



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

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

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
LOURDES GRISELDA BERMÚDEZ GONZÁLEZ**

DIRECTORA DEL REPORTE:
COMITÉ TUTORIAL:

DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN
DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ
DR. ARIEL VITE SIERRA
MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS



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

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Porque nuevamente me acogiste en tus brazos y ahora me formaste como Maestra, por brindarme tantas herramientas que hacen más fácil mi aprendizaje y por siempre procurar la excelencia.

Al Hospital General de Atizapán:

Porque fue ahí donde tuve mi primer experiencia en el ámbito hospitalario, lo cual me ayudo a entender que con un granito de arena puedo hacer una gran diferencia en las personas y que una sonrisa cambia todo un día.

Al Instituto Nacional de Rehabilitación:

Por el gran aprendizaje obtenido y sobre todo porque me mostraron que sí existe la parte humana en los hospitales, porque ahí los pacientes tienen un nombre y sentimientos y no son sólo un número. Por su puesto esto no sería posible sin ustedes: Dr. Rico, Dra. Pacheco, Dr. Linares, Dr. Delgado, Dr. González, Dr. Arrieta, Dr. Barroso, Dr. Mendoza, Residentes, Enfermeras, Secretaria Laurita, Trabajadoras sociales Margarita y Laura, Señora Reina y todas y cada una de las personas que buscan el bienestar real del paciente, MIL GRACIAS!!!

A mi tutora la Dra. Laura Hernández:

Por compartir su experiencia conmigo, por estar siempre al pendiente, por su disponibilidad y por el tiempo dedicado a este reporte. Muchas gracias!

A Erika Téllez:

Por apoyarme tanto y demostrarme que las personas pueden ser amables y serviciales desinteresadamente.

Y sobre todo a cada uno de mis pacientes, pues me han mostrado el gran valor de mi trabajo, han dejado una enorme huella en mi vida y porque me han enseñado muchas más cosas de las que yo a ustedes -en especial tú Julio, donde quiera que estés-. INFINITAMENTE GRACIAS!!!

DEDICATORIAS

A Dios y a la Virgen:

Por todo su amor y por la dicha de regalarme cada día y con ello tener una nueva oportunidad de ser mejor. Porque confían en mí ya que me han dado varias personas y cosas por las cuales luchar: mis hijas, mi esposo, mi familia, mis amig@s, mis pacientes y en esta ocasión concluir un ciclo Mi Maestría. MIL GRACIAS!

A mis hijas Isabela y Sofi:

*Porque las amo con locura, porque son tan especiales, porque son lo más bello que he visto en mi vida y lo más hermoso que me pudo pasar. A ti **Isabela** porque me enfrentaste a mi primer experiencia como mamá y ha sido maravilloso, por tus sonrisas y demostraciones de amor, por tu gran inteligencia y la manera tan sutil en que me indicas que he cometido un error. A ti **Sofi** por ser tan pícaro, por ser auténtica y porque pase lo que pase siempre regalas sonrisas al por mayor. LAS AMO, LAS AMO Y LAS AMO.*

A mi esposo Mane:

*Porque fuiste el más feliz cuando te enteraste de que había sido aceptada en la Maestría, pues sabías cuanto lo deseaba. Porque siempre me apoyas para seguir adelante y superarme como profesional y como persona. Porque con tu forma tan peculiar de ver y analizar las cosas haces que mi vida tome otro sentido y sea más conciente de las maravillas que existen pero también me abres los ojos ante las cosas negativas para no salir lastimada. Y porque **TÉ AMO**.*

A mi Mamá:

Porque con nada puedo pagarte tanto amor incondicional. Porque das todo sin pedir nada a cambio. Por tu lucha constante para que tu familia y seres queridos estén bien. Y porque me impulsas cada día para dar lo mejor de mí. Te amo mamá.

A mi Papá:

Porque siempre estás dispuesto a ayudarme y has estado ahí en cada uno de mis logros y errores. Por tu manera de analizar la vida, la cual me ayuda a tener una perspectiva diferente. Por tu amor hacia mí y mis hijas. Te amo papi.

A mis hermanos Coco, Bety y Fre:

Porque ha sido genial compartir mi vida con ustedes. Porque cada uno con sus peculiaridades me demuestra su gran amor. Porque los amo y los he extrañado mucho ahora que hemos tenido que estar separados. Y por somos los mejores cuatro hermanos, verdad Fre?

A mi cuñada Claudia y mi sobrino Erik:

Porque los quiero mucho y he visto su lucha constante por la vida y por estar mejor.

A mis abuelos, abuelas, tíos, tías, primos, primas, sobrinos y sobrinas:

*Porque han sido parte de mi vida y han contribuido a que yo sea la persona que soy. Por sus experiencias compartidas y por todas y cada una de las cosas que seguiremos compartiendo. Los quiero mucho!. En especial a ti **Abraham**, porque siempre te he admirado y ahora más cuando veo en retrospectiva todos tus logros, tus decisiones y tu lucha constante. Te extraño mucho, pero se que donde estás Diosito te cuida muy de cerca.*

A mi suegra y mi comadre:

Porque siempre me han apoyado y han estado al tanto de mí y mi familia y buscan que estemos mejor.

A mis amig@s Ceci, Ive, Pao, Nelli, Norma, Gis, Poncho, Isra y Vic:

Porque aunque ya no los he visto tanto como quisiera, sé que siempre están ahí dispuestos a ayudarme. Porque aunque estamos lejos siento muy cerca su amor y cariño. Los quiero mucho!

A mis amigas Cris, Anita e Isa:

Porque son muy luchonas y buscan el lado bueno de la vida para seguir adelante a pesar de los tropiezos. Porque las quiero mucho y siempre estamos al pendiente unas de otras.

A mis amigas Chío y Cris:

Porque aunque pasa el tiempo y las cosas y nuestras condiciones cambian, siguen siendo las mismas chicas alocadas y agradables con las que he compartido todo este tiempo, tan es así, que cuando nos vemos es como si todo siguiera igual.

A mis amigos de la Maestría Dra. Ortiz, Rosa, Sarita, Graciela, Rita e Ivan: *Por compartir esta gran experiencia, que no fue sencilla pero si muy grata y en cierta parte porque la viví junto a ustedes. Por transmitirme muchos de sus conocimientos y cualidades.*

A todas y cada una de las personas que han hecho posible este momento de mi vida y que han contribuido a que yo sea la persona que soy.
Muchas Gracias!!!

ÍNDICE

	Página
Resumen	1
Antecedentes	
Salud-enfermedad.....	2
Epidemiología.....	4
El contexto de atención a la salud en México.....	4
Medicina Conductual.....	5
Primer año de Residencia	
CONTEXTO DE SERVICIO.....	6
Características de la Sede.....	7
Recursos Humanos.....	8
Ubicación del residente de Medicina Conductual.....	9
El servicio de Medicina Interna.....	9
Diabetes Mellitus.....	9
Insuficiencia Renal.....	10
Hipertensión.....	10
ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS	
Programas específicos desarrollados.....	11
Actividades profesionales diarias.....	12
Segundo año de Residencia	
CONTEXTO DE SERVICIO.....	16
Características de la Sede.....	16
Recursos Humanos.....	17
Ubicación del residente de Medicina Conductual.....	17
El servicio de Tumores Músculo-Esqueléticos.....	18
Cáncer.....	19
Incidencia.....	20
Tumores Óseos.....	20
Osteosarcoma.....	21
Tratamiento del Cáncer.....	22
Cirugía.....	23
Quimioterapia.....	24
Radiación.....	25
Consecuencias Psicosociales del Cáncer.....	26
Afrontamiento.....	32
Calidad de Vida.....	33
ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS	
Programas específicos desarrollados.....	36
Actividades profesionales diarias.....	36

Formulación de Casos	
Objetivo General del Reporte.....	41
Objetivos Específicos.....	41
Participantes.....	41
Escenario.....	42
Diseño.....	42
Procedimiento.....	42
Primer caso.....	43
Segundo caso.....	47
Tercer caso.....	52
Cuarto caso.....	57
Quinto caso.....	60
Sexto caso.....	64
Discusión.....	68
Evaluación de las competencias profesionales.....	75
Evaluación de la supervisión.....	76
Referencias.....	77
Anexos	
Manual de Afrontamiento de la Pérdida.....	85
Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con tumores óseos en miembros inferiores, artrodesados, amputados o desarticulados.....	108

Resumen

El reporte de experiencia profesional que a continuación se presenta contiene diversos apartados, se inicia describiendo el contexto en el que se desarrolla la Residencia de Medicina Conductual. Posteriormente se describen las actividades profesionales desarrolladas como residente en los escenarios hospitalarios, tales como los programas específicos, las actividades diarias y las actividades de supervisión. El primer año de residencia se llevó a cabo en el Hospital General de Atizapán, en el que se atendieron 122 pacientes del servicio de Medicina Interna. El segundo año de residencia tuvo lugar en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), incidiendo en 75 pacientes del servicio de tumores músculo-esqueléticos, durante diversas fases de la enfermedad a) pre-diagnóstico/diagnóstico, b) hospitalización/tratamiento y c) fase terminal. Enseguida se encuentra el apartado de formulación de casos en el que se describen algunas intervenciones psicológicas realizadas en el Instituto Nacional de Rehabilitación y los efectos clínicos o de ajuste psicológico obtenidos en cada paciente. En la discusión se concluye que el presente reporte cumplió con su objetivo de mostrar las intervenciones psicológicas que realiza el residente de Medicina Conductual en el ámbito hospitalario. Finalmente se hace una evaluación de las competencias profesionales alcanzadas y de la supervisión.

Antecedentes

Salud-enfermedad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad. Cella (1994) apunta que esta definición implica que la salud incluye múltiples dimensiones, incluyendo los aspectos físicos, emocionales, sociales, económicos y espirituales, y es posible medir estas cualidades (Elliott, Renier, Haller, & Elliot, 2004).

En todo el mundo los problemas de salud han aumentado dramáticamente en las últimas décadas y, en consecuencia, también se han incrementado los problemas mentales. Estos últimos, están entre los que más contribuyen a la carga global de enfermedades y discapacidades (Programa de Acción en Salud Mental, Secretaría de Salud, 2002).

Así como sucede con las enfermedades crónico-degenerativas que tienen como característica principal el que no son agentes patógenos específicos los que las producen, sino causas múltiples y no exclusivamente orgánicas, también influyen los factores psicológicos, sociales, culturales y ambientales (Valencia, 2006).

Este cambio en el modelo de enfermedad ha dado lugar al reconocimiento del medio socio-ambiental y la conducta personal de los individuos como determinantes importantes de esas enfermedades. Con ello se ha hecho más relevante el papel de las ciencias de la conducta, como la Psicología, que se modifica de un intento rehabilitador o

terapéutico al de preventivo, reductor o de evitación de enfermedades crónico-degenerativas (Valencia, 2006).

El manejo de las enfermedades crónicas y sus efectos potenciales en muchos aspectos de la vida del paciente representan oportunidades importantes para el psicólogo profesional. Ya que los psicólogos pueden reducir potencialmente la prevalencia de las enfermedades crónicas gracias al trabajo en la prevención o reducción de las conductas poco saludables (Nicassio & Smith, 1995).

Son múltiples los factores que contribuyen a la conservación, pérdida o recuperación de nuestra salud. Sin embargo, cinco condiciones fundamentales han resultado ser clave: herencia, nutrición, la calidad de nuestro ambiente, acceso y calidad en los servicios de salud y el comportamiento humano. Ésta última tiene una importancia fundamental pues es ingrediente principal de cualquier actividad humana. Todos estos elementos actúan juntos en cualquier momento durante nuestras vidas y, dependiendo del peso relativo o de la contribución de estos factores en diferentes combinaciones en cierto momento, estaremos sanos, enfermaremos, nos recuperaremos de la enfermedad o moriremos inoportunamente (Sánchez-Sosa, 2002).

El término de comportamiento humano incluye todos los aspectos del funcionamiento psicológico, tales como las actitudes y las reacciones emocionales (incluyendo los componentes fisiológicos), cogniciones (ideas, convicciones, creencias, concepciones) y la actividad instrumental (en realidad todo lo que hacemos y decimos) (Sánchez-Sosa, 2002).

Epidemiología

Las estadísticas de la Secretaría de Salud (2004) informan que a nivel nacional se registran 472,823 defunciones. De acuerdo con el informe, las principales causas de mortalidad general en México son: enfermedades del corazón con 77,542; tumores malignos con 60,994; diabetes mellitus con 60,048; accidentes con 36,880 y enfermedades del hígado con 29,315 defunciones, entre otras.

El contexto de atención a la salud en México

Aproximadamente 55% de la población mexicana es derechohabiente de alguna de las instituciones de seguridad social para los trabajadores del Estado, quienes reciben atención en centros de salud, hospitales generales y especialidades. La organización de los servicios de salud está dividida en tres niveles de atención. El primero incluye los centros de salud y las unidades de medicina familiar, en donde se ubican la mayor parte de los problemas de salud. El segundo nivel ofrece internamiento y consulta, por medio de los hospitales generales. El tercer nivel de atención cuenta con unidades de alta tecnología para las sub-especialidades.

El resto de la población mexicana que no tiene acceso a la seguridad social debería recibir servicios de la Secretaría de Salud, de los gobiernos de los estados o municipios de los centros de salud, hospitales generales y especialidades y, en el tercer nivel de atención por la Coordinación de Institutos de Salud conformada por 11 Instituciones Nacionales, donde se proporciona atención de sub-especialidades y se efectúa investigación (Rodríguez & Rojas, 1998).

Medicina Conductual

Si se considera que en la salud se combinan dos realidades, la orgánica y la mental, la Psicología y la Medicina es en donde se encuentra el origen de un campo especializado llamado Medicina Conductual. Representa el campo interdisciplinario integrado de la ciencia biomédica y de la psicología, ciencia de la conducta. Reconoce la génesis multifactorial del binomio salud-enfermedad (Schwartz & Weiss, 1991). Entraña la aplicación del conocimiento y de las técnicas conductuales para el tratamiento de la enfermedad, su prevención y potencialización de la salud (Pomerleau & Brady, 1991). Por último, representa el campo de investigación que contribuye a la promoción general de la salud, en su doble carácter, tanto básico como aplicado (Agras, 1982).

Dentro de cada nivel de atención, el papel de la psicología, en especial, el enfoque cognitivo-conductual, contribuye al logro y mejoramiento de los objetivos del trabajo médico influyendo como parte de la asistencia y tratamiento, en la adherencia a los tratamientos (Méndez, 2005), la preparación psicológica para las intervenciones invasivas (Rodríguez-Marín, Pastor & López-Roig, 1993), y en el tratamiento de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados (Velasco & Sinibaldi, 2001).

Es por ello, que el modelo de atención en Medicina Conductual basado en la intervención breve de corte cognitivo-conductual se convierte en una estrategia útil y oportuna en Salud Pública, debido a que en los escenarios hospitalarios se tiene que atender un gran espectro de personas con padecimientos diversos. Aunado a esto, resalta el hecho de que existe gran escasez de recursos competentes

para la atención en este tipo de población que permitan la detección temprana y la reducción de síntomas.

Es en este panorama donde se desarrolla la residencia de Medicina Conductual perteneciente al posgrado de psicología.

Primer año de Residencia

Hospital General de Atizapán

“Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”

CONTEXTO DE SERVICIO

A raíz del terremoto de 1985, una gran parte de la población capitalina se vio afectada, entre las principales secuelas, estuvo la notable escasez de camas hospitalarias, especialmente de la Secretaría de Salud. El Plan Nacional de Salud contempla la centralización de la atención médica en las grandes ciudades e implementa sistemas regionales de salud que pretenden optimizar los recursos con los que se cuenta y extender la cobertura a las poblaciones desprotegidas. Por este motivo, se construyó el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”, dentro del programa de construcción de la Secretaría de Salud, financiado con recursos del Fondo Nacional de Reconstrucción, para beneficio de la población de Atizapán de Zaragoza, Estado de México.

El Presidente de la República Miguel de la Madrid Hurtado lo inauguró el 27 de abril de 1987, develando una placa, otorgando reconocimiento a Chrysler de México, a la Cruz Roja Danesa, al Ente Nazionale Idrocarbum de Italia y al gobierno de los Países Bajos, quienes con su donativo colaboraron a la construcción del hospital y donaron equipos médicos.

Características de la Sede

El Hospital General de Atizapán se encuentra ubicado entre la Avenida Motesol y la Avenida Adolfo López Mateos sin número, situado en el municipio de Atizapán de Zaragoza en el Estado de México. Se considera este hospital de segundo nivel de atención médica. Está dirigido al reestablecimiento de la salud, atiende daños frecuentes y de mediana complejidad. Su objetivo es brindar atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación a la población; participar en la formación de recursos humanos para la salud y la cobertura de los programas de investigación básica, clínica y socio-médica del Sector Salud.

El Hospital cuenta con los siguientes servicios:

1. Urgencias. Da atención inmediata tanto médica como de enfermería. Cuenta con las áreas de exploración, curación, control de enfermería, el área de observación de adultos y de pediatría.
2. Labor y expulsión
3. Recuperación
4. Quirófano
5. Terapia intensiva
6. Consulta externa. Cuenta con 14 consultorios para los servicios de:
 - a. Pediatría
 - b. Cirugía General
 - c. Medicina Interna
 - d. Cirugía Máxilo-facial
 - e. Odontología
 - f. Preconsulta
 - g. Planificación Familiar

- h. Gineco-ostetricia
 - i. Oftalmología
 - j. Control del niño sano
 - k. Clínica del adolescente
 - l. Otorrinolaringología
 - m. Salud mental: Psiquiatría / Psicología (Medicina Conductual)
 - n. Urología
7. Hospitalización. Se divide en las siguientes áreas:
- a. Cirugía General
 - b. Pediatría
 - c. Neonatología
 - d. Ginecología y Obstetricia
 - e. Medicina Interna (Medicina Conductual)
8. Medicina Preventiva
9. Trabajo Social
10. Dietología
11. Central de equipos y esterilización (CEYE)

Recursos Humanos

El hospital cuenta con 76 médicos especialistas, 4 médicos generales, 12 médicos en labores administrativas, 130 enfermeras generales, 16 enfermeras especialistas, 56 auxiliares de enfermeras, 17 enfermeras en la administración y enseñanza, 16 profesionales químicos, trabajadoras sociales, biólogos, nutriólogas, psicólogas e ingenieros en biomédica, 57 personas laboran como personal técnico, 201 personal administrativo, en archivo clínico y en conservación y mantenimiento. Además laboran ahí 42 residentes en las diferentes especialidades, incluidas las residentes de Medicina Conductual, además de 45 médicos internos de pregrado.

Ubicación del residente de Medicina Conductual en la Sede

Mi primer año de residencia lo realicé en el área de hospitalización del servicio de medicina interna, en la consulta externa y atendiendo interconsultas de otros servicios principalmente de urgencias y de cirugía.

El servicio de Medicina Interna

En esta área se brindan cuidados integrales a pacientes con patologías crónico-degenerativas que no ameritan cirugía. Los diagnósticos médicos más frecuentes son: Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica, Hipertensión, entre otras.

En México, en los años 60, las enfermedades infecciosas ocupaban las diez primeras causas de muerte y se mencionaban sólo algunas enfermedades crónicas. Para los 80, las enfermedades crónicas se encontraban dentro de las 10 principales causas de muerte y, para 1999, eran las principales causas de muerte. En primer lugar, se encuentran las enfermedades del corazón, seguidas de los tumores malignos y en tercero la diabetes mellitus tipo II (ENSA, 2000).

Diabetes Mellitus. Es un síndrome que consiste en una alteración del metabolismo de la glucosa con una hiperglucemia inapropiada debido a una deficiencia en la secreción de insulina o a la combinación de una resistencia a la insulina y una secreción inadecuada compensatoria de ésta. Se clasifica en: diabetes mellitus tipo 1, son pacientes casi siempre jóvenes que requieren de insulina para su control; diabetes mellitus tipo 2, son pacientes de mayor edad, a menudo

asintomáticos, en quienes es frecuente la carga genética positiva, no requieren insulina para su control. Diabetes gestacional es una intolerancia a la glucosa que ocurre en el transcurso del embarazo y que generalmente cede al término de éste. Otros tipos son defectos genéticos de las células B, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exócrino, endocrinopatías, inducida por fármacos o sustancias químicas, infecciones, de mediación inmunitaria (Nacional Diabetes Data Group, 1980).

Insuficiencia Renal. Es una reducción de la capacidad de los riñones, para filtrar los productos de desecho de la sangre y excretarlos por medio de la orina. Esta función sirve para regular el equilibrio corporal del agua, sal y presión arterial (McPhee, Lingappa & Ganong, 2003) La enfermedad renal puede ser reversible en sus primeras fases, pero si no se trata adecuadamente, puede progresar a lo largo del tiempo hasta amenazar la vida del paciente, llamada entonces, enfermedad renal crónica terminal. Esta enfermedad progresiva e irreversible de la función renal requiere tratamiento sustitutivo, ya sea de diálisis, hemodiálisis o trasplante renal para salvar o prolongar la vida de los pacientes.

Hipertensión. Se define como una presión arterial sistólica de 140mmHg o mayor, presión arterial diastólica de 90mmHg o mayor. La hipertensión se divide en esencial o primaria, cuando no se identifica una enfermedad que la cause, e hipertensión secundaria, cuando es la manifestación de una enfermedad, por ejemplo del riñón o por trastornos endocrinos o por coartación de la aorta (García, 2000).

Diversos artículos, cualitativos (Kiecolt-Glaser & Glaser, 1988b; O'Leary, 1990; Weiss, 1992) y cuantitativos (Herbert & Cohen, 1993a, 1993b) han concluido que el sufrimiento psicológico y los estresores

(eventos de vida negativos agudos y crónicos) están ampliamente relacionados con cambios como es la pobre regulación del sistema inmunológico. Los cambios en la función inmune asociados con el estrés ocurren como un resultado de los cambios fisiológicos que toman lugar (alteraciones en los niveles de hormonas y neuropéptidos). Estos cambios afectan diferentes aspectos de la función inmune. El modelo bioconductual propuesto por Suinn y VandenBos (1999) indica que las respuestas psicológicas (estrés y calidad de vida) y conductuales (adherencia y conductas saludables) pueden influir sobre los procesos biológicos y, quizás, la salud resultante. La calidad de los estresores, no sólo causa sufrimiento y una calidad de vida deficiente, sino también son lo suficientemente poderosos para producir cambios biológicos.

Otras investigaciones han corroborado estos datos al mostrar que las conductas no saludables pueden potenciar los efectos del estrés y su co-ocurrencia en los pacientes puede agregar efectos psicológicos y biológicos. Se ha encontrado la covariación de la inmunidad y las medidas objetivas de sueño (Irwin, Smith, & Gillin, 1992), ingesta de alcohol (MacGregor, 1986), tabaquismo (Holt, 1987) y el uso de drogas (Friedman, Klein, & Specter, 1991). En contraste, existen datos que la actividad física puede tener consecuencias inmunológicas y endocrinológicas positivas en individuos con enfermedades crónicas.

ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

Programas específicos desarrollados

Debido a las características de los pacientes y a que las consultas de los médicos están relacionadas con algún tipo de pérdida se realizó un manual de afrontamiento ante la pérdida. En este hospital tan sólo de enero a septiembre de 2003 de un total de 7104 ingresos se registraron

226 defunciones. Es decir, un 3% de las personas que ingresaron fallecieron. Pero la cifra es aún mayor si se toma como referencia el servicio de medicina interna, ya que ahí de 1193 ingresos ocurrieron 145 muertes, es decir, un 12%. En este manual se abordaron temas como la pérdida, emociones ante la pérdida, afrontamiento, factores que influyen en el afrontamiento de la pérdida, otras investigaciones de afrontamiento a la pérdida y al final se propusieron algunas estrategias para afrontar la pérdida. Este manual se adjunta al final del presente trabajo (Véase anexo 1).

