



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

IMPORTANCIA DE LA MEDICINA
CONDUCTUAL EN EL SERVICIO DE
HEMATOLOGÍA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ARACELI SOSA DE LA CRUZ

DIRECTOR DEL REPORTE:

DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

COMITÉ TUTORIAL:

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

DR. ARIEL VITE SIERRA

DRA. DOLORES MERCADO CORONA

MTRA. CRISTINA BRAVO GONZALEZ

MEXICO, D. F.

MAYO 2009



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.

AGRADECIMIENTOS

La vida no se mide por los descansos que estas tomando, si no por los momentos que te roban el aliento, eso lo aprendí de ti Mamá, gracias a tu apoyo incondicional, consejos y desvelos, pero sobre todo a tu presencia y amor, porque a cada paso que doy tu estás conmigo siempre, fuiste una piedra angular en este proceso. Te amo.

Papá te agradezco por impulsarme y guiarme cada momento importante en mi vida y por darme cuenta que la vida es como una leyenda no importa como este escrita, si no que sea bien narrada. No cedí mi papel protagónico y ahora comparto un logro más contigo, te amo.

Gracias Herminio por compartir mi idea del encuentro: de dos personas centradas en ellas mismas que comparten su camino sin renunciar a su centramiento. Si no estoy centrada en mi, es como sino existiera. Y si no existo, ¿cómo podría encontrarte en el camino?. Gracias a eso he logrado una objetivo más en mi vida, te amo.

Quiero agradecer al Programa de Maestría, por haberme dado la oportunidad de pertenecer a la comunidad de posgrado y seguir avanzando en mi formación académica y profesional.

Agradezco al jurado de examen las valiosas aportaciones y comentarios al presente trabajo. Especialmente a la Dra. Laura Hernández Guzmán y al Dr, Juan José Sánchez Sosa porque con sus observaciones y comentarios se enriqueció ampliamente este reporte.

Gracias a mi supervisora académica Cristina Bravo González que con su experiencia profesional me ayudo en la labor del psicólogo en al ámbito hospitalario.

Al Dr. Jorge Cruz Rico gracias por sus enseñanzas y confianza, por permitirme desarrollarme con la tranquilidad y sabiduría en el hospital, y por impulsar mi presencia en el ambiente médico.

Por último, a cada uno de mis pacientes, que me permitieron materializar el conocimiento adquirido, por la confianza que brindaron hacia mi trabajo y hacia mi persona.

ÍNDICE

Página

Importancia de la Medicina Conductual en el Servicio de Hematología.

Introducción	3
1. Estudio 1: Programa de tratamiento cognitivo-conductual.	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Objetivo general	15
1.3 Objetivos específicos	15
1.4 Método	15
1.4.1 Población a la que va dirigido	15
1.4.2 Sujetos	15
1.4.3 Criterios de inclusión	16
1.4.4 Criterios de exclusión	16
1.4.5 Escenario	16
1.4.6 Modalidad	16
1.4.7 Instrumentos de medición psicológica	17
1.4.8 Procedimiento	19
1.4.9 General	19
1.4.10 Tratamiento	19
1.4.10.1 Reestructuración cognitiva	20
1.4.10.2 Solución de problemas	22
1.4.10.3 Entrenamiento en relajación	24
1.4.10.4 Psicoeducación	26
1.5 Resultados	38
1.5.1 Análisis grupal	38
1.5.2 Análisis individual	39
1.6 Discusión	51
2. Dos estudios de caso	
2.1 Caso clínico 1	54
2.1.1 Ficha de identificación	54
2.1.2 Evaluación	54
2.1.3 Intervención	58
2.1.4 Comentarios clínicos	60
2.2 Caso clínico 2	62
2.2.1 Ficha de identificación	62
2.2.2 Evaluación	62
2.2.3 Estado cognitivo inicial	66
2.2.4 Intervención	68
2.2.5 Resultados	69

3. Estudio 2: Intervención cognitivo-conductual para la promoción de la adhesión terapéutica	71
3.1 Antecedentes	71
3.2 Objetivo general	83
3.3 Objetivos específicos	83
3.4 Método	83
3.4.1 Población a la que va dirigido	83
3.4.2 Criterios de inclusión	84
3.4.3 Criterio de exclusión	84
3.4.4 Criterios de eliminación	84
3.4.5 Escenario	84
3.4.6 Modalidad	84
3.4.7 Materiales	85
3.4.8 Instrumentos	86
3.4.9 Procedimiento	88
3.4.10 General	88
3.4.11 Tratamiento	88
3.4.12 Descripción del procedimiento	89
3.5 Resultados	92
3.6 Discusión	96
4. Reporte de experiencia profesional	98
4.1 Medicina conductual	98
4.2 Primera rotación: Servicio de Hematología	102
4.2.1 Características de la sede	102
4.2.2 Actividades profesionales del servicio de hematología	103
4.2.3 Actividades académicas de la UNAM	105
4.2.4 Características de los pacientes con atención psicológica en el servicio de hematología	107
4.2.5 Evaluación de las actividades dentro de la SEDE	109
4.3 Segunda rotación: Servicio de Oncología	111
4.3.1 Características de la sede	111
4.3.2 Actividades profesionales del servicio de oncología	112
4.3.3 Actividades académicas de la UNAM	115
4.3.4 Características de los pacientes con atención psicológica	117
4.3.5 Evaluación de las actividades dentro de la sede	120
5. Bibliografía	122
6. Conclusiones Generales	128
7. Anexos	129

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional da cuenta del trabajo realizado dentro del Programa de Maestría y Residencia en Medicina Conductual de la Universidad Nacional Autónoma de México a lo largo de dos años. Inicialmente se presenta, el protocolo de intervención titulado: Programa de tratamiento cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad en pacientes con diagnóstico de leucemia aguda.

En segundo término se describen dos casos clínicos atendidos durante los dos años de residencia. Primero, el caso de una niña de ocho años hospitalizada en el servicio de hematología y quien presentaba rechazo a los procedimientos médicos. En segundo término, el caso de un paciente de 31 años de edad referido a psicología por el servicio de oncología ante una cirugía de vejiga.

Adicionalmente se describe el protocolo aplicado en el segundo año de residencia dentro del programa, es decir, un programa cognitivo-conductual para incrementar la adhesión en el paciente oncológico de primera vez.

Finalmente, se informa sobre los servicios donde se realizaron las rotaciones como residente de Medicina conductual. Primero, se presenta la rotación del primer año en el servicio de hematología, posteriormente, la rotación en el servicio de oncología. Ambas en el Hospital Juárez de México.

En cada uno de los servicios se menciona:

Su estructura.

Las principales actividades profesionales desarrolladas, tanto académicas como de atención a pacientes, incluyendo las sesiones clínicas, bibliográficas, presentación de casos y supervisión, las cuales se realizaban en los servicios de psicología, hematología y oncología.

Las características de los pacientes atendidos, de acuerdo al servicio correspondiente.

Una evaluación de las actividades dentro del hospital, así como de las competencias adquiridas mediante las actividades desarrolladas y la asistencia a eventos académicos.

1. ESTUDIO 1

Programa de tratamiento cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad en pacientes con diagnóstico de leucemia aguda

1.1 ANTECEDENTES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cifra en unos 9 millones las personas (adultos, jóvenes y niños) que anualmente sufren de cáncer a nivel mundial; de éstas alrededor de 5 millones sobrevivirán a la enfermedad y 4 millones fallecerán por esta causa (OMS, 2003).

En México el cáncer representa la cuarta causa de mortalidad infantil (entre los 4 y 14 años de edad), en contraste con los países industrializados, donde representa la segunda causa (OMS, 2003). La Secretaria de Salud (SS) calcula que dentro de las enfermedades crónico- degenerativas en México la leucemia es la enfermedad vigésimo cuarta en orden de presentación en adultos entre 18 y 44 años de edad.

La leucemia es un grupo heterogéneo de neoplasias malignas derivadas de células homatopoyéticas (formadoras de sangre). Las células de esas neoplasias proliferan en la medula ósea y los tejidos linfoides, y con el tiempo afectan la sangre periférica e infiltran sistemas orgánicos. Esos trastornos se clasifican, con base en la línea celular afectada, como mieloides o linfoides, y como agudos o crónicos dependiendo de la evolución de la enfermedad (Manual Merck, 1999).

Las leucemias habitualmente afectan a los glóbulos blancos. Los datos que se tienen de este mal orientan a considerarlo como una enfermedad neoplásica de evolución progresiva a la muerte y de acumulación celular en localizaciones anormales. Al producirse la alteración en la célula, ésta se vuelve incapaz de responder y controlar su maduración y reproducción. Sin embargo, si bien se desconoce si es único o múltiple el factor causal de alteración celular, se ha asociado con radiaciones ionizantes y a la exposición del benceno (Novales & Amato, 1993).

Los glóbulos blancos se originan a partir de las células tallo en la médula ósea. La leucemia se presenta cuando el proceso de maduración de la célula tallo a glóbulo blanco se distorsiona y produce un cambio canceroso.

Según el tipo de célula afectada y su proceso, las leucemias se dividen en aguda o crónicas (las primeras se desarrollan rápidamente y las segundas lo hacen de manera lenta). Con base en esta diferenciación, existen cuatro tipos principales de leucemias:

- a) Leucemia linfática aguda. De aparición brusca y muy rápida progresión sin tratamiento, es el tipo más frecuente en niños, y en quienes se logra el mayor porcentaje de curaciones.
- b) Leucemia mieloide aguda. Al igual que la anterior, es de presentación brusca y muy rápida progresión sin tratamiento, pero de peor pronóstico a corto plazo y la que mayores cuidados y medidas de actuación precisa. Se presenta sobre todo en adultos mayores de 60 años muy raramente en niños.
- c) Leucemia linfática crónica. De crecimiento muy lento y larga supervivencia, por lo que en etapas iniciales sólo precisa de vigilancia periódica, es la más frecuente en personas mayores de 40 años, siendo excepcional por debajo de esta edad.
- d) Leucemia mieloide crónica. Es la que presenta cifras más altas de glóbulos blancos, caracterizándose habitualmente por una fase inicial de crecimiento muy lento y un final muy agresivo. Aparece más frecuentemente en adultos de mediana edad.

Con respecto al tratamiento de la leucemia, lo más importante es llegar a un estado de remisión es decir, cuando no hay síntoma o indicio de la enfermedad. La forma de llegar a este estado es mediante un proceso llamado precisamente “de remisión”; el cual es inducido dependiendo de la edad, peso, talla y del conteo de la células blancas de la

persona. Una vez que se entra a un programa de remisión, se inicia una terapia de mantenimiento, la cual incluye medicamentos cuya misión es mantener al paciente sin los síntomas de la enfermedad.

Todo esto se realiza mediante un tratamiento de quimioterapia, que conlleva el uso de medicamentos o químicos con capacidad para combatir el cáncer. Entre los efectos indeseables de la quimioterapia se encuentra la inmunosupresión (Hays, Gross, Lesko, Moor & McCaffrey, 1998).

El estudio del paciente con cáncer es importante no sólo por su relevancia social en sentido epidemiológico, sino también por sus particularidades clínicas y por el elevado grado de compromiso vital al que se haya sometido al mismo. En este sentido el paciente con leucemia se ha convertido en el centro de atención de numerosas investigaciones en las últimas décadas dentro del campo de la psicología (Butow, Brown, Cogar, Tattersall & Dunn, 2002; Gershon, Zimand, Pickering, Rothbaum & Hodges, 2004; Jensen, Madsen, Andersen & Rose, 1993; Martínez, Loy, & Romero, 1995).

Entre los pacientes afectados por este tipo de patología se han observado manifestaciones depresivas, ansiosas y disminución del rendimiento en algunas funciones cognitivas. Éstos pacientes suelen presentar mecanismos inadecuados de adaptación, sentimientos de soledad, frustración, agresividad, altos niveles de ansiedad y depresión (Martínez et al., 1995). A partir del momento en que la persona escucha las palabras “Tiene usted cáncer”, su vida y la de sus familiares cambian drásticamente, debido a que un gran número de pacientes experimenta dificultades para afrontar y ajustarse a la enfermedad (Nezu, Nezu, Freidman & Houts, 1998).

Inmediatamente después del diagnóstico de una enfermedad crónica, los pacientes pasan por un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, donde se experimentan sensaciones de ansiedad, miedo y

desorganización, entre otras; además, pueden ocurrir problemas interpersonales, sociales o ambientales (Nezu et al., 1998).

Cuando los pacientes se encuentran en una etapa de diagnóstico, la mayoría presentan tensión y conflicto, que se vinculan con una sensación de vacío; además, a medida que el trastorno avanza a otras etapas aumentan la desesperación, la desesperanza y la frustración (Velasco & Sinibaldi 2001). Si a esto se le añade la hospitalización, la cual por sí misma constituye ya un evento vital estresante -hay datos de que existe una relación significativa entre los acontecimientos vitales estresantes y los síntomas físicos y emocionales-, pues conlleva el someterse a pruebas y a análisis sobre los cuales el paciente no tiene ninguna información, o estar a la espera de un diagnóstico sin atreverse a pedir información (Latorre & Beneit, 1992). Además, los pacientes con cáncer se enfrentan a procedimientos médicos invasivos durante su tratamiento, los cuales ocasionan sufrimiento y ansiedad (Gershon, Zimand, Pickering, Rothbaum & Hodges, 2004).

Con respecto al tratamiento para la ansiedad en pacientes de hematología y oncología, se propone el uso de la terapia cognitivo conductual, ya que se ha encontrado que al enseñar algunas técnicas cognitivo conductuales a éstos pacientes, la ansiedad ha disminuido (McCarthy, Cool, Petersen & Bruene, 1996). El manejo cognitivo-conductual de la ansiedad en pacientes con cáncer incluye varias técnicas, entre ellas: la relajación muscular progresiva profunda, la solución de problemas, la detención del pensamiento y la adquisición de conductas asertivas, entre otras (Sánchez Sosa y Alvarado, 2008).

Uno de los tratados más usados para intervenir en padecimientos crónicos desde la óptica psicológica ha propuesto enseñar a los pacientes cinco competencias básicas para enfrentar la ansiedad: relajación, detención de pensamiento, desensibilización, asertividad y sensibilización encubierta (Sank & Shaffer, 1984). Otros autores proponen, redactar una lista de componentes comunes del tratamiento de la ansiedad (Meichembaum, 1985). Estas características comunes incluyen: resolución de

problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en relaciones, el empleo de una presentación didáctica, modelado, ensayo conductual y tareas conductuales graduales.

Las personas que sufren de una enfermedad crónica pueden adoptar distintas estrategias para hacer frente a las situaciones problemáticas de la fase crítica de la misma: algunas pueden negar o minimizar la gravedad de su trastorno; otras pueden, por el contrario, buscar activamente información relevante para afrontar los problemas relativos a la enfermedad y su tratamiento; una tercera estrategia puede consistir en recibir apoyo emocional por parte de la familia, amigos o profesionales de la salud (Beneit, 1994).

Se ha propuesto que los principales objetivos de la intervención psicológica en personas con padecimientos oncológicos son, (Velasco & Sinibaldi, 2001):

- Reducir la ansiedad, depresión y otras reacciones emocionales desadaptativas.
- Mejorar la capacidad para identificar, enfrentar y expresar apropiadamente las emociones asociadas al diagnóstico.
- Facilitar la adaptación al cáncer induciendo estilos de afrontamiento positivos como un mayor sentido de control y participación activa en el tratamiento, de modo que se fortalezca la adhesión terapéutica.
- Estimular la participación en actividades placenteras, y mantener y mejorar las relaciones sociales.
- Facilitar la comunicación con el personal médico, la pareja y otras personas significativas.
- Mejorar la calidad de vida y la adaptación, tanto del paciente como de sus familiares, al proceso de enfermedad.

Para cualquier paciente que atraviesa por una experiencia extraña, como una enfermedad que nunca había padecido, es normal querer saber qué está pasando y cómo le afectará. Si la persona no posee suficiente información para comprender lo que le está sucediendo, puede llegar a agobiarse emocionalmente. En el contexto médico,

las emociones como el miedo, la ansiedad y el enojo pueden volver a una persona incapaz de colaborar con el personal de la salud (Horne, Vatnamidis & Carerl, 2000).

Se ha demostrado que los pacientes mejor informados afrontan mejor su enfermedad, aceptan más su tratamiento, con menor ansiedad y generalmente son más funcionales (Donovan & Premi, 2000). En varios estudios han revelado que cuando el paciente con cáncer conoce sobre la enfermedad, mejoran la atmósfera familiar, el optimismo para vencer el obstáculo y las relaciones médico-paciente (Ali & Khalil, 1989).

A menudo los pacientes desean saber qué está mal en su organismo y generalmente están insatisfechos con el nivel de información que reciben. Sin embargo, la mayoría presenta dificultades para tomar la iniciativa y solicitar información (dentro de éstos los de grupos socioeconómicos más bajos tienen más dificultades para hacerlo) (Donovan & Premi, 2000).

Por ello, es importante que el psicólogo coadyuve en la tarea de promover mayor comprensión de la información mediante intervenciones educativas. Las estrategias de tipo educacional están dirigidas a elevar la seguridad del paciente frente a sus síntomas o problemas, intentando inducir una sensación de mayor control (Salamero, Perí & Gutiérrez, 2003).

Otros autores hacen énfasis en que la información es un aspecto muy importante en cualquier etapa de la enfermedad ya que no todos los enfermos requieren la misma cantidad y tipo de información sino ser individualizada y adaptada a las demandas del paciente. La información es un proceso que mejora la adaptación a largo plazo, pero puede provocar ansiedad como efecto inmediato, sobre todo si se comunican malas noticias, de modo que existen aspectos en los que es conveniente acompañar la información con datos escritos que el paciente pueda llevar a casa (Muñoz & Gutiérrez, 1995).

Una de las intervenciones más empleadas a este fin, es la psicoeducación, que consiste en enseñar al enfermo a adquirir y mantener habilidades y destrezas que le

permitan atender en forma óptima su vida cotidiana, y a manejar adecuadamente el control de su enfermedad. Llevar a cabo esto reduce la ansiedad y promueve la adhesión a los tratamientos, las conductas de autocuidado y las estrategias adaptativas, también incrementa la sensación de control; además, en algunos casos la psicoeducación permite disminuir las reacciones depresivas frente a la enfermedad y su tratamiento (Ali & Khalil, 1989; Cassileth, et al., 1980; Egbert, et al., 1964; Jensen, Madsen, Andersen & Rose, 1993; Wells, McQuellon, Hinkle & Cruz, 1995).

Otro aspecto importante que ocasiona o agrava la ansiedad en los pacientes con un diagnóstico de cáncer, son las ideas irracionales acerca de la causa o el progreso de la enfermedad, como por ejemplo creer que es un castigo por algo realizado en el pasado. Por lo tanto, resulta importante para el tratamiento incluir estrategias cognitivas, las cuales permiten al paciente hacer una reevaluación adaptativa de las condiciones de su enfermedad y del autocuidado necesario. Esta especie de debate debe de corte empírico (aunque puede incluir lo filosófico) a fin de facilitar su comprensión por parte del paciente (Sánchez Sosa y Alvarado, 2008).

Esto es importante ya que en casi todos los momentos de la vida el lenguaje interno del pensamiento da lugar a frases con que describimos e interpretamos el mundo. Si este lenguaje y diálogo con uno mismo es preciso y se ajusta a la realidad, no es fuente de problemas, pero si es absurdo y no es exacto con lo real, produce ansiedad, enojo y sentimientos de culpa. Normalmente al cambiar las ideas irracionales suelen disminuir esas reacciones emocionales (Davis, 1986).

Las técnicas de estrategias cognitivas se basan en el entrenamiento del individuo para mejorar su capacidad de autoobservación de sus pensamientos y su relación con su propia conducta y sus emociones. Algunas técnicas entrenan a la persona a interpretar situaciones de una manera menos amenazante. Otras enseñan a identificar pensamientos negativos, errores en la interpretación de la realidad y

tendencias individuales que generan estrés, para después enseñar a cambiar esas tendencias o procesos (Meichenbaum, 1985).

La terapia cognitiva sostiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de formas erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de distorsiones cognitivas. Las distorsiones cognitivas derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a veces aprendidos en la niñez que, por lo general, actúan sin que la persona se percate de su papel. Esos significados subyacentes y tácitos se han denominado esquemas cognitivos y denotan la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia. Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las cogniciones de las personas y suelen aparecer en situaciones donde hay una intensa alteración emocional como la ansiedad, el enojo, la depresión y los trastornos de conducta. A esas cogniciones se les denomina pensamientos automáticos (Dobson & Donzois, 2000).

Así, el objetivo de la terapia cognitiva es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método según Beck, Rush, Shaw y Emery (1983), consiste en enseñar al paciente a:

- Controlar los pensamientos automáticos negativos.
- Identificar la relación entre cognición, emoción y conducta.
- Detectar pensamientos automáticos.
- Buscar evidencias de pensamientos automáticos.
- Examinar hechos o datos a favor y en contra de los pensamientos distorsionados.
- Sustituir las cogniciones negativas por interpretaciones más realistas.
- Identificar y modificar creencias falsas que sesgan o distorsionan las experiencias.

Las cogniciones y los supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo e incremento de la conducta positiva frente al mantenimiento de la patología (Beck et al., 1983).

1.1.1 Componentes psicofisiológicos

La tensión muscular en ausencia de actividades físicas que la requieran suele funcionar como un aviso de que algo no funciona bien en el cuerpo. Se produce habitualmente debido a algún acontecimiento reciente que ha producido una agitación interna. En presencia de amenaza, el cuerpo despliega sistemas defensivos que conducen a una mayor activación fisiológica. Esta activación se traduce normalmente en un aumento de la tensión muscular, de la tasa cardiaca, de la respiración y de la presión sanguínea, entre otros efectos. Cuando este tipo de activación física se prolonga tiene, generalmente, efectos perjudiciales sobre los procesos mentales y físicos. Esto sugiere que el reducir o eliminar la tensión, mediante la relajación muscular progresiva profunda, puede ser benéfico para la persona (Rice, 1998).

La tensión y la relajación son estados del cuerpo que corresponden a dos partes del sistema nervioso autónomo: el sistema simpático y el sistema parasimpático, respectivamente. Estos dos sistemas son inhibidores recíprocos, por lo que por medio de la práctica de la relajación, se puede poner bajo control el sistema parasimpático, y así disminuir la activación fisiológica que provoca la tensión (Rice, 1998).

La relajación es otra técnica que funciona para disminuir la ansiedad y el dolor, incrementando la adhesión de los pacientes. Por lo tanto, es importante considerar a la relajación una técnica más en el proceso de sanación de los pacientes (Ellis, Villaneuve, Neluhook & Urrichsen, 1994).

El Departamento de Salud y Servicios en Humanos de Estados Unidos sugiere que para el manejo de la ansiedad y los procedimientos médicos invasivos, resulta favorable incluir estrategias de afrontamiento, tales como la imaginación guiada, la relajación, el apoyo social y el pensamiento positivo. Otro procedimiento útil y relativamente sencillo de aplicar en este tipo de intervención es la estrategia de distracción. Suele usarse cuando el paciente no ha tenido un entrenamiento previo en alguna de las técnicas antes mencionadas, o bien cuando el paciente se encuentra tan ansioso que le es difícil

poner en practica alguno de los ejercicios de relajación. El psicólogo inicia preguntándole al paciente acerca de algún interés que éste tenga sobre algún tema, al continuar hablando sobre ese tema el paciente dirigirá su atención a ese interés disminuyéndola hacia el procedimiento medico (Rice, 1998).

La mayoría de las investigaciones en el área de psicología que aplican intervenciones cognitivo-conductuales se han centrado en el manejo del estrés y el dolor ante procedimientos médicos invasivos en pacientes con leucemia. Sin embargo, dejan de lado la ansiedad que presentan estos pacientes desde el momento que reciben el diagnóstico, así como ante la falta de información sobre la enfermedad, tratamiento y pronóstico del curso de la misma. Además de la ansiedad que crean los pensamientos que el paciente tiene respecto a la enfermedad (Martínez, et al., 1995).

Por el conjunto de razones hasta ahora reseñadas, el propósito del presente trabajo es examinar los efectos de un programa de atención psicológica cognitivo-conductual para el paciente con leucemia aguda, sobre la disminución de la ansiedad ante el diagnóstico.

1.2. Objetivo general

El trabajo tiene como objetivo general analizar los efectos de un programa de tratamiento cognitivo-conductual diseñado para disminuir la ansiedad ante el diagnóstico del paciente con leucemia aguda.

1.3 Objetivos específicos

Que mediante nuevas habilidades y destrezas al paciente le permitan un mejor manejo de la enfermedad.

Que mediante el uso de técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular profunda, el paciente reduzca la ansiedad.

Que mediante el uso de técnicas de reestructuración cognitiva y solución de problemas el paciente facilite su tratamiento médico y mejore su bienestar.

1.4 Método

1.4.1 Población a la que va dirigido el programa

Pacientes con leucemia aguda con edades entre 18 y 40 años de edad, que se encuentren en la fase de diagnóstico y que presenten ansiedad ante éste.

1.4.2 Sujetos

En el programa participaron 10 pacientes con leucemia aguda, 8 mujeres y 2 hombres. Sus edades fluctuaron entre los 18 y los 46 años ($\bar{x}=26.50$; d.e.=10.44), con un grado de escolaridad primaria (25%), seguido de una escolaridad a nivel de secundaria (12.5%), con recién diagnóstico de leucemia aguda.

1.4.3 Criterios de inclusión

Pacientes con leucemia aguda.

Que se encuentre en fase de diagnóstico.

Que acepten la participación en la investigación, firmando un consentimiento informado (anexo 1.4.3.1).

Que presenten ansiedad.

1.4.4 Criterios de exclusión

Que no completen el programa de la intervención.

Pacientes psiquiátricos.

1.4.5 Escenario

Cada una de las sesiones se inició en los aislados –salas de tres o cuatro camas, con restricciones específicas- del servicio de hematología del tercer piso del Hospital Juárez de México, en la cama de cada paciente. Cuando un paciente inicia con los estudios de una probable leucemia, se hospitaliza inmediatamente y permanece ahí de una a cinco semanas. Después la intervención continuó en la consulta externa en el consultorio 41 del segundo piso del mismo hospital. El consultorio cuenta con buena iluminación, un escritorio y dos sillas.

1.4.6 Modalidad:

Individual.

1.4.7 Instrumentos de medición psicológica

1. Ficha de datos generales: Este formato está diseñado para apoyar al psicólogo en la obtención de información pertinente sobre datos sociodemográficos de los participantes, e información sobre su diagnóstico y esquema de quimioterapia (véase Anexo 1.4.7.1).
2. Inventario de ansiedad de Beck: el inventario consta de 21 reactivos, los cuales evalúan los síntomas más comunes de la ansiedad durante la última semana. Traducido y adaptado para población mexicana por Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), sus principales propiedades psicométricas son: que es una escala válida y confiable que puede utilizarse para evaluar la sintomatología de ansiedad, de manera experimental y/o clínica, en población tanto psiquiátrica como normal (véase Anexo 1.4.7.2).
3. Inventario de depresión de Beck (BDI): el inventario consta de 21 reactivos, que tienen como objetivo evaluar el nivel de depresión. Adaptado y calibrado para población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela (1998). La cual es una escala enfocada a medir la severidad de los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas. Y representa un síndrome general de depresión que se puede dividir en tres factores altamente interrelacionados: actitudes negativas hacia sí mismos, deterioro del rendimiento y alteraciones somáticas. (véase Anexo 1.4.7.3).
4. Se diseñó un formato de autorregistro de la ansiedad, en el cual se pide a los participantes que indiquen si presentan algunos de los síntomas de ansiedad cada día de la semana. Se piloteo con pacientes del servicio de hematología con el objetivo de saber si eran comprensibles cada uno de los síntomas sobre los cuales se pregunta (véase Anexo 1.4.7.4).
5. Escala de Evaluación Subjetiva de Relajación: esta escala se utilizó para medir el nivel subjetivo de relajación (véase Anexo 1.4.7.5).
6. Formato adaptado del propuesto por Greenberger y Padesky (1998), el cual consta de siete columnas: en la primera se describe la situación; en la siguiente la emoción ante la situación; en la tercera se describe la imagen o pensamiento;

se continúa con la evidencia a favor, en la cuarta; seguida de la evidencia en contra, en la quinta; en la sexta columna se describe el pensamiento alternativo; y en la última se vuelve a evaluar la emoción descrita en la segunda columna (véase Anexo 1.4.7.6).

