



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA  
PARA PADRES DE NIÑOS CON CÁNCER BASADO  
EN ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
PRESENTA:  
CECILIA ALDERETE AGUILAR

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. SANDRA A. ANGUIANO SERRANO  
COMITÉ TUTORIAL: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO  
MTRA. LETICIA ASCENCIO HUERTAS  
MTRA. MA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ  
DRA. MARTHA M. VELAZQUEZ AVIÑA

MÉXICO, D.F.

JUNIO 2010



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

*A la UNAM, por brindarme la oportunidad de seguir aprendiendo y creciendo como profesional.*

*Al Hospital Juárez de México, por abrir sus puertas y enriquecer mi formación. En especial a todo el equipo que conforma el Servicio de Oncología/Hematología Pediátrica.*

*A la Dra. Sandra Anguiano por ayudarme a concluir este proyecto.*

*Al Mtro. Leonardo Reynoso, por su apoyo incondicional y acompañarme siempre en las batallas.*

*A la Mtra. Cristina Bravo, por todas las horas de supervisión, por estar siempre atenta, por escuchar y por compartir.*

*A la Mtra. Leticia Ascencio, por ser maestra y amiga, por toda la confianza, el apoyo y el ejemplo en el trabajo y la vida diaria.*

*Al Dr. Enrique Varela, por la paciencia, por la confianza, las enseñanzas y los buenos momentos.*

*A mis compañeros de residencia, amigos y cómplices... Clau, Ely, Edgar, Aline, Faby, Angie... Porque sin ustedes no hubiera llegado aquí... Con especial cariño para Ale, por tu paciente escucha, tu empatía, tu apoyo y los buenos consejos. A Noé, por contener mis llantos, por escucharme, por alegrarme y acompañarme. A Aldo y a Diana, por ser los mejores compañeros de equipo que pude tener.*

## **DEDICATORIA**

*A mi abuelo, donde quiera que estés, por seguir iluminando mi camino.*

*A mis padres y a mi hermano, por el amor y el apoyo incondicional. Por ser la base que me sigue impulsando a ser cada día mejor. Porque el esfuerzo también ha sido suyo, este logro también es de ustedes.*

*En especial, dedico este trabajo a los niños con cáncer y sus familias que me dieron la oportunidad de ayudar, de compartir y de crecer. Por ser un ejemplo de lucha y de fortaleza. Estén o no estén aquí... Gracias por enseñarme, gracias por sonreír...*

## ÍNDICE

Programa de Intervención Psicológica para Padres de Niños con Cáncer basado en Entrenamiento en Inoculación de Estrés	
Resumen.....	5
Introducción.....	5
Formulación de casos.....	11
Efectos clínicos y de ajuste psicológico.....	15
Discusión.....	21
Reporte de Experiencia Profesional	
Introducción.....	25
Residencia en el Hospital Juárez de México.....	26
Cáncer Infantil.....	27
Intervención Psicológica en Cáncer Infantil.....	29
Características de la Sede y Actividades del Residente.....	32
Características de la Población Atendida.....	35
Evaluación final.....	37
Residencia en la Clínica para Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes de la Universidad de Tulane.....	41
Ansiedad Infantil, Estilos de Crianza y Cultura.....	41
Características de la Sede y Actividades del Residente.....	43
Características de la Población Atendida.....	45
Evaluación final.....	47
Competencias Alcanzadas.....	51
Conclusiones.....	53
Referencias.....	55
Anexo 1. Programa de Entrenamiento a Padres.....	62
Anexo 2. Casos Clínicos.....	67
Caso 1.....	68
Caso 2.....	74

## **PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PADRES DE NIÑOS CON CÁNCER BASADO EN ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS**

---

**RESUMEN.** El cáncer en los niños modifica la dinámica familiar, y se ha demostrado que los padres presentan altos niveles de estrés en el momento del diagnóstico o etapas tempranas del tratamiento. Con el propósito de evaluar los efectos de una intervención cognitivo conductual sobre esta variable, se realizó un estudio experimental de caso único con tres madres de niños con leucemia realizando mediciones pre y pos tratamiento. Para ello se utilizó la Escala de Estrés Percibido de Cohen, Kamarak & Mermelstein, los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck, y la Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit. La intervención se llevó a cabo de manera individual, basándose en el entrenamiento en inoculación de estrés propuesto por Meichenbaum. Los resultados muestran una disminución en los niveles de estrés, ansiedad, depresión y sobrecarga al finalizar la intervención. Se observaron los cambios presentados en cada participante, y se discutió la efectividad del tratamiento.

Palabras clave: cáncer infantil, familia, estrés, entrenamiento en inoculación de estrés.

---

Se entiende el concepto de estrés como una relación particular entre el individuo y el entorno, el cual es percibido por la persona como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su propio bienestar (Reynoso y Seligson, 2005). Implica un desequilibrio que se refleja por una serie de consecuencias de tipo neurofisiológico, cognitivo, conductual y emocional.

A nivel fisiológico están involucrados el sistema simpático-adrenal y el eje hipotálamo-hipófisis-corteza suprarrenal (HHS). La activación del sistema nervioso simpático estimula a la médula suprarrenal y secreta catecolaminas; esto lleva al aumento de la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, sudoración y a la constricción de vasos sanguíneos periféricos, entre otros cambios (Taylor, 2007).

La activación repetida del eje HHS en respuesta a estrés crónico o recurrente puede, en última instancia, comprometer su funcionamiento. Cuando el eje HHS altera su regulación en respuesta al estrés, varias cosas pueden suceder; entre éstas destaca que los patrones diarios de cortisol pueden alterarse.

Además de las consecuencias fisiológicas, la reacción de estrés se acompaña de cambios

tanto conductuales como cognitivos. Los primeros “implican disminución del nivel de desempeño, evitación de situaciones estresantes, pasividad e inercia, mientras que los de tipo cognitivo se caracterizan por distorsión de pensamientos, disminución del funcionamiento intelectual, patrones de pensamiento ansiógeno, indecisión, sentimientos de autocompasión, entre otros. Tales elementos determinan, entre otros problemas, la depresión” (Reynoso y Seligson, 2005, pág. 27).

Lazarus y Folkman (1977) señalan que el estrés ocurre por demandas que exigen utilizar todos los recursos que una persona posee o incluso los exceden, o bien, son demandas que no encuentran una respuesta adaptativa disponible de inmediato. La evaluación cognitiva es un proceso que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante. Dentro de este proceso, la evaluación primaria se centra en conocer con rapidez si la situación es amenazante o puede perjudicar al individuo.

Oros y Vogel (2005) definen los estresores como “estímulos que sobrecargan al sujeto y producen una respuesta biológica y psicológica de estrés. De este modo, cualquier evento que sea considerado como dañino o amenazante para la salud o el bienestar, y que además reduzca la facultad de sobrellevarlo apropiadamente, se podría juzgar como estresor” (pág. 86).

Desde una perspectiva interaccionista la apreciación cognitiva es la que determina en gran medida el grado de estrés a padecer. Las consecuencias de un acontecimiento no dependen solamente del número de eventos o su magnitud, sino también de cómo son percibidos por el sujeto.

La reacción a las demandas o la hostilidad del entorno se encuentra mediada por procesos cognitivos. Esto supone que los estímulos internos interactúan con el entorno real y generan las evaluaciones cognitivas. La evaluación determina la emoción, cuya respuesta puede ser inmediata; además tal respuesta emocional genera nuevas evaluaciones (Reynoso y Seligson, 2005).

Cuando se considera que los recursos personales son adecuados para manejar una situación difícil, la persona podrá experimentar un poco de estrés y quizá percibir la

situación como un reto. Si percibe que sus recursos son suficientes para manejar una situación pero a costa de un gran esfuerzo, probablemente sentirá estrés de forma moderada. Pero si percibe que sus recursos no son suficientes para manejar el estresor entonces experimentará una gran cantidad de estrés (Taylor, 2007).

El afrontamiento se refiere al proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente, las cuales evalúa como estresantes, y las emociones que ella genera. Alude a esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas que son evaluadas como estresantes. “El mejor afrontamiento es aquél que modifica la relación individuo-entorno en el sentido de mejorarla y se le considera como equivalente de la actuación efectiva para la solución de problemas” (Reynoso y Seligson, 2005, pág. 30).

El entrenamiento en inoculación de estrés es un término genérico que se refiere a un programa de intervención semiestructurado y clínicamente sensible cuyas operaciones varían de acuerdo a la población con la que se esté trabajando. Combina elementos de enseñanza didáctica, discusión socrática, re-estructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento en relajación, ensayo conductual, auto monitoreo, auto instrucciones, auto reforzamiento y esfuerzos por realizar cambios ambientales (Meichenbaum, 1985).

Está diseñado para generar y desarrollar habilidades de afrontamiento, no sólo para resolver problemas específicos inmediatos sino para aplicar a dificultades futuras. Meichenbaum (1985) señala que, en específico, el entrenamiento en inoculación de estrés está diseñado principalmente para:

- Enseñar al paciente la naturaleza transaccional del estrés y el afrontamiento.
- Entrenar a auto monitorear pensamientos disfuncionales, imágenes, sentimientos y conductas, para facilitar respuestas adaptativas.
- Entrenar al cliente en solución de problemas (definir, anticipar, decidir y evaluar).
- Modelar y ensayar la acción directa, la regulación emocional y el auto control.

El entrenamiento se divide en tres fases. La fase de conceptualización se enfoca en establecer una relación colaborativa con el paciente, ayudarlo a entender la naturaleza del estrés y sus efectos en las emociones y el desempeño que presenta. La fase de

adquisición de habilidades y ensayo permite desarrollar y practicar una variedad de estrategias de afrontamiento. Por último, se lleva a cabo una fase de aplicación y seguimiento.

Hay eventos de vida altamente traumáticos que pueden disparar los niveles de estrés, y que exigen que la persona utilice todos sus recursos para poder enfrentar las demandas que se le presentan y adaptarse a la nueva situación. Uno de estos eventos es el diagnóstico de enfermedades graves.

El individuo enfrenta una crisis en sucesos tales como el diagnóstico de alguna enfermedad grave, ser sometido a cirugía, pérdida de algún miembro del cuerpo, o bien, incapacidad física. Estos hechos sumergen a la persona y su familia en “un estado temporal de desorganización, el cual se caracteriza sobre todo por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando sus métodos acostumbrados para solucionar problemas” (Velasco y Sinibaldi, 2001, pág. 81).

El diagnóstico de una enfermedad crónica, como el cáncer infantil, constituye un problema grave tanto para el paciente como para su familia, puesto que las repercusiones de la enfermedad son también numerosas en la vida familiar. Frecuentemente aparecen en los padres “reacciones patológicas de dolor, rasgos depresivos, padecimientos psicosomáticos, por lo que en muchos casos los problemas ya existentes en la pareja se agudizan, o incluso se agravan, emergiendo desavenencias y conflictos conyugales que antes no existían” (Buceta y Bueno, 1993, pág. 346).

En general puede decirse que tanto el diagnóstico como los tratamientos necesarios para manejar el cáncer en pacientes pediátricos resultan estresantes y traumáticos para los padres y para el niño, lo cual se manifiesta tanto en el área física como en la emocional. Con frecuencia los padres se sienten confundidos e incapaces de expresar lo que les preocupa de la enfermedad de su hijo, por lo que requieren de “una gran cantidad de tiempo, paciencia, una atmósfera adecuada y entrenamiento psicológico” (Huerta, 2003, pág. 51).

Las repercusiones del cáncer en la familia son diferentes según se estudien en el momento del diagnóstico o durante la aplicación de los tratamientos. “Muchos padres

reaccionan al diagnóstico con sentimientos de incredulidad, culpa, rabia y dolor. Pocas semanas después de recibir esta información, suelen aparecer síntomas de desajuste físico, depresión e incapacidad para comportarse con normalidad” (Buceta y Bueno, 1993, pág. 346).

Desde los primeros trabajos practicados en familias con un niño con cáncer, se han comunicado consistentemente altos niveles de estrés a los cuales se encuentran sometidos los padres; mismos que pueden manifestarse tanto a través de estados cargados de ansiedad como de depresión (Baider, Cooper & Kaplan, 2000).

Streisand, Kazak & Tercyak (2003) señalan que los padres de niños que han sido diagnosticados con cáncer deben enfrentar diariamente innumerables situaciones que pueden ser potencialmente estresantes. Éstas incluyen hablar con el niño acerca de la enfermedad, aprender a ejecutar de manera correcta un régimen de cuidado en casa, manejar sus propias emociones relacionadas con la enfermedad y sobrevivencia del niño, proveer cuidado a sus hijos no enfermos, satisfacer obligaciones extra familiares (financieras, laborales, etc.) durante los periodos de hospitalización del niño y en el trascurso de su enfermedad.

Diferentes investigaciones (Eiser, Stride & Eiser, 2005; Goldbeck, 2001; Sloper, 2000) han confirmado la existencia de altos niveles de estrés en los padres de niños con cáncer en el momento del diagnóstico o etapas tempranas del tratamiento. También se ha demostrado un incremento en la ansiedad y la depresión de los padres después del diagnóstico, lo que repercute negativamente en su calidad de vida.

Se ha sugerido la necesidad de brindarles a estos padres apoyo en la forma de intervenciones conductuales y psicosociales durante el periodo de tratamiento para promover la adaptación a la enfermedad y reducir los niveles de estrés. Fueemmeler, Mullins & Carpentier (2005) indican que los padres de niños con cáncer pueden presentar síntomas de un trastorno de estrés postraumático, por lo que puede resultar útil desarrollar estrategias de intervención que incrementen las habilidades de solución de problemas y estrategias de afrontamiento.

Soothill & Morris (2001), Álvarez (2003), Alderete (2006), han realizado estudios para determinar cuáles son las principales necesidades de apoyo psicosocial que presentan los cuidadores primarios de pacientes con cáncer, así como propuestas de entrenamiento psicológico que podrían trabajarse con ellos. Sin embargo, poco se ha hecho para evaluar los efectos que éstas u otras intervenciones puedan tener para modificar los niveles de estrés que presentan los padres cuando les informan el diagnóstico o los niños se encuentran en etapa de tratamiento.

Las intervenciones que sí han sido analizadas (Hoekstra-Webers, Heuvel, Jaspers, Kamps & Klimp, 1998; KazaK, Simms, Alderfer, Rourke, Crump et al., 2005; Sahler, Phipps, Mulhern, Noll, Varni et al, 2005) reportan resultados contradictorios. Algunos autores sostienen que los programas estructurados de intervención psicológica no disminuyen de manera significativa los niveles de estrés que presentan los padres de niños con cáncer; otros reportan que intervenciones breves y claramente definidas ayudan a que estos padres cambien su afectividad negativa, desarrollen un estilo constructivo para solucionar problemas, mejoren su calidad de vida y se adapten al proceso de enfermedad por el que atraviesan sus hijos.

Cada una de estas investigaciones ha utilizado por separado distintas estrategias de intervención: programas psicoeducacionales, entrenamiento en solución de problemas, identificación y modificación de creencias relacionadas con el cáncer y su impacto en la familia. Tomando en cuenta los resultados que han arrojado cada uno de estos estudios, se consideró que un programa que integrara estas estrategias adaptándolas a las necesidades de cada padre/madre de familia podría tener mayor efectividad para disminuir el estrés que presentan. Y un programa de intervención psicológica que integra estas estrategias, y que ha mostrado su eficacia en otros contextos ha sido el entrenamiento en inoculación de estrés (Eniola, 2007; Moore & Altmaier, 1981; Saundres, Driskel, Johnston & Salas, 1996; Timmons, Oehlert & Sumerall, 1997).

Dados los antecedentes que se reportan en la literatura, y las características que se observaron en los pacientes y sus familiares durante la residencia en el servicio de Oncología Pediátrica del Hospital Juárez de México, se detectó la necesidad de conocer los niveles de estrés que presentaban los padres de niños con cáncer en esta población, así como evaluar los efectos de un programa de intervención psicológica enfocada al

manejo de este estrés. Esto con el fin de desarrollar en los padres de familia estrategias de afrontamiento que faciliten la adaptación al proceso de enfermedad.

Por lo tanto, se realizó un estudio experimental de caso único con réplicas con el objetivo general de analizar los efectos de un entrenamiento en inoculación de estrés en padres de niños con cáncer. Como objetivo específico se propuso identificar las técnicas de intervención psicológica que resultaran eficaces para reducir los niveles de estrés que presentan estos padres de familia.

## ***FORMULACIÓN DE CASOS***

### **a) Participantes**

Se invitó a participar a padres de familia que hablaran español (puesto que ocasionalmente acudían al hospital personas que hablaban algún dialecto), que estuvieran encargados del cuidado de un niño con cáncer (recién diagnosticado o en etapa de tratamiento) y que acudieran al servicio de Oncología Pediátrica del Hospital Juárez de México. Aquellos padres de familia cuyos hijos se encontraran en etapa de vigilancia o en etapa terminal, o con diagnóstico previo de enfermedad psiquiátrica no fueron incluidos en la investigación.

En el presente estudio participaron tres madres de familia que tenían un niño diagnosticado con cáncer y en tratamiento en el servicio de oncopediatria del Hospital Juárez de México. Fueron seleccionadas de manera no probabilística intencional. Las tres mujeres eran amas de casa, y fungían como las cuidadoras primarias de sus hijos.

