



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

*Relación del estado de ánimo ansioso y depresivo con el informe
e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer
terminal atendidos en una unidad de cuidados paliativos.*

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTADO POR:

Edgar Landa Ramírez

DIRECTOR DEL INFORME:

Dr. Claudio Antonio Carpio Ramírez

REVISORES :

Dr. Juan José Sánchez Sosa

Médico Algólogo.- Alfredo Covarrubias Gómez

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

Mtro. Fernando Vázquez Pineda



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.

ÍNDICE

I.- Prólogo al informe de investigación.....	1
II.- Relación del estado de ánimo ansioso y depresivo con el informe e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal atendidos en una unidad de cuidados paliativos.	
<i>Introducción.....</i>	<i>5</i>
<i>Objetivo.....</i>	<i>12</i>
<i>Método.....</i>	<i>14</i>
<i>Resultados</i>	<i>22</i>
<i>Discusión.....</i>	<i>29</i>
III.- Reflexiones conceptuales en torno al ejercicio profesional del médico conductual	
<i>Aplicación del conocimiento psicológico básico al ámbito de la salud.....</i>	<i>36</i>
<i>Medicina conductual y sus sistemas teóricos.....</i>	<i>42</i>
IV.-Informe de actividades realizadas en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.....	45
<i>Referencias.....</i>	<i>55</i>
<i>Anexos.....</i>	<i>66</i>

I.- Prólogo al informe de investigación.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1978; OMS, 2006). Aunque dicho concepto ha sido constantemente criticado por la falta de claridad en algunos de sus términos (Morales, 1999), sigue siendo el eje rector de las acciones que se emprenden en el ámbito de la salud y ante el cual se estructuran y organizan las instituciones y programas, (Cox e Irby, 2006).

Es en el contexto de la salud como un constructo bio-psico-social que la medicina conductual surge, se desarrolla y se va consolidando como una interdisciplina capaz de conjuntar lo mejor del conocimiento básico para su aplicación en los problemas relacionados con la salud (Agras, 1982; Schwartz, 1982).

A la medicina conductual se le ha definido como: El campo interesado en el desarrollo del conocimiento de las ciencias del comportamiento y las técnicas relevantes para el entendimiento de la salud y enfermedad físicas, la aplicación de esos conocimientos y técnicas para el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación (Schwartz y Weiss, 1977, p. 379).

Un año más tarde los mismos autores complementan la definición de la siguiente manera: La medicina conductual es un campo interdisciplinario interesado en el desarrollo e integración de las ciencias comportamentales y biomédicas, al respecto tanto de conocimiento como de técnicas, relevantes hacia la salud y enfermedad y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas hacia la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (Schwartz y Weiss, 1978, p.250).

Aunque éstas no son las únicas definiciones que se han hecho sobre la medicina conductual, sí son quizá las más aceptadas por la comunidad de expertos en el área, debido en gran medida, a la correspondencia que existe entre las acciones del especialista en medicina conductual y los lineamientos y actividades comprendidas dentro del modelo bio-psico-social y sus actuales ampliaciones al modelo bio-psico-socio-espiritual (Sulmasy, 2002).

Con base en el modelo bio-psico-social se han realizado distintos trabajos por parte de medicina conductual enfocándose primordialmente a factores psicosociales relacionados con padecimientos de índole crónico-degenerativo como la diabetes (Amsberg et al. 2009), el dolor crónico (Dixón, Keefe, Scipio, Perri y Abernethy, 2007; Jensen, Bergstrom, Ljungquist Bodin y Nygren, 2001), el cáncer (Coyne, Thombs, y Hagedoorn, 2008), problemas crónicos el sueño (Irwin, Cole y Nicassio, 2006). De igual manera, se han desarrollado trabajos para evaluar y modificar la relación médico-paciente (Buyck et al. 2005) y se han realizado recientes revisiones de calidad de los trabajos hechos en medicina conductual (Coyne, Thombs, y Hagedoorn, 2010).

El modelo bio-psico-social ha auspiciado entre los trabajadores de la salud la idea de que el curar no sea la meta única y máxima, ya que ahora se le da la misma importancia a acciones como la prevención, tratamiento, rehabilitación, paliación y ayudar al bien morir. Se busca fomentar, que el especialista en medicina conductual esté preparado para desarrollar habilidades que le permitan interactuar en cada una de estas áreas generando conocimientos y técnicas que posibiliten la correcta inserción de más expertos en medicina conductual en cada una de ellas.

Una de las nuevas áreas médicas que han surgido en el contexto de la medicina bio-psico-social, es la de los cuidados paliativos que, a decir de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) surge como una especialidad encaminada a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, que enfrentan los problemas asociados a una enfermedad que amenaza la vida, a través de la prevención y alivio de síntomas como el dolor y otros problemas físicos, psicológicos, sociales y espirituales.

Los cuidados paliativos se pueden proporcionar desde el momento en el cual el paciente recibe el diagnóstico de alguna enfermedad y es sometido a distintos tratamientos de índole curativa. En este caso los cuidados paliativos buscan el control de los síntomas asociados a los efectos secundarios del tratamiento curativo, sin embargo, la modalidad más conocida (y que se aborda en el presente informe) de los cuidados paliativos es la de brindar control de síntomas cuando no hay más tratamiento curativo que ofrecerle al paciente y se deja la libre evolución de la enfermedad hasta la muerte en un período generalmente no mayor a seis meses (Brooksbank, 2009). Cuando se proporciona esta

segunda modalidad de cuidados paliativos, no sólo se busca el control de síntomas físicos, sino que, se busca la identificación y resolución de problemas sociales y psicológicos por los que pasan los pacientes y familiares mientras el paciente va llegando por desenlace natural al fallecimiento.

Dado los objetivos de los cuidados paliativos, el trabajo interdisciplinario se vuelve indispensable para el buen funcionamiento de una clínica de cuidados paliativos: médicos paliativistas o algólogos, personal de enfermería, trabajo social, psicología, tanatología se integran para brindar el mayor apoyo al paciente y familiar. (Cherlin et al. 2010). Es así que el paciente que llega por primera vez a los cuidados paliativos, es evaluado exhaustivamente para identificar qué síntomas son los que presenta, qué tanto le están complicando la vida y elegir entonces el mejor tratamiento para paliarlo.

Dentro de las variables evaluadas por el especialista en medicina conductual en pacientes con enfermedad terminal, están las correspondientes al estado de ánimo, y justamente ahí existe evidencia contradictoria tanto clínica como teórica con respecto a si los pacientes en cuidados paliativos que presentan un estado de ánimo ansioso, deprimido a la combinación, experimenta una mayor cantidad de síntomas físicos y/o una mayor intensidad de los mismos, dificultando, el trabajo que día a día se lleva en la clínica. El ayudar con investigaciones que respondan a este tipo de preguntas, se vuelve fundamental en un área en la cual el éxito del tratamiento es medido por el control de síntomas en los pacientes que se atienden.

El presente estudio surgió con la finalidad de evaluar la relación entre los niveles de ansiedad y depresión, con el informe e intensidad de síntomas físicos y contribuir así a la discusión actual sobre el tema. Se eligió trabajar con paciente con cáncer terminal, debido a que esta población es la que probablemente más padece los efectos de las enfermedades terminales, de igual forma, la mayoría de la población de pacientes paliativos padecen el cáncer como enfermedad base permitiendo así una mayor cantidad de pacientes en la investigación. Por tal razón, a lo largo del estudio se hará una descripción general del problema epidemiológico del cáncer y los principales problemas, físicos, sociales y psicológicos cuando la enfermedad se encuentra en una etapa terminal. Se resaltarán a la ansiedad y depresión como dos de los problemas emocionales más frecuentes en pacientes con cáncer terminal, se presentarán estudios

que han evaluado dichas variables, se presentarán los datos obtenidos del estudio planteado y se contrastarán con los datos obtenidos en otras investigaciones similares.

Posteriormente, se presenta un análisis de carácter reflexivo en torno al ejercicio profesional del experto en medicina conductual y algunos de los principales problemas teóricos a los cuales se enfrenta el estudiante recientemente formando en esta disciplina en donde se abordan dos grandes áreas: la aplicación del conocimiento psicológico básico al ámbito de la salud y la medicina conductual y los sistemas teóricos que la subyacen. Se finaliza ese apartado recomendando integrar el análisis conceptual como herramienta a desarrollar en los estudiantes medicina conductual a la par de las herramientas teóricas y metodológicas.

Finalmente, se presenta una descripción de las actividades realizadas durante el año de residencia del presente sustentante en la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán.

II.-Relación del estado de ánimo ansioso y depresivo con el informe e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal atendidos en una unidad de cuidados paliativos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2009) el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de muerte en el mundo. Durante el 2004, se calculó que cerca de 7.4 millones de personas fallecieron debido a algún tipo de cáncer, el 74% de dichas muertes ocurrieron en países en vías de desarrollo y se tiene proyectado que para el 2030 el número de muertes muy probablemente se incrementará a 12 millones por año.

En la tabla 1 se muestran los principales tipos de cáncer que a nivel mundial cobran la vida de las personas cada año:

Tabla 1.- Muestra los principales tipos de cáncer y el número de defunciones que ocurrieron durante el 2004 a nivel mundial conforme con la OMS.

Tipo de cáncer	Número de muertes 2004
1. Cáncer de pulmón	1.3 millones
2. Cáncer de estómago	803,000
3. Cáncer colorrectal	639,000
4. Cáncer de hígado	610,000
5. Cáncer de mama	519,000

De acuerdo con la Secretaría de Salud de México en su Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS, 2007), el cáncer no se encontraba dentro de las cinco principales causas de muerte entre los mexicanos (véase tabla 2)

Tabla 2.- Muestra las cinco principales causas de muerte en México de acuerdo con la Secretaría de Salud SINAIS 2007.

Las cinco principales causas de muerte entre los mexicanos en el 2007	Número de muertes
--	--------------------------

1. Diabetes Mellitus	33.310
2. Enfermedades Isquémicas del Corazón	31.478
3. Cirrosis y otras enfermedades del Hígado	20.941
4. Enfermedades Cerebro-vasculares	13.912
5. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	11.132

Este dato se explica, sin embargo por el hecho de que, cuando se hace el conteo de personas muertas por cáncer, se realizan sub-clasificaciones por el tipo de cáncer que corresponde al fallecimiento de la persona. Si se hiciera una sumatoria con los datos más recientes de mortalidad por cáncer (Secretaría de Salud SINAIS, 2005), y se considerara en una sola categoría de las muertes, esta enfermedad hubiese ocupado el tercer lugar nacional de muertes durante el año 2007 (véase tabla 3 y 4)

Tabla 3.- Muestra el lugar que ocupan los distintos tipos de cáncer entre las principales causas de muerte en México de acuerdo con la Secretaría de Salud 2005.

Principales causas de muerte entre los mexicanos por distintos tipos de cáncer en el 2005	Número de muertes
13.-Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	7.018
14.-Tumor maligno del estómago	5.328
15.-Tumor maligno del hígado	4.839
16.-Tumor maligno de la próstata	4.788
19.-Tumor maligno del cuello del útero	4.270
TOTAL	26,243

Tabla 4.- Muestra las principales causas de muerte en México de acuerdo con la Secretaría de Salud 2007. Agregando al cáncer como una enfermedad no sub-clasificada.

Las principales causas de muerte entre los mexicanos en el 2007	Número de muertes
1. Diabetes Mellitus	33.310

2. Enfermedades Isquémicas del Corazón	31.478
3. Cáncer	26,243
4. Cirrosis y otras enfermedades del Hígado	20.941
5. Enfermedades Cerebrovasculares	13.912
6. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	11.132

Si se toma en cuenta la proyección realizada por el OMS con respecto al crecimiento de cáncer a nivel mundial, no sería extraño entonces que esta enfermedad en poco tiempo se convirtiera en la segunda o primera causa de muerte en nuestro país.

El problema del cáncer va más allá de los datos epidemiológicos antes descritos, ya que las personas que lo padecen pasan por distintos cambios, físicos, psicológicos y sociales muy negativos dependiendo del tipo de cáncer y sus síntomas (Kim, Dodd, Aouizerat, Jahan & Miaskowski, 2009). También depende de las habilidades con las que cuenten los pacientes para afrontar la enfermedad y las consecuencias de los tratamientos médicos (Dale, Adair & Humphris, 2010), de la red de apoyo social de los pacientes (Van Ryn et al. En prensa), así como, del estadio en el que el cáncer se encuentre (Hamilton, Lobel & Moyer, 2009).

Dado el interés primordial del presente estudio, se describirán únicamente las consecuencias del cáncer en pacientes en fase terminal. Al igual que en otras etapas del cáncer, las consecuencias de la enfermedad pueden describirse en dimensiones físicas, psicológicas y sociales.

Una revisión que tuvo como objetivo obtener una prevalencia de síntomas en pacientes con cáncer no curable incluyó 44 estudios que en total habían abarcado 25,074 pacientes. Revisaron seis estudios (2,219 pacientes) que evaluaron la prevalencia de síntomas en las últimas dos semanas de vida de los pacientes. La revisión reveló que había cinco síntomas (fatiga, dolor, falta de energía, debilidad y pérdida de apetito) que se presentaban en más del 50% de los pacientes. Se lograron identificar 37 síntomas (véase el anexo 1) que se presentaban en al menos 10% de los pacientes. En cuanto a los pacientes que se encontraban en las últimas dos semanas de su vida, los síntomas más

recurrentes fueron fatiga, pérdida de peso, debilidad y pérdida de apetito; estos se presentaron hasta en un 50% del total de los pacientes y llegaron a presentar hasta 26 síntomas físicos de los 37 mencionados en el anexo 1 (Teunissen, et al, 2007).

Algunos de los principales síntomas antes descritos, coinciden con los presentados por Laugsand et al. (2009), ellos realizaron un estudio multicéntrico el cual tenía como objetivo describir la intensidad y tratamiento de síntomas físicos en pacientes europeos paliativos, en el estudio participaron 143 unidades de cuidados paliativos y tuvieron una muestra de 3,030 pacientes. Los síntomas que coincidieron fueron (debilidad y fatiga), los otros síntomas que los autores encontraron se presentaban fueron: anorexia, constipación, falta de coordinación y disnea. Así, los pacientes en situación de cáncer terminal experimentan una gran cantidad de síntomas físicos siendo los relacionados con la debilidad los más reportados en dichas muestras.

En cuanto a los problemas sociales, los pacientes que se encuentran en situación de enfermedad terminal, suelen enfrentar algunos de estos: no tener fuerzas para mantener un empleo y pérdida del empleo de los cuidadores primarios (Dubrof, Ebenstein & Dodd, 2006); problemas económicos y de cuidado con la familia que los procura (Dumont et al. 2006) los pacientes que provienen de un nivel económico bajo y forman parte de alguna minoría no suelen experimentar el mismo éxito del tratamiento médico o psicológico (Williams, 2006); dependiendo de la cultura, raza o etnia a la que pertenezcan los pacientes, también parecen responder de manera distinta a los cuidados paliativos (Al-Shahri & Al-Khenaizan 2005; Crawley, 2005).

En el caso particular de México, los pacientes con cáncer terminal se enfrentan al problema de la falta de infraestructura hospitalaria que les permita recibir la atención necesaria durante los últimos meses de su vida (Torres-Vigil, Aday, De Lima & Cleeland, 2007); se enfrentan también, a muy escasos conocimientos y a su generación en el área de cuidados paliativos, lo cual parece reflejar el poco interés que existe sobre el área hasta el momento en el país (Pastrana et al. 2009).

Con respecto a los problemas psicológicos, Block (2006) comenta que los pacientes que enfrentan una enfermedad terminal suelen afectar las relaciones con ellos mismos, sus

familiares y con cuidadores formales e informales, fomentando relaciones disfuncionales y disminuyendo el impacto del tratamiento en los cuidados paliativos.

Algunos de los principales problemas psicológicos que más se presentan son: distrés psicológico (Thekkumpurath, Venkateswaran, Kumar & Bennett, 2008; Thekkumpurath, Venkateswaran, Kumar Newsham & Bennett, 2009); duelo anticipatorio (Periyakoil & Hallenback, 2002; Shear, Frank, Houck & Reynolds; 2005), tristeza al enfrentar el pronóstico de vida (Block 2006), desesperanza (Mystakidou et al. 2008) preguntas de tipo espiritual (Moss & Dobson, 2006); estado de ánimo ansioso (Wilson et al. 2007) estado de ánimo depresivo (Ly, Chidgey, Addington-Hall & Hotopf 2002).

En el estudio de Teunissen et al. 2007, la depresión y la ansiedad no se encontraban dentro de los cinco principales síntomas en pacientes con cáncer terminal a pesar de que los porcentajes de presentación de la depresión y ansiedad eran relativamente altos (39% y 30%, respectivamente). Sin embargo, en el estudio de Laugsand et al. (2009) la ansiedad y depresión se describen como unas de las diez principales quejas de los pacientes en cuidados paliativos, ellos informan que la ansiedad se presenta en el 28% de los pacientes y la depresión en el 18 %. Las intensidades reportadas por los pacientes iban de moderada a graves.

A pesar de los porcentajes presentados, Wasteson et al (2009) comentan que no es posible tener un porcentaje de depresión sin tomar en cuenta el cómo se entiende al concepto depresión, el método utilizado para evaluarlo, las variaciones del instrumento (aunque sea el mismo) en distintos países y sus distintos puntos de corte, de los objetivos y diseños de los distintos estudios que han evaluado la depresión y de la dificultad que conlleva el consenso de cómo entender la depresión en la población paliativa. Aunque la autora no se enfoca en el estudio de la ansiedad, los criterios que menciona pueden aplicarse a esta misma.

De esta manera, la ansiedad y la depresión pueden entenderse como problemas psiquiátricos (depresión mayor o trastorno de ansiedad) o como problemas del estado de ánimo (véase descripción de variables). De igual manera, la depresión y ansiedad pueden medirse por medio de preguntas directas (¿se siente deprimido? ¿se siente

ansioso?); entrevistas semiestructuradas, criterios acorde al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (por sus siglas en inglés DSM-IV, López-Ibor y Valdés, 2002) o por medio de instrumentos enfocados a la evaluación de estado de ánimo ansioso o depresivo (por ejemplo el Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD). Este último método de evaluación se utiliza en hasta un 77% de 202 estudios, para identificar ansiedad y depresión (Wasteson et al.).

Cuando se utiliza el HAD, se ha llegado a informar una frecuencia de depresión que oscilan entre un 16% al 50% con una media de 29%. Cuando se llegan a utilizar criterios psiquiátricos para evaluar la depresión los porcentajes oscilan del 5% al 26%, con una media de 15%. (Hotopf, Chidgey, Addington-Hall & Ly, 2002). En el caso de la ansiedad cuando se utilizan criterios acorde al DSM-IV los porcentajes van del 3 al 25% (Smith, Gomm & Dickens, 2003), y cuando se utiliza el HAD, se han reportado niveles de 34% (Teunissen, de Graeff, Voest & de Haes, 2007)

Independientemente de los diversos porcentajes obtenidos a partir de los diversos métodos de evaluación, parece claro que tanto la ansiedad como la depresión, se han convertido en los problemas emocionales más comunes entre los pacientes que reciben atención médica por una enfermedad terminal. Lo anterior representa un doble problema, el primero tiene que ver con la ansiedad y depresión como reacciones a tratar para el control y alivio de las mismas; el segundo, se relaciona con que los pacientes que presentan ansiedad, depresión o su combinación, suelen informar mayor intensidad en un síntoma como es el dolor, en comparación de aquellos pacientes que no lo presentan (Bair, Wu, Damush, Sutherland, & Kroenke 2008; Thielking, 2003; Thompson, Keogh, French & Davis, 2008).

