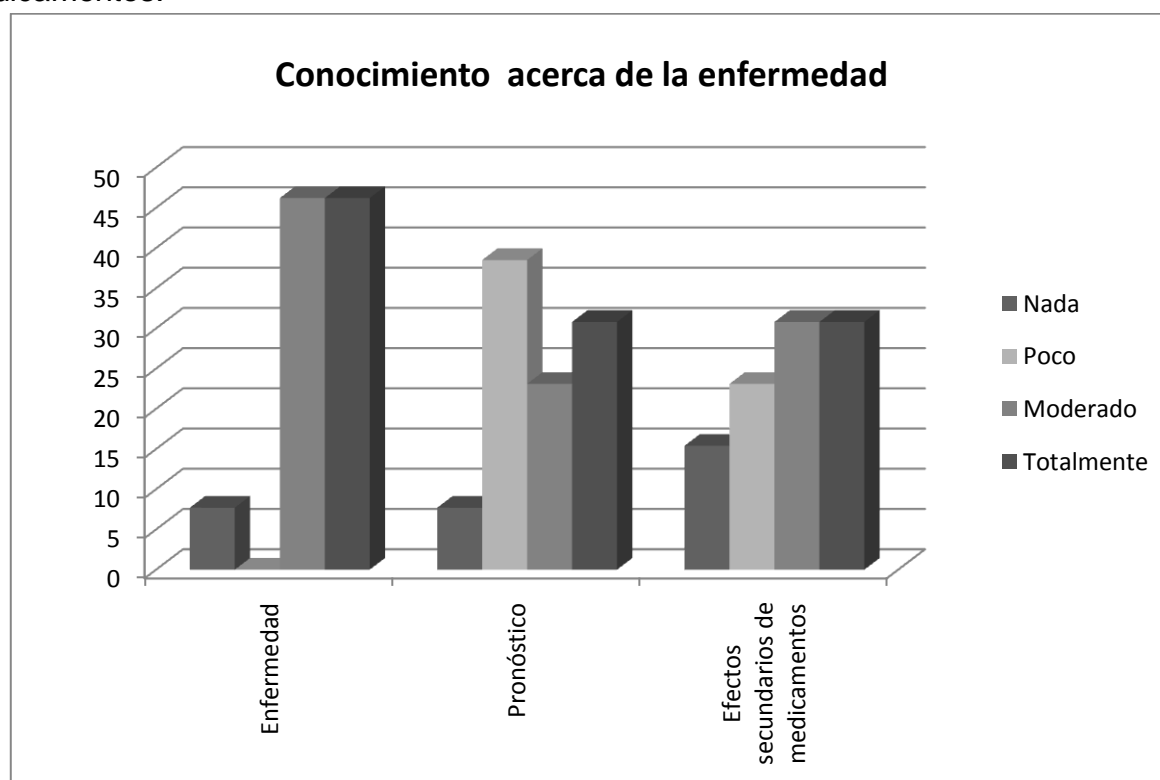
La participación de los pacientes fue a partir de la canalización de los médicos algólogos del servicio de Medicina del Dolor y Paliativa al servicio de Psicología, donde se realizaba una entrevista estructurada y si el paciente cumplía con todos los criterios se le invitaba a participar en el taller para el manejo del dolor y se le otorgaba la carta de consentimiento y la hoja de informe (ver anexo 3 y 4 respectivamente).

Al finalizar la evaluación se citaba al paciente a los talleres para el manejo del dolor, los cuales se llevaban a cabo de manera grupal. Las sesiones eran una vez a la semana con una duración de 90 minutos aproximadamente. Se realizaron siete sesiones en donde se les proporcionó materiales didácticos como discos compactos de relajación y trípticos con el resumen del tema de la sesión (ver anexo 5).

Resultados

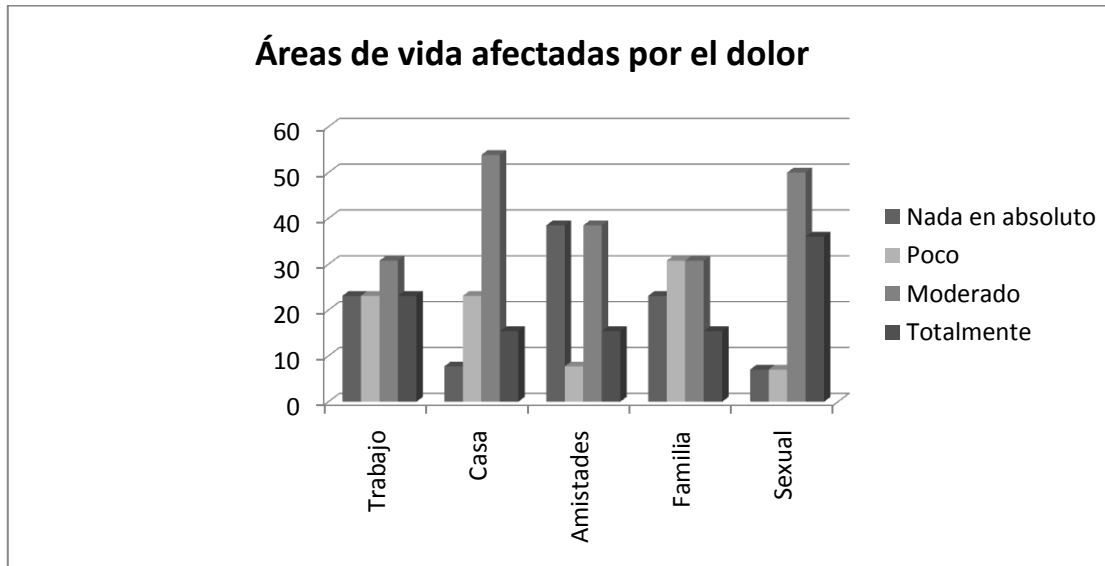
De acuerdo con los resultados obtenidos en la entrevista, se puede observar que la mayoría de las pacientes tienen un conocimiento adecuado sobre la enfermedad, en donde el 46% reporta un conocimiento de moderado a completo sobre la enfermedad. Con relación al conocimiento del pronóstico el 7% reporta no tener información al respecto, el 38% de los pacientes saben poco, el 23% tiene un conocimiento moderado, mientras que el 30% tiene un conocimiento completo sobre el pronóstico. La información que tienen las pacientes acerca de los efectos secundarios del medicamento en general es adecuada en donde el 60% tiene un conocimiento de moderado a completo, mientras que el otro 40% es limitado (ver gráfica 6). Tal información se verificó en la sesión de psicoeducación con respecto a la enfermedad y tratamiento.

Gráfica 6. Conocimiento de la enfermedad, pronóstico y efectos secundarios de los medicamentos.



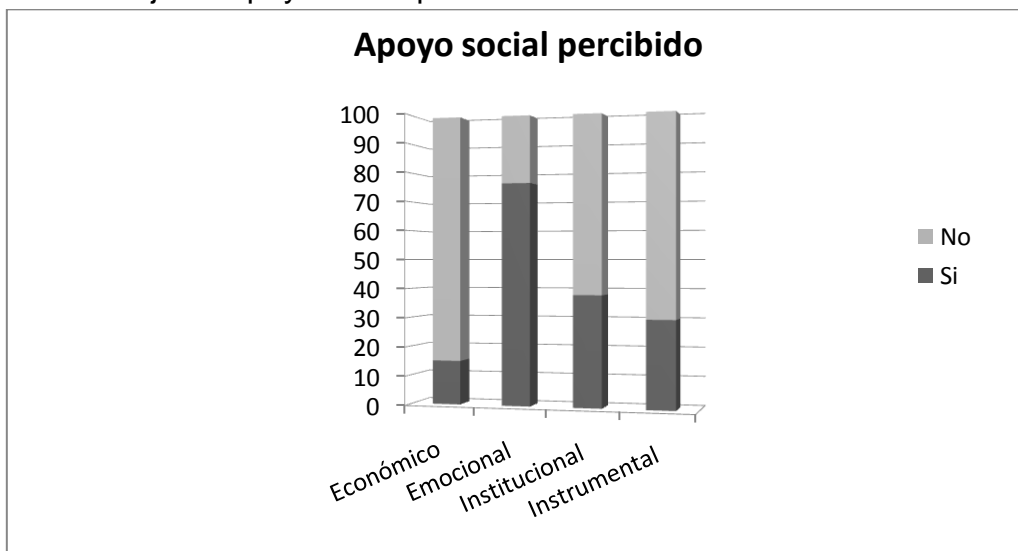
Ante la pregunta ¿Cómo afecta el dolor en las diferentes áreas de vida? se encontró que las actividades realizadas en casa (54% moderado y 15.4% totalmente) es una de las áreas de vida que más se deteriora por el dolor. Después le sigue el reunirse con amistades (38.5% moderado y 15.4% totalmente) y con la familia (30.8% moderado y 15.4% totalmente) y finalmente el trabajo (30% moderado y 23 totalmente). Del total de pacientes que participaron, siete tenían pareja en el momento de la entrevista, de esta muestra el 36% reporta un deterioro grave en el área sexual, y el 50% manifiesta un deterioro moderado (ver gráfica 7).

Gráfica 7. Evaluación subjetiva de la afectación en las áreas de vida a causa del dolor.



En cuanto al apoyo percibido se encontró que el 84% reporta no contar con apoyo económico, el 69% no cuenta con apoyo instrumental, y el 61% no tiene suficiente apoyo institucional. Sin embargo el 76% manifiesta apoyo emocional por parte de familia, pareja y amigos (ver gráfica 8).

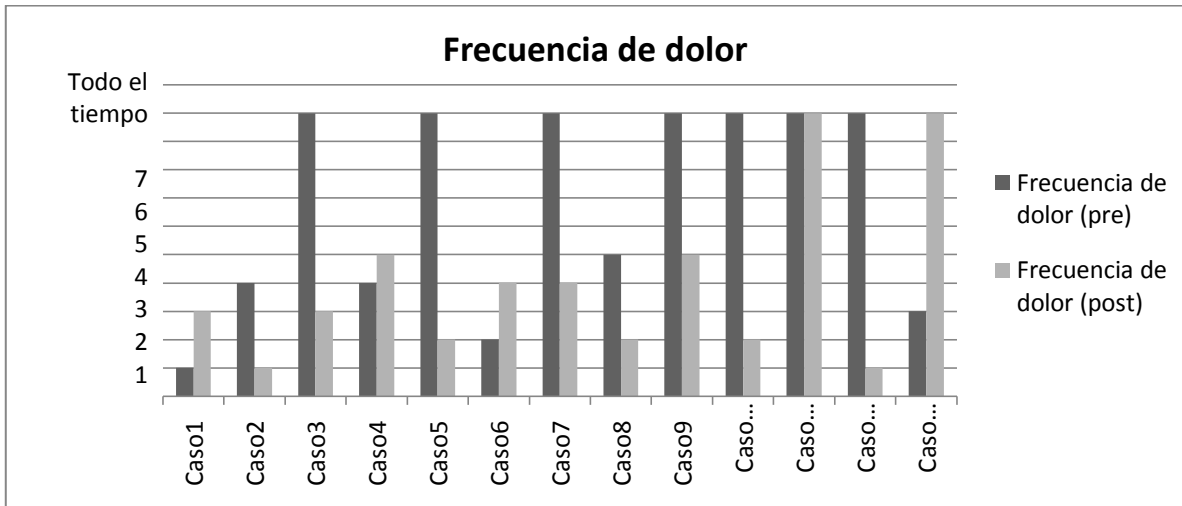
Gráfica 8. Porcentaje de apoyo social percibido



A partir de la intervención cognitivo conductual se espera una disminución en la frecuencia de dolor, mejorar la adherencia terapéutica y los estados emocionales del paciente. A continuación se realiza una descripción de los resultados obtenidos por cada caso, lo cual permitirá identificar el efecto real de la intervención en cada participante.

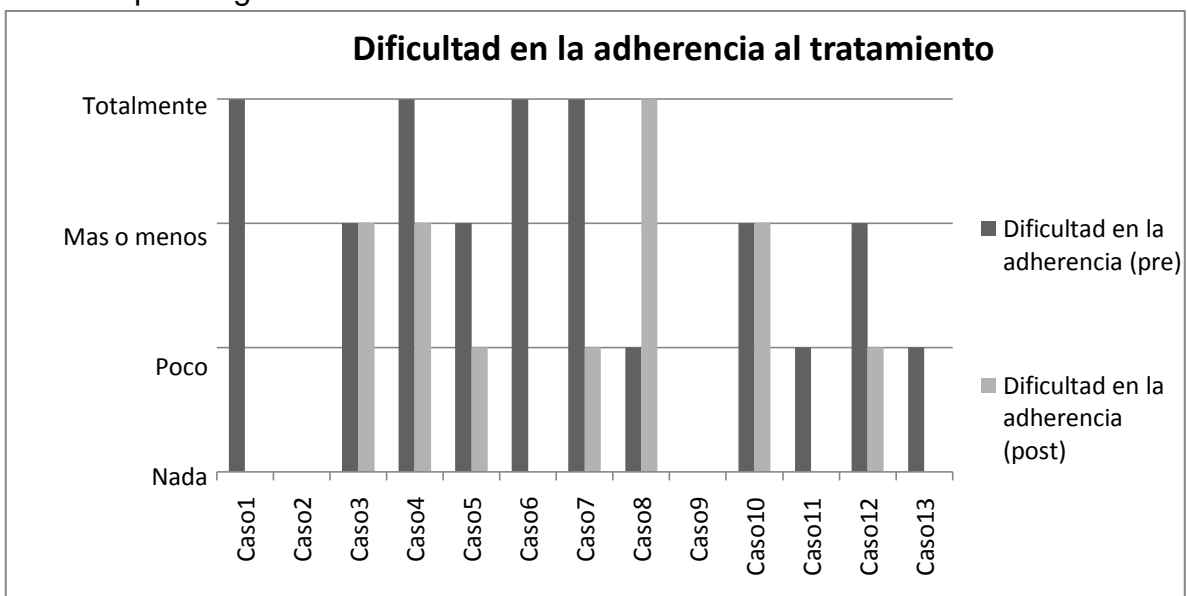
En cuanto a la primera hipótesis se puede observar en la gráfica 9, que antes de la intervención psicológica el 53% (7 participantes) reportó que el dolor es todo el tiempo, sin embargo al finalizar la terapia solo el 23% (2 participantes) seguía comentando que el dolor es constante, mientras que el 70% reportó que el dolor es ocasional con un rango de 1 a 5 veces por semana. De esta manera se observa que la intervención contribuyó a la disminución del reporte de dolor en el 53% de los casos (7 participantes).

Gráfica 9. Evaluación de la frecuencia de dolor antes y después del tratamiento.



La adherencia al tratamiento medicamentoso fue uno de los objetivos de la intervención. Se encontró que al inicio del tratamiento el 60% (8 casos) de los pacientes presentaban moderada o total dificultad para seguir el tratamiento médico y el otro 40% (5 participantes) presentaron poca o ninguna dificultad para la adhesión al tratamiento. Al finalizar la terapia breve el 46% (6 casos) no presentó ninguna dificultad, el 23% (3 casos) presentó poca dificultad para seguir las indicaciones y el 30% (4 casos) presentó una dificultad de moderada a total (ver gráfica 10). Las razones principales que reportaban los pacientes para no seguir las indicaciones médicas fueron dificultades económicas, con el 53%, seguido de los efectos secundarios con el 38% y por último los olvidos con el 30%.

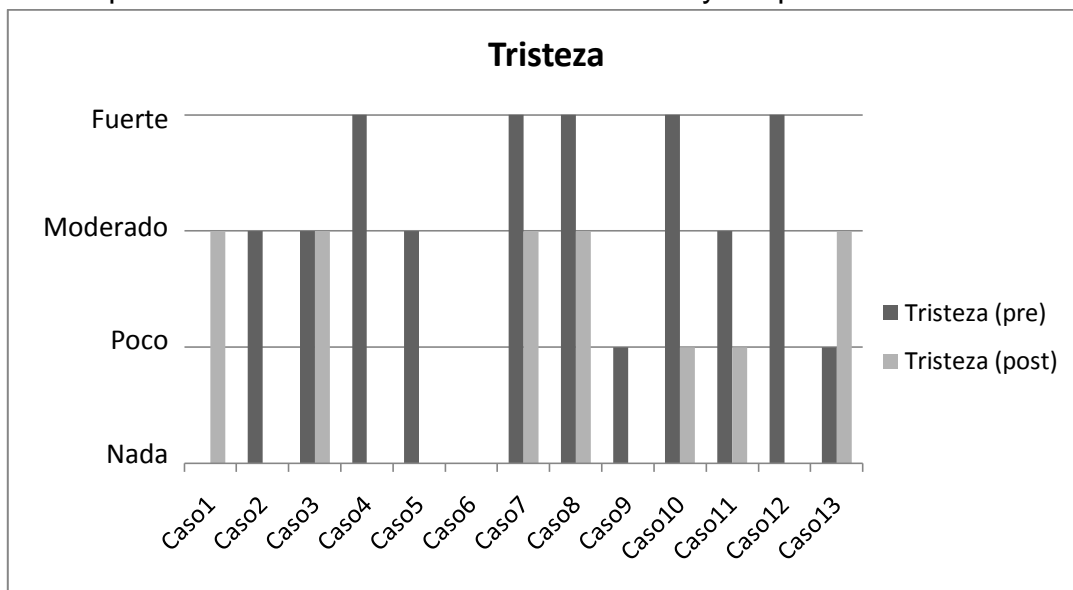
Gráfica 10. Reporte de la dificultad de adhesión al tratamiento antes y después de la intervención psicológica.



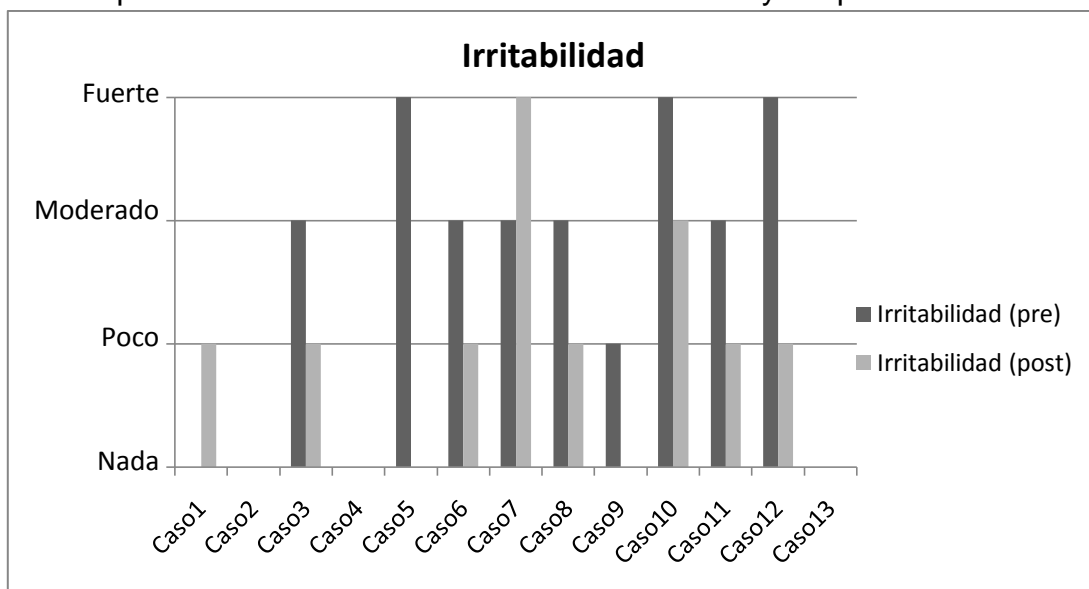
Las emociones que presentan los pacientes con más frecuencia al inicio de la terapia breve fueron la tristeza (ver gráfica 11), donde el 68% (8 casos) reportó una intensidad de moderada a fuerte de esta emoción. La irritabilidad la reportaron el 68% (8 casos) de los pacientes con una intensidad que oscila entre moderada a fuerte (ver gráfica 12). Posterior a la intervención se puede observar en las gráficas que la mayoría de los pacientes reportó menor intensidad de éstas emociones con una significancia estadística

de ($p=0.046$) para la irritabilidad (con un rango negativo de 5.75 y rango positivo de 4.50) y ($p=0.042$) para la tristeza (con un rango negativo 6.17 y rango positivo de 5.25), por medio de la prueba de Wilcoxon.

Gráfica 11. Reporte de la intensidad de la tristeza antes y después del tratamiento.

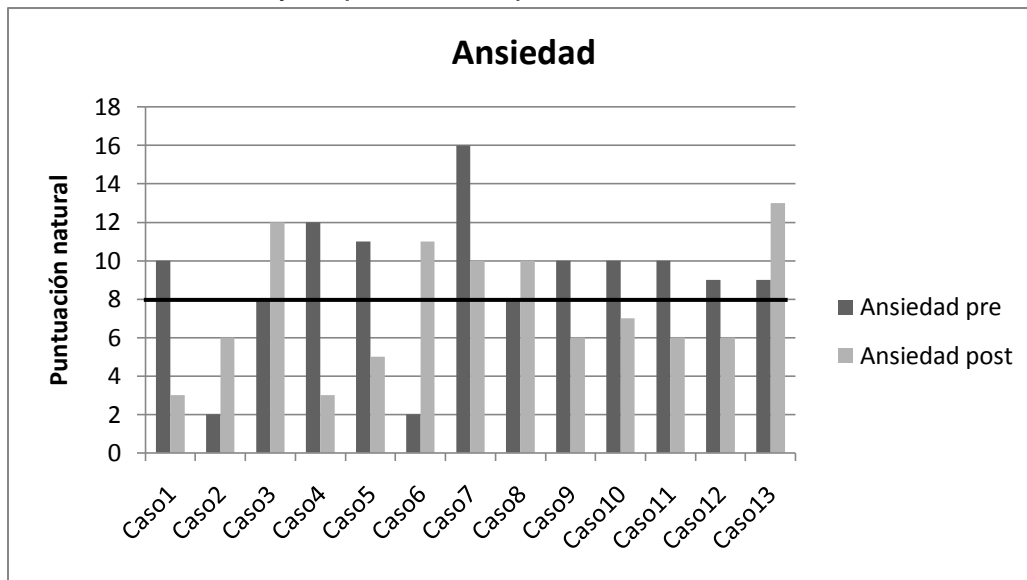


Gráfica 12. Reporte de la intensidad de la irritabilidad antes y después del tratamiento



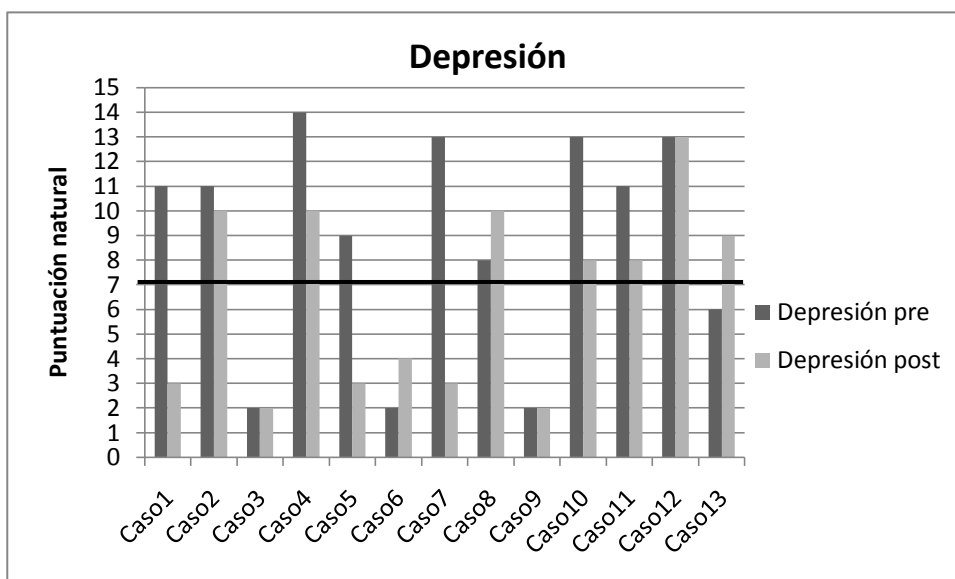
A partir de los resultados obtenidos del cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, la media de ansiedad antes del tratamiento es de 9 y al final del tratamiento es de 7.53, lo cual no es estadísticamente significativo. Sin embargo al observar la grafica de cada caso se identifica que el 38% de las participantes obtuvieron puntuaciones más altas al finalizar el tratamiento, mientras que el 62% disminuyeron los síntomas relacionados con la ansiedad. Es importante destacar que el 53% de los casos rebasaba el punto de corte de la prueba para trastorno de ansiedad, sin embargo al finalizar el tratamiento disminuyeron los síntomas y la puntuación ya no rebasó el punto de corte (Ver gráfica 13).

Gráfica 13. Puntuaciones naturales y punto de corte de la subescala de Ansiedad del Cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.



En cuanto a la subescala de Depresión al inicio del tratamiento la media fue de 8.8 y al finalizar el tratamiento la media de la puntuación fue de 6.5. Aunque existe una disminución en la puntuación no es estadísticamente significativa. El análisis visual de la gráfica 14 permite identificar que el 13% de las participantes obtuvieron puntuaciones más elevadas al finalizar el tratamiento, mientras que el 87% reportó menos síntomas relacionados con la depresión. De acuerdo a los puntos de corte de la estandarización del cuestionario, el 69% cumplía con criterios para trastornos de depresión, al finalizar el programa de intervención el 33% ya no rebasó el punto de corte.

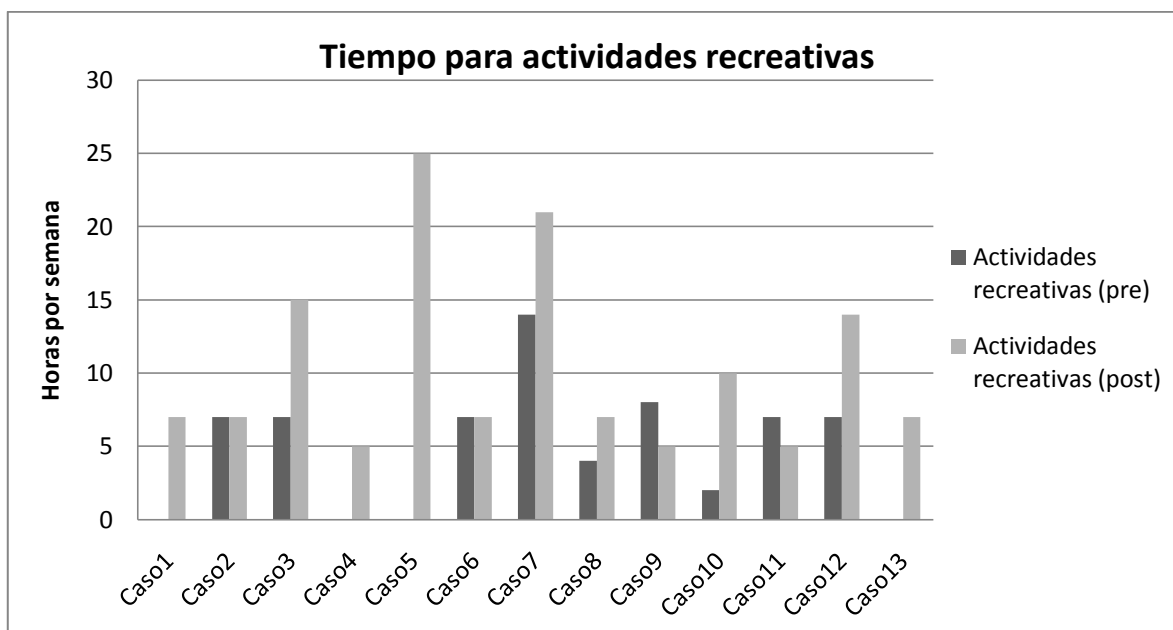
Gráfica 14. Puntuaciones naturales y punto de corte de la subescala de Depresión del Cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.



En cuanto a las actividades recreativas al inicio del tratamiento el 77% llevaban a cabo pasatiempos con un promedio de 5.4 horas (ver gráfica 15). Al finalizar el tratamiento todas las pacientes realizaron actividades recreativas con un promedio de 10 horas a la

semana, este dato fue estadísticamente significativo ($p=0.03$) (con un rango negativo de 4.5 y rango positivo 6.33) por medio de la prueba de Wilcoxon.

Gráfica 15. Reporte de horas asignadas por semana para la realización de actividades placenteras.



Como se puede observar en los datos mencionados anteriormente. La intervención cognitivo conductual para el manejo del dolor tuvo un efecto en factores como la mejorar la adherencia terapéutica, aumentar actividades placenteras, disminución de reporte de dolor y disminución de la intensidad de estados emocionales. El efecto que se observó tiene una significancia clínica a partir del reporte subjetivo del paciente.

La significancia estadística refiere una tendencia a la disminución de estados emocionales como depresión o ansiedad, sin embargo no es estadísticamente significativa. Esto se debe principalmente a que se presentaron tres casos en que vivieron situaciones externas al finalizar el tratamiento que influyó en los resultados de las pruebas, como por ejemplo recaída de cáncer de mama, diagnóstico de cáncer de mama a un familiar y brote psicótico de la hija de la participante. Además de que son pocos los participantes en la investigación.

Discusión

El objetivo del estudio fue identificar el impacto clínico de una intervención cognitivo conductual, en factores psicológicos que influyen en el reporte de intensidad y frecuencia de dolor en pacientes con dolor crónico.

Una de las características reportadas con mayor frecuencia por los pacientes con dolor crónico, es que el dolor limita las actividades y la vida en general (Waters, Campbell, Keefe, Carson, 2004). En el caso de los pacientes que participaron en este estudio la mayoría reportó que el dolor limita su funcionalidad al realizar actividades en casa, actividades recreativas tanto con la familia o con las amistades, así como en el área sexual. A partir de la intervención psicológica se dotó a las pacientes de estrategias conductuales como técnicas de distracción, planeación de actividades y relajación. A partir de la implementación de estas estrategias la mayoría de las pacientes manifestaron una menor frecuencia del dolor. Además, el uso de técnicas de planeación se relaciona con el incremento de la frecuencia en la ejecución de actividades recreativas. La mayoría de las pacientes al finalizar el tratamiento iniciaron y retomaron actividades placenteras por lo menos cinco horas a la semana. La relación de la disminución del reporte de frecuencia de dolor y el incremento de actividades placenteras se explica por medio del mecanismo de la atención. Se sabe que la atención limita las fuentes perceptuales al seleccionar aspectos internos y externos para lograr una actividad meta o para la protección (Chapman & Okifuji, 2004). El dolor es una experiencia sensorial que atrae la atención de la persona que lo está padeciendo y desarrolla una conducta de hipervigilancia al síntoma. Las técnicas de distracción y planeación de actividades, permiten la modificación de la atención a otras situaciones o áreas y no mantener la atención sólo en el dolor y como consecuencia la percepción del dolor será menor (Elomma, Williams & Kalso, 2009).

La actitud ante el tratamiento y la adherencia al mismo es un factor que requiere mayor atención en el área de dolor crónico. Se ha visto que el promedio de adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas es de aproximadamente el 20% (DiMatteo, 2004), en donde lo más frecuente es la disminución de la toma de medicamentos y el abandono total. De acuerdo con los resultados de este estudio se encontró que la mayoría de los pacientes tienen dificultad para la toma de medicamentos debido al alto costo del y percepciones erróneas acerca del mismo (Broekmans, Dobbels, Milisen, Morlion & Vanderschueren, 2009). Una explicación para el bajo porcentaje en adherencia al tratamiento en el caso del dolor crónico es debido a que no se percibe cómo un síntoma que amenace la vida. No tomar el medicamento no tiene consecuencias inmediatas en los resultados de la enfermedad. Además de que los tratamientos para el dolor requieren de un régimen complejo que a veces los pacientes lo perciben con menos ventajas y más desventajas (Broekmans et al. 2009). Por medio de la técnica de Psicoeducación se abordaron temas cómo función, vida media, efectos secundarios del medicamento y tolerancia al mismo. La implementación de la técnica antes mencionada permitió que los pacientes adoptaran una actitud positiva hacia el tratamiento debido a que la Psicoeducación está dirigida a incrementar la comprensión acerca de la enfermedad y del

tratamiento y aclarar las expectativas acerca del mismo (Cunningham, Carroll, Fattah, Coffey & Stone, 2001; Builes-Correa & Bedoya Hernández, 2006).

