



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

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

**PRESENTA:
ADRIANA CARAPIA SADURNI**

DIRECTOR DEL REPORTE:

MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

COMITÉ TUTORIAL:

MTRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO

DRA. SILVIA MORALES CHAINÉ

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

MTRO. FERNANDO PASCUAL VÁZQUEZ PINEDA

FEBRERO 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**Una más, Gracias a mi familia, amigos y compañeros
que me siguen acompañando en esta gran aventura. Los amo.**

Esto es para ti, mi angelito. TE AMO.

Gracias a mis profesores y al jurado por sus enseñanzas.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
I. CÁNCER	
1.1 Definición.....	10
1.2 Factores de Riesgo.....	10
1.3 Tratamiento Psicológico.....	12
II. PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO, S.S.A.	
2.1 Primera Rotación: Servicio de Hematología, características de la sede y ubicación del Residente De Medicina Conductual.....	20
2.1.1 Actividades Diarias del Residente de Medicina Conductual.....	22
2.1.2 Evaluación de Programas de Intervención Desarrollados.....	23
2.1.3 Actividades Académicas.....	23
2.1.4 Actividades Desarrolladas.....	23
2.2 Segunda Rotación: Servicio de Oncología, actividades Diarias del Residente de Medicina Conductual.....	25
2.2.1 Actividades Desarrolladas.....	25
2.2.2 Actividades de Investigación.....	28
2.3 Caso Clínico.....	39
2.4 Competencias Profesionales alcanzadas con el desarrollo de programas de intervención.....	44
2.5 Actividades Profesionales no programadas.....	45
2.6 Asistencia a Eventos Académicos.....	45
2.7 Evaluación de la Sede.....	46

III. Segundo año de la Residencia

3.1 Primera rotación: Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) servicio de Tumores Óseos, Descripción de la sede y servicios.....	48
3.1.1 Actividades Diarias del Residente de Medicina Conductual.....	49
3.1.2 Evaluación de Programas de Intervención Desarrollados.....	49
3.1.3 Actividades Académicas.....	50
3.1.4 Actividades Desarrolladas en la Sede.....	50
3.1.5 Actividades de Investigación.....	52
3.2 Segunda Rotación: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” Descripción de la Sede y Servicios.....	65
3.2.1 Actividades Diarias del Residente de Medicina Conductual.....	65
3.2.2 Actividades Académicas.....	65
3.2.3 Actividades Desarrolladas en la Sede.....	66
3.3 Caso Clínico.....	67
3.4 Competencias Profesionales alcanzadas con el desarrollo de programas de intervención.....	72
3.5 Actividades Profesionales no programadas.....	72
3.6 Asistencia a Eventos Académicos.....	72
3.7 Evaluación de las Sedes.....	73
Referencias Bibliográficas.....	74
Anexos.....	81

RESUMEN

El presente reporte de Experiencia Profesional de la Maestría en Psicología con residencia en Medicina Conductual resume las actividades durante los dos años de residencia; la primera parte está enfocada a describir las actividades realizadas en las dos rotaciones de los servicios de Hematología y Oncología del Hospital Juárez de México, así como también la propuesta e implementación del protocolo de investigación titulado “Manejo del Dolor en pacientes oncológicos”; en el segundo año las rotaciones que se hicieron fueron en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) servicio de Tumores Óseos y el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM, en donde explicaré el trabajo realizado: atención a pacientes y/o familiares, desarrollo e implementación del programa de intervención psicológica “Manejo de la Ansiedad prequirúrgica en pacientes con tumores óseos” y la presentación del manejo clínico de los dos casos por año, respectivamente. Comenzaré con una breve introducción acerca de los antecedentes de Medicina Conductual, para finalizar describiré el padecimiento de cáncer, y el tratamiento psicológico que emplee en estos pacientes.

Palabras Clave: Cáncer, Tratamiento Psicológico.

INTRODUCCIÓN

El análisis de las causas de muerte de los últimos años indica que si bien se han logrado controlar algunos padecimientos con el uso de algún biológico (vacuna, medicamento o vida suero oral), las enfermedades que han pasado a ser las primeras causas de muerte involucran en gran medida al comportamiento humano, ya sea individual, familiar o colectivo.

Es así como los problemas de salud-enfermedad están estrechamente vinculadas con diversos factores físicos, conductuales y ambientales, cada uno de los cuales contribuye a las diferentes situaciones que enfrenta el manejo médico. El equipo de salud actual cuenta con un modelo de intervención que intenta comprender, explicar y tratar a las enfermedades con una combinación de estrategias, y no solo como problema orgánico. En este contexto, el desarrollo de la psicología en el campo de la salud ha mostrado importantes avances y ha dado especial importancia a los componentes conductuales, asociados a los diferentes problemas que plantea la enfermedad (Buendía, 1991).

Es por ello que en la actualidad ya no se puede hablar de salud sin considerar la participación del psicólogo, ya que el perfil actual epidemiológico de nuestro país, considerado como de transición porque coexisten padecimientos asociados a la pobreza como las enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, desnutrición y muertes maternas y peri natales, y con problemas de salud propios de países de alto desarrollo relacionados con estilos de vida que propician una mayor frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas (Urbina, 2004).

Existen diversos estudios, publicados hacia el final de los años sesenta, que muestran que la conducta emocional se ve modificada cuando se presenta alguna alteración en el ambiente de la persona, como por ejemplo, una enfermedad o una hospitalización.

Emociones tales como el miedo o la depresión se acompañan de cambios en la expresión facial, en la expresión verbal y en la actividad locomotora, al tiempo que se presentan alteraciones fisiológicas importantes en la presión arterial, la respiración y otros parámetros autonómicos, lo que ha dado lugar al estudio de las respuestas fisiológicas condicionadas por estrés; posteriormente a las manifestaciones psicósomáticas, y en la actualidad a respuestas psicofisiológicas.

Es así como dicho cambio en las tasas de morbilidad y mortalidad origina un cambio de la atención e investigación hacia los factores comportamentales individuales y en grupo, con lo cual surge la Medicina Conductual (Buela-Casal y Caballo, 1991).

Entre las causas de surgimiento y desarrollo de la medicina comportamental se encuentran:

1. el cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad, con el control de las enfermedades infecciosas a través de los antibióticos, produciéndose más enfermedades funcionales.

2. enfermedades crónicas propias de las sociedades industrializadas, tales como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, dolores crónicos, las cuales surgen como producto del estilo de vida que mantienen los individuos.
3. el hecho de que, en igualdad de condiciones, algunas personas enferman y otras no.
4. el desarrollo alcanzado en las ciencias conductuales y en las sociales, así como el desarrollo de la epidemiología conductual.
5. el interés despertado por los temas de prevención de enfermedades, en parte, por los elevados costos médicos.
6. el desarrollo de la psicología médica agregó un enfoque de aplicación clínica de la que carecía la medicina psicosomática.
7. los resultados de los estudios epidemiológicos y experimentales, los cuales han demostrado la importancia de los factores conductuales en los procesos de la salud y enfermedad (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990).

El término de “Medicina Conductual” fue utilizado inicialmente por Birk en 1973 para señalar el uso de la retroalimentación biológica o biofeedback como una terapia de aprendizaje para el tratamiento de algunos desordenes médicos (por ejemplo epilepsia, dolor de cabeza tensional, migraña, enfermedad de Reynaud) con la finalidad de intervenir desde una perspectiva conductual.

La medicina conductual surgió de manera formal en la conferencia llevada a cabo en la Universidad de Yale en 1977, se le definió como un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de ciencias biomédicas y conductuales; con la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual en la evaluación, tratamiento, rehabilitación y prevención de desordenes físicos; así como la validación de estos programas en problemas de salud (Schwartz y Weiss, 1977).

Pomerleau y Brady (1979) señalaban que por medicina conductual debería entenderse el uso clínico de las técnicas de análisis experimental de la conducta-terapia conductual y modificación de la conducta- para la evaluación, prevención, manejo y tratamiento de las enfermedades físicas o disfunciones psicológicas.

A la medicina conductual se le considera un área derivada de la terapia conductual (ya que utiliza los métodos de evaluación y técnicas de ésta). El campo de trabajo del psicólogo implica la interacción multidisciplinaria (por ejemplo medicina, sociología médica, antropología cultural, psiquiatría, enfermería, trabajo social y ciencias biológicas). La medicina conductual que en un inicio se enfocaba en el tratamiento de pacientes, actualmente ha extendido la investigación sobre prevención y mantenimiento de la salud, ya que la prevención de la enfermedad a través de cambios conductuales y medioambientales se percibe como uno de los más prominentes medios de controlar algunas enfermedades crónicas que aquejan a la sociedad (Reynoso y Seligson, 2005).

Como resultado de ello, el papel del psicólogo se ha expandido de manera significativa y ha quedado comprobado que la forma en que uno vive (estilos de vida), influyen en la salud; también se ha evidenciado que los tratamientos médicos por sí solos no reditúan los beneficios necesarios. Por lo que el trabajo del psicólogo debe de enfocarse a las siguientes premisas básicas en el campo de la salud:

- Cambios en la conducta (estilos de vida) pueden reducir la probabilidad de riesgo de algunas enfermedades.
- La conducta y su relación con factores ambientales incrementa el riesgo de ciertas enfermedades crónicas.
- Las técnicas conductuales permiten modificar, sistematizar y mantener los cambios (Reynoso y Seligson, 2005).

Una de las enfermedades más temidas es el cáncer, tanto por las propias características de la enfermedad, como son el dolor, la invasión de las células a otras partes del cuerpo y la inminencia de la muerte, como por los efectos secundarios de los procedimientos médicos usados como tratamiento. En el caso de la quimioterapia, las náuseas, el vómito, la pérdida de cabello; en la radioterapia el dolor y en la cirugía la desfiguración y las cicatrices causadas por los mismos procedimientos quirúrgicos (Ehrenweig, 2005).

En América Latina existen aproximadamente 50 millones de habitantes, que tienen dentro de sus principales causas de muerte los tumores malignos que ocasionan el 10.2% del total de las defunciones, esto es, 5.1 millones de personas muertas por esta causa. En el caso de las mujeres, las muertes por este padecimiento ascienden al 5.3% (OMS-OPS, 1994).

La distribución general del cáncer en México presenta un predominio en el sexo femenino con una de 2 a 1, debido al gran número de neoplasias malignas, en las mujeres de entre 25 y 59 años de edad (García, 1996). De acuerdo a su distribución topográfica, las más frecuentes fueron las neoplasias malignas en cuello de útero, mama e hígado en mujeres, y del sistema respiratorio (traquea, bronquios y pulmón) próstata y estómago en hombres (SSA, 2003).

Se observa un aumento paulatino en la mortalidad proporcional de personas por tumores malignos (por 100.000 habitantes) en México de 1960 a 1964 era de 4.2% para 1980-1984 de 7.8%, de 1985 a 1989 aumento a 10.2% (OMS-OPS, 1994), en 1998 ya había aumentado a 12.4% y para el año 2000 casi el doble 23.9% (SSA, 2001).

Según González (1996) y García (1996), desde 1993 los tumores malignos representaban la segunda causa de muerte dentro de los cuadros de mortalidad general (44.951 defunciones) con una tasa de 50.8 por 100.000 habitantes, hecho que se observa con ligeras variaciones, hasta las últimas estadísticas publicadas por la Secretaría de Salud en el año 2001.

Es así como el propósito del presente informe de experiencia profesional busca describir el trabajo psicológico con pacientes que padecen cáncer en el ámbito hospitalario, teniendo como objetivos principales: minimizar el sufrimiento provocado por dicho evento, por el dolor y por el significado de la misma enfermedad (Angerami-Comon, Rodríguez, Berger y Serbastiani, 1999), obteniendo así beneficios en cuanto a la cooperación con el equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.....), disminución de estancia hospitalaria, disminución de costos tanto para la institución como para la familia del paciente y sobre todo el bienestar subjetivo de los pacientes.

I. CÁNCER

1.1 Definición

El cáncer es un conjunto de enfermedades caracterizadas por la presencia de nuevas células que crecen y se extienden sin control. Los tumores se clasifican en benignos y malignos; los crecimientos benignos tienden a mantenerse localizados en un área específica, mientras que los malignos tienen la propiedad de crecimiento infiltrativo (Vásquez, Fernández y Pérez, 1998; WHO, 2005).

Los tumores malignos, a su vez, se dividen en cuatro grupos principales: carcinomas, sarcomas, leucemias y linfomas. Los carcinomas con células del tejido epitelial, es decir, células que recubren las superficies externas e internas del organismo, como la piel, la pared del estómago o las mucosas. Los sarcomas aparecen en el tejido conectivo, como el hueso, los músculos y el cartílago. La leucemia es un tipo de cáncer que se origina en la sangre o en las células que la forman, como las de la médula ósea. Estas tres clases de cáncer conforman más del 95% de las enfermedades malignas. Los linfomas atacan al sistema linfático y es una clase de cáncer poco habitual (Brannon y Feist, 2001).

Aún cuando se conocen doscientas variedades diferentes de cáncer, las más comunes son el cáncer de pulmón, estómago, intestino grueso, mama y piel. La tasa media de supervivencia a los 5 años de diagnóstico, sin tener en cuenta el estadio de evolución en que la enfermedad se diagnóstico, oscila desde un 74% para los cánceres de útero y un 60% para los cánceres de mama, hasta un 2% para los de páncreas, un 9% para los de pulmón y un 12% para los de estómago (Latorre, 1994).

El cáncer está considerado dentro de la categoría de las enfermedades crónico-degenerativas, su aparición se asocia con características biológicas de las personas, sus estilos de vida, con el aumento de esperanza de vida al nacer y con otras condiciones propias del desarrollo (Barlow y Fenoglio-Preiser, 1992; WHO, 2005).

1.2 Factores de Riesgo

Se estima que no menos de un 70% de los factores de riesgo que favorecen o desencadenan la aparición de algún tipo de cáncer, o bien están ligados al estilo de vida de las personas y a sus comportamientos, o bien se deben a sus causas ambientales.

Ésta es una de las razones por lo que ha aumentado de un modo permanente a lo largo de este siglo y especialmente en las sociedades industrializadas, ya que el estilo de vida del hombre actual se caracteriza por su necesaria convivencia con los llamados factores de riesgo. Pascual y Ballester (1997) señalan que algunos de los factores de riesgo que se han estudiado en pacientes con cáncer son:

- Sustancias químicas: es sabido que algunos productos químicos industriales pueden tener un efecto nocivo sobre la salud que se acaban descubriendo con el paso del tiempo. Esto es lo que ha ocurrido, por ejemplo, con el amianto (usado como aislante térmico y eléctrico) que se ha relacionado muy directamente con el desarrollo de los mesioteliomas pleurales.

- Sexualidad: el comportamiento sexual parece estrechamente ligado al cáncer de útero ya que su origen, en un porcentaje muy importante de los casos, está en una infección de tipo vírico (cuyo desencadenante es el virus de papiloma humano).
- Tabaco: la relación tabaco-cáncer de pulmón parece particularmente estrecha. Se calcula que más de un 80% de este tipo de neoplasia se puede atribuir al hábito de fumar, y que el riesgo de padecer cáncer de pulmón entre los fumadores es diez veces mayor que entre los no fumadores. Además, el tabaco también incrementa la probabilidad de sufrir cáncer de boca, laringe, páncreas y vejiga.
- Rayos UVA: el cáncer de piel está fundamentalmente entre los agricultores y pescadores, que solían pasar mucho tiempo expuestos al sol.
- Alcohol: el alcohol ingerido en exceso tiene un potencial efecto cancerígeno que aumenta el riesgo de neoplasias en la boca, laringe, esófago e hígado. En aquellas regiones en las que el consumo es más elevado la prevalencia de este tipo de cánceres es hasta cuatro veces mayor.
- Dieta: una alimentación rica en grasas y proteínas y escasa en fibra, característica de los países desarrollados, condiciona la aparición de uno de los cánceres más comunes, el de colon. Se ha constatado que las nitrosaminas, que se ingieren en los alimentos ahumados, están estrechamente relacionadas con el cáncer de estómago y colon.
- Variables de personalidad: la idea de que determinados perfiles de personalidad estaban relacionados con el desarrollo del cáncer fue recogida por Galeno, quien afirmaba que las mujeres melancólicas eran más propensas a padecer cáncer que las mujeres que se mostraban activas y seguras de sí mismas. Desde entonces se han sido mucho los autores que han postulado la relación entre el cáncer y los distintos tipos psicológicos. En la actualidad la personalidad con propensión al cáncer (habitualmente denominada tipo C para distinguirla del tipo A) (Anarte, López, Ramírez y Esteve, 2000).

Las dos características sobre las que se pone el énfasis son, por una parte, la supresión y/o negación de reacciones emocionales fuertes, y por otra, la imposibilidad de hacer frente adecuadamente al estrés con la subsiguiente reacción de abandonado asociada a sentimientos de desesperación y desamparo (Oblitas, 2004).

Por otra parte en cuanto a la carcinogénesis es un proceso silencioso del cual la persona no nota inicialmente síntoma alguno si exceptuamos, claro está, los epitelomas o cánceres de piel, que al ser externos son fácilmente descubiertos. Los síntomas que en ese momento aparecen dependen tanto de la localización en la que se asientan (como abultamiento, dolor, hemorragia) como de la función del órgano al que afectan y la de los órganos vecinos que son invadidos o comprimidos por el crecimiento neoplásico.

En cualquier caso, el cáncer puede advertir de su presencia a través de una serie de síntomas inespecíficos, entre los que destacan: fatiga, debilidad, pérdida de peso, pérdida de apetito o fiebre (Guevara y De Lille, 2002).

El paciente con cáncer necesita recibir un tratamiento certero y oportuno, que hace necesario el que se apegue a las indicaciones, esto es, que asista regularmente a sus citas de control, realice ciertos cambios en su estilo de vida y asistan puntualmente a las citas para la aplicación de su tratamiento. Si consideramos que todos estos son comportamientos que deben de modificarse unos y aprenderse otros, es importante tener en cuenta las creencias que los individuos tienen en relación a la enfermedad y el modo como se estructuran, para detectar la forma como orientan su comportamiento, en este caso en cuanto a la adherencia de los pacientes a las indicaciones terapéuticas (Méndez, 2004).

1.3 Tratamiento Psicológico

De gran importancia es que la American Cancer Society haya recomendado y publicado en 2002 que la respuesta del paciente oncológico corresponde al patrón de conducta emocional que se presenta en la mayoría de los casos, conocido como ajuste normal no patológico y trastorno de ajuste, el cual constituye el continuo de estrés ante el padecimiento oncológico (Méndez, 2004).

Los estudios clínicos han enfocado dos variables psicológicas: las características de personalidad y los antecedentes emocionales de los individuos que sufren de cáncer. Estudios psicológicos de pacientes con cáncer mamario y pulmonar muestran una tendencia marcada a reprimir o a suprimir la expresión de ciertas emociones, especialmente la cólera. Tal es el caso, de lo que refieren Ferting (1997) y Maguire (2000) donde entre un 30 y 50% de las personas que padecen cáncer presentan alguna alteración psicológica, los cuales tienen que ver con problemas de depresión y ansiedad siendo los más frecuentes.

En una muestra de 117 pacientes con cáncer que fueron admitidos para realizar un trabajo de psicoprofilaxis quirúrgica en el Hospital de Oncología “Marie Curie”, el 56% de ellos presento síntomas de angustia; el 44.5% insomnio; el 14% ansiedad, y el 16% agresividad. En total el 94.2% de los pacientes entrevistados presentaban trastornos emocionales de algún tipo, de todos ellos el 63% respondió al apoyo psicológico sin necesidad de ser medicado, y en el 29% de los casos se combino el apoyo psicológico con medicación psicofarmacológico.

Los problemas psicológicos que más se estudian en pacientes con cáncer son los síntomas de ansiedad, depresión y malestar psicológico. En una importante revisión llevada a cabo por Van't Spijker (1997), mediante un meta-análisis, encontró que no hay evidencia de que existan niveles más altos de ansiedad, ni de malestar psicológico, en pacientes con cáncer que en población general; sin embargo, sí se ha demostrado que el nivel de depresión es más alto en pacientes con cáncer.

En otro estudio reciente, llevado a cabo en Japón con pacientes con cáncer en estadios avanzados, usando la entrevista diagnóstica, se encontró que el 6.7% presentaba un trastorno del estado de ánimo (Akechi, Okuyama, Sugawara y Nakano 2004). Este mismo estudio se encontró una prevalencia del 0% para el trastorno de estrés postraumático, si bien el trastorno adaptativo ansioso-depresivo apareció en un 16.3% de los pacientes con cáncer.

Para la mayoría de los pacientes y sus familias, un diagnóstico de cáncer significa una crisis y un cambio en su vida, por lo cual se requiere de la implementación de programas multidisciplinarios, dentro del cual adquiere un nivel importante la dimensión psicológica del problema, a través de la aplicación de estrategias de afrontamiento (Reynoso y Seligson, 2005).

La actitud de un paciente con cáncer, después de haber recibido de un diagnóstico, estará en función de las condiciones familiares, sociales y terapéuticas en las que se encuentre y, a la vez, la forma en que se comporte ante éstas provocará cambios en dichas condiciones. De ahí la importancia que existe de conocer cuáles son los aspectos relevantes que pueden determinar que el paciente adopte actitudes adecuadas para afrontar su enfermedad (Manne, Pape, Taylor y Dougherty, 1999).

Los principales problemas que presenta el paciente con cáncer se derivan de las creencias (erróneas la mayoría de las veces) sobre la enfermedad y el curso que tomará, sobre el tratamiento y sus complicaciones; el paciente con cáncer tiene miedo ya que desconoce los procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento (quimioterapia, radioterapia, cirugía) que le serán realizados (Kim, Valdimarsdottir & Bovbjerg, 2003).

Fawzy (1999) señala que el objetivo de las intervenciones psicológicas son:

- Ayudar a los pacientes que padecen cáncer a soportar mejor su diagnóstico y tratamiento,
- Disminuir los sentimientos de alienación, aislamiento, indefensión y abandono,
- Reducir la ansiedad en relación a los tratamientos, y
- Clarificar las percepciones e informaciones erróneas.

Durante los últimos 10 años se ha demostrado la eficacia de las intervenciones psicológicas desarrolladas en pacientes con cáncer, tal como lo refiere Andersen (2001), al hacer una revisión de las estrategias utilizadas, las cuales las ha clasificado en los siguientes tipos de apoyo:

- Apoyo emocional: Se refiere a las demostraciones de amor, cariño y pertenencia a un grupo. Implica el poder hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias y sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad. Dicho soporte contribuye a mejorar o restablece la autoestima, transmitiendo al paciente que es valorado y querido.