La primera participante fue una mujer de 35 años de edad, casada, con una escolaridad de secundaria, religión católica y residente de la Ciudad de México. Su hija de 11 años tenía un diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, y al momento de la evaluación inicial llevaba dos años y cinco meses en tratamiento con quimioterapia.

La segunda participante tenía 36 años de edad, casada, con una escolaridad de bachillerato, religión católica, residente del Estado de México. Su hijo de 15 años de edad tenía diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, y llevaba dos años un mes en tratamiento con quimioterapia.

La tercera participante tenía 37 años de edad, casada, con escolaridad de secundaria incompleta, religión católica, residente de la Ciudad de México. El menor de sus hijos, de 5 años de edad, tenía un diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda y llevaba menos de un año en tratamiento con quimioterapia.

## **b) Registro y Medición**

Se utilizó un diseño experimental de caso único N=1 con réplicas tipo A-B-A, que permitiera la comparación de los cambios pre y post a la intervención, y en el que se tuvieran medidas repetidas a lo largo de todo el tratamiento sobre nivel de estrés.

Para las evaluaciones previas y posteriores a la intervención psicológica se utilizaron los siguientes instrumentos, que han sido estandarizados y validados para población mexicana:

- Escala de Estrés Percibido de Cohen, Kamarak & Mermelstein. La versión en español consta de 14 reactivos diseñados para medir el grado en que un individuo evalúa su vida como estresante. Es una escala tipo Likert que va de 0 (nada) a 4 (muy a menudo) A mayor puntuación total mayor estrés percibido. Estudios realizados en México indican una adecuada consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0.83 (González Ramírez y Landero Hernández, 2007) así como validez de constructo.
- Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit. Consta de 22 reactivos que miden la carga percibida por el cuidador a través de una escala tipo Likert que va

de 0 (nunca) a 4 (siempre). Sumando los reactivos se obtiene un índice de carga con un rango de 0 a 88. La versión en español para población mexicana presenta validez de constructo, y el análisis de consistencia interna indica un alfa de Cronbach de 0.90 (Alpuche Ramírez, Ramos del Río, Rojas Russell y Figueroa López, 2008).

- Inventario de Ansiedad de Beck. Consta de 21 reactivos que determinan la severidad con que se presenta sintomatología ansiosa en un individuo. Es una escala tipo Likert que va de 0 (poco o nada) a 3 (severamente). Los estudios de las propiedades psicométricas indican una alta consistencia interna ( $\alpha=.90$ ) y validez de constructo (Robles, Varela, Jurado, y Páez, 2001).
- Inventario de Depresión de Beck. Consta de 21 reactivos, cada uno con cuatro afirmaciones que describen el espectro de severidad del síntoma evaluado. Las puntuaciones van de 0 a 3. De acuerdo con Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena, Varela (1998) la confiabilidad por consistencia interna de la versión mexicana es adecuada ( $\alpha=0.87$ ) y cuenta con validez de constructo.

Durante todo el entrenamiento se manejaron también:

- Escala Verbal Numérica (EVN) para medir el nivel de estrés de cada participante. La escala presenta un rango que va del 0 al 10, en el cual 0 significa ausencia de estrés y 10 representa el estrés más intenso que el paciente pueda imaginar.
- Autorregistros de pensamientos, emociones y sensaciones.

### **c) Intervención**

Basado en el entrenamiento en inoculación de estrés propuesto por Meichenbaum (1985), se diseñó un programa de intervención dividido en tres fases:

1. Conceptualización
  - Psicoeducación enfocada a cáncer
  - Psicoeducación enfocada a estrés
2. Adquisición de habilidades
  - Relajación
  - Automonitoreo y modificación de pensamientos disfuncionales.
  - Solución de problemas.

### 3. Aplicación y seguimiento

- Ensayo conductual y por imaginaria
- Exposición in vivo (tareas graduales)

El entrenamiento se realizó de manera individual, en sesiones semanales de aproximadamente una hora de duración. El número de sesiones fue determinado con base a criterio para cada paciente (ver programa en anexo 1). En general se contempló que el programa tuviera una duración total de 8 a 10 sesiones de entrenamiento.

### **Procedimiento**

#### *a) Fase de Reclutamiento y Evaluación Inicial*

Se reclutó a las participantes mientras se encontraban en la sala de hospitalización o en la unidad de quimioterapia ambulatoria. Se realizó la invitación a todos los padres de familia que acudían al servicio al momento de realizar el reclutamiento; se les explicó en que consistía el programa de intervención y los objetivos de la misma. Se obtuvo consentimiento verbal, y se estableció el día y la hora en que se llevarían a cabo las sesiones de entrenamiento con aquellas personas que aceptaron participar. Inicialmente se realizó la aplicación de la Escala de Estrés Percibido, la Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit, las Escalas de Ansiedad y Depresión de Beck, y se explicaron los autorregistros. Los datos de cada paciente fueron registrados para poder llevar un control de los mismos.

#### *b) Fase de Intervención*

Se realizó la intervención psicológica siguiendo el programa mencionado anteriormente. Las sesiones se llevaron a cabo en la sala de quimioterapia ambulatoria, en los días y hora en que cada participante tenía que llevar a su hijo al hospital a recibir tratamiento. Las participantes iniciaron el programa en diferentes momentos, y se trató de mantener una sesión por semana con cada una de ellas. Sin embargo, ocurrieron eventos (hospitalización por urgencias de alguno de los niños, problemas económicos y de salud en el núcleo familiar, vacaciones) que dificultaron en un inicio la continuidad de las

mismas. No obstante, se mantuvo el orden del programa y la homogeneidad en el contenido de las sesiones.

Durante todo el entrenamiento se realizaron mediciones repetidas del nivel de estrés utilizando una escala verbal numérica (EVN). En cada sesión se revisaron los autorregistros de las pacientes. Estos sirvieron para determinar si se había cumplido el criterio de cambio en cada fase de entrenamiento. Todas las participantes cumplieron con los objetivos de la fase de conceptualización; sólo dos de ellas completaron la fase de adquisición de habilidades y concluyeron la fase de aplicación y seguimiento. La tercera participante no completó el entrenamiento, dejando inconclusa la fase de adquisición de habilidades.

*a) Evaluación Final y Análisis de la Información*

Al finalizar el trabajo con cada paciente se realizó la misma evaluación que se llevó a cabo antes de iniciar la intervención. Esto con el fin de elaborar una base de datos con la información obtenida y llevar a cabo los procedimientos estadísticos correspondientes para determinar si la intervención fue efectiva, si se cumplió con el objetivo propuesto, y si se requieren modificaciones al programa.

## EFFECTOS CLÍNICOS Y DE AJUSTE PSICOLÓGICO

A continuación se presentan los datos obtenidos por las participantes en las evaluaciones previas y posteriores a la intervención. En la Figura 1 puede observarse que las puntuaciones en la Escala de Estrés Percibido disminuyeron para dos de las participantes, mientras que en la tercera incrementó ligeramente.

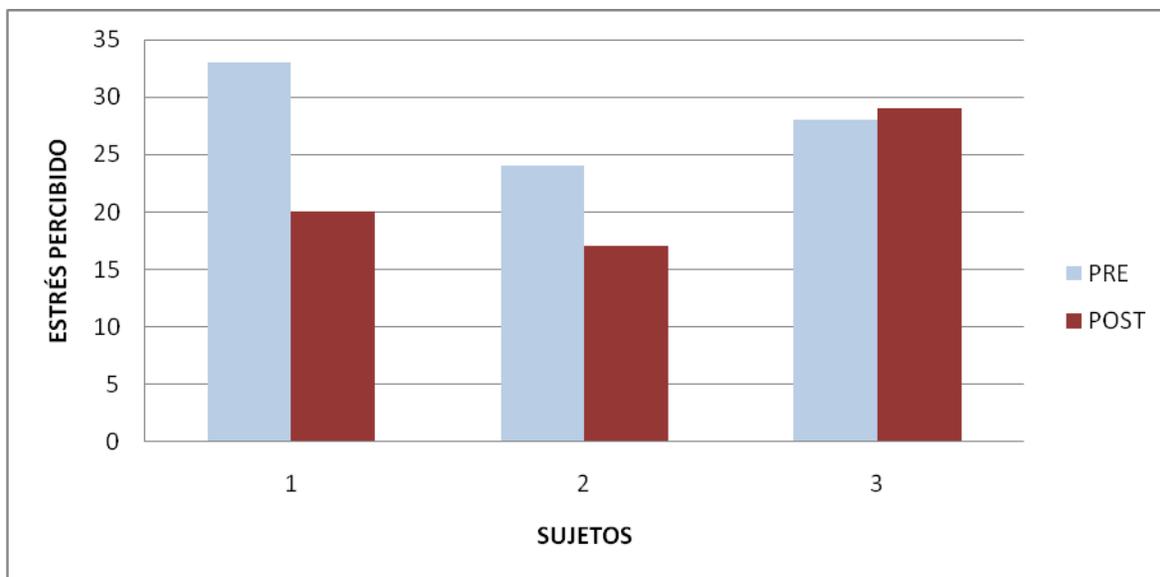


Figura 1. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Estrés Percibido

La Figura 2 muestra que inicialmente las puntuaciones en la Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario se encontraban en el rango de sobrecarga leve (47.5 a 56.1). Al finalizar el programa de intervención psicológica, dos de las participantes disminuyeron sus puntuaciones al rango de no sobrecarga (22.46 a 47.4), mientras que la tercera quedó igual que al principio.

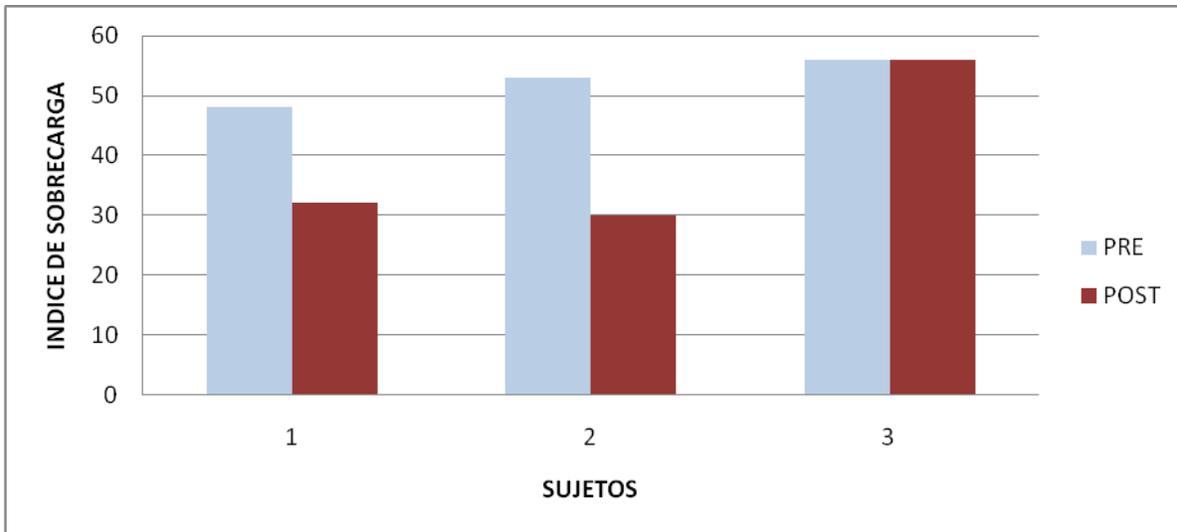


Figura 2. Puntuaciones obtenidas en la Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit

El Inventario de Ansiedad de Beck (Figura 3) muestra que en la evaluación previa a la intervención las participantes presentaban niveles de ansiedad moderada (16-30) y leve (6-15). En la evaluación posterior a la intervención, las participantes 1 y 2 disminuyeron al nivel mínimo de ansiedad que reporta la prueba (0-5) mientras que la participante 3 mantuvo niveles de ansiedad moderada (16-30).

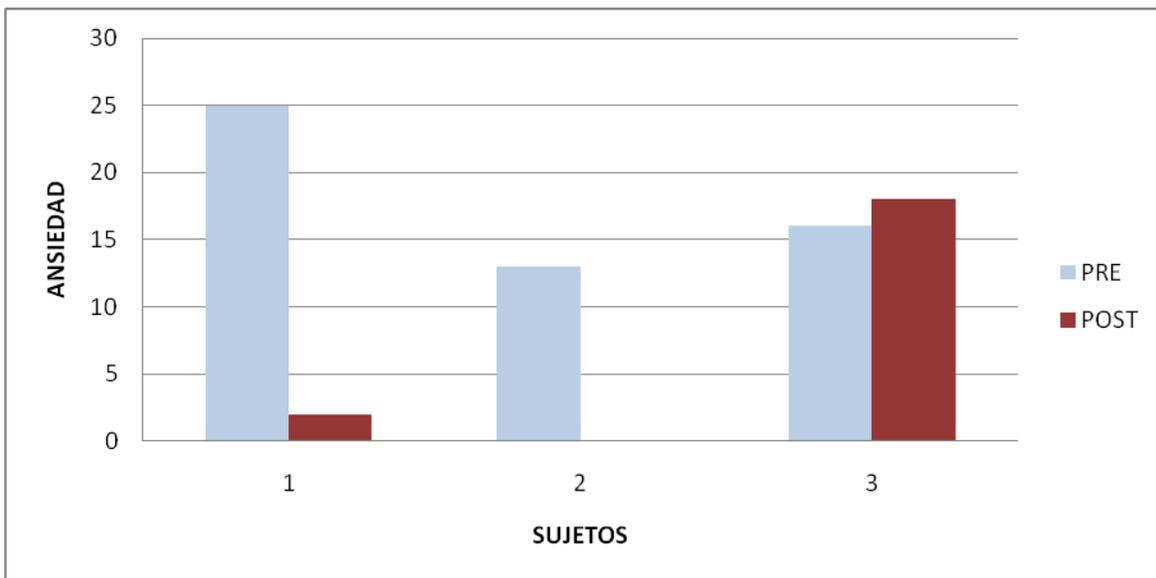


Figura 3. Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Ansiedad de Beck

Las participantes 1 y 3 presentaban niveles de depresión leve (10-16) en el momento de la evaluación inicial, mientras que la participante 2 presentaba un nivel de depresión moderada (17-29). Al finalizar la intervención, la participante 3 se mantuvo en un nivel leve, mientras que las participantes 1 y 2 disminuyeron a niveles mínimos (0-9) de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck (Figura 4).

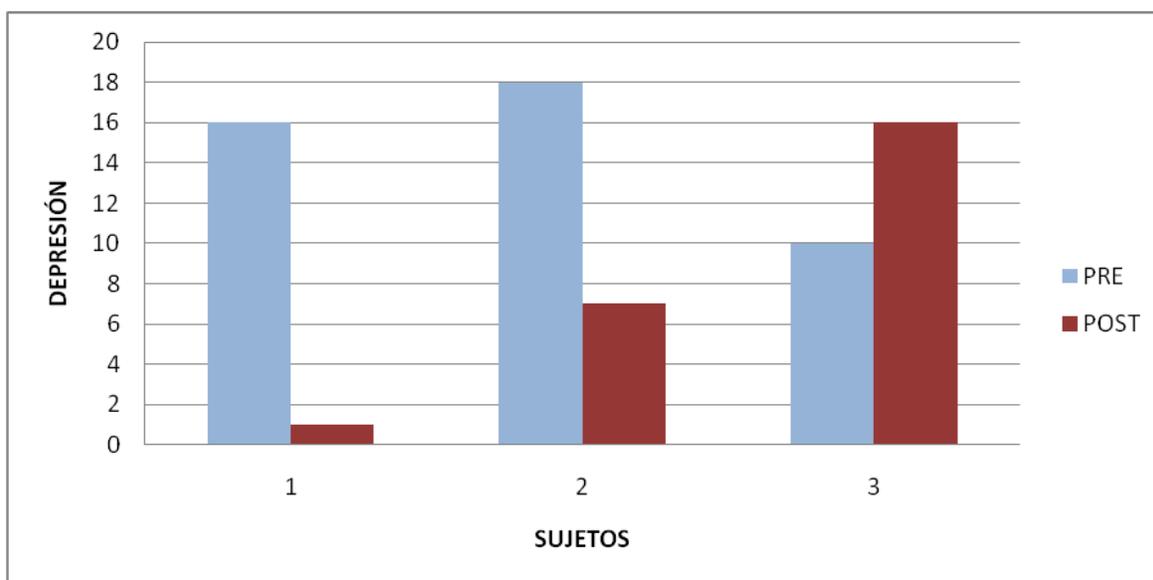


Figura 4. Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck

Para cada sujeto se realizó un análisis estadístico utilizando la prueba de rangos de Wilcoxon, con el objetivo de determinar si existían diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en cada prueba antes y después de la intervención. De igual manera se muestra el registro de nivel de estrés reportado con EVN durante la intervención.

### Participante 1

La Tabla 1 muestra que hubo diferencias estadísticamente significativas en todas las pruebas aplicadas. Esto indica que disminuyeron los niveles de estrés percibido, sobrecarga, ansiedad y depresión al finalizar la intervención.