Por otro lado la implementación de los Pasos Vitales, propuestos por Safren, (Safren 1999, traducido y adaptado por Sánchez-Sosa y Riveros, 2000) permitió el desarrollo de habilidades para facilitar la ingesta del medicamento y disminuir la dificultad para la Adherencia al Tratamiento, debido a que es un programa diseñado para el mejoramiento de la adherencia terapéutica a través del enfoque de solución de problemas. Es necesario, abordar en siguientes investigaciones la importancia de la adhesión al tratamiento a partir de mediciones válidas y confiables, así como programas de tratamiento más especializados en ésta área.

El apoyo social es un factor que se ha relacionado con calidad de vida, depresión y ansiedad (López-Martínez, Esteve-Zarazaga y Ramírez-Maestre, 2008; Kerns, Rosenberg & Otis, 2002). En el caso de las participantes del estudio, la mayoría reportó que no cuenta con apoyo social de tipo instrumental (en las actividades en casa, para asistir a consultas y apoyo económico para la compra de medicamentos y recibir atención médica). Aunque la mayoría reporta una red de apoyo de tipo emocional, es decir, las pacientes perciben que hay personas con las que pueden hablar de sus emociones, que les brindan afecto y comprensión. En este sentido se ha encontrado que las culturas que tienen mayor apoyo social y que utilizan la religión o la espiritualidad de manera positiva para manejar el dolor, reportan menos estrés, de lo contrario, las personas que perciben menos apoyo social reportan mayor dolor, desesperanza e incapacidad (Tan, Jensen, Thornby, Anderson, 2005).

El uso de técnicas cognitivo conductuales como la relajación, planeación e implementación de actividades placenteras y reestructuración cognitiva, se relaciona con la disminución de la intensidad de emociones como depresión o ansiedad en pacientes con dolor crónico (Keefe, Abernethy, Campbell, 2005; Norrbrink-Budh, Kowalski, Lundeberg 2006; Turner, Mancl, Aaron, 2006; Turner, Holtzman, Mancl, 2007). En el caso de las participantes del estudio, se encontró que la mayoría reportaba emociones como tristeza, irritabilidad, ansiedad y depresión al inicio del tratamiento. Al finalizar la intervención las pacientes reportaron menor intensidad de las emociones, principalmente la irritabilidad y la tristeza. En la aplicación del HAD también se observó una disminución en ansiedad y depresión en la mayoría de los casos. Las intervenciones tienen como objetivo enseñarle al paciente estrategias que permitan la modificación de pensamiento, emociones y conductas ante el dolor y ante los factores relacionados con el mismo, es decir, incrementar estilos de enfrentamiento adaptativos (Keefe, 2005). En éste aspecto las formas de enfrentarse al dolor que son más activas (enfrentamiento activo, enfrentamiento enfocado al problema, religión y espiritualidad positiva) se relacionan con un mejor ajuste en el dolor, mientras que aquellas estrategias más pasivas son de peor ajuste a la enfermedad. Un enfrentamiento adecuado ante el dolor se puede deber a que los cambios en el enfrentamiento y los pensamientos producen cambios conductuales (incrementar el ejercicio, mejor adherencia al tratamiento médico) y procesos sociales (mejorar la relación marital e interacciones sociales) que pueden modificar las respuesta y la percepción de dolor (Sardá, 2009; Watt, Stewart, Lefavre, Uman, 2006; Asmundson, Carleton, 2005; Gallagher, Verman, 2004; Gatchel, Dersh, 2002; Keefe y France, 1999).

Sin embargo no todas las participantes se vieron beneficiadas por la intervención debido a condiciones ambientales que requirieron un esfuerzo adicional de adaptación. En tales casos la intervención no fue suficiente para mejorar la condición anímica de las pacientes. En general la mayoría de los pacientes se ven beneficiados por la terapia cognitivo conductual, pero existen casos en donde el beneficio es mínimo o no existe, ante estos resultados se ha visto que los pacientes que manifiestan trastornos psiquiátricos como somatización, depresión, varios sitios de dolor, pensamientos distorsionados con rumiación y catastrofización tienen peores resultados en los tratamientos (Dworkin et al., 2002; McCracken & Turk, 2002; Rammelsberg et al., 2003). Además de las características del paciente, cuando una persona está en el proceso de enfrentamiento ante el dolor y además se agrega otra situación estresante, lo que suele suceder es que la emoción guíe la atención hacia información sesgada que será relevante para el mantenimiento de pensamientos, y conductas disfuncionales que se presentarán como un círculo de reforzamiento ante estados emocionales, que también son poco adaptativos (Frijda, Manstead & Bem, 2000). Es necesario detectar en futuras investigaciones las características personales de cada uno de los futuros integrantes de un grupo de terapia, debido a que habrá pacientes que requieren de un programa psicológico con otras características o contenidos diferentes a los planteados en un grupo terapéutico (Turner, Holtzman, Mancl, 2007).

Las limitaciones de este estudio se centran básicamente en carecer de una metodología que permita el control de variables extrañas que puedan contaminar los resultados, como el número de participantes, que dificulta la generalización de los conocimientos. Se utilizó únicamente una medición antes y después a través de una entrevista, este diseño puede arrojar resultados diferentes debido a la contaminación de variables extrañas como: la deseabilidad social. Para futuras investigaciones se recomienda el uso de grupos control, aumentar la población, realizar seguimientos del cambio conductual, uso de mediciones más específicas acerca de las conductas del paciente por medio de un autorregistro y corroborar la información con un familiar cercano al paciente.

A pesar de la cuestión metodológica, el estudio permitió la implementación de un procedimiento de intervención en el área de Clínica de Dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", el cual permite la atención de una mayor población en menos tiempo, permitiendo en ahorro de recursos humanos y materiales, sin olvidar las diferencias individuales de cada paciente.

Factores psicológicos en el paciente con dolor postrasplantado de médula ósea.

El diagnóstico de una enfermedad oncológica o hematológica, los tratamientos y procedimientos quirúrgicos para el manejo de la enfermedad, la recuperación o el cuidado paliativo, implican en el paciente vivir ante constante estrés. Los pacientes con cáncer que son Trasplantados de Médula Ósea (TMO) se enfrentan a diferentes fuentes de estrés como: el estar en aislamiento debido al trasplante, la amenaza a la vida por la enfermedad, la respuesta impredecible del tratamiento, los efectos de las intervenciones terapéuticas agresivas, la dependencia hacia otras personas y el deterioro de la imagen corporal. En ocasiones la readaptación a las actividades después del aislamiento y la planeación de una vida futura también se pueden considerar una fuente de estrés (Molassiotis, Van Den Akker, Milligan, Goldman & Boughton, 1996; Hoodin & Kalbfleisch, 2001).

A las situaciones que vive un paciente alrededor de la enfermedad y los tratamientos se agrega el dolor, que es un síntoma más que provoca gran malestar en el paciente con cáncer. El problema principal que genera dolor en el paciente durante el TMO es la mucositis oral, su tratamiento implica el uso de opiáceos como la morfina, la cual es utilizada en la mayoría de los pacientes (Schulz- Kindermann, Hennings, Ramm, Zander & Hasenbring; 2002). En algunos pacientes el dolor persiste con una intensidad de leve a moderada a pesar del tratamiento farmacológico. Generalmente el manejo del dolor en esta población es unimodal, sin embargo es importante considerar que el dolor es una experiencia física que va acompañada de factores psicosociales como la personalidad, estados emocionales, cogniciones, conductas y relaciones sociales (Flor & Herman 2004). El estrés psicológico que presenta un paciente con cáncer durante el proceso de TMO se ha relacionado con pobres resultados en los tratamientos, además de que deteriora la calidad de vida del paciente (Hoodin, Uberti, Lynch, Steele & Ratanatharathorn, 2006). Los estudios se han dirigido a evaluar la prevalencia de trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad. Se ha encontrado que entre los pacientes que se encuentran en recuperación de TMO del 41% al 54% presentan síntomas de depresión y ansiedad (Hjermstad, Loge, Evensen, Kvaløy & Fayers, 1999; Trask et al. 2002). Se ha estudiado que el periodo de aislamiento y recuperación es uno de los eventos más difíciles que afronta el paciente, en donde pueden presentar alteraciones sensoriales debido a la poca movilidad, patrones visuales limitados, pérdida de contacto físico, dependencia al servicio de salud, además de otros factores psicoafectivos (Molassiotis et al. 1996).

La recuperación del TMO es un proceso a largo plazo que requiere un ajuste abrupto a diferentes situaciones. McQuellon y colaboradores (1998) estudiaron diferentes factores psicológicos como son la funcionalidad, apoyo social percibido y ejecución a lo largo de un año y cómo estos factores influyen en trastornos emocionales como la depresión. En su estudio reportan que el 24% de los pacientes en protocolo de trasplante presentan síntomas de depresión, la prevalencia aumenta a 28% al salir del aislamiento y 31% a los 100 días de recuperación del TMO, sin embargo el porcentaje disminuye a 20% al año. En cuanto a la calidad de vida, el síntoma que provoca mayor malestar es la falta de energía, en donde el 51% presenta este síntoma un año después del trasplante. Esto se relaciona

con mayor dependencia a los cuidadores, menor funcionalidad y por lo tanto disminución en la calidad de vida.

Durante el proceso de trasplante existen periodos críticos que son determinantes, desde el punto de vista psicológico, para la recuperación del paciente. El primer momento es de 1 a 7 días antes del trasplante para evaluar el estado psicológico del paciente; el segundo tiempo es inmediatamente después del trasplante; el tercer momento es de los 15 a 21 días después del trasplante ya que es un periodo de incremento de la sintomatología física, principalmente mucositis; el cuarto momento es dos días antes de la salida de hospitalización, donde se evalúan los efectos del aislamiento; el quinto momento es un mes después de la salida de hospitalización, en el cual se evalúa el estado psicológico del paciente después de un periodo de adaptación a su vida después del aislamiento (Molassiotis et al. 1996; Syrjala, Chapko; 1995).

De acuerdo a las investigaciones es importante considerar que el paciente que presenta ansiedad y depresión antes y durante el periodo de aislamiento tiene mayor tendencia a presentar estos trastornos durante el periodo de recuperación. Aunado a los efectos del proceso de TMO, se encuentra la experiencia de dolor, la cual por sí sola se relaciona con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad.

Los estados de ánimo relacionados con una enfermedad médica se han explicado por medio del modelo de estrés propuesto por Lazarus y Folkman (1991). Los autores proponen que cuando una persona se enfrenta a una situación estresante (el trasplante, el aislamiento o la recuperación) hace una evaluación sobre la situación y sobre sus habilidades para enfrentarla. De esta manera el individuo se encuentra ante el significado de la enfermedad, sus implicaciones adaptativas y posteriormente evaluará sus capacidades para enfrentar la situación, así el paciente utilizará sus recursos que pueden ser adaptativos o no. De ser eficaces las estrategias de afrontamiento se genera la atenuación de la respuesta de estrés, de lo contrario, el paciente presentará diferentes disfunciones psicosociales, tales como: depresión, ansiedad, aislamiento y pobre calidad de vida.

El paciente que se encuentra en proceso de TMO se enfrenta ante diferentes situaciones de estrés, como son el diagnóstico, los tratamientos invasivos y la recuperación, aunado a los síntomas relacionados con la enfermedad y las intervenciones, como puede ser el dolor. Se considera que uno de los momentos de más tensión es en el periodo de aislamiento ya que para algunos se considera un evento traumático (Hjermstad et al. 1999; Widows, Jacobsen & Fields, 2000). Los estilos de enfrentamiento que utiliza el paciente en el periodo de aislamiento son importantes para evaluar las cogniciones y conductas que podrían permitir la disminución de trastornos emocionales como depresión y ansiedad (Molassiotis et al. 1996). El apoyo social es otro factor importante a considerar, ya que se ha encontrado que los pacientes que perciben mayor apoyo social por parte de sus familiares, amigos u otros significativos, presentan mayor calidad de vida y menor comorbilidad con trastornos psiquiátricos (Kerrmann & Altmaier; 2008).

Syrjala y Chapko (1995) estudiaron los estilos de enfrentamiento en pacientes que fueron sometidos a TMO y que presentan dolor durante el periodo de aislamiento. Los autores encontraron que los pacientes que presentan un estilo de enfrentamiento con pensamientos de esperanza presentan una percepción del dolor menor a los pacientes que presentan estilos de enfrentamiento evitativos, informaron de mayor estrés, menor

autoeficacia y menor búsqueda de apoyo social, lo cual predice un mayor reporte de dolor durante la recuperación después del TMO.

Schulz- Kindermann y colaboradores (2002) reprodujeron el estudio de Syrjala (1995), agregando otras variables como: depresión, ansiedad, estrés crónico, estilos de enfrentamiento y percepción de apoyo social en pacientes que fueron sometidos a TMO y que presentaron dolor por mucositis. Los autores reportan que los pacientes que manifiestan mayor intensidad de dolor también cumplen con criterios de depresión, percepción de baja autoeficacia, estilos de enfrentamiento evitativos, poca o nula búsqueda de apoyo social, altos niveles de ansiedad y miedo al movimiento para evitar el dolor. De manera contraria, los pacientes con adecuado control de dolor presentan búsqueda de apoyo social, cuentan con apoyo tanto instrumental como emocional y presentan estilos de enfrentamiento más adaptativos.

La investigación realizada en el área de dolor y TMO es escasa, y lo que se ha reportado presenta limitantes metodológicas, como la evaluación de depresión por medio del Inventario de Depresión de Beck, el cual presenta algunos reactivos que se pueden confundir con los síntomas propios de la enfermedad y no deberse a que el paciente esté deprimido. Además se han evaluado sólo cuatro estilos de enfrentamiento, probablemente sea necesario medir otras estrategias como la catastrofización, religiosidad, pensamientos de esperanza o conductas de dolor. Por esta razón es importante realizar mayor investigación en el área que permita cubrir estas lagunas de conocimiento.

El presente trabajo es el primer acercamiento de una investigación que tiene el objetivo de describir aquellas variables psicológicas que se relacionan con el reporte de dolor en pacientes TMO. La investigación a largo plazo permitirá la detección de pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos y permitirá la elaboración e implementación de intervenciones oportunas para reducir riesgos para el paciente y disminuir los costos para el servicio de salud.

Método

Objetivos

Objetivo general: evaluar la relación y el efecto de factores psicológicos en el paciente con dolor postrasplantado de médula ósea.

Objetivos específicos:

- Evaluar variables como dolor, depresión, ansiedad, estilos de enfrentamiento, apoyo social y calidad de vida en pacientes sometidos a TMO.
- Identificar la diferencia entre pacientes con dolor y sin dolor postrasplantados de médula ósea en las puntuaciones de los cuestionarios de depresión, ansiedad, apoyo social, estilos de enfrentamiento y calidad de vida.

Tipo de estudio

Caso único de tipo descriptivo.

Diseño de investigación

Diseño transversal.

Selección de la muestra

No probabilística con sujetos voluntarios.

Criterios de inclusión:

- Pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” que asistan a la consulta de Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos.
- Que sepan leer y escribir.
- Pacientes que fueron sometidos a Trasplante de Médula Ósea.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con deterioro cognitivo.
- Pacientes con retraso mental o algún impedimento físico que no les permita contestar las evaluaciones.
- Pacientes que no deseen participar en el estudio.

Definición de variables:

- Variables sociodemográficos: edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, diagnóstico médico, diagnóstico algológico.
- Variable independiente: aislamiento debido a trasplante de médula ósea, calidad de vida, estilos de afrontamiento y apoyo social.
- Variables dependientes: intensidad y frecuencia del dolor, depresión y ansiedad.

Participantes

Los datos sociodemográficos se obtuvieron a partir de la entrevista estructurada que se les realizó a los pacientes después de aceptar participar en la investigación. El objetivo es conocer las características del grupo, evaluar la heterogeneidad y su efecto sobre las variables que se abordan en el estudio.

Se invitó a 8 pacientes para participar en el estudio, sin embargo sólo concluyeron 6 debido a que dos de ellos no cumplieron los criterios para someterse al trasplante de médula ósea. De los participantes que concluyeron la evaluación el 50% son mujeres y el otro 50% son hombres, con una media de edad de 22 años y un rango de 17 a 31 años. El promedio de años de estudio es de 10 años con un rango de 6 a 17 años.

El 83% de los participantes es soltero, mientras que el 17% tiene hijos y es separado. El porcentaje de participantes con ocupación de estudiante fue del 50%, mientras que el 33% es empleado y el 17% se dedica al hogar y cuidado de los hijos.

Registro y medición

Se utilizaron los siguientes mecanismos para la medición y registro de las variables:

1. Entrevista semiestructurada para pacientes con dolor que consta de 26 preguntas con el objetivo de evaluar conocimiento de la enfermedad, redes de apoyo, factores de riesgo para la no adherencia al medicamento y evaluación del dolor (ver anexo 6).
2. Intensidad de dolor, se evaluó por medio de la Escala Visual Análogo y la Escala Verbal Análoga (ver anexo 7).
3. Depresión y ansiedad, se midió con el cuestionario Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD por sus siglas en inglés) es un cuestionario que evalúa estos estados emocionales sin considerar criterios somáticos. La confiabilidad para la subescala de ansiedad es de 0.89 y para depresión es de 0.72. Es un cuestionario que consta de 14 preguntas, con 4 opciones de respuestas, que van de casi siempre a no en absoluto (ver anexo 2).
4. Apoyo social se midió por medio del cuestionario llamado Apoyo social de MOS en atención primaria, es un cuestionario que consta de tres dimensiones (ver anexo 8). La primera evalúa: a) la interacción social positiva, que hace referencia a la disponibilidad de reunirse, divertirse o pasarla bien; b) también evalúan el apoyo emocional, entendido como expresión de afecto, y comprensión empática; c) información entendida como la guía, oferta de información y consejería. El segundo factor implica apoyo social afectivo, que se refiere a las demostraciones reales de amor, cariño o empatía. El tercer factor mide apoyo instrumental, que significa la provisión de ayuda material o tangible que pueda recibir el consultado. La confiabilidad de cada factor es de 0.94, 0.85, 0.87 respectivamente. Es un cuestionario que consta de 20 preguntas, con 5 opciones de respuesta que van de nunca (1) a siempre (5).
5. Calidad de vida se midió por medio del Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVySA), que mide diferentes factores como son: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, dependencia médica, relación con el médico, redes sociales, actitud ante el tratamiento, familia, tiempo libre, vida cotidiana y bienestar y salud. La prueba posee una confiabilidad de 0.90 para pacientes con enfermedades crónicas.
6. Estilos de enfrentamiento se midió por medio del Inventario de Estilos de Enfrentamiento de Moos, que consta de 6 factores que miden, análisis lógico del problema, área de solución de problemas, contención emocional, búsqueda de apoyo, aceptación o resignación y evitación cognitiva. Es un instrumento que consta de 34 preguntas, con una confiabilidad de 0.77.

Procedimiento

El acercamiento con el paciente fue muy limitado debido a las condiciones de aislamiento del paciente, por lo que la evaluación se realizó en sólo dos momentos:

- Sesión 1. Invitar al paciente, por medio del consentimiento informado y hoja de informe por escrito, a participar en la investigación (ver anexo 9 y 10 respectivamente). El paciente que aceptó participar se le realizó la entrevista

inicial, durante el aislamiento, la cual consta de una serie de preguntas semiestructuradas que tienen como objetivo identificar factores psicológicos. Y por último se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos (Ansiedad y Depresión Hospitalaria, Inventario de Enfrentamiento de Moos e Inventario de Calidad de Vida y Salud y Apoyo social) y la explicación del registro diario.

- Sesión 2. Aplicación del instrumento de Ansiedad y Depresión Hospitalaria al egreso del paciente de hospitalización y recolección de registros.

Este procedimiento se llevó a cabo en cada uno de los casos. Si el paciente requería alguna intervención psicológica o psiquiátrica se realizaba la interconsulta al servicio especializado y se incorporaba en la evaluación la nota respectiva para que no se contaminaran los resultados de la investigación.

Resultados

Los resultados que se presentan a continuación son los resultados preliminares de un proyecto de investigación que se realiza en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” en el departamento de Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos.

Caso 1

Nombre: SEPM

Sexo: Mujer

Edad: 22 años

Escolaridad: Licenciatura trunca (13 años)

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltera

Religión: Católica

Residente: Distrito Federal

Diagnóstico: Leucemia linfoblástica

Redes sociales

La paciente tiene una red social que le brinda apoyo emocional, comprensión, guía y consejería ante la enfermedad. Sus familiares y amigos tienen demostraciones de amor y cariño, además de que la apoyan de manera instrumental. La paciente recibe apoyo económico principalmente del padre, sin embargo algunos tíos también contribuyen con los gastos del tratamiento médico. Actualmente vive con su madre y su abuela materna debido a que las condiciones ambientales son más higiénicas que en la casa donde habita su padre y hermano.

Conocimiento acerca de la enfermedad

La paciente conoce ampliamente acerca de su enfermedad y tratamiento sin embargo al momento de la entrevista desconoce el pronóstico del trasplante.

Evaluación del estado emocional

La paciente reporta estados emocionales de miedo, ante el futuro incierto, angustia, desesperación y ansiedad, los cuales se manifiestan con temblor de manos y taquicardia. El contenido de los pensamientos, relacionados con las emociones anteriores, gira alrededor de la posibilidad de que el procedimiento no sea efectivo y recurra la enfermedad. Por esta razón la paciente teme hacer planes a futuro.

La tristeza y la culpa son emociones que también se presentan con frecuencia (por lo menos tres veces por semana). Tales emociones se relacionan con pensamientos recurrentes como “¿por qué yo?, ¿qué hice mal?”, “la enfermedad es parte de lo que tengo que vivir, aunque no le veo el chiste” y “no tiene caso estar así de inútil”. La paciente duerme la mayor parte del día y menciona que es para que “el tiempo pase más rápido”, además de que ha perdido el interés por realizar otras actividades.

El servicio de Psiquiatría diagnosticó a la paciente con Trastorno de Depresión Mayor y recetó Citalopram y Anapsique (Ver tabla 1).

Tabla 1. Resultados de la primera y segunda aplicación del cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria del caso 1.

	Ansiedad		Depresión	
	1er evaluación	2ª evaluación	1er evaluación	2ª evaluación
Caso 1	6	8	10	13

Por medio de la escala de afrontamiento se observa que ante los problemas cotidianos la paciente se detiene para analizarlos y resolverlos paso a paso, con una visión objetiva y abriendo la mente a todas las opciones para resolverlo. Sin embargo son pocas las ocasiones en que se dice cosas para sentirse mejor ante los problemas que no puede resolver y si no encuentra solución no se esfuerza para que la situación sea diferente. Cuando el problema al que se enfrenta sobrepasa su capacidad de resolución no es capaz de expresar sus estados emocionales de enojo o tristeza, se desquita con los demás y no intenta modificar su percepción ante el problema. A pesar de esta condición emocional la paciente tiene una red de apoyo que la guía y la alienta en situaciones difíciles y con quien habla del problema con el intento de resignarse y aceptar el problema, sin embargo no logra encontrar algo positivo de la situación y ante esto utiliza estrategias de evitación y negación a creer lo que está pasando.

Evaluación del dolor

La paciente reportó dolor posterior a la quimioterapia de tipo ardoroso en cavidad oral, debido a la presencia de mucositis, el dolor se mantuvo por 24 días. Sin embargo también reportaba dolores generalizados, como dolor muscular y en articulaciones, con un EVA en promedio de 5.

Calidad de vida

De acuerdo al Inventario de Calidad de Vida y Salud, la paciente se considera una persona que tiene muchas preocupaciones acerca de los gastos económicos y atención por parte de otros. Sin embargo no se considera como una carga o un estorbo para los demás por lo que se acerca con ellos sabiendo que recibirá apoyo incondicional.

Se considera una persona con poca energía para realizar las actividades, lo que se relaciona con la disminución del placer y del nivel de actividad. Es una persona que debido a los tratamientos invasivos se percibe poco atractiva. Reporta no tener dificultades cognitivas importantes que deterioren su vida cotidiana. La paciente tiene una actitud positiva ante el tratamiento y tiene una buena relación con su médico, además de que no se considera una persona dependiente ante el médico debido a que sabe que parte del trabajo lo debe hacer ella.

Caso 2

Nombre: CDBG

Sexo: Hombre

Edad: 18

Escolaridad: Secundaria (9 años)

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltero

Religión: Católica

Residente: Distrito Federal

Diagnóstico: Anemia de Fanconi

Redes sociales

Las personas que rodean al paciente le proporcionan apoyo constantemente, tanto emocional como instrumental, principalmente porque existe comprensión, guía y expresión de afecto. El paciente recibe apoyo económico principalmente del padre y la madre es la cuidadora primaria. Él habita con sus padres y sus dos hermanos mayores. Reporta que la relación es estrecha sin embargo suele tener discusiones constantes con la madre debido a que él se describe como impulsivo.

Conocimiento acerca de la enfermedad

El paciente conoce ampliamente acerca de su enfermedad, el proceso de tratamiento y el pronóstico del mismo.

Evaluación del estado emocional

El paciente reporta sentirse tranquilo (Ver tabla 2) sin embargo él se describe como una persona que se enoja fácilmente y en ocasiones llega a ser agresivo con las demás personas, principalmente su madre.

Tabla 2. Resultados de la primera y segunda aplicación del cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria del caso 2.

	Ansiedad		Depresión	
	1er evaluación	2ª evaluación	1er evaluación	2ª evaluación
Caso 2	4	0	6	0

Al enfrentarse a los problemas se considera una persona que se prepara por medio del análisis objetivo de los mismos y el uso de frases positivas como “todo va a salir bien”. Sin embargo suele ser impulsivo y no buscar otras opciones de solución. Emocionalmente trata de verle el lado bueno del problema pero cuando está enojado, se desquita con las demás personas. La red de apoyo es limitada en cantidad, sin embargo él considera que es suficiente para brindarle información y soporte, debido a la confianza establecida. Sin embargo no suele buscar el apoyo del médico o del profesional para solucionar su problema.

Evaluación del dolor

El paciente reportó dolor tipo ardoroso en cavidad oral debido a la presencia de mucositis, la cual se mantuvo por 4 días.

Calidad de vida

A partir del Inventario de Calidad de Vida y Salud se reportó una leve preocupación por la cuestión económica para solventar los gastos de su tratamiento, así como del cuidado que tiene los demás hacia él. Acerca de los cuidados no se considera una molestia ni se incomoda por la atención de los demás. Sin embargo en ocasiones el paciente percibe que nadie lo puede apoyar cuando las cosas salen mal, haciendo referencia a la enfermedad y las secuelas de la misma. A pesar del tratamiento el paciente se considera una persona con suficiente energía para desempeñar actividades de la vida cotidiana, sin ningún problema de memoria o concentración y no presenta disgusto por su cuerpo debido a la enfermedad. El paciente disfruta y goza de lo que hace y no considera que la enfermedad interfiera con su vida social para estar con amigos o familiares. El paciente tiene una actitud positiva ante el tratamiento, aunque su relación con el médico no es muy estrecha debido a que le disgusta asistir a consultas y hablar con el médico. No se considera una persona dependiente al servicio de salud debido a que no responsabiliza al médico de todos los asuntos relacionados con su enfermedad. A pesar de la enfermedad el paciente considera que tiene una adecuada calidad de vida y buen estado de salud, probablemente esto se relacione con el éxito del tratamiento.

Caso 3

Nombre: JSR

Sexo: Hombre

Edad: 21 años

Escolaridad: Preparatoria trunca (10 años)

Ocupación: Empleado

Estado civil: Soltero

Religión: Católica

Residente: Oaxaca

Diagnóstico: Anemia Aplásica. El paciente presenta ceguera debido a una hemorragia ocular en ambos ojos, la cual ocurrió tres meses antes del trasplante.

Redes sociales

El paciente recibe apoyo económico principalmente del padre, además de que él y la madre también son los principales cuidadores. Ellos reportan cansancio y desgaste debido a la lejanía de su lugar de residencia y el nulo apoyo social en la ciudad. El paciente habita con sus padres y cuatro de sus cinco hermanos. A pesar de la situación actual, el paciente considera que cuenta con suficiente apoyo emocional, expresión de amor y empatía, así como guía, consejo y apoyo instrumental.

Conocimiento acerca de la enfermedad

El paciente tiene información suficiente con respecto a su enfermedad y el tratamiento, sin embargo en el momento de la entrevista el paciente no sabía acerca del pronóstico del procedimiento.

Evaluación del estado emocional

Al inicio del aislamiento, el paciente reportaba sentirse tranquilo, sin embargo en las últimas semanas reportó estados emocionales de tristeza y desesperación muy intensas (Ver tabla 3), con pensamientos como “¿por qué todavía falta tiempo?”, “no creo aguantar”, “soy un inútil porque tengo que depender de los demás”. Cuando el paciente mencionó tales pensamientos y la intensidad de la tristeza se presentaba también llanto.

Tabla 3. Resultados de la primera y segunda aplicación del cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria del caso 3.

	Ansiedad		Depresión	
	1er evaluación	2ª evaluación	1er evaluación	2ª evaluación
Caso 3	7	8	7	10

Ante los problemas en general y ante la enfermedad el paciente se percibe capaz de entender, prepararse mentalmente y analizar detenidamente todas las opciones para resolverlos, así como enfrentarlos de la mejor manera. Sin embargo la presencia de pensamientos negativos ante la situación se relaciona con los episodios de tristeza y enojo, que se manifiestan a partir de agresión hacia los demás. Aunque tiene un estilo de enfrentamiento dirigido a la resolución del problema en ocasiones, cuando se encuentra en un estado emocional alterado reporta que se niega a pensar en lo que está viviendo.

Evaluación del dolor

El paciente reportó dolor tipo ardoroso en cavidad oral debido a la presencia de herpes, el dolor se mantuvo por 11 días.

Calidad de vida

De acuerdo con la calificación del INCAVySA se identificó que el paciente se siente cómodo y agradecido por las atenciones de su familia hacia él, sin embargo le preocupa que se familia se desgaste y que no tengan posibilidades económicas para su atención. La situación de traslados de su familia a la Ciudad de México y su discapacidad visual le han reforzado la creencia de que es un estrobo para los demás porque se considera inútil e incompetente. Debido a que la condición médica del paciente no le permite realizar ninguna actividad física, él reporta un sentimiento de vacío y funciones cognitivas deterioradas. Aunque su condición de salud lo limita considerablemente no presenta disgusto por su cuerpo y no ha reportado disminución por el disfrute y gozo de lo que hace, aunque piensa que desde que enfermó su vida es más difícil porque no puede ocupar su tiempo libre en las actividades que antes realizaba.

El paciente tiene una actitud positiva ante el tratamiento y su relación con el médico es muy estrecha. Esto se relaciona con la creencia de que el médico curará todos sus

síntomas y aunque no lo considera cómo el único responsable de su mejoría, cree que el médico tiene el papel más importante.

Caso 4

Nombre: IPU

Sexo: Mujer

Edad: 25

Escolaridad: Primaria (6 años)

Ocupación: Hogar

Estado civil: Separada

Religión: Católica

Residente: Michoacán

Diagnóstico: Síndrome Mielodisplásico

Redes sociales

La paciente recibe apoyo económico de hermanos, sobrinos y de la comunidad de donde es originaria. Habita con sus padres, con una de los nueve hermanos y sus dos hijos. Sin embargo a pesar de que existe apoyo instrumental la paciente percibe que en su red social no hay suficiente expresión de afecto y comprensión hacia ella. Además de que es escasa la disposición de la red social para proporcionarle información o consejos para mejorar su estado anímico.

Conocimiento acerca de la enfermedad

La paciente desconoce qué es su enfermedad, las causas, síntomas y conoce muy poco acerca del tratamiento y del pronóstico.