- Apoyo informacional-educacional: Se refiere a poder obtener la información relevante y necesaria respecto a la enfermedad y su tratamiento, y a la manera de hacerle frente, tanto a nivel físico como psicológico, ya que muchos médicos tienen dificultades para explicar con claridad a sus pacientes con cáncer en qué consiste la enfermedad y sus tratamientos.
- Apoyo instrumental: Se refiere a acciones o materiales que proporcionan otras personas para que el funcionamiento sea lo más normal posible. Son recursos materiales, como transporte para ir al hospital, recursos económicos o asistencia a domicilio. Es el menos efectivo de los tres tipos de apoyo (Helgeson y Cohen, 1996).

El tratamiento psicológico en el paciente con cáncer dependerá de la evaluación conductual que se realice y debe tomar en cuenta de manera importante el diagnóstico médico, el tipo de cáncer, la existencia o no de metástasis, la propuesta terapéutica del médico y el pronóstico de supervivencia.

Una de las metas terapéuticas que plantea Antoni, Lehman, Kilbourn, Boyers, y Culver (2001) con un paciente con cáncer, es que aprenda a reconocer, confrontar y resolver los problemas que irá encontrando en relación con su enfermedad, como son el manejo del estrés, de la depresión y de las habilidades sociales. Dicho objetivo lo retomó en el trabajo que realizó durante las rotaciones hospitalarias.

Todo lo anterior con el objeto de facilitar el ajuste al tratamiento, que se conoce como adherencia terapéutica, y de facilitar el ajuste emocional ante los diferentes problemas que se presentan a lo largo de la enfermedad (Buela-Casal y Caballo, 1991).

Para el tratamiento psicológico se han utilizado técnicas como el biofeedback, la relajación muscular progresiva, el entrenamiento autógeno, la imaginación guiada o visualización, desensibilización sistemática, la hipnosis, el entrenamiento en respuestas, de solución de problemas, habilidades sociales, el control de los pensamientos negativos, de distracción y desviación de atención, reestructuración cognitiva; las cuales integran el proceso de intervención, con base en la evaluación preliminar y en la identificación de reacciones, procesos y complicaciones psicológicas asociadas al manejo de los síntomas (Correa y Salazar, 2007).

Para lograr lo planteado a continuación describo las técnicas psicológicas que con mayor frecuencia utilicé en estos dos años de rotación en pacientes con cáncer en el ámbito hospitalario.

Psicoeducación

Los pacientes pueden experimentar una falta de información en relación con su estado físico, a veces les resulta ajena la terminología médica y las diferencias en el nivel educativo, los antecedentes étnicos o la clase social entre el médico y el paciente pueden contribuir a generar problemas de comunicación. Como resultado, el enfermo puede olvidar o malinterpretar gran parte de la información que los médicos le proporcionan (Brannon y Feist, 2001). Es así como el psicólogo en el ámbito hospitalario puede promover la comprensión de dicha información mediante intervenciones educativas.

Para Muñoz y Gutierrez (1995) la educación terapéutica consiste en enseñar al paciente a adquirir y mantener habilidades y destrezas que le permitan atender en forma óptima su vida cotidiana, manejando adecuadamente el control de su enfermedad, el objetivo principal es que el paciente tome responsabilidad por su propia salud y mantenga o mejore su calidad de vida.

Las estrategias de tipo educacional están dirigidas a elevar la seguridad del paciente frente a sus síntomas o problemas, intentando inducir una sensación de mayor control (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

La información puede ser referente a la naturaleza de la enfermedad, al conjunto de conductas de autocuidado, y a las consecuencias de no llevar a cabo las recomendaciones de salud. Para lo cual Muñoz y Gutiérrez (1995) recomiendan que deben de considerarse las siguientes condiciones:

- No todos los enfermos requieren la misma cantidad y tipo de información, por tanto debe ser individualizada y adaptada a las demandas del paciente.
- La información es un proceso que mejora la adaptación a largo plazo pero que provoca ansiedad como efecto inmediato, sobre todo si se comunican malas noticias.
- Existen aspectos en que la información oral es conveniente acompañarla con información escrita que el enfermo pueda llevar a su casa.

Desde el año 1998 el grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que la educación terapéutica ha demostrado particularmente su utilidad en la atención de los pacientes con cáncer.

Terapia Racional-Emotivo-Conductual

Fue desarrollada por Albert Ellis en 1962 y se basa en la idea general de que la mayoría de los problemas psicológicos se deben a la presencia de patrones de pensamientos desadaptativos (irracionales). Estos patrones son evidentes en las verbalizaciones implícitas derivadas de las hipótesis o suposiciones que una persona establece acerca del mundo y de las cosas que le suceden (Méndez, Olivares y Moren, 1998).

La terapia racional emotivo conductual tiene una forma establecida de ver al ser humano, considerándolo como un científico capaz de utilizar la lógica y las pruebas empíricas y formular una filosofía básica propia. La tendencia a formular dicha filosofía en forma flexible o rígida constituye el marco de referencia principal para determinar la adaptación o perturbación emocional del individuo. Por esta razón, procura conseguir un cambio filosófico profundo en el paciente que afecte a sus emociones y conductas presentes y futuras (Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Esta terapia afirma que en el fondo de una alteración psicológica lo que existe es la tendencia de los seres humanos a realizar evaluaciones de carácter absoluto sobre los hechos que van percibiendo a lo largo de su vida. Estas verbalizaciones se hacen en forma de palabras dogmáticas como: debo, tengo, debería de, etc... Estas creencias son consideradas como irracionales, porque suelen impedir y obstaculizar que las personas consigan sus metas y propósitos (Dryden y Ellis, 1989).

La terapia racional emotiva implica el uso de un método de cuestionamiento científico-lógico, empírico para debatir las creencias irracionales detectadas en el paciente mediante preguntas retóricas. Cabe señalar que el terapeuta no solo aplica el debate en sus intercambios con el paciente, sino que enseña a sus pacientes a aplicar el método en ellos mismos (Ellis, 1986).

En este enfoque el terapeuta puede seleccionar entre una amplia variedad de técnicas incluyendo el automonitoreo de pensamientos, biblioterapia, juego de roles, modelamiento, imaginación, ejercicios contra la vergüenza, métodos de relajación, condicionamiento operante y entrenamiento en habilidades sociales.

Las técnicas cognoscitivas que utilice fueron:

- **Detección:** consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autoregistros de las creencias irracionales, permitiendo su identificación.
- **Refutación:** establece una serie de preguntas que el terapeuta y/o el paciente emplean para debatir las creencias irracionales.
- **Discriminación:** el terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales e irracionales.

Relajación

La relajación es la principal estrategia de intervención que se utiliza en el campo de la Psicología Clínica de la Salud; a la técnica de relajación se le ha dado en llamar la “aspirina de la medicina conductual”, existen diferentes variantes de relajación, las cuales van dirigidas a reducir la ansiedad en los pacientes, no sólo desde la perspectiva fisiológica sino también en las áreas afectiva y cognitiva.

Dentro de los diferentes procedimientos de relajación consideraremos brevemente algunos de ellos:

1. **Respiración diafragmática (respiración profunda),** es un ejercicio sencillo de relajación en el cual se entrena al paciente a respirar a través de su diafragma, suele utilizarse como paso inicial para después entrenar al paciente en ejercicios de respiración más profundos.

2. Relajación Muscular Progresiva. Es una estrategia basada en los principios de que la relajación (músculos relajados) es lo opuesto a la ansiedad (tensión fisiológica). Jacobson en 1939 desarrolló esta técnica entrenando a los pacientes a tensar y relajar varios pares musculares a través del cuerpo de manera ascendente a descendente (cara, cuello, hombros, brazos, abdomen, glúteos y piernas), posteriormente Wolpe en 1958 continuo practicando esta técnica utilizando menos pares musculares para tensar y relajar obteniendo resultados igualmente positivos y finalmente, Bernstein y Borkoveck en 1973 dejaron plasmado el número de pares musculares (12) que son necesarios para un entrenamiento en relajación así como el número de sesiones (4 a 5) requerido (Amutio, 1998).
3. Entrenamiento Autógeno en relajación el cual fue desarrollado por Shultz y Luthe en 1969, dicho entrenamiento consiste en crear un estado de relajación profundo en el paciente mediante la generación de autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo, relacionándolas con diferentes sensaciones de tranquilidad, paz, calor, calma, ligereza, peso, frío. Esta técnica es útil para personas con buena capacidad de imaginación (Gutiérrez, 2004).

Solución de Problemas

El objetivo terapéutico que se persigue la solución de problemas consiste en ayudar al paciente a identificar y resolver problemas cotidianos que están causando respuestas no apropiadas, de manera que es necesario aprender a definir los problemas no en términos de situaciones imposibles, sino de soluciones no apropiadas.

El programa original consta de cinco fases que son:

1. perfil del problema
2. definición y formulación del problema
3. generación de posibles soluciones o alternativas
4. toma de decisiones
5. evaluación de los resultados.

Con relación al perfil del problema lo que se intenta es conocer cuál es la percepción que el individuo tiene del problema principal, las consecuencias que está experimentando, la evaluación que el propio paciente está haciendo del problema, así como el tiempo y el esfuerzo que el paciente está utilizando para intentar resolverlo.

En el segundo paso (definición y formulación del problema) el terapeuta obtiene la mayor información acerca del problema, así como la más relevante, junto con el paciente definen de modo completo cuál es el problema, intentan poner una meta realista para resolverlo y evalúan si en realidad ese es el problema principal.

La siguiente fase es la generación de alternativas; en esta se utiliza una estrategia denominada “lluvia de ideas”, en la cual se pide al paciente que genere la mayor cantidad de ideas para solucionar el problema sin hacer juicio de valor, sin importar lo disparatadas o irracionales que sean, de hecho las reglas son:

- Se excluyen las críticas, es decir, se escribe cualquier idea nueva sin juzgar si es buena o mala,
- Todo se vale, de modo que cuanto más rara o disparatada sea una idea quizá sea mejor, y
- Mientras más cantidad de ideas es mejor, esto es, mientras más ideas se produzcan, mayor es la probabilidad que algunas sean buenas.

Una vez con la lista completa se empiezan a valorar las consecuencias de las respuestas, inicialmente se descartan las que no son factibles. Después son evaluadas las consecuencias positivas o negativas que puede tener cada respuesta y se les asigna un puntaje (de 0 a 5) tanto a las unas como a otras. La toma de decisiones inicia valorando los resultados factibles para cada una de las respuestas seleccionadas. Finalmente, se construye la solución para el problema; el terapeuta entrenará al paciente en cada paso que deba dar con base en la solución determinada (D’Zurilla & Nezu, 1999).

Intervención en Crisis

Existen eventos o situaciones en la vida inesperados, tal es el caso del diagnóstico de cáncer, que puede causar una crisis psicológica en la cual el paciente no encuentra la forma de afrontar el problema.

Korchin en 1976 menciona tres objetivos primordiales que deben ser abordados para una situación de intervención en crisis:

- Manejar el estado de estrés, ansiedad, desamparo y confusión del paciente.
- Establecer patrones de conducta que permitan que el paciente no pierda o regrese a su nivel de funcionamiento cotidiano previo al evento.
- Ayudar al paciente y los otros afectados (familia) en una estrategia de solución de problemas que permitan llevar a cabo acciones inmediatas, tanto personales como comunitarias (Reynoso y Seligson, 2005).

PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA

SEDE:

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SERVICIOS:

HEMATOLOGIA
ONCOLOGÍA

II. PRIMER AÑO DE LA RESIDENCIA: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO, S.S.A.

El cáncer es una enfermedad crónico-degenerativa que ha aumentado su incidencia en las últimas décadas, hasta ocupar los primeros lugares como causa de muerte. En México, la mortalidad en el año 2000 por tumores malignos fue de 27 245 personas por seis tipos de cáncer (Traquea, bronquios y pulmón, estómago, cuello del útero, hígado, próstata y mama), lo cual ubica a este padecimiento en el tercer lugar como causa de mortalidad general, precedido por la diabetes mellitas y la enfermedad coronaria (SSA, 2003).

Por otro lado se registraron 13 632 casos nuevos de leucemias en hospitales, ocuparon el segundo lugar de mortalidad en el grupo de niños de 5 a 14 años con 642 defunciones y el séptimo lugar entre niños de 1 a 4 años de edad con 249 decesos. En los hospitales mexicanos murieron 447 niños y el promedio de la estancia hospitalaria es de 12 días (SSA, 2003).

El cáncer es una enfermedad altamente deteriorante, debido a que los tratamientos son agresivos, lo cual genera situaciones estresantes que suelen implicar una variedad de problemas psicológicos (Seligson y Reynoso, 1999).

Para la mayoría de los pacientes y sus familias, un diagnóstico de cáncer significa una crisis y un cambio en su vida, por lo cual se requiere la implementación de un programa multidisciplinario, dentro del cual adquiere un nivel importante la dimensión psicológica del problema, a través de la aplicación de técnicas de afrontamiento (Pinto, Eakin y Maruyama, 2000).

La actitud de un paciente con cáncer, después de haber recibido el diagnóstico, estará en función de las condiciones familiares, sociales y terapéuticas en las que se encuentre y, a la vez, la forma en que se comporte ante éstas provocará cambios en dichas condiciones. De ahí la importancia que existe de conocer cuáles son los aspectos relevantes que pueden determinar que el paciente adopte actitudes adecuadas para afrontar su enfermedad (Manne y cols., 1999).

Los principales problemas que presenta el paciente con cáncer se derivan de las creencias -erróneas la mayoría de las veces- sobre la enfermedad y el curso que tomará, sobre el tratamiento y sus complicaciones; el paciente con cáncer es frecuente que presente miedo, ya que desconoce los procedimientos médicos de diagnóstico y tratamiento que le serán realizados.

A todo lo anterior puede agregarse además la presencia de dolor crónico progresivo por crecimiento de la masa tumoral o bien por efectos secundarios de los procedimientos diagnósticos médicos (biopsias) y tratamientos, tales como la quimioterapia y radioterapia (Kim, Valdimarsdottir y Bovdjerg, 2003).

En cuanto a la psicopatología que puede presentar el paciente con cáncer se tiene que alrededor del 25 al 30% tiene una respuesta adaptativa normal; del 20 al 25% sufre un cuadro de estrés agudo seguido de una adaptación normal; el 30% de los pacientes con cáncer muestra un trastorno de ajuste con ansiedad, depresión o mixto. Cerca del 5 a 10% experimenta depresión mayor y 3% cuadros del tipo del síndrome orgánico cerebral. El resto padece trastornos de ansiedad, de personalidad y enfermedades mentales mayores. Se calcula que del 20 al 50% de los pacientes con cáncer requerirá la intervención de un psicólogo durante el curso de su enfermedad. Por otro lado los síntomas más frecuentes son ansiedad, depresión, dolor y trastornos del sueño (Olper, 2003).

Es así como la intervención psicológica en el paciente con cáncer dependerá de la evaluación que se realice y debe de tomar en cuenta de manera muy importante el diagnóstico médico, el tipo de cáncer, la existencia o no de metástasis, la propuesta terapéutica del médico y el pronóstico de sobrevida, la propuesta por Seligson y Reynoso (1999) consiste en generar un programa conductual de habilidades de afrontamiento basada en la solución de problemas, con el fin de ayudar a los pacientes con cáncer a mantener y mejorar su calidad de vida, las metas del mismo son:

- Disminuir los niveles de estrés de los pacientes
- Entrenar a los pacientes en técnicas conductuales con el fin de afrontar el problema, mantener o mejorar su calidad de vida y cambiar su estilo de vida.

El programa de asistencia psicológica que propone Méndez (2004), tiene como objetivo ofrecer un manejo interdisciplinario desde su ingreso al hospital, para disminuir la probabilidad de que el paciente abandone el tratamiento. La intervención se hace utilizando técnicas de:

- Psicoeducación (informar y sensibilizar)
- Solución de Problemas
- Relajación Autógena
- Intervención en crisis.

Teniendo como beneficios en los pacientes, la disminución de emociones, tales como, enojo, ansiedad y/o depresión. Es así como las intervenciones psicológicas que realice están basadas en estas dos propuestas de trabajo en pacientes oncológicos.

2.1 Primera Rotación: Servicio de Hematología, características de la sede y ubicación del residente de Medicina Conductual

El Hospital Juárez de México es un hospital de tercer nivel que cuenta con supraespecialidades en las áreas de: Medicina Interna, Cardiología, Neumología, Dermatología, Endocrinología, Psicología, Pediatría, Ortopedia, Cirugía, Trasplante renal y Nefrología.

El área a la cual fui asignada durante los primeros 6 meses de rotación en dicho Hospital fue el servicio de Hematología. El servicio en total tiene 2 médicos adscritos, hematólogos, los cuales reciben apoyo en el área de niños por parte de un oncólogo-pediatra. Los médicos hematólogos rotan cada mes para supervisar el trabajo en las áreas de hospitalización y consulta externa en niños y adultos.

- Consulta Externa: Aquí los médicos atienden a los pacientes que se encuentran en fase de mantenimiento y/o vigilancia, y paliativos (con respecto a la leucemia) y a los pacientes con otras enfermedades de la sangre, tales como: púrpura, anemias, etcétera, que por su estado no requieren hospitalización.
- Hospitalización: Consta de una sala de Hematología la cual tiene 6 camas, por lo común es empleado para hombres, un aislado que tiene 3 camas, en esta área se interna a los pacientes que van a ser sometidos a un trasplante de médula ósea, y dependiendo de la demanda que se tenga del servicio se ocupan camas disponibles del servicio de medicina interna.

Los médicos realizan el pase de visita y dan las indicaciones pertinentes. El área de hospitalización es la única del servicio de Hematología donde cada dos meses rota un médico residente (R3) de la especialidad de medicina interna del propio hospital, que apoyan a la atención de los pacientes.

- Interconsultas: El médico residente es el responsable de esta función, en donde recibe y atiende las interconsultas de otros servicios médicos del hospital.

La población que se atiende en el servicio de Hematología son niños y adultos, hombres y mujeres.

2.1.1 Actividades Diarias del Residente de Medicina Conductual en el Servicio de Hematología

Las líneas de autoridad en esta sede son, el jefe de servicio de Hematología; Dr. Jorge Cruz Rico; el jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología y supervisor in situ ; Dr. Ricardo Gallardo y la Supervisión Académica llevada a cabo por el tutor Mtro. Arturo Martínez Lara y la Mtra. Maetzin Ordaz Carrillo.

En este servicio es la primera vez que se tienen dos residentes de Psicología de primer año (R1), debido a la demanda de los pacientes y del Jefe de Servicio.

Las actividades asignadas son: pase de visita diaria con el equipo interdisciplinario del servicio de Hematología (médico adscrito, médico residente de medicina interna, estudiantes internos de medicina, trabajadora social y psicólogo), dicho pase se hace tanto en adultos como en niños, alternando los días de la semana y con la compañera residente de psicología. El pase de visita se da a cada una de las personas internadas en el área de hospitalización, con la finalidad de conocer a los pacientes y hacer una valoración sobre el requerimiento de intervención psicológica (recursos cognitivos y conductuales con los que cuenta el paciente para hacerle frente a su padecimiento).

2.1.2 Evaluación de Programas de Intervención Desarrollados

En el servicio de Hematología no se encuentra un programa de intervención como tal, por lo que opte en tomar en cuenta las demandas actuales dentro del servicio, es así como propongo implementar y desarrollar un protocolo de investigación titulado Astenia, dolor y alteraciones psicológicas en pacientes oncológicos el cuál se dividirá en dos fases, por un lado un estudio descriptivo y por el otro la implementación de un programa para el manejo del dolor en dicha población. En el estudio se tomo en cuenta las dos rotaciones, el cuál se describirá en el apartado de actividades de investigación.

2.1.3 Actividades Académicas

Todas las actividades descritas a continuación se realizan semanalmente:

- Sesión Clínica del servicio de Psicología, en la que cada uno de los psicólogos adscritos y residentes presentan un caso clínico y recibe retroalimentación sobre su programa de tratamiento, se comentan diferentes perspectivas teóricas y formas de intervención psicológica de acuerdo al caso presentado.
- Sesiones de Supervisión con el supervisor in situ, Dr. Ricardo Gallardo Contreras, en las que se revisan casos clínicos difíciles, dando un apoyo al residente.
- Sesiones académicas, las cuales están a cargo del Mtro. Arturo Martínez Lara y la Mtra. Maetzin Ordaz Carrillo (las sesiones con ella son de manera semanal), en las cuales se revisa el enfoque cognitivo-conductual de manera teórica y se ofrece una orientación acerca del trabajo que debe de realizar el residente de medicina conductual.
- Clases en el servicio de Hematología, en donde se hacen revisiones bibliográficas relacionadas con los padecimientos y tratamientos empleados en este servicio, así como también el manejo psicológico de los pacientes.
- Sesión Bibliográfica, la cuál se lleva en conjunto con los médicos residentes del servicio de Hematología y bajo la supervisión de los Médicos Adscritos, en dicha sesión se revisan artículos actuales acerca de estudios psicológicos con población hematológica.

2.1.4 Actividades desarrolladas en el Servicio de Hematología

Las actividades que lleve a cabo en esta primera rotación, se centraron básicamente en: la atención hospitalaria de pacientes (niños y adultos) y familiares de estos así como también en consulta externa. Durante la rotación lleve a cabo 378 intervenciones, siendo el 80.95% (306) intervenciones dirigidas hacia los pacientes, de las cuales el 32.35% (99) fueron de primera vez, 62.41% (191) de seguimiento y el 5.22% (16) urgencias. Con respecto a las intervenciones que se hicieron con los familiares de los pacientes fueron el 19.04% (72), de las cuales el 44.44% (32) fueron de primera vez, 41.66% (30) de seguimiento y 13.88% (10) de urgencias (ver tabla 1).

Tabla 1. Número de pacientes y familiares atendidos en el servicio de Hematología del Hospital Juárez de México.

Tipo de Consulta	Pacientes (n=306)	Familiares (n=72)
1ª vez	32.35% (99)	44.44% (32)
Seguimiento	62.41% (191)	41.66% (30)
Urgencias	5.22% (16)	13.88% (10)

En cuanto a los datos sociodemográficos de los pacientes atendidos se tiene que la media de edad fue de 43.2 años, el 47.35% (179) fueron del sexo femenino y el 52.64% (199) fueron del sexo masculino, en cuanto al estado civil el 54.44% (196) son solteros, el 36.38% (131) casados y el 9.16% (33) viven en unión libre. La religión que refirieron tener los pacientes el 95.93% (354) son católicos y el 4.06% (15) son cristianos.

