



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

Estilos de vida en pacientes con Leucemia  
Linfoblástica Aguda del Hospital General de México

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A

**LILIAN FIERRO ESTRADA**

Directora: Mtra. María Cristina Bravo González  
Dictaminadores: Lic. José Esteban Vaquero Cázares  
Lic. Edy Ávila Ramos

Los Reyes Iztacala, Estado de México, 2013





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.



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.

## **DEDICATORIA**

A mis papás

¡GRACIAS!

Gracias por todo

## AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios.

Gracias a mis papás José Juan y Rosa María, porque sin su apoyo esto no hubiera sido posible. Gracias por la paciencia, por todos los sacrificios, por su acompañamiento, por los consejos, por el interés, por tener fe en mí!

Gracias a mi familia por su apoyo. A mi abuelita Rosario por siempre estar al pendiente de mí.

Gracias a mi abuelito Carlos porque siempre fuiste un ejemplo de trabajo y por haberme impulsado desde niña para hacer las cosas con dedicación y calidad. Ojalá que donde estás te sientas orgulloso y sepas que siempre estás presente conmigo y que este logro es también tuyo.

Gracias a mi hermanita Natalia Fierro, por ser un ejemplo en la dedicación a la investigación.

Gracias a mi tío Carlos Estrada porque fue el primero en darme la oportunidad de concretar mi sueño de ejercer mi profesión en un hospital.

Gracias a mi *MOmio* Domingo Flores, por ser mi cómplice y acompañarme en este proceso, por su amor y motivación. Por retarme a dar más, siempre.

Gracias a los amigos que estos años han estado ahí, motivándome. A Leslie Palacios por apostar por mí, a Marimar Aguirre por compartir risas y sueños. A las dos por el cariño y la fe.

Gracias a Cristina Bravo, porque estos años no fue sólo mi asesora sino mi amiga. Gracias Cris por toda la paciencia, los consejos y por involucrarte de verdad en mi proyecto y creer en mí.

Gracias a José Esteban Vaquero y a Edy Ávila por aceptar ser parte de este trabajo, por su tiempo y su paciencia.

Gracias a la UNAM y a todos los profesores de la FES Iztacala que intervinieron en mi formación. Especialmente a Enrique Rojas y Luis Estrevel (q.e.p.d.) porque sus enseñanzas me acompañan siempre en mi práctica profesional.

Gracias al Hospital General de México, al servicio de Hematología y a todo el personal médico involucrado por permitirme realizar este estudio. Gracias al Dr. Christian Ramos “Batman”, por creer en mí e invitarme a participar en el proyecto de la CAPLA.

Gracias a los muchos profesionales de la Psicología y de la salud con los que he convivido estos años y de quienes he aprendido algo. Gracias a quienes fueron mis asesores en mis años de universidad y en mis años de práctica profesional hasta hoy.

Gracias a todos aquellos que estuvieron involucrados en mi formación y colaboraron como voluntarios en mis múltiples prácticas escolares.

Gracias a los pacientes, por darme la oportunidad de aprender cada día y de ser útil.

# **ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DEL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO**

RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	12
1.1 La salud a lo largo de la historia.....	12
1.1.1 Psicología clínica.....	14
1.1.2 Psicología de la salud.....	14
1.1.3 Psicología médica.....	15
1.1.4 Psicología comunitaria.....	15
1.1.5 Modelo biopsicosocial.....	16
1.1.6 Medicina conductual.....	16
1.2 Funciones del Psicólogo.....	17
1.2.1 Funciones del Psicólogo en el ámbito hospitalario.....	18
2. PSICOLOGÍA, SALUD Y ENFERMEDAD.....	22
2.1 Definición y determinantes de salud.....	22
2.2 Clasificación de las enfermedades.....	23
3. INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA	27
3.1 Campo de estudio de la Hematología.....	27
3.2 Cáncer en la sangre.....	28
3.3 Leucemia.....	29
3.4 Leucemia Linfoblástica Aguda .....	31
3.4.1 Síntomas.....	32
3.4.2 Diagnóstico.....	32
3.4.3 Pronóstico y tratamiento.....	33

3.5 Implicaciones psicológicas ante el diagnóstico y tratamiento.....	34
3.5.1 Diagnóstico.....	34
3.5.2 Tratamiento; Primera hospitalización.....	35
3.5.3 Tratamiento; Hospitalizaciones subsecuentes.....	36
3.5.4 Remisión.....	36
3.5.5 Recaída.....	37
3.5.6 Fase terminal.....	37
3.6 Intervención del psicólogo en el tratamiento de la leucemia.....	37
4. ESTILOS DE VIDA Y SALUD.....	41
4.1 Calidad de vida .....	41
4.1.1 Calidad de vida relacionada con la salud.....	41
4.1.2 Aspectos y evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.....	42
4.1.3 Importancia de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud.....	44
4.2 Estilos de vida y salud.....	47
4.2.1 Estilos de vida salutogénicos.....	49
4.2.2 Estilos de vida patogénicos.....	51
4.3 Adquisición y mantenimiento de los hábitos de salud.....	52
4.4 Estilos de vida relacionados al cáncer e intervención psicológica para su modificación.....	54
5. INVESTIGACIÓN EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA.....	57
5.1 Participantes.....	57
5.2 Instrumento.....	58
5.3 Procedimiento.....	59
5.4 Resultados.....	59

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	73
ANEXOS.....	83

## **RESUMEN**

El presente trabajo es una investigación de los estilos de vida de los pacientes de la Clínica de Atención al Paciente con Leucemia Linfoblástica Aguda (CAPLA) del Hospital General de México. Para ello, describe la evolución de la Psicología de la salud a lo largo de la historia, el proceso de salud y enfermedad así como la intervención del Psicólogo en la promoción de hábitos y estilos de vida saludables y eliminación de estilos de vida dañinos. Describe qué es la leucemia linfoblástica, el área de la medicina que la estudia y las repercusiones psicológicas del tratamiento. Para conocer los estilos de vida presentes en los pacientes de la CAPLA, se realizó un estudio con 95 pacientes en condición de hospitalización y en consulta subsecuente, aplicando el cuestionario de autoinforme FANTASTIC. Los resultados indican que las diferencias en los estilos de vida son principalmente atribuibles a la falta de control en los hábitos de los pacientes fuera de la condición hospitalaria. La intervención del Psicólogo en este tipo de problemáticas es muy importante, pues la adecuada psicoeducación a los pacientes respecto de las repercusiones de sus hábitos en su enfermedad, se verá reflejada en un incremento en la calidad de vida de este grupo.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años la psicología se ha interesado por el estudio del proceso salud-enfermedad, desarrollando así la psicología de la salud. Basada en la necesidad de un análisis integral del ser humano, la Psicología de la salud postula que en todas las enfermedades están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de la condición patológica, las limitaciones que lleva aparejadas, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto para la vida futura (Veloso, 2003), que a su vez se ven reflejadas en el desarrollo de la enfermedad.

Cada paciente presenta su propia “respuesta a la enfermedad”, en la que se ponen de manifiesto no sólo las características regulares de ésta como hecho biológico, sino también, y sobre todo, las del sujeto como persona actuando en una situación específica (Veloso, 2003).

La intervención del psicólogo es necesaria en el área médica, pues su función es la de estudiar los aspectos conductuales relacionados a los trastornos orgánicos, los hábitos de vida que pueden favorecer la aparición de una enfermedad o los hábitos que favorecen un estado de salud más duradero y con base en éstos, proporcionar alternativas para mejorar la calidad de vida del paciente. También es necesaria para lograr la adherencia al tratamiento, a través del desarrollo de habilidades de afrontamiento y de la implementación de hábitos de vida que beneficien al sujeto y ayuden a la pronta recuperación.

En algunos casos, el psicólogo debe intervenir también en el manejo del dolor y en procesos de afrontamiento a la muerte, tanto con el paciente como con la familia si lo requiere.

De este modo, la intervención psicológica favorece no sólo la resolución de los problemas asociados a la enfermedad, sino que fomenta el desarrollo de

habilidades y hábitos de salud que el paciente requiere implementar en su entorno personal, familiar y social y que se ven reflejadas en una mejor calidad de vida del propio paciente y de su familia.

El objetivo del presente trabajo fue identificar los estilos de vida de los pacientes de la Clínica de Atención del Paciente con Leucemia Aguda (CAPLA) del Hospital General de México, con el fin de saber de qué manera estos estilos de vida influyen en la manera de vivir el proceso de la enfermedad y su tratamiento así como de qué forma favorecen la recuperación de su salud. La evaluación de estilos de vida en la CAPLA puede favorecer que el equipo de trabajadores de la salud detecten las necesidades de intervención en las distintas áreas: médica, nutricional, psicológica, etcétera. Saber de qué manera el tratamiento afecta estas áreas en el paciente y desarrollar estrategias de fortalecimiento de hábitos saludable deriva en el favorecimiento de la recuperación, una mejor calidad de vida y en evitar recaídas.

A partir de esta investigación es posible a futuro poder desarrollar un programa de intervención que ayude de manera integral a elevar el nivel de calidad de vida de estos pacientes desde su ingreso a la CAPLA.

El presente trabajo se divide en 5 capítulos. En el primero se aborda qué es la psicología de la salud, su evolución a lo largo de la historia y los distintos modelos que buscan orientar la labor del psicólogo en ésta área.

En el segundo capítulo se define que es salud y qué es enfermedad así como la clasificación de las enfermedades.

En el tercer capítulo se explica qué es la Leucemia Linfoblástica Aguda, qué área de la medicina la estudia, su tratamiento así como las implicaciones psicológicas de éste en el paciente.

En el cuarto capítulo se abordan los estilos de vida salutogénicos y patogénicos, su proceso de adquisición así como su influencia en la calidad de vida de los pacientes.

En el quinto capítulo se desarrolla la investigación llevada a cabo en el Hospital General de México, el diseño, el procedimiento y los resultados de la misma.

## 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

En las últimas décadas han surgido nuevas enfermedades que aquejan al individuo, y la ciencia se ha preocupado por el avance de métodos y técnicas que auxilien en el combate de dichas enfermedades. Sin embargo, por años se había dejado de lado la preocupación por la atención integral del individuo. Afortunadamente, las tendencias médicas actuales, se inclinan por atender no sólo las necesidades biológicas del paciente sino también por tener en cuenta aquellos factores psicosociales que pudieran influir en su recuperación o entorpecer el desarrollo del tratamiento.

### 1.1 La salud a lo largo de la historia

La palabra salud proviene del latín *salus-ūtis* y es definida por la Organización Mundial de la Salud (1948), como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad.

A lo largo de la historia, la salud ha sido conceptualizada de distintas formas, considerando su relación con otros aspectos que rodean la vida del individuo. Algunas civilizaciones, como la de los griegos antiguos, consideraron la salud como un estado de equilibrio entre la mente y el cuerpo, resultado de múltiples factores como la alimentación adecuada y la práctica de ejercicio constante. En la Edad Media, la salud fue relacionada con lo espiritual. Al llegar el renacimiento, se crea la concepción dualista mente-cuerpo, entendiendo éstos como entidades separadas y formando lo que se denominó modelo biomédico (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

El modelo biomédico ha sufrido cambios a lo largo de la historia, dando pie a nuevos modelos que permiten entender el proceso de salud-enfermedad y abordar de manera eficaz tal proceso en beneficio del individuo. En ese sentido, existen distintas teorías de qué modelos han dado origen a otros.

Un ejemplo de estas teorías es la propuesta por Amigo, Fernández y Pérez (1998) que sostienen que la Psicología de la salud es la precursora del resto de los modelos (ver Figura 1)

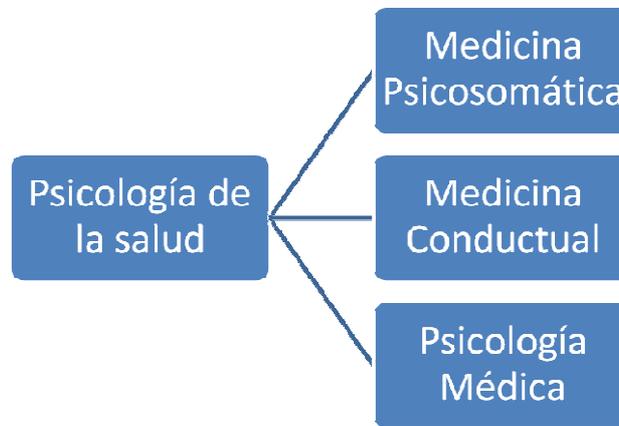


Figura 1. Evolución de la Psicología según Amigo, Fernández y Pérez (1998)

Por su parte Libertad (2003) se refiere a la Psicología de la salud como un modelo complejo que se formó a partir de intentos previos de acercamiento al entendimiento del proceso salud y enfermedad en el individuo. De esta forma ubica sus antecedentes teóricos y prácticos en los modelos de Psicología clínica, Psicología médica, Medicina conductual y Psicología comunitaria (ver Figura 2)

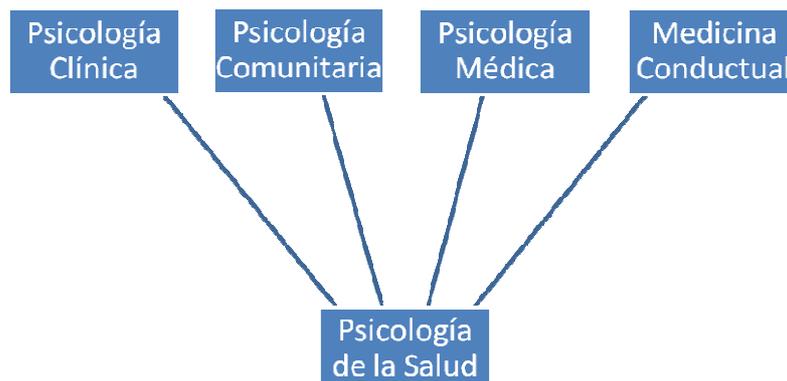


Figura 2. Evolución de la Psicología según Libertad (2003)

Debido a que no existe un acuerdo en cuanto a cómo se derivan los distintos modelos, es necesario conocer un poco de la definición de cada uno para entender su enfoque y principal objeto de estudio.

#### 1.1.1 Psicología clínica

La Psicología clínica es el más viejo de estos modelos y comienza desde finales del siglo XIX, asociado al trabajo de instituciones para enfermos mentales; es un modelo centrado en la enfermedad más que en la salud, enfocado hacia el individuo, hacia la enfermedad «mental» y estrechamente asociado a la psiquiatría (Libertad, 2003).

La Psicología clínica se encuentra más relacionada al antiguo modelo biomédico que concibe el binomio mente-cuerpo y concede a la Psicología la capacidad de entender y controlar la enfermedad, sin embargo no contempla el trabajo interdisciplinario vinculando al médico, al paciente y al psicólogo (Pérez, Fernández, Fernández y Amigo, 2003)

#### 1.1.2 Psicología de la salud

La Psicología de la salud surge en la década de los setenta del siglo XX. Es la encargada de estudiar y describir los procesos de salud-enfermedad, basada en la necesidad de un análisis integral del ser humano. Postula que en todas las enfermedades están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de la condición patológica, las limitaciones que lleva aparejadas, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto para la vida futura que a su vez se ven reflejadas en el desarrollo de la enfermedad (Veloso, 2003).

Ha sido definida por Carroble (1993) como el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar,

utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud existentes en la actualidad.

En 1980 en la reunión anual de Asociación Americana de Psicología, se adoptó como definición formal la propuesta por Matarazzo (1980) quien la consideró como el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas.

