



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

**ESTUDIO DE CASO: EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN
COGNITIVO CONDUCTUAL EN UNA PACIENTE CON
SINDROME DE PARKES WEBER**

INFORME DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

EVA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

DIRECTOR DEL INFORME: DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ

COMITÉ TUTORIAL: DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MÉXICO

ABRIL 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, porque las mejores experiencias de mi vida han estado vinculadas a esta institución.

A la Dra. Gabina Villagrán Vázquez, por su interés en mí, no sólo como estudiante, sino como persona, que me ayudo a crecer y me dio confianza, cuando más lo necesitaba.

Al Dr. Juan José Sánchez Sosa, por su guía a lo largo de la Maestría, por su tiempo, apoyo, enseñanzas y consejos no sólo para la elaboración de este trabajo sino durante el proceso de ingreso al Doctorado.

Al Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, a mi comité tutorial y a todos mis maestros.

Al Dr. Roberto González Guzmán, por su apoyo durante el año de residencia en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Al Dr. Miguel Monroy, por confiar en mi ocasión tras ocasión.

Al Dr. Jorge Alberto Ruíz Vázquez (Jo), por tus correcciones, comentarios y sugerencias que me ayudaron a mejorar este trabajo. Creo que nunca te he dicho cuanto aprecio todo el apoyo que me brindaste durante el proceso para ingresar al Doctorado, gracias por compartir tu experiencia conmigo y sobre todo, por tu amistad.

A Ángeles García: mi querida Gelu, gracias por tu amistad y por ser parte de mi vida, por las risas, por desear siempre lo mejor para mí, y por estar siempre a una llamada de distancia.

A Daniel Araiza: nuestra amistad ya cumplió la mayoría de edad, compartimos muchas experiencias, siempre esperando vivir cosas mejores que las del año pasado, y ahora que la vida se ha encargado de llevarnos a cada uno por su rumbo, te extraño, pero sé que cuento contigo.

A Dante Useda: Siempre serás especial, no te alejes tanto.

A David González: Papá gracias por seguir conmigo, ha sido muy divertido ser su hija, así que espero que siga por aquí varios años.

A María Elena Rodríguez: Mamá, aunque no siempre sepa lo que hago (y me pregunte por qué no estudié enfermería), gracias por quererme tanto y darme una familia maravillosa.

A mis hermanos: David, Mundo, José, Esther, Carmen, Lulú y Joel, gracias por existir y contribuir cada uno a que mi vida sea mejor y más completa. Los quiero mucho.

Alejandra, Ariadna, David, Omar, Abril, Alejandro, Andrés y Carlos: Chicas y chicos, son muy importantes en mi vida y creo que el mundo es un lugar mejor porque ustedes existen, gracias por quererme aunque no les dé domingo.

Chelo, Pilar, Vane y Alicia: Gracias por su amistad, cada una me ha brindado en algún momento su apoyo de diferentes formas, y tienen un lugar especial en mi corazón.

Maestro Alberto Seyler Mancilla:

No tengo palabras que expresen todo lo que significas para mi, desde que te conocí se acabó la vida que conocía y todo este tiempo ha sido de aprendizaje, me hiciste despegar los pies del suelo, gracias por tu generosidad, por compartir tu amor por la vida, por la Universidad, por enseñarme que invariablemente, vale más la acción que las palabras: por mis primeros 5, 10, 21 y próximamente 42 km., jamás pensé pisar un ring! ni estar a 5200 msnm. Gracias por hacerlo posible.

A veces todavía se me hace increíble todo lo que hemos compartido, creo que nunca había llorado de emoción hasta que te conocí, has sido un excelente entrenador, sin importar las condiciones, siempre logras hacerme dar un paso más. Nunca pierdas tu capacidad de asombro, que es una de las cosas que te hacen extraordinario y nunca dejes de retarme Negro. Te quiero mucho.

P.D. Gracias por presentarme a Jo!

Tabla de Contenido

Introducción.....	I
Medicina conductual.....	1
Enfermedades crónico degenerativas.....	6
Aspectos psicológicos de las enfermedades crónico degenerativas.....	9
Estudio de caso: Efecto de una intervención cognitivo conductual en una paciente con Síndrome de Parkes Weber	
El Síndrome de Parkes Weber.....	17
Prevalencia e incidencia.....	18
Aspectos psicológicos del Síndrome de Parkes Weber.....	21
Intervenciones psicológicas en pacientes con problemas clínicos o de salud.....	22
Formulación de caso	
Identificación del paciente.....	29
Análisis del motivo de consulta.....	30
Historia del problema.....	30
Evaluación inicial.....	33

Análisis y descripción de las conductas problema.....	34
Establecimientos de las metas de tratamiento.....	35
Objetivos terapéuticos.....	35
Selección del tratamiento.....	36
Aplicación del tratamiento.....	39
Resultados.....	43
Discusión.....	45
Referencias.....	49

ANEXO 1

Primer año de Residencia: Hospital General de Atizapán. Servicio de Medicina Interna.....	61
---	----

ANEXO 2

Segundo año de Residencia: Instituto Nacional de Rehabilitación. Servicio de Tumores Óseos.....	74
---	----

ANEXO 3

Registro Diario de pensamientos.....	92
--------------------------------------	----

ANEXO 4

Registro de Actividades Diarias.....	93
--------------------------------------	----

Introducción

Las enfermedades crónicas son trastornos orgánico-funcionales que persisten durante largo tiempo y obligan a la modificación en el modo de vida del paciente. Una enfermedad crónica es también degenerativa cuando la función o la estructura de los tejidos u órganos afectados empeoran con el transcurso del tiempo (Beneit, 1992).