1.4.8. Procedimiento

1.4.8.1 General

Antes de iniciar la aplicación del programa, se realizó la evaluación de la ansiedad y la depresión en el paciente con el Inventario de ansiedad de Beck y el Inventario de Depresión de Beck. Estos datos son importantes debido a que si un paciente presenta depresión moderada o grave, está contraindicado el ejercicio de la relajación, ya que si las funciones del sistema parasimpático disminuyen su actividad también; la relajación inhibe al sistema parasimpático y activa al simpático. Lo que necesita el paciente deprimido es “prender” el sistema parasimpático con el fin de mantenerlo activo.

A los pacientes que presentaron ansiedad se les explicó acerca del programa de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de ansiedad ante el diagnóstico reciente y en seguida se les invitó a participar en el mismo.

Se les pidió que firmaran el consentimiento informado (véase Anexo 1.4.3.1).

1.4.8.2 Línea base

Se trató a los pacientes individualmente, a su ingreso al hospital se asignaba a cada paciente a una de dos opciones: la primera iniciar consistía en el autorregistro de la ansiedad durante una línea base de tres días; en este caso la aplicación del programa de tratamiento iniciaba al cuarto día. La segunda opción fue el autorregistro de línea base durante siete días. En este caso, la aplicación del tratamiento dio inicio en el día ocho. Los diez pacientes autorregistraron diariamente su ansiedad durante la línea base y el tiempo de duración de tratamiento.

1.4.10 Tratamiento

El programa de tratamiento para el paciente comprendió el uso de cuatro técnicas, para las cuales se presenta a continuación el esquema en siete sesiones. Durante todas las sesiones el paciente llevó un autorregistro diario de síntomas de ansiedad, así como otro de la práctica de relajación. Cada una de las sesiones se contempló para una hora y media de duración, de esta manera se buscó ocupar 20 minutos para cada una de las técnicas.

A continuación se explican las cuatro técnicas que se aplicaron en el tratamiento:

1.4.10.1 Reestructuración cognitiva

Parte de la suposición de que en casi todos los momentos de nuestra vida estamos en "conversación con nosotros mismos" como una especie de lenguaje interno y da lugar a las frases con que describimos e interpretamos al mundo. Si este lenguaje o diálogo con nosotros mismos es congruente y se ajusta a la realidad, no suele ser fuente de problemas; pero si es absurdo o exagerado respecto a lo real, puede producir estrés y otros trastornos emocionales. Es esta conversación consigo mismo, la interpretación sesgada de la realidad produce emociones negativas. Este diálogo consigo mismo, irracional, puede cambiarse y con él cambian las emociones estresantes a que da lugar (Davis, Robbins & McKay, 1986).

El objetivo de la reestructuración cognitiva es delimitar y poner a prueba las creencias falsas y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje dirigidas a enseñar las siguientes operaciones:

1. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta. Esto se ilustra con el siguiente ejemplo. Se explicaba a los pacientes la relación A-B-C de la siguiente manera: imaginen que están solos en su casa a las dos de la mañana. De pronto se oyen ruidos. ¿qué creen que es? [ante las respuestas de "un extraño" o "un ladrón", preguntar:] ¿cómo se sienten ante esto? Ahora imaginen la misma situación, pero piensen que el que hace los ruidos no es un "ladrón" o un "extraño", sino un gato o un perro. ¿Cómo se sienten ahora? ¿qué creen que provoque la emoción, la situación o el pensamiento?. Después, con ejemplos basados en experiencias propias del paciente, se identifican sus emociones.
2. Identificar los pensamientos automáticos: consiste en un entrenamiento en el autoregistro de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos (Beck, et al 1983). El paciente inicia el llenado del formato de Situación-pensamiento-emoción-conducta propuesto por Greenberger y Padesky (1998). Se le indica reconocer

las emociones que le están causando conflicto y que las anote en la tercer columna, enseguida que ubique la situación que ocurrió antes de la emoción en la primer columna, por último en la segunda columna de pensamientos escribira todos los pensamientos hacia esa situación.

3. Búsqueda de datos o hechos relativos a los pensamientos automáticos: Busca comprobar el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con alteraciones emocionales. Esto se hace buscando datos o hechos a favor y en contra en la propia experiencia, utilizando evidencias provenientes de terceros, diseñando "experimentos" personales para comprobar una hipótesis o detectando los errores lógicos de las interpretaciones.

En este apartado se le indica al paciente primero pensar en todos aquellas datos o hechos que estén a favor de los pensamiento que tuvo de una situación y que los escriba en la cuarta columna del registro de situación-pensamiento-emoción-conducta. Después, se le indica que ahora piense en todos los datos o hechos que contradigan los pensamientos que escribió en la segunda columna y los escriba en la quinta columna.

4. Sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones mas realistas: se le pregunta al paciente si su interpretación le parece adecuada, productiva o le ayuda, si hay datos o hechos para mantenerla; se le pide mencionar las ventajas e inconvenientes de mantener esa interpretación y se buscan ideas mas realistas. Se le indica que en la sexta columna escriba esos nuevos pensamientos hacia la situación que se ha venido trabajando y se le pedirá que nuevamente vuelva a evaluar la emoción que presento al inicio de la situación, con el fin de que el paciente observe cómo con los pensamientos más reales o adecuados a ésa situación su emoción disminuye o cambia.
5. Aprender a identificar y modificar las creencias falsas que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Se detectan dichas creencias y se trabaja con ellas a partir de los pensamientos automáticos, siguiendo una asociación a partir de los pensamientos, se hipotetizan los esquemas que las sustentan, y después se reanalizan de manera parecida a los pensamientos automáticos (este último

componente no se aplica al presente estudio) (Beck, et al ., 1983). Para el formato Situación-pensamiento-emoción-conducta, véase apartado 1.4.7.6.

1.4.10.2 Solución de problemas

La solución de problemas puede definirse como “un proceso autodirigido cognitivo-afectivo-conductual por el cual una persona busca identificar o descubrir soluciones adaptativas para problemas específicos de la vida diaria” (D´Zurilla y Nezu, 2000, p.211).

El entrenamiento en solución de problemas enseña al paciente un proceso de generación y evaluación de alternativas de solución. Tiene una serie de etapas, no necesariamente secuenciales que son: a) definir una situación determinada como un problema ha ser resuelto; b) especificar metas realistas y en términos conductuales de cómo se consideraría el problema resuelto; c) generar una gama amplia de posibles opciones o cursos de acción para solucionar la problemática; d) imaginar cómo se llevaría a cabo cada una de las alternativas de solución; e) evaluar cada una en términos de costo-beneficio; f) elegir la aparentemente más practica y deseable, g) llevarla a cabo y finalmente h) evaluar si fue efectiva para solucionar el problema inicial (Golfried y D´Zurilla, 1969).

A continuación se describen brevemente los lineamientos para el entrenamiento en Solución de problemas a través de cinco áreas principales:

1. Enseñanza de la orientación al problema: la enseñanza de este componente está dirigido a facilitar: a) creencias positivas de autoeficacia (la percepción de que las personas pueden mejorar su calidad de vida mediante el enfrentamiento efectivo y la solución de problemas); b) creencias de que los problemas son inevitables (aceptar la noción de que es común y normal experimentar una amplia variedad de problemas); c) la habilidad para identificar con precisión cuando ocurren empleando las emociones como señales; y d) la habilidad para inhibir reacciones emocionales que pueden conducir a reacciones impulsivas o de evitación.

2. Enseñanza de la definición y solución de problemas: Se centra en los siguientes cinco aspectos; a) recolectar la más información posible sobre el problemas; b) usar un lenguaje claro; c) separar hechos de suposiciones; d) identificar los factores que convierten a la situación en problemática; y e) establecer metas de solución de problemas realistas.

Los problemas más difíciles necesitan caracterizarse mediante una serie de submetas que representan pasos hacia una meta mayor. Cuando se define el problema, es crucial desarticular el problema mayor en pequeños componentes más manejables. Al hacerlo, el paciente estará en posibilidad de establecer metas más realistas y alcanzables.

3. Enseñanza de generación de opciones: en esencia, se enseña al paciente tres principios; a) "lluvia de ideas"-cantidad, sugiere que entre más ideas genere una persona, mayor la probabilidad de que se encuentre, entre las que enliste, las opciones efectivas y de alta calidad; b) diferimiento de juicios sugiere que la regla de cantidad se puede cumplir mejor si evita la persona emitir algún juicio acerca de la calidad o efectividad de una idea determinada; c) el principio de variedad- para mejorar su habilidad para generar una lista comprensiva de estrategias de afrontamiento de alternativas- anima a la persona a pensar en una amplia gama de soluciones posibles a través de diversas estrategias.

4. Enseñanza de la toma de decisiones: Una vez que se ha generado una lista de opciones, se comienza a evaluar sistemática y detalladamente el potencial de cada solución par alcanzar la(s) meta(s) definidas.

Al desarrollar un plan de solución, se discuten varias consideraciones adicionales antes de llevarlo a cabo. Primero, necesita ocuparse de aspectos relativos al tiempo (por ejemplo, ¿cuándo es el momento óptimo para instrumentar el plan? ¿qué táctica específica deberá instrumentarse primero? ¿qué tanto deberá esperarse para determinar si el plan funcionó?). Después, se desarrollan planes de contingencia como parte del plan general, por ejemplo: si no funciona el plan A, entonces lleve a cabo el plan B" y se recomienda sugerir que el plan de solución incluya blancos múltiples, así como tácticas múltiples para cada uno de esos blancos o metas.

5. Enseñanza de la instrumentación e implementación de soluciones: esta última tarea de solución conlleva primero la realización del plan de solución y la evaluación de las consecuencias del resultado real. Una vez que el plan esté en proceso, se promueve que el paciente vigile las consecuencias reales. El empleo de esta información permite al paciente evaluar los resultados mediante la comparación entre el resultado real y sus predicciones acerca del resultado. Si estos coinciden satisfactoriamente, se promueve que el paciente se administre auto-reforzamiento (por ejemplo, autoenunciados de elogio y felicitación, regalos o premios tangibles). Si la comparación resulta insatisfactoria, entonces se le anima a recorrer nuevamente diversos aspectos del proceso de solución de problemas. En este proceso se enseña a los pacientes a diferenciar entre dificultades al ejecutar el plan de solución y el proceso mismo de solución de problemas (Nezu, 2001).

1.4.10.3 Entrenamiento en Relajación muscular

Las cuatro técnicas de relajación más difundidas son: la relajación muscular progresiva, relajación meditativa, relajación autógena y las imágenes guiadas. Estos cuatro enfoques han demostrado éxito en ayudar a pacientes a afrontar problemas relacionados con el estrés, la cefalea, ansiedad, dolor dental y la hipertensión (Brannon y Feist, 2001).

Se utilizará la técnica de relajación autógena y la de imágenes guiadas ya que la relajación muscular progresiva no es muy adecuada para los pacientes hematológicos ya que el tensar los músculos podría provocarles, en ocasiones extremas una hemorragia interna.

Respiración diafragmática

Primero, aprende un ejercicio muy sencillo que se llama respiración diafragmática. El terapeuta coloca una mano sobre el diafragma para que el paciente observe en dónde se encuentra ubicado. Enseguida se le pregunta si ha observado cómo es su respiración, si el aire llega hasta el diafragma. El

terapeuta modela el ejercicio indicando: primero; Inhalar profundamente dirigiendo el aire hacia el diafragma; segundo, sostener por unos segundos el aire y Después, sacarlo por la boca haciendo un ruido suave y por último descansar. Esto constituye un ciclo de respiración y pueden realizarse tres o cuatro de ellos. El terapeuta observa y moldea el ejercicio en el paciente.

Relajación autógena

1. Se le indica al paciente que se ponga en una posición cómoda y que cierre los ojos. En ese momento, evalúa en una escala del 1 al 10 sus niveles de relajación donde 1 es totalmente tenso y 10 totalmente relajado. a continuación las instrucciones incluyen:
2. Muy bien, coloque una mano sobre su abdomen y tome aire lenta y profundamente, por la nariz y hágalo llegar hasta el abdomen viendo que se levante la mano que ha colocado sobre él. Muy bien, ahora inhale aire por la nariz y sáquelo por la boca haciendo un ruido suave y relajante como el que hace el viento aire cuando sopla ligeramente.
3. Muy bien, ahora concéntrese en sentimientos de relajación, paz y calma. Repita mentalmente las frases (que el terapeuta le indique) y trate de sentir y experimentar las sensaciones o sentimientos descritos en su propio cuerpo.
4. Se inicia por las extremidades dedos de los pies, pantorrillas, rodillas piernas, glúteos, se va recorriendo cada parte del cuerpo, abdomen pecho, espalda cuello cara (boca, lengua, nariz, frente), después se dirige a hombros y manos. Cada vez que se menciona una parte del cuerpo se mencionan frases autógenas: "estoy en absoluta calma....siento un calor que sube por todo mi cuerpo recorriendo mis piernas hasta mis glúteos, mis glúteos están relajados, cómodos y calientes..., etc." Respecto al abdomen y la cabeza se menciona fresca en lugar de calor ya que si algunos pacientes sienten molestia estomacal después de la quimioterapia, ésta puede aumentar.
5. Cuando se llega a la última parte del cuerpo, palmas de las manos, se cambia el tono y ritmo de las instrucciones; ahora se cuenta del 1 al 3 y cuando llegue al tres "tomé un respiro profundo y abra los ojos".

Imaginación guiada:

1. Se le indica al paciente que se ponga en una posición cómoda y que cierre los ojos. En ese momento, evalúa en una escala del 1 al 10 tus niveles de relajación donde 1 es totalmente tenso y 10 totalmente relajado.
2. Muy bien, coloque una mano sobre su abdomen y tome aire lenta y profundamente, por la nariz haciéndolo llegar hasta el abdomen viendo que se levante la mano que ha colocado sobre él. Muy bien ahora inhale aire por la nariz sacándolo por la boca haciendo un ruido suave.
3. Cierre los ojos...fíjese en la tensión que hay en su cuerpo...elija un símbolo para representar la tensión o el dolor que experimenta en este momento...elija otro símbolo que represente la relajación...Deje que ambos símbolos interactúen de forma que al final, la tensión resulte eliminada
4. Imágenes dirigidas: póngase cómodo, cierre los ojos suavemente, imagínese que está alejándose a un lugar agradable. Deje atrás los ruidos y las prisas. imagínese que cruza un valle y que se acerca a una montaña, está subiendo por un camino , busque un lugar agradable y cómodo, fíjese en los alrededores, ¿a qué se parece?, observe los colores, ponga atención en los sonidos, ¿cómo se siente?. Ahora se siente totalmente relajado, experimente la sensación de estar totalmente relajado. Recuerde que este es su lugar especial para relajarse al que puede venir siempre que lo desee. Vamos a contar del 1 al 3 y cuando llegue a tres realizará una respiración profunda y abrirá los ojos.

1.4.10.4 Psicoeducación

Consiste en enseñar al paciente a adquirir y mantener habilidades y destrezas que le permitan atender en forma óptima los asuntos de su vida cotidiana, manejando adecuadamente el control de su enfermedad (Muñoz y Gutiérrez, 1995). Las intervenciones educativas proporcionan información y/o habilidades. La información puede ser referente a la naturaleza de la enfermedad, al conjunto de conductas de

autocuidado, a la interacción entre conducta, emoción y pensamiento y a las consecuencias positivas y negativas de no llevar a cabo las recomendaciones médicas (Scheter y Walker, 2002).

1. Para que al paciente le quede más claro qué es la leucemia y cómo es diferente a los tumores sólidos es necesaria la educación de la enfermedad. Primero se debe hablar acerca de los componentes de la sangre, ya que de ahí se derivan las células blancas, las cuales se originan en la médula ósea y están encargadas de defender nuestro organismo. De ahí se explica la leucemia la cual se presenta cuando el proceso de maduración de la célula a glóbulo blanco se distorsiona y produce un cambio canceroso. Otro aspecto es que los pacientes suelen tener una idea errónea acerca de sus posibles causas por lo que es importante mencionárselos.
2. Como se mencionó en los antecedentes los pacientes suelen presentar varias emociones ante un diagnóstico de cáncer y la mayoría no saben o no entienden lo que les está pasando. Por eso es importante mencionarles que pueden presentar; enojo, ansiedad, depresión entre otras y que esto es muy común y normal ante la situación de enfermedad que están viviendo.
3. se les explica a los pacientes que ese estado emocional se puede cambiar a través de diversas técnicas.

Sesion1

Objetivo general

Facilitar información sobre los objetivos de las técnicas de intervención para este programa.

Objetivos específicos

Explicar los principios básicos de las siguientes técnicas para el manejo de la ansiedad:

Solución de problemas (Golfried & Zurrilla, 1969) (véase apartado 1.4.10.2).

Relajación (véase apartado 1.4.10.3).

Reestructuración cognitiva basada en la terapia de Beck (véase apartado 1.4.10.1).

Psicoeducación (véase apartado 1.4.10.4).

Sesión 2

Objetivo general

Implementar las técnicas de psicoeducación, solución de problemas, reestructuración cognitiva y relajación en los pacientes con leucemia aguda, con el fin de disminuir los niveles de ansiedad ante el diagnóstico reciente.

Objetivos específicos

Comprender qué es la leucemia y cuales son sus tratamientos. Asimismo, que identifique los estresores y aprender a relajarse (en este caso la respiración diafragmática).

Que el paciente entienda la relación entre pensamiento, conducta y emoción ante situaciones estresantes.

Finalmente se evaluarán las creencias y la información sobre la leucemia.

Educación de la enfermedad

Se dio información a cada paciente sobre la leucemia: causas, tipos y tratamientos. Se cubrieron los siguientes puntos:

- Componentes de la sangre.
- Función de las células blancas, células rojas y plaquetas.
- Función de la médula ósea.
- Descripción de la leucemia.
- Posibles causas de la leucemia.
- Tratamiento de la leucemia.
- Efectos de la quimioterapia

Reestructuración cognitiva

Se realizó la introducción al modelo A-B-C. Se explicó a los pacientes la relación A-B-C de la siguiente manera: imaginen que están solos en su casa a las dos de la mañana. De pronto se oyen ruidos. ¿qué creen que es? [ante las respuestas de “un extraño” o “un ladrón”, preguntar:] ¿cómo se sienten ante esto? Ahora imaginen la misma situación, pero piensen que el que hace los ruidos no es un “ladrón” o un “extraño”, sino un gato o un perro. ¿Cómo se sienten ahora? ¿qué creen que provoca la emoción, la situación o el pensamiento?

Después, con ejemplos basados en experiencias propias del paciente, se identificaron emociones.

Enseguida se identificaron acontecimientos desencadenantes de esa emoción.

Por último, se identificaron pensamientos automáticos (véase apartado 1.4.10.1).

Solución de problemas

Enseñanza de la orientación al problema (Véase apartado 1.4.10.2).

Relajación

Se realizó la introducción de la técnica: se dieron indicaciones iniciales para comenzar el entrenamiento en relajación.

Se identificaron estresores (como los procedimientos médicos invasivos).

Se dio a conocer qué es la ansiedad y qué efectos tiene en su cuerpo.

Se inicio con el entrenamiento en relajación autógena (véase apartado 1.4.10.3).

Técnicas de exposición: modelamiento y moldeamiento

Tarea

Practicar la respiración diafragmática.

Sesión 3

Objetivo general

Implementar las técnicas de psicoeducación, solución de problemas, reestructuración cognitiva y relajación en los pacientes con leucemia aguda, con el fin de disminuir los niveles de ansiedad ante el diagnóstico reciente.

Objetivos específicos

Identificar emociones comunes que se presentan en los pacientes con cáncer.

Identificar la emoción.

Identificar acontecimiento desencadenante.

Identificar pensamientos automáticos.

Conocer la técnica de imaginería.

Aprender a seleccionar objetivos.

Psicoeducación

Se les habló a los pacientes acerca de las emociones que puede presentar un enfermo de cáncer y cómo poder identificarlas (véase apartado 14.10.4).

Reestructuración cognitiva

Se buscaron evidencias que apoyen la idea irracional.

Se describieron las situaciones cognitivas.

Se identificaron las distorsiones cognitivas que presenta el paciente (véase apartado 1.4.10.1).

Solución de problemas

Enseñanza de la definición y formulación de problemas (véase apartado 1.10.4.2).

Relajación

Se continuo el entrenamiento en relajación autógena (véase apartado 1.4.10.3).

Tarea

Poner en práctica la relajación autógena.

Sesión 4

Objetivo general

Implementar las técnicas de psicoeducación, solución de problemas, reestructuración cognitiva y relajación en los pacientes de leucemia aguda, con el fin de disminuir los niveles de ansiedad ante el diagnóstico reciente.

Objetivos específicos

Que el paciente entienda la relación entre pensamiento, conducta y emoción.

Identifique pensamientos que le causen ansiedad.

Implemente la técnica de "lluvia de ideas".

Implemente la técnica de relajación con imágenes (colores).

Psicoeducación

Se instruyó al paciente para que conociera las emociones adecuadas (tranquilidad, bienestar, etc), y así poder equilibrar las negativas que pudiera estar presentando (véase apartado 1.4.10.4).

Reestructuración cognitiva

Por medio de ejemplos de situaciones vividas por los pacientes, se les explicó las consecuencias de las ideas irracionales.

Se eligió una idea irracional, presentada por el paciente, y después éste buscó algún soporte racional a esta idea, por último se buscó la falsedad a esta idea; por último, se explicó lo irracional de esta idea (véase apartado 1.4.10.1).

Solución de problemas

Enseñanza de la generación de alternativas, se generaron alternativas o cursos de acción para solucionar el problema mediante la técnica “lluvia de ideas”, donde el paciente expuso ideas espontáneas (véase apartado 1.4.10.2).

Relajación

Se enseñó la técnica de relajación por medio de la imaginación guiada, se trabajo con los colores (véase apartado 1.4.10.3).

Tarea

Poner en practica la relajación, y detectar lo irracional de los pensamientos automáticos que presentó el paciente en el transcurso de la semana.

Sesión 5

Objetivo general

Implementar las técnicas de psicoeducación, solución de problemas, reestructuración cognitiva y relajación en los pacientes con leucemia aguda, con el fin de disminuir los niveles de ansiedad ante el diagnóstico reciente.

Objetivos específicos

Que el paciente aprenda a identificar ideas racionales.

Que el paciente aprenda a identifique las distorsiones del pensamiento que utiliza al evaluar automáticamente determinados eventos.

Que el paciente aprenda a clasificar las distorsiones cognitivas.

Que el paciente aprenda a cambiar sus ideas irracionales.

Psicoeducación

El paciente puso en práctica las emociones más adecuadas para equilibrar las negativas que había presentando. Como son el bienestar, tranquilidad, alegría, etcétera (véase apartado 1.4.10.4).

Reestructuración cognitiva

Se pidió al paciente mencionar algún pensamiento que hubiera estado incomodándole en los últimos días.

Se le pidió que explicara por qué tenía esa idea.

Se le guió al paciente para que buscara ejemplos o situaciones que no apoyaran la idea irracional (véase apartado 1.4.10.1).

Solución de problemas

Enseñanza de la toma de decisiones (véase apartado 1.4.10.2).

Relajación

Como ejercicio, se guió al paciente mediante imágenes dirigidas a un estado de relajación Véase apartado 1.4.10.3)

Tarea

Practicar la relajación, el manejo de pensamientos automáticos, también evaluar una toma de decisión en términos de costo-beneficio.

Sesión 6

Objetivo general

Implementar las técnicas de psicoeducación, solución de problemas, reestructuración cognitiva y relajación en los pacientes con leucemia aguda, con el fin de disminuir los niveles de ansiedad ante el diagnóstico reciente.

Objetivos específicos

Que el paciente crea en los Pensamientos alternativos y en las emociones alternativas.

Implemente conductas de autocuidado.

Implemente la toma de decisiones.

Implemente la relajación con imágenes (lugares).

Aprenda a crear emociones alternativas.

Psicoeducación

El paciente aprendió a manejar las conductas de autocuidado. Por medio del diálogo socrático se le fue guiando para que descubriera las posibles consecuencias de no seguir conductas de autocuidado. El diálogo socrático consistió en realizar preguntas al paciente acerca de que podría pasar si no se apegaba a las conductas de autocuidado con el fin de que el paciente llegara a la conclusión de la importancia de autocuidarse.

Reestructuración cognitiva

Se retomaron ideas que al paciente le incomodaban.

Se le guió para crear pensamientos alternativos (Véase apartado 1.4.10.1).

Solución de problemas

Enseñanza de la instrumentación e implementación de soluciones (véase apartado 1.4.10.2).

Relajación

Como ejercicio se le pidió al paciente que imaginara un lugar agradable, en el que se sintiera tranquilo y cómodo (véase apartado 1.4.10.4).

Tarea

Poner en práctica la relajación, el manejo de pensamientos alternativos ante una idea irracional o alguna situación que fuera incómoda.

Sesión 7

Objetivo general

Implementar las técnicas de psicoeducación, solución de problemas, reestructuración cognitiva y relajación en los pacientes con leucemia aguda, con el fin de disminuir los niveles de ansiedad ante el diagnóstico reciente.

Objetivos específicos

Educar al paciente en el proceso de recaída.

Enseñarle a identificar las falsas creencias que predisponen a distorsionar sus experiencias.

Enseñarle a modificar las falsas creencias que predisponen a distorsionar sus experiencias.

Evaluar la alternativa de la técnica de solución de problemas.

Psicoeducación

Se le habló acerca de una recaída, de cómo se podrían sentir; sin embargo, se le explicó que esto es algo que entra dentro de lo esperado. Aprendió a manejar el proceso de recaída.

Reestructuración cognitiva

Se habló al paciente de la importancia de creer en los pensamientos alternativos. Se trabajó con las emociones alternativas; se hizo una evaluación tomando una idea irracional, hasta lograr creer en los pensamientos alternativos.

Se les pidió volver a evaluar cada una de las emociones presentadas al inicio de la situación, y se les mostró cómo esa emoción cambió, disminuyó o, en algunos casos, desapareció (véase apartado 1.4.10.1).

Solución de problemas

Se revisó la tarea de la alternativa puesta en práctica y se evaluó si ésta fue efectiva para solucionar el problema inicial (véase apartado 1.4.10.2).

Relajación

Como ejercicio se le pidió al paciente que imaginara un lugar agradable, en el que se sintiera tranquilo y cómodo. Al final, se evaluó si el paciente lograba relajarse él mismo.

Posterior a las siete sesiones, se realizó la post-evaluación, en la cual se aplicaron los instrumentos de ansiedad y depresión de Beck.

1.5. RESULTADOS

1.5.1 Análisis grupal

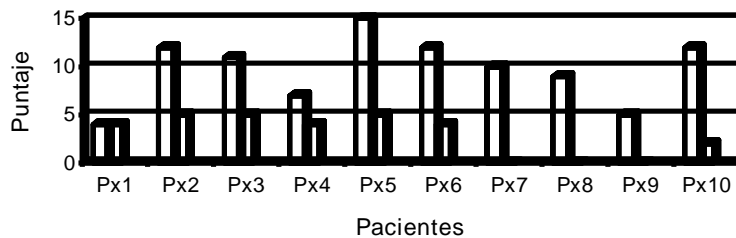
Para corroborar si fueron significativas las diferencias entre el pre y post para cada una de las medidas utilizadas, se aplicó la prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas con una $p= 0.05$. La tabla I muestra diferencias significativas entre el pre y el post del IBD y EI IAB (véase tabla 1.5).