Así pues la Psicología de la salud busca realizar estudios, investigaciones y contribuciones teóricas que generen modelos aplicables basados en la evidencia que sirvan de solución a los problemas generales y específicos de la salud (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

#### 1.1.3 Psicología médica

La Psicología médica es la aplicación del conocimiento psicológico a la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, al análisis de la participación del psiquismo en el origen de las enfermedades de expresión somática y al estudio de la relación médico-paciente. Su surgimiento tuvo como virtud reclamar como un objeto de trabajo a las personas con enfermedades del cuerpo (Libertad, 2003).

#### 1.1.4 Psicología comunitaria

La Psicología comunitaria surge como una alternativa a la Psicología clínica, orientándose a la comprensión y resolución de ciertos problemas o patologías con un fuerte componente socio ambiental (drogadicción, marginación, delincuencia,

prostitución, etcétera) en los que la metodología de abordaje es el social-comunitario.

La Psicología comunitaria desarrolla un enfoque social y comunitario para la atención a los problemas de salud; sin embargo, ha quedado vinculada más a la llamada salud mental que a la salud en general (Libertad, 2003) ya que sus objetivos están dirigidos al desarrollo de mejores ambientes sociales, el aumento de las habilidades y competencias personales para la mejora en el ajuste entre personas y el incremento en la calidad de vida de la comunidad,

#### 1.1.5 Modelo Biopsicosocial

El modelo biopsicosocial sostiene que los factores biológicos, psicológicos y sociales, son determinantes en el proceso de salud y enfermedad (Pérez, et al., 2003). Se basa en la teoría de sistema, según la cual la salud, la enfermedad y la atención médica son un conjunto de procesos interrelacionados que al interactuar conllevan a distintas implicaciones clínicas como el proceso de diagnóstico, tratamiento, la relación médico-paciente y la deseada adherencia al tratamiento (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

#### 1.1.6 Medicina Conductual

Dentro de la Psicología clínica, en las últimas décadas, el psicólogo se ha interesado por estudiar los aspectos conductuales relacionados a los trastornos orgánicos, esto constituye una nueva disciplina que se ha denominado Medicina conductual. El psicólogo especializado en esta área tiene como principal interés el estudio del papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestación de las enfermedades y busca medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento pueden desempeñar una función útil en el tratamiento y la prevención de enfermedades.

Para Godoy (1999) la medicina conductual es un amplio campo de integración de conocimientos procedentes de distintas disciplinas biomédicas y psicológicas

relativas a la promoción y mantenimiento de la salud y a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

La medicina conductual nace a partir de la tradición teórica conductista, por lo cual su preocupación principal han sido las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios para modificarlas. Emplea técnicas de la modificación de conducta y enfoques cognitivo-conductuales para la evaluación, prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas, además de la utilización del análisis funcional de la conducta para la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud (Pormelau y Brandy, en Buela-Casal, Caballo y Sierra, 1998).

Borda, Pérez y Blanco (2000) se refieren también al surgimiento de la medicina conductual y dicen que éste se vio influido por el cambio en las tasas de morbilidad aumentando la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, en contraste con las infecciones y esto originó un cambio de la atención e investigación hacia factores comportamentales individuales y en grupo.

## **1.2 Funciones del Psicólogo**

El trabajo profesional se puede llevar a cabo en distintos escenarios, con otras disciplinas y profesiones, de manera directa o desprofesionalizada y se pueden ejercer diversas funciones: a) detección, que se refiere a la identificación, a través de diversas herramientas, ya sea de problemas, recursos, capacidades o necesidades vinculadas al comportamiento individual; b) desarrollo, que tiene que ver con el entrenamiento de capacidades y competencias; c) planeación y prevención, que aluden al diseño de planes y a la aplicación de estrategias para evitar la aparición o agudización de cierto tipo de problemas; d) intervención, que se vincula con el uso de técnicas y procedimientos para la solución de problemas concretos ya existentes, y e) investigación, que en este caso es tecnológica

porque tiene como objetivo redundar en la eficiencia de la aplicación del conocimiento básico (Ribes, Fernández, Talento y Rueda, 1980)

### 1.2.1 Funciones del Psicólogo en el ámbito hospitalario

El plan de estudios de la Universidad Nacional Autónoma de México, en su Facultad de Estudios Superiores Iztacala (1978) se refiere al perfil profesional del Psicólogo como el profesionista dedicado al estudio de los fenómenos del comportamiento humano y los procesos que con éste se relacionan, para determinar sus condiciones y leyes, en campos de acción diversos como el clínico, educativo, social, laboral, experimental y psicofisiológico.

Por su parte, la Asociación Americana de Psicología (1997) señala que las funciones del psicólogo en el ámbito de instituciones de servicios de salud son:

- La evaluación psicológica, a través de la entrevista de diagnóstico, la revisión de datos importantes en el expediente del paciente y la recolección de datos por medio de instrumentos de medición, tomando en consideración las incapacidades físicas y mentales del mismo.

- La planeación del tratamiento, a través de sugerencias al equipo interdisciplinario, sugerencias de manejo conductual o efectuando recomendaciones específicas para enlazar el manejo del paciente a otro servicio y en dado caso acordar el plan de tratamiento con el equipo de salud.

- Efectuar intervenciones clínicas en las siguientes modalidades: terapia individual, terapia grupal, terapia familiar, manejo conductual de problemas relacionados con la salud, biorretroalimentación, terapia psicoeducativa de grupo entre otras muchas formas de intervención. La terapia conductual puede emplearse para manejo del dolor, rehabilitación psicosocial, adherencia al

tratamiento farmacológico así como el desarrollo de alternativas para evitar la sujeción, aislamiento y medicación de pacientes violentos.

-Participación en la evaluación para la admisión, diagnóstico, tratamiento y alta de pacientes.

-Desarrollar proyectos de investigación tales como: estudios de casos, estudios para hacer más eficientes los tratamientos, evaluación de programas y la elaboración de proyectos clínicos dentro y fuera de la institución.

- Administrar y manejar servicios de la institución de salud, como rehabilitación, salud mental, servicios para atender adicciones, gerontología y medicina conductual. Así mismo puede proporcionar servicios para formar personal de la institución como educación continua, entrenamiento residencial para psicólogos, médicos y enfermeras, atención al personal y programas de asistencia social.

La intervención del psicólogo es necesaria en el área médica, dentro del ámbito hospitalario debido a que su función es proporcionar una alternativa para mejorar la calidad de vida del paciente y lograr la adherencia terapéutica a través del desarrollo de habilidades de afrontamiento y de la implementación de hábitos de vida que beneficien al sujeto y ayuden a la pronta recuperación.

Para Ulla (2003) los principales objetivos de la Psicología en hospitales deben ser:

- Asistencia directa a los enfermos y sus familias
- Docencia, mediante enseñanza regular de contenidos en Psicología a estudiantes de medicina
- Investigación, orientada al esclarecimiento de los problemas de salud.

Un psicólogo debe ser capaz de participar en conjunto con otros especialistas de la salud en el proceso de atención integral al paciente. Dicha participación puede

darse desde el momento en que se le comunica el diagnóstico, favoreciendo así su mejor comprensión, y disminuyendo el impacto del mismo. El psicólogo está capacitado para ayudar en la modificación de la percepción del concepto de salud-enfermedad del paciente y en la eliminación de mitos y falsas creencias que pudiera tener respecto a su estado, que entorpezcan su tratamiento.

A lo largo de todo el proceso de tratamiento el psicólogo participa logrando el afrontamiento de la enfermedad y promoviendo la adherencia terapéutica a través del entrenamiento de las habilidades necesarias para la misma así como la promoción de hábitos de vida saludables y la eliminación de hábitos dañinos que repercuten en la calidad de vida del paciente, y en caso de ser necesario, el psicólogo puede intervenir en el tratamiento de aquellos trastornos de conducta derivados del diagnóstico o de la enfermedad misma.

Ulla (2003) dice que además, el Psicólogo debe contemplar otras problemáticas como:

- La información médica y psicosocial en la etapa aguda de la enfermedad
- La adaptación de un estresor continuo
- Intervención en la etapa crónica y/o enfrentamiento a la pérdida en fase terminal.

De este modo, la intervención psicológica favorece no sólo la resolución de los problemas asociados a la enfermedad, sino que fomenta el desarrollo de habilidades que el paciente requiere implementar en su entorno personal, familiar y social y que se ven reflejadas en una mejor calidad de vida del propio paciente y de su familia.

En resumen, a lo largo de la historia la salud ha sido conceptualizada de distintas formas, tomando en cuenta diversos aspectos, pero durante las últimas décadas las tendencias médicas se han inclinado por considerar no sólo las necesidades biológicas del paciente sino también los factores que le rodean; medio ambiente,

sociedad, emociones y todo aquello que puede influir en el logro de su recuperación. Esto ha dado pie al surgimiento de diversas corrientes psicológicas, que abordan desde distintos modelos la atención al paciente pero que coinciden en que como psicólogos tienen funciones de detección, desarrollo, planeación e intervención. Y en el ámbito hospitalario particularmente de asistencia, docencia e investigación.

## **2. PSICOLOGÍA, SALUD Y ENFERMEDAD**

### **2.1 Definición y determinantes de la salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en 1948, la definición de salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, y no sólo como la ausencia de enfermedad. En la Declaración Universal de los Derechos Humanos en diciembre de ese mismo año, la Asamblea General de las Naciones Unidas expresó que todo hombre tiene derecho a conservar su salud y, en caso de que se enferme, a poseer los medios para curarse (Torres, 2011).

A partir de entonces médicos, psicólogos y otros especialistas de la salud, han buscado estudiar aquellos factores que influyen a conservar o perder el estado de salud.

En los años 70's del siglo pasado, diversos investigadores acuñaron el término “determinantes de la salud”. En 1974, Lalonde propuso que el nivel de salud de una comunidad, está influido por 4 grupos de determinantes:

- Estilos de vida y conductas de salud; Involucra el consumo de drogas, sedentarismo, estilos de alimentación, estrés, conducción peligrosa.
- Biología humana; Es decir la constitución biológica del individuo, la carga genética, y el proceso de desarrollo y envejecimiento individual.
- Medio ambiente; Factores como la contaminación física, química, biológica, factores psicosociales y socioculturales.
- Sistema de asistencia sanitaria; Falta de acceso o mala utilización de recursos y servicios sanitarios, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia, etc.

Otros estudiosos, como Lask y Fosson (1989) proponen que estos determinantes se pueden agrupar también en función del momento en que su influencia se hace

evidente en relación con el proceso de enfermedad. En este sentido, ellos clasifican los determinantes en factores predisponentes, factores precipitantes y factores perpetuadores. Y también consideran aquellos factores que dificultan la aparición de la enfermedad, es decir, los llamados factores protectores.

- Factores Predisponentes; Vulnerabilidad biológica, características de personalidad, primeras experiencias, estilos de afrontamiento, influencias socioculturales.
- Factores Precipitantes; Acontecimientos estresantes, estímulos que provocan respuesta emocional displacentera.
- Factores Perpetuadores; Estresores permanentes, elementos temperamentales ligados a la ansiedad, reforzadores, influencias familiares.
- Factores Protectores; Atributos temperamentales de adaptabilidad, adecuada relación intrafamiliar, red social de apoyo, soporte comunitario positivo.

Tener claros los factores que producen o influyen en el desarrollo de un estado de enfermedad en el individuo, puede resultar complejo, sin embargo su identificación es vital para el diseño de programas de intervención efectivos, que promuevan cambios en el estilo de vida del individuo, la eliminación de conductas indeseables y la promoción de las conductas saludables (Bishop, 1991).

## **2.2 Clasificación de las enfermedades**

En el año 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) actualizó la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10), esta es la décima revisión y es la que se encuentra vigente en nuestros días. En ella, la OMS clasifica las enfermedades según 4 criterios:

- Por la frecuencia de ocurrencia en una población:
  - Esporádicas: solamente se producen algunos casos en la población -
  - Endémicas: Exclusivas de una región concreta, donde se registran casos de manera habitual.
  - Epidémicas: Atacan a gran números de personas en un período corto de tiempo. Si la epidemia afecta a muchos países, o incluso a todo el planeta, se denomina pandemia.
  
- Por su origen o causa:
  - Alergias: Debidas a la reacción del sistema inmunológico y a agentes externos (antígenos).
  - Enfermedades infecciosas: Debidas a virus y bacterias.
  - Enfermedades parasitarias: Debidas a organismos parasitarios (protozoos, gusanos, hongos)
  - Enfermedades congénitas: Debidas a anomalías del desarrollo fetal.
  - Enfermedades hereditarias: Debidas a la trasmisión hereditaria de genes, dominantes o recesivos, a los que están ligados determinadas patologías.
  - Enfermedades autoinmunes: Debidas a una alteración de los mecanismos de reconocimiento del sistema inmunitario, que reacciona contra el propio organismo.
  - Traumatismos y accidentes: Debidas a accidentes capaces de provocar lesiones en un organismo sano.
  - Intoxicaciones: Debidas a los efectos de sustancias tóxicas producidas por organismos (toxinas bacterianas, animales y vegetales) o por determinados compuestos químicos.
  - Enfermedades neurodegenerativas: Debidas a la degeneración progresiva de las funciones nerviosas.
  - Trastornos mentales y relacionados con el uso de sustancias: Debidos a causas orgánicas y/o ambientales y/o al uso de sustancias psicoactivas.

-Enfermedades metabólicas: Debidas a anomalías de las reacciones químicas metabólicas, que normalmente dirigen la síntesis o la destrucción de las moléculas.

-Enfermedades por desequilibrios nutricionales: Debidas a la ingesta reducida o excesiva de sustancias nutritivas, a disturbios de la absorción o a la carencia de elementos nutritivos esenciales.

- Por su ubicación:

- Externas: Desarrolladas hacia fuera del organismo (heridas, úlceras, pestes).

- Internas: Desarrolladas al interior del cuerpo.

- Por la velocidad con que aparecen y por su duración:

- Agudas: Aquellas que tienen un inicio y un fin claramente definidos. Generalmente son de corta duración, aunque no hay un consenso en cuanto a que plazos definen a una enfermedad como aguda. El término agudo define el tiempo de evolución y no la gravedad de la enfermedad.

- Crónicas: Aquellas enfermedades que se desarrollan con lentitud, de larga duración y cuyo fin o curación no puede preverse claramente o no ocurrirá nunca. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica

Con base en esta clasificación, es posible darse cuenta de que, para entender una enfermedad no basta conocer sólo sus causas y repercusiones, sino otros factores como los agentes biológicos, localización, frecuencia, velocidad de evolución, pronóstico, etc.

En resumen, el tener salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar físico, mental y social. Y este puede obtenerse, mantenerse o lograrse si se toman en cuenta los diversos factores determinantes que influyen en la aparición o desarrollo de una enfermedad. Por su parte, las enfermedades se clasifican según su frecuencia, origen, ubicación y velocidad de desarrollo.

### **3. INTERVENCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA**

#### **3.1 Campo de estudio de la Hematología**

La Hematología es una especialidad de medicina que, como su nombre lo indica, está encargada del estudio de la sangre. hema: sangre, logo: estudio hematología: estudio de la sangre αίμα, -ατος-, "sangre" y -λογία, "estudio". También estudia los órganos hematopoyéticos, es decir, aquellos involucrados en la producción y depuración de las células sanguíneas, como la médula ósea, ganglios linfáticos y bazo (San Miguel y Sánchez-Guijo, 2009).