Tabla 1. Valores obtenidos en la prueba de rangos de Wilcoxon

	POSTEP- PREEP	POSTZARIT- PREZARIT	POSTBAI- PREBAI	POSTBDI- PREBID
Z	-2.356	-2.863	-3.236	-3.066
Sig. (2 colas)	0.018*	0.004*	0.001*	0.002*

\*p≤.05

La Figura 5 muestra las fluctuaciones que se presentaron en el nivel de estrés durante el tratamiento, el cual fue disminuyendo paulatinamente; el pico que se observa en la sesión 8 corresponde a un día en que la paciente había tenido una discusión con el médico tratante de su hija antes de iniciar la sesión de entrenamiento. Al finalizar la intervención psicológica se observa que reporta un estrés considerablemente menor que al inicio.

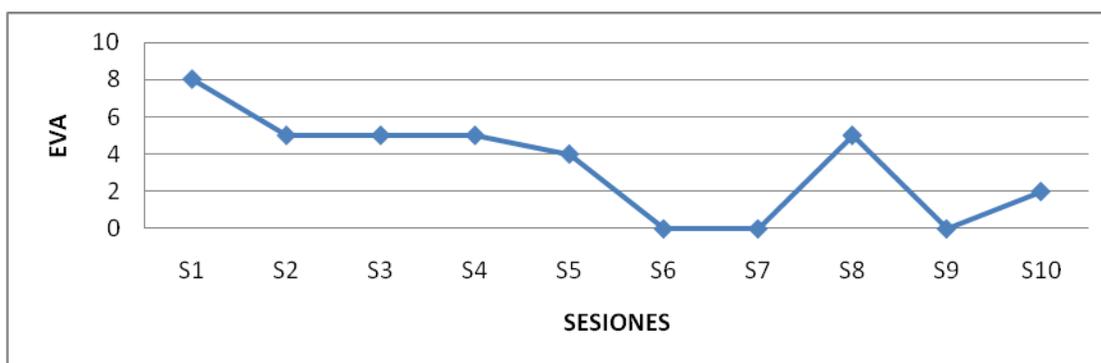


Figura 5. Nivel de estrés durante el entrenamiento

## Participante 2

En la Tabla 2 puede observarse que existen diferencias estadísticamente significativas en la Escala de Sobrecarga del Cuidador Primario de Zarit, así como en los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck. No obstante, en la Escala de Estrés Percibido no hubo cambios significativos.

Tabla 2. Valores obtenidos en la prueba de rangos de Wilcoxon

	POSTEP- PREEP	POSTZARIT- PREZARIT	POSTBAI- PREBAI	POSTBDI- PREBID
Z	-1.811	-3.508	-2.392	-2.183
Sig. (2 colas)	0.07	0.000*	0.017*	0.029*

\*p≤.05

La Figura 6 muestra las variaciones en el nivel de estrés reportado por la paciente en cada sesión. En las semanas de las sesiones 5 y 6 la paciente reportó sentirse más estresada debido a que su esposo había perdido su trabajo, y a que tenía un familiar recién diagnosticado con cáncer en etapa terminal. Al finalizar la intervención el estrés reportado fue ligeramente menor que el inicial.

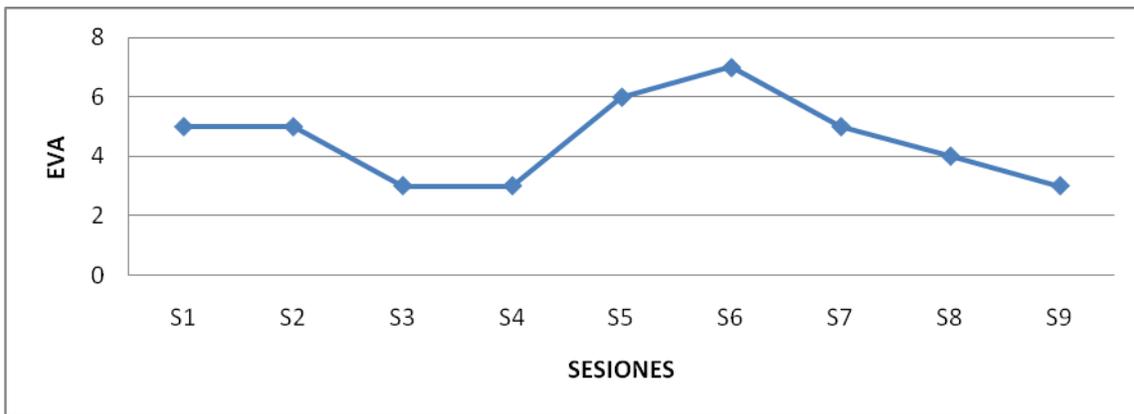


Figura 6. Niveles de estrés durante el entrenamiento.

### Participante 3

Con esta paciente únicamente se trabajaron cinco sesiones de entrenamiento puesto que no cumplía con sus registros, y no era consistente en su asistencia a las sesiones. Se realizó la evaluación final al término de esas cinco sesiones. En la Tabla 3 se observa que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las pruebas aplicadas, por lo que los niveles de estrés percibido, sobrecarga, ansiedad y depresión se mantuvieron iguales.

Tabla 3. Valores obtenidos en la prueba de rangos de Wilcoxon

	POSTEP- PREEP	POSTZARIT- PREZARIT	POSTBAI- PREBAI	POSTBDI- PREBID
Z	-0.378	0.000	-0.577	-1.511
Sig. (2 colas)	0.705	1.000	0.564	0.131

\*p≤.05

En la Figura 7 se observa que los niveles de estrés reportados por la paciente no variaron de manera considerable en el transcurso de las sesiones.

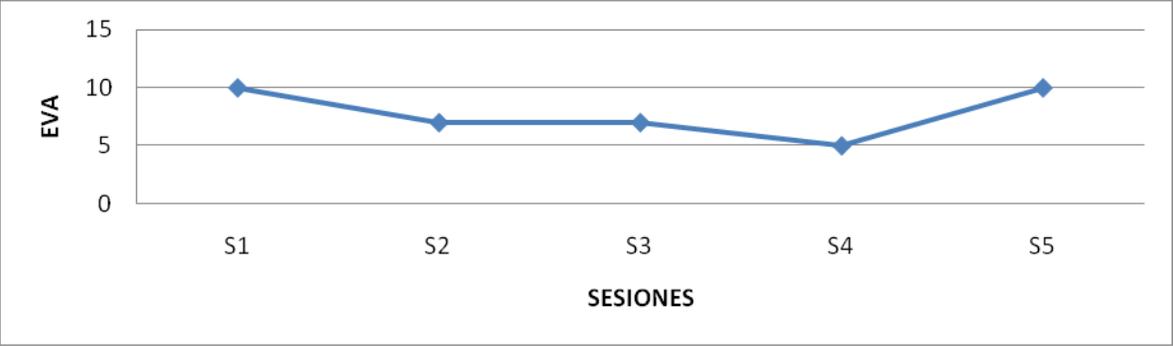


Figura 7. Niveles de estrés durante el tratamiento

## ***DISCUSIÓN***

Tener un hijo con diagnóstico de cáncer es un evento potencialmente traumático, y que se ha identificado como uno de los estresores más intensos que un padre puede experimentar (Jurbergs, Long, Ticona & Phipps, 2009). Diversas investigaciones indican que el estrés al que están sometidos los padres de niños con cáncer hace que presenten problemas psicológicos con mayor intensidad que los padres de niños sanos (Durá Ferandis, Andreu Vailo, Galdón Garrido, Hernández López y López Soler, 2008). Las madres que participaron en el presente estudio reportaron inicialmente sentirse estresadas, presentaban niveles leves y moderados tanto de ansiedad como depresión, así como niveles leves de sobrecarga por ser los cuidadores primarios de sus hijos.

Aunque la adaptación de los padres durante el tratamiento de sus hijos con cáncer ha sido documentada, se estima que entre el 25% y 30% de ellos se encuentran en riesgo de desarrollar problemas posteriores como trastornos de estrés postraumático, trastornos depresivos y trastornos de ansiedad (Hoekstra-Weebers, Jaspers, Kamps & Klip, 2001). Estos datos han resaltado la necesidad de desarrollar y adaptar intervenciones de apoyo psicológico basadas en las necesidades de los padres.

Dado que la literatura reporta consistentemente que el estrés puede constituir un problema serio para los padres de niños con cáncer, y que éste podría dificultar el apego al tratamiento médico y la adaptación por parte del niño (Sahler et al., 2005) se decidió realizar un programa de intervención psicológica dirigido al manejo de estrés. Aplicando

un modelo de inoculación de estrés se esperaría que los padres aprendieran a afrontar de manera adecuada los retos del diagnóstico y el tratamiento, y que se encuentren mejor preparados para manejar otros estresores que se les presentan cotidianamente (Jurbergs et al., 2009).

Los resultados obtenidos con las pacientes que participaron en este estudio muestran que un entrenamiento basado en inoculación de estrés puede ayudar a que las madres de niños con cáncer desarrollen habilidades que les permitan manejar el estrés en su vida cotidiana. Al finalizar la intervención, las madres participantes reportaron haber cambiado la evaluación que hacían de las situaciones estresantes así como de los recursos con los que podían afrontarlas; por lo tanto, el estrés que percibían disminuyó.

Además de disminuir los niveles de estrés, este entrenamiento puede servir para que las madres de familia disminuyan los niveles de ansiedad y de depresión que llegan a experimentar mientras sus hijos están en tratamiento oncológico. De igual manera puede ayudar a que replanteen su papel como cuidador primario, cambiando su percepción al respecto.

Cabe señalar que las dos participantes que finalizaron el programa tenían más tiempo asistiendo con sus hijos a tratamiento oncológico que la participante que no completó el entrenamiento. Se ha demostrado que la sintomatología que presentan los padres de niños con cáncer difiere en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico inicial de sus hijos, siendo los primeros dieciocho meses los más difíciles de afrontar para ellos puesto que tienen que adaptarse a las nuevas demandas que les exige la situación (Jurbergs et al., 2009).

Posiblemente a la paciente que no completó el entrenamiento, al estar en una etapa temprana del tratamiento oncológico, se le dificultó el seguimiento del programa, por lo que habría que evaluar cuáles son las necesidades inmediatas que presentan los padres de familia en etapas iniciales de tratamiento oncológico y adaptar la intervención a dichas necesidades.

Otro factor que pudo haber influido en estas diferencias es la edad de los hijos de las participantes. Mientras que las dos primeras tenían hijos adolescentes, la tercera tenía un

hijo en edad pre-escolar. Aunque el entrenamiento en inoculación de estrés pretende desarrollar habilidades de afrontamiento en general, es probable que las madres de niños preescolares necesiten un entrenamiento distinto, enfocado más al manejo conductual de sus hijos, pues en muchos casos los niños pequeños presentan problemas de conducta durante el tratamiento oncológico que los padres no saben como manejar y constituyen uno de los principales estresores que tienen que enfrentar.

Existen diferencias significativas en los resultados de las pruebas previas y posteriores de las madres de familia que completaron el entrenamiento, por lo que puede decirse que el programa resultó efectivo para cumplir con los objetivos propuestos. Sin embargo, sería adecuado realizar un seguimiento de estas pacientes a 3, 6 y 12 meses después de la intervención. Es indiscutible que se requieren estudios posteriores donde exista mayor control de variables que pudieran afectar el resultado del tratamiento, y de igual manera se requiere trabajar con mayor cantidad de madres de familia para poder generalizar los resultados obtenidos en este estudio.

Si bien las madres generalmente adquieren el rol de cuidador primario, sería importante incluir también a padres de familia en investigaciones posteriores. Podrían incluirse también medidas de estrés, ansiedad y depresión en los niños para correlacionar y determinar si los cambios en sus padres realmente generan cambios y facilitan la adaptación del niño a su enfermedad y al tratamiento.

Puede resultar difícil llevar a cabo investigación aplicada en instituciones como el Hospital Juárez, ya que existen factores que influyen en el desarrollo y ejecución de proyectos. Políticas administrativas pueden retrasar o frenar la aplicación de programas, no se cuenta con un espacio específico en donde realizar las intervenciones, hay carencia de materiales de apoyo, los pacientes tienen que cumplir con otras actividades que les demanda el mismo hospital (programar citas, estudios, realizar pagos, acudir a entrevistas con trabajo social), y en general la población que asiste pertenece a un nivel socioeconómico bajo y con educación básica. No obstante, el presente estudio demuestra que realizar un programa de intervención como lo es el entrenamiento en inoculación de estrés puede resultar adecuado para trabajar con esta población pese a las dificultades que se presentan.

La amenaza que representa el cáncer infantil constituye una fuente importante de estrés para el niño y su familia. Es necesario que continúen desarrollándose intervenciones dirigidas a disminuir el estrés y los síntomas que lo acompañan, promoviendo el desarrollo de estrategias adaptativas de afrontamiento. Se requiere que estas intervenciones se adapten a las necesidades que presentan los padres de familia, tomando en cuenta la etapa de desarrollo así como la etapa de tratamiento oncológico en que se encuentren los niños.

## REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

El comportamiento humano es un factor determinante de la salud. La mayoría de las condiciones con más alta prevalencia tienen una etiología influenciada por la conducta y típicamente requieren cambios en los comportamientos diarios (Marteau, Dieppe, Foy et al, 2009). Aunque la mortalidad infantil, la desnutrición y el control natal siguen siendo problemas de salud pública para algunos países en vías de desarrollo, la gran mayoría está ahora tratando de enfrentar una seria carga de enfermedades crónicas que se han relacionado con un incremento en conductas de riesgo tales como el uso de tabaco, abuso de alcohol, dietas ricas en grasa e inactividad física (Epping-Jordan, 2004).

En años recientes, se ha visto un incremento dramático en la prevalencia de enfermedades crónicas alrededor del mundo. Diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, así como sus factores de riesgo, están escalando rápidamente en países en desarrollo, muchos de los cuales todavía se encuentran luchando contra enfermedades infecciosas y pobres infraestructuras en sus sistemas de salud. Debido a esta transición epidemiológica, la medicina conductual ha adquirido gran importancia en el contexto internacional (Epping-Jordan, 2004).

La medicina conductual se define como el estudio y la práctica de intervenciones que modifican determinantes conductuales de enfermedades crónicas y condiciones agudas, promoviendo así la salud y previniendo la enfermedad (Falzon & Trudeau, 2007). Ha propiciado un mejor entendimiento de los factores involucrados en el desarrollo de conductas de salud, y las respuestas adaptativas ante una enfermedad. Es un campo interdisciplinario que se interesa en los aspectos conductuales y sociales de las condiciones médicas, asumiendo un enfoque de desarrollo que permite el trabajo con niños, adolescentes, adultos y ancianos de manera individual y colectiva.

Al igual que en la medicina, dentro del área de psicología de la salud se han desarrollado una serie de especialidades, siendo una de ellas la pediatría conductual. Ésta parte de la base que “el desarrollo del niño, y por ende, su comportamiento es distinto al del adulto; el psicólogo necesita comprender la variedad de problemas de salud del niño que requiere una aproximación psicológica y de una forma multidisciplinaria de enfrentar los problemas.

El propósito de la pediatría conductual consiste en propiciar y mantener un estado óptimo de salud de los niños, a fin de que disfruten de una mejor calidad de vida” (Reynoso y Seligson, 2005, pág. 107).

Así, el especialista en medicina conductual interesado en el área pediátrica debe tener conocimientos vinculados con la psicología clínica infantil, y utilizando un marco cognitivo conductual puede trabajar en distintos ámbitos de atención a la salud (clínicas, hospitales, centros de desarrollo infantil) para intervenir en problemas relacionados con enfermedades agudas, desórdenes de desarrollo, trastornos propios de la infancia (como pueden ser trastornos de conducta y algunos trastornos de ansiedad) y enfermedades crónicas.

En nuestro país, el perfil epidemiológico muestra un creciente incremento en las enfermedades crónicas. En el área pediátrica ha ocurrido un incremento de los padecimientos oncológicos, y “la mortalidad por cáncer ha aumentado en 20.3% en los últimos 20 años” (Rivera, 2003). Se observa así que el cáncer constituye la segunda causa de muerte en niños de 5 a 14 años. Es por esto que los especialistas en medicina conductual desempeñan un papel importante en la atención al paciente pediátrico oncológico y a su familia.

## **RESIDENCIA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO**

El Hospital Juárez de México se encuentra ubicado en Avenida Instituto Politécnico Nacional al norte de la Ciudad de México. Es un hospital de tercer nivel de atención, puesto que cuenta con diversas áreas especializadas como lo son los servicios de Oncología, Hematología y Pediatría, entre otros. La residente de Medicina Conductual asignada al servicio de Hematología tuvo la opción de integrarse al área pediátrica, trabajando principalmente con pacientes con diagnóstico de cáncer.

## **Cáncer Infantil**

Bajo el término “cáncer” se agrupa en realidad una cantidad diversa de enfermedades “que comparten el crecimiento sin control y la propagación de células anormales del cuerpo” (Méndez, Orgiles, López-Raig y Espada, 2004). Los tipos de cáncer que se presentan con mayor frecuencia en niños son la leucemia, el linfoma, tumores cerebrales, sarcomas de hueso y de tejidos blandos (Idem). Para el tratamiento de estas enfermedades se requiere el uso constante de recursos médicos, así como hospitalizaciones repetidas y prolongadas que producen malestar.