La escolaridad que mencionan tener los pacientes es el 46.64% (153) tienen la secundaria, el 37.19% (122) a nivel de primaria y el 16.15% (53) curso el bachillerato.

Con respecto a la ocupación que tienen el 42.73% (103) son estudiantes, el 39% (94) refirieron ser amas de casa y el 18.25% (44) son empleados (ver tabla 2).

Tabla 2. Características sociodemográficas de los pacientes atendidos en el servicio de Hematología del Hospital Juárez de México.

Sexo	Edad	Estado Civil	Religión	Escolaridad	Ocupación
47.35 % Femenino (179)	X=43.2 años	54.44% Solteros (196)	95.93% Católicos (354)	46.64% Secundaria (153)	42.73% Estudiantes (103)
52.64% Masculino (199)		36.38% Casados (131)	4.06% Cristianos (15)	37.19% Primaria (122)	39% Amas de casa (94)
		9.16% Unión Libre (33)		16.15% Bachillerato (53)	18.25% Empleados (44)

Los principales padecimientos hematológicos con los cuales trabajaron fueron: el 52.19 % (107) con Leucemia linfoblástica aguda (LLA), el 25.85% (53) de Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA) y el 21.95 % (45) de Púrpura trombocitopenica autoinmune (PTA). Por otro lado, los diagnósticos psiquiátricos de la población atendida, se obtuvieron con base al DSM IV y fueron: el 44.20% (164) presentaba Trastorno Adaptativo, el 42.31% (157) Otros problemas de atención clínica (157) y el 13.47% (50) Trastorno del estado de ánimo (ver tabla 3).

Tabla 3. Características clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de Hematología del Hospital Juárez de México.

Diagnósticos	Porcentaje de pacientes atendidos
Hematológico	
Leucemia linfoblástica aguda	52.19%(107)
Leucemia Mieloblástica aguda	25.85%(53)
Purpura trombocitopenica autoinmune	21.95%(45)
Psiquiátrico	
Trastorno Adaptativo	44.20% (164)
Otros problemas de atención clínica	42.31%(157)
Trastorno del estado de ánimo	13.47%(50)

2.2 Segunda Rotación: Servicio De Oncología, Actividades Diarias del Residente de Medicina Conductual en el Servicio de Oncología

A diferencia de la rotación anterior por el servicio de Hematología, se encontraban dos residentes de segundo año (R2). El jefe de servicio de oncología es el Dr. Francisco M. García Rodríguez.

Las actividades que se realizan semanalmente dentro del servicio son:

- Clases en el servicio de Oncología, en donde los médicos residentes del servicio exponen temas relacionados con los padecimientos y tratamientos empleados en este servicio.
- Pase de visita diaria con el equipo interdisciplinario del servicio de Oncología (médico adscrito, médicos residentes de oncología, trabajadora social y psicólogas).
- Atención hospitalaria de pacientes y familiares de estos, así como también en consulta externa.
- Aplicación del protocolo titulado Astenia, Dolor y Alteraciones Psicológicas en pacientes oncológicos.

Aunadas a todas las actividades del Servicio de Psicología, las cuales fueron mencionadas anteriormente en la primera rotación.

2.2.1 Actividades desarrolladas en el Servicio de Oncología

Las actividades que lleve a cabo en esta segunda rotación, se centraron básicamente en: la atención hospitalaria de pacientes (adultos) y familiares de estos así como también en consulta externa. Durante la rotación lleve a cabo 224 intervenciones, siendo el 86.60% (194) intervenciones dirigidas hacia los pacientes, de las cuales el 51.33% (115) fueron de primera vez, 33.48% (75) subsecuentes y el 1.78% (4) urgencias. Con respecto a las intervenciones que se hicieron con los familiares de los pacientes fueron el 13.39% (30), de las cuales el 63.33% (19) fueron de primera vez, 30% (9) subsecuentes y el 6.66% (2) de urgencias.

En cuanto a los datos sociodemográficos de los pacientes atendidos se tiene que la media de edad fue de 43.6 años, el 61.60% fueron del sexo femenino (138) y el 38.39% (86) fueron del sexo masculino, en cuanto al estado civil el 53.84% (105) son casados, el 35.38% (69) son solteros y el 10.76% (21) viven en unión libre.

La religión que refirieron tener los pacientes es el 94.97% (208) son católicos y el 5.02% (11) son cristianos. Con respecto a la ocupación que tienen el 57.82% (85) refirieron ser amas de casa, el 23.12% (34) son empleados y el 19.04% (28) son comerciantes. La escolaridad que mencionaron tener los pacientes es el 47.12% (82) nivel de primaria, el 32.75% (57) tienen la secundaria y el 20.11% curso el bachillerato (ver tabla 4).

Tabla 4. Características de la población atendida por el servicio de Psicología en el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

	Pacientes (n=194)	Familiares (n=30)
Tipo de Consulta		
1ª vez	51.33%(115)	63.33%(19)
Seguimiento	33.48%(75)	30%(9)
Urgencias	1.78%(4)	6.66%(2)
Sexo		
Femenino	61.60% (138)	
Masculino	38.39%(86)	
Edad Promedio	43.6 años	
Estado Civil		
Casados	53.84% (105)	
Solteros	35.38% (69)	
Unión Libre	10.76% (21)	
Religión		
Católicos	94.97% (208)	
Cristianos	5.02% (11)	
Escolaridad		
Primaria	47.12% (82)	
Secundaria	32.75% (57)	
Bachillerato	20.11% (35)	
Ocupación		
Estudiantes	57.82% (103)	
Amas de casa	23.12% (94)	
Empleados	19.04% (44)	

Por otro lado, los padecimientos oncológicos los más recurrentes fueron: el 37.5% (30) Cáncer cervicouterino (Ca Cu), el 36.25% (29) Cáncer de mama (Ca de mama) y el 26.25% (21) Cáncer gástrico (Ca gástrico).

Los diagnósticos psiquiátricos de la población atendida, fueron: el 43.05% (93) Otros problemas de atención clínica, 31.94% (69) Trastorno Adaptativo y el 25% (54) Trastorno del estado de ánimo (ver tabla 5).

Tabla 5. Características clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

Diagnósticos	Porcentaje de pacientes atendidos
Oncológico	
Cáncer cervicouterino	37.5%(30)
Cáncer de mama	36.25%(29)
Cáncer gástrico	26.25%(21)
Psiquiátrico	
Otros problemas de atención clínica	43.05%(93)
Trastorno Adaptativo	31.94%(69)
Trastorno del estado de ánimo	25%(54)

Los objetivos terapéuticos con los cuales trabajé tanto en el servicio de Hematología como de Oncología fueron:

- Proporcionar información de procedimientos médicos diagnósticos, padecimiento y tratamiento;
- Manejo del dolor frente a los procedimientos diagnósticos médicos ante los cuales eran sometidos los pacientes (biopsias, aspirado de médula ósea).
- Días de estancia hospitalaria.

Conforme a estos objetivos, las principales técnicas psicológicas que utilice para dar respuesta a estas demandas fueron:

- Psicoeducación tanto al diagnóstico como en el tratamiento, con el objetivo de que el paciente tuviera información básica de su padecimiento.
- Solución de problemas, con la finalidad de resolver conflictos con el personal de salud -médico y enfermería-, y con la familia, así como toma de decisiones con respecto a las condiciones de su tratamiento (por ejemplo, donadores de plaquetas, aceptación de tratamiento).
- Técnicas de relajación por relajación autógena y respiración diafragmática, las cuales se emplearon con el objetivo del control del dolor ante procedimientos médico-invasivos y como consecuencia de sus tratamientos.
- Detención del pensamiento, la cual se empleó con la finalidad de que el paciente pudiera adaptarse al tiempo de estancia hospitalaria.

Los logros alcanzados en esta rotación y empleando las técnicas psicológicas antes mencionadas, fueron:

- Disminución de síntomas de ansiedad y depresión en los pacientes oncológicos.
- Disminución de días de estancia hospitalaria.
- Adaptación al entorno hospitalario.
- Cooperación de los pacientes con el equipo médico.
- Participación en las opciones de su tratamiento, así como también se favoreció la adherencia terapéutica lo cual fue reportado por los familiares y por los médicos tratante.
- Manejo del dolor ante los procedimientos médico-invasivos y los efectos secundarios de los tratamientos.
- Búsqueda de redes de apoyo.

2.2.2 Actividades de Investigación

El protocolo de investigación titulado “Programa para el Manejo del Dolor en Pacientes Oncológicos” se llevo a cabo en los servicios de Hematología y Oncología del Hospital Juárez de México.

El objetivo de este programa de intervención fue reducir la intensidad del dolor y los síntomas de depresión en pacientes con cáncer. La muestra fue no probabilística del tipo intencional en la cual participaron tres pacientes con diagnóstico de cáncer, alfabetizados, con un promedio de edad de 32 años. En relación a los descriptivos de los instrumentos de medida; la valoración de los pacientes de la intensidad de su dolor fue de un promedio de 4.6 (EVA), los puntajes de depresión fue de un promedio de 21.6. Dicho programa estuvo dividido en tres fases (pretratamiento, tratamiento y postratamiento), con cuatro sesiones individuales, diarias, con duración de una hora, en el cuál se utilizo la relajación autógena para el manejo del dolor. El diseño es de caso único del tipo ABA. Los resultados se presentan de manera descriptiva, donde se encontró una disminución en la intensidad del dolor, con un promedio de 0.6 (EVA) al finalizar el programa; en cuanto a los síntomas de depresión el promedio al finalizar el taller fue de 13. Se concluye que el programa puede ser de gran apoyo al tratamiento farmacológico para el manejo del dolor en pacientes con cáncer que presenten un dolor de tipo somático y sea leve.

En México, las enfermedades neoplásicas son la segunda causa de morbilidad y mortalidad en la población adulta, y se encuentra en etapas avanzadas en la mayoría de los casos en el momento de su diagnóstico (Mayer, 2002). Uno de los síntomas más comunes que se encuentran en los pacientes con cáncer es el dolor (Hernández y Tenopala, 2004).

En el momento del diagnóstico de una neoplasia, entre el 20-50% de los pacientes presentan dolor, en las fases avanzadas de la enfermedad su prevalencia puede llegar al 70-80%. La frecuencia con que aparece el dolor varía entre el 70 y 80% en los tumores sólidos (mayor si hay afectación ósea) y el 50% en leucemias y linfomas (Porta, Rodríguez y Sala, 2006).

Porta, Rodríguez y Sala (2006) refieren que la asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor como una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como ocasionada por esa lesión. A esta definición la IASP añadió las siguientes consideraciones:

- El dolor es siempre un fenómeno subjetivo; el paciente es el que mejor puede informar de su dolor.
- La verbalización del dolor se aprende. La expresión frente a una experiencia desagradable (dolor) está modulada por el aprendizaje en el medio en que crece el sujeto.
- En la experiencia dolorosa no siempre es posible determinar un daño tisular, pudiendo existir razones estrictamente psicológicas.

El dolor en el paciente oncológico puede ser progresivo o intenso, lo cual depende de la progresión de la tumoración y los tratamientos recibidos, como quimioterapia, radioterapia o tratamiento quirúrgico que pueden disminuir su intensidad (Hernández y Tenopala, 2004).

Algunos tipos de cáncer están más relacionados con el dolor que otros (ver tabla 6) (Bonica, 1990).

Tabla 6. Incidencia de dolor de acuerdo al sitio primario del cáncer (Bónica, 1990).

Porcentaje de pacientes con dolor	Sitio
> 80	Huesos, páncreas, esófago
71-80	Pulmón, estómago, hepatobiliar, próstata, mama, cerviz, ovario
61-70	Orofaringe, colon cerebro, riñón/vejiga
51-60	Linfoma, leucemia, tejidos blandos

Se ha encontrado que la intensidad del dolor se incrementa en etapas terminales y existen informes de que el 50% sufre de dolor en estadios iniciales, 51% en fases intermedias y 74% en etapas avanzadas o terminales (Hernández y Tenopala, 2004).

Generalmente se admite que sólo un 5% de los pacientes afectados por enfermedad hematológica maligna presentan cuadros de dolor, mientras que otros tipos de cáncer (pulmón, próstata y mama) el porcentaje llega al 70-80% de los pacientes. El dolor puede venir motivado por la propia enfermedad, por infiltración leucémica o mielomatosa, destrucción ósea, por los tratamientos empleados, mucositis en neutropénicos, trasplante de médula ósea (Aguilar y cols., 1999).

Por otro lado, la evaluación del dolor crónico, desde el ámbito clínico, aparece como una tarea especialmente importante ya que posibilitará acometer distintos objetivos:

- Conocer cuáles son las características y las repercusiones que caracterizan al dolor que presenta el paciente,
- Incrementar la fiabilidad del diagnóstico,
- Identificar las variables que mantienen o exacerban el dolor
- Seleccionar las conductas clave a modificar y las estrategias terapéuticas que pueden resultar más adecuadas y eficaces para cada paciente, y
- Evaluar la eficacia del tratamiento.

Las escalas que gozan de popularidad para medir el dolor son las escalas visuales, entre ellas esta, la escala visual análoga; la cuál permite que un paciente trate de objetivizar su dolor asignándole un valor numérico. Se han intentado diversos tipos de escalas, la más aceptada es una línea horizontal de 10 cm. de largo con topes en las puntas, sobre la cuál el individuo marca cuanto dolor tiene (Guevara y De Lille, 2002).

Es así como el dolor se convierte en una experiencia desgastante, frustrante y costosa, tanto para la persona que lo padece como para los profesionales de la salud. Actualmente se reconoce la influencia de los factores conductuales, psicológicos y sociales en los reportes y presencia de astenia y dolor, en la adaptación, en la respuesta a los tratamientos y en la discapacidad (Turk, 1999).

El dolor no debe ser contemplado como un síntoma aislado dentro de un proceso patológico oncológico; es origen de problemas interpersonales con el entorno, teniendo en definitiva una repercusión muy alta en la calidad de vida del enfermo. Asimismo, es evidente que el dolor se encuentra asociado a trastornos emocionales (ansiedad y depresión) que condicionan una peor respuesta a los tratamientos activos oncológicos (González y Ordoñez, 2003).

Tanto la ansiedad como la depresión producen un agravamiento en el problema del dolor, esto se debe, principalmente por la actitud pasiva, la reducción de la actividad en general, la adopción del rol de enfermo, de incapacitado, etc.... (Monsalve, Cerdá-Olmedo, Mínguez y Andrés, 2000).

De esta forma, se consolida el consenso de que el dolor persistente puede desencadenar la aparición de depresión (Fishbain, 2002), lo cuál dependerá de la persistencia, frecuencia e intensidad de dolor que presenten los pacientes (Campbell, Clauw y Keeefe, 2003). Por otro lado, Wilson (2002) y Andersen (2001) refieren que la complicación psicológica con mayor comorbilidad en pacientes que padecen de dolor crónico era la depresión, oscilando entre un 16 y 54%.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (Gil, Hollenstein, Maté y Porta, 2006).

Cella, Davis y Breitbart (2001) refieren que algunas de las manifestaciones de la presencia de la depresión pueden ser: pérdida de interés, dificultad de concentración, letargo y pérdida de la esperanza, puede agravar las causas físicas de la fatiga en estos pacientes y persistir incluso después de resueltas las causas físicas.

Con respecto a la depresión en particular Massie y Holland (1988) encontraron que el motivo de consulta psiquiátrica más común en una muestra de pacientes con cáncer era la depresión y/o el riesgo suicida. Se observaron episodios depresivos mayores en el 20% de la muestra. Cimprich (1999) encontró que en pacientes con cáncer de recién diagnóstico varios síntomas tenían que ver con el reajuste a su nueva condición (dos semanas), cerca del 45% notaron índices de fatiga que variaba de alto a moderado en pacientes de cáncer de mama en etapa temprana, sin historial médico de trastornos afectivos.

Rodríguez y cols., (2002) encontraron en un grupo de 534 pacientes oncológicos españoles la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión. Refieren que el 15.7% de los pacientes presentaron ansiedad y el 14.6% encontraron la presencia de depresión.

En un estudio realizado por Montgomery, Pocock, Titley y Lloyd (2003) refieren que los pacientes que están recibiendo tratamiento para leucemias padecen de altos niveles de ansiedad y depresión, estos niveles persisten por largos periodos después de la quimioterapia. Alrededor del 35% de los pacientes durante la fase de inducción y consolidación se han encontrado altos niveles de ansiedad y depresión. En pacientes que no padecen leucemia pero si otro tipo de cáncer se ha encontrado presente entre un 25 % y 33% la presencia de la depresión y ansiedad. El desarrollo de la depresión entre pacientes con cáncer ha mostrado efectos en el incremento del dolor. La relación entre el estado anímico y el dolor se ha puesto de manifiesto en diferentes estadios, evidenciándose que la intensidad del dolor está asociada con altos niveles de depresión (Llorca, Muriel, González-Tablas y Díaz, 2007).

En una investigación realizada por Naumann y cols., (2004) establecieron la relación entre la percepción del dolor, ansiedad y la depresión, en 93 pacientes oncológicos con un rango de edad entre 20 y 85 años. Encontrando así que la presencia de estos factores psicológicos (ansiedad y depresión) aumentaban la percepción del dolor.

En cuanto a las terapéuticas psicológicas para el manejo del dolor, Miró (2003) propone el Biofeedback, la Relajación, Hipnosis, Imaginería asistida, Reestructuración Cognitiva, Distracción, Mantras, Inoculación al estrés y Solución de Problemas, por otra parte D'Avila (2001) recomienda el uso de la relajación pasiva con visualización, relajación muscular progresiva, hipnosis y musicoterapia. Para fines de este trabajo y tomando en cuenta las características de los pacientes oncológicos, se empleará la relajación autógena, entrenando a los pacientes en la sensación de ligereza.

Originalmente las técnicas de relajación fueron desarrolladas para el tratamiento de desórdenes emocionales fundamentalmente producidos por ansiedad, y en los que es necesario disminuir ésta. Si tenemos en cuenta que la ansiedad puede incrementar el dolor, consecuentemente la reducción de la ansiedad producirá una disminución en la experiencia dolorosa (Amutio, 1998).

Una segunda vía por la cual la relajación puede disminuir el dolor es afectando directamente los procesos físicos responsables del dolor. Así, por ejemplo, la reducción de la tensión muscular o la desviación del flujo sanguíneo mediante la relajación puede reducir los dolores causados por estos procesos fisiológicos. La relajación comienza cuando una persona entra en un estado de arousal bajo, que puede ser total o progresivo comenzando, por ejemplo, por la cabeza y continuando hasta los pies.

Es así como, para fines del trabajo se utilizó la relajación autógena, la cuál fue desarrollada por Schultz y Luthe en 1969 para su aplicación clínica. Implica el uso de fórmulas autógenas en un estado de concentración pasiva para inducir la relajación y el control voluntario sobre los procesos del Sistema Nervioso Autónomo. Sus ventajas son la brevedad y simplicidad del proceso, al mismo tiempo que mantiene la participación cognitiva activa del sujeto en todas sus etapas. En este sentido, la técnica se parece a algunas formulas de meditación, aunque se ha descrito como autohipnosis o autosugestión (Latorre, 1994).

Desde el punto de vista psicológico resulta relevante saber si existe relación entre estos síntomas (astenia y dolor) y alteraciones psicológicas (ansiedad y depresión) en los pacientes oncológicos; ya que así se podría planear un tratamiento para el manejo de estas alteraciones, esperando así, modificar la respuesta que presentan los pacientes ante estos síntomas de importancia. Se pretende con este trabajo entender que sucede con el paciente, pero sobretodo plantear un trabajo multidisciplinario que permita dar una atención de calidad, en donde se incluye el manejo de síntomas logrando así calidad de vida.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar habilidades para el manejo del dolor en pacientes oncológicos a través de la relajación autógena.

OBJETIVO PARTICULAR

Disminuir los niveles de depresión en pacientes oncológicos a través del manejo del dolor.

VARIABLES

Variable independiente: Relajación autógena.

Variable dependiente: Intensidad del Dolor y síntomas de depresión.

DEFINICIONES CONCEPTUALES

Dolor: Porta, Rodríguez y Sala (2006) refieren que la asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define al dolor como una experiencia desagradable, sensorial y emocional, asociada a una lesión tisular real o potencial, o que se describe como ocasionada por esa lesión.

Depresión: Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un periodo de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (Gil, Hollenstein, Maté y Porta, 2006).

DEFINICIONES OPERACIONALES

Dolor: Se empleará la escala análoga visual (EVA), en su versión original consiste en una línea horizontal de 10 cm en cuyos extremos se contraponen los términos de no dolor (0) y dolor máximo (10). El paciente marca en la línea el sitio que corresponde a su dolor (Guevara y De Lille, 2002).

Depresión: Se empleará el inventario de depresión de Beck, el cuál consta de 21 categorías, dependiendo de el puntaje crudo que se obtenga será el nivel de depresión que presenten los pacientes, en donde una puntuación de 0 a 9 se trata de nula depresión, de 10 a 18 leve depresión, de 19 a 29 moderada depresión y de 30 a 63 depresión severa (Jurado y cols., 1998).

MÉTODO

Participantes

Participaron 3 pacientes (2 hombres y una mujer) entre 19 y 50 años, con diagnóstico oncológico e internados en el Hospital Juárez de México. La muestra fue no probabilística de tipo intencionada.

Criterios de Inclusión

- Diagnóstico Oncológico mayor a 4 meses.
- Tener una edad entre 19 y 50 años.
- Hospitalizados que acepten participar en el estudio.
- Estar dentro de tratamiento oncológico curativo (quimioterapia, radioterapia e inmunoterapia).
- Haber tenido dolor somático leve a moderado en la última semana.

Criterios de Exclusión

- Que se encuentren en tratamiento paliativo.
- Con diagnóstico psiquiátrico.
- Que reciban quimioterapia ambulatoria.
- Haber sido intervenidos recientemente quirúrgicamente.
- Pacientes que presenten dolor severo en el momento de la evaluación.

Criterios de Eliminación

- Pacientes que no completen evaluaciones establecidas.

Escenario

Área de Hospitalización del Hospital Juárez de México (primero y tercer piso).

Materiales

Se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Consentimiento Informado: Consiste en una carta en donde se explica el objetivo del estudio, así como también los beneficios alcanzados al participar en éste.
- Ficha de Identificación: La cuál consiste en una serie de preguntas para obtener datos sociodemográficos y características generales de los pacientes.
- Escala Análoga Visual para Dolor: La cual consiste en una línea horizontal de 10 cm de largo con topes en las puntas, sobre la cuál el individuo marca cuanto dolor tiene (Guevara y De Lille, 2002).