Actividades profesionales diarias

Durante la rotación llevada a cabo de marzo de 2003 a febrero de 2004, estuve en el área de hospitalización de Medicina Interna, en la consulta externa de salud mental y realicé interconsultas, principalmente del área de cirugía general y de urgencias. Las actividades diarias se distribuyeron de la siguiente manera:

1) Pase de visita

El pase de visita lo realizaba diariamente a partir de las 7:00 a.m. en el área de hospitalización de Medicina Interna. Lo llevaba a cabo con el personal médico (jefe del servicio, médico adscrito, médicos residentes y médicos internos) y las cuatro residentes de Medicina Conductual. En este pase de visita detectaba las necesidades de los pacientes, en términos de déficits o excesos de carácter psicológico.

2) Sesión General del Hospital

Las sesiones se realizaban los martes a las 8:30 a.m. En ésta se revisaban temas médicos. Con estas sesiones ampliaba mi conocimiento

acerca de diversos padecimientos y con ello dar una mejor intervención a los pacientes.

3) Consulta Externa

Se efectuaba los martes y jueves. Los horarios estaban de acuerdo a los pacientes, ya que éstos eran asignados entre las cuatro residentes de Medicina Conductual. Los médicos de algunas de las áreas del hospital referían a los pacientes. Los pacientes que se atendían con más frecuencia eran los que estaban somatizando (llamados por los médicos pacientes conversivos), que tenían déficits en la solución de problemas, deprimidos, con enuresis o encopresis, problemas de pareja, ansiedad, etc. En la consulta externa atendí varios pacientes, pero sólo 10 fueron los que tuvieron seguimiento, ya que los demás dejaron de asistir.

4) Interconsultas

Las interconsultas las realizaba sobre todo con pacientes de urgencias y de cirugía general. La problemática psicológica más frecuente en los pacientes de urgencias se refería a síntomas que no podían ser cotejados con el diagnóstico médico (pacientes conversivos). Mientras que en el área de cirugía general eran la ansiedad y miedo ante los procedimientos quirúrgicos, los déficits en el manejo de la información acerca de sus padecimientos y el estrés generado por el cambio de fecha de su cirugía sin previo aviso.

5) Valoración de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica

Esta valoración la llevaba a cabo para saber si eran candidatos al Programa de Diálisis Peritoneal Intermitente. De estos pacientes obtenía su ficha de identificación y se evaluaban sus hábitos higiénicos, hábitos

dietéticos, estructura de la casa en que habitan, el apoyo social con que cuentan, las estrategias de solución de problemas que manejan y la información que tienen acerca de la enfermedad. Fueron 11 los pacientes que valoré.

6) Atención psicológica a pacientes hospitalizados

El servicio de Medicina Interna está dividido en dos alas, una de hombres y la otra de mujeres (roté cada mes en cada ala) y el área de aislados donde se atendían pacientes con VIH-SIDA (trabajo específico de la supervisora in situ).

En el servicio de Medicina Interna brindé atención psicológica a 122 pacientes que se encontraban internados por diferentes padecimientos: diabetes y enfermedades relacionadas 19 (15.6%), insuficiencia renal crónica 17 (13.9%), enfermedades del corazón 16 (13.1%), enfermedades respiratorias 15 (12.3%), enfermedades provocadas por el alcohol 12 (9.8%), hipertensión arterial 10 (8.2%), entre otras.

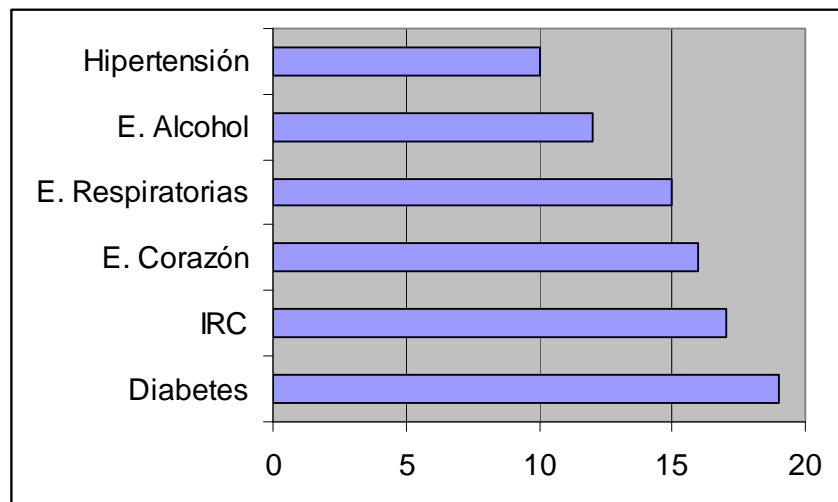


Figura 1. Padecimientos orgánicos de los pacientes atendidos en Medicina Interna

A estos pacientes les brindé atención psicológica, porque presentaban déficits en información acerca de su enfermedad y/o tratamiento, en la adherencia al tratamiento, en el manejo de sus emociones, en el autocontrol, en la solución de problemas, además de otras alteraciones psicológicas como la ansiedad, depresión, ideas irracionales, estrés, intentos suicidas, duelo por parte de los familiares, entre otras.

Las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizaron en el trabajo con estos pacientes fueron: psicoeducación, información acerca del diagnóstico y tratamiento; técnicas de relajación para el manejo del dolor, de la ansiedad, del estrés, etc.; reestructuración cognitiva; entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones; intervención en crisis por diagnóstico o tratamiento; entre otras.

Realicé una nota psicológica para cada paciente tanto en la consulta externa como en el área de hospitalización, utilizando el formato SOAP, donde "S" es el aspecto subjetivo, es decir, todo lo que el paciente expresa acerca de cómo se siente, qué piensa y cuáles son las conductas que lleva a cabo. "O" es la parte objetiva, es lo que el terapeuta observa. "A", de análisis, es donde se integra lo que informó el paciente y lo que observó el terapeuta para generar un diagnóstico. Finalmente, "P" es el plan de acción a seguir con el paciente.

Por supuesto gran parte de la atención psicológica que brindé en el área de Hospitalización de Medicina Interna fue con los familiares de los pacientes. Este trabajo lo enfoqué al establecimiento o mejora y fortalecimiento de las redes de apoyo y a facilitar la recuperación del paciente y de los familiares, al minimizarse los efectos negativos de tener un familiar enfermo.

7) Supervisión in situ

En los últimos meses de la residencia en el Hospital General de Atizapán tuve la supervisión académica los días viernes a las 8:00 a.m. Ésta sirvió para orientar a las residentes en Medicina Conductual en los trabajos de investigación que estábamos realizando.

Segundo año de Residencia

Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)

CONTEXTO DE SERVICIO

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) tuvo sus orígenes a partir del año de 1973 cuando el gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, creó el programa nacional de rehabilitación y educación especial para ofrecer soluciones a diferentes discapacidades. Producidas éstas, en gran medida, por los servicios de atención médica que, en algunos casos, reducen la letalidad a expensas de secuelas discapacitantes.

Características de la Sede

El Instituto Nacional de Rehabilitación está ubicado en Avenida México-Xochimilco 289, col. Arenal de Guadalupe, Delegación Tlalpan, México, D. F. Es un instituto de tercer nivel de atención y desde el año 2000 ha estado conformado por 3 instituciones que trabajaban, hasta antes de ese año de manera independiente:

1. Instituto Nacional de la Comunicación Humana
2. Instituto Nacional de Rehabilitación y el
3. Instituto Nacional de Ortopedia
 - a) Tumores músculo-esqueléticos (Medicina Conductual)

- b) Infecciones óseas
- c) Deformidades neuromusculares
- d) Artroscopia
- e) Reconstrucción articular
- f) Cirugía de columna vertebral
- g) Cirugía de mano
- h) Ortopedia pediátrica

Recursos Humanos

El Instituto tiene un Director General y 5 direcciones:

1. Médica, cuenta con las siguientes subdirecciones
 - a) Medicina de comunicación humana
 - b) Medicina de rehabilitación
 - c) Medicina del deporte
 - d) Servicios auxiliares de diagnóstico y
 - e) Servicios paramédicos
2. Quirúrgica
 - a) Ortopedia
 - b) Servicio quirúrgico de apoyo
 - c) Oftalmología
 - d) Otorrinolaringología y
 - e) Enfermería
3. Investigación
4. Enseñanza
5. Administración

Ubicación del residente de Medicina Conductual en la Sede

La residencia de Medicina Conductual se ubica en ortopedia específicamente en el servicio de tumores músculo-esqueléticos. Sin

embargo, también proporcioné apoyo psicológico y realicé valoraciones en el área de rehabilitación de amputados. Me enfoqué en los pacientes que habían requerido de esa cirugía a consecuencia de algún tumor, ya que éstos se presentaban en el hospital para que les fuera prescrita una prótesis. En algunas ocasiones, también realicé interconsultas de otros servicios.

El servicio de Tumores Músculo-Esqueléticos

El servicio de tumores óseos es un servicio de alta especialidad, cuya función es el tratamiento de neoplasias músculo-esqueléticas, tanto malignas, como benignas, localizadas principalmente en las extremidades o pelvis. El tratamiento incluye la resección para llevar a cabo una cirugía de salvamento de la extremidad (artrodesis), para una amputación o una desarticulación. Además, si es necesario, se utiliza la quimioterapia.

Las instalaciones con las que se cuenta son ocho camas de hospitalización, dos aislados (en uno de ellos se prepara la quimioterapia), un cubículo de consulta externa, una sala de juntas, una sala de quirófano y el equipo para dar tratamiento al tumor.

El servicio de tumores óseos cuenta con el siguiente personal: un jefe del servicio, dos médicos adscritos, dos médicos de sub-especialidad, de dos a cinco médicos residentes que rotan cada dos meses, dos trabajadoras sociales, enfermeras, una secretaria y dos residentes de Medicina Conductual, además una psicóloga prestando el servicio social.

Para comprender el padecimiento de los pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Rehabilitación a continuación se presenta una

introducción acerca del cáncer, de los tumores óseos y, específicamente, del osteosarcoma. Este mismo marco teórico sustentará la investigación que se realizó durante esta rotación y el siguiente capítulo “Formulación de Casos” en el que se describen las intervenciones psicológicas de seis pacientes que tienen como diagnóstico médico el osteosarcoma.

Cáncer

El cáncer ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. Lo que se ha demostrado en hallazgos de tumores óseos en esqueletos de animales y de restos humanos prehistóricos localizados en la India (Ramayana) y en Egipto (Papiro de Ebers), desde hace 3,500 años. La palabra cáncer se deriva del latín y del griego “cancrum” y “karkinos”, respectivamente, que significa cangrejo, ya que anteriormente se observaba la similitud de este crustáceo con los tumores malignos (Aguiar & Bohn, 1998).

Las investigaciones realizadas en el campo de la oncología han demostrado que el cáncer es una enfermedad sistémica que afecta a las células en las que, por mutaciones de su material genético, se altera el control de su crecimiento, así como su mecanismo de muerte natural. Esto conduce a una multiplicación celular sin control ni orden y en consecuencia a la aparición de una masa celular llamada tumor que crece progresivamente dentro de un órgano o víscera, invade los tejidos vecinos y se disemina a distancia a través de la corriente sanguínea o linfática, terminando en un plazo más o menos breve con la vida del huésped al interferir con sus funciones biológicas vitales (Vienegra, 2001).

Aunque muchas personas piensan que el cáncer es una sola enfermedad, en realidad el término se usa para describir cerca de 200 diferentes enfermedades (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, & Houts, 1998).

Incidencia

El cáncer se considera una de las primeras cinco causas de muerte en el mundo, es responsable del 22% de la mortalidad global. En México, aparece el cáncer como la segunda causa de muerte desde 1990, superada solamente por las enfermedades cardiovasculares. En el 2000 se notificaron 55,731 defunciones por tumores malignos de los cuales 48% correspondían a hombres y 52% a mujeres. Entre 1998 y 2000 los casos diagnosticados han aumentado del 2 al 13% anualmente. En el 2000 se registraron 91,913 casos, el 34% en hombres y el 66% en mujeres, los tumores más frecuentes fueron cáncer cérvico (24%), piel (14%), mama (11%), próstata (6%) y estómago (3%) (Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas, 2000).

Tumores Óseos

Los tumores óseos se deben al crecimiento de células anormales en los huesos. Pueden ser no cancerosos (benignos) o cancerosos (malignos). Los tumores no cancerosos son relativamente frecuentes, mientras que los cancerosos son poco frecuentes. Además, los tumores óseos pueden ser primarios (tumores cancerosos o no cancerosos que se originan en el mismo hueso) o metastásico, es decir, cánceres originados en otra parte del organismo (por ejemplo en las mamas o la próstata) y que se propagan al hueso. En los niños la mayor parte de los tumores cancerosos son primarios; en los adultos la mayoría son metastásicos. El dolor de los huesos es el síntoma más frecuente de los

tumores óseos. Además es posible notar una masa o tumoración. En ocasiones el tumor, especialmente si es canceroso, debilita al hueso por lo que éste se fractura con poca o ninguna sobrecarga (fractura patológica).

Osteosarcoma

En nuestro país, según los datos del Registro Nacional del Cáncer de la Secretaría de Salud, de 47,756 casos nuevos de enfermedad neoplásica maligna en 34 hospitales de la ciudad de México, sólo el 2.3% tuvo su origen en el hueso. Aunque la prevalencia de tumores óseos es baja en comparación con la incidencia de otros cánceres, al valorarlas como causa de muerte, son superiores (González-Almaraz, Rosillo-Ruiz & Cavazos-Gómez, 2002). En la investigación realizada por estos mismos autores, en el Instituto Nacional de Ortopedia los tumores óseos representaban el 0.15% de las consultas ortopédicas.

De todos los tumores óseos, el osteosarcoma representa casi el 45% y se considera potencialmente maligno. En México, el osteosarcoma representa entre el 0.6% y 0.8% en varones y entre el 0.3% y el 0.4% en mujeres de las neoplasias malignas (Martínez, Arizmendi, Flores, Barra, Díaz & De la Garza, 2004). Esta clase de tumor es de alta malignidad y metastático. Es el más frecuente en los adolescentes y el segundo, después del mieloma, en los adultos. Por lo general en adolescentes se trata de un tumor maligno primario de hueso (Martínez, et al., 2004). El sitio de aparición es principalmente en huesos largos y en particular, en los tercios distal de fémur y proximal de tibia y húmero. Se considera que el tumor aparece en la adolescencia por ser la etapa donde ocurre un mayor crecimiento óseo. Aunque la etiología es aún desconocida, también se señala una posible causa viral (Niembro, Castellanos, Gutiérrez, Cárdenas, Calderón & Rivera, 2005).

En cuanto edad (Mejía, Flores, Juárez, Vázquez, Games, Pérez, Ortega, Rendón & Gutiérrez, 2005) se ha encontrado que en la ciudad de México los tumores óseos predominan entre los 10 y 14 años en ambos sexos. En las niñas se encuentra el mayor número de casos, entre los 13 y 14 años y en los hombres a los 15 años.

Las principales manifestaciones clínicas del tumor son: dolor local, aumento de volúmen del hueso afectado con limitación de la deambulaci3n, tambi3n afecta de manera variable a tejidos blandos adyacentes y neoformaci3n vascular. Cuando se presenta met3stasis, los s3ntomas aumentan con fiebre y p3rdida de peso (Niembro, et al., 2005). Se calcula que el 90% de los pacientes con osteosarcoma desarrolla met3stasis a nivel pulmonar y que el 80% tiene met3stasis pulmonares subcl3nicas microsc3picas al tiempo del diagn3stico.

En los adultos, los tumores 3seos secundarios, es decir tumores originados por met3stasis, sobrepasan considerablemente en n3mero a los primarios, de tal manera que despu3s de los 40 a3os, todo tumor 3seo se debe considerar en primera instancia como metast3sico hasta demostrar lo contrario (Salazar, Axotla & Parra, 2002), lo cual da al paciente menor esperanza de vida.

Tratamiento del C3ncer

Generalmente, el tratamiento del c3ncer cae dentro de cuatro categor3as: cirug3a, radiaci3n, quimioterapia y terapia biol3gica. Cualquiera de estas aproximaciones puede utilizarse en un *tratamiento primario*, el cual es la mejor intervenci3n para un tipo particular de c3ncer. Se da la *terapia adyuvante* despu3s del tratamiento primario implementado como parte de un protocolo de tratamiento comprensivo.

La terapia adyuvante ayuda a eliminar las células cancerígenas microscópicas que no es posible remover durante la cirugía. La *terapia neo-adyuvante* ocurre antes del tratamiento primario para conocer el lugar potencial de la metástasis. El *tratamiento profiláctico* se dirige al lugar donde exista el mayor riesgo de desarrollar cáncer (Nezu, et al. 1998).

Las metas de la terapia para el cáncer se ubican en tres categorías: cura, control y paliación. La *cura* se logra en algunos tumores, tales como el cáncer de testículo, cervical y de la piel. El mayor riesgo de recurrencia de la enfermedad usualmente ocurre durante los primeros dos años después del tratamiento primario. La terapia dirigida al *control* se usa en los tumores en los que no hay una posible cura. El control está definido como la contención del tumor. La *paliación* se dirige al alivio de los síntomas cuando la cura es imposible. La meta de este tratamiento es el uso de agentes terapéuticos, sin embargo, se proporciona en un período muy corto (Nezu, et al. 1998).

Cirugía

La cirugía es el tratamiento más antiguo del cáncer. Más que a cualquiera otra forma de tratamiento, se ha recurrido a la cirugía para tratar muchos tipos de cáncer. Además de la cura, la cirugía tiene muchos roles. Los tumores benignos precancerosos se remueven mediante diversos procedimientos quirúrgicos. A esto se le considera como *cirugía profiláctica*. Remover el tumor primario es el principal uso de la cirugía. La cirugía mayor incluye remover el tumor, el tejido circundante y los nódulos linfáticos. La cirugía mayor se utiliza para remover otros tumores que son metastásicos, recurrentes o residuales. La cirugía paliativa mejora la calidad de vida, pues alivia los síntomas obstructivos (Nezu, et al., 1998).

Las dos formas de tratamiento quirúrgico más comunes son la amputación o cirugía de salvamento de la extremidad (reconstrucción). La reconstrucción se emplea en los individuos que han tenido una cirugía mayor para remover un tumor que ha deformado o causado problemas funcionales. Finalmente, la cirugía se usa para apoyar otras modalidades de tratamiento, tales como la quimioterapia o la radiación.

El osteosarcoma y tumor de células gigantes son las principales causas de amputación o desarticulación. De hecho, para erradicar la enfermedad el cirujano requiere realizar niveles de amputación altos llegando a las desarticulaciones y hemipelvectomías (Pacheco, Chávez, Diez, & Miranda, 2006).

Quimioterapia

Por otra parte, es posible utilizar la quimioterapia para la cura, el control o la paliación en el proceso del cáncer. Cuando la meta del tratamiento es la paliación, la quimioterapia reduce el tumor para aliviar la tensión en las estructuras que causan incomodidad (Nezu, et al., 1998).

La quimioterapia actúa alterando el proceso de vida y funcionamiento de las células cancerígenas de varias formas. Los agentes de las drogas antineoplásicas se han clasificado por las acciones específicas que cada uno lleva a cabo en el ciclo de la célula y en la estructura bioquímica. Debido a que las células se están dividiendo constantemente y están en varias fases de su ciclo celular, son varios los agentes antineoplásicos para provocar al máximo la muerte de las células, sin incrementar la toxicidad de la droga.

Por ser la quimioterapia una intervención sistémica, los agentes de la droga no tienen la habilidad de seleccionar sólo las células malignas. Por lo tanto, los agentes antineoplásicos dañan por igual las células normales y las malignas. Los efectos secundarios ocurren por el daño a la rápida división de las células. Algunos agentes dañan otras células, tales como las células renales, por sus efectos bioquímicos. Los efectos secundarios más comunes de la quimioterapia incluyen la pérdida del cabello, menor conteo de las células blancas, menor conteo de plaquetas, náusea, vómito, diarrea, llagas en la boca. Los efectos secundarios, tales como la pérdida del cabello, son temporales, pues éste vuelve a crecer después de terminado el tratamiento.

Tradicionalmente, se trataba el osteosarcoma mediante amputación, sin embargo con el uso sistemático de la quimioterapia, la sobrevida se ha incrementado de manera importante en más de un 50%. No obstante, en el momento que se presenta el tumor, se considera como un factor predictivo de mal pronóstico. Por lo tanto, el tratamiento combinado de quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía, se ha convertido en el tratamiento estándar, ya que impacta el incremento en la sobrevida.

Radiación

También se usa la terapia de radiación para la cura, control y paliación en varios tumores. En muchos pacientes, se usa la radiación como paliación para el dolor incontrolable (Nezu, et al., 1998).

La radiación trabaja a nivel celular usando una gran energía en las partículas. Las células cancerígenas mueren porque los efectos de la radiación dañan las moléculas de ADN de las células. Las células normales dentro del campo del tratamiento también mueren debido a la

terapia de radiación, lo cual puede conducir a efectos secundarios. Sin embargo, las células normales tienen la capacidad de repararse a si mismas, mientras que las células cancerígenas no.

Los efectos secundarios de la radiación, a diferencia de la quimioterapia, son acumulativos. Dentro de los primeros seis meses de tratamiento, ocurren los efectos agudos. Los efectos crónicos ocurren después de los primeros seis meses. La radioterapia afecta las células normales y las cancerígenas que están creciendo rápidamente. Las células normales se dividen rápidamente incluyendo las de la piel, membrana mucosa, folículos del cabello y médula ósea. La náusea, el vómito, la diarrea, pérdida del cabello y la anemia pueden resultar de la terapia de radiación, dependiendo del sitio de localización del tratamiento. Estos efectos secundarios se resolverán después de que las células hayan tenido tiempo de reparar y resumir el funcionamiento normal. El efecto secundario más común de la radiación es la fatiga. Los efectos secundarios de largo plazo de la terapia de radiación son usualmente el resultado del daño permanente de las células en el área que está recibiendo la terapia. Algunos efectos secundarios crónicos son la neumonitis pulmonar, fibrosis y esterilidad.

Consecuencias Psicosociales del Cáncer

El carácter estresante de la enfermedad es el resultado de las múltiples demandas de ajuste que plantea y depende de muchos factores: su duración, su forma de adaptación (repentina e inesperada, lenta y evolucionada, manifiesta o insidiosa), su intensidad o gravedad (que puede suponer padecimiento de dolor, sentimientos de impotencia, cambios permanentes en las funciones corporales, cambios permanentes en el aspecto, pérdida de papeles sociales clave, inseguridad e

imprevisibilidad del futuro, hospitalización y separación de la familia y amigos, posibilidad de una muerte inesperada, etc.), y de la interpretación y valoración que la persona hace de la situación. Efectivamente, el tipo de respuesta psicosocial que una persona desarrolla ante la enfermedad está determinado, primero, por el nivel de “gravedad percibida” y el nivel de “gravedad percibida” está a su vez determinado, primero, por el conjunto de creencias de la enfermedad de la persona, que constituyen la concreción personal de la “representación social” que de la enfermedad existe dentro del grupo social; y segundo, por el conjunto de síntomas dolorosos y discapacitantes que la acompañen (Rodríguez-Marín, Pastor & López-Roig, 1993).

Aunque el cáncer ortopédico es uno de los tipos de cáncer menos común, los individuos diagnosticados con cáncer de hueso encaran una gama amplia de efectos psicosociales, por dos razones. Primero, el cáncer de hueso puede ser uno de los más discapacitantes debido a los tratamientos quirúrgicos que frecuentemente requieren. Estos procedimientos quirúrgicos pueden provocar la discapacidad física con lo que se disminuye la actividad social, lo que conduce a la soledad. Segundo, el lapso de cinco años de sobrevida para los pacientes con cáncer de hueso va del 65% al 75% (Neugbauer, 1996).