Los tratamientos oncológicos son muy intrusivos, largos e intensivos; requieren continuas hospitalizaciones y cuidados especiales en el hogar. Los principales métodos de tratamiento utilizados con los niños son la quimioterapia, la radiación, la cirugía y el trasplante de médula ósea. Estos tratamientos producen diversos efectos secundarios que afectan el desarrollo físico, social y emocional del niño. La presencia del cáncer desorganiza virtualmente todos los aspectos de su vida, por lo que la estabilidad y el mantenimiento del estilo de vida propio se ven severamente afectados (Casciato, 1990).

La radioterapia puede producir problemas en la piel, estomatitis, alopecia, náuseas, vómitos, anorexia, cefalea, diarrea y el síndrome post-radioterapia (que se caracteriza por somnolencia, dolor de cabeza, pérdida del apetito, fiebre, náuseas y vómitos). En la sangre la quimioterapia ocasiona anemia (falta de glóbulos rojos), leucopenia (falta de glóbulos blancos) y trombocitopenia (falta de plaquetas). Esto produce decaimiento, cansancio y anorexia, predispone al niño a las infecciones y a las hemorragias. Así también, genera estomatitis, náuseas, vómitos y la caída del cabello (Grau, 1993).

En ocasiones pueden surgir desórdenes en diferentes funciones del organismo: se detiene el crecimiento del niño y la maduración sexual, hay alteraciones del gusto y el olfato, dolor y disfunciones neurológicas (Ramírez, 2001). Aunque el niño tiene una mejor tolerancia a la toxicidad aguda que el adulto debido a que se encuentra en una etapa de crecimiento, puede ser más vulnerable a presentar secuelas tardías del tratamiento, como efectos sobre el crecimiento, la fertilidad y en la función neuropsicología (Rivera, 1994).

Por otro lado, el tratamiento al que se ve sometido afecta el sentido de control y competencia que tiene el niño. Representa una amenaza que impide lograr un mayor conocimiento y dominio del mundo externo en niños pre-escolares, del propio cuerpo durante los años escolares y la formación de un sentido de identidad en adolescentes (Holland, 1998).

Los niños pueden presentar irritabilidad, inseguridad, incapacidad de concentración, trastornos del sueño, baja autoestima, inestabilidad y depresión (Ramírez, 2001). Los conceptos sobre dolor y enfermedad pueden distorsionarse generando confusión, pánico y culpa. Muestran cambios de humor extremos y repentinos, pueden ser agresivos y hostiles, por lo que presentan problemas de conducta. Éstos se relacionan principalmente con la adherencia al tratamiento, el ajuste social y escolar.

La no adherencia al tratamiento constituye una de las principales dificultades que se observan en los niños con cáncer. Ésta se puede manifestar de diferentes maneras: rechazar un procedimiento, negativa a asistir a las consultas, a seguir las indicaciones médicas, a tomar las medicinas, a comer o beber líquidos adecuadamente, o elegir tratamientos “alternativos” (Holland, 1998). El niño puede incluso negarse a ser sometido a tratamiento. En general, éste involucra procedimientos médicos aversivos que le generan dolor, estrés y ansiedad. Ésta puede manifestarse mediante llanto, gritos, resistencia verbal, peticiones de contacto físico o de retrasar el procedimiento que se esté llevando a cabo. Algunos niños desarrollan náusea y vómito previos a la administración del tratamiento, fenómeno conocido como náusea y vómito anticipatorios.

Los niños con cáncer también pueden manifestar déficits en habilidades sociales. Los cambios en su apariencia física, la separación de sus compañeros como resultado de las repetidas hospitalizaciones, las restricciones para realizar actividades físicas, las reacciones de amigos y familiares, pueden incrementar un sentido de inadecuación y aislamiento social (Buceta y Bueno, 1993).

El diagnóstico de una enfermedad crónica, como el cáncer infantil, constituye un problema grave tanto para el paciente como para su familia, puesto que las repercusiones de la enfermedad son también numerosas en la vida familiar. Los padres pueden experimentar

rabia, dolor o negación; posteriormente aparecen rasgos depresivos y finalmente la aceptación del cáncer (Méndez et al, 2004). Todas ellas son emociones normales, pero si son muy intensas pueden afectar la comprensión de la enfermedad y su tratamiento.

El diagnóstico de cáncer infantil y el desarrollo de la enfermedad son generalmente inesperados, y funcionan como fuente de estrés que provoca alteraciones biológicas y cambios en las conductas relacionadas con la salud (Valencia, Flores y Sánchez, 2006). Los niños que padecen una enfermedad oncológica presentan necesidades que surgen de la reacción ante la enfermedad, la hospitalización y los tratamientos; además, cada fase de la enfermedad genera necesidades específicas que atender.

Los avances en los tratamientos médicos han incrementado el número de niños con cáncer que sobreviven a su enfermedad. Hoy en día se ha alcanzado una tasa de supervivencia de niños oncológicos de alrededor del 70% (Méndez et al, 2004). Es por esto que actualmente se considera necesario no sólo curar la enfermedad, sino también disminuir los efectos secundarios que el tratamiento del cáncer infantil puede originar.

### **Intervención Psicológica en el Cáncer Infantil**

El niño al que se diagnostica una enfermedad como el cáncer se enfrenta a un amplio espectro de emociones, que incluyen miedo, ira, depresión o ansiedad. El estrés que experimenta durante la hospitalización “es resultado de la exposición al entorno, a los procedimientos, las normas, el material, las rutinas y la gente con los que no está familiarizado y no comprende” (Gálvez, Méndez y Martínez, 2005).

El incremento en la incidencia del cáncer pediátrico ha hecho necesario el desarrollo de investigaciones que ayuden a determinar formas para mitigar los efectos de los procedimientos médicos invasivos, evaluar los estilos de afrontamiento en los niños, e identificar intervenciones psicológicas eficaces y efectivas (Aldridge & Roesch, 2007).

De acuerdo a Barraclough (1999) la consejería es la intervención psicológica más utilizada; ésta permite la expresión de sentimientos, ofrece información práctica y provee

redes de apoyo para el paciente y sus cuidadores. También se trabaja con terapia conductual, la cual utiliza un enfoque práctico estructurado para disminuir las conductas no deseadas y sustituirlas por otras más adaptativas mediante el uso de técnicas como la desensibilización sistemática, el modelado, la distracción y el uso de refuerzos.

La terapia cognitiva sostiene que los problemas emocionales surgen y se mantienen debido a creencias y patrones de pensamiento desadaptativos. La amenaza emocional que representa el cáncer depende del “esquema cognitivo” del paciente y de su experiencia pasada, la cual puede estar distorsionada. Se alienta a los pacientes para que identifiquen sus pensamientos automáticos negativos, los reconsideren de manera más lógica y experimenten con pensamientos y conductas alternativas que les permitan afrontar la enfermedad generando un sentido de control sobre la situación (ídem).

Generalmente, la terapia cognitiva se combina con métodos conductuales prácticos y entrenamiento en relajación. El uso de una terapia cognitivo-conductual breve se ha evaluado en diversas pruebas clínicas, y ha demostrado su eficacia para disminuir los niveles de ansiedad que presentan los pacientes (Burton & Watson, 1998). De acuerdo a Barracloguh (1999) este tipo de intervención psicológica parece ser la más adecuada para trabajar con los pacientes con cáncer y sus cuidadores.

Independientemente del tipo de terapia que se utilice “las necesidades de información y comprensión de lo que ocurre a lo largo de todo el proceso de enfermedad, el control de síntomas, la reducción de miedos y molestias ante procedimientos exploratorios o de tratamiento invasivos, así como las dificultades de adherencia a tratamientos médicos configuran objetivos concretos de la intervención psicológica” (Méndez et al, 2004).

Debido a la necesidad de abordar las problemáticas que se presentan en el paciente oncológico surge la Psicooncología, “disciplina dedicada al estudio científico del paciente con cáncer, cuyo objetivo central, es el cuidado psicosocial del paciente oncológico y de su familia, para coadyuvar con el equipo médico-oncológico en el abordaje y manejo de los aspectos psicosociales que afectan al paciente con cáncer y su familia” (Gálvez, Méndez y Martínez, 2005). La intervención se adapta a las características de cada paciente, de su familia y de cada etapa de la enfermedad.

### Intervención psicológica durante el diagnóstico

La comunicación del diagnóstico puede ser una de las fases más estresantes de la enfermedad, principalmente para los padres, puesto que supone un impacto psicológico muy fuerte y despierta muchas emociones. Es importante que el personal de salud estable una buena relación con el niño y con sus padres, proporcionando información clara y repetida (Méndez et al, 2004). Antes de informar el diagnóstico es necesario determinar el conocimiento que el niño tiene sobre la enfermedad, e indagar sobre sus principales preocupaciones. Una vez comunicado el diagnóstico es importante escuchar y comprender al niño, dándole la oportunidad de que exprese sus emociones y siendo sensibles a sus demandas de información.

### Intervención psicológica durante la fase de tratamiento

Durante esta fase debe mantenerse el contacto con los padres, con el objetivo de aclarar las dudas que vayan surgiendo respecto a la intervención médica y el curso de la enfermedad. Ciertas conductas de los padres se asocian con una disminución de la ansiedad del niño ante los procedimientos médicos, pero muchas veces desconocen cómo ayudar a sus hijos por lo que es importante orientarlos al respecto.

Algunas áreas que han recibido mayor atención en el tratamiento psicológico de niños con cáncer son la reducción de las náuseas y vómito anticipatorios, control de dolor, tratamiento de ansiedad y depresión, y mejora de la adherencia al tratamiento médico.

El tratamiento recomendado para reducir las náuseas y vómitos anticipatorios incluye la relajación muscular progresiva, imaginación guiada y la desensibilización sistemática. El control del dolor requiere de una evaluación y emplea técnicas de distracción, imaginación guiada y entrenamiento en relajación; se utilizan también intervenciones conductuales consistentes en administrar reforzamiento positivo involucrando a los padres en el tratamiento.

Para trabajar los cambios del estado de ánimo que con frecuencia se presentan en los niños con cáncer se han utilizado programas de educación emocional, de actividades

agradables y de reestructuración cognitiva. También es importante preparar a los niños para la hospitalización y la cirugía, proporcionándoles información y entrenándolos en estrategias de afrontamiento.

La intervención en problemas de adherencia al tratamiento médico debe incluir un componente educacional, estrategias para mejorar habilidades de autocontrol, estrategias de intervención conductual y atención a posibles barreras a la adhesión.

#### Fase de curación o vigilancia

La intervención se basa en facilitar la expresión de miedos y preocupaciones, proporcionando al niño y a sus padres estrategias que permitan facilitar la reincorporación a la vida cotidiana y a la vida escolar, detectando las áreas de funcionamiento que hayan sido más afectadas, ayudando a afrontar el miedo a la repetición de la enfermedad y promover la realización de planes y actividades. Es necesario el seguimiento a largo plazo de los sobrevivientes de cáncer, evaluando los efectos físicos y psicosociales de la enfermedad.

#### Fase terminal

Es conveniente dar la información al niño y su familia de manera progresiva. Se debe fomentar la expresión emocional, atendiendo los deseos y preocupaciones del niño. Es recomendable apoyar a la familia antes y después de la muerte del niño para facilitar el duelo.

### **Características de la Sede y Actividades del Residente**

En la rotación por el servicio de Hematología Pediátrica se atendieron mayormente a pacientes que presentaban padecimientos oncológicos (principalmente leucemia) por lo que se trabajó directamente con médicos adscritos al servicio de oncología. Se atendieron también, aunque en menor cantidad, niños que presentaban padecimientos hematológicos no oncológicos (anemia aplásica, hemofilia). Por las características del

servicio, la residente de Medicina Conductual dependía directamente del Jefe del Servicio de Hematología, aunque en la práctica el trabajo se concentraba en el área de oncología pediátrica.

La sala de oncología pediátrica forma parte del servicio de pediatría del Hospital Juárez de México. El equipo de salud estaba conformado por una psicóloga residente de Medicina Conductual (dos en el segundo periodo de rotación) que en conjunto con dos médicos adscritos, un médico residente de pediatría, un médico interno y una trabajadora social se encargaban de brindar una atención integral al paciente oncológico y su familia desde la fase de diagnóstico, durante el tratamiento y con aquéllos que se encontraban en etapa terminal.

Como parte de las labores diarias se realizaba el pase de visita en la salas de hospitalización, quimioterapia ambulatoria y urgencias. Durante el pase se detectaba cuáles eran los pacientes que requerían intervención psicológica inmediata, además de que se realizaba seguimiento de aquéllos con los que se había trabajado previamente. De igual manera, se asistía a los médicos durante los días de consulta externa para monitorear el estado emocional de los niños que se encontraban en etapa de vigilancia y apoyar en su reintegración al ambiente escolar y familiar.

La atención psicológica estuvo dirigida al niño con cáncer y su familia (especialmente los padres, quienes fungen como cuidador primario). Las problemáticas que se presentaron con mayor frecuencia en los niños fueron: ansiedad ante procedimientos médicos invasivos, irritabilidad o depresión por la larga estancia hospitalaria, negativa a seguir las indicaciones médicas. Se trabajó también preparación prequirúrgica en pacientes que serían sometidos a alguna cirugía radical (por ejemplo, desarticulación de algún miembro en pacientes con osteosarcoma, o resección de tumores sólidos).

Se realizaron intervenciones enfocadas a favorecer el apego al tratamiento médico, disminuir la ansiedad y síntomas depresivos mediante el uso de técnicas como psicoeducación, distracción, relajación (mediante respiración diafragmática e imaginación guiada) y re-estructuración cognitiva. Estas técnicas se acompañaban de un manejo lúdico, el cual resulta de suma importancia en el trabajo con el paciente oncológico pediátrico para fortalecer el rapport y favorecer la expresión emocional en el niño.

Se realizaron también intervenciones con los padres de familia, encaminadas básicamente a disminuir sintomatología ansiosa y depresiva, así como entrenar en el manejo de conductas y emociones que presentan los niños durante el tratamiento. Se utilizan técnicas de relajación, re-estructuración cognitiva, solución de problemas y manejo de contingencias.

Adicional a las intervenciones individuales se trabajó un grupo para padres, con sesiones semanales de una hora y media de duración, donde se abordaban temáticas relacionadas con el cáncer y su tratamiento, los cambios que se presentan tanto en el niño como en la familia y necesidades específicas que fueron detectadas durante la residencia. El objetivo del grupo fue brindarles herramientas a los padres de familia para responder de manera óptima ante las demandas que se les presentan durante el tratamiento del niño y favorecer el apego al tratamiento médico; constituyó también un espacio de expresión y apoyo, utilizando técnicas de psicoeducación, contención y validación emocional.

Además de brindar atención psicológica a los pacientes, la residente de Medicina Conductual se integró a las actividades académicas que se realizaban en el servicio de Hematología y en la unidad de Psicooncología y Cuidados Paliativos. Como parte de las actividades en Hematología se asistía a tres sesiones semanales en donde se revisaban temas relacionados con los principales padecimientos que se presentaban en el servicio, se realizaron revisiones de artículos y discusión de los tratamientos más actuales que se están llevando a cabo en México y otros países.

Cada mes el equipo de Psicología (conformado por los residentes que están rotando en Hematología Adultos, Hemato-Oncopediatría, y la supervisora *in situ* encargada de la unidad de Psicooncología y Cuidados Paliativos) presentaba a los médicos un tema sobre factores psicológicos que influyen en el proceso de enfermedad de los pacientes, cuáles son las estrategias que pueden utilizarse para trabajar con ellos, y también se habló de las reacciones y necesidades del personal de salud.

Por otro lado, las actividades académicas en la unidad de Psicooncología y Cuidados Paliativos incluyeron clases de Psicooncología dos veces por semana, clase de medicina para psicólogos, discusión de casos clínicos y revisión de artículos.

Como parte del equipo interdisciplinario, la residente de Medicina Conductual asistió también a sesiones que se realizaban con instituciones de asistencia privada que brindaban apoyo los pacientes que eran atendidos en el servicio. En estas sesiones se monitoreaba el estado de salud de los pacientes, se comunicaban las necesidades de apoyo detectadas en cada uno (principalmente ayuda económica, alojamiento y/o medicamentos) y se monitoreaba el progreso de cada caso dentro de la institución de asistencia privada.

Por último, la residente de Medicina Conductual en el servicio de Hematología/Oncología Pediátrica formó parte del comité que valoraba a los pacientes candidatos a trasplante de médula ósea. Esto fue poco frecuente puesto que la mayoría de los niños eran referidos al Instituto Nacional de Pediatría para dicho procedimiento; sin embargo, cuando se presentaban casos de adolescentes que podían ser trasplantados en el Hospital Juárez se realizaba una evaluación psicológica integral (que incluía entrevistas y pruebas psicométricas) para determinar si el paciente era apto o no para ser sometido a dicho trasplante.

### **Características de la Población Atendida**

La rotación en el servicio del Hematología / Oncología Pediátrica en el Hospital Juárez de México se realizó en dos periodos. El primero fue del mes de Marzo de 2008 al mes de Agosto del mismo año, y el segundo periodo comprendió de Octubre de 2009 a Febrero del 2010. En total, durante los dos periodos, se proporcionaron 651 sesiones de intervención psicológica, de las cuales 292 correspondieron a pacientes de sexo masculino y 359 al femenino. Las edades de los pacientes oscilaron entre el año y los 19 años de edad, siendo la media de 9.5 años.