Las enfermedades crónico degenerativas representan un importante problema de salud pública en México debido a su creciente prevalencia e incidencia, además de que se han posicionado como las principales causas de muerte. La atención que requieren estos padecimientos genera un enorme gasto económico en servicios de salud, ocasionan sufrimiento y deterioro en la calidad de vida de quien las padece y sus familiares. Este cambio del perfil epidemiológico está asociado a factores como el control eficaz de algunas enfermedades infecciosas, cambios en los estilos de vida y al envejecimiento de la población (Urbina, 2004).

Este problema de salud requiere un abordaje interdisciplinario; las enfermedades crónicas implican el seguimiento de tratamientos médicos prolongados y complejos que conllevan un elevado requisito de respuesta para pacientes y familiares, no sólo respecto a la toma de medicamentos, sino también en modificaciones mayores en estilos de vida y conductas de riesgo (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003).

Las reacciones emocionales y el estilo de afrontamiento que cada paciente adopta ante su padecimiento, así como la presencia o ausencia de apoyo social, pueden tener efectos definitorios sobre el control de la enfermedad o la recuperación de la salud y sobre el nivel de sufrimiento y disfunción que genera (Sánchez Sosa, 2002). Estos factores además afectan la adhesión terapéutica y, por tanto, la efectividad de los tratamientos médicos.

La adhesión a los tratamientos médicos es factor crucial para el manejo y control de las enfermedades crónicas, dado que permite atenuar las posibles complicaciones médicas y los gastos en servicios de salud (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003).

A lo largo del proceso de enfermedad, desde el diagnóstico, tratamiento, complicaciones y altibajos propios de cada padecimiento, es frecuente la aparición de emociones negativas como depresión, ansiedad, miedo o enojo, por mencionar algunas (Sánchez Sosa, 2002). Estas emociones negativas pueden generar sufrimiento adicional e interferir con factores tales como la adhesión terapéutica, lo que tiene como consecuencia poco control de la enfermedad y complicaciones a corto plazo, que invariablemente se reflejarán en el deterioro acelerado del paciente. Las emociones negativas, asociadas a una enfermedad y al mal manejo del estrés, son variables que requieren atención e intervención, para evitar que interfieran con el control de la enfermedad y el paciente pueda afrontarla de forma adaptativa (Repetti, Taylor & Seeman, 2002).

Durante la Residencia de la Maestría en Medicina Conductual se tuvo la oportunidad de trabajar con pacientes crónico degenerativos, con quienes se realizaron intervenciones cognitivo conductuales para mejorar aspectos referentes a la adhesión al tratamiento médico y diversos estados emocionales asociados a los diferentes padecimientos.

El presente informe tiene la finalidad de comunicar las actividades realizadas en el Hospital General de Atizapán y en el Instituto Nacional de Rehabilitación, sedes de la Residencia en Medicina Conductual de la Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En primer lugar se presenta el estudio de caso de uno de los pacientes tratados en el Instituto Nacional de Rehabilitación, en el que se evalúan los efectos de una intervención cognitivo conductual en una paciente con Síndrome de Parkes Weber.

Posteriormente, se presenta la descripción de las actividades académicas y clínicas realizadas en ambas sedes, así como el recuento de pacientes atendidos y sus características, a fin de resaltar las habilidades y conocimientos adquiridos en el transcurso de la residencia.

Medicina Conductual

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición incluye un componente subjetivo importante que se debe tener en cuenta en las evaluaciones de los riesgos para la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2009).

El modelo médico tradicional se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades basándose en su estructura biológica, funcionamiento o fisiopatología (Paharia, 2008). Sin embargo, el modelo de cuidado de la salud se ha ido modificando para incluir, además de la prolongación de los años de vida o sobrevida de un paciente, el bienestar o calidad de vida relacionada a la salud, que se refiere a las consecuencias de una enfermedad o un tratamiento sobre el bienestar físico, emocional y social de una persona (Esteve & Roca, 1997).

El modelo biopsicosocial -que por sus características se ha convertido en el modelo predominante en psicología de la salud-, como una crítica al enfoque centrado en factores biológicos. Engel explica la salud de forma multifactorial, estableciendo influencias recíprocas entre factores, incluyendo efectos directos e indirectos de componentes biológicos, psicológicos y sociales sobre la salud (Engel, 1980).

De acuerdo con este modelo, los sistemas de salud deben considerar el continuo de factores biológicos, psicológicos y sociales, al momento del diagnóstico y establecimiento del tratamiento, a fin de manejar efectivamente el proceso de salud-enfermedad en una persona, desde el inicio, curso de la enfermedad y recuperación o rehabilitación del individuo (Alfonso, 2003; Sánchez Sosa, 2002).

Recientemente ha aumentado de forma importante la aplicación de teorías y metodologías psicológicas en el campo de la salud. Cada vez más publicaciones abordan aproximaciones integrales de la aplicación de la psicología, como la Medicina Conductual, o la psicología de la salud (Urbina, 2004).