Evaluación del estado emocional

La paciente manifiesta que hace dos meses ha presentado estado de ánimo depresivo por lo que inició terapia psicológica. Además de manifestar síntomas de ansiedad caracterizados por sensación de nerviosismo y temblor en el cuerpo. Hace tres años fue atendida por un psiquiatra que recomendó Criadex y Rivotril, sin embargo en el momento de la hospitalización no tomaba tales medicamentos.

Durante el aislamiento la paciente refirió estados emocionales de tristeza, preocupación y pensamientos recurrentes a partir del asesinato de tres familiares (un hermano y un cuñado asesinados hace un año, y un sobrino quien fue víctima de homicidio hace seis meses). Estos acontecimientos se relacionan con el incremento de pensamientos acerca de la muerte (Ver tabla 4).

Tabla 4. Resultados de la primera y segunda aplicación del cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria del caso 4.

	Ansiedad		Depresión	
	1er evaluación	2ª evaluación	1er evaluación	2ª evaluación
Caso 4	11	10	7	2

De acuerdo a los resultados obtenidos de la escala de estilos de afrontamiento, se identifica que la paciente suele analizar los problemas para tratar de entenderlos, verlos objetivamente, aceptarlos como vienen y resolverlos paso a paso. Sin embargo cuando se trata de situaciones que no puede controlar se precipita y actúan impulsivamente. A pesar de las condiciones del problema no se desquita con los demás cuando está enojada o deprimida. Como se mencionó anteriormente, la paciente tiene una red social amplia que la apoya en las situaciones que la paciente requiera. Sin embargo el apoyo en los profesionales de la salud no está fortalecida lo suficiente, debido a que no se acerca con ellos para pedir información o guía.

La paciente utiliza estrategias de distracción, como la elaboración de manualidades para sus familiares, lo cual le permite disminuir su ansiedad y depresión. Las estrategias utilizadas no llegan a fungir como estrategia de evitación, debido a que no niega la realidad de los problemas que presenta.

Evaluación del dolor

La paciente reportó dolor tipo ardoroso en cavidad oral debido a la presencia de mucositis, el dolor se mantuvo por 7 días. Además la paciente reportó dolor de estómago y cefaleas ocasionales.

Calidad de vida

La paciente percibe suficiente apoyo tanto económico, instrumental y emocional de parte de su familia, amigos y de los profesionales de la salud. Sin embargo debido a la condición médica la paciente no se percibe con la suficiente energía para desempeñar actividades de la vida cotidiana y refiere que su enfermedad interfiere con su vida social y familiar. A partir de entonces ha disminuido el placer y goce por las actividades, además de reportar estados de tristeza por la incapacidad física. A pesar del estado emocional la paciente no ha percibido deterioro en la memoria o concentración y tampoco manifiesta desagrado por su aspecto físico. La paciente tiene una buena actitud ante el tratamiento, aunque su relación con el médico no es muy estrecha, considera que ir al médico es parte importante en su vida, debido a que lo responsabiliza de su estado de salud y de él depende su mejoría. La paciente considera que tiene una adecuada calidad de vida a pesar de que su salud sea mala.

Caso 5

Nombre: YECZ

Sexo: Mujer

Edad: 31

Escolaridad: Licenciatura (17 años)

Ocupación: Administradora

Estado civil: Soltera

Religión: Católica

Residente: Estado de México

Diagnóstico: Leucemia

Redes sociales

El padre contribuye con el aporte económico para los gastos de tratamiento de la paciente. Ella habita con sus padres y sus dos hermanos, menores a ella. Ambos padres realizan el papel de cuidadores, mientras que los hermanos son el apoyo de los padres. La paciente percibe un apoyo adecuado en su red social, tanto emocional como instrumental.

Conocimiento acerca de la enfermedad

La información que posee la paciente acerca de la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico es suficiente.

Evaluación del estado emocional

La paciente reporta sentirse tranquila la mayor parte del tiempo, sin embargo cuando se presentan situaciones inesperadas, como desmayos o síntomas físicos intensos, reporta sentir ansiedad muy intensa (Ver tabla 5).

Tabla 5. Resultados de la primera y segunda aplicación del cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria del caso 5.

	Ansiedad		Depresión	
	1er evaluación	2ª evaluación	1er evaluación	2ª evaluación
Caso 5	6	5	2	1

Para el enfrentamiento ante los problemas de la vida cotidiana manifiesta estrategias cognitivas para entenderlos, analizarlos, prepararse y aceptarlos con un análisis objetivo y dirigido a la solución planeada de los problemas. Es una persona que manifiesta sus emociones de manera adecuada y su red de apoyo le permite buscar consejo, guía y apoyo emocional. La paciente manifiesta un amplio repertorio de estrategias para manejar las situaciones de estrés debido a que realiza respiración diafragmática, meditación y autoinstrucciones positivas.

Evaluación del dolor

La paciente presentó dolor tipo ardoroso debido a la presencia de mucositis en cavidad oral, presentó dolor por 5 días únicamente al comer.

Calidad de vida

De acuerdo a los resultados del Inventario de Calidad de Vida y Salud, la paciente no reporta preocupación por los gastos de su tratamiento, ni por la atención de los demás hacia ella. A pesar de la enfermedad la paciente se percibe con suficiente energía para desempeñar actividades de la vida cotidiana, las cuales disfruta plenamente, además de que no considera que la enfermedad interfiera con su vida social para estar con amigos o familiares. La paciente tiene una actitud positiva ante el tratamiento, principalmente porque la relación con el médico es muy estrecha y considera que visitar al médico se ha vuelto una parte importante para su vida. Sin embargo la paciente no es dependiente al médico porque es capaz de identificar que no todo depende de él, y que ella tiene un papel importante en el cuidado de su salud. A pesar de la enfermedad la paciente considera que tiene una adecuada calidad de vida y buen estado de salud, debido al éxito de los tratamientos.

Caso 6

Nombre: EML

Sexo: Hombre

Edad: 17

Escolaridad: Secundaria (9 años)

Ocupación: Estudiante

Estado civil: Soltero

Religión: Católica

Residente: D.F.

Diagnóstico: Leucemia

Redes sociales

El paciente recibe apoyo económico del padre, él y su madre son los principales cuidadores primarios. Sus familiares tienen conocimiento amplio acerca de la enfermedad, el tratamiento y el pronóstico del paciente. El paciente tiene suficiente apoyo social tanto en el área afectiva como en el apoyo instrumental.

Conocimiento acerca de la enfermedad

El paciente conoce ampliamente acerca de su enfermedad, el tratamiento y el pronóstico. El paciente ya había sido sometido a Trasplante de Médula Ósea hace un año, por lo que ya contaba con la experiencia del proceso de trasplante.

Evaluación del estado emocional

El paciente reporta sentirse tranquilo y confiado con respecto al procedimiento y el pronóstico (Ver tabla 6).

Tabla 6. Resultados de la primera y segunda aplicación del cuestionario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria del caso 6.

	Ansiedad		Depresión	
	1er evaluación	2ª evaluación	1er evaluación	2ª evaluación
Caso 6	4	6	4	5

Frente a los problemas el paciente suele detenerse para analizarlos, entenderlos, conocer más sobre ellos, aceptarlos y resolverlos paso a paso a partir de una visión objetiva. Cuando el paciente presenta emociones como el enojo o la tristeza manifiesta adecuadamente sus emociones, sin desquitarse con los demás. Principalmente busca apoyo, información y soporte tanto de su familia, amigos, como de profesionales.

Evaluación del dolor

El paciente no reportó dolor durante la hospitalización.

Calidad de Vida

El paciente está tranquilo ante el tema económico pero le preocupa que debido a su enfermedad se vuelva una carga para los demás y en ocasiones los cuidados en demasía le llegan a molestar. Sin embargo a pesar de tal preocupación no se considera como un estorbo para los demás y se siente apoyado por los que lo rodean. Debido a la enfermedad el paciente reporta que no tiene suficiente energía para desempeñar sus actividades de la vida cotidiana, por lo que éstas han disminuido en frecuencia y cantidad. Sin embargo a pesar de ello no ha dejado de disfrutar lo que hace. El paciente se percibe con buenas habilidades cognitivas y agrado por su apariencia física. Él posee una actitud positiva ante el tratamiento, aunque su relación con el médico no es muy estrecha. No se considera una persona dependiente ante el médico porque es capaz de identificar que no todo lo que le sucede es responsabilidad de los profesionales de la salud. A pesar de la enfermedad el paciente considera que tiene una adecuada calidad de vida.

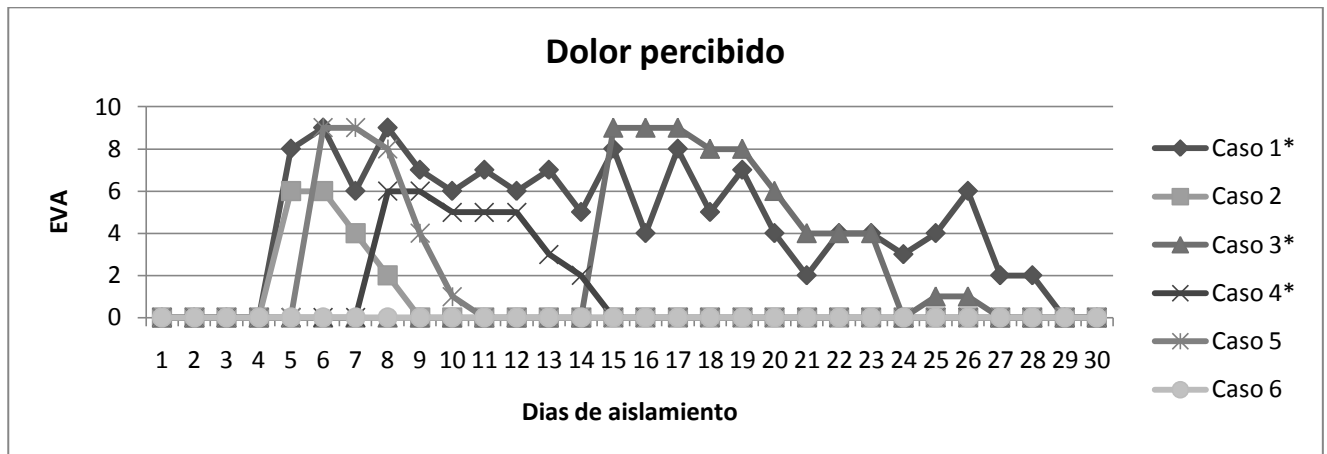
En conclusión y de acuerdo a los resultados de la evaluación es posible identificar que la mayoría de los participantes reportan un adecuado apoyo social de tipo emocional, instrumental e informativo, únicamente la participante que se describe en el caso 4 reporta un menor apoyo social (ver tabla 7).

Tabla 7. Resultados de la aplicación del cuestionario de Apoyo Social de MOS.

	Apoyo emocional e información	Apoyo instrumental	Apoyo social afectivo
Puntuación máxima	50	20	25
Caso 1	39	20	24
Caso 2	40	20	25
Caso 3	48	20	25
Caso 4	23	20	16
Caso 5	50	20	25
Caso 6	50	19	25

Aquellos participantes que cumplieron con criterios para trastorno de ansiedad y depresión reportaban mayor intensidad y duración del dolor comparado con los pacientes que no manifestaron ansiedad y depresión (ver gráfica 1). Estos pacientes en general suelen presentar un estilo de enfrentamiento dirigido hacia la emoción, no aceptan la enfermedad utilizando procesos cognitivos de evitación, y no realizan análisis más realistas con respecto a la situación (ver tabla 8).

Gráfica 1. Evaluación del dolor percibido por parte del paciente durante el aislamiento en el hospital.



*Pacientes que cumplieron criterios para ansiedad y depresión.

Tabla 8. Resultados de la aplicación del Inventario de Estilos de Enfrentamiento de Moos.

	Análisis lógico	Solución de problemas	Contención emocional	Búsqueda de apoyo	Aceptación o resignación	Evitación cognitiva
Puntuación máxima	30	30	24	18	24	18
Caso 1	19	23	11	15	18	12
Caso 2	22	21	22	8	16	8
Caso 3	27	24	11	16	20	11
Caso 4	22	26	19	17	18	8
Caso 5	28	27	23	18	21	10
Caso 6	25	28	20	18	22	8

Los pacientes que cumplieron con los criterios para trastorno psiquiátrico reportaron dolor con mayor intensidad y por más tiempo. Además perciben una calidad de vida deficiente porque la discapacidad física no les permite desempeñar sus actividades de la vida cotidiana o las actividades placenteras. Lo cual refuerza los síntomas de depresión y ansiedad como inutilidad, incapacidad y pérdida de placer por las cosas (ver tabla 9).

Tabla 9. Resultados de la aplicación del Inventario de Calidad de Vida y Salud

	Preocupación	Desempeño físico	Asilamiento	Percepción corporal	Funciones cognitivas	Actitud ante el tratamiento	Familia	Tiempo libre	Vida cotidiana	Dependencia médica	Relación con el medico	Redes sociales	Bienestar y salud
Puntuación máxima	-24*	24	-24	-24	-24	-24	24	-24	-24	-24	24	24	18
Caso 1	16	5	9	15	9	10	20	16	11	13	16	16	18
Caso 2	1	20	0	0	2	0	20	0	0	11	2	12	18
Caso 3	7	0	7	5	10	3	20	17	5	11	17	20	0
Caso 4	2	11	1	3	6	0	17	16	8	16	4	18	15
Caso 5	9	20	4	5	4	4	20	10	8	9	10	15	18
Caso 6	13	2	0	9	1	2	20	6	3	8	9	20	17

* Los números que tienen signo negativo significa que entre más se acerque la calificación a la puntuación máxima tiene una menor calidad de vida en ese rubro.

Discusión

El objetivo del presente estudio fue identificar algunos factores psicológicos que se relacionan con el dolor en pacientes postrasplantados de médula ósea durante el periodo de aislamiento. Este es un primer acercamiento al tema, el cual no se ha estudiado en población mexicana y que requiere de mayor atención en los profesionales de la salud. Los resultados preliminares, sugieren una relación entre la intensidad y duración del dolor con factores psicológicos como: estados de ánimo (depresión y ansiedad), estilos de enfrentamiento dirigidos a la emoción, percepción de una calidad de vida disminuida y apoyo social percibido como deficiente en algunas áreas.

El estudio del factor emocional en psicología hospitalaria ha demostrado una relación entre dolor y trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad, los cuales se han reportado repetidamente en la literatura (Hjermstad et al. 1999; Trask et al. 2002). En el estudio de los casos atendidos, la mitad de los pacientes que reportan mayor duración e intensidad de dolor también presentaron síntomas de depresión y/o ansiedad, de acuerdo con el inventario de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, y cumplen criterios diagnósticos de ambos trastornos de acuerdo al DSM-IV. Los pacientes que reportaron dolor por poco tiempo y con menor intensidad, o que no sintieron dolor en absoluto, no presentaron síntomas intensos de los estados emocionales antes mencionados. Un dato importante para estudios posteriores es la presencia de diagnósticos de trastornos psiquiátricos antes del procedimiento de trasplante. En este estudio sólo dos casos ya habían sido diagnosticados, uno con trastornos de depresión mayor y el otro con trastorno de ansiedad no especificado. Los pacientes que cumplieron criterios para trastorno de ansiedad y depresión reportaron dolor por más tiempo y con mayor intensidad, además de recurrir con los síntomas de los trastornos psiquiátricos durante el periodo de aislamiento, a diferencia de los pacientes que no habían sido diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico anteriormente. Se ha descrito que el periodo de hospitalización en pacientes postrasplantados de médula ósea es una situación que requiere de habilidades de

adaptación a las condiciones de aislamiento y malestar físico. Cuando una persona se enfrenta a un proceso como éste bajo un estado emocional alterado, lo que puede suceder es que la emoción guíe la atención hacia información poco objetiva que será relevante para el mantenimiento de pensamientos disfuncionales y así se presentará un círculo de reforzamiento ante estados emocionales, que también son poco adaptativos (Frijda, Manstead & Bem, 2000). Estos datos nos permiten considerar una intervención previa para prevenir recaídas.

El estilo de enfrentamiento es un factor psicológico que ha resultado determinante para la predicción de estados emocionales y adaptación del paciente. En este estudio los pacientes que reportan mayor duración e intensidad de dolor, a pesar de que tienen un estilo de enfrentamiento dirigido a la solución de problemas en su vida cotidiana, ante el proceso de trasplante y el dolor, presentan un estilo de enfrentamiento dirigido a la emoción. En cuatro casos, se presentaron pensamientos pesimistas con relación a la enfermedad o a la condición actual, en algunos casos cuando la emoción es muy intensa suelen evitar pensar acerca de lo que están viviendo y no aceptan la condición en la que se encuentran. Esto se relaciona con los datos reportados por Syrjala y Chapko (1995) acerca del estilo de enfrentamiento poco efectivo y su relación con la manifestación de ansiedad y depresión.

La calidad de vida es una evaluación subjetiva de la condición del paciente, y es un factor psicológico importante para establecer puntos de partida en las intervenciones psicológicas. Los pacientes atendidos en este estudio consideran de manera general tener una buena calidad de vida, sin embargo el malestar más importante, además del dolor, es la incapacidad física y las limitaciones a nivel funcional debido a la presencia de plaquetopenia. Tales condiciones refuerza la presencia de pensamientos pesimistas y sensación de vacío por la disminución de actividades, lo que se relaciona con estados depresivos (Molassiotis et al. 1996; Syrjala & Chapko; 1995). En este caso los pacientes que tenían mayor limitación física por más tiempo presentaron síntomas de depresión y ansiedad.

La red de apoyo fue otro factor estudiado en esta investigación. Se observó únicamente un participante, con estado de ánimo ansioso y depresivo, que percibía poco eficiente a su red social debido a que consideraba que los demás no le proporcionan información, guía o demostración de empatía acerca de la situación. Sin embargo también es importante mencionar que la paciente no suele buscar el apoyo de los demás y en ocasiones ante la presencia de emociones intensas mostraba conducta agresiva hacia los demás. Estos datos concuerdan con la literatura que afirma la presencia de estados de ánimo disfuncionales relacionados con la percepción de poco apoyo social y búsqueda del mismo (Kerrmann & Altmaier, 2008).

Esta investigación es el primer acercamiento al estudio de pacientes postrasplantados de médula ósea, que requieren de una atención primordial debido a los factores mencionados anteriormente. Los resultados de ésta primera parte no son concluyentes debido a que la muestra no es representativa de la población atendida en el Instituto

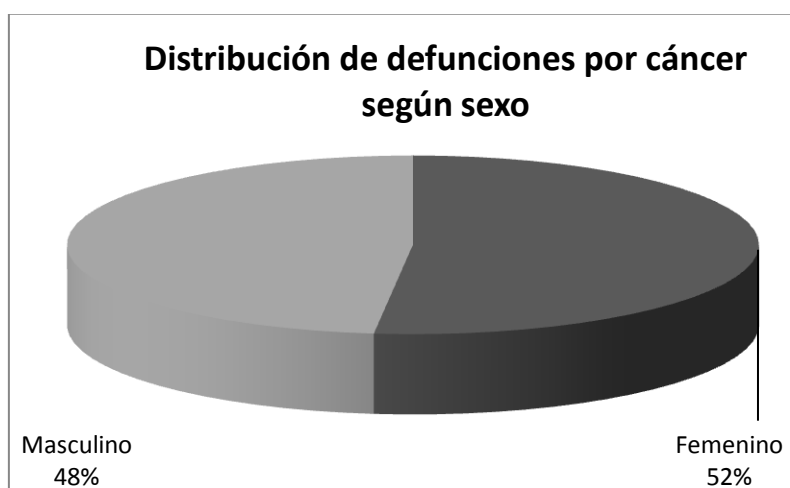
Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”. Además de que en el momento de la aplicación del estudio se presentaron dificultades administrativas que no permitieron el estudio en más participantes. Para continuar con el proyecto es necesario crear una fuente de comunicación con los encargados del área y elaborar un procedimiento de canalización que no interfiera con la metodología del estudio. El continuar con este proyecto permitirá identificar aquellos factores psicológicos que afectan la condición del paciente durante el aislamiento debido al trasplante, y de ésta manera prevenir un deterioro mayor.

Cáncer

El cáncer es una de las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes en México, convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial, no sólo por sus manifestaciones clínicas y su mortalidad, sino que también deteriora la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores. El cáncer ocupa desde 1990 el segundo lugar como causa de muerte en el país.

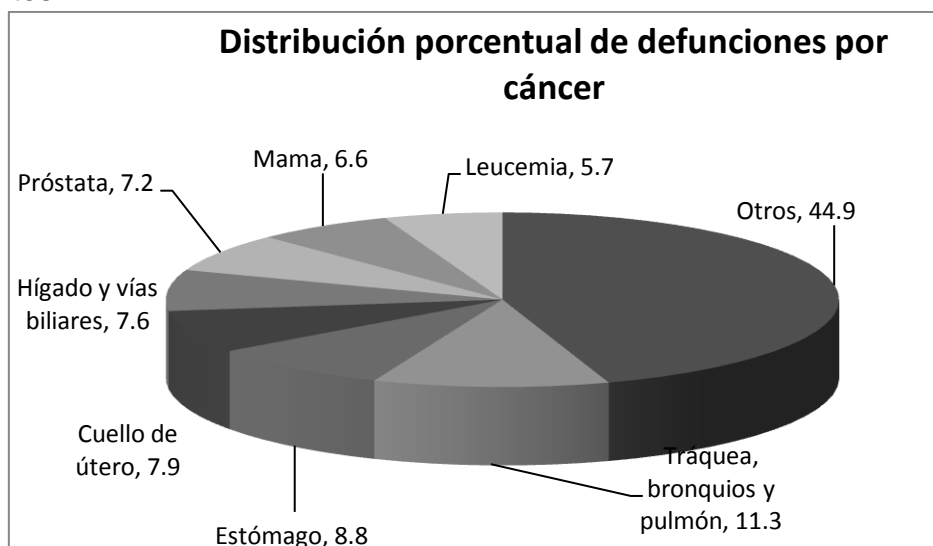
Entre 1922 y 2001 la proporción de muertes por cáncer en México pasó de 0.6% a 13.1% de las defunciones totales ocurridas por todas las causas y en toda la población (Kuri-Morales, 2001). En el 2001 el cáncer provocó 55,731 defunciones anuales, 52 y 48% para mujeres y hombres respectivamente (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución de defunciones por cáncer según sexo en la población Mexicana en el 2001.



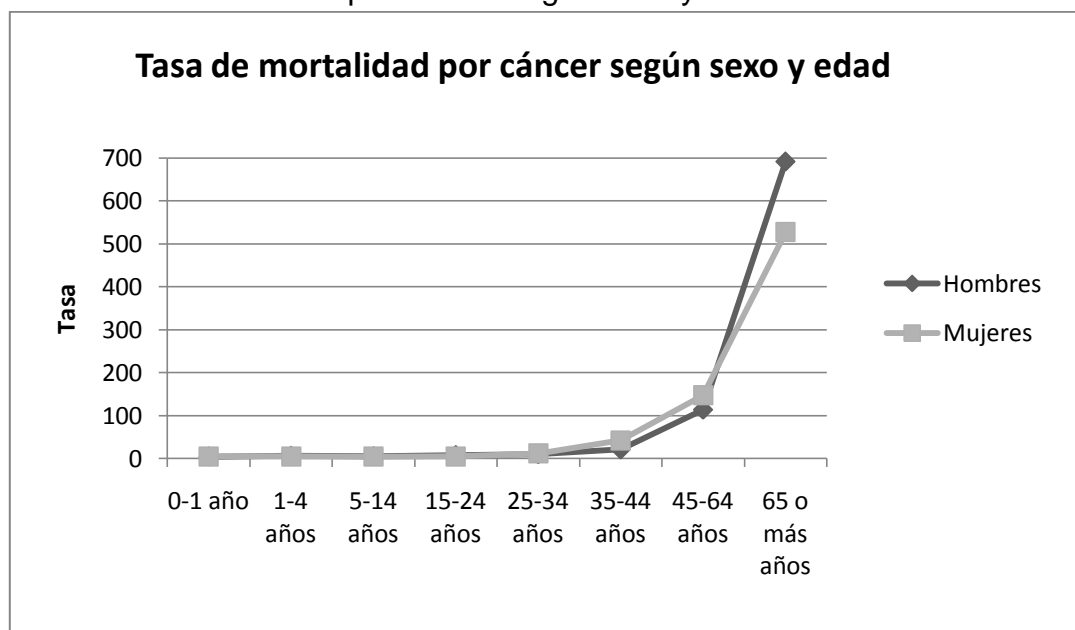
Las neoplasias malignas que causaron el mayor número de muertes fueron: tráquea, bronquios y pulmón, estómago, cuello uterino, hígado y vías biliares, próstata, mama y leucemia (Gráfica 2).

Gráfica 2. Distribución porcentual de defunciones por cáncer de acuerdo a las neoplasias más frecuentes.



De acuerdo con Kuri-Morales (2001) el sexo masculino concentró mayor mortalidad en los grupos de 45 a 64 años y en el de 65 y más años, pero la mortalidad en mujeres aumenta a partir del grupo de 25 a 34 años (Gráfica 3).

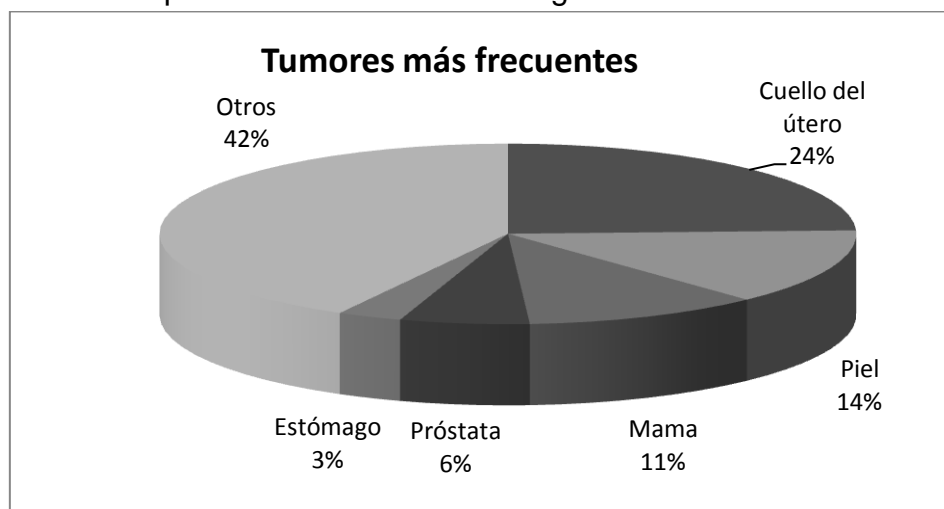
Gráfica 3. Tasa* de mortalidad por cáncer según sexo y edad.



*Tasa por 100,000 habitantes

Los tumores malignos que se presentan con mayor frecuencia son cuello del útero (24.4%), piel (13.6%), mama (11%), próstata (6%) y estómago (3%) (Kuri-Morales, 2001), ver gráfica 4.

Gráfica 4. Distribución porcentual de tumores malignos en ambos sexos.



El cáncer es una enfermedad donde el organismo produce un exceso de células malignas, conocidas como cancerígenas o cancerosas, con crecimiento y división acelerada y desordenada que provoca invasión del tejido circundante, y en sus etapas avanzadas, metástasis. La metástasis es la propagación a distancia, por vía linfática o sanguínea, de las células originarias del cáncer, y el crecimiento de nuevos tumores en los lugares de destino de dicha metástasis. Estas propiedades son características de los tumores malignos, a diferencia de los benignos, que son limitados y no invaden ni

producen metástasis. Existen diferentes tipos de cánceres. El nombre de la neoplasia surge a partir de la zona de localización, tejido en donde se desarrolla y morfología celular.

El tratamiento del cáncer se fundamenta en tres pilares: cirugía, quimioterapia y radioterapia. Existe un cuarto pilar llamado terapia biológica que incluiría la hormonoterapia, inmunoterapia, y nuevas dianas terapéuticas no citotóxicas. El tratamiento del cáncer es multidisciplinar donde la cooperación entre los distintos profesionales que intervienen (cirujanos, oncólogos médicos y oncólogos radioterápicos), es de máxima importancia para la planificación del mismo; sin olvidar el consentimiento informado del paciente. A veces, dada la incapacidad actual de la ciencia para curar los tipos de cáncer más agresivos en estados avanzados de evolución, es preferible renunciar al tratamiento curativo y aplicar un tratamiento paliativo que proporcione el menor grado posible de malestar y conduzca a una muerte digna. En todo momento, el apoyo emocional es fundamental debido a que el diagnóstico de cáncer, la sintomatología causada y los tratamientos invasivos, son una fuente importante de estrés para el paciente y sus familiares.

Sintomatología por cáncer

Dolor por cáncer

El dolor es una de las experiencias sensoriales más estresantes en el ser humano. Se considera que del 70% de los pacientes con cáncer reportan en algún momento episodios de dolor. El porcentaje varía de acuerdo con el tratamiento, tipo de cáncer y progresión de la enfermedad. Se considera que el 5% con leucemia reportan dolor, del 50 al 75% reporta dolor con cáncer como el de pulmón, colon, del tracto gastrointestinal y genitourinario; mientras que arriba del 85% reporta dolor por cáncer cervical y de hueso (Mayer-Rivera, 2008).

El dolor, como se verá más adelante, produce cambios afectivos y conductuales que provocan gran sufrimiento tanto en el paciente como en la familia, principalmente en la fase terminal de la enfermedad. Se considera que los pacientes con cáncer y dolor presentan más disturbios emocionales que aquellos que no tienen dolor (Crichton & Moorey, 2002).

El tipo de dolor que pueden presentar los pacientes con cáncer son:

- **Dolor agudo** debido a tratamientos contra el cáncer, como una úlcera oral debido a la quimioterapia, dolor postoperatorio o por radioterapia.
- **Dolor crónico** en el paciente con cáncer requiere una división:
 - **Dolor por tratamientos** como la quimioterapia, que ocasiona neuropatía dolorosa debido a la toxicidad del medicamento, así también la radioterapia. En el caso de las cirugías algunos pacientes reportan dolor fantasma debido a la amputación de algún miembro, como las mastectomías.
 - **Dolor por progresión** del tumor debido a que comienza a invadir otros tejidos y causar opresión en órganos circundantes. En este caso el dolor

incrementa en intensidad, duración y localización. El incremento del dolor se relaciona con disturbios del sueño, falta de apetito, falta de concentración, irritabilidad y otros estados emocionales.

Náusea y Vómito

La náusea y el vómito son síntomas muy frecuentes en el paciente con cáncer, principalmente como efecto secundario de la quimioterapia u otros tratamientos como la radioterapia, los analgésicos y antibióticos orales. Sin embargo también se pueden presentar tales síntomas como un efecto paraneoplásico del tumor. El no tratar este síntoma se convierte en una fuente de estrés para el paciente y la familia, así como trastornos electrolíticos, disminución del apetito, entre otros efectos. En ocasiones la falta de manejo de estos síntomas se vuelve una fuente intolerable que deteriora altamente la calidad de vida del paciente, lo que lo conduce al abandono del tratamiento (Lesko 1989).

Síndrome Anorexia-Caquexia

Caquexia se refiere a la pérdida de peso y masa muscular importante, que desencadena una alteración metabólica. La anorexia se refiere a la falta de apetito y rechazo por la comida. Ambos trastornos se acompañan constantemente en diferentes casos de pacientes con cáncer. La etiología de este síndrome es muy amplia, sin embargo el impacto psicológico es similar en todos los casos. Los pacientes con tal síndrome pueden presentar síntomas de depresión, ansiedad, entre otros trastornos, pero principalmente aversión a la comida. Tratamientos como la radioterapia en cabeza y cuello conllevan a una modificación en el sentido del gusto, así como la asociación de síntomas debido a quimioterapia como la náusea y el vómito (Lesko 1989).

Aspectos Psicológicos en el paciente con cáncer

Además de los altos índices de mortalidad, el cáncer y su tratamiento deterioran gravemente la calidad de vida de los pacientes y sus familiares inmediatos debido a las características de la enfermedad y a los tratamientos que también suelen ser aversivos (Glanz & Lerman, 1992).