El número intervenciones mensuales varió en función de las demandas del servicio y de otras actividades propias de la residencia. Se observa que en promedio se realizaron 59 sesiones al mes (Figura 8). El 78% de las intervenciones se realizaron en el piso de hospitalización y 22% en consulta externa. El 8.8% fueron sesiones de primera vez, mientras que el 91.2% restante fueron sesiones de seguimiento.

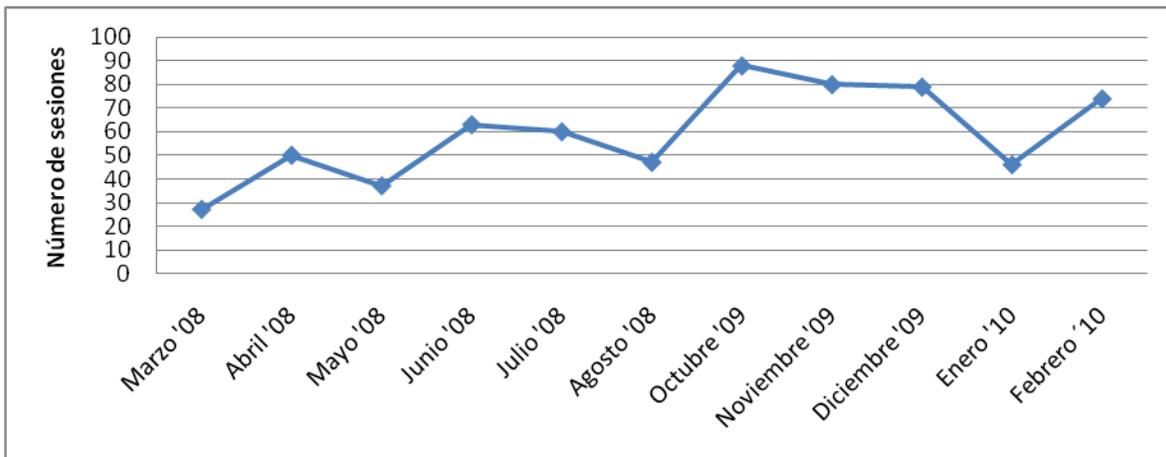


Figura 8. Número de intervenciones realizadas por mes

De las 651 intervenciones que se brindaron 599 correspondieron al área de oncología pediátrica; los padecimientos que se presentaron con mayor frecuencia fueron leucemia linfoblástica aguda (38.2%), tumores óseos primarios (18.6%) y neoplasias del sistema nervioso central (6%). Únicamente 52 sesiones se realizaron con pacientes que presentaban padecimientos estrictamente hematológicos (principalmente anemia de Fanconi y anemia aplásica).

La terapia breve así como las intervenciones familiares fueron los abordajes que se utilizaron con mayor frecuencia. Las técnicas más utilizadas fueron la identificación y expresión de emociones, psicoeducación, reestructuración cognitiva y terapia lúdica. Se observó que la ansiedad es uno de los trastornos que se presenta con mayor frecuencia en los niños; del mismo modo, presentan alteraciones en su estado de ánimo como pueden ser afecto hipotímico e irritabilidad. En el anexo 2 se presentan dos casos clínicos que ejemplifican el trabajo realizado con esta población.

## **Evaluación Final**

### Del Servicio

El servicio de Hematología/Oncología Pediátrica es un servicio que se encuentra bien estructurado, con actividades y funciones claramente definidas, y donde se considera muy importante la participación del psicólogo dentro del equipo multidisciplinario. Esto facilitó que la residente de Medicina Conductual se integrara a las actividades del mismo y le brindó una excelente oportunidad de realizar distintos tipos de intervenciones con la población atendida.

Al iniciar la rotación en el servicio no se contaba con un espacio propio y no se tenía material para trabajar con los niños. Sabemos que es importante adaptarse a las condiciones físicas y materiales del hospital en general, aunque también es importante buscar alternativas que permitan mejorar la calidad de nuestras intervenciones.

Actualmente no se cuenta todavía con un espacio propio para trabajar, pero sí se tiene la facilidad de ocupar otros espacios como lo son consultorios médicos, salas de juntas, oficinas y salas de enfermería. Gracias a donaciones tanto de médicos, como de instituciones de asistencia privada y los propios residentes de la maestría ahora se cuenta con material lúdico que es fundamental para apoyar el trabajo con los niños.

Todo esto ha sido posible gracias a la buena comunicación que existe entre los psicólogos que rotamos en el servicio y el personal de salud, la importancia que conceden a nuestro trabajo y la disposición para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Era un servicio muy demandante, puesto que se atendía a una gran cantidad de pacientes y en ocasiones esta demanda excedía los recursos tanto materiales, como humanos y de tiempo con los que contábamos en el servicio. Los médicos generalmente eran muy accesibles y tenían la disposición de escuchar las aportaciones y peticiones que podía uno hacer. En la medida en que ellos estaban abiertos y dispuestos a cooperar, era también la medida en la que exigían. Esperaban que la residente realmente estuviera

comprometida con su trabajo y que se orientara a obtener resultados en un lapso breve de tiempo.

Considero que esto es muy importante, pues nos obligó a enfocarnos en lo que teníamos que hacer y desarrollar habilidades tanto profesionales como personales. A veces era estresante y en ocasiones no pudieron cumplirse las metas que se establecieron inicialmente con cada paciente, o no como los médicos querían. Sin embargo, fue un servicio donde realmente se aprendió a trabajar en equipo, y que representó un excelente escenario para que la residente de Medicina Conductual aplicara sus conocimientos y adquiriera competencias diversas.

### De las Actividades

#### *a) Clínicas*

En general, las actividades clínicas que se realizaron en este servicio resultaron adecuadas para la obtención de las competencias propuestas para el residente de Medicina Conductual. Además, permitió realizar intervenciones con niños, adolescentes y adultos, lo que enriqueció mucho la formación de la residente puesto que tuvo que aprender a evaluar necesidades y adaptar intervenciones de acuerdo a la etapa de desarrollo y la etapa de enfermedad en la que se encontraba el paciente.

Dado que los padecimientos oncológicos pediátricos conllevan años de tratamiento y hospitalizaciones repetidas, el psicólogo podía tener a los pacientes “cautivos” por largos periodos de tiempo tanto en el área de hospitalización como quimioterapia ambulatoria. Esto facilitó el brindar intervenciones más largas, además de proporcionar un seguimiento desde el diagnóstico y durante el tratamiento.

Las actividades clínicas absorbían la mayor parte del tiempo de la residente en el servicio. El tener que atender a los pacientes y sus familiares en hospitalización, quimioterapia ambulatoria, consulta externa, urgencias y en ocasiones terapia intensiva, requería que la

residente se dedicara principalmente a la parte asistencial dificultando muchas veces la realización de otro tipo de actividades (que pueden ser académicas o de investigación).

Debido a las características del servicio y de los padecimientos que se presentan con mayor frecuencia, las actividades clínicas con los niños y sus familias en ocasiones podían ser muy desgastantes y generaron reacciones emocionales muy fuertes en la residente. No obstante, también fueron actividades que resultaron muy placenteras y satisfactorias, y que contribuyeron a un gran crecimiento personal.

#### *b) Académicas*

Las actividades académicas que se realizaron durante la residencia contribuyeron a la formación integral del psicólogo especialista en Medicina Conductual. Aunque en un inicio las clases con los médicos eran difíciles de entender, facilitaron la comprensión de aspectos básicos de las enfermedades y los procedimientos a los que eran sometidos los pacientes. Esto a su vez facilitó que la residente pudiera servir como enlace entre el médico y el paciente al ser capaz de proporcionar una “traducción” del lenguaje médico.

Además, el participar en las sesiones académicas con los médicos residentes de otras especialidades y médicos internos contribuyó a que ellos también conocieran el papel del psicólogo y lo fueran reconociendo como parte importante dentro del equipo multidisciplinario en el que debían trabajar.

Por otro lado, las actividades académicas que se realizaron en la unidad de Psicooncología y Cuidados Paliativos enriquecieron la formación de la residente al revisar temáticas que se relacionaban directamente con el trabajo que se realizaba diariamente y las dificultades que podían presentarse en el mismo. Así también, proporcionó herramientas que permitieron orientar y mejorar el trabajo clínico.

A veces era difícil llevar a cabo adecuadamente estas actividades, puesto que como se mencionó anteriormente la labor asistencial absorbía la mayor parte del tiempo de la residente. Tal vez habría que delimitar mejor los horarios y el tiempo que se dedicará

exclusivamente a cada actividad, respetando el tiempo de las demás y tomando en cuenta prioridades.

Considero que en el periodo de mi segunda rotación no se obtuvo tanto provecho de las actividades académicas como en la rotación del primer año. Las características del grupo en la primera rotación facilitaban la elaboración, presentación y discusión del material. Durante el segundo periodo, la dinámica del nuevo grupo (discusiones, diferencias y tensión entre los miembros, críticas no constructivas) afectó el aprovechamiento de las sesiones por lo que me parece importante recalcar que el residente de Medicina Conductual no debe permitir que las problemáticas personales y/o grupales interfieran con su desempeño académico ni con su ámbito laboral.

### De la Supervisión

#### *a) In Situ*

La supervisión *in situ* fue adecuada y eficiente. Al tener la misma perspectiva teórica que la de la residencia, la supervisora pudo brindar retroalimentación y asesoramiento constante que realmente ayudaron a mejorar el desempeño dentro del hospital tanto profesional como personal. Considero que fue profesional, responsable y que se interesó por las actividades que se realizaban dentro de cada uno de los servicios a su cargo.

No obstante, creo que las dificultades que se presentaron durante la segunda rotación con el grupo de residentes de primer año afectó también la supervisión puesto que se volvió más flexible y menos interesada por dar orientación a nivel grupal. Creo que resulta comprensible dada la dinámica que mostraba el grupo, aunque también creo que es un aspecto que se debe considerar y prevenir para futuras generaciones. A nivel individual siempre recibí orientación y apoyo oportuno; el compartir la experiencia clínica y académica permitió un aprendizaje continuo que enriqueció mi formación.

b) *Académica*

Los temas revisados dentro de la supervisión académica complementaron adecuadamente la formación que se recibió dentro del hospital y en la facultad. Al ser egresada de la residencia la supervisora pudo compartir experiencias que resultaron invaluable para la residente, puesto que sabía cómo era que funcionaban las cosas en la práctica. Fue una fuente importante de retroalimentación y apoyo. Además proveyó un punto de vista externo que orientó y facilitó la comprensión de distintos procesos administrativos, académicos y que enriquecieron también la formación clínica. Considero que únicamente habría que cuidar la puntualidad y la calendarización de las sesiones, puesto que distintas actividades interfirieron con las mismas en algunas ocasiones.

## **RESIDENCIA EN LA CLÍNICA PARA TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA UNIVERSIDAD DE TULANE**

La Clínica para Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes es una clínica de entrenamiento para los estudiantes del Doctorado en Psicología de la Universidad de Tulane. Ésta se encuentra ubicada en la ciudad de Nueva Orleans, en el estado de Louisiana en los Estados Unidos de América. En ella se brinda tratamiento psicológico a niños y adolescentes que presentan distintos trastornos de ansiedad, y se llevan a cabo diferentes proyectos de investigación como parte del programa de Posgrado en Psicología.

### **Ansiedad Infantil, Estilos de Crianza y Cultura**

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en niños y adolescentes (Weiss & Last, 2001). Estos trastornos pueden tener un curso crónico, y afectar de manera negativa distintos ámbitos de funcionamiento del niño. Los modelos actuales del desarrollo de ansiedad en niños hacen énfasis en la contribución de factores biológicos y socio-ambientales en la etiología y mantenimiento de la ansiedad (Luis, Varela & Moore, 2008).

En el área familiar, distintos investigadores han asociado ciertos estilos de crianza con el desarrollo de manifestaciones clínicas de ansiedad en los niños; en particular, una falta de aceptación y calidez parental junto con un excesivo control de la conducta del niño (Dadds & Barret, 1996; Ginsburg, Siqueland, Masia-Warner, & Hedtke, 2004; Rapee, 1997). La aceptación y la calidez se refieren a la capacidad de respuesta de los padres, la aceptación de los sentimientos y conductas de sus hijos, escucha activa, alabanza y el uso de la reflexión (Wood, McLeod, Sigman, Hwan & Chu, 2003) mientras que el control parental implica limitar la autonomía y toma de decisiones del niño.

Autores como Hudson & Rapee (2002), Moore, Whaley & Sigman (2004) entre otros, han realizado estudios donde reportan que el comportamiento de los padres de niños clínicamente ansiosos es más negativo, sobreprotector y provee menor autonomía que los padres de niños sin problemas de ansiedad. Así también, son padres que escuchan menos a sus hijos, son poco positivos y alentadores.

Se cree también que la cultura puede tener un impacto en cualquiera de las variables asociadas con los trastornos de ansiedad, y que la manera en que la cultura interactúa con estas variables puede ser un factor de riesgo o de protección para el surgimiento y mantenimiento de dichos trastornos (Varela, Sánchez-Sosa, Biggs & Luis, 2009). Se entiende como cultura el comportamiento aprendido y compartido que es transmitido de una generación a otra, con fines de crecimiento y adaptación tanto individual como social; se representa de manera externa como instituciones, roles y artefactos, e internamente se representa por medio de valores, actitudes y creencias (Marsella, 1988). Por lo tanto, los individuos pueden ser clasificados en distintos grupos culturales basados en un número de constructos y experiencias compartidas que incluyen esquemas, creencias, prácticas de socialización, inmigración, lenguaje, entre otros (Varela & Hensley-Maloney, 2009).

Partiendo de esta perspectiva, los esquemas basados en la cultura y las prácticas de socialización representan un punto central en el entendimiento de la relación entre cultura y ansiedad. Por ejemplo, los esquemas de los niños y las interacciones entre padres e hijos pueden variar ampliamente entre grupos Europeo-Americanos y Latinos; esta variabilidad puede moldear la manera en que los niños interpretan y dan significado a sus síntomas, y expresan malestar emocional (Kirmayer, 2001).

Emigrar a un país diferente y vivir como una minoría étnica puede tener implicaciones importantes en la salud mental de los niños. Estas minorías tienen que enfrentar una serie de retos (discriminación, pobreza, aprender otro idioma) que pueden hacer que incrementen los niveles de estrés en los niños y que llevan a los padres a usar prácticas autoritarias en un intento de adaptarse a la nueva cultura (Luis et al, 2008). En los Estados Unidos de América los Latinos conforman la minoría étnica más numerosa y de mayor crecimiento, y aproximadamente 15.4 millones son menores de edad (United States Census Bureau, 2009). De acuerdo al Departamento de Salud Mental y Servicios Humanos de ese país, la niñez latina presenta un mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad que los niños Europeo-Americanos.

Por lo tanto, examinar el impacto que tienen los modelos culturales en los niños Latinos viviendo en los Estados Unidos es importante para elaborar medidas preventivas para trastornos de ansiedad, así como facilitar el desarrollo de intervenciones cognitivas y psicosociales con esta población.

### **Características de la Sede y Actividades del Residente**

La Clínica para Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes pertenece al Departamento de Psicología, y éste a su vez es parte de la Escuela de Ciencias e Ingeniería de la Universidad de Tulane. El personal de la clínica estaba conformado por el Director General (Profesor Asociado de la Facultad de Psicología, Doctor en Psicología Clínica, con especialidad en Psicología Infantil), una coordinadora (estudiante de tercer año del doctorado), y terapeutas que eran todos estudiantes de posgrado y que se encargaban de proporcionar los servicios de evaluación e intervención psicológica. Por las características de la clínica y las actividades en esta rotación, la residente de Medicina Conductual dependía directamente del Director General.

En esta clínica se atiende a niños y adolescentes que presentan síntomas de ansiedad generalizada, ansiedad por separación, ataques de pánico, fobia social, fobias específicas, estrés postraumático y trastorno obsesivo compulsivo. Se trabaja también con niños y adolescentes que presentan ansiedad debido a problemas escolares, ajuste a

relaciones interpersonales, divorcio, cuestiones de desarrollo y enfermedad crónica, entre otros.

Además de ser un sitio de entrenamiento clínico, la Clínica para Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes es un centro de investigación dentro de la Universidad de Tulane. Durante el año de rotación en esta clínica la residente de Medicina Conductual tuvo como función principal ser asistente de investigación en el proyecto denominado “Mecanismos Culturales, Cognitivos y Sociales de la Ansiedad en Niños Latinos”. Esta investigación se enfocó en dos factores de riesgo para la etiología y el mantenimiento de trastornos de ansiedad: sesgos cognitivos en los niños y estilos de crianza de los padres, en el contexto del fenómeno cultural Latino. El trabajo estuvo básicamente enfocado a coordinar el reclutamiento de las familias participantes que conformarían el grupo clínico del estudio, realizando entrevistas y aplicación de pruebas psicométricas.