- Inventario de Depresión de Beck: Se empleará el inventario de depresión de Beck, el cuál consta de 21 categorías (Jurado y cols., 1998).
- Hoja de registro de la autoevaluación del nivel subjetivo de relajación (USR): La cual consiste en una escala, sobre a cual el individuo evalúa su nivel subjetivo de relajación.

Diseño de Investigación

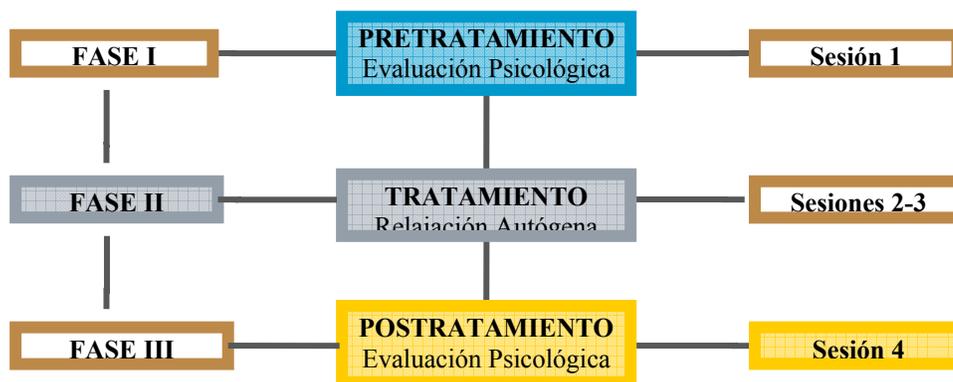
El diseño que se empleará será de caso único del tipo ABA.

Procedimiento

Los participantes de este estudio fueron seleccionados durante el pase de visita con los médicos de los servicios de Hematología y Oncología del Hospital Juárez de México según los criterios de inclusión, antes mencionados. Los interesados en participar firmaron el consentimiento informado y se les explicó en que consistía el estudio. Se les pidieron datos sociodemográficos (Ficha de Identificación), los cuales se corroboraron con el expediente clínico.

El estudio consistió en 4 sesiones individuales, diarias con duración de una hora diaria. Las sesiones se dividieron en tres fases; en la primera sesión los pacientes informaban la intensidad de dolor mediante la Escala Análoga Visual (EVA) y contestaban el Inventario de Depresión de Beck, así como también se le enseñaba al paciente la respiración diafragmática. En las siguientes 3 sesiones se le enseñaba la relajación autógena (sensación de ligereza) y nuevamente se volvía a evaluar al paciente. Durante toda la intervención psicológica se estaba registrando los niveles de intensidad de dolor, al igual que los niveles subjetivos de relajación que referían los pacientes (ver figura 1).

Figura 1. Procedimiento del programa Manejo del Dolor en pacientes oncológicos.



Cabe señalar que hubieron pacientes que tuvieron que abandonar el estudio debido a la sintomatología que presentaban (dolor severo, fiebre, pacientes que fueron intubados, etcétera).

RESULTADOS

A continuación se presentarán de manera descriptiva los resultados del programa; la muestra quedo conformada por tres pacientes diagnosticados con cáncer y en tratamiento curativo.

Las características sociodemográficas resultantes fueron: edad media de 32 años, el 66.6% (2) son del sexo masculino y el 33.3% (1) pertenece al sexo femenino, en cuanto al estado civil de los pacientes el 66.6% (2) eran solteros mientras que el 33.3% (1) estaba separado. El nivel educacional predominante fue el de estudios de licenciatura (66.6%) y solamente el 33.3% había cursado la secundaria. El tipo de ocupación se distribuye en los siguientes porcentajes, el 66.6% (2) eran empleados y el 33.3% (1) era estudiante.

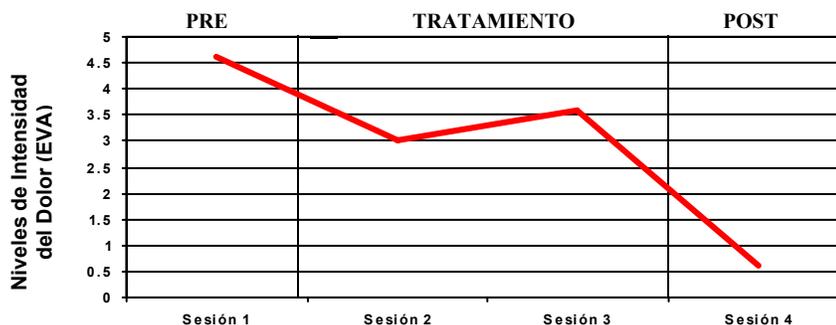
En relación a los descriptivos de los instrumentos de medida, al iniciar el programa de tratamiento la valoración de los pacientes de la intensidad del dolor fue de un promedio de 4.6 (EVA); el máximo reporte de la intensidad del dolor por parte de los pacientes fue de 8 (ver tabla 7).

Tabla 7. Datos sociodemográficos y clínicos de los pacientes oncológicos.

CASOS	SEXO	EDO. CIVIL	EDAD	ESC.	DX	TX	EVA
Caso 1	Femenino	Soltera	19 años	Secundaria concluida	Leucemia linfoblástica aguda	Quimioterapia (9° ciclo)	7(moderado)
Caso 2	Masculino	separado	46 años	Licenciatura trunca	Mieloma múltiple	Quimioterapia (3° ciclo)	3 (leve)
Caso 3	Masculino	Soltero	31 años	Licenciatura trunca	Sarcoma de glúteo	Cirugía+ radioterapia	4 (leve)

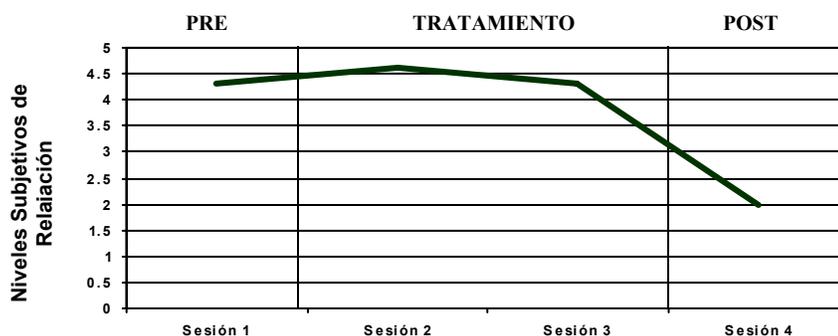
Al finalizar el programa de intervención el promedio de la intensidad del dolor que referían los pacientes fue de .66 (EVA), lo cual indica que había una mejoría subjetiva en los pacientes en cuanto a la intensidad del dolor (Ver figura 2).

Figura 2. Niveles de Intensidad reportados por los pacientes oncológicos a través de la Escala Análoga Visual (EVA) durante las cuatro sesiones del programa.



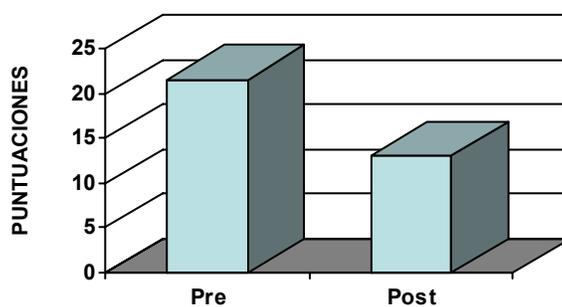
Por otro lado los reportes subjetivos de relajación, el promedio obtenido al inicio del programa fue de 4.3 lo cual indica que los pacientes se encontraban regularmente relajados y al terminar el programa se mencionaban estar muy relajados 2 (Ver figura 3).

Figura 3. Niveles subjetivos de Relajación reportados por los pacientes oncológicos durante las cuatro sesiones del programa.



La sintomatología de depresión (evaluado mediante el Inventario de Depresión de Beck), ofreció un promedio de 21.6 al inicio del programa; donde oscilaban síntomas desde depresión moderada a severa. Al finalizar el programa el promedio fue de 13, lo cual indica que los síntomas de depresión habían disminuido (ver figura 4).

Figura 4. Puntajes del Inventario de Depresión de Beck en el pre y postratamiento de los pacientes oncológicos.



CONCLUSIONES

Se concluye que el programa de entrenamiento en el manejo del dolor a través de la relajación autógena (sensación de ligereza) tiene un impacto en los pacientes ya que se observó una disminución en la intensidad del dolor, así como también una mejoría en los síntomas de depresión asociados a éste.

En cuanto al reporte de relajación los pacientes logran aprender a relajarse (reporte subjetivo) y esto permite un control del dolor que aunado al tratamiento farmacológico garantiza una mejoría del paciente. Cabe señalar que el tratamiento psicológico que se propone es parte de un tratamiento multidisciplinario, pues así es considerado el dolor por cáncer.

Según los resultados obtenidos se podría establecer una relación entre la intensidad del dolor y los síntomas de depresión, pues los pacientes presentaban niveles de depresión severos a moderados (según lo indicado en el Inventario de Depresión de Beck), lo cual coincide con lo reportado en otros estudios (Davis y Reeves, 2000; Maloney y Mc, 2001; Ohayan y Schatzberg, 2003; Breivik y Collet 2005), en donde indican la gran incidencia de depresión en pacientes con dolor, existiendo poco acuerdo en cuanto a los porcentajes de depresión lo cual es probable que se deba a la metodología empleada y los criterios diagnósticos tal como lo indicaron Banks y Kerns (1996).

Aun cuando en este estudio no se pueden determinar cambios estadísticamente significativos en la intensidad del dolor y los síntomas de depresión (debido al tamaño de la muestra), se reconoce la utilidad del tratamiento psicológico en un equipo multidisciplinario, incrementando así los beneficios en los pacientes oncológicos (por ejemplo, días de estancia hospitalaria, cooperación por parte de los pacientes con los médicos en su tratamiento, disminución de costos económicos a nivel institucional y familiar) previniendo así el desgaste de los profesionales de la salud ante un problema como lo es el dolor.

2.3. Caso Clínico

A continuación se reporta el caso clínico que se presentó durante la sesión clínica del Servicio de Psicología, el cual fue elegido debido a la complejidad de la paciente, aunado a que ilustra el apoyo psicológico que se puede proporcionar en la fase de prediagnóstico en los pacientes. Cabe señalar que el formato en que se presenta el caso es el indicado por el Supervisor In situ, Dr. Ricardo Gallardo Contreras, Jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Juárez de México.

I. Ficha de Identificación

F.M.G, se trata de paciente femenino, 16 años de edad, soltera, con escolaridad a nivel de 2° de secundaria, religión católica, Originaria y Residente de Chausingo Guerrero, son 5 hermanos, ocupa la 2ª posición de estos, con diagnóstico en estudio, fue internada de urgencia por presentar los siguientes síndromes:

Bicitopenia

Síndrome Febril

Síndrome Hemorrágico

Síndrome Consuntivo

II. Motivo de la Consulta

La paciente es referida durante su hospitalización por el servicio de Hematología, ya que presenta conductas que dificultan los procedimientos médico diagnósticos, entre las reportadas están: gritos, llanto, nerviosismo, tensión muscular; y esto ha impedido que sea cooperadora con los médicos tratantes aunado a que ha retrasado su diagnóstico.

III. Impresión y actitud general

Paciente femenina con edad aparente menor a la cronológica, complexión ectomórfica (36 kilos), de estatura baja (1.42 cm), tez morena, en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, se muestra cooperadora con las instrucciones que se dan para trabajar, presenta llanto y facie de dolor.

IV. Antecedentes de importancia

No existen antecedentes de enfermedad o padecimiento trascendente. F.M.G. vive con sus padres y hermanos, su hermano mayor presenta convulsiones. La relación con sus padres según el estilo de crianza es buena, considera que tuvo una infancia feliz y bonita.

Con respecto a su comportamiento en la escuela (en la primaria y lo que lleva de la secundaria) se describe como una niña que no tenía problemas con sus compañeros o profesores, reservada, con dificultad para hacer amigos. Refiere que solo jugaba con sus dos amigas que hasta la fecha siguen siendo las mismas. Menciona tener dificultad para conocer a personas, le gustaría tener más amistades.

Al parecer es una adolescente aislada, permanece en casa la mayor parte del tiempo en donde realiza actividades de moler masa, barrer, cuidar a sus hermanos, hacer la comida, tender camas. Sus hermanos también ayudan a las labores del hogar. Redes de apoyo insuficientes.

Durante la etapa de hospitalización la paciente se observa aislada de las demás compañeras de sala, tomando en cuenta que existen diferencias de edades. Pues ella está en tercer piso de Medicina Interna, cuando lo óptimo sería que estuviera en cuarto piso de Pediatría.

Es la primera vez que está en un hospital, en su Pueblo sólo hay un médico, nunca ha sido operada, sin embargo menciona que le han contado que las operaciones son muy dolorosas, que hay personas que llegan a morir.

V. Historia Médico- Psiquiátrica

F.M.G. refiere haber padecido de enfermedades propias de la infancia (sarampión y varicela), niega alérgicos, quirúrgicos, transfuncionales, trauumáticos y hospitalizaciones previas.

Comienza padecimiento actual desde hace dos meses que presentaba náuseas y vómito postprandiales inmediatas de contenido gastroalimenticio, esto era de 2 ó 3 veces por día, presentaba astenia, adinamia, debilidad generalizada, palidez en piel y mucosas, hiporexia, pérdida de peso desde hace dos meses no cuantificada, epistaxis desde hace tres meses.

En dos ocasiones acude al médico del pueblo quien únicamente colocaba taponamiento sin realizar estudios. Desde hace un mes presenta fiebre no cuantificada de predominio vespertino, acompañada de mialgias y artrialgias. Diariamente tenía dolor de cabeza tipo punzante, en área frontal, diseño de reposo, gingivorragias, distensión y dolor abdominal.

Dentro de los antecedentes heredofamiliares se encontró que F.M.G. es una paciente que cuenta con antecedentes de importancia carga genética para Diabetes Mellitus por parte de abuela paterna. Abuelos paternos y maternos finados, causas desconocidas para los familiares.

VI. Padecimiento actual

Entre los síntomas que se observan en la paciente son:

Cognitivos	Fisiológicos	Emocional	Conductual
Preocupación Pensamientos Irracionales del tipo de: Catastrofización Maximización Polarización Sobregeneralización Inseguridad	Dolor Tensión Muscular	Tristeza Desilusión Insatisfacción Irritabilidad Miedo	Llanto Gritos Aislamiento Social No establece contacto ocular

VII. Examen mental

Al examen mental la paciente se encuentra en estado de conciencia, alerta, adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, complexión ectomórfica, con edad aparente menor a la cronológica, estatura baja, actitud cooperativa, humor y afecto ansioso, facie de dolor, respuesta psicomotora congruente con su afecto y con la expresión no verbal, se encuentra orientada en persona, tiempo y espacio, atención y concentración normales, memoria reciente y remota conservadas, no presenta alteraciones sensoriales. Presenta lenguaje coherente, monosilábico, lento, con volumen de voz medio, capacidad de insight afectada por emoción.

El proceso de pensamiento es lógico y coherente, el contenido de éste es con ideas recurrentes y rígidas de miedo y preocupación.

CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
Internamiento de Urgencia (hemorragia nasal, pérdida de peso y fiebre)	No quiero que me operen Me va a doler No lo voy a soportar	Miedo Llanto Inquietud Desesperación Preocupación
Días de Estancia Hospitalaria (15 días)	Ya no quiero estar aquí Quiero irme a mi pueblo Me van a operar	Aislamiento Social Preocupación Nerviosismo
Biopsia de Hueso (2° día de Hospitalización)	Me va a doler No lo voy a soportar Me van a quitar el hueso	Miedo Llanto Gritos Elevación del Dolor Tensión Muscular

<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
Biopsia de Hígado (7° día de Hospitalización)	Me va a doler No lo voy a soportar	Miedo Llanto Elevación del Dolor Tensión Muscular
Cirugía Diagnóstica (12° día de Hospitalización)	No quiero que me operen Me va a doler No lo voy a soportar Ya me quiero ir	Miedo Llanto Gritos Aislamiento Social

IX. Diagnóstico Multiaxial

Eje I. Trastorno por Dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad Médica.

Trastorno Adaptativo con ansiedad

Eje II. Sin trastorno de personalidad.

Eje III. Bicitopenia

Síndrome Febril

Síndrome Hemorrágico

Síndrome Consuntivo

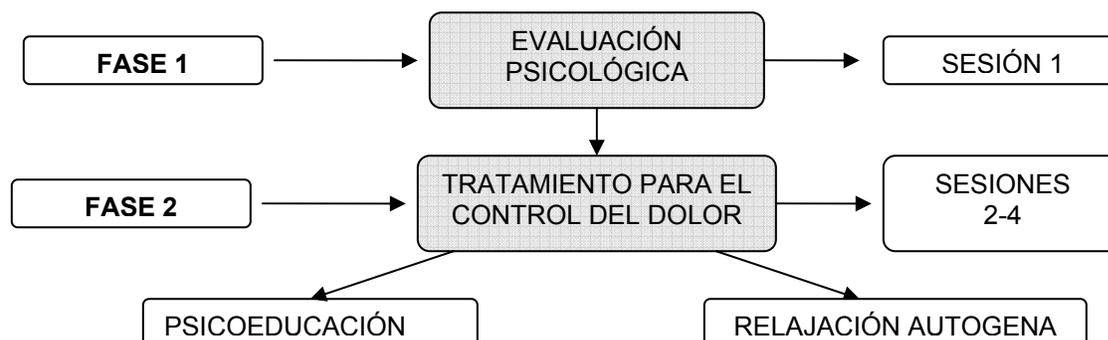
Eje IV. Problemas económicos y de asistencia sanitaria.

Eje V. 51-60.

X. Estrategia terapéutica

El objetivo terapéutico con la paciente fue el manejo del dolor ante los procedimientos diagnósticos médicos (biopsias en hueso e hígado y cirugía diagnóstica), esperando así la cooperación de la paciente ante dichos procedimientos. La estrategia terapéutica que plantea se puede observar en la figura 5 (Benito, Nadador, Fernández, Hernández, Ruiz y Riquelme, 2006).

Figura 5. Procedimiento de la estrategia terapéutica empleada para el manejo del dolor ante procedimientos médico diagnósticos.

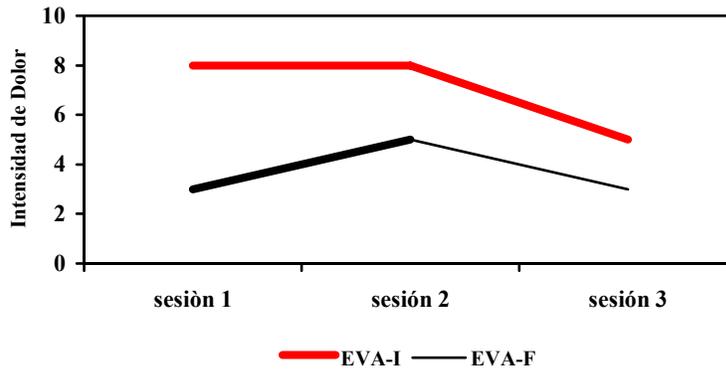


- **Evaluación Psicológica**, en donde se estimo la relevancia de los factores psicológicos y sociales en la experiencia de dolor de la paciente, a través de la entrevista. Se aplican los instrumentos psicológicos, tales como: Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck, los cuáles se utilizan como indicadores de síntomas, en donde se encuentra que en el Inventario de Depresión de Beck, obtiene una calificación de 10 puntos, lo cuál indica que es probable que la paciente presente un nivel de depresión leve. Con respecto al Inventario de Ansiedad de Beck, obtiene una calificación de 14 puntos, lo cuál indica que es probable que la paciente presente un nivel de ansiedad.
- **Plan de tratamiento** se empleo la psicoeducación y relajación autógena - sensación de ligereza- se elegí trabajar con la relajación en este caso debido a que se admiten en la literatura (Miró, 2003) dos factores mediadores importantes, lo cuales son:
 - 1-. En casos en los que el dolor está relacionado con la actividad muscular, la reducción del tono muscular conlleva reducir la estimulación nociocéptica, por tanto no se producirían tantos estímulos dolorosos.
 - 2-. La relajación implica concentrar la atención en procesos concretos. Esto obliga a excluir del campo atencional a los estímulos dolorosos, lo que elimina o reduce sensiblemente la experiencia del dolor.

Como indicadores del control del Dolor ante los procedimientos médico- diagnóstico, se utilice la escala visual análoga (EVA). Cabe mencionar que se trabajo cuatro sesiones con la paciente, la primera de estas fue la entrevista, las siguientes se empleo psicoeducación y relajación autógena.

- **Resultados:** Se registraba el dolor antes y después de emplear la relajación. Durante la primera sesión refirió tener un EVA de 8; al finalizar la paciente refiere tener un EVA de 3 y sentirse tranquila. En la siguiente sesión presenta un EVA nuevamente de 8 al inicio del ejercicio de relajación y al finalizar menciona tener un EVA de 5 en la última sesión refiere un EVA de 5 y al finalizar el ejercicio de relajación menciona tener un EVA de 3 (ver figura 6). Es importante señalar que ya no se pudo realizar una post evaluación de los síntomas de depresión y ansiedad debido a que la paciente fue dada de alta antes de lo planeado.

Figura 6. Evaluación del dolor referida por la paciente antes y después de practicar el ejercicio de relajación.



XI. Conclusiones

Los beneficios que tuvo la intervención psicológica en la paciente fueron:

- Cooperación con el equipo médico ante los procedimientos médicos diagnósticos
- Disminución del dolor ante dichos procedimientos médicos
- Disminución de días de estancia hospitalaria, debido a que por reporte de los médicos tratantes en otras ocasiones y frente al mismo protocolo de trabajo que tienen con los pacientes (aproximadamente 30 días de estancia hospitalaria), estos no se reponen tan pronto entre un procedimiento y otro, por lo cual tienen que esperar y esto aumenta los días de estancia en el hospital, la paciente permaneció solo 15 días.
- Obtención pronta de su diagnóstico (lupus eritomatoso) y tratamiento, lo que permitió su canalización al servicio de Reumatología para el control ambulatorio de su padecimiento.
- Disminución de costos para la familia, tanto en su propia estancia como los generados en el hospital.

2.4 Competencias Profesionales alcanzadas con el desarrollo de los programas de intervención

A continuación describiré las competencias adquiridas en este primer año de la residencia de la maestría.