Así, la Medicina Conductual se define como el campo interdisciplinario que integra el conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales, con la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual para evaluar, tratar, rehabilitar y prevenir enfermedades físicas, así como resolver problemas de salud (Schwartz & Weiss, 1978). Este campo se ha dirigido en gran medida a la atención de pacientes con enfermedades crónicas, utilizando técnicas de modificación cognitivo conductual, que implican entrenar al paciente para la adquisición de habilidades que le permitan aprender a vivir o estar mejor con su padecimiento y evitar deterioros psicológicos y conductuales, a fin de mejorar su calidad de vida.

En Medicina Conductual se realizan intervenciones que actúan mediante la modificación de uno o más componentes de la conducta

humana. Los tres más importantes y mejor investigados incluyen emoción, cognición y conducta. Estos componentes contribuyen de forma individual a cambios específicos en el contexto de salud y enfermedad, pero también actúan en conjunto, afectándose entre sí todo el tiempo a lo largo de nuestra vida (Sánchez-Sosa, 2002).

Las emociones constan al menos de dos aspectos principales: el primero, la expresión interpersonal o social de emociones o sentimientos tales como el miedo, enojo, pena, placer, tristeza, rabia, alegría o alarma, y que usualmente involucra cambios faciales o posturas corporales, además de expresiones verbales. Estas, como otras interacciones conductuales, están determinadas por la cultura en el sentido de que usualmente son aprendidas en la niñez y adolescencia y por lo tanto tienden a ser social y culturalmente consistentes con la emoción expresada; segundo, las emociones también involucran cambios y reacciones psicológicas bien conocidas. Por ejemplo, el miedo y la ansiedad están asociados con presión arterial y ritmo cardiaco elevados, entre otros.

Existen al menos dos formas en las que las emociones juegan un papel importante en la preservación, pérdida o recuperación de la salud. Por un lado, los periodos frecuentes o sostenidos de determinadas emociones pueden interactuar con la fisiología y llevar a estados de debilidad. El estrés o ansiedad sostenidos, por ejemplo, pueden provocar que el cuerpo deseche nutrientes necesarios para su protección, o modificar la secreción de hormonas afectando la habilidad del cuerpo para protegerse contra enfermedades. Por otro

lado, las emociones pueden influir en la conducta, al interferir con acciones que de otra forma tal se emprenderían para evitar enfermarse o para recuperar la salud.

Las cogniciones son otro elemento clave que contribuye a la posición que se tenga dentro del continuo salud-enfermedad. Hay al menos dos formas en las que las ideas, creencias y convicciones personales pueden acercarse a la enfermedad o proteger de ella. Una ocurre cuando las cogniciones afectan a la conducta (lo que se hace). Entonces, cuando se tiene una creencia respecto a algo que puede afectar a la salud, se tiende a actuar de acuerdo a eso, adoptando conductas de riesgo o de protección a la salud.

El tercer factor psicológico es la conducta. La conducta comprende toda actividad que sirve como instrumento para afectar el ambiente (interno o externo) y que conduce a consecuencias relativamente específicas. La conducta instrumental opera en el ambiente y produce resultados que, adicionalmente, afectarán las oportunidades de actuar de la misma manera en el futuro.

Los tres componentes están siempre funcionando y actuando en conjunto, y tienden a afectarse entre sí (Sánchez-Sosa, 2002).

Analizando las principales causas de muerte de los últimos años en nuestro país, se observa que las enfermedades que ocupan los primeros lugares involucran en gran medida al comportamiento humano, pues están vinculadas con estilos de vida y conductas no saludables. En México existe un perfil epidemiológico que combina enfermedades asociadas a la pobreza extrema (desnutrición,

infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas, entre otras), con padecimientos propios de países desarrollados y que se relacionan con estilos de vida que favorecen una mayor incidencia de enfermedades crónico-degenerativas, como son la diabetes, hipertensión, y las enfermedades cardiovasculares, entre otras (Urbina, 2004),

Con lo anterior, se pone de manifiesto la importancia de la prevención para el mantenimiento de la salud, siendo la conducta humana un elemento crucial. Los estilos de vida y comportamiento, no sólo se relacionan con la etiología y patogénesis de la enfermedad, también es posible adoptar estilos de vida que prevengan la enfermedad, mantengan y promuevan la buena salud.

La intervención con sujetos desde la perspectiva de la Medicina Conductual tiene como marco de referencia los tres niveles de prevención (Clarke & Meiris, 2006):

- Primario, antes de que se presente la enfermedad, empleando técnicas para evitar los factores de riesgo incluyendo cambios en estilos de vida como perder peso o dejar de fumar. Programas de educación a los pacientes para fomentar su calidad de vida.
- Secundario, involucra la detección temprana y tratamiento de la enfermedad antes de que se manifieste en todo su esplendor. Visitas programadas con el médico. Revisiones periódicas como la mamografía o el papanicolau, que facilitan la adhesión del paciente a los tratamientos médicos, modificando su

comportamiento, proporcionando al paciente habilidades de afrontamiento ante su padecimiento.

- Terciario, prevenir la recurrencia o progreso de una enfermedad manifiesta por ejemplo la aplicación de quimioterapia para evitar que se propague el cáncer o dejar de fumar para pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, evitando factores de riesgo que complicarían la rehabilitación, elevando la calidad de vida, modificando los hábitos que podrían producir mayor deterioro, favorecer la independencia y la readaptación.