Lo anterior plantea las siguientes interrogantes: al igual que en el dolor ¿la ansiedad, depresión o su combinación, podrá hacer que el informe de otros síntomas físicos se exacerben en pacientes en cuidados paliativos? ¿Hará más difícil el control de síntomas que experimenta el paciente? ¿Modifica la intensidad de los síntomas reportados? ¿Impactará en algunos síntomas y en otros no?

Kai-hoy, Wong, Lo & Woo (2000) realizaron uno de los primeros estudios que trataban de responder algunas de las interrogantes antes planteadas, ellos evaluaron a pacientes paliativos con cáncer avanzado e hicieron relaciones entre los pacientes deprimidos y no deprimidos con la intensidad informada del dolor (con criterios HAD) sin embargo, no encontraron ningún tipo de relación.

Lloyd-Williams, Dennis & Taylor (2004) realizaron una entrevista semiestructurada en la cual incluían criterios del DSM-IV para depresión, con la cual indagaban si 74 pacientes de una clínica de cuidados paliativos se encontraban deprimidos, y asociaron esto con el informe de síntomas que padecían. Los autores encontraron una asociación entre pacientes deprimidos y síntomas como dolor, inmovilidad y cansancio.

Ese mismo año, Chen & Chang (2004) publicaron un estudio en 121 pacientes con cáncer terminal y evaluaron a pacientes con y sin depresión (de acuerdo a los puntajes HAD) y el número de síntomas referidos por los pacientes. Los autores encontraron que los pacientes con depresión informaban mayor número de síntomas que los pacientes sin depresión, estos síntomas fueron: insomnio, dolor, anorexia, fatiga y úlceras por presión.

Años más tarde Teunissen, de Graeff, et al. (2007) publicaron un estudio en el cual se evaluaba la relación de la depresión y ansiedad con la frecuencia e intensidad de síntomas referidos por pacientes con cáncer avanzado que se encontraban hospitalizados. Ellos aplicaron en 79 pacientes el instrumento HAD para medir ansiedad y depresión, el sistema de evaluación de síntomas Edmonton (por sus siglas en inglés ESAS, Vignaroli, Pace, Willey, Palmer, Zhang & Bruera, 2006) y la pregunta directa de si se sentía deprimido o ansioso el paciente. Los resultados no revelaron asociación entre los niveles de ansiedad y depresión y la frecuencia de síntomas físicos, aunque sí se encontró una relación baja entre ansiedad o depresión y la intensidad de insomnio y somnolencia cuando se media por medio del HAD; y una relación entre ansiedad y presencia de dolor, cuando se media por medio de la pregunta directa.

Recientemente Delgado-Guay, Parsons, Li, Palmer & Bruera (2009) publicaron un estudio en el cual evaluaron la relación entre la ansiedad, depresión y su combinación con la intensidad y frecuencia de síntomas físicos y el bienestar percibido de pacientes

paliativos por cáncer. Ellos encontraron una relación entre el estado de ánimo ansioso y/o deprimido y mayor frecuencia de presentación de ciertos síntomas físicos (depresión con somnolencia, náusea, dolor, disnea pérdida de apetito y pérdida del bienestar; ansiedad se relacionó con náusea y disnea), de igual manera, encontraron relaciones entre estado de ánimo ansioso deprimido y la intensidad de síntomas físicos (la depresión se asoció de manera débil o media con náusea, fatiga y bienestar; ansiedad relacionó con dolor, fatiga, pérdida de apetito, y bienestar percibido).

Como se ha descrito, los estudios que han tratado de evaluar de manera directa la relación de estado de ánimo con informe de síntomas físicos, son relativamente recientes y no se han tenido resultados consistentes, aunque parecen apuntar a que existe una relación entre la ansiedad-depresión y el informe e intensidad de síntomas físicos. Existen diferencias en los trabajos que podrían explicar las variaciones, coincidiendo con Teunissen, de Graeff, et al. se considera que algunas de éstas se derivaron de: la selección de participantes (en algunos casos los pacientes estaban recibiendo quimioterapia mientras que en otros estaban en control de síntomas), el grado de funcionalidad de los pacientes (diferentes PPS o Karnofsky), diferencias culturales (holandeses, chinos, estadounidenses), variables utilizadas (en algunos trabajos no se busca relación con ansiedad), metodología empleada (estudios retrospectivos o prospectivos), forma de evaluar la ansiedad y depresión (no todos utilizaban el HAD), forma de evaluar los síntomas (no todos utilizaron el mismo instrumento) y momento en el que se evalúa al paciente (los estudios no hacen seguimientos).

Un estudio que permita homologar (en lo posible) estas diferencias permitiría evaluar qué tanto las diferencias hasta ahora encontradas se deben a estas variables (tipo de pacientes, nivel de funcionalidad, variables evaluadas, instrumentos empleados, diseños de las investigaciones) o quizá a algunas otras no consideradas. En virtud de lo anterior, se vuelve relevante el generar más investigaciones en el área que contribuyan datos para describir la relación entre los estados de ánimo ansioso, deprimido o ambos, con el informe e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal.

Objetivo general:

Analizar la relación entre el estado de ánimo ansioso, depresivo o combinado y la presencia e intensidad de síntomas físicos referidos por pacientes con cáncer terminal en

cuidados paliativos. De igual manera se va a describir la frecuencia de ansiedad, depresión o ambos en la población estudiada cuando asisten a la primera consulta de cuidados paliativos.

Objetivos específicos: Describir:

- La relación entre el estado de ánimo depresivo y la presencia e intensidad de síntomas físicos.
- La relación entre el estado de ánimo ansioso y la presencia e intensidad de síntomas físicos.
- La relación entre el estado de ánimo ansioso y depresivo y la presencia e intensidad de síntomas físicos.
- La frecuencia de ansiedad, depresión o ambos en la población estudiada.

Variables.

Depresión:

El concepto puede hacer referencia a un problema psiquiátrico “depresión mayor” identificado a partir de la conjunción de cierto número de síntomas (cinco de nueve síntomas, caracterizados por anhedonia, disminución o falta de actividades que el paciente realiza, síntomas físicos y síntomas cognitivos) en un periodo (15 días o más, DSM-IV). También, puede hacer referencia a un estado de ánimo caracterizado por un predominio de anhedonia dejando de lado la identificación de la depresión por medio de la disminución de actividades, estado físico o cognitivo (Hotopf et al. 2002). Dado que los pacientes en cuidados paliativos suelen experimentar síntomas como cansancio, problemas cognitivos o disminución de actividades por el simple hecho de estar enfermos y no necesariamente deprimidos, en este estudio se concibe la depresión como la evaluación del estado de ánimo caracterizado por la anhedonia en el paciente con cáncer terminal evaluada por medio del HAD.

Ansiedad:

La ansiedad se ha descrito como un problema psiquiátrico denominado de manera genérica “trastornos de ansiedad” con diferentes sub clasificaciones tales como: trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad generalizada, entre otros. De manera general se caracteriza por un estado displacentero de miedo o aprensión, que se presenta en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración es desproporcionada en relación a la intensidad real de la situación. Se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como palpitaciones, temblores, rigidez muscular, hiperventilación, sudoraciones, piloerección, etc. También se identifican síntomas cognitivos como pensamientos relacionados con aprensión, preocupación, dificultades para concentrarse, inquietud, preocupación exagerada de muerte e hipervigilancia, entre otros (Stark, et al. 2002).

Al igual que la depresión, la ansiedad como problema psiquiátrico es difícil de evaluar en pacientes en cuidados paliativos, ya que resulta complicado juzgar cuándo la ansiedad es desproporcionada a la amenaza real de la enfermedad terminal (Stark & House, 2000). La opción que se propone es evaluar a la ansiedad como estado de ánimo ansioso retomando síntomas cognitivos y físicos primordialmente dejando de lado el carácter real o imaginario de las amenazas del paciente. En el caso de este estudio será evaluada por medio del instrumento HAD considerando a un paciente con estado de ánimo ansioso si obtiene una puntuación mayor o igual a 8 en la subescala de ansiedad (véase descripción del instrumento HAD más adelante).

Síntomas físicos:

Se trata de un **informe** referido por el paciente con respecto a los principales problemas que encuentra en su organismo al momento de la entrevista, aunque existen diversas maneras de evaluar los síntomas físicos las formas más comunes incluyen el uso del instrumento ESAS (véase descripción en la sección de medición más adelante). Dicho instrumento evalúa tanto la presencia de de síntomas así como la intensidad de los mismos.

Método

Participantes:

Se invitó a participar a 96 pacientes que tenían el diagnóstico por escrito en expediente clínico, clasificado como de enfermedad terminal y que recibían por primera la atención de cuidados paliativos por parte del Instituto Nacional de Nutrición (INCMNSZ). Del total de pacientes invitados, 5 no tenían cáncer como enfermedad terminal por tal razón no fueron incluidos en el análisis de los datos; 32 de los pacientes que tenían cáncer terminal no concluyeron la evaluación debido a problemas físicos, emocionales o cognitivos.

En total 59 pacientes concluyeron las evaluaciones y con ellos se llevó a cabo el análisis de datos, el 62.7% eran mujeres y el 37.3% hombres, la edad promedio de los pacientes fue de 61 años (con un rango de 18-88), el 54% de los pacientes se encontraban casados, 22% eran solteros por viudez y 18% eran solteros por no tener pareja. El 33.9% de los pacientes había cursado la primaria y el 20.3% la secundaria. El 79.7% de los pacientes se declaraban de religión católica. El 18.6% de los pacientes no sabían de su diagnóstico y 35.6% no sabían de su pronóstico de vida durante la primera entrevista. (Para datos completos véase la tabla 5)

Tabla 5.- Datos sociodemográficos de los pacientes (n=59)

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	N	Porcentaje
Sexo		
Femenino	37	(62.7%)
Masculino	22	(37.3%)
Edad		
	Media de 61 años (rango de 18-88)	
Estado Civil		
Soltero	11	(18.6%)
Casado	32	(54.5%)
Soltero/divorciado	3	(5.1%)
Soltero/Viudo	13	(22%)
Escolaridad		
Sin estudios	8	(13.6%)
Primaria	20	(33.9%)
Secundaria	12	(20.3%)
Bachillerato	7	(11.9%)
Carrera Técnica	1	(1.7%)
Licenciatura	7	(11.9%)
Posgrado	4	(6.8%)
Religión		
Ninguna	5	(8.5%)
Católica	47	(79.7)
Cristiana	2	(3.4%)
Mormona	1	(1.7%)
Evangélica	1	(1.7%)
Otra	3	(5.1%)

Conocimiento sobre el diagnóstico por parte del paciente

Sí	48 (81.4%)
No	11 (18.6%)

Conocimiento sobre el pronóstico por parte del paciente

Sí	38 (62.3%)
No	21 (35.6%)

Los principales tipos de cáncer que padecían los pacientes fueron: cáncer hematológico (leucemia y mielomas, 16.9%), cáncer de estómago (13.6%), cáncer de hígado (11.9%) y cáncer de páncreas (10.9%). Para ver el resto de tipos de cáncer ir a tabla 6.

Tabla 6.- Tipos de cáncer que tenía los pacientes (n=59)

Tipos de Cáncer	Frecuencia	Porcentaje
1.-Cáncer hematológico	10	16.9%
2.-Cáncer de estómago	8	13.6%
3.-Cáncer de hígado	7	11.9%
4.-Cáncer de páncreas	6	10.9%
5.-Cáncer colorrectal	5	8.5%
5.-Cáncer de matriz	5	8.5%
5.-Cáncer de riñón	5	8.5%
6.-Otros tipos de cáncer	3	5.1%
7.-Cáncer genital	2	3.4%
7.-Cáncer de pulmón	2	3.4%
7.-Cáncer de piel	2	3.4%
8.-Cáncer urinario	1	1.7%

Criterios de inclusión

- Haber sido diagnosticado por médico tratante como paciente paliativo. (Esto se corroboraba en el expediente médico del paciente).
- Que reciba tratamiento por primera en el servicio de cuidados paliativos.
- Ser paciente paliativo por cáncer terminal.
- Que hayan aceptado participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- No estar clasificado por el médico tratante como paciente en cuidados paliativos
- Ser paciente en cuidados paliativos por cualquier otra enfermedad que no fuera cáncer

- Negativa a participar en la investigación.
- Deterioro físico o cognitivo que impidiera contestar las pruebas

De los síntomas obtenidos por medio del ESAS, los que se presentaron con mayor frecuencia fueron: debilidad (88.13%), dolor (71.18%), somnolencia (66.1%), anorexia (61.01%) y ansiedad (55.93%). Con respecto a la intensidad reportada por los pacientes los datos fueron muy similares: debilidad (5.6/10), dolor (4.1/10), anorexia (4.1/10) somnolencia (3.6/10) y ansiedad (3/10). Para el resto de síntomas véase la tabla 7.

Tabla 7.- Frecuencia, porcentaje y media de intensidad de los síntomas físicos (ESAS, n=59)

Síntomas acorde al ESAS	Frecuencia	Porcentaje	Media de intensidad (0-10)
1.-Debilidad	52		5.66
2.-Dolor	42	88.13%	4.17
3.-Somnolencia	39	71.18%	3.63
4.-Anorexia	36	66.1%	4.12
5.-Ansiedad	33	61.01%	3.02
6.-Depresión	32	55.93%	2.88
7.-Náusea	30	54.23%	2.66
8.-Problemas Bucales	29	50.84%	2.69
9.-Disnea	24	49.15%	2.03
10.-Problemas del sueño	23	40.67%	2.47

En cuanto al nivel de funcionalidad medido por medio del PPS (véase descripción de instrumentos), el 23.7% de los pacientes se encontraban en un nivel de 50/100, el 16.9% de los participantes se encontraban en un 60/100 y el 13.6% de los pacientes en un 20/100. La media encontrada fue de 53.45, una mediana de 50 y una moda de 50 con una desviación estándar de 22.13 (véase la tabla 8)

Tabla 8.- Datos de funcionalidad de los pacientes de acuerdo al PPS (n=59)

Rango de PPS	Frecuencia	Porcentaje
--------------	------------	------------

10	1	1.7%
20	8	13.6%
30	3	5.1%
40	6	10.2%
50	14	23.7%
60	10	16.9%
70	5	8.5%
80	5	8.5%
90	5	8.5%
100	1	1.7%

Medición

Los datos médicos y sociodemográficos se obtuvieron por medio de una entrevista semiestructurada explícitamente creada para su aplicación en pacientes paliativos y sus familiares (véase anexo 2). Se utilizó el expediente médico clínico de los pacientes para corroborar información, así como, para obtener datos sobre el estatus de funcionalidad e informe de síntomas, cabe mencionar que dichas evaluaciones fueron realizadas por los médicos a partir de instrumentos que utilizan en la consulta diaria, a continuación se hará una descripción de los mismos.

Palliative Performance Scale (PPS, véase el anexo 3) Es una escala que primordialmente se usa para evaluar el nivel de funcionalidad del paciente paliativos (Anderson, Downing, Hill, Casorso & Lerch, 1996). Más recientemente se ha documentado su utilidad para predecir el tiempo de vida de los pacientes (Lau et al 2009). Las escalas evalúan cinco áreas (deambulaci3n, actividad y evidencia de enfermedad, autocuidado, ingesta y nivel de conciencia). Se califica identificando en cada una de las cinco áreas qué porcentaje (0-100%) de actividad puede realizar el paciente, es así, que de las cinco áreas habrá cinco puntajes (por ejemplo: deambulaci3n 40%, actividad y evidencia de enfermedad 50%, autocuidado 50%, ingesta 30% y nivel de conciencia 40%), el área que puntué más bajo es el porcentaje que se toma en cuenta para determinar el nivel de funcionalidad en ese momento (en el caso del ejemplo el puntaje tomado sería el de 30%)

Aunque su uso es ampliamente difundido en distintas partes el mundo, en México no existe un trabajo que haya evaluado formalmente su validez y confiabilidad para la poblaci3n particular, aún así, se suele utilizar en la práctica clínica diaria.

Edmonton Symptom Assess System (ESAS, véase el anexo 3). Es una escala en la que se evalúan los nueve primordiales síntomas que se presentan en pacientes paliativos, así como, la intensidad de los mismos (Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler & Macmillan, 1991; Chang, Hwang, Feuerrman, 2000). En el INCMNSZ se utiliza una versión que evalúa diez síntomas: (dolor, debilidad, anorexia, depresión, ansiedad, somnolencia, disnea, náusea, problemas bucales e insomnio) la intensidad de cada síntoma se evalúa por medio de una escala numérica que va del 0 (ausencia del síntoma) al 10 (la peor gravedad posible). Para decir que un síntoma está presente, el paciente debe de hacer referencia de que tiene el síntoma en al menos una intensidad igual o mayor a 1. En México (al igual que con el PPS) no existe un trabajo que evalúe su validez y confiabilidad para la población particular, aún así, se utiliza en la práctica clínica diaria.

Test mini examen cognitivo Minimental (véase el anexo 3): Es una escala estructurada que se utiliza para detectar el avance o progreso de trastornos cognitivos asociados a enfermedades crónicas por medio de la evaluación de 5 áreas: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Existe una versión adaptada al castellano cuya sensibilidad es del 89,8% y una especificidad del 75,1% El punto de corte es: pacientes geriátricos (> de 65 años), de 24/35 y para paciente no geriátrico (menor de 65 años) es de 28/35 cuando los puntajes son menores a los especificados se considera que el paciente presenta alteraciones cognitivas (Lobo et al. 1999)

Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (*HAD por sus siglas en inglés (véase el anexo 4)*) Es una escala ampliamente utilizada para medir el estado de ánimo ansioso o deprimido en pacientes en cuidados paliativos, y aunque actualmente su uso en la práctica clínica diaria ha sido cuestionado (debido a tres factores, el tiempo que toma contestar el instrumento, respuestas inversas que aumenta la complejidad de calificación y la entre mezcla de los reactivos de ansiedad y depresión que hacen más difícil identificar las puntuaciones), sigue siendo uno de los instrumentos que más se utiliza en la práctica clínica (Lloyd-Williams, Friedman & Rudd, 2001; Mitchell, Meader & Symonds, en prensa), consta de 14 reactivos (7 para ansiedad, 7 para depresión) tipo likert de 4 opciones de respuesta, la calificación de cada reactivo entre los valores 0 y 3. En México se ha realizado la aplicación y validación de esta escala obteniendo un punto de corte para depresión de 7, y un punto de corte de 8 para ansiedad (López, et al. 2002)

Diseño:

Se trata de un estudio prospectivo, transversal, correlacional, los participantes fueron seleccionados de manera no probabilística accidental, durante el periodo de un año, de marzo 2009 a marzo de 2010. El estudio fue aprobado para su realización por el comité

de ética del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ)

Procedimiento

La primera acción que se realizaba en este estudio, era corroborar que en el expediente clínico del paciente, estuviera por escrito por parte del servicio médico tratante, una nota en la que se especificara que el paciente estaba fuera de tratamiento curativo y que era transferido al servicio de cuidados paliativos; en caso de que la nota no estuviera puesta no se proseguía con la evaluación psicológica.