Tabla 1.5.1.1. Análisis de Wilcoxon para dos muestras relacionadas del pre y el post del IBD y IAB .

	Pre	Post	Z; p
Inventario Ansiedad Beck	28.6667	10.6667	Z= -2.207; p= 0.027
Inventario de Depresión de Beck	9.50		Z= -2.032; p= 0.042

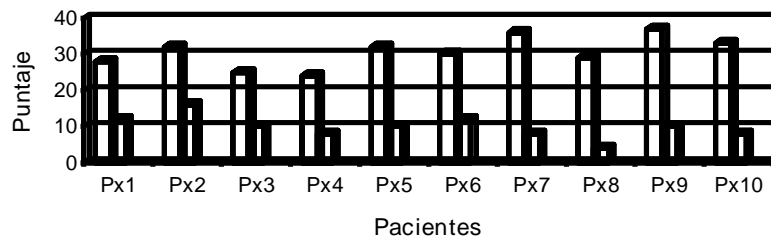
En la Figura 1.5.1.1 se muestran los resultados de la evaluación pre y post del Inventario de depresión de Beck y se observa que antes del tratamiento la mayoría de los pacientes manifestaron una depresión leve y al final una depresión leve o nula.

Figura 1.5.1.1. Puntaje pre y post del Inventario de Depresión de Beck



En la Figura 1.5.1.2 se muestran los datos de la pre y post-evaluación de la ansiedad. Como puede observar en la figura, después de la intervención psicológica el puntaje en cada uno de los 10 pacientes mostró una disminución considerable.

Figura 1.5.1.2. Puntaje pre y post del Inventario de Ansiedad de Beck



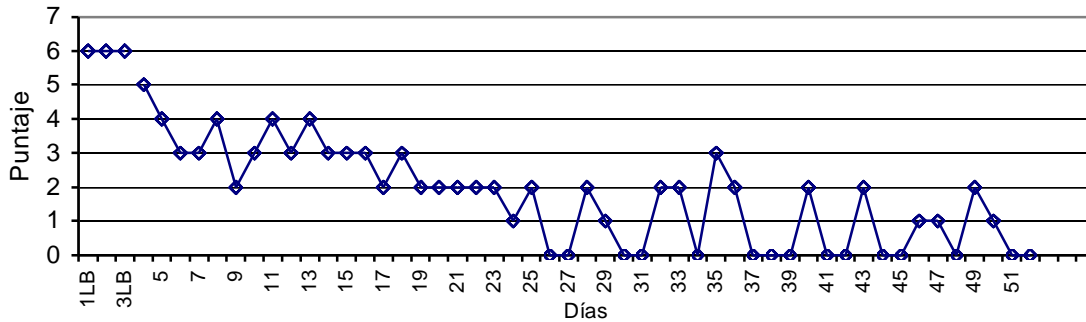
1.5.2 Análisis individual

Las Unidades Subjetivas de Relajación Iniciales (USRI) se refieren a la valoración subjetiva de cada uno de los pacientes antes de poner en práctica la relajación, y al terminarlo (Unidades Subjetivas de Relajación Final, USRF). La medida oscila entre 1 y 10, en la que 10 significa no estoy relajado en lo absoluto y 1 significa estoy completamente relajado.

1.5.2.1 Paciente 1 (Px1)

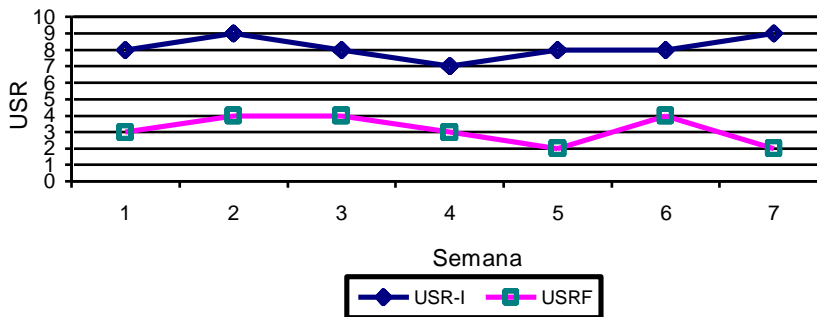
En la Figura 1.5.2.1 se muestra el autorregistro diario de los síntomas de ansiedad, de acuerdo con el Formato de Autorregistro de Ansiedad, que presentó un paciente masculino de 21 años de edad, con nivel de escolaridad de bachillerato. Se observa que en la línea base de 3 días, puntuaba en 6 y como a partir del tratamiento empezó a disminuir.

Figura 1.5.2.1. Formato de Autorregistro de Ansiedad diario (Px1)



En la figura 1.5.2.2 se muestran los resultados de la práctica de relajación por semana. Se observa cómo a lo largo de cada sesión semanal, la relajación aumentó. La medida de Unidades Subjetivas de Relajación sugiere una disminución de la ansiedad.

Figura 1.5.2.2. Unidades Subjetivas de Relajación (Px1)

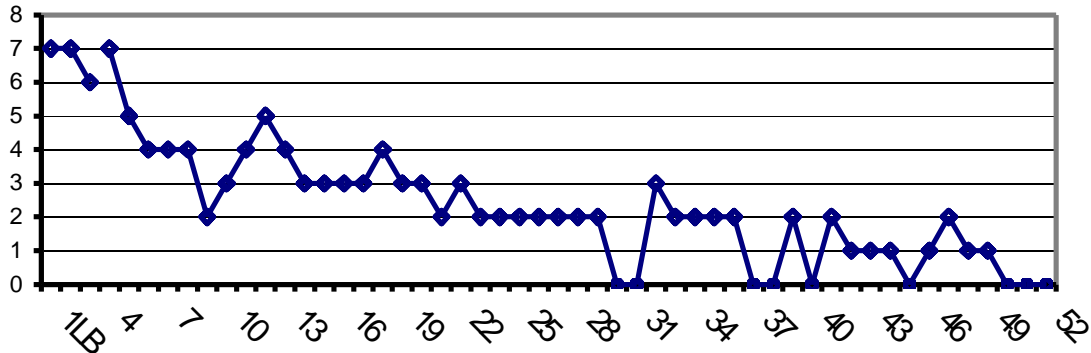


1.5.2.2 Paciente 2 (Px2)

Los datos de la segunda paciente (Px2), una mujer de 26 años de edad, casada y de religión católica, con un nivel de escolaridad de primaria aparecen en la figura 1.5.2.3. Se muestra el autorregistro de los síntomas de ansiedad que presentó esta paciente por día. En los dos primeros días antes de iniciar el tratamiento su puntuación era de 7. A partir del inicio del tratamiento en el día cinco los síntomas empezaron a disminuir, pero a partir del día cuarenta y nueve ya no presentaba síntomas de ansiedad.

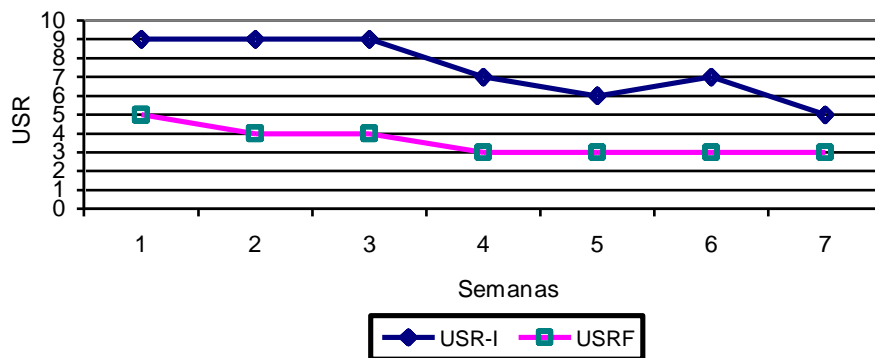
PDF with GO2PDF for free, if you wish to remove this line, click here to buy Virtual PDF Printer

Figura 1.5.2.3. Formato de Autorregistro de Ansiedad diario (Px2)



En la Figura 1.5.2.4. Se observa que el paciente desde la primera sesión daba una puntuación de 9 antes de la relajación lo cual significa que no esta nada relajado, sin embargo al terminar la relajación disminuía su puntaje a 5 lo cual refería que se había relajado un poco. La relajación (USR-I) se mantuvo por debajo de 8 a partir de la cuarta semana de intervención.

Figura 1.5.2.4. Unidades Subjetivas de Relajación (Px2)

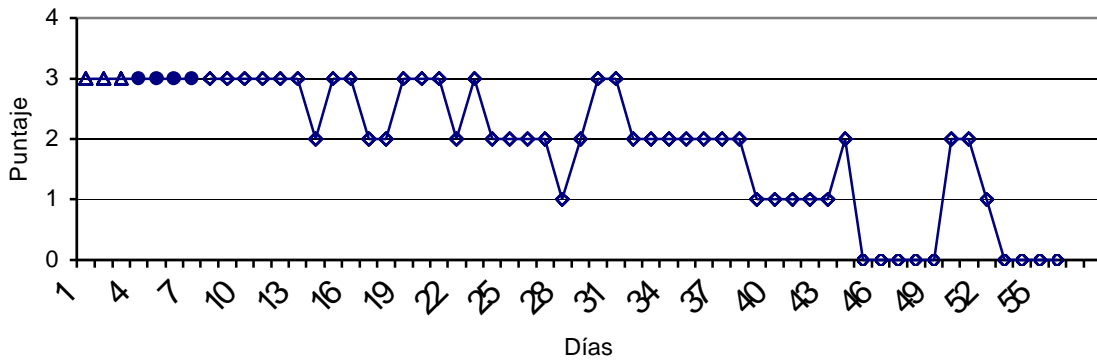


1.5.2.3 Paciente 3 (Px3)

A continuación se muestran los resultados para el tercer paciente (Px3). Se trata de un hombre de 46 años de edad, casado, católico, con un nivel de escolaridad de

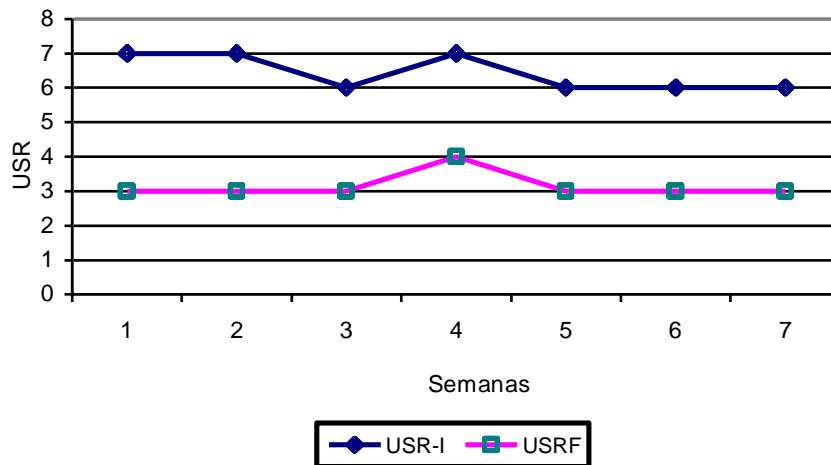
secundaria. En la Figura 1.5.2.5 se muestra el registro de los síntomas de ansiedad que presentó el paciente 3. Puede observarse cómo durante la línea base de 3 días puntuaba 3 y a partir del día catorce de tratamiento se mantiene por debajo de 3.

Figura 1.5.2.5. Formato de Autorregistro de Ansiedad diario (Px3)



En la figura 1.5.2.6 se observa que el USRI se situaba por debajo de 8 desde la primera sesión y la medida USRF se mantuvo por debajo de 4 durante todas las sesiones.

Figura 1.5.2.6. Unidades Subjetivas de Relajación (Px3)



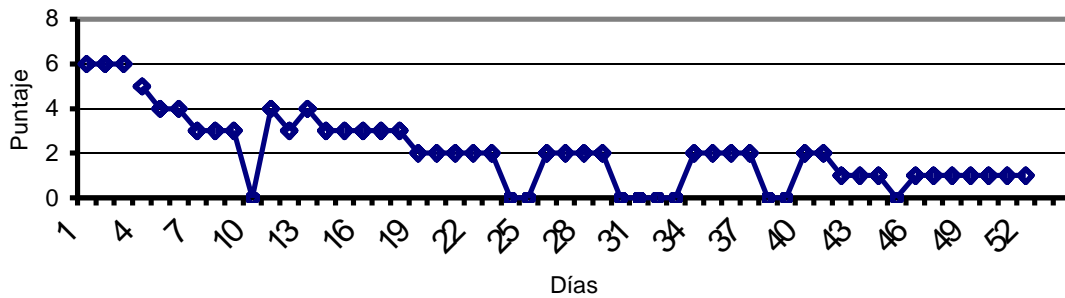
PDF with GO2PDF for free, if you wish to remove this line, click here to buy Virtual PDF Printer

1.5.2.4 Paciente 4(Px4)

A continuación se muestran los resultados del el paciente (Px4). Se trata de una mujer de 18 años de edad, soltera, católica, con un nivel de escolaridad de primaria.

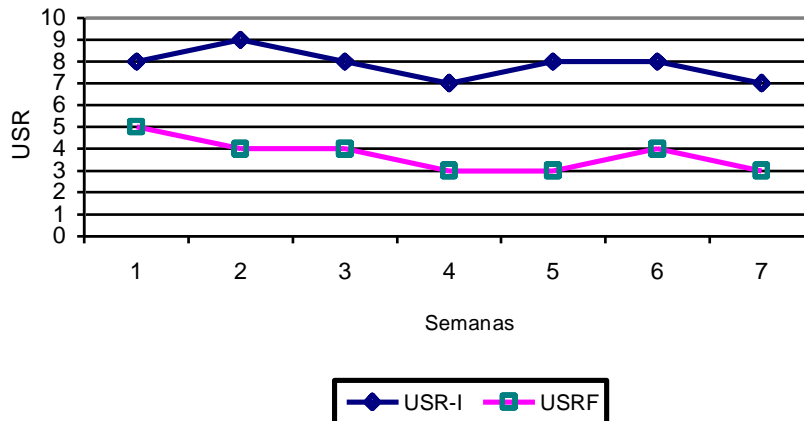
En la Figura 1.5.2.7 muestra el registro diario de los síntomas de ansiedad de este paciente, puede observarse que en los tres primeros días antes de iniciar el tratamiento tenía una puntuación de 6. Desde el inicio del tratamiento los síntomas empezaron a disminuir. Sin embargo, en el día veinte de tratamiento su puntuación se mantuvo por debajo de 2.

Figura 1.5.2.7. Formato de Autorregistro de Ansiedad diario (Px4)



En la Figura 1.5.2.8 se observa que las USRI se encontraban por debajo de 9 desde la primera sesión. La medida de las USRF se mantuvo por debajo de 5 después de la segunda semana de intervención.

Figura 1.5.2.8. Unidades Subjetivas de Relajación (Px4)

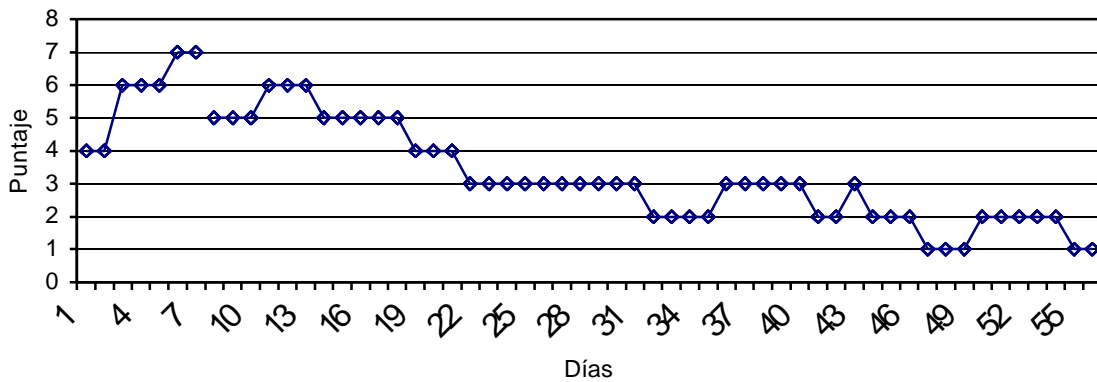


PDF with GO2PDF for free, if you wish to remove this line, click here to buy Virtual PDF Printer

1.5.2.5 Paciente 5 (Px5)

La quinta paciente fue una mujer de 19 años de edad, soltera, católica con un nivel de escolaridad de primaria. En la Figura 1.5.2.9 se observa el registro diario de los síntomas de ansiedad de la paciente. Los primeros 7 días de autorregistro representan la línea base. Inició con una puntuación de 4, sin embargo, para alcanzar 7 en los 2 últimos días de línea base. La fase de tratamiento comenzó en la octava sesión. En los últimos días de la fase tratamiento su puntuación disminuyó a 3.

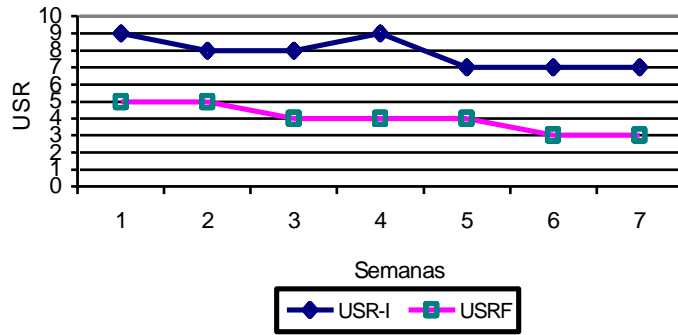
Figura 1.5.2.9. Formato de Autorregistro de Ansiedad diario (Px5)



En la Figura 1.5.2.10 se observa que las USRI puntuaron en 9 en la primera sesión, y disminuyeron a partir de la segunda semana de intervención. Respecto a la evaluación USRF, iniciaron en 5, pero a partir de la tercera semana de intervención disminuyeron.

e PDF with GO2PDF for free, if you wish to remove this line, click here to buy Virtual PDF Printer

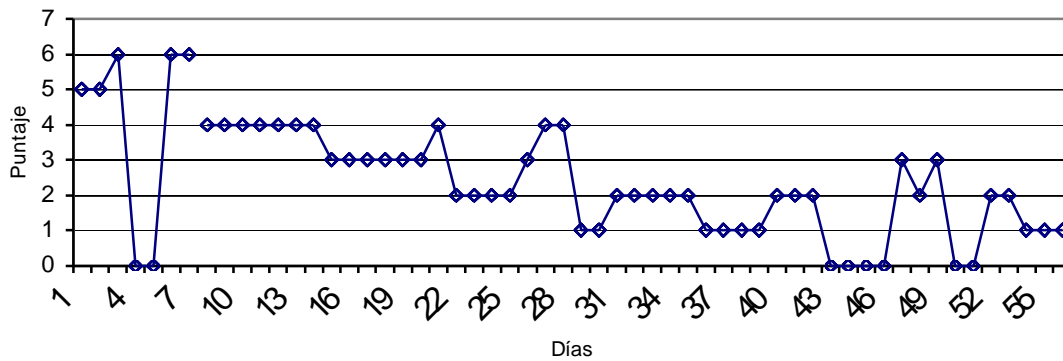
Figura 1.5.2.10. Unidades Subjetivas de Relajación (Px5)



1.5.2.6 Paciente 6 (Px6)

En cuanto al sexto paciente (Px6), se trata de una mujer de 29 años de edad, casada, católica, con un nivel de escolaridad de primaria. La Figura 1.5.2.11 muestra los síntomas de ansiedad que registró la paciente por día. En el cuarto y quinto día antes de iniciar el tratamiento la paciente olvido realizar el registro. A partir del inicio del tratamiento en el día ocho, los síntomas empezaron a disminuir.

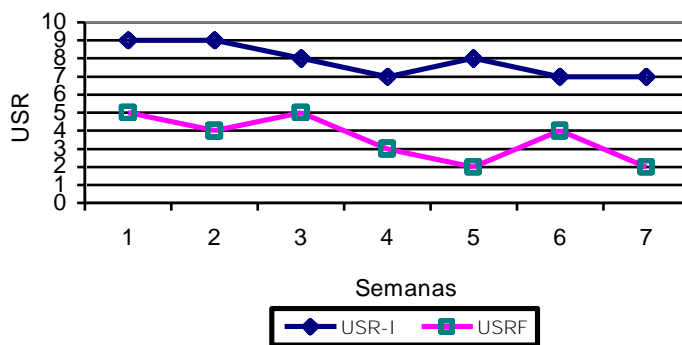
Figura 1.5.2.11. Formato de Autorregistro de Ansiedad diario (Px6)



PDF with GO2PDF for free, if you wish to remove this line, click here to buy Virtual PDF Printer

En la figura 1.5.2.12 se muestra la medida de relajación de esta paciente. Las USRI puntuaron 9 en las primeras dos sesiones, y disminuyeron a partir de la tercera semana de intervención. Respecto a las USRF éstas iniciaron en 5, y terminaron en 2.

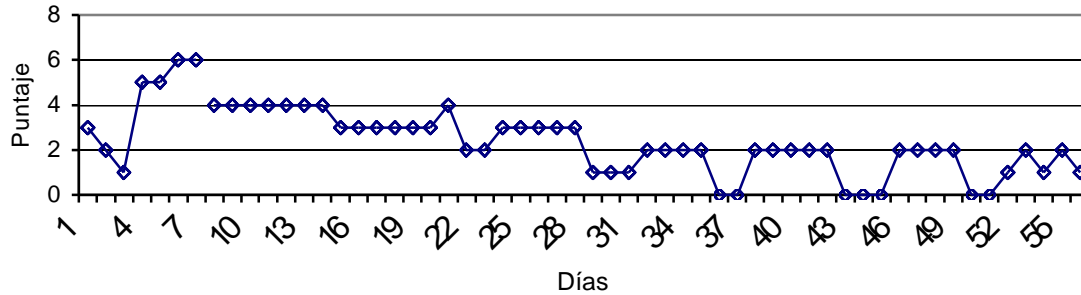
Figura 1.5.2.12. Unidades Subjetivas de Relajación (Px6)



1.5.2.7 Paciente 7 (Px7)

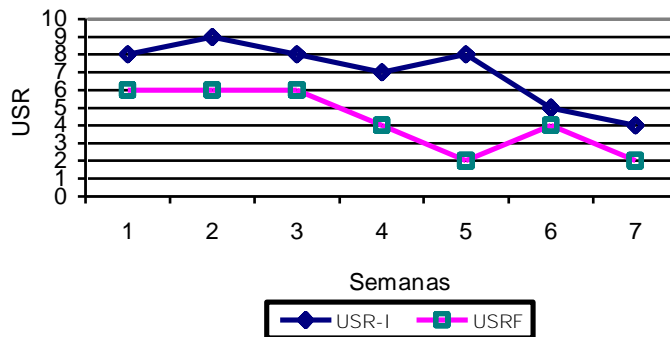
La séptima paciente (Px7) fue una mujer de 32 años de edad, casada, católica y con un nivel de escolaridad de primaria. La Figura 1.5.2.13 muestra el registro diario de los síntomas de ansiedad que presentó esta paciente, puede observarse cómo durante la línea base de 7 días, presentó inicialmente una puntuación muy baja, sin embargo, en el día seis y siete ya puntuaba en 6. Al iniciar el tratamiento se mantuvo en 4 los primeros días, pero a partir del día 22 su puntuación bajó aún más.

Figura 1.5.2.13. Formato de Autorregistro de Ansiedad diario (Px7)



La figura 1.5.2.14 muestra las medidas de relajación. Se observa que las USRI se ubicaron en 8 en las primeras tres sesiones, y empezaron a disminuir a partir de la cuarta semana de intervención; respecto a la evaluación de las USRF, estas iniciaron en 6, y terminaron con una evaluación de 2.

Figura 1.5.2.14. Unidades Subjetivas de Relajación (Px7)



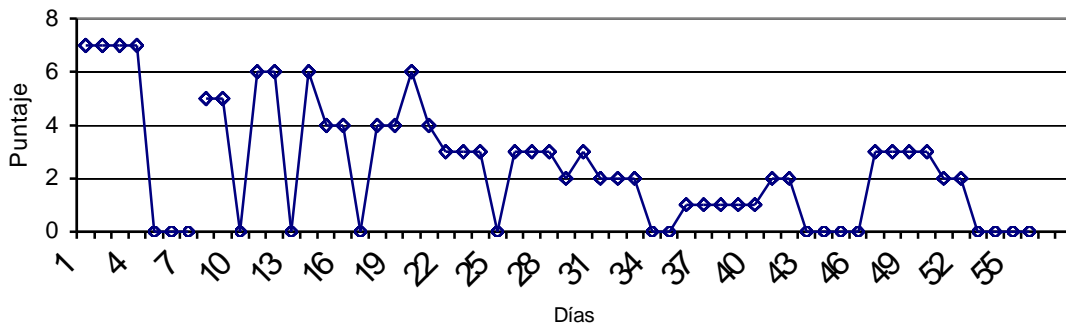
1.5.2.8 Paciente 8 (Px8)

La figura 1.5.2.15 muestra los síntomas de ansiedad de este paciente por día, de una mujer de 21 años de edad, soltera, católica y con un nivel de escolaridad de preparatoria. Puede observarse cómo durante la línea base de 7. inicio con una puntuación alta, sin embargo, en los días quinto, sexto y séptimo antes de iniciar el

PDF with GO2PDF for free, if you wish to remove this line, click here to buy Virtual PDF Printer

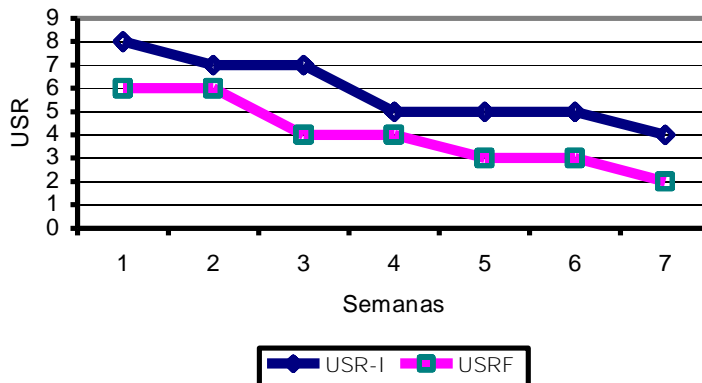
tratamiento la paciente olvido realizar el registro. Desde el día ocho que inicio el tratamiento psicológico hasta el día veinticinco los 0 que aparecen son días que la paciente no registro cómo se sentía. Sin embargo, a partir de el día treinta y cuatro que aparecen en 0 son días que la paciente no presentó síntomas de ansiedad.

Figura 1.5.2.15. Formato de Autorregistro de Ansiedad diario (Px8)



La Figura 1.5.2.16 muestra los datos de relajación de la octava paciente (Px8),. Los USRI puntuaron en 8 en la primera sesión, y fueron disminuyendo hasta 4 en la última sesión. Las USR-F también disminuyeron a lo largo de las semanas hasta llegar a 2.