Experimentar cáncer requiere una adaptación substancial al cambio. Por ejemplo, cambios biológicos relacionados con la apariencia física, la actividad hormonal y la salud en general suelen requerir un ajuste psicosocial. Estos cambios pueden afectar negativamente la función sexual, la salud psicológica y el bienestar en general. Durante el tratamiento y en la recuperación del cáncer, se requiere que el paciente cambie su comportamiento. Por ejemplo, algunos pacientes deben disminuir o discontinuar conductas específicas, tales como fumar o

ingerir alcohol. También se necesita modificar las dietas de los pacientes, sus patrones alimenticios y el ejercicio. Generalmente, el personal médico prescribe varios cambios conductuales para mejorar la eficacia de los protocolos de tratamiento y reducir los efectos negativos en éste (Nezu, et al., 1998).

Emocionalmente, los disturbios psicológicos más comunes en los pacientes con cáncer son la depresión y la ansiedad. Aunque tal sufrimiento emocional es una respuesta normal al cáncer y a su tratamiento, muchos pacientes experimentan niveles clínicamente significativos. Massie y Holland (1989) han informado que la razón más común de las consultas psiquiátricas en una muestra de 546 pacientes con cáncer fue la depresión, el riesgo de suicidio o ambos. El 20% de la muestra mostró depresión mayor, y otro 27% desorden de ajuste con humor depresivo. Otros estudios realizados por Rabkin, McElhiney, Moran, Acree y Folkman (2008) en 58 pacientes con cáncer encontraron que 7% de los pacientes tienen un desorden de depresión mayor, 9% tuvo síntomas depresivos, 22% estuvieron tomando antidepresivos, 76% de los pacientes nunca han sido diagnosticados con depresión, 3% estuvieron siempre deprimidos y 14% llegaron a estar deprimidos por primera vez, casi exclusivamente antes de morir.

Brothers y Andersen (2008) apuntan que la desesperanza en el diagnóstico es un predictor significativo del mantenimiento de los síntomas depresivos en los pacientes. Así mismo, Sharpley, Bitsika y Christie (2008) indican que la depresión y la desesperanza están ligadas al suicidio, el grado en el que los pacientes con cáncer experimentan estos sentimientos contribuye a tener pobres resultados en el tratamiento a largo plazo e incrementa su vulnerabilidad al suicidio como una opción para afrontar el cáncer.

La forma más común de ansiedad dentro de los pacientes de cáncer es de naturaleza reactiva. Su origen puede asociarse al diagnóstico, al dolor, a la condición médica subyacente, a los efectos secundarios de los medicamentos y a los problemas psicológicos relacionados. En el estudio de Massie y Holland (1989) 62 de 546 consultas psiquiátricas incluían un diagnóstico de desorden de ajuste de tipo ansioso, mientras que 22 desórdenes de ansiedad. También se ha detectado en los pacientes con cáncer otras reacciones de ansiedad, como fobias, trastorno de estrés postraumático y náusea anticipatoria. Similar a los descubrimientos de depresión entre los pacientes de cáncer, sólo el 8% presentaba desórdenes de ansiedad preexistentes. En una investigación que realizaron Valderrama, Carbellido y Domínguez-Trejo (1995) encontraron que las reacciones de ansiedad más altas fueron preocupación excesiva, falla en la concentración, sudoración, taquicardia y aislamiento social.

Lichtenthal, Matthew, Zhang, Trice, Kissane, Breitbart y Prigerson (2008) mencionan que los pacientes terminales presentan un incremento en el distrés existencial y síntomas físicos secundarios. Cuando se sabe que se tiene una enfermedad terminal el deseo de morir se incrementa. Los resultados de su investigación muestran que la prevalencia de depresión y ansiedad no incrementa cuando se está cerca de morir. Por el contrario, el distrés físico, el saber que tiene una enfermedad terminal y el desear morir manifiestan la aceptación de ser moribundo. Además, Rabkin, et al. (2008) concluyeron que cuando los pacientes terminales se aproximan a su muerte experimentan tanto humor positivo como negativo, y que sólo una minoría significativa presenta una depresión mayor antes de morir, pero que la depresión mayor se puede evitar cuando se está moribundo.

El cáncer y su tratamiento se asocian con problemas adicionales. Por ejemplo en el cáncer avanzado, el 70% de los pacientes manifiestan un dolor significativo durante el curso del tratamiento. Agregado a esto, Laird, Boyd, Colvin y Fallon (2008) encontraron que los pacientes deprimidos usan más descripciones afectivas para el dolor y muestran mayor duración del dolor.

Los problemas interpersonales ocurren con diversas personas (esposo-pareja, familia, hijos y amigos) y situaciones (carrera, trabajo, educación, religión, finanzas, sexo, salud física, tiempo libre y metas personales). Muchos pacientes con cáncer son incapaces de trabajar, por lo menos un tiempo limitado, durante el curso de su tratamiento o recuperación. Dependen de otras personas, ante las demandas del ambiente físico, para realizar tareas diarias y sus responsabilidades (Nezu, et al., 1998).

Según Rodríguez-Marín, et al. (1993), el cáncer produce dos reacciones conflictivas entre las personas significativas para el enfermo: primero, sentimientos de miedo, aversión al cáncer y segundo, la creencia de que la conducta apropiada respecto al enfermo de cáncer consiste en mantener una fachada optimista y alegre. El conflicto entre ambas reacciones puede producir ambivalencia hacia el paciente y ansiedad ante la interacción con él o ella. Consecuentemente se puede producir una evitación física del paciente o una evitación de una comunicación abierta acerca de la enfermedad, por parte de los demás (familiares, amigos, profesionales, etc.) así como discrepancia en la conducta (por ejemplo conducta verbal positiva junto a conductas no verbales negativas).

La soledad o el alejamiento pueden ser particularmente problemáticos. Además, muchas personas no saben como responder a

los miembros de la familia sobre los pacientes de cáncer y no dicen nada. Otros pueden evitar a las personas con cáncer, porque se están quedando calvos, pierden peso o vomitan (Nezu, et al., 1998).

El ambiente social presenta problemas a las personas con cáncer que tienen limitaciones ambulatorias, debido a la fatiga, a la debilidad muscular, a la neuropatía o a la amputación. La restricción de las actividades sociales es una de las consecuencias para aquellas personas, cuyo sistema inmune se encuentra comprometido debido al tratamiento. Debido a que los pacientes con cáncer tienen un riesgo alto de infecciones, se limita su asistencia a lugares públicos cerrados. Por lo tanto, pierden la oportunidad de conocer nuevas personas o de participar en eventos sociales durante el tratamiento o la recuperación (Nezu, et al., 1998).

Las investigaciones indican que la existencia de redes de apoyo social constituye un importante recurso, y que su disponibilidad, recepción y percepción, se asocia con una mejor adaptación a la enfermedad crónica, e incluso, en muchos casos, a un mejor estado físico y funcional, es decir, con una mejor calidad de vida; y la búsqueda de apoyo social, tanto en sus aspectos instrumentales y emocionales, constituye una respuesta de afrontamiento muy frecuente en los enfermos crónicos, cuya eficacia adaptativa depende, precisamente, de la existencia, conocida y disponible, de tales redes de apoyo social. Crearlas y/o mejorarlas es contribuir a mejorar la calidad de vida de los enfermos crónicos (Rodríguez-Marín, et al., 1993). Los pacientes más satisfechos con el apoyo social percibido, también perciben la enfermedad como más controlable, y esta sensación de control disminuye la vivencia de la enfermedad como amenazante o estresante.

Afrontamiento

En el campo de las enfermedades físicas y específicamente en la psicooncología, la dificultad radica en establecer, dentro del amplio mundo de las variables psicológicas, cuáles tienen un mayor peso específico en el momento de predecir el tipo de patología física que puede tener un individuo concreto, o bien cuales pueden predecir un mejor ajuste, calidad de vida y un mayor tiempo de supervivencia una vez establecida la enfermedad. Algunas de las variables psicológicas estudiadas son por ejemplo, la personalidad, el afrontamiento, el apoyo social, el estrés, la ansiedad, la depresión, la etiqueta que se asigne al problema y su evaluación, etc. (LJull, Zanier & García, 2003).

Las estrategias de afrontamiento se refieren a las respuestas de una persona ante las demandas de los sucesos estresantes. Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales, en constante cambio, a los que se recurre para manejar las demandas específicas externas y/o internas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Este modelo se denomina modelo transaccional del estrés, en tanto que el afrontamiento no es simplemente una respuesta a un hecho que ha sucedido, sino que es un proceso activo de modelado de lo que ha sucedido y de lo que sucederá.

Existen dos clasificaciones predominantes del afrontamiento. En la primera, se divide entre las formas centradas en el problema (dirigidas a alterar el problema), las centradas en la emoción (dirigidas a regular la respuesta emocional que genera el problema) y las centradas en la evaluación. En la segunda clasificación, según el foco, es la efectuada entre las formas de afrontamiento activas (o de aproximación) versus las formas de evitación. Las primeras se refieren a aquellos esfuerzos

cognitivos o conductuales para manejarse directamente ante el evento estresor. Las formas de evitación consisten en no enfrentar el problema o en reducir la tensión mediante conductas de escape (Moos, 1998).

Se han publicado diversos estudios empíricos sobre estrategias de afrontamiento. Valderrama, Carbellido y Domínguez-Trejo (1995) encontraron en 71 mujeres con cáncer cervicouterino que el estilo de afrontamiento más utilizado es la negación, aunque las pacientes hacen uso de una amplia gama de esfuerzos cognitivos y conductuales para controlar el problema y sus consecuencias emocionales. Asimismo, en un estudio realizado por Vos, Putter, Van Houwelingen y Haes (2007) encontraron que los pacientes masculinos con cáncer de pulmón presentan mayor negación que las mujeres. Que los jóvenes muestran menos negación que los mayores. Justo después del diagnóstico los pacientes con poco nivel de educación utilizan más la negación que los que tienen mayor nivel educativo; y durante el curso de la enfermedad ambos grupos muestran niveles similares de negación. Cierta nivel de negación es considerado un fenómeno normal en los pacientes con cáncer de pulmón, como parte del proceso de enfermedad que están atravesando. Rodríguez-Marín, et al. (1993) investigaron las estrategias de afrontamiento en enfermos crónicos y quirúrgicos. En el último caso, estudiaron la relación con el distrés percibido por la hospitalización y la cirugía. De las distintas estrategias evaluadas, las evitativas tuvieron el mayor poder predictivo sobre el distrés hospitalario.

Calidad de Vida

Dado el valor que la salud tiene como componente de la calidad de vida, su pérdida/ausencia (situación de enfermedad) constituye un acontecimiento estresante, que vulnera la calidad de vida de la persona.

En mayor o menor medida la enfermedad produce una ruptura del comportamiento y modo de vida habitual del sujeto, generando una situación de desequilibrio, que es en último extremo, lo que se suele denominar “situación estresante”, y que pone a la persona en necesidad de afrontarla para conseguir reducirla o adaptarse a ella, cambiándola, cambiando la circunstancia o cambiando la persona misma (Rodríguez-Marín, et al., 1993)

Los objetivos de los tratamientos de los pacientes con cáncer han estado enfocados ha reducir los síntomas y prolongar la vida. Sin embargo, el tiempo de supervivencia no dice nada en cuanto a la calidad de ésta. Asimismo, los niveles de bienestar no dependen exclusivamente de las variables físicas, sino también de las psicológicas y de las psicosociales consideradas como codeterminantes de la calidad de vida (LJull, et al., 2003).

La OMS (1996) define la calidad de vida como la percepción de un individuo del lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en el que vive, así como en la relación con sus metas, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales.

Devine, Parker, Fouladi y Cohen (2003) usaron un modelo del proceso social cognitivo para examinar la asociación del apoyo social con los pensamientos intrusivos y la evitación en predecir la adaptación y la calidad de vida en pacientes con cáncer. Al inicio del tratamiento el apoyo social fue asociado negativamente con el distrés psicológico y asociado positivamente con la calidad de vida. Los pacientes con pobres niveles de apoyo y gran cantidad de pensamientos intrusivos/evitación

tuvieron mayor distrés psicológico y una pobre calidad de vida un mes después del tratamiento. En otro estudio, Ferrero, Toledo y Barreto (1995) trabajaron con 65 pacientes con cáncer de mama no metastático, y encontraron que el espíritu de lucha también se asoció significativamente con una mejor percepción global de la calidad de vida y menos distrés psicológico. El fatalismo, la preocupación ansiosa y el desamparo/desesperanza se asocian con una menor calidad de vida global y mayor sufrimiento. Wiener, et al. (2006) evaluaron a sobrevivientes de sarcoma pediátrico y encontraron que el distrés psicológico fue asociado con los pensamientos intrusivos y conductas de evitación, dificultad en el reajuste a la escuela o el trabajo después del tratamiento y preocupaciones duraderas acerca de la salud. No se encontraron diferencias basadas en la edad, presencia de metástasis o el tiempo transcurrido después del diagnóstico. Los resultados sugieren que los sobrevivientes de sarcoma pediátrico están en un alto riesgo para tener resultados psicológicos adversos.

En un estudio realizado por Sprangers, et al. (2000) evaluaron la calidad de vida en pacientes con diferentes condiciones crónicas, graduadas en favorable, intermedia y adversa, se encontró que, los pacientes que sufrían cáncer, puntuaban en la condición intermedia con respecto a su calidad de vida. Sin embargo quienes padecían enfermedades músculo-esqueléticas puntuaban en la condición adversa. Llama la atención este resultado, dado que el paciente con cáncer en el hueso se enfrenta a las dos condiciones, lo que afectaría aún más su calidad de vida.

ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

Programas específicos desarrollados

Debido a las características observadas en los pacientes que tienen tumores óseos y a las estrategias que tienen que implementar para lidiar con su enfermedad, se decidió realizar una investigación llamada “Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con tumores óseos en miembros inferiores, artrodesados, amputados o desarticulados” Esta investigación se encuentra descrita al final del presente trabajo (Véase anexo 2).

Actividades profesionales diarias

Durante la rotación llevada a cabo de marzo de 2005 a febrero de 2006 me ubique en el área de hospitalización y consulta externa del servicio de Tumores Óseos. También proporcioné apoyo al servicio de rehabilitación de amputados y, en algunas ocasiones, interconsultas en otros servicios. Las actividades diarias quedaron distribuidas de la siguiente manera:

1) Pase de visita

Realicé diariamente el pase de visita en el área de hospitalización de tumores óseos, de lunes a miércoles a partir de las 8:30 a.m. y jueves y viernes a partir de las 9:00 a.m. Lo llevaba a cabo con el personal médico (del servicio de tumores óseos -jefe del servicio, dos médicos adscritos, médicos de sub-especialidad, y médicos residentes-; del servicio de amputados -jefe del servicio, médico adscrito y médicos residentes-), las trabajadoras sociales y las residentes de Medicina Conductual. En este pase de visita detectaba algunas de las necesidades del paciente.

2) Sesiones generales del Instituto

El programa académico de actualización médica continua de ortopedia contempla la realización de sesiones generales, sesiones anatomoclínicas y sesiones de investigación, los días jueves y viernes de cada semana, de 8:00 a 9:00 hrs.

3) Sesiones clínicas del servicio de tumores óseos

Las sesiones clínicas se realizaban los lunes a las 11:00 a.m. con el equipo de tumores óseos, de patología y de rehabilitación de amputados. En esta sesión se analizaban los casos difíciles que requerían de las aportaciones interdisciplinarias. En algunas ocasiones llevé a cabo evaluaciones psicológicas de los pacientes que se presentaron en la sesión clínica.

4) Sesiones clínicas del servicio de rehabilitación de amputados

El servicio de rehabilitación de amputados trata a pacientes que han sido amputados debido a malformaciones congénitas, neuropatía diabética y tumores óseos. Pretende la adaptación del paciente a su ambiente biopsicosocial y laboral en el menor tiempo posible con su nueva apariencia. Además de diseñar el sistema protésico más adecuado de acuerdo a las características de cada paciente para el mejoramiento en su calidad de vida.

En las sesiones clínicas del servicio de rehabilitación de amputados se reunían la jefa del servicio, el médico adscrito, los médicos residentes, la trabajadora social, terapistas físicos, personal que realiza el diseño y producción de la prótesis, personal del área de terapia ocupacional, la psiquiatra y psicóloga, y las residentes de Medicina Conductual.

Las sesiones se llevaban a cabo los jueves a las 11:00 a.m. En ellas realicé valoraciones psicológicas de los pacientes amputados debido a un tumor óseo, además de motivar a los pacientes para el uso de la prótesis. En todas las sesiones, aunque no hubiera realizado la valoración previa del paciente presentado (sin tumor óseo), di mi opinión clínica acerca de éste.

5) Interconsultas

Las interconsultas que realicé fueron: en el servicio de cirugía de mano a un paciente que estaba en crisis debido a que se le había amputado su mano por un accidente laboral, además de que estaba presenciando discusiones entre sus familiares (mamá y esposa). Las otras intervenciones psicológicas que llevé a cabo fueron con el personal del servicio de tumores óseos (enfermeras) a petición de ellas.

6) Consulta externa

Una semana se trabajaba en la consulta externa, la siguiente en hospitalización y así sucesivamente. El trabajo que realicé en la consulta externa fue detectar aquellos pacientes que necesitaban apoyo psicológico debido al estrés generado por alguna noticia que le daba el médico o porque tuviera déficits en la información acerca de su padecimiento o tratamiento.

Los viernes asistía el oncólogo que trataba a los pacientes que tenían tumores malignos y que requerían de quimioterapia. Di apoyo psicológico a los pacientes que entraban en crisis por algún resultado que no esperaban y proporcioné psicoeducación a los que la requerían.

7) Atención psicológica a pacientes hospitalizados

En el servicio de tumores músculo-esqueléticos atendí 75 pacientes en el área de hospitalización y de consulta externa. Estos pacientes son: los que se les explicaba que tenían un tumor; los que se les diagnosticaba cáncer; los que requerían de quimioterapia; los que se someterían a cirugía ya fuera sólo para retirar el tumor, para el salvamento de la extremidad (artrodesados), para una amputación o para una desarticulación, y a los pacientes que se les informaba que estaban en fase terminal.

Los diagnósticos de estos pacientes se dividen en dos grandes grupos los tumores malignos (osteosarcoma 22 pacientes) y los benignos (53 pacientes).

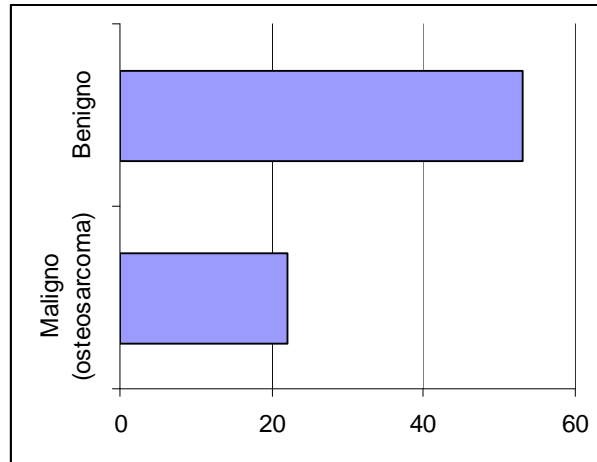


Figura 2. Tipos de tumor en los pacientes atendidos en Tumores Óseos

A estos pacientes les brinde atención psicológica porque presentaban déficits en la información acerca de su enfermedad y/o tratamiento, en el manejo de sus emociones, en la solución de problemas además de otras alteraciones psicológicas como la ansiedad, depresión, ideas irracionales, estrés, entre otras.

Las estrategias cognitivo-conductuales que trabajé con estos pacientes fueron: entrevista, facilitación de la expresión de sentimientos (Rapport), validación de las emociones, psicoeducación acerca del diagnóstico y tratamiento, técnicas de relajación para el manejo de la náusea, vómito, dolor, ansiedad, estrés, tensión arterial, etc.; reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas, balance decisional y toma de decisiones, en habilidades de comunicación, intervención en crisis por el diagnóstico o tratamiento, entre otras.

Para estos pacientes también realicé notas con el formato SOAP. Trabajé intensamente con los familiares, sobre todo con los cuidadores primarios, en el manejo adecuado de las emociones, psicoeducándolos, y reforzando las redes de apoyo social.

8) Otras actividades

Dicté dos conferencias: una llamada “Impacto emocional en el paciente con tumores óseos”, en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) de Toluca y la otra llamada “Impacto Emocional en el Paciente con Capacidades Diferentes”, en la Unidad Básica de Rehabilitación del Sistema Municipal DIF-Texcoco.

9) Supervisión in situ

El día de supervisión in situ se revisaban los casos difíciles, se analizaba el tratamiento otorgado a los pacientes. El supervisor me daba retroalimentación y hacía sugerencias para el mejoramiento de la intervención psicológica.

FORMULACIÓN DE CASOS

Objetivo General del Reporte

Describir las actividades profesionales realizadas durante los dos años de residencia en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán y en el servicio de tumores óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Objetivos Específicos

Describir y ejemplificar la intervención psicológica realizada en pacientes con osteosarcoma durante diferentes etapas de la enfermedad, dentro del servicio de tumores óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación.

Analizar la eficacia de las intervenciones psicológicas realizadas con los pacientes, dentro de un contexto hospitalario.

Evaluar las competencias profesionales alcanzadas y la supervisión.

Participantes

En los apartados anteriores se describieron el total de casos intervenidos en los dos años de residencia. En este apartado se hace énfasis en la descripción de la intervención cognitivo-conductual que se llevó a cabo con seis casos atendidos en el servicio de Tumores Óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación. Sus características serán reportadas con detalle más adelante.

Escenario

Las intervenciones psicológicas se realizaron en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Las intervenciones tenían lugar en varios escenarios dentro del Instituto. A los pacientes que estaban internados, se les atendía en su cama y a los que asistían a consulta externa se les atendía en algún cubículo que estuviera desocupado, al igual que los familiares.

Diseño

El presente informe es un trabajo de tipo cualitativo, en el que la descripción de las intervenciones realizadas en cada fase de la enfermedad, corresponden al tipo de Estudio de Caso, el cual se refiere a observaciones no controladas de un solo paciente, en el contexto de terapia y en el que se presentan datos que se basan en la información anecdótica, y sin los procedimientos de control usuales para tratar las amenazas a la validez externa e interna (Kazdin, 2001).

Procedimiento

Después del pase de visita se acudía con el paciente en el que se hubiera detectado la necesidad de intervención psicológica.

La residente en Medicina Conductual se presentaba y por medio de la entrevista comenzaba a indagar acerca de las necesidades psicológicas del paciente.

Se proporcionaba la intervención psicológica.

Cuando era un paciente que continuaría internado o que regresaría a hospitalizarse se le informaba que la psicóloga volvería a pasar para continuar con el trabajo terapéutico.

Si se requería, después del trabajo con el paciente se atendía a su familia en algún espacio que estuviera disponible.

Con los pacientes de consulta externa, se trabajaba en un cubículo que estuviera desocupado y se llevaba a cabo el mismo procedimiento que con los pacientes internados.

En las siguientes líneas se encuentran descritos algunos de los casos tratados en el Instituto Nacional de Rehabilitación. La redacción de los casos está basada en el artículo de Buela-Casal y Sierra (2002) “Normas para la redacción de casos clínicos”

PRIMER CASO

Recibió un diagnóstico médico de osteosarcoma.

1. Ficha de Identificación

Nombre: Salvador

Edad: 16 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Preparatoria

Ocupación: Estudiante

Religión: Católica

Lugar de residencia: Hidalgo

Diagnóstico médico: Osteosarcoma

Expediente: 005975

2. Motivo de consulta

Se decidió atender al paciente ya que los médicos le comunicaron el diagnóstico de osteosarcoma. Además, se le pidió que tomara la decisión de ser desarticulado o de firmar su alta voluntaria por máximo beneficio.