Generalmente las personas que padecen cáncer presentan diversas reacciones psicológicas de fuerte impacto emocional. Y en algunos casos, el trauma psicológico que resulta del diagnóstico y tratamiento del cáncer, pueden ser tan potencialmente dañinos como el mismo cáncer (Holland & Rowland, 1989). Es importante considerar que el efecto de la enfermedad es multifacético con consecuencias conductuales, cognitivas y afectivas (Nacional Comprehensive Cancer Network Distress Management Panel, 2007 Abril), donde la mayoría de los pacientes con cáncer experimenta:

- Sufrimiento emocional: donde al menos la mitad de los pacientes con cáncer presentan estrés emocional, tristeza, miedo, enojo y preocupación, lo que se puede convertir en trastornos como depresión y ansiedad.
- Sintomatología física: incluyendo disturbios psicosomáticos y efectos directos de la enfermedad y su tratamiento. Los signos y síntomas más frecuentes son enfermar, dificultades para dormir, poco apetito y dolor.

- Disrupción en patrones de vida diarios: que implica deterioro en relaciones marital, sexual y nivel general de actividad (como el trabajo, vida social y actividades placenteras).
- En el área cognitiva: hay dificultades en la concentración y preocupación con pensamientos acerca de la enfermedad (recurrencia del cáncer) y la muerte.

Además de estas reacciones, es necesario considerar que cada tipo de cáncer tiene diferentes respuestas psicológicas, ya que implica diferentes etiologías y factores sociodemográficos.

El estudio de los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas ha tomado gran importancia, ya que se ha observado que la prevalencia de estos trastornos es alta. Dentro de los trastornos que se presentan con mayor frecuencia en pacientes con cáncer son **depresión y ansiedad**. Se ha estudiado que el 25% de los pacientes que se encuentran en cuidados paliativos se deprimen (Lawrie, Lloyd-Williams & Taylor, 2004) mientras que pacientes con diagnóstico reciente de cáncer presentan más ansiedad que depresión (Aass, Fossa & Dahl, 1997). La incidencia de pacientes con depresión relacionada con el cáncer aumenta con la agudeza y cronicidad de la enfermedad, y es más alta entre pacientes hospitalizados (Dworkin & Breitbart, 2004).

La **sexualidad** es un componente que generalmente no se le da la suficiente importancia para el tratamiento del paciente diagnosticado con cáncer. Sin embargo los estudios reportan que la disfunción sexual o la insatisfacción sexual alcanza rangos de 20 al 90% de pacientes con cáncer (Cort, Monroe & Oliviere, 2004). Los tumores que invaden el tracto genitourinario son los que afectan potencialmente la función sexual. Sin embargo, tumores que afectan la **imagen corporal** debido a cirugías, como la mastectomía, también son un factor que deteriora la función sexual. Las dificultades sexuales asociadas a los tipos de cáncer incluyen el decremento en el deseo sexual, dificultades para la respuesta de excitación, cambio en la respuesta de sensaciones físicas, experiencia de dolor durante el acto sexual y pérdida de placer por la relación sexual. La quimioterapia, radiación, fatiga y trastornos emocionales son algunos factores que interfieren con la sexualidad (Weijmar-Schultz & Van de Wiel, 2003).

Cuidados Paliativos

La atención médica y la mejora en la calidad de vida han llevado al aumento de la esperanza de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002, informó que en comparación con la primera mitad de la década de los años 50, la esperanza de vida de la población mundial se incremento en aproximadamente 20 años (62.5 años en el 2002). La población mexicana en 2006 presentó un incremento de este indicador de 14.5 años en comparación con 1970 (74 años en 2006) (OMS, 2009). Sin embargo el incremento en la esperanza de vida lleva consigo el aumento de la morbi-mortalidad relacionada con las enfermedades crónicas degenerativas. El INEGI en el 2007 reporta que las principales causas de mortalidad en la población general son las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus y los tumores malignos.

El aumento de la morbi-mortalidad por enfermedades crónicas han forzado a los programas de salud a incluir programas para el manejo adecuado de tales padecimientos

y su sintomatología cuando la enfermedad es muy avanzada y no se pueden ofrecer más tratamientos curativos.

Durante siglos han existido espacios para el cuidado del paciente con enfermedad avanzada o para el moribundo, sin embargo es hasta en los años 50's Cicely Saunders inicia su labor en el *St. Christopher* una de las primeras instituciones que instauran el modelo de "*Hospice care*". A partir de los trabajos de Saunders y colaboradores como Colin Murray Parkess y Robert Twycross se expandió la filosofía y mentalidad de los cuidados paliativos (SECPAL 2009). En 1987, en el Reino Unido, se definió el concepto de medicina paliativa como: "el estudio y manejo de los pacientes que presentan una enfermedad activa, avanzada y progresiva; en quienes el pronóstico se encuentra limitado y el fundamento de la atención se centra en mejorar las condiciones de vida".

Los Cuidados Paliativos se extienden hasta que la OMS publica y los define como "el cuidado activo y total de los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde a las medidas curativas". Su principal objetivo es controlar el dolor y otros síntomas, así como problemas sociales y espirituales. La finalidad del apoyo paliativo es ofrecer la más alta calidad de vida posible al paciente y a su familia.

En México a mediados del 2008, se aprobó la ley de Cuidados Paliativos, en donde se brinda la posibilidad a los enfermos terminales de solicitar la suspensión voluntaria de aquellos tratamientos curativos que pretenden inútilmente prolongar su vida e iniciar con otro tratamiento de cuidados paliativos. Tales tratamientos están orientados al control de los síntomas del padecimiento del enfermo, así como a reducir el sufrimiento emocional, al garantizarle una muerte natural bajo condiciones dignas, y podrán ser proporcionados en hospitales, centros de salud o domicilios particulares con la respectiva supervisión médica.

Aspectos psicológicos en el paciente y la familia

La muerte es uno de los acontecimientos más difíciles de afrontar para el ser humano, generalmente se acompaña de temores y profundo silencio. La intervención Psicológica se basa principalmente en la promoción de estilos de comunicación asertivos con el paciente, la familia (o cuidadores) y el médico.

Uno de los padecimientos más frecuentes que requieren atención en el paciente de cuidados paliativos es el delirium, en donde se ha reportado que del 28 al 48% de los pacientes lo presentan, mientras que del 85% al 90% de todos los pacientes que se encuentran a horas o días del fallecimiento presentan delirium (Del Fabbro, Dalal & Bruera; 2006).

De acuerdo al DSM-VI, el delirium se caracteriza por los siguientes síntomas:

- Alteración de la conciencia (p. ej., disminución de la capacidad de atención al entorno) con disminución de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención.
- Cambio en las funciones cognoscitivas (como déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o presencia de una alteración perceptiva que no se explica por la existencia de una demencia previa o en desarrollo.

- La alteración se presenta en un corto período (habitualmente en horas o días) y tiende a fluctuar a lo largo del día.
- Síntomas debidos a una enfermedad médica.

De acuerdo al nivel de actividad psicomotora y disturbios en la activación fisiológica (Del Fabbro et al. 2006) el delirium puede ser:

- Hipoactivo: el paciente está quieto, ausente, da respuestas en monosílabos, presenta pensamiento desorganizado y poca atención. Se confunde con frecuencia con depresión o demencia.
- Hiperactivo: se describe como un paciente agitado, de difícil manejo, con movimientos repetitivos y constantes. Puede presentar conductas desinhibidas, quejas de dolor o repetición de nombres de personas. Estas conductas son de predominio nocturno. Se pueden presentar alucinaciones, ilusiones u otras percepciones anormales. El 47% de los pacientes presenta alucinaciones en las últimas dos semanas de vida.
- Mixto: periodos hipoactivos e hiperactivos.

Otros trastornos psiquiátricos que se presentan en el paciente bajo los cuidados paliativos son la ansiedad y la depresión. Contrario a lo que se cree, no todos los pacientes con enfermedad avanzada cumplen criterios diagnósticos de acuerdo al DSM. Es importante considerar que en el caso de los pacientes en Cuidados Paliativos no todos los criterios son aplicables, en especial los relacionados con sintomatología física (ej. Insomnio, disminución de peso, falta de apetito, entre otros) ya que estos pueden deberse a la enfermedad y no por un estado psiquiátrico. En general se ha reportado incidencia de un 28 a 35% (Massie & Shakin 1993) de ansiedad entre los pacientes con cáncer avanzado. Mientras que la incidencia de depresión ocurre entre un 15 a 25% (Lawrie et al. 2004).

Las situaciones críticas que se pueden presentar en los enfermos terminales son las Urgencias Paliativas. Los cuidados paliativos tienen la finalidad de mejorar la calidad de vida y muerte posible. Esto implica que se deben evitar medidas excesivamente agresivas que sólo conducirían a un encarnizamiento u obstinación terapéutica y en nada beneficiaría al enfermo. Sin embargo tampoco se debe considerar que en el enfermo terminal “nada es urgente”. La situación clínica de un paciente terminal es muy delicada y algunas situaciones pueden ir acompañadas de gran angustia tanto para el paciente como el familiar. Cuando el síndrome no se puede controlar, es decir, es refractario a cualquier tratamiento se le llama urgencia paliativa y se recurre a la sedación terminal (Lara-Solares & Sandoval-Caro 2008). Este procedimiento solo se lleva a cabo cuando se presentan los siguientes síndromes refractarios:

1. Hemorragia masiva
2. Sofocación
3. Disnea
4. Status Epilepticus (convulsiones)
5. Delirium hiperactivo (agitación terminal)

Una urgencia paliativa en el área de Psicología, es la **Claudicación Familiar**, también conocida como **Síndrome de desgaste del cuidador**. Se le llama cuidador primario

informal a aquellas personas que asumen inicialmente y de manera voluntaria, la responsabilidad de cuidar a alguna persona de la red social inmediata, amigos o vecinos, o principalmente de un familiar enfermo al que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo. En la mayoría de los casos sin remuneración económica y sin capacitación previa (Delicado, Candel, Alfaro, López & García; 2004).

El impacto del cuidador primario ante la enfermedad inicia desde el diagnóstico de la enfermedad, en donde se presentan emociones como la incredulidad y devastación ante tal noticia. Una enfermedad lleva al cambio de roles, pérdida de la seguridad financiera y pérdida de las expectativas acerca del futuro (Wollin, Yates & Kristjanson, 2006). Se cree que el 50% de los cuidadores presentan niveles de ansiedad, estrés, depresión en las primeras etapas del diagnóstico cuando todavía no hay incapacidad física (Wollin et al. 2006). En etapas más avanzadas de la enfermedad ocurren otro tipo de situaciones de estrés como son las dudas sobre qué cuidados son los necesarios para el paciente. Los cuidadores suelen sentir una gran frustración y estrés ya que no conocen el tipo de atención que requieren los pacientes (Wollin et al. 2006; Sien & Cheng-Yi, 2007).

Cuando el paciente presenta mayor deterioro debido a la incapacidad y pérdida de habilidad, la familia o el cuidador suele presentar sentimientos de tristeza, enojo y miedo. Una situación en donde la familia presenta mucho estrés, es cuando el paciente en etapas avanzadas de la enfermedad presenta delirium. Cuando la familia y el cuidador se enfrentan a los cambios conductuales y cognitivos del paciente, esto les provoca una gran confusión. El familiar puede sentir un gran sufrimiento debido a que piensa que el paciente está enojado, frustrado, con miedo, con dolor o que está sufriendo mucho. Otra reacción de la familia puede ser enojo y agresión hacia el paciente debido a que las reacciones comportamentales las consideran algo personal. Estas reacciones se presentan generalmente debido a que desconocen el trastorno y las causas del mismo (Brajtman, 2005).

Cuando un cuidador primario se enfrenta a diferentes condiciones de estrés que se relaciona con los cuidados y atenciones hacia el paciente es importante detectar los síntomas relacionados con el desgaste del cuidador (Fernández-Capo & Gual-García; 2005), los cuales se muestran a continuación:

- Trastornos de sueño
- Pérdida de energía
- Aislamiento
- Consumo excesivo de bebidas con cafeína, alcohol o tabaco. Consumo de pastillas para dormir u otros medicamentos
- Problemas físicos
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse
- Aumento o disminución del apetito
- Actos rutinarios repetitivos como limpiar continuamente
- Enfadarse fácilmente
- Dar demasiada importancia a pequeños detalles
- Cambios frecuentes de humor o de estado de ánimo
- Propensión a sufrir accidentes
- Dificultad para superar sentimientos de depresión o ansiedad

- No admitir la existencia de síntomas físicos o psicológicos, o justificarlos mediante otras causas ajenas al cuidado
- Tratar a otras personas de la familia o al paciente de forma menos considerada o agresiva

Las intervenciones psicológicas para el manejo del paciente y la familia que buscan el apoyo de los cuidados paliativos, tiene como objetivo restablecer el equilibrio emocional y social en todos los que se ven afectados por el suceso de la muerte. A continuación se describen las estrategias psicológicas más utilizadas y respaldadas por la investigación científica.

Intervenciones Psicológicas

Intervenciones psicológicas en el cuidador primario

Existen diferentes estrategias para el manejo adecuado de síntomas de desgaste del cuidador. El primer paso es crear un ambiente de respeto, de sensibilidad ante la situación y tomar en cuenta que las necesidades del cuidador también son importantes. En algunas ocasiones el cuidador que se encuentra en desgaste interpreta la conducta del profesional de la salud como irrespetuosa, que no tiene conciencia de las necesidades del paciente y que es insensible para manejar cualquier situación. Esto ocurre generalmente por un problema de comunicación entre el cuidador, el paciente y el profesional (Wollin et al. 2006).

La información acerca de la enfermedad, síntomas, tratamientos y los posibles problemas a los que se pueden enfrentar son temas que los miembros de la familia y el cuidador necesitan conocer. La información debe ser precisa, puntualizada y específica. Se ha observado que las familias que reciben información apropiada y relevante con respecto a la condición del paciente, el pronóstico, los síntomas y la medicación muestran menor confusión y pocos síntomas de estrés. Cuando no se les proporciona información las familias suelen expresar frustración y decepción. Aunque también hay que considerar cuánta información es la necesaria para la familia. Cuando el cuidador percibe que el profesional de la salud facilita el acceso a la comunicación y a los servicios para la obtención de apoyo, los síntomas de desgaste en el cuidador se reducen (Wollin et al. 2006; McMillan, 2005).

Además de la información sobre la enfermedad del paciente, es necesario informar acerca de los síntomas de desgaste del cuidador. Esta información permite que reconozca los niveles de agotamiento que presenta y motivarlo para el cambio (Wollin et al. 2006).

El entrenamiento en solución de problemas es una estrategia cognitivo conductual que permite al cuidador resolver problemas de tipo emocional o conductual, y tener un enfrentamiento más activo ante los problemas. Esta técnica se ha adaptado para el entrenamiento de cuidadores que tienen un paciente en casa. El objetivo es preparar al cuidador para los posibles problemas que podría presentar en casa (McMillan & Small; 2007). La técnica de solución de problemas se basa en cuatro componentes:

- Creatividad en opciones de solución de problemas: implica proponer todas las posibles alternativas para resolver un conflicto.

- Actitud realista: que el cuidador aprenda a evaluar el problema como una situación de solución sin catastrofizar los resultados.
- Planeación: el cuidador debe establecer pasos y metas para resolver el problema.
- Pedir ayuda a expertos: se entrena a la familia en habilidades de comunicación para obtener información adecuada y resolver sus dudas para el manejo de síntomas del paciente.

El entrenamiento en habilidades de comunicación se dirige a la familia y al sistema social que rodea al paciente. Las intervenciones que se llevan a cabo con la pareja, tienen como objetivo modificar la comunicación y promover el diálogo acerca de temas como la enfermedad, reestructurar el significado de la enfermedad, hablar acerca de las emociones de manera honesta y comunicarse sobre temas existenciales (valores, espiritualidad y religiosidad). La comunicación también se extiende a la relación con el médico. En donde se promueve la comunicación de la pareja (paciente y cuidador) con el médico para abordar temas como los tratamientos, los cuidados y las necesidades. También es importante darle información a la pareja sobre el estado emocional y cognitivo del paciente, en el caso de que el paciente presente delirium (McLean & Jones; 2007). En la intervención familiar se entrena en habilidades básicas de comunicación para expresar pensamientos y sentimientos, lo cual permite la disminución en la intensidad de emociones como el enojo, frustración, tristeza y decepción.

Manejo de duelo

El duelo se define como el sentimiento de pérdida, especialmente debido a la muerte de un ser querido. El duelo se experimenta como un dolor emocional o estrés y puede o no ser expresado a otros, se considera una respuesta natural a la pérdida de cualquier persona, cosa o valor con la que se ha construido un vínculo afectivo (Vandenbos, 2007). Las circunstancias que rodean al duelo y el significado de la pérdida son únicas en cada individuo. Los mecanismos físicos, psicológicos, sociales y espirituales interactúan para producir diferentes respuestas (Richards & Folkman, 2000). Es un periodo de asimilación cognitiva y emocional a los hechos relacionados con la muerte a través del cual el individuo debe reestructurar los constructos acerca del mundo que incluían al fallecido y a él mismo en relación con él, es decir, cambiar sus emociones, creencias, metas y acciones de los eventos pasados, presentes y anticipadas (Parkes, 1971).

La expresión del duelo incluye reacciones, que muy a menudo se parecen a aquellas que acompañan a trastornos físicos, mentales o emocionales. Es importante ser muy cautelosos en la interpretación de ciertas expresiones de duelo que pueden parecer como patológicas y ser, en realidad, manifestaciones totalmente naturales y apropiadas, dadas las circunstancias particulares de la pérdida (Agrafojo-Betanor & Manrique de Lara, 2002). De acuerdo con Lancasta-Reverte y Sastre-Moyano (2002) para hacer un manejo adecuado del duelo es necesario:

- Identificar necesidades, dificultades, preocupaciones y temores de los familiares. Las necesidades más frecuentes de la familia son: información, apoyo del equipo y del resto de la familia y cuidar al enfermo. Las dificultades implican la comunicación

con el moribundo, aceptar el fallecimiento próximo, asumir las responsabilidades de ambas partes, organización familiar, pedir ayuda y despedirse. Las preocupaciones y temores más frecuentes son: el miedo a no ser capaz de cuidar al paciente, que el paciente sufra, miedo a estar solo durante el fallecimiento y no saber qué hacer cuando el enfermo muera.

- Evaluar y potenciar los recursos de la familia, es importante promover en la familia la percepción de control sobre la situación.
- Evaluar factores de riesgo para prevenir complicaciones.
- Proporcionar información a la familia ya que esto disminuye la angustia y aumenta la operatividad. Es importante comentar acerca de cambios físicos y emocionales que puede experimentar el paciente, anticipar pensamientos y reacciones emocionales de la propia familia, lo que puede ocurrir en el momento de la muerte y las soluciones al respecto.
- Ayudar a la familia a aceptar el futuro próximo del enfermo, la muerte y el futuro de la familia (ver al fallecido, despedirse, participar en el funeral)
- Prevenir duelo complicado
- Facilitar el desahogo emocional (empatizar y escuchar)
- Evitar recuerdos dolorosos
- Prevenir sentimientos de culpa (implicando a todos los miembros de la familia en los cuidados del enfermo)
- Los niños también pueden despedirse de sus seres queridos cuando el enfermo mantiene sus facultades

Manejo emocional

A partir del momento del diagnóstico la vida del paciente y de sus familiares cambia drásticamente. A pesar de que ha mejorado el tratamiento médico del cáncer durante las últimas décadas, las necesidades psicosociales de los pacientes y sus familiares son amplias y requieren atención especializada. Los valores estimados de la prevalencia de dificultades psicológicas significativas varían entre 23% al 66% de la población de pacientes cancerosos estudiados. Holland (1989) encontró que el motivo de consulta psiquiátrica más común en una muestra de pacientes con cáncer era la depresión y/o riesgo suicida. Se observaron episodios depresivos mayores en el 20% de la muestra con un trastorno del ajuste identificado en un 27% adicional de los pacientes (Nezu, 2001).

El manejo emocional implica trabajar aquellas emociones desbordadas debido a la enfermedad y circunstancias que la rodean, como problemas económicos, sociales y personales. Pueden ser emociones como enojo, preocupación, miedo, hasta trastornos psiquiátricos como depresión, ansiedad o trastorno adaptativo. Las intervenciones o terapias breves hacen uso de diferentes estrategias cognitivo conductuales para el manejo emocional como: la relajación, reestructuración cognitiva o terapia racional emotivo conductual, solución de problemas, entre otras, las cuales han mostrado su eficacia en el manejo de las emociones (Lovejoy, Tabor, Matteis, Lillis, 2000).

Intervención en crisis

Una crisis se define como un evento o situación que se percibe como una dificultad intolerable que excede los recursos disponibles del individuo, así como sus estilos de

enfrentamiento (James & Gilliland, 2005). El objetivo de la intervención en crisis es proporcionar la oportunidad de que el paciente aprenda nuevas estrategias de enfrentamiento mientras identifica, moviliza y fortalece las estrategias que ya posee.

Terapia en solución de problemas

En el marco del cáncer, se menciona que tal enfermedad puede caracterizarse fácilmente como un poderoso evento vital estresante negativo que puede generar sufrimiento psicológico, así como impactar negativamente la habilidad propia para tomar decisiones efectivas. Tales eventos estresantes de gran importancia también crean y aumentan la frecuencia de eventos vitales de menor envergadura, molestias, o problemas cotidianos que también requieren respuesta de solución de problemas. Por ejemplo, además de los aspectos médicos obvios, el padecer cáncer puede traer consigo problemas significativos, tales como dificultades económicas, sentimientos de aislamiento, soledad, dificultades familiares, depresión, ansiedad y problemas laborales. La investigación ha demostrado que los sucesos o problemas vitales menores se asocian fuertemente con síntomas psicológicos, posiblemente aún más que los sucesos vitales estresantes mayores (Nezu, 2001).

El sufrimiento psicológico, como la depresión y la ansiedad, puede deberse a: (a) características negativas específicas al problema (por ejemplo, dolor, ambigüedad, conflicto y complejidad); (b) la valoración del problema como especialmente amenazante; (c) creencias de escasa auto-eficacia; o (d) intentos reales de solución ineficaces. Contrariamente, el afrontamiento exitoso continuo tiende a reducir o minimizar el sufrimiento emocional inmediato que ocurre como reacción a problemas estresantes, asimismo al facilitar la toma de decisión efectiva respecto a las opciones de tratamiento. Los objetivos en el entrenamiento de solución de problemas es el mejorar las habilidades generales de solución de problemas de pacientes con cáncer, disminuir su sufrimiento emocional, aumentar su auto-eficacia, y mejorar su calidad de vida (Nezu, 2001).

Adherencia al tratamiento

Los pacientes con cáncer que son sometidos a quimioterapia, se enfrentan a una gran variedad de efectos secundarios debido a la toxicidad del medicamento, uno de los que más afecta al paciente es la náusea y el vómito anticipatorio. Durante el protocolo de quimioterapia, entre el 25 y el 65% presenta tales sensaciones, en especial cuando el tratamiento va avanzando. Los efectos secundarios, como la caída del cabello, la debilidad, náusea y vómito, provoca en los pacientes aversión al medicamento, hasta llegar al agotamiento o desgaste debido al tratamiento, por lo que muchos comienzan con ideas de abandonarlos (Holland, 1989). Por medio de la estrategia de "Pasos Vitales" propuestos por Safren (1999), se trabaja con el paciente la motivación para la administración de la quimioterapia, comunicación con el equipo de salud, manejo de efectos colaterales, obstáculos para la compra del medicamento, entre otras cosas que requiere hacer un paciente para el control de la enfermedad (Sánchez-Sosa & Riveros, 2000).

Caso clínico

Ficha de identificación

Nombre: IMG

Edad: 42 años

Género: Femenino

Estado civil: Separada

Escolaridad: Secundaria completa

Lugar en la familia: 4ª de 11

Diagnóstico médico: Ca de Mama izquierda

Motivo de consulta

La paciente reporta síntomas de ansiedad durante la quimioterapia caracterizada por pensamientos como: “me voy a morir, que va a pasar con mis hijos, se van a quedar solos”, “nadie me ayuda, estoy sola, no tengo dinero”. Los síntomas fisiológicos que reporta son hormigueo en manos, sensación de sofocación y nerviosismo.

Por otro lado la paciente menciona sentimiento de tristeza constantemente, principalmente cuando está sola en casa, llora con frecuencia y evita socializar con familiares o amigos.

Antecedentes de predisposición

El contexto familiar de la paciente se caracteriza por violencia y agresión constante por parte de la madre hacia la paciente, a lo largo de toda su infancia y adolescencia. Actualmente la paciente reporta pensamientos del tipo “no es justo que ella sea así porque otras mamás se preocupan por sus hijas”, “le da preferencia a los hijos que a sus hijas”, “no me quiere” y “de seguro no soy su hija”. Su padre fue alcohólico, lo que ocasionaba peleas con los hermanos al grado de agredirse mutuamente tanto física como verbalmente. A pesar de ello, la paciente nunca fue violentada por parte de su padre.

Antecedentes de adquisición y curso

Durante las discusiones la paciente mostraba una conducta pasiva y un estilo de enfrentamiento evitativo debido a que ante las agresiones se quedaba callada, no hablaba de sus emociones con nadie más, únicamente se encerraba en su dormitorio para llorar por tales acontecimientos. Al formalizar una relación de pareja, la madre se opuso violentamente, por lo que la paciente prefirió posponer el matrimonio a pesar de sus propios deseos.

Cuando la paciente establece una relación de pareja es incapaz de establecer límites y solucionar problemas con la pareja, únicamente se limita a seguir indicaciones a pesar de vivir bajo condiciones inhumanas.

Antecedentes personales patológicos

En el 2006 la paciente fue diagnosticada con cáncer de mama izquierda, por lo que fue mastectomizada y recibió 4 ciclos de quimioterapia y 15 sesiones de radioterapia. En Noviembre del 2006 se identifica una recaída del cáncer en la zona de la mastectomía por lo que recibe quimioterapia nuevamente, sin embargo no muestra mejoría, por lo que se comenzó la aplicación de quimioterapia paliativa.

Examen mental

Paciente femenino de 42 años, de edad aparente igual a la cronológica, de estatura media, complexión delgada, tez morena. Acude en adecuadas condiciones de higiene pero no de aliño. Se presenta con postura incomoda, encorvada, agitada, tensa y con movimientos constantes de manos y piernas.

Se muestra cooperadora e interesada en la sesión. Presenta un humor depresivo y ansioso, con afecto dentro de los límites normales y buen grado de congruencia entre humor y afecto.

La paciente habla mucho y rápido. El pensamiento es coherente y lógico, el contenido se caracteriza por ser de tipo catastrófico (me voy a morir pronto, mis hijos se van a quedar solos), etiquetado (soy mala persona) y lectura de pensamiento (no le intereso a mi familia ni a mis amigos).

No presenta deterioro en percepción, conciencia, orientación ni juicio.

Padecimiento actual

La paciente presenta crisis de angustia durante las quimioterapias, caracterizadas por adormecimiento de la mano izquierda, visión borrosa, hormigueo en manos y piernas, sensación de sofocación y sudor frío.

Reporta que no le había ocurrido en los primero cuatro ciclos de quimioterapia que recibió en el 2006. Sin embargo a partir de la recaída del cáncer la paciente menciona que se ha sentido muy deprimida, porque no tiene interés por la vida, no desea salir de casa, esta triste la mayor parte del tiempo, no le da hambre y no habla con nadie, además de que percibe poco apoyo social por parte de familiares y amigos. Menciona que tiene mucho miedo a la muerte y dejar a sus hijos solos, además de que reporta estrés financiero.

Evaluación multiaxial

Eje I. F32.1 Trastorno depresivo mayor (296.32)

F41.0 Trastorno de angustia (300.01)

Eje II. Trastorno de la personalidad Z03.2 Ninguno

Eje III. Cáncer de mama

Eje IV. Problemas con el grupo primario de apoyo

Problemas laborales

Problemas económicos

Problemas relacionados con el ambiente social

Eje V. 50 Síntomas graves o cualquier alteración en el funcionamiento social, laboral o escolar.

Formulación de caso

Ataques de pánico

Antecedentes	Respuesta	Consecuencia
<p>Externos: Sala de quimioterapia Sola en casa Con su familia</p> <p>Internos: Sensación de quimioterapia pasando por las venas</p> <p>Cognitivos: Me voy a sentir mal No voy a poder Soy mala persona No es justo</p>	<p>Motoras: Movimiento de manos y piernas Abandono de actividades Dejar de comer Gritar Ofender</p> <p>Cognitivas: Algo malo me va a pasar No voy a aguantar</p> <p>Fisiológicas: Sensación de sofocación Sudoración Hormigueo en pies y manos Adormecimiento de mano izquierda</p>	<p>Inmediatas: Crisis de angustia Sensación de incapacidad</p> <p>Externas: Atención de las enfermeras Problemas con la familia Apoyo de amigos y vecinos</p> <p>Mediatas: Temor a la quimioterapia Peleas con familiares</p>

Déficit en asertividad

Antecedentes	Respuesta	Consecuencia
<p>Externos: Con su familia</p> <p>Internos: Malestar físico</p> <p>Cognitivos: Soy mala persona No es justo No les intereso No me quieren No les importo</p>	<p>Motoras: Abandono de actividades Gritar Ofender No solicita ayuda No expresa emociones</p> <p>Cognitivas: No tiene caso No les importo</p> <p>Fisiológicas: Náuseas Fatiga Dolor</p>	<p>Inmediatas: Sensación de incapacidad Sentimiento de soledad y tristeza</p> <p>Externas: Problemas con la familia</p> <p>Mediatas: Peleas con familiares</p>

Programa de intervención

Objetivo general: La paciente aprendió estrategias para la modificación de pensamientos disfuncionales y manejo emocional.

Objetivos específicos:

- La paciente aprendió estrategias para la modificación de pensamientos disfuncionales que se relacionan con estados emocionales de ansiedad y depresión.
- Por medio del entrenamiento en relajación y desensibilización sistemática la paciente fue capaz de enfrentar los tratamientos invasivos relacionados con el cáncer.
- La paciente llevó a cabo estrategias de asertividad para el establecimiento de redes de apoyo
- La paciente aplicó estrategias de duelo anticipatorio y solución de problemas para resolver asuntos pendientes.

Procedimiento

Las sesiones se realizaban aproximadamente cada semana en la sala de quimioterapia o en un consultorio del área de Oncología del Hospital Juárez de México. La duración de las sesiones eran de aproximadamente 40 minutos en donde se trabajaron las siguientes técnicas:

- Estrategias conductuales como distracción, ejercicios de dominio-agrado, ensayos conductuales y planeación de actividades.
- Reestructuración cognitiva para la modificación de pensamientos distorsionados con respecto a los tratamientos, pensamientos de minusvalía y catastróficos relacionados con ansiedad y depresión.
- Entrenamiento en asertividad para solicitar ayuda y expresión emocional hacia sus redes de apoyo, como familiares y amigos.
- Entrenamiento en relajación y desensibilización sistemática para la disminución de síntomas fisiológicos relacionados con ansiedad ante los tratamientos invasivos.
- Manejo del duelo y resolución de “asuntos pendientes” ante aquellas situaciones que la mantienen en estrés constante como el cuidado de sus hijos, la herencia, y el apoyo social.

Resultados

La paciente a lo largo de las sesiones modificó los pensamientos catastróficos con respecto a los tratamientos por pensamientos más funcionales como “son para mí bien”, “me ayudarán para no sentirme mal”. Los pensamientos que se trabajaron a profundidad son los relacionados con la poca asertividad hacia su familia, debido a que ante la condición de enfermedad de la paciente requería fortalecer las redes.

Durante el proceso de reestructuración y entrenamiento en asertividad la paciente fue capaz de solicitar ayuda a su hermana, hablar con su familia e hijos con respecto a su estado emocional, así como expresar quejas, realizar peticiones y manifestar su necesidades. El pensamiento que le ayudó más a enfrentar la enfermedad y acercarse a su familia fue “por la enfermedad aprendí a que sí le intereso a mi familia”, debido a que ellos la apoyaban en la asistencia a las consultas, el cuidado de sus hijos y con todo el gasto financiero.