En todos los niveles, la conducta humana con sus componentes emocionales, cognitivo e instrumental, juega un papel importante en el área del mantenimiento de la salud.

En México la Medicina Conductual se ha enfocado en gran medida a las enfermedades crónico degenerativas debido al aumento alarmante de este tipo de padecimientos y como un instrumento efectivo para coadyuvar en el mejoramiento de las condiciones para los pacientes y la disminución de los costos económicos para las instituciones de salud (Reynoso & Seligson, 2005).

Enfermedades crónico degenerativas

Beneit (1992), define la enfermedad crónica como un trastorno orgánico-funcional que obliga a una modificación en el modo de vida de quien la padece y que persiste por largo tiempo. Este tipo de enfermedad implica una o más desviaciones de una estructura y funcionamiento normal de forma permanente, se acompañan de

discapacidad residual, cuyo grado depende del padecimiento específico. Las enfermedades crónicas no pueden prevenirse mediante vacunas, y no pueden curarse con tratamiento médico (Paharia, 2008).

La característica principal de la enfermedad crónica es que no es curable y sólo puede controlarse, por lo que debe incorporarse dentro del estilo de vida de una persona. No se caracterizan por la remisión, aunque pueden tener periodos en que los síntomas sean más o menos graves, además de que su progreso varía entre individuos.

Las enfermedades crónicas son causa creciente de mortalidad a nivel mundial. Antes del siglo XX la mayoría de la gente moría de infecciones agudas y la expectativa de vida era demasiado corta como para desarrollar una enfermedad crónica. Actualmente, aunque la expectativa de vida es mayor, también tenemos una mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad crónica.

Múltiples factores han contribuido al incremento de los padecimientos crónicos, como son el tabaquismo, la obesidad, los estilos de vida sedentarios, hábitos dietéticos defectuosos, las porciones de alimento cada vez más grandes, una mayor expectativa de vida, la contaminación y la proliferación de las industrias de comida rápida, entre otros, por lo que estos padecimientos se han convertido, con mucho, en las principales causas de daño a la salud pública de México: enfermedades del corazón, diabetes mellitus, y cáncer (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI],2008). El porcentaje de este tipo de enfermedades se ha incrementado en 70 años, de 8% a 34%, y se estima que para el año

2030, éstas representen más de la mitad de las causas de muerte. Siendo el Distrito Federal donde se concentra la mayor cantidad de población, así como los mejores servicios de salud, se observa mayor incidencia de estos padecimientos (Secretaria de Salud, 2007).

A nivel mundial, 60% de todos los decesos que ocurrieron en 2005 fueron debidos a enfermedades crónicas (enfermedades coronarias, infartos, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, y diabetes), de los cuales 80% ocurrieron en países subdesarrollados (World Health Organization [WHO], 2006).

Aunque el aumento de este tipo de enfermedades es resultado de la interacción entre factores genéticos, conductuales y ambientales, la velocidad con que han proliferado las enfermedades crónicas sugiere que tal vez los factores conductuales y ambientales han sido más determinantes que los biológicos (Paharia, 2008).

El creciente número de padecimientos crónicos a nivel mundial a obligado a la transformación en el cuidado tradicional de la salud para las personas con enfermedades crónicas, pues es una población que requiere de adaptaciones y modificaciones en su estilo de vida, ha pasado de un modelo curativo, a un modelo de cuidado médico (Kaplan, 2002).

Aspectos psicológicos de las enfermedades crónico degenerativas

En toda enfermedad existen estados emocionales, comportamientos y valoraciones relacionadas con las limitaciones, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y con el pronóstico e impacto que todo esto tiene para la vida futura.

El diagnóstico de una enfermedad crónica cambia la forma como la persona se ve a sí misma y a su vida, representa una situación de crisis que conduce a estados de angustia y reorganización de los recursos psicológicos de la persona que la padece y quienes le rodean, en un intento de restablecer un nuevo equilibrio. Implica múltiples esfuerzos por parte del paciente, su familia y el personal de salud, para el manejo de los efectos negativos que la enfermedad pueda tener en la calidad de vida (Pérez, 1999).

Estudios realizados con pacientes crónicos revelan que al inicio, existe una gran necesidad de información y de búsqueda de elementos cognitivos relevantes para hacerse una correcta representación de su enfermedad y su tratamiento (Otero & Verdes, 1990). Se conforman en esta etapa la actitud hacia la enfermedad, y el estilo de enfrentamiento.

En el proceso de enfermedad, van implícitas ciertas condiciones propias de este estado tales como: larga duración, periodos de ausencia de síntomas y variaciones periódicas de las manifestaciones clínicas, de modo que quienes la padecen y sus allegados presentan alteraciones emocionales, que se originan en la falta de comprensión de la

naturaleza de la enfermedad y los procedimientos que implica. Este desconocimiento genera en el paciente y sus familiares incertidumbre y frustración, es frecuente la aparición de emociones negativas tales como depresión, ansiedad, miedo, enojo, entre otras. Lo cual repercute seriamente en la capacidad que tengan para asimilar y superar las dificultades que puedan presentarse en el transcurso de la enfermedad, y puede interferir con la adhesión terapéutica, lo que tiene como consecuencia poco control de la enfermedad y aparición de complicaciones a corto plazo. Las emociones negativas asociadas a la enfermedad médica y un manejo defectuoso del estrés son variables importantes que se deben atender para que no interfieran con el control de la enfermedad y el paciente pueda afrontarla de manera adecuada (Cohen, 1979).