3. Impresión y actitud general

Se trata de paciente masculino con edad aparente mayor a la que corresponde a la cronológica. Se encuentra acostado, cabizbajo. Tiene adecuadas condiciones de higiene y aliño. No establece contacto visual, incluso en varias ocasiones voltea hacia otro lado.

4. Antecedentes de importancia

Es un paciente con pocos recursos culturales y económicos por lo que le es difícil comprender su padecimiento y pronóstico. Además su padre habla en dialecto y le cuesta trabajo comprender lo que se le explica, esto es importante ya que Salvador es menor de edad y el padre es quien tiene que tomar la decisión de continuar con el tratamiento o irse de alta.

A pesar de que Salvador provenía del estado de Hidalgo y de que tiene pocos recursos económicos, se encontraban acompañándolo su padre, su madre, sus dos hermanos y la hermana con su bebé. Esto nos habla de que cuenta con una adecuada red de apoyo social.

5. Padecimiento actual

Salvador manifiesta que hace quince días le diagnosticaron cáncer en un hospital de Pachuca, pero que no le preocupó porque alguien le comentó que se podía curar comiendo alimentos del campo. Sin embargo, al momento de que en el INR recibió la noticia de que su

tratamiento era la desarticulación entró en crisis lo que le provocó una ansiedad reactiva, además de que informa sentirse triste, confundido y preocupado por el costo de la cirugía.

Componentes:

Cognitivos. Me puedo curar del cáncer

Emocionales. Ansiedad reactiva, tristeza, confusión, preocupación

Conductuales. Llanto, no establece contacto visual

6. Examen mental

Su estado de conciencia alerta, orientado en las tres esferas, sin alteraciones sensoriales, su memoria a corto y a largo plazo conservada, su tono de voz es bajo y su lenguaje pausado. En sus pensamientos existen ideas irracionales.

7. Conceptualización cognitivo conductual

Déficit en:

La comprensión de su enfermedad, tratamiento y pronóstico

Habilidades sociales

Estrategias de afrontamiento y

Solución de problemas

Manejo de ideas irracionales.

Ansiedad reactiva

8. Estrategia terapéutica

La intervención psicológica se llevó a cabo en una sola sesión. Ese día se conoció al paciente en el pase de visita que fue cuando se le dio la información acerca de su tratamiento. La intervención inicio en el pase de visita cuando entraron en crisis Salvador y sus familiares y concluyó hasta que decidieron el alta voluntaria.

Las estrategias terapéuticas implementadas son:

Facilitación de expresión emocional – Rapport

Validación de las emociones

Psicoeducación

Debate de ideas irracionales

Balance decisional – Toma de decisiones

Técnica de solución de problemas

El padre y uno de los hermanos estaban en piso; se les entrevistó, se validaron sus emociones y les dio psicoeducación, para motivarlos a la toma de decisión por medio del balance decisional. El hermano estaba de acuerdo en la cirugía, pero no el papá. Se espero a hablar con la madre y otros dos hermanos del paciente para tomar la decisión final. Concluyó ésta en el alta voluntaria.

Las técnicas se aplicaron secuencialmente para ir guiando al paciente y a sus familiares paso a paso hasta llegar a la solución de problemas para el proceso de anticipación a la muerte.

9. Efectos clínicos o de ajuste psicológico

Se logró manejar la crisis en este paciente y su familia. Esto es muy importante pues ocurrió contingentemente a la psicoeducación y al debate de las ideas irracionales que se les brindó, con los cuales se pudieron anular pensamientos como “me puedo curar”, lo cual obstaculiza el que se tome una decisión. Creía que todo estaría bien sólo con el hecho de que coma ciertos alimentos.

Además con el balance decisional pudieron llegar a la toma de decisión. El no poder tomar una decisión es un factor estresante que estaba llevando al paciente a presentar una ansiedad reactiva. Otro factor estresante era la cuestión económica (preocupación por el costo

de la cirugía). Con la decisión de irse de alta voluntaria, ésta desapareció.

Otro cambio importante (una vez de que ya manejaban más información acerca de la enfermedad y del pronóstico) es que pudieron comenzar a generar alternativas de solución para que el proceso de muerte fuera más llevadero. Es decir, comenzaron a utilizar las estrategias de solución de problemas enseñadas por la residente de Medicina Conductual.

Es relevante mencionar que el tiempo para trabajar con este paciente y su familia fue muy reducido (una sesión). Contaban con pocos recursos culturales y económicos que hace más difícil la intervención psicológica.

SEGUNDO CASO

Este paciente fue diagnosticado, intervenido quirúrgicamente y comenzó con las quimioterapias.

1. Ficha de Identificación

Nombre: Marcelino

Edad: 23 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Campesino

Religión: Católica

Lugar de residencia: Quintana Roo

Diagnóstico médico: Osteosarcoma

Expediente: 008473

2. Motivo de consulta

A Marcelino se le acababa de diagnosticar osteosarcoma y le habían comunicado sus dos posibles tratamientos: amputación o artrodesis.

3. Impresión y actitud general

Paciente de apariencia física acorde a su edad cronológica, de complexión delgada, tez morena, con adecuadas condiciones de higiene y aliño personal. En la primera sesión, Marcelino establece contacto visual, es cooperador, presenta actitud positiva y muestra interés hacia la intervención psicológica. En las siguientes sesiones se encuentra cabizbajo, no mantiene contacto visual y utiliza un tono de voz bajo. Además en las últimas dos sesiones toca constantemente su pecho y gesticula denotando dolor, incluso presenta llanto. Sin embargo, esto no lo detiene para querer ayudar a sus iguales, pues les habla de su experiencia y les brinda apoyo.

4. Antecedentes de importancia

Marcelino cuenta con el apoyo incondicional de su hermano. Él es su cuidador primario y el que se encarga de que Marcelino no decaiga emocionalmente, pues siempre lo está motivando y diciéndole que hay que seguir hacia delante. Tiene un sobrino con una discapacidad, él cual ha recibido un adecuado tratamiento y rehabilitación; apoyados en este antecedente Marcelino y su hermano se muestran optimistas hacia el futuro.

Marcelino fue amputado del miembro pélvico en mayo de 2005.

5. Padecimiento actual

Al inicio de su hospitalización Marcelino se mostraba tranquilo, pero el día que le confirmaron su cirugía, estaba triste y como transcurrieron varios días de hospitalización, se encontraba desesperado. Además tenía déficit en la comprensión de su enfermedad y de los tratamientos propuestos.

Manifiesta trastorno de ánimo con contenido depresivo durante el proceso de diagnóstico, cirugía y su primera quimioterapia. En su siguiente internamiento presenta datos de ansiedad (como la elevación de la tensión arterial y trastornos del sueño) y un déficit importante en manifestar verbalmente sus emociones.

Componentes:

Cognitivos. No podré caminar si me hacen una artrodesis.

Emocionales. Trastorno del estado de ánimo con contenido depresivo, ansiedad, tristeza, preocupación.

Conductuales. Llanto, no establece contacto visual.

Fisiológicas. Tensión arterial elevada, dolor, alteraciones del sueño.

6. Examen mental

Su estado de conciencia alerta, se encuentra orientado en tiempo, lugar y persona. No se encuentran alteraciones en el curso del pensamiento o en la memoria, con lenguaje fluido y coherente. Sus funciones mentales superiores están conservadas.

7. Conceptualización cognitivo-conductual

Déficit en la información acerca de su padecimiento, enfermedad y tratamiento

Bloqueo emocional

Trastorno de ánimo con contenido depresivo

Ansiedad

Déficit en la expresión verbal de emociones

8. Estrategia terapéutica

La intervención psicológica se llevó a cabo durante cuatro sesiones. Tres de ellas en el mismo internamiento, ya que su estancia fue muy larga y la cuarta sesión después de tres semanas cuando regreso a su segundo ciclo de quimioterapia.

Las estrategias terapéuticas utilizadas fueron:

Facilitación de la expresión emocional Rapport

Validación emocional

Psicoeducación

Balance decisional

Refuerzo de conductas adecuadas

Técnicas de relajación: respiración diafragmática y tensión-distensión muscular

Sensibilización para el reconocimiento de emociones

Canalización con el psiquiatra para valoración de trastorno del sueño

También se trabajó con su hermano, el cual insiste en la idea de que todo está bien y que van a salir adelante de la mejor manera. Se le dio psicoeducación y se le reforzaron las conductas de beneficio para el tratamiento de Marcelino.

Las estrategias terapéuticas se llevaron a cabo de manera secuencial y se seleccionaron en función del cambio en las conductas clave para modificar la conducta problema y porque se adaptan mejor a las demandas de este paciente.

No se le pudo dar continuidad al caso de Marcelino ya que hizo algunos ajustes en su comunidad (Chetumal) para poder estar asistiendo ahí a la quimioterapia y no tener que estar viajando cada mes, ya que es otro factor estresante por los recursos económicos, de traslado y separación de los suyos y de su espacio.

9. Efectos clínicos o de ajuste psicológico

Pudo tomar la decisión de ser amputado y no artrodesado, no sólo por las ideas que manejaba, sino porque consideró los pros y contras de cada tratamiento quirúrgico. Tomó en cuenta sus características y las de su entorno, esto gracias al balance decisional llevado a cabo con él.

La intervención psicológica con este paciente fue exitosa en el sentido de disminuir deficiencias que estaban propiciando la depresión y la ansiedad.

La psicoeducación le proporciono un mejor manejo de la información acerca de su enfermedad y tratamiento, lo que se ve reflejado en que por iniciativa propia, se acerca a otros pacientes que están iniciando con el mismo proceso que él, para brindarles información y apoyo, y para compartir su experiencia para que enfrenten mejor su enfermedad.

Cuenta con el conocimiento de las técnicas de relajación (respiración diafragmática y tensión-distensión muscular) que le han ayudado a manejar su tensión arterial elevada. Esta alteración ya no se observó en su siguiente internamiento.

TERCER CASO

A este paciente se le dio el diagnóstico de osteosarcoma, se le desarticuló la cadera izquierda, recibió 16 ciclos de quimioterapia, tiene metástasis pulmonar y se le comunicó que estaba en etapa Terminal.

1. Ficha de Identificación

Nombre: Julio

Edad: 18 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Secundaria

Ocupación: Desempleado / Cargador

Religión: Católica

Lugar de residencia: Estado de México

Diagnóstico médico: Osteosarcoma

Expediente: 266603

2. Motivo de consulta

A Julio se le dio la atención psicológica debido a que tiene osteosarcoma y lleva aproximadamente 16 ciclos de quimioterapia, siendo 8 de rescate. Aunque parezca que está más adaptado que los pacientes anteriores también tiene déficits que hay que tratar.

3. Impresión y actitud general

Julio es un hombre de apariencia física mayor a su edad cronológica; su complexión es robusta, su tez morena. Tiene pocas condiciones de higiene y aliño personal. Se encuentra tranquilo, es cooperador y muestra interés hacia la intervención psicológica. En general tiene una actitud positiva. Utiliza un tono de voz elevado y establece contacto visual. Mostró llanto en dos de las sesiones.

4. Antecedentes de importancia

Julio no vive con sus padres desde los 10 años, fue criado por sus abuelos, vive con ellos y dos hermanas de 14 y 17 años. Tiene toxicomanías: marihuana y alcohol. Sin embargo, sigue teniendo contacto con su mamá, la cual es su cuidadora primaria.

Debido a su largo proceso de tratamiento y a que Julio es muy sociable, cuenta con una gran red de apoyo social del personal del servicio de tumores óseos; familiar y de amistades. Incluso al principio de su tratamiento se unió con varios compañeros de quimioterapia para formar la “banda de los Mochis” (llamada así porque todos estaban amputados o desarticulados). Ahora todos han muerto y Julio es el único sobreviviente.

Él continúa realizando sus actividades de manera normal. Aunque al inicio de la intervención psicológica no contaba con un trabajo, después lo consiguió siendo cargador de un equipo de sonido los fines de semana. Los viernes se va a bailar rock, tiene experiencias sexuales con chicas, etc. Incluso en la penúltima sesión comentó que vivía en unión libre con su novia.

Julio fue desarticulado de cadera izquierda en diciembre de 2003.

5. Padecimiento actual

Julio maneja una baja tolerancia a la frustración, ya que cuando alguna situación acerca de su tratamiento se sale de lo que él esperaba, comienza a decir que ya no quiere continuar con éste. Las razones son generalmente la preocupación por el aspecto económico, la metástasis que tiene a nivel pulmonar y el cansancio por su largo tratamiento. Además muestra déficit en la toma de decisiones cuando se presentan estas situaciones pues no sabe que hacer.

Presenta náusea y vómito debido a la quimioterapia.

El proceso de duelo por sus compañeros de quimioterapia aún no ha concluido. No entiende porque ellos ya fallecieron y él no.

La última sesión se realizó porque el oncólogo le dio la noticia de que ya no le servía la quimioterapia y que estaba en fase Terminal. Presentó estrategias de afrontamiento activas, planeando y dirigiendo actividades para el futuro.

Componentes:

Cognitivos. Doy molestias económicas a mi familia.

Yo también debería estar muerto como mis amigos.

Emocionales. BTF, preocupación, déficit en la toma de decisiones.

Conductuales. Llanto

Fisiológicos. Metástasis pulmonar, náusea, vómito.

Se entrevistó a la mamá de Julio, la cual manifiesta preocupación por el aspecto económico; por lo que se trabajaron estrategias de solución de problemas.

6. Examen mental

Su estado de conciencia alerta, orientado en las tres esferas, con un lenguaje y pensamientos coherentes, sin alteraciones en la atención, comprensión y memoria.

7. Conceptualización cognitivo-conductual

Baja Tolerancia a la Frustración (BTF)

Déficit en:

Toma de decisiones

Manejo de la náusea y vómito

Manejo de emociones

Proceso de duelo por sus amigos sin concluir

Ideas irracionales

Adaptación al ámbito hospitalario

Adecuadas estrategias de afrontamiento para su propio proceso de muerte.

8. Estrategia terapéutica

Se realizaron 7 sesiones terapéuticas, las seis primeras en cada uno de los internamientos que tuvo Julio para la quimioterapia, y la última en la consulta externa cuando se le dijo que estaba en fase Terminal.

Las estrategias terapéuticas llevadas a cabo son:

Facilitación de expresión emocional Rapport

Validación emocional

Balance decisonal

Estrategias de solución de problemas

Reforzamiento de conductas adecuadas para el tratamiento y la vida

Respiración diafragmática para el control de la náusea y vómito

Debate de ideas irracionales

Estrategias de afrontamiento activas

La selección de las estrategias terapéuticas se llevó a cabo en función de dar tratamiento a cada una de las conductas que se querían modificar y de las que se deseaban incrementar.

9. Efectos clínicos o de ajuste psicológico

Con el balance decisional el paciente aprendió a tomar decisiones adecuadas para su vida como el continuar con el tratamiento.

Después de que se le dio psicoeducación para que conociera los riesgos que traen las toxicomanías a su tratamiento y vida. El paciente dejó de consumir marihuana.

Otro factor que le preocupaba era el aspecto económico; para ello se trabajaron las estrategias de solución de problemas. En la siguiente sesión le comunicó a la terapeuta la noticia de que había conseguido empleo.

Al paciente se le enseñó la respiración diafragmática para el control del vómito. Se llevó a cabo un contrato conductual y un autorregistro de la frecuencia del vómito. En su registro pre el paciente reportaba que había vomitado 6 veces al día y en registro post sólo tres veces lo que demuestra un decremento importante en el vómito gracias a la técnica de respiración profunda.

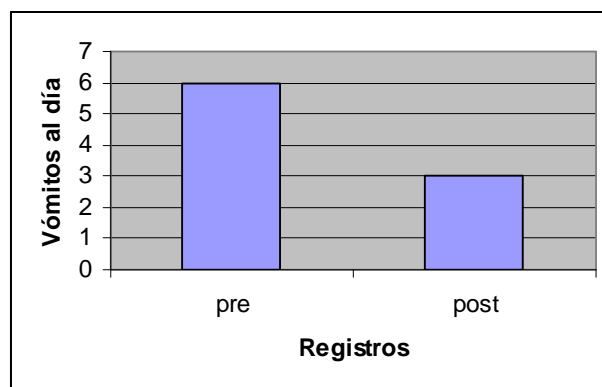


Figura 3. Número de vómitos al día debidos a la quimioterapia Antes y después del entrenamiento en respiración diafragmática

En la última sesión el paciente utilizó estrategias de afrontamiento activas entrenadas por la residente en Medicina Conductual, como la estrategia de solución de problemas para planear y dirigir actividades a corto plazo. Por ejemplo, pidiendo a la residente en Medicina Conductual que siguiera apoyando psicológicamente a su madre después de que él falleciera pues consideraba que ella se iban a entristecer demasiado.

CUARTO CASO

Esta paciente recibió un diagnóstico de osteosarcoma, se le realizó una resección en bloque con colocación de prótesis en rodilla izquierda, recibió quimioterapia y se le dio la noticia de que estaba en fase Terminal.

1. Ficha de Identificación

Nombre: María de la Luz

Edad: 22 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Carrera Técnica

Ocupación: Trabajos eventuales / Vendedora

Religión: Cristiana

Lugar de residencia: Estado de México

Diagnóstico médico: Osteosarcoma

Expediente: 253575

2. Motivo de consulta

Se decidió trabajar con María porque se encuentra hospitalizada en el servicio de tumores óseos, tiene un diagnóstico de osteosarcoma y se encuentra en quimioterapia.

3. Impresión y actitud general

María tiene una edad aparente igual a la cronológica. Es delgada, de tez morena, tiene adecuadas condiciones de higiene y aliño personal. En general se muestra tranquila, cooperadora, con un tono de voz bajo y con interés hacia la intervención psicológica.

4. Antecedentes de importancia

María ya había estado hospitalizada, cuando se le dio el diagnóstico e inicio con las quimioterapias, pero decidió abandonar el tratamiento porque ya estaba cansada de él y creyó que iba a estar bien. Sin embargo ahora regresa al INR pues ha sentido malestares como tos, cansancio y dolor. María cuenta con el apoyo social por parte de sus padres.

María tuvo una resección en bloque y una colocación de prótesis en rodilla izquierda en enero de 2003.

5. Padecimiento actual

En la primera sesión María se encuentra estresada porque tendrá una valoración por el INCAN y por los malestares que le provoca la quimioterapia. En la segunda sesión también se encontraba estresada ya que estaba a la expectativa de los resultados de los estudios que le realizaron en el INR y en el INER para saber si era candidata a cirugía para extirpar los tumores del pulmón (metástasis).

En la última sesión está triste pero resignada por la noticia de que ya no recibirá quimioterapia, además de que no es candidata para la cirugía, pues se encuentra en fase Terminal.

Componentes:

Cognitivos. Si no hubiera suspendido mis quimioterapias no estaría enferma ahora.

Las personas que ingresan al INCAN salen muertas.

Emocionales. Estrés, tristeza.

Fisiológicos. Metástasis pulmonar, dolor, tos, cansancio, náusea, vómito.

6. Examen mental

María está orientada en persona, tiempo y lugar, su estado de conciencia alerta, con funciones mentales superiores conservadas. Pensamiento y lenguaje coherentes.

7. Conceptualización cognitivo-conductual

Ideas irracionales

Estrés

Adaptación al ámbito hospitalario

Adecuadas estrategias de solución de problemas para su proceso de muerte

8. Estrategia terapéutica

Con María se trabajó en tres sesiones. Las primeras dos durante su internamiento para recibir quimioterapia y la última en la consulta externa donde el oncólogo le comunicó que ya no era candidata para quimioterapia, ni cirugía, sólo para cuidados paliativos.

Las estrategias terapéuticas utilizadas son:

Facilitación de expresión emocional Rapport

Validación emocional

Reestructuración cognitiva

Locus de control interno

Reforzamiento de conductas benéficas para su tratamiento y vida
Estrategias de solución de problemas para su proceso de muerte

9. Efectos clínicos o de ajuste psicológico

La paciente tenía la idea irracional de que todas las personas que son internadas en el INCAN mueren. Se debatió esa idea irracional y de acuerdo al reporte de ella misma, el estrés que le provocaba ese pensamiento y el probable traslado a esta institución disminuyó.

Ya que se le reforzaban las conductas que eran de beneficio para su tratamiento, María comenzó a manejar un locus de control interno, esto se vio reflejado en conductas de autocuidado y en utilización de alternativas de solución, y ya no se instalaba en pensar que hubiera podido hacer diferente en el pasado sino lo que puede hacer en el presente, por ejemplo, cuando tenía dolor realizaba actividades que le servían como distracción para no estar pensando en él. Este manejo le funcionaba para disminuir el dolor.

María pudo llegar a la etapa de acción utilizando estrategias de solución de problemas en la planeación de sus cuidados paliativos y para su proceso de muerte, ya que le ayudaron las demás estrategias trabajadas durante las sesiones de terapia psicológica.

QUINTO CASO

Se trabajo más con la madre que con el paciente pues fue a ella a quien se le informó de un mal pronóstico a corto plazo.

1. Ficha de Identificación

Nombre: Miguel Ángel

Edad: 22 años

Sexo: Masculino
Estado civil: Soltero
Escolaridad: Primaria Incompleta
Ocupación: Desempleado
Religión: Católica
Lugar de residencia: Puebla
Diagnóstico médico: Osteosarcoma
Expediente: 260826

2. Motivo de consulta

Miguel acudió al servicio de tumores óseos por presentar dolores de cabeza y vómito debido a que tiene metástasis a nivel cerebral. Tiene mal pronóstico a corto plazo según el reporte de los médicos.

3. Impresión y actitud general

Miguel tiene una edad física aparente similar a la cronológica, es delgado, de tez morena. Con adecuadas condiciones de higiene y aliño personal. Es cooperador.

Su madre y hermano muestran llanto y se encuentran cabizbajos al momento de la entrevista. La madre es quien contesta las preguntas, el hermano se encuentra callado.

4. Antecedentes de importancia

Miguel ha estado hospitalizado en diversas ocasiones desde que se le diagnosticó osteosarcoma y cuando estuvo en quimioterapia. Inició la quimioterapia después del tiempo en que se le había prescrito debido a que tiene pocos recursos económicos.

Cuenta con el apoyo de su familia. Su madre y hermano se encuentran en el hospital acompañándolo.

Fue desarticulado del miembro torácico derecho en julio de 2003.

5. Padecimiento actual

Miguel siente culpa por el retraso en su tratamiento. Está preocupado por la situación económica que enfrenta ya que no ha logrado integrarse a su vida laboral.

Se les explicó el pronóstico de Miguel a su madre y su hermano. Por su parte la madre refiere sentir tristeza por la muerte cercana de su hijo, sin embargo, empieza a planear y dirigir actividades necesarias para el alta, deciden no comentarle a Miguel sobre su pronóstico ya que creen que su actitud cambiaría mostrándose desmotivado e incluso con la probabilidad de provocarse algún daño.

Componentes del padecimiento de Miguel:

Cognitivos. No estaría tan enfermo si hubiera iniciado mi tratamiento a tiempo.

Emocionales. Culpa, preocupación.

Fisiológicas. Metástasis cerebral, dolores de cabeza y vómito.

Componentes del padecimiento de la madre:

Cognitivos. Si mi hijo sabe que morirá, se desmotivará y se hará daño.

Emocionales. Tristeza.

Conductuales. Llanto, llenado de los papeles para el alta.

6. Examen mental

Miguel se encuentra con funciones mentales superiores conservadas, orientado en las tres esferas, de tiempo, lugar y persona, sin alteraciones en la memoria, ni sensoperceptuales, con habla fluida, lenguaje coherente y congruente.