La sangre es un tejido vivo formado por líquidos y sólidos. La parte líquida, llamada plasma, contiene agua, sales y proteínas. Más de la mitad del cuerpo es plasma. La parte sólida de la sangre contiene glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Los glóbulos rojos transportan el oxígeno desde los pulmones hasta los tejidos y órganos. Los glóbulos blancos combaten las infecciones y forman parte del sistema inmunológico de la defensa del cuerpo. Las plaquetas ayudan a que la sangre coagule. La médula ósea, el material esponjoso dentro de los huesos, produce las células sanguíneas nuevas. Las células sanguíneas mueren constantemente y el organismo debe producir otras nuevas (U.S. National Library of Medicine, 2011).

En todo ese proceso de producción, existen muchos tipos posibles de alteraciones, que a su vez desencadenan distintos tipos de trastornos hematológicos, como pueden ser; anemias, desórdenes eosinofílicos, hemofilia, linfomas, mielomas múltiples, trastornos de la coagulación o hemorrágicos y las leucemias o cáncer en la sangre (Unidos... Asociación Pro Trasplante de Médula Ósea)

### 3.2 Cáncer en la sangre

El término cáncer proviene de la palabra griega carcinos (cangrejo) que Hipócrates utilizó para designar los procesos neoplásicos, que a simple vista se presentan como formaciones dotadas de prolongaciones o patas que, al igual que un cangrejo, hacen presa en los tejidos que invaden (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

En México, durante los últimos 50 años ha habido un cambio en el panorama epidemiológico, disminuyendo las enfermedades infecciosas y el incremento de las enfermedades crónico degenerativas, entre las que destaca el cáncer siendo ahora una de las principales causas de muerte en el país (Pérez, 2003).

Según el registro histopatológico de neoplasias malignas (RHNM) publicado por la Secretaría de Salud (2001), en México, el cáncer es la segunda causa de muerte, con una tasa de mortalidad del 55.2 %. Entre los años 1922 – 2001 la proporción de muertes por cáncer en México pasó de 0.6 – 13.1 % de las defunciones totales ocurridas por todas las causas y en toda la población las neoplasias onco-hematológicas ocupan el séptimo lugar de la lista (Ramos, 2008b).

Entre 1990 y el año 2000 la proporción de muertes por cáncer en México, incrementó casi 22 veces, pasando de 0.6% al 13.1%, registrando una tasa de 50 defunciones por cada 100 000 habitantes (Ayala y García, 2001). Según López (2003) los tipos de cáncer que causaron mayor número de muertes en la última década del siglo XX fueron (en orden decreciente):

- Bronquios y pulmón
- Estómago
- Cuello uterino
- Hígado y vías biliares
- Próstata y mama
- Leucemia

Los diversos tipos de tratamiento para el cáncer están encaminados a detener la expansión de la enfermedad y evitar su replicación en otros órganos o tejidos. Moro (1994) los clasifica en 4 tipos: cirugía oncológica, radioterapia, quimioterapia y tratamiento hormonal y biológico. A estos tratamientos hay que agregar los cuidados necesarios para favorecer la recuperación del paciente, como el control de la sintomatología, la dieta, el ejercicio y demás procuraciones de movilidad y bienestar físico y emocional.

### **3.3 Leucemia**

Las leucemias son cánceres de las células sanguíneas. Las leucemias habitualmente afectan a los glóbulos blancos. Aunque se ha probado que en algunos animales las leucemias pueden ser producidas por virus, en humanos las causas aún son desconocidas, sólo se sabe de algunos factores que incrementan la posibilidad de desarrollar una leucemia, como la exposición a la radiación y a ciertas sustancias químicas, entre ellas el benceno, y el uso de algunos fármacos anticancerosos. Además, quienes presentan ciertos trastornos genéticos, como el síndrome de Down y el síndrome de Fanconi, son más propensos a padecer leucemia. (Manual Merck, 2006)

Los glóbulos blancos se originan a partir de las células madre en la médula ósea. La leucemia se presenta cuando el proceso de maduración de la célula madre a glóbulo blanco se distorsiona y produce un cambio canceroso. El cambio a menudo supone una alteración en el orden de ciertas partes de algunos cromosomas llamado reordenación. Debido a que las reordenaciones cromosómicas perturbaban el control normal de la división celular, las células afectadas se multiplican sin cesar, volviéndose cancerosas. Finalmente ocupan toda la médula ósea y reemplazan a las células que producen las células sanguíneas normales. Estas células leucémicas también pueden invadir otros órganos, como el hígado, el bazo, los ganglios linfáticos, los riñones y el cerebro (Manual Merck, 2006).

Salas (1988) ha definido la leucemia como “una proliferación neoplásica generalizada de uno de los tejidos leucopoyéticos, habitualmente acompañada de invasión de la corriente sanguínea y producción temprana de metástasis, con mayor o menor grado de desorganización de los tejidos invadidos”.

Existen diversos tipos de leucemia, denominados en función de la velocidad de progresión y del tipo de glóbulo blanco al que afectan. Las leucemias agudas progresan rápidamente; las leucemias crónicas se desarrollan de forma lenta. Las leucemias linfáticas afectan a los linfocitos; las leucemias mieloides (mielocíticas) afectan a los mielocitos. En la Tabla 1 se presenta la clasificación de los tipos de leucemias según el Manual Merck (2006).

	<b>Tipo</b>	<b>Evolución</b>	<b>Glóbulos blancos afectados</b>
<b>LAL</b>	Leucemia linfocítica (o linfoblástica) aguda	Rápida	Linfocitos
<b>LAM</b>	Leucemia mieloide (mielocítica, mielógena, mieloblástica o mielomonocítica)	Rápida	Mielocitos
<b>LCL</b>	Leucemia linfocítica crónica (incluyendo síndrome de Sézary y leucemia de células peludas)	Lenta	Linfocitos
<b>LCM</b>	Leucemia mieloide crónica (mielocítica, mielógena o granulocítica)	Lenta	Mielocitos

Tabla 1: Principales tipos de leucemia (Manual Merck, 2006)

Por su parte, Ruiz (2001) considera los distintos tipos de leucemias agudas, clasificándolos según su morfología, como puede verse en la Tabla 2.

LAL L1	Linfoblástica típica
LAL L2	Linfoblástica atípica
LAL L3	Parecida al linfoma de Burkitt
LAM M0	Mieloblástica diferenciada mínimamente
LAM M1	Mieloblástica inmadura
LAM M2	Mieloblástica madura
LAM M3	Promielocítica hipergranular
LAM M4	Mielomonoblástica
LAM M5	Monoblástica pura
LAM M6	Eritrileucemia
LAM M7	Megacariolástica

Tabla 2: Tipos de leucemias agudas (Ruiz, 2001)

El presente trabajo está enfocado a uno de estos tipos de leucemia; la Leucemia Linfoblástica Aguda.

### 3.4 Leucemia Linfoblástica Aguda

La leucemia linfoblástica (o linfática) aguda (LAL) es una enfermedad linfoproliferativa maligna. Es el cáncer más frecuente en los niños, abarca el 25 por ciento de todos los cánceres en niños menores de 15 años. Generalmente afecta a los niños entre los 3 y los 5 años de edad pero también se presenta en los adolescentes y, con menos frecuencia, en los adultos. Las células muy inmaduras que normalmente se transforman en linfocitos se tornan cancerosas. Estas células leucémicas se acumulan en la médula ósea, destruyendo y reemplazando células que producen células sanguíneas normales. Se liberan en el flujo sanguíneo y son transportadas al hígado, al bazo, a los ganglios linfáticos, al cerebro, a los riñones y a los órganos reproductores, donde continúan creciendo y dividiéndose. Pueden irritar la membrana que recubre el cerebro, causando meningitis y pueden causar

anemia, insuficiencia hepática y renal y dañar otros órganos (Manual Merck, 2006).

En el Hospital General de México S.S.A, en un reporte realizado en el 2007 con evaluación de 6 años se encontró que se atendieron un número de 886 pacientes con leucemia. Las leucemias agudas ocuparon el segundo lugar en frecuencia siendo alrededor del 38.4 %. El mayor número de estos casos representa las leucemias linfoblástica aguda abarcando alrededor del 60 % de los casos (437 pacientes), presentándose alrededor de 72.8 casos nuevos por año (Ramos, 2008a).

#### 3.4.1 Síntomas

Los primeros síntomas aparecen habitualmente porque la médula ósea es incapaz de producir suficientes células sanguíneas normales. Estos síntomas son debilidad y ahogo, como consecuencia de la falta de glóbulos rojos (anemia), infección y fiebre, causadas por una escasez de glóbulos blancos normales, y hemorragia, causada por una falta de plaquetas. En algunas personas, una infección grave constituye el primer trastorno, pero en otras, su manifestación es más sutil, con debilidad progresiva, fatiga y palidez. La hemorragia se presenta como sangrado de nariz, encías que sangran con facilidad, manchas superficiales de tipo púrpura o tendencia a las magulladuras. Las células leucémicas que se encuentran en el cerebro pueden causar dolor de cabeza, vómitos e irritabilidad, y la médula ósea puede causar dolor óseo y articular (Manual Merck, 2006).

#### 3.4.2 Diagnóstico

Un análisis de sangre es lo primero para el diagnóstico. Una biometría hemática es el recuento completo de las células sanguíneas. Para diagnosticar leucemia, el número total de leucocitos no importa sino con relación al número de glóbulos rojos y plaquetas, los cuales suelen ser bajos. Lo siguiente es examinar en el

microscopio las muestras de sangre, donde si se observan blástos (glóbulos blancos muy inmaduros) es signo de leucemia. Para confirmar el diagnóstico, normalmente se procede a una biopsia de médula ósea y determinar de qué tipo es (Manual Merck, 2006).

### 3.4.3 Pronóstico y tratamiento

El tratamiento para la leucemia es la quimioterapia. El objetivo de la terapia es la destrucción de las células leucémicas y que la médula vuelva a producir células sanas. Dependiendo del grado de avance de la enfermedad, el médico tratante elige el tipo de tratamiento. Se denomina quimioterapia un conjunto de medicamentos anticancerosos que se eligen para determinado paciente. El objetivo de la terapia de inducción a la remisión es la erradicación de alrededor del 99 % de las células tumorales para finalmente poder restaurar la hematopoyesis. En la etapa de inducción, la mayor parte de los protocolos cuenta con la administración de glucocorticoides (prednisona, prednisolona, dexametasona) vincristina y junto a estos la administración de otro agente (asparaginasa, antraciclina o ambos). En algunas series, la quimioterapia junto con el tratamiento de soporte ha logrado mostrar remisiones completas (RC) cercanas al 98 % en pacientes pediátricos y de alrededor de 85 % en pacientes adultos (Ramos, 2008a).

Algunos pacientes requieren de hospitalización, sobre todo durante los primeros ciclos del tratamiento. Esto depende del grado de avance de la enfermedad, del tipo de quimioterapia y de si se requiere tener al paciente bajo observación o realizarle estudios continuamente. También suele ser común requerir transfundirles glóbulos rojos a los pacientes, para combatir anemias, plaquetas para combatir hemorragias y antibióticos para las infecciones pues entre los efectos secundarios producidos por el propio tratamiento, se encuentra la inmunosupresión. En algunos pacientes se requiere el trasplante de médula ósea (Hays, Gross, Lesko, Moor & McCaffrey, 1998).

Una vez eliminadas las células leucémicas, se pasa a una segunda etapa denominada “Consolidación” donde se sigue aplicando quimioterapia con la finalidad de destruir células leucémicas residuales, y evitar la aparición de metástasis cancerosas. Los órganos donde son más frecuentes las metástasis por leucemia son la médula ósea, el cerebro y los órganos reproductivos. Unas semanas o meses después del tratamiento inicial intensivo dirigido a la destrucción de las células leucémicas, se administra un tratamiento adicional (quimioterapia de consolidación) a fin de destruir cualquier célula leucémica residual. El tratamiento suele durar de 2 a 3 años, en promedio (Ramos, 2008a).

El tratamiento mediante quimioterapia y la correcta aplicación de los factores pronósticos han alargado la supervivencia de los pacientes a la LAL. En la parte inicial de la década de los noventa, la supervivencia libre de enfermedad cambió de un 73 a un 80 % en los pacientes pediátricos, con un porcentaje de curación de alrededor del 90%. La experiencia en la población adulta no es tan alentadora ya que el porcentaje de curación solo se encuentra en un 40 %, requiriendo trasplante de progenitores hematopoyéticos en la mayoría de los casos. El porcentaje de remisiones completas también disminuye de acuerdo como avanza la edad del paciente (Ramos, 2008a).

### **3.5 Implicaciones psicológicas ante el diagnóstico y tratamiento**

Una forma de abordar los distintos trastornos que pueden presentar los pacientes con diagnóstico de leucemia, puede ser clasificándolos, dependiendo de las diversas etapas del tratamiento.

#### **3.5.1 Diagnóstico**

El diagnóstico de una enfermedad crónico degenerativa ocasiona un encuentro inesperado con una realidad distinta y no deseada, que afecta el estilo de vida del

individuo, sus actividades y su relación con las demás personas. Puede alterar además, la auto percepción del paciente como integrante de una unidad familiar y de una comunidad, por el temor a un cambio en sus funciones y su imagen dentro de su entorno (Veloso, 2003).

Desde el punto de vista conductual el hecho de que una persona enferma pueda hacer frente a la enfermedad dependerá principalmente de tres factores: la historia de aprendizaje previo que el sujeto tenga, así como los antecedentes de respuesta ante ese u otros agentes similares, las habilidades funcionales con que el sujeto cuenta para hacer frente a la situación actual y el papel modulador de las contingencias ambientales sobre su estado biológico. Lo que llamamos afrontamiento, es precisamente la forma en que un sujeto pone en práctica sus habilidades para hacer frente a lo que concibe como enfermedad (Joyce-Moniz y Barros, 2006).

En esta etapa la principal problemática es el estrés y la ansiedad generados por el desconocimiento de la enfermedad y las condiciones del tratamiento. En esta etapa la intervención del psicólogo suele ser psicoeducativa y de manejo del estrés (Reynoso-Erazo y Rubio, 2003)

### 3.5.2 Tratamiento; Primera hospitalización

La primera etapa del tratamiento es llamada Inducción e implica tratamientos médicos invasivos, como la aplicación de quimioterapias intravenosas, venopunción, punción lumbar, aplicación intracraneal de quimioterapia y aspirado de médula ósea (Villarruel, 2004) estos procedimientos pueden requerir la intervención del psicólogo para el manejo del dolor.

En la experiencia de Villarruel (2004) con pacientes pediátricos de leucemia linfoblástica, las principales problemáticas presentadas durante la primera hospitalización fueron ansiedad de separación, conducta disruptiva, depresión

leve, enuresis, mutismo selectivo, náusea anticipatoria, ansiedad y trastorno distímico.

Por otra parte, en un estudio realizado por Cavusoglu (2000) con adolescentes, todos reportaron problemas físicos debidos a la enfermedad y al tratamiento, y el 50% dijo tener problemas sociales. También refirieron tener miedo al pronóstico y a los efectos secundarios del tratamiento.

### 3.5.3 Tratamiento; Hospitalizaciones subsecuentes.

Diversos estudios han encontrado una elevada incidencia de síntomas referidos en el DSM-IV TR correspondientes a los criterios diagnósticos para trastornos depresivos y de ansiedad y estrés postraumático (Williams, Williams, Graff, Hanson, Stanton, Hafeman, Liebergen, Leuenberg, Setter, Ridder, Curry, Barnard, y Sanders, 2002)

Méndez y Ortigosa (1997) clasifican las principales causas de estrés hospitalario en cuatro grupos:

- Los derivados de la enfermedad: dolor, secuelas, temor a la muerte.
- Procedimientos médicos: Inyecciones, extracciones de sangre, aspiraciones de médula ósea, punciones lumbares, cateterismos, cirugía, etcétera.
- Los vinculados con la organización del hospital
- Los asociados a las relaciones personales.