Una vez que se había corroborado la presencia de la nota escrita, un equipo conformado por médico, enfermera y psicólogo, evaluaban qué tan consciente era el paciente y cuidador primario (CP) de su diagnóstico y pronóstico (en ocasiones aunque al paciente se le hubiera declarado fuera de tratamiento curativo, los médicos del servicio tratante no le avisaban sobre dicha situación). Independientemente de si sabía o no el paciente sobre su diagnóstico y pronóstico (D/P), se continuaba con la evaluación, sin embargo, en caso de que el paciente y CP no supiera sobre D/P se le invitaba a que ambos concertaran una cita con su médico tratante para que les explicara el por qué los había enviado a cuidados paliativos. Por parte del servicio de psicología, se les ayudaba con preguntas específicas que orientaran la discusión que se llevaría a cabo.

En caso de que el CP supiera del pronóstico pero el paciente no, se evaluaba el CP para identificar las razones por las cuales no quería que su paciente supiera de su D/P, si las razones tenían que ver con falta de habilidades para decirle al paciente la noticia o ideas irracionales, se intervenía para ayudar al CP a cómo dar la noticia (medicina apoyaba para aclarar cosas de sus área) o ayudaba a la reestructuración de ideas irracionales. Si a pesar de esto el CP rehusaba a decirle al paciente sobre su D/P, se le invitaba a que lo considerara para alguna ocasión futura y se continuaba con las evaluaciones (esto se hace ya que el cuidador primario se vuelve la persona más importante para el éxito del tratamiento en el paciente, ya que llegará el momento en donde el cansancio físico o las alteraciones cognitivas no le permitan al paciente cuidarse a sí mismo, y si no se consigue una buena relación con el CP, éste puede dejar de llevar al paciente a su consulta médica interfiriendo así, en los alcances del tratamiento paliativo). En cualquiera de los tres casos, el equipo le explicaba al paciente y al CP, que el objetivo del servicio era el de controlar los síntomas que el paciente presentaba debido a la enfermedad y se les explicaba que en el servicio se hacían evaluaciones tanto físicas como psicológicas de manera rutinaria.

La siguiente evaluación consistía en la recolección de datos sociodemográficos, esto se le preguntaba al paciente o al CP, y lo podía hacer tanto el médico como el psicólogo. Una vez que se terminaba con esta evaluación, se continuaba con el minimal, se le explicaba al paciente que se le realizarían unas preguntas y que en caso de que no se

supiera la respuesta simplemente lo dijera, al CP se le pedía que no ayudara al paciente con ninguna de las respuestas. Si al paciente se le detectaba deterioro cognitivo (puntuación menor a 24 o 28 según la edad) la entrevista psicológica con el paciente concluía, debido a que el autoinforme sería poco confiable para contestar el HAD y se le comentaba al médico tratante para que lo tomara en cuenta durante su entrevista de síntomas físicos. Si el paciente presentaba signos de delirium, se aplicaba una entrevista semiestructurada al paciente o CP para corroborarlo de acuerdo con los criterios del DSM-IV y al Confusion Assessment Method (CAM, Inouye et al. 1990). Si el paciente no mostraba algún deterioro cognitivo, se aplicaba el HAD.

Una vez terminado el minimal, se les informaba al paciente y CP, que se comenzaría una entrevista del estado emocional del paciente durante la última semana, si el paciente se encontraba en condiciones de contestar la escala por sí mismo, se le entregaba y se le recalca que si tenía alguna duda la hiciera explícita para ayudarlo, la prueba se contestaba en el momento. Si el paciente no estaba en condiciones de contestarla por sí mismo (por ejemplo no pudiera ver, estuviera cansado, no supiera leer) el psicólogo le leía las preguntas y las opciones de respuestas, si el paciente puntuaba alto en ansiedad, depresión o ambas, se le informaba al médico para que lo tuviera en cuenta en su entrevista de síntomas y una vez terminada la entrevista médica, se evaluaba al paciente y familiar para identificar las razones de que el paciente se sintiera de esa manera y se comenzaba a trabajar en la modificación del estado de ánimo (el médico de manera conjunta podía haber prescrito ansiolíticos o antidepresivos).

Una vez terminada la evaluación del HAD, el médico comenzaba la evaluación de estatus de funcionalidad (por medio del PPS) e informe de síntomas (por medio del ESAS) así como la historia de medicamentos (por medio del expediente médico). Durante la entrevista el médico preguntaba directamente al paciente y corroboraba información con el CP. En la evaluación con el ESAS, el médico se aseguraba de informarle al paciente los valores de intensidad de la escala con la cual estaba evaluando (cero, nada de síntomas, diez, el peor síntoma posible) de acuerdo a la evaluación general el médico tomaba la decisión de qué medicamento recetar y de los cuidados pertinentes para el paciente. Una vez que el médico tratante terminaba sus evaluaciones, se retomaban las puntuaciones del ESAS y del PPS que se habían registrado en el expediente.

Una vez terminadas las evaluaciones, el personal de enfermería se encargaba de enseñar al CP, algunos cuidados generales, le daba instrucciones impresas y hojas de registro de medicamentos, así como, la calendarización de las siguientes citas.

Estas evaluaciones normalmente se llevaban a cabo en un consultorio de la consulta externa de cuidados paliativos, sin embargo, en algunos casos si el paciente referido se encontraba hospitalizado o en urgencias, el equipo se trasladaba a la cama del paciente y realizaba las evaluaciones antes descritas. La entrevista de primera vez solía durar entre

una a tres horas dependiendo de las necesidades, dudas de los pacientes y CP particulares. A los pacientes en cuidados paliativos se les proporcionaba un consentimiento informado en donde se explicaba que los datos proporcionados podrían ser utilizados para su informe científico, se explicaba la importancia de reportarlos, el anonimato de los participantes y se les hacía notar que en caso de no querer participar no habría ninguna repercusión en el trato recibido.

Análisis estadísticos

Una vez terminadas las evaluaciones, se creó una base de datos en el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versión 10, Chicago, IL.). Acorde con los objetivos planteados en la investigación se realizaron los siguientes análisis: estadística descriptiva de ansiedad, depresión o ambos en la población estudiada; dado que las variables ansiedad, depresión y presencia de síntomas se encontraban en una unidad de medición categórica se decidió utilizar Chi cuadradas para evaluar la relación entre las variables mencionadas y dado que la tabla de tabulación era de 2X2 se aplicó el coeficiente de Phi y V de Cramer, para evaluar la fuerza de la relación entre las variables. Se aplicó el coeficiente de correlación *rho Spearman* para las variables ansiedad-depresión y la intensidad de síntomas (aunque esta variable es intervalar ya que el cero no es absoluto en la escala) se decidió utilizarla como rango debido a que la selección de los participantes no permitía asegurar una distribución de normalidad en la población por tal razón se usó un análisis estadístico no paramétrico en lugar de la prueba de Pearson. Se utilizó un nivel <0.05 para considerar estadísticamente significativo el dato.

Resultados

La relación entre el estado de ánimo deprimido y la frecuencia de síntomas físicos de los pacientes se muestra en la tabla 9. Los pacientes con depresión se relacionaron con una mayor presencia síntomas como: dolor $\chi^2(1, n=59) = 4.704, p<.03$, ansiedad $\chi^2(1, n=59) = 4.144, p<.04$, náusea $\chi^2(1, n=59) = 6.748, p<.009$ y anorexia $\chi^2(1, n=59) = 10.210, p<.001$. Sin embargo, en el caso de todos los síntomas que se asociaron, la relación fue estadísticamente significativa pero con una relación relativamente débil: dolor ($\Phi = .282, p<.03$), ansiedad ($\Phi = .265, p<.04$), náusea ($\Phi = .338, p<.009$) y anorexia ($\Phi = .416, p<.001$). Cuando se realizó la relación entre ansiedad y la presencia de síntomas físicos (véase tabla 10) se encontró que se relacionaba con la presencia de dos síntomas: ansiedad $\chi^2(1, n=59) = 5.968, p<.01$ y anorexia $\chi^2(1, n=59) = 5.603, p<.01$. Al igual que en el caso de depresión, las relaciones fueron significativa pero

débiles: ansiedad ($\Phi = .318$, $p < .01$) y náusea ($\Phi = .308$, $p < .01$). Cuando se realizó el análisis de depresión y ansiedad de manera conjunta se obtuvo una relación con la presencia de dos síntomas (véase tabla 11) náusea $\chi^2(1, n=59) = 3.892$, $p < .05$ e insomnio $\chi^2(1, n=59) = 10.663$, $p < .001$. En el caso de los dos síntomas las relaciones fueron débiles pero negativas, náusea ($\Phi = -.257$, $p < .05$), insomnio ($\Phi = -.425$, $p < .001$) la características de estos resultados se retomarán en la discusión.

Tabla 9.- Se muestran los grados de libertad, tamaño de la muestra, valor de la Chi cuadrada y valor de Phi y V de Cramer cuando se examinó la relación entre pacientes con depresión y presencia de síntomas.

<i>Depresión y presencia de síntomas</i>				
<i>Síntomas</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Valor de Chi cuadrada χ^2.</i>	<i>Valor del coeficiente Phi Φ y V de Cramer.</i>
Dolor	1	59	4.704*	.282*
Debilidad	1	59	2.263	.196
Depresión	1	59	1.662	.168
Ansiedad	1	59	4.144*	.265*
Somnolencia	1	59	.842	.119
Disnea	1	59	.962	.128
Náusea	1	59	6.748*	.338*
Problemas Bucales	1	59	3.463	.242
Insomnio	1	59	3.788	.253
Anorexia	1	59	10.210**	.416**

* $p < .05$ ** $p < .001$

Tabla 10.- Se muestran los grados de libertad, tamaño de la muestra, valor de la Chi cuadrada y valor de Phi y V de Cramer cuando se examinó la relación entre pacientes con ansiedad y presencia de síntomas.

<i>Ansiedad y presencia de síntomas</i>				
<i>Síntomas</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Valor de Chi cuadrada χ^2.</i>	<i>Valor del coeficiente Phi Φ y V de Cramer.</i>

Dolor	1	59	2.910	.222
Debilidad	1	59	4.82	.090
Depresión	1	59	2.518	.207
Ansiedad	1	59	5.968*	.318*
Somnolencia	1	59	2.572	-.209
Disnea	1	59	0.16	.017
Náusea	1	59	2.198	.193
Problemas Bucales	1	59	.407	.083
Insomnio	1	59	2.064	.187
Anorexia	1	59	5.603*	.308*

* p<.05 **p<.01

Tabla 11.- Se muestran los grados de libertad, tamaño de la muestra, valor de la Chi cuadrada y valor de Phi y V de Cramer cuando se analizó la relación entre pacientes con ansiedad y depresión y presencia de síntomas físicos.

Ansiedad y depresión y presencia de síntomas				
<i>Síntomas</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>Tamaño de la muestra</i>	<i>Valor de Chi cuadrada χ^2.</i>	<i>Valor del coeficiente Phi Φ y V de Cramer.</i>
Dolor	1	59	1.956	-.182
Debilidad	1	59	3.515	.244
Depresión	1	59	0.65	0.33
Ansiedad	1	59	2.372	.201
Somnolencia	1	59	.461	-.088
Disnea	1	59	0.122	.046
Náusea	1	59	3.892*	-.257*
Problemas Bucales	1	59	.027	-.021
Insomnio	1	59	10.663**	-.425**
Anorexia	1	59	1.239	-.145

* p<.05 **p<.01

La relación entre estado de ánimo deprimido y la intensidad de síntomas físicos de los pacientes se muestra en la tabla 12. La depresión correlacionó con la intensidad de los siguientes síntomas: dolor $r=.331$, $p<0.01$, debilidad $r=.407$, $p<.001$, ansiedad $r=.375$, $p<0.003$, náusea $r=.402$, $p<0.002$, problemas bucales $r=.333$, $p<0.01$, insomnio $r=.257$, $p<0.04$ y anorexia $r=.388$, $p<0.002$. Se obtuvieron correlaciones positivas débiles, aunque los síntomas de náusea y debilidad estuvieron cerca de tener correlaciones positivas medias. Cuando se examinó la correlación entre ansiedad y la intensidad de síntomas físicos se encontró que se correlacionaba con la intensidad de cinco síntomas: dolor $r=.310$, $p<0.01$, depresión $r=.309$, $p<0.01$, ansiedad $r=.487$, $p<.001$, náuseas $r=.282$, $p<0.3$ y anorexia $r=.318$, $p<0.01$. Por último, cuando se relacionó a la depresión y ansiedad de manera conjunta con la intensidad de los síntomas físicos, se obtuvo que debilidad $r=-.327$, $p<0.11$, náusea $r=-.294$, $p<0.024$ e insomnio $r=-.415$, $p<0.001$ se correlacionaban de manera negativa débil, estos resultados serán retomados en la discusión.

Tabla 12.- Se muestra el nivel del coeficiente de correlación, los niveles críticos asociados a cada coeficiente y el número de casos sobre el cual se calculó cada coeficiente, cuando se realizó la relación entre pacientes con depresión, ansiedad e intensidad de síntomas físicos.

Rho Spearman		Dolor	Debilidad	Depresión	Ansiedad	Somnolencia	Disnea	Náusea	Problemas Bucales	Insomnio	Anorexia
Depresión	Coeficiente correlación	.331**	.407**	.229	.375**	.146	.167	.402**	.333**	.257*	.388**
	Sig. (bilateral)	.010	.001	.081	.003	.270	.207	.002	.010	.049	.002
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59

Ansiedad	Coefficiente de correlación	.310**	.207	.309**	.487** [*]	-.149	.019	.282 [*]	.240	.170	.318
	Sig. (bilateral)	.017	.115	.017	.001	.259	.884	.030	.067	.199	.014**
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Ansiedad y depresión	Coefficiente de correlación	-.187	-.327*	-.128	-.227	.023	.082	-.294 [*]	-.024	-.415**	-.204
	Sig. (bilateral)	.157	.011	.334	.084	.863	.539	.024	.856	.001	.120
	N	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59

* p<.05 **p<.01 ***p<.001

Como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, la forma en la cual se mide la ansiedad y depresión puede impactar en los datos obtenidos para su informe, es así, que se presentarán los datos cuando se obtuvieron por medio del HAD para ansiedad, depresión o ambos; de igual manera, se presentarán los mismos datos pero medidos por medio del ESAS (punto de corte ≥ 5 ; Teunissen, a de Graeff, & de Haes, 2007). Cuando se mide de manera separada ansiedad y depresión por medio del HAD, se encuentra que el 40.7% de los pacientes puntúan para ansiedad y el 67.8% puntúan para depresión. Cuando se mide únicamente por medio de la pregunta ESAS los pacientes reportan un 30.5% para depresión y 33.9% para ansiedad (véase figura 1)

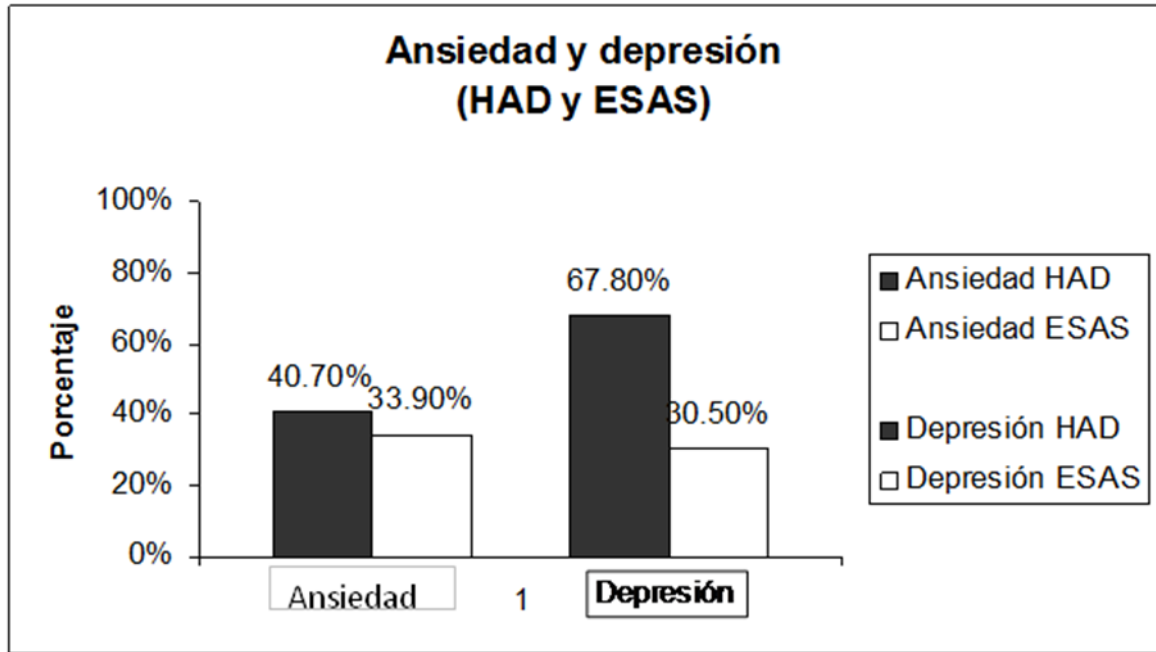


Figura 1.- Muestra el porcentaje de ansiedad y depresión obtenido por medio de dos formas de evaluación (HAD vs ESAS) en la población del estudio (n=59)

Cuando se mide la presencia de ambos ansiedad+depresión (A+D) por medio del HAD, se encuentra que el porcentaje combinado es de 38.98%, el porcentaje de únicamente depresión disminuye (de 67.8% a 28.81%) y el porcentaje de ansiedad disminuye drásticamente de 40.7% a 1.61% (véase tabla 13 y figuras 2 y 3)

Tabla 13.- Se muestra la frecuencia y porcentaje cuando se mide ansiedad+depresión, ansiedad, depresión y ninguna de las anteriores con el HAD (n=59)

<i>Evaluación HAD</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ansiedad y depresión	23	38.98%
Depresión	17	28.81%
Ansiedad	1	1.61%
Ninguno	18	30.5%

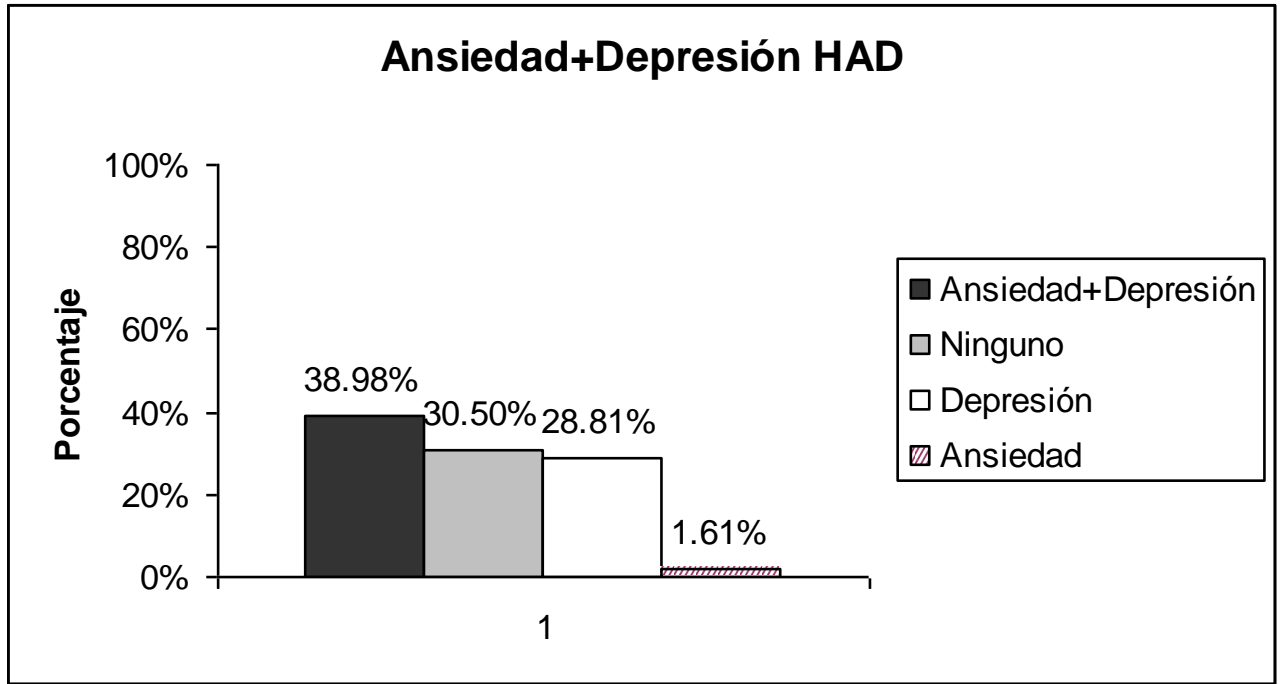


Figura 2.- Muestra el porcentaje de ansiedad+depresión, ansiedad, depresión y ninguno; obtenidos por medio de la evaluación HAD (n=59)