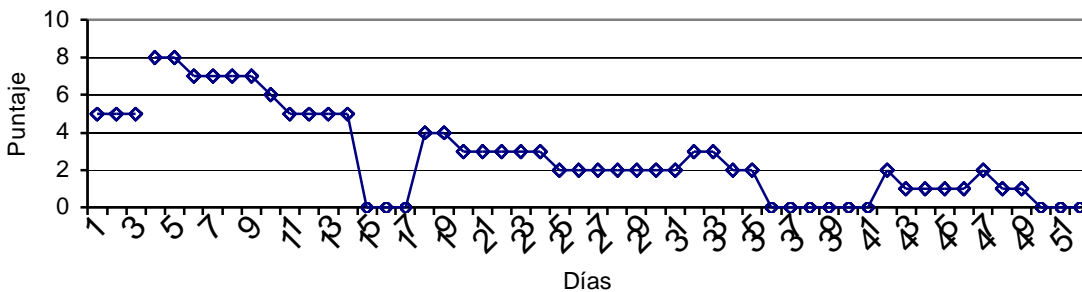
Figura 1.5.2.16. Unidades Subjetivas de Relajación (Px8)



1.5.2.9 Paciente 9 (Px9)

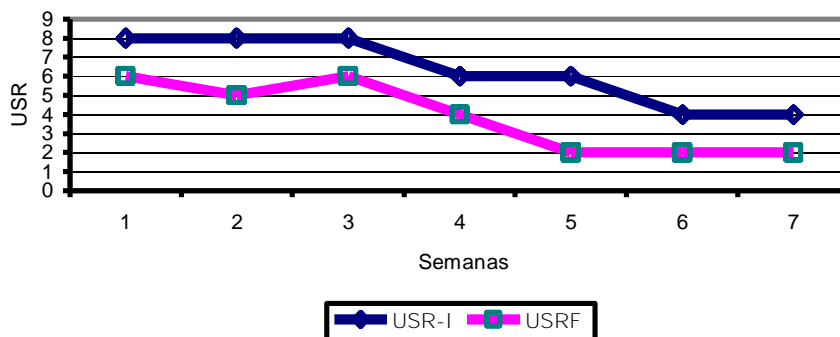
A continuación se muestran los resultados del noveno paciente (Px9). Se trata de un hombre de 20 años de edad, soltero, católico y con un nivel de escolaridad de preparatoria. La figura 1.5.2.17 muestra los síntomas de ansiedad que este paciente presentó por día. En la línea base de 3 días de iniciar el tratamiento el paciente puntuó en 5. En los días cuatro y cinco aumentó a 8, esto tal vez se pueda deber que en estos días se le dijo que la muestra del aspirado de medula no había sido suficiente y tendrían que repetirla, y este procedimiento médico-invasivo es muy doloroso. Sin embargo, a partir del día veintiuno se mantiene en 3 y continúa bajando.

Figura 1.5.2.17. Formato de Autorregistro de Ansiedad diario (Px9)



La Figura 1.5.2.18 los datos de relajación de este paciente. Las USRI se situaron en 8 en las primeras tres sesiones y empezaron a disminuir a partir de la cuarta semana de intervención. Las USRF iniciaron con un promedio de 6, y terminaron en 2.

Figura 1.5.2.18. Unidades Subjetivas de Relajación (Px9)

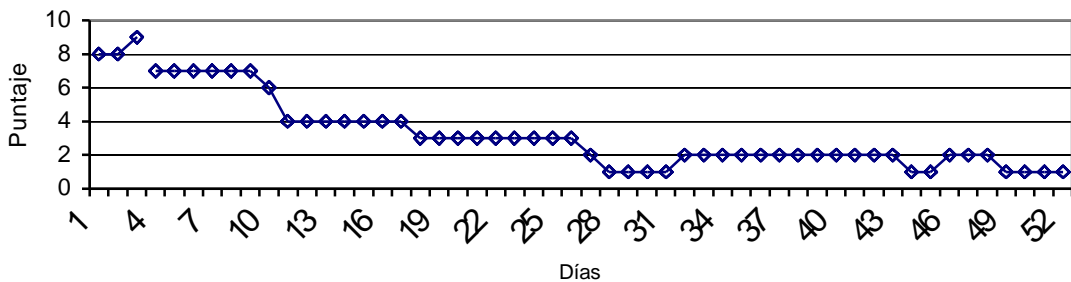


PDF with GO2PDF for free, if you wish to remove this line, click here to buy Virtual PDF Printer

1.5.2.10 Paciente 10 (Px10)

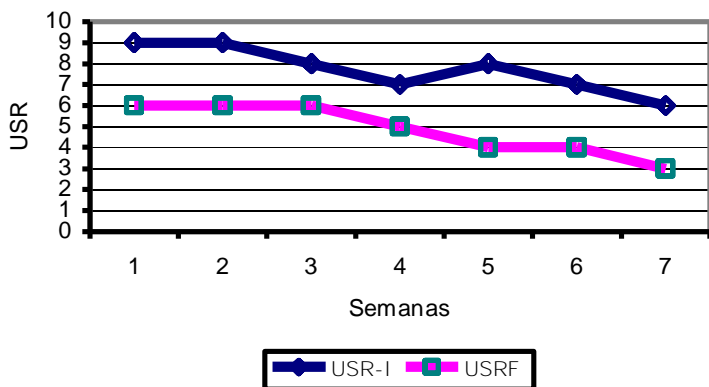
La paciente 10 fue una mujer de 22 años de edad, soltera, católica y con un nivel de escolaridad de secundaria. La Figura 1.5.2.19 muestra el registro de los síntomas de ansiedad que presentó esta paciente por día. En los primeros días antes de iniciar el tratamiento presentó un puntaje de 8 y 9, a partir del día once disminuye a 4 y del día dieciocho a 3, y continúa bajando en el transcurso del tratamiento hasta 1.

Figura 1.2.5.19. Formato de Autorregistro de Ansiedad diario (Px10)



La figura 1.5.2.20 muestra sus datos de relajación. En las 2 primeras semanas, las USRI promediaron 9, y empezaron a disminuir a partir de la tercera semana de intervención, aunque a lo largo de las 7 semanas no disminuyeron por debajo de 7. Respecto a las USRF, éstas disminuyeron de 6 en la primera semana, 3 en la séptima.

Figura 1.5.2.20. Unidades Subjetivas de Relajación (Px10)



1.6. DISCUSIÓN

La presente intervención evaluada tuvo como propósito aplicar un programa de atención psicológica cognitivo-conductual para el paciente con leucemia aguda, orientado a la disminución de la ansiedad ante un diagnóstico reciente. En resumen, los principales resultados del estudio fueron:

- a) Puntajes por arriba de 25 según el Inventario de ansiedad de Beck, aplicado inmediatamente después del diagnóstico.
- b) Depresión nula o leve en la mayoría de los pacientes según el Inventario de Depresión de Beck. Estos datos son importantes debido a que si un paciente presenta depresión moderada o grave, está contraindicado el ejercicio de la relajación, ya que si las funciones del sistema parasimpático disminuyen su actividad también; la relajación inhibe al sistema parasimpático y activa al simpático. Lo que necesita el paciente deprimido es “prender” el sistema parasimpático con el fin de mantenerlo activo.
- c) Los pacientes lograron adquirir estrategias de relajación, de debate de pensamientos y de solución de problemas.
- d) A partir de la tercera sesión del tratamiento, los síntomas de ansiedad disminuyeron.
- e) Se observó una disminución en los puntajes de ansiedad y depresión de la pre a la post-evaluación

Estos datos coinciden en parte con dos estudios; uno realizado por Nezu et al., (1999) en el que se encontró que inmediatamente después del diagnóstico de una enfermedad crónica, los pacientes parecen experimentar un periodo de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, donde se experimentan sensaciones de ansiedad, miedo y desorganización, entre otras. Además suelen manifestar problemas interpersonales, sociales o ambientales. El otro, un estudio realizado por Martínez, Loy y Romero (1995), en el cual un grupo de pacientes con leucemia presentó mecanismos

de adaptación inadecuados, sentimientos de soledad, frustración, agresividad, niveles altos de ansiedad y depresión.

Durante la aplicación del tratamiento algunos pacientes incrementaron sus síntomas de ansiedad, en relación con algún procedimiento médico-invasivo, sobre todo en la biopsia de hueso que es uno de los procedimientos mas dolorosos. En un estudio Gershon, Zimand, Pickering, Rothbaum y Hodges (2004) refieren que los pacientes con cáncer, al enfrentarse ante numerosos procedimientos médico-invasivos durante su tratamiento, presentan ansiedad y sufrimiento.

El manejo cognitivo-conductual de la ansiedad propone varias técnicas para su tratamiento, tales como: la relajación, la solución de problemas, la detención del pensamiento, la asertividad, entre otras. Al aplicarse estas técnicas en los pacientes de hematología, éstos manifestaron una disminución de los síntomas conductuales, fisiológicos y cognitivos (las cuatro técnicas utilizadas en esta intervención fueron la psicoeducación, la relajación, la reestructuración cognitiva y la de solución de problemas).

Como lo ha sugerido la literatura, la ansiedad se reduce principalmente mediante la aplicación de las técnicas de relajación y respiración diafragmática, aunque la psicoeducación también contribuye.

Como se observo en los resultados todos los pacientes en el Formato de autorregistro de ansiedad diario, antes de iniciar el tratamiento presentaban un puntaje alto y después de iniciar el tratamiento presentaban un puntaje bajo. Sin embargo, existe la probabilidad de que los pacientes hayan registrado lo que el terapeuta quería ver por una deseabilidad social del paciente. Una desventaja de utilizar el formato de autorregistro antes mencionado es no tener propiedades psicométricas y ser una evaluación subjetiva. También existe la probabilidad de un posible sesgo al evaluar las Unidades Subjetivas de relajación al inicio y final de la relajación, ya que también es una unidad subjetiva.

Respecto a la aplicación de la técnica de solución de problemas, se logró que los pacientes iniciaran una búsqueda activa de información, lo cual les proporcionó estrategias que les permitió incorporarse a sus actividades cotidianas.

Por otra parte, la evaluación de la intervención descrita permitió apreciar su aparente efecto sobre la ansiedad que presentan estos pacientes desde el momento en que reciben el diagnóstico, ante la falta de información sobre la enfermedad, su tratamiento y pronóstico. Las intervenciones cognitivo-conductuales para el tratamiento de pacientes con leucemia se habían centrado en el manejo del estrés y el dolor ante procedimientos médico-invasivos.

2. DOS ESTUDIOS DE CASO

2.1 Caso clínico 1

2.1.1. Ficha de identificación

Nombre: Diana.

Sexo: Femenino.

Edad: 8 años.

Escolaridad: 1ero. de Primaria.

Religión: Católica.

Lugar de nacimiento: Distrito Federal.

Lugar de residencia: Estado de México.

Número de hermanos: 2 (11 y 9 años).

Posición que ocupa: 3/3.

Nivel socioeconómico: Bajo.

Diagnóstico médico: Anemia aplásica.

2.2.2 .Evaluación

Motivo de consulta

Paciente referida por el servicio de Hematología por presentar llanto, gritos, tensión muscular y rechazo ante los procedimientos médicos. El médico solicitó la ayuda de las enfermeras para que inmovilicen a la niña mientras se llevan a cabo dichos procedimientos.

Impresión y actitud general

Paciente femenina con edad aparente igual a la cronológica, compleción ectomórfica (peso corporal, 22 kg), estatura media y tez blanca.

La paciente presenta llanto de breve duración (5 min.) durante las 2 primeras intervenciones, se muestra muy cooperadora durante las sesiones.

Antecedentes de importancia

Diana es producto de la tercera gesta, embarazo de término normoevolutivo. La madre menciona que dio a luz en el transporte público (en una “combi”) ya que no alcanzó a llegar al hospital. La niña estuvo 4 días en incubadora para vigilarla. Antes de darla de alta, el médico responsable informó a la madre que el bebé se encontraba en excelentes condiciones. No existen antecedentes de enfermedad o padecimiento trascendente.

Diana vive con sus padres y hermanos, la relación con estos últimos es buena pues “juega con ellos y casi no se pelean, se llevan muy bien” según su madre. Por otro lado, la madre expresa ser consentidora “por ser la más pequeña”, y “porque está enferma y me necesita”. Asimismo, la relación con su padre es buena, pero considera que éste la consiente menos.

A los seis años de edad ingresa a la primaria, donde dice tener más amigas que amigos, “porque me llevo mejor con las niñas”. Sin embargo, durante el primer mes comienza a recibir burlas de algunos de sus compañeros por “no poder pronunciar la letra R” (madre de Diana); ante esta situación la madre decide sacarla de la escuela, lo que según Diana no tuvo importancia.

A los siete años de edad ingresa por segunda vez a la primaria, pero esta vez sí cuenta con muchos amigos y amigas, además de ser “una de las mejores alumnas en su grupo y sacar buenas calificaciones” (madre de Diana). No obstante, “cuando alguien insulta a su hermana mayor o le quieren pegar, Diana la defiende, gritándoles que la dejen en paz o bien aventándolos con las manos”

Durante la hospitalización Diana presenta conductas de berrinche, en promedio cuatro veces a la semana. La madre comenta que antes de ser hospitalizada los berrinches aparecían unas cinco veces al mes. La manera de manejar estos berrinches por parte de la madre ha sido enfocándose a las conductas de la niña, hablando con ella a gritos

(esto a pesar de que la madre enfatiza que se considera consentidora). Respecto al padre, la mayoría de las veces ha podido controlar los berrinches de Diana, levantando un poco la voz y manejando amenazas de castigo (“me saldré en este momento y te quedarás sola”, “no regresaré a verte hasta mañana”, etcétera).

Historia médico-psiquiátrica

Diana ha presentado enfermedades propias de la infancia, como rubéola, sarampión y varicela. Dentro de los antecedentes familiares niegan enfermedades congénitas de importancia.

Sin embargo, en enero del 2005 ingresa al Hospital de Ecatepec, después de presentar vómitos, náusea y epistaxis. A las dos semanas de hospitalización se le da de alta pero sin un diagnóstico. Nuevamente enferma y se le ingresa al Hospital Juárez, por presentar fiebre, epistaxis y gingivorragias. Además presenta palidez en la piel y una pérdida de peso de aproximadamente 5 kilos. A los dos días de haber ingresado al hospital se confirma, por medio de un aspirado de médula ósea, el diagnóstico de anemia aplásica.

Padecimiento actual

Desde que ingresó al Hospital Juárez de México, Diana ha presentado ansiedad ante los procedimientos médico-invasivos, con síntomas de miedo, tensión muscular, conductas de llanto y gritos como “No quiero que me piquen, me va a doler muchísimo”.

También presenta berrinches ante las situaciones de las que no pueda obtener de manera inmediata lo que desea (por ejemplo, no poder salir a caminar).

Examen mental

Se realizó un examen mental ante el cual Diana muestra un estado de conciencia alerta, y adecuadas condiciones de higiene y aliño personal. Presenta complejión

ectomórfica, estatura media, con edad aparente igual a la cronológica, humor y afecto ansiosos. Se encuentra orientada en persona, tiempo y espacio, con atención y concentración sin alteraciones, memoria reciente y remota conservadas, sin alteraciones sensoriales. En cuanto a su lenguaje, éste es coherente, espontáneo y fluido, con un ritmo y volumen adecuados. Presenta una inteligencia dentro de los parámetros normales.

El proceso del pensamiento es lógico y coherente, y su contenido presenta ideas recurrentes (“No quiero que me piquen, me va a doler muchísimo”).

Conceptuación cognitivo-conductual

A (situación)	B (pensamiento)	C (respuestas)
Procedimiento médico-invasivo: Canalización Muestra de sangre Colocación de catéter Aspirado de médula ósea	-No quiero que me piquen, me va a doler muchísimo -Me van a lastimar mucho.	Fisiológicas -Dolor -Taquicardia -Tensión muscular - Respiración agitada Emocionales -Ansiedad -Miedo Conductuales -Berrinches -Llantos -Gritos -Presión en puños
No poder obtener de manera inmediata lo que desea	-Mi mamá me debe dar todo. -Mi mamá siempre me ha dado todo. -Si hago berrinche me lo dan.	Fisiológica: -Dolor -Taquicardia -Tensión muscular Emocionales: -Enojo Conductuales: -Llanto -Gritos -Pegar a la madre -Pataleo

Análisis funcional de la conducta de ansiedad

Estímulo	Conducta	Consecuencia
Procedimiento médico-invasivo	-Gritos, llanto	Retardar por algunos minutos los procedimientos
No obtener de manera inmediata lo que desea	-Gritos, llanto, golpes a la madre	Atención y permanencia de la madre en la sala Reforzamiento social de la madre

Diagnóstico multiaxial

Eje I Trastornos clínicos: síntomas psicológicos que afectan la anemia aplásica.

Eje II Trastornos de personalidad: no aplica

Eje II Enfermedades médicas: anemia aplásica

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales: problemas económicos, de vivienda y de asistencia sanitaria.

Eje V Evaluación de la actividad global: 51 – 60.

2.1.3. Intervención

Durante 12 sesiones se trabajó con la madre y con Diana. Los objetivos de la intervención fueron el manejo de la ansiedad ante procedimientos médico-invasivos y el decremento de la conducta de berrinche. A continuación se describen las sesiones realizadas:

Las dos primeras sesiones fueron intervenciones en crisis, después de procedimientos médico-invasivos.

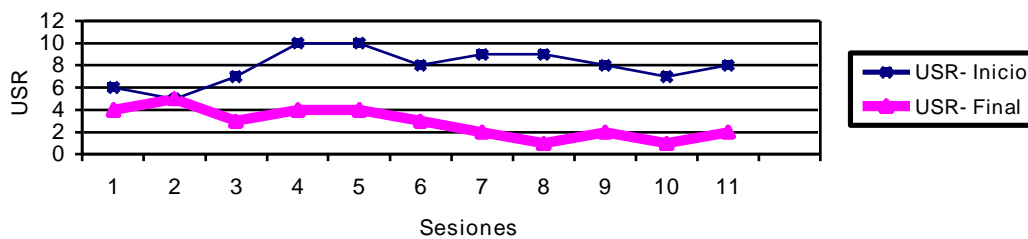
A partir del análisis funcional de la conducta, en la tercera sesión se comenzó el entrenamiento en respiración diafragmática, a fin de disminuir la ansiedad durante los procedimientos médico-invasivos.

En la cuarta sesión continuó el entrenamiento en relajación mediante imaginación guiada.

De la cuarta a la décima sesión, con el apoyo de la madre, se implementó una economía de fichas y el reforzamiento social, con el fin de establecer la práctica de la relajación en el repertorio conductual de Diana. Es importante mencionar que se midió en cada sesión la relajación mediante las Unidades Subjetivas de Relajación al inicio y al final de cada ejercicio.

Como se observa en la Figura 2.1.3.1 antes de iniciar el ejercicio de relajación Diana presentó un USR-I por arriba de 8, y el USR-Final en la última sesión fue de 2.

Figura 2.1.3.1. Unidades Subjetivas de Relajación reportadas



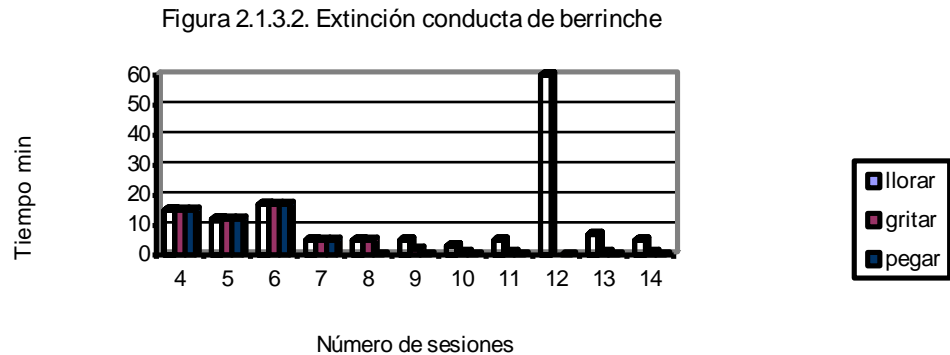
En la sesión décimo primera se inició el desvanecimiento de la economía de fichas y se mantuvo el reforzamiento verbal. La paciente mantuvo la práctica de relajación al retirarse la economía de fichas la niña siguió relajándose con éxito.

Conducta de berrinche

De la cuarta a la décima sesión, se trabajó con la madre de la paciente con los siguientes puntos:

- Selección de la conducta no deseada, en este caso los berrinches (llorar, gritar, pegarle a su mamá).
- Explicación de los principios básicos del reforzamiento.
- Aplicación, por parte de la madre, de la técnica de extinción.

En la Figura 2.1.3.2 es posible observar los resultados obtenidos a partir de la aplicación de estas técnicas.



2.1.4 Comentarios clínicos

La práctica de relajación se estableció en el repertorio de la paciente con la ayuda de técnicas como el reforzamiento social y la economía de fichas. Así, la relajación ayudó a disminuir y controlar los niveles de ansiedad de Diana ante procedimientos médico-invasivos.

También se observó que la conducta de berrinche se redujo solo a llanto, y se extinguieron las otras dos conductas al haber enseñado a la madre a utilizar la técnica de reforzamiento. La extinción de las conductas de golpear y gritar fue importante debido a que afectaba el estado físico de Diana, al presentarse una disminución de plaquetas, cuya consecuencia podría ser una hemorragia interna.

A continuación se muestran los criterios del DSMIV para el diagnóstico psicológico y sus posibles consecuencias respecto a la enfermedad de no haber sido tratados:

F54 (factor psicológico) que afectan el estado físico

Respecto al factor psicológico, hace referencia a la conducta de berrinche, la cual afectaba el estado físico de Diana al presentarse una baja de plaquetas y mostrar síntomas de epistaxis, gingivorragias y aumentar las probabilidades de tener una hemorragia interna.

- A. Presencia de una enfermedad médica (codificada en eje III).
- B. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:
 - 1. Los factores han influido en el curso de la enfermedad por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad, o el retraso de recuperación.
 - 2. Los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad.
 - 3. Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona.

Las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerbaban los síntomas de la enfermedad.

2.2 Caso clínico 2

2.2.1. Ficha de identificación

Nombre: Alejandro.

Edad: 31 años.

Sexo: masculino.

Estado civil: soltero.

Religión: católico.

Escolaridad: quinto semestre de Pedagogía.

Ocupación: clases de computación y natación.

Lugar de nacimiento: México, D.F.

Lugar de residencia: México, D.F.

Número de hermanos: 2/4.

Nivel socioeconómico: Bajo.

Diagnóstico médico: Cáncer de vejiga.

2.2.2 Evaluación

Motivo de consulta

El jefe de servicio de oncología canaliza a Alejandro para que reciba orientación y apoyo para que tome una decisión ante una cirugía de vejiga, con las siguientes consecuencias posibles: tener una urostomía permanente, quedar estéril o padecer una posible impotencia sexual. Sin embargo, en las siguientes entrevistas de exploración el paciente tenía otro objetivo (el manejo de la ansiedad y del dolor).

Impresión y actitud general

Paciente de edad aparente igual a la cronológica, de estatura menor al promedio, complexión ectomórfica y tez clara; se encuentra en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Se muestra cooperador, atento y abierto, con interés en las sesiones; su facie es congruente con su emoción, algunas veces ansioso y otras se muestra alegre. Mantiene contacto visual en el 90% de las intervenciones.

Antecedentes

Historia de desarrollo

Alejandro es producto de la segunda gesta, embarazo de término normoevolutivo. Reporta que no se presentaron dificultades prenatales. Fue planeado y deseado,

Historia social

Alejandro menciona que siempre ha tenido muchos amigos de su edad y también más chicos hasta 6 años de diferencia, “ya que disfrutan más las cosas y la mayoría del tiempo están alegres”. Además, conserva amigos y lleva una muy buena relación con ellos desde la secundaria, universidad y el trabajo. Menciona haber tenido a su primera novia formal a los 17 años de edad y la última hace un año. Refiere haber tenido cinco noviazgos formales con una duración de la relación mínimo de un año.

Historia escolar

Estudió hasta el quinto semestre de Pedagogía y un curso de computación. Menciona no haber tenido dificultades para estudiar. Dejó los estudios pues a su madre le diagnosticaron cáncer de mama hace 10 años. Él debe apoyar económicamente y acompañar a su mamá a sus citas médicas.

Historia laboral

Su primer trabajo fue a los 17 años como instructor de natación durante un curso de verano. De los 18 a los 22 años trabajó en una escuela donde impartía clases de natación a los niños y adolescentes. Desde los 24 años y hasta diciembre del 2005 dio clases de computación en una escuela y en una empresa.

Historia sexual

Inicia su vida sexual a los 19 años, y hasta ahora ha tenido dos parejas sexuales, con quienes mantuvo relaciones satisfactorias.

Historia de salud

Alejandro ha presentado enfermedades comunes como sarampión y varicela. Como parte de los antecedentes familiares enfermedades congénitas de importancia, refiere que su madre presentó cáncer de mama y en un ojo. En enero del 2006 presentó astenia, adinamia, poliuria, por tal motivo acudió a consulta privada, donde le realizaron estudios y, después de tres semanas, lo enviaron al Hospital Juárez por un posible problema de riñón. El 27 de febrero del mismo año ingresó al Hospital Juárez a urgencias, y de ahí se le remitió al servicio de nefrología. El diagnóstico inicial fue déficit en función de ambos riñones: función riñón derecho 50%, riñón izquierdo 60%. Después de una semana, se encontró que además tenía un tumor en la vejiga, por lo que pasó al piso de urología donde permaneció tres semanas. Los médicos lo consideraron como un caso "difícil" y continuaron evaluándolo para poder hacer una cirugía.

Al mes, pasó al servicio de oncología, donde le diagnostican un cáncer de vejiga. Se sometió a cirugía en abril de ese año, salió de la misma con una urostomía permanente. A la semana de la cirugía inició con una infección en la herida, por tal motivo entró nuevamente a cirugía para un lavado; a los 10 días volvió a entrar al hospital por tercera vez al presentar un problema en sus intestinos. Alejandro permaneció en el servicio durante 10 días para su recuperación. Se le dio de alta después de 75 días de hospitalización y regresó a los dos días por presentar una fístula. Después de haber ingresado, el paciente entró a cirugía por cuarta ocasión para una colostomía permanente. Su estancia hospitalaria se prolongó por 23 días más, presentó problemas de infección ante la última cirugía y dolor en la vejiga. Durante su estancia hospitalaria se sometió a dos procedimientos de diálisis. El paciente egresó, pero reingresó a los cinco días por presentar problemas en los riñones. Finalmente, le realizaron tres procedimientos de diálisis, y egresó a los 18 días.

Historia familiar

Alejandro vive con ambos padres y con dos hermanas de menor edad que él. Menciona que la relación con sus padres siempre ha sido buena y más con su madre, ya que ha tenido la oportunidad de pasar más tiempo con ella, debido a que la acompañaba a sus citas médicas en oncología y a sus quimioterapias. Respecto a sus hermanos, comenta que con ellos no ha tenido problemas, si bien se lleva mejor con el hermano mayor.

Según Alejandro sus padres han tratado por igual a todos, pues siempre los han apoyado en sus estudios. Menciona tener el apoyo también por parte de tíos y primos desde que a su mamá le diagnosticaron cáncer, y ahora que él está pasando por este proceso el apoyo ha aumentado.

Examen mental

El paciente presenta un estado de conciencia alerta. Se encuentra conciente, orientado en tiempo, espacio y persona. Presenta adecuada capacidad de atención y concentración. No presenta alteraciones en la memoria. Su lenguaje es lógico, coherente y congruente. El tono y la velocidad del lenguaje son adecuados. Su proceso de pensamiento es lógico y coherente y el contenido del mismo refleja su desesperación por tantos días de estancia hospitalaria. Se observa adecuada capacidad de juicio y sin alteraciones sensoriales. Presenta sentido de la realidad y habilidades de introspección. Al parecer, capacidades intelectuales adecuadas. En cuanto al estado de ánimo, se presenta alegre a las sesiones y se observa adecuación de las respuestas emocionales al contexto en que se encuentra. No presenta alteraciones motoras. Menciona sentirse nervioso e intranquilo.

2.2.3. Estado cognitivo inicial

Conceptuación cognitivo-conductual.