- Identificación de déficits y excesos cognitivos y conductuales mediante la entrevista clínica.
- Conocimiento de los diferentes padecimientos vistos en los servicios de hematología y oncología y su relación con los estilos de vida.
- Identificación y formulación de objetivos terapéuticos de forma concreta y operacional.

- Diseño y aplicación de programas de intervención dirigidos a poblaciones crónico degenerativas.
- Aplicación clínica de los diferentes procedimientos psicológicos.
- Entrenamiento a pacientes hospitalizados en habilidades que promuevan su autocontrol y adaptación a dicho escenario.
- Efectuar intervenciones breves para favorecer su adherencia terapéutica.
- Educación y manejo de síntomas de ansiedad y depresión ante el diagnóstico, tratamiento o cuidados paliativos.
- Preparación psicológica ante procedimientos médicos- invasivos o bien una cirugía.
- Capacidad de trabajar de manera inter y multidisciplinaria.
- Desarrollo de la habilidad empática y la actitud de ética hacia el paciente.
- Promover el trabajo psicológico a las diferentes disciplinas.

2.5 Actividades Profesionales no programadas

El servicio de psicología cada año se encarga de evaluar a los médicos aspirantes que desean ingresar a las especialidades o subespecialidades que se encuentran en el hospital, por lo cuál se solicita a los residentes que apoyemos en el proceso de dicha evaluación.

La manera en que se proporciona el apoyo es con la aplicación y calificación de la batería de pruebas, la cual se encuentra formada por el Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI-II), la prueba de inteligencia Wonderlick y el Test de la Figura Humana (Machover), de este último solo se hizo la aplicación.

2.6 Asistencia a eventos académicos

- Participación como docente en el Instituto Nacional de Cancerología en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos dentro de su curso propedéutico para los médicos subespecialistas con el tema de aspectos psicológicos y sociales en el control del dolor (Febrero de 2005).
- Participación como docente en el Instituto Nacional de Cancerología en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos dentro del diplomado para enfermería con el tema soledad, depresión y cáncer (Octubre, 2005).
- Profesora del curso control del dolor y cuidados paliativos a través del tiempo en el Instituto Nacional de Cancerología (Octubre, 2005).
- Participación como coordinadora en el XXV Congreso Internacional de Dolor por parte de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, AMETD (Noviembre, 2005)
- Inducción al servicio de oncología del Hospital Juárez de México, el cuál se llevo a cabo en la Facultad de Estudios Superiores de Iztacala, UNAM (Enero, 2006).

- Presentación del cartel Ansiedad en Pacientes con Hipertensión Arterial en la 1° Reunión Regional Latinoamericana y del Caribe de Medicina Conductual (Junio, 2005).
- Participación como ponente en el curso de Clínica del dolor y Cuidados Paliativos a través del tiempo con el tema de Alteraciones Psicoafectivas al final de la vida, en el Instituto Nacional de Cancerología (octubre, 2005).
- Presentación del cartel Programa Cognitivo-Conductual para el control de la ansiedad en pacientes con hipertensión arterial en el III Congreso de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (Diciembre, 2005).

2.7 Evaluación de la sede

Durante las rotaciones que hice por los servicios de Hematología y Oncología tuve la oportunidad de aprender los diferentes padecimientos y la manera de cómo tratarlos desde el punto de vista médico, a la par de poder trabajar de forma conjunta con los diferentes profesionales de la salud (médico, enfermeras (os), trabajadores sociales); así como también de adquirir y practicar habilidades clínicas para mi desarrollo profesional. En cuanto al escenario hospitalario es adecuado para el entrenamiento de los residentes de medicina conductual de primer año, por otro lado el sistema de supervisión promueve el aprendizaje, sin embargo sería conveniente que se manejará el mismo enfoque teórico pues esto enriquecería el aprendizaje obtenido.

SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA

SEDES:

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN (INR)
SERVICIO DE TUMORES ÓSEOS.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM
CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “Dr. GUILLERMO DÁVILA”

III. SEGUNDO AÑO DE LA RESIDENCIA

3.1 Primera rotación: Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) servicio de Tumores Óseos, Descripción de la sede y servicios

El Instituto Nacional de Rehabilitación, es la culminación del esfuerzo, que desde 1973, inició la Secretaría de Salud y Asistencia y el Gobierno de la República Mexicana, a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), para ofrecer a la población en general (niños, jóvenes, adultos y tercera edad), una Institución que les asegure obtener soluciones eficaces, ante las diferentes discapacidades que afectan a la población de todo el país bajo el lema: "Ante Necesidades Específicas, Soluciones Concretas".

El objetivo de la Institución es proporcionar servicios de calidad para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, de la audición, voz, lenguaje, cardiorrespiratorio y de todo tipo así como lesiones deportivas, con la aplicación de los más avanzados conocimientos científicos y empleando tecnología de punta, para obtener los mejores resultados, con un alto sentido humanista y abarcando integralmente los aspectos físico, psicológico, social y ocupacional de cada paciente, con la participación activa del equipo multidisciplinario que incluye la intervención de la familia y la comunidad.

Así como también formar y capacitar recursos humanos para la rehabilitación, con la mejor participación científica y humanista, que puede emplear equipos y tecnología de punta; con una actitud de superación continua; con aptitudes para la docencia y con capacidad para la investigación científica; que puede actuar como líderes del equipo benéfico social en su especialidad.

Desarrollar investigación científica que permite el más amplio y preciso conocimiento de los fenómenos epidemiológicos de la discapacidad; de las acciones para prevenirla y detectarla precozmente; de sus mecanismos fisiopatológicos y de aquellos que actúan para su recuperación o compensación; de la sustitución de órganos, tejidos y funciones dañadas; de los recursos de diagnóstico y tratamiento y del desarrollo tecnológico para la producción de prótesis, órtesis, implantes y ayudas técnicas, así como de los aspectos de la familia y la comunidad relacionados con este problema.

El Instituto Nacional de Rehabilitación se localiza en Calzada México Xochimilco No. 289, Colonia Arenal de Guadalupe, Delegación Tlalpan, C.P. 14389, proporciona atención en el tercer nivel y en consecuencia pertenece a la coordinación de Institutos de la Secretaría de Salud.

El Instituto se divide en las siguientes especialidades: Comunicación humana, Medicina de rehabilitación, Medicina del deporte y Ortopedia.

El servicio de ortopedia se subdivide en los siguientes servicios: cirugía de columna, cirugía de mano, deformidades neuromusculares, infecciones óseas, ortopedia del deporte y artroscopia, ortopedia pediátrica, reconstrucción articular, reumatología, tumores óseos, traumatología, unidad de cuidados intensivos y urgencias.

El servicio al cuál fui asignada durante los primeros 6 meses fue el de tumores óseos cuya función es tratar pacientes portadores de neoplasias neuromusculoesqueléticas benignas y malignas localizadas a extremidades y pelvis de ambos sexos y a cualquier edad incluyendo la resección y reconstrucción del segmento afecto, y quimioterapia.

Las instalaciones y equipo con las que se cuenta en el servicio son: ocho camas de hospitalización, un consultorio de consulta externa, una sala de juntas y una sala de quirófano cuatro veces por semana. Los médicos realizan el pase de visita y dan las indicaciones pertinentes de manera cotidiana. La población que se atiende en el servicio de Tumores Óseos son niños y adultos, hombres y mujeres.

3.1.1 Actividades Diarias del Residente de Medicina Conductual en el Servicio de Tumores Óseos

Las líneas de autoridad en esta sede son, el jefe de servicio: Dr. Genaro Rico, hay dos médicos adscritos, el Dr. Luis Miguel Linares González y Dr. Ernesto A. Delgado Cedillo, ortopedistas, los cuales reciben apoyo de los médicos que están realizando su subespecialidad en tumores óseos (3) y los médicos rotantes del propio hospital así como también de otros. Cabe señalar que en el servicio hay dos trabajadoras sociales. El supervisor in situ es el Mtro. Isaac Seligson y la supervisión académica es llevada a cabo por el tutor Mtro. Arturo Martínez Lara.

Las actividades asignadas son: pase de visita diaria con el equipo interdisciplinario del servicio de Tumores Óseos (jefe de servicio, médicos adscritos, médicos residentes de tumores óseos, médicos rotantes de ortopedia, jefa de servicio de rehabilitación, médicos rotantes de rehabilitación, trabajadoras sociales, enfermeras y psicólogos). El pase de visita se da a cada una de las personas internadas en el área de hospitalización, con la finalidad de conocer a los pacientes y hacer una valoración sobre el requerimiento de intervención psicológica.

Cabe señalar que existimos dos residentes de medicina conductual, los cuales nos turnamos por semana para estar en el área de hospitalización o bien en la consulta externa.

3.1.2 Evaluación de Programas de Intervención Desarrollados

En el servicio de Tumores Óseos no se encuentra un programa de intervención, por lo que se optó en tomar en cuenta las demandas actuales dentro del servicio, es así como se propone implementar un programa de manejo de la ansiedad prequirúrgica en pacientes con tumores óseos.

3.1.3 Actividades Académicas

Todas las actividades descritas a continuación se realizaban semanalmente:

- Sesión Clínica del servicio de Tumores Óseos, en la que se presentaban los casos clínicos tanto de pacientes que a penas estaban en etapa de estudio así como también aquellos pacientes que iban a ser intervenidos quirúrgicamente.
- Sesión Clínica del servicio de Rehabilitación, en la que se presentaban a pacientes amputados y/o desarticulados para ser valorados a prótesis.
- Sesiones de Supervisión con el supervisor in situ, Mtro. Isaac Seligson, en las que se revisan casos clínicos difíciles, dando un apoyo al residente.
- Sesiones académicas, las cuales están a cargo del Mtro. Arturo Martínez Lara, en las cuales se ofrece una orientación acerca del trabajo que debe de realizar el residente de medicina conductual.

3.1.4 Actividades desarrolladas en la Sede

Las actividades que lleve a cabo en esta primera rotación, fueron: la atención hospitalaria de pacientes (niños y adultos) y familiares de estos así como también en consulta externa. Durante la rotación lleve a cabo 76 intervenciones, siendo el 81.57% (62) intervenciones dirigidas hacia los pacientes, de las cuales el 59.67% (37) fueron de primera vez, 30.64% (19) subsecuentes y 9.67% (6) urgencias. El 18.42% (14) de las intervenciones se hicieron con los familiares de los pacientes, de las cuales el 71.42% (10) fueron de primera vez y el 28.57% (4) subsecuentes.

En cuanto a los datos sociodemográficos de los pacientes atendidos se tiene que la media de edad fue de 28.3 años, 48.7% (37) fueron mujeres y 51.3% (39) fueron hombres. La religión que refirieron tener los pacientes fue: 97.4 % (74) católicos y 2.6 % (2) cristianos. Con respecto a la ocupación que tienen 34.2% (26) son estudiantes, 32.9 (25) refirieron ser amas de casa, 19.7% (15) se dedican a un oficio, 5.3 % (4) son desempleados. La escolaridad que mencionan tener los pacientes es el 59.74% (46) cursaron la secundaria, 23.37% (18) a nivel de bachillerato y el 16.88% (13) a nivel de primaria.

Por otro lado, en cuanto a los datos clínicos de los pacientes comenzaré por mencionar los principales padecimientos que se atienden en el servicio de Tumores Óseos y con los cuales trabajé: 55.55 % (15) Osteosarcoma de fémur derecho (OFD), 22.22% (6) fractura de clavícula derecha (FCD) al igual que tumor en pélvica derecha (TPD). En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos de la población atendida, fueron: Otros problemas de atención clínica 73.7% (56) y Trastornos Adaptativos 26.3% (20) (ver tabla 8).

Tabla 8. Características de la población atendida por el servicio de Psicología en el servicio de Tumores Óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR).

	Pacientes (n=62)	Familiares (n=14)
Tipo de Consulta		
1ª vez	59.67%(37)	71.42%(10)
Seguimiento	30.64%(19)	28.57%(4)
Urgencias	9.67%(6)	
Sexo		
Femenino	48.7% (37)	
Masculino	51.3%(39)	
Edad Promedio	28.3 años	
Estado Civil		
Casados	53.84% (105)	
Solteros	35.38% (69)	
Unión Libre	10.76% (21)	
Religión		
Católicos	97.4% (74)	
Cristianos	2.6% (2)	
Escolaridad		
Primaria	16.88% (13)	
Secundaria	59.74% (46)	
Bachillerato	23.37% (18)	
Ocupación		
Estudiantes	34.2% (26)	
Amas de casa	32.9% (25)	
Oficio	19.7% (15)	
Desempleados	5.3% (4)	
Diagnóstico Médico		
Osteosarcoma de fémur derecho	55.55% (15)	
Fractura de clavícula derecha	22.22%(6)	
Tumor pélvico derecho	22.22%(6)	
Diagnóstico Psiquiátrico		
Otros problemas de atención clínica	73.7%(56)	
Trastornos adaptativos	26.3%(20)	

Los objetivos terapéuticos con los cuales trabaje en esta rotación fueron:

- Incrementar recursos de afrontamiento para el manejo de la ansiedad prequirúrgica
- Incrementar la autoeficacia de los pacientes para favorecer la adherencia terapéutica.

Las técnicas psicológicas que utilice para dichos objetivos fueron:

- a) Técnicas de relajación por relajación autógena y respiración diafragmática, las cuales se emplearon con el objetivo del manejo de la sintomatología ansiógena y control del dolor postoperatorio.

- b) Psicoeducación tanto al diagnóstico como en el tratamiento, con el objetivo de que el paciente tuviera información básica de su padecimiento.
- c) Solución de problemas, con la finalidad de resolver conflictos con el personal médico y de enfermería, y con la familia, así como condiciones de su tratamiento (por ejemplo, quimioterapia, material para cirugía).

Los resultados que observe empleando las técnicas antes mencionadas con los pacientes fueron:

- Disminución de los síntomas de ansiedad, según lo reportado los pacientes.
- Cooperación de los pacientes con el equipo médico.
- Incremento de conductas de autocuidado en su domicilio.

3.1.5 Actividades de Investigación

Como ya se menciona el protocolo de investigación que propuse para esta rotación en dicho Instituto fue el de: Ansiedad Prequirúrgica en pacientes con tumores óseos.

El presente programa de intervención tuvo como objetivo modificar los índices de ansiedad prequirúrgica en una paciente con diagnóstico de tumor óseo, logrando así una disminución en el dolor post operatorio. El programa estuvo dividido en tres fases, con 5 sesiones individuales, durante un mes antes de su cirugía, con duración de una hora. La Fase I llamada Evaluación Pretratamiento, comprende una evaluación psicológica (aplicación de los instrumentos psicológicos tales , IDARE E y R, autoevaluación del nivel subjetivo de relajación, así como la intensidad del dolor); en la Fase II o de Entrenamiento se desarrollaron habilidades de afrontamiento que le permitieran a la paciente manejar adecuadamente la ansiedad antes de su cirugía; y en la Fase III o de Evaluación Postratamiento, se llevó a cabo una evaluación psicológica postratamiento. Se utilizó un diseño de caso único del tipo ABA.

Cada día son más numerosos los estudios que muestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación post quirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia.

Probablemente el momento de toda la hospitalización en el que el paciente experimenta más ansiedad es justo antes de la cirugía; esto es, mientras se encuentra esperando para ser intervenido (Moix, 1997).

Este estado de ansiedad en los pacientes quirúrgicos se debe al miedo a las circunstancias que rodean la intervención: miedo al dolor, a lo desconocido, a la dependencia de factores y personas ajenas, a cambios corporales (mutilación), a la posibilidad de morir, etcétera (Ornaque, Carrero, Villalonga, Roux y Salvador, 2001).

Si bien se detecta casi invariablemente en los paciente una respuesta de estrés asociada a la presencia de una enfermedad orgánica, la intervención quirúrgica en un ambiente extraño, el conocimiento de los peligros de la anestesia y la cirugía, más las fantasías y los miedos al respeto (miedo a lo desconocido, miedo a no despertar jamás o el miedo a despertar en medio de la cirugía, miedo a los errores técnicos dentro de ella, miedo al dolor, etc), conducen al estrés psicológico de manera por demás importante. Para enfrentar esto, los pacientes movilizan sus recursos emocionales y pueden adaptarse a los requerimientos del proceso perioperatorio en el que se encuentran. Sin embargo, este proceso de adaptación resulta no siempre exitoso, ya que el paciente ignora a que se enfrentará exactamente en la mayoría de las ocasiones (Gavito y cols., 2000).

Es así como el control del nivel de ansiedad preoperatorio permitiría disminuir la incidencia de inestabilidad cardiovascular y arritmias cardíacas durante la anestesia y la cirugía, además de favorecer una recuperación más rápida en el postoperatorio al reducir o evitar los trastornos del comportamiento que se observan en algunos pacientes, sobre todo en edades extremas (ancianos y niños), y que manifiestan en formas de desorientación, agresividad, requerimientos excesivos de analgesia, conductas psicóticas, hipocinesia, aislamiento e incluso conductas regresivas, lo que produciría un descenso en la morbilidad (Ornaque, Carrero, Villalonga, Roux y Salvador, 2001).

ANSIEDAD

La ansiedad es una alteración psíquica caracterizada por un sentimiento de temor y de aprehensión que puede ser componente de enfermedad psiquiátrica o un desorden de ansiedad independiente y estar acompañado de componentes somáticos, alteraciones psíquicas e hiperactividad simpática.

Siendo esta el resultado de un esfuerzo de adaptación inadecuado para resolver conflictos internos y puede generar fobias, reacciones de conversión, estados disociativos, obsesivos y compulsivos. La ansiedad se puede presentar en cualquier persona; puede ser transitoria o crónica o de ambas formas. Existen diversos tipos de trastornos de ansiedad: trastornos de pánico, fobias, desórdenes por ansiedad generalizados, trastorno mixto ansioso depresivo (Ruiz, Muñoz, Olivero e Islas, 2000).

La ansiedad puede ser considerada como una reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones en los que el individuo podría necesitar más recursos. Las situaciones en las que se desencadena la reacción de ansiedad tienen en común, por lo general, la previsión de posibles consecuencias negativas o amenazantes para el individuo. Esta reacción supone una puesta en marcha de diferentes recursos cognitivos (atención pensamiento, percepción, memoria, lenguaje, etc...) fisiológicos (activación autonómica, motora, glandular, etc...) y conductuales (alerta, evitación, etc...) tales recursos tendrían como objetivo enfrentar posible consecuencias negativas, pudiendo paliar, reducir, o eliminar tales consecuencias (Cano, 2001).

Clínicamente se manifiesta con alteraciones del ritmo respiratorio y de la FC, palidez, sequedad de boca, sudoración, alteraciones músculo esqueléticas en forma de temblor o parestesias y sensación de debilidad. Estas manifestaciones clínicas, son secundarias a cambios neuroendocrinos de las hormonas del estrés, y entre ellas de las catecolaminas, que provocan una hiperreactividad simpática (Ornaque, Carrero, Villalonga, Roux y Salvador, 2001).

Spielberger, Gorsuch and Lushene en 1970 distinguen entre la ansiedad estado y ansiedad rasgo, esta última se refiere a una predisposición personal que es relativamente estable en el tiempo, mientras que la ansiedad estado se refiere a un estado emocional transitorio que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo (De Groot, 1996).

Pero aún siendo la ansiedad una emoción natural de carácter esencialmente adaptativo, que nos previene de situaciones que requieren que estemos alerta, en las que podemos necesitar más recursos cognitivos, conductuales o fisiológicos (Cano, 2001). Franco (2001) refiere que las principales reacciones prequirúrgicas son miedo y angustia o ansiedad. Se diferencia del miedo en que este último es un sentimiento de inquietud y malestar suscitado por la presencia de un peligro.

Respecto a las reacciones psicológicas de los tratamientos médicos se encuentra en primer lugar el miedo y la ansiedad ante la cirugía. Aunque las emociones dependen de la experiencia previa del paciente, de su personalidad y del tipo de procedimiento a seguir, se puede decir que es común el miedo a la anestesia, al dolor y a la muerte durante la operación (Pascual y Ballester, 1997).

Las reacciones emocionales hacia la cirugía es reconocido desde hace varios años como un factor que influye en la recuperación física, fue recién en la década de los setentas, cuando comenzaron a investigarse estas reacciones (Franco, 2001).

ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA

Las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico, porque obligan a los pacientes a enfrentar situaciones desconocidas y que, además, implican riesgos ciertos (Giacomonte, 2004).

Las intervenciones quirúrgicas son situaciones estresantes que suelen tener efectos negativos en el funcionamiento psicológico del enfermo, originando respuestas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño, de la alimentación, etc... (Simón, 1993).

La cirugía se encuentra entre los acontecimientos más estresantes para los seres humanos, pues obliga a hacer importantes adaptaciones físicas y psicológicas (Pérez, Martín y Quiñónez, 2000).

Los aspectos psicológicos que acompañan a una intervención quirúrgica han sido y son objeto de estudio tanto por los efectos que se le atribuyen a la recuperación física y emocional de los pacientes. Quizá el más importante de los componentes psicológicos presentes en el contexto de la situación prequirúrgica es el emocional, y dentro de él, la ansiedad.

La ansiedad preoperatoria está asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria y mayores niveles de dolor postoperatorio (Pérez, Martín y Quiñónez, 2000).

La presencia de ansiedad en el periodo preoperatorio es variable en cada paciente y depende de varios factores: edad, sexo, estado socioeconómico, ambiente hospitalario, calidad de la atención médica, etc....

En cirugía la magnitud de la ansiedad que experimenta el paciente y su capacidad para tolerarla y dominarla, dependen de la interacción de varios factores:

1. la magnitud del factor traumático externo o real: es decir, la gravedad de la enfermedad orgánica, si se realizara una intervención de cirugía mayor o mutilante.
2. la duración del periodo preoperatorio: cuanto más urgente sea la necesidad de operar, menos tiempo tiene el paciente para reconocer y controlar sus temores. Ello condiciona un elevado nivel de ansiedad, que con frecuencia adopta la forma de un estado de angustia con crisis emocionales y muchas manifestaciones somáticas y neurovegetativas.
3. los antecedentes personales y familiares en cuanto a cirugías: historias de complicaciones anestésicas o quirúrgicas que el enfermo teme se repitan, lo que puede transformarse en la principal fuente de ansiedad.
4. la capacidad subjetiva del paciente para hacer frente a la ansiedad, es decir, su natural tolerancia y capacidad para defenderse y controlar psicológicamente las situaciones estresantes.

Los enfermos deben de apelar a sus recursos emocionales para hacer frente a la realidad de la enfermedad orgánica y la cirugía, e intentar sortear con mayor o menor éxito las exigencias de la recuperación postoperatoria. Como resultado de las alternativas de ese complejo proceso de adaptación psicológica a la cirugía, la ansiedad es un síntoma frecuente en los pacientes quirúrgicos.