El entrenamiento en relajación y desensibilización le permitió a la paciente disminuir síntomas relacionados con los efectos colaterales del medicamento, así como síntomas de ansiedad que se presentaban generalmente durante la aplicación de la quimioterapia o cuando estaba sola en casa.

Al abordar el tema de los asuntos pendientes la paciente arregló los papeles de su casa y realizó un testamento, también habló con una de sus hermanas para que se hicieran cargo de sus hijos cuando falleciera.

La paciente comenzó a retomar actividades que había abandonado como bordar y escribir, también comenzó a dedicarle más atención a su cuidado personal como maquillarse, bañarse con más frecuencia (diario) y compró una peluca para mejorar su aspecto personal. Sin embargo a pesar de esto, la paciente cumplía criterios para depresión mayor, por lo que fue canalizada al servicio de psiquiatría, sin embargo no asistió a las consultas y cuando se realizó la interconsulta, la paciente no compró los medicamentos. Se trabajó la adherencia al tratamiento, sin embargo ya no continuó con el proceso terapéutico.

Un objetivo de tratamiento era trabajar con la red de apoyo y el cuidador primario, sin embargo ya no fue posible continuar con el caso debido a que la paciente dejó de asistir a las consultas y no fue posible comunicarse con ella.

Discusión

El trabajo psicológico en pacientes con cáncer y en cuidados paliativos requiere especial atención debido a que la persona y su familia se encuentran en un estado de vulnerabilidad y susceptibilidad que impacta directamente en el estilo de enfrentamiento y estado emocional (Holland & Rowland, 1989). La incidencia de depresión en pacientes con cáncer es muy frecuente y es un tema crítico ya que es un estado de ánimo que en sí mismo provoca malestar subjetivo en el paciente, deteriora la calidad de vida, el estado funcional del paciente, y la cantidad de vida. Los estados emocionales intensos son un factor de riesgo que incrementa la mortalidad (Guo et al. 2006) debido a que se asocia con alteraciones en la regulación autonómica, así como respuestas abruptas en las funciones del eje adrenal hipotalámico-pituitaria (Giese-Davis et al. 2006).

La terapia cognitivo conductual es una de las estrategias más estudiadas para el manejo de la depresión (Lovejoy, Tabor, Matteis & Lillis, 2000), se ha demostrado su efectividad para la disminución de síntomas depresivos a corto y largo plazo (Williams & Dale, 2006). El uso de la TCC ayuda a los pacientes a reestructurar las situaciones usando perspectivas realistas y así modificar la percepción negativa que daña la calidad de vida. Ayuda a los pacientes a integrarse a las experiencias de vida, aceptando las nuevas limitaciones de la enfermedad, y modificar los planes para el futuro así como las metas (Lovejoy et al, 2000). El dotar a la paciente de habilidades como la relajación, distracción, planeación de actividades placenteras, y modificación de pensamientos disfuncionales permitió a la paciente afrontar los efectos colaterales del tratamiento y disminuir síntomas de ansiedad condicionados a la quimioterapia.

El proceso del duelo en la paciente permitió que la paciente tomara decisiones de importancia para el futuro de sus hijos, lo que le ocasionaba ansiedad y preocupación intensa. Cuando la paciente fue capaz de decidir y hablar con su familia al respecto de

sus asuntos pendientes influyó cabalmente en la mejora de su estado emocional (Lancasta-Reverte & Sastre-Moyano, 2002).

Es necesaria la realización de más investigación en la población de pacientes en cuidados paliativos, debido a que es una población que requiere de intervenciones eficaces que requieren menos tiempo de intervención con el objetivo de una resolución pronta a la problemática que presentan las personas.

PROPIEDADES CONTEXTUALES Y ORGANIZATIVAS DE LA RESIDENCIA

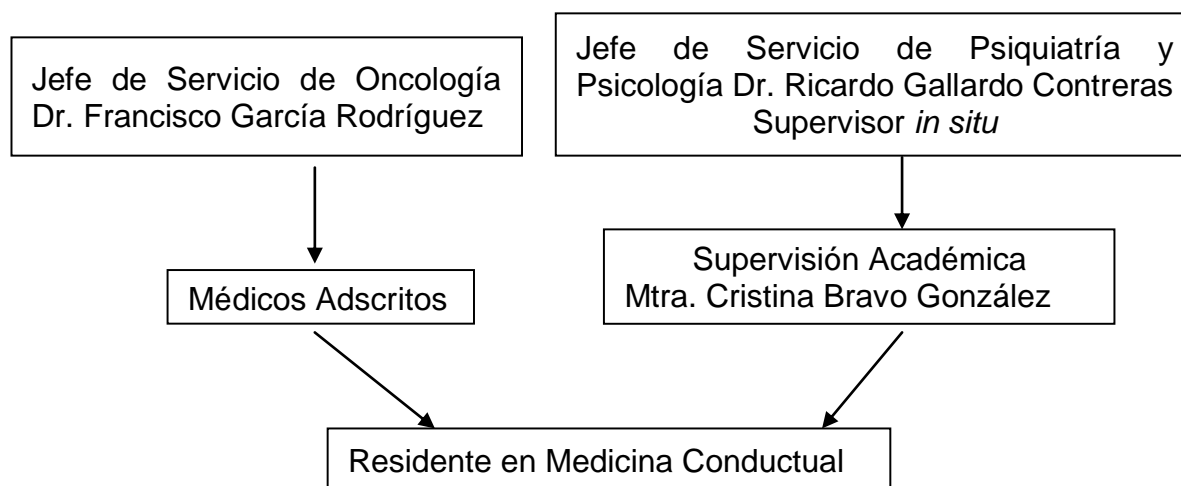
Primer año de residencia: Hospital Juárez de México

El Hospital Juárez de México se ubica en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas C. P. 07760, México, D. F. El hospital es de tercer nivel de atención, con servicios de hospitalización y 19 subespecialidades. El área asignada fue el servicio de Oncología.

Características del servicio de Oncología

El servicio de Oncología está formado por: un Jefe de servicio, nueve médicos adscritos, diez residentes médicos, dos trabajadoras sociales y enfermeras. El residente de Medicina Conductual dependía directamente de los médicos adscritos del área y supervisores tanto *in situ* como académico (ver figura 1).

Figura 1. Líneas de autoridad del servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.



Área de trabajo

Consulta externa: Se encuentra dividida en 6 áreas de atención: mama, ginecología oncológica, cabeza y cuello, tumores mixtos, radioterapia y oncología médica. Los médicos atienden pacientes de primera vez para la elaboración de diagnóstico; y de seguimiento a aquellos que tienen algún padecimiento oncológico.

Quimioterapia Ambulatoria: Es un área física integrada por diez sillones y cinco sillas, a la cual asisten los pacientes ambulatorios para recibir la quimioterapia. El médico adscrito supervisa el adecuado funcionamiento del área.

Radioterapia: es un área dedicada a la aplicación de radioterapia, tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados, en esta área trabajan técnicos radioterapeutas y un médico adscrito que coordina el trabajo.

Área de hospitalización: consta de 48 camas las cuales se encuentran en primer piso, distribuidas en 7 salas generales cada una con 6 camas y 2 aislados cada uno con 3 camas, de los cuales uno es para mujeres y otro para hombres.

Actividades desarrolladas en el servicio de Oncología

En el año 2007, el servicio de Psicología en el área de Oncología constó de dos residentes de Medicina Conductual, por lo que se dividieron las áreas de ginecología oncológica, mama, mixtos y cabeza y cuello de acuerdo con la cantidad de pacientes en las áreas. La asignación a estos servicios implica el asistir a consulta externa y atender a los pacientes de hospitalización de la misma área asignada. En la tabla 1 se observa la asignación de los servicios.

Tabla 1. Rotaciones de los residentes asignados al servicio de Oncología

RESIDENTE	1er semestre	2º semestre
R2 Erika Pineda Navarro	Tumores Mixtos y Cabeza y Cuello	Ginecología Oncológica y Mama
R1 Betsabé López Blanco	Ginecología Oncológica y Mama	Tumores Mixtos y Cabeza y Cuello

Las actividades diarias en el servicio de Oncología en el Hospital Juárez de México se pueden observar en la tabla 2.

Tabla 2. Horario de actividades

HORARIO DE ACTIVIDADES DIARIAS					
Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7-8	Clase de Oncología				
8-9	Pase de Visita			Sesión Bibliográfica	Pase de Visita
9-10	Consulta externa	Supervisión Dr. Gallardo	Clase de Cuidados Paliativos	Pase de visita	Consulta externa
10-11					
11-12				Sesión de Psicoeducación	
12-13	Hospitalización	Hospitalización	Sesión General HJM	Hospitalización	
13-14			Consulta externa de Psicología		

Actividades académicas

Clases en el servicio de Oncología

Las clases en el servicio de Oncología se llevaron a cabo todos los días de 7:00 a 8:00 de la mañana, el objetivo de asistir es aprender de manera general acerca del cáncer y de esta manera dar psicoeducación al paciente.

Las sesiones clínicas en el servicio de Oncología eran programadas por el jefe del servicio una vez por semana, una hora. Asistían a éstas los adscritos, residentes, médicos de cirugía plástica y residentes de Medicina Conductual. El objetivo era presentar casos en donde se dificultaba la elaboración de un diagnóstico y la elaboración de un plan de tratamiento.

La clase en el área de Cuidados Paliativos se llevaba a cabo en forma de seminario, lo cual permitía aprender y debatir acerca de nuevos tratamientos y estrategias psicológicas para el manejo del paciente oncológico.

Supervisión *in situ*

Las actividades programadas por parte del jefe de servicio de Psiquiatría y Psicología, incluían:

- Revisiones bibliográficas de temas concernientes al trabajo psicoterapéutico, estas sesiones se llevaban a cabo únicamente con los residentes de Medicina Conductual.
- Sesiones clínicas en donde el residente de psicología tenía asignado un día específico para presentar un caso.
- Sesiones grupales, en donde se realizaba una revisión bibliográfica de temas de interés junto con los psicólogos adscritos del Hospital.

Supervisión académica

En cuanto a la supervisión académica, ésta se llevaba a cabo los días viernes de 11 am a 13 pm, con el objetivo de asesorar acerca del manejo clínico, notas psicológicas y metodología para el protocolo de investigación. En esta sesión se revisaban y discutían los casos clínicos que eran presentados en las sesiones de los miércoles con el Dr. Ricardo Gallardo, se revisaba bibliografía relevante para el desarrollo de competencias clínicas y se daba asesoría acerca del reporte de experiencia profesional.

Al mismo tiempo, los residentes asistían a clases en las sedes académicas (Facultad de Psicología y Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM). Además de asistir a supervisión con el tutor correspondiente.

Actividades Clínicas

Pase de visita en hospitalización

A las 8:00 se realizaba el pase de visita a las salas de hospitalización diariamente después de la clase de oncología y los jueves después de la sesión bibliográfica. El pase se realizaba con el equipo multidisciplinario del servicio de Oncología: el jefe de servicio, los médicos adscritos, médicos residentes, residentes de psicología, trabajadora social y la secretaria del servicio. Esta actividad consistía en la revisión del paciente frente a su

cama de hospitalización, se analizaba expediente, estudios y se comentaba el caso entre todo el equipo para decidir su tratamiento. El residente de psicología tomaba notas acerca de lo más importante del estado médico del paciente, así como la impresión psicológica del mismo.

Cuando se detectaban necesidades en el paciente el psicólogo de Medicina Conductual trabajaba con el paciente a un lado de la cama, se evaluaba a través de una entrevista y si era necesario se daba intervención psicológica tanto al paciente como al familiar.

Consulta externa

La atención en consulta externa implicaba la atención a los pacientes de primera vez y subsecuentes que son detectados durante la consulta externa médica. También se contemplaba el día quirúrgico de cada clínica para la consulta externa de Psicología.

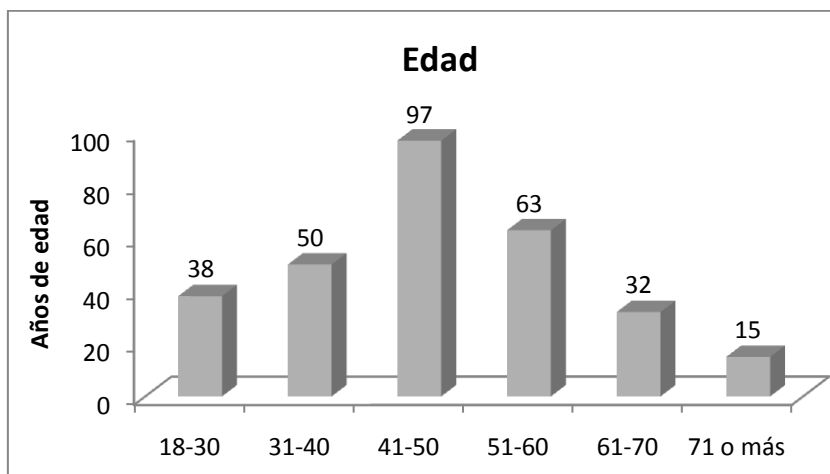
Las sesiones de psicoeducación se llevaban a cabo en la sala de espera de Oncología, en esta sesión se daban temas generales sobre el cáncer, los tratamientos y cómo manejar la situación emocional. El objetivo era informar a los pacientes y familiares acerca de los temas más solicitados por los pacientes, además de dar a conocer el servicio de Psicología.

Así como los médicos realizaban notas en el expediente, el psicólogo en Medicina Conductual tenía la obligación de elaborar notas en el expediente clínico. Estas notas se realizaban cada vez que se trabajaba con el paciente o con los familiares, en el cual si era de primera vez, incluía: ficha de identificación, padecimiento actual, motivo de consulta, historia clínica, examen mental, diagnóstico psicológico y plan de tratamiento, y en las notas subsecuentes se describía el motivo de consulta y el plan de tratamiento.

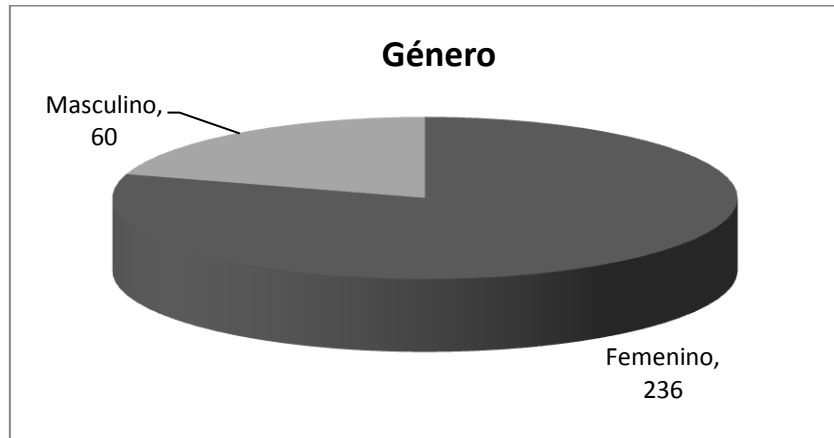
Durante la estancia en el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México se atendieron a pacientes de consulta externa y de hospitalización. También la intervención se dirigía, en gran medida, a los familiares de los pacientes. A continuación se reporta la estadística de marzo de 2007 a febrero de 2008.

Durante el primer año de residencia se atendieron a 296 pacientes del servicio de Oncología, así como a sus cuidadores. La edad promedio de los pacientes atendidos fue de 46 años, con un rango de 18 a 96 años (ver gráfica 1). El 80% de los pacientes fueron del género femenino en donde se atendieron a 236 mujeres y 60 hombres (ver gráfica 2).

Gráfica 1. Distribución porcentual de pacientes atendidos en Oncología por grupos de edades.

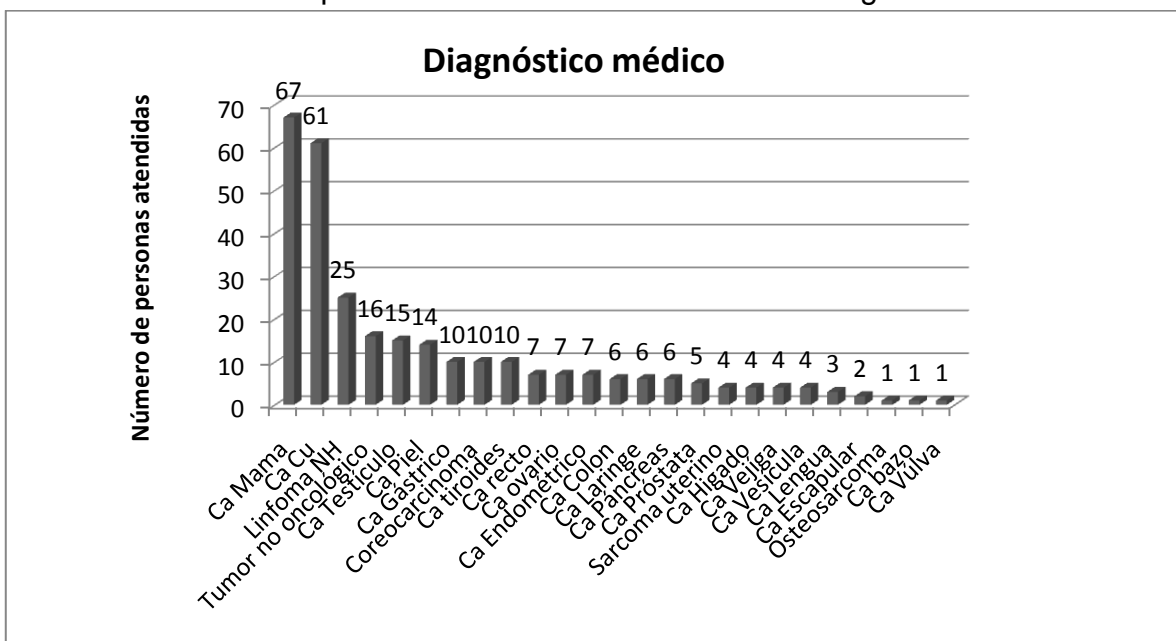


Gráfica 2. Distribución porcentual de pacientes atendidos en Oncología según el género.



El cáncer más frecuente que presentaban los pacientes que fueron atendidos fue el cáncer de mama, con 67 pacientes (22%), seguido del cáncer cérvico uterino con 61 pacientes (20%). También se atendieron pacientes con tumores no oncológicos (25 pacientes) que asistían a la consulta para descartar tumor maligno, por tal razón se atendían a los pacientes que esperaban un diagnóstico. El cáncer de testículo, de piel y el gástrico fueron padecimientos frecuentes con el 5% cada uno. Los padecimientos menos frecuentes fueron el Osteosarcoma, cáncer de bazo y el cáncer de vulva con un paciente atendido por cada caso (ver gráfica 3).

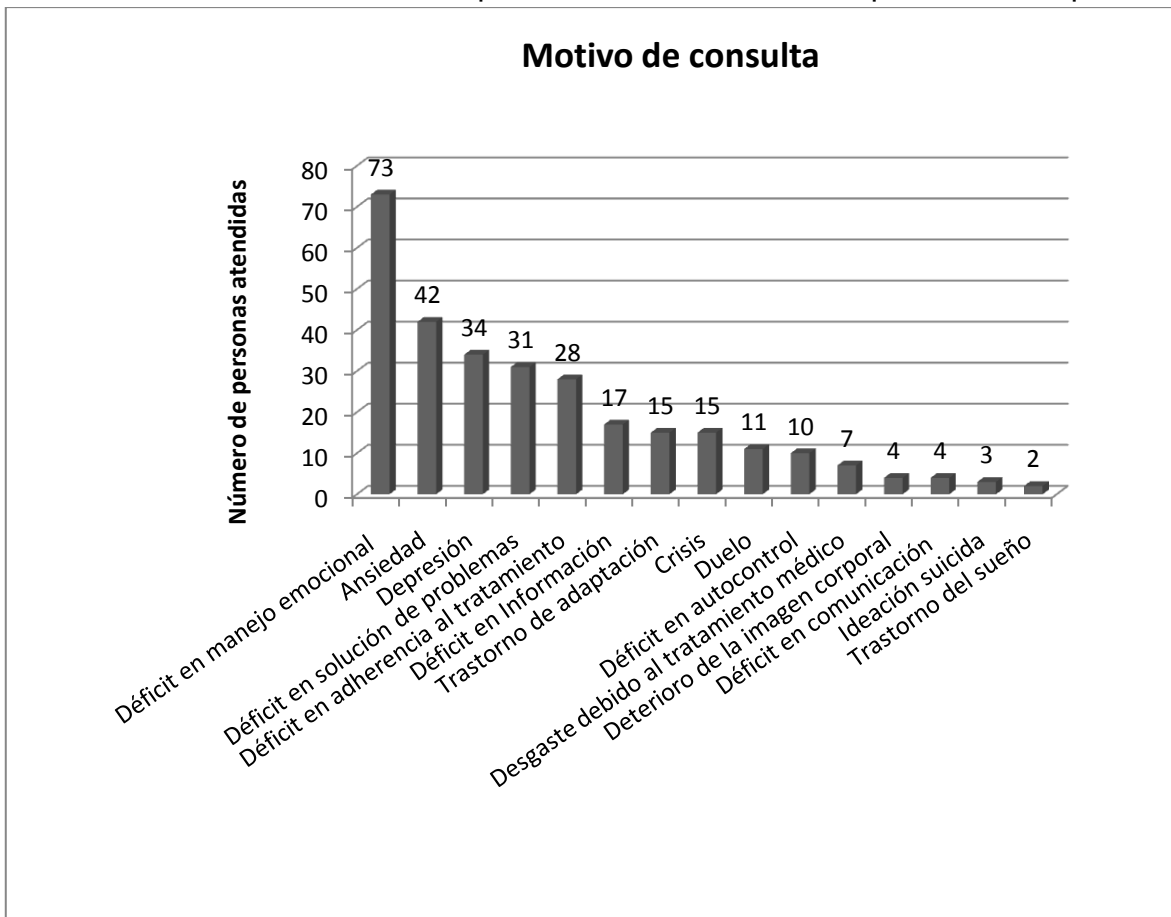
Gráfica 3. Distribución de pacientes atendidos de acuerdo al diagnóstico médico.



Los problemas más frecuentes por lo que eran canalizados los pacientes de Oncología al servicio de Psicología eran principalmente manejo emocional, con 73 pacientes (24%); seguido de Trastornos psiquiátricos como ansiedad y depresión, con 42 (14%) y 34 (11%) pacientes respectivamente, trastorno de adaptación (15 pacientes o 5%) y en menor proporción ideación suicida y trastornos del sueño, con 3 y 2 pacientes respectivamente. Otro motivo de consulta también frecuente es el déficit en solución de problemas (31 pacientes o 10% de toda la población atendida) y adherencia al tratamiento (28 pacientes

o 9% de toda la población). También se atendieron pacientes en crisis debido a la noticia del diagnóstico de cáncer o recaída de la enfermedad (15 pacientes, 5%). La atención también se dirigía a la familia para evaluar desgaste del cuidador, así como otros trastornos psiquiátricos (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Distribución de atención a paciente de acuerdo con el padecimiento psicológico.



Evaluación

Evaluación inicial del servicio

Es un servicio con mucha demanda por lo que los espacios de atención son insuficientes. Las condiciones físicas no permitían un ambiente de empatía, intimidad y confianza con el paciente, debido a que las sesiones se realizaban en el pasillo, en alguna oficina donde entraba gente con frecuencia o consultorios en donde se tenía que interrumpir la sesión por la ocupación de algún médico.

La relación se veía limitada en muchos aspectos. Había dificultad en la comunicación debido a que los médicos no daban una explicación clara acerca de la enfermedad, solían ser indiferentes, insensibles y no le daban tiempo suficiente al paciente.

Evaluación de las actividades clínicas y académicas

La permanencia del psicólogo en la consulta médica de oncología permitía conocer el procedimiento del médico para la evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente, además de identificar al paciente que requería apoyo psicológico. Sin embargo era una actividad que consumía la mayor parte del tiempo dentro del hospital, eso implicaba menor tiempo para atender pacientes en hospitalización o en la realización del protocolo.

Además otra situación que dificultaba el trabajo del psicólogo en Medicina Conductual era la falta de un espacio físico para desempeñar las actividades clínicas.

En cuanto a las actividades académicas el Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología daba la libertad de presentar el tema de elección personal. Sin embargo no había una retroalimentación adecuada porque los psicólogos adscritos y el Jefe de Servicio no conocían el tema que se estaba trabajando.

Evaluación del sistema de supervisión

La supervisión in situ fue muy deficiente porque la formación teórica del supervisor no correspondía con la formación que se pretende para el residente de Medicina Conductual, además la supervisión resultaba escasa y en la mayor parte de las ocasiones el residente resolvía sus dudas y atendía a los pacientes sin supervisión de su parte.

En cuanto a la supervisión académica, se evalúa como adecuada, ya que las competencias profesionales supervisoras permitían resolver dudas y focalizar de manera adecuada la información. La supervisión académica permitía lograr objetivos relacionados con el desarrollo de habilidades particulares en cuanto a la atención al paciente en ámbitos hospitalarios, así como el avance del protocolo de investigación para la titulación.

Competencias alcanzadas

Las competencias que se alcanzaron al finalizar el primer año fueron principalmente la resolución de conflictos psicológicos en corto tiempo con una gran efectividad, focalizar el problema del paciente, obtener la información necesaria y organizarla de manera significativa para inferir un tratamiento acorde a las necesidades de cada usuario. Manejo de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos e incremento de habilidades para la comunicación con el médico y conocimiento teórico acerca de temas médicos.

PROPIEDADES CONTEXTUALES Y ORGANIZATIVAS DE LA RESIDENCIA

Segundo año de residencia: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”

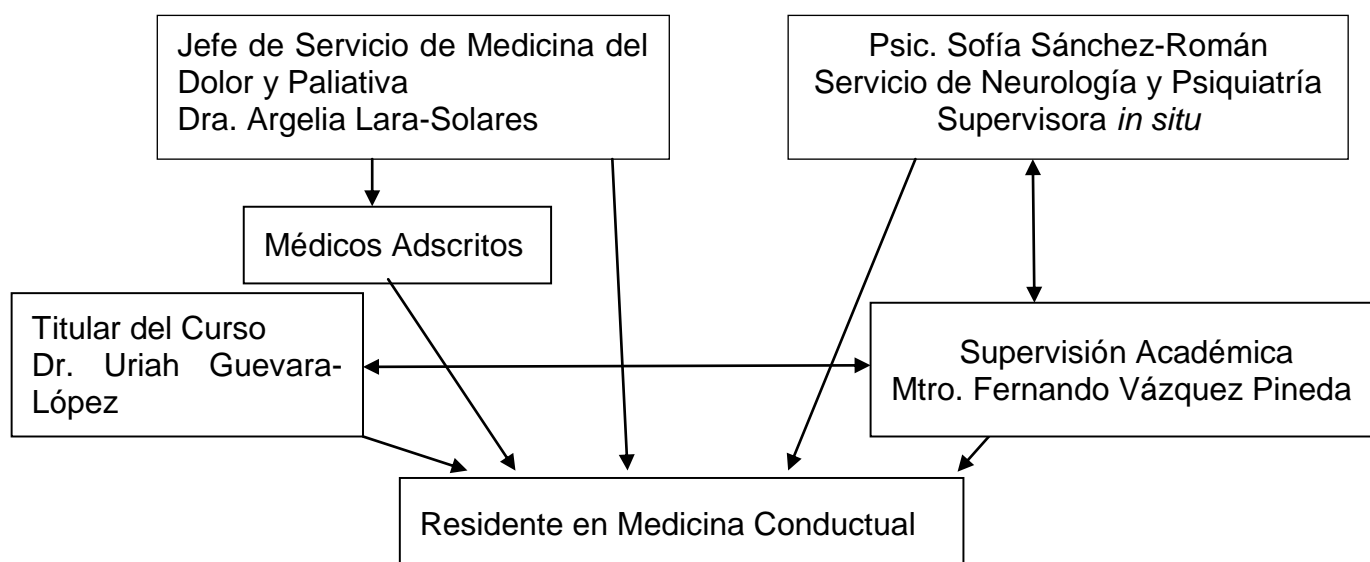
El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMNSZ) se ubica en Calle Vasco de Quiroga No. 15 Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, 14000 México D.F. Es un Hospital de tercer nivel de atención, cuenta con los servicios de hospitalización y consulta en más de 40 departamentos y clínicas, lo cual abarca casi todas las especialidades y subespecialidad médicas.

El INCMNZZS tiene una torre de hospitalización con 4 niveles, unidad de urgencias, unidad de terapia intensiva, un edificio de consulta externa con más de 50 consultorios, 7 quirófanos, 5 edificios de subespecialidades médicas con sus propios laboratorios, un auditorio, una biblioteca, un departamento de computación, un edificio de enseñanza médica con 7 aulas, un departamento de enseñanza en enfermería con 7 aulas, una cocina, un comedor.

Características del servicio de Medicina del Dolor y Paliativa

El servicio de Medicina del Dolor y Paliativa constaba de un jefe de servicio, tres médicos algólogos adscritos, ocho residentes especialistas en anestesiología que realizaban curso de subespecialidad en Algología por un año, una enfermera, una pasante de enfermería que rota cada 6 meses, dos psicólogas especialistas en Medicina Conductual y una secretaria (ver figura 1).

Figura 1. Líneas de autoridad en el servicio de Medicina del Dolor y Paliativa.



Área de trabajo

Consulta externa de clínica del dolor: El consultorio se encuentra en el edificio de la consulta externa en el primer piso, pasillo 1, consultorio 208. Es un consultorio amplio el cual está dividido por biombos. En la consulta se atienden pacientes con diferentes diagnósticos. Las primeras consultas del día son pacientes que asisten por primera vez a clínica del dolor, posteriormente se atienden todos los pacientes de seguimiento.

Consulta externa de cuidados paliativos: La sala de procedimientos se encuentra en el edificio de consulta externa en la planta baja pasillo 1. Es un área diseñada para la aplicación de procedimientos de intervencionismo. Cuenta con una oficina y un consultorio que está dividido en tres cubículos. Además de la atención a pacientes para la realización de procedimientos intervencionistas, también se atiende a los pacientes de Cuidados Paliativos, debido a que cuenta con camillas, para su mayor comodidad y una enfermera que asiste a los pacientes y a los cuidadores.

Hospitalización: Los pacientes que son interconsultados para Medicina del Dolor o Paliativa también son evaluados por el servicio de Psicología. Sin embargo el área no tiene un sector o área especial de hospitalización. La interconsulta se realiza en la cama del paciente.

Urgencias: también en esta área se solicita el apoyo por parte de Medicina del Dolor y Paliativa, donde el psicólogo interviene para detectar necesidades de la población. La intervención psicológica se realiza en la camilla donde se encuentre el paciente, así como con los familiares.

Terapia intensiva: en ocasiones los médicos de ésta área solicitan apoyo de los médicos de Medicina del Dolor para el manejo del paciente.

Actividades desarrolladas en el servicio

En el año 2008, fueron asignados dos residentes de Medicina Conductual en el servicio de Medicina del Dolor y Paliativa. Debido a que son diferentes las áreas que requieren atención se asignaron como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1. Asignación de actividades en el periodo comprendido entre Marzo del 2008 a Febrero de 2009.

	1er trimestre	2º trimestre	3er trimestre	4º trimestre
Hospitalización	R1: 1º, 4º piso y urgencias. R2: 2º y 3º piso	R1: 2º y 3º piso R2: 1º, 4º piso y urgencias	R1: 1º, 4º piso y urgencias. R2: 2º y 3º piso	R1: 2º y 3º piso R2: 1º, 4º piso y urgencias.
Consulta Externa	R1: consulta de dolor R2: consulta del paliativos	R1: consulta del paliativos R2: consulta de dolor	Los residentes pueden decidir quedarse en una u otra consulta dependiendo de su protocolo procurando siempre que ambas áreas tengan atención psicológica	
Guardias de fin de semana	Los residentes asisten alternadamente a la guardia de fin de semana			

Residente 1: R1
Residente 2: R2

Las actividades realizadas en el servicio de Medicina del Dolor y Paliativa se describen de manera detallada en la Tabla 2.