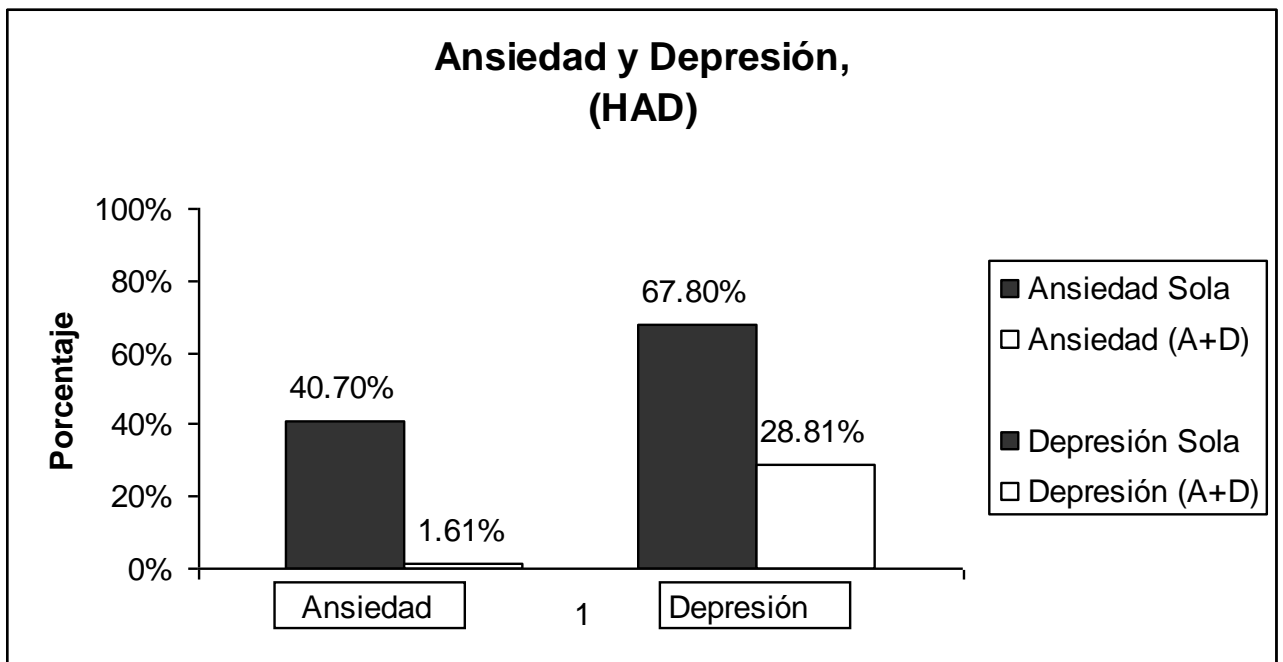


Figura 3.- Muestra las diferencias de porcentaje obtenidas cuando se mide ansiedad y depresión de manera aislada, y cuando se mide quitando la combinación (ansiedad+depresión) por medio de la evaluación HAD (n=59).

Discusión

El objetivo de este trabajo fue evaluar la relación entre el estado de ánimo ansioso/depresivo y la presencia e intensidad de síntomas físicos referidos por pacientes con cáncer terminal que acuden a cuidados paliativos. Los resultados indican que en efecto, existe una relación débil o mediana pero estadísticamente significativa entre la presentación de ansiedad-depresión y la presencia e intensidad de síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal.

Esta relación entre depresión y presencia de síntomas físicos, coinciden con la reportada en otros trabajos (Chen & Chang 2004; Delgado-Guay et al. 2009; y Lloyd-Williams et al. 2004) lo cual parece indicar que los pacientes en cuidados paliativos que se encuentran deprimidos reportan una mayor presencia de síntomas físicos que los pacientes que no se encuentran deprimidos. Ahora bien, de los síntomas que se refieren únicamente el dolor es el que coincide en todos los trabajos antes mencionados; la anorexia y la náusea son síntomas que se encuentra mencionados en dos de los cinco trabajos; el resto de los síntomas no coinciden en ninguno de los trabajos analizados (véase la tabla 14). La razón por la cual los síntomas no coinciden puede deberse a la forma en que se evaluaron, a la forma en la cual se evaluaba la depresión y a los puntos de corte de cada instrumento para identificar la depresión. En el trabajo Lloyd-Williams et al. se evaluó la depresión por medio de una entrevista semi-estructurada basada en criterios DSM-IV y los síntomas por medio de preguntas directas; en el caso del resto de trabajos la depresión se midió con el HAD, sin embargo, los puntos de corte para identificarla fueron distintos debido a las validaciones realizadas en sus respectivos países. El que existan diversos puntajes dentro del mismo instrumento bien puede ser un factor que esté influyendo en los distintos porcentajes de pacientes deprimidos y las relaciones que se están evaluando. De igual manera, y quizá más importante aún, es que dos de los seis trabajos no evaluaron los síntomas físicos por medio del ESAS, lo cual puede estar influyendo en qué síntomas se están enfocando los trabajos al realizar los análisis de relación.

En cuanto a la relación entre el estado de ánimo ansioso y la presentación de síntomas físicos, se encontró que, en efecto, se relacionaba con la presencia síntomas físicos,

aunque con menor número de síntomas comparada con depresión. El presente trabajo reveló que la ansiedad se relaciona con la presencia de dos síntomas: ansiedad y anorexia. En el trabajo realizado por Delgado-Guay et al. se encontró una relación entre ansiedad, náusea, dolor y disnea. Este es el segundo trabajo en el cual se describe una relación entre la ansiedad y la presencia de síntomas físicos, quizá en gran medida porque anteriormente no se habían realizado trabajos que evaluaran las dos variables (sólo se evaluaba la depresión).

De los tres trabajos que han realizado la evaluación de ansiedad y síntomas físicos, solamente el de Teunissen, de Graeff et al. no detectó relación entre la variable en cuestión y la presencia de síntomas esto puede explicarse ya que, al igual que en la depresión, los distintos puntos de corte utilizados para identificar la ansiedad varían en cada uno de los estudios de acuerdo a las validaciones de cada país (véase la tabla 14); A pesar de que los tres trabajos evaluaron la presentación de los síntomas físicos por medios del ESAS, en ninguno de los dos trabajos que sí obtuvieron relación entre las variables coincidieron los síntomas relacionados, al ser similar los instrumentos de evaluación de ansiedad, los puntos de corte para identificar a la ansiedad (≥ 8), los instrumentos para evaluar los síntomas físicos y las poblaciones estudiadas (pacientes con cáncer) se puede suponer que los distintos diseños de investigación influyen en la forma en la cual resultan los datos, ya que mientras este estudio es prospectivo el estudio de Delgado-Guay et al. es de carácter retrospectivo. De igual manera, el tamaño de los distintos grupos puede ser otro factor que este influyendo en el informe de datos (59 pacientes en el presente trabajo en contraste con 216 en el otro)

Al realizarse el análisis entre depresión y la intensidad de síntomas físicos, se encontró que sí existe una correlación positiva débil entre las dos variables. Este hallazgo ha sido consistente en los dos trabajos que previamente han realizado dicho análisis (Delgado-Guay et al. y Teunissen, de Graeff et al.) En el presente trabajo la ansiedad correlacionó de manera positiva con la intensidad de los siguientes síntomas: dolor, debilidad, ansiedad, náusea y anorexia. Los otros síntomas físicos que se han referido se correlacionan con estas dos variables son: insomnio, somnolencia, cansancio, fatiga y pérdida del bienestar. De los síntomas analizados la debilidad y la fatiga (medicamente

similares) así como el insomnio, se encontraron en 2 de los 3 trabajos reseñados, ningún otro síntoma coincidió al realizarse el análisis (véase la tabla 14).

Cuando se relacionó a la ansiedad con la intensidad de síntomas físicos, se encontró una correlación positiva débil entre las variables, los síntomas asociados fueron: dolor, depresión, ansiedad, náusea y anorexia. En otros trabajos, (Delgado-Guay et al. y Teunissen, de Graeff et al.) Se habían reportado con anterioridad los siguientes síntomas: insomnio, somnolencia, fatiga, pérdida de apetito y pérdida del bienestar. De los síntomas presentados, la intensidad del dolor se repitió en dos de los tres trabajos que han evaluado las variables en cuestión (véase tabla 13) el que se presente este síntoma coincide con un metaanálisis recientemente publicado en el cual se concluye que la ansiedad está fuertemente asociada con el miedo al dolor y con menor éxito en el tratamiento algológico en pacientes con dolor crónico (Ocañez, Kathryn-McHugh & Otto, en prensa) de igual forma, la anorexia y la pérdida del apetito (medicamente similares) aparecieron en dos de los tres informes presentados.

Al realizarse el análisis de depresión y ansiedad de manera conjunta y la presencia e intensidad de síntomas físicos, se obtuvo que sí existía relación con la presencia de náusea e insomnio; y con la intensidad de debilidad, náusea e insomnio. Sin embargo, en ambos casos las relaciones que se obtuvieron fueron negativas, lo cual parece constituir un contra sentido ya que dichas relaciones serían interpretables de la siguiente manera: a mayor depresión y ansiedad menor presencia de náusea e insomnio y menor intensidad de debilidad, náusea e insomnio. Esto no concuerda con el sentido común y con los datos obtenidos en este trabajo cuando se evalúan de manera independiente dichas variables, por tal razón se realizó una revisión de los análisis estadísticos empleados para buscar anomalías.

Se comenzó con el análisis del nivel de medición de las variables, en este trabajo ansiedad y depresión se consideró como variables categóricas (tiene o no tiene), presencia de síntomas también se consideró como variable categórica (tiene o no tiene). La intensidad de síntomas sería intervalar (intensidad de síntomas del 1 al 10, sin un cero absoluto). Se evaluó la congruencia entre la unidad de medición de las variables y las pruebas estadísticas utilizadas; dado que ansiedad y depresión y presencia de síntomas son variables categóricas, se utilizó la prueba Chi cuadrada, y debido a que sus tabulaciones son de 2X2 se utilizó un coeficiente de correlación de Phi y V de Cramer

para describir la intensidad de su relación (Pardo y Ruíz 2002). De igual manera, se decidió utilizar la prueba Rho de Spearman para comparar ansiedad y depresión con la intensidad de síntomas, debido a que la selección de los participantes no permitía asegurar una distribución de normalidad en la población, impidiendo la realización de un análisis estadístico paramétrico.

Debido a que hubo congruencia entre las unidades de medición y las pruebas utilizadas, se puso énfasis en las particularidades de las pruebas, en el caso de la Chi cuadrada se revisó que las frecuencias esperadas en las tablas de contingencias con valor menor a 5, no superaran el 20% del total de las mismas, ya que si esto sucedía las probabilidades de distribución de Chi cuadrada no permitirían una correcta aproximación a las distribución del estadístico ocasionando que los datos se interpretaran con cautela (Pardo y Ruíz 2002). Sin embargo, no se encontró ninguna anomalía al respecto, de igual manera en la prueba Rho de Spearman no se encontró ningún valor perdido o mal capturado.

Después de la revisión y a pesar de que el dato es contraintuitivo, parece no haber ningún tipo de error metodológico en el mismo por lo cual se le da como válido. Ahora bien, comparando con el trabajo de Delgado-Guay et al. y el de Teunissen, de Graeff et al., los datos no siguen una línea similar, ya que en el caso del primer trabajo se obtuvieron resultados estadísticamente significativos entre ansiedad y depresión con la presencia e intensidad de casi todos los síntomas físicos evaluados. Sin embargo, dado que los análisis de Chi cuadrada, no presentan valores similares a un coeficiente de correlación, no se puede examinar la intensidad de la relación evaluada. De igual manera, los autores no presentan una tabla con los valores obtenidos para la prueba Rho de Spearman que utilizaron. En el caso de Teunissen, de Graeff et al., reportaron el no haber tenido ningún tipo de relación entre la ansiedad y depresión con la presencia e intensidad de síntomas físicos. El realizar más trabajos de índole conceptual y metodológica sobre estas variables se vuelve pertinente y necesario.

Con respecto a la descripción de la frecuencia de ansiedad, depresión o ambos; cuando se aplicó el instrumento HAD se obtuvo que el 40% de los pacientes presentaron ansiedad, mientras que el 67% presentaron depresión, comparados con los niveles informados a nivel mundial cuando se usa el mismo instrumento los niveles resultaron ser ligeramente altos en el caso de ansiedad (media de ansiedad internacional 34% (Smith et al. 2003) y muy altos en el caso de la depresión (media depresión internacional 29% (Hotopf et al.) algunas de las razones por las cuales se pudieron presentar dichos resultados incluyen que los pacientes se encuentran deprimidos debido al conocimiento del pronóstico de su enfermedad, basta recordar que 62% de los pacientes evaluados dijeron saber que ya no tenían cura y que el final de sus días se encontraba cerca. Es importante mencionar que los pacientes evaluados en el estudio acudían por primera vez al servicio, lo cual hace suponer que no había pasado mucho tiempo desde que habían recibido el pronóstico de su enfermedad, sin embargo, el

tiempo que tienen de saber el pronóstico no se evaluó y al hacerse el análisis entre pacientes que saben y no de su pronóstico y que se encuentren deprimidos no hubo relaciones significativas (datos no mostrados). La segunda razón y quizá más importante son los puntos de corte de la validación mexicana del HAD, ya que consideran puntajes más bajos para identificar a la ansiedad (≥ 8) y a la depresión (≥ 7) de los que se suelen utilizar a nivel internacional (depresión y ansiedad ≥ 11) lo cual puede estar influyendo en que se presenten altos porcentajes de pacientes deprimidos.

Cuando se evaluó el porcentaje de ansiedad y depresión por medio del ESAS, se obtuvieron valores de 33% para ansiedad y 30% para depresión. Llama la atención que en el caso de la depresión difiera tan enormemente el porcentaje obtenido cuando se mide con el ESAS al obtenido cuando se mide con el HAD, esto se puede explicar con un trabajo recientemente publicado por Noguera et al 2009, ya que en el caso del castellano la concepción cultural y la connotación negativa que tienen la palabra deprimido influyen en que no sea la mejor forma de evaluar si el paciente se encuentra o no en ese estado; los autores proponen el término “desanimado” como el que muestra mejores propiedades para evaluar la depresión en los pacientes en cuidados paliativos.

Este dato puede tener implicaciones importantes en la práctica clínica de los cuidados paliativos, ya que los médicos suelen utilizar únicamente la pregunta directa del ESAS de está o no deprimido para evaluar la depresión, y como se mostró en los datos de este trabajo, difiere el porcentaje obtenido cuando se usa la pregunta directa al instrumento HAD. Ahora bien, en un metaanálisis recientemente publicado (Mitchell, Meader & Symonds, en prensa) se ha sugerido que el HAD tampoco debe utilizarse como herramienta única para evaluar ansiedad y depresión y se recomienda su uso combinado con otras formas de evaluación para obtener datos más confiables.

Los pacientes presentaban la ansiedad y depresión de manera conjunta en un 39%, este dato es ligeramente más alto que el presentado por Teunissen, de Graeff et al. (29%), Delgado-Guay et al. no presentaron un porcentaje general de cuántos pacientes las padecían. El que la depresión y ansiedad se presenten de manera conjunta es un dato que ya se ha documentado en la literatura, aunque en distintas poblaciones (Beekman et al. 2000; Lenze et al. 2001). En estos trabajos se recomienda crear programas de tratamiento enfocados tanto al control de la ansiedad como de la depresión. El que se haya presentado la ansiedad únicamente en un 1.6%, puede ser una señal de que en esta

población no hay una necesidad de hacer una diferenciación entre los dos conceptos (depresión y ansiedad), que el instrumento empleado no permita distinguir estos dos conceptos en la población evaluada (véase más adelante una descripción de algunos problemas del instrumento) o la necesidad de una población aún mayor en el presente estudio.

Algunas limitaciones a considerarse y que pudieron influir en los datos presentados son: el instrumento HAD utilizado para evaluar ansiedad y depresión, fue validado y confiabilizado en México con una población de pacientes obesos y no en una de pacientes en cuidados paliativos, de hecho algunos reactivos así como las denominaciones de las respuestas, fueron modificados para adaptarse a las características culturales de los mexicanos (López et al. 2002).

Tabla 14.- Muestra los trabajos, las variables, los instrumentos para evaluar ansiedad, depresión y síntomas físicos, así como la frecuencia e intensidad de los síntomas físicos reportados en distintos trabajos que han evaluado la relación de estado de ánimo y síntomas físicos en pacientes paliativos.

<i>Autores y año del trabajo</i>	<i>Variables evaluadas</i>	<i>Instrumentos utilizados para ansiedad y depresión y punto de corte</i>	<i>Instrumentos utilizados para síntomas físicos</i>	<i>Síntomas físicos encontrados (frecuencia)</i>	<i>Síntomas físicos encontrados (Intensidad)</i>
Kai-hoy, Wong, Lo & Woo (2000)	Depresión y funcionalidad en vida diaria	HAD (depresión \geq 11)	Escala visual análoga del dolor	No hubo relación	No hubo relación
Lloyd-Williams, Dennis & Taylor (2004)	Únicamente depresión	Entrevista semi-estructurada basa en el DSM-IV	Escala de calificación verbal	Dolor, inmovilidad y cansancio.	No se realizó el análisis
Chen & Chang (2004)	Únicamente depresión	HAD (depresión \geq 11)	Patient Disease Symptom/sign Assessment scale (PDSA)	Insomnio, dolor, anorexia, fatiga y úlceras por presión.	No se realizó el análisis
Teunissen, de Graeff, Voest & de Haes, (2007)	Depresión	HAD (puntajes \geq 11)	ESAS	No hubo relación.	Insomnio y somnolencia
	Ansiedad	Pregunta directa (que dijera que sí)		No hubo relación.	Insomnio y somnolencia
		ESAS (dos análisis ≥ 5 y ≥ 2)			

	Ansiedad y depresión		No hubo relación.	No hubo relación.
Delgado-Guay, Parsons, Li, Palmer & Bruera (2009)	Depresión	ESAS	Somnolencia, náusea, dolor, disnea, pérdida de apetito y pérdida del bienestar.	Cansancio, fatiga y pérdida del bienestar
	Ansiedad	HAD (Ansiedad y depresión ≥ 8),	Náusea, dolor y disnea.	Dolor, fatiga, pérdida del apetito y pérdida del bienestar.
	Ansiedad y depresión		Somnolencia, náusea, dolor, disnea, pérdida de apetito, cansancio, dolor, ansiedad y depresión	Somnolencia, dolor, pérdida de apetito, cansancio, dolor, ansiedad y depresión
Trabajo actual (2010)	Depresión	ESAS	Dolor, ansiedad, náusea y anorexia.	Dolor, debilidad, ansiedad, náusea y anorexia
		HAD (depresión ≥ 7 y ansiedad ≥ 8)		
		ESAS (≥ 5)	Ansiedad y anorexia.	Dolor, depresión, ansiedad, náusea y anorexia.
	Ansiedad			
	Ansiedad y depresión		Náusea* e insomnio*.	Debilidad*, náusea* e insomnio*

*Se obtuvieron relaciones y correlaciones negativas con estos síntomas.