7. Conceptualización cognitivo-conductual

Miguel cuenta con:

- Estrategias de afrontamiento evitativas
- Baja Tolerancia a la Frustración (por referencia)

La madre maneja:

- Estrategias de afrontamiento activas
- Bloqueo emocional ante la crisis

8. Estrategia terapéutica

El abordaje con Miguel y su familia se llevó a cabo en una sola sesión. El pronóstico de Miguel se le comunicó a la madre y al hermano por la mañana y ese mismo día por la tarde Miguel se fue de alta.

Las estrategias terapéuticas llevadas a cabo con Miguel son:

- Facilitación de la expresión emocional Rapport
- Validación emocional

Las estrategias terapéuticas utilizadas con la madre son:

- Facilitación de la expresión emocional Rapport
- Validación emocional
- Balance decisional para dar la noticia de mal pronóstico
- Estrategias de solución de problemas para la búsqueda de recursos

9. Efectos clínicos o de ajuste psicológico

Las estrategias de solución de problemas promovidas en la madre funcionaron de manera adecuada ya que comenzó a enfocarse en la planeación y dirección de actividades enfocadas a un fin como es el alta y la búsqueda de recursos.

La madre estaba muy preocupada porque cuentan con pocos recursos económicos, cuando se le enseñó como llegar a una solución, ella comenzó a generar alternativas para la búsqueda de recursos, por ejemplo, nombró algunas instituciones que visitaría para que le dieran apoyo.

Sin embargo, en el balance decisional para dar la noticia de mal pronóstico a su hijo, decidió no comunicárselo, porque cree que su hijo se desmotivaría e incluso se podría hacer algún daño. Esta creencia tuvo más peso que los efectos negativos de no darle la noticia a su hijo. Esta decisión pudo ser tomada debido a los pocos recursos culturales con los que cuenta la madre, ya que no tiene la comprensión de la magnitud del pronóstico.

SEXTO CASO

Este paciente es un sobreviviente de osteosarcoma y acude a consulta externa para control.

1. Ficha de Identificación

Nombre: Vicente

Edad: 21 años

Sexo: Masculino

Estado civil: Soltero

Escolaridad: Primaria

Ocupación: Desempleado

Religión: Católico

Lugar de residencia: Oaxaca

Diagnóstico médico: Osteosarcoma

Expediente: 255477

2. Motivo de consulta

Las dos veces que se atendió a Vicente fue durante la consulta externa ya que el tuvo un diagnóstico de osteosarcoma y fue desarticulado en septiembre de 2002. Sólo regresa cada cuatro meses a revisión.

3. Impresión y actitud general

Paciente masculino de edad aparente mayor a la cronológica. De estatura baja, tez morena y complexión delgada. Con adecuadas condiciones de higiene y aliño personal. Se muestra inquieto (moviéndose constantemente), redundante en su diálogo, con tono de voz adecuado. Es cooperador.

4. Antecedentes de importancia

No tiene una adecuada relación con su papá y desearía que no fuera así pues no puede comentarle lo que siente. No tiene una red de apoyo social adecuada.

El rancho en el que vive se encuentra a una hora de distancia del pueblo más cercano. Es decir, que no cuenta con suficientes bienes en su comunidad. Cuenta con pocos recursos económicos y culturales.

Vicente fue desarticulado del miembro pélvico derecho en 2002, pero en la actualidad usa una prótesis, y se apoya para caminar con un bastón.

5. Padecimiento actual

La primera vez que se dio la intervención psicológica Vicente presentaba síntomas francos de ansiedad (manifestaba un dolor en la espalda, le cuesta trabajo respirar cuando está acostado). Uno de los factores desencadenantes de la ansiedad fue el rompimiento con su

pareja y por supuesto su enfermedad y los resultados de sus exámenes de control.

En la siguiente sesión Vicente presentó sintomatología depresiva (dolor de espalda, insomnio, poco apetito y desánimo en realizar actividades), ya que no ha podido superar que haya perdido una pierna porque no ha podido cumplir los planes que tenía y porque piensa que los demás se burlan de él.

Componentes:

Cognitivos. Pensamientos catastróficos: los demás se burlan de mi porque no tengo una pierna.

Emocionales. Ansiedad, depresión.

Conductuales. Movimientos repetitivos de pierna y brazos.

Fisiológicos. Dolor de espalda, dificultad para respirar, insomnio, poco apetito.

6. Examen mental

Vicente se encuentra orientado en las tres esferas, con funciones mentales superiores conservadas, sin alteraciones en pensamiento y lenguaje.

7. Conceptualización cognitivo-conductual

Ansiedad

Depresión

8. Estrategia terapéutica

La intervención psicológica se llevó a cabo en dos sesiones y las estrategias terapéuticas utilizadas son:

Facilitación de la expresión emocional Rapport

Validación emocional

Respiración diafragmática

Reestructuración cognitiva

Sensibilización acerca de tener un tratamiento psicológico y psiquiátrico

9. Efectos clínicos o de ajuste psicológico

Se detectaron cambios importantes cuando se debatieron ideas irracionales pues Vicente tuvo otra perspectiva acerca de sus pensamientos e incluso salió sonriendo del consultorio y muy motivado para buscar ayuda profesional en la brevedad posible.

DISCUSIÓN

El cáncer de hueso (osteosarcoma) enfrenta al individuo a situaciones de crisis tales como el diagnóstico; el tratamiento: quirúrgico (en la mayoría de los casos se trata de una amputación o desarticulación de alguna de sus extremidades) y quimioterapéutico (provoca efectos secundarios como náusea, vómito, alopecia, etc.) y en muchas ocasiones a un pronóstico desalentador. Además estas situaciones no sólo afectan al paciente sino también a su familia. Estas situaciones de crisis crean un gran estrés que da lugar a reacciones emocionales tales como la ansiedad y la depresión.

En el primer caso descrito en el presente trabajo se llevó a cabo una intervención en crisis cuando el paciente recibió el diagnóstico, además de que se trabajó la ansiedad que manifestó, por medio de la psicoeducación y el debate de ideas irracionales. Este manejo concuerda con lo que mencionan Velasco y Sinibaldi (2001) acerca de que el tratamiento psicológico tras el diagnóstico de cáncer tiene el fin de reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas, promoviendo un sentido de control personal y participación activa en su tratamiento; y con lo que menciona Ballentin (1976) que sugiere llevar a cabo una intervención en crisis, si el diagnóstico ocasiona desajustes emocionales utilizando estrategias tales como la respiración diafragmática y reestructuración cognitiva, entre otras.

En el segundo caso, como parte de su tratamiento, se dio psicoeducación para fomentar el sentido de control de su enfermedad. Este abordaje está apoyado por lo que menciona Méndez (2005) acerca de que parte de la intervención psicológica durante todo el proceso de enfermedad, es clarificar a los padres y al paciente, la información que el médico a proporcionado acerca de la enfermedad y el tratamiento, ya

que se ha comprobado que en la medida en que se tiene información respecto a la enfermedad y al tratamiento, hay una mayor adherencia a éste, y la adaptación a la enfermedad y a la hospitalización, es menos complicada.

En el tercer caso, que era un paciente que llevaba dos años de internarse cada mes para recibir las quimioterapias, se le instruyó en la respiración diafragmática para el manejo del vómito. Así como lo indica Velasco y Sinibaldi (2001) que además de controlar las reacciones ante los periodos prolongados de hospitalización para estudios y tratamiento, la mayor aplicación de la intervención psicológica en los tratamientos asociados a la patología del cáncer o tratamientos médicos del cáncer son el control de las reacciones condicionadas a la quimioterapia o radioterapia, etc. Así como los efectos secundarios no deseados (alopecia, náusea, vómito, anorexia, fatiga).

En el cuarto caso, se le comunicó que estaba en fase terminal, por lo que se trabajaron estrategias de solución de problemas para una muerte digna. Así como mencionan Turk y Salovey (1995) que adoptar una perspectiva de solución de problemas es particularmente importante para los pacientes, ya que les ayuda a identificar los problemas que pueden contribuir a su distrés emocional y sufrimiento; además sugieren que si sus problemas son identificados se pueden resolver.

En el quinto paciente la intervención psicológica fue dirigida a la madre, ya que a ella se le comunicó el mal pronóstico a corto plazo de su hijo. Una técnica utilizada fue la de solución de problemas en la búsqueda de recursos económicos. Esto está apoyado por lo que mencionan Wicks-Nelson e Israel (1997) que uno de los cambios que se presentan en la dinámica familiar, es el aspecto económico, por lo que la familia puede sufrir una gran ansiedad y abordar tanto sus rutinas diarias

como las referentes a la enfermedad y tratamiento con un nivel de estrés considerable.

Rodea, Scherer y Sánchez (1997) indican que la función del psicólogo es sensibilizar a los padres acerca de las desventajas que existen de no hablar con la verdad a sus hijos y de ocultarles información, explicándoles que si esto se hace, el paciente dependerá de su imaginación para explicar lo que le está pasando, generándose angustia y miedo, lo que a su vez provoca que disminuya la capacidad para adaptarse y entender lo que está pasando. A pesar de que esta estrategia fue utilizada con la madre, ella decidió que no le comentaría a su hijo su situación, ya que él podría hacerse daño. Una posible explicación de que la madre haya tomado esa decisión es su bajo nivel cultural ya que de acuerdo a los resultados encontrados en el estudio de Vos, Putter, Van Houwelingen y Haes (2007) inmediatamente después del diagnóstico (en este caso el pronóstico) los pacientes con poco nivel de educación utilizan más la negación que los que tienen mayor nivel educativo.

En el sexto paciente se utilizó la reestructuración cognitiva ya que tenía pensamientos catastróficos que le generaban una sintomatología depresiva. Como Ellis (1999) propone que cuando una persona puede verse a sí misma en una situación desagradable, asumiendo que puede vivir aún en condiciones desfavorables o “terribles”, entonces se producen síntomas menos perturbadores y más saludables, que aunque no son deseables, tampoco son rígidos y/o dogmáticos. Y como Turk y Salovey (1995) establecen que la reestructuración cognitiva se enfoca en identificar evaluaciones y expectativas mal adaptativas y considerar subsecuentemente alternativas más apropiadas en los modos de interpretación.

Independientemente de la fase en la que se encontrara el paciente (diagnóstico, tratamiento, pronóstico, sobrevivencia) es necesario implementar intervenciones psicológicas para el manejo de éste. Así mismo Andersen (1999) señala que las intervenciones psicológicas en los pacientes con cáncer se han dirigido a tres fases en la línea de tiempo de la enfermedad: diagnóstico/pre-tratamiento, inmediatamente después del post-tratamiento o durante el tratamiento extendido (radioterapia o quimioterapia) y la diseminación de la enfermedad o la muerte.

Los componentes terapéuticos utilizados en los pacientes reportados en el presente trabajo fueron: facilitación de expresión emocional – Rapport, validación de las emociones, psicoeducación, debate de ideas irracionales, balance decisional – toma de decisiones, estrategias de solución de problemas, refuerzo de conductas adecuadas, técnicas de relajación: respiración diafragmática y tensión-distensión muscular, sensibilización para el reconocimiento de emociones, estrategias de afrontamiento activas y reestructuración cognitiva. Estos componentes están de acuerdo con los propuestos por varios autores: Andersen (1999); Turk y Salovey (1995); Méndez (2005); Ballentin (1976); DeGood, Crowor y Jongsma (1999); Velasco y Sinibaldi (2001), entre otros.

De acuerdo a las investigaciones revisadas se ha observado que el afrontamiento activo se asocia con una mejor calidad de vida y que por el contrario el afrontamiento evitativo es asociado con una pobre calidad de vida. (Devine, et al., 2003; Wiener, et al., 2006; Sprangers, et al., 2000). Por lo tanto es recomendable llevar a cabo intervenciones psicológicas enfocadas a fomentar las estrategias de afrontamiento activas como las que se implementaron en el presente trabajo para mejorar la calidad de vida de los pacientes con osteosarcoma, ya que se ha observado que los

sobrevivientes de este padecimiento tienen un gran riesgo de tener resultados psicológicos adversos (Wiener, et al., 2006; Sprangers, et al., 2000). Además de que existe poca evidencia de la efectividad de las intervenciones psicosociales para mejorar el afrontamiento hacia los problemas relacionados con el cáncer en los pacientes adolescentes (Seitz, Besier & Goldbeck, 2008).

La aportación más destacable de este reporte es que muestra un panorama real de lo que es el trabajo en los hospitales, en donde se enfrentan situaciones que no son tan controladas como en el consultorio clínico. Se utilizó el enfoque cognitivo-conductual ya que permite que se haga una intervención breve y rápida para satisfacer las necesidades inmediatas de los pacientes.

Cabe destacar que el tiempo con el que se cuenta para trabajar con los pacientes hospitalizados es muy corto (incluso de una sola sesión) y que existen otras características que dificultan el trabajo con ellos, por ejemplo, los que se internan para diagnóstico manifiestan mucho dolor y los que ya están en tratamiento se internan cada mes para recibir la quimioterapia, por lo tanto se encuentran muy fatigados y con malestares como la náusea y el vómito. Además los pacientes no consideran que requieran de una intervención psicológica y el terapeuta tiene que generar la necesidad. Así como manifiestan Turk y Salovey (1995), los pacientes con enfermedades crónicas o daños físicos no son receptivos cuando son referidos a los psicólogos. Estos pacientes creen que la evaluación psicológica no es relevante en sus problemas, cuando conocen la base física de sus síntomas. Creen que la cura de su enfermedad o la eliminación de los síntomas o limitaciones físicas es todo lo que requieren.

También es necesario reflexionar acerca de algunos inconvenientes que se presentan en este escenario: a) a veces sólo se nos permite trabajar en un área específica, b) se tiene menos autonomía en comparación con colegas de otras áreas, c) es difícil coordinar los tiempos con el personal del hospital para atender al paciente, ya que mientras se está con él son comunes las interrupciones y d) trabajar en un lugar que no es óptimo (pasillos o si se encuentra algún cubículo desocupado) para conducir la terapia, por ejemplo, con la familia.

A pesar de estas problemáticas, las intervenciones psicológicas se pudieron llevar a cabo con éxito. No obstante, existen varias sugerencias para mejorarlas:

Para mayor adaptación en el hospital:

Es necesario ampliar el conocimiento acerca del sistema de salud y de un gran rango de problemas de salud.

Propiciar una interacción efectiva con otros proveedores del cuidado de la salud.

Trabajar tanto con los pacientes como con el personal del hospital (también sufre un desgaste - burnout) y

Buscar adaptarse al ambiente social y de organización del hospital, ya que en éste están muy marcadas las jerarquías.

Para el manejo de los pacientes:

Para crear la necesidad de la intervención psicológica en los pacientes, es importante que cuando se tenga el primer acercamiento al paciente el residente en Medicina Conductual se presente como parte del equipo clínico, y remarcar que tiene entrenamiento especializado en ayudar a las personas que tienen enfermedades crónicas y limitaciones físicas, y que le puede

enseñar técnicas para reducir el sufrimiento que le provoca la enfermedad o sus limitaciones físicas subsecuentes.

Explotar al máximo el poco o mucho tiempo que se tiene para trabajar con el paciente, ubicando con exactitud sus necesidades prioritarias para poder continuar con las secundarias.

En conclusión, el presente reporte cumplió con su objetivo de describir las intervenciones psicológicas que realiza el residente de Medicina Conductual en el ámbito hospitalario, y se espera que éste sea retomado en diversas investigaciones dirigidas a esta población, utilizando las sugerencias dadas y otras que sean pertinentes para su mejoramiento.

Evaluación de las competencias profesionales alcanzadas

Logré llevar a cabo intervenciones cognitivo-conductuales que favorecieron a los pacientes ya que adquirieron estrategias que les permitieron ajustarse de manera adecuada al ámbito hospitalario, a su enfermedad y al tratamiento.

Conseguí la participación del paciente aún cuando no había solicitado apoyo psicológico, gracias al rapport que utilice en las entrevistas y con ello la intervención tuvo un mejor curso.

Obtuve un mayor conocimiento tanto de los aspectos psicológicos como de los físicos acerca de enfermedades crónico-degenerativas y en especial del osteosarcoma.

Aprendí como se lleva a cabo el manejo del paciente en el ámbito hospitalario. Esto incluye conocimiento acerca de las etapas de la enfermedad, del expediente médico, de las notas, de los estudios, tratamientos, trámites, etc. Esto es necesario para saber como moverse en ese escenario y para orientar a los pacientes en las actividades que necesitan realizar.

Participé activamente en el trabajo interdisciplinario para mejorar la calidad de vida de los pacientes, teniendo una interacción adecuada con el personal del hospital.

Proporcioné apoyo psicológico al personal del hospital por petición de éste. Con esto se maneja el síndrome de burnout y se evita que haya una despersonalización con el paciente.

Con la asignación de sedes en ascendencia pude obtener mayor especialización.

Aunque las limitaciones parecen ser menores al lado de todo el aprendizaje obtenido y del reconocimiento de mi trabajo en el área hospitalaria, es importante hacer algunas recomendaciones para propiciar un mayor desarrollo del residente en Medicina Conductual en este escenario:

Llevar a cabo aproximaciones sucesivas al encuentro con el hospital porque la gran mayoría de residentes desconocíamos este escenario de trabajo.

Instruirnos más en términos médicos básicos.

Utilizar más ensayos conductuales de casos probables a enfrentar.

Rotar por más servicios médicos para ampliar el conocimiento del manejo de diferentes pacientes.

En la medida de lo posible, asignar un espacio específico para las intervenciones psicológicas, ya que no se cuenta con él, y en muchas ocasiones se tiene que atender a los pacientes en lugares inadecuados, como los pasillos.

Evaluación de la supervisión

La supervisión in situ es muy importante en la práctica profesional ya que por medio de la retroalimentación se logran hacer modificaciones adecuadas y oportunas a la intervención psicológica. Sin embargo, considero que deberían ser más las sesiones de supervisión, ya que fueron muy escasas.

REFERENCIAS

- Aarstad, A. K., Aarstad, H. J., Bru, E. & Olofsson, J. (2005). Psychological coping style versus disease extent, tumor treatment and quality of life in successfully treated head and neck squamous cell carcinoma patients. *Clinical Otolaryngology*, 30 (6) 530-538.
- Agras, S. (1982). Behavioral medicine: Nonrandom connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México-España: Siglo XXI.
- Aguiar, J. & Aguiar, D. (1998). Diagnóstico y tratamiento farmacológico del cáncer. En S. Gómez, *Cuidados paliativos: atención a pacientes terminales*, 1, España: ICEPSS.
- Aguiar, J. & Bohn, U. (1998). El cáncer epidemiología y etiología. En M. Gómez, *Cuidados paliativos: Atención a pacientes terminales*, 1, España: ICEPSS.
- American Psychological Association (2002). *Manual del Estilo de Publicaciones de la APA* (adaptado para el español por la editorial El Manual Moderno). Segunda Edición. México: El Manual Moderno.
- Andersen, B. L. (1999). Psychological interventions for cancer patients to enhance the quality of life. En R. M. Suinn & G. R. VandenBos, *Cancer patients and their families: Reading and disease course, coping and psychological interventions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Brothers, B. M. & Andersen, B. L. (2008). Hopelessness as a predictor of depressive symptoms for breast cancer patients coping with recurrence. En www.interscience.wiley.com/journal/
- Buela-Casal, G. & Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2 (3) 525-532.
- Costanzo, E. S., Lutgendorf, S. K., Rothrock, N. E., Anderson & Barrie. (2006). Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer. *Psycho-Oncology*, 15 (2) 132-142.
- DeGood, D., Crawford, A. & Jongsma, A. (1999). The behavioral medicine planner. New York: John Wiley and Sons Inc.

- Devine, D., Parker, P. A., Fouladi, R. T. & Cohen, L. (2003). The association between social support, intrusive thoughts, avoidance, and adjustment following an experimental cancer treatment. *Psycho-Oncology*, 12 (5) 453-462.
- Elliott, B. A., Renier, C. M., Haller, I. V. & Elliot, T. E. (2004). Health-related quality of life (HRQoL) in patients with cancer and other concurrent illnesses. *Quality of Life Research*, 13, 457-462.
- Ellis, A. (1999). Una terapia breve más profunda y duradera. España: Paidós.
- Encuesta Nacional de Salud ENSA. (2000). La salud de los adultos. Tomo 2. En www.insp.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf
- Estadísticas de salud. (2004). México: Secretaría de Salud. En <http://www.ssa.gob.mx>
- Fernández-Ballesteros. (1997). Quality of life: Concept and assessment. Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Ferrero, J., Toledo, M. & Barreto, M. P. (1995). Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de los pacientes con cáncer de mama. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27 (1) 87-102.
- Font, G. A. (1990). Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida. *Revista Comunicaciones*. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. España. 90-96.
- García, D. (2000). Hipertensión arterial. México: Fondo de Cultura Económica.
- González, F. & Ibáñez, V. (1998). Novedades sobre el duelo. *Psiquiatría Pública*, 10 (5) 57-58.
- González-Almaraz, G., Rosillo-Ruiz, A. & Cavazos-Gómez, J. (2002). Distribución de los tumores óseos primarios en el Instituto Nacional de Ortopedia. *Cirugía y Cirujanos*, 70 (1) 18-25.
- Hack, T. & Degner, L. (2004). Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. *Psycho-Oncology*, 13, 235-247.

- Hernández, E. (1996). Calidad de vida después del trasplante cardiaco en Cuba. Libro resumen. *Psico Salud* 96. II Conferencia Psicología de la Salud. Ciudad Habana, Cuba. Pág. 143.
- Kazdin, A. (2001). Métodos de investigación en psicología clínica. Pearson Educación.
- Koopman, H. M., Koetsier, J. A., Taminiau, A., Hijnen, K. E., Bresters, D., & Egeler, R. M. (2005). Health-related quality of life and coping strategies of children after treatment of a malignant bone tumor: A 5-year follow-up study. *Pediatric Blood and Cancer*, 45 (5) 694-699.
- Kreitler, S. & Kreitler, M. (2006). Multidimensional quality of life: A new measure of quality of life in adults. *Social Indicators Research*, 76 (1) 5 – 33.
- Kübler-Ross, E. (1975). Sobre la muerte y los moribundos. USA: Mondadori Gigalbo.
- Laird, B., Boyd, A. C., Colvin, L. A., & Fallon, M. T. (2008). Are cancer pain and depression interdependent? A systematic review. En www.interscience.wiley.com/journal/
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Estrés y procesos cognitivos. España: Martínez-Roca.
- Lichtenthal, W., Matthew, Zhang, B., Trice, E. D., Kissane, D. W., Breitbard, W. & Prigerson, H. G. (2008). Do rates of mental disorders and existential distress among advanced stage cancer patients increase as death approaches? *Cancer*. En www.interscience.wiley.com/journal/
- Lindiwe, M., Kimberly-K A. & Scheriber, J. B. (2005). Stress and coping strategies among Zimbabwean adolescents. *British Journal of Educational Psychology*, 75, 661-671.
- LJull, D. M., Zanier, J. & García, F. (2003). Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. *Psico-USF*, 8 (2) 175-182.
- Loscalzo, M. & Brintzenhofeszoc, K. (1998). Brief crisis counseling. En J. Holland, *Psycho-Oncology*. Oxford: University Press.
- Luoma, M-L. & Hakamies-Blomqvist, L. (2004). The meaning of quality of life in patients being treated for advanced breast cancer: A qualitative study. *Psycho-Oncology*, 13, 729-739.