Tabla 2. Actividades diarias en el segundo año de residencia.

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7:00-8:00	Clases con residentes de Algología (Aula 5)					Guardia con médico residente	
8:00-9:00	Entrega de guardia (Sala de juntas)				Supervisión académica (Biblioteca)		
9:00-10:00	Consulta externa Dolor: consultorio 208 Paliativos: Planta baja, área de procedimientos		Consulta externa: Área de procedimientos	Consulta externa Dolor: consultorio 208 Paliativos: Planta baja área de procedimientos			
11:00-12:00			Sesión conjunta INCAN -INCMNSZ				
12:00-13:00							
13:00-14:00		Supervisión <i>in situ</i> (Clínica de Obesidad)					
14:00-15:00	Journal Club Dra. Lara (Sala de Juntas)						
15:00-17:00	Consulta externa (consultorio 208)						

Actividades académicas

Clases en el servicio de Medicina del Dolor y Paliativa

De lunes a jueves de 7 am a 8 am en el aula 5 del edificio de enseñanza se llevaban a cabo las clases con los médicos residentes. Cada día estaba asignado a un revisor quien coordinaba la clase. El residente de Medicina Conductual también preparaba e impartía clases aproximadamente una vez al mes. Los temas que se revisaban en clases tenían el objetivo de dar a conocer el papel del psicólogo, orientar al médico acerca de aspectos psicológicos y el uso de métodos y estrategias para el manejo del paciente en el área de

Medicina del Dolor y Paliativa. Los temas que se presentaron en clase fueron los siguientes:

- Relación médico-paciente
- Técnicas conductuales para el manejo del dolor
- Terapia racional emotivo conductual para pacientes con dolor
- Conducta tipo A
- Hipnosis
- Depresión
- Riesgo suicida en pacientes con dolor

Los temas de psicología que se dieron en ese año fueron propuestos por los médicos adscritos, sin embargo se propuso un nuevo temario con tópicos más recientes y que han sido aprobados por modelos internacionales. Por lo que se sugirió y aprobó el siguiente temario para los nuevos residentes que ingresaron en el 2009. Los temas fueron los siguientes:

- El papel del psicólogo en la clínica del dolor
 - Definición de Medicina Conductual (Schwartz y Weiss, 1977)
 - Introducción a la terapia cognitivo-conductual
- Variables psicológicas relacionadas con la medición del dolor
 - Sensopercepción y psicofísica del dolor
 - Implicaciones para una medición válida y confiable del dolor
 - Restricciones sobre el informe del dolor
 - ¿Que mide en realidad el EVA de dolor?
 - Amplificación del informe del dolor
 - Estado de ánimo e informe del dolor
 - Experiencia de dolor y recuerdo del dolor
- Trastornos psiquiátricos en dolor
 - Diferencias entre ansiedad, depresión, trastornos de ajuste y duelo
- Trastornos del Eje 1 en el dolor
 - Somatomorfos
 - Ficticios
- Trastornos de la personalidad
- Terapia cognitiva en el tratamiento del dolor
 - Cognición: creencias de incapacidad, ideas catastrofizantes e irracionales
 - Afrontamiento
 - Reestructuración cognitiva
 - Consejo psicológico breve y solución de problemas
- Terapia conductual
 - Relajación
 - Autocontrol
 - Inoculación del estrés
 - Habilidades sociales
- Miedo al dolor e inactividad
 - Ciclo del Dolor [dolor ↔ discapacidad ↔ distrés], desarrollo y persistencia
 - Reforzamiento de la conducta de dolor

- Componentes de condicionamiento clásico y operante
- Implicaciones sociales del dolor
- Ocupación, trabajo, tiempo libre, vida social
- Relación médico paciente
 - Comunicación de malas noticias
 - Desgaste profesional
- Adherencia al tratamiento
 - Toma de decisiones compartida sobre el tratamiento
 - Discusión de alternativas disponibles
 - Balance decisonal
- Desgaste del cuidador
- Adicciones
- Manejo del dolor en el anciano

Los días miércoles se realizaban sesiones conjuntas entre el INCMNSZ e INCAN, en el horario de 10:30 a 14:00. Los primeros dos miércoles de cada mes las sesiones se llevaban a cabo en el INCMNSZ y los últimos dos o tres miércoles de cada mes las sesiones se realizaban en el INCAN. El psicólogo de Medicina Conductual también participaba en esas sesiones en las cuales se revisaba un caso clínico, el psicólogo podía dar una opinión sobre aspectos psicosociales del caso. Posteriormente, se hacía una revisión de artículos en donde el residente de Medicina Conductual debía proponer artículos de aspectos psicológicos relacionados con el tema visto en esa sesión.

El *journal club*, organizado por la jefa del servicio, se realizaba todos los lunes de 14:00 a 15:00, en el cual se revisaban artículos actualizados sobre un tema específico, donde el psicólogo aportaba información relevante acerca de aspectos psicosociales.

Supervisión *in situ*

La supervisión *in situ* era dirigida por la Psic. Sofía Sánchez Román, adscrita al departamento de Neurología y Psiquiatría. Las actividades se programaban todos los martes de 13:00 a 15:00 en la clínica de obesidad. En la primera hora se realizaba una revisión de artículos acerca de un tema establecido en la sesión anterior. Se revisaron temas como adherencia al tratamiento, adicciones, trastornos psiquiátricos en ámbito hospitalario, evaluación psicológica por medio de instrumentos, trastornos alimenticios, abandono al tratamiento, entre otros. Tales sesiones se llevaban a cabo con los residentes de Medicina Conductual de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, así como de Trasplante de Hígado, el programa de Obesidad y el programa de servicio social de Neurología y Psiquiatría. En la segunda hora se realizaba la sesión de supervisión únicamente con los residentes de Medicina Conductual del servicio de Clínica del Dolor, en donde se resolvían dudas con respecto al manejo clínico de pacientes así como de metodología para la realización de los protocolos de investigación.

Supervisión académica

La supervisión académica era dirigida por el Mtro. Fernando Vázquez Pineda, profesor de tiempo completo de la Facultad de Psicología de la UNAM. La supervisión se llevaba a cabo todos los viernes de 8:00 a 9:00 de la mañana en la biblioteca del Instituto Nacional de Ciencias Médica y Nutrición "Salvador Zubirán". En la supervisión se revisaban temas relacionados con el manejo del dolor y de los cuidados paliativos, como intervención en crisis, adicción en pacientes con dolor crónico no oncológico, manejo del dolor con técnicas cognitivo conductuales, psicofísica del dolor, entre otros. También se comentaban situaciones relacionadas con el manejo de los pacientes, así como supervisión acerca del protocolo de investigación y reporte de experiencia profesional.

Actividades clínicas

Pase de visita en hospitalización

Se realizaba junto con los médicos adscritos y los residentes, de lunes a jueves de 8:00 a 8:30 am aproximadamente, dependiendo del número de pacientes en hospitalización. Durante el pase de visita cada residente de Medicina Conductual acompañaba a un médico adscrito.

En el pase de visita los médicos revisaban las dosis de medicamentos, preguntaban la intensidad del dolor por medio de la EVA (escala visual análoga de dolor) y la ESAS en caso de que el paciente fuera interconsultado para cuidados paliativos, se daba información y se aclaraban dudas con el paciente y los familiares.

En la entrega de guardia se discutía cada caso para determinar los procedimientos, establecer un diagnóstico o el tratamiento. El papel del residente de Medicina Conductual era observar y tomar nota de lo más importante del estado médico del paciente (estudios médicos, diagnóstico, evolución, pronóstico), identificar alguna necesidad psicológica que requiriera de intervención. Cuando el caso ya había sido evaluado por el residente de Medicina Conductual se comentaba acerca del estado mental, afectivo y social del paciente así como de los familiares. Los comentarios realizados debían ser relevantes para el manejo adecuado del caso y era importante que se planteara un plan y seguimiento del mismo.

Consulta externa

Cuidados Paliativos: se entrevistó y se detectaron las necesidades de todos los pacientes de cuidados paliativos y de su cuidador primario, posteriormente se brindó intervención y seguimiento en caso de ser necesario.

La entrevista se realizaba después de la consulta médica y duraba aproximadamente 45 minutos. Las consultas de seguimiento podían hacerse por cita directa con el psicólogo encargado del área o bien en la posterior consulta médica del paciente.

Consulta de Dolor: Se realizó entrevista inicial a aquellos pacientes que fueron canalizados por el médico residente. Una vez que se detectaron las necesidades del paciente se realizó la intervención correspondiente, la cual podía ser grupal a través de un taller para pacientes con dolor el cual tenía una duración de 6 sesiones de una hora y

media aproximadamente (se implementaron técnicas como psicoeducación, relajación restructuración cognitiva, solución de problemas y planeación de actividades). La intervención podría ser individual sólo en caso de que el paciente no pudiera de ninguna forma estar en el taller.

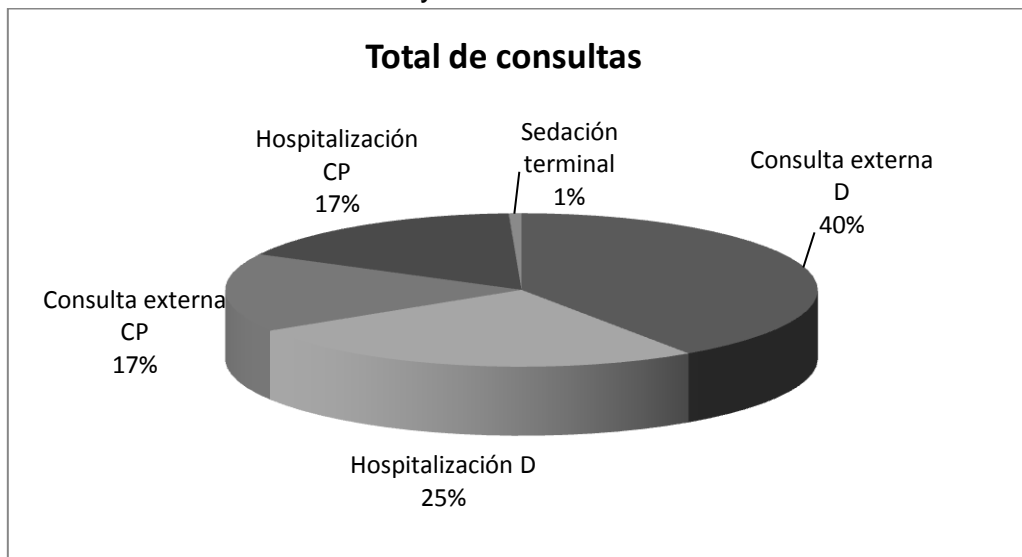
En ocasiones los pacientes con dolor crónico presentaban otros conflictos tales como: problemas de pareja, adicciones en la familia, conflictos con los hijos, ente otros. Tales circunstancias desviaban el foco de atención de la terapia, en esos casos era importante intervenir sobre los problemas psicológicos relacionados directamente con el dolor crónico y canalizar al paciente a otro servicio de apoyo para resolver las comorbilidades.

Durante el periodo de marzo del 2008 a febrero del 2009 se atendieron un total de 548 pacientes, de los cuales 256 fueron de primera vez y 283 subsecuentes (ver gráfica 1). La mayor cantidad de población fue atendida en la consulta externa de dolor (117 pacientes), y en hospitalización para el control del dolor, en donde se atendieron 74 pacientes. En cuanto al servicio de Cuidados Paliativos, se atendieron 24 pacientes en la consulta externa, 48 pacientes de hospitalización y se realizaron dos intervenciones familiares para sedación terminal (ver gráfica 2).

Gráfica 1. Distribución porcentual de pacientes atendidos de primera vez y subsecuentes.

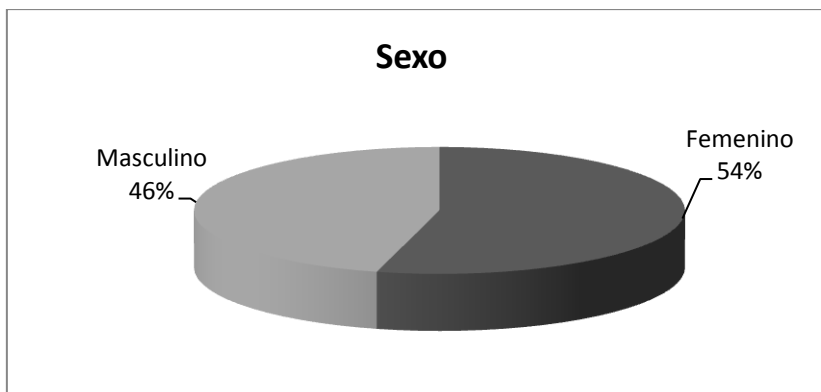


Gráfica 2. Distribución porcentual de atención de pacientes en consulta externa y hospitalización de la Clínica del Dolor y de Cuidados Paliativos.



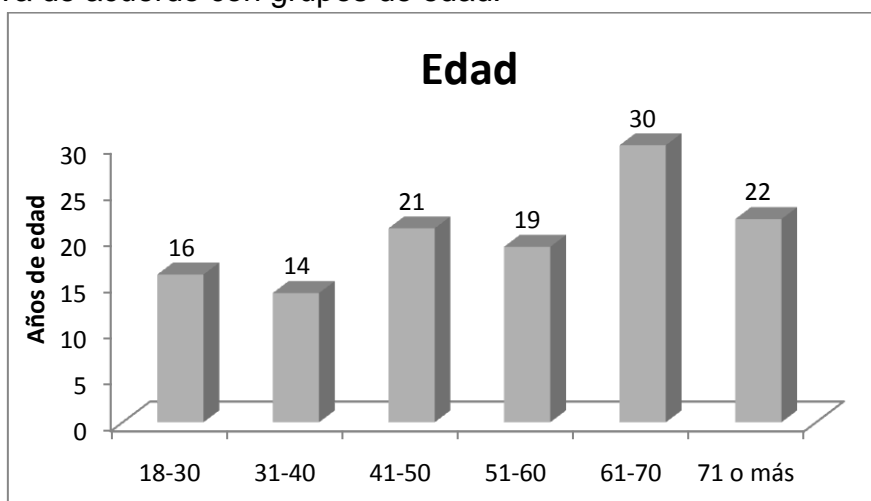
Se atendió un total de 158 mujeres que representa el 54% de la población total atendida, mientras que en menor proporción, se atendieron 107 hombres que representa el 46% (ver gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución porcentual de pacientes atendidos en el servicio de Medicina del Dolor y Paliativa de acuerdo al sexo.



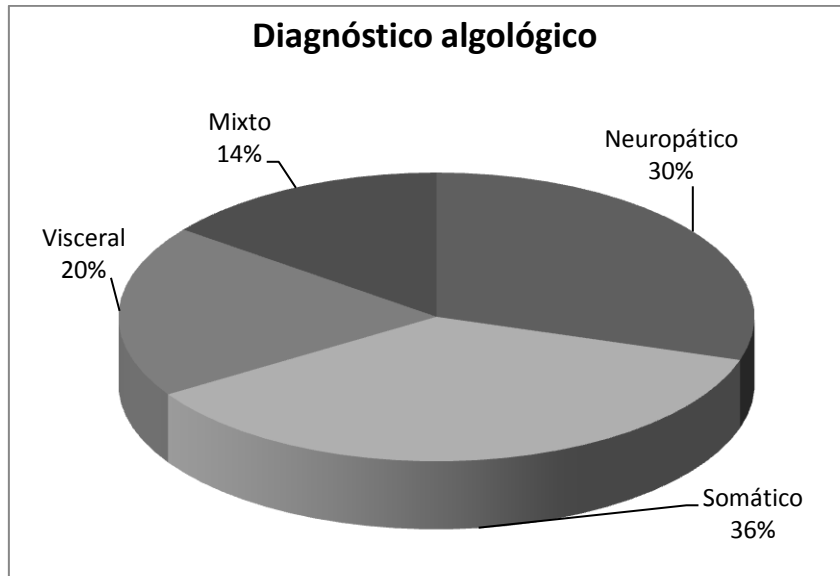
La media de edad de los pacientes atendidos es 54 años con un rango de 18 a 86 años. El grupo de edad más frecuente entre la población atendida fue de 61-70 años de edad con 63 pacientes que representa el 23%, seguido del grupo de 51-60 años con 59 pacientes, representando el 22%. El grupo de edad que se atendió con menor frecuencia es el de 18-30 años, con un número de 28 paciente, que representa el 10% (ver gráfica 4).

Gráfica 4. Distribución porcentual de pacientes atendidos en el servicio de Medicina del Dolor y Paliativa de acuerdo con grupos de edad.



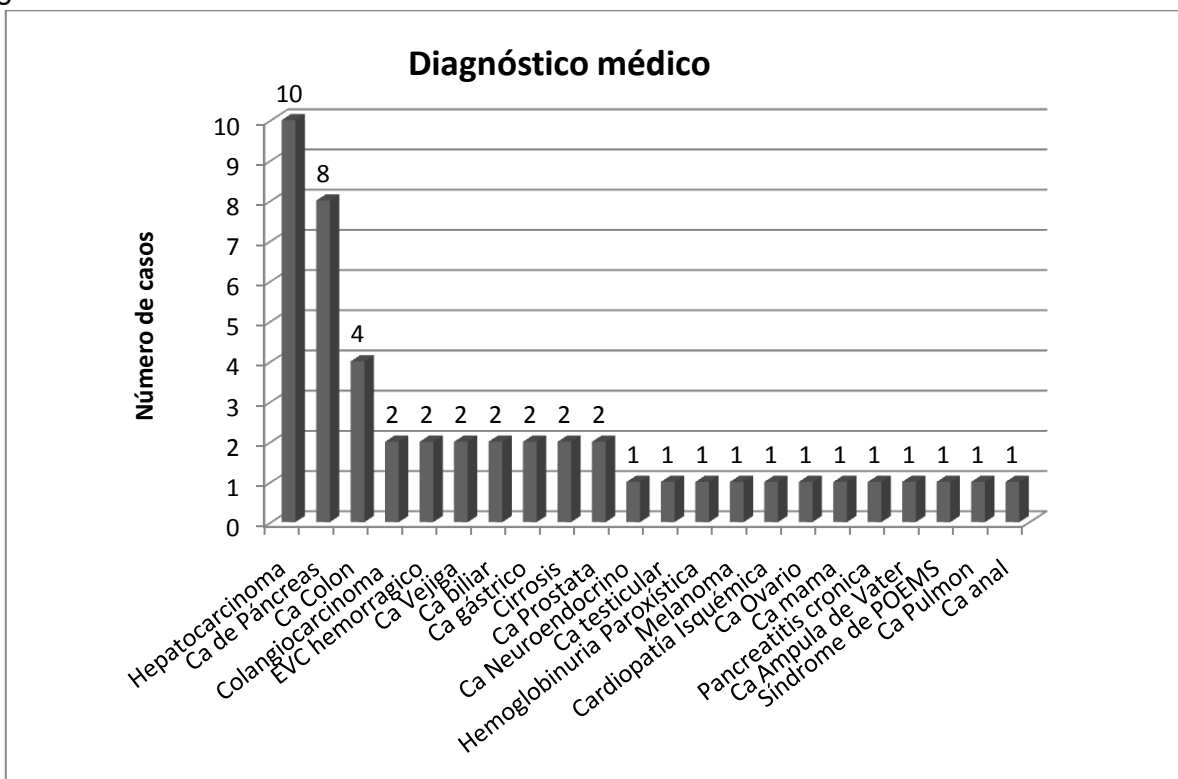
Se atendieron 191 pacientes en donde su principal motivo de consulta era el dolor crónico, de los cuales el síndrome doloroso que se atendió con más frecuencia es el Somático con 69 casos (36%), le sigue el síndrome doloroso neuropático con 57 casos (30%), dolor visceral con 37 casos (20%) y 28 casos de dolor mixto (14%), ver gráfica 5.

Gráfica 5. Distribución porcentual de pacientes atendidos de acuerdo al diagnóstico algológico.



Se atendieron un total de 72 casos de pacientes de Cuidados Paliativos y 2 casos de pacientes para sedación terminal. De estos casos el más frecuente fue el cáncer de páncreas con 12 casos, le sigue el cáncer gástrico con 8 casos, posteriormente se atendieron 7 casos de hepatocarcinoma y cáncer de colon (ver gráfica 6). Se atendieron a los familiares de dos pacientes que fueron sometidos a sedación terminal debido a disnea refractaria.

Gráfica 6. Distribución de pacientes atendidos en Cuidados Paliativos de acuerdo al diagnóstico médico.



Intervenciones más usuales

Valoración de pacientes en Delirium

Una buena proporción de los pacientes en Cuidados Paliativos puede atravesar por periodos de delirium que afectan la capacidad del paciente para valorar su dolor. El estado cognitivo de confusión dificulta la evaluación del dolor y esto repercute en el tratamiento farmacológico, además de que es una fuente de desgaste en los familiares. Dadas tales condiciones es importante identificar e intervenir.

Para hacer un diagnóstico presuntivo es necesario revisar que cumplan con los criterios diagnósticos del DSM, y aplicar el examen Minimental de Lobo para detectar deterioro cognitivo en el paciente. Sin embargo, cabe destacar que el delirium es una entidad que pertenece al campo de la psiquiatría por lo cual es necesario realizar la interconsulta a tal área.

Una vez detectado los síntomas de delirium en el paciente, se proporcionaba psicoeducación a la familia sobre esta complicación, se identificaban temores y dudas, y se brindaban las siguientes recomendaciones:

- Tener al paciente en un cuarto bien ventilado en donde este cerca de una ventana que le permita notar los cambios del día y la noche.
- Hacer uso de un calendario y un reloj para ubicar al paciente en el tiempo.
- En caso de que el paciente se encuentre hospitalizado puede ser de utilidad tener a la mano algunos objetos personales como: fotos de su familia o amigos, algún adorno pequeño u otro objeto personal de buen tamaño.
- Es importante que la familia no refuerce las alucinaciones del paciente.

Valoración de paciente para riesgo adictivo

Debido al uso de medicamentos controlados el abuso de éstos es una de las preocupaciones fundamentales de los médicos. Para detectar este riesgo el psicólogo debe establecer una buena relación con el paciente, posteriormente realiza una entrevista y si es necesario la aplicación de instrumentos psicométricos. También es importante corroborar datos con el cuidador primario del paciente, revisar el expediente médico, y considerar los criterios del DSM.

Si se detecta riesgo adictivo se debe notificar al médico tratante para que él decida el tratamiento farmacológico más adecuado y que el paciente este consiente de los riesgos de abusar de los opioides. En ocasiones es importante realizar un contrato conductual.

Desgaste del Cuidador

Es un síndrome que puede tener repercusiones serias para el cuidador al minar su salud y se relaciona con ansiedad o depresión y también dificulta el tratamiento del paciente ya que no recibe los cuidados óptimos.

Cuando se sospecha de síndrome de desgaste es necesario realizar una entrevista adecuada y la aplicación de la prueba de Desgaste de Zarit, así como identificación de redes de apoyo, y estado de salud actual del cuidador.

Si se detecta que el cuidador está desgastado se debe: psicoeducar acerca del problema y buscar fuentes de apoyo social, practicar técnicas de relajación y solución de problemas y en el caso de problemas económicos canalizar a trabajador social.

Manejo del dolor

En cuanto al manejo de pacientes con dolor crónico se utilizaron estrategias cognitivo-conductuales como psicoeducación, relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, higiene del sueño y planeación de actividades. Tales técnicas se describen con mayor detalle en el protocolo de investigación.

Evaluación

Evaluación inicial del servicio

En el servicio de Medicina del Dolor y Paliativa se trabajaba de manera interdisciplinaria, en donde el papel del psicólogo en Medicina Conductual era muy relevante para el manejo del paciente. Al psicólogo se le exigía y se le supervisaba de la misma manera que los médicos residentes de Algología, lo cual implicaba un entrenamiento exhaustivo en el tema médico que se reflejaba en un mejor manejo para los pacientes. La evaluación psicológica era importante, sin embargo las limitaciones en cuanto a espacios y recursos dificultaban la intervención.

El servicio de Medicina del Dolor y Paliativa era de alta demanda, en ocasiones era elevada la cantidad de pacientes asignados en un día, y al ser pocos los espacios físicos, la consulta se realizaba a un lado del médico que estaba dando otra consulta o, si era posible, se solicitaba otro consultorio que estuviera disponible en ese momento. La atención del paciente en hospitalización era en su cama, lo cual no permitía la privacidad. El familiar del paciente hospitalizado era atendido generalmente en el pasillo, condiciones desfavorables para el establecimiento de un clima de confianza y privacidad.

Evaluación de las actividades clínicas y académicas

El trabajo clínico con los pacientes de Medicina del Dolor era muy enriquecedor. A lo largo del año se atendieron pacientes con diferentes síndromes dolorosos, donde la investigación clínica en el área de Medicina Conductual con técnicas cognitivo-conductuales está muy bien fundamentada. En cuanto a la intervención en Cuidados Paliativos la información en terapia cognitivo-conductual no era tan amplia, sin embargo es un campo abierto para nuevas propuestas de investigación e intervención.

El entrenamiento recibido por las diferentes autoridades académicas era relevante y oportuno para el residente en Medicina Conductual. Las clases con los residentes de Algología permitían que el psicólogo tuviera un mayor conocimiento acerca de los síndromes dolorosos, así como de los pacientes en Cuidados Paliativos. Lo que permitía dar psicoeducación acertada al paciente y familiares.

Evaluación del sistema de supervisión

La supervisión académica e *in situ* considero que era adecuada, oportuna, orientadora y resolutoria. Los supervisores tienen una amplia experiencia en el área clínica y metodológica. Lo cual contribuyó a mejorar el desempeño clínico y de investigación.

En las sesiones de supervisión se tocaban temas de interés del residente en Medicina Conductual, además de que las dudas acerca de un caso reciente se atendían de manera oportuna con información basada en la investigación científica.

Competencias alcanzadas

Durante el segundo año de residencia las competencias alcanzadas fueron:

- Planeación, organización e intervención de un programa cognitivo-conductual de manera grupal en pacientes con dolor crónico
- Intervención con familiares de pacientes en Cuidados Paliativos
- Manejo psicológico en el paciente de Cuidados Paliativos
- Investigación clínica en el área de Dolor Crónico
- Manejo de paciente difícil
- Intervención en adultos mayores
- Planeación, elaboración e impartición de talleres y clases a enfermería y médicos residentes.

Actividades profesionales no programadas

Taller de inducción para residentes

Se llevó a cabo un taller de inducción para los residentes de la subespecialidad de Algología y para los residentes de Medicina Conductual. La primera parte se presentó el papel del psicólogo en las Clínicas del Dolor y Cuidados Paliativos, con una duración de una hora. Posteriormente se realizó un taller de inducción a los alumnos de Psicología, en donde se les presentó el material que utilizarán y los espacios físicos en donde trabajarán. Se elaboró un manual sobre las actividades a realizar en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, así como un CD con materiales de evaluación, registros, trípticos informativos, los protocolos de investigación realizados en el último año de residencia, así como una compilación de artículos básicos sobre Medicina del Dolor y Paliativa. Tales materiales fueron entregados a los residentes de Medicina Conductual, así como a la supervisora in situ y a la Jefa de Servicio de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del INCMNSZ. El taller introductorio tuvo una duración de 8 horas aproximadamente.

Conferencia

El servicio de Enfermería extendió la invitación para participar en el ciclo de conferencias sobre Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos el cual se llevó a cabo los días 20,21 y 22 de mayo del 2008. En tal ciclo se presentó la ponencia titulada "Manejo de Factores Psicológicos en el Paciente con Dolor Crónico y en Cuidados Paliativos". Tal presentación fue dirigida al equipo de enfermería del INCMNSZ. La conferencia tuvo una duración de 30 minutos con sesión de preguntas y comentarios.

REFERENCIAS

- Aass, N., Fossa, S.D. & Dahl, A.A. (1997). Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radiumhospital. *European Journal of Cancer*, 10, 1593–1604.
- Agrafojo-Betancor, E., Manrique de Lara & Del Río, B. (2002). El duelo: modelos teóricos. En Die-Trill, M. y López-Imedio, E. (Eds.), *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos: la comunicación con el enfermo y la familia*. Madrid: ADES.
- Andrasik, F. (2004). The essence of biofeedback, relaxation and hypnosis. En: Dworkin, R.H. & Breitbart, W.S. (Eds.), *Psychosocial Aspects of Pain: A handbook for Health Care Providers* (3ª ed.). Seattle: IASP Press.
- Asmundson, G.J.G. & Carleton, R.N. (2005). Fear of pain is elevated in adults with co-occurring trauma-related stress and social anxiety symptoms. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, (4), 248-225.
- Barragán-Berlanga, A.J., Mejía-Arango, S. & Gutiérrez-Robledo, L.M. (2007). Dolor en adultos mayores de 50 años: prevalencia y factores asociados. *Salud Pública de México*, 49, (4), 488-494.
- Bonica, J. (1990). *The management of Pain*. Philadelphia: Lea & Febiger.
- Brajtman, S. (2005). Helping the family through the experience of Terminal restlessness. *Journal of hospice and palliative nursing*, 7, (2), 73-81.
- Bravo-Bernabé, P., Hernández-Carvajal, B. & Enríquez-Castro, J.A. (2008). Dolor de columna vertebral lumbar. En Guevara-López, U. & De Lille-Fuentes, R (Eds.), *Medicina del Dolor y Paliativa* (2ª ed.). México: Corporativo Intermédica.
- Broekmans, S., Dobbels, F., Milisen, K., Morlion, B., Vanderschueren, S. (2009). Medication adherence in patients with chronic non-malignant pain: Is there a problem? *European Journal of Pain*, 13, 115-123.
- Builes-Correa, M.V. & Bedoya-Hernández, M.H. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35 (4), 463-475.
- Carroll, D., Seers, K. & Carroll, D. (1998). Relaxation for the relief of chronic pain: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (3), 476-487.
- Chapman, C.R. & Okifuji, A. (2004). Pain basic mechanisms and conscious experience. En: Dworkin, R.H. & Breitbart, W.S. *Psychosocial Aspects of Pain: A handbook for Health Care Providers* (3ª ed.). Seattle: IASP Press.
- Chia-Chin, L., Pi-Ling, C., Shang-Liang, W., Yue-Cune, C. & Yuen-Liang, L. (2006). Long-term effectiveness of a patient and family pain education program on overcoming barriers to management of cancer pain. *Pain*, 122 (3), 271-281.
- Cort, E., Monroe, B. & Oliviere, D. (2004). Couples in palliative care. *Sexual and Relationship Therapy*, 19 (3), 337-354.
- Crichton, P. & Moorey, S. (2002). Treating pain in cancer patients. En Turk, D.C. & Gatchel, R.J. (Eds), *Psychological approaches to pain management* (2ª ed.), Nueva York: The Guilford Press.