De igual manera, no existen trabajos en México que evalúen las propiedades de los instrumentos utilizados por médicos para evaluar síntomas físicos y niveles de funcionalidad en pacientes en cuidados paliativos. Una limitante más del presente trabajo es el número de pacientes evaluados, ya que únicamente se pudo hacer los análisis con 59 pacientes lo cual podría haber influido en los resultados.

Finalmente, como se mostró en este trabajo la intensidad y frecuencia de distintos síntomas físicos en pacientes con cáncer terminal, varía dependiendo de si el paciente se encuentra ansioso o deprimido, sin embargo, aunque los datos obtenidos en esta investigación permiten decir que existe una relación entre las variables antes descritas, no permiten (y no era su finalidad) explicar el por qué de dicha relación. Revisiones más amplias entre los mecanismos biológicos, factores psicológicos así como la integración de los mismos junto con estudios longitudinales, podrían ayudar a entender el por qué de la relación entre ansiedad y depresión con los síntomas físicos.

III.- Reflexiones conceptuales en torno al ejercicio profesional del Psicólogo especialista en Medicina Conductual

El trabajo descrito anteriormente, es un ejemplo de una forma de proceder por parte del psicólogo formado en el programa de Maestría en Psicología, con Residencia en Medicina Conductual de la Universidad Nacional Autónoma de México. La manera de abordar los problemas de salud en las distintas sedes hospitalarias ha traído ventajas y desventajas las cuales se busca analizar en las siguientes líneas. Con la descripción no se intenta resolver un problema que históricamente ha estado presente cuando se vincula a la psicología científica y su aplicación en los ámbitos sociales, sin embargo, sí se pretende señalar cómo dicho conflicto sigue estando presente en la labor diaria del psicólogo formado como experto en medicina conductual y a su vez las limitaciones que trae consigo en la formación de la disciplina misma. Se hará énfasis en el análisis conceptual como una herramienta indispensable y olvidada para la identificación y solución de problemas en la salud.

Aplicación del conocimiento psicológico básico al ámbito de la salud

La psicología como disciplina científica se encuentra comprometida con la identificación y análisis de aquellos factores contemplados en su objeto de estudio para describir una parte de los eventos que suceden en el acontecer diario. En tanto disciplina científica, los criterios que dan pertinencia a su hacer tienen que ver con el análisis de relaciones generales entre el organismo y su entorno (Ribes y López, 1985), sin tener mayor pretensión que la descripción misma de dichas relaciones. Cuando se trata de vincular a una disciplina científica con un problema social (en este caso la salud), debe quedar claro que no son los mismos criterios los que dan pertinencia al hacer del psicólogo, ya que en los problemas sociales no es suficiente la descripción general de las relaciones de los factores evaluados, por el contrario se busca la aplicación, transformación y efectividad en el problema social planteado (Deitz, 1978; DiazGonzález y Carpio, 1996).

El cómo conjuntar dos áreas (psicología científica y problemas sociales) que se rigen incluso por criterios distintos e inconmensurables ha sido el foco de atención de diversos autores en las últimas décadas, dando diversas respuestas a esta interrogante (Hayes, 1998); por una parte se ha recurrido a la aplicación directa de los principios de la psicología básica al problema en turno utilizando la investigación de laboratorio como un símil (en mini escala) de lo que ocurre en los problemas sociales (Hayes & Berens, 2004; Ribes, 1977) y en el caso de la salud se ha recurrido a la adopción de categorías, modelos, métodos y criterios propios de dicha área (Ribes, 1990) o finalmente se ha recurrido al divorcio entre la investigación básica y la práctica

aplicada. Sin tratar de ser exhaustivo, se describirán en las siguientes líneas algunos de los problemas que han traído el adoptar alguna de las opciones antes presentadas.

Dado que los problemas sociales y en particular de la salud, implican un gran reto para el que los aborda debido a su característica multidimensional, queda claro que los criterios que dan sentido a los problemas de la salud están definidos y delimitados en categorías que no corresponden a los de la psicología, por el contrario, están definidos en términos del lenguaje ordinario y de distintas disciplinas, ocasionando que el psicólogo ubique con base en su concepción de psicología la dimensión psicológica del problema de la salud (DíazGonzález y Carpio, 1996).

Cuando se aplica directamente el conocimiento psicológico al ámbito social y en particular de la salud, se pasa por alto que los criterios lógicos y de éxito que enmarcan a unos y a otros son distintos y en ocasiones inconmensurables, al psicólogo en el hospital se le exige “resolver problemas psicológicos”, mientras que el psicólogo de investigación básica se dedica a describir cómo ciertos factores psicológicos se relacionan, en ambos casos las palabras “psicológicos” aunque son iguales en forma, son distintas funcionalmente y constituiría un error lógico el considerarlas como equivalentes. Algo similar ocurre cuando se trata a las investigaciones de laboratorio como pequeñas escalas de los problemas que suceden en la vida social, ya que se olvida que el ambiente ficticio creado en el laboratorio no permite homologar ni cercanamente los criterios sociales e institucionales de los problemas de salud que enmarcan el comportamiento humano y cuando se utilizan sujetos infrahumanos se pasa por alto la capacidad que tiene el ser humano por filogenia para interactuar en niveles mucho más complejos que los sujetos infrahumanos modificando así posibles variables (Ribes, 1982).

Así, la realización de un trabajo en el ámbito del laboratorio permite evaluar los factores que el investigador considera pertinentes para la investigación, pero eso no garantiza la extrapolación a otros ámbitos. Retomando el trabajo ya clásico de Brady, Porter, Conrad & Mason (1958) se puede decir que se logró evaluar la relación que existe entre las respuestas de evitación ante situaciones aversivas del medio (choques eléctricos programados) y la aparición de úlceras gastroduodenales en monos rhesus después de 23 días. La peculiar situación experimental en la que los monos fueron sometidos (sentado sin posibilidad de moverse sobre unas sillas y una tabla similar a un pequeño escritorio) así como los resultados obtenidos en la investigación, fomentó que se utilizara la metáfora de “monos ejecutivos” haciendo equivalente la situación de los monos con la de los trabajadores ejecutivos sometidos a la presión laboral. Sin embargo, no se puede decir que todos los trabajadores ejecutivos sometidos a situaciones del medio laboral estresantes y que llevan a cabo respuestas de evitación para dichas situaciones van a desarrollar úlceras gastroduodenales, dicha extrapolación directa no sería posible ya que las condiciones ambientales a las que están sometidos los trabajadores no son tan extremas (esperamos que no lo sean), la capacidad lingüística que tiene la persona para modificar su ambiente les permite emanar estados de calma o

estrés (los sujetos infrahumanos no pueden hacer esto) y las distintas características de salud de cada individuo así como las relaciones sociales que día a día lleva a cabo influyen en el responder del individuo.

Otra opción a la que se ha recurrido para integrar el conocimiento básico con el área de la salud, ha sido el de adoptar por parte de la psicología el modelo médico dominante en turno, sus categorías así como sus procedimientos y metodologías. La función del psicólogo ha sido el integrar sus categorías y conocimientos con las categorías del modelo médico, creando un lenguaje compartido que permite dirigir esfuerzos en la misma dirección; esto se ha hecho a la luz del modelo biomédico “clásico” de la salud, el modelo bio-psico-social y de sus dos grandes paradigmas actuales: la medicina basada en evidencia y la medicina centrada en el paciente (Bensing, 2000). Es así que actualmente no es raro encontrar medicina conductual basada en evidencia (Davidson et al. 2003), en la cual se adoptan los niveles de evidencia y los diseños metodológicos para realizar investigación, exaltando los metanálisis y los ensayos clínicos aleatorizados controlados, como modelos a seguir para producir conocimiento por parte de psicología en el ámbito de la salud. El adoptar dicho modelo ha traído sin duda alguna, un gran reconocimiento por parte del mundo médico sobre las investigaciones psicológicas realizadas en la salud, ha auspiciado una mejor aceptación del trabajo psicológico en el área y ha permitido una difusión de las variables psicológicas que influyen en los tratamientos médicos, justificando la inserción del psicólogo en el área (Bauer, 2007; Davidson & Spring, 2006). Sin embargo, antes de echar “campanas al vuelo” conviene identificar algunos de los problemas que trae el asumir el modelo médico a la investigación psicológica:

El modelo biomédico clásico tiene sus raíces en la división cartesiana de mente y cuerpo y consideraba a la enfermedad como una falla dentro del *soma* resultante de alguna herida, infección, herencia o similares (Alonso, 2004). La definición de salud consistía en un estado en el cual signos y síntomas somáticos simplemente no están presentes y los trabajos realizados dentro de este modelo de medicina iban encaminados a buscar las causas que producían los signos y síntomas. Aunque dicho modelo ha sido extraordinariamente productivo para la medicina su extrapolación al mundo de la psicología, se ha tornado abusiva e incongruente de manera lógica, ya que se ha caído en el uso incorrecto de una “analogía seductora” (Freixa i Baqué, 2003).

El problema consiste en que dentro del modelo médico a partir de la presencia de signos y síntomas se lleva a cabo un diagnóstico, comenta Freixa i Baqué que ante la presencia de signos y síntomas como la tos, el escupir sangre y tener la piel pálida, el médico diagnosticará tuberculosis y no dudará en decir que el paciente tiene esos síntomas porque es un tuberculoso. En el caso de la psicología y del estudio previamente presentado, la extrapolación directa de dicha analogía hace que ante cierto tipo de comportamientos como que ya no haga las actividades que solía realizar, que se sienta triste la mayor parte del tiempo y que ya no disfrute las actividades que realiza, se le diagnostique la depresión al individuo y no se dudará en decir que el paciente tiene

esos síntomas porque está deprimido o "tiene depresión". Sin embargo, el error reside en que en el caso de la tuberculosis, existe la presencia del bacilo de Koch el cual puede analizarse de manera independiente a los síntomas que produce y se le reconoce como la causa de los mismos.

En el caso de la depresión, no es posible identificarla sin la presencia de los comportamientos que llevan a calificar a una persona como deprimida, en ausencia de dichos comportamientos nadie se atrevería a decir que esa persona tiene depresión o está deprimida, esto se debe a que la depresión no existe de manera independiente a los comportamientos que hemos catalogado como depresivos, y si se eliminan las conductas, se elimina también la explicación causalista de la depresión, que como se dijo no era más que la etiqueta para designar a las conductas y que a su vez había sido designada a partir de las conductas mismas. El paciente no se comporta de cierta manera porque esté deprimido o ansioso, en tanto se comporta de cierta manera, se le cataloga como deprimido o ansioso, por tal razón, constituiría un error el afirmar que un paciente con cáncer terminal percibe una mayor frecuencia e intensidad de síntomas físicos debido a que se tiene o está deprimido o ansioso, este error tan común tiene su origen en la extrapolación de la "analogía seductora" del modelo biomédico a la psicología.

Otro error que surge al extrapolar el modelo médico a la psicología, es el reduccionismo de conductas a respuestas bioquímicas, disfunciones cerebrales biológicas y neurofisiológicas (Engel, 1977). Dado que el modelo clásico de salud no tiene cabida para conceptos y factores de orden psicológicos, se recurrió al estudio de respuestas biológicas que puedan analizarse de manera independiente a los síntomas que produce y que a su vez puedan identificarse como la causa de los mismos. Es así, que en el caso de la depresión e incluso la ansiedad, se ha recurrido al estudio de los factores bioquímicos así como las áreas cerebrales relacionadas, para poder explicar el por qué de las mismas desde una perspectiva meramente bioquímica (Krishnan et al., 2008).

Expresiones del tipo "el paciente está deprimido por sus bajos niveles de captura de serotonina" o alguna expresión más elaborada como "hay problemas de modulación extracelular en los niveles de neurotransmisores en la corteza pre frontal" podrían llegar a utilizarse por psicólogos para explicar el concepto de ansiedad y depresión, acarreándole al menos otros tres problemas: el primero relacionado con la falta de delimitación por parte de las prácticas del psicólogo con respecto a su objeto de estudio, extrapolando sus estudios y descripciones a áreas que no le corresponden, demeritando así la pertinencia de la existencia de la psicología misma como disciplina científica, ya que si todo comportamiento se explica únicamente por respuestas biológicas asociadas al cerebro, éstas deberían describirse y estudiarse por los neurólogos, mientras que los psicólogos deberían en el caso más extremo, desaparecer.

Un segundo problema de reducir las conductas a respuestas biológicas, es el desdén ignorante por el análisis de los factores del ambiente con los que entra en contacto el individuo, que influyen en la manera en la cual se relaciona con su medio, y que no

pueden explicarse a partir de las respuestas biológicas que ocurren en el individuo. Finalmente, en el afán de convertir a la psicología en una ciencia más sólida, se ha dado por buscar los mecanismos básicos biológicos del comportamiento, así como crear un método para explicar y estudiar la relación de procesos mentales y las respuestas del cuerpo (Kantor, 1945). Sin embargo, al estar el modelo médico basado en el dualismo cartesiano, se acaba cometiendo el error de tratar dos conceptos (cuerpo y mente) o su denominación moderna (respuesta fisiológica y pensamiento) que lógicamente no son iguales, como si lo fueran, cometiendo así lo que se denomina como un error categorial (Holth, 2001; Ryle, 1967).

El psicólogo actual, podría erróneamente pensar que los problemas de adoptar el modelo médico clásico han quedado superados, dado que ahora la medicina se basa en un nuevo modelo, el bio-psico-social, en el cual se reconocen la importancia de los factores psicosociales en la salud de los individuos. Sin embargo, dicho pensamiento estaría muy alejado de la realidad ya que los principios del modelo médico clásico, siguen estando presente hoy día en las descripciones y prácticas de la medicina actual y el modelo bio-psico-social. Históricamente la razón por la cual se abogó por la adopción de un modelo más amplio fue que el modelo médico clásico trajo consigo serias limitaciones a la psiquiatría, ya que la definición conceptual de salud de aquella época la estaba dejando (a petición de algunos médicos) fuera de la medicina (Engel, 1977), de igual manera, el escaso control sobre variables no médicas de enfermedades como la diabetes y esquizofrenia impulsó a que se tratara de cambiar el modelo médico clásico, por el modelo bio-psico-social.

Sin embargo, el cambio no constituyó un cambio que realmente modificara los conceptos y principios básicos del modelo biomédico, no hubo lo que se denomina una *revolución científica* (Kuhn, 1971) en el que los paradigmas se modifican completamente y se sustituyen por nuevos. Por el contrario se trató de mezclar lo mejor del modelo médico con las variables psicosociales, en palabras de Engel: “Ahora nos enfrentamos con la necesidad y el desafío de ampliar el enfoque a la enfermedad para incluir lo psicosocial sin sacrificar la enormes ventajas del enfoque biomédico” (p. 131) continuando así, con una versión renovada del viejo modelo biomédico y los problemas que trae a los psicólogos que lo adoptan.

Un problema más que surge al adscribirse a los paradigmas médicos actuales, es el creer que las metodologías que utiliza la medicina basada en evidencia, son *per se* las ideales para generar conocimiento y obtener la mejor evidencia, exaltando como se había mencionado anteriormente los ensayos controlados aleatorizados, metanálisis y revisiones como las metodologías máximas derivadas de la lógica de investigación fisheriana. Sin embargo, Erwin (2006) expone tres razones filosóficas (la impermanencia de los problemas psicológicos, la identificación de problemas psicológicos y los problemas ideográficos de la psicología) por las cuales los ensayos clínicos aleatorizados no deben extrapolarse de la investigación médica a la psicoterapia; concluyendo que el hecho ontológico de la singularidad del paciente así

como de las causas de sus problemas, no quedan abordados y explicados cuando se realizan ensayos controlados aleatorizados, comenta que el problema no es la metodología empleada (según el autor daría igual si se usaran ensayos doble ciego o aleatorizados) ya que los principales problemas surgen del área epistemológica y conceptual y su remedio es de carácter teórico y no metodológico.

Finalmente, una razón más por la cual no es conveniente adoptar ese tipo de diseños de investigación en psicología, es la adopción de la lógica de normalidad filogenética (justificada en el ámbito médico) a la psicología, es decir dentro de un organismo existen procesos compartidos por los miembros de la especie que le permiten en buen funcionamiento, cualquier anomalía que constituya una amenaza al correcto funcionamiento del organismo debe erradicarse o controlarse. Sin embargo, en el caso de la psicología, no existe *per se* un parámetro o criterio de lo que debe considerarse como normal, cualquier anomalía en psicología se reconoce únicamente a partir del individuo mismo y el contexto en el que interactúa. Por tal razón adoptar la lógica del modelo biomédico de que existen criterios de cómo debieran ser las conductas y sus anomalías problemas psicológicos constituye un error, de igual manera, la metodología que parece ser más congruente y dar más ventajas a la realización de investigaciones psicológicas porque que permite la evaluación de los cambios del individuo a lo largo de las sesiones comparando al individuo consigo mismo (diseños de casos únicos), queda rezagada al último nivel de evidencia (nivel 4 según las guías de McMaster, que significa sin evidencia adecuada del conocimiento; EBMWG, 1992) dentro de la medicina basada en evidencia y aún más dentro de la medicina conductual basada en evidencia.

Finalmente, al tratar de vincular la psicología básica con los problemas sociales se ha recurrido a un divorcio entre estas dos áreas o se ha llegado incluso a querer mezclar “lo mejor” de cada teoría psicológica y de esa manera poder abordar los problemas sociales de mejor manera, sin embargo, el hacerlo de esta manera trae consigo dos problemas. El primero consiste en que al utilizar lo mejor de diferentes corrientes teóricas para resolver un problema social, se pasa por alto que los principios que les dan sentido a cada una de ellas son incompatibles lógicamente y epistemológicamente, sería absurdo usar programas de extinción para disminuir un Edipo en pacientes con desórdenes alimenticios o el reforzar conductas en niños con linfoma para que pasen a etapas de pensamiento abstracto. Esta mezcla favorece que no exista siquiera una diferencia entre un psicólogo formado en programas serios universitarios y un terapeuta empírico formado por el diplomado de tres meses que tomó en algún "instituto" pecuniario. El segundo problema, surge ya que al tener pocas restricciones para incorporar aspectos heterogéneos de diferentes sistemas teóricos, nos lleva a formas de trabajo no explicables, evaluables ni perfeccionables, condenando a la disciplina a un estancamiento permanente (Zarzosa, 1991).

Medicina conductual y sus sistemas teóricos.