Muchos de los factores desencadenantes de alteraciones emocionales son inherentes a la atmósfera hospitalaria, por lo que muchas veces se tiende a pasarlos por alto, es responsabilidad del profesional de la salud, concretamente del psicólogo, detectarlos y estudiarlos para así ofrecer una atención más efectiva al paciente y su familia. La interacción del personal sanitario con el paciente influye sobre el proceso de adaptación y en el progreso del padecimiento, pues diversos estudios han demostrado que las respuestas para enfrentar los procedimientos médicos estresantes pueden determinar considerablemente el curso de enfermedad y recuperación. De manera que si el paciente es capaz de reducir las respuestas internas de estrés, cualquier intervención será más fácil para el médico y para el paciente,

siendo posible reducir la cantidad de dolor, el daño de tejido y la pérdida de resistencia física (Moix, 1990; Ortega, Mercado, Reidl & Estrada, 2005).

Ya ha sido comentada la importancia que ha ido adquiriendo la psicología en el área de la salud, el psicólogo ha buscado tener una mayor participación y comunicación con aquellas disciplinas relacionadas con el cuidado de la salud, adaptando las intervenciones a las demandas específicas de este sector.

Cuando se desarrolla una enfermedad crónica, el paciente necesita realizar una serie de ajustes cognitivos que le permitan un mejor desempeño acorde a su condición de enfermedad. Necesita aprender nueva información que le permita entender la enfermedad, como son signos, síntomas y tratamiento. Requiere además, de ajustes en sus sistemas de creencias, aprender habilidades de afrontamiento y efectuar cambios en conductas específicas. Es fundamental considerar esas necesidades específicas del paciente y de su familia respecto al tratamiento y proceso de enfermedad, cómo afrontaran los retos y cambios en su estilo de vida, independencia y expectativas a futuro.

El tratamiento psicológico del paciente con enfermedad crónica degenerativa debe ser personalizado, se diseña tomando en cuenta las características específicas y personales de cada paciente, observando su historia de vida, religión, raza, etnia, orientación sexual, nivel socioeconómico, escolaridad, lugar de origen y residencia, entre otros. Una vez que se han considerado estos aspectos hay que evaluar cómo afectan en conjunto para: la predisposición hacia algún tipo de

enfermedad; acceso a los servicios de salud y uso de los mismos; interés o grado de involucramiento respecto al tratamiento; aceptación y seguimiento (Whitfield, Weidner, Clark, & Anderson, 2003).

Las habilidades cognitivas del paciente van a influir directamente en la forma en que comprenda o interprete la evolución de su enfermedad, régimen de tratamiento y las actividades de autocuidado. Hay padecimientos y tratamientos más difíciles de entender y dominar que otros, lo que puede representar mayores dificultades para alguien con menos habilidades cognitivas. Por lo que se debe proporcionar al paciente psicoeducación en un lenguaje apropiado y adecuado a sus habilidades.

Las enfermedades crónicas pueden representar un impedimento para la realización de determinadas actividades o el logro de metas, constituyen un cambio drástico para múltiples aspectos de la vida cotidiana de los pacientes. Las investigaciones en el campo de la psicología han mostrado que el diagnóstico, la sintomatología y los estrictos regímenes de tratamiento de las enfermedades crónicas pueden ser fuente de estrés psicológico sostenido (Macrodirmitis & Endler, 2000).

Muchas de las enfermedades crónicas requieren un enfoque de autocontrol para regular el curso e impacto de los problemas y síntomas de los pacientes, dentro de este proceso de ajuste a la enfermedad. Se ha propuesto que las evaluaciones que un individuo haga de su condición como controlable o incontrolable pueden influir sobre la estrategia de afrontamiento elegida, la cual emplean para

manejar o reducir una experiencia estresante (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts, 1999; Taylor, Lichtman, & Wood, 1984).

El estrés es un proceso en el que las demandas ambientales exceden la capacidad adaptativa de un organismo, produciendo diversos cambios psicológicos y biológicos que están objetivamente asociados con demandas adaptativas (Cohen, Kessler & Underwood, 1997). También se ha definido el estrés como, cualquier demanda o amenaza que desafía seriamente las habilidades adaptativas del individuo (Lazarus & Folkman, 1991).

La perspectiva psicológica de los modelos de estudio del estrés enfatiza la percepción y evaluación del organismo de daños potenciales provocados por experiencias ambientales objetivas, cuando las demandas ambientales son percibidas como que exceden las habilidades de afrontamiento. Si los estresores están presentes durante periodos prolongados de tiempo, aparecen alteraciones en los sistemas inmunológico y neuroendocrino, lo que provoca una pérdida de equilibrio y conduce a una mayor vulnerabilidad a las enfermedades (Pavón, Hernández, Loria & Sandoval, 2004).

Se han propuesto diferentes modelos de estrés, uno de ellos es el Síndrome General de Adaptación, el cual está compuesto por tres etapas:

1. Reacción de alarma, que representa la preparación para la resistencia.
2. Fase de resistencia, que involucra los mecanismos de afrontamiento y de adaptación.

3. Fase de agotamiento, se presenta cuando no hay éxito en el afrontamiento, declinando el nivel de resistencia (Selye, 1956).