- Cunningham, O.D., Carroll, A., Fattah, S., Coffey, I. & Stone, E.C. (2001). A randomized trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psiquiátrica Escandinava*, 1003, 362-369.
- Davis, M., McKay, M. & Eshelman, E.R. (2002). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- De Vlieger, P., Crombez, G. & Eccleston, C. (2006). Worrying about chronic pain: An examination of worry and problem solving in adults who identify as chronic pain sufferers. *Pain*, 120 (½), 138-144.
- Del Fabbro, E., Dalal, S. & Bruera, E. (2006). Symptom control in palliative care-part iii: dyspnea and delirium. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (2), 422-436.
- Delicado, U.M., Candel, P.E., Alfaro, E.A., López, M.M. & García, B.C. (2004). Interacción de enfermería y cuidadoras informales de personas dependientes. *Atención Primaria*, 33 (4), 193-199.
- DiMatteo, M.R. (2004). Variations in patient's adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*, 4 (42), 200-9.
- Domínguez-Trejo, B. & Olvera-López, Y. (2005). Dolor y sufrimiento humano: técnicas no invasivas psicológicas para el manejo del dolor crónico (1^{er} ed.). México: Trillas.
- Dworkin, R.H. & Breitbart, W.S. (2004). *Psychosocial Aspects of Pain: A handbook for Health Care Providers* (3a ed.). Seattle: IASP Press.
- Dworkin, S.F., Turner, J.A., Mancl, L., Wilson, L., Massoth, D., Huggins, K.H., et al. (2002). A randomized clinical trial of a tailored comprehensive care treatment program for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*, 16, 259-76.
- D'Zurilla, T.J. & Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving Therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2a ed.). Nueva York: Springer.
- Elomma, M.M., Williams, A.C.C. & Kalso, E.A. (2009). Attention management as a treatment for chronic pain. *European Journal of Pain*, 13, 1062-1067.
- Engel, G. (1964). Grief and grieving. *American Journal of Nursing*, 64 (9), 93-98.
- Eriksen, J., Jensen, M.K., Sjogren, P., Ekholm, O. & Rasmussen, N.K. (2003). Epidemiology of chronic no-malignant pain in Denmark. *Pain*, 106, 221-228.
- Esteve, R., Ramírez, C. & López-Martínez, A. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions. *Analysis of Behavioral Medicine*, 33 (2), 179-188.
- Fernández-Capo, M. & Gual-García, P. (2005). Sentido del cuidado y sobrecarga. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 40 (3), 24-29.
- Flor, H. & Herman, C. (2004). Biopsychosocial models of pain. En: Dworkin, R.H. & Breitbart, W.S. *Psychosocial Aspects of Pain: A handbook for Health Care Providers* (3a ed.). Seattle: IASP Press.
- Flores-Villavicencio, M.E., González-Rojas, I.P., Troyo-Sanromán, R., Valle-Barbosa, M.A., Muñoz de la Torre, A. & Vega-López, M.G. (2004). Efectividad de las técnicas de relajación en la disminución del dolor crónico. *Investigación en salud*, 6 (2), 75-81.
- Fordyce, W.E. (1995). *Back pain in the workplace: management of disability in nonspecific conditions*. Seattle: IASP Press.

- Frijda, N.H., Manstead, A.S.R. & Bem, S. (2000). The influence of emotions on beliefs. En Manstead, A.S.R. & Bem, S. *Emotions and Beliefs, How Feeling Influence Thoughts*. Nueva York: Cambridge.
- Fröhlich, C., Jacobi, F. & Wittchen, H.U. (2006). DSM-IV pain disorder in the general population: An exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *European Arc Psychiatry Clinical Neuroscience*, 256, 187-196.
- Gallagher, R.M. & Verma, S. (2004). Mood and anxiety disorders in chronic pain. En: Dworkin, R.H. & Breitbart, W.S. *Psychosocial Aspects of Pain: A handbook for Health Care Providers* (3a ed.). Seattle: IASP Press.
- Gatchel, R.J. & Dersh, J. (2002). Psychological Disorder and chronic pain: are there cause-and-effect relationships? En: Turk, D.C. & Gatchel, R.J. *Psychological Approaches to Pain Management*. Nueva York: The Guilford Press.
- Giese-Davis, J., Wilhelm, F.H., Conrad, A., Abercrombie, H.C., Sephton, S., Yutsis, M., et al. (2006). Depression and stress reactivity in metastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 68 (5), 675-683.
- Glanz, K. & Lerman, C. (1992) Psychosocial impact of breast cancer: A critical review. *Ann. of Behavioral Medicine*, 14, 204-212.
- Glaros, A. (2007). EMG biofeedback as an experimental tool for studying pain. *Biofeedback*, 35 (2), 50-53.
- Guevara-López, U. (2008). Dolor Neuropático. En Guevara-López, U. & De Lille-Fuentes, R. *Medicina del Dolor y Paliativa* (2ª ed.). México: Corporativo Intermédica.
- Guo, Y., Musselman, D.L., Manatunga, A.K., Gilles, N., Lawson, K.C., Porter, M. et al. (2006). The diagnosis of major depression in patients with cancer: a comparative approach. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 47 (5), 376-384.
- Hakkionen, S., Alloui, A., Gross, A., Esckallier, A. & Dubray, C. (2001). The effects of total sleep deprivation, selective sleep interruption and sleep recovery on pain tolerant thresholds in healthy subjects. *Journal of Sleep Research*, 10, 35-42.
- Harden, N.R., Houle, T.T., Green, S., Remble, T.A., Weinland, S.R., Colio, S., et al. (2005). Biofeedback in the treatment of phantom limb pain: a time-series analysis. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30 (1), 83-93.
- Hawkins, R.M.F. (2001). A systematic meta-review of hypnosis as an empirically supported treatment for pain. *Pain Reviews*, 8, 47-73.
- Heapy, A.A., Stroud, M.W., Higgins, D.M. & Sellinger, J.J. (2006). Tailoring cognitive-behavioral therapy for chronic pain: A case example. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (11), 1345-1354.
- Hjermstad, M.J., Loge, J.H., Evensen, S.A., Kvaløy, S.O., Fayers, P.M. & Kaasa, S. (1999). The course of anxiety and depression during the first year alter allogeneic or autologous stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 24, 1219–1228.
- Holland, J. (1989). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Nueva York: Oxford University.
- Holland, J.C. & Rowland, J.H. (1989) *Handbook of Psychooncology*. Nueva York: Oxford University.

- Hoodin, F. & Kalbfleisch, K.R. (2001). How psychometrically sound is the transplant evaluation rating scale for bone marrow transplant recipients? *Psychosomatics*, 42, 490–496
- Hoodin, F., Uberti, J.P., Lynch, T.J., Steele, P. & Ratanatharathorn, V. (2006). Do negative or positive emotions differentially impact mortality after adult stem cell transplant? *Bone Marrow Transplantation*, 38, 255-264.
- INEGI (2007). *Mortalidad en México*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2009 en <http://cuentame.inegi.gob.mx/poblacion/defunciones.aspx?tema=P>
- James, R.K. & Gilliland, B.E. (2005). *Crisis intervention strategies*. Belmont, CA: Thomson.
- Kalauokalani, D., Franks, P., Wright-Oliver, J., Meyers, F.J. & Kravitz, R.L. (2007) Can patient coaching reduce racial/ethnic disparities in cancer pain control? Secondary analysis of a randomized controlled trial. *Pain Medicine*, 8 (1), 17-24.
- Keefe, F.J. & France, C.R. (1999). Pain: Biopsychosocial mechanisms and management. *Current directions in Psychological Science*, 8 (5), 137-141.
- Keefe, F.J., Abernethy, A.P. & Campbell, L.C. (2005). Psychological approaches to understanding and treating disease-related pain. *Annual Review of Psychology*, 56, 601-630.
- Kerns, R. D., Rosenberg, R. & Otis, J.D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. *Annals of Behavioral Medicine*, 24 (2), 100-105.
- Kerrmann, J.D.J. & Altmaier, E.M. (2008). Social support and depression among bone marrow transplant patients. *Journal of Health Psychology*, 13 (39), 39-46.
- Kuri-Morales, P. (2001). Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas. Documento recuperado en Marzo del 2009 en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>
- Lacasta-Reverte, M.A. & Sastre-Moyano, P. (2002). El manejo del duelo. En Die-Trill, M. & López-Imedio, E. *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos: la comunicación con el enfermo y la familia*. Madrid: ADES.
- Lara-Solares, A. & Sandoval-Caro, A.L. (2008). Urgencias en medicina paliativa y atención de la fase agónica. En Guevara-López, U. & De Lille-Fuentes, R. *Medicina del Dolor y Paliativa* (2ª ed.). México: Corporativo Intermédica.
- Lawrence, R.C., Helmick, C.G., Arnett, F.C., Deyo, R.A., Felso, D.T. & Giannini, E.H. (1998). Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorder in the United States. *Arthritis Rheumatology*, 41, 778-799.
- Lawrie, I., Lloyd-Williams, M. & Taylor, F. (2004). How do palliative medicine physicians access and manage depression. *Palliative Medicine*, 18 (3), 234–238.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. Nueva York: Oxford University Press.
- Lesko, L.M. (1989). Anorexia. En Holland, J. *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Nueva York: Oxford University.
- Lesko, L.M. (1989). Nausea and vomiting: physiology and pharmacological management. En Holland, J. *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Nueva York: Oxford University.
- López-Martínez, A.E., Esteve-Zarazaga, R., & Ramírez-Maestre, C. (2008). perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain*, 9 (4), 373-379.

- Lovejoy, N.C., Tabor, D., Matteis, M. & Lillis, P. (2000). cancer-related depression: part I- neurologic alterations and cognitive-behavioral therapy. *Oncology Nursing*, 27 (4), 667-678.
- Massie, M. & Shakin, E. (1993). *Management of depression and anxiety in cancer patients. Psychiatric aspects of symptom Management in cancer patients.* Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Matthew, J.B., Robinson, R.L., Eckert, G.J., Stang, P.E., Crhogan, T.W. & Kroenke, K. (2004). Impact of pain on depression treatment response in primary care. *Psychosomatic Medicine*, 66, 17–22.
- Mayer-Rivera, F.J. (2008) Dolor por cáncer. En Guevara-López, U. & De Lille-Fuentes, R. *Medicina del Dolor y Paliativa* (2ª ed.). México: Corporativo Intermédica.
- McCracken, L.M. & Turk, D.C. (2002). Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine*, 27, 2564–73.
- McLean, L.M. & Jones, J.M. (2007). A review of distress and its management in couples facing end-of-life cancer. *Psycho-Oncology*, 16, 603-616.
- McMillan, S.C. & Small, B.J. (2007). Using the COPE Intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: a clinical trial. *Oncology Nursing Forum*, 34 (2), 313-321.
- McMillan, S.C. (2005). Interventions to facilitate family caregiving at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (1), 132-139.
- McQuellon, R.P., Russell, G.B., Rambo, T.D., Craven, B.L., Radford, J., Perry, J.J., et al (1998). Quality of life and psychological distress of bone marrow transplant recipients: the 'time trajectory' to recovery over the first year. *Bone Marrow Transplantation*, 21, 477–486
- Melzack, R. & Wall, P.D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 150 (3699), 971-978.
- Menefee, L.A., Cohen, M.J.M., Anderson, W.R., Doghramji, K., Frank, E.D. & Lee, H. (2000). Sleep disturbance and nonmalignant chronic pain: a comprehensive review of the literature. *Pain Medicine*, 1 (2), 156-172.
- Merskey, H. (1986). Descriptions of chronic pain syndromes and definitions. *Pain*, 3, 345-356.
- Middaugh, S. & Pawlick, K. (2002). Biofeedback and behavioral treatment of persistent pain in the older adult: a review and a study. *Applied Psychophysiology and biofeedback*, 27 (3), 185-202.
- Molassiotis, A., Van Den Akker, O.B.A., Milligan, D.W., Goldman, J.M. & Boughton, B.J. (1996). Psychological adaptation and symptom distress in bone marrow transplant recipients. *Psycho-oncology*, 5, 9-22.
- Morley, S., Eccleston, C. & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy and behavior therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, 1-13.
- National Comprehensive Cancer Network Distress Management Panel (2007). Recuperado el 25 de Abril del 2007 <http://www.nccn.org/>
- Nezu, A.M. (2001). Terapia de Solución de Problemas para pacientes con cáncer. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (2), 185-192.

- Nicholson, B. & Verma, S. (2004). Comorbidities in Chronic Neuropathic Pain. *Pain Medicine*, 5 (81), 9-27.
- Norrbrink-Budh, C., Kowalski, J. & Lundeberg, T. (2006). A comprehensive pain management program comprising educational, cognitive and behavioral interventions for neuropathic pain following cord injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38, 172-180.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Esperanza de vida*. Documento recuperado el 26 de Septiembre de 2009 en http://www.who.int/topics/life_expectancy/es/
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Esperanza de vida*. Documento recuperado el 26 de Septiembre de 2009 en <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>
- Otis, J.D., Cardella, L.A. & Kerns, R.D. (2004). The influence of family and culture on pain. En: Dworkin, R.H. & Breitbart, W.S. *Psychosocial Aspects of Pain: A handbook for Health Care Providers* (3a ed.). Seattle: IASP Press.
- Parkes, C.M. (1971). Psychosocial transitions: a field for study. *Social Science and Medicine*, 5, 101-105.
- Patterson, D.R. (2004). Treating pain with hypnosis. *Current Directions in Psychological Science*, 13(6), 252-255.
- Rammelsberg, P., LeResche, L., Dworkin, S.F., Mancl, L. (2003) Longitudinal outcome of temporomandibular disorders: a five-year epidemiologic study of muscle disorders defined by research diagnostic criteria for temporomandibular disorders. *J Orofac Pain*, 17, 9–20.
- Redd, W.H. (1989). Management of Anticipatory Nausea and Vomiting. En Holland, J. *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Nueva York: Oxford University.
- Reginster, J.Y. (2002). The prevalence and burden of arthritis. *Rheumatology*, 41, 3-6.
- Reid, M.C., Otis, J., Barry, L.C. & Kerns, R.D. (2003). Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Low Back Pain in Older Persons: A Preliminary Study. *Pain Medicine*, 4(3), 223-230.
- Richards, T.A. & Folkman, S. (2000). *Response shift: a coping perspective*. En Schwartz, C.E. & Sprangers, M.A.G. *Adaptation to changing health. Response shift in quality of life research*. Washington D.C: APA.
- Safren, S. (1999). Cognitive Behavioral interventions to increase medication adherence. En *Psychiatric Practice: Everyday Solutions*. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston. 191 – 213.
- Sánchez-Sosa, J.J. & Riveros, A. (2000). Pasos vitales: Protocolo para promoción de adherencia terapéutica (traducido y adaptado). Documento de circulación interna para investigación, México, D.F: UNAM.
- Sardá, J., Nicholar, M.K., Asghari, A. & Pimenta, C.A.M. (2009). The contribution of self-efficacy and depression to disability and work status in chronic pain patients: A comparison between Australian and Brazilian samples. *European Journal of Pain*, 13, 189-195.
- Sayar, K., Arikan, M. & Yontem, T. (2002). Sleep quality in chronic pain patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47 (9), 844-848.
- Schulz- Kindermann, F., Hennings, U., Ramm, G., Zander, A.R. & Hasenbring, M. (2002). The role of biomedical and psychosocial factors for the prediction of pain and

- distress in patients undergoing high-dose therapy and BMT/PBSCT. *Bone Marrow Transplantation*, 29, 341-351.
- SECPAL (2009). *Historia de los Cuidados Paliativos*. Recuperado Marzo de 2009 de: www.ssecpal.com/presentacion/index.php?acc=historia%20CP
- Sentiés-Madrid, H. (2008). Migraña. En Guevara-López, U. & De Lille-Fuentes, R. *Medicina del Dolor y Paliativa* (2ª ed.). México: Corporativo Intermédica.
- Sien Tzuh, T. & Cheng-Yi, L. (2007). Factors associated with depressive distress among Taiwanese family caregivers of cancer patients at the end of life. *Palliative Medicine*, 21, 249-257.
- Smeets, R.J.E.M., Vlaeyen, J.W.S., Hidding, A., Kester, A.D.M., Van Der Heijden, G.J.M.G. & Knottnerus, J.A. (2008). Chronic low back pain: Physical training, graded activity with problem solving training, or both? The one-year post-treatment results of a randomized controlled trial. *Pain*, 134 (3), 263-276.
- Syrjala, K.L. & Chapko, M.E. (1995). Evidence for a biopsychosocial model of cancer treatment-related pain. *Pain*, 61, 69–79.
- Tan, G., Jensen, M.P., Thornby, J. & Anderson, K.O. (2005). Ethnicity, control appraisal, coping, and adjustment to chronic pain among black and white Americans. *Pain Medicine*, 6 (1), 18-28.
- Tatrow, K. & Montgomery, G. (2006). Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (1), 17-27.
- Thorn, B.E. & Kuhajda, M.C. (2006). Group cognitive therapy for chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (11), 1355-1366.
- Trask, P.C., Paterson, A., Riba, M., Brines, B., Griffith, K., Parker, P., et al. (2002). Psychosocial considerations, assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplantation*, 29, 917-925.
- Tunks, E.R., Crook, J. & Weir, R. (2008). Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 53 (4), 224-234.
- Turner, J.A., Holtzman, S. & Mancl, LI. (2007). Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive–behavioral therapy for chronic pain. *Pain*. 127 (3), 276-286.
- Turner, J.A., Mancl, LI. & Aaron, L.A. (2006). Short and long-term efficacy of brief cognitive-behavioral therapy for patients with chronic temporomandibular disorder pain: A randomized, controlled trial. *Pain*, 121 (3), 181-194.
- UNAM (2006). *¿Qué es una clínica del dolor?* Revista Digital Universitaria, 7 (4). Recuperado el 24 de Marzo de 2008 de: <http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art33/int33.htm>
- Van den Hout, J.H.C., Vlaeyen, J.W.S., Heuts, P.H.T.G., Sillen, W.J.T. & Willen, A.J.E.H.L. (2001). Functional disability in nonspecific low back pain: the role of pain-related fear and problem-solving skills. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8 (2), 134-148.
- Vandenbos, G.R. (2007). *Dictionary of Psychology*. Washington D.C: APA.

- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Royen V. P. & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 26, 331-342.
- Waters, S.J., Campbell, L.C., Keefe, F.J. & Carson, J.W. (2004). The essence of cognitive-behavioral pain management. En: Dworkin, R.H. & Breitbart, W.S. *Psychosocial Aspects of Pain: A handbook for Health Care Providers* (3a ed.). Seattle: IASP Press.
- Watt, M.C., Stewart, S.H., Lefaivre, M.J. & Uman, L.S. (2006). A brief cognitive-behavioral approach to reducing anxiety sensitivity decreases pain-related anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35 (4), 248-256.
- Weijmar-Schultz, W.C.M. & Van de Wiel, H.B.M. (2003). Sexuality, intimacy and gynecological cancer. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29, 121-128.
- Widows, M.R., Jacobsen, P.B. & Fields, K.K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder, symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 873–882.
- Williams, A.C.C. (2004). Assessing chronic pain and its impact. En: Dworkin, R.H. & Breitbart, W.S. *Psychosocial Aspects of Pain: A handbook for Health Care Providers* (3a ed.). Seattle: IASP Press.
- Williams, S. & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*, 94 (3) 372-390.
- Wollin, J.A., Yates, P.M. & Kristjanson, L.J. (2006). Supportive and palliative care need identified by multiple sclerosis patients and their families. *International Journal of Palliative Nursing*, 12 (1), 20-26.
- Yates, P., Edwards, H., Nash, R., Aranda, S., Purdie, D., Najman, J., et al. (2004). A randomized controlled trial of a nurse-administered educational intervention for improving cancer pain management in ambulatory settings. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 227-237.

ANEXOS

Anexo 1: Entrevista de evaluación psicológica en dolor crónico

Fecha: ___/___/___ Expediente: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Género: (F) (M)

Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

Nivel económico: _____ Religión: _____ Residencia: _____

Dx: _____ Dx algológico: _____

Tx: _____ A continuación se le presentan algunas preguntas relacionadas con su padecimiento, entorno social y ambiental. Es importante que sea honesto(a) ya que los resultados son totalmente confidenciales. Marque con una X la respuesta que mejor se adapte a su situación.

	Totalmente	Mas o menos	Poco	Nada
1. ¿Conoce su diagnóstico?				
2. ¿Entiende su enfermedad?				
3. ¿Conoce el pronóstico de su enfermedad?				
4. ¿Conoce el funcionamiento de los medicamentos?				
5. ¿Conoce los efectos secundarios de los medicamentos?				
6. ¿Tiene dificultades para seguir las indicaciones médicas?				

7. ¿Cuáles son las razones por las que se le dificulta seguir las indicaciones médicas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Olvidos | <input type="checkbox"/> No tengo tiempo |
| <input type="checkbox"/> Dificultades económicas | <input type="checkbox"/> Miedo a tanto medicamento |
| <input type="checkbox"/> Efectos secundarios | <input type="checkbox"/> Los demás dicen que no lo tome |
| <input type="checkbox"/> No entendimiento de las indicaciones | <input type="checkbox"/> Otras, especifique: _____ |

8. ¿Hace modificaciones a su tratamiento?

- | | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SI ¿Cuáles? | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Aumenta dosis | |
| <input type="checkbox"/> Disminuye dosis | |
| <input type="checkbox"/> Toma otros medicamentos ya conocidos | |
| <input type="checkbox"/> Toma otros medicamentos recomendados | |
| <input type="checkbox"/> No toma los medicamentos | |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | |

9. Desde cuando tiene dolor? _____

10. ¿Durante la última semana cuantas veces ha sentido dolor? _____

11. ¿Por cuánto tiempo siente dolor? _____

12. ¿Cómo se siente cuando tiene mucho dolor?

	Nada	Poco	Moderado	Fuerte
Desesperado				
Enojado				
Irritable				
Molesto				
Preocupado				
Ansioso				
Triste				

Otros, especifique: _____

13. ¿Ha asistido a tratamiento psiquiátrico?

SI, ¿Qué medicamento consume? _____

NO

14. ¿Qué condiciones empeoran su dolor?

Actividades del hogar

La temperatura

Caminar por largo periodo

Otros, especifique: _____

Mantener una sola posición

El dolor es todo el tiempo

15 ¿Qué hace cuando tiene mucho dolor?

Se va a descansar

Le pide a alguien más que le ayude

Se aguanta y sigue sus actividades

Se queja de su dolor

Llora

Otras: _____

16 ¿Qué hacen los demás cuando tiene mucho dolor?

Lo ayudan para llevarlo a descansar

No le hacen caso

Le dicen palabras de apoyo

Se burlan

Le dan apoyo emocional

Otras, especifique: _____

17 Marque con una X cómo le ha afectado el dolor en su vida

	Nada en absoluto	Poco	Moderado	Totalmente
Trabajo				
Casa				
Escuela				
Amigos				
Familia				
Sexual				

18 ¿Cuántas veces ha asistido a urgencias por dolor? _____

19. ¿Sus familiares conocen su diagnóstico?

SI

NO

20. ¿Qué tipo de apoyo recibe de los demás?

No recibo ningún apoyo

Apoyo institucional (información de médicos y equipo de salud)

Apoyo económico

Apoyo instrumental (aseo en casa, pagos, compras, delegar ciertas

Apoyo emocional

actividades)

Otro: _____

21. ¿Quién es la persona que lo(a) apoya emocionalmente e instrumentalmente (?)

Nadie

Padre

Amigos

Un hijo

Madre

Otros: _____

Varios hijos

Hermanos

Pareja

Primos

	Totalmente de acuerdo	Moderadamente de acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
22. ¿Considera que el apoyo que recibe es adecuado?				
23. ¿Considera que el apoyo es suficiente?				

24. ¿Realiza actividades relajantes o pasatiempos?

SI, ¿Cuánto tiempo le dedica? _____

NO

25. ¿Ha tenido dificultades para dormir?

SI, ¿Cuáles? Inicio del sueño Despierta varias veces Despierta temprano

NO

26. ¿Ha consumido sustancias (drogas lícitas o ilícitas)?

SI, ¿Cuáles?_____ ¿Desde cuándo?_____

NO

27. ¿Actualmente consume sustancias?

SI, ¿Cuáles?_____ ¿Con qué frecuencia?_____

NO ¿Cuándo dejó de consumir?_____

Otros factores de riesgo?_____

Anexo 2: Cuestionario de ansiedad y depresión hospitalaria

Nombre: _____ Fecha: _____

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso (a)

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:

Si y muy intenso Si, pero no muy intenso Sí, pero no me preocupa No siento nada de eso

4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

6. Me siento alegre:

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

7. Soy capaz de permanecer sentado(a), tranquilo(a) y relajado (a):

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

8. Me siento lento(a) y torpe:

Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca

9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

10. He perdido el interés por mi aspecto personal:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

12. Espero las cosas con ilusión:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

Anexo 3: Hoja de informe para participar en el taller para el manejo del dolor

Usted está invitado a participar en forma voluntaria en una investigación titulada: “Efecto de una Intervención Cognitivo Conductual para el manejo factores psicológicos relacionados con el dolor crónico”. Este estudio permitirá establecer una intervención breve de corte cognitivo-conductual de manera grupal para el manejo de factores psicológicos relacionado con el dolor crónico en población que asiste al Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición.

El objetivo de este estudio es determinar si hay un efecto en variables psicológicas como depresión, ansiedad, estilos de enfrentamiento, calidad de vida y adherencia al tratamiento a partir de la intervención cognitivo conductual.

Son pocos los estudios en México que implementan estrategias cognitivo conductuales para el manejo de factores psicológicos relacionados con el dolor crónico, lo cual permitiría mejorar síntomas como depresión, ansiedad y adaptación ante el padecimiento para mejorar la calidad de vida del paciente.

Si usted acepta participar en este estudio, se realizará una valoración a partir de una entrevista, instrumentos psicométricos y autorregistros, estos últimos se realizarán a lo largo de la evaluación, intervención y postevaluación. A los cuidadores también se les proporcionará un carnet, en donde se registrará el nivel de actividad del paciente, la toma de medicamentos, las conductas de dolor y el uso de técnicas cognitivo conductuales, con el fin de medir la validez social del estudio. Posteriormente se realizará una intervención breve de aproximadamente de 7 sesiones, las cuales serán de manera grupal con una duración aproximada 90 minutos. Los temas que se abordarán en la intervención son: información acerca del dolor crónico, estrategias de enfrentamiento para el manejo del dolor (relajación y planeación de actividades), técnicas de solución de problemas, adherencia al tratamiento y modificación de pensamientos erróneos (sobre el dolor y el efecto del dolor) y por último se llevará a cabo una sesión donde se retomen los temas anteriores para la prevención de recaídas.

La intervención podrá ser inmediata a la evaluación u ocho semanas después de la evaluación debido a la metodología del estudio.

Posterior a la intervención se realizará una postevaluación, en donde se aplicarán los instrumentos de la primera sesión. Se realizarán seguimientos vía telefónica para evaluar la efectividad de la intervención a largo plazo.

La evaluación, intervención y seguimiento no tendrán ningún costo para usted ni para su cuidador.

Los beneficios que le ofrece este estudio es brindarle herramientas que le permitan manejar aquellas situaciones de malestar relacionadas con el dolor, con el fin de mejorar su calidad de vida, se le proporcionará apoyo psicológico y material didáctico que le permitirá adaptarse de manera más adaptativa al dolor. Para obtener los mayores beneficios es necesario trabajar en equipo con el terapeuta y los compañeros del grupo, donde debe haber respeto y confidencialidad en los temas que son manejados. Es

necesario que sea puntual y que realice las actividades que se le indican en cada sesión. Si por alguna razón no puede asistir a una sesión, podrá asistir a esa consulta en otro momento ya que las sesiones no son secuenciales, esto le permitirá mayor flexibilidad y aprendizaje en la sesiones.

Para cualquier duda con respecto a la investigación, intervenciones, evaluaciones y materiales la Psic. Betsabé López Blanco tiene la obligación de responder sus dudas, así como escuchar comentarios de retroalimentación.

En ocasiones será necesario audio grabar las sesiones de intervención. Si usted está de acuerdo en participar en este estudio, la información obtenida será compartida únicamente por los miembros de la investigación y tendrá un carácter confidencial. Su información podrá guardarse y procesarse en una computadora con fines educativos.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Puede rehusarse a participar o interrumpir su participación en el mismo o en cualquier momento sin ser penalizado ni perder los beneficios a los cuales tendría derecho antes de participar en el estudio.

Para poder ingresar en el estudio, usted o su representante legal deberán firmar y fechar la carta de consentimiento informado.

Para información comunicarse con la Psic. Betsabé López Blanco, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, dirección Vasco de Quiroga 15, Col. Sector 16, Dpto. de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, teléfono: 54870900 ext. 5039 ó 5007.

Anexo 4: Consentimiento informado para participar en el taller para el manejo del dolor

Por medio de la presente doy a conocer que he sido informado de manera clara y por escrito acerca del estudio, el cual consiste en sesiones de evaluación donde se contestarán cuestionarios y autorregistros tanto para el participante como el cuidador primario. Posteriormente se me citará ya sea en una semana o en ocho semanas para las sesiones de intervención cognitivo-conductual, las cuales constan de 7 sesiones de aproximadamente 90 minutos. Por último se realizará una postevaluación y seguimiento vía telefónica.

Manifiesto que he recibido la información suficiente acerca de los beneficios derivados del estudio. Se me ha explicado que no recibiré ninguna remuneración económica por participar y que el único beneficio será el de recibir estrategias que me permitan afrontar de manera adecuada el dolor. La responsabilidad de participar implica asistir a las sesiones de manera puntual, realizar las actividades asignadas para la sesión y respetar a los compañeros del grupo que también participarán en la investigación.

Además de que se garantiza que la información obtenida por medio de entrevistas, cuestionarios, registros y audiograbaciones se manejará de manera confidencial, con fines educativos. En caso de ser apropiado para mis intereses, puedo abandonar el estudio en cualquier momento, sin que mi decisión afecte de ninguna manera la atención que recibo del Instituto

Participante

Nombre: _____

Firma: _____

Testigos

Nombre: _____ Firma: _____

Relación con el participante: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Relación con el participante: _____

Investigador

Nombre: _____

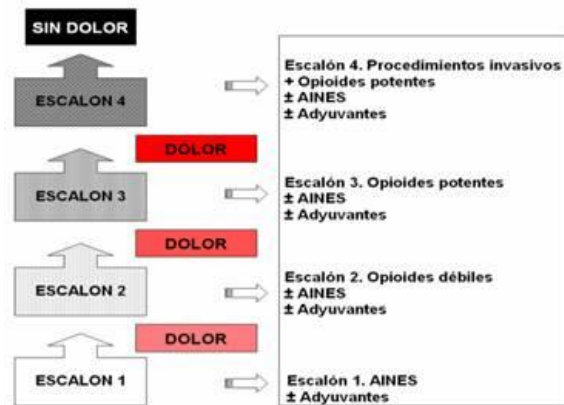
Firma: _____

México, D.F. a _____ de _____ del 200_.

Anexo 5: Material para usuarios del taller para manejo del dolor crónico

TRATAMIENTOS PARA EL MANEJO DEL DOLOR

La Organización Mundial de la Salud propone la escalera analgésica para el tratamiento del dolor de acuerdo a su intensidad:



AINES= Antiinflamatoiros no esteroideos
El tratamiento que reciba cada paciente con dolor crónico, dependerá de la evaluación clínica que realiza el médico y de la enfermedad que padezca. Además de los medicamentos los médicos se apoyan en tratamientos adyuvantes que son: la terapia psicológica cognitivo-conductual, tens, fisioterapia, medios físicos, etc.
En el caso de las intervenciones psicológicas el objetivo es manejar las emociones o el malestar afectivo relacionado con el dolor. Si usted presenta alguna emoción como depresión o ansiedad es importante buscar ayuda ya que emociones intensas también se relacionan con el aumento en la intensidad del dolor.



INNSZ



INNSZ

Instituto Nacional de
Ciencias Médicas y
Nutrición
“Salvador Zubirán”

Taller para el manejo del dolor

Clínica del Dolor y Cuidados
Paliativos
Presenta: Betsabé López Blanco

Correo: betsalb@yahoo.com.mx
Teléfono: 54-87-09-00
Ext: 5007 ó 5039



Taller para el manejo del

Psicoeducación

Psic. Betsabé López Blanco

¿Qué es el dolor?

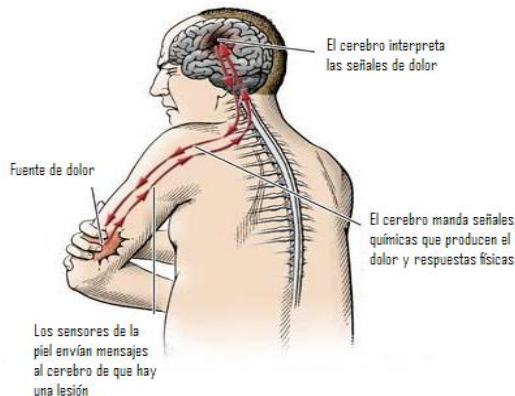
Es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño en alguna parte del cuerpo.

¿Para qué es el dolor?

Es un mecanismo de alarma que avisa que algo está funcionando mal en el organismo.