Antes de iniciar el reclutamiento y evaluación de familias, la residente recibió un entrenamiento en el Departamento de Psicología de la Universidad de Nueva Orleans para aprender a aplicar, calificar e interpretar el Inventario de Entrevistas para Trastornos de Ansiedad por el DSM-IV (ADIS-DSM IV). Se encargó también de contactar autores o instituciones que proporcionaran las pruebas psicométricas a utilizar en versiones para población Latina, y realizar la traducción al español del resto de los materiales necesarios para la investigación.

Durante la fase de reclutamiento de participantes se contactaron distintas escuelas, iglesias y centros de salud mental que contaban con población Latina en el área de Nueva Orleans. Las familias referidas para el estudio eran pre-evaluadas vía telefónica con la Lista de Chequeo Conductual para Niños (por sus siglas en inglés CBCL); si cumplían los criterios de inclusión (ambos padres de origen Latino, y que el niño obtuviera una puntuación dentro de rango clínico para desórdenes de internalización en el CBCL) eran citados a una sesión única en la Clínica de Tulane.

En esta sesión se realizaba una entrevista diagnóstica utilizando el Inventario de Entrevistas para Trastornos de Ansiedad por el DSM-IV (ADIS-DSM IV) en su versión para niños y versión para padres. Se realizaba una breve discusión familiar utilizando el

Cuestionario de Situaciones Ambiguas (ASQ) y se les pedía tanto a los niños como a los padres que contestaran una batería de pruebas. La sesión tenía una duración aproximada de 3-4 horas; al finalizar la misma se brindaba una retroalimentación sobre la impresión diagnóstica del niño, haciendo sugerencias a los padres y refiriendo a la familia a algún centro de tratamiento en caso necesario.

Además de las actividades de investigación, durante esta rotación la residente de Medicina Conductual realizó actividades clínicas brindando atención psicológica a niños de origen Latino que fueron referidos para evaluación y/o tratamiento en la Clínica para Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes de la Universidad de Tulane. Como parte de la formación clínica, recibió entrenamiento y supervisión para poder implementar el programa de intervención cognitivo conductual para tratar desórdenes de ansiedad denominado "Coping Cat". Igualmente obtuvo preparación para trabajar un modelo de terapia cognitivo conductual enfocada a trauma.

Como parte de las actividades clínicas y de investigación la residente apoyó como coterapeuta en algunos procesos de evaluación de pacientes, y en la recolección de datos para otros estudios que se estaban realizando paralelamente en la clínica. Otras actividades incluyeron la asistencia a distintas clases del programa de posgrado (Asuntos Profesionales en Psicología, Psicología del Desarrollo, Psicología Fisiológica, Estrés y Trauma), sesiones grupales de supervisión y discusión de casos clínicos, sesiones individuales de supervisión clínica y académica, sesiones semanales con el equipo del laboratorio de investigación sobre ansiedad, y sesiones semanales de supervisión con el personal de la Clínica para Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes.

### **Características de la Población Atendida**

La rotación en la Clínica para Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes de la Universidad de Tulane se realizó en el periodo comprendido de Septiembre de 2008 a Agosto de 2009. Durante este tiempo se contactaron a las escuelas de educación básica del distrito de Nueva Orleans para pedirles su colaboración en el proyecto de investigación denominado "Mecanismos Culturales, Cognitivos y Sociales de la Ansiedad

en Niños Latinos”. Únicamente nueve escuelas aceptaron participar. En total se enviaron 855 cartas invitando a las familias de estudiantes Latinos registrados en esas escuelas a participar en el estudio. Respondieron 116 familias, pero sólo el 59.48% aceptó ser contactado para la investigación.

Catorce familias más fueron referidas por centros de salud mental e iglesias para ser incluidas en el estudio. Se realizó la pre-evaluación de 75 familias, y únicamente 33 de ellas cumplieron los criterios de inclusión para conformar el grupo clínico en el proyecto.

Se entrevistaron 22 niñas y 11 niños. Sus edades oscilaron entre los 7 y 13 años de edad, siendo la media de 10.18 años. El 37.03% de los niños entrevistados nacieron en Estados Unidos, 29.63% en Centroamérica, 18.52% en México, 11.11% en Sudamérica y 3.70% en el Caribe. En promedio estos niños llevaban 7.13 años viviendo en los Estados Unidos.

El 50% de los padres entrevistados eran originarios de Centroamérica, 21.43% de México, 17.86% de Sudamérica y 10.71% del Caribe. Por otro lado, el 53.58% de las madres entrevistadas provenían de países Centroamericanos, el 21.43% de México, 14.29% de Sudamérica, 7.14% del Caribe y 3.57% eran inmigrantes de segunda generación (nacidos en Estados Unidos). El 40% estaban casados, 33.33% separados, 16.67% divorciados y 10% en unión libre.

La Tabla 4 muestra los principales diagnósticos que presentaron los niños al concluir el ADIS-DSM IV. Aquéllos que se presentaron con mayor frecuencia fueron fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno oposicionista desafiante, trastorno de ansiedad por separación y trastorno por estrés postraumático.

Tabla 4. Diagnósticos obtenidos mediante el ADIS-DSM IV

	No.	%
Sin diagnóstico	1	3
Ansiedad por separación	3	9.1
Fobia social	7	21.2
Fobia específica	7	21.2
Trastorno de pánico	1	3
Ansiedad generalizada	5	15.2
Estrés postraumático	2	6.1
TDA hiperactivo	1	3
TDA combinado	1	3
Trastorno oposicionista desafiante	4	12.1
Mutismo selectivo	1	3

Durante la rotación en esta clínica cuatro pacientes Latinos fueron referidos para evaluación y tratamiento. Se atendieron tres niños y una niña de 6, 9, 14 y 10 años de edad respectivamente. El niño de 9 años de edad y la niña de 10 no completaron el proceso de evaluación debido a problemas en el núcleo familiar. El paciente de 14 años fue referido a la Clínica de Salud Conductual de Tulane, ya que las pruebas aplicadas durante la evaluación confirmaban problemas de externalización y se consideró necesaria la interconsulta psiquiátrica. Con el paciente de 6 años de edad se obtuvo un diagnóstico de fobia social, por lo que se realizó intervención psicológica basada en el programa “Coping Cat” trabajando con técnicas de psicoeducación, identificación y expresión de emociones, relajación y manejo cognitivo simple.

## **Evaluación Final**

### Del Servicio

La Clínica para Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes es una clínica que se encuentra bien estructurada, con actividades y funciones claramente definidas. Todos los procedimientos están documentados, por lo que debía siempre seguirse el protocolo establecido para cada función o intervención. Al ser un centro de entrenamiento para

estudiantes de doctorado, permitió que la residente pudiera integrarse en la práctica tanto clínica como de investigación.

Existió una buena comunicación entre todo el personal, así como una organización clara que facilitó la realización del trabajo individual y en equipo. Tanto los terapeutas, como la coordinadora y el director eran muy accesibles; estaban siempre dispuestos a colaborar, escuchar dudas y aportaciones. Por lo tanto, se esperaba que toda persona que trabajara en la clínica estuviera comprometida con su trabajo, que buscara su desarrollo académico y profesional, apegándose fielmente a los principios éticos que rigen la labor del psicólogo.

El espacio y los materiales con que se contaba en la clínica eran adecuados para trabajar tanto sesiones clínicas como de investigación. Además, se contó con recursos económicos que facilitaron la realización de las distintas actividades que se llevaron a cabo en la misma. El contar con tarifas escalonadas hacía que los servicios fueran accesibles para familias de bajos recursos o que no contaban con seguro médico; y el financiamiento que se obtuvo para realizar investigación permitió compensar económicamente a las familias que decidieron participar.

Todos los estudiantes de posgrado colaborando en la clínica tenían como área de concentración la Psicología Escolar, por lo que la residente de Medicina Conductual pudo aportar una perspectiva diferente al trabajo de prevención e intervención que se realiza con los niños y conocer otras formas de evaluación e intervención psicológica distintas a las que pueden aplicarse en escenarios hospitalarios en nuestro país.

Aunque no se trabajó propiamente con niños que presentaran alguna enfermedad crónica, sí se tuvo la oportunidad de trabajar con niños que presentaban uno de los problemas de salud mental de mayor relevancia en la infancia como lo son los trastornos de ansiedad. Este tipo de trastornos afectan la calidad de vida tanto del niño como de su familia, por lo que el investigar sobre factores de riesgo y conocer estrategias de evaluación e intervención específicas para estos trastornos constituyen una herramienta básica para el desarrollo del residente en Medicina Conductual interesado en el área pediátrica.

## De las Actividades

### a) Clínica

Las actividades clínicas que se realizaron en esta rotación favorecieron la obtención de competencias propuestas para la residente de Medicina Conductual. Permitieron aprender métodos más estructurados de evaluación e intervención, guiados por criterios diagnósticos definidos y programas que han demostrado ser eficaces para el tratamiento de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.

Dado que se trabajó con población Latina hubo que adaptar tanto las evaluaciones como las intervenciones, considerando factores culturales y sociales, para poder aplicar los programas con flexibilidad pero fidelidad. Con esto se reforzó el conocimiento de que hay que estructurar intervenciones breves, basadas en objetivos, de acuerdo a las necesidades de cada paciente y después de haber realizado una evaluación sistemática que permita definir metas claras y elegir las estrategias más adecuadas para alcanzarlas.

### b) Académicas

Las actividades académicas durante esta rotación contribuyeron a la formación integral de la residente. Aunque en un inicio se consideraba que las clases abordaban temáticas vistas en licenciatura, sirvieron para reforzar y actualizar conocimiento. La carga de trabajo puede ser muy pesada para los estudiantes de doctorado; sin embargo, el no llevar una carga académica completa le permitió a la residente de Medicina Conductual organizar de manera eficiente dichas actividades y obtener provecho de las mismas.

### c) Investigación

Como se mencionó anteriormente, las actividades de investigación absorbieron la mayor parte del tiempo de la residente en esta rotación. En ocasiones el servicio era muy demandante, especialmente porque había que ajustarse a los tiempos que las familias tenían para poder participar en la investigación, por lo que había que trabajar en las noches y los fines de semana. Las sesiones eran desgastantes, puesto que eran muy

largas y cansadas para los niños, sus padres y para los investigadores. Se sugirió que para futuras investigaciones sería adecuado dividir el tiempo de aplicación en dos sesiones, o utilizar una batería de pruebas más corta.

Fue un trabajo muy distinto al que se había realizando previamente, y en el que hubo que aprender a desarrollar otras habilidades tanto profesionales como personales. Permitted conocer la forma de trabajo que se tiene en otro país, y cómo es que pueden estructurarse proyectos con los recursos económicos necesarios. Además, constituyó una experiencia muy enriquecedora el trabajar con personas de distintas nacionalidades, viendo en la práctica como es que los factores culturales juegan un papel importante en el desarrollo de problemas de salud mental.

### De la Supervisión

La supervisión en esta rotación fue adecuada y eficiente. Fue un espacio donde se recibió retroalimentación y asesoramiento constante sobre las actividades clínicas, académicas y de investigación. Las observaciones realizadas por el supervisor fueron oportunas y constructivas, ayudando a mejorar el desempeño en general. El supervisor es una persona sumamente profesional y responsable, que se interesa por cumplir los objetivos planteados en cada una de las actividades que coordina, por el crecimiento profesional de sus supervisados y por su bienestar emocional. Aunque generalmente tenía una agenda muy apretada, encontraba el tiempo para resolver dudas y proporcionar la orientación que se necesitara. Es una persona flexible, que fomenta que sus supervisados sean emprendedores, proactivos y autodidactas.

Las sesiones grupales de supervisión complementaron adecuadamente la formación durante esta rotación. El compartir experiencias con otros compañeros y profesores de posgrado permitió un aprendizaje continuo, promoviendo el debate y la reflexión sobre la efectividad de nuestro trabajo, así como el análisis de los procesos administrativos, académicos, clínicos y de investigación que se llevan a cabo dentro de la clínica y de la universidad.

## COMPETENCIAS ALCANZADAS

La residencia en Medicina Conductual permite alcanzar distintas competencias académicas, profesionales y personales. En general, concuerdan con aquéllas propuestas por el programa de maestría. En particular, las competencias adquiridas durante la residencia fueron las siguientes:

### Clínicas

- Detectar y evaluar necesidades de atención psicológica en el paciente hemato-oncológico pediátrico y sus familiares.
- Detectar y diagnosticar trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.
- Manejo de técnicas cognitivo conductuales: re-estructuración cognitiva, psicoeducación, relajación (respiración diafragmática, imaginación guiada, relajación muscular progresiva), balance decisional, solución de problemas, manejo de contingencias y modificación de conducta, desensibilización sistemática, distracción, automonitoreo, registros conductuales, entre otros.
- Manejo de duelo e intervenciones en crisis.
- Diseñar intervenciones breves, seleccionando técnicas cognitivo-conductuales adecuadas a las necesidades de cada paciente.
- Implementar y adaptar las técnicas seleccionadas a la etapa de desarrollo del paciente, así como a la fase de enfermedad.
- Manejo conductual y emocional del paciente pediátrico.
- Adaptar instrumentos y técnicas de medición en el área pediátrica.
- Evaluación y diagnóstico de problemas psicológicos utilizando pruebas psicométricas y DSM-IV.
- Evaluar eficacia de programas de intervención.

### Académicas

- Integración de fundamentos teóricos en la práctica clínica.
- Conocimiento especializado sobre distintos programas de intervención cognitivo conductual para distintas problemáticas.
- Conocimiento sobre el proceso salud-enfermedad, así como de reacciones psicológicas en pacientes oncológicos de acuerdo a la etapa de enfermedad.

- Conocimiento sobre padecimientos oncológicos y hematológicos pediátricos, procedimientos diagnósticos, opciones de tratamiento y pronóstico.
- Conocimiento sobre trastornos de ansiedad en la infancia, instrumentos diagnósticos y programas estructurados para su tratamiento.
- Conocimiento de metodología y estadística.
- Desarrollo de habilidades de investigación.
- Desarrollo de habilidades de búsqueda de información.
- Fortalecimiento de habilidades de análisis y síntesis.
- Desarrollo de pensamiento crítico.

### Personales

- Fortalecimiento de empatía.
- Desarrollo de tolerancia a la frustración.
- Mejora de habilidades de solución de problemas.
- Desarrollo de habilidades sociales y asertivas.
- Desarrollo de habilidades administrativas.
- Organización y manejo de tiempo.
- Trabajo en equipo.
- Creatividad.
- Fortalecimiento del cuidado de salud personal.
- Cambio en el concepto de muerte y elaboración de duelos.

## CONCLUSIONES

La Medicina Conductual es un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración de las ciencias biomédicas y conductuales; con la aplicación clínica de principios, técnicas, y procedimientos de la terapia cognitiva conductual en la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación de desórdenes físicos. La modificación de los estilos de vida y el incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas alrededor del mundo han hecho que la labor del psicólogo dentro del área de salud sea de vital importancia.

Una de las áreas que requiere de mayor atención por parte de los profesionales en Medicina Conductual es el área pediátrica, puesto que representa una oportunidad importante para fomentar estilos de vida saludables que prevengan complicaciones de salud en las poblaciones futuras. Desde una perspectiva de prevención, pueden trabajarse con problemas de la infancia que afectan directamente la salud del paciente pediátrico.

Como se mencionó anteriormente, los trastornos de ansiedad constituyen uno de los principales problemas que se presentan en la infancia, por lo que requieren de primordial atención, valoración y tratamiento. El evaluar distintos factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de estos trastornos, así como probar la eficacia de intervenciones especializadas es fundamental para mejorar la calidad de vida en los niños y evitar el desarrollo de problemas físicos y psicológicos posteriores.

Además de la prevención, la labor del psicólogo especialista en Medicina Conductual en pediatría es fundamental en aquellos padecimientos crónicos que se presentan en la infancia, puesto que conllevan cambios significativos tanto para el niño como su familia. Uno de los padecimientos que ha recibido mayor atención es el cáncer infantil. Tanto el niño como su familia se enfrentan a una amplia gama de emociones y de nuevas situaciones que con frecuencia no saben cómo manejar. De ahí radica la importancia de la intervención psicológica oportuna que facilite el proceso de adaptación a la enfermedad, promueva el apego al tratamiento médico y mejore la calidad de vida de los pacientes. Tiene que ser una intervención breve, eficaz, adaptada a la edad y a las necesidades del niño y de la familia.

La rotación en instituciones hospitalarias brinda al psicólogo residente en Medicina Conductual la oportunidad de adquirir una experiencia clínica que difícilmente se adquiere en otro lugar. El servicio de Hematología / Oncología Pediátrica presenta un escenario propicio para adquirir competencias profesionales, académicas y personales que permitan integrar el conocimiento teórico con la práctica clínica. Aunque el trabajo se centra en pacientes oncológicos, es importante señalar que se requiere realizar mayor investigación sobre las necesidades que presentan los pacientes hematológicos para adaptar y mejorar los programas de intervención que se aplican con ellos.

La posibilidad de realizar trabajo clínico y de investigación en el extranjero representó también una oportunidad de adquirir una experiencia distinta a la que se obtiene en las sedes nacionales. Es un trabajo completamente diferente que permite conocer la metodología y los programas de intervención establecidos en otros lugares, valorar el trabajo que se realiza en nuestra universidad, y reconocer la necesidad de sistematizar y difundir más el trabajo que hacemos en la residencia.