Otro modelo describe el desarrollo del estrés en tres procesos:

- Evaluación primaria; cuando se percibe una situación como amenaza.
- Evaluación secundaria; la elaboración de un plan o estrategia para responder a la amenaza.
- Afrontamiento; llevar a cabo el plan trazado (Lazarus, 1966).

El afrontamiento se refiere a las estrategias conductuales e instrumentales que se adoptan ante una amenaza, la conducta que presenta un individuo como resultado de los límites psicológicos y fisiológicos tolerables, que se manifiesta de forma emocional después de un evento estresante como respuestas internas y externas, desarrollando nuevas capacidades para cambiar el medio ambiente y su relación con él (Kaplan, 1999).

El afrontamiento dirigido al problema, consiste en estrategias que intentan cambiar la situación o la relación entre el individuo y el contexto estresante, en el afrontamiento dirigido a la emoción, el sujeto cambia o altera su reacción emocional hacia la situación estresante (Lazarus, 1999). Otros autores han identificado otra categoría de afrontamiento que es la evitación/escape y apoyo social (Rosberger, Edgar, Collete, & Kournier, 2002). La gravedad de la enfermedad, el efecto y las consecuencias percibidas que puede tener la

recurrencia o exacerbación de los síntomas de una enfermedad se encuentran relacionados con perturbaciones emocionales como la ansiedad y el estrés.

Ante la enfermedad, también se afectan la autoestima y el optimismo que una persona puede tener hacia el futuro, el sentido de valía del individuo se transforma en un sentido de vulnerabilidad.

Por otro lado, la depresión es un desorden psicológico que se encuentra con frecuencia en pacientes con padecimientos crónicos. Una persona que padezca depresión tiene mayores probabilidades de desarrollar una enfermedad crónica (Cavanaugh & Zalski, 1998). Además en ciertas enfermedades, como la diabetes o enfermedades cardiacas, se encuentran niveles más elevados de depresión, y se encuentra asociada a problemas como poca adherencia al tratamiento o elevada percepción de dolor (Huffman et al., 2006).

En México existen investigaciones que indican que las intervenciones psicosociales y conductuales pueden mejorar el bienestar físico y psicológico de los pacientes que viven con enfermedades de alto riesgo o condiciones médicas crónicas (Gómez-Puente & Sánchez-Sosa, 2002; Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar & Sánchez-Sosa, 2005).

El psicólogo experto en Medicina Conductual interviene de forma interdisciplinaria, aplicando técnicas de terapia cognitivo conductual para el tratamiento y ajuste de estilos de vida en los pacientes crónicos, que pueden ver su condición agravada por problemas emocionales como los antes mencionados. Promover y

esforzarnos para que haya una mayor presencia del psicólogo dentro del ámbito hospitalario es fundamental, no sólo para la intervención dirigida a quienes ya presentan algún tipo de alteración emocional, también para emprender acciones preventivas para la preservación de la salud física y mental del paciente.

Estudio de caso: Efectos de una intervención cognitivo conductual en una paciente con Síndrome de Parkes-Weber.

Antecedentes

El Síndrome de Parkes-Weber

El síndrome de Parkes-Weber es una malformación vascular congénita. Las malformaciones vasculares son anomalías anatómicas congénitas en la formación y diferenciación de las estructuras vasculares arteriales, venosas y o linfáticas, que se producen de forma espontánea durante la embriogénesis, histológicamente son de naturaleza benigna (Wilting & Christ, 1996).

Las malformaciones vasculares constituyen un espectro de lesiones con características clínicas, evolutivas, pronósticas y terapéuticas muy disímiles. La Sociedad Internacional para el Estudio de las Anomalías Vasculares (ISSVA por sus siglas en inglés) resume las principales características de las enfermedades vasculares en los siguientes puntos: son enfermedades que involucran vasos sanguíneos, venas, arterias y tubos capilares; se originan durante la embriogénesis; son de tipo malformativo; de incidencia baja; se presentan por igual en ambos sexos; evidencia clínica desde el nacimiento, debido principalmente a la presencia de angioma, sin que haya una lesión precursora; evoluciona a un ritmo lento; se manifiesta por el bloqueo y agrandamiento de los vasos sanguíneos; no remiten, persisten en la edad adulta (Enjolras & Mulliken, 1997).

Prevalencia

La mayoría de las malformaciones vasculares son esporádicas no hereditarias (Vikkula, Boon, Mulliken & Olsen, 1998). Su prevalencia es del 1,2% al 1,5%; con una incidencia igual en ambos sexos; pueden afectar cualquier sector del árbol vascular y/o región del cuerpo, en forma localizada o difusa, crecen lentamente y en forma proporcional al crecimiento del paciente, aunque a veces, éste crecimiento puede verse exagerado por traumatismos, procesos infecciosos, cambios en la presión de la sangre o la linfa y estímulos hormonales durante la pubertad (Naranjo & Mogollon, 1970; Cuervo, et al. 2007).

Los síntomas más relevantes en pacientes con enfermedades vasculares o de distribución periférica incluyen:

- 1.- Crecimiento de tejidos blandos, que en algunos casos pueden condicionar deformación de la región anatómica afectada que puede ser una extremidad o la cara.
- 2.- Sangrado.
- 3.- Infecciones de repetición y dolor crónico.
- 4.- Pérdida de la autoestima con imagen negativa (Cuervo & cols, 2007).
- 5.- En caso de compromiso abdomino-pélvico puede ser asintomático o manifestarse por constipación, disuria, infección urinaria recurrente, hematuria micro o macroscópica y sangrado intestinal.