### 3.5.4 Remisión

En términos médicos, se llama remisión a la ausencia de evidencia de células cancerosas en la sangre. Llegada esta etapa, los pacientes dejan de recibir el tratamiento habitual y pasan a citas de revisión que son agendadas cada mes primero, y que se van espaciando conforme a la permanencia de la remisión.

Durante esta etapa pueden presentarse también problemas de ansiedad relacionados con el temor de recaídas. Thompson y Gustafson (1996) encontraron que el caso de los niños, puede presentarse además problemáticas de ajuste emocional, autoestima, ajuste conductual, ajuste social y relaciones con pares, así como ajuste escolar y de rendimiento.

### 3.5.5 Recaída

En su estudio, Cavusoglu (2000) encontró que los adolescentes que sufrieron recaída manifestaron temor, preocupación de morir y alteraciones con los amigos y familia.

Villarruel (2004) reporta que en esta etapa también se presentan síntomas de ansiedad y depresión en las familias, por lo que es necesario intervenir también a ese nivel.

### 3.5.6 Fase terminal

Cuando el tratamiento no tiene éxito y el pronóstico de muerte es inminente, es necesario hacer intervención para el manejo del duelo (Villarruel, 2004).

## **3.6 Intervención del psicólogo en el tratamiento de la leucemia**

Remor, Arranz y Ulla (2003) dicen que la labor del psicólogo, en el ámbito hospitalario es actuar como educador y facilitar la adaptación a las circunstancias que enfrenta el enfermo. Su meta es trabajar junto con el paciente y con el resto del personal sanitario en la meta común. Ellos dicen incluso que en ocasiones, el psicólogo debe fungir como técnico y apoyar a los profesionales que requieran su ayuda.

La participación multidisciplinaria, es un aspecto que también menciona Rodrigo (1998) quien menciona que las características del tratamiento, en la mayoría de los casos ambulatorio, provoca una perturbación en el funcionamiento cotidiano de la persona, por lo que el paciente se desgasta física, psicológica y socialmente, lo que involucra a diversos profesionales de la salud que deben acudir en apoyo del restablecimiento integral de la persona.

Se han realizado numerosos estudios sobre los trastornos emocionales que sufren los pacientes con leucemia Linfoblástica aguda, asociados al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Martínez, Loy y Romero (1995) señalan que estos pacientes suelen presentar manifestaciones depresivas, ansiosas, disminución del rendimiento en algunas áreas cognitivas, así como algunos de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos para trastornos de estrés postraumático señalados en el DSM-IV TR (2002).

Basados en lo anterior, Velasco y Sinibaldi (2001) han propuesto objetivos de la intervención psicológica para los pacientes con padecimientos oncológicos:

- Afrontamiento de la enfermedad: Proporcionar información clara y acorde a las necesidades de cada paciente, respecto a las características de la enfermedad, sus consecuencias, las medidas a seguir para la promoción de la salud, así como las consecuencias de no seguir las indicaciones médicas.
- Desarrollo de habilidades de comunicación: Que le permitan al individuo lograr una mejor comunicación en sus relaciones familiares, laborales, etc. así como con el personal médico. El individuo que es capaz de expresar de manera clara sus sentimientos, necesidades y deseos, facilita el intercambio de información médico-paciente y favorece de esta forma el desarrollo del tratamiento.

- Fomento del sentido de control y participación activa en el tratamiento: El paciente debe ser capaz de tomar decisiones, y resolver problemas de manera asertiva.
- Identificación, afrontamiento, expresión y manejo de las emociones asociadas al diagnóstico y al proceso de la enfermedad: ira, angustia, temor, etcétera.
- Reducción y tratamiento de trastornos de conducta y cognitivos, derivados de la enfermedad, como ansiedad, depresión, fobias, dificultades de concentración y rendimiento intelectual, pérdida de la memoria y otras reacciones emocionales desadaptativas.
- Eliminación de hábitos nocivos: Atender y eliminar hábitos que se contrapongan con el tratamiento, como pueden ser el consumo de sustancias tóxicas; tabaco, alcohol, drogas, la automedicación, el sedentarismo, la alimentación inadecuada o la práctica de conductas de riesgo, como deportes extremos, etcétera.
- Promoción de conductas saludables: como una dieta balanceada, la práctica de ejercicio adecuado, la asistencia habitual a la revisión médica así como a los estudios de seguimiento y control y el cumplimiento del tratamiento médico.
- Estimular la participación del paciente en actividades placenteras.
- Mantener y mejorar las relaciones sociales y la red social de apoyo: Intervención en problemas familiares derivados de la aparición o del diagnóstico de la enfermedad.

En resumen, la Hematología es la especialidad médica que estudia las enfermedades de la sangre, una de ellas es la leucemia, que es la formación de células cancerosas en la sangre. Existen distintos tipos de leucemia, dependiendo del tipo de célula que se vea afectada y de la velocidad de su avance. El tratamiento es quimioterapia, que requiere hospitalización y una serie de estudios invasivos. Por ello, es necesaria la intervención del psicólogo que ayude al paciente y a su familia con el manejo de los trastornos emocionales derivados del proceso hospitalario y del tratamiento, así como para afrontar posibles recaídas y muerte.

## **4. ESTILOS DE VIDA Y SALUD**

### **4.1 Calidad de vida**

El término "calidad de vida" fue admitido en el Index Medicus en 1977 y desde entonces ha sufrido numerosas modificaciones. En los últimos años ha adquirido un protagonismo creciente en todos los ámbitos de la vida humana. Es un concepto dinámico y por ello, distintos términos se han utilizado para hacer referencia a una misma idea. Así, calidad de vida, bienestar, satisfacción y felicidad suelen ser utilizados indistintamente (Aparicio, 2003). Sin embargo actualmente se encuentra bien diferenciado de otros conceptos y aunque en un principio se le otorgaba mayor importancia a los aspectos objetivos del nivel de vida para definirlo, actualmente se centra más en aspectos subjetivos e intrapersonales.

#### **4.1.1 Calidad de vida relacionada con la salud**

Uno de los conceptos con los que calidad de vida es más comúnmente relacionado, es con el concepto de salud. Sin embargo, el significado de calidad de vida va más allá de la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (1948) quien la definió como "el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad".

Si bien no existe acuerdo acerca de la definición de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), la mayoría de los autores coinciden en que es un concepto subjetivo y multidimensional asociado a otros factores (Bobes, Bousoño, Portilla y Pedregal, 1993). El estado de salud-enfermedad se concibe a partir de la percepción subjetiva del individuo, que se encuentra inmerso en un sistema de valores, creencias y costumbres, desde donde se proyectan de forma particular los objetivos, las expectativas y las preocupaciones (Maslow, 1968).

Una de las definiciones más aceptadas para la CVRS es la propuesta por Naughton, Shumaker, Anderson y Czajkowski (1996) quienes dicen que es la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud, sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar.

Por su parte, Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para Schwartzmann (2003) la calidad de vida relacionada con la salud es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

La incorporación del concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria para dar una mejor atención a los enfermos, ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones de salud en los últimos años.

#### 4.1.2 Aspectos y evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud

En las últimas décadas la ciencia se había preocupado por el avance de métodos y técnicas que auxiliaran en el combate de la enfermedad y por años había dejado de lado la preocupación por la atención integral del individuo. Sin embargo, las tendencias médicas actuales, se inclinan por atender no sólo las necesidades biológicas del paciente sino también por tener en cuenta aquellos factores

psicosociales que pudieran influir en su recuperación o entorpecer el desarrollo del tratamiento.

Para poder medir la CVRS es necesario conocer los aspectos que la componen.

Para Naughton et al (1996) la Calidad de vida relacionada con la salud, abarca 3 dimensiones importantes; el funcionamiento social, físico y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal, y el bienestar emocional.

Las dimensiones que generalmente se tienen en cuenta en la evaluación de la CVRS de un paciente, están relacionadas con su capacidad para realizar actividades diarias (movilidad y cuidado personal), las adquisiciones cognitivas (memoria, habilidad para concentrarse y aprender), las emociones (positivas y negativas), la percepción de sí mismo, las relaciones interpersonales (con los amigos y familiares) y con el medio que los rodea (cohesión familiar, apoyo social) (Pane, Solans, Gaité, Serra-Sutton, Estrada Y Rajmil, 2006).

En estudios recientes se ha hecho hincapié además, en la necesidad de distinguir aspectos que diferencian la calidad de vida autopecibida por un adulto y la calidad de vida autopercibida por un niño. Por ejemplo, Levi y Andersson (1980) proponen que el concepto de salud en niños y niñas y en adolescentes debe considerar no sólo los aspectos físicos, psicológicos y sociales, sino también la habilidad de realizar actividades apropiadas para su edad.

De esta manera, adquiere importancia el desarrollo de una medida que tenga en cuenta la opinión (percepción) del individuo, es decir, la forma en que la persona percibe su estado de salud-enfermedad. La información que proporcionan estas nuevas medidas permite identificar distintos estados de morbilidad y bienestar, valorar el impacto de distintos tratamientos e intervenciones en salud, identificar las características sociodemográficas de la población de estudio y la forma en

que repercute el estado de salud-enfermedad en el ámbito biológico, psicológico y social (Velarde-Jurado y Avila-Figueroa,2002 y Pane, Solans, Gaité, Serra-Sutton, Estrada Y Rajmil, 2006).

La medida de la CVRS se obtiene a partir del análisis de las respuestas de los individuos a un cuestionario estandarizado que comprende distintas dimensiones. Cada una de estas dimensiones se construye a partir de preguntas (o ítems) cuyos niveles de respuestas están categorizados en escalas. Es necesario que el instrumento cumpla con una serie de propiedades que confirmen su validez y fiabilidad (Salinas, Farías, González y Rodríguez, 2009).

#### 4.1.3 Importancia de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud

Si bien ligar el concepto de Calidad de Vida al concepto de Salud puede resultar muy natural, no es sino hasta que se evalúan las principales causas de muerte en el mundo, que se puede tener una noción clara de la importancia de la correlación entre ambos conceptos. Los diversos factores socio ambientales que rodean la vida diaria actualmente, como pueden ser las demandas de la revolución tecnológica, la constante inseguridad, el desempleo o el multi empleo, cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, etcétera) la pérdida de motivaciones, entre otros, influyen de manera importante en la calidad de vida favoreciendo el desarrollo de padecimientos físicos, como estrés, hipertensión, depresión, trastornos neuromusculares, trastornos gastrointestinales, problemas sexuales, dolor crónico, por mencionar algunos (Arevalo, 2008).

La Organización Mundial de la Salud, a través de su Grupo de Trabajo Europeo ha estimado que para el año 2020, el estrés sea la causa principal de muerte, vinculándola en primer lugar a afecciones cardiovasculares y a las depresiones con su consecuente riesgo suicida (López y Murray, 1998).

Sabiendo que el propio ritmo actual de vida afecta la calidad de vida en personas “sanas”, es oportuno cuestionar como es que este mismo ritmo de vida puede afectar a quienes no lo están. Aquellos que padecen una enfermedad crónica o que pone en riesgo su vida y deben someterse a tratamientos arduos de seguir. Por ello, conocer el índice de calidad de vida de un paciente resulta sumamente beneficioso en la toma de decisiones en una intervención médica y un tratamiento que presuman de buscar favorecer precisamente la calidad de vida del individuo.

Para el equipo de salud, la atención debe ir más allá del sólo combate a la enfermedad, debe buscar el bienestar del individuo. Dicha búsqueda de bienestar debería ser sobre todo ardua en el tratamiento de aquellas enfermedades para las que no existe una cura total y donde el objetivo de la intervención va encaminado a la atenuación o eliminación de síntomas y dolor, a evitar complicaciones y a disminuir las limitantes físicas consecuencia de la enfermedad o del propio tratamiento.

En la literatura médica, es común que los estudios realizados con el objeto de medir Calidad de Vida, por ejemplo en el caso específico de pacientes con Leucemia Linfoblástica Aguda, utilicen como criterio de análisis la evolución del paciente a lo largo del tratamiento, correlacionándolo con las recaídas sufridas (Ramos, 2008b). Pero la evaluación de la Calidad de Vida de un paciente debe ser más amplia que eso, ya que representa el impacto que la enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción que el paciente posee de su bienestar, por lo tanto, dicha evaluación debe ser no sólo cuantitativa y fisiológica sino también incluir aspectos cualitativos.

La importancia de una evaluación cualitativa, recae en que las evaluaciones que arrojan datos duros como tasa de mortalidad, tasa de sobrevida, tasa de hospitalización o porcentaje de efectos secundarios, etcétera, resultan poco certeras para establecer y medir la efectividad de la atención brindada, y por lo tanto no es posible formular propuestas o diseñar estrategias para futuras

intervenciones en favor de los pacientes. Las evaluaciones cualitativas que permiten conocer el estado del paciente no sólo a través de números, sino de manera más integral, han adquirido relevancia dentro de la atención a la salud durante los últimos años, proporcionando indicadores más allá del impacto biológico de la enfermedad, también del impacto social, emocional y conductual de la misma, así como del tratamiento.

Una característica de la evaluación de la calidad de vida es la importancia de tomar en cuenta la percepción del paciente. La subjetividad es un factor que no es considerado en la mayoría de las evaluaciones de salud y que sin embargo recae con mucho peso en la adherencia al tratamiento y por lo tanto en la evolución del paciente ¿Qué tan enfermo se percibe él o ella? ¿Qué tan mal se siente con el tratamiento? ¿Qué costos (sociales, anímicos, de movilidad, de independencia, auto imagen, etc.) ha debido pagar a causa del tratamiento? ¿Qué tanto percibe el o ella que el tratamiento ha resultado beneficioso?. Conocer la evaluación subjetiva del estado de salud auto percibido por el paciente, resulta útil además porque ha demostrado ser un predictor de la mortalidad (Joyce-Moniz y Barros, 2006).

Se requiere también, evaluar la percepción del paciente sobre su propia calidad de vida, debido a que en el caso de padecimientos que no se manifiestan con signos claramente observables, ésta percepción puede ser muy distinta entre quien vive la enfermedad, quien la trata y quien es el cuidador del paciente, en caso de haberlo. Se sabe que en muchas ocasiones, para el personal médico, la percepción sobre la calidad de vida del paciente, está influenciada por el grado de compromiso que la enfermedad tenga en el estado de salud, mientras que para el paciente pueden resultar más relevantes otros factores independientes al estado físico e incluso al riesgo de muerte (Botero de Mejía y Pico, 2007). Del mismo modo, hay numerosas evidencias de que, a medida que la enfermedad progresa, y a consecuencia de las experiencias con las que se va enfrentando el paciente, ocurren en él ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente

con la vida, por lo que podemos encontrar personas con grados importantes de limitación física que consideren que su calidad de vida es buena (Schwartzman, 2003).

Por todo ello es que la evaluación de la Calidad de Vida relacionada con la Salud adquiere gran importancia y ésta debe ser llevada a cabo de manera integral tomando en cuenta los diferentes factores que influyen en la persona al momento de recibir el tratamiento médico, en particular un tratamiento que pueda resultar invasivo o limitante. De ser posible deben incluirse también algunos otros indicadores relacionados, como pueden ser bienestar, autoestima, estado de salud, estado funcional, estrés, depresión, redes de apoyo, recursos de afrontamiento, por mencionar algunos. Entre más completa sea la evaluación mejor podremos conocer de que forma la enfermedad y el tratamiento han tenido impacto en la vida de la persona y por lo tanto tomar mejores decisiones.