¿Cómo funciona el dolor?

Cuando hay una lesión en alguna parte del cuerpo, se producen sustancias que estimulan a los nervios, éstos son como cables que avisan a la médula y al cerebro que se ha producido un daño en el cuerpo. La médula recibe el mensaje y produce una respuesta automática para protegernos del daño (reflejo). El cerebro recibe el mensaje e interpreta el dolor por medio de pensamientos que generan emociones desagradables y conductas.



¿Qué es el dolor crónico?

Es un dolor que persiste por un periodo prolongado (más de tres semanas, incluso meses) después de una lesión o acompañado de una enfermedad crónica.

¿Por qué hay dolor crónico?

El dolor crónico se presenta debido a que los nervios quedan sensibles o se dañan produciendo un dolor persistente.

¿Qué factores influyen en el dolor?

Aunque el dolor es una sensación que se presenta con frecuencia en el ser humano. Cada persona lo enfrenta y lo experimenta de manera diferente. Esto se debe tanto a factores físicos (genes, umbral del dolor, fisiología) como factores sociales (familia, la cultura) y psicológicos.

Factores psicológicos en el dolor

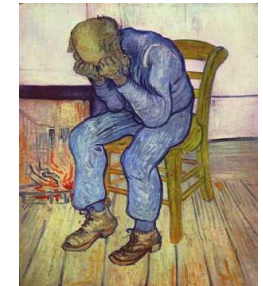
- **Evaluación:** ideas o creencias con respecto al dolor. A veces hay pensamientos muy negativos en donde se ven las situaciones muy catastróficas.
- **Atención:** es la capacidad de concentrar nuestra mente en un evento o estímulo. En ocasiones las personas con dolor tienden a estar muy atentas a su dolor.
- **Anticipación o expectativas:** se refiere a las creencias que tiene una persona con respecto a lo que puede hacer o sus capacidades para planear el futuro. Una persona con dolor suele minimizar sus capacidades y miedo al dolor, por lo que evita hacer muchas cosas.

¿Cuáles son las emociones que se presentan con más frecuencia en el paciente con dolor crónico?

En algunas ocasiones las personas que tienen dolor crónico también pueden presentar estados emocionales negativos como:

1. **Depresión:** es un estado de ánimo que se caracteriza por:

- Sentir tristeza la mayor parte del día,
- No tener interés o placer por las cosas
- Pérdida o aumento de peso
- Problemas de sueño
- Fatiga o pérdida de energía
- Problemas de concentración
- Pensamientos de inutilidad y culpa
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte



2. **Ansiedad:** respuesta emocional que se caracteriza por:

- Sensaciones físicas como sudoración, taquicardia, respiración acelerada, temblor de manos, sensación de vacío en el estómago, inquietud, tensión o nerviosismo.
- Temor a que algo malo pudiera suceder
- Preocupación en diferentes áreas de la vida
- Miedo a situaciones o eventos

HIGIENE DEL SUEÑO

Sugerencias para mejorar la higiene del sueño:

- Reducir el tiempo en cama
- Nunca forzar el inicio del sueño
- Eliminar el reloj de la recámara
- Evitar las siestas durante el día
- Evitar el ejercicio por la noche
- Evitar cafeína (incluyendo los fármacos analgésicos que la contienen)
- Evitar alcohol o nicotina
- Asignar una hora fija para ir a la cama
- Tomar una cena ligera antes de dormir
- Tomar un baño caliente antes de ir a la cama
- Limitar la ingesta de líquidos 4 horas antes de ir a dormir
- Hacer una “lista de preocupaciones” antes de dormir
- Si se despierta, salir de la cama
- Regular la temperatura de la habitación
- Tener luces tenues en la habitación
- No ver la televisión inmediatamente antes de ir a la cama
- Dormir con ropa cómoda
- Hacer una rutina para dormir



INNSZ

Instituto nacional de ciencias médicas y nutrición
“salvador zubirán”

Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

Psic. Betsabé López Blanco

Correo: betsalb@yahoo.com.mx

tel: 54-87-09-00

Ext: 5007

5039



Instituto Nacional de
Ciencias Médicas y
Nutrición
“Salvador Zubirán”

Taller para el manejo del dolor



TÉCNICAS CONDUCTUALES

Presenta: Betsabé López Blanco

TÉCNICAS EN RELAJACIÓN

Generalmente a lo largo de la vida en las grandes ciudades las personas van perdiendo el hábito de la respiración natural. Cuando esto sucede la sangre no se oxigena adecuadamente e intoxica al cuerpo lentamente presentando estados de ansiedad, depresión y fatiga. Unos hábitos correctos de respiración son esenciales para una buena salud física y mental.

RESPIRACIÓN PROFUNDA

Para recuperar el hábito de una buena respiración siga los siguientes pasos:

1. Adopte la postura del siguiente dibujo
2. Dirija la atención a su respiración
3. Respire por la nariz
4. Coloque una mano en su abdomen y otra en el tórax.
5. Tome aire, lenta y profundamente, por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen levantando la mano que había colocado sobre él. El tórax se moverá sólo un poco y al mismo tiempo que el abdomen.

EJERCICIOS DE RELAJACIÓN

La mayoría de los ejercicios de relajación se basan en la respiración profunda, es importante practicarla y posteriormente realizar otro ejercicio de relajación complementario como:

- Relajación muscular progresiva: implica tensar y relajar músculos para aprender a identificar la tensión muscular.

La relajación muscular lleva un orden, generalmente se inicia con la cabeza, músculos del tronco, músculos del abdomen, los glúteos hasta llegar a las piernas.

- Relajación con frases autógenas: es la utilización del pensamiento para el tratamiento de síntomas físicos, donde se repiten frases que inducen sensaciones físicas, por ejemplo “siento un calor agradable y el cuerpo pesado y relajado”
- Relajación con imaginación: también es una técnica que utiliza el pensamiento, en donde la persona crea imágenes en su cabeza que inducen estados físicos de relajación.

Las técnicas en relajación son útiles para disminuir la tensión y ansiedad, para que funcionen es necesario practicarlas habitualmente.

Otra forma para disminuir algunos síntomas relacionados con el dolor crónico, son las técnicas de distracción.

TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN

Se refiere principalmente a la planeación de actividades placenteras. Esto permite que las personas con dolor crónico se reincorporen a nuevas actividades, aumenten sus relaciones sociales y disminuyan sentimientos de depresión e inutilidad.

1. Es importante iniciar con un horario, en el cual se escriben las actividades que se realizan durante el día. Este horario permite que el paciente se dé cuenta en qué cosas o actividades está invirtiendo su tiempo. En muchas ocasiones la mayoría de las cosas que se hacen no son agradables, se hacen por obligación y se lleva mucho tiempo en una sola cosas.

2. Hacer una lista de TODAS las actividades que se le ocurran que quiera realizar.

3. Enlistar esas actividades de acuerdo a su grado de dificultad y posibilidad de realizarse.

4. Se establece un objetivo y se elabora un plan para realizar la actividad. Es importante iniciar las actividades de manera gradual, con periodos de descanso y sin forzar al organismo para no incrementar el dolor.

5. Comentar a la familia o personas cercanas, que se está realizando esa actividad y pedir apoyo para lograr el objetivo.

Probablemente el realizar nuevas actividades le permita disminuir la percepción de dolor o dirigir su atención a otras cosas. Sin embargo en algunas ocasiones cuando es hora de dormir, el dolor no permite conciliar el sueño, lo que ocasiona trastornos del sueño.

HIGIENE DEL SUEÑO

El deterioro en la calidad y cantidad de sueño se relaciona con la manifestación de dolor más intenso, además de provocar estrés en el paciente. La higiene del sueño implica modificar los hábitos de sueño para que éste sea más reparador, es decir, se sienta más descansado, más tranquilo, menos irritable y con mayor energía para realizar sus actividades. A continuación se mencionan algunas sugerencias para mejorar la higiene del sueño.



- **NO MODIFIQUE LAS DOSIS NI LOS HORARIOS** del medicamento, recuerde que el experto en el manejo médico es su doctor. Si no se siente bien hable póngase en contacto con su médico e informe sobre lo que está pasando.
- Si olvidó o infringió las recomendaciones **NO SE AGOBIE**, pregunte al médico lo que puede hacer si esto ocurre y regrese al régimen normalmente.

Recuerde que la adherencia al tratamiento es su responsabilidad y para su beneficio. Al inicio, seguir las indicaciones médicas implica un cambio de vida radical, que es difícil de seguir. Sin embargo con la práctica esto se volverá un hábito y será más fácil cuidar de su salud.



INNSZ

Taller para el manejo del dolor

Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos
Presenta: Betsabé López Blanco

Correo:
betsalb@yahoo.com.mx



INNSZ

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”



Taller para el manejo del dolor

La adherencia a los tratamientos médicos

Psic. Betsabé López Blanco

Adherencia al Tratamiento

Se refiere al seguimiento de las indicaciones médicas, en donde el paciente toma un papel activo en su tratamiento. También se le llama apego al tratamiento o cumplimiento terapéutico.



Se cree que hasta el 80% de los pacientes no siguen las indicaciones médicas, por ejemplo: tomarse el medicamento, seguir una dieta, asistir a las consultas, etc. Este incumplimiento terapéutico es un problema de salud pública que implica un alto costo económico para los sistemas de salud, disminución de la calidad de vida del paciente y hasta una fuente de frustración para los servicios de salud.

¿Por qué las personas no se apegan a los tratamientos?

Existen diferentes razones por las cuales los pacientes no siguen un tratamiento adecuadamente:

1. Factores relacionados con el servicio de salud:

- El hospital está lejos
- Son muchas las horas de espera
- Las citas están muy espaciadas en tiempo
- Hay que hacer muchos tramites y el servicio es lento
- No dan suficiente información
- No hay apoyo
- Los trabajadores no están capacitados

2. Factores relacionados con el equipo médico

- No hay buena relación con el médico
- El médico no da suficiente información
- Cambio de médico constantemente
- El médico me atiende muy rápido
- El médico usa palabras difíciles de entender



3. Factores relacionados con el paciente:

- El paciente presenta emociones como depresión, ansiedad, enojo, preocupación, las cuales no permiten entender ni actuar ante un problema
- Tiene pensamientos de que no es capaz seguir las indicaciones del médico
- No comprende la enfermedad ni sus consecuencias
- No entienden para qué es la indicación médica, ni los efectos del tratamiento
- Cree que a "él o ella" no le va a pasar
- Pensamientos del tipo "yo no puedo hacer nada", "esto me lo mandó Dios y no puedo luchar con eso", "es el destino", "es herencia de mis padres y no puedo hacer nada al respecto".
- Poco autocontrol
- Creen que seguir el tratamiento no es tan importante
- No confían en los tratamientos
- No tienen apoyo de otras personas
- No tienen suficientes recursos económicos
- Les da pena seguir las indicaciones por miedo al "qué dirán"
- Nos les interesa cuidarse
- Dificultades para adquirir el hábito del apego al tratamiento

Existen diferentes razones por las que las personas no siguen las indicaciones médicas, sin embargo ante un problema tan importante hay que encontrar una solución. A continuación se presentan algunas sugerencias para la adherencia al tratamiento:

- Usted debe saber **TODO** sobre su enfermedad. **PREGUNTE A SU MÉDICO**, si no entendió lo que el médico dijo, pídale que le explique de una manera más sencilla **ÉL O ELLA NO SE MOLESTARÁN**.
- Sus preguntas y dudas **DEBEN** ser respondidas.
- Identificar las barreras para seguir las indicaciones médicas:
 - Manejo de olvidos: poner recordatorios, alarmas, pedirle a otros que nos recuerden,
 - Accesibilidad: cargar solo un pastillero en vez de todas las cajas de medicamento, dejar las pastillas en lugares accesibles para facilitar la ingesta
 - Si hay problemas económicas: pedirle al doctor que recomiende uno más económico, ir a asociaciones, fundaciones o buscar apoyo económico.
 - Buscar la solución para la asistencia a las consultas
- Efectos colaterales. A veces el medicamento tiene efectos que pueden ser intolerables, es importante hablar con el médico sobre los efectos para buscar una manera de resolverlos, algunos de estos efectos se quitan con el tiempo. Cuando sienta los efectos colaterales piense en ellos como **SEÑAL DE QUE EL MEDICAMENTO ESTÁ FUNCIONANDO**

No olvide que solucionar un problema y tomar una decisión es un **PROCESO DIFÍCIL SI NO TIENE LA COSTUMBRE DE HACERLO.**


Una vez que se empieza a **PRACTICAR** este proceso, que implica involucrarse en lo que sucede, a **TENER EL CONTROL SOBRE SU VIDA** y a sentir **SATISFACCIÓN** por lo que hace, se va haciendo **MÁS FÁCIL EL TOMAR DECISIONES.**



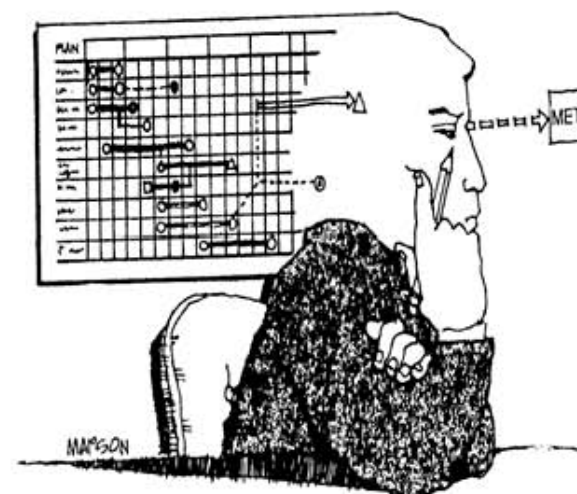
TALLER PARA EL MANEJO DEL DOLOR

Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos
Presenta: Betsabé López Blanco

Correo: betsalb@yahoo.com.mx
Teléfono: 54-87-09-00
Ext: 5007 ó 5039

 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición
INNSZ Nutrición
“Salvador Zubirán”

Taller para el manejo del dolor



Psic. Betsabé López Blanco

Técnica en Solución de Problemas

Es una habilidad de afrontamiento ante los problemas.

¿Qué es un problema?

Es una situación diferente o desconocida que modifica la estabilidad de una persona. Un problema va a demandar habilidades para una solución efectiva.



¿Qué es una solución?

Es una respuesta de afrontamiento que tiene más ventajas que desventajas y que permite que la persona regrese a un estado de tranquilidad.

¿Cómo resolver un problema efectivamente?

La solución de un problema tiene diferentes pasos, pero algo fundamental es **ACEPTA** que los problemas son parte de la vida diaria y hay que **HACERLES FRENTE** de manera eficaz, **NO SER IMPULSIVOS** ni **EVITAR** el problema.

DEFINICIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Es necesario definir concretamente el problema. Cuando el problema es muy general no se sabe por donde empezar y se evalúan el problema como algo muy complicado. Para concretar un problema pregúntese lo siguiente:

- ¿Cuál es el problema?
- ¿Por qué es un problema?
- ¿Por qué está sucediendo eso?

GENERACIÓN DE SOLUCIONES

En ocasiones ante un problema las personas adoptan las mismas opciones que han utilizado antes o que han visto de otras personas (padres, amigos, conocidos) pero a veces esas opciones no son suficientes. Es necesario ver toda la gama de opciones y para ello haga lo siguiente:

- Hacer una lista de todas las opciones por descabelladas que parezcan
- No juzgar las opciones porque disminuye la creatividad
- Entre más grande sea la variedad de opciones se propondrán más opciones de calidad.

TOMA DE DECISIONES

En este paso se examinan cuidadosamente las alternativas generadas, evaluando lo siguiente:

- Ventajas y Desventajas de cada opción
- Probabilidad de solucionar el problema
- Bienestar emocional al realizar esa opción
- Tiempo y esfuerzo requerido en la opción

Posteriormente se debe hacer las siguientes preguntas:

- ¿Se puede resolver el problema?
- ¿Necesito más información?
- ¿Qué solución o combinación de soluciones resuelve el problema?



PLAN DE ACCIÓN

Este paso implica la planeación y ejecución de las opciones que resolverán el problema. Se debe considerar lo siguiente:

- ¿Qué necesito para llevar a cabo esa opción? Puede ser necesario obtener ciertos materiales o habilidades sociales o emocionales
- ¿Cómo voy a llevar a cabo esa opción?
- ¿Cuándo voy a empezar?
- ¿Por cuánto tiempo lo voy a intentar para que sea eficaz o vea resultados?

Cada pregunta deber ser contestada y a lo largo de la ejecución del plan debe hacer una retroalimentación por parte de uno mismo o de otros. Esto significa que si no vemos los resultados esperados debemos investigar qué es lo que está pasando.

Si ya se tiene la información y el problema continúa se debe concluir que el problema no tiene solución y hay que buscar otras estrategias para regresar a la estabilidad y tranquilidad.

Para realizar adecuadamente esta técnica de solución de problemas es necesario:

1. Practicar el ejercicio con frecuencia
2. Iniciar con problemas sencillos, e ir aumentando la dificultad de los problemas poco a poco
3. Establecer objetivos o metas claros y realistas

Modificando los pensamientos disfuncionales

Cuando se hace una REFLEXIÓN acerca de nuestras emociones y pensamientos es importante ser HONESTOS con nosotros mismos para IDENTIFICAR y RECONOCER que tenemos este tipo de pensamientos disfuncionales que nos hacen sentir tan mal emocionalmente. Después tenemos que realizar un para que nos haga sentir mejor.

Ejemplo de preguntas que te puedes hacer ante un pensamiento negativo:

- ¿Cuál es la evidencia de que el pensamiento automático es cierto?
- ¿Cuál es la evidencia de que no es cierto?
- ¿Hay alguna explicación alternativa?
- ¿Cuál es la consecuencia de que yo crea en este pensamiento automático?
- ¿Cuál sería la consecuencia de que yo cambiara mi pensamiento?
- ¿Qué haría al respecto?
- ¿Qué es lo peor que podría suceder?
- ¿Podría vivir con esto?
- ¿Qué es lo mejor que podría ocurrir?
- ¿Cuál es el resultado más realista?
- 6) Si _____ (nombre de un amigo) estuviera en la situación y tuviera este pensamiento, ¿qué le diría?
- ¿Estoy culpándome a mí mismo por algo de lo cual yo no tengo el control?
- ¿Hay alguna cualidad en mí o de la situación que estoy ignorando?

Estas preguntas te pueden ayudar a encontrar un pensamiento más funcional. Y sobre todo PRACTICA.



Taller para el manejo del dolor

Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos
Presenta: Betsabé López Blanco

Correo: betsalb@yahoo.com.mx
Teléfono: 54-87-09-00
Ext: 5007 ó 5039



Taller para el manejo del dolor



Manejo de pensamientos negativos

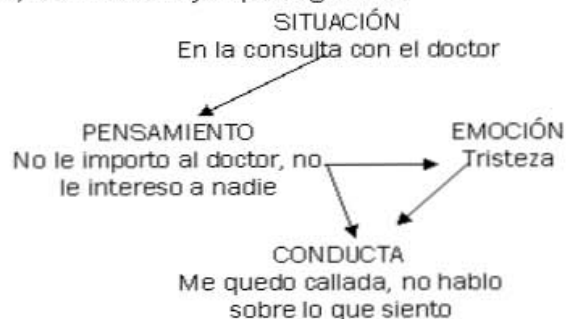
Psic. Betsabé López Blanco



Los pensamientos

Efecto de los pensamientos

Todas las personas que nos enfrentamos ante una situación, primero hacemos una interpretación de lo que vemos, eso provoca una respuesta emocional y una conducta, como en el ejemplo siguiente:



Estos pensamientos suelen ser tan rápidos que a veces no nos damos cuenta de ellos, sólo nos percatamos de la intensidad de la emoción que sentimos. Cuanto más fuertes son las emociones más exagerados son los pensamientos y las conductas.

Para poder diferenciar entre una emoción y un pensamiento recuerda que:

- Una emoción se describen con una sola palabra como: tristeza, enojo, preocupación, alegría, etc.
- Pensamiento: son frases que describen la manera en cómo "vemos al mundo", por ejemplo: "siento que no le importo a nadie, que no podré vivir con esto".

Hay diferentes tipos de pensamientos que nos hacen sentir emociones muy intensas, a estos pensamientos se les llama pensamientos irracionales o disfuncionales, ya que a veces esos pensamientos no son ciertos pero nos dejamos "llevar" por esas ideas.

Identificar pensamientos disfuncionales

Para esto debes hacerte la pregunta básica:

¿QUÉ PENSÉ EN ESE MOMENTO?
¿QUÉ SIGNIFICA ESA SITUACIÓN PARA MÍ?



Tipos de pensamientos disfuncionales

Después de que se haga la pregunta debe identificar si su pensamiento tiene las siguientes características:

- **Todo o nada:** usted ve la situación en sólo dos categorías en lugar de considerar toda una gama de posibilidades
- **Catastrofizar:** predice el futuro negativamente, sin tener en cuenta otras posibilidades
- **Descalificar o dejar de lado lo positivo:** usted considera que las experiencias, logros o cualidades no valen la pena.
- **Catalogar:** usted se coloca a sí mismo o a los demás una etiqueta global, sin tener en cuenta que todas las evidencias llevan a conclusiones menos desastrosas
- **Magnificar/minimizar:** cuando usted se evalúa a sí mismo, a otra persona o considera una situación, magnifica enormemente lo negativo y/o minimiza en gran medida lo positivo.
- **Filtro mental:** usted presta mucha atención a un detalle negativo, en lugar de tener en cuenta el cuadro completo.
- **Leer la mente:** usted cree que sabe lo que los demás están pensando y no es capaz de tener en cuenta otras posibilidades.
- **Sobregeneralización:** usted llega a una conclusión negativa que va mucho más allá de lo que sugiere la situación
- **Personalización:** cree que los otros tienen una actitud negativa dirigida hacia usted, sin tener en cuenta otras posibles explicaciones de los comportamientos.

- **Afirmaciones del tipo "debo" y "tengo que":** usted tiene una idea precisa y rígida respecto del comportamiento que hay que observar y sobreestimar lo negativo del hecho de no cumplir con esas expectativas.
- **Visión en forma de túnel:** usted sólo ve los aspectos negativos de una situación.

¿Por qué tenemos este tipo de pensamientos?

Los pensamientos disfuncionales son algo muy frecuente en el ser humano. Además cuando se está viviendo una situación difícil, como en el caso de vivir con dolor crónico, las personas suelen ser más sensibles a éste tipo de pensamientos, generando así problemas emocionales como la depresión o la ansiedad.

También a lo largo de nuestra vida aprendemos a través de la educación de nuestros padres, amigos, compañeros, pareja e hijos, y así va cambiando la manera de "ver el mundo", la experiencia de cada persona hace que cada uno de nosotros piense de manera diferente.

Cuando esos pensamientos son repetidos constantemente, o son utilizados con mucha frecuencia, ese pensamiento se va a volver automático. Por ejemplo: si cada vez que tengo dolor digo "esto es horrible, no puedo soportarlo, nunca podré vivir con esto", cada vez que yo lo repita se quedará grabado en mi cabeza, se volverá algo automático y se volverá algo "real" para mí y tendré esta idea por mucho tiempo. Sin embargo éste pensamiento provoca emociones muy intensas, muy desagradables y esto puede hacer que mi percepción del dolor aumente.

Anexo 6: Entrevista psicológica para pacientes postrasplantado de médula ósea

Fecha: ____/____/____

Expediente: _____

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Género: (F) (M)
Estado civil: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____
Nivel económico: _____ Religión: _____ Lugar de nacimiento: _____
Residencia: _____ Lugar de residencia (R) (U)

REDES DE APOYO

Familiograma

¿Quién es el cuidador primario?: _____

¿El cuidador presenta síntomas de desgaste? (SI) (NO) ¿Cuáles? : _____

¿Hay apoyo económico? (SI) (NO) ¿De quién? : _____

¿El cuidador tiene apoyo familiar para los cuidados del paciente? (SI) (NO)

¿De quién? : _____

¿Los familiares conocen el diagnóstico del paciente?

Nulo Distorsionado Incompleto y adecuado Completo y adecuado

¿Los familiares conocen el pronóstico del paciente?

Nulo Distorsionado Incompleto y adecuado Completo y adecuado

EVALUACIÓN DEL PACIENTE

¿El conocimiento del paciente sobre su enfermedad es?

Nulo Distorsionado Incompleto y adecuado Completo y adecuado

¿El conocimiento que tiene el paciente sobre su pronóstico es?

Nulo Distorsionado Incompleto y adecuado Completo y adecuado

¿El paciente conoce su tratamiento?

Nulo Distorsionado Incompleto y adecuado Completo y adecuado

FACTORES DE RIESGO:

¿Cuáles son las dificultades para la toma de medicamento? _____

¿El paciente ha consumido sustancias? (SI) (NO) ¿Cuáles? _____

¿Desde cuándo consume sustancias? _____ Actualmente consume sustancias? (SI) (NO)

¿Desde cuándo dejó de consumir? _____ ¿Qué sustancias consume actualmente? _____

¿Tiene dificultades para dormir?: (SI) (NO) ¿Cuáles? _____

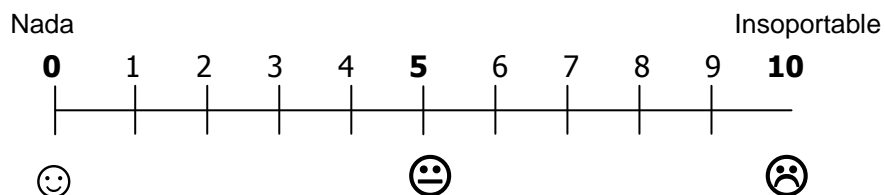
EVALUACIÓN DE DOLOR

Descripción del dolor:

¿Dónde ocurre? _____

Anexo 7: Diario de dolor

Considerando que “0” significa NADA DE DOLOR y “10” es igual al DOLOR MÁS INSOPORTABLE, ¿Qué calificación le daría a su dolor en este momento?



		Intensidad del dolor	Emoción	Intensidad de Emoción	Conducta
Lunes	Mañana				
	Tarde				
	Noche				
Martes	Mañana				
	Tarde				
	Noche				
Miércoles	Mañana				
	Tarde				
	Noche				
Jueves	Mañana				
	Tarde				
	Noche				
Viernes	Mañana				
	Tarde				
	Noche				
Sábado	Mañana				
	Tarde				
	Noche				
Domingo	Mañana				
	Tarde				
	Noche				

Anexo 8: Cuestionario de apoyo social de MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda de que Ud. dispone

1. Aproximadamente ¿cuántos amigos íntimos o familiares cercanos tiene Ud.? (personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar acerca de todo lo que se le ocurre)

Escriba el n.º de amigos íntimos y familiares cercanos

--	--

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia, u otros tipos de ayuda. ¿ Con qué frecuencia dispone Ud. de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita?)

Marque con una X la frecuencia con la que recibe apoyo

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre
2. Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita					
6. Alguien que le muestre amor y afecto					
7. Alguien con quién pasar un buen rato					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones					
10. Alguien que le abrace					
11. Alguien con quien pueda relajarse					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee					
14. Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas					
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos					
17. Alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales					
18. Alguien con quién divertirse					
19. Alguien que comprenda sus problemas					
20. Alguien a quién amar y hacerle sentirse querido					

Anexo 9: Hoja de informe para participar en el protocolo de trasplante de médula

Usted está invitado a participar en forma voluntaria en una investigación titulada: “Factores Psicológicos en el Paciente con Dolor Postrasplantado de Médula Ósea”. Este estudio permitirá establecer instrumentos de evaluación e intervenciones adecuadas para el manejo de factores psicológicos relacionado con el dolor por cáncer en pacientes en el protocolo de Trasplante de Médula Ósea (TMO) en población que asiste al Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición.

El objetivo de este estudio es evaluar la relación de factores psicológicos en el paciente con dolor postrasplantado de médula ósea. Esto permitiría la detección de pacientes con factores de riesgo para el desarrollo de problemas psicológicos y así desarrollar intervenciones oportunas para reducir riesgos para el paciente y costos para el servicio de salud.

Si usted acepta participar en este estudio, se realizará una valoración a partir de una entrevista, instrumentos psicométricos y autorregistros. Durante la entrevista se preguntarán datos sociodemográficos, sobre el conocimiento de la enfermedad y los tratamientos, característica y frecuencia de los síntomas relacionados con la enfermedad y cómo estos afectan el estado emocional. Los cuestionarios que serán aplicados son cuatro: 1) Ansiedad y Depresión Hospitalaria: el cual evalúan síntomas de depresión y ansiedad; 2) Cuestionario de Estilos de enfrentamiento: se evalúa la manera en que resuelve los problemas de la vida cotidiana, así como el trasplante y el aislamiento; 3) Cuestionario de Calidad de Vida y Salud: evalúan diferentes factores como son: preocupaciones, desempeño físico, aislamiento, percepción corporal, funciones cognitivas, dependencia médica, relación con el médico, redes sociales, actitud ante el tratamiento, familia, tiempo libre, vida cotidiana y bienestar y salud; 4) Por último el cuestionario de apoyo social evalúan la percepción que tiene usted sobre el apoyo que recibe de sus cuidadores principales. Estas evaluaciones se realizarán una semana antes del trasplante, 15 días y un mes después del mismo. Los pacientes que presenten dolor contestarán un “diario del dolor”, en el cual reportan el momento en que se presente dolor y su intensidad, así como el malestar emocional y la conducta que realizan como consecuencia del dolor.

La evaluación no tendrá ningún costo para usted ni para su cuidador. Los beneficios consistirían en mejorar la calidad de servicio es implementación futura de intervenciones para mejorar el estado psicológico del paciente con cáncer sometido a Trasplante de Médula Ósea. Para obtener los mayores beneficios es necesario trabajar en equipo con el terapeuta y realizar las actividades que se le indican en cada sesión.

Para cualquier duda con respecto a la investigación, intervenciones, evaluaciones y materiales la Psic. Betsabé López Blanco tiene la obligación de responder sus dudas, así como escuchar comentarios de retroalimentación.

Si usted está de acuerdo en participar en este estudio, la información obtenida será compartida únicamente por los miembros de la investigación y tendrá un carácter confidencial. Su información podrá guardarse y procesarse en una computadora con fines educativos.

La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Puede rehusarse a participar o interrumpir su participación en el mismo o en cualquier momento sin ser penalizado ni perder los beneficios a los cuales tendría derecho antes de participar en el estudio. Para poder ingresar en el estudio, usted o su representante legal deberán firmar y fechar la carta de consentimiento informado.

Para información comunicarse con la Psic. Betsabé López Blanco y Dra. Argelia Lara Solares, en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, dirección Vasco de Quiroga 15, Col. Sector 16, Dpto. de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, teléfono: 54870900 ext. 5039 ó 5007.

Anexo 10: Consentimiento informado para participar en el protocolo de trasplante de médula

Por medio de la presente doy a conocer que he sido informado de manera clara y por escrito acerca del estudio, el cual consiste en sesiones de evaluación donde se contestarán cuestionarios una semana antes del trasplante, 15 días y un mes después del trasplante. A lo largo de la primera evaluación hasta la última se realizará un registro diario de emociones, conductas e intensidad de sintomatología física (dolor).

Manifiesto que he recibido la información suficiente acerca de los beneficios derivados del estudio. Se me ha explicado que no recibiré ninguna remuneración económica por participar y que el único beneficio será el de proporcionar información sobre factores psicológicos relacionados con el dolor en el paciente con cáncer postrasplantado de médula ósea. La responsabilidad de participar implica contestar los cuestionarios y realizar los registros diarios.

Además de que se garantiza que la información obtenida por medio de entrevistas, cuestionarios y registros se manejará de manera confidencial, con fines educativos. En caso de ser apropiado para mis intereses, puedo abandonar el estudio en cualquier momento, sin que mi decisión afecte de ninguna manera la atención que recibo del Instituto.

Participante

Nombre: _____

Firma: _____

Testigos

Nombre: _____ Firma: _____

Relación con el participante: _____

Nombre: _____ Firma: _____

Relación con el participante: _____

Investigador

Nombre: _____

Firma: _____

México, D.F. a ____ de _____ del 200_.

|