6.- El 20-45% de los pacientes sufre tromboflebitis; también puede haber trombo embolismo pulmonar (Baskerville, Akroyd & Thomas, 1985; Gloviczki, Stanson & Stickler, 1991).

Entre las malformaciones vasculares destacan el síndrome de Parkes-Weber y de Klippel-Trenaunay que comparten la tríada clínica de: malformaciones capilares, várices e hipertrofia de partes blandas y óseas, pero en el síndrome de Parkes-Weber se agrega la existencia de una o varias fístulas arteriovenosas palpables y auscultables, que pueden producir hemorragias profusas que pongan en peligro la vida del paciente.

Estas malformaciones se asocian con hipertrofia ósea o de partes blandas y drenaje venoso profundo anómalo. Las lesiones capilares son múltiples y en los recién nacidos tienen aspecto de manchas, pero adquieren un aspecto rugoso y con vesículas a medida que el niño crece. Más del 50% de los pacientes tiene falta de desarrollo en los vasos linfáticos que se manifiesta por edema y lesiones microquísticas.

En miembros inferiores la vena marginal lateral, otro componente de este síndrome, se torna prominente (varicosa), debido a incompetencia valvular y/o anomalías del sistema venoso profundo.

La ocurrencia del síndrome de Parkes-Weber es esporádica, se considera como una enfermedad rara, por lo cual el riesgo de ocurrencia es bajo y corresponde al riesgo que tiene la población

general (de un 3 a 5 %) de padecer cualquier tipo de enfermedad genética (Chong Chang, Chávez, Bracho, Barrios & Valdez, 2008).

No existe tratamiento curativo para este tipo de padecimientos, por lo que se han establecido múltiples tratamientos paliativos para disminuir las manifestaciones clínicas, en algunos casos es necesaria la amputación de la extremidad afectada. Anteriormente, se consideraba el pronóstico de los pacientes con síndrome de Parkes-Weber grave y la amputación como la única posibilidad terapéutica debido a las innumerables fístulas arteriovenosas y la constante reapertura de las mismas, además por su existencia en los huesos (Reid, 1925; Martorell & Palou, 1962), actualmente se reporta en la literatura médica que la evolución de los pacientes con el síndrome es relativamente buena sin tratamiento o solamente con compresión elástica (Hayes, Sfeir & Paniagua, 2002).

Entre los tratamientos que se implementan en el manejo de las malformaciones vasculares están, la escleroterapia con aplicación de agentes químicos, y la escleroterapia con láser. La termoablación, ya sea por calor o frío, y las embolizaciones intravasculares. El manejo de los pacientes con el síndrome continúa siendo primariamente no quirúrgico (Morin, 2000; Noel, 2000). Casi nunca se presenta una fístula arteriovenosa clínicamente importante, por lo que la intervención quirúrgica raramente es necesaria. Aún así, la amputación está indicada cuando el aumento de la extremidad es exagerado, cuando hay problemas de coagulación, sangrado, infecciones incoercibles y

malformaciones (Moodie, Driscoll & Salvatore, 1996; Berry, 1998; Hayes, et al., 2002).

Aspectos psicológicos del Síndrome de Parkes-Weber.

La literatura que se encuentran respecto al padecimiento es exclusivamente médica, en la revisión se encontraron referencias aisladas respecto a los problemas psicológicos asociados al padecimiento.

Estos pacientes pueden experimentar pérdida de la autoestima con imagen negativa (Cuervo et al. 2007). A pesar de la apariencia estética, la mayoría de los individuos con este síndrome se desempeñan bien, aunque puede haber problemas psicológicos asociados, específicamente, de autoimagen (Garzon, Huang, Enjolras & Frieden, 2007). Los problemas psicológicos que se presentan en estos pacientes pueden verse agravados con los múltiples tratamientos a los que son sometidos para el manejo de su enfermedad.

No existen casos documentados de intervenciones psicológicas en pacientes con este Síndrome.

Intervenciones psicológicas en pacientes con problemas clínicos o de salud.

De acuerdo con la descripción de la enfermedad, existen dificultades inherentes a su evolución, tales como variaciones periódicas de las manifestaciones clínicas, múltiples intervenciones quirúrgicas, que pueden ser ambulatorias o que impliquen estancias hospitalarias, además de cambios en la imagen del paciente, esto debido tanto al curso del padecimiento, como a las huellas o secuelas que dejen las intervenciones a las que son sometidos, entre otras.

El paciente con Síndrome de Parkes-Weber está expuesto constantemente a situaciones que puede percibir como estresantes y que lo lleven a experimentar estados emocionales negativos que agraven su condición.