#### **4. 2 Estilos de vida y salud**

A partir de la modificación del concepto de salud propuesto por la Organización Mundial de la Salud en 1946, la Medicina Conductual ha centrado su interés en estudiar los aspectos conductuales relacionados a los trastornos orgánicos. Se contempla la salud no sólo como la ausencia de enfermedad sino que se contempla la promoción de aspectos biológicos, psicológicos y sociales asociados a un estado de bienestar y salud en el individuo (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2004).

El Modelo Biopsicosocial de la salud, se basa en los recientes hallazgos de la Medicina Conductual, que relaciona la aparición y desarrollo de enfermedades crónicas, las cuales a su vez originan las principales causas de muerte a nivel mundial con componentes psicológicos y comportamentales. Becoña et al. (2004) afirman que la enfermedad no surge sólo de los factores físicos o químicos, sino que los aspectos psicológicos y sociales tienen un papel fundamental.

Lalonde (1996) señala que la salud está compuesta por la biología humana, el medio ambiente, la organización de los servicios de salud y los estilos de vida.

Estilo de vida es un concepto compuesto por múltiples dimensiones, y son comunes las dificultades cuando se le trata de medir directa y objetivamente (López, Ariza, Rodríguez y Munguía, 2003).

Morales (1999) y Rodríguez-Marín (2001) señalan que el término estilo de vida se emplea para describir, a modo de resumen, el conjunto o pautas de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera relativamente consistente en su vida cotidiana, que se ejecutan de forma estructurada y que cuando se constituyen en el modo habitual de responder ante una situación se pueden entender como hábito y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en situación de riesgo para la enfermedad.

Según Vives (2007) el estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas y se relaciona estrechamente con la esfera conductual, motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. El estilo de vida abarca los patrones cognitivos, conductuales, afectivos y emocionales, que muestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes, y que pueden constituirse en factores de riesgo o seguridad, dependiendo de su naturaleza.

Para Rodríguez-Marín (1995) se trata de un término que atañe a pautas comportamentales, es decir, a formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada y que cuando se constituyen en el modo habitual de responder ante una situación se pueden entender como hábito, permitiendo

entender la relación directa que se establece entre la forma y el estilo de vivir con aspectos de la salud.

Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad, por lo que un estilo de vida saludable constituiría un importante factor en la configuración del perfil de seguridad del individuo que le permitiese prevenir enfermedades que contribuyen a una mala calidad de vida o a la muerte (Rodríguez-Marín, 2001 y Vives, 2007).

Desde hace décadas se ha observado que las principales causas de muerte en los países desarrollados y/o en desarrollo ya no están relacionadas con enfermedades infecciosas, sino con las que provienen de los estilos de vida y comportamientos poco saludables de las personas (Becoña et al., 2004).

#### 4.2.1 Estilos de vida salutogénicos

De acuerdo con Meda, Torres, Cano y Vargas (2004) se pueden encontrar estilos de vida salutogénicos o también denominados inmunógenos conductuales, que de acuerdo a Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) son todos aquellos comportamientos que hacen a un individuo menos susceptible a la enfermedad, además, actúan para proteger o mejorar la salud de una persona (Morrison y Bennet, 2008).

Se entiende por autocuidado a la salud, todas las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal. Son prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas (Navarro y Bimbela, 2005)

Los investigadores (Becoña et al., 2004; Sánchez, 2006; Taylor, 2007) coinciden en algunos estilos de vida salutogénicos como:

- Dormir de siete a ocho horas diarias

-Desayunar todos los días, no comer entre comidas, mantener el peso en función de la talla.

-Practicar ejercicio físico con regularidad

-No beber alcohol o hacerlo moderadamente y no fumar

Por su parte, Meda et al (2004) y Morrison y Bennet (2008) incluyen:

-Métodos para prevenir enfermedades de transmisión sexual

-Estrategias de afrontamiento al estrés, autocuidado y cuidado médico

-Prácticas adecuadas de higiene

-Correcta distribución y aprovechamiento del tiempo

Para Vives (2007) los comportamientos que disminuyen el riesgo de enfermar son:

-Adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas

-Un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción

-Control y la evitación del abuso de sustancias nocivas, etcétera.

Por su parte, Navarro y Bimbela (2005) identifican tres aspectos donde el autocuidado se manifiesta dentro de los estilos de vida y en los cuáles se puede intervenir:

- a) Nuevos hábitos, que son los que se dan en cómo estructuramos nuestra vida cotidiana, algunos pueden afectar de algún modo nuestra salud, por ejemplo el hábito de fumar. Esta es una oportunidad para fomentar nuevos hábitos a favor de la salud.
- b) Conductas de mantenimiento, conscientes e intencionadas que buscan mantener la salud, como hacer ejercicio o acudir a programas de detección temprana.
- c) Conductas de respuesta a síntomas de enfermedad, por ejemplo monitorear el nivel de glucosa en sangre o los niveles de tensión arterial y acudir a los servicios de salud frente a síntomas alarmantes de la enfermedad.

Es labor del psicólogo la promoción del establecimiento y mantenimiento de estos estilos de vida salutogénicos.

#### 4.2.2 Estilos de vida patogénicos

Los cambios en los índices de morbilidad en los últimos años, han permitido establecer una relación entre los hábitos de vida no saludables y el desarrollo de ciertas enfermedades que conducen a una mala calidad de vida o incluso a la muerte. Los expertos señalan a los estilos de vida como uno de los factores más importantes en el proceso salud-enfermedad (García, Ramos, Serrano, Sotelo, Flores y Reynoso, 2009).

Un estilo de vida patógeno, está compuesto por aquellas conductas que incrementan el riesgo de un individuo de enfermar (Becoña et al., 2000), como el sedentarismo que favorece enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, obesidad y otras; consumo de tabaco y alcohol; conductas sexuales de riesgo; y, consumo excesivo de alimentos ricos en grasas saturadas, por mencionar algunas. Estos comportamientos propician un deterioro en la calidad de vida, con el paso del tiempo se convierten en conductas difíciles de controlar y que preceden a la existencia de enfermedades que bien se pudieron evitar.

Al hablar de comportamientos patógenos, también deben considerarse aquellos problemas relacionados con el tipo de vida dominante, caracterizado por el aumento del estrés y la disminución del descanso, además del incremento del sedentarismo que conduce, entre otras cosas, al aumento de peso de la población. El descanso diario es un componente básico de la salud (Actis, Pereda y Prada, 2004).

### **4.3 Adquisición y mantenimiento de los hábitos de salud**

García, et al (2009) señalan que los estilos de vida se desarrollan a través de la historia del sujeto; inicialmente es modelado por los padres y posteriormente se aprenden en la escuela algunos elementos relacionados con la conducta saludable. También los grupos de amigos pueden favorecer el desarrollo de comportamientos no saludables, como el uso del tabaco o alcohol, o imitar modelos promovidos por los medios masivos de comunicación. Sin embargo el sujeto es capaz de decidir y determinar su estilo de vida y practicarlo voluntariamente.

Taylor (2007) dice que una conducta de salud es aquella que adoptan las personas para mejorar o para conservar la salud. Un hábito de salud, es una conducta de salud firmemente arraigada y que con frecuencia se realiza automáticamente.

Becoña, et al, (2000) y Fiorentino (2010) señalan cuatro factores como determinantes de la conducta de salud:

- a) Demográficos y sociales: destacan características como mayor o menor edad, mayor o menor nivel educacional, ser de clase social alta o baja; dentro del ámbito social se destaca el papel de la familia y de los pares.
- b) Percepción del síntoma: implica la percepción que tiene un individuo con respecto a la vulnerabilidad personal a una enfermedad o accidente; la naturaleza y la intensidad de las percepciones pueden afectar de forma significativa el que una persona adopte o no un comportamiento concreto.
- c) Psicológicos: específicamente se alude a condiciones de tipo emocional donde se ha demostrado que estados emocionales negativos pueden interferir con la realización de conductas positivas.

- d) Creencias: la presencia de ciertas creencias y atribuciones sobre las causas de una enfermedad pueden favorecer o no que una persona realice determinadas conductas.

Las conductas de salud se presentan de acuerdo a diversos contextos en los que se desenvuelve la persona entre los que se encuentran factores personales, interpersonales, ambientales e institucionales. Los comportamientos saludables, como todos los demás tipos de comportamientos, se establecen, cambian o se extinguen del repertorio de la persona a través de diversos mecanismos.

Para García, et al, (2009) y Rodríguez-Marín (2001) algunos mecanismos de adquisición de hábitos de salud son:

- a) Condicionamiento instrumental
- b) Observación de modelos o por experiencia vicaria
- c) Factores de índole cognitiva, vulnerabilidad
- d) Influencias sociales, las cuales pueden ayudar, retrasar o debilitar los esfuerzos de una persona para conseguir determinado cambio.

La realización de las conductas de salud puede depender de cuatro factores (Rodríguez-Marín, 2001 y Reynoso y Seligson, 2005):

- a) Las conductas están bajo el control de factores diferentes en la misma persona
- b) Una misma conducta de salud puede estar bajo el control de varios factores en diferentes personas
- c) Los factores que controlan una conducta de salud quizá cambien a lo largo del desarrollo de la misma
- d) Los factores que controlan una conducta de salud tal vez se modifiquen a lo largo de la vida de una personal.

Pese a que su principal función es de naturaleza preventiva, las conductas de salud son inestables e independientes entre sí, es decir, el hecho de que una persona practique cierta conducta saludable, no garantiza que realizará otras (Reynoso y Seligson, 2005).

#### **4.4 Estilos de vida relacionados al cáncer e intervención del psicólogo para su modificación**

Existe una clara relación entre la conducta de las personas y su estado general de salud; definitivamente, ciertos hábitos producidos por la forma de vida de las urbes y por la sociedad de consumo, son nocivos tanto a nivel físico como psicológico. Al haber en las enfermedades actuales un componente psicológico y comportamental tan significativo, compete a los profesionales del comportamiento humano generar modelos explicativos y de intervención que favorezcan el cambio en el perfil de dichos padecimientos (Bravo, 2011).

Es función del psicólogo también analizar los aspectos motivacionales que dan comienzo, mantenimiento, consumación o recaída ante una enfermedad. Por qué una persona realiza o no, ciertos comportamientos protectores, por qué presenta conductas de riesgo pese a tener información sobre los mismos, por qué elige ciertos cursos de acción poco favorables en lugar de otros que podrían ser más justificables y por qué recae o retrocede luego de haber comenzado a modificar conductas de riesgo (Flores, 2007).

Datos de la American Cancer Society (2003) revelan que existen más de cien tipos de cáncer diferentes con tantas o más causales distintas que aún no han sido comprendidas en su totalidad. Es por esta razón que no existe una manera segura de prevenir el cáncer, sin embargo los especialistas afirman que el estilo de vida saludable ayuda a reducir el riesgo de desarrollar cáncer. Taylor (2007) incluso afirma que el estilo de vida se encuentra más estrechamente vinculado a la formación de cáncer que otros factores como la genética, por ejemplo.

Otros autores afirman que si bien, no podemos determinar de qué manera el estilo de vida se relaciona con la formación de cáncer, si podemos conocer cómo interviene en el afrontamiento de la enfermedad. Levy (1983) sostiene por ejemplo que un cambio en la dieta y la no exposición a factores cancerígenos, como el tabaco, puede ayudar en el inicio del tratamiento. También señala que existen variables psicosociales que afectan de manera directa durante el transcurso de la enfermedad, como la exposición al estrés, ciertas formas de afrontamiento, la falta de adherencia al tratamiento, la falta de una dieta adecuada y no emplear los métodos de exploración o detección oportuna.

Romero, Grau, Gómez, Infante, Chacón, Asén, Llantá, Molina, Camacho y Grau (2003) destacan la labor del psicólogo en los cambios de estilo de vida particularmente del paciente con cáncer, pero bien pueden aplicarse para la mayoría de las enfermedades crónico degenerativas, pues señalan que se trata no sólo de la formación de conocimientos en la población, sino de la provisión de información adecuada y útil para el abordaje de la enfermedad y sus factores de riesgo; además debe incluir modificación de creencias, actitudes y emociones que hagan posible el cambio de conductas y la formación de comportamientos activos de prevención y de protección de la salud a través de procesos de autocontrol personal científicamente diseñados y conducidos. En conclusión, cambio de creencias y hábitos, que lleven a la eliminación de estilos de vida patogénicos y el establecimiento de hábitos salutogénicos.

Existen trastornos emocionales que se derivan de la presencia o diagnóstico de una enfermedad y en donde es necesaria la intervención del psicólogo para su manejo y eliminación. En los pacientes con cáncer, problemas como la depresión, el estrés, el dolor, el control del apetito y de los efectos secundarios de tratamientos como la quimioterapia, han demostrado excelentes resultados al ser tratados con métodos cognitivo-conductuales (Taylor, 2007).

En resumen, la calidad de vida es un constructo multidimensional, compuesto por aspectos subjetivos e intrapersonales. En el caso de los pacientes, estos aspectos tienen que ver con que tan enfermos se perciben y que tanto atribuyen a la enfermedad, limitantes y dolencias. La incorporación de la medición de calidad de vida en la evaluación de los pacientes, permite mejoras en el tratamiento y la búsqueda de su bienestar tanto físico como emocional.

Por su parte, los estilos de vida son las pautas de comportamiento que el individuo pone en práctica y que pueden favorecer la aparición de una enfermedad (hábitos patogénicos) o bien su prevención (hábitos salutogénicos). Y al mismo tiempo estos estilos de vida pueden influenciar el desarrollo de la enfermedad una vez adquirida o bien, la mejoría del paciente. La importancia de la intervención del psicólogo, radica en la ayuda para modificar dichos estilos de vida de manera que sean favorecedores para el individuo.

## **5. INVESTIGACIÓN EN LA CLÍNICA DE ATENCIÓN AL PACIENTE CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA**

Debido a que los especialistas coinciden en señalar que existe una clara relación entre la conducta de las personas, es decir, entre su estilo de vida y su estado de salud (Bravo, 2011) existe interés en conocer los estilos de vida presentes en los pacientes con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda. Para conocerlos, se realizó un estudio en los pacientes adultos con el diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, que fueron atendidos en la Clínica de Atención al Paciente con Leucemia Aguda (CAPLA) del Hospital General de México de Junio de 2008 a Mayo de 2009.

### **5.1 Participantes**

La elección de muestra se llevó a cabo a través de un muestreo no probabilístico intencional. Inicialmente se había considerado realizar un censo donde se evaluara a todos los pacientes en protocolo de investigación de la Clínica de Atención al Paciente con Leucemia Linfoblástica Aguda (CAPLA) pero debido a las características del instrumento empleado fue necesario eliminar a algunos pacientes deliberadamente, además de aquellos que no aceptaron participar voluntariamente.

Se realizó un estudio de cohorte dinámica que incluyó 95 pacientes mayores de 16 años de edad; 49 hombres y 46 mujeres con el diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, que fueron atendidos en la Clínica de Atención del Paciente con Leucemia Aguda del Hospital General de México. No se incluyeron aquellos con diagnóstico clínico de deficiencia mental. Fueron eliminados aquellos que no respondieron el instrumento en su totalidad.