A (situación)	B (pensamiento)	C (respuesta)
<p>Cuando los médicos dan información a su madre sobre su estado.</p>	<p>-Me dirán que he empeorado. -Entrare nuevamente a cirugía.</p>	<p>Fisiológicas: -Tensión muscular en brazos, cuello y mandíbula. -Taquicardia -Dolor de estomago y en herida. -Oleadas de calor en cara. Emocionales: -Ansiedad. -Miedo. Conductuales: -Cerrar ambos puños y presionarlos.</p>
<p>Dificultades médicas (fístulas, infecciones, ICR) y desesperación por tantos días de estancia hospitalaria..</p>	<p>-Me dejaran más días hospitalizado. -Tengo miedo de no poder resistir más. -No se si mi organismo resista otra cirugía. -</p>	<p>Fisiológicas: -Dolor de cabeza. -Taquicardia. -Disminución de la temperatura corporal (frente, manos y pies fríos). -Respiración agitada. Emocionales: -Miedo. -Ansiedad. -Enojo. Conductuales: -Llanto ante enfermera y psicóloga.</p>

Padecimiento actual

Alejandro menciona sentirse mal por tantos días de hospitalización: “no sé si podré resistir un internamiento más largo”. Cuando está hospitalizado no quiere que su mamá hable con los médicos por temor de que les diga el síntoma más mínimo y por tal motivo lo detengan más días. Después del pase de visita con todo el personal médico del servicio de oncología, el paciente refiere un aumento del dolor en la herida, así

como del estómago, lo cual no le permite levantarse a caminar. El paciente también refiere sentirse desesperado por cada día que pasa sin mejora. A nivel cognitivo, se observan pensamientos de tipo catastrófico y abstracción selectiva, tales como “me dejarán más días hospitalizado”, “tengo miedo de no poder resistir más, no sé si mi organismo resista otra cirugía”, “siento tanto dolor que no puedo caminar como lo ha indicado el médico”, “Si les digo que estoy bien me dejarán ir”. Fisiológicamente presenta tensión muscular en brazos, cuello y mandíbula, Oleadas de calor en cara, taquicardia y aumento del dolor de estómago y herida.

EVALUACIÓN MULTIAXIAL, DSM-IV-TR

Eje I. Trastornos Adaptativos: F43.28 Trastorno adaptativo con ansiedad aguda.

Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos.

- A) La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresor.
- B) Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente, del siguiente modo:
 - 1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresor.
 - 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).
- C) La alteración relacionada con el estrés no cumple con los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno pre-existente del Eje I o el Eje II.
- D) Los síntomas no responden a una reacción de duelo.
- E) Una vez cesado el estresor (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

F) Los síntomas no se deben a efectos fisiológicos de sustancias o enfermedad médica.

Eje II. Trastornos de la personalidad. Z03.2 [V71.09]. Ninguno.

Eje III. Enfermedades médicas: déficit en el funcionamiento de ambos riñones y cáncer de vejiga.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales: problemas económicos y de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.

Eje V. Evaluación de la actividad global: 60, síntomas moderados.

2.2.4. Intervención

En la primera sesión el objetivo de la intervención fue establecer componentes de relación, evaluar conciencia de enfermedad y toma de decisiones. Se dio psicoeducación y se trabajó con la técnica de solución de problemas (balance decisional).

En la segunda sesión se evaluaron recursos cognitivos y conductuales, así como estilos de afrontamiento respecto a la enfermedad y sus posibles consecuencias. En esta sesión se trabajó psicoeducación sexual.

En la tercera sesión el paciente refirió algunos síntomas ansiosos, se realizó un análisis funcional y se aplicó el Inventario de ansiedad de Beck. Los resultados mostraron ansiedad leve. Después se inició la intervención con el objetivo de controlar y disminuir la ansiedad mediante la técnica de relajación progresiva muscular profunda y respiración diafragmática para favorecer así la incompatibilidad de respuesta de ansiedad. Se realizó la identificación de pensamientos automáticos mediante la realización de registros de pensamientos, conducta y emoción.

Después de esta sesión se le asignó la siguiente tarea: practicar el ejercicio de respiración y relajación, así como un registro de pensamientos automáticos.

En la cuarta sesión se revisaron las tareas y se le guió en la búsqueda de alternativas con relación a las cogniciones acerca de su padecimiento. Se utilizó debate de pensamiento.

En la quinta sesión se guió al paciente con el objetivo de identificar creencias que favorecieran la respuesta de ansiedad y así, posteriormente, poder realizar reestructuración cognitiva y trabajar con aquellos aspectos relacionados con su historia de desarrollo (las causas y el origen del trastorno).

En la sexta sesión se evaluó el estado emocional del paciente ante la sintomatología depresiva. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-IBED, en el que puntuó 2. Los síntomas parecidos a los de la depresión, se debieron a la insuficiencia del riñón.

En la séptima sesión se realizó una evaluación de dolor (frecuencia, duración e intensidad) con un análisis funcional, y se continuó con el trabajo de relajación, detención de pensamientos y reestructuración cognitiva.

De la octava hasta la décimo cuarta sesión se trabajó manejo del dolor, mediante técnicas de relajación y reestructuración cognitiva.

Finalmente, se evaluó cada sesión mediante las Unidades Subjetivas de Relajación al inicio y al final del ejercicio de relajación.

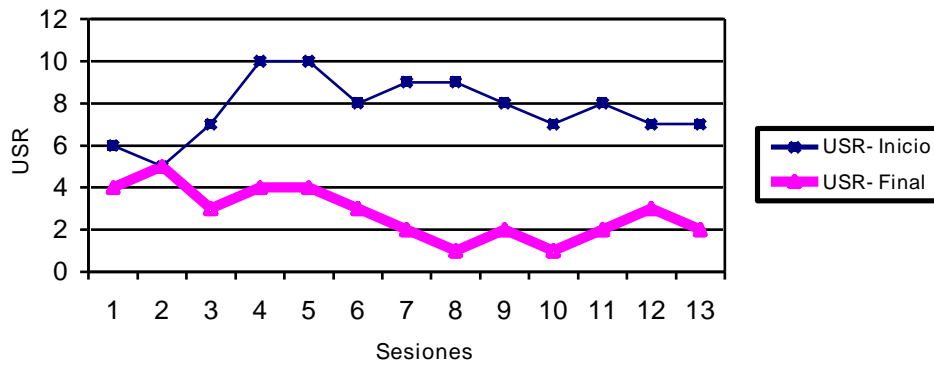
2.2.5 Resultados

El paciente estableció dentro de su repertorio las técnicas de solución de problemas, la cual utilizó constantemente en su hospitalización para tomar decisiones y debate de pensamientos los cuales le ayudaron a tener un mejor manejo de la ansiedad, el dolor y la desesperación durante su hospitalización.

También estableció la practica de relajación la cual fue evaluada mediante las Unidades Subjetivas de Relajación al Inicio y al Final de cada ejercicio los puntajes de cada sesión se presentan en la Figura 2.2.5.1.

Se tomó en cuenta una medida del 1 al 10, donde: 1 es completamente relajado y 10 es completamente estresado.

Figura 2.2.4.1. Unidades Subjetivas de Relajación manifestadas



3. ESTUDIO 2

Intervención cognitivo-conductual para la promoción de la adhesión terapéutica

3.1. Antecedentes

En la actualidad, el tema de la adhesión a los tratamientos médicos tiene una gran trascendencia debido a que el paciente enfrenta una serie de conductas de riesgo y problemas de salud que requieren, necesariamente, que la persona ponga en práctica las recomendaciones terapéuticas y/o de salud que se le han indicado, lo cual no siempre se realiza correctamente. Por ello, la medicina ha empezado a reconocer la falta de adhesión como un grave problema, ya que interfiere con la efectividad y eficacia de la terapéutica médica.

Por lo anterior, la adhesión terapéutica es un campo que cobra cada día más relevancia, debido a los múltiples beneficios que puede arrojar, tanto para el médico como para el paciente. De hecho, “uno de los problemas más importantes con que se encuentran los profesionales de la salud es el no cumplimiento por parte de los pacientes a los regímenes preescritos” (Macía & Méndez, 1996).

El término adhesión terapéutica hace referencia al proceso mediante el cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del médico (Puente-Silva, 1985). Sackett (1976, citado en Stone, Cohen & Adler, 1982) habla del cumplimiento como la consecuencia entre el comportamiento de una persona y los consejos sobre la salud o las prescripciones que ha recibido. En este mismo sentido, Meichenbaum y Turk (1987) distinguen entre el término cumplimiento y adhesión, en donde el cumplimiento hace referencia a un papel más pasivo en el que el paciente sigue fielmente las directrices recibidas, y la adhesión tendría una implicación más activa y de colaboración voluntaria del sujeto. Es por ello que en este estudio se tomará esta última.

En la práctica médica el concepto de adhesión suele referirse casi exclusivamente al uso de los medicamentos por parte del paciente, de una forma determinada. Sin embargo, debe considerarse como un concepto mucho más amplio, que incluya

aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar alcohol, usar cinturón de seguridad si se va en coche, realizar visitas médicas periódicas y cumplir con las de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento (Puente-Silva, 1985).

Para ello se requiere una participación activa por parte de los pacientes, y para lograrla es necesario entender a la adhesión como un fenómeno multifactorial que afecta la terapéutica médica y en el que inciden, por un lado, los aspectos referentes al paciente (creencias, actitudes, conocimiento sobre la enfermedad, sobre el tratamiento, etcétera) y, por otro, los referentes al equipo médico, el cual no cuenta con formas confiables de comprobación de que el tratamiento se ha seguido de acuerdo a sus indicaciones.

Un área donde la adhesión adquiere especial importancia es respecto a las enfermedades crónicas, pues la falta de adhesión no sólo es grave porque hace ineficaz el tratamiento prescrito produciendo un aumento de la morbilidad y mortalidad, sino también porque aumenta los costos en los servicios de salud y genera grandes pérdidas en lo personal, familiar y social (Puente-Silva, 1985).

Por un lado, desde lo personal, el paciente puede presentar complicaciones y secuelas que entrañan un gran sufrimiento y limitaciones irreversibles y progresivas. Como menciona Agras (1985, citado en Macía & Méndez, 1996), “es rara la terapia que no supone algún malestar para el paciente, desde los efectos emocionales perturbadores que pueden acompañar a una psicoterapia, hasta los efectos físicos, a veces duros, de la cirugía o los fármacos y, por otra parte, toda terapia eficaz depende de la capacidad del paciente de aferrarse al tratamiento pese a los inconvenientes, el miedo o el dolor”. Por el otro, desde el punto de vista social, significa un enorme costo para las instituciones de salud proporcionar servicios, que: 1) se utilizan en forma inadecuada, 2) prolongan innecesariamente los tratamientos, y 3) presentan recaídas y readmisiones que podrían evitarse.

La eficacia de los tratamientos médicos involucra una adecuada adhesión a los mismos. Esta adhesión incluye tomar propiamente los medicamentos, conocer y realizar los autocuidados para mantener la salud y el automanejo de otras conductas que influyen

en el curso o pronóstico de la enfermedad. Diversos estudios consideran que la mejor forma para inducir que un paciente cuide su salud en una enfermedad crónico-degenerativa incluye procedimientos conductuales. Los niveles de adhesión al tratamiento médico está muy lejos de ser alto, porque el problema de baja adhesión es mayor en las personas con una enfermedad crónico degenerativa como el cáncer pues el riesgo de una baja adhesión se incrementa por la duración y complejidad del tratamiento las cuales son inherentes a las enfermedades crónicas (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa & Willey, 2003).

Resulta difícil calcular la magnitud de la problemática. En primer lugar porque la adhesión es un fenómeno que se manifiesta en un continuo (desde la total o parcial, hasta la media o nula adhesión), y en segundo lugar porque son pocos los estudios que definen claramente el fracaso en la adhesión, lo que resulta en cifras confusas sobre las tasas de deserción (Partridge, Avorn, Wang & Winer, 2002). Soutter y Kennedy (1974, citados en Macía & Méndez, 1996) hacen una revisión de 768 estudios sobre el efecto de determinados fármacos y comprueban que sólo en 42% se evalúa el cumplimiento o no del tratamiento por el paciente, aunque sólo 19% de este cumplimiento se evaluó de forma objetiva.

Se sabe que entre 46 y 61% de los pacientes con intención de seguir el tratamiento, no toman sus medicamentos (Ley, 1976; Barofsky, 1980, citados en Macía & Méndez, 1996), que las prescripciones de toma de medicamentos oscila entre 33% y 82% (Dunbar & Agras, 1980, citados en Macía & Méndez, 1996) y que entre 20% y 30% de los pacientes sometidos a tratamientos cortos falla en cumplirlo, mientras que si el tratamiento es corto y de naturaleza preventiva las cifras alcanzan 40% de deserción (Peck & King, 1985, citados en Macía & Méndez, 1996).

No seguir el tratamiento supone, entonces, que los pacientes no se beneficien suficientemente de los progresos médicos, pero que a su vez las elevadas tasas de no adhesión dificulten una adecuada evaluación de los procedimientos. En muchos de los casos, los resultados negativos que se obtienen pueden deberse no a la falta de eficacia de los procedimientos, sino al incumplimiento del tratamiento.

Por otro lado, existen factores de riesgo que pueden aumentar o disminuir el comportamiento adherente. Dentro de los que en este estudio se consideran los más importantes están los relacionados con la interacción entre el paciente y su médico, los inherentes al tratamiento terapéutico, las características propias de la enfermedad y los aspectos psicosociales del paciente.

En la interacción médico-paciente cobra notable importancia la existencia de una comunicación eficaz y la satisfacción del paciente con esa relación (Ong, Haes & Hoss, 1995, citados en Partridge, Avorn, Wang & Winer, 2002). Se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice niveles mínimos de comprensión por parte del enfermo contribuye a mejorar la adhesión. De igual manera la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo, con la relación establecida con el médico se ha asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico (Albanes, Heinonen, Taylor & Virtamo, 1996, citados en Partridge, et al., 2002).

La adhesión al tratamiento es un asunto comportamental, pues depende de la conducta del paciente, aunque también se relaciona estrechamente con la conducta del médico, al menos en la medida en que éste ofrezca verbalmente las instrucciones con la claridad requerida, se asegure de su comprensión y dedique a esto todo su tiempo. Partridge y colaboradores (2002) mencionan que la falta de adhesión en los pacientes puede modificar creencias en la efectividad del tratamiento y cambios en la concepción y relación con el médico, que deriven en una ruptura de la comunicación con éste que afecte el pronóstico del paciente.

El tratamiento terapéutico constituye otro factor importante para el establecimiento de una adecuada adhesión terapéutica. Entre las características o aspectos que ejercen una mayor influencia se encuentran: la complejidad, la dosificación y los efectos secundarios de los tratamientos (Partridge et al., 2002). Mientras más complejo sea un tratamiento (si exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, varios medicamentos, diversos horarios), más dificultades proporcionará para las respuestas de adhesión del paciente. De igual forma, se puede agregar que las tasas de adhesión

se deterioran con el tiempo y los efectos colaterales de los medicamentos al actuar como estímulos aversivos pueden producir un descenso en la conducta de adhesión. Con respecto a los tratamientos orales, para el caso particular del cáncer, éstos tienen la característica de provocar efectos aversivos a corto plazo, con beneficios a largo plazo, que producen alta incidencia de la falta de adhesión a los medicamentos y que requieren de conductas de autocontrol por parte del paciente. Dentro de este mismo aspecto, podemos mencionar las creencias del sujeto respecto de los resultados del tratamiento que pueden modificarse a lo largo del mismo o de principio influir sobre su adhesión.

En relación a las características de la enfermedad, es necesario señalar la importancia de los síntomas como claves para la acción y como reforzadores de la adhesión. El paciente que experimenta alivio de sus síntomas agudos tiene mayores posibilidades de desarrollar un buen nivel de adhesión; mientras que el paciente que presenta una enfermedad asintomática no dispone de claves internas para la acción y el seguimiento de la prescripción no recibe refuerzo. Otros aspectos que inciden en la adhesión al tratamiento, y que se han estudiado poco, son los factores sociodemográficos como la edad, el nivel educativo, el coeficiente intelectual y el nivel socioeconómico.

Respecto al coeficiente intelectual y al nivel de escolaridad del paciente, no se han encontrado relaciones significativas con la adhesión, Sin embargo se sabe que a mayor edad mejor adhesión, esto posiblemente se explica debido a las creencias respecto a la sobrevida. Para pacientes mayores, la falta de adhesión representaría pérdidas fatales y/o comorbilidad (Partridge et al., 2002).

Por otro lado, como se mencionó la adhesión para tratamientos de enfermedades crónicas resulta un área de especial importancia debido a que las características del propio tratamiento y de la enfermedad implican mayores riesgos para aquellos que no se adhieren.

Una de las enfermedades crónicas que presenta mayores tasas de mortalidad en México y en el mundo es el cáncer. El cáncer se ha definido como la proliferación incontrolable de células que se reproducen a mayor velocidad que lo ocurrido en tejidos

sanos, y que son capaces de continuar su crecimiento dentro del órgano, en las regiones vecinas o a la distancia, al diseminarse por vía sanguínea o linfática (Reynoso & Seligson, 2005).

Las implicaciones de la falta de adhesión en el paciente oncológico deben considerarse en función de la fase en que se encuentre. Durante la fase diagnóstica el paciente puede desertar después de la confirmación del mismo, en cuyo caso las repercusiones dependerán básicamente del tipo de tumor, de la etapa clínica y del estado general del paciente. En cualquier caso, la pérdida de tiempo se traducirá en el avance natural de la enfermedad con las complicaciones que esto conlleva.

Si el abandono ocurre durante la fase terapéutica, no se logra la administración ideal y completa para lograr el máximo beneficio del tratamiento (ya sea quimioterapia, radioterapia o cirugía). Las dosis pueden ser insuficientes, pero pueden producir mejoría, alivio y hasta remisiones parciales o totales, pero de corta duración. El abandono implicará una gran limitación posterior para reanudar o reiniciar el tratamiento, ya que los tejidos tienen una cierta tolerancia que no puede rebasarse sin riesgo.

En oncología es de suma importancia la fase de seguimiento para vigilar la evolución de los pacientes a lo largo de diversos periodos de tiempo, con la finalidad de valorar el efecto del tratamiento, detectar enfermedad residual o recurrente, detectar metástasis tardías e implementar nuevas técnicas o tratamientos. Resultaría imprescindible que en estas etapas (al igual que las otras) el paciente continuara tratándose, para evitar las implicaciones y repercusiones ante el abandono del tratamiento.

A pesar de la importancia que esto conlleva, son escasos los estudios sobre la adhesión. Esto se suma a las dificultades para obtener datos confiables, pues se basan en el informe verbal del paciente.

Partridge, Avron, Wang y Winer (2002) hicieron una revisión de estudios realizados entre 1980 y 2001 donde la evaluación de la adhesión al tratamiento en pacientes

oncológicos era el objetivo principal y las mediciones que se hacían de ésta se definían de manera explícita (véase cuadro 1.3.1).

Cuadro 3.1.1. Estudios sobre la adhesión a tratamientos orales en pacientes oncológicos

POBLACIÓN	SUJETOS	TERAPIA ORAL	TIPO DE MEDIDA	TASA DE ADHESIÓN
Enfermedades hematológicas	108	Prednisona y Allopurinol	Presencia de los medicamentos en suero	Prednisona 26.8% Allopurinol 16.8%
Cáncer de mama	51	Ciclofosfamida y/o Prednisona	Autoinforme	53%
Enfermedad de Hodgkin y linfoma de no Hodgkin	21	Clorambucil, Prednisona y Dexametasona	Monitoreo microeléctrico	100%
Cáncer de pulmón de células pequeñas	12	Etoposido	Monitoreo microeléctrico	93.2%
Cáncer de ovario	11	Altretamina	Monitoreo Microeléctrico	97.4%
Cáncer de mama	26	Tamoxifen	Conteo de píldoras y autorreporte	92.1% y 97.9% respectivamente

El estudio reveló que las tasas de adhesión no rebasaban el 60% cuando la adhesión se evaluaba mediante el informe verbal del paciente, a diferencia de las tasas de adhesión mayores cuando el profesional de salud realizaba directamente la evaluación. Lo que indica que una problemática esencial dentro de la adhesión al tratamiento es la falta de una medida estándar para su evaluación.

Así, se han utilizado muchos instrumentos para este propósito, pero en general éstos han presentado limitaciones metodológicas.

Entre los procedimientos para medir la adhesión es posible mencionar los indirectos, como la entrevista y la evaluación subjetiva por parte del terapeuta y/o por parte del

paciente; y los directos, como la observación, el autorregistro, el contero de píldoras y la evaluación bioquímica.

Sin embargo, el abordaje de la adhesión debe ir más allá de ello y debe estar encaminado hacia la investigación sobre la implementación de programas efectivos para la promoción de la misma y la construcción de instrumentos que dentro de cada estudio puedan determinar la efectividad de los tratamientos (Partridge et al., 2002).

La instrumentación de programas efectivos se hace imprescindible debido a que el cumplimiento adecuado de cualquier prescripción terapéutica involucra realizar una serie de tareas que requieren saber qué hacer, cómo hacerlo y cuándo hacerlo. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones. Aunado a ello, los pacientes deben realizar una serie de conductas, entre las que se incluye aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada las indicaciones de éste, evitar comportamientos de riesgo e incorporar a su estilo de vida conductas saludables (Sánchez Sosa, 2002).

En este sentido, el papel del psicólogo como profesional en el campo de la salud resulta indispensable, ya que su participación puede ser de gran importancia en áreas como:

Psico- educación o educación para la salud.

Entrenamiento en técnicas de relajación progresiva muscular profunda y desensibilización ante comportamientos de ansiedad.

Técnicas de autocontrol.

Técnicas de automonitoreo y/o autorregistro.

Solución de problemas.

Reestructuración cognitiva.

Sin embargo, incorporar toda la gama de herramientas de las que el psicólogo inmerso en esta área dispone, dentro de una intervención para la promoción de la adhesión

terapéutica, sería una tarea ardua y difícil de practicar en escenarios hospitalarios. De ahí la necesidad de intervenciones dirigidas hacia aspectos cruciales que incidan en la problemática de la adhesión al tratamiento.

Para la mayoría de los pacientes y sus familias, un diagnóstico de cáncer significa una crisis y un cambio de vida. La actitud de un paciente con cáncer después de recibir un diagnóstico estará en función, de las condiciones familiares, sociales y psicológicas en las que se encuentre. Pero sobre todo, las emociones que experimente determinarán en gran medida su actuación. Regularmente, las emociones que experimenta un paciente con cáncer pueden ser desadaptativas, debido a que están sujetas a las creencias erróneas sobre la enfermedad, el curso que tomará, sobre el tratamiento y sus complicaciones (Dobkyn, 1988). Los consecuentes de estas emociones se reflejarán, entre otras cosas, en el nivel de adhesión del individuo.

Investigaciones relativamente recientes (Johnson, Steffel & Goldstein, 2005; Luce, 2005; Siminoff & Step, 2005) sobre el modelo de toma de decisiones han propuesto un enfoque diferente en la comprensión del comportamiento humano sujeto en gran medida a las decisiones que un individuo toma, influidas éstas por el componente afectivo.

Este modelo se deriva del trabajo de Kahneman y Tversky (1981, citados en Siminoff & Step, 2005) que demuestra que el ambiente en el que se tiene que tomar una decisión, los valores del individuo en el momento dado, los resultados que prevé y las imperfecciones influyen en los procesos cognitivos involucrados el proceso de toma de decisiones.

En este proceso pueden estar involucrados prejuicios sobre lo que es realmente importante, desde el punto de vista del médico y desde el punto de vista del paciente. Se ha demostrado que los pacientes con cáncer pueden estar en desacuerdo con los médicos en cuanto al peso de la calidad de vida frente a la agresividad del mismo (Siminoff & Step, 2005).

Como se señaló previamente, la adhesión al tratamiento puede verse afectada por la relación médico-paciente. Desde el enfoque del modelo de toma de decisiones, este aspecto cobra importancia debido a que se sabe que los pacientes con cáncer necesitan mayor apoyo en términos de información y comunicación con sus médicos y en muchas de las ocasiones al recibir información, el paciente difícilmente la comprende (Siminoff & Step, 2005). En un estudio realizado por Johnson, Steffel y Goldstein (2005) se menciona que la información proporcionada al paciente en términos de probabilidad (una de cada diez personas, por ejemplo) es menos comprendida que en términos de frecuencia (el 10% de las personas, por ejemplo). La expresión en términos de probabilidad implica un proceso cognitivo de razonamiento superior a la comprensión de frecuencias. Estos autores predicen que la presentación de las opciones de tratamiento y pronósticos en términos de frecuencia mejoran las interacciones entre médico-paciente y promueven una mejor comprensión e interpretación de las opciones por parte de los pacientes, que resultará en un mejor proceso de toma de decisiones.

En este sentido, la correcta comunicación de la información y la creación de un clima adecuado para la toma de decisiones, puede aumentar las probabilidades de que el paciente decida opciones más adecuadas. De ahí que el apoyo psicológico y el uso de la psicoeducación se hacen imprescindibles. La falta de ello podría representar la pérdida de oportunidades de recuperación de la salud en muchos pacientes, e incluso la prevención de comorbilidad y/o recaídas.

Un proceso de toma de decisiones entraña una serie de “negociaciones” que el propio individuo hace respecto a los costos y beneficios de una decisión determinada. Este proceso involucra de manera natural la generación de estrés y emociones negativas. Luce (2005) menciona que la minimización de las emociones puede derivar en resultados desfavorables. En el caso del control del cáncer, las decisiones que se tienen que tomar, además de producir emociones intensas, provocan que el proceso de negociación costo-beneficio se vea limitado porque el beneficio no es certero y, en ocasiones, no es mayor que el costo. Los individuos en esos casos permanecen sin decidir nada ya que esto, según Luce (2005), reduce la emoción generada. La decisión

entonces es no hacer nada y mantener el status quo que permita una minimización del esfuerzo cognitivo y emocional y la evitación de negociaciones.

El autocuidado del cáncer exige rutinas y conductas complejas muy difíciles de instrumentar por pacientes con poca o ninguna escolaridad y otras limitaciones socioeconómicas. En un estudio con mujeres con cáncer de mama se probó un sistema de autorregistro conductual y se sondearon los efectos de una intervención conductual como apoyo al tratamiento médico. Los resultados revelaron que el sistema es confiable, económico y práctico; además hubo mejoría notoria en la mayoría de las categorías conductuales y emocionales (Sánchez-Sosa & Alvarado, 2008).

Se han identificado cuatro factores interdependientes que influyen en la adhesión, un déficit en alguno de ellos implica un riesgo para un buen manejo del tratamiento médico (Hotz, et al., 2003):

1. Conocimiento y estrategias: acerca del problema de salud y autorregulación conductual, sus mecanismos de acción y la importancia de la adhesión.
2. Creencias: gravedad percibida y susceptibilidad, autoeficacia, expectativas de resultados y requisitos de respuesta.
3. Motivación: apreciar y reforzar, atribución interna de éxito, (los resultados positivos se refuerzan y los resultados negativos no se ven como fracaso, sino que se toman como indicación para cambiar la conducta).
4. Acción: evaluación y selección de las opciones conductuales y de los recursos con los que cuenta la persona.

El proceso de toma de decisiones, entonces, requiere involucrar un acompañamiento por parte del psicólogo en donde se le proporcione al individuo información cuidadosamente ordenada y dentro de un escenario más tranquilo que el consultorio médico, donde se debatan aquellas creencias erróneas que generan esta serie de emociones desadaptativas que impiden la adopción de decisiones adecuadas. Finalmente el balance decisional que el paciente al final tenga que enfrentar (en este caso adherirse o no a un tratamiento determinado) conlleve el menor desgaste psicológico posible.

Por lo anterior, la intervención propuesta parte del modelo de toma de decisiones, utiliza las técnicas de psicoeducación, debate de pensamiento y balance decisional. Se pretende incidir en la toma de decisiones con el fin de afectar de manera positiva la conducta de adhesión al tratamiento en las personas.

3.2. Objetivo general

Evaluar los efectos de un programa de intervención cognitivo-conductual para amentar la adhesión al tratamiento en pacientes oncológicos del Hospital Juárez de México.

3.3 Objetivos específicos

Evaluar si el tratamiento modifica la percepción de los pacientes oncológicos de su adhesión al tratamiento.

Examinar los efectos de que el paciente adquiriera: la información necesaria sobre su padecimiento y tratamiento correspondiente.

La habilidad para modificar pensamientos irracionales que le impidan adherirse al tratamiento

La habilidad para tomar decisiones respecto a su tratamiento.