En general los enfermos con una adaptación preparatoria normal (aquellos que tienen una visión realista de su experiencia quirúrgica y el grado esperable de ansiedad frente al peligro objetivo de la cirugía) presentan una buena evolución postoperatoria. Por el contrario, los pacientes con una adaptación psicológica anormal en el preoperatorio a menudo, también portadores de una personalidad previa con rasgos patológicos, presentan mayores dificultades en su evolución clínico.-quirúrgica.

Es decir que una adaptación emocional ineficaz frente al estrés preoperatorio determina un riesgo quirúrgico adicional, de origen psicológico y psiquiátrico, que debería ser siempre evaluado junto con los demás factores de riesgo (Giacomonte y Mejía 2004).

Es por ello que las condiciones de recuperación y evolución del evento quirúrgico pueden variar debido a la situación emocional del paciente.

Algunos de los síntomas que deben de alertar sobre la probable existencia de un cuadro de ansiedad preoperatoria anormal y/o mal tolerada: insomnio, pesadillas, cefaleas tensionales, náuseas, dispepsias, sensación de disnea u opresión precordial atípica, etc...En ciertos pacientes, su incapacidad para tolerar su ansiedad se expresa en el antecedente de reiteradas suspensiones de la operación y cambios de fecha por parte del enfermo, motivados por el temor o por trastornos somáticos como reacciones alérgicas o resfriados, por ejemplo (Giacomonte y Mejía, 2004).

Los síntomas psicofisiológicos que usualmente acompañan la ansiedad durante los momentos del acto operatorio en ocasiones pueden persistir hasta muchos meses después de la intervención quirúrgica; incluyen taquicardias, arritmias, elevaciones de la tensión arterial, disnea, etc...(Pérez, Martín y Quiñónez, 2000).

Simpson y Kellet en 1987 discutieron dos teorías sobre la ansiedad de los pacientes, las cuales establecieron que la ansiedad preoperatoria se relaciona directamente con el ajuste postoperatorio. El modelo de Janis sostiene que la carencia de ansiedad o su exceso previo a los procedimientos invasivos conducen a un pobre postoperatorio, mientras que la teoría de Leventhal argumenta que cualquier ansiedad preoperatoria es nociva. La reacción ansiosa de un paciente al experimentar una cirugía es uno de los mayores que afectan los ajustes pre y postoperatorios.

El modelo de ajuste de Janis sugiere que existen tres niveles de ansiedad que los pacientes pueden experimentar con relación a la cirugía. Los pacientes que son moderadamente ansiosos tienen mejor recuperación, aquellos pacientes extremadamente ansiosos tienen recuperación pobre porque sus procesos para obtener información y para prepararse mentalmente están inhibidos, los pacientes que están mínimamente ansiosos tienen una pobre recuperación porque sus expectativas son irreales y optimistas (Rodríguez, 2000)

Franco (2001) menciona que la intervención quirúrgica es vivida por el paciente como una amenaza para su existencia, lo cual le provoca un incremento de la ansiedad; sin embargo encontró que la operación actúa como fuente de ansiedad separada de otro tipo de ansiedad reportada por la anestesia general.

Aunque la mayoría de los estudios emplean la ansiedad prequirúrgica medida una vez que el paciente ha ingresado en el hospital es importante destacar que la medida de la ansiedad situacional antes del ingreso puede ser importante predictor de la ansiedad de los pacientes en la mañana de la intervención (Simon, 1993).

Moix (1994) menciona que la ansiedad prequirúrgica dependía principalmente de cómo los pacientes evaluaban la situación de someterse a una intervención quirúrgica, es decir, que los pacientes consideraban esta situación como más amenazante y menos controlada eran los que experimentaban mayor ansiedad.

En estudios previos se ha demostrado que en sujetos que van a ser sometidos a cirugía la ansiedad se presenta por lo menos una semana antes de su admisión. El simple hecho de estar involucrado en un medio desconocido como lo es el hospitalario, la deficiente comunicación del personal intrahospitalario, la desinformación obtenida por terceras personas y sobre todo, el impacto en la esfera familiar, afectiva, social, laboral y económica, pueden ser detonantes de ansiedad (Ruiz, Muñoz, Olivero e Islas, 2000).

Gavito y cols. (2000) evaluaron el nivel de ansiedad y el requerimiento de información en la fase preoperatoria. Las mujeres tuvieron mayor ansiedad que los hombres; los pacientes que presentaron un requerimiento alto de información, tenían un alto nivel de ansiedad y además, los pacientes que nunca se habían sometido a una operación, requerían un nivel sofisticado de información, más que quienes habían experimentado una intervención quirúrgica previa.

Por su parte Holland y Rowland en 1989 dicen que la depresión o la ansiedad preoperatoria elevada también resultan en un incremento en el dolor post operatorio. Para estos autores así como para Aberasturi en 1986 existe evidencia considerable de que la preparación psicológica para la cirugía facilita la adaptación posquirúrgica y la recuperación (Franco, 2001).

Así pues existen diferentes tipos de cirugía oncológica biopsia, amputación resección en bloque, extracción de metástasis, resección del tumor, desarticulación, etc... Solo se explicaran las tres más frecuentes:

1. biopsia: es la extracción de una muestra del tumor, con la finalidad de saber si es maligno y en su caso, de que tipo de cáncer se trata. Su utilizada es principalmente diagnóstica.
2. resección tumoral: se refiere a la escisión o extracción de todo o casi todo el tumor canceroso.
3. cirugía radical: es la amputación o desarticulación de un miembro. La amputación es cortar la extremidad en cualquier nivel del hueso indistintamente y en la desarticulación se elimina la extremidad a través de la articulación.

La cirugía oncológica genera sentimientos de tristeza, miedo, angustian enojo, culpa y despierta fantasías de ser atacado, mutilado o privado de una parte de su cuerpo (Franco, 2001).

Las diferentes reacciones psicológicas van a estar muy relacionadas con la localización de la cirugía y la pérdida funcional correspondiente. Los ejemplos más notables se encuentran en la pérdida de la función normal del intestino después de una colostomía, la pérdida del habla como consecuencia de una laringectomía y la pérdida de algún miembro (inferior o superior) a causa de un osteosarcoma (Pascual y Ballester, 1997).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál será el efecto de un programa para el manejo de la ansiedad prequirúrgica en pacientes con tumores óseos que sean programados para cirugía?

OBJETIVO GENERAL DEL PROGRAMA

- Determinar los efectos de un programa para el manejo de la ansiedad prequirúrgica en pacientes con tumores óseos que sean programados para cirugía.

OBJETIVO PARTICULAR

- Entrenar a pacientes con tumores óseos en el manejo de la ansiedad prequirúrgica a través de la relajación autógena.

HIPÓTESIS

- Los pacientes que participen en el programa para el manejo de la ansiedad prequirúrgica mostrarán cambios en los niveles de ansiedad antes y después del mismo.

VARIABLES

V I Relajación autógena.

V D Puntaje igual o mayor a 40 en el Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo (IDARE E-R).

DISEÑO: El diseño que se empleo fue de caso único del tipo ABA.

MÉTODO

Participantes

- Participaron en el programa dos pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) del servicio de Tumores Óseos. El tipo de muestra fue no probabilística de tipo intencionada.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes que fueran tratados en el Servicio de Tumores Óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación.
- Que sepan leer y escribir.
- Que tengan entre 15 y 50 años.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes con alguna enfermedad psiquiátrica.
- Pacientes que no concluyan con las evaluaciones establecidas.

Escenario

Área de Hospitalización (sexto piso) del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Materiales

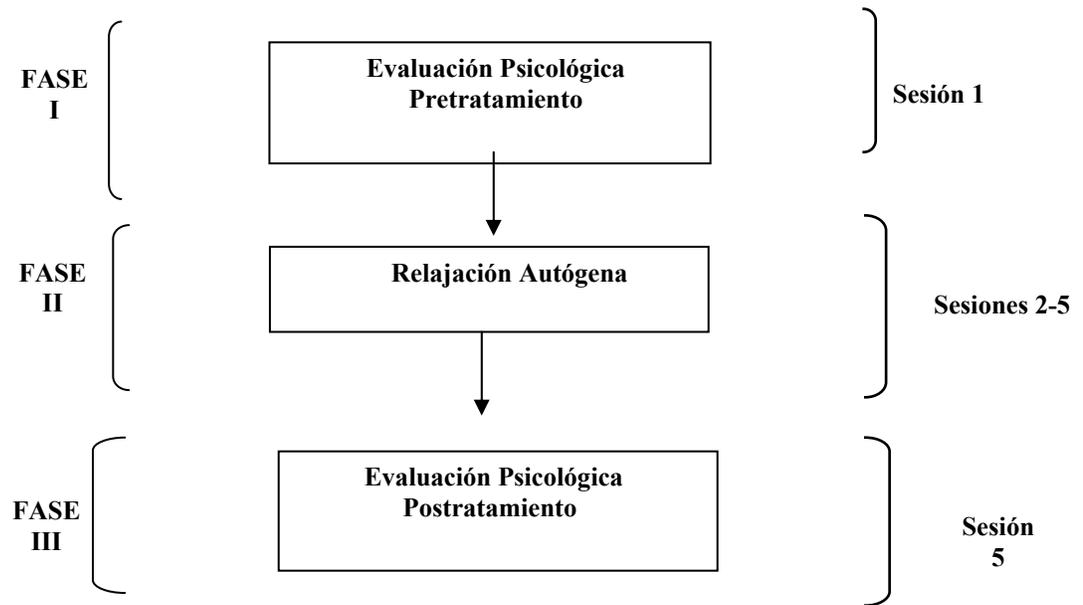
Se utilizarán los siguientes instrumentos:

- Ficha de Identificación: La cuál consiste en una serie de preguntas para obtener datos sociodemográficos y características generales del padecimiento.
- Inventario de Ansiedad (IDARE E-R): (Spilberguer y Díaz Guerrero, 1975).- Instrumento que evalúa a la ansiedad en dos modalidades como rasgo y estado. Cada una de ellas de manera independiente, está conformada por 20 reactivos que en su totalidad suman 80 y que se contestan con bases a una escala que va de 1 a 4 puntos. Para los fines de este estudio se utilizaron ambas escalas.

PROCEDIMIENTO

El programa se llevó a cabo en 5 sesiones individuales, una vez por semana con una duración de una hora. Las sesiones se dividieron en tres fases, la primera comprende la evaluación pre tratamiento (la cual se realizará en la primera sesión), en la segunda fase consiste en el tratamiento (de la segunda a la cuarta sesión) y finalmente la tercera fase que abarca la evaluación post tratamiento (quinta sesión) (Ver figura 7).

Figura 7. Procedimiento del programa para el manejo de la ansiedad prequirúrgica en pacientes con tumores óseos.

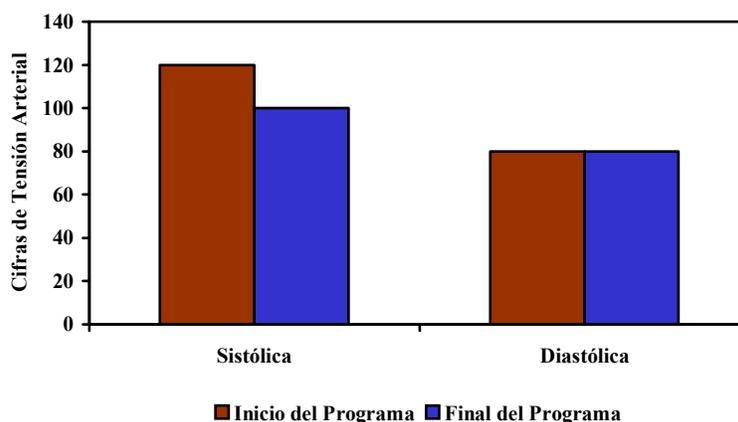


RESULTADOS

Los resultados que se reportan corresponden a una sola paciente, la cuál concluyó el programa de intervención. Se trata de una paciente de sexo femenino de 14 años, con escolaridad a nivel de secundaria, diagnostico de fibroma no osificante de tobillo izquierdo, no se encontraba tomando ningún ansiolítico o antidepresivo; la paciente presentaba dolor, para lo cual tenia recetado tramadol cada 8 horas. En cuanto a las mediciones que se le hicieron fueron de su presión arterial, niveles subjetivos de relajación, intensidad del dolor (evaluación análoga del dolor) y niveles de ansiedad, todo esto al inicio y al final del programa de intervención.

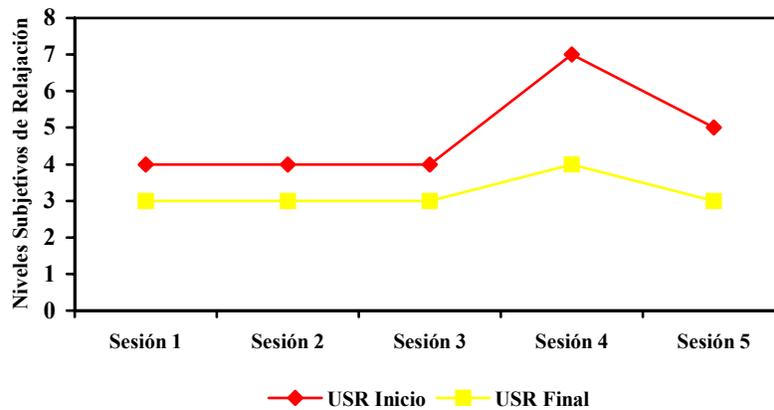
Con respecto a las mediciones de la presión arterial, como puede observarse en la figura 8, al inicio la paciente presentaba una tensión arterial de 120/ 80 mm Hg y al finalizar el programa las cifras de presión de la paciente eran de 100/80 mm Hg, hubo una disminución de las cifras de tensión arterial sistólica de 20 mm Hg mientras que la tensión arterial diastólica se mantuvo.

Figura 8. Cifras de presión arterial de la paciente al inicio y al final del programa de intervención.



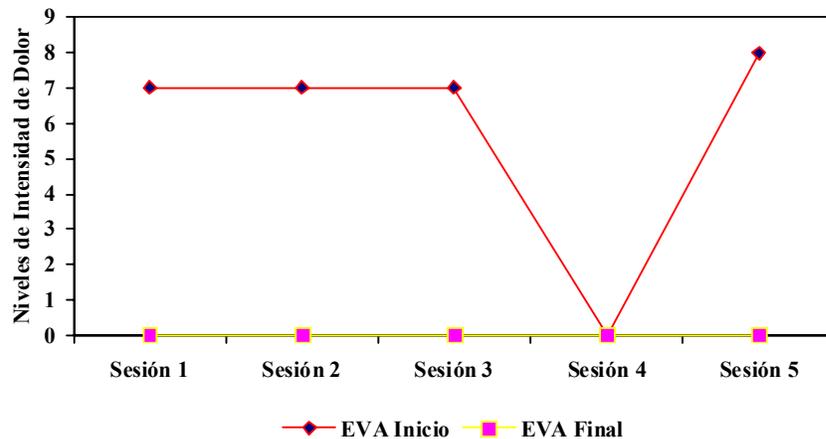
En cuanto a los niveles subjetivos de relajación (para lo cuál se utilizó la escala de niveles subjetivos de relajación) que refirió la paciente antes y después de cada sesión se pueden observar en la figura 9 que al inicio del programa de intervención se encontraba regularmente relajada (4) y al finalizar el programa menciono sentirse moderadamente relajada (3).

Figura 9. Niveles subjetivos de relajación de la paciente durante las 5 sesiones del programa de intervención, antes y después de cada sesión.



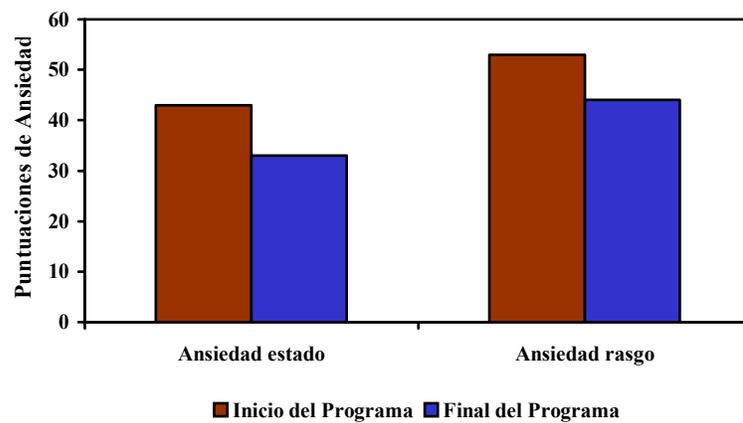
Por otro lado, en la figura 10 se ilustra el dolor que presentaba la paciente al inicio del programa se encontraba con dolor moderado (7) y al finalizar el programa se encontraba sin dolor, justo una semana antes de ser intervenida quirúrgicamente, cabe señalar que la intensidad del dolor de la paciente la hacía que presentará llanto frecuente, aún cuando se encontraba tomando su medicamento en el horario establecido.

Figura 10. Niveles de Intensidad del dolor medidos a través de la escala análoga visual (EVA) de la paciente durante las sesiones del programa de intervención, antes y después de cada sesión.



En la figura 11, se puede observar las diferencias (pre y post evaluación) de los puntajes de la ansiedad (estado y rasgo) de la paciente.

Figura 11. Puntajes de ansiedad al inicio y al final del tratamiento psicológico.



CONCLUSIONES

Tal y como se predijo, los resultados de este estudio indicaron que la paciente estuvo menos días de estancia hospitalaria de la esperada (un día), con buen manejo del dolor post operatorio y por lo tanto menores dosis de analgésicos. Solo se pudo trabajar con una paciente debido a que los otros casos que se tenían existieron complicaciones, tales como se adelantó su cirugía y por lo tanto no pudieron concluir el programa o bien los pacientes no aceptaron la cirugía como parte de su tratamiento y otros no regresaron a su consulta médica. A pesar de lo anterior, con la paciente se pudo concluir el programa de intervención, como ya se explicó en los resultados el programa resulta ser significativo para preparar a los pacientes en el manejo y/o control de la ansiedad prequirúrgica, ya que como lo señala la literatura (Holland, 1989; Pérez, 2000) dicen que la depresión o la ansiedad preoperatoria elevada se relaciona con el incremento del dolor post operatorio.

Para Franco (2001) existe evidencia considerable de que la preparación psicológica para la cirugía facilita la adaptación posquirúrgica y la recuperación.

Por otro lado, con base en el modelo de ajuste de Janis, en donde sugiere que existen tres niveles de ansiedad que los pacientes pueden experimentar con relación a la cirugía, se puede corroborar que existiendo un nivel moderado de ansiedad tiene mejor recuperación que aquellos pacientes extremadamente ansiosos (Rodríguez, 2000), y si a esto le agregamos el control y/o manejo de dicha variable se puede proponer que los pacientes tendrán un mejor recuperación de manera general.

Es importante señalar que ambas ansiedades (estado y rasgo) tuvieron cambios significativos en la paciente, sin embargo no se predice que tipo de ansiedad es la que esta relacionada con la cirugía, si es la situacional (estado) o bien las características de personalidad del individuo (rasgo) lo cuál coincide con lo que menciona Simon (1993), en donde los incrementos de ansiedad situacional pueden producirse no únicamente en los momentos en que se anticipa la amenaza física de forma inminente (en la mañana de la operación el día anterior) sino durante periodos relativamente largos, incluso antes del ingreso hospitalario, por ejemplo unas semanas antes de la cirugía, cuando en consulta externa se le comunica al paciente la fecha de la intervención.

Es así como se reconoce la utilidad de la relajación autógena en la preparación de pacientes que van a ser sometidos a una cirugía aunado a un tratamiento farmacológico e incrementar los beneficios de los pacientes así como también la disminución de costos en las Instituciones de Salud Públicas.

Se recomienda que para futuras investigaciones se pueda anexar al tratamiento psicológico alguna otra técnica, en este trabajo no se pudo debido a la población con la cuál se trabajo (hospitalizada).

Finalmente se reconoce la importancia del trabajo multidisciplinario, lo cual se puede ver reflejado en el bienestar, no sólo físico sino también subjetivo de los pacientes.

3.2 Segunda Rotación: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, Descripción de la Sede

Este centro ofrece información supervisada para los estudiantes tanto de licenciatura como de posgrado en diferentes corrientes psicológicas, así como también se proporciona servicio terapéutico en forma individual, grupal, de familia o de pareja, y diferentes talleres a los estudiantes y trabajadores de la universidad, y al público en general, y se cuenta con programas de tratamiento en adicciones, enfermedades cardiovasculares y dolor crónico.

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” se localiza en el edificio “D” sótano, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

3.2.1 Actividades Diarias del Residente de Medicina Conductual en el Centro de Servicios Psicológicos

Las líneas de autoridad en esta sede son, Coordinadora del Centro de Servicios Psic. Rebeca Sánchez Monroy, la cuál a su vez es supervisora In Situ.

Cabe señalar que existimos cuatro residentes de medicina conductual, dos de primer año y dos de segundo año. Las cuales tenemos divididas diferentes actividades como preconsulta, evaluaciones psicológicas, asignación de terapeutas, canalizaciones, bajas y supervisión de compañeros que se encuentran realizando sus practicas profesionales y/o servicio social, lo cuál a su vez es supervisado por los tutores o bien por la supervisora In Situ, sin olvidar la atención a pacientes asignados.

3.2.2 Actividades Académicas

Todas las actividades descritas a continuación se realizaban semanalmente:

- Sesiones académicas, las cuales están a cargo del Mtro. Arturo Martínez Lara, en las cuales se ofrece una orientación acerca del trabajo que debe de realizar el residente de medicina conductual.
- Sesiones de supervisión clínica las cuales se llevaban acabo los días lunes.
- Presentación de temas los cuales se llevaban acabo los días jueves.
- Presentación de casos clínicos los cuales se llevaban acabo los días viernes.

3.2.3 Actividades Desarrolladas en la Sede

Las actividades que lleve a cabo en esta segunda rotación, fueron: la atención de pacientes (adultos), entrega de canalizaciones, llamadas telefónicas de seguimiento terapéutico, proporcionar supervisión clínica a los compañeros que se encontraban realizando prácticas profesionales, servicio social y/o voluntariado con base al modelo de cascada que es empleado en dicha sede.

En cuanto a la atención de los pacientes, el número de casos que atendí fueron 35 casos, de los cuáles el 68.6% eran mujeres (24) y el 31.4% (11) eran hombres, la media de edad fue de 34.5. Por otra parte, los datos clínicos que se recabaron fueron el diagnóstico médico, la intervención psicológica y el estatus clínico de los pacientes.