## 5.2 Instrumento

Se utilizó el instrumento FANTASTIC, que es un cuestionario estandarizado para valorar los estilos de vida y la relación que tiene con la salud. Para la aplicación de la prueba se utilizó la versión en español, la cual fue probada en México en estudios de la UNAM y el IMSS (Rodríguez, et al, 2003). Consta de 25 ítems cerrados que exploran nueve dominios sobre componentes físicos, psicológicos y sociales del estilo de vida (Wilson, Nielsen y Ciliska, 1984), los cuales son:

1. Familia y amigos; ¿Cómo están las cosas en casa?
2. Actividad física: ¿Con qué frecuencia hace ejercicio?
3. Nutrición: ¿Come una dieta equilibrada? ¿Tiene un peso adecuado?
4. Tabaco y toxinas: ¿Fuma? ¿Toma algún medicamento?
5. Alcohol: ¿Con qué frecuencia bebe?
6. Sueño y descanso: ¿Cómo está durmiendo? ¿Ha tenido grandes eventos estresantes en el último año?
7. Tipo de personalidad: ¿Es usted muy rígido consigo mismo?
8. Interior: ¿Se siente ansioso, preocupado o deprimido?
8. Carrera: ¿Cómo están las cosas en el trabajo?

Esta prueba fue adaptada por un panel de profesionales de la salud, para su mejor comprensión por los pacientes mexicanos (Rodríguez, et al, 2003) los ítems presentan cinco opciones de respuesta con valor numérico de 0 a 4 para cada una, y proponen una calificación por medio de una escala tipo Likert, con un puntaje 0 a 100 puntos para todo el instrumento. Sin embargo, este puntaje no coincide con el propuesto en la versión original del instrumento, lo que representó dificultades y diferencias significativas en los resultados obtenidos, por lo que para ser más fieles al original, al calificar los cuestionarios se consideró las opciones de respuesta originales, con los valores propuestos, así como los intervalos correspondientes.

Los criterios para evaluar Estilos de Vida de acuerdo al puntaje obtenido en la prueba original son:

De 0 a 19 puntos = Existe peligro

De 20 a 29 puntos= Malos estilos de vida

De 30 a 34 puntos = Regulares estilos de vida

De 35 a 41 puntos = Buenos estilos de vida

De 42 a 50 puntos= Excelentes estilos de vida

### **5.3 Procedimiento**

Una vez que el paciente fue diagnosticado e ingresó al protocolo de la Clínica de Atención del Paciente con Leucemia Aguda, se tuvo una entrevista informativa donde se les explicó las características del estudio y se les invitó a participar voluntariamente. A quienes accedieron se les proporcionó un formato de consentimiento informado. Posteriormente se llevó a cabo el llenado de un segundo formato con los datos generales de identificación del paciente y se les entregó el instrumento de evaluación FANTASTIC.

Una vez hecha la primera evaluación se realizaron evaluaciones de seguimiento durante la consulta externa.

### **5.4 Resultados**

Los datos se analizaron mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS versión 20). Se determinó la distribución de cada una de las variables de estudio por medio de frecuencias, proporciones, medianas y medias según el caso y se utilizaron las pruebas T de student y ANOVA para examinar las diferencias de medias de acuerdo a diversos criterios de comparación.

### Análisis de la muestra:

Para su estudio la muestra se agrupó de acuerdo a las características: Sexo, Edad, Condición (Hospitalizados o en Consulta externa) y Puntaje, de la siguiente forma:

#### Variables para evaluación de estilos de vida:

##### -Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

##### -Edad: En años cumplidos.

- Grupo A: De 16 años a 25 años
- Grupo B: De 26 años a 35 años
- Grupo C: De 36 años a 45 años
- Grupo D: De 46 años a 55 años
- Grupo E: De 56 años a 65 años
- Grupo F: De 66 años en adelante

##### -Condición:

- a) Pacientes de reciente diagnóstico, en hospitalización por inducción
- b) Pacientes subsecuente en consulta externa.

##### -Estilos de vida: Puntaje arrojado por el FANTASTIC

En la Figura 3 se observa que la mayoría de las personas obtuvo puntajes equivalentes a Buenos o Excelentes estilos de vida.

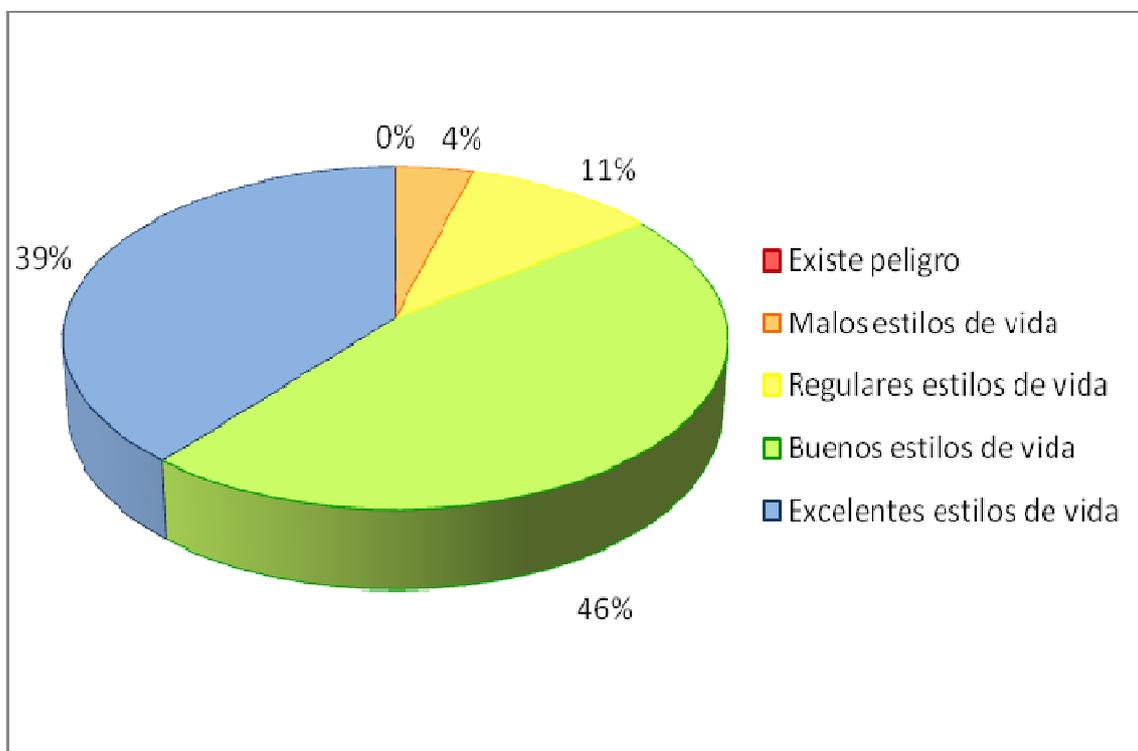


Figura 3. Puntajes totales obtenidos en el FANTASTIC por los pacientes de la CAPLA.

En el comparativo por género, según el puntaje general, los hombres obtuvieron mayor proporción de puntajes en los rangos Buenos y Excelentes estilos de vida, mientras que el 9% de las mujeres obtuvo el rango Malos estilos de vida, lo cual sugiere que aunque ambos géneros se ubican en su mayoría con buenos puntajes, los hombres tienen un puntaje ligeramente mayor. Esto puede verse en la Tabla 3.

Género	Existe peligro		Malos estilos de vida		Regulares estilos de vida		Buenos estilos de vida		Excelentes estilos de vida	
	0	0%	0	0%	1	2%	23	47%	25	51%
Hombres	0	0%	0	0%	1	2%	23	47%	25	51%
Mujeres	0	0%	4	9%	9	20%	21	46%	12	26%

Tabla 3. Distribución de los pacientes según género y puntaje general

En cuanto al comparativo de ambos géneros en las distintas sub escalas, resultaron diferencias estadísticamente significativas en 6 reactivos correspondientes a las sub escalas; Comunicación con los demás (F1), Relajación y Tiempo libre (A2), Sensación de impaciencia (Tt1), Pensamientos positivos (I1), Ansiedad (I2) y Depresión (I3).

En todos estos reactivos fueron los hombres quienes obtuvieron medias superiores a las obtenidas por las mujeres. Los puntajes de estos 6 reactivos se muestran en la Tabla 4.

Sub escalas FANTASTIC	Sexo	N	Media	Desviación típica	t	gl	Sig. (bilateral)
F1	Masculino	49	1,94	0,242	2,063	93	0,042*
	Femenino	46	1,78	0,467	2,026	66,594	0,047*
A2	Masculino	49	1,67	0,555	3,106	93	0,003**
	Femenino	46	1,24	0,794	3,072	79,959	0,003*
Tt1	Masculino	49	1,43	0,736	2,847	93	0,005**
	Femenino	46	1	0,73	2,848	92,708	0,005**

Tabla 4. Prueba T a los puntajes obtenidos por cada género en las distintas sub escalas

Sub escalas FANTASTIC	Sexo	N	Media	Desviación típica	t	gl	Sig. (bilateral)
I1	Masculino	49	1,9	0,368	2,694	93	0,008**
	Femenino	46	1,61	0,649	2,65	70,226	0,01**
I2	Masculino	49	1,47	0,649	3,359	93	0,001**
	Femenino	46	0,98	0,774	3,34	88,021	0,001**
I3	Masculino	49	1,73	0,531	3,34	93	0,001**
	Femenino	46	1,26	0,828	3,295	75,871	0,001**

Tabla 4 continuación. Prueba T a los puntajes obtenidos por cada género en las distintas sub escalas

\*P<.05

\*\*P<.01

En el comparativo por grupos de edades, se aprecia que el grupo con mejores puntajes es el grupo 6, correspondiente a los pacientes de 66 años en adelante, pues todos los pacientes de ese grupo obtuvieron puntajes buenos y excelentes. Mientras que en los grupos 2 y 4, hay pacientes con Malos estilos de vida, y no los hay en ningún otro grupo, como puede verse en la Tabla 5.

Edad	Existe peligro		Malos estilos de vida		Regulare s estilos de vida		Buenos estilos de vida		Excelentes estilos de vida		Total
	0	0%	1	2%	5	12%	21	50%	15	36%	
Grupo 1 (16 a 25)	0	0%	1	2%	5	12%	21	50%	15	36%	42
Grupo 2 (26 a 35)	0	0%	2	10%	2	10%	8	40%	8	40%	20
Grupo 3 (36 a 45)	0	0%	0	0%	1	6%	9	53%	7	41%	17

Tabla 5. Distribución de los pacientes según grupo de edad y puntaje general

Edad	Existe peligro		Malos estilos de vida		Regulares estilos de vida		Buenos estilos de vida		Excelentes estilos de vida		Total
Grupo 4 (46 a 55)	0	0%	1	10%	2	20%	2	20%	5	50%	10
Grupo 5 (56 a 65)	0	0%	0	0%	0	0%	3	100%	0	0%	3
Grupo 6 (66 en adelante)	0	0%	0	0%	0	0%	1	33%	2	67%	3

Tabla 5 continuación. Distribución de los pacientes según grupo de edad y puntaje general

En cuanto al análisis ANOVA para los grupos de edad, se observa que sólo existe diferencia significativa en los análisis posthoc en el reactivo F2 “Doy y recibo afecto” entre los grupos 3 y 4, ( $F=2.719$ ,  $gl_5$ ,  $P<.05$ ) correspondientes a los pacientes de edades de 36 a 45 y de 46 a 55 años.

En el comparativo por condición, se observa que la mayoría de los pacientes se ubican en buenos y excelentes estilos de vida, sin embargo en el grupo de pacientes en remisión y que fueron entrevistados durante la consulta externa, se registró un 35% ubicado en regulares estilos de vida, mientras que para el grupo de pacientes de recién diagnóstico y que fueron entrevistados estando hospitalizados, el porcentaje en este rango fue sólo del 3%. Esto se observa en la Tabla 6.

Condición	Existe peligro		Malos estilos de vida		Regulares estilos de vida		Buenos estilos de vida		Excelentes estilos de vida		Total
Hospitalizados	0	0%	4	6%	2	3%	34	47%	32	44%	72
Consulta externa	0	0%	0	0%	8	35%	10	43%	5	22%	23

Tabla 6. Distribución de los pacientes según condición y puntaje general

En cuanto al comparativo de los pacientes según su condición, en cada una de las sub escalas, resultaron diferencias estadísticamente significativas en 4 reactivos, correspondientes a las sub escalas Consumo de drogas (T2), Alcohol (Aa1), Ansiedad (I2) y Satisfacción con las labores (C1).

En estos 4 reactivos fueron los pacientes entrevistados en condición de hospitalización, quienes obtuvieron medias superiores a las obtenidas por los pacientes entrevistados en la consulta externa.

También en el comparativo de las medias totales, se registró diferencia estadísticamente significativa, siendo los pacientes hospitalizados quienes tuvieron mayor puntaje. Los resultados de estos 4 reactivos así como del puntaje total, se muestran en la Tabla 7.

<b>Sub escalas FANTASTIC</b>	<b>Status</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>t</b>	<b>gl</b>	<b>Sig. (bilateral)</b>
T2	Hospitalizado	72	1,93	,349	2,984	93	0,004**
	Consulta externa	23	1,57	,843	2,023	24,451	0,054*
Aa1	Hospitalizado	72	2,00	,000	4,988	93	0**
	Consulta externa	23	1,48	,898	2,787	22	0,011*
I2	Hospitalizado	72	1,32	,766	2,054	93	0,043*
	Consulta externa	23	,96	,638	2,257	44,025	0,029*
C1	Hospitalizado	72	1,83	,475	3,172	93	0,002**
	Consulta externa	23	1,39	,839	2,407	26,646	0,023*
Total	Hospitalizado	72	4,3056	,78073	2,348	93	0,021*
	Consulta externa	23	3,8696	,75705	2,386	38,125	0,022*

Tabla 7. Comparativo prueba T por condición

En resumen, los resultados obtenidos por los pacientes de la CAPLA en el FANTASTIC arrojan que su percepción subjetiva respecto a sus estilos de vida, es que estos son adecuados. Al comparar los distintos grupos de género, edad y condición, los resultados son similares y aquellas áreas en donde se encuentran diferencias significativas son coincidentes en los distintos comparativos.

## **DISCUSION Y CONCLUSIONES**

En los resultados generales, puede observarse que la mayoría de los pacientes reporta una apreciación subjetiva de estilos de vida adecuados, pues los puntajes obtenidos en el instrumento son altos.

En lo que respecta al comparativo por género, es importante destacar la diferencia significativa en todos los aspectos que el instrumento llama Interior, pues los varones obtuvieron mayores puntajes que las mujeres en las sub escalas que miden Pensamientos positivos, Ansiedad y Depresión, así como en la de Sensación de impaciencia. Esto quiere decir que son las mujeres quienes requieren mayor apoyo emocional en esta circunstancia y sería interesante en un estudio posterior ahondar la razón de esta diferencia en particular. Estos resultados coinciden con los rasgos de ansiedad y estrés previamente comentados por Joyce-Moniz (2006) y Reynoso-Erazo y Rubio (2003).

Los varones también obtuvieron puntajes significativamente mayores que las mujeres en cuanto a su capacidad de relajación y tiempo libre y en lo que se refiere a buena comunicación con los demás.

En cuanto a los comparativos por edades, se observó que en general todos reportan adecuados niveles de estilos de vida. En la experiencia de Villarruel (2004) con niños y de Cavosoglu (2000) con adolescentes, ambos observaron problemáticas de depresión, ansiedad, conductas disruptivas y depresión en sus grupos de estudio. En este caso no se observaron grupos de edad particulares donde estos rasgos se presentaran con incidencia significativa.

En lo que respecta al comparativo por condición, los pacientes en consulta externa reportaron puntajes significativamente inferiores a los obtenidos por los pacientes en condición de hospitalización, esto principalmente en los reactivos referentes al

consumo de alcohol y drogas, lo cual se explica porque en condición de hospitalización es imposible que las consuman.