- Markham, U. (1998). *Cómo afrontar la muerte de un ser querido*. México: Martínez-Roca, S. A.
- Martínez, R., Arizmendi, S., Flores, F., Barra, R., Díaz, L. & De la Garza, J. (2004). Tratamiento del osteosarcoma: Experiencia de 10 años en el Hospital General de México. *Gamo*, 3 (2) 38-40.
- Massie, M. J. & Holland, J. C. (1989). Overview of normal reaction and prevalence of psychiatric disorder. En J. C. Holland & J. H. Rowland, *Handbook of psycho-oncology, psychological care of the patient with cancer*. England.
- McPhee, S., Lingappa V. & Ganong, W. (2003). *Fisiopatología médica: Una introducción a la medicina clínica*. Manual Moderno.
- Mejía, J., Flores, H., Juárez, I., Vázquez, J., Games, J., Pérez, M., Ortega, M., Rendón, M. & Gutiérrez, A. (2005). Edad de aparición de los diferentes tumores malignos en la infancia. *Revista Médica IMSS*, 43 (1) 25-37.
- Méndez, J. (2005). Intervención emocional y conductual para el niño con cáncer y su familia. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 4 (3).
- Méndez, J. & Grau, J. (2002). La evaluación psicológica en el enfermo al final de la vida: Principios y técnicas. La evaluación del sufrimiento y de la calidad de vida. Avance en cuidados paliativos, Tomo II. Modulo V. Control de síntomas: Principios generales, técnicas y modalidades, 151-169.
- Monsalve, G., Cerdá-Olmedo, A., Minguez & De Andrés, J. A. (1999). Reflexiones sobre el impacto de la selección del tipo de pauta terapéutica en la percepción de la calidad de vida del paciente. *Medicina Paliativa*, 6 (4) 137-139.
- Moos, R. H. (1998). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychological Assessment*, 4 (2) 133-158.
- National Diabetes Data Group. (1980). Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance.
- Neugbauer, A. N. (1996). *The experience of chronic illness and physical disability: Consequences for quality of life and social relationships*. University of California, Berkeley.

- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, H., Faddis, S. & Houts, P. S. (1998). A problem-solving approach. Helping cancer patients cope. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nicassio, P. M. & Smith, T. W. (1995). Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective. Washington, DC: American Psychological Association.
- Niembro, A., Castellanos, A., Gutiérrez, P., Cárdenas, R., Calderón, C. & Rivera, R. (2005). Resultados de ocho años en el tratamiento de osteosarcoma. Experiencia en el Instituto Nacional de Pediatría. *Gamo*, 4 (3) 34-40.
- OMS, Grupo sobre calidad de vida. (1996). ¿Qué calidad de vida?. *Foro Mundial de la Salud*, 17, 385-387.
- Pacheco, M., Chávez, D., Diez, M. & Miranda, A. (2006). Control de casos de pacientes amputados por tumor en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Seguimiento de 6 años. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 18 (1) 7-10.
- Parkes, C. M. (1998). Bereavement in adult life. *British Medical Journal*, 316, 865 – 859.
- Parkes, C. M. (1998). Surgery and loss of body parts. *British Medical Journal*, 316, 1086-1088.
- Parkes, C. M. (1998). Blindness and loss of other sensory and cognitive functions. *British Medical Journal*, 316, 1160-1163.
- Parkes, C. M. (1998). The dying adult. *British Medical Journal*, 316, 1313-1315.
- Parkes, C. M. (1998). Facing loss. *British Medical Journal*, 316, 1521-1524.
- Pérez, M. G. (2006). Intervención psicoterapéutica con niños con cáncer y con sus familias. Reporte de experiencia profesional. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Pomerlau, O. & Brady, J. (1991). Introduction: The scope and promise of behavioral medicine. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México-España: Siglo XXI.
- Programa de Acción en Salud Mental. (2002). Secretaria de Salud. En: <http://www.ss.gob.mx>

- Rabkin, J. G., McElhiney, M., Moran, P., Acree, M. & Folkman, S. (2008). Depression, distress and positive mood in late-stage cancer: A longitudinal study. En www.interscience.wiley.com/journal/
- Rodea, A., Scherer, A. & Sánchez, E. (1997). Correlación de la depresión madre-hijo en el diagnóstico y tratamiento del niño con cáncer. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M. A. & López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, (5) suplemento 349-372.
- Rodríguez, G. & Rojas, M. (1998). La psicología de la salud en América Latina. México: Porrúa.
- Salazar, R., Axotla, V. & Parra, A. (2002). Metástasis óseas en tumores malignos de mama. *Revista Mexicana de Ortopedia y Traumatología*, 16 (2) 51-55.
- Sánchez-Sosa, J. J. (2002). Health psychology: Prevention of disease and illness, maintenance of health. In: *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Psychology*. Oxford, UK, <http://www.eolss.net>
- Sánchez, M. & Vera, L. (1997). La importancia de los métodos psicológicos en el control del dolor por procedimientos de diagnóstico y tratamiento del cáncer pediátrico. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Schwartz, E. & Weiss, M. (1991). Behavioral medicine revisited: An attended definition. *Journal of Behavioral Medicine*. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta*. México-España: Siglo XXI.
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Epidemiología. Compendio de cáncer. (2000). Mortalidad y morbilidad. *Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas*.
- Seitz, D., Besier, T. & Goldbeck, L. (2008). Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: A systematic review of the literature. En www.interscience.wiley.com/journal/

- Sharpley, C. F., Bitsika, V. & Christie, D. (2008). Understanding the causes of depression among prostate cancer patients: Development of the effects of prostate cancer on lifestyle questionnaire. En www.interscience.wiley.com/journal/
- Skelton, J. (2003). Death and dying in literature. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9, 211-220.
- Sprangers, M., De Regt, E., Andries, F., Van Agt, H., Bijl, R., De Boer, J., Foets, M., Hoeymans, N., Jacobs, A., Kempen, G., Miedema, H., Tjihuis, M. & De Haes, H. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 895-907.
- Stam, H., Grootenhuis, M. A., Caron, H. N. & Last, B. F. (2006). Quality of life and current coping in young adult survivors of childhood cancer: Positive expectations about the further course of the disease were correlated with better quality of life. *Psycho-Oncology*, 15 (1) 31-43.
- Suinn, R. M. & VandenBos, G. R. (1999). Cancer patients and their families: Reading and disease course, coping and psychological interventions. Washington, DC: American Psychological Association.
- Turk, D. C. & Salovey, P. (1995). Cognitive-behavioral treatment of illness behavior. En P. M. Nicassio & T. W. Smith, *Managing chronic illness. A biopsychosocial perspective*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Valderrama, P., Carbellido, S. & Domínguez-Trejo, B. (1995). Ansiedad y estilos de afrontamiento en mujeres con cáncer cervicouterino. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27 (1) 73-86.
- Valencia, G. C. (2006). Reporte de experiencia profesional. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Velarde-Jurado, E. & Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44 (4) 349-361.
- Velasco, M. & Sinibaldi, J. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia: Sistemas, historias y creencias. México: Manual Moderno.
- Veth, R., Van Hoesel, R., Pruszczynski, M., Hoogenhout, J., Schreuder, B. & Wobbes, T. (2003). Limb salvage in musculoskeletal oncology. *Lancet Oncol*, 4, 343-350.

- Vienegra, M. (2001). Información para pacientes y público. Instituto Alexander Fleming. España.
<http://www.oncologia.org.ar/cancer.shtml>
- Vos, M. S., Putter, H., Van Houwelingen, H. C. & Haes, H. (2007). Denial in lung cancer patients: A longitudinal study. En www.interscience.wiley.com/journal/
- Whoqol Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WhoQoL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- Wicks-Nelson, R. & Israel, A. (1997). Psicopatología del niño y del adolescente. Tercera Edición. Prentice Hall.
- Wiener, L., Battles, H., Bernstein, D., Long, L., Derdak, J., Mackall, C. L., & Mansky, P. J. (2006). Persistent psychological distress in long-term survivors of pediatric sarcoma: The experience at a single institution. *Psycho-Oncology*, 15(10) 898-910.
- Worden, J. W. (2004). El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia. Segunda Edición. Barcelona: Paidós.

ANEXO 1

MANUAL DE AFRONTAMIENTO DE LA PÉRDIDA

Las consultas que atiende un médico están relacionadas con algún tipo de pérdida. Estas pérdidas incluyen separaciones de los seres queridos, incapacidad, duelos, migración, cambios de domicilio, pérdidas de empleo, nacimientos de hijos, jubilación. Tras pérdidas importantes como la de la pareja o un hijo, más de un tercio de las personas padecen efectos sobre su salud física o psíquica, en forma de una gran variedad de trastornos psicossomáticos y psicológicos en los que aumenta el riesgo de muerte por afectación cardíaca o suicidio (González & Ibáñez, 1998).

En el Hospital General de Atizapán tan solo de enero a septiembre de 2003, de 7104 ingresos hubo un total de 226 defunciones, es decir, un 3% de las personas que ingresaron llegaron al deceso. Pero la cifra es aún mayor si tomamos como referencia el servicio de Medicina Interna, ya que de 1193 ingresos ocurrieron 145 muertes, es decir un 12% (Censo del Hospital General de Atizapán).

El número de interconsultas en relación a los duelos, pérdidas, manejo de pacientes moribundos, comunicar las malas noticias, va en aumento y el manejo de estas reacciones no ha sido tomado en cuenta en la formación del médico. Por lo que éstos o no detectan las reacciones relacionadas con las pérdidas, o de hacerlo, la mayor parte la derivan al servicio de salud mental.

Convertirse en un enfermo crónico es un golpe para la sensación de seguridad, para la autoimagen, y exige enfrentarse a la idea de la propia vulnerabilidad y falta de control sobre los acontecimientos. El ajuste a una enfermedad que puede ser mortal o potencialmente incapacitante requiere un considerable esfuerzo de afrontamiento.

El manejo de los aspectos psicológicos relacionados con la enfermedad, las pérdidas, el acercamiento a la experiencia de la muerte, es una parte inherente a la condición de cualquier profesional sanitario y es de máxima importancia, tanto de la prevención como en su asistencia diaria (González & Ibáñez, 1998).

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es crear un manual de afrontamiento de la pérdida con la finalidad de que los residentes de Medicina Conductual tengan una guía para facilitar que las personas que atraviesan por alguna pérdida cuenten con recursos que les permitan afrontar de mejor manera estos cambios para continuar siendo funcionales en las diversas áreas y responder a las exigencias del ambiente.

Antecedentes

Las personas con enfermedades crónicas y daños físicos enfrentan la separación de la familia, amigos y otras fuentes de gratificación; pierden un rol clave, interrupción de los planes a futuro; afectación de su autoimagen y autoestima; pérdida de la autonomía y control; un futuro incierto e impredecible, emociones distresantes tales como la ansiedad, depresión, resentimiento y desesperanza; y factores relacionados con la enfermedad como cambios permanentes en la apariencia física o la función corporal.

Pérdidas

Las pérdidas son una causa común de enfermedad, ya que frecuentemente no son reconocidas (Parkes, 1998).

El curso de la pena

Parkes (1970) define cuatro fases en el curso de la pena:

- 1) Período de insensibilidad. Se produce en los momentos cercanos a la pérdida.
- 2) Fase de Anhelo. Se anhela que la persona perdida vuelva y se tiende a negar la permanencia de la pérdida. La rabia desempeña una parte importante en esta fase.
- 3) Fase de desorganización y desespero. A la persona en duelo le es difícil funcionar en su medio.
- 4) Fase de conducta reorganizada. La persona en duelo empieza a recuperar su vida.

Factores que incrementan el riesgo de la pérdida

Circunstancias traumáticas (muerte de la pareja o hijo) particularmente en la infancia o adolescencia.

Muertes repentinas, inesperadas y prematuras (particularmente si están asociadas con circunstancias horribles)

Múltiples muertes (desastres)

Muertes por suicidio

Muertes por asesinato u homicidio sin premeditación

Personas vulnerables (baja autoestima)

Poca confianza en los demás

Desórdenes psiquiátricos previos

Intentos o tratamientos de suicidio previos

Familia ausente o que no brinda apoyo

Sentimientos ambivalentes por el difunto

Dependientes o inter-dependientes del difunto

Sentimientos de inseguridad de los padres en la infancia (miedo o desesperanza aprendida)

Complicaciones de las pérdidas:

Físicas

Daños en el sistema de la respuesta inmune

Incremento en la actividad adrenocortical
Incremento en la prolactina serum
Incremento en la hormona de crecimiento
Desórdenes psicosomáticos
Incremento en la mortalidad por enfermedad del corazón

Psiquiátricas no específicas
Depresión (con o sin riesgo de suicidio)
Ansiedad o desórdenes de pánico
Otros desórdenes psiquiátricos

Psiquiátricas específicas:
Desorden de estrés post-traumático
Pena retrasada o inhibida
Pena crónica

Es más probable que las personas que afrontan reprimiendo la expresión de la pena se devasten después que los que se echan a llorar y progresan en el trabajo de la pena. Son más propensos a tener desórdenes en el sueño, depresión y síntomas hipocondriales parecidos a los síntomas de la enfermedad que causa la pérdida.

Hay personas que expresan un intenso distrés antes y después de la pérdida. Ellos no pueden parar la pena y llegan a presentar una pena crónica. Esto refleja una relación dependiente o ambivalente con la persona muerta. Su pena es complicada porque se mezclan sentimientos de enojo y culpa que dificultan que paren de castigarse.

Un nivel bajo de ansiedad incrementa la tasa y eficacia con que procesamos la información, un nivel alto la reduce y daña nuestra habilidad de afrontar y nuestro proceso de pensamiento llega a ser desorganizado.

A continuación se hace una descripción de varios tipos de pérdidas con la finalidad de comprender las características más importantes de cada una de ellas y sobre todo para que en el apartado de estrategias de afrontamiento se puedan dar algunas sugerencias para lograr una mayor adaptación en las personas que han sufrido, sufren o sufrirán una pérdida. Así como lo menciona Parkes (1998) el conocimiento de los factores que provocan los problemas en la pérdida permite que sean anticipados y prevenidos.

Pérdidas no reconocidas

Las personas con pérdidas que no son reconocidas son de gran relevancia para los miembros de profesionales del cuidado de la salud por tres razones (Parkes, 1998): su salud física y mental puede estar en riesgo, casi nunca conocen las agencias solidarias y el acceso a información confidencial está oculta para otros. Somos los únicos que estamos en posición de ayudarlos.

Pérdidas ocultas

Las pérdidas ocultas surgen cuando una relación ha sido guardada en secreto, cuando el final de la relación no puede ser conocida o cuando la pérdida está asociada con sentimientos inadecuados o de vergüenza.

Estas personas tratan de negar su pérdida. La negación casi nunca es exitosa porque se ponen en guardia contra el daño que tratan de evitar.

Una pena que no se asume completamente y no se quiere vivir por entero puede resultar física y emocionalmente perjudicial. El estrés causado por un dolor que se quiere sobrellevar oculto a los ojos de los demás puede ser suficiente para trastornar la tensión sanguínea, el funcionamiento cardíaco y sobre todo, la voluntad de seguir viviendo (Markham, 1998).

Por qué las pérdidas no son reconocidas (Parkes, 1998):

Las pérdidas ocultas están relacionadas con la vergüenza o estigmas (VIH o enfermedad mental).

Ocultar o deformar las pérdidas por los cuidadores, como cuando ocultan información a los niños o personas mayores.

Pérdidas graduales, como cuando la progresión imperceptible de una enfermedad es ignorada (infertilidad o Alzheimer).

Evitación de la pena, como cuando las personas niegan su necesidad de sufrir o llorar por razones sociales u otras (machismo).

Ocultar una pérdida frecuentemente provoca consecuencias negativas: la pérdida eventualmente puede llegar a ser obvia y la decepción puede ser vista, información inexacta puede dejar al enfermo preparado para trabajar los sucesos subsecuentes; y una oportunidad para ayudar a alguien a afrontar la realidad puede haber sido perdida.

Pérdidas graduales

Cuando una pérdida es gradual o imperceptible, o la persona nació desfigurada o con una discapacidad, llegan a darse cuenta gradualmente, y con frecuencia consiguen ignorar o minimizar las implicaciones de la pérdida. Además su familia, amigos y cuidadores no entienden que la depresión u otros síntomas psicológicos son indicadores de que la persona está dándose cuenta de la pérdida y que ha llegado el tiempo para reconocer la necesidad de sufrir y apoyarlos a través de su pena.

Infertilidad

La pareja infértil niega por muchos años que nunca tendrán éxito en concebir. Su irritabilidad incrementa, el resentimiento con las personas que han tenido un aborto y su pérdida de la libido sexual son síntomas de la pena. Cuando eventualmente reconocen la situación real, cada uno sufrirá en forma individual y esto dificulta que se apoyen uno al otro. Cada uno culpa al otro por la infertilidad y siempre suponen que la culpa es de alguien. La infertilidad es algo por lo que las personas se sienten avergonzadas. Las parejas infértiles guardan su tristeza para ellos mismos y carecen del apoyo social de su familia y amigos. Sienten celos de los que pueden concebir.

Alzheimer

Las parejas de personas con Alzheimer son reacios a reconocer que no recuperarán a las personas con que se casaron. Cuando la esposa/a muere, el alivio puede dificultar el sufrimiento que todos esperan.

Pérdidas sensoriales y cognitivas

Las funciones sensoriales y cognitivas nos permiten orientarnos en el mundo, nos hacen conscientes de los peligros y recompensas; median nuestras fuentes de placer y de dolor; y por ellos recibimos los mensajes de otros (Parkes, 1998).

Cualquier daño serio en las funciones sensoriales o cognitivas provoca profundos efectos psicológicos no sólo en las personas afectadas también en sus familias, amigos, compañeros de trabajo y cuidadores.

El miedo, la frustración y la pena son reacciones naturales en los pacientes y en sus cuidadores.

Las pérdidas sensoriales y cognitivas imposibilitan tanto al doctor como al paciente. Cuando intentamos comunicarnos con una persona sorda, su sordera nos deja mudos. La ceguera en nuestros pacientes nos priva de la capacidad para usar la comunicación no verbal. Una persona muda efectivamente nos enseña lo que se siente ser sordo. Los pacientes con daño cerebral nos hace sentir estúpidos. Nosotros experimentamos una frustración y dolor similar al de ellos.

Es común que los pacientes con defectos en la comunicación sientan que son una carga para todos los que los conozcan. Están tentados a afrontar el mundo que sienten que los rechazan.

Hay importantes diferencias entre las reacciones de las pérdidas sensoriales y las pérdidas cognitivas, principalmente porque se requiere la cognición de una persona para comprender que una pérdida se ha presentado y lo que ésta implica. Por esta razón los dos tipos de pérdidas serán consideradas de manera separada.

Pérdidas sensoriales

La ceguera es una catástrofe abrumadora tanto personal como familiar, afecta la movilidad del paciente, el trabajo, las relaciones personales, y mucho más. La pérdida de la visión es muy gradual, la pérdida del oído tiende a ser también muy gradual, y la pérdida del habla es repentina en el comienzo. Los que experimentan un comienzo gradual tienen más tiempo para prepararse ante los cambios que están ocurriendo, pero los cambios son fáciles de ignorar (Parkes, 1998).

Reacción a las pérdidas sensoriales

Shock o incredulidad (no puedo creer que esto me este pasando a mi, no es permanente)

Echar de menos lo que está perdido, por ejemplo preocupación con el pasado visual, anhelo por ver las cosas que ahora no pueden ver, gran ansiedad y episodios de llanto, remordimientos de pena por el mundo visual disparado por cualquier cosa que force al paciente a confrontar la realidad de su ceguera. Estas experiencias son intensamente frustrantes y evocan sentimientos de irritabilidad y enojo.

Depresión en los sujetos ciegos que continuaron echando de menos y llorando.

Resolución seguida de uno o más puntos asociados con el incremento de la autoestima y actos de autosuficiencia tales como la preparación de comida por sí mismos.

La sordera evoca menos simpatía que la ceguera. Las personas sordas atraviesan por la misma sucesión de estados de reacciones. Las personas mudas pierden sus trabajos y otras habilidades; enfrentan la soledad social similar a las personas sordas y sus roles en la familia sufren profundos cambios.

En las personas sordas, las enfermedades psiquiátricas fueron reportadas en un 19%, y altos niveles de disturbios emocionales en otro 20%. Muchos de estos fueron asociados con depresión. La depresión y los sentimientos de inutilidad son también comunes en las personas con pérdida del habla y algunas veces conduce a una reacción catastrófica.

A los pacientes (particularmente las personas mayores) se les dificulta aprender como afrontar las pérdidas sensoriales cuando tienen otros problemas de salud.

Pérdidas cognitivas

Sufrir es necesario para recordar lo que has perdido. Los pacientes con demencia severa tienen una relativa carencia de pena. Sin embargo, formas menos severas de daño cerebral da pie a un gran distrés. En la medida que las personas tengan suficiente función mental para notar que tienen una pérdida, se esperará que sufran, sin embargo, tomarán diferentes formas que las personas con cognición intacta.

Las pérdidas cognitivas de comienzo rápido (estados confusionales agudos) causan mucho más distrés que el comienzo insidioso de la demencia. La experiencia de desorientación puede ser muy aterradora, particularmente en un ambiente desconocido. La ansiedad por sí misma daña la concentración y el juicio, agravando los síntomas causados en primer lugar. El pensar que estamos perdiendo nuestra mente, es tan aterrador que es probable que lo neguemos. Las personas confabularán historias que explicarán los huecos en sus memorias.

Aunque la pena de los pacientes con demencia usualmente crece menos que su condición, no se puede decir lo mismo de los miembros de su familia cercana. Muchas parejas y otros cuidadores niegan la severidad del daño e interpretan la conducta del paciente como obstinada o mala. Ellos necesitan un hombro en donde llorar bastante más que el paciente.

Cirugía y pérdida de las partes del cuerpo

Las pérdidas de las partes del cuerpo pueden tener distintas pero concurrentes consecuencias psicológicas. Estas pueden ser cambios en el cuerpo (alteraciones en la forma que perciben sus cuerpos los pacientes, sus familiares y otros), o cambios en la función (alteraciones en las actividades y roles que ellos pueden llevar a cabo). Algunos tipos de cirugías alteran más que otras. Por ejemplo, una mastectomía unilateral puede tener menos influencia en la habilidad funcional de la mujer, pero los efectos en su imagen corporal serán profundos. Perder un miembro del cuerpo afecta la forma y la función (Parkes, 1998).

Amputación de un miembro

La similitud que existe entre la pena de perder una parte del cuerpo y la pena causada por la muerte de una persona amada, ha sido evidenciada por los estudios comparativos de las reacciones ante una amputación de un miembro y de la viudez. Las personas con cualquiera de estas pérdidas tuvieron sentimientos de pena: las personas en duelo extrañaban a la persona perdida y los amputados extrañaban la pérdida de su atractivo físico (pérdida de la imagen corporal), su ocupación y otras funciones físicas que ya no podían llevar a cabo (pérdida de la función) o ambas (Parkes, 1998).

Ambos grupos reportaban tener dificultad para creer en lo real de la pérdida y tendían a evitar sus recuerdos. Reportaban memorias visuales claras de la persona o parte perdida, y tenían una fuerte sensación de que su presencia persistía. Esto fue más evidente en los amputados "miembro fantasma". Conforme el tiempo paso, tanto la pareja como el miembro fantasma tendieron a disminuir significativamente. En el caso del amputado, el miembro fantasma parece fundirse con la prótesis. En ambos grupos, el regreso al trabajo fue asociado con el mejoramiento en los síntomas psicológicos, pero sólo una tercera parte de los amputados fueron capaces de trabajar de tiempo completo, frecuentemente porque persistía enfermedad arterial en el miembro que no fue amputado.

Los daños en la movilidad, antes y después de la amputación, dan pie a la depresión, por lo que se retrasa la rehabilitación. Al igual que los viudos, los amputados tienen una tendencia a la ansiedad y la depresión, enfrentando menos y sufriendo más que otros. Paradójicamente un grupo de amputados, en su mayoría hombres, mostraron menos evidencia de distrés al momento de la amputación. Las personas que dependen de ellas mismas, parecen afrontar bien al principio pero después de trece meses tuvieron dolor persistente en su miembro fantasma más que otros amputados. En la identificación de síntomas reportados por algunas personas en duelo, mostraron menos pena al momento de la pérdida, subsecuentemente desarrollaron dolores y otros síntomas parecidos a los de la persona que murió. Esto sugiere que la persistencia del dolor en un miembro fantasma puede resultar de la represión o evitación de la pena al momento de la pérdida.