En la práctica existen dificultades administrativas, políticas y metodológicas para llevar a cabo la atención de pacientes en hospitales; también es complicado realizar los trámites para trasladarse a una sede internacional y adaptarse a la normativa a veces un poco rígida que se sigue allá. Sin embargo, puede decirse que en general el programa de Maestría en Psicología, con Residencia en Medicina Conductual cumple con su objetivo de formar psicólogos especialistas en salud desde una perspectiva multidisciplinaria. Es labor de aquellos que estamos involucrados en esta área de ejercicio profesional seguir abriendo puertas dentro del sistema de salud dentro y fuera de nuestro país. Y la única manera de hacerlo será siguiendo una metodología científica que demuestre la eficacia de nuestras intervenciones, conservando la sensibilidad y la ética que nos caracterizan.

*ANEXO 1*  
*PROGRAMA DE*  
*ENTRENAMIENTO*  
*A PADRES*

## Programa de Entrenamiento en Inoculación de Estrés para Padres de Niños con Cáncer

### *Fase 1. Conceptualización*

Objetivo general: Establecer una relación de colaboración con el paciente, así como brindar información para comprender lo qué es el cáncer y un modelo de estrés.

<b>Tema</b>	<b>Objetivo Particular</b>	<b>Actividades del Terapeuta</b>	<b>Actividades del Paciente</b>	<b>Material</b>	<b>Evaluación (criterio de cambio)</b>
1.1 Psicoeducación enfocada al cáncer	-El paCiente conocerá y describirá lo qué es el cáncer, cuál es su tratamiento y qué efectos secundarios produce.	-Proporcionará información sobre el cáncer. -Explicará apoyándose en material visual. -Contestará preguntas. -Pedirá retroalimentación.	-Describirá qué es el cáncer. -Enunciará los diferentes tipos de tratamiento. - Mencionará los efectos secundarios que pueden presentarse.	-Hojas -Lápices -Dibujos y/o folletos sobre el cáncer infantil.	-Que el paciente describa correctamente lo que es el cáncer, tratamiento y efectos secundarios.
1.2 Psicoeducación enfocada a estrés	-El paciente conocerá y explicará el modelo de estrés.	-Explicará el modelo de estrés, indicando efectos físicos, emocionales y conductuales. -Detectará las necesidades particulares del paciente.	-Describirá qué es el estrés. - Mencionará el papel de las cogniciones y las emociones en el estrés. -Identificará u describirá los síntomas que en él se presentan.	-Hojas -Lápices	-Que el paciente mencione la relación de las cogniciones y emociones en el modelo de estrés. -Que identifique sus reacciones ante el estrés así como eventos que

					lo generan.
--	--	--	--	--	-------------

*Fase 2. Adquisición de habilidades*

Objetivo general: Desarrollar y practicar estrategias de afrontamiento.

<b>Tema</b>	<b>Objetivo Particular</b>	<b>Actividades del Terapeuta</b>	<b>Actividades del Paciente</b>	<b>Material</b>	<b>Evaluación (criterio de cambio)</b>
2.1 Relajación	-Identificar la técnica de relajación adecuada para el paciente, y enseñar su ejecución.	-Preguntará sensaciones, cogniciones y emociones en momentos de estrés. -Identificará síntomas para determinar la técnica a utilizar. -Explicará los pasos para llevar a cabo el ejercicio en relajación. -Modelará la técnica elegida.	-Identificará y describirá las reacciones físicas, cognitivas y emocionales que presenta ante eventos estresores. -Seguirá las instrucciones dadas por el terapeuta durante la sesión. -Realizará ejercicios de práctica en casa, anotando un registro.	- Hojas - Lápices - Lista de cotejo -Registro de actividades	-Que el paciente identifique y mencione sus reacciones ante el estrés. -Que siga todas las instrucciones dadas. -Que realice los ejercicios y complete los registros. -Que cumpla con los requisitos de la lista de cotejo.
2.2 Monitoreo y modificación de pensamientos	-El paciente identificará sus pensamientos automáticos en momentos de estrés y aprenderá a modificarlos.	-Explicará el modelo ABC. -Enseñará cómo realizar un registro de pensamientos. -Describirá estrategias para detener y/o modificar pensamientos.	-Describirá los tres componentes del modelo ABC. -Realizará registro de pensamientos durante la sesión y en casa. -Mencionará por lo menos una estrategia para	-Hojas -Lápices -Auto registros	-Que el paciente distinga correctamente entre emociones, cogniciones y conducta. - Que describa la relación entre estos elementos. - Que realice todos sus

			modificar dichos pensamientos .		registros completando correctamente cada columna. -Que identifique pensamientos disfuncionales y mencione una estrategia para cambiarlos.
2.3 Solución de problemas	-El paciente identificará y explicará los cinco componentes en la solución de problemas.	-Describirá cada uno de los componentes de la solución de problemas. -Mencionará ejemplos en cada uno de ellos.	-Mencionará los cinco componentes en la solución de problemas. -Realizará ejercicios durante la sesión.	-Hojas -Lápices	-Que el paciente describa en orden todos los componentes de la solución de problemas. -Que explique en qué consiste cada uno de ellos.

*Fase 3. Aplicación y seguimiento*

Objetivo general: Consolidar las habilidades desarrolladas e implementarlas en situaciones cotidianas.

Tema	Objetivo Particular	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material	Evaluación (criterio de cambio)
3.1 Ensayo conductual y por imaginaria	-El paciente practicará las estrategias aprendidas. -Se detectarán y corregirán deficiencias en las habilidades desarrolladas	- Modelará y guiará ejercicios de role playing y por imaginaria. -Identificará si se presentan errores significativos en la ejecución de las técnicas.	-Seguirá instrucciones y realizará ejercicios en la sesión.	- Hojas -Lápices	-Que el paciente realice los ejercicios completos durante la sesión. -Que responda utilizando mínimo dos de las estrategias aprendidas.
3.2 Exposición in vivo	-El paciente aplicará las habilidades desarrolladas ante estresores de su vida cotidiana.	-Revisará los registros de los ejercicios realizados por el paciente en casa. -Dará retroalimentación.	-Realizará registros de las tareas hechas en casa.	-Hojas de registro -Lápices -Lista de cotejo	-Que el paciente complete todos sus registros. -Que en cada evento registrado utilice al menos una estrategia de afrontamiento.

*ANEXO 2*  
*Casos Clínicos*

### **Caso 1. Rotación en el primer año de residencia.**

A continuación se presenta un caso que ejemplifica las reacciones psicológicas que puede presentar un paciente pediátrico oncológico durante las fases de diagnóstico y tratamiento.

#### Ficha de Identificación

- Nombre: CAM.
- Sexo: Femenino.
- Edad: 14 años 8 meses.
- Ocupación: Estudiante.
- Escolaridad: 3º de secundaria.
- Religión: Católica.
- Lugar de residencia: Tlalnepantla, Estado de México.
- Dx médico: Osteosarcoma en miembro pélvico derecho.
- Inicio del padecimiento: Marzo de 2008.
- Fecha de diagnóstico: Mayo de 2008.
- Tx médico: Quimioterapia y cirugía radical (amputación de pierna derecha).
- Cuidador primario: Madre (EA, 36 años).

#### Motivo de consulta

La paciente fue referida por el médico tratante para valoración psicológica y manejo (apego al tratamiento) durante hospitalización. Así también, se solicitó preparación psicológica para la cirugía a la que sería sometida.

#### Padecimiento actual

Osteosarcoma de miembro pélvico derecho.  
Reacción de ajuste con síntomas ansiosos.

#### Alteraciones conductuales y/o emocionales

La paciente reportaba sentirse nerviosa ante los procedimientos médicos a los que era sometida (biopsia, canalizaciones, resonancia magnética). Presentaba agitación,

sudoración, quejas verbales e ideas catastróficas relacionadas con el dolor que sentía ante dichos procedimientos. Constantemente reportaba sentir dolor intenso en rodilla y cabeza (EVA de 10), lo que generaba síntomas de ansiedad (sudoración, agitación, taquicardia, quejas verbales y distorsiones cognitivas). Manifestó sentirse triste ante el diagnóstico de osteosarcoma y la noticia de la cirugía; presentaba fatiga e ideas relacionadas con las pérdidas que tendría que enfrentar al ser amputada.

#### Antecedentes heredo-familiares

Carga genética positiva por ambas ramas para DM2; padre con DM desde hace 14 años con tratamiento a base de insulina. Resto de los antecedentes preguntados y negados.

#### Antecedentes personales no patológicos

CAM es producto de la gesta II, madre de 22 años al momento del embarazo, éste se llevó a término sin control prenatal, refiere ingesta de hierro a partir del quinto mes de embarazo el cual culminó por parto natural. Lloró y respiró al nacer, con peso de 2400 gr, APGAR desconocido. Recibió alimentación con fórmula maternizada por 9 meses, ablactación a los 3 meses con frutas y posteriormente verduras, integrada a la dieta familiar al año de edad. Sostén cefálico a los 4 meses, sedestación a los 8 meses, bipedestación y deambulación a los 12 meses, control de esfínteres a los 3 años.

#### Antecedentes personales patológicos

Al nacimiento se realizó diagnóstico de atresia esofágica, para la cual fue trasladada a unidad del IMSS (La Raza) para corrección quirúrgica. Permaneció hospitalizada por 3 meses, egresando con tolerancia a la vía oral. Alérgica a sulfas. Quirúrgicos positivos para funduplicatura de Niessen a los 9 meses y 9 años, más corrección de hernia hiatal a esta última edad. Niega antecedentes traumáticos y transfusionales.

#### Dinámica familiar

CAM vivía con sus padres, su media hermana (18 años, hija del primer matrimonio de su madre) y su hermano menor (8 años). Existía una relación cercana con sus padres y hermano. Con su hermana había tenido una mala relación, hasta hace un par de años que empezó a realizar actividades recreativas con ella. Vivían en casa propia con dos dormitorios y servicios básicos. Su padre trabajaba como chofer de microbús y su madre

como empleada doméstica, por lo que la situación económica sólo cubría necesidades principales.

#### Apoyo social

CAM estaba inscrita en el programa de gastos catastróficos del hospital.

#### Historia escolar

CAM inició su historia escolar a los 4 años de edad, cursando un año de educación pre-escolar. Ingresó a la primaria meses antes de cumplir los 6 años de edad, y cursó todos los años de educación básica de manera continua. Comentó que tuvo un buen desempeño académico (promedio aproximado de 9), que llevaba una buena relación con maestros y algunos de sus compañeros. Durante sus estudios de secundaria había presentado un buen rendimiento académico (promedio aproximado de 8), comentaba que tenía muy buena relación con sus compañeros y maestros.

#### Historia del problema

Refirió iniciar su padecimiento aproximadamente dos meses antes al caer de su propio plano de sustentación con mecanismo de lesión tipo impacto directo sobre rodilla derecha. Inició de inmediato con dolor intenso, limitación para la deambulaci3n y aumento de volumen. Acudi3 a facultativo, quien indic3 manejo analg3sico debido a proceso inflamatorio. El aumento de volumen no cedi3; present3 adem3s limitaci3n para movilidad e imposibilidad para la deambulaci3n debido a dolor en porci3n distal de f3mur derecho, motivos por los cuales acudi3 a valoraci3n al Hospital Juárez de México.

Ingres3 al servicio de urgencias el 8 de mayo del 2008, y fue referida al servicio de ortopedia para realizar la valoraci3n correspondiente. Se inici3 tratamiento para manejo de dolor (ranitidina, ketorolaco, cefalotina, paracetamol). Despu3 de realizarle una biopsia y placa de t3rax fue transferida al servicio de oncolog3a pedi3trica al ser confirmado el diagn3stico de osteosarcoma de miembro p3lvico derecho con met3stasis a pulm3n.

Inici3 quimioterapia (manitol, cisplatino, doxorubicina, dexametasona, diacepam) el 23 de mayo. Durante su internamiento en oncopedi3trica present3 una crisis convulsiva, por lo que se solicit3 valoraci3n por parte de neurolog3a; report3 mareo intenso y cefalea previos

a la crisis y somnolencia posterior. Los neurólogos determinaron funciones mentales normales, sin piramidalismo ni reflejos patológicos. Egresó el 28 de mayo.

Reingresó al servicio de urgencias el día 2 de junio al presentar cefalea temporal de tipo pulsátil intermitente progresiva de moderada a severa, sin resolución total con antiinflamatorio y alteración en agudeza visual (visión borrosa). Se realizó nuevamente interconsulta al servicio de neurología, quienes determinaron una probable cefalea tensional. Durante su reingreso presentó neutropenia severa y faringitis, así como una probable infección de vías urinarias, por lo que se agregó manejo antibiótico. Egresó el día 10 junio y tenía programado reingreso el día 18 del mismo mes para recibir su segundo ciclo de quimioterapia.

Durante su primer internamiento en el Hospital Juárez manifestaba síntomas de ansiedad ante procedimientos médicos (agitación, sudoración, quejas verbales, ideas catastróficas). Reportaba dolor intenso en la pierna derecha, aburrimiento por la larga estancia hospitalaria y preocupación por el probable diagnóstico de tumor. Utilizaba estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción (negación) para disminuir la ansiedad que esto le generaba. Ante el diagnóstico y la noticia de la cirugía a la que sería sometida presentó síntomas depresivos (tristeza, fatiga, pérdida de interés en realizar actividades, ideas catastróficas relacionadas con las cosas que no podría hacer y lo que pensarían otras personas al verla). No obstante, manifestó su decisión de seguir el tratamiento y presentó un adecuado apego al mismo.

Al reingresar al servicio de urgencias reportaba cefalea intensa y visión borrosa. Estos síntomas se acentuaban cuando CAM se imaginaba sin su pierna (a partir de que vio a un señor amputado al llegar al hospital). Posteriormente manifestaba sentir dolor en todo el cuerpo (especialmente en cabeza y pierna derecha, con un EVA de 10); presentaba agitación, sudoración, escalofríos y quejas verbales.

Desde su primer internamiento CAM recibía mayor atención por parte de sus padres y personal de salud cuando reportaba sentir dolor intenso; esto incrementaba las quejas que ella presentaba. Comentaba que los medicamentos no funcionaban para disminuir el dolor, y que ella no podía hacer nada para controlarlo.

## Análisis funcional

ANTECEDENTES	RESPUESTAS	CONSECUENCIAS
-Presencia de médicos para procedimientos diversos -Malestar físico	<b>Cognitivas</b> -Negación -Pensamientos de incapacidad -Ideas de ser evaluada negativamente -Ideas catastróficas  <b>Fisiológicas</b> -Incremento en la intensidad del dolor -Sudoración -Agitación -Taquicardia  <b>Motoras</b> -Quejas verbales -Cambios en la rutina diaria  <b>Emocionales</b> -Inseguridad -Ansiedad -Desesperanza	El afrontamiento dirigido a la emoción (negación) produce alivio inmediato.  Recibe mayor atención y reforzamiento social de parte de padres y personal de salud.

## Examen mental

Paciente femenino de 14 años de edad, la segunda de tres hermanos, originaria del Estado de México, acompañada por sus padres. Presentaba un diagnóstico de probable osteosarcoma. Reportaba que ingresó por dolor e inflamación en rodilla derecha después de una caída; comentaba que podría ser un tumor pero prefería pensar que era otra enfermedad ya que no quería “tener eso”, y decía que no le gustaba quedarse internada por muchos días.

Al examen mental era paciente femenino de edad aparente a la cronológica, de constitución ectomórfica, con dificultades para moverse y caminar (reportaba dolor). Se presentó en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Se mostró cooperativa durante la entrevista, atenta y concentrada, orientada en TEP, con memorias conservadas, lenguaje coherente y congruente, pensamiento concreto, afecto hipotímico, con conciencia de enfermedad.

### Impresión diagnóstica psicológica

Eje I: Reacción de ajuste con síntomas ansiosos.

Eje II: Rasgos tendientes a trastorno histriónico de la personalidad.

Eje III: Osteosarcoma de miembro pélvico derecho.

Eje IV: Problemas económicos.

Eje V: 71-80.

### Objetivos de la intervención

1. Promover la aceptación del diagnóstico y tratamiento médico, así como la adherencia al mismo.
2. Favorecer la adaptación a estancia hospitalaria.
3. Facilitar la creación de estrategias de afrontamiento para manejo de dolor y ansiedad ante procedimientos médicos.
4. Preparación psicológica para la cirugía (ansiedad pre quirúrgica y manejo de duelo).
5. Creación de estrategias para adaptación a nuevo estilo de vida.

### Tratamiento propuesto

Psicoeducación enfocada al diagnóstico y tratamiento.

Entrenamiento en relajación (respiración diafragmática e imaginación guiada).

Manejo de contingencias (conductas de dolor).

Re-estructuración cognitiva (identificación de emociones, descatastrofización, generación de pensamientos alternativos)

### Efectos clínicos y de ajuste psicológico

El tratamiento propuesto se trabajó en sesiones de terapia breve durante el tiempo que CAM estuvo internada y recibiendo quimioterapia. Se realizaron registros para monitorear pensamientos, emociones y conductas, así como la realización de los ejercicios de relajación. Al finalizar el mes de intervención, CAM aceptó su diagnóstico, las opciones de tratamiento, y comenzaba a modificar algunas ideas catastróficas relacionadas con la amputación y los cambios en su estilo de vida. Continuaba presentando manifestaciones de ansiedad, aunque éstas disminuyeron en intensidad.