La inmensa gama de problemas antes mencionados, ha llevado a generar disciplinas denominadas puente, con las cuales se pretende vincular el conocimiento producido por la psicología básica con los criterios que dan sentido a los problemas de la salud evitando en la mayoría de los casos algunos de los problemas antes descritos. La medicina conductual surge como una de esas disciplinas puente en las que se trata de integrar el conocimiento biomédico con el conocimiento conductual y a partir de esto abordar los diferentes problemas de salud integrando así el conocimiento que emana de la investigación interdisciplinaria (Agras, 1982). A pesar del éxito que ha tenido la medicina conductual al integrarse al campo de la salud, resulta importante mantener una actitud de reflexión sobre la disciplina sus limitaciones y virtudes para contribuir al desarrollo y solución de los problemas que ésta presenta.

Quizá el principal problema que presenta la medicina conductual y en el que el autor de esta tesis se va a centrar, es la diversidad y pluralidad de corrientes teóricas psicológicas en las que se basa y de las que se obtiene el conocimiento psicológico básico (Piña, Obregón, Corral y Márquez, 1996). De acuerdo con Pomerleau (1979) la medicina conductual retoma los principios del análisis experimental del comportamiento (condicionamiento operante y clásico), la teoría del aprendizaje social para explicar comportamientos humanos que ocurren en contextos sociales y de teorías que abarcan los complejos procesos cognitivos. Comenta Pomerleau (1982) que el conductismo moderno ya no se limita a la estrecha perspectiva que históricamente tenía, por tal razón el uso del conductismo por medio del análisis experimental de la conducta no excluye ni invalida el uso de otros métodos de investigación ni procedimientos clínicos. Un problema que Pomerleau no considera es que el conductismo o el conductismo moderno, no es una corriente única (se han identificado hasta siete diferentes corrientes de conductismo, Pérez-Acosta, Guerrero y López, 2002), por el contrario constituye un conjunto de filosofías con conceptos, metodología y líneas de investigaciones diversas e incluso encontradas las cuales únicamente comparten el nombre de conductistas (Harzem, 2002)

El problema de usar tan diversas corrientes teóricas recae en que no existe una psicología unificada como disciplina científica, por el contrario, las distintas corrientes psicológicas asumen compromisos ontológicos y epistemológicos sobre el objeto de conocimiento psicológico que las lleva a ser total o parcialmente inconmensurables entre ellas (Ribes, 2000). La “riqueza” de los procesos cognitivos no viene a complementar a los procedimientos operantes, y los principios de condicionamiento clásico no complementan a los pensamientos irracionales, a decir de Malone, Armento & Stephanie (2003) los principios epistemológicos de los que parte una teoría guían los procedimientos de las misma, sin embargo, no todos los principios son compatibles y por tal razón mezclables.

Ribes (2000) basándose en los conceptos el mundo, el cuerpo, el organismo, la mente, el cerebro y la conducta, realiza una descripción de ocho paradigmas de relación entre

esos conceptos y la manera en la cual subyacen en distintas psicologías, así como los compromisos epistemológicos y ontológicos que cada una asume. Con base en dicho análisis, se puede ubicar a la psicología cognitiva en la categoría de mundo-mente-cuerpo, la cual se caracteriza porque la mente y el cuerpo se consideran entidades distintas pero necesarias para relacionarse con el mundo. El reconocimiento del mundo se da a través de la mente y se expresa por medio de las acciones del cuerpo, a su vez el mundo afecta a la mente a través del cuerpo el cual reacciona de manera físico-biológica o de manera intencional y racional gracias a la intervención de la mente. En esta misma lógica, el condicionamiento clásico y operante pueden ubicarse como: organismo-mundo (para el condicionamiento clásico) organismo activo-mundo (para el condicionamiento operante).

En el caso del organismo-mundo, el concepto organismo como individuo biológico sustituye al concepto mente, la relación se da ahora entre el organismo que interactúa con el mundo, en dicha interacción el mundo actúa sobre el organismo y el organismo reacciona de manera específica siendo estas relaciones el objeto de conocimiento fundamental de este tipo de psicología. En el caso del paradigma organismo activo-mundo se comparte con el paradigma anterior la postulación de las mismas dos entidades en relación, sin embargo, se concibe al organismo como fuente de acciones, al margen de las influencias que el mundo puede ejercer sobre él es así que los hechos relevantes son las acciones del organismo respecto de los objetos y acontecimientos del mundo.

Cada paradigma sobre el objeto de conocimiento resulta en psicologías distintas con compromisos, preguntas, métodos, conceptos específicos a cada una de ellas, por lo tanto resultaría absurdo e indeseable el utilizar las herramientas de un paradigma en otro. Desafortunadamente en la teoría cognitivo-conductual (la teoría base de la medicina conductual) éstas consideraciones han sido pasadas por alto, cometiendo así, los errores antes descritos y poniendo en vilo su solidez y pertinencia como disciplina puente en donde se integre el conocimiento científico de manera congruente y estructurada.

Los múltiples errores que durante este capítulo se han descrito, dejan en claro la necesidad de desarrollar en los expertos en medicina conductual las habilidades para abordarlos, sin embargo, estas habilidades no van a venir de la descripción de teorías, del uso sofisticado de metodología, del informe de investigaciones o de la acumulación de evidencia empírica. Por el contrario, vendrán de la revisión crítica de los conceptos utilizados así como de los malentendidos empleados en los mismos, poniendo énfasis en los criterios para realizar el análisis conceptual de las teorías, categorías que empleamos

en la práctica diaria, es así, que al igual que se considera importante llevar clases de medición, teoría y prácticas clínicas en la Maestría de Psicología con Residencia en Medicina Conductual, el autor de este escrito recomienda el implementar una clase en la que se permita identificar los errores mencionados y se les enseñe la manera en la cual estos pueden ser resueltos. Así y sólo así, se posibilitará el avance de la psicología en el campo de la salud.

III.- Reflexiones conceptuales en torno al ejercicio profesional del Psicólogo especialista en Medicina Conductual

El trabajo descrito anteriormente, es un ejemplo de una forma de proceder por parte del psicólogo formado en el programa de Maestría en Psicología, con Residencia en Medicina Conductual de la Universidad Nacional Autónoma de México. La manera de abordar los problemas de salud en las distintas sedes hospitalarias ha traído ventajas y desventajas las cuales se busca analizar en las siguientes líneas. Con la descripción no se intenta resolver un problema que históricamente ha estado presente cuando se vincula a la psicología científica y su aplicación en los ámbitos sociales, sin embargo, sí se pretende señalar cómo dicho conflicto sigue estando presente en la labor diaria del psicólogo formado como experto en medicina conductual y a su vez las limitaciones que trae consigo en la formación de la disciplina misma. Se hará énfasis en el análisis conceptual como una herramienta indispensable y olvidada para la identificación y solución de problemas en la salud.

Aplicación del conocimiento psicológico básico al ámbito de la salud

La psicología como disciplina científica se encuentra comprometida con la identificación y análisis de aquellos factores contemplados en su objeto de estudio para describir una parte de los eventos que suceden en el acontecer diario. En tanto disciplina científica, los criterios que dan pertinencia a su hacer tienen que ver con el análisis de relaciones generales entre el organismo y su entorno (Ribes y López, 1985), sin tener mayor pretensión que la descripción misma de dichas relaciones. Cuando se trata de vincular a una disciplina científica con un problema social (en este caso la salud), debe quedar claro que no son los mismos criterios los que dan pertinencia al hacer del psicólogo, ya que en los problemas sociales no es suficiente la descripción general de las relaciones de los factores evaluados, por el contrario se busca la aplicación, transformación y efectividad en el problema social planteado (Deitz, 1978; DiazGonzález y Carpio, 1996).

El cómo conjuntar dos áreas (psicología científica y problemas sociales) que se rigen incluso por criterios distintos e inconmensurables ha sido el foco de atención de diversos autores en las últimas décadas, dando diversas respuestas a esta interrogante

(Hayes, 1998); por una parte se ha recurrido a la aplicación directa de los principios de la psicología básica al problema en turno utilizando la investigación de laboratorio como un símil (en mini escala) de lo que ocurre en los problemas sociales (Hayes & Berens, 2004; Ribes, 1977) y en el caso de la salud se ha recurrido a la adopción de categorías, modelos, métodos y criterios propios de dicha área (Ribes, 1990) o finalmente se ha recurrido al divorcio entre la investigación básica y la práctica aplicada. Sin tratar de ser exhaustivo, se describirán en las siguientes líneas algunos de los problemas que han traído el adoptar alguna de las opciones antes presentadas.

Dado que los problemas sociales y en particular de la salud, implican un gran reto para el que los aborda debido a su característica multidimensional, queda claro que los criterios que dan sentido a los problemas de la salud están definidos y delimitados en categorías que no corresponden a los de la psicología, por el contrario, están definidos en términos del lenguaje ordinario y de distintas disciplinas, ocasionando que el psicólogo ubique con base en su concepción de psicología la dimensión psicológica del problema de la salud (DiazGonzález y Carpio, 1996).

Cuando se aplica directamente el conocimiento psicológico al ámbito social y en particular de la salud, se pasa por alto que los criterios lógicos y de éxito que enmarcan a unos y a otros son distintos y en ocasiones inconmensurables, al psicólogo en el hospital se le exige “resolver problemas psicológicos”, mientras que el psicólogo de investigación básica se dedica a describir cómo ciertos factores psicológicos se relacionan, en ambos casos las palabras “psicológicos” aunque son iguales en forma, son distintas funcionalmente y constituiría un error lógico el considerarlas como equivalentes. Algo similar ocurre cuando se trata a las investigaciones de laboratorio como pequeñas escalas de los problemas que suceden en la vida social, ya que se olvida que el ambiente ficticio creado en el laboratorio no permite homologar ni cercanamente los criterios sociales e institucionales de los problemas de salud que enmarcan el comportamiento humano y cuando se utilizan sujetos infrahumanos se pasa por alto la capacidad que tiene el ser humano por filogenia para interactuar en niveles mucho más complejos que los sujetos infrahumanos modificando así posibles variables (Ribes, 1982).

Así, la realización de un trabajo en el ámbito del laboratorio permite evaluar los factores que el investigador considera pertinentes para la investigación, pero eso no garantiza la extrapolación a otros ámbitos. Retomando el trabajo ya clásico de Brady, Porter, Conrad & Mason (1958) se puede decir que se logró evaluar la relación que existe entre las respuestas de evitación ante situaciones aversivas del medio (choques eléctricos programados) y la aparición de úlceras gastroduodenales en monos rhesus después de 23 días. La peculiar situación experimental en la que los monos fueron sometidos (sentado sin posibilidad de moverse sobre unas sillas y una tabla similar a un pequeño

escritorio) así como los resultados obtenidos en la investigación, fomentó que se utilizara la metáfora de “monos ejecutivos” haciendo equivalente la situación de los monos con la de los trabajadores ejecutivos sometidos a la presión laboral. Sin embargo, no se puede decir que todos los trabajadores ejecutivos sometidos a situaciones del medio laboral estresantes y que llevan a cabo respuestas de evitación para dichas situaciones van a desarrollar úlceras gastroduodenales, dicha extrapolación directa no sería posible ya que las condiciones ambientales a las que están sometidos los trabajadores no son tan extremas (esperamos que no lo sean), la capacidad lingüística que tiene la persona para modificar su ambiente les permite emanar estados de calma o estrés (los sujetos infrahumanos no pueden hacer esto) y las distintas características de salud de cada individuo así como las relaciones sociales que día a día lleva acabo influyen en el responder del individuo.

Otra opción a la que se ha recurrido para integrar el conocimiento básico con el área de la salud, ha sido el de adoptar por parte de la psicología el modelo médico dominante en turno, sus categorías así como sus procedimientos y metodologías. La función del psicólogo ha sido el integrar sus categorías y conocimientos con las categorías del modelo médico, creando un lenguaje compartido que permite dirigir esfuerzos en la misma dirección; esto se ha hecho a la luz del modelo biomédico “clásico” de la salud, el modelo bio-psico-social y de su dos grandes paradigmas actuales: la medicina basada en evidencia y la medicina centrada en el paciente (Bensing, 2000). Es así que actualmente no es raro encontrar medicina conductual basada en evidencia (Davidson et al. 2003), en la cual se adoptan los niveles de evidencia y los diseños metodológicos para realizar investigación, exaltando los metanálisis y los ensayos clínicos aleatorizados controlados, como modelos a seguir para producir conocimiento por parte de psicología en el ámbito de la salud. El adoptar dicho modelo ha traído sin duda alguna, un gran reconocimiento por parte del mundo médico sobre las investigaciones psicológicas realizadas en la salud, ha auspiciado una mejor aceptación del trabajo psicológico en el área y ha permitido una difusión de las variables psicológicas que influyen en los tratamientos médicos, justificando la inserción del psicólogo en el área (Bauer, 2007; Davidson & Spring, 2006). Sin embargo, antes de echar “campanas al vuelo” conviene identificar algunos de los problemas que trae el asumir el modelo médico a la investigación psicológica:

El modelo biomédico clásico tiene sus raíces en la división cartesiana de mente y cuerpo y consideraba a la enfermedad como una falla dentro del *soma* resultante de alguna herida, infección, herencia o similares (Alonso, 2004). La definición de salud consistía en un estado en el cual signos y síntomas somáticos simplemente no están presentes y los trabajos realizados dentro de este modelo de medicina iban encaminados a buscar las causas que producían los signos y síntomas. Aunque dicho modelo ha sido extraordinariamente productivo para la medicina su extrapolación al mundo de la psicología, se ha tornado abusiva e incongruente de manera lógica, ya que se ha caído en el uso incorrecto de una “analogía seductora” (Freixa i Baqué, 2003).

El problema consiste en que dentro del modelo médico a partir de la presencia de signos y síntomas se lleva a cabo un diagnóstico, comenta Freixa i Baqué que ante la presencia de signos y síntomas como la tos, el escupir sangre y tener la piel pálida, el médico diagnosticará tuberculosis y no dudará en decir que el paciente tiene esos síntomas porque es un tuberculoso. En el caso de la psicología y del estudio previamente presentado, la extrapolación directa de dicha analogía hace que ante cierto tipo de comportamientos como que ya no haga las actividades que solía realizar, que se sienta triste la mayor parte del tiempo y que ya no disfrute las actividades que realiza, se le diagnostique la depresión al individuo y no se dudará en decir que el paciente tiene esos síntomas porque está deprimido o "tiene depresión". Sin embargo, el error reside en que en el caso de la tuberculosis, existe la presencia del bacilo de Koch el cual puede analizarse de manera independiente a los síntomas que produce y se le reconoce como la causa de los mismos.

En el caso de la depresión, no es posible identificarla sin la presencia de los comportamientos que llevan a calificar a una persona como deprimida, en ausencia de dichos comportamientos nadie se atrevería a decir que esa persona tiene depresión o está deprimida, esto se debe a que la depresión no existe de manera independiente a los comportamientos que hemos catalogado como depresivos, y si se eliminan las conductas, se elimina también la explicación causalista de la depresión, que como se dijo no era más que la etiqueta para designar a las conductas y que a su vez había sido designada a partir de las conductas mismas. El paciente no se comporta de cierta manera porque esté deprimido o ansioso, en tanto se comporta de cierta manera, se le cataloga como deprimido o ansioso, por tal razón, constituiría un error el afirmar que un paciente con cáncer terminal percibe una mayor frecuencia e intensidad de síntomas físicos debido a que se tiene o está deprimido o ansioso, este error tan común tiene su origen en la extrapolación de la "analogía seductora" del modelo biomédico a la psicología.

Otro error que surge al extrapolar el modelo médico a la psicología, es el reduccionismo de conductas a respuestas bioquímicas, disfunciones cerebrales biológicas y neurofisiológicas (Engel, 1977). Dado que el modelo clásico de salud no tiene cabida para conceptos y factores de orden psicológicos, se recurrió al estudio de respuestas biológicas que puedan analizarse de manera independiente a los síntomas que produce y que a su vez puedan identificarse como la causa de los mismos. Es así, que en el caso de la depresión e incluso la ansiedad, se ha recurrido al estudio de los factores bioquímicos así como las áreas cerebrales relacionadas, para poder explicar el por qué de las mismas desde una perspectiva meramente bioquímica (Krishnan et al., 2008).

Expresiones del tipo "el paciente está deprimido por sus bajos niveles de captura de serotonina" o alguna expresión más elaborada como "hay problemas de modulación extracelular en los niveles de neurotransmisores en la corteza pre frontal" podrían llegar a utilizarse por psicólogos para explicar el concepto de ansiedad y depresión,

acarreándole al menos otros tres problemas: el primero relacionado con la falta de delimitación por parte de las prácticas del psicólogo con respecto a su objeto de estudio, extrapolando sus estudios y descripciones a áreas que no le corresponden, demeritando así la pertinencia de la existencia de la psicología misma como disciplina científica, ya que si todo comportamiento se explica únicamente por respuestas biológicas asociadas al cerebro, éstas deberían describirse y estudiarse por los neurólogos, mientras que los psicólogos deberían en el caso más extremo, desaparecer.

Un segundo problema de reducir las conductas a respuestas biológicas, es el desdén ignorante por el análisis de los factores del ambiente con los que entra en contacto el individuo, que influyen en la manera en la cual se relaciona con su medio, y que no pueden explicarse a partir de las respuestas biológicas que ocurren en el individuo. Finalmente, en el afán de convertir a la psicología en una ciencia más sólida, se ha dado por buscar los mecanismos básicos biológicos del comportamiento, así como crear un método para explicar y estudiar la relación de procesos mentales y las respuestas del cuerpo (Kantor, 1945). Sin embargo, al estar el modelo médico basado en el dualismo cartesiano, se acaba cometiendo el error de tratar dos conceptos (cuerpo y mente) o su denominación moderna (respuesta fisiológica y pensamiento) que lógicamente no son iguales, como si lo fueran, cometiendo así lo que se denomina como un error categorial (Holth, 2001; Ryle, 1967).

El psicólogo actual, podría erróneamente pensar que los problemas de adoptar el modelo médico clásico han quedado superados, dado que ahora la medicina se basa en un nuevo modelo, el bio-psico-social, en el cual se reconocen la importancia de los factores psicosociales en la salud de los individuos. Sin embargo, dicho pensamiento estaría muy alejado de la realidad ya que los principios del modelo médico clásico, siguen estando presente hoy día en las descripciones y prácticas de la medicina actual y el modelo bio-psico-social. Históricamente la razón por la cual se abogó por la adopción de un modelo más amplio fue que el modelo médico clásico trajo consigo serias limitaciones a la psiquiatría, ya que la definición conceptual de salud de aquella época la estaba dejando (a petición de algunos médicos) fuera de la medicina (Engel, 1977), de igual manera, el escaso control sobre variables no médicas de enfermedades como la diabetes y esquizofrenia impulsó a que se tratara de cambiar el modelo médico clásico, por el modelo bio-psico-social.

Sin embargo, el cambio no constituyó un cambio que realmente modificara los conceptos y principios básicos del modelo biomédico, no hubo lo que se denomina una *revolución científica* (Kuhn, 1971) en el que los paradigmas se modifican completamente y se sustituyen por nuevos. Por el contrario se trató de mezclar lo mejor del modelo médico con las variables psicosociales, en palabras de Engel: “Ahora nos enfrentamos con la necesidad y el desafío de ampliar el enfoque a la enfermedad para incluir lo psicosocial sin sacrificar la enormes ventajas del enfoque biomédico” (p. 131) continuando así, con una versión renovada del viejo modelo biomédico y los problemas que trae a los psicólogos que lo adoptan.