Cáncer y cirugía

El cáncer generalmente causa la pérdida de las funciones del cuerpo, daña la imagen corporal y amenaza la vida. El miedo y la pena son consecuencias probables, y los tratamientos quirúrgicos y médicos son drásticos y dan pie a pérdidas adicionales. En el sentido psicológico, el cáncer invade a las familias y muchas vidas son afectadas por esta enfermedad (Parkes, 1998).

Varios estudios muestran que la intensidad del estrés que sigue al comienzo del cáncer, está determinado por varios factores y por el grado en que las personas sienten que la pérdida causada por la enfermedad los ha hecho diferentes de otros. Esto puede dar pie a la depresión, problemas en el ajuste sexual y otras dificultades psicológicas.

Un indicador del ajuste, es el funcionamiento sexual, ya que da una idea de la magnitud del problema. Aunque son pocos los estudios comparativos, muestran que el efecto de la sexualidad es sorprendentemente similar en varios tipos de cáncer, enfermedad de Hodgkin, cáncer de testículo, de pulmón y próstata. Entre un cuarto y un tercio de los que respondieron en cada grupo de diagnóstico sentían que eran menos atractivos para sus parejas y una proporción similar encontró que su energía sexual había disminuido (Parkes, 1998).

Dificultades similares han sido reportadas por mujeres después de la mastectomía. Muchas mujeres están insatisfechas con las prótesis que les ofrecen e intentan evitar el enfrentar el dolor real de su pérdida rechazando mirar su pecho o permitir a sus parejas hacerlo. Cubren los espejos, se visten y desvisten en la oscuridad y disminuyen el tiempo que ellas utilizan para bañarse. Estas actividades reflejan un estilo de afrontamiento evitativo. Estas mujeres tienden a tener depresión duradera y pérdida del interés en la sexualidad.

Aunque las consecuencias psicológicas de la mutilación quirúrgica pueden ser severas, ellas sienten más ansiedad de que su cáncer no haya sido removido completamente.

Si los pacientes con cáncer tienen o no tratamiento quirúrgico, de cualquier manera tendrán quimioterapia y radioterapia con pérdida de cabello y otras consecuencias físicas. Estas son causas de la pérdida de la autoestima, pena y depresión.

Cirugía del corazón

En un estudio, el 51% de los pacientes de edad avanzada a los que se les había realizado una cirugía del corazón, presentaron un desorden adaptativo. Esto puede deberse al significado especial que se le da al corazón como el símbolo y fuente de vida. La cirugía cardiaca provoca miedo. La incidencia del estrés preoperatorio correlaciona con el que se presenta después de la cirugía. La cirugía a corazón abierto puede causar daño

cognitivo, particularmente en las personas mayores haciendo más difícil el afrontamiento a las demandas emocionales de la operación (Parkes, 1998).

No es de sorprenderse, que muchos de los pacientes cardíacos permanezcan con miedo y sean aprehensivos aún cuando su función cardíaca sea buena ya que ha sido restaurada por la cirugía. Esto es más obvio en el área sexual y explica la ocurrencia de la disfunción eréctil y la pérdida del deseo en estos pacientes.

Pasa mucho tiempo en que las personas con algún daño en sus cuerpos se sientan fuertes y a salvo. Ellos se acercan a su cirugía con una mezcla de esperanza y temor. Sus miedos crean una situación muy temerosa. Las manifestaciones físicas del dolor (incluyen los efectos de hiperventilación y disturbios autónomos) son malinterpretadas como síntomas de daño corporal.

El adulto moribundo

Son dos los problemas comunes que surgen cuando las personas están cerca de morir, miedo y pena. El miedo es la reacción psicológica al peligro, y la pena es la reacción a numerosas pérdidas que posiblemente ocurren en el curso de una enfermedad que está próxima a un desenlace fatal. Ambas pueden surgir en los pacientes, en sus familias, y en sus doctores y otros profesionistas. El miedo y la pena necesitan ser tomados en cuenta si estamos mitigando el dolor psicológico del moribundo (Parkes, 1998).

Los pacientes con enfermedades que amenazan la vida experimentan una serie de pérdidas con el progreso de la enfermedad.

Causas de miedo en las personas con enfermedades que amenazan la vida:

Miedo a la separación de las personas que aman, de sus hogares, trabajos, etc.

Miedo a llegar a ser una carga para los demás.

Miedo a perder el control.

Miedo por los que dependen de ellos.

Miedo al dolor u otros síntomas peores

Miedo de ser capaz de completar las tareas de la vida o responsabilidades.

Miedo de ser moribundo

Miedo de llegar a morir

Miedo de los miedos de otros

Los pacientes que han aprendido a confiar en el doctor serán capaces de compartir sus miedos y de tranquilizarse.

Hay muchas formas en las cuales podemos ayudar a las personas a enfrentar: respondiendo honestamente las preguntas que son formuladas, dando reafirmación donde es posible y apoyo emocional a los que sufren, y ayudándoles a hacer algo bueno con el tiempo que les sobra.

La lista de los síntomas físicos que pueden ser causados por el miedo es larga. Es común ver, que mientras el paciente esté vivo, los miembros de la familia minimizarán sus necesidades de ayuda y apoyo.

El moribundo y las pérdidas

A parte de la mutilación y la pérdida de la función que resulta de los tratamientos de enfermedades drásticas, los pacientes que han sufrido de una enfermedad que amenaza la vida nunca serán tan seguros como lo eran (Parkes, 1998).

Pérdidas de los pacientes con enfermedades que amenazan su vida:

- Pérdida de la seguridad
- Pérdida de las funciones físicas
- Pérdida de la imagen corporal
- Pérdida del poder o fuerza
- Pérdida de la independencia
- Pérdida de la autoestima
- Pérdida del respeto de los demás
- Pérdida del futuro

Expresar la pena

Si las personas han sido ayudadas a expresar su pena de pérdidas reales que han ocurrido en un estado temprano de una enfermedad, serán capaces de afrontar efectivamente cuando se enfrenten a otras pérdidas (Parkes, 1998).

Una de las pérdidas que más disturbios causa es la pérdida del respeto de los demás que está reflejada en su expresión de pena o antipatía. La pérdida del respeto se agravará si nosotros somos condescendientes, infantilizamos o denigramos al paciente.

Para ayudar a los moribundos debemos estar preparados para compartir sus penas y estar con ellos en su miedo. Algunas veces la muerte es desagradable y amarga y nos deja horrorizados y avergonzados. La persona que muere ha disparado nuestros propios miedos más pavorosos, nos sentimos responsables de su sufrimiento y de su muerte. Nosotros también necesitamos apoyo de alguien en quien confiamos (Parkes, 1998).

Espiritualidad

En ninguno de los trabajos de psiquiatras son reconocidas las necesidades espirituales de los pacientes más que cuando se enfrentan a la muerte o son moribundos. En este contexto, uno de los usos de la palabra espiritual tiene uno o todos los significados siguientes (Skelton, 2003):

- Objetivos y metas, significativos en la vida,
- Las interrelaciones de todos los seres humanos,
- Trabajar con la totalidad de las personas (cuerpo, mente y espíritu)
- El aspecto moral (bueno, bonito y disfrutable)
- Conciencia de la conexión entre Dios y el hombre

Para la mayoría de las personas en el mundo, su noción de la espiritualidad está vinculada con sus creencias religiosas. Las religiones están enfocadas en temas sobre la vida y la muerte. Usualmente, incluyen que significa la muerte, para el individuo y para la humanidad, y que es lo que sigue después de la muerte. Por esta razón cuando el proceso del moribundo ha sido observado en el comité de creyentes, es posible ver una convicción de calma que ellos están moviendo hacia algo más y no sólo en el olvido (Skelton, 2003).

Los pacientes se pueden beneficiar considerablemente cuando los psiquiatras fomentan en ellos el uso de sus propias creencias religiosas para ayudarlos en las crisis de la vida asociadas con la muerte y el moribundo, en la misma forma que ellos están ayudando a usar otros recursos de su personalidad individual en terapia.

Cuando los individuos saben que están moribundos o que se están enfrentando con el riesgo de la muerte, es casi inevitable que considerarán su situación espiritual; esto es una experiencia humana universal. Los psiquiatras se enorgullecen de la aproximación holística que dan a la enfermedad; la enfermedad es vista no solamente como un malestar bioquímico localizado en órgano o sistema del cuerpo. Prestar atención a todos los aspectos de la persona –cuerpo, mente y espíritu- llega a ser extremadamente relevante cuando tiene que ver con la muerte (Skelton, 2003).

Duelo

El duelo puede definirse como la experiencia de una persona tras una pérdida o como el proceso de adaptación a esa pérdida (Worden, 2004).

Manifestaciones del duelo normal

Sentimientos

- a) Tristeza. Este sentimiento no se manifiesta necesariamente a través de la conducta de llorar, pero sí lo hace así a menudo.
- b) Enfado. Puede ser uno de los sentimientos más desconcertantes para el superviviente, y como tal, está en la base de muchos de los problemas del proceso del duelo. El enfado puede provenir de una sensación de frustración ante el hecho de que no había nada que se pudiera hacer para evitar la muerte. Una de las desadaptaciones más peligrosas del enfado, es la postura de dirigirlo hacia sí mismo y podría desarrollar una conducta suicida.
- c) Culpa y autorreproche. Normalmente la culpa se manifiesta respecto a algo que ocurrió, o a algo que se pasó por alto en el momento de la muerte. La mayoría de las veces la culpa es irracional y se mitigará a través de la confrontación con la realidad.
- d) Ansiedad. La ansiedad en el superviviente oscila desde una ligera sensación de inseguridad hasta fuentes de ataques de pánico. La ansiedad proviene de dos fuentes: 1) los supervivientes temen que no podrán cuidar de sí mismos solos y 2) se relaciona con la conciencia de la propia mortalidad aumentada por la muerte de un ser querido.

- e) Soledad. El apoyo social puede ser útil para la soledad social pero no mitiga la soledad emocional que provoca la ruptura de una relación.
- f) Fatiga. A veces se puede experimentar como apatía o indiferencia. La fatiga puede ser muy restrictiva y puede ser un síntoma clínico de una depresión.
- g) Impotencia. Se presenta a menudo en las primeras fases de la pérdida.
- h) Shock. Se produce a menudo en el caso de las muertes repentinas, pero, incluso a veces cuando la muerte es esperada.
- i) Anhelo. Cuando disminuye, puede ser señal de que el duelo está acabando.
- j) Emancipación. Puede ser un sentimiento positivo.
- k) Alivio. Normalmente a esta sensación de alivio le acompaña otra de culpa.
- l) Insensibilidad. Probablemente ocurre porque hay demasiados sentimientos que afrontar, así que la persona experimenta la insensibilidad como una protección de su flujo de sentimientos.

Sensaciones físicas

- a) Vacío en el estómago
- b) Opresión en el pecho
- c) Opresión en la garganta
- d) Hipersensibilidad al ruido
- e) Sensación de despersonalización (nada parece real)
- f) Falta de aire
- g) Debilidad muscular
- h) Falta de energía
- i) Sequedad de boca

Cogniciones

Ciertos pensamientos son normales en las primeras fases del duelo y generalmente desaparecen después de un breve espacio de tiempo. Pero a veces los pensamientos persisten y desencadenan sentimientos que pueden producir una depresión o problemas de ansiedad.

- a) Incredulidad. Éste suele ser el primer pensamiento que se tiene cuando se conoce una muerte, especialmente si la muerte es súbita.
- b) Confusión. Muchas personas que sufren un duelo reciente dicen que su pensamiento es muy confuso, que parece que no pueden ordenar sus pensamientos, que tienen dificultad para concentrarse, o que olvidan las cosas.
- c) Preocupación. Se trata de una obsesión con pensamientos sobre el fallecido; sobre como recuperar a la persona perdida o toma forma de pensamientos intrusivos o imágenes del fallecido sufriendo o muriendo.
- d) Sentido de presencia. La persona en duelo puede pensar que el fallecido aún está de alguna manera en la dimensión de espacio y tiempo de los vivos.
- e) Alucinaciones. Tanto las alucinaciones visuales como las auditivas son una experiencia normal de las personas en duelo. Suelen ser experiencias ilusorias pasajeras, muchas veces se producen en las semanas siguientes a la pérdida.

Conductas

Existen unas cuantas conductas que se asocian a los duelos normales:

- a) Trastornos del sueño. Pueden incluir dificultad para dormir y despertar temprano por las mañanas. Estos trastornos pueden simbolizar miedos por ejemplo a soñar o a no despertarse.
- b) Trastornos alimentarios. Se pueden manifestar comiendo demasiado o muy poco.
- c) Conducta distraída. Las personas que están en duelo pueden actuar de manera distraída y hacen cosas que al final les producen incomodidad o les hacen daño.
- d) Aislamiento social. No es extraño que las personas en duelo quieran aislarse del resto de la gente.
- e) Soñar con el fallecido. Es muy normal tener sueños en los que aparezca la persona fallecida, tanto sueños normales como sueños angustiosos o pesadillas.
- f) Evitar recordatorios del fallecido. Algunas personas evitarán los lugares o cosas que les provocan sentimientos dolorosos. Cuando la persona en duelo se libra de todas las cosas asociadas con el fallecido, puede derivar en un duelo complicado. Normalmente indica una relación ambivalente con el fallecido.
- g) Buscar y llamar en voz alta. Cuando no se hacen verbalmente se puede hacer de forma subvocal.
- h) Suspirar. Es un correlato cercano a la sensación física de falta de respiración.
- i) Hiperactividad desasosegada.
- j) Llorar. Las lágrimas alivian el estrés emocional, pero aún no se sabe como lo hacen.
- k) Visitar lugares o llevar consigo objetos que recuerdan al fallecido. Muchas veces destacar esta conducta refleja el miedo a olvidar al fallecido.
- l) Atesorar objetos que pertenecían al fallecido.

Algunas personas llegan a caer en estados crónicos de sufrimiento, no pueden hacerlo a un lado, esto resulta de los altos niveles de ansiedad acerca del mundo que ahora existe. La pena es una expresión de distrés y un grito de ayuda (Parkes, 1998).

Ya que el duelo es un proceso, varios autores lo han contemplado de varias maneras, principalmente en función de etapas, fases y tareas:

Elizabeth Kübler-Ross (1975) hablaba de cinco fases ante el afrontamiento del proceso de duelo, la primera es la negación y aislamiento, la segunda la ira, la tercera el pacto o negociación, la cuarta la depresión y la quinta la aceptación. Puntualiza que puede haber una variación con respecto a la secuencia de la segunda a la cuarta fase, pero la adaptación final del duelo se da con la adaptación.

Sanders (1999) también ha usado la noción de fases para describir el proceso del duelo: 1) choque o impresión, 2) conciencia de la pérdida, 3) conservación-retirada, 4) sanación y 5) renovación.

En su manual *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*, Worden (1993) plantea un modelo de duelo como un conjunto de tareas: 1) aceptar la realidad de la pérdida, 2) experimentar las emociones asociadas a ella, 3) afrontar las demandas de la vida sin lo perdido y 4) recolocarse psicológica y emocionalmente de modo que no impida la búsqueda de otras satisfacciones. Aunque cumplir estas tareas quizá sea desbordante para la persona en la agonía del duelo agudo, también puede, con la ayuda de un asesor, ofrecer la esperanza de que se puede hacer algo y de que hay un punto final; un antídoto poderoso para los sentimientos de impotencia que experimentan muchas personas en duelo.

Según Markham (1998) la pauta habitual que recorre la emotividad ante la pérdida de un ser querido es: incredulidad o negación, resentimiento, remordimientos, temores, resignación, y serenidad.

No se sabe cuánto dura el periodo de duelo y cuando desaparecerá, pero lo que si se consigue es que cambie y se haga bastante soportable. Pero ante todo es importante que se conceda a si mismo sentir esa pena (Markham, 1998).

AFRONTAMIENTO

Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como “aquéllos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”

Existen dos clasificaciones predominantes del afrontamiento. En la primera, se divide entre las formas centradas en el problema (dirigidas a alterar el problema), las centradas en la emoción (dirigidas a regular la respuesta emocional que genera el problema) y las centradas en la evaluación. En la segunda clasificación, según el foco, es la efectuada entre las formas de afrontamiento activas (o de aproximación) versus las formas de evitación. Las primeras se refieren a aquellos esfuerzos cognitivos o conductuales para manejarse directamente ante el evento estresor. Las formas de evitación consisten en no enfrentar el problema o en reducir la tensión mediante conductas de escape (Moos, 1998).

Aunque la mayoría de las personas oscilan entre confrontar y evitar la pena, la evitación extrema de la pena siempre aparece. Las personas pueden evitar la pena porque son miembros de una familia o una sociedad en el que la pena es desaprobada; ellos la evitan porque tienen miedo de las consecuencias si la expresan; o simplemente creen que tienen cosas más importantes que hacer (Parkes, 1998).

Las influencias culturales pueden determinar cuándo o cómo la pena es expresada, y los antropólogos han reportado gran variación de una sociedad a otra. Los hombres inhiben su pena. Las mujeres muestran más distrés en el primer año de pérdida que los hombres y es más probable que busquen ayuda psiquiátrica, los hombres tardan más en regresar a sus niveles de ajuste al matrimonio que las mujeres. También es más probable que mueran por enfermedades del corazón después de la pérdida que mujeres de la misma edad. Parece que la inhibición de la pena es dañina para el corazón. Los hombres en duelo se benefician más que las mujeres con las terapias que fomentan la expresión de sus emociones; las mujeres en duelo se benefician más de reestructurar sus concepciones acerca del mundo (Parkes, 1998).

Las personas que sobre reaccionan ante la pérdida se beneficiarán de oportunidades de re-examinar sus concepciones negativas acerca de si mismos y del mundo.

Otro grupo que tiende a negar sus propias necesidades de sufrimiento son los profesionistas del cuidado de la salud, particularmente los doctores, quienes dedican sus vidas cuidando a otros pero difícilmente reconocen sus propias necesidades emocionales (Parkes, 1998).

Factores que influyen en el afrontamiento de la pérdida

Grado de liga emocional

Si se depende de una persona en especial para que se ocupe de algunas de nuestras necesidades, la pérdida real o intuida de esa persona nos ocasiona una gran perturbación en nuestra vida, un miedo a ser incapaces de seguir sin ella. Si la autoimagen o identidad se basa en la opinión que tiene otra persona sobre nosotros, su pérdida puede resultar abrumadora.

Tipo de pérdida

La muerte y separación son dos de las pérdidas más importantes que puede experimentar una persona.

La pérdida más absoluta y contundente es la muerte de uno mismo, o un cambio radical en el cuerpo (perder la vista o un miembro), o una enfermedad física deteriorante (cáncer, esclerosis múltiple y otras), que afectan la apariencia o la fuerza vital.

El segundo tipo de pérdida más seria es la separación de personas significativas en nuestra vida por muerte, divorcio y abandono. Los ataques físicos, como los asaltos con violencia o la violación, pueden ser devastadores emocionalmente, dependiendo de la persona y las circunstancias del hecho. Un accidente físico que requiera una restauración prolongada también es una pérdida severa.

El tercer nivel de pérdidas que requiere ajustes, incluye los cambios normales del desarrollo en la vida por ejemplo la adolescencia, inicio o final de la escuela, traslados, matrimonio, cambios que ocurren en el cuerpo relacionados con la edad, como perder el cabello, reducción de energía, o convertirse en abuelo.

La cuarta área es la pérdida de objetos importantes, dinero, esperanzas, aspiraciones o expectativas, así como los cambios en el medio social, como la renuncia a un proyectopreciado.

Cada pérdida nos causa dolor, y éste es mayor o menor, en proporción a la severidad de la pérdida.

Personalidad y pérdidas anteriores

Durante el transcurso de la vida, se experimentan muchas pérdidas, si cada una se maneja tal y como se presenta, se intensifica la seguridad de que una nueva pérdida no devastará. Cuando el duelo por una pérdida está fuera de proporción, las emociones exteriorizadas son por un dolor anterior no expresado, o por una acumulación de pérdidas que no se han manejado y superado.

En todos los casos la personalidad previa de los pacientes y sus formas acostumbradas de ver el mundo y afrontar los problemas, predecirá la forma en que ellos afrontan la vida y la muerte (Parkes, 1998).

Los que han confiado en su propio valor y en el amor de los demás parecen sentir seguridad en afrontar la muerte; mientras que los que no confían en sí mismos y en los demás (y en Dios) les es difícil. Los valores espirituales que surgen para encontrar el significado de la vida hace más fácil encontrar un significado en la muerte, pero no hay que confundir con religiosidad, en la que se busca la protección de Dios; ya que se rompe la fe en él cuando se trata de negociar (Parkes, 1998).

Circunstancias y conocimiento previo

El conocimiento de que va a ocurrir una muerte o una pérdida antes del hecho real es una ventaja, da la oportunidad de prepararse para el cambio y la pérdida, y elaborar parte del duelo antes de que ocurra la desgracia.

ESTRATEGIAS PARA AFRONTAR LA PÉRDIDA

Guía anticipatoria ante la pérdida

Los equipos del cuidado de la salud pueden preparar a las personas ante las pérdidas que están por venir. Por ejemplo para dar una mala noticia se debe (Parkes, 1998):

Considerar el apoyo social, pidiendo al receptor que traiga a alguien que le pueda brindar apoyo.

Considerar el escenario. Si estamos dando malas noticias, podemos hacerlo más agradable, en un entorno como el hogar.

Trata de establecer una relación de mutuo respeto y confianza. Ocupar unos pocos minutos estableciendo una relación de confianza no sólo hará la experiencia menos traumática para ellos, sino que también incrementará la oportunidad de darle sentido a la información que estamos dando.

Descubrir lo que el paciente o la familia saben o piensan.
Promover preguntas. Los pacientes casi nunca hacen preguntas a menos de que estén listos para las respuestas y preguntarán lo que ellos quieren saber y no más. Nosotros debemos propiciar preguntas y escuchar cuidadosamente lo que se pregunte, asumiendo que sabemos lo que el paciente está listo para saber.

Dar información con la velocidad y lenguaje necesarios para que la comprendan. Si se monitorea la entrada de información, se puede controlar la rapidez con la que ellos procesan la información.

Monitorear lo que ha sido entendido.

Reconocer que toma tiempo escuchar y entender las malas noticias. Nosotros necesitamos tomar en cuenta cuando podemos dar información que probablemente sea traumática. Una forma es dividir la información que necesita ser confrontada.

Dar tiempo al paciente o a la familia para reaccionar emocionalmente. Las personas necesitan un tiempo para hacer un balance entre la evitación y la confrontación de la realidad dolorosa.

Dar reafirmación verbal y no verbal de la normalidad de su reacción.

Cualquier cosa que nos permita manejar la ansiedad en límites tolerables nos ayudará a afrontar mejor el proceso de cambio.

Estar con el paciente o la familia hasta que ellos estén listos para irse.
Ofrecer oportunidades para la clarificación, información o apoyo.

Afrontamiento en las personas en duelo

Una visita a la casa de la familia un día después de que la muerte ha ocurrido nos permite dar apoyo emocional y resolver aquellas preguntas acerca de la muerte y sus causas que provocan problema a la familia.

Tocar o abrazar a la persona en pérdida facilitará la pena más que cualquier palabra.