En cuanto al diagnóstico médico el 88.6% (31) no tenían ningún diagnóstico, el 8.6% (3) tenían el diagnóstico de hipertensión arterial primaria y el 2.9% (1) tenía epilepsia. El estatus clínico de los pacientes fue el siguiente: el 57.1% (20) concluyó el tratamiento, el 25.7% (9) no lo concluyó y el 17.1% (6) fueron canalizados al Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) debido a la sintomatología que presentaban.

Con respecto a la intervención psicológica, las técnicas que se utilice con los pacientes fueron: reestructuración cognitiva 97.14% (34), solución de problemas 85.71% (30), relajación muscular progresiva 51.42% (18) y psicoeducación 11.42% (4), es importante señalar que las técnicas las emplee de manera aditiva con los pacientes (ver tabla 9).

Tabla 9. Características de la población atendida por el servicio de Psicología en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, UNAM.

	Pacientes (n=35)
Sexo	
Femenino	68.6% (24)
Masculino	31.4%(11)
Edad Promedio	34.5 años
Diagnóstico Médico	
Sin padecimiento médico	88.6% (31)
Hipertensión arterial primaria	8.6%(3)
Epilepsia	2.9%(1)
Estatus clínico de los Pacientes	
Concluyó el tratamiento	57.1%(20)
No lo concluyo	25.7%(9)
Canalizados	17.1%(6)
Técnicas Psicológicas	
Reestructuración Cognitiva	97.14%(34)
Solución de Problemas	85.71%(30)
Relajación Muscular	51.42%(18)
Psicoeducación	11.42%(4)

Es importante señalar que el plan terapéutico que seguí con los pacientes fue totalmente individualizado conforme al motivo de consulta por el que acudieron al Centro de Servicios Psicológicos; los pacientes que fueron dados de alta se debió a que se habían cumplido los objetivos trazados para su tratamiento para lo cual se empleo no sólo el reporte subjetivo de los pacientes sino también conforme a un análisis funcional de la conducta a trabajar y una evaluación post tratamiento. Todo lo anterior se podrá apreciar en el caso clínico, el cual precisamente se trabajo en esta sede.

En cuanto a las canalizaciones que se hicieron al Instituto Nacional de Psiquiatría fue porque la sintomatología que presentaban los pacientes cumplían con los criterios diagnósticos de un probable padecimiento psiquiátrico, por lo cuál se envían a dicho Instituto para ser valorados.

3.3 Caso Clínico

A continuación se reporta el caso clínico el cual ejemplifica el trabajo realizado en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, UNAM y se trata de un paciente la cuál concluyo su tratamiento.

I. Ficha de Identificación

M.A.C., se trata de paciente femenino, 61 años de edad, viuda, con escolaridad a nivel de licenciatura en Educación Preescolar, religión católica, Originaria y Residente del D.F., tiene 2 hijos, uno de los cuales vive con ella.

II. Motivo de la Consulta

La paciente es referida por el Instituto de Ciencias Médicas y de la Nutrición del servicio de Psiquiatría con un Diagnostico de Trastorno de Ansiedad y con la finalidad de poderla apoyar con un tratamiento multidisciplinario, aunado a que es hipertensa desde hace 11 años.

Durante su la entrevista de primera vez la paciente refiere tener dificultad en controlar sus emociones, aunado a que se presentan síntomas de dolor de cabeza, zumbidos, hinchazón de su labio superior, todo lo anterior sin aparente causa ya que considera que es adherente al tratamiento farmacológico tanto para el trastorno de ansiedad como para la hipertensión.

III. Impresión y actitud general

Paciente femenina con edad aparente igual a la cronológica, complexión mesomórfica (60 kilos), de estatura media (1.57 cm), tez morena clara, en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, se muestra cooperadora ante la entrevista así como también con el planteamiento de los objetivos de tratamiento presentados.

IV. Antecedentes de importancia

Refiere que hace 3 años fallece su esposo y comienza a darse cuenta de los síntomas antes mencionados, solo que estos se encuentran exacerbados. Por lo cual su cardiólogo le indica que es necesario que acuda al médico psiquiatra, este envía un tratamiento farmacológico el cuál consiste en rivotril (0-0-1).

La paciente argumenta que no entiende por qué se siente así, ya que considera que no tiene preocupaciones en su vida. Realiza actividades recreativas tales como: clases de baila, yoga y bicicleta fija, aunado a que cumple con su dieta y toma de medicamento. Cabe señalar que es una mujer que cuenta con adecuadas redes de apoyo.

Menciona que estuvo en tratamiento psicológico hace un año, el cuál al parecer refiere que no le funciono debido a que la intensidad de sus síntomas no tuvieron mejoría, aún cuando al parecer en la frecuencia y duración si.

V. Historia Médico- Psiquiátrica

La paciente argumenta tener antecedentes familiares (ambos padres) de hipertensión arterial primaria, niega alérgicos, quirúrgicos, transfuncionales, tramaútics y hospitalizaciones previas.

Comienza padecimiento actual desde hace tres años en donde presentaba dolor de pecho (el cuál pensaba que era debido a la presión arterial alta), hinchazón de la labio superior por lo cuál acude al psiquiatra por indicación del cardiólogo al descartar algún problema secundario de la hipertensión arterial. Es importante señalar que la paciente no atribuye causa alguna por la cuál tenga dichos síntomas de ansiedad.

El psiquiatra le comenta que su problema no es psiquiátrico y le recomienda acudir por tercera ocasión al psicologo, solo que ahora tenga una orientación cognitivo-conductual, pues sus otros dos tratamientos anteriores eran de orientación psicoanalítica.

VI. Padecimiento actual

Entre los síntomas que se observan en la paciente son:

Cognitivos	Fisiológicos	Emocional	Conductual
Preocupación Pensamientos Irracionales del tipo de: Catastrofización Polarización Perfeccionismo Aprobación Social	Presión arterial alta Taquicardia Hinchazón de labio superior Dolor en pecho	Ansiedad	Tensión Muscular Déficit para expresión de emociones

VII. Examen mental

Al examen mental la paciente se encuentra en estado de conciencia, alerta, adecuadas condiciones de higiene y aliño personal, complexión mesomórfica, con edad aparente igual a la cronológica, estatura media, actitud cooperativa, humor y afecto ansioso, respuesta psicomotora incongruente con su afecto y con la expresión no verbal, se encuentra orientada en persona, tiempo y espacio, atención y concentración normales, memoria reciente y remota conservadas, no presenta alteraciones sensoriales. Presenta lenguaje coherente, adecuada latencia de respuesta, con volumen de voz medio, capacidad de insight.

El proceso de pensamiento es lógico y coherente, el contenido de éste es con ideas recurrentes y rígidas de perfeccionismo y aprobación social.

CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL

<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
Elevación de presión arterial	Me va a dar un infarto Qué me pasa Estoy tranquila Cumpro con el tratamiento	Miedo Llanto Inquietud Desesperación Preocupación
Taquicardia	No estoy bien Me va a dar un infarto Me voy a morir	Desesperación Hinchazón de labio superior Inquietud

IX. Objetivo de la Intervención

- Qué la paciente aprenda a manejar la ansiedad a través de un tratamiento cognitivo-conductual (psicoeducación, relajación muscular progresiva y solución de problemas).
- Qué la paciente controle sus cifras de presión arterial.

X. Escenario y Materiales

La intervención se realizó en uno de los cubículos del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”; se citaba a la paciente una vez por semana, las sesiones duraban una hora.

En cuanto a los materiales de apoyo se utilizó una ficha de identificación, el proyector de acetatos, acetatos que incluían información de hipertensión arterial y su relación con la ansiedad, registro de situaciones ansiosas, registro de actividades de autocuidado (dieta, ejercicio, toma de la presión arterial y toma de medicamento) y registro de niveles subjetivos de relajación.

XI. Intervención

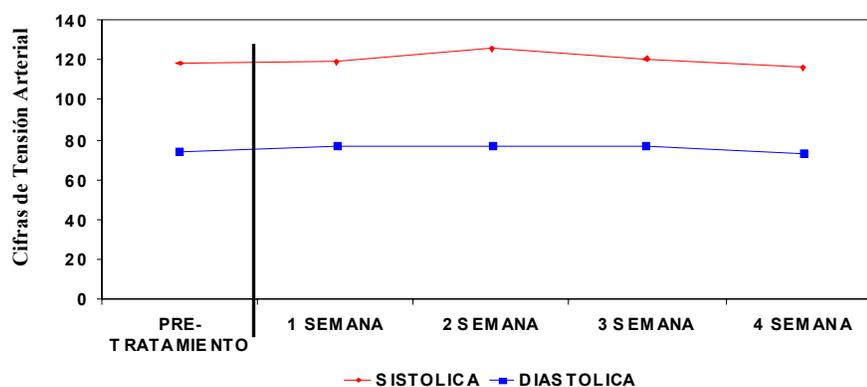
La intervención comprendió los siguientes pasos:

1. Establecimiento de componentes de relación.
2. Realización de entrevista conductual con fin de obtener el análisis funcional de la conducta problema.
3. Se explico y se acordó plan terapéutico con la paciente.
4. Se toma una línea base de sus cifras de presión arterial.
5. Se proporciono psicoeducación con respecto a la hipertensión y su relación con la ansiedad.
6. Se enseño a tomar la presión a la paciente.
7. Se establecieron tareas tales como: registro de situaciones ansiosas, registro de actividades de autocuidado (dieta, ejercicio, toma de la presión arterial y toma de medicamento) y registro de niveles subjetivos de relajación.
8. Se enseño y se explico los beneficios de la relajación muscular progresiva (RMP).
9. Al mes de tratamiento se grafican las cifras de presión arterial que tenía la paciente.
10. Se concluye la intervención ya que se logran el control de los síntomas de ansiedad, así como también de sus cifras de presión arterial.

XII. Resultados

A continuación se presentan los resultados de la paciente obtenidos durante el transcurso de su tratamiento (indicadores fisiológicos de sus cifras de presión arterial) ver figura 12.

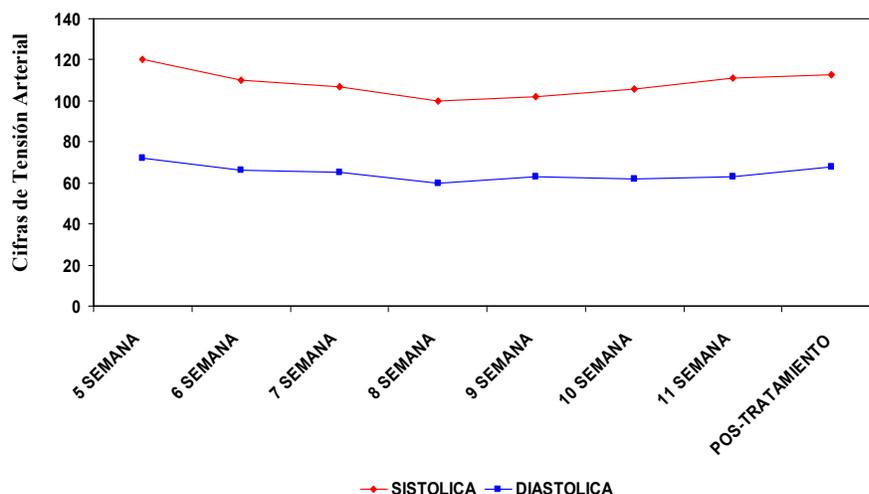
Figura 12. Monitoreo de cifras de Presión arterial durante las primeras 4 semanas de Tratamiento Psicológico.



Como se puede observar en la tabla 1 se presentan las cifras de presión arterial de la paciente durante las primeras cuatro semanas de tratamiento, en donde se estaba trabajando la técnica de relajación muscular progresiva de 7 grupos musculares, comparando la línea base con la cual comenzó la paciente se aprecia una disminución de 2 mm Hg en la presión sistólica y en la presión diastólica un mm Hg, cabe señalar que la cifras de presión arterial en estas semanas siempre se mantuvieron en normo tensión.

Por otra parte en las siguientes semanas de tratamiento (ver figura 13), se puede observar el mantenimiento de dichas cifras de presión arterial en rangos de normotensión, las técnicas que se utilizaban fueron: relajación muscular progresiva con 4 grupos musculares y solución de problemas.

Figura 13. Monitoreo de Cifras de presión arterial durante las siguientes semanas (5-12) de tratamiento psicológico.



Haciendo una comparación del pre y post tratamiento hubo una disminución de 5 mm Hg en la tensión arterial sistólica y de 6 mm Hg en la tensión arterial diastólica. En cuanto a sus síntomas de ansiedad se midieron a través del inventario de Ansiedad de Beck, haciéndose un pre y post, al inicio del tratamiento se encontraba con un nivel de ansiedad leve (12) y al finalizar el tratamiento era un nivel de ansiedad mínimo (6).

Cabe hacer mención que se monitoreo las conductas de autocuidado (dieta, ejercicio, toma de medicamento y medición de la presión arterial) en las cuales no hubo cambio, ya que la paciente cumplía con dichas conductas.

Ante el mantenimiento de las cifras de presión arterial, el control de la sintomatología ansiógena y tras haber aprendido las técnicas de RMP y solución de problemas, se decide dar de alta del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Es importante aclarar que no se retiro el medicamento debido a que la paciente durante el tiempo en que estuvo acudiendo a consulta psicológica, no tenía cita con el psiquiatra (hasta dentro de 6 meses).

3.4 Competencias Profesionales alcanzadas con el desarrollo de los programas de intervención

A continuación describiré las competencias adquiridas en el segundo año de la residencia de la maestría.

- Diseño y aplicación de programas de intervención dirigidos a poblaciones crónico degenerativas.
- Aplicación clínica de las diferentes técnicas cognitivo-conductuales.
- Entrenamiento a pacientes hospitalizados en habilidades que promuevan su autocontrol y adaptación a dicho escenario.
- Efectuar intervenciones breves para favorecer su adherencia terapéutica.

3.5 Actividades Profesionales no programadas

En la segunda rotación de sede que hice en este segundo año de la residencia, una actividad con la que se debe de cumplir como residente es proporcionar supervisión a los compañeros de servicio social, practicas profesionales y voluntariado. La supervisión es con respecto a los casos clínicos que se llevan en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, los cuales a su vez son supervisados por la coordinadora de dicho Centro.

3.6 Asistencia a eventos académicos

- Participación como profesora invitada al curso de la Sociedad Mexicana de enfermería en Ortopedia y Rehabilitación S.C. con el tema de Manejo del estrés en Enfermería (Marzo, 2006).
- Presentación del cartel Astenia, Dolor y Alteraciones Psicológicas en pacientes Oncológicos en la 2º Foro Internacional de Medicina del Dolor (Mayo, 2006).
- Presentación del cartel Relajación Autógena en el Tratamiento Multimodal del Dolor en pacientes con Cáncer en el 2º Foro Internacional de Medicina del Dolor (Mayo, 2006).
- Participación como docente en el Instituto Nacional de Cancerología en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos dentro de su curso de Algología para los médicos subespecialistas con el tema de terapia cognitivo-conductual en el manejo del dolor (Septiembre de 2006).
- Presentación del cartel Relajación Autógena en el Tratamiento Multimodal del Dolor en pacientes con Cáncer en el V Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud (Septiembre, 2006).
- Participación como docente en el Instituto Nacional de Cancerología en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos dentro del diplomado para enfermería con el tema soledad, depresión y cáncer (Octubre, 2006).

- Asistencia al Coloquio 2006 de Medicina Conductual “Manejo de las enfermedades crónico-degenerativas y emergentes: una visión hacia el futuro” (Octubre, 2006).
- Participación como coordinadora del curso anual de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología (Noviembre, 2006).
- Participación como coordinadora en el XXVI Congreso Internacional de Dolor por parte de la Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, AMETD (Noviembre, 2006)

3.7 Evaluación de las sedes

Durante las rotaciones que hice por las sedes del Instituto Nacional de Rehabilitación (servicio de Tumores Óseos) y del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” tuve la oportunidad de aprender a trabajar en dos sedes completamente distintas por un lado una hospitalaria y por otro, una sede dedicada a la consulta externa de pacientes que en su mayoría no tienen una enfermedad, también pude poner en práctica los conocimientos adquiridos en el primer año de residencia pero sobretodo en el Centro de Servicios Psicológicos pude compartir la experiencia profesional con los compañeros de servicio social, practicas profesionales, voluntariado y compañeros de otras residencias e inclusive de la propia residencia de medicina conductual. Otro punto a favor que tuve con esta rotación fue el de poder diseñar un programa de trabajo para dar supervisión clínica, la cuál a su vez era evaluada y retroalimentada por la supervisora In Situ (Psic. Rebeca Sánchez Monroy).

Cabe señalar que el escenario es diferente al hospitalario, aún cuando las habilidades que se requieren son exactamente las mismas.

Dentro de las aportaciones que hice al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” fue el diseño de un taller de formulación de casos clínicos para los estudiantes que están en entrenamiento dentro de dicha sede.

Es así como, con las rotaciones que hice en mi residencia, evaluó que fue una experiencia completa de la cual he aprendido de manera personal y profesional, pues tuve la oportunidad de conocer la manera en que se trabaja en una institución de salud, el trabajo multidisciplinario, así como también las diferentes formas de poder intervenir para poder llevar un caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar, J.; Guanyabens, C.; March, Y.; Serra, A.; Valentí, P.; Pedrero, A. y Mendiola, M. (1999). El dolor en el enfermo hematológico: cuidados paliativos integrales. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 6, 436-448.

Akechi, T., Okuyama, T., Sugawara, Y. y Nakano, T. (2004). Major depression, adjustment disorders, and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *Journal Clinical Oncology*, 22 (10):1957-1965.

Amutio, A. (1998). *Nuevas perspectivas sobre la relajación*. Bilbao: Descleé De Brouwer.

Anarte, M., López, A., Ramírez, C. y Esteve, R. (2000). Evaluación del patrón tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16, (12): 133-141.

Andersen, B. (2001). A Biobehavioral model psychological interventions. En A. Baum y B.L. Andersen (Eds.). *Psychosocial interventions for cancer*. Washington: American Psychological Association. Pp.119-130.

Angerami-Comon V., F. Rodriguez, R. Berger y R. Serbastiani (1999). *Psicología Hospitalar. Teoría de Práctica*, 4º edición, Sao Paulo, Brasil, Biblioteca Pioneira de Ciencias Sociais.

Antoni, M., Lehman, J., Kilbourn, K., Boyers, A. y Culver, J. (2001). Cognitive- Behavioral Stress Management Intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32.

Banks, S y Kerns, R. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: A diathesis-stress framework. *Psychological Bull.* 1119: 95-110.

Barlow, S.A. y Fenoglio-Preiser (1992). *Las glándulas mamarias*. En J.L. Farber y E. Rubin (Eds.) Patología: Fundamentos, México: Médica Panamericana. Pp. 479-489.

Benito, G.; Nadador, V.; Fernández, J.; Hernández, J.; Ruiz, M. y Riquelme, I. (2006). Intervenciones del psicólogo en las Clínicas del Dolor: Una propuesta desde la experiencia de la Unidad de Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 4, 254-262.

Brannon, L. y Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Thomson Learning.

Breivik, H. y Collet, B. (2005). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *Europe Journal Pain*, 8.

Bonica, J.J. (1990). *The Management of Pain*. Filadelfia: Raven Press.

Buela- Casal, G. y Caballo, V. (1991). *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. México: Siglo Veintiuno.

Buendía, J. (1991). *Psicología Clínica y Salud*. España: Universidad de Murcia.

Campbell, L., Clauw, D. y Keefe, F. (2003). Persistent pain and Depression: A Biopsychosocial Perspective. *Psychiatry*. 54, (3), 399-409.

Cano, A. y Miguel, J. (2001). Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud. Disponible en : www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm

Cella, D.; Davis, K. & Breitbart, W. (2001). Cancer-related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample on cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*, 19 (4): 3385-3391.

Cimprich, B. (1999). Pretreatment symptom distress in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing*, 22 (3), 185-194.

Correa, D. y Salazar, I.C. (2007). Aspectos Psicológicos del cáncer y su afrontamiento. En M, Arrivillaga, D, Correa y I.C., Salazar (Eds). *Psicología de la Salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica*. Colombia: Manual Moderno.Pp.3-26.

D'Avila, R. (2001). *El dolor: un enfoque interdisciplinario*. Buenos Aires: Paídos.

D'Zurilla, T. & Nezu, A. (1999). *Problem-solving therapy*. New York: Springer Publishing Co.

Davis, P. y Reeves, J. (2000). Depresión determines illness conviction and pain impact. A structural equation modeling analysis. *Pain Medicine*, 1(3), 238-246.

De Groot, K. (1996). Different Aspects of Anxiety as Predictors of Post-Operative Anxiety and Physical Complaints. *Personality Individually Difference*. 21, (6), 929-936.

Dryden, W. y Ellis, A. (1989). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ehrenzweig, Y. (2005). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. En L, Flores-Alarcón, M.M., Botero y B, Moreno-Jiménez (Eds.). *Psicología de la Salud: Temas actuales de Investigación en Latinoamérica*. Bogotá: Kimpres Ltda. Pp. 133-152.

Ellis, A. (1986). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fawzy, F. (1999). Psychosocial interventions for patients with cancer: what Works and what doesn't. *European Journal of Cancer*. 31,(11), 1559-1564.

- Ferting, D. (1997). Depresión in patients with breast cancer: Prevalence, diagnosis and treatment. *The Breast Journal*. 3, 292-302.
- Fishbain, D. (2002). The pain-depression relationship. *Psychosomatic Journal Consultation Liaison Psychiatry*. 43, (4), 3418.
- Franco, M. (2001). *Reacciones Psíquicas de niños con cáncer que van a ser sometidos a cirugía*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM
- García, J.J. (1996). Epidemiología del cáncer en México. Epidemiología del sistema nacional de vigilancia epidemiológica, Sistema único de Información, 28, (13), semana 28.
- Gavito, M.; Corona, M.; Villagrán, M.; Morales, J.; Téllez, J. y Ortega-Soto, H.(2000). La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. 13 3, 153-156.
- Giacomantone, E. y Mejía, A. (2004). Estrés quirúrgico y ansiedad (criterios para su manejo terapéutico). Disponible en: www.gador.com.ar/iyd/ansie2/quiru.htm
- Gil, F.; Hollenstein, M.; Maté, J. y Porta, J. (2006). Síntomas psiquiátricos. Manual de Control de Síntomas en pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal. Madrid: Arán.
- Gómez, D. y Saburido, X. (1996). *Salud y Prevención. Nuevas Aportaciones desde la Evaluación Psicológica*. Barcelona: Universidad de Santiago de Compostela.
- González, M. y Ordóñez A.(2003). *Dolor y cáncer*. México: Médica Panamericana.
- Guevara, U. y De Lille, R. (2002). *Medicina del Dolor y Paliativa*. México: Corinter.
- Helgeson, V. y Cohen, S.(1996). Social support and adjustment to cancer: Reconciling descriptive, correlational and intervention research. *Health Psychology*, 15, 135-148.
- Hernández, J.R. y Tenopala, S. (2004). Neuroanatomía y Fisiopatología del dolor en cáncer: En R, Plancarte y F, Mayer. (Coord.) . *Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos en pacientes con cáncer*. México: Mc Graw Hill. Pp.
- Holland, J. (1989). *Handbook of Psychooncology*. Nueva York: Oxford Press.
- Jurado, S.; Villegas, M.E.; Méndez, L.; Rodríguez, F.; Loperena, V.; y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 21 (3),26-31.
- Kim, Y., Valdimarsdottir, H.& Bovbjerg, D. (2003). Family histories of breast cancer, coping styles, and psychological adjustment. *Journal of Behavioral Medicine*. 26, 225-243.