Por otra parte, los pacientes en consulta externa también reportaron sentirse más ansiosos e insatisfechos con las labores que realizan de manera cotidiana. Esto puede estar relacionado con enfrentarse a una nueva realidad pues mientras convalecen, su energía habitual está disminuida y no pueden realizar aquellas labores que les resultaban cotidianas antes de la enfermedad. El afrontar esta nueva realidad y el cambio de funciones genera alteraciones en la autopercepción, tal como lo menciona Veloso (2003).

En general, los pacientes hospitalizados obtuvieron puntajes mayores que los pacientes en consulta externa y esto puede explicarse por el ambiente controlado en el que se encuentran. El que al salir reporten un decremento en los estilos de vida, habla de la necesidad de intervenir para fortalecer los hábitos salutogénicos adquiridos durante la hospitalización, como son los horarios de comida y sueño, la supresión de ingesta de alcohol y cigarro y demás hábitos patogénicos que puedan favorecer una recaída.

Un punto de interés para futuras investigaciones puede ser esa dificultad que se observa en los pacientes para modificar sus estilos de vida a pesar de la enfermedad. Pareciera que los pacientes que han estado hospitalizados, una vez que reciben el alta y vuelven a su vida habitual, recaen en los estilos de vida patogénicos como una manera de compensar o reponer las privaciones en las que estuvieron durante la hospitalización, pues el incremento en hábitos patogénicos se observa sobre todo en el consumo de sustancias nocivas.

La psicoeducación es muy importante en este grupo pues pareciera que los pacientes no comprenden del todo la relevancia de modificar sus estilos de vida cuando vuelven a casa y, o regresan a sus hábitos nocivos o bien, hacen sólo lo mínimo necesario para mantener el estado de salud con el que egresan de la

hospitalización, sin modificar realmente sus hábitos por estilos de vida que les ayuden a recuperar más eficazmente su salud, a mantenerla e incluso a evitar una recaída.

Otra manera de verlo es que los pacientes eligen la sensación inmediata de bienestar por sobre el bienestar a mediano y largo plazo. Es decir, ante una falta de comprensión de las repercusiones del consumo de sustancias tóxicas o el desconocimiento de las consecuencias de dicho consumo, los pacientes eligen el placer que les produce su consumo y esto resulta en un reforzador a corto plazo de tales estilos patogénicos. La intervención del Psicólogo en estos casos podría ayudar al paciente a valorar las consecuencias a mediano y largo plazo y a modificar de esta forma los hábitos por estilos de vida salutogénicos que igualmente pueden proporcionar placer inmediato, como el descanso, las técnicas de relajación, el consumo de sustancias no dañinas, etcétera.

Finalmente, la incidencia de estilos de vida patogénicos en los pacientes, a pesar del proceso de enfermedad que presentan, pueden deberse a estilos de afrontamiento evitativos, donde el paciente desconoce el proceso del tratamiento o tiene información errónea sobre los pronósticos de su enfermedad y considera que la muerte es inminente por lo que no vale la pena hacer modificaciones en sus estilos de vida. La adecuada información y la intervención del Psicólogo en estos casos es igualmente vital pues un paciente bien informado es capaz de tomar mejores decisiones y de cooperar en tratamiento, en beneficio no sólo de su propia recuperación sino incluso en la optimización de los recursos del equipo de salud.

Futuros estudios podrían ampliar la información al complementar la evaluación de los estilos de vida con otros ámbitos del individuo, como los estilos de afrontamiento.

El presente estudio evaluó estudios de vida durante la primera hospitalización y hospitalizaciones subsecuentes, pero un futuro estudio podría evaluar estilos de vida en etapa de remisión e incluso de recaída, y observar si existe una modificación en los estilos de vida de los pacientes, de manera que los hábitos salutogénicos se mantengan o incrementen y los hábitos patogénicos se eliminen o disminuyan, en pro de mantener su estado de salud y evitar recaídas. O bien, si las recaídas se encuentran relacionadas a un mantenimiento o incremento de los hábitos patogénicos.

El instrumento FANTASTIC fue elegido para realizar este estudio porque en comparación con otros instrumentos de medición y registro de estilos de vida, éste parecía sencillo de responder y cumplía con el requisito de ser de breve aplicación, que era una condición importante para la aplicación en consulta externa.

Se transcribió la versión en español utilizada por Rodríguez, et al, (2003). Esta transcripción se hizo con la finalidad de integrar al cuestionario los datos de identificación del paciente, así como los distintivos de la institución y de la CAPLA. Se buscó además que visualmente fuera más sencillo de responder al tener la letra más grande y el espacio para responder más amplio. Se respetó enteramente la versión utilizada por Rodríguez, et al, (2003) en el estudio con pacientes del IMSS. Sin embargo, después de realizar la aplicación, al momento de analizar los resultados, se identificaron varias incongruencias con la versión original desarrollada en inglés por Wilson, Nielsen y Ciliska (1984).

La primera diferencia importante fue que al realizar la traducción al español, los autores López, Ariza, Rodríguez y Munguía (2003) modificaron la opción de respuesta de 3 a 5 rangos. Rodríguez et al, (2003) señalan que dicha adaptación se hizo por un panel de profesionales de la salud, con la finalidad de una mejor comprensión por los pacientes mexicanos. Sin embargo, al existir más opciones

de respuesta no sólo se modifican los rangos de puntuación sino que se genera mayor margen de duda o ambigüedad al momento de responder.

En el estudio de Rodríguez et al, (2003) una vez generados los 5 rangos de respuesta, no se modificaron los puntajes de calificación adecuándolos a los rangos previstos en el original, por lo que para poder calificar los cuestionarios del presente estudio de manera más fiel al original, y ante la imposibilidad de repetir la aplicación de cuestionarios, se decidió agrupar los rangos de respuesta en 3 opciones, tal como está propuesto en la versión de Wilson, Nielsen y Ciliska (1984). Con las respuestas agrupadas de esta forma, al calificar se respetaron los puntajes sugeridos por los creadores del instrumento.

Utilizar un instrumento de autoregistro, parecía favorable al estudio porque ofrecía a los pacientes en hospitalización la flexibilidad de responderlo en el momento en que se sintieran más cómodos durante los días de su estancia. Sin embargo, se evidenció que este tipo de instrumento no es adecuado para la población del Hospital General, que en su mayoría está compuesta por pacientes con baja o nula instrucción escolar, para quienes no resulta sencillo leer y comprender las instrucciones. En múltiples ocasiones fue necesario realizar la aplicación explicando pregunta por pregunta al paciente e incluso guiando la manera de marcar la escala, cuidando siempre no dirigir o propiciar la respuesta.

Se identificaron preguntas que con frecuencia eran señaladas por los pacientes como ajenas a su forma de vida. Un ejemplo de esto es el ítem identificado en este estudio como S2, que se refiere a la frecuencia con que se usa el cinturón de seguridad. En este ítem en particular, los pacientes señalaron con frecuencia que su desplazamiento habitual es en transporte público, por lo que no sabían de qué forma responder. Para futuras investigaciones sería interesante observar de qué manera pueden subsanarse las brechas entre el instrumento y la idiosincrasia de la población a la que se aplicará

Se encontró también, que en algunas preguntas, la traducción no fue exacta. Por ejemplo en el ítem identificado en este estudio como el AA1, se pregunta según la versión en español, cuál es el promedio de su consumo de alcohol a la semana, mientras que en la versión original del instrumento, se pregunta cuál es su consumo promedio al día. Naturalmente las opciones de respuesta son distintas en ambas versiones.

Otra dificultad en la aplicación fue el poco control que existe en el Hospital General por parte del departamento de salud mental, respecto a los pacientes del servicio de Hematología, por lo que fue necesario recurrir al equipo médico para obtener los datos de registro de los pacientes, así como sus fechas de hospitalización y de seguimiento de sus citas y realizar guardias durante la consulta externa con la finalidad de captar el mayor número de pacientes de la CAPLA.

Una réplica del presente estudio, con una traducción más exacta del instrumento así como respetando las opciones de respuesta propuestas en el original sería interesante y permitiría conocer los estilos de vida de un nuevo grupo de pacientes de la CAPLA proporcionando más información sobre las necesidades de los pacientes en cuanto a desarrollo de habilidades en mantenimiento y eliminación de hábitos, así como de apoyo en otras áreas de interés psicológico como identificación de trastornos emocionales relacionados a la enfermedad, estilos de afrontamiento, habilidades de comunicación, manejo del duelo, etcétera.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Actis, W., Pereda C. y Prada, M. (2004). Salud y Estilos de Vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos durante la última década. Madrid: Colectivo loé.
- American Cancer Society (2003). Cancer facts and figures, documento recuperado el 9 de mayo de 2012 de <http://www.cancer.org/Research/CancerFactsFigures/CancerFactsFigures/cancer-facts-figures-2012>
- Amigo, I. Fernández, C. y Pérez, M. (1998) Manual de psicología de la salud. España: Pirámide.
- Aparicio L.M.C. (2003) Calidad de vida en pacientes pediátricos con enfermedad renal crónica y repercusión psicológica en sus padres. Memoria presentada para optar al grado de doctor, Universidad Complutense De Madrid, Facultad De Medicina, Departamento De Pediatría, Madrid
- Arevalo, P.C. (2008) El síndrome de Burnout: un problema actual. Documento recuperado el 10 de julio de 2010 de <http://www.prevelexchile.cl/colaboraciones/documentos/El%20Sindrome%20De%20Burnout.pdf>
- Asociación Americana de Psicología (1997) La práctica de la Psicología en hospitales y otras instalaciones de atención médica. Documento recuperado el 6 de Junio de 2010 de <http://www.apa.org/pubs>
- Ayala, A. y García, S. (2001) Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes pediátricos con cáncer un análisis cualitativo. Tesis de licenciatura, UNAAM, Facultad de Psicología, México.

- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000) Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En Oblitas, L. y Becoña, E. (dirs) Psicología de la salud Cap. 1 pp.11-52, México: Plaza y Valdés.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. Investigación en Detalle ALAPSA. (5). Documento recuperado el 12 de mayo de 2012, de <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.html>
- Bishop, G. D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. En J.A. Skelton y R.T. Croyle (Eds.), Mental representation in health and illness. New York, Springer-Verlag.
- Bobes G.J., Bousoño, G. M., Portilla, G., Pedregal, S.J. (1993) Calidad de vida y sueño. Barcelona: Menarini
- Borda, M. M., Pérez, S. G. M., y Blanco, P. A. (2000) Intervención psicológica en trastornos de la salud. Cap. 1, pp.21-39. Madrid: Dykinson Psicología.
- Botero de Mejía, B.E. y Pico M.M.E. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica, *Hacia la Promoción de la Salud*, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007, págs. 11 – 24
- Bravo, C. (2011) Estilos de vida saludables. Manuscrito no publicado.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. E. y Sierra, J.C. (1998) Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. Siglo XXI, España.
- Carrobles, J. A. (1993) Psicología de la salud. Aplicaciones y estrategias de intervención, España: Pirámide

- Cavusoglu, H. (2000) Problems related to the diagnosis and treatment of adolescents with leukemia. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 23(1):15-26
- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (2009), Organización Panamericana de la Salud , documento recuperado el 17 de mayo de 2012 de <http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html>
- DSM-IV TR (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Asociación Americana de Psiquiatría, disponible en <http://www.psych.org/>
- Fiorentino, M. (2010). Conductas de la salud. En L. Oblitas, (coordinador). *Psicología de la salud y calidad de vida*. 3ª ed. Cap. 3, pp. 57-81. México: Cengage Learning
- Flores, L. (2007). *Psicología social de la salud*. Bogotá: Manual Moderno
- García, H., Ramos, D., Serrano, D., Sotelo, M., Flores, L y Reynoso, E. L. (2009). Estilos de Vida y riesgos en la salud de profesores universitarios: Un estudio descriptivo. *Psicología y Salud*. 19(1), pp.141-149.
- Godoy, J. (1999) *Psicología de la salud: delimitación conceptual*. En: Simón, M. A. (Ed), *Manual de Psicología de la salud. Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. pp.39-76. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Hays, K. Gross, S., Lesko, L. Moor, D. y McCaffrey, R. (1998) *Entendiendo la quimioterapia*. Estados Unidos: Sociedad de leucemia de los Estados Unidos.
- Joyce-Moniz L, y Barros L. (2006) *Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud. Desarrollo e intervención*. Manual Moderno.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Information Canada.

Lalonde, M. (1996). El concepto de "campo de la salud": Una perspectiva canadiense. En: *Promoción de la Salud: una antología*. Publicación Científica, Washington, D.C Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica No. 557, págs. 3-5. Documento recuperado el 12 de mayo de 2012 [http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_crom/VOL71/71\\_3\\_317.pdf](http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_crom/VOL71/71_3_317.pdf)

Lask, B. y Fosson, A. (1989) *Childhood Illness: the Psychosomatic Approach*. Chichester and New York: Wiley

Levi, L, Andersson L. (1980) *La tensión psicosocial. Población, ambiente y calidad de vida*. México :Manual Moderno

Levy, S. M. (1983). Host differences in neoplastic risk: Behavioral and social contributors to disease. *Health Psychology*, 2, 21-44

Libertad, M.A. (2003) Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad, *Revista Cubana Salud Pública*. 29(3):275-81

López, A. D., y C. C. Murray (1998), The global burden of disease, 1990-2020, *Nature Medicine*, 4(11), 1241-1243.

López, F. (2003) *Epidemiología: Enfermedades trasmisibles y crónico degenerativas*. México: Manual Moderno.

López, C. J; Ariza, A. C; Rodríguez, M y Munguía, M. C. (2003). Construcción y validación inicial de un instrumento para medir el estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública de México*, 45, pp. 259-268

Manual Merck (2006) disponible en [http://www.msd.es/publicaciones/mmerck\\_hogar/index.html](http://www.msd.es/publicaciones/mmerck_hogar/index.html)

Martínez, T. Loy, E. y Romero, V. (1995) Aspectos psicológicos en leucémicos adultos. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 11, 21-31.

Maslow, A.H, (1968) *Toward a psychology of being*, Princeton: Van Nostand

Matarazzo, J. (1980) Behavioral health and behavior medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 53, 807-817

Meda, L. R., Torres, Y. P., Cano, G. R y Vargas, S. R. (2004). Creencias de salud-enfermedad y estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicología y Salud*. 14(2), pp. 205-214.

Méndez, F. X. y Ortigosa, J. M. (1997). Estrés y hospitalización infantil. En M. I. Hombrados (ed.) *Estrés y salud* (pp. 523-545). Valencia: Promolibro.

Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós

Moro, L. (1994) *El enfermo, cáncer y su entorno*. Barcelona;La Caixa

Morrison, V., y Bennet, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson-Prentice Hall.

- Naughton, M.J., Shumaker, S.A., Anderson R.T., Czajkowski, S.M. (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. Spilker, B. Cap. 15 , 117-131, New York, Lippincott-Raven.
- Navarro, B. y Bimbela, J.L. (2005). Modelos en educación sanitaria. Instrumentos para la práctica profesional de la enfermería comunitaria. Barcelona: Monsa-Prayma
- Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización mundial de la salud, Génova. Documento recuperado el 9 de Mayo de 2008, de [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1948) Documento recuperado el 10 de Julio de 2010 de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html)
- Pane, S., Solans, M., Gaité, L., Serra-Sutton, V., Estrada, M.D., Rajmil, L., (2006) Instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud en la edad pediátrica. Revisión sistemática de la literatura: actualización. Barcelona: Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas
- Patrick, D., Erickson P. (1993). Health Policy, Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press. New York.
- Pérez, A. M., Fernández, H. J., Fernández, R. C. y Amigo, V. I. (2003) Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces II. Psicología de la Salud; Madrid: Ediciones Pirámide.
- Pérez, R. (2003) El cáncer en México: El colegio nacional.