Un problema más que surge al adscribirse a los paradigmas médicos actuales, es el creer que las metodologías que utiliza la medicina basada en evidencia, son *per se* las ideales para generar conocimiento y obtener la mejor evidencia, exaltando como se había mencionado anteriormente los ensayos controlados aleatorizados, metanálisis y revisiones como las metodologías máximas derivadas de la lógica de investigación fisheriana. Sin embargo, Erwin (2006) expone tres razones filosóficas (la impermanencia de los problemas psicológicos, la identificación de problemas psicológicos y los problemas ideográficos de la psicología) por las cuales los ensayos clínicos aleatorizados no deben extrapolarse de la investigación médica a la psicoterapia; concluyendo que el hecho ontológico de la singularidad del paciente así como de las causas de sus problemas, no quedan abordados y explicados cuando se realizan ensayos controlados aleatorizados, comenta que el problema no es la metodología empleada (según el autor daría igual si se usaran ensayos doble ciego o aleatorizados) ya que los principales problemas surgen del área epistemológica y conceptual y su remedio es de carácter teórico y no metodológico.

Finalmente, una razón más por la cual no es conveniente adoptar ese tipo de diseños de investigación en psicología, es la adopción de la lógica de normalidad filogenética (justificada en el ámbito médico) a la psicología, es decir dentro de un organismo existen procesos compartidos por los miembros de la especie que le permiten en buen funcionamiento, cualquier anomalía que constituya una amenaza al correcto funcionamiento del organismo debe erradicarse o controlarse. Sin embargo, en el caso de la psicología, no existe *per se* un parámetro o criterio de lo que debe considerarse

como normal, cualquier anomalía en psicología se reconoce únicamente a partir del individuo mismo y el contexto en el que interactúa. Por tal razón adoptar la lógica del modelo biomédico de que existen criterios de cómo debieran ser las conductas y sus anomalías problemas psicológicos constituye un error, de igual manera, la metodología que parece ser más congruente y dar más ventajas a la realización de investigaciones psicológicas porque que permite la evaluación de los cambios del individuo a lo largo de las sesiones comparando al individuo consigo mismo (diseños de casos únicos), queda rezagada al último nivel de evidencia (nivel 4 según las guías de McMaster, que significa sin evidencia adecuada del conocimiento; EBMWG, 1992) dentro de la medicina basada en evidencia y aún más dentro de la medicina conductual basada en evidencia.

Finalmente, al tratar de vincular la psicología básica con los problemas sociales se ha recurrido a un divorcio entre estas dos áreas o se ha llegado incluso a querer mezclar “lo mejor” de cada teoría psicológica y de esa manera poder abordar los problemas sociales de mejor manera, sin embargo, el hacerlo de esta manera trae consigo dos problemas. El primero consiste en que al utilizar lo mejor de diferentes corrientes teóricas para resolver un problema social, se pasa por alto que los principios que les dan sentido a cada una de ellas son incompatibles lógicamente y epistemológicamente, sería absurdo usar programas de extinción para disminuir un Edipo en pacientes con desórdenes alimenticios o el reforzar conductas en niños con linfoma para que pasen a etapas de pensamiento abstracto. Esta mezcla favorece que no exista siquiera una diferencia entre un psicólogo formado en programas serios universitarios y un terapeuta empírico formado por el diplomado de tres meses que tomó en algún "instituto" pecuniario. El segundo problema, surge ya que al tener pocas restricciones para incorporar aspectos heterogéneos de diferentes sistemas teóricos, nos lleva a formas de trabajo no explicables, evaluables ni perfeccionables, condenando a la disciplina a un estancamiento permanente (Zarzosa, 1991).

Medicina conductual y sus sistemas teóricos.

La inmensa gama de problemas antes mencionados, ha llevado a generar disciplinas denominadas puente, con las cuales se pretende vincular el conocimiento producido por la psicología básica con los criterios que dan sentido a los problemas de la salud evitando en la mayoría de los casos algunos de los problemas antes descritos. La

medicina conductual surge como una de esas disciplinas puente en las que se trata de integrar el conocimiento biomédico con el conocimiento conductual y a partir de esto abordar los diferentes problemas de salud integrando así el conocimiento que emana de la investigación interdisciplinaria (Agras, 1982). A pesar del éxito que ha tenido la medicina conductual al integrarse al campo de la salud, resulta importante mantener una actitud de reflexión sobre la disciplina sus limitaciones y virtudes para contribuir al desarrollo y solución de los problemas que ésta presenta.

Quizá el principal problema que presenta la medicina conductual y en el que el autor de esta tesis se va a centrar, es la diversidad y pluralidad de corrientes teóricas psicológicas en las que se basa y de las que se obtiene el conocimiento psicológico básico (Piña, Obregón, Corral y Márquez, 1996). De acuerdo con Pomerleau (1979) la medicina conductual retoma los principios del análisis experimental del comportamiento (condicionamiento operante y clásico), la teoría del aprendizaje social para explicar comportamientos humanos que ocurren en contextos sociales y de teorías que abarcan los complejos procesos cognitivos. Comenta Pomerleau (1982) que el conductismo moderno ya no se limita a la estrecha perspectiva que históricamente tenía, por tal razón el uso del conductismo por medio del análisis experimental de la conducta no excluye ni invalida el uso de otros métodos de investigación ni procedimientos clínicos. Un problema que Pomerleau no considera es que el conductismo o el conductismo moderno, no es una corriente única (se han identificado hasta siete diferentes corrientes de conductismo, Pérez-Acosta, Guerrero y López, 2002), por el contrario constituye un conjunto de filosofías con conceptos, metodología y líneas de investigaciones diversas e incluso encontradas las cuales únicamente comparten el nombre de conductistas (Harzem, 2002)

El problema de usar tan diversas corrientes teóricas recae en que no existe una psicología unificada como disciplina científica, por el contrario, las distintas corrientes psicológicas asumen compromisos ontológicos y epistemológicos sobre el objeto de conocimiento psicológico que las lleva a ser total o parcialmente inconmensurables entre ellas (Ribes, 2000). La “riqueza” de los procesos cognitivos no viene a complementar a los procedimientos operantes, y los principios de condicionamiento clásico no complementan a los pensamientos irracionales, a decir de Malone, Armento & Stephanie (2003) los principios epistemológicos de los que parte una teoría guían los procedimientos de las misma, sin embargo, no todos los principios son compatibles y por tal razón mezclables.

Ribes (2000) basándose en los conceptos el mundo, el cuerpo, el organismo, la mente, el cerebro y la conducta, realiza una descripción de ocho paradigmas de relación entre esos conceptos y la manera en la cual subyacen en distintas psicologías, así como los

compromisos epistemológicos y ontológicos que cada una asume. Con base en dicho análisis, se puede ubicar a la psicología cognitiva en la categoría de mundo-mente-cuerpo, la cual se caracteriza porque la mente y el cuerpo se consideran entidades distintas pero necesarias para relacionarse con el mundo. El reconocimiento del mundo se da a través de la mente y se expresa por medio de las acciones del cuerpo, a su vez el mundo afecta a la mente a través del cuerpo el cual reacciona de manera físico-biológica o de manera intencional y racional gracias a la intervención de la mente. En esta misma lógica, el condicionamiento clásico y operante pueden ubicarse como: organismo-mundo (para el condicionamiento clásico) organismo activo-mundo (para el condicionamiento operante).

En el caso del organismo-mundo, el concepto organismo como individuo biológico sustituye al concepto mente, la relación se da ahora entre el organismo que interactúa con el mundo, en dicha interacción el mundo actúa sobre el organismo y el organismo reacciona de manera específica siendo estas relaciones el objeto de conocimiento fundamental de este tipo de psicología. En el caso del paradigma organismo activo-mundo se comparte con el paradigma anterior la postulación de las mismas dos entidades en relación, sin embargo, se concibe al organismo como fuente de acciones, al margen de las influencias que el mundo puede ejercer sobre él es así que los hechos relevantes son las acciones del organismo respecto de los objetos y acontecimientos del mundo.

Cada paradigma sobre el objeto de conocimiento resulta en psicologías distintas con compromisos, preguntas, métodos, conceptos específicos a cada una de ellas, por lo tanto resultaría absurdo e indeseable el utilizar las herramientas de un paradigma en otro. Desafortunadamente en la teoría cognitivo-conductual (la teoría base de la medicina conductual) éstas consideraciones han sido pasadas por alto, cometiendo así, los errores antes descritos y poniendo en vilo su solidez y pertinencia como disciplina puente en donde se integre el conocimiento científico de manera congruente y estructurada.

Los múltiples errores que durante este capítulo se han descrito, dejan en claro la necesidad de desarrollar en los expertos en medicina conductual las habilidades para abordarlos, sin embargo, estas habilidades no van a venir de la descripción de teorías,

del uso sofisticado de metodología, del informe de investigaciones o de la acumulación de evidencia empírica. Por el contrario, vendrán de la revisión crítica de los conceptos utilizados así como de los malentendidos empleados en los mismos, poniendo énfasis en los criterios para realizar el análisis conceptual de las teorías, categorías que empleamos en la práctica diaria, es así, que al igual que se considera importante llevar clases de medición, teoría y prácticas clínicas en la Maestría de Psicología con Residencia en Medicina Conductual, el autor de este escrito recomienda el implementar una clase en la que se permita identificar los errores mencionados y se les enseñe la manera en la cual estos pueden ser resueltos. Así y sólo así, se posibilitará el avance de la psicología en el campo de la salud.

Referencias

- Agras, W.S. (1982) Behavioral medicine in the 1980s: Nonrandom connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 797-803
- Alonso, Y. (2004) The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 53 (2), 239–244.
- Al-Shahri, M. & Al-Khenaizan, A. (2005) Palliative care for Muslim patients. *The Journal of Supportive Oncology*, 3 (6), 432-436.
- Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers J., Lins, P.E., Adamson, U. & Johansson, U. B. (2009) Experience from a behavioural medicine intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 84 (1) 76-83.
- Anderson, F., Downing, M.G., Hill, J., Casorso, L. & Lerch, N. (1996). Palliative performance scale (PPS): a new tool. *Journal of Palliative Care*, 12(1) ,5-11.
- Bair, M.J., Wu, J., Damush, T.M., Sutherland, J.M. & Kroenke, K. (2008) Association of depression and anxiety alone and in combination with chronic musculoskeletal pain in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 70 (8), 890-897.
- Bauer, R.M. (2004) Evidence-based practice in psychology: implications for research and research training. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (7), 685-94.
- Brady, J.V., Porter, R.W., Conrad, D. G. & Manson, J.W. (1958) Avoidance behavior and the development of gastroduodenal ulcers. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1, 69-72.
- Beekman, A.T., de Beurs, E., van Balkom, A.J., Deeg, D.J., van Dyck, R. & van Tilburg, W. (2000) Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *The American Journal of Psychiatry*, 157 (1), 89-95.
- Bensing, J. (2000) Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling*, 39 (1), 17–25.
- Block, S.D. (2006) Psychological issues in end-of-life care. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (3), 751-772.

- Brooksbank, M. (2009) Palliative care: Where have we come from and where are we going? *PAIN*, 144 (3), 233–235.
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J., Selmsler, P. & Macmillan, K. (1991): The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): A simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 7 (2), 6–9.
- Buyck, D., Floyd, M., Tudiver, F., McGrady, L., Journagin, A. & Kishenko, S. (2005) Behavioral medicine in Russian family medicine. *Patient Education and Counseling*, 59 (2), 205–211.
- Chang, V.T., Hwang, S.S., Feuerrman, M. (2000). Validation of the Edmonton Symptom Assessment Scale. *Cancer*, 1;88 (9), 2164-2171.
- Chen, M.L. & Chang, H.K.(2004) Physical symptom profiles of depressed and nondepressed patients with cancer. *Palliative Medicine*, 18(8), 712-718.
- Cherlin, E.J., Carlson, M.D., Herrin, J., Schulman-Green, D., Barry, C.L., McCorkle, R., Johnson-Hurzeler, R. & Bradley, E.H. (2010) Interdisciplinary staffing patterns: do for-profit and nonprofit hospices differ? *Journal of Palliative Medicine*, 13 (4), 389-394.
- Cox, M. & Irby, D.M. (2006) American Medical Education 100 years after the Flexner Report. *The New England Journal of Medicine*, 355(13), 1339-1344.
- Coyne, J. C., Thombs, B., & Hagedoorn, M. (2008). A meta-analysis of psychosocial interventions for cancer patients gone awry. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 94–96.
- Coyne, J. C., Thombs, B., & Hagedoorn, M. (2010) Ain't Necessarily So: Review and Critique of Recent Meta-Analyses of Behavioral Medicine Interventions in Health Psychology. *Health Psychology*, 29 (2), 107–116.
- Crawley, M.L. (2005) Racial, cultural, and ethnic factors influencing End-of-Life care. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (1), S58-S59
- Dale, H., Adair, P. & Humphris, G. (2010) Systematic review of post-treatment psychosocial and behaviour change interventions for men with cancer. *Psycho-Oncology*, 19 (3), 227–237.
- Davidson, K.W. & Spring, B. (2006). Developing an evidence base in psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3):259-271.
- Davidson, K.W., Goldstein, M., Kaplan, R.M., Kaufmann, P.G., Knatterud, G.L., Orleans, C.T., Spring, B., Trudeau, K.J. & Whitlock, E.P. (2003) Evidence-based behavioral medicine: what is it and how do we achieve it?. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(3), 161-71.
- Deitz, S.M. (1978) Current status of applied behavior analysis science versus technology. *American Psychologist*, 33, 805-814.

- Delgado-Guay, M., Parsons, H.A., Li, Z., Palmer J.L. & Bruera, E. (2009) Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Supportive Care Cancer*, 17 (5), 573-579.
- DíazGonzález, E. y Carpio, C. (1996). Criterios para la aplicación del conocimiento psicológico. En: Sánchez, J., Carpio, C. y DíazGonzález, E. (Eds.) Aplicaciones del conocimiento psicológico (pp. 39-49). México: UNAM/Sociedad y Sociedad Mexicana de Psicología.
- Dixon, K. E., Keefe, F. J., Scipio, C. D., Perri, L. M. & Abernethy, A. P. (2007). Psychological interventions for arthritis pain management in adults: A meta-analysis. *Health Psychology*, 26, 241–250.
- Dobrof, J., Ebenstein, H., Dodd, S. & Epstein, I. (2006) Caregivers and professionals partnership caregiver resource center: assessing a hospital support program for family caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (1), 196-205.
- Dumont, S., Turgeon, J., Allard, P., Gagnon, P., Charbonneau, C., Vezina, L. (2006) Caring for a loved one with advanced cancer: determinants of psychological distress in family caregivers. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (4), 912-921.
- EBMWG Evidence-based Medicine Working Group (1992). Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *Journal of American Medical Association*, 4;268(17), 2420-2425.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A change for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Erwin, E. (2006). Randomized clinical trials in psychotherapy outcome research. *Philosophy of Science*, 73 (2) 135–152.
- Freixa i Baqué, E. (2003) ¿Qué es conducta?. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 3 (3), 595-613.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975) Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12(3), 189-198.
- Hamilton, J., Lobel, M. & Moyer, A. (2009) Emotional Distress Following Genetic Testing for Hereditary Breast and Ovarian Cancer: A Meta-Analytic Review. *Health Psychology*, 28 (4), 510–518.
- Harzem, P. (2002) Searching for a future for behaviorism: a review of the new behaviorism by John Staddon. *Behavior and Philosophy*, 30, 61-72.
- Hayes, S. C. (1998). Building a useful relationship between "applied" and "basic" science in behavior therapy. *The Behavior Therapist*, 21, 109-112.

- Hayes, S.C. & Berens, N.M. (2004) Why relational frame theory alters the relationship between basic and applied behavioral psychology. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (2), 341-353.
- Holth, P. (2001) The persistence of category mistakes in psychology. *Behavior and Philosophy*, 29, 203-219.
- Hotopf, M., Chidgey, J., Addington-Hallm, J. & Ly, K.L. (2002) Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliative Medicine*, 16 (2), 81-97.
- Inouye, S.K., Van Dyck, C.H., Alessi, C.A., Balkin, S., Siegal, A.P., Horwitz, R. L. (1990) Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method: A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.
- Irwin, M. R., Cole, J. C. & Nicassio, P. M. (2006). Comparative metaanalysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55- years of age. *Health Psychology*, 25 (1), 3–14.
- Jensen, I.B., Bergstrom, G., Ljungquist T., Bodin L. & Nygren, A.L. (2001) A randomized controlled component analysis of a behavioral medicine rehabilitation program for chronic spinal pain: are the effects dependent on gender? *PAIN*, 91 (1-2), 65-78.
- Kantor, J.R. (1945) Problems and paradoxes of physiological psychology. *The Psychological record*, 5 (13), 355-394.
- Kai-hoi, S.F., Wong, E., Lo, R. & Woo, J. (2000) Do pain and disability differ in depressed cancer patients? *Palliative Medicine*, 14 (1), 11-17.
- Kim, E., Dodd, M.J., Aouizerat, B.E., Jahan, T. & Miaskowski, C. (2009) A review of the prevalence and impact of multiple symptoms in oncology patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37 (4), 715-736.
- Krishnan, V., Graham, A., Mazei-Robison, M.S., Lagace, D.C., Kim, K.S., Birnbaum, S., Eisch, A.J., Han, P.L., Storm, D.R., Zachariou, V. & Nestler, E.J. (2008) Calcium-sensitive adenylyl cyclases in depression and anxiety: behavioral and biochemical consequences of isoform targeting. *Biological Psychiatry*, 15:64 (4), 336-343.
- Kuhn, T. (1971) *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laugsand, E.A., Kaasa, S., de Conno, F., Hanks, G., Klepstad, P. & Research Steering Committee of the EAPC. (2009) Intensity and treatment of symptoms in 3,030 palliative care patients: a cross-sectional survey of the EAPC Research Network. *Journal of Opioid Management*, 5(1), 11-21.

- Lau, F., Downing, M., Lesperance, M., Karlson, N., Kuziemy, C. & Yang, J. (2009) Using the Palliative Performance Scale to Provide Meaningful Survival Estimates. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38 (1), 134-144.
- Lenze, E.J., Mulsant, B.H., Shear, M.K., Alexopoulos, G.S., Frank, E. & Reynolds, C.F. (2001) Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. *Depression and Anxiety*, 14 (2), 86-93.
- Lloyd-Williams, M., Dennis, M. & Taylor, F. (2004) A prospective study to determine the association between physical symptoms and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 18 (6), 558-563.
- Lloyd-Williams, M., Friedman, T. & Rudd, N. (2001). An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(6), 990-996.
-
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Día, J.L., De la C mara, C., Ventura, T., Morales, F., Pascual, L.F., Monta es, J.A. y Aznar, S. (1999) Revalidaci n y normalizaci n del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Medicina Clínica*, 112 (), 767-774.
- López, J., Vázquez, V., Arcilla, D., Sierra, A., Gonzalez, J. y Salin, R., (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del hospital anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obsesos mexicanos. *Revista de Investigacion Clínica*, 54 (5), 403-409.
- Ly, K.L., Chidgey, J., Addington-Hall, J. & Hotopf, M. (2002) Depression in palliative care: a systematic review. Part 2. Treatment. *Palliative Medicine*, 16 (4), 279-84.
- Malone, J. C., Armento, M. E. & Stephanie, J. (2003) What color is the sky on your planet? a review of investigations in behavioral epistemology, *Behavior and Philosophy*, 31, 47-61.
- López-Ibor, J. J. y Valdés, M. M. (2002). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: texto revisado. Barcelona: Masson
- Mitchell, A.J., Meader, N. & Symonds, P. (en prensa) Diagnostic validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in cancer and palliative settings: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Pathiaki, M., Galanos, A & Vlahos, L (2008) The relationship between quality of life and levels of hopelessness and depression in palliative care. *Depression and Anxiety*, 25(9), 730-736.
- Morales, F. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud. Argentina: PAID S.