3.4 Método

3.4.1 Participantes

En el programa participaron 21 pacientes con diagnóstico reciente de cáncer. Respecto a las características sociodemográficas, 95.2% fueron mujeres y 4.8% hombres, sus edades fluctuaron entre 23 y 65 años ($\bar{x} = 45$; $DE = 12.44$); con escolaridad de primaria incompleta (38.1%), primaria completa (14.3%), secundaria (23.8%), carrera comercial (14.3%) y licenciatura (9.5%). En lo que se refiere a la religión, 95.2% eran católicos y 4.8% cristianos. 61.9% de los participantes eran casados o se encontraban en unión libre, 33.3% eran solteros y 4.8% viudos. Respecto a su situación diagnóstica en la que se encontraban los pacientes al momento del primer contacto con el terapeuta, 5% estaba en estudio y el 95% confirmado. Referente al tipo de diagnóstico la mayoría implicaba algún tumor ginecológico (52%), seguido de tumores de mama (24%), tumores mixtos (10%) y tumores de cuello (10%). Respecto al tratamiento médico asignado a los participantes; la mayoría entro a cirugía de primer momento (66%), seguido del tratamiento de quimioterapia (29%) y un bajo porcentaje en radioterapia (5%).

3.4.2 Criterios de inclusión

Hombres o mujeres que acudieron a consulta de primera vez al servicio de oncología del Hospital Juárez de México.

Tener entre 18 y 65 años de edad, aunque podían incluirse en el estudio a personas de mayor edad, siempre y cuando no requirieran de apoyo para la realización de la intervención.

Conservar intactas las funciones cognitivas (pensamiento, lenguaje, memoria, atención, concentración y orientación).

Pacientes cuyo probable diagnóstico ameritara un tratamiento oncológico curativo.

3.4.3 Criterios de exclusión

No hablar o no comprender el español.

Padecer algún trastorno neurológico o psiquiátrico.

Pacientes que ameritaran tratamiento paliativo.

3.3.4 Criterios de eliminación

Participantes que no concluyeran la intervención o rehusaran participar.

Pacientes cuyo diagnóstico fuese negativo a cáncer.

3.3.5 Escenario

Las intervenciones se realizaron en el cubículo de Psicooncología, ubicado en el servicio de oncología del Hospital Juárez de México, el cual cuenta con una mesa, tres sillas, iluminación adecuada y escasa ventilación.

3.3.6 Modalidad

Individual

3.3.7 Materiales

Reynoso y Seligson (2004), Manual para conocer el cáncer, México, Universidad Nacional Autónoma de México, CONACyT, proyecto 41654. Es un manual que de forma sencilla explica que nuestro cuerpo está formado por células que se reproducen y nos mantienen saludables. Después explica la proliferación de las células cancerígenas con un ejemplo sobre la cicatrización. Después menciona cómo se puede llegar a sentir un paciente con cáncer (miedo, enojo, estrés). Después menciona algunas de las creencias que podría tener una persona enferma con respecto al cáncer, que el cáncer produce estrés y que hay que aprender a vivir con él. Al final menciona que el psicólogo especialista en medicina conductual puede ayudarle al paciente a trabajar para sentirse mejor, para aprender a enfrentarse a sus nuevas condiciones de vida.

Reynoso y Seligson (2004), Manual para la quimioterapia y la radioterapia, México, Universidad Nacional Autónoma de México, CONACyT, proyecto 41654. Este manual explica qué es la quimioterapia y la radioterapia, tratando de usar un lenguaje no técnico, ya que está dirigido a los pacientes y sus familiares. Inicia explicando qué es la quimioterapia (el tratamiento del cáncer con medicamentos), que buscan destruir las células cancerosas y describe cómo lo hacen. Enseguida se menciona que es importante preguntar al médico, ¿cuántas veces le aplicaran la quimioterapia?, ya que existen diferentes tipos de tratamientos y se utiliza para distintos fines (controlar o detener el crecimiento del cáncer o para aliviar algunos síntomas del cáncer). Después explica brevemente que los medicamentos se administran en pastillas o cápsulas, pero la mayoría disueltos en suero y por vía intravenosa. Describe los efectos molestos de la quimioterapia y menciona los efectos que son importantes reportarle inmediatamente al médico. Enseguida da algunas sugerencias de cómo pasar el tiempo en la sesión de quimioterapia. Respecto a la radioterapia inicia explicando cómo es este tratamiento, cómo se aplica, cuál es la función (qué hace con las células cancerosas) y cuánto puede durar el tratamiento, así como los cuidados que debe tener como paciente en radioterapia. Al final hace referencia a la importancia de alimentarse bien.

3.4.8 Instrumentos

- 1) Ficha de identificación: está diseñada para apoyar al psicólogo en la obtención de datos socio-demográficos, datos familiares, información acerca del tratamiento médico (véase Anexo 3.4.8.1).
- 2) Consentimiento informado: está elaborado para explicarle al paciente acerca de la importancia del programa de tratamiento cognitivo-conductual para la adhesión, se menciona el objetivo del mismo y que es voluntario, al final ponen su firma si aceptan participar (véase Anexo 3.4.8.2).
- 3) Cuestionario de antecedentes sobre la adhesión a otros tratamientos médicos: es un cuestionario de tres preguntas acerca de si ha ido al médico y si ha seguido las indicaciones del mismo Véase Anexo 3.4.8.3)
- 4) Formato de lista de verificación de la adhesión: está diseñado para obtener información acerca de la adhesión del paciente al tratamiento oncológico. Está constituido por 20 reactivos, con un tipo de respuesta tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que va desde nunca hasta siempre; el puntaje mínimo es de 20 y el máximo de 80, entre más alto sea el puntaje más alta es la adhesión al tratamiento oncológico, no está validado ni estandarizado. Se le pide al paciente que recuerde qué hace cuando se enferma y a continuación conteste cada una de las 20 oraciones marcando la respuesta que se acerque más a lo que el paciente hace (véase Anexo 3.4.8.4).
- 5) Formato de registro de pensamientos: está adaptado del propuesto por Greenberger y Padesky (1998), consta de cinco columnas: en la primera se describe la situación; en la siguiente se describe la imagen o pensamiento; en la tercera la emoción ante la situación; en la cuarta se describe el pensamiento alternativo; y en la última se vuelve a evaluar la emoción descrita en la tercera columna. Se le indica al paciente que cuando presente una emoción que le cause conflicto la escriba en la tercera columna, que la evalúe en un porcentaje del 1 al 100 y que indique el porcentaje. Después que describa en la primer columna la situación ante la cual se presento la emoción. Enseguida en la segunda columna que describa las imágenes o pensamientos que tiene acerca de esa situación. En la cuarta columna se le pide al paciente que escriba

pensamientos alternativos a esa misma situación, pensamientos que contradigan a los de la segunda columna. Por último en la quinta columna se le indica que nuevamente evalúe la emoción en un porcentaje del 1 al 100 (véase Anexo 3.4.8.5).

- 6) Formato de balance decisional: diseñado para ayudar al psicólogo y al paciente en la técnica de solución de problemas en la fase de balance decisional. Consta de tres columnas: en la primera el paciente escribe todas las soluciones posibles de la situación que desea resolver; en la segunda las ventajas para cada solución; en la última las desventajas de cada solución. Se le pide al paciente que describa la situación que le está causando conflicto, enseguida que en la primera columna el paciente escriba todas las soluciones posibles, Enseguida que en la segunda columna ponga las ventajas de cada una de las soluciones que escribió y en la última columna se le indica que coloque todas las desventajas de cada una de las posibles soluciones que escribió (véase Anexo 3.4.8.6).

3.4.9. Procedimiento

3.4.9.1 General

Antes de iniciar la aplicación del programa se recogieron los datos generales de los pacientes por medio de la ficha de identificación. Después se les explicó acerca del programa de intervención y enseguida se les invitó a participar. Se les pidió que firmaran una carta de consentimiento informado.

3.4.10 Tratamiento

El programa de tratamiento comprendió el uso de tres técnicas, las que se aplicaron en tres sesiones. Al finalizar cada una de las sesiones se midió la adhesión. La duración de cada una de las sesiones fluctuó entre 45 y 60 minutos aproximadamente.

3.4.10 Descripción del procedimiento

SESIÓN I						
Objetivo general de la sesión: Evaluación de recursos cognitivos y conductuales en pacientes oncológicos. Facilitar la adhesión al tratamiento en el paciente oncológico mediante la implementación de las técnicas de psicoeducación, balance decisional y debate de pensamientos.						
Objetivo particular	Fases Proced/Técnica	Actividad del terapeuta	Actividad del paciente	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación
Identificar los recursos psicológicos y los déficits del paciente para afrontar la enfermedad	I. Evaluación	Aplicar el cuestionario sobre antecedentes de adhesión	Contestar el cuestionario	No aplica	No aplica	Cuestionario Antecedentes de Adhesión
El paciente explicará las características generales del cáncer	II. Psicoeducación	Proporcionar información sobre el cáncer de forma general Resolver dudas	Escuchar la información proporcionada y expresar dudas	No aplica	El paciente nombrará correctamente por lo menos 3 características generales del cáncer	Reporte verbal
El paciente identificará la relación entre situación-pensamiento-emoción	III. Debate de pensamiento	Explicar al paciente el modelo de Ellis, sobre la relación situación-pensamiento-emoción mediante ejemplos Resolver dudas expresadas por el paciente	Escuchar la información proporcionada por el terapeuta mediante ejemplos Expresar dudas	Llenar en casa el registro de situación-pensamiento-emoción Mínimo con tres situaciones	Que el paciente explique verbal y correctamente con un ejemplo la relación entre situación-pensamiento-emoción	Registro de pensamientos de tres columnas. Situación-pensamiento-emoción

SESIÓN II						
Objetivo general de la sesión: Facilitar la adhesión al tratamiento en el paciente oncológico mediante la implementación de las técnicas de psicoeducación, balance decisional y debate de pensamientos						
Objetivo particular	Fases Proced/técnica	Actividad del Terapeuta	Actividad del paciente	Tarea	Criterio de cambio	Técnica de evaluación
El paciente demostrara a través de un ejemplo haber comprendido el modelo de Ellis y su aplicación	I. Revisión de tareas	Verificar que la tarea sea realizada correctamente Explorar dudas en el paciente sobre la realización de la tarea	Entregar la tarea. Expresar dudas o dificultades al llevar a cabo la realización de la tarea.	No aplica	Que el paciente realice correctamente la tarea. Se considerará satisfactorio cuando el paciente escriba correctamente los ejemplos en el registro	Verificar y calificar el registro
El paciente explicara las características generales de su padecimiento, así como del tratamiento	II. Psicoeducación	Proporcionar información sobre el padecimiento particular del paciente y de su tratamiento Aclarar dudas y proporcionar ejemplos	Escuchar la información proporcionada y expresar dudas. Aclararlas y proporcionar ejemplos	Se le indico al paciente que comentara con al menos dos personas (familiar o amigo) sobre lo que aprendió de la enfermedad y su tratamiento.	El paciente nombrará por lo menos 3 características correctas generales de su padecimiento y su tratamiento	Reporte verbal
El paciente formulara pensamientos alternativos sobre un pensamiento distorsionado irracional	III. Debate de pensamiento	Enseñar al paciente a buscar evidencia a favor y en contra de uno de los ejemplos que el mismo redactó en el registro de pensamientos. Proporcionar ejemplos Brindar retroalimentación. Aclarar dudas	Encontrar evidencia a favor y en contra y generar a partir de ello pensamientos alternativos. Proporcionar ejemplos. Dar retroalimentación. Aclarar dudas	Se continuó con el registro de pensamientos, llenando las columnas de pensamientos alternativos y cambio de emoción, hasta su próxima sesión.	El paciente nombrará por lo menos 3 pensamientos alternativos, con uno de los pensamientos irracionales que consideró como el más importante o que más le afectó	Reporte verbal Registro de pensamientos
El paciente seleccionará la opción adecuada a su contexto	IV. Balance decisional.	Explicar al paciente el proceso de tomar una decisión mediante el balance de ventajas y desventajas de asistir a las consultas o seguir un tratamiento	Comparar el peso de las ventajas y desventajas, y a partir de ello tomar una decisión	No aplica	El paciente tomará una decisión de asistir o no a las consultas o seguir o no un tratamiento.	Reporte verbal

SESIÓN III						
Objetivo general de la sesión: Implementación y cierre de las técnicas de psicoeducación, balance decisional y debate de pensamientos en pacientes oncológicos con el fin de promover la adhesión al tratamiento						
Objetivo particular	Fases Proced/técnica	Actividad del terapeuta	Actividad del paciente	Tarea	Criterio de Cambio	Técnica de evaluación
a) Examinar, y en su caso, corregir la nueva información proporcionada b) Que el paciente demuestre a través de un ejemplo haber comprendido el modelo de Ellis y su aplicación	I. Revisión de tareas a) Información de los familiares b) Registro de pensamientos	a) Buscar nueva información e identificación de errores de la misma b) El terapeuta verificará que la tarea haya sido realizada de manera correcta Explorará dudas en el paciente sobre la realización de la tarea.	a) El paciente comentará la información de los familiares. b) Se entregará la tarea Se expresarán dudas o dificultades al llevar a cabo la realización de la tarea	No aplica	a) Que el paciente no presentara ninguna duda sobre la información nueva que se le proporcionó b) Que el paciente hubiera realizado correctamente la tarea. Se consideró satisfactorio cuando el paciente escribió correctamente los ejemplos en el registro	a) Oral b) Se verificó y calificó registro
El paciente reconocerá las emociones que puedan surgir en él y su familia a partir de la enfermedad	II. Psicoeducación	Proporcionar información sobre el estado emocional del paciente y resolver dudas	Escuchar la información proporcionada por el terapeuta y expresar dudas	No aplica	Que nombrara por lo menos 3 características emocionales del paciente oncológico	Reporte verbal
El paciente modificará la emoción que presentó al inicio en cantidad El paciente modificará la emoción que presentó al inicio en tipo El paciente reconociera la utilidad de la técnica	III. Debate de pensamiento	Explicar al paciente la utilidad de los pensamientos alternativos para el cambio en las emociones	Escuchar y expresar dudas	No aplica	Que el paciente diera un ejemplo mencionando: situación, pensamiento, emoción, evidencia en contra y a favor, pensamiento alternativo y cambio de la emoción	Reporte verbal Registro de pensamiento
El paciente reconocerá la utilidad de la técnica de solución de problemas para enfrentar su enfermedad	IV. Balance decisional	Explicar al paciente la utilidad de buscar ventajas y desventajas antes de tomar una decisión	Escuchar y expresar dudas	No aplica	Que el paciente mencionara la importancia de buscar ventajas y desventajas antes de tomar una decisión	Reporte verbal
El paciente mencionará la importancia y necesidad de la adherencia terapéutica durante la atención a su padecimiento oncológico	V. Cierre.	Se retomó de forma breve la utilidad de cada una de las técnicas empleadas para promover la adhesión. Se explicó la importancia de la adhesión incluyendo las consecuencias de la no adhesión.	Escuchó la información proporcionada y expresó dudas	No aplica	Que el paciente nombrara 3 beneficios de adherirse al tratamiento	Reporte verbal

3.5. Resultados

En la tabla 3.5.1 se muestran los puntajes del Formato de lista de verificación de la adhesión terapéutica antes y después del tratamiento de los 21 pacientes. Se aprecia una diferencia entre los puntajes después del tratamiento.

Tabla 3.5.1. Puntajes del Formato de la lista de verificación de la adhesión terapéutica antes y después del tratamiento.

Antes	Después
78	57
36	49
37	49
38	56
41	54
52	56
37	46
45	51
39	50
35	46
47	57
51	58
48	58
28	47
56	89
24	47
52	59
38	48
50	45
59	60
53	55

Respecto al registro de pensamientos que llenaron los pacientes antes del tratamiento, éstos se ubicaron dentro de las categorías que se muestran en la Tabla 3.5.2, y los que tuvieron después del tratamiento que eran acorde con la situación que se les presentaba se clasificaron como reales. Se puede observar que la mayoría de los pacientes después del tratamiento presentó pensamientos reales.

Tabla 3.5.2. Registro de pensamientos antes y después del tratamiento.

Paciente	Antes	Después
1	Catastrófico	real
2	abstracción selectiva	real
3	maximizar/minimizar	real
4	visión de tunel	real
5	Catastrófico	real
6	Catastrófico	real
7	Catastrófico	real
8	Catastrófico	real
9	Catastrófico	real
10	afirmaciones imperativas	real
11	Catastrófico	real
12	Catastrófico	real
13	sobregeneralizar	real
14	razonamiento emocional	real
15	leer la mente	real
16	Catastrófico	real
17	sobregeneralizar	real
18	razonamiento emocional	real
19	visión de tunel	distorsión cognitiva
20	sobregeneralizar	real
21	leer la mente	distorsión cognitiva

Respecto al tipo de emoción que presentaron los pacientes, éstas quedaron dentro de tres categorías: miedo, enojo y tristeza. Cada paciente evaluaba en un porcentaje del 1 al 100 que tanto sentían esa emoción. En la Tabla 3.5.3 se observa que la mayoría de los pacientes antes y después del tratamiento continuaron presentando la misma emoción, sin embargo, el porcentaje con que cada paciente la evaluó disminuyó después del tratamiento.

Tabla. 3.5.3. Tipo de emoción que presentaron los pacientes antes y después del tratamiento.

Paciente	Emoción antes	% Emoción antes	Emoción después	% Emoción después
1	miedo	90.00	tranquilidad	30.00
2	miedo	70.00	tranquilidad	40.00
3	enojo	80.00	tristeza	50.00
4	miedo	80.00	miedo	45.00
5	miedo	75.00	tranquilidad	30.00
6	tristeza	90.00	tristeza	50.00
7	tristeza	70.00	tristeza	10.00
8	miedo	80.00	miedo	50.00
9	miedo	90.00	tranquilidad	100.00
10	miedo	90.00	miedo	50.00
11	miedo	100.00	miedo	80.00
12	miedo	10.00	tranquilidad	100.00
13	miedo	100.00	miedo	70.00
14	miedo	80.00	miedo	20.00
15	tristeza	75.00	tranquilidad	100.00
16	tristeza	70.00	tristeza	40.00
17	miedo	90.00	miedo	20.00
18	tristeza	60.00	tristeza	30.00
19	miedo	90.00	tranquilidad	30.00
20	miedo	70.00	tranquilidad	40.00
21	Enojo	80.00	tristeza	50.00

En la técnica de solución de problemas los pacientes refirieron el problema que más les preocupaba en esos momentos respecto de la enfermedad, los cuales se clasificaron dentro de cuatro categorías. A continuación se presenta la clasificación del tipo de problema y algunos ejemplos:

- a) Emocional: tales como dejar a la familia, ansiedad ante el tratamiento, miedo a las secuelas del tratamiento.
- b) Cognitivo: aceptar o no el tratamiento fuese quirúrgico, de quimioterapia o de radioterapia, aceptar tratamientos con alto costo y poco beneficio.
- c) Apoyo social: conseguir apoyo económico y moral para seguir un tratamiento, conseguir apoyo social para delegar responsabilidades.

- d) Económico: pérdida de la independencia económica, falta de recursos para pagar el tratamiento.

En cuanto al tipo de decisión tomada por los pacientes después del tratamiento en la técnica de solución de problemas se clasificó en las siguientes categorías: emocional, cognitivo, económico y apoyo social. La mayoría de los pacientes presentaban la situación a resolver con respecto a la decisión de aceptar o no el tratamiento médico. De los 21 pacientes, 20 antes del tratamiento indicaron que su decisión era de tipo emocional y que, después del tratamiento había sido de tipo cognitivo.

7. DISCUSIÓN

La literatura de investigación señala que aproximadamente un 40% de los pacientes con cáncer no se apegan al tratamiento. Estos pacientes tienen dificultades para la toma de decisiones debido a las diferencias entre costo-beneficio que los tratamientos implican. Como se indicó en los antecedentes del presente estudio, el costo-beneficio y la emoción que prevalezca en el momento de la evaluación influyen sobre el proceso de toma de decisiones.

En esta investigación se observó que la adhesión antes del tratamiento era relativamente baja. Al comparar la adhesión antes del tratamiento con la observada después de éste, ésta aumentó de manera importante.

En el presente estudio se identificaron en su mayoría pensamientos de tipo catastrófico, lo que podría indicar una connotación cultural del tipo cáncer igual a muerte, además de deficiencias en la información con respecto a la enfermedad. Se cree que esta deficiencia puede afectar la adhesión al tratamiento. Dichos pensamientos se evocaron como emociones de miedo y tristeza en su mayoría, lo que nos habla de la importancia del apoyo psicológico para dichos pacientes. Además de lo anterior, se observó que hubo cambios, después del tratamiento, en la evaluación subjetiva de las emociones concomitantes a la enfermedad y a su tratamiento médico.

Antes del tratamiento, las personas mostraron problemas emocionales que dificultaban la toma de decisiones. Después de la intervención, el tipo de decisiones que tomaron los participantes se orientaron más al aspecto cognitivo, al apoyo social y cuestiones económicas.

Los antecedentes indicaban que las emociones presentes durante la toma de decisiones desempeñan un papel importante en la toma de decisiones. Después del tratamiento las emociones de miedo, enojo y tristeza, observadas antes del tratamiento, disminuyeron, para dar lugar a decisiones basadas en cogniciones basadas en la solución de problemas.

Los cambios observados, tanto respecto a la adhesión, como a los pensamientos, emociones y toma de decisiones, antes y después del tratamiento, no pueden atribuirse a la intervención, pues no se ejercieron los controles necesarios. Este trabajo implicó, pues, la implementación de una intervención basada en resultados de investigación.

El número reducido de sesiones, y los datos preliminares aquí informados sugieren la importancia de realizar investigaciones a futuro que se aboquen a explorar cabalmente la eficacia de este tratamiento. Sería también necesario incluir evaluaciones de seguimiento que permitieran investigar si los efectos del tratamiento se mantienen tiempo después de haber terminado.

4 REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

4.1. Medicina conductual

En la actualidad, 50% de la población padece algún trastorno crónico que requiere la atención del sistema sanitario. Estos trastornos varían desde los relativamente benignos, hasta enfermedades graves como el cáncer, los problemas cardiovasculares o la diabetes (Latorre & Beneit, 1992).

Entre las enfermedades crónicas, el cáncer es de las más devastadoras, pues la vida del paciente y sus familiares cambia drásticamente. A pesar de que durante las últimas décadas ha mejorado el tratamiento médico del cáncer, las necesidades psicosociales de los pacientes y sus familias permanecen a menudo insatisfechas (Nezu, Nezu, Freidman, Faddis, & Houts, 1998).

Si bien es común que las personas que padecen una enfermedad crónica sufran alteración emocional y disrupciones diarias en su funcionamiento, en pacientes con cáncer también sólo una minoría significativa experimenta tolerancia a los problemas (Telch & Telch, 1985). La prevalencia calculada de dificultades psicológicas significativas varía entre 23% y 66% de la población de pacientes con cáncer estudiados (idem.).

Después del diagnóstico de una enfermedad crónica, los pacientes presentan un desequilibrio físico, social y psicológico (Moos, 1977). Por lo tanto, su forma de afrontar los problemas no les resulta eficaz, al menos temporalmente. Como consecuencia, frecuentemente experimentan sensaciones intensas de miedo, ansiedad, desorganización y otras emociones. Los individuos que sufren de una enfermedad crónica pueden adoptar distintas “estrategias” para hacer frente a los problemas de la fase crítica, Moos y Tsu (1977, citados en Latorre & Beneit, 1992) han sugerido que durante la fase crítica de la enfermedad se producen en los pacientes diversas “reacciones adaptativas” que implican, entre otras cosas, negar o minimizar la gravedad

de su trastorno, al menos durante los primeros momentos. Otros pueden, por el contrario, buscar activamente información relevante para afrontar los problemas relativos a la enfermedad y su tratamiento, hacer frente al dolor y la incapacitación, enfrentar el ambiente del hospital y a los procedimientos terapéuticos, y establecer relaciones adecuadas con los profesionales sanitarios. Una tercera estrategia de afrontamiento puede consistir en obtener apoyo emocional por parte de su familia, amigos o profesionales sanitarios.

Según Taylor (1986, en Latorre & Beneit, 1992), además de estas conductas iniciales de adaptación a la enfermedad, se producen con posterioridad, en distintos momentos de esta fase crítica, distintas reacciones que son comunes a cualquier situación de crisis personal, tales como:

Mantener un equilibrio emocional razonable.

Conservar una autoimagen satisfactoria.

Preservar las relaciones familiares y de amistad.

Prepararse para un futuro incierto.

Así, se ha demostrado que los factores psicosociales y del comportamiento desempeñan un papel importante en la etiología de la enfermedad, en la prevención de la misma y en la promoción de las conductas saludables.

En relación con lo aquí expuesto, una de las tareas más importantes de los profesionales de la salud es la de orientar de forma realista a los pacientes con cáncer acerca de sus limitaciones futuras, prepararles para los posibles acontecimientos que puedan surgir en el curso de la enfermedad y proporcionarles metas razonables hacia las que dirigirse (Latorre & Beneit, 1992).

Es así como la medicina conductual entra al campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de la ciencia conductual y biomédica, y con el conocimiento

y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento.

La preocupación por la salud y la enfermedad ha sido una constante para el hombre, ya que éstas son cualidades inherentes a la naturaleza del ser humano y a su supervivencia.

En la actualidad, existe suficiente evidencia de que nuestra salud está profundamente influenciada por nuestra conducta, pensamientos y relaciones sociales. Una conducta positiva (hábitos saludables, buscar cuidados médicos, obedecer las recomendaciones de los médicos, etcétera.) tendrá un efecto importante en nuestra salud (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller & Weiss, 1984, en Oblitas y Becoña, 2000).

La medicina conductual es un campo interdisciplinario, promovido principalmente por psicólogos y médicos, que se propone como objetivo básico el progreso e integración de los conocimientos y las técnicas de las ciencias biomédicas, conductuales y otras disciplinas relacionadas para lograr comprender, tratar y rehabilitar los procesos de enfermedad, y así promover, mantener e intensificar la salud (Godoy, 1991).

La medicina conductual nace como una extensión de la tradición del análisis de la conducta, por lo cual su preocupación principal son las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios que habría que operar para modificar dichas conductas. En la práctica clínica, la medicina conductual emplea las técnicas de modificación de conducta para la prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas, además de que utiliza un análisis funcional de la misma para la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud (Amigo, Fernández & Pérez, 1998).

De acuerdo con Godoy (1991), el experto en medicina conductual actúa en todos los niveles asistenciales, y sus diversas acciones pueden agruparse en tres áreas:

1. Evaluación y tratamiento de trastornos específicos de la salud, incorporando una perspectiva multidimensional, incluyendo aspectos psicosociales en la actuación sanitaria (tradicionalmente reducida a los aspectos puramente biomédicos).
2. Potenciación de la actividad de otros profesionales de la salud, otorgándoles una adecuada preparación y colaboración que les permita un mejor desempeño de sus papeles y actividades profesionales; optimizando las relaciones enfermo-profesional de la salud, que tanta importancia tienen en la respuesta del paciente al tratamiento y en el seguimiento o cumplimiento del mismo, coadyuvando en la preparación de pacientes para los exámenes o tratamientos médicos, especialmente aquellos en que la actuación del profesional es muy intrusiva o aversiva, generando en los pacientes elevados niveles de ansiedad o conductas de evitación, y elaborar programas destinados al incremento de la adhesión terapéutica.
3. La promoción general de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la generación de programas que inciten a la población a optimizar su estado de salud y a mantenerlo vía la adopción de hábitos y estilos de vida saludables.

A continuación se describen las sedes en las que se llevó a cabo la implementación de los programas, las actividades realizadas en cada una de ellas, así, como la población que se atendió, sus características médicas y psicológicas más relevantes, y las técnicas terapéuticas utilizadas.

4.2. PRIMERA ROTACIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Servicio de Hematología

2005 - 2006

4.2.1 Características de la sede

El hospital se ubica en la avenida Instituto Politécnico Nacional, número 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, México, D.F.