Durante las siguientes semanas las personas en duelo necesitan apoyo de las personas en quien confían. Nosotros podemos reafirmarles la normalidad de su pena, explicar sus síntomas, y mostrar con nuestro comportamiento y actitudes que está permitido expresar la pena. Si en ese momento sentimos ganas de llorar no provocaremos ningún daño con hacerlo. Las personas en duelo necesitan reafirmar que no se volverán locos si se derriban, que los síntomas aterradores de la ansiedad y la tensión no son señales de una enfermedad mortal y que ellos no estarán dejando de lado si se retiran por un rato, por sus tareas acostumbradas.

Mientras el tiempo pasa, las personas también necesitan permiso para descansar de la pena. No pueden sufrir todo el tiempo y necesitan permiso para regresar a trabajar o hacer otras cosas que les permitan escapar, aunque sea brevemente de la pena. Esto es sólo si consiguen el balance entre la confrontación y la evitación.

El primer aniversario es un tiempo de renovar la pena, pero necesitan dejar de sufrir y enfocarse en su vida para crear nuevos problemas. Lo más importante es que ofrezcamos nuestra confianza en su valor y fuerza personales. Al final, la mayoría de las personas en duelo llegan a ser más fuertes y sensatas a través de la experiencia.

En los casos agudos, lo mejor es dar apoyo de manera personal, preferentemente en el hogar del paciente. Después, puede ser de ayuda un grupo en el que las personas en duelo puedan aprender de otras.

Afrontamiento a las pérdidas no reconocidas

Tenemos información confidencial que nos hace ser las únicas personas que pueden dar apoyo a los pacientes en tal situación (Parkes, 1998).

En estos casos la comprensión y apoyo de los profesionales del cuidado de la salud puede facilitar el sufrimiento, mitigando los sentimientos de enojo y culpa que estarán presentes inevitablemente y dirigirán a la persona para ayudar a otros que han experimentado dificultades similares.

Afrontamiento a las pérdidas sensoriales

Preparar a los pacientes de la probabilidad de que ellos perderán su vista u oído reducirá el shock cuando esto suceda. Los pacientes y sus familiares agradecen la franqueza de los doctores acerca de un pronóstico pobre y finalmente de la pérdida, si este es el caso. Es importante que el doctor sea claro acerca de la inutilidad de buscar múltiples opciones y comprometerse con tratamientos costosos (Parkes, 1998).

Cuando se trabaja con pacientes que tienen alguna pérdida sensorial la comunicación es siempre posible y los profesionales que hacen el esfuerzo de comunicarse con las personas en esta situación pueden lograr un gran trabajo. La mayoría de los pacientes están reafirmando que nosotros los entendemos aún cuando no hay forma de cambiar esta situación.

Las personas necesitan permiso de sufrir. Ellos necesitan el reconocimiento de que es una reacción normal y natural a la pérdida y no una señal de que ellos se están quebrantando.

Los miembros de la familia también necesitan oportunidades para compartir su pena que les causa el impacto de la condición del paciente en sus propias vidas.

Es importante que el cuidador primario se familiarice con los servicios de rehabilitación que están disponibles y que se asegure de que el paciente haga completo uso de éste. En el caso, de que las agencias sean lentas en actuar, las listas de espera sean largas y el papeleo sea molesto, el paciente y la familia deben de estar preparados.

Es de gran valor conocer veteranos u otras personas ciegas o sordas, que han logrado un nivel razonable de ajuste. Muchas organizaciones para ciegos, por ejemplo en su personal tienen personas ciegas o parcialmente ciegas y hay grupos de ayuda mutua. Grupos de consejería han demostrado ser efectivos.

Si a pesar de todos nuestros esfuerzos, una persona falla en las expectativas de recuperación para la depresión y en lograr un razonable nivel de rehabilitación, no debemos dudar en canalizarlos a los servicios especializados.

Afrontamiento ante las pérdidas cognitivas

Cuando las personas tienden a confundirse deberíamos de tratar de mantener su orientación proveyéndolos de reafirmación de manera simple y familiar. Si ellos tienden a confundirse en la noche, deberíamos prender la luz y hablarles claramente. El apoyo cálido y afectuoso relajará la tensión y mejorará la función cognitiva.

Aunque los tranquilizantes en algunas ocasiones son necesarios, pueden agravar la confusión por lo que es sensato usarlos al mínimo y dejarlos de usar lo antes posible (Parkes, 1998).

Afrontamiento ante la cirugía y la pérdida de las partes del cuerpo

El apoyo psicológico en forma de información y consejos dados antes de la cirugía, el apoyo emocional, y la oportunidad de hablar de manera anticipada, reduce la prevalencia de los problemas psicológicos después de una cirugía (Parkes, 1998).

Si una cirugía es planeada, el paciente necesitará ser preparado tanto para la operación como para sus consecuencias a corto y largo plazo.

Los que necesitan una amputación deben ser advertidos acerca del miembro fantasma, que podría ser doloroso, persistir por un tiempo, y ser invitados a compartir sus dudas o miedos. Esto permite que su cuidador los tranquilice cuando sus miedos no son necesarios y apoyarlos cuando sufran por las pérdidas que son inevitables. Este apoyo incrementa la probabilidad de que el paciente afrontará efectivamente las pérdidas.

A cualquier persona que ha sido sometida a una cirugía o a cualquier tratamiento que lo conduzca a perder un miembro del cuerpo o su función se le debe preguntar cómo se siente con la pérdida. Además de preguntarles acerca de sus efectos en el ánimo, día a día, en las relaciones personales y la sexualidad. Si existe evidencia de disturbios en el ánimo es importante establecer si se debe a un desorden afectivo.

Es importante descubrir que tan bien afronta la familia por ejemplo preguntando ¿Cómo se siente tu pareja acerca de los efectos de tu operación? ¿Puedes hablar con tu familia acerca de tus sentimientos?

El apoyo emocional e información dada por un doctor o enfermera son indudablemente valiosos para los pacientes que son sometidos a una cirugía mayor.

Otros miembros de la familia del paciente necesitarán apoyo.

Los que tienden a evitar necesitan oportunidades para hablar acerca de las implicaciones de sus pérdidas y reafirmar la normalidad de su pena y sus consecuencias físicas y emocionales.

Los que tienden a tener una preocupación obsesiva, es más probable que se beneficien de reuniones con otros pacientes que han sido sometidos a cirugías similares que puede ayudarles a reafirmar que es posible vivir con discapacidades.

Cualquier cosa que incremente la movilidad, la confianza y la autoestima facilitará las transiciones físicas y psicológicas necesarias. Conducir

programas de ejercicio postoperatorios restaurarán la confianza de los pacientes en sus cuerpos.

Es importante que los vigilantes médicos provean reafirmaciones positivas, explicaciones de tales síntomas y evitar investigaciones innecesarias (sirve para convencer a los pacientes de que sus doctores están al tanto como ellos).

El manejo de la ansiedad incluye técnicas de relajación muscular y de imaginación. Los pacientes ansiosos se pueden beneficiar de ansiolíticos en momentos particulares de estrés.

No hay evidencia de que los antidepresivos interfieran en el proceso de pérdida. Cuando hay indicaciones clínicas para su uso, se les deben de dar las dosis completas y por lo menos durante cuatro meses.

Los psicólogos clínicos tienen mucho que ofrecer. Las terapias cognitivo-conductuales cuestionan las percepciones erróneas de los pacientes y pueden ayudar cuando los problemas en la imagen corporal persistan.

Las correcciones quirúrgicas de desfiguros tienen una influencia positiva en la imagen corporal. Los pacientes deberían tener expectativas realistas y estar preparados adecuadamente.

Aunque muchos problemas sexuales responden a una educación apropiada, la reafirmación, y el apoyo; hay algunos que pueden ser ayudados con terapia sexual para el paciente y su pareja.

Afrontamiento en el paciente moribundo

Muchos problemas en la comunicación surgen del miedo y nosotros necesitamos dedicar un tiempo para crear confianza y un lugar a salvo en el que las personas puedan comenzar a hablar acerca de las cosas que los hacen sentir en peligro (Parkes, 1998).

Dar apoyo a la pareja del paciente indirectamente ayuda al paciente.

Una forma de intervenir las necesidades de la familia es invitarlos a dibujar un árbol familiar; esto a parte de decirnos quien existe, permite a los miembros de la familia compartir sus miedos y otros sentimientos acerca de los demás.

Necesitamos hacer que compartan su percepción de las implicaciones de la enfermedad para su vida.

Cualquiera que sea nuestra fe es importante respetar la fe de los demás y resistir imponer las propias. Cada persona tiene su propio lenguaje religioso, nosotros debemos aprender su lenguaje para comunicarnos exitosamente en temas espirituales. Muchos pacientes disfrutarán la

oportunidad de compartir con nosotros sus intentos de darle sentido a sus vidas.

Algunas veces la literatura ayuda a las personas a resolver sus temas espirituales acerca de la muerte. Puede ser objetivo y personal y puede dar inspiración. Leer acerca de cómo alguien más enfrentó o no esto, la última crisis de la vida, ayuda a ordenar nuestros pensamientos, perfecciona nuestras creencias y define donde podemos depositar nuestra confianza en el futuro. La literatura nos ayuda y a nuestros pacientes a prepararnos e integrar nuestros pensamientos acerca de la muerte de los cercanos a nosotros y de nosotros mismos (Skelton, 2003).

Lo más importante es que el equipo del cuidado de la salud tiene que ofrecer a éstos una relación de confianza y respeto, por lo cual pueden explorar la situación que enfrentan, compartir los sentimientos que sufren y revisar las implicaciones de la pérdida.

No debemos esperar que nuestros pacientes confíen en nosotros y frecuentemente tenemos que manejar este problema antes de intentar trabajar más directamente con los secretos. Es importante dar mensajes no verbales para indicar nuestra confianza (dar la bienvenida con una sonrisa, poner la mano en el hombro en el momento indicado, establecer contacto visual cuando un tema peligroso está siendo tocado).

Afrontamiento ante el duelo

Después de haber dado las sugerencias de afrontamiento ante las pérdidas antes mencionadas hacia los residentes de Medicina Conductual, estas últimas recomendaciones son dirigidas hacia los pacientes que están en duelo:

Con el fin de conocer la forma exclusiva de experimentar la pérdida (muerte) hay que poner atención a las reacciones ante pérdidas más pequeñas en la vida.

Si se ha dependido en un plano emocional, financiero, social y/o físico de otra persona, será muy difícil manejar la pérdida por un tiempo, pero para que pueda haber una recuperación, se tiene que aprender a satisfacer las propias necesidades.

Permítete a ti mismo llorar, gritar o sollozar para librarte de los sentimientos que tienes guardados. Estos últimos trataran de salir a la superficie una y otra vez en forma de tristeza o enojo, experimentalos, siéntelos. Recuerda, las pérdidas previas magnifican el dolor de las recientes (Worden, 1993).

Ten siempre presente que todos somos únicos, observa la forma en que manejas los cambios, las decepciones y las pérdidas menores en tu vida. Si tu respuesta es negativa y desagradable, empieza a trabajar para transformarte a ti mismo. El primer paso es tomar conciencia, reflexionar y decidir cómo quieres ser. Piensa positivamente, sé un

sobreviviente. Establece nuevos objetivos y, si te sientes abrumado, busca ayuda profesional.

En la muerte de un ser querido, el anticipar lo que será tu vida sin él es como un ensayo para los cambios que probablemente experimentarás. Puedes anticipar su ausencia mientras le continúas brindando tiempo y atención a los últimos días de tu ser querido.

Si ahora decides poner resistencia, siempre puedes optar por sentir y experimentar tu dolor mañana; avanza hacia un yo renovado, más fuerte, a un nuevo principio. Tienes que deshacerte de lo antiguo para concederle un lugar a lo nuevo, cuanto antes te liberes del dolor y del pasado, más pronto podrás empezar tu nuevo camino.

Para que los remordimientos sean más llevaderos, hay cuatro medidas que pueden ayudar a enfrentarlos: a) recuerda cuales eran tus intenciones en aquel momento, b) trata de reparar el mal en la medida de lo posible, c) aprende de lo sucedido y d) sigue viviendo (Markham, 1998).

Es importante admitir y afrontar las emociones que te embargarán ante la pérdida de un ser querido, las cuales pueden ser de pena, resentimiento, remordimiento, temor y alivio.

Procura cuidarte, para evitar los efectos destructivos del estrés y del dolor, por lo cual aliméntate con sensatez, trata de dormir, relajarte y hacer ejercicio.

Reestablece una rutina cotidiana, en la que incluyas un rato dedicado al recuerdo, pero pensando de preferencia en los ratos felices.

Mantén un equilibrio entre fingir que el desaparecido no existió nunca, y convertir toda la casa en un santuario.

Busca la conversación con tus familiares y amistades, o acude a algún grupo de ayuda mutua o consejero espiritual o psicólogo profesional.

Que tus evocaciones sean un homenaje a la persona que vivió, en vez de una meditación melancólica sobre sus últimos días.

Escribe una carta. Resulta mejor si le dedicas varios días. Lo más importante es que seas sincero. Hay que dar salida a todo lo que pesa en el corazón. Escribir es de valor en la objetividad y articulación de nuestros pensamientos y sentimientos (Skelton, 2003). El ver escritos los pensamientos propios será de gran valor terapéutico.

Visualiza. La visualización es una técnica muy eficaz cuando quedaba algo por decir o una pregunta que formular a la persona desaparecida (Markham, 1998). Y si no consigues visualizar escribe listas.

ANEXO 2

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TUMORES ÓSEOS EN MIEMBROS INFERIORES, ARTRODESADOS, AMPUTADOS O DESARTICULADOS

INTRODUCCIÓN

Cada paciente vivencia de forma diferente la enfermedad, dependiendo de sus características personales y ambientales. Sin embargo el estrés que está provoca, conduce al paciente a una situación de indefensión y vulnerabilidad que es una crisis normal de la psique para organizar las nuevas concepciones y condiciones de vida. En cuanto esta crisis se termina con ayuda de los *mecanismos de afrontamiento*, se logra la adaptación a un estado de asimilación y participación activa ante la enfermedad y los tratamientos. Los mecanismos de afrontamiento son “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1984). Investigaciones han mostrado que pacientes que han sido amputados y los que aún conservan su miembro presentan trastornos de ansiedad y estrés somático que afecta su calidad de vida. Se ha planteado que determinados mecanismos de afrontamiento ayudan a experimentar una mejor calidad de vida o son los más adecuados para determinadas situaciones (Font, 1990; Hernández, 1996). En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud. Pero, Méndez y Grau (2002) mencionan que la calidad de vida es una valoración subjetiva, es una expresión del bienestar y de la satisfacción de la persona con su propia vida, la calidad de vida se define como la característica que hace a la vida deseable, aceptable para quien la vive y por tanto no puede imponerse desde afuera. Estas dos aproximaciones son incluidas en la definición de la OMS (1996) que dice que la calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas u objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002) mencionan que para poder evaluar la calidad de vida debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela o en el empleo, así como situación económica y vida sexual.

El cambio en el estilo de vida propiciado por las limitaciones del funcionamiento físico, los cambios en la apariencia y la condición, crean la necesidad de depender de otros y conducen a que disminuya la autonomía y la habilidad para llevar a cabo los roles y responsabilidades que deterioran el funcionamiento social y frecuentemente provocan el aislamiento (Luoma & Hakamies-Blomqvist, 2004) por lo que la calidad de vida se merma en este tipo de pacientes.

Autores como Veth, Van Hoesel, Pruszczynski, Hoogenhout, Schreuder y Wobbes (2003) han mencionado que el modo en cómo las personas afrontan una enfermedad grave, tanto a nivel cognitivo como afectivo y conductual, ha mostrado ser un factor de predicción de la adaptación a la enfermedad, de su pronóstico y supervivencia.

OBJETIVO

Conocer si existe correlación entre el estilo de afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con tumores óseos en miembros inferiores, amputados o desarticulados del Instituto Nacional de Rehabilitación y del Instituto Nacional de Cancerología en la ciudad de México.

MÉTODO

PARTICIPANTES

La muestra estuvo constituida por 40 sujetos entre 14 y 55 años de edad, con una media de 25 años, el 53% fueron mujeres y el 47% hombres, con algún diagnóstico de tumor óseo en miembros inferiores, captados un mes después de haber sido amputado o desarticulado, que asistiera a las Instituciones en el periodo de agosto del 2005 a febrero del 2006. El muestreo fue no probabilístico, de acuerdo a como se presentaron a la consulta externa u hospitalización de los servicios de tumores óseos del INR o a la clínica del dolor del INCAN.

INSTRUMENTOS

AFRONTAMIENTO: Escala de Salud y Vida Cotidiana HDL (Moos, 1984, Forma A, R) está basada en un marco conceptual que considera que los factores ambientales de su entorno físico y social determinan las circunstancias estresantes de la vida diaria y los recursos sociales y de afrontamiento como moderadores adaptativos en dichas circunstancias. Para los fines de esta investigación sólo se utilizó la parte que evalúa el método de afrontamiento: cognitivo-activo, conductual-activo, de evitación, análisis lógico, búsqueda de información, resolución de problemas, regulación afectiva, descarga emocional.

CALIDAD DE VIDA: Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). Proveniente del: Whoqol-Bref. Programme on Mental Health, World Health Organization Geneva. Instrumento WhoQol-Breve versión en español, Organización Mundial de la Salud, UNAM. Facultad de Psicología. Traducción y adaptación: González-Celis, R. A. L. y Sánchez-Sosa, J. J. (2001). Las áreas que evalúa son: apariencia física, desempeño físico, adherencia terapéutica, funciones cognitivas, familia, preocupaciones sociales debido a la enfermedad, alejamiento, percepción de apoyo social, bienestar y salud.

TIPO DE ESTUDIO

El estudio fue de tipo descriptivo correlacional y transversal.

PROCEDIMIENTO

Se captó a los pacientes por medio de la consulta externa y durante la visita médica de hospitalización de los servicios de tumores óseos del INR y de la clínica del dolor del INCAN.

Cada participante firmó la carta de consentimiento informado y se llevó a cabo la entrevista.

Se les aplicaron los instrumentos.

Se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos

Y se reportaron los resultados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS v12.0 para Windows. Utilizando el Coeficiente de correlación de Spearman para rangos ordenados.

RESULTADOS

Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa alta e indirectamente proporcional entre la descarga emocional y la CV ($r_s = -0.668$ con una $p = 0.0009$), así como entre el la evitación y la CV ($r_s = -0.479$ con una $p = 0.006$).

Dimensiones	Coef. de correlación Spearman (Rh)	Nivel de significancia <i>P</i>
Calidad de vida y Evitación	-0.743	0.000
Calidad de vida y Descarga emocional	0.608	0.000
CVT y Apariencia	0.618	0.000
CVT y cognición	0.605	0.000
CVT y preocupación	0.731	0.000
CVT y alejamiento	0.771	0.000
CVT y apoyo social	0.629	0.000

DISCUSIÓN

Tal como lo reporta la literatura, la evitación y la pobre descarga emocional condicionan una inadecuada calidad de vida, de tal manera que un afrontamiento activo y eficaz ayuda al adecuado control emocional y la adaptación al medio. Así como lo mencionaban Hack y Degner (2004), la aceptación pasiva y la resignación tienen el riesgo de condicionar una inadecuada adaptación psicológica y por ende una pobre calidad de vida. De esta forma dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud y un factor que puede afectar su calidad de

vida son los *mecanismos de afrontamiento*, que determinarán su habilidad para competir con limitaciones y discapacidad.

Existen varios estudios que concuerdan con lo que se encontró en la presente investigación. Ferrero, Toledo y Barreto (1995) encontraron en 65 pacientes con cáncer, que el espíritu de lucha se asoció significativamente con una mejor percepción global de la calidad de vida y menos distrés psicológico. El fatalismo, la preocupación ansiosa y el desamparo/desesperanza se asocian con una menor calidad de vida global y mayor sufrimiento. Devine, Parker, Fouladi y Cohen (2003) examinaron la asociación del apoyo social con los pensamientos intrusivos y la evitación en predecir la adaptación y la calidad de vida en pacientes con cáncer. Al inicio del tratamiento el apoyo social fue asociado negativamente con el distrés psicológico y asociado positivamente con la calidad de vida. Los pacientes con pobres niveles de apoyo y gran cantidad de pensamientos intrusivos/evitación tuvieron mayor distrés psicológico y una pobre calidad de vida un mes después del tratamiento. Costanzo, Lutgendorf, Rothrock, Anderson y Barrie (2006) encontraron que las estrategias de afrontamiento evitativas, incluyendo el desajuste y la evitación cognitiva, fueron asociadas con un pobre bienestar y más distrés. Las estrategias de afrontamiento evitativas son particularmente perjudiciales con respecto al ánimo de los pacientes y a la calidad de vida. Aarstad, Aarstad, Bru y Olofsson (2005) encontraron que un estilo de afrontamiento enfocado en la evitación fue asociado con una pobre calidad de vida relacionada con la salud. Emplear el afrontamiento enfocado a la emoción fue asociado con una pobre calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes tratados sólo con cirugía, y asociado con un incremento en la calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes tratados sólo con radioterapia. La asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y los niveles de estilos de afrontamiento fueron más fuertes en los índices de la calidad de vida relacionada con la salud reflejando una función emocional y cognitiva que en los índices de la calidad de vida relacionada con la salud reflejada en la función física. El nivel de afrontamiento evitativo fue inversamente asociado con la calidad de vida relacionada con la salud, y el nivel de afrontamiento emocional fue asociado con la calidad de vida relacionada con la salud de una manera compleja.

Por lo que se concluye que se deberían de llevar a cabo intervenciones enfocadas en las estrategias de afrontamiento activas en los pacientes con tumores óseos para propiciar una adecuada calidad de vida. Así como lo mencionan Stam, Grootenhuis, Caron y Last (2006) quienes establecieron que el afrontamiento es un importante predictor de la calidad de vida relacionada con la salud, y proponen que deberían de ser usadas las intervenciones dirigidas a las estrategias de afrontamiento de sobrevivientes. La asociación entre el afrontamiento predictivo y la calidad de vida relacionada con la salud, destaca la importancia de tener expectativas positivas acerca del curso de la enfermedad.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CENTRO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
ORTOPEDIA - TUMORES ÓSEOS
MEDICINA CONDUCTUAL

FECHA _____

Yo _____ con número de expediente _____ doy autorización para formar parte del protocolo de investigación “Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con tumores óseos en miembros inferiores, que fueron artrodesados, amputados o desarticulados” en el cuál se me realizará una entrevista estructurada y se me aplicaran inventarios de evaluación psicológica.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de la Psicóloga

Nombre y firma del testigo

Universidad Nacional Autónoma de México, Fac. de Psicología

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

DATOS DEMOGRÁFICOS

Nombre: _____ No. de exp. _____
Edad : _____ Teléfono: _____ Fecha: _____

Sexo: Masculino Femenino
Edo. Civil: Con Pareja Sin Pareja

Origen Zona Metropolitana Interior de la Republica
Residencia Zona Metropolitana Interior de la Republica

Escolaridad: Analfabeta
 Analfabeta funcional
 Primaria completa o incompleta
 Secundaria completa o incompleta
 Bachillerato completa o incompleta
 Licenciatura completa o incompleta
 Posgrado

Religión: Católica
 Cristiana
 Testigo de Jehová
 Mormón
 Otra _____

Ocupación: _____

Ingreso promedio mensual: (Global) Menos de un salario mínimo
 De 1 a 2 salario(s) mínimo(s)
 De 3 a 4 salarios mínimos
 De 5 a 6 salarios mínimos
 Más de 7 salarios mínimos

DATOS CLÍNICOS

Diagnóstico: _____ Tratamiento quirurgico: _____

¿Ha recibido Quimioterapia? Si No
¿Ha recibido Radioterapia? Si No

Efectos secundarios que ha presentado:

Alopecia
 Náusea
 Vómito
 Otros _____

¿Qué tanta molestia le han causado? ____

I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SIN										DEMASIADA

MOLESTIA