Labrador, F., Muñoz, M. y Cruzado, J. (1990). Medicina Conductual. En F, Fuentenbro y C. Vázquez (Eds.). *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid: Mc GrawHill Interamericana. Pp. 641-651.

Latorre, J. (1994). *Psicología d la Salud*. México: Lumen.

Lega, I., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotiva*. España: Siglo XXI.

Llorca, G.,Muriel,C.,Gonzalez-Tablas,M. y Díaz, M. (2007). Relación entre características del dolor crónico y los niveles de depresión. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*. 1:26-35.

Maguire, P. (2000). Managing psychological morbidity in cancer patients. *European Journal of Cancer*. 36, 556-558.

Maloney, P. y Mc E. (2001). Chronic low back pain and depresión in a simple of veterans. *Perceptual and Motor Skills*, 92 ,(2), 348.

Manne, S., Pape, S., Taylor y Dougherty, J. (1999). Spouse support, coping and mood among individuals with cancer. *Annals of Behavioral Medicine*. 21,111-121.

Massie, M. & Holland, J. (1988). Consultation and liaison issues in cancer care. *Psychiatric Medicine*, 5, 343-359.

Mayer, F. (2002). Dolor en Cáncer. En U. Guevara y R. De Lille (Coord.). *Medicina del Dolor y Paliativa*. México: Corporativo Intermedica. Pp.

Méndez, C., Olivares, J.,Moreno,G. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J.R. Olivares y C.F. Méndez (Eds.). *Técnicas de modificación de conductual*. Madrid: Biblioteca Nueva. Pp.409-433.

Méndez, J. (2004). Psicooncología pediátrica: Un modelo de intervención cognitivo-conductual en niños con cáncer. En G. Rodriguez (Coord.). *Medicina Conductual en México*. México: Miguel Angel Porrúa editor. Pp. 265-294.

Miró, J. (2003). *Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Moix, J. (1994). Modulación Psicológica de la recuperación postquirúrgica. *Anuario de Psicología*. 61, 79-84.

Moix, J. (1997). Evaluación de la Ansiedad en la Antesala del Quirófano. *Medicina Clínica*. 108, 4. 157-158.

Monsalve, V., Cerdá-Olmedo, G., Minguéz, A. y Andrés, J. (2000). Ansiedad y depresión en pacientes domiciliarios frente a pacientes ambulatorios con dolor crónico. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*. 7:6-11.

Montgomery, C.; Pocock, M; Titley, K & Lloyd, K. (2003). Predicting psychological distress in patients with leukemia and lymphoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 54,289-292.

Muñoz, O. y Gutiérrez, G. (1995). From research to Public Health Interventions impact of an Educational strategy for physicians to improve treatment practices in common diseases. *Archive Medicine Research*, 26, 31-39.

Naumann, R.; Einsle, F.; Ehninger, G.; Kugler, J.; Köllner, V.; Schneider, E.; & Joraschky, P. (2004). Pain Perception in patients undergoing bone marrow puncture- a pilot study. *Perceptual and Motor Skills*, 98, 116-122.

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson.

Ohayan, M. y Schatzberg, A. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives General Psychiatry*. 60,(1): 39-47.

Olper, R. (2003). Temas psicosociales del paciente con cáncer. En A. Herrera y M. Granados (Coord.). *Manual de Oncología: procedimientos medicoquirúrgicos*. México: Mc GrawHill. Pp. 148-151.

OMS-OPS (1994). *Las condiciones de salud en las Americas*. Publicación Científica, 549, Tomo I.

Organización Mundial de la Salud (1998). WHO Working Group. *Therapeutic Patient Education. Continuing Education programmes for healthcare providers in the field of prevention of chronic diseases*. Documento recuperado el 24 de enero de 2004 de <http://www.who.int/Working Group. Therapeutic Patient Education=Doc Frame>.

Ornaque, I.,Carrero, E., Villalonga, A.,Roux. C. y Salvador, L.(2001). Estudio de la ansiedad prequirúrgica en cirugía urológica, ginecológica y oftálmica en relación con la administración o no de premedicación ansiolítica. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 48 (1) 151-156.

Pascual, L. y Ballester, R. (1997). *La Práctica de la Psicología de la Salud*. México: Promolibro.

Pérez, R.; Martín, M. y Quiñónez, M. (2000). Influencia de la ansiedad prequirúrgica en la evolución de la cirugía de las varices. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*. 1, (2), 95-100.

- Pinto, B., Eakin, E. y Maruyama, N. (2000). Health behavior changes alter a cancer diagnosis: What do we know and where do we go from here? *Annals of Behavioral Medicine*. 22, 38-52.
- Pomerleau, O.F., Brady, J.P. (1979). *Behavioral medicine: Theory and Practice*. Baltimore: The Williams & Wilkins Co.
- Porta, J.; Rodríguez, D. y Sala, C. (2006). *Manual de Control de Síntomas en pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal*. Madrid: Arán.
- Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2003). *El Psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, B.; Ortiz, A.; Palao, A.; Avedillo, C.; Sánchez, A. y Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y sus cuidadores. *European Journal Psychiatry*, 16 (1), 27-38.
- Rodríguez, G. (2000). Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos: aspectos cognitivos y conductuales. México: Porrúa.
- Ruíz, E.; Muñoz, J.; Olivero, Y. e Islas, M. (2000). Ansiedad preoperatoria en el Hospital General de México. *Revista médica del Hospital General de México*. 63, (4), 231-236.
- Schwartz, G. y Weiss, S. (1978). "Yale conference on behavior medicine: A proposed definition and statement of goals". *Journal of Behavioral Medicine*. 1, 3-12.
- Secretaría de Salud (2003). Causas de Mortalidad, documento obtenido de <http://www.salud.gob.mx>.
- Secretaría de Salud (2001). Tablas de mortalidad general. www.ssa.gob.mx
- Seligson, I. y Reynoso, L. (1999). Aplicación de un programa conductual de afrontamiento en pacientes cancerosos. *Apuntes de Psicología*. 17, 293-307.
- Simon, M. (1993). *Psicología de la Salud. Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. México: Pirámide.
- Spielberger, C.D. y Díaz Guerrero, R. (1975). *IDARE- Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*. México: Manual Moderno.
- Turk, D. (1999). The role of Psychological factors in chronic pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 43, 885-888.

Urbina, J. (2004). La psicología como elemento fundamental para la promoción de la salud. En G. Rodríguez (Coord.). *Medicina Conductual en México*. México: Miguel Ángel Porrúa editor. Pp. 57-70.

Van't Spijker, A. (1997). Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosomatic Medicine*; 59 (3): 280-293.

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

Wilson, K.(2002). Implicaciones psicológicas del dolor crónico. En P. Prithvi (Coord.) *Tratamiento práctico del dolor*. Madrid: Edides. Pp.332-346.

World Health Organization (2005). WHO cáncer control programme. Disponible en <http://www.who.int/cancer/en/>

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D.F., a de de 2005.

Por este conducto, certifico que a la Psic. _____ del servicio de Oncología y/o Hematología del Hospital Juárez de México le doy mi autorización para formar parte del estudio titulado: Programa para el Manejo del Dolor en pacientes oncológicos.

Y mi participación consistirá en informar sobre la intensidad de dolor y contestar el instrumento psicológico: Inventario de Depresión de Beck tanto en la primera como en la última sesión. Así mismo se me han explicado los beneficios derivados de mi participación en la investigación y que los datos obtenidos de la misma serán confidenciales. Entiendo que conservo el derecho a no aceptar ser incluido en dicho estudio y en caso de aceptar puedo retirarme en cualquier momento del estudio sin que esto altere o modifique la atención que se me brinda por parte del Servicio de Psicología ni del mismo Hospital.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Firma: _____

Testigo: _____ Firma: _____

Testigo: _____ Firma: _____

Original investigador, copia expediente

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Edad: _____ Sexo: (M) (F)

Estado Civil: a) Soltero(a) b) Separado(a) c) Viudo(a) d) Divorciado(a) e) Casado(a) f) Unión libre

¿Hasta que año escolar estudio? _____

1. ¿Cuál es su Diagnóstico?

2. ¿Hace cuánto le diagnosticaron la enfermedad?

3. ¿Está recibiendo Tratamiento?

- Si
- No

4. ¿Qué tipo de Tratamiento está recibiendo actualmente?

- Radioterapia
- Quimioterapia
- Quimioterapia y Radioterapia
- Cirugía
- Cirugía y Quimioterapia
- Cirugía y Radioterapia

5. ¿Desde hace cuánto está recibiendo su Tratamiento?

6. ¿En qué fase (o ciclo) de su quimioterapia se encuentra?

7. ¿Actualmente se encuentra tomando algún medicamento antidepresivo o ansiolítico?

- Si
- No

8- ¿Ha utilizado medicamento para el control del dolor?

- Si
- No

Si es así, que nombre del fármaco, tiempo de uso y dosis.

9- Desde que utilizó medicamento para el control del dolor, ¿ha incrementado su cansancio?

- Si
- No

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos Demográficos

Nombre	
Edad	
Diagnóstico	
Tratamiento	
Número de Expediente	

Valoración del Dolor/ EVA	Inventario de Depresión de Beck
	_____ puntos

PROGRAMA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

FASE	SESIÓN	OBJETIVO DE LA FASE O SESIÓN	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
<p>I EVALUACIÓN</p>	<p>1</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar las variables psicológicas (ansiedad y depresión) asociadas al dolor y astenia en pacientes oncológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta informará al paciente del objetivo y procedimiento del programa. • El terapeuta proporcionará al paciente el consentimiento informado. • El terapeuta llevará a cabo de manera individual la aplicación de los siguientes instrumentos: a) ficha de identificación, b) inventario de ansiedad de Beck, c) inventario de depresión de Beck. • El terapeuta evaluará el nivel subjetivo de dolor del paciente, así como la presencia de astenia (fatiga) en el momento de la entrevista, a través de la escala visual análoga (EVA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lápices y gomas • Consentimiento informado. • Ficha de identificación. • Inventario de ansiedad de Beck. • Inventario de Depresión de Beck. • Formato de valoración del EVA tanto para dolor como astenia. 	

FASE	SESIÓN	OBJETIVO DE LA FASE O SESIÓN	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
II TRATAMIENTO	2	<ul style="list-style-type: none"> Entrenar a los pacientes en el manejo del dolor a través de la respiración diafragmática (RD) y relajación autógena (RA). 	<ul style="list-style-type: none"> El terapeuta explicará y enseñará los beneficios de la practica de la RD. El terapeuta enseñará a registrar las unidades subjetivas de relajación (USR) al inicio y final de la practica de la RD y RA. El terapeuta enseñará a identificar el nivel de dolor y astenia a través de la escala visual análoga (EVA). El paciente hará un ejercicio de RD y RA (sensación de ligereza) asistido por el terapeuta. 	<ul style="list-style-type: none"> Lápices y gomas Formato de registro de niveles subjetivos de relajación. Formato de escala visual análoga (EVA). 	<ul style="list-style-type: none"> Practica de la RD.
II TRATAMIENTO	3	<ul style="list-style-type: none"> Entrenar a los pacientes en el manejo del dolor a través de la RA. 	<ul style="list-style-type: none"> El terapeuta evaluará la práctica de la RD. El paciente hará un ejercicio de RD y RA (sensación de ligereza) asistido por el terapeuta. El paciente registrará su EVA al inicio y al final del ejercicio de RA, así como también sus USR. 	<ul style="list-style-type: none"> Lápices y gomas Formato de registro de unidades subjetivas de relajación (USR). Formato de escala visual análoga (EVA). 	

FASE	SESIÓN	OBJETIVO DE LA FASE O SESIÓN	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
II TRATAMIENTO	4	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenar a los pacientes en el manejo del dolor a través de la RA. • Evaluar las variables psicológicas (ansiedad y depresión) asociadas al dolor y astenia en pacientes oncológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente hará un ejercicio de RD y RA (sensación de ligereza) asistido por el terapeuta. • El paciente registrará su EVA al inicio y al final del ejercicio de RA, así como también sus USR. • El terapeuta llevará a cabo de manera individual la aplicación de los siguientes instrumentos: a) ficha de identificación, b) inventario de ansiedad de Beck, c) inventario de depresión de Beck. • El terapeuta evaluará el nivel subjetivo de dolor del paciente, así como la presencia de astenia (fatiga) en el momento de la entrevista, a través de la escala visual análoga (EVA). 	<ul style="list-style-type: none"> • Lápices y gomas • Formato de registro de unidades subjetivas de relajación (USR). • Formato de escala visual análoga (EVA). • Inventario de ansiedad de Beck. • Inventario de Depresión de Beck. 	

AUTOEVALUACIÓN DEL NIVEL SUBJETIVO DE RELAJACIÓN

SESIÓN: _____ FECHA: _____

NOMBRE: _____

DIAGNOSTICO: _____

TERAPEUTA (S): _____

Instrucciones: Evalúe y señale con una “X” su nivel de relajación o de tensión que experimenta al inicio y al final de su ejercicio de relajación y explique brevemente que le hace en este estado.

ESCALA SUBJETIVA DE RELAJACIÓN

0	TOTAL Y PROFUNDAMENTE RELAJADO
1	MUY RELAJADO
2	
3	PARCIALMENTE RELAJADO
4	REGULARMENTE RELAJADO
5	
6	LEVEMENTE TENSO, ANSIOSO, ESTRESADO
7	MODERADAMENTE TENSO, ANSIOSO, ESTRESADO
8	
9	MUY TENSO, ANSIOSO, ESTRESADO
10	EXTREMADAMENTE TENSO, ANSIOSO, ESTRESADO

USR-I

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

TOTALMENTE
Relajado

EXTREMADAMENTE
Tenso, Ansioso, Estresado

USR-F

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

TOTALMENTE
Relajado

EXTREMADAMENTE
Tenso, Ansioso, Estresado

FASE	SESIÓN(ES)	OBJETIVO DE LA FASE O SESIÓN	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
II ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA.	2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente aprenderá habilidades de afrontamiento (cognitivo y conductuales) que les permita manejar adecuadamente la ansiedad prequirúrgica. • El paciente aprenderá a ejercitar la respiración diafragmática (RD) y relajación Autógena (RA). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El terapeuta expondrá que es la ansiedad prequirúrgica. ▪ El terapeuta enseñará al paciente a registrar situaciones provocadoras de ansiedad. • El terapeuta evaluará la práctica en casa. • El paciente hará un ejercicio de RA asistido por el terapeuta (Sensación de ligereza). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diapositivas sobre el tema de ansiedad prequirúrgica. ▪ Hojas y lápices 	

FASE	SESIÓN(ES)	OBJETIVO DE LA FASE O SESIÓN	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
II ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA.	3	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente aprenderá habilidades de afrontamiento (cognitivo y conductuales) que les permita manejar adecuadamente la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • El paciente realizará un ejercicio de RA asistido por el terapeuta. • El terapeuta ejemplificará el uso de la técnica de relajación autógena ante la cirugía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lápices y gomas • Formato de Autoevaluación de RA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Buscando Pistas.
	4	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente aprenderá habilidades de afrontamiento (cognitivo y conductuales) que les permita manejar adecuadamente la ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes harán un ejercicio de RD y RMP asistido por el terapeuta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de Autoevaluación de RA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de Buscando Pistas y Solución de Problemas.

FASE	SESIÓN(E S)	OBJETIVO DE LA FASE O SESIÓN	ACTIVIDADES	MATERIALES	TAREAS
II Y III ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA Y POST-EVALUACION.	5	<ul style="list-style-type: none"> ▪ El paciente aprenderá habilidades de afrontamiento (cognitivo y conductuales) que les permita manejar adecuadamente la ansiedad prequirúrgica. • Evaluar los cambios en las variables psicológicas asociadas a la ansiedad prequirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes harán un ejercicio de RA asistido por el terapeuta. • El terapeuta(s) llevarán a cabo de manera individual la aplicación del siguiente instrumento: <ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Ansiedad (IDARE E-R). 	<ul style="list-style-type: none"> • Formato de Autoevaluación de RA. 	

IDARE-E

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Instrucciones: Abajo aparecen algunas expresiones que las personas usamos para describirnos. Lea cada frase y tache el número que indique cómo se siente **ahora mismo, en este momento**. No hay respuestas correctas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora. Utilice la siguiente escala:

1. No en lo absoluto
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

- | | | | |
|-----|---|-------|-------------|
| 1. | Me siento calmado | ..... | 1 2 3 4 () |
| 2. | Me siento seguro | ..... | 1 2 3 4 () |
| 3. | Estoy tenso | ..... | 1 2 3 4 () |
| 4. | Estoy contrariado | ..... | 1 2 3 4 () |
| 5. | Estoy a gusto | ..... | 1 2 3 4 () |
| 6. | Me siento alterado | ..... | 1 2 3 4 () |
| 7. | Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo | ..... | 1 2 3 4 () |
| 8. | Me siento descansado | ..... | 1 2 3 4 () |
| 9. | Me siento ansioso | ..... | 1 2 3 4 () |
| 10. | Me siento cómodo | ..... | 1 2 3 4 () |
| 11. | Me siento con confianza en mí mismo | ..... | 1 2 3 4 () |
| 12. | Me siento nervioso | ..... | 1 2 3 4 () |
| 13. | Me siento agitado | ..... | 1 2 3 4 () |
| 14. | Me siento “a punto de explotar” | ..... | 1 2 3 4 () |
| 15. | Me siento reposado | ..... | 1 2 3 4 () |
| 16. | Me siento satisfecho | ..... | 1 2 3 4 () |
| 17. | Estoy preocupado | ..... | 1 2 3 4 () |
| 18. | Me siento muy excitado y aturdido | ..... | 1 2 3 4 () |
| 19. | Me siento alegre | ..... | 1 2 3 4 () |
| 20. | Me siento bien | ..... | 1 2 3 4 () |

IDARE-R

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que empleamos para describirnos aparecen abajo. Lea cada frase y tache el número que mejor describa la forma en la que se siente **generalmente**. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente empleando la siguiente escala:

1. Casi nunca
2. Algunas veces
3. Frecuentemente
4. Casi siempre

- | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|-----|
| 21. | Me siento bien | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 22. | Me canso rápidamente | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 23. | Siento ganas de llorar | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 24. | <i>Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo</i> | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 25. | Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 26. | Me siento cansado | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 27. | Soy una persona “tranquila, serena y sosegada” | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 28. | Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 29. | Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 30. | Soy feliz | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 31. | Tomo las cosas muy a pecho | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 32. | Me falta confianza en mi mismo | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 33. | Me siento seguro | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 34. | Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 35. | Me siento melancólico | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 36. | Me siento satisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 37. | Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 38. | Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 39. | Soy una persona estable | 1 | 2 | 3 | 4 | () |
| 40. | Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado | 1 | 2 | 3 | 4 | () |

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

_____ Edad: _____ Peso: _____
Estatura: _____

Últimas cifras de presión: _____ Fecha: _____

1. Tiempo de diagnóstico de su hipertensión:

2. ¿Qué tratamientos ha recibido para el control de su hipertensión desde que fue diagnosticada?

3. ¿Qué medicamentos toma actualmente para el control de su hipertensión ? y ¿ en qué dosis ?

4. De los siguientes síntomas de la hipertensión, ¿ cuáles se aplican a usted ?

△ Dolor de cabeza.

△ Zumbidos

△ Vértigo o mareos.

△ Somnolencia.

△ Hemorragia Nasal.

△ Ojos enrojecidos.

△ Ver lucecitas.

△ Otros (mencione cuáles): _____

5. ¿En su familia hay personas con hipertensión?

Sí ¿quiénes? _____
No _____

6. ¿ A qué atribuye su hipertensión ?

7. ¿ Qué hace usted para controlar su hipertensión ?

8. De los siguientes trastornos ¿Cuáles padece usted?

- △ Problemas renales.
- △ Diabetes.
- △ Infecciones urinarias.
- △ Problemas visuales.
- △ Otros (mencione cuáles): _____

9. De los siguientes factores ¿Cuáles se aplican a usted?

A) Higiénico dietéticos:

- △ Alcoholismo (beber más de 2 copas de alcohol/día)
- △ Tabaquismo (fumar más de 5 cigarrillos/día)
- △ Obesidad
- △ Sedentarismo
- △ Alto consumo de sal
- △ Dieta rica en grasas animales

B) Psicosociales:

- △ Ocupación y medio laboral estresante
- △ Personalidad estresante (e.g. se irrita fácilmente, se siente culpable mientras descansa, programa actividades en menos tiempo, etc.)
- △ Medio ambiente estresante (e.g., con problemas familiares, de pareja, económicos, etc.).
- △ Ansiedad
- △ Depresión

10. Actualmente, ¿cuál de las siguientes actividades realiza con regularidad?

- △ Ejercicio físico ¿qué tipo de ejercicio? _____
- △ Alguna actividad recreativa ¿cuál? _____
- △ Seguir una dieta por indicación médica ¿cuál? _____

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

Nombre:

Fecha:

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SÍNTOMA	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	SEVERAMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochorno)				
Debilitamiento de las piernas				
Dificultad para relajarse				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida al calor)				

REGISTRO DIARIO

NOMBRE: _____

MEDICAMENTO: _____

DOSIS: _____

INSTRUCCIONES: Marque con una X el recuadro si Ud. Llevo a cabo cada una de las actividades indicadas en este día.

Día	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Fecha															
Tomarse el Medicamento 															
Hacer Ejercicio 															
Medirse la Presión Arterial 															
Cumplir con la Dieta 															