El hospital es de tercer nivel de atención, cuenta con servicios de internamiento y 19 subespecialidades.

El área asignada en el primer año fue la del servicio de hematología, formado por: un jefe de servicio, dos médicos adscritos, tres residentes, tres médicos internos, dos trabajadoras sociales y enfermeras. El servicio en hospitalización se divide en dos áreas: adultos en el tercer piso sur y niños en el cuarto piso norte, donde el jefe de servicio y el médico adscrito rotan cada mes para supervisar cada una de ellas.

En consulta externa los médicos atienden a pacientes de primera vez y de seguimiento a aquellos que tienen algún padecimiento hematológico que no requiere hospitalización.

El área de hospitalización consta de tres aislados (los cuales se refieren en donde únicamente se encuentran pacientes con algún padecimiento hematológico), dos en el tercer piso, de los cuales uno es para mujeres y otro para hombres; sin embargo, cuando es alta la demanda de hospitalización algunos pacientes ingresan a alguna de las camas de los otros servicios (reuma, nefrología, medicina interna o cardiología). El tercer aislado se encuentra en el cuarto piso de pediatría y consta de 6 camas.

Las líneas de autoridad en esta sede son el jefe de servicio de hematología, Dr. Jorge Cruz Rico; médico adscrito, Dra. Mónica Tejeda Romero; supervisor in situ y Jefe de servicio de psiquiatría y psicología, Dr. Ricardo Gallardo Contreras. La supervisión académica la llevaron a cabo la Mtra. Maetzin Díaz Ordaz Carrillo y la Mtra. Cristina Bravo González.

4.2.2 Actividades profesionales del servicio de hematología

Al ingresar al servicio hubo la necesidad de reestructurar las actividades desarrolladas durante esta rotación, debido a que en la rotación anterior sólo había una residente de psicología; cuando ingresé al servicio de hematología fue la primera vez que hubo dos residentes de medicina conductual, por lo cual se hicieron algunos cambios en el cronograma que dejó el residente anterior, uno de los principales cambios fue el de rotar un día con niños y otro con adultos. Por otra parte, la forma de asignar las actividades fue a través de las listas de pacientes hospitalizados tanto niños como adultos, quedando la mitad de los pacientes para cada una de las residentes. Las demás actividades consistían en:

4.2.2.1 Visita diaria a las salas de hospitalización

Visita médica diaria a piso de lunes a viernes de las 8:00 a.m. a las 10:00 a.m. aproximadamente, dependiendo del número de pacientes; ésta se realizó con el equipo multidisciplinario del servicio de hematología: el médico adscrito, los dos médicos residentes, el residente de psicología, la trabajadora social y dos médicos internos. Dos martes al mes se pasó visita general, es decir, se iniciaba en el área de hospitalización con niños, se continuaba en el tercer piso en el área de adultos hospitalizados, enseguida se pasaba al primer piso para ver algunos pacientes del Dr. Peñalosa, oncólogo-pediatra, por último la visita continuaba en urgencias pediátrica.

Una vez que llega el médico adscrito, todo el personal inicia visita a piso en el aislado de hematología. Frente a la cama de cada paciente se le informa sobre su estado de salud, tratamiento a seguir y se resuelven dudas del paciente.

El residente de psicología toma notas sobre lo más importante del estado médico del paciente, así como la impresión psicológica del mismo. Se identifica si requiere intervención en crisis, apoyo psicológico o intervención psicológica ya sea por nuevo ingreso, preparación ante diagnóstico o ante procedimientos médico invasivos, entre otros.

Al terminar la visita con todos los pacientes de la sala, en el pasillo se informa a los familiares el estado de su paciente, diagnóstico, pronóstico y tratamiento a seguir. En ese momento el residente de psicología identifica si el familiar requiere intervención psicológica o apoyo psicológico.

4.2.2.2 Atención en consulta externa

En consulta externa se da atención subsecuente a los pacientes del servicio de hematología, por falta de adhesión, observar cómo ha respondido el paciente al tratamiento, manejo del dolor, etcétera.

4.2.2.3 Elaboración de notas clínicas

En el expediente médico se hacen notas cada vez que se trabaja con el paciente o con los familiares; si es de primera vez, incluye ficha de identificación, padecimiento actual, motivo de consulta, historia clínica, examen mental, diagnóstico psicológico y plan de tratamiento, y en las notas subsecuentes se describe el motivo de consulta y el plan de tratamiento.

4.2.2.4 Sesiones clínicas en el servicio de hematología

Se asiste a las sesiones clínicas programadas por el jefe del servicio de hematología una vez por semana, una hora. Asisten a éstas médicos adscritos, médicos residentes, médicos internos y residentes de medicina conductual. En cada sesión los médicos residentes y los internos presentan un artículo de un tema asignado. Los residentes de medicina conductual presentan un artículo relacionado con el tema que presenten los médicos en el cual intervengan variables psicológicas.

Además, en estas sesiones clínicas el residente de medicina conductual una vez al mes presenta una sesión de psicología para los médicos con temas como comunicación de malas noticias, adhesión terapéutica, técnica psicológicas, síndrome de burnout, etcétera.

Presentación de caso en el servicio de hematología

Esta actividad está programada por el jefe de servicio de hematología una vez a la semana. El objetivo es presentar un caso que se esté complicando por su diagnóstico o por su gravedad. Los residentes de medicina conductual presentan datos psicológicos del mismo paciente. Asisten a esta actividad médicos adscritos, médicos residentes, médicos internos, biólogo, químico y residentes de medicina conductual.

Además, de la presentación de un caso, el médico a cargo del servicio de hematología se interesa por conocer aspectos psicológicos relacionados con los pacientes. Así, que se expone una o dos veces al mes algún tema psicológico y que pudiera ayudar a los médicos a entender un poco más al paciente. También se interesa por que se desarrollen algunos folletos o trípticos que pudiera ayudar al paciente o a sus familiares, se desarrollo un tríptico sobre la leucemia y otro de donación de plaquetas (véase Anexo 4.2.2.4.1 y 4.2.2.4.2 respectivamente).

4.2.3 Actividades académicas de la UNAM

4.2.3.1 Sesiones bibliográficas con el supervisor in situ

El supervisor in situ programa una sesión dos veces a la semana (martes y jueves) de una hora cada una, la primera para revisar bibliografía, comentar los casos y supervisar de manera general el trabajo de los residentes de medicina conductual, la segunda para presentar un tema relacionado con psicología o bien la presentación de un artículo sobre alguna intervención cognitivo-conductual.

4.2.3.2 Sesiones bibliográficas con el supervisor in situ y los psicólogos adscritos

Se programa una sesión a la semana de una hora, en la que cada uno de los psicólogos adscritos y residentes de medicina conductual presentaron un caso clínico y recibieron retroalimentación sobre su programa de tratamiento; se comenta el caso

desde las diferentes perspectivas teóricas y las posibles formas de intervención psicológica de acuerdo al caso presentado.

4.2.3.3 Sesiones bibliográficas con el supervisor académico

El trabajo con el supervisor académico se tiene una vez a la semana por dos horas. En ésta se llevan actividades de revisión de casos clínicos difíciles, sesión bibliográfica y elaboración de reporte de experiencia profesional.

4.2.3.4 Sesiones bibliográficas con la supervisora in situ

La supervisora in situ programo una sesión una vez cada 15 días, de dos horas, para revisar bibliografía, comentar los casos y supervisar de manera general el trabajo de los residentes de medicina conductual.

4.2.3.5 Sesiones clínicas

Se asiste a las sesiones clínicas programadas por el servicio de psicología, una vez a la semana una hora, asisten residentes de psicología, psicólogos adscritos y el psiquiatra del hospital. Se presentan casos de pacientes.

4.2.4 Características de los pacientes con atención psicológica en el servicio de hematología

Se realizaron 666 intervenciones psicológicas en el primer año de residencia en el servicio de hematología. Respecto a las características sociodemográficas en general, los pacientes atendidos fueron 46.8% mujeres y 53.2% hombres. Sus edades fluctuaron entre 1 año de edad y 92 años ($\bar{x} = 27.25$; d.e. = 18.00).

Con respecto al nivel de escolaridad, la mayoría de los pacientes tenían un grado de escolaridad de primaria no terminada (27.9%), seguido de bachillerato sin terminar (13.5%); y casi con el mismo porcentaje, el nivel de secundaria completa (13.4%). Un 4.8% eran completamente analfabetas y 4.8% tenía un nivel escolar de licenciatura. En cuanto estado civil 62.9% eran solteros y 35.6% casados. Respecto a la religión, 94% dijeron ser católicos.

En la tabla 4.2.4.1 se muestran los principales diagnósticos médicos. La incidencia más alta se da en leucemia linfoblástica aguda (39.2%) y en leucemia mieloides aguda (23%).

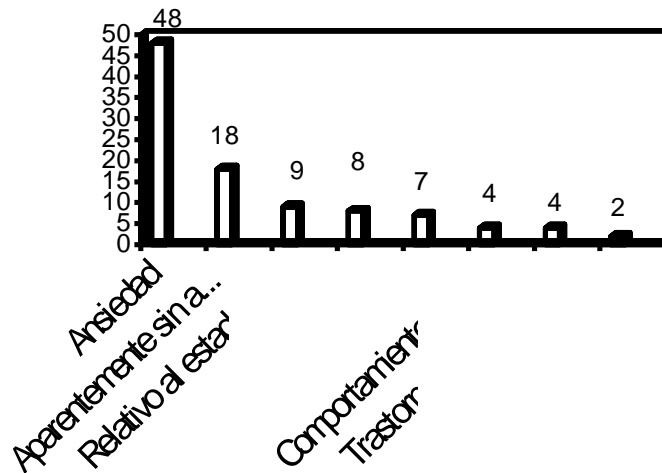
Tabla 4.2.4.1 Incidencia del tipo de diagnóstico en hematología

Diagnóstico médico	Porcentaje
Leucemia linfoblástica aguda	39.2%
Leucemia mieloblástica aguda	23.8%
Leucemia mieloblástica crónica	5%
Anemia aplásica	12%
Anemia hemolítica	1%
Purpura trombocitopenica	6%
Linfoma hodking	5%
Linfoma no hodking	4%%
osteosarcoma	2%
hemofilia	2%
Mieloma múltiple	3%

En relación con la etapa en la que hubo una intervención psicológica, el mayor número de pacientes atendidos se dio durante la etapa de quimioterapia (33.2%), seguida de la etapa del diagnóstico (32.6%) y un (13.1%) en la etapa de prediagnóstico.

Respecto a la evaluación psicológica, la mayoría mostró problemas de ansiedad (48%) (veáse Figura 4.2.4.1). Estos datos concuerdan con hallazgos que señalan que el paciente con cáncer, por sus particularidades clínicas y el compromiso vital del padecimiento presenta, entre otras reacciones, ansiedad, miedo y desorganización ante el diagnóstico reciente (Butow, Brown, Cogar, Tattersall y Dunn, 2002; Gershon, Zimand, Pickering, Rothbaum y Hodges, 2004; Jensen, Madsen, Andersen y Rose, 1993; Martínez, Loy y Romero, 1995).

Figura 4.2.4.1. Incidencia del diagnóstico psicológico en los pacientes hematológicos



Las intervenciones psicológicas que resultaron necesarias fueron, en orden descendente: reestructuración cognitiva (20.6%), psicoeducación (18.5%), relajación (15.8%), técnicas de autocontrol (13.2%) y solución de problemas (11.0%).

4.2.5 Evaluación de las actividades dentro de la sede

La sesión de supervisión in situ fue útil para la elaboración del diagnóstico con respecto al DSM-IV, sin embargo, no fue muy útil debido a que su orientación es psicodinámica, hubiera sido mejor y más enriquecedor tener un supervisor con enfoque cognitivo-conductual.

La sesión clínica fue enriquecedora ya que permitió conocer diferentes manejos de un caso desde diferentes prácticas clínicas, además de ser un buen ejercicio para adquirir habilidades para realizar un buen diagnóstico y sustentar las intervenciones con el enfoque cognitivo-conductual.

Las sesiones del servicio de hematología son muy enriquecedoras ya que ayudan a entender el lenguaje médico y conocer mejor los padecimientos del servicio, además de que el jefe brinda la oportunidad de trabajar como un equipo multidisciplinario.

En relación con la supervisión académica, ésta fue muy enriquecedora, ya que manejó el enfoque cognitivo-conductual y esto dio la oportunidad de apoyarnos en revisar casos difíciles. Además, se revisó material bibliográfico muy útil para entender mejor el ambiente hospitalario en el que se encuentran los pacientes. Por otra parte, dentro de esta supervisión se fue realizando el informe final para titulación, y esto me ayudó a tenerlo listo al terminar la residencia.

4.2.5.1 Asistencia a eventos académicos

Participación como ponente durante el III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud con el tema “Estrés académicos y formas de afrontamiento en estudiantes universitarios”, en modalidad de Panel.

4.2.5.2 Competencias adquiridas a través de las actividades desarrolladas en el primer año

Conocimiento sobre enfermedades crónico-degenerativas.

Identificación de diagnósticos y objetivos terapéuticos.

Trabajar interdisciplinariamente.

Habilidad para establecer componentes de relación.

Habilidad para aplicar la técnica más adecuada.

4.3. SEGUNDA ROTACIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

Servicio de oncología

2006 - 2007

4.3.1 Características de la sede

El hospital se ubica en Avenida Instituto Politécnico Nacional, número 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, C. P. 07760, México, D. F.

El hospital es de tercer nivel de atención, cuenta con servicios de internamiento y 19 subespecialidades. El área asignada fue al servicio de oncología.

Este servicio está formado por el Jefe de servicio, nueve médicos adscritos, diez residentes, dos trabajadoras sociales y enfermeras.

El servicio se divide en:

Consulta externa. Se encuentra dividida en seis áreas de atención; mama, ginecología oncológica, cabeza y cuello, tumores mixtos, radioterapia y oncología médica. Los médicos atienden a pacientes de primera vez y dan seguimiento a aquellos que tienen algún padecimiento oncológico que no requiere hospitalización.

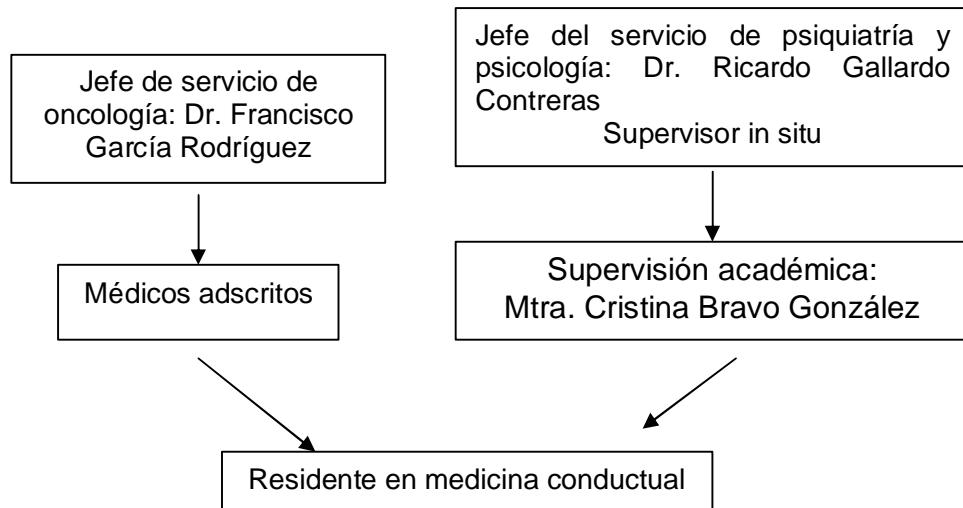
Quimioterapia ambulatoria. Es una área física integrada por diez sillones y cinco sillas, a la cual asisten los pacientes ambulatorios para recibir una sesión de quimioterapia. El médico adscrito supervisa su adecuado funcionamiento.

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

Área de hospitalización. Consta de 48 camas, las cuales se encuentran en el primer piso, distribuidas en siete salas generales cada una con seis camas y dos aislados cada uno con tres camas, de los cuales uno es para mujeres y otro para hombres.

4.3.2 Actividades profesionales del servicio de oncología

Las líneas de autoridad en esta sede están representadas en el siguiente esquema:



4.3.2.1 Actividades clínicas del servicio de oncología

Al ingresar al servicio hubo la necesidad de reestructurar las actividades desarrolladas durante esta rotación, debido a que en la rotación anterior no se cubría el área de consulta externa de los médicos. Cuando ingresé al servicio de oncología fueron asignados tres residentes de medicina conductual, por lo cual se hicieron algunos cambios en el cronograma que dejaron los residente anteriores, uno de los principales cambios fue el de rotar cada cuatro meses por cada uno de los servicios, cubriendo la consulta externa con los médicos y el área de hospitalización a) Mama, cabeza y cuello; b) Tumores mixtos; y c) Ginecología (véase Cuadro4.3.2.1).

Cuadro 4.3.2.1. Mini rotaciones de los residentes asignados al servicio de oncología

RESIDENTE	1er. cuatrimestre	2º cuatrimestre	3er. cuatrimestre
R2 Araceli Sosa De la Cruz	Mama/ cabeza y cuello	Tumores mixtos	Ginecología oncológica
R1 Erika Pineda Navarro	Tumores mixtos	Ginecología oncológica	Mama/ Cabeza y cuello
R1 Raúl Rojas Luna	Ginecología Oncológica	Mama/ Cabeza y cuello	Tumores mixtos

Como podemos observar en los Cuadros 3 y 4, las actividades de los residentes de acuerdo a su respectiva rotación son:

Clase de oncología

Todos los días de 7:00 a 8:00 de la mañana.

Visita diaria a las salas de hospitalización

Visita médica diaria a piso de lunes a viernes de las 8:00 a.m. a las 9:00a.m. aproximadamente, dependiendo del número de pacientes. Esta se realiza con el equipo multidisciplinario del servicio de oncología: el jefe de servicio, los médicos adscritos, los diez médicos residentes, los residentes de psicología, la trabajadora social y la secretaria del servicio. Los miércoles, además de pasar visita con el personal anteriormente mencionado, se pasa con el jefe del área de cirugía.

Una vez que llega el médico adscrito, todo el personal inicia visita a piso en el área de Oncología. Frente a la cama de cada paciente se revisa su expediente así como los estudios, se comenta el caso entre el personal médico y deciden el tratamiento. Sin embargo, no se informa sobre el estado de salud, tratamiento a seguir y tampoco se resuelven dudas al paciente.

El residente de psicología toma notas sobre lo más importante del estado médico del paciente, así como la impresión psicológica del mismo. Se identifica si requiere el apoyo del residente de medicina conductual.

4.3.2.2 Atención en consulta externa

En consulta externa se da atención a los pacientes de primera vez y subsecuentes que son identificados durante la consulta externa médica.

4.3.2.3 Elaboración de notas clínicas

En el expediente médico se hacen notas cada vez que se trabaja con el paciente o con los familiares; si es de primera vez, incluye ficha de identificación, padecimiento actual, motivo de consulta, historia clínica, examen mental, diagnóstico psicológico y plan de tratamiento, y en las notas subsecuentes se describe el motivo de consulta y el plan de tratamiento.

4.3.2.4 Sesiones clínicas en el servicio de oncología

Se asistió a las sesiones clínicas programadas por el jefe del servicio de oncología una vez por semana, una hora. Asisten a éstas médicos adscritos, médicos residentes, médicos de cirugía plástica y residentes de medicina conductual. Los médicos presentan un caso que se esté complicando por su diagnóstico o por su gravedad; el objetivo del residente en medicina conductual es detectar si el paciente requiere la intervención por parte de psicología, ya que en la mayoría de las ocasiones el paciente se altera emocionalmente o entra en crisis por la información que los médicos le proporcionan.

4.3.3 Actividades académicas de la UNAM

Éstas incluyen las clases programadas por parte del jefe de servicio de psiquiatría y psicología, las cuales se llevan a cabo los días martes de 10 a 11 de la mañana. Ahí se realizan revisiones bibliográficas de temas concernientes al trabajo psicoterapéutico; los días miércoles de 10 a 11 de la mañana se lleva a cabo una supervisión clínica, en este caso el residente de psicología tiene asignado un día específico para presentar una formulación de caso, y finalmente, los días jueves se hace una revisión de artículos de investigación sobre la efectividad de tratamientos psicológicos para determinados trastornos.

En cuanto a la supervisión académica, ésta se lleva a cabo los días viernes de 11 a 1 de la tarde y tiene como objetivo desarrollar competencias en los alumnos a través de las habilidades clínicas avanzadas de la supervisora. En esta sesión se revisan y discuten los casos clínicos que serán presentados en las sesiones de los miércoles; se revisa bibliografía relevante para el desarrollo de competencias clínicas y se desarrollan avances del Reporte de Experiencia Profesional.

Cuadro 4.3.3.1. Horario de actividades diarias en el servicio de oncología

HORARIO DE ACTIVIDADES DIARIAS					
Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7-8	Clase de oncología				
8-9	Pase de visita			Sesión Bibliográfica	Pase de visita
9-10	Hospitalización / urgencias	Supervisión	Hospitalización / urgencias	Pase de visita	Hospitalización / urgencias
10-11		Hospitalización / urgencias	Sesión clínica	Hospitalización	
11-12			Sesión oncología	ón / urgencias	Supervisión académica
12-13			Sesión general HJM	Consulta externa	
13-14	Consulta externa		Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa

4.3.4 Características de los pacientes con atención psicológica en el servicio de oncología

Se realizaron 465 intervenciones psicológicas dentro del segundo año de rotación de la residencia en el servicio de oncología. Respecto a las características sociodemográficas en general, los pacientes atendidos fueron 69% mujeres y 31% hombres. Sus edades fluctuaron entre 17 años de edad y 84 años ($\bar{x} = 1.00$; d.e. = 5.57).

En relación con el nivel de escolaridad 28.3% tenía primaria no terminada, seguido de secundaria completa (19.3%); 7.6% resultó analfabeta y un 1.3% tenía estudios de licenciatura. Como en años previos, por tratarse de un hospital de tercer nivel y la mayoría de los pacientes vienen del interior de la República, se esperaba una alta prevalencia de muy baja escolaridad.

En el análisis de frecuencias del estado civil, se encontró que 56.5% eran casados y 30% solteros. Respecto a la religión, 93.3% católicos.

Respecto al número de intervenciones realizadas por mes, en mayo y agosto (13% y 11% respectivamente) fue más alta la demanda de intervención psicológica. En el mes de marzo se observó un menor número de intervenciones debido a que únicamente se laboró una semana.

El tipo de diagnóstico se clasificó en cinco áreas: tumores de cabeza y cuello, cáncer de mama, tumores mixtos, cáncer ginecológico y tumores benignos; de los cuales La incidencia más alta se dio en tumores mixtos (36%) la más baja en tumores benignos (1.3%).

En cuanto a la etapa de intervención, al mayor número de pacientes se les atendió durante la etapa de diagnóstico reciente (30%), seguido de precirugía (16%) (véase Tabla 4.3.4.1). Estar presentes en la consulta con el médico permitió identificar a los

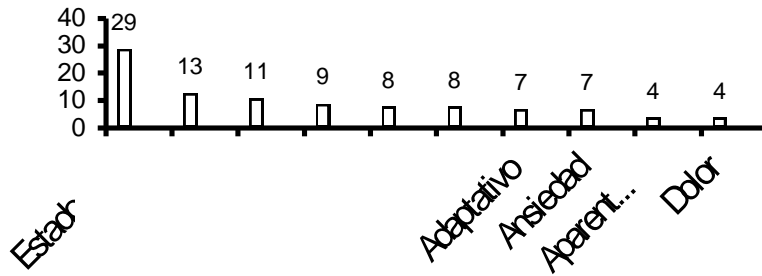
pacientes de primera vez desde antes de informarles del diagnóstico y durante esta etapa, por eso aparecen con más alta frecuencia las intervenciones en la etapa de diagnóstico reciente.

Tabla 4.3.4.1. Diagnóstico médico de los pacientes atendidos

Diagnóstico médico	Porcentaje
Pre-diagnóstico	11%
Diagnóstico confirmado	30%
Quimioterapia	14%
Radioterapia	6%
Fármaco	3%
Recaída	8%
Cuidados paliativos	7%
Pre-cirugía	16%
Post-cirugía	5%

Respecto al análisis de frecuencias por problema psicológico, la mayor incidencia fue la relativa al estado de ánimo (29%), y la menor en dolor (4%). (Figura 4.3.4.1). Estos resultados son congruentes con comentarios que señalan que los pacientes afectados por cáncer frecuentemente muestran manifestaciones depresivas, ansiosas y disminución del rendimiento en algunas funciones cognitivas (Martínez, Loy y Romero, 1995).

Figura 4.3.4.1. Incidencia del diagnóstico psicológico en los pacientes oncológicos



Al evaluar la frecuencia de la intervención psicológica, se encontró que las técnicas más utilizadas fueron en orden descendente: reestructuración cognitiva (32%), psicoeducación (28%), solución de problemas (10%), y relajación muscular profunda (9%). Se identificó en la mayoría de los pacientes distorsiones cognitivas o bien ideas irracionales. En cuanto a la psicoeducación, en la mayoría de los casos los pacientes, en efecto, desconocían qué es el cáncer y no comprenden su alteración emocional.

Get PDF with GO2PDF for free, if you wish to remove this line, click here to buy Virtual PDF Printer

4.3.5 Evaluación de las actividades dentro de la sede

La sesión de supervisión in situ no fue muy útil durante este año, ya que se revisó el mismo material del año anterior con un enfoque psicodinámico. Además de no ser un apoyo para la revisión de casos difíciles, y por el hecho de que el supervisor a la mayoría de padecimiento (ansiedad, depresión, trastorno adaptativo, etcétera) le diera la explicación del pecho bueno y pecho malo que son planteamientos psicodinámicos. Como residente del Hospital Juárez de México evalué la importancia de tener un supervisor in situ con el enfoque cognitivo-conductual.

La sesión bibliográfica con el supervisor in situ y los psicólogos adscritos resultó enriquecedora cuando la presentaron los residentes de medicina conductual, así como los psicólogos de servicio social, ya que se exponían padecimientos psicológicos (etiología, sintomatología y posibles tratamientos). Sin embargo, en el cierre de la sesión en la mayoría de las ocasiones resultaba desalentador escuchar nuevamente las críticas hacia la corriente cognitivo-conductual y tener que pasar nuevamente por la explicación psicodinámica.

La sesión clínica fue fructífera ya que permitió conocer diferentes manejos de un caso desde diferentes prácticas clínicas, además es un buen ejercicio para adquirir habilidades para realizar un buen diagnóstico y sustentar las intervenciones con el enfoque cognitivo-conductual.

Las clases del servicio de oncología son importantes ya que ayudan a entender el lenguaje médico y conocer mejor los padecimientos del servicio.

En cuanto a la supervisión académica fue muy enriquecedora ya que manejó el enfoque cognitivo-conductual, lo que dio la oportunidad de apoyarnos en revisar casos difíciles. Además de revisar material bibliográfico nuevo, el cual fue muy útil para entender mejor el ambiente hospitalario en el que se encuentran los pacientes. Por otra parte, dentro de esta supervisión se fue realizando el informe final para titulación, lo que nos ayudó a tenerlo listo al terminar la residencia.

4.3.4.1 Asistencia a eventos académicos

Participación como ponente durante el VIII Congreso Internacional de la Conducta con el tema “Programa de tratamiento cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad en el paciente con diagnóstico de leucemia aguda” en modalidad Panel, y el con el tema “Intervención cognitivo-conductual para la promoción de la adhesión terapéutica”, en modalidad de Cartel.

4.3.4.2 Competencias adquiridas a través de las actividades desarrolladas

Conocimiento sobre enfermedades crónico-degenerativas.

Identificación de diagnósticos y objetivos terapéuticos.

Trabajar interdisciplinariamente.

Habilidad para establecer componentes de relación.