- Moss, E. & Dobson, K. (2006) Psychology, Spirituality, and End-of-Life Care: An Ethical Integration?. *Canadian Psychology*, 47(4), 284-299
- Noguera, A, Centeno, C., Carvajal, A., Tejedor, M.A., Urdirroz, J. & Martínez, M. (2009) Spanish "fine tuning" of language to describe depression and anxiety. *Journal of Palliative Medicine*, 12(8), 707-712.
- Ocañez, K.L., Kathryn-McHugh, R. & Otto, M.W. (en prensa) A meta-analytic review of the association between anxiety sensitivity and pain. *Depression and Anxiety*.
- Organización Mundial de la Salud (1978) ALMA-ATA 1978: atención primaria de salud. Recuperado de internet el 1 de marzo de 2010 de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2006) Constitution of the World Health Organization: *Basic Documents*. Recuperado de internet el 1 de marzo de 2010 de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2007) Palliative care: cancer control knowledge into action En: WHO guide for effective programs. Recuperado de internet el 1 de marzo de 2010 de <http://www.who.int/cancer/media/FINAL-PalliativeCareModule.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) Cancer: fact sheet. Recuperado de internet el 2 de marzo de 2010 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
- Pardo, A. y Ruiz, M.A. (2002) SPSS 11: Guía para el análisis de datos. México:McGraw-Hill
- Pastrana, T., Vallath, N., Mastrojohn, J., Namukwaya, Kumar, S., Radbruch, L. & Clark, D. (2009) Disparities in the Contribution of Low and Middle-Income Countries to Palliative Care Research. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39 (1), 54-68.

- Pérez-Acosta, A. M., Guerrero, F. y López, W. (2002) Siete conductismos contemporáneos: una síntesis verbal y gráfica. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2 (1), 103-113.
- Periyakoil, V.J. & Hallenback, J. (2002) Identifying and managing preparatory grief and depression in end of life. *American Family Physician*, 65(5):883-890.
- Piña, J. A., Obregón, F., Corral, V. y Márquez, I. (1996) ¿Constituye la medicina conductual una alternativa multidisciplinaria de la psicología para el campo de la salud?. En: Sánchez, J., Carpio, C. y DíazGonzález, E. (Eds.) Aplicaciones del conocimiento psicológico (pp. 95-115). México: UNAM/Sociedad y Sociedad Mexicana de Psicología.
- Pomerleau, O.F. (1979) Behavioral Medicine: The Contribution of the Experimental Analysis of Behavior to Medical Care. *American Psychologist*, 34(8), 654-663.
- Pomerleau, O.F. (1982). A Discourse on Behavioral Medicine: Current Status and Future Trends. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 1030-1039.
- Ribes, E. (1977) Relationship among behavior theory, experimental research, and behavior modification techniques. *The Psychological Record*, 27, 417-424.
- Ribes, E. (1990) Psicología y salud: un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (2000). La psicología y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26 (3), 367-383.
- Ribes, E. y López, F. (1985) Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico. México: Trillas.
- Ryle, G. (1967) El concepto de lo mental. Barcelona: Paidós

- Schwartz, G.E. (1982) Testing the biopsychosocial model: the ultimate challenge facing behavioral medicine?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 1040-1053.
- Schwartz, G.E., & Weiss, S.(1977) What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 36(39), 377-381.
- Schwartz, G.E., & Weiss, S. (1978) Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 249-251.
- Shear, K., Frank, E., Houck, P.R. & Reynolds, C. F. (2005) Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 293(21), 2601-2608.
- Sistema Nacional de Información en Salud (2007) Diez causas de mortalidad en México. Recuperado de Internet el 1 de marzo de 2010 de <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>
- Sistema Nacional de Información en Salud (2005) Principales causas de mortalidad general. Recuperado de Internet el 1 de marzo de 2010 de <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>
- Smith, E.M., Gomm, S.A. & Dickens, C.M. (2003) Assessing the independent contribution to quality of life from anxiety and depression in patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 17(6), 509–513.
- Stark, D., Kiely, M., Smith, A., Velikova, G., House, A. & Selby, P (2002) Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology*, 15; 20 (14), 3137-3148.
- Stark, D. & House, A. (2000) Anxiety in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 83(10), 1261-1267.

- Sulmasy, D.P. (2002) A Biopsychosocial-Spiritual model for the care of patients at the end of life. *The Gerontologist*, 42 (3), 24–33.
- Teunissen, S.C., A de Graeff, E.E & de Haes, J.J. (2007) Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliative Medicine*, 21(4), 341-346.
- Teunissen, S.C., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H.C., Voest, E.E. & de Graeff, A. (2007) Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *Journal of Pain Symptom Management*, 34 (1), 94-104.
- Thekkumpurath, P., Venkateswaran, C., Kumar, M. & Bennett, M.I. (2008) Screening for Psychological Distress in Palliative Care: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36 (5), 520-528.
- Thekkumpurath, P., Venkateswaran, C., Kumar, M., Newsham, A. & Bennett, M. I. (2009) Screening for psychological distress in palliative care: performance of touch screen questionnaires compared with semistructured psychiatric interview. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38 (4), 597-605.
- Thielking, P (2003) Cancer pain and anxiety. *Current Pain and Headache Reports*, 7 (4), 249-261.
- Thompson, T., Keogh, E., French, C. & Davis, R. (2008) Anxiety sensitivity and pain: generalisability across noxious stimuli. *PAIN*, 134 (1-2) 187–196.
- Torres-Vigil, I., Aday, LA., De Lima, L. & Cleeland, C.S (2007). What predicts the quality of advanced cancer care in latin america ? a look at five countries: Argentina , Brazil , Cuba , Mexico , and Peru. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(3), 315-328.
- Van Ryn, M., Sanders, S., Kahn, K., Van Houtven, C., Griffin , J., Martin, M., Atienza, A., Phelan, S., Finstad D & Rowland, J. (en prensa) Objective burden, resources,

and other stressors among informal cancer caregivers: a hidden quality issue? *Psycho-Oncology*.

Vignaroli, E., Pace, EA., Willey, J., Palmer, JL., Zhang, T & Bruera, E. (2006). The Edmonton Symptom Assessment System as a screening tool for depression and anxiety. *Journal of Palliative Medicine*, 9 (2), 296–303.

Wasteson, E., Brenne, E., Higginson, IJ, Hotopf, M., Lloyd-Williams, M., Kaasa, S., Loge, JH & European Palliative Care Research Collaborative (2009) Depression assessment and classification in palliative cancer patients: a systematic literature review. *Palliative Medicine*, 23 (8), 739-753

Williams, B.R. (2006) Dying young, dying poor: a sociological examination of existential suffering among low-socioeconomic status patients. *Journal of Palliative Medicine*, 7 (1), 27-37.

Wilson, K.G., Chochinov, H.M., Skirko, M.G., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P.R., Macmillan, K., De Luca, M., O'Shea, F., Kuhl, D., Fainsinger, R.L. & Clinch, J.J. (2007) Depression and anxiety disorders in palliative cancer care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2), 118-29.

Zarzosa, L.G. (1991). Problemas del eclecticismo: un caso. *Revista Mexicana de Psicología*, 8 (1 y2), 109-115.

ANEXO 1

Lista de los síntomas físicos descritos en el estudio de Teunissen y cols del 2007.

Síntomas	Número de estudios	Número de pacientes	Combinados de prevalencia %
1. Fatiga	17	6,727	74
2. Dolor	37	21,917	71
3. Falta de energía	6	1,827	69
4. Debilidad	18	14,910	60
5. Pérdida de apetito	37	23,112	53
6. Nerviosismo	5	727	48
7. Pérdida de peso	17	3,167	46
8. Boca seca	20	6,359	40
9. Ánimo depresivo	19	8,678	39
10. Constipación	34	22,437	37
11. Preocupación	6	1,378	36
12. Insomnio	28	18,597	36
13. Disnea	40	24,490	35
14. Náusea	39	24,263	31
15. Ansiedad	12	7,270	30
16. Irritabilidad	6	1,009	30
17. Hinchazón	5	626	29
18. Tos	24	11,939	28
19. Síntomas cognitivos	9	1,696	28
20. Saciedad temprana	5	1,696	28
21. Cambio del sabor	11	3,045	22
22. Llagas en la boca/ estomatitis	8	2,172	20
23. Vómito	24	9,598	20
24. Somnolencia	16	11,634	20

25. Edemas	13	3,486	19
26. Síntomas urinarios	15	12,011	18
27. Mareo	12	3,322	17
28. Disfagia	25	16,161	17
29. Confusión	17	11,728	16
30. Sangrado	5	8,883	15
31. Síntomas neurológicos	11	10,004	15
32. Ronquidos	5	1,410	14
33. Dispepsia	7	3,028	12
34. Síntomas de la piel	7	9,177	11
35. Diarrea	22	16,592	11
36. Prurito	14	6,676	10
37. Hipo	7	3,991	7

Entrevista de Psicología para Cuidadores y Pacientes en Cuidados Paliativos

Datos del Paciente:

Fecha: _____

Nombre: _____ . Sexo (F) (M) No. _____
Edad _____ Estado civil _____ Escolaridad _____ Nivel económico _____ No. de Expediente _____ Hospitalizado () Externo () Lugar de nacimiento _____
Residencia _____ Religión _____ Ha recibido atención por su enfermedad actual de: Psicólogo () Psiquiatra () Tanatólogo () Tiempo _____ Tratamiento: _____

Enfermedad por la cual lo están atendiendo en cuidados paliativos: _____ Tiempo con ella _____

Cuánto tiempo tiene en consulta de Paliativos: _____

Otras comorbilidades _____

¿El paciente está enterado de su diagnóstico? (S) (N) ¿Está enterado de su pronóstico? (S) (N)

¿Ha requerido atención de urgencias los últimos 6 meses?(S) (N) ¿Cuántas ocasiones? _____

¿Ha requerido hospitalización es los últimos 6 meses? (S) (N) ¿En cuántas ocasiones? _____

Principal queja del Paciente: _____

Estado Emocional: _____

Principales expectativas del paciente sobre el servicio: _____

Miedos del paciente: _____

	Visita 1	Visita2	Visita 3
--	----------	---------	----------

Fecha			
PPS			
Karnofski			
MMT			
HAD Px	Ansiedad:	Depresión:	
Zarit			
Dolor			
Nausea			
Debilidad			
Anorexia			
P sueño			
P Bucales			
Ansiedad			
Depresión			
Disnea			
Somnolencia			
Otro			

(Delirium CAM)

En la última semana su paciente ha tenido:

¿Problemas para recordar eventos o conversaciones que casi acaban de ocurrir? (S) (N)

¿Le cuesta trabajo centrar, mantener o dirigir la atención? (S) (N)

¿Lo ha encontrado desubicado? Es decir que no sepa en donde se encuentra, el día o no distinga si es de tarde o noche (S) (N)

¿Ha tenido alguna Alucinación o ilusión? (S) (N)

¿Hay momentos en los que parezca mas desorientado que otros? _____

Datos del Cuidador:

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

Escolaridad _____ Estado civil _____ Ocupación _____ Hijos: (S) (N)

No. _____ Edades _____

Ha recibido atención: Psicólogo () Psiquiatra () Tanatólogo () Tiempo del mismo _____

¿Qué se le recomendó? _____

¿Cuida a alguna otra persona además de su paciente? (S) (N) ¿Cuántas? _____ ¿Desde cuándo?

1. Relación o parentesco que guarda con el paciente:

Esposo () Hijo () Padre/madre () Hermano () Otro () Sin parentesco ()

2. ¿Desde hace cuánto tiempo (en meses) se hace cargo de cuidar a su paciente? _____

3. ¿Horas del día que dedica a su cuidado? Todo el día () Medio día () 3 o 4 Horas ()

4. ¿Cuántos días de la semana dedica al cuidado de su paciente?

Toda la semana () Solo entre semana () 3 o 4 días por semana ()

5. A continuación se listan una serie de actividades que otros cuidadores realizan para sus paciente, de estas dígame usted cuales realiza rutinariamente.

Actividad	(S/N)		(S/N)	Actividad	(S/N)
Compañía		Vestirlo		Alimentarlo	
Moverlo o transportarlo		Trámites administrativos o legales		Preparar alimentos	
Darle sus medicamentos		Cambiarle el pañal o cómodo		Curaciones	
Bañarlo		Comprar sus medicamentos		Llevarlo a consultas medicas y estudios	

6. ¿Recibe algún apoyo para el cuidado de su paciente? (S) (N) de que Tipo :

Ninguno () Económico () Emocional: alguien escuchas mis problemas o tengo con quien expresar mis emociones ()

Me ayudan con algunas actividades ().

7. ¿Cuándo está usted enfermo u ocupado alguien puede sustituirle? Siempre () En ocasiones () Nunca ()

8. Se ha afectado algún área de su vida desde que cuida a su paciente:

Trabajo () Escuela () Tareas del hogar () Vida social () Vida familiar ()

Pasatiempos vacaciones y ocio () Relación de pareja ()

9. ¿Usted padece alguna enfermedad medica? (S) (N) * si la respuesta es no pase a la pregunta 12

¿Cuáles? _____

10. ¿Desde hace cuánto tiempo? _____ ¿Recibe atención médica actualmente? (S) (N)

11. Desde que cuida a su familiar ¿A tenido alguna dificultad para seguir su tratamiento? (S) (N)

¿De qué tipo? Económica () Falta de tiempo () No tener alguien Que cuide a mi paciente ()

Otra: _____

12. Cuando se siente enfermo, ¿va al médico a recibir atención?

Si, inmediatamente () Si, pero espera un poco para ver si mejora () Solo si se siente muy mal ()
NO ()

13. ¿Qué tan estresante es para usted cuidar a una persona enferma?

Nada estresante () Un poco estresante () Moderadamente estresante () Totalmente estresante ()

¿Si se siente estresado a qué se

debe? _____

14. ¿Se ha sentido deprimido? NO () Sí, desde que cuido a mi Px () Sí, desde antes de cuidar a mi Px ()
15. ¿Se ha sentido ansioso? NO () Sí, desde que cuido a mi Px () Sí, desde antes de cuidar a mi Px ()
16. ¿Realiza ejercicio? (S) (N)
17. Días que dedica al ejercicio: todos los días () 3 o 4 días () 2 días () No hago ejercicio ()
18. Cuando hace ejercicio que tiempo de dedica: 1 hora () 30 minutos () Menos de 30 minutos ()
19. ¿Encuentra difícil realizar ejercicio? (S) (N) ¿Cuál es el motivo? Falta de tiempo () Falta de dinero ()
 No hay quien cuide a mi paciente () No lo acostumbro () Otra _____

20. ¿Dedica tiempo a descansar además del tiempo en que duerme? todos los días () 3 o 4 días () 2 días () No lo hago ()
21. ¿Cuánto descansa cuanto tiempo lo hace? 1 hora () 30 minutos () Menos de 30 minutos ()
22. ¿Encuentra difícil tomar descansos? (S) (N) ¿Cuál es el motivo? Falta de tiempo () ()
23. No hay quien cuide a mi paciente () No lo acostumbro () Otra _____
24. ¿Dedica tiempo para actividades recreativas? (S) (N) todos los días () 3 o 4 días () 2 días () No lo hago ()
25. ¿Cuándo realiza actividades recreativas cuanto les dedica? 1 hora () 30 minutos () Menos de 30 minutos ()
26. ¿Encuentra difícil realizar actividades recreativas? (S) (N) ¿Por qué? Falta de tiempo () Falta de dinero ()
27. No hay quien cuide a mi paciente () No lo acostumbro () Otra _____
28. ¿Cómo describiría en términos generales la comunicación que tiene con su paciente?
 Muy buena () Buena () Regular () Mala ()
29. ¿Cómo describiría en términos generales su relación con su paciente?
30. Muy buena () Buena () Regular () Mala ()
31. ¿Suele platicar con él sobre sus deseos o asuntos pendientes?
 Los hablamos () Los hablamos y tratamos de resolverlos () No los hablamos ()
 ¿Cuál es la razón? _____

32. ¿Habla con él sobre cómo se siente respecto a su enfermedad? Hablamos sobre cómo se siente ()
No hablamos ()
33. ¿El médico le dio detalles sobre? Diagnostico () Tratamiento () Resolvió sus dudas ()
34. ¿Quién tomó la decisión de seguir con tratamiento en paliativos? Médico () Paciente () Familia ()
Decisión conjunta ()

Anexo 3

Edmonton Symptom Assess System (ESAS)

Edmonton Symptom Assess System (ESAS)											
Síntoma	Intensidad										
Dolor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Debilidad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ansiedad	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prob.Bucales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Disnea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Anorexia	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Prob. Sueño	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Insomnio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Palliative Performance Scale

PPS Palliative Performance Scale.					
PPS	Deambulaci3n	Actividad y evidencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Nivel de Conciencia
100	Completa	Actividad y trabajo normal sin enfermedad	Completo	Normal	Completo
90		Actividad y trabajo normal alguna evidencia de enfermedad			
80		Actividad y trabajo con esfuerzo evidencia de enfermedad			
70	Reducida	Incapacidad para trabajar	Ayuda ocasional	Normal o reducida	Completo o confusi3n
60		Incapacidad para trabajo dom3stico			
50	Principalmente sill3n y cama	Incapacidad para cualquier trabajo enfermedad extensa	Asistencia considerable		Completo, confusi3n y somnoliento.
40	Totalmente en cama	Incapacidad para la	Asistencia casi		

		mayoría de actividades enfermedad extensa	completa		
30		Incapacidad para cualquier actividad trabajo enfermedad extensa	Cuidado completo		
20	Mínima exclusivamente sorbos				
10	ninguna			Somnoliento o coma	
0	Muerte				

Test mini examen cognoscitivo Mini-mental

ORIENTACIÓN

Dígame el día.....fechaMes.....Estación.....Año..... (5 puntos)

Dígame el hospital (o lugar).....

planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... (5 puntos)

FIJACIÓN

Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? (5 puntos)

Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás (3 puntos)

MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras de antes ? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj (2puntos)

Repita esta frase : En un trigal había cinco perros (1 punto)

Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ? (2 puntos)

¿qué son el rojo y el verde ?

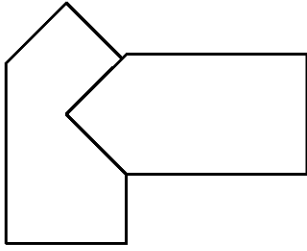
¿Que son un perro y un gato ? (1 punto)

Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)

Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS (1punto)

Escriba una frase (1 punto)

Copie este dibujo (1 punto)



Anexo 4 Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (por sus siglas en inglés HAD)

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

Fecha _____

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. Lea cada pregunta y marque con un X la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1.-Me siento tenso o nervioso

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

2.-Sigo disfrutando de las mismas cosas de siempre

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto

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

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

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

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto

5.-Tengo la cabeza llena de preocupaciones

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

6.-Me siento alegre

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto

7.-Soy capaz de permanecer sentado (a) tranquila y relajadamente

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto

8.-Me siento lento (a) y torpe

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

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

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto

10.-He perdido interés por mi aspecto personal

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto

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

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto

12.-Espero las cosas con ilusión

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto

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

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto

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

Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en lo absoluto