## **Caso 2. Rotación en el segundo año de residencia**

A continuación se presenta el caso de un paciente hematológico referido por el médico tratante para valoración, y que ejemplifica las reacciones que pueden presentarse por larga estancia hospitalaria.

### Ficha de identificación

- Nombre: NIL.
- Sexo: Femenino.
- Edad: 13 años 3 meses.
- Fecha de nacimiento: 23 de julio de 1996.
- Ocupación: Estudiante.
- Escolaridad: 4º de primaria.
- Religión: Católica.
- Originaria: Veracruz.
- Radica: Veracruz
- Dx médico: Anemia de Fanconi.
- Fecha de diagnóstico: Octubre de 2009.
- Tx médico: Danazol, ácido fólico, complejo B. Probable trasplante de médula ósea (TMO)
- Cuidador primario: Padre (ILR, 46 años) y madrastra (AOG, 50 años).
- Remitida por: Medico tratante del servicio de hematología pediátrica.

### Análisis del motivo de consulta

La paciente fue referida por el médico tratante para valoración psicológica, puesto que presentaba un probable retraso psicomotor, además de que era candidata a TMO.

### Antecedentes heredo-familiares

Madre de 39 años de edad, analfabeta, ama de casa, se desconoce su estado de salud (probable anemia). Padre de 46 años, campesino, con primaria completa, aparentemente sano. Resto de los antecedentes preguntados y negados.

### Antecedentes personales patológicos

Niega antecedentes traumáticos y alérgicos. Antecedentes transfusionales positivos (3 ocasiones antes de su ingreso al HJM).

### Antecedentes personales no patológicos

NIL es producto de la gesta 3, madre de 26 años al momento del embarazo; éste se llevó a término sin control prenatal y culminó por parto natural. Infecciones y complicaciones obstétricas negadas. NIL lloró y respiró al nacer, peso y APGAR desconocidos, amamantada durante dos años, ablactación al año siete meses. Comenzó a caminar y a hablar aproximadamente a los dos años de edad. Se desconoce información exacta sobre otras pautas de desarrollo. Cartilla de vacunación al corriente.

Habitaba en casa propia, con dos habitaciones, compartía con siete personas, zoonosis positiva (perros y gallinas), con fosa séptica a seis metros de la casa, cambio diario de ropa interior y exterior, dieta a base de tres comidas diarias (frijoles, tortilla, pollo).

### Dinámica familiar

NIL vivía con su padre, su madrastra, su abuela paterna y sus cuatro hermanos. Su madre abandonó el hogar hace cinco años, y desde entonces no había tenido contacto con ella. Existía una relación cercana con su padre y hermanos; NIL comentaba que se lleva bien con “la señora” (sic pac) quien se hacía cargo de ella y sus hermanos desde hace tres años. Su padre era el único que aportaba para los gastos de la familia, por lo que la situación económica apenas cubría necesidades básicas.

### Historia escolar

NIL inició su historia escolar a los 6 años de edad, ingresando directamente a primero de primaria. Había repetido cada año en varias ocasiones. Su padre comentaba que era porque “no aprende” y que le costaba mucho trabajo. Además, comentó que desde los 8 años aproximadamente comenzó a tener dificultades para expresarse mediante el lenguaje hablado y escrito (se comía letras, no pronunciaba bien algunas palabras). NIL reportaba llevar una buena relación con sus maestros y con algunas de sus compañeras. Anteriormente no se llevaba con otros niños en su escuela ya que se burlaban de ella.

### Historia del problema

Inició padecimiento hematológico hace tres años presentando epistaxis, mareos y cefalea. Acudió a facultativo en el estado de Veracruz, quien informó de un probable síndrome mielodisplásico y retraso psicomotriz. Se realizaron estudios por parte de los servicios de

hematología, endocrinología y neurología. Fue tratada por un hematólogo (anemia y plaquetopenia) quien la mantuvo en vigilancia hasta que fue referida al HJM en septiembre del 2009. Ingresó al servicio de urgencias pediátricas por riesgo de sangrado por plaquetopenia; posteriormente pasó a medicina interna pediátrica en donde fue valorada por pancitopenia, desnutrición y pubertad retardada. Se realizó AMO y frotis de sangre periférica, y se realizó interconsulta al servicio de hematología. Fue detectada una anemia aplásica y por características clínicas se determinó un diagnóstico de anemia de Fanconi.

Durante su estancia hospitalaria presentó epistaxis en repetidas ocasiones, por lo que se requirieron interconsultas a otorrinolaringología para realizar taponamiento de fosas nasales. Presentó una infección de vías urinarias y cursó un cuadro de neumonía nosocomial.

A su ingreso en el HJM los médicos reportaban que NIL cooperaba poco en los interrogatorios (respuestas dicotómicas), aunque permitía que le realizaran todos los procedimientos sin presentar ninguna alteración conductual. Únicamente presentó disfunción emocional (llanto fácil y gritos) en una de las intervenciones de parte del servicio de otorrino (cuando le quitaron los tapones). Ella comentaba que tuvo que ser internada porque le salía sangre, y tenía dificultad para comprender la información que los médicos proporcionaban acerca de su enfermedad. No era fácil para NIL expresar cómo se sentía, y en ocasiones se observó llanto contenido. Comentaba que se sentía triste porque no podía estar con su familia, y porque “otros niños se iban” (sic pac) mientras ella seguía en el hospital.

#### Impresión y actitud general

Impresionaba clínicamente con una inteligencia inferior, se mostró reservada durante la entrevista, de edad aparente menor a la cronológica, constitución ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño, se encontraba recostada y con movilización mínima (por indicación médica).

### Examen mental

Paciente femenino de edad aparente menor a la cronológica, se mostró reservada durante la entrevista, se encontraba en estado de alerta y atenta, con tiempos de reacción retardados, y dificultad para concentrarse. Orientada en TEP, con memorias conservadas, alteraciones en marcha y movimiento no valorables. No había alteraciones sensoriales. Presentaba un lenguaje poco fluido, aunque lógico y coherente. Tenía un pensamiento concreto, estrategias de afrontamiento pasivas, afecto hipotímico y poca conciencia de enfermedad.

### Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos

Se aplicó:

- Valoración clínica.
- Entrevista inicial.
- Valoración psicométrica con el Test Guestáltico Visomotor de Bender y la Escala de Inteligencia Revisada para el Nivel Escolar WISC-R (nivel de maduración equivalente a 8 años de edad, CI 55)

### Análisis y descripción de las conductas problema

<b>Conductas problema</b>	<b>Variables biológicas</b>	<b>Variables familiares</b>	<b>Tratamientos hematológicos</b>
Dificultad para comprender información con respecto a la enfermedad.	Anemia de Fanconi	Abandono materno.	Danazol, ácido fólico, complejo B, transfusiones.
Dificultad para expresar emociones.	Retraso mental		
Aburrimiento por larga estancia hospitalaria.			

### Problemática actual

La paciente reportaba sentirse aburrida por su larga estancia hospitalaria, además de que no le gustaba el hecho de no poderse mover mucho. Quería irse a su casa, ya que

comentaba que extrañaba a sus hermanos y se sentía triste porque no los podía ver. Reportaba también sentirse asustada cuando presentaba sangrados y cuando observaba que otros niños en la sala “se ponían mal” (sic pac).

#### Diagnóstico DSM-IV

Eje I: Reacción de ajuste.

Eje II: Retraso mental moderado.

Eje III: Anemia de Fanconi.

Eje IV: Problemas relativos a grupo primario de apoyo, problemas económicos.

Eje V: 51 – 60.

#### Selección y aplicación de los tratamientos

<b>Psicooncología</b>
Dificultad para comprender información respecto a la enfermedad y el tratamiento <ul style="list-style-type: none"><li>- Psicoeducación</li></ul>
Expresión emocional <ul style="list-style-type: none"><li>- Identificación de emociones.</li><li>- Validación.</li><li>- Contención.</li></ul>
Adaptación a estancia hospitalaria <ul style="list-style-type: none"><li>- Distracción</li><li>- Terapia lúdica</li><li>- Manejo de contingencias</li><li>- Desarrollo de medios alternativos para contactar a su familia</li></ul>

#### Efectos clínicos y de ajuste psicológico

Durante dos meses se realizaron sesiones continuas de terapia breve con apoyo lúdico. NIL aprendió a identificar y expresar emociones básicas (miedo, tristeza, alegría, enojo); se manejaron conceptos concretos para ayudarla a comprender su enfermedad y los cuidados que debía tener. NIL continuó cooperando con los médicos y siguiendo su tratamiento adecuadamente.

## REFERENCIAS

Alderete, C. (2006). *Detección de necesidades de apoyo psicológico en padres de niños con cáncer*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: Universidad Intercontinental.

Aldridge, A. & Roesch, S. (2007). Coping and Adjustment in Children with Cancer: A Meta-Analytic Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 30(2), 115-129.

Alpuche Ramírez, V., Ramos del Río, B., Rojas Russell, M. y Figueroa López, C. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una Muestra de Cuidadores Primarios Informales. *Psicología y Salud*, 18(2), 237-245.

Álvarez, A. (2003). *Propuesta de un manual para padres de niños con cáncer*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: Universidad Intercontinental.

Baider, L., Cooper, C. & Kaplan, A. (2000). *Cancer and the Family*. Estados Unidos: Wiley and Sons.

Barracough, J. (1999). *Cancer and Emotion*. Estados Unidos: Wiley and Sons.

Buceta, J. y Bueno, A. (1993). *Modificación de conducta y salud*. Madrid: Eudema.

Burton, M. & Watson, M. (1998). *Counseling People with Cancer*. Estados Unidos: Wiley and Sons.

Casciato, D. (1990). *Manual de Oncología Clínica*. México: Salvat.

Dadds, M.R. & Barrett, P.M (1996). Family processes in child and adolescent anxiety and depression. *Behaviour Change*, 13, 231-239.

- Durá Ferrandis, E., Andreu Vaillo, Y., Galdón Garrido, M., Hernández López, S. y López Soler, C. (2008). General distress, posttraumatic stress symptoms, and coping strategies in parents of children with cancer. *Temas en Psicología*, 16(1), 47-61.
- Eiser, C., Stride, C. & Eiser, R. (2005). Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their mothers. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 29.
- Eniola, M. (2007). The Effects of Stress Inoculation Training on the Anxiety and Academic Performance of Adolescents with Visual Impairment. *Pakistan Journal of Social Sciences*, 4(4), 496-499.
- Epping-Jordan, J. (2004). Research to Practice: International Dissemination of Evidence-Based Behavioral Medicine. *Annals of Behavioral Medicine*, 28(2), 81-87.
- Falzon, L. & Trudeau, K. (2007). Developing a database of behavioral medicine interventions. *Health Information and Libraries Journal*, 24, 257-266.
- Fuemmeler, B., Mullins, L. & Carpentier, M. (2005). Posttraumatic stress symptoms and distress among parents of children with cancer. *Children's Health Care*, 34(4), 289-303.
- Gálvez, A., Méndez, J. y Martínez, C. (2005) Preparación psicológica basada en la información: manejo de la ansiedad en pediatría oncológica. *Acta Pediátrica de México*, 26(1), 35-43.
- Ginsburg, G.S., Siqueland, L., Masia-Warner, C. & Hedtke, K.A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 28-43.
- Goldbeck, L. (2001). Parental coping with the diagnosis of childhood cancer: gender effects, dissimilarity within couples, and quality of life. *Psycho Oncology*, 10(4), 325-335.

- González Ramírez, M. y Landero Hernández, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206.
- Grau, C. (1993). *La Integración Escolar del Niño con Neoplasias*. Barcelona: Ceac.
- Hoekstra-Weebers, J., Heuvel, F., Jaspers, J., Kamps, W. & Klip, E. (1998). Brief Report: An Intervention Program for Parents of Pediatric Cancer Patients: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(3), 207-214.
- Hoekstra-Weebers, J., Jaspers, J., Kamps, W. & Klip, E. (2001). Psychological Adpatation and Social Support of Parents of Pediatric Cancer Patients: A Prospective Longitudinal Study. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(4), 225-235.
- Holland, J. (1998). *Psycho-Oncology*. Nueva York: Oxford University Press.
- Hudson, J.L.& Rapee, R.M. (2002). Parent-child interactions in clinically anxious children and their siblings. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 548-555.
- Huerta, R. (2003). *Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Jurado, S., Villegas, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 345-357.
- Jurbergs, N., Long, A., Ticona, L. & Phipps, S. (2009). Symptoms of Posttraumatic Stress in Parents of Children with Cancer: Are they Elevated Relative to Parents of Healthy Children? *Journal of Pediatric Psychology*, 34(1), 4- 13.

- Kazak, A., Simms, S., Alderfer, M., Rourke, M., Crump, T., McClure, K., Jones, P., Rodríguez, A., Boeving, A., Hwang, W. & Reilly, A. (2005). Feasibility and Preliminary Outcomes from a Pilot Study of a Brief Psychological Intervention for Families of Children Newly Diagnosed with Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8), 644-655.
- Kirmayer, L.J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: Implications for diagnosis and treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 22-28.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1977). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Luis, T.M., Varela, R.E & Moore, K. (2008). Parenting practices and childhood anxiety reporting: A comparison of Mexican, Mexican American, and European American Youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1011-1020.
- Marsella, A.J. (1988). Cross-cultural research on severe mental disorders: Issues and findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 78, 7-22.
- Marteau, T., Dieppe, P., Foy, R., Kinmonth, A. & Schneiderman, N. (2006). Behavioural medicine: changing our behavior. *British Medical Journal*, 332, 437-438.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training*. USA: Pergamon Press.
- Méndez, J., Orgiles, M., López-Raig, S. y Espada, J. (2004). Atención psicológica en el cáncer infantil. *Psicooncología*, 1(1), 139-154.
- Moore, K. & Altmaier, E. (1981). Stress Inoculation Training for Cancer Patients. *Cancer Nursing*, 4(5), 389-394.

- Moore, P.S., Whaley, S.E. & Sigman, M. (2004). Interactions between mothers and children: Impact of maternal and child anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 471-476.
- Oros, L. y Vogel, G. (2005). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. *Enfoques*, XVII, 001, 85-101.
- Ramírez, A. (2001). *Indicadores Psicológicos del Niño con Cáncer*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: Universidad Intercontinental.
- Rapee, R.M. (1997). Potential role of childrearing practices in the development of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 17, 47-67.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: Un Enfoque Conductual*. México: Manual Moderno.
- Rivera, L. (1994). *Diagnóstico del Niño con Cáncer*. Madrid: Mirror de España.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S. y Páez, F. (2001). Versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: Propiedades Psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 211-217.
- Sahler, O., Phipps, S., Mulhern, R., Noll, R., Varni, J., Fairclough, D., Dolgin, M., Katz, E. & Copeland, D. (2005). Using Problem-Solving Skills Training to Reduce Negative Affectivity in Mothers of Children with New Diagnosed Cancer: Report of a Multisite Randomized Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 272- 283.
- Saunders, T. Driskel, J., Johnston, J. & Salas, E. (1996). The Effect of Stress Inoculation Training on Anxiety and Performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(2), 170-186.
- Sloper, P. (2000). Predictors of distress in parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(2), 79-91.

Soothill, K. y Morris, S. (2001). Informal carers of cancer patients: what are their unmet psychosocial needs? *Health & Social Care in the Community*, 9(6), 464- 475.

Streisand, R., Kazak, A. & Tercyak, K. (2003). Pediatric specific parenting stress and family functioning in parents of children treated for cancer. *Children's Health Care*, 32(4), 245-256.

Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGraw Hill.

Timmons, P., Oehlert, M. & Sumerall, S. (1997). Stress Inoculation Training for Maladaptive Anger: Comparison of Group Counseling versus Computer Guidance. *Computers in Human Behavior*, 13(1), 51-64.

United States Census Bureau. (2009). *Statistical abstract of the United States* (128<sup>th</sup> ed.). Retrieved February 16, 2010, from <http://www.census.gov/compendia/statab/>.

United States Department of Mental Health and Human Services. (2001). *Mental health: Culture, race and ethnicity- a supplement to mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Office of the Surgeon General.

Valencia, A., Flores, A. y Sánchez, J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 32, 178-198.

Varela, R.E. & Hensley-Maloney, L. (2009). The Influence of Culture on Anxiety in Latino Youth: A Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 135-149.

Varela, R.E., Sánchez-Sosa, J.J., Biggs, B.K & Luis, T.M. (2009). Parenting strategies and socio-cultural influences in childhood anxiety: Mexican, Latin American descent, and European American families. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 609-616.

Velasco, M. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del Enfermo Crónico y su Familia*. México: Manual Moderno.

Weiss, D.D. & Last, C.G. (2001). Developmental variations in the prevalence and manifestation of anxiety disorders. In M.W. Vasey and M.R. Dadds (Eds.) *The developmental psychopathology of anxiety*. (pp. 27-42). New York: Oxford University Press.

Wood, J.J., McLeod, B.D., Sigman, M. Hwang, W. & Chu, B.C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 134-151.