Habilidad para aplicar la técnica más adecuada.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (1998). Manual de psicología de la salud. Madrid, España: Pirámide.
- Ali, N. & Khalil, H. (1989). Effect of psychoeducational intervention on anxiety among egyptian bladder cancer patients. *Cancer Nursing*. 12, 236-242.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la Depresión*. España: Desclée de Brouwer.
- Beneit, P. (1994). La enfermedad crónica. Aspectos psicológicos del cáncer. En la Torre, J. & Beneit, P., *Psicología de la Salud*,. Buenos Aires Argentina: Lumen.
- Brannon, L. Y Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Parainfo.
- Buela-Casal, G. & Caballo, V. E. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. México: Siglo XXI.
- Butow, P., Brown, R., Cogar, S., Tattersall, M. & Dunn, S. (2002). Oncologists reactions to cancer patients verbal cues. *Psycho-Oncology*. 11(1), 47-58.
- Cassileth, B., Zupkis, R., Smith, K. & march, V. (1980). Information and participation preference among cancer patients. En K. Donovan & J. Premi (Eds.), *La comunicación de malas noticias*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Daves, M., Robbins, E., & Mckay, M. (1986). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Dobkyng, P. (1988). Anticipatoty nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy treatment: prevalece, etiology and behavioral interventions. *Clinical Psychology Review*, 8, 517-156.

Dobson, K. S., & Donzois, K. S. (2000). Historical and philosophical bases of the cognitive behavioral therapies. En K.S. Dobson (Ed.), Handbook of cognitive-behavioral therapies. (pp. 3-39). Nueva York: The Guilford Press

Donovan, K., & Premi, J. (2000). La comunicación de malas noticias. México: Miguel Ángel Porrúa.

D'Zurilla, T. & Nezu, A. (2000). Problem-solving therapies. En K. Dobson (Ed) Handbook of cognitive-behavioral therapies. (pp.211-245).New York, EE.UU: The Guilford Press.

Egbert, L., Battit, G., Welch, C. & Bartlitt, M. (1964). Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. England Journal Medical. 270, 825-827.

Ellis, J., Villaneuve, K., Neluhook, K. & Urrichsen, J. (1994). Reviewed cognitive-behavioral interventions for pediatric cancer patients undergoing painful procedures. Clinical Psychology Reviewed. 22(6), 479-487.

Gershon, J., Zimand, E., Pickering, M., Rothbaum, B., & Hodges, L., (2004). A pilot and feasibility study of virtual reality as a distraction for children with cancer. Journal Academic Child Adolescent Psychiatry. 43, 10.

Golfried, M. & D'zurilla, T. (1969). A behavior analytic model for assessment of competence. En S. Spielberg (Ed.), Current topics in clinical and community psychology. Nueva York: Academic Press.

Godoy, J. F. (1991). Medicina conductual. En Caballo, E. V. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. España: Siglo XXI.

Hays, K., Gross, S., Lesko, L., Moor, D., & McCaffrey, R. (1998). Entendiendo la quimioterapia. Estados Unidos: Sociedad de Leucemia de los Estados Unidos.

Horne, J., Vatnamidis, P., & Carerl, A. (2000). Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos: Aspectos cognitivos y conductuales. México: Miguel Ángel Porrúa.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Estadísticas del día mundial contra el cáncer. Recuperado el 6 de abril de 2009 en http://www.ceprec.org/INEGI_FEB_2008.pdf

Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sánchez-Sosa, J.J. & Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: Wath every health professional should know. In E. Sabate (Ed.) Adherence to long term therapies: Evidence for action (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.

Jensen, A., Madsen, B., Andersen, P., & Rose, C. (1993). Information for cancer patients entering a clinical trial an evaluation of an information strategy. *European Journal of Cancer*. 29a(16), 2235-8.

Jonhson, E., Steffel, M., & Goldstein, D. (2005). Making better decisions: From measuring to constructing references. *Health Psychology*. 24,4, 17-22.

Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental* 1998; 21 (3): 26- 31.

Latorre, P., & Beneit, M. (1992). *Psicología de la salud*. México: Lumen.

Luce, M. (2005) Decision making as coping. *Health Psychology*. 24,4, 23-28.

Macía, D. & Méndez, F., (1996). Evaluación de la adhesión al tratamiento. En G. Buela, V. Caballo & J. C. Sierra. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. España: Siglo XXI.

McCarthy, A., Cool, V., Petersen, M. & Bruene, D. (1996). Cognitive behavioral pain and anxiety interventions in pediatric oncology centers and bone marrow transplant units. *Journal Pediatric Oncology Nursing*. 13(1), 3-12.

(1994). Manual Merck España: Harcourt Brace

Meichenbaum, D. (1985). Stress inoculation training. Canadá: Pergamon Press.

Meichenbaum, D. & Turk, D. (1987). Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook. New York: Plenum Press.

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

Muñoz, O. & Gutiérrez, G. (1995). From Research to public health interventions in impact of an educational strategy for physicians to improve treatment practices in common diseases. *Archive Medicine Research*, 26, 31-39.

Nezu, A., Nezu, C., Freidman, S., & Houts, P. (1998). Helping cancer patients cope: A problem-solving approach. Washington: American Psychological Association.

Nezu, A. (2001). Terapia de solución de problemas para pacientes con cáncer. *Revista Mexicana de Psicología*, 18,2, 185-192.

Novalés, C., & Amato, M. (1993). Sistema linfohemático. México: Uteha Noriega Editores.

Oblitas, L., & Becoña, E. (2000). Psicología de la salud. México: Plaza y Valdes.

Organización Mundial de la Salud (2003). Noncommunicable diseases. Recuperado el 4 de abril de 2005 de http://www.who.int/noncommunicable_diseases/en/.

Organización Mundial de la Salud (2009). Cáncer. Nota descriptiva N°297, Julio de 2008. Recuperado el 7 de abril de 2009 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>

Pardridge, A., Avron, J., Wang, P., & Winer, E., (2002). Adherence to therapy with oral antineoplastic agents. *Journal of National Cancer Institute*, 94, 9, 651-661.

Puente-Silva, F. (1985). Adhesión terapéutica. Implicaciones para México. México: Lepetit.

Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.

Rice, P. (1998). El afrontamiento del estrés: Estrategias cognitivo-conductuales. En V. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos: Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. (Vol. 2). España, Siglo XXI.

Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana de ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 18, 2, 211-218.

Sánchez Sosa, J. J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanisms operating through health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19(1), 85-92.

Sánchez-Sosa, J.J. & alvarado, A.S. (2008). A behavioral self-recording procedure in the management of breast cancer. *Revista Mexicana de análisis de la Conducta*, 34(2), 313-332.

Siminoff, L., & Step, M. (2005) A communication model of shared decision making: Accounting for cancer treatment decisions. *Health Psychology*, 24, 4, 99-105.

Schechter, C. & Walker, E. (2002). Improving adherence to diabetes self-management recommendations. *Diabetes Spectrum*, 15, 170-175.

Stone, G., Cohen, F., & Adler, N., (1982). *Health Psychology. A Handbook*. San Francisco, California: Jossey-Bass.

Salamero, M., Perí, J., & Gutiérrez, F. (2003). La evaluación psicológica en el ámbito hospitalario. En E. Remor, P. Arranz, & S. Ulla, (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 75-92). Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Sank, L.L. & Shaffer, C.S. (1984). *Manual del terapeuta para la terapia cognitivo-conductual en grupos*. España: Desclée de Brouwer.

Secretaría de Salud (2002). Programa Nacional de Salud 2001-2006. Recuperado el 25 de abril de 2005 en <http://ssa.gob.mx>

Telch, C., & Telch, M. (1985). Psychological approaches for enhancing coping among cancer patients: A review. *Clinical Psychology Review*, 5, 325-344.

Velasco, M., & Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias*. México: El Manual Moderno.

6. CONCLUSIONES GENERALES

La maestría en medicina conductual no sólo da la oportunidad de adquirir conocimientos teóricos, además da la oportunidad de poner en practica lo adquirido a través de las residencias en las diferentes sedes.

Respecto al personal del Hospital Juárez de México la mayoría está sensibilizado hacia la labor del psicólogo, sobre todo en el servicio de hematología, por lo que se promueve un ambiente de colaboración interdisciplinaria adecuado, y esta condición facilita el trabajo del residente en medicina conductual.

Por otro lado, al ser la población del hospital heterogénea, da la oportunidad de evaluar y seleccionar las técnicas de intervención más adecuadas para cada paciente, sin embargo, es particularmente difícil el escenario; por la falta de privacidad, la premura de las intervenciones, el nivel educativo del paciente y las múltiples interrupciones debidas a la rutina del hospital.

A pesar de lo anteriormente mencionado da la oportunidad de adquirir habilidad en el manejo de la técnica de entrevista, hacer las preguntas adecuadas, en el momento y contexto apropiados, por ello es importante que el residente de medicina conductual aprenda a delimitar el objetivo de intervención dentro de los primeros minutos de iniciar la entrevista, con el fin de poder elegir la técnica más adecuada.

Sin embargo, es importante tener la supervisión con el mismo enfoque cognitivo-conductual para una mejor intervención, así como tener un apoyo emocional en algunos casos causan una mayor impresión que otros.

7 ANEXOS

Anexo 1.4.3.1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D. F. a de de 2008.

Nombre:

Edad:

Sexo:

El estudio con título: “Programa de tratamiento cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad en el paciente con diagnóstico de leucemia aguda”, pretende evaluar su estado emocional, así como brindarle un programa de intervención psicológica con la aplicación de diversas técnicas cognitivo-conductuales que le permitan un mejor manejo de éstas, identificar las principales fuentes y consecuencias, así como, la posibilidad de aprender estrategias que les den la posibilidad de manejar y controlar sus emociones.

Hago de su conocimiento que los datos que se obtengan serán confidenciales; en caso de no aceptar tenga por seguro que no se verá afectado en su atención hospitalaria en ningún momento. Además tiene la posibilidad de abandonar el estudio en el momento en que así lo decida, informando dicha decisión a la psicóloga encargada.

Por medio de la presente hago constar mi deseo de participar en la investigación “Programa de tratamiento cognitivo-conductual para disminuir la ansiedad en el paciente con diagnóstico de leucemia aguda”.

Firma:

Testigo 1

Nombre:

Firma:

Testigo 2

Nombre:

Firma:

Anexo 1.4.7.1

FICHA DE DATOS GENERALES

Nombre:

Edad:

Sexo: 1. Masculino 2. Femenino

Escolaridad: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria 4. Universidad

Lugar de Origen:

Lugar de Residencia:

Diagnóstico Médico:

Fecha de Diagnóstico:

Tipo de esquema de Quimioterapia:

Dirección:

Teléfono:

Con quien vive:

Número de hermanos:

Número de hijos:

Anexo 1.4.7.2

INVENTARIO DE BECK (BAI)

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

OCUPACIÓN: _____ EDO. CIVIL: _____ FECHA: _____

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

	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADA MENTE	SEVERA- MENTE
1. Entumecimiento, hormigueo	_____	_____	_____	_____
2. Sentir oleadas de calor (bochorno)	_____	_____	_____	_____
3. Debilitamiento de las piernas	_____	_____	_____	_____
4. Dificultad para relajarse	_____	_____	_____	_____
5. Miedo a que pase lo peor	_____	_____	_____	_____
6. Sensación de mareo	_____	_____	_____	_____
7. Opresión en el pecho, o latidos acelerados	_____	_____	_____	_____
8. Inseguridad	_____	_____	_____	_____
9. Terror	_____	_____	_____	_____
10. Nerviosismo	_____	_____	_____	_____
11. Sensación de ahogo	_____	_____	_____	_____
12. Manos temblorosas	_____	_____	_____	_____
13. Cuerpo tembloroso	_____	_____	_____	_____
14. Miedo a perder el control	_____	_____	_____	_____
15. Dificultad para respirar	_____	_____	_____	_____
16. Miedo a morir	_____	_____	_____	_____
17. Asustado	_____	_____	_____	_____
18. Indigestión o malestar estomacal	_____	_____	_____	_____
19. Debilidad	_____	_____	_____	_____
20. Ruborizarse, sonrojamiento	_____	_____	_____	_____
21. Sudoración (no debida al calor)	_____	_____	_____	_____

Anexo 1.4.7.3

FORMATO INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE:

FECHA:

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de recuadros con frases que le pueden ayudar a describir cómo se ha sentido últimamente. Por favor, marque con una "X" el número de la frase que mejor describa la forma en que usted se siente actualmente.

A. ESTADO DE ÁNIMO

0. No me siento triste.
1. Me siento triste o melancólico(a).
2. Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
3. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

B. PESIMISMO

0. No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro.
1. Me siento desalentado(a) con respecto al futuro.
2. Pienso que no tengo nada que esperar del futuro.
3. Pienso que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no podrán mejorar.

C. SENTIMIENTO DE FRACASO

0. No me siento fracasado(a).
1. Pienso que he fracasado más que cualquier persona normal.
2. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
3. Pienso que soy un completo fracaso como persona.

D. FALTA DE SATISFACCIÓN

0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía serlo antes.
1. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.
2. Ya no obtengo satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho(a) de todo.

E. SENTIMIENTO DE CULPA

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable una buena parte del tiempo.
2. Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo/ siempre.

F. SENTIMIENTO DE CASTIGO

0. No siento que este siendo castigado(a).
1. Pienso que puedo ser castigado(a).
2. Espero ser castigado(a).
3. Pienso que estoy siendo castigado(a).

2

G. ODIO A SI MISMO

0. No me siento desilusionado de mi mismo(a).
1. Me siento desilusionado de mi mismo(a).
2. Estoy desilusionado de mi mismo(a).
3. Me odio a mi mismo(a).

H. AUTOACUSACIONES

- 0. No creo que ser peor que los demás.
- 1. Me critico mucho por mis debilidades o errores.
- 2. Me culpo siempre por mis errores.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

I. DESEOS AUTOPUNITIVOS

- 0. No tengo ninguna intención de dañarme/ matarme.
- 1. He pensado en matarme pero no lo llevaría a cabo.
- 2. Me gustaría matarme.
- 3. Me mataría si tuviera la oportunidad.

J. BROTES DE LLANTO

- 0. No lloro más que de costumbre.
- 1. Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2. Ahora lloro todo el tiempo.
- 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.

K. IRRITABILIDAD

- 0. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
- 1. Las cosas me irritan un poco más que de costumbre.
- 2. Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.
- 3. Ahora me siento irritado (a) todo el tiempo.

L. AISLAMIENTO SOCIAL

- 0. No he perdido el interés en otras personas.
- 1. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
- 2. He perdido casi todo mi interés por otras personas..
- 3. He perdido todo mi interés por otras personas.

M. INDECISIÓN

- 0. Tomo decisiones tan bien como antes.
- 1. Pospongo tomar decisiones más que de costumbre.
- 2. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
- 3. Ya no puedo tomar decisiones.

N. IMAGEN CORPORAL

- 0. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- 1. Me preocupa el hecho de parecer viejo(a) y poco atractivo(a).
- 2. Siento que hay cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).
- 3. Pienso que me veo feo(a).

3

O. INHIBICIÓN DEL TRABAJO

- 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1. Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme para hacer cualquier cosa.
- 4. No puedo trabajar o hacer nada en absoluto.

P. PERTURBACIONES DEL SUEÑO

- 0. Puedo dormir tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como solía hacerlo.
- 2. Despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volverme a dormir.

3. Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir.

Q. FATIGABILIDAD

- 0. No me canso más que de costumbre.
- 1. Me canso más fácilmente que de costumbre.
- 2. Me canso sin hacer casi nada.
- 3. Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.

R. PÉRDIDA DE APETITO

- 0. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- 1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2. Mi apetito está peor ahora.
- 3. Ya no tengo apetito.

S. PÉRDIDA DE PESO

- 0. No he perdido mucho peso o ninguno últimamente.
- 1. He perdido más de 2.5 Kgrs.
- 2. He perdido más de 5 kilos.
- 3. He perdido más de 7.5 Kgr.

T. PREOCUPACIÓN SOMÁTICA

- 0. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- 1. Estoy preocupado(a) por dolores, molestias estomacales, estreñimiento o alguna otra sensación corporal desagradable.
- 2. Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
- 3. Estoy tan preocupado(a) por cómo me siento físicamente que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

U. PÉRDIDA DEL INTERÉS EN EL SEXO

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
- 3. He perdido por completo el interés por el sexo.

Anexo 1.4.7.4

FORMATO
Autoregistro diario de Síntomas de Ansiedad

Nombre: _____ Edad: _____ Mes: Agosto

Instrucciones: A continuación se muestra una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada uno y marque con una X el día que lo presente.

SINTOMA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	sábado	Domingo
Sentir oleadas de calor (bochorno).							
Dolor u opresión en el pecho							
Latidos acelerados							
Sensación de ahogo							
Entumecimiento, hormigueo en manos o pies							
Manos temblorosas							
Cuerpo tembloroso							
Dificultad para respirar							
Asustado							
Malestar estomacal							
Sudoración no debida al calor							
Rechina o aprieta los dientes							
Músculos tensos contraídos							
Dolores de cabeza, cuello o espalda.							
Asustado							
Nerviosismo							

ESCALA SUBJETIVA DE RELAJACIÓN

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

Anexo 1.4.7.6

FORMATO

REGISTRO DE SITUACIÓN-PENSAMIENTO-EMOCIÓN-CONDUCTA

NOMBRE: _____

SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN REACCIONES FISICAS	EVIDENCIA A FAVOR	EVIDENCIA EN CONTRA	PENSAMIENTO ALTERNATIVO	EMOCIÓN

Anexo 3.4.8.1

FORMATO FICHA DE IDENTIFICACIÓN

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
UNIDAD DE ONCOLOGÍA
SERVICIO DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN
MEDICINA CONDUCTUAL

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: _____ Exp. _____

Fecha: _____

Edad: _____ Escolaridad: _____ Religión:

Ocupación: _____ Estado civil: _____

DX médico: _____ Confirmado () En estudio ()
)

Lugar de: Nacimiento: _____ Residencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Tipo de TX: Cirugía () Qt () Rt ().

Anexo 3.4.8.2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, D. F. a de de 2008.

Nombre:

Edad:

Sexo:

El estudio con título: “Programa cognitivo-conductual para incrementar la adherencia en el paciente oncológico de primera vez”, pretende evaluar su comportamiento a seguir un tratamiento médico, así como brindarle la información necesaria sobre su padecimiento, su tratamiento y un programa de intervención psicológica con la aplicación de diversas técnicas cognitivo-conductuales que le permitan tomar la mejor decisión respecto a su tratamiento.

Hago de su conocimiento que los datos que se obtengan serán confidenciales; en caso de no aceptar tenga por seguro que no se verá afectado en su atención hospitalaria en ningún momento. Además tiene la posibilidad de abandonar el estudio en el momento en que así lo decida, informando dicha decisión a la psicóloga encargada.

Por medio de la presente hago constar mi deseo de participar en la investigación “Programa cognitivo-conductual para incrementar la adherencia en el paciente oncológico de primera vez”.

Firma:

Testigo 1

Nombre:

Firma:

Testigo 2

Nombre:

Firma:

Anexo 3.4.8.4

FORMATO
LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
UNIDAD DE ONCOLOGÍA
SERVICIO DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL



LISTA DE CHEQUEO

NOMBRE: _____

CUANDO ME ENFERMO, YO:

	siempre	Casi siempre	casi nunca	Nunca
1. Acudo a consulta médica:	()	()	()	()
2. Sigo las instrucciones del médico	()	()	()	()
3. Tomo los medicamentos en las cantidades indicadas:	()	()	()	()
4. Tomo los medicamentos en los horarios establecidos:	()	()	()	()
5. Asisto puntualmente a las consultas:	()	()	()	()
6. Si me dan una dieta, me apego a ella:	()	()	()	()
7. Si tengo que hacer algún tipo de ejercicio, lo hago:	()	()	()	()
8. Si el tratamiento me hace sentir mal, lo suspendo:	()	()	()	()
9. Cuando son varios medicamentos, olvido tomar alguno:	()	()	()	()

10. Tomo medicamentos sin que me hayan sido recetados: () () () ()
11. Evito conductas nocivas (fumar, beber, consumir grasas: () () () ()
12. Pregunto para aclarar las dudas que tenga: () () () ()
13. Busco tratamientos alternativos: () () () ()
14. Me realizo los estudios que me pidan: () () () ()
15. Cumplo con las indicaciones de mi médico: () () () ()
16. Si no tengo ganas de ir a la consulta, la cancelo: () () () ()
17. Dejo algún medicamento sin que me lo indique el médico: () () () ()
18. Tomo medicamentos de más, para acelerar la curación: () () () ()
19. Dejo las medicinas en cuanto me siento mejor: () () () ()
20. Hago solo lo que el médico me indica: () () () ()

Anexo 3.4.8.5

FORMATO REGISTRO DE PENSAMIENTOS



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
UNIDAD DE ONCOLOGÍA
SERVICIO DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL.

NOMBRE: _____

Formato de registro de pensamientos.

SITUACIÓ	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	PENSAMIENTO ALTERNATIVO	CAMBIO EMOCIÓN

Anexo 3.4.8.6

FORMATO DE BALANCE DECISIONAL



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
UNIDAD DE ONCOLOGÍA
SERVICIO DE PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN
MEDICINA CONDUCTUAL.

FORMATO DE BALANCE DECISIONAL.

Nombre _____ Exp. _____

Fecha _____

Definición del problema:

Alternativas de solución	Ventajas	Desventajas

Decisión tomada:

¿Qué parece ser la sangre?

Parece ser un líquido rojo que está por todo el cuerpo. La sangre puede parecer un líquido rojo, pero no es así. Realmente es un líquido claro, pálido, dorado con pequeñas células en ella. Las células rojas son las que le dan el color rojo.

¿Cuáles son los componentes celulares de la sangre?

Son tres: los glóbulos rojos, los glóbulos blancos y las plaquetas.

¿Qué son los glóbulos rojos (eritrocitos)?

Los glóbulos rojos (eritrocitos) son los más numerosos de los tres componentes celulares. Bien estas células están llenas de hemoglobina, lo que les permite transportar oxígeno desde los pulmones hasta los tejidos de todo el cuerpo.

¿Qué son las plaquetas (trombocitos)?

Son unas pequeñas células que están en la sangre, las cuales se encargan de coagularla. Su función es la de formar

Anexo 4.2.2.4.1 Tríptico componentes de la sangre

tapones de células para detener el sangrado o hemorragias, tanto externa como internamente. Cuando se sufre una herida, las plaquetas corren a la herida, en donde se acumulan y se activan. Una vez activadas, se vuelven pegajosas y se agrupan para formar un tapón en la herida y detener el sangrado. Al mismo tiempo liberan sustancias que liberan la coagulación.

¿Qué son los glóbulos blancos (Leucocitos)?

Son los soldados del cuerpo que sirven para defender al organismo contra las infecciones. Existen cinco tipos principales que funcionan de forma conjunta, los cuales son:

Los Neutrófilos, también llamados granulocitos, forman el tipo de glóbulos blancos más numeroso. Ayudan a proteger al cuerpo de las infecciones bacterianas. Los granulocitos atacan las bacterias rodeándolas y comiéndoselas.

Los Linfocitos, se dividen en dos grupos principales: los linfocitos "T",

que permiten al organismo defenderse contra las infecciones víricas, pero también pueden detectar y destruir algunas células cancerosas.

Los linfocitos B tienen un trabajo especial, ellos rocían los microbios con una cosa pegajosa llamada anticuerpos. Los anticuerpos son como señales que les dicen a otros glóbulos blancos "aquí está el enemigo, acabémoslo".

Los Monocitos, se encargan de ingerir las células muertas o dañadas y eliminar agentes infecciosos, proporcionando así las defensas inmunológicas necesarias al organismo.

Los Eosinófilos se encargan de matar algunos parásitos y de destruir algunas células cancerosas y también participan en ciertas respuestas alérgicas, al igual que los basófilos.

¿Dónde se forman las células de la sangre?

Los glóbulos rojos, los blancos y las plaquetas se originan en la médula ósea. Pero aún siendo glóbulos blancos los linfocitos se producen también en los ganglios linfáticos, en el bazo y en el timo (pequeña glándula que se encuentra cerca del corazón).

¿De donde se originan las células de la sangre?

Dentro de la médula ósea, todas las células sanguíneas se originan a partir de un solo tipo de célula llamada "Célula Madre".

Servicio de
Hematología Psicología

Dr. Cruz Rico Jorge
Jefe de Servicio de Hematología

Dra. Tejeda Romero Mónica

Dr. Gallardo Ricardo
Supervisor in situ

Psic. Sosa de la cruz Araceli
Psic. Carapia Sadurni Araceli
Residencia en Medicina Conductual

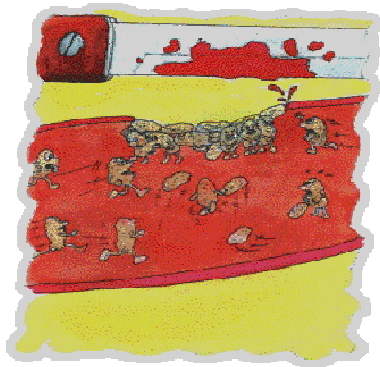
Psic. Sosa de la Cruz Araceli
Elaboro

HOSPITAL JUÁREZ DE
MÉXICO

Folleto Informativo sobre Componentes de la sangre

¿Qué son las plaquetas?

Son unas pequeñas células que están en la sangre, las cuales se encargan de coagularla. Su función es la de formar tapones de células para detener el sangrado o hemorragias, tanto externa como internamente. Cuando se sufre una herida, las plaquetas corren a la herida y tapan la perforación de su piel para detener el sangrado.



¿Cuándo se necesitan las plaquetas?

Son muy importantes en una cirugía mayor.
para pacientes que se encuentran en tratamiento de quimioterapia o radioterapia.
También en pacientes con cáncer y enfermedades de la sangre (como leucemias, anemias y otros tumores).

Anexo 2.2.2.4.2

Donación de plaquetas

¿Qué es la donación por plaquetoaféresis?

Consiste en la extracción de la sangre mediante una máquina que recoge únicamente las plaquetas presentes en su cuerpo sin afectar su salud o cualquier condición física.

¿Cómo es el procedimiento de plaquetoaféresis?

La sangre es recolectada de uno de los brazos, y se hará pasar la sangre por una máquina, en la cual las plaquetas serán separadas cuidadosamente. Al mismo tiempo el resto de la sangre será regresada al cuerpo a través del otro brazo.



¿Cuanto tiempo dura el procedimiento?

La donación de plaquetas por aféresis toma de 1 a 2 horas.

¿Quién puede donar plaquetas?

Toda persona sana entre 18 y 65 años, con mas de 50 kg de peso, con suficiente número de plaquetas.

¿Existen medicamentos que pueden dañar las plaquetas?

Si, especialmente la aspirina y los antiinflamatorios, por tanto el donante no debe haber tomado estos medicamentos por lo menos siete días antes.

¿Con que frecuencia puedo donar plaquetas?

Ya que el cuerpo es capaz de recobrar las plaquetas en unas horas, puede uno donar nuevamente a las 72hrs, pero no podrá donar más de 24 veces al año.

¿Es peligroso donar plaquetas?

El proceso de donación de plaquetas no ocasiona ningún daño, debido a que:

No se transmiten infecciones.

No hay riesgos de salud para el donante.

No engorda, adelgaza ni debilita.

¿Tiene algún efecto nocivo para mi, si dono plaquetas?

No, todo el procedimiento es seguro, al igual que la donación tradicional, usted no tienen la posibilidad de adquirir SIDA, hepatitis, u otras enfermedades por donar plaquetas.

Todo el material utilizado, como las agujas son estériles y desechables.

Servicio de Hematología Psicología

Dr. Cruz Rico Jorge
Jefe de Servicio de Hematología

Dra. Tejeda Mónica Romero
Hematología

Dr. Gallardo Ricardo
Supervisor in situ

Psic. Sosa de la cruz Araceli
Psic. Sánchez Estrada Marcela
Residencia en Medicina Conductual

Psic. Sosa de la Cruz Araceli
Elaboro

Hospital Juárez de México

“Donación de plaquetas por aféresis”