- Ramos, P. C. O. (2008a) Estudio clínico para evaluar el tratamiento de la leucemia linfoblástica aguda del adulto con el esquema HGM LAL-2000 en el Hospital General de México S.S.A: seguimiento a 4 años, Tesis de especialidad, UNAM; México.
- Ramos, P. C. O. (2008b) Experiencia en el tratamiento de la leucemia linfocítica aguda en recaída en el Hospital General de México. Disponible en <http://www.imbiomed.com.mx/>
- Remor, E. Arranz, P. y Ulla, S. (2003) El Psicólogo en el ámbito hospitalario. España: Desclée De Brouwer.
- Reynoso, L., y Seligson, I. (2005). Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. México: Manual Moderno
- Reynoso-Erazo, L. y Rubio, S. (2003, Noviembre). Información sobre leucemia en pacientes pediátricos y padres o tutores. Sesión de cartel presentado en el XI Congreso Mexicano de Psicología, Campeche, México.
- Ribes, E., Fernández, C, Talento, M. y Rueda, M. (1980). Ejercicio, enseñanza e investigación en Psicología. En Rodríguez, C.M.L., Aplicaciones de la Psicología en Distintos Escenarios de Ejercicio Profesional. FES Iztacala-UNAM: México
- Rodrigo, M. (1998) El impacto psicológico del cáncer en el paciente, la familia y el equipo de salud. Revista de la Psicología de la Salud, 2(1), 115-121
- Rodríguez M. R., López, C. J. M., Munguía, M. C., Hernández, S. J. L., Martínez, B. M., (2003) Validez de FANTASTIC en pacientes diabéticos tipo 2, Revista Médica IMSS 41 (3): 211-220

Rodríguez-Marín, J. (1995). Promoción de la salud y prevención de las enfermedades: Estilos de vida y salud. Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis

Rodríguez-Marín, J. (2001). Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis

Romero, P.R., Grau, A. J., Gómez, S. C., Infante, P. O., Chacón, R. M., Asén, M. L., Llantá, A. M., Molina, C. M., Camacho, R. y Grau, A. R. (2003) Desarrollo de conductas protectoras para el control del cáncer con metodologías por etapas: una evaluación de eficacia. Psicología y salud, 13 (1) recuperado de [http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud%2013\\_1/index.html](http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud%2013_1/index.html) el 24 de junio de 2012

Ruíz, G.J. (2001) Fundamentos de Hematología. México: Medica Panamericana

Salas, M. (1988) Neoplasias malignas en los niños. México: Interamericana McGraw-Hill.

Salinas, P., Farias, A. González, X. Rodríguez, C. Calidad de vida relacionada en salud: Concepto y evaluación en pacientes con ventilación mecánica no invasiva. Documento recuperado en 10 de julio de 2010 de <http://www.neumologia-pediatria.cl/pdf/20083Suplemento/CalidadVida.pdf>

San Miguel, J. F. y Sánchez-Guijo, F. M. (2009) Hematología - Manual Básico razonado, España: Elsevier

Sánchez, J. (2006). Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables: el papel de la autoeficacia y de la motivación cognitiva. International Journal of Clinical and Health Psychology, 6(3), pp. 613-630

Schwartzman, L. (2003) Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería, vol.9, n.2.

Secretaría de Salud (2001) Manual de Organización y Procedimientos para la Vigilancia Epidemiológica del Registro Histopatológico de Neoplasias Maligna, México. <http://portal.salud.gob.mx/>

Taylor, S. E. (2007). Psicología de la Salud. México: Mc-Graw Hill

Thompson, R. y Gustafson, K. (1996) Adaptation to chronic illness. Washington: APA

Torres, M. (2011) Enfermedades Crónico Degenerativas. Universidad Católica de Honduras. Documento recuperado el 17 de mayo de 2012 de <http://es.scribd.com/doc/57052574/enfermedades-cronico-degenerativas>

U.S. National Library of Medicine. Documento recuperado el 11 de enero de 2011 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/bloodandblooddiseases.html>

Ulla, S. (2003) Aportaciones de la psiconeuroinmunología a la psicología hospitalaria. En: Remor, E., Arraz, P. y Ulla, S. El Psicólogo en el ámbito hospitalario. Cap. 2, pp. 49-72, España: Desclée De Brouwer.

Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala (1978) Plan de Estudio, por el H: Consejo Universitario. Documento recuperado el 6 de Junio de 2010 de <https://www.dgae.unam.mx/planes/psico.html>

Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. (2002) Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública México 2002;44:349-361

- Velasco, M. y Sinibaldi, J. (2001) Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias. México: El Manual Moderno
- Veloso, R. A. (2003) Depresión en el paciente portador de Cardiopatía Isquémica. Universidad Central De Las Villas Marta Abreu, Cuba. Documento recuperado el 15 de Mayo de 2008 de [http://Www.Psicocentro.Com/Cgi-in/Articulo\\_S.Asp?Texto=Art44001](http://Www.Psicocentro.Com/Cgi-in/Articulo_S.Asp?Texto=Art44001)
- Villarruel, R. M. B. (2004) Reporte de experiencia profesional para obtener el grado de maestría en psicología. UNAM: México
- Vives, A. (2007). Estilo de vida saludable. Puntos de vista para una opción actual y necesaria. *Psicología Científica*, 7(3), pp. 1- 9. Documento recuperado el 9 de mayo de 2012 de [www.psicologícientífica.com](http://www.psicologícientífica.com)
- Williams PD, Williams AR, Graff JC, Hanson S, Stanton A, Hafeman C, Liebergen A, Leuenberg K, Setter RK, Ridder L, Curry H, Barnard M, Sanders S. *Journal of Behavioral Medicine*, 2002; 25(5):411-24
- Wilson, D. M. C., Nielsen, E., Ciliska, D., (1984) Lifestyle Assessment: Testing the FANTASTIC Instrument, *Canadian Family Physician* Jul;30:1527-1532. Documento recuperado el 3 de diciembre de 2009 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2154238/>

# **ANEXOS**

Anexo 1. Instrumento FANTASTIC original, en inglés. Wilson, Nielsen, y Ciliska, (1984)

**FANTASTIC lifestyle assessment inventory**

**FANTASTIC LIFESTYLE ASSESSMENT**

Based on the past month rate yourself in each of the areas below:

		2 points	1 point	No points	Maximum score	Your score
<b>FAMILY FRIENDS</b>	Communication with others is open, honest and clear	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	I give and receive affection	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	I get the emotional support that I need	almost always	some of the time	hardly ever	2	
<b>ACTIVITY</b>	Active Exercise—30 minutes e.g. running, cycling, fast walk	3 times weekly	twice a week	seldom or never	2	
	Relaxation and enjoyment of leisure time	almost daily	some of the time	hardly ever	2	
<b>NUTRITION</b>	Balanced meals	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	breakfast daily	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	Excess sugar, salt, animal fats, or junk foods	minimal use	some of the time	frequently	2	
	Ideal weight	within 10 lbs. (4 kg.)	within 20 lbs. (8 kg.)	not within 20 lbs. (8 kg.)	2	
<b>TOBACCO TOXINS</b>	Tobacco in the past year	none	pipe only	cigarettes	2	
	Abuse of drugs: prescribed and unprescribed	seldom or never	some of the time	frequently	2	
	Coffee, tea, cola	under 3 per day	3 - 6 per day	6 or more	2	
<b>ALCOHOL</b>	Average intake per day	less than 2 drinks	2 drinks	more than 2	2	
	Alcohol & driving	never drink & drive	only rarely	fairly often	2	
<b>SLEEP SEATBELTS STRESS</b>	7 - 9 hrs. sleep per night	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	Frequency of seat belt use	always	most of the time	some of the time	2	
	Major stressful events in past year	none	1 - 2	3 or more	2	
<b>TYPE OF PERSONALITY</b>	Sense of time urgency; impatience	hardly ever	some of the time	almost always	2	
	Competitive and aggressive	hardly ever	some of the time	almost always	2	
	Feelings of anger & hostility	hardly ever	some of the time	almost always	2	
<b>INSIGHT</b>	Positive thinker	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	Anxiety, worry	hardly ever	some of the time	almost always	2	
	Depression	hardly ever	some of the time	almost always	2	
<b>CAREER</b> <small>(Includes home-making, students, etc.)</small>	Satisfied in job or role	almost always	some of the time	hardly ever	2	
	Good Relationships with those around	almost always	some of the time	hardly ever	2	
<b>TOTAL</b>					<b>50</b>	

Name \_\_\_\_\_ Sex M  F

Occupation \_\_\_\_\_ Year of birth \_\_\_\_\_

© 1983 Dr. Douglas Wilson, Department of Family Medicine, McMaster University, Hamilton, Ont. Canada L8N 3Z5

Clinical Version  
Rev. 06.83

Anexo 2. Instrumento FANTASTIC, traducido al español para el IMSS. Rodríguez, López, Munguía, Hernández y Martínez (2003).

**Anexo**  
**FANTASTIC es un cuestionario diseñado para valorar el estilo de vida y la relación que tiene con la salud. Después de leer cuidadosamente elija, marcando con una cruz (X), el cuadro que contenga la opción que usted considere que refleja mejor su estilo de vida en el último mes. Le suplicamos responder todas las preguntas**

<b>F</b> Familia y amigos	La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara.	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
<b>A</b> Actividad	Doy y recibo afecto	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Obtengo el apoyo emocional que necesito	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
<b>N</b> Nutrición	Ejercicio activo 30 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido, etc.)	4 veces o más a la semana	3 veces a la semana	2 veces a la semana	Rara vez	Nunca
	Relajación y disfrute de tiempo libre	Casi diario	3 a 5 veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	Casi nunca
<b>T</b> Tabaco y toxinas	Alimentación balanceada	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Desayuna diariamente	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
<b>A</b> Alcohol	Exceso de azúcar, sal, grasa animal o comida chatarra	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi diario
	Peso ideal	Sobrepeso hasta de 2 kg.	Sobrepeso hasta de 4 kg.	Sobrepeso hasta de 6 kg.	Sobrepeso hasta de 8 kg.	Sobrepeso mayor a 8 kg.
<b>S</b> Sueño, cinturón de seguridad, estrés	Consumo de tabaco	Ninguno en los últimos 5 años	Ninguno en el último año	Ninguno en los últimos 6 meses	1 a 10 veces a la semana	Más de 10 veces a la semana
	Abuso de drogas, prescripciones y sin prescribir	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi diario
<b>T</b> Tipo de personalidad	Café, té, refresco de cola	Nunca	1 o 2 al día	3 a 6 al día	7 a 10 al día	Más de 10 al día
	Promedio de consumo a la semana	0 a 7 bebidas	8 a 10 bebidas	11 a 13 bebidas	14 a 20 bebidas	Más de 20
<b>I</b> Interior	Bebe alcohol y maneja	Nunca	Casi nunca	Sólo ocasionalmente	Una vez al mes	Frecuentemente
	Duerme 7 a 9 horas por noche	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
<b>C</b> Carretera (trabajo, labores del hogar, etc.)	Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad	Siempre	La mayoría de veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca
	Eventos importantes de estrés el año pasado	Ninguno	1	2 o 3	4 o 5	Más de 5
<b>C</b> Carretera (trabajo, labores del hogar, etc.)	Sensación de urgencia o impaciencia	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	Competitividad y agresividad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
<b>C</b> Carretera (trabajo, labores del hogar, etc.)	Sentimientos de ira y hostilidad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	Piensa de manera positiva	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
<b>C</b> Carretera (trabajo, labores del hogar, etc.)	Ansiedad, preocupación	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	Depresión	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
<b>C</b> Carretera (trabajo, labores del hogar, etc.)	Satisfacción con el trabajo o labores que desempeña	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Buenas relaciones con quienes le rodean	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
<b>Total</b>						

### Anexo 3. Consentimiento informado utilizado en el estudio



#### CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION

México, D. F. a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año 200\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

Por medio de la presente y en plena capacidad de mis facultades, accedo a participar en el estudio:

EVALUACION DE LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA DE LA CLÍNICA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON LEUCEMIA AGUDA (CAPLA)

Entiendo que dicho estudio consiste en la aplicación de un cuestionario de evaluación por parte del equipo de Psicología, que no representa ningún riesgo para mi salud ni tendrá relación alguna con la atención médica ni el tratamiento que se me realice.

Me comprometo a responder dicho cuestionario de manera honesta, para beneficio de mi propia evaluación y de los resultados del mismo.

Acepto y autorizo también que mi caso sea analizado para los fines que el Hospital General de México, bajo las normas bioéticas del mismo, considere necesario.

#### ACEPTO y AUTORIZO

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del psicólogo responsable

## Anexo 4. Instrumento utilizado en el estudio



HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

CLÍNICA DE ATENCIÓN DEL PACIENTE CON LEUCEMIA AGUDA (CAPLA)

SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

**Cuestionario para valorar estilo de vida**

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 200\_\_

Nombre (s): \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Género: M F

Número de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 19\_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Lea cuidadosamente y marque la opción que considere que refleja mejor su estilo de vida en el último mes.

<b>Familia y amigos</b>	La comunicación con los demás es honesta, abierta y clara	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Doy y recibo afecto	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Obtengo el apoyo emocional que necesito	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca

<b>Actividad</b>	Ejercicio activo 30 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rapido, etc.)	4 veces o más a la semana	3 veces a la semana	2 veces a la semana	Rara vez	Nunca
	Relajación y disfrute de tiempo libre	Casi diario	3 a 5 veces a la semana	1 o 2 veces a la semana	Menos de 1 vez a la semana	Casi nunca

<b>Nutrición</b>	Alimentación balanceada	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Desayuna diariamente	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Exceso de azúcar, sal, grasa animal o comida chatarra	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Peso ideal	Sobrepeso hasta de 2 kg.	Sobrepeso hasta de 4 kg.	Sobrepeso hasta de 6 kg.	Sobrepeso hasta de 8 kg	Sobrepeso mayor a 8 kg.

<b>Tabaco y toxinas</b>	Consumo de tabaco	Ninguno en los últimos 5 años	Ninguno en el último año	Ninguno en los últimos 6 meses	1 a 10 veces a la semana	Más de 10 veces a la semana
	Abuso de drogas: prescritas y sin prescribir	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi diario
	Café, té, refresco de cola	Nunca	1 o 2 al día	3 a 6 al día	7 a 10 al día	Más de 10 al día

<b>Alcohol</b>	Promedio de consumo a la semana	0 a 7 bebidas	8 a 10 bebidas	11 a 13 bebidas	14 a 20 bebidas	Más de 20
	Bebe alcohol y maneja	Nunca	Casi nunca	Sólo ocasionalmente	Una vez al mes	Frecuentemente

<b>Sueño, cinturón de seguridad, estrés</b>	Duerme 7 a 9 horas por noche	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Casi nunca
	Con qué frecuencia usa el cinturón de seguridad	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Rara vez	Nunca
	Eventos importantes de estrés el año pasado	Ninguno	1	2 o 3	4 o 5	Más de 5

<b>Tipo de personalidad</b>	Sensación de urgencia o impaciencia	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	Competitividad y agresividad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	Sentimientos de ira y hostilidad	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre

<b>Interior</b>	Piensa de manera positiva	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
	Ansiedad, preocupación	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
	Depresión	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre

<b>Carrera (trabajo, labores del hogar, etc.)</b>	Satisfacción con el trabajo o labores que desempeña	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca
	Buenas relaciones con quienes le rodean	Casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Rara vez	Nunca