Muchos de los factores desencadenantes de alteraciones emocionales pueden estar relacionados a la atmósfera hospitalaria, los pacientes hospitalizados llegan a ser altamente vulnerables al estrés debido a que sus recursos de afrontamiento están disminuidos. Los recursos de afrontamiento están mediados por el propio rol como paciente y por el ambiente, que despersonaliza y no ofrece posibilidades de control. La rutinización de los procedimientos de tratamiento, la demora o poca sensibilidad en los trámites burocráticos, el trato impersonal por parte del equipo de salud, la ausencia de información al paciente respecto a su salud o la naturaleza del tratamiento médico a que será sometido, son algunas de las formas de

despersonalización que puede experimentar un paciente en ambientes hospitalarios. De modo que si el paciente es capaz de reducir las respuestas internas de estrés, cualquier intervención será más fácil para el médico y para el paciente (Moix, 1990; Ortega, Mercado, Reidl & Estrada, 2005).

La intervención psicológica mediante la aplicación de técnicas de terapia cognitivo conductual, puede facilitar el tratamiento y ajuste de estilos de vida que requiere el paciente crónico. Las técnicas cognitivo conductuales se basan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Su supuesto central sostiene que los patrones básicos de personalidad irracionales y desadaptativos son los causantes de una falsa interpretación del medio (Méndez, Olivares & Moreno, 1998).

Se distinguen tres grandes grupos de terapias cognitivo conductuales (Mahoney & Arnoff, 1978):

1. Las terapias centradas en crear habilidades para enfrentar y manejar situaciones problema.
2. Las terapias centradas en ayudar al sujeto a interpretar racionalmente la realidad objetiva.
3. Las terapias centradas en modificar la forma de abordar situaciones para las que el sujeto no tiene solución.

El entrenamiento en habilidades de afrontamiento se utiliza para dotar al sujeto de habilidades que le sean de utilidad en situaciones evocadoras de ansiedad o productoras de estrés. Entre estas, destacan

el entrenamiento en manejo de ansiedad (Suinn & Richardson, 1971), y el entrenamiento en inoculación de estrés (Meichenbaum & Cameron, 1983).

Las técnicas de reestructuración cognitiva se enfocan en la identificación y modificación de las cogniciones desadaptativas de los sujetos, haciendo énfasis en el impacto perjudicial que tienen sobre la conducta y las emociones. Entre estas se encuentran la terapia cognitiva de Beck (1976), y la terapia racional emotiva de Ellis (1980).

Las técnicas de solución de problemas están dirigidas a entrenar al sujeto en habilidades que le permitan abordar con éxito diferentes problemas. Las principales técnicas utilizadas incluyen la terapia de resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (1971) y la técnica de resolución de problemas interpersonales de Spivack, Platt y Shure (1976).

Diversos estudios han comprobado la eficacia de la aplicación de técnicas cognitivo conductuales al tratamiento de sujetos con problemas clínicos y de salud.

Un meta análisis para analizar la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de sujetos con problemas clínicos o de salud, incluyó 34 estudios independientes publicados en revistas especializadas y realizados en España entre 1980 y 1999. Entre las técnicas o procedimientos de intervención de los estudios se incluían: habilidades de afrontamiento -inoculación al estrés, autocontrol y

manejo de ansiedad-, técnicas de solución de problemas, técnicas de reestructuración cognitiva y combinación entre éstas. Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes técnicas, destacando las habilidades de afrontamiento, seguidas de las técnicas de reestructuración cognitiva. Prácticamente todos los tamaños del efecto de intervención resultaron positivos. Determinaron que las técnicas cognitivo conductuales solas o en combinación, son eficaces tanto a corto como a largo plazo, y aunque a medida que transcurre el tiempo los tamaños del efecto van disminuyendo, continúa siendo significativa la eficacia del tratamiento (Sánchez, Alcázar & Olivares 2000).

Estos hallazgos sustentan la elección de técnicas de intervención cognitivo conductuales para el tratamiento de los problemas referidos por la paciente.

Todas las intervenciones a las que se ve sometido el paciente, o la propia evolución de la enfermedad, pueden llegar a generar otras complicaciones, que pueden mantenerse por factores psicológicos o conductuales. Uno de los síntomas asociados al padecimiento es el dolor, y aunque éste no fue tratado por el psicólogo en el caso que se expone, si resulta pertinente mencionar algunas de las principales técnicas y procedimientos terapéuticos que han mostrado efectividad en el tratamiento psicológico del dolor crónico.

El tratamiento del dolor se debe basar en la de evaluación conductual sobre los tres sistemas de respuesta: a) conducta motora externa; b) conducta cognitivo verbal, y c) conducta fisiológica. El objetivo es identificar los comportamientos que requieren modificación y las variables ambientales y/o del organismo que controlan su ocurrencia. Para ello se han desarrollado diferentes técnicas y estrategias, desde la entrevista conductual hasta escalas y cuestionarios, pasando por la autoobservación y los registros fisiológicos (Holroyd, 2002; Vallejo, 2005). Además, se han desarrollado intervenciones para el manejo de dolor desde diferentes enfoques: Fisiológico; basado en el condicionamiento operante; cognitivo conductual.

La primera aproximación se dirige a romper el circuito dolor-tensión-dolor y reemplazarlo por una reacción incompatible con la situación de tensión mediante técnicas de autocontrol fisiológico como el entrenamiento en relajación y el biofeedback, que tienen como objetivo controlar los factores fisiológicos subyacentes al trastorno.

Desde el enfoque operante, se pretenden modificar las consecuencias positivas que obtiene el paciente con la conducta de dolor, como la atención de sus familiares, y resolver los problemas derivados del exceso de incapacidad y las expresiones de sufrimiento del sujeto, es decir, se enfoca en la eliminación de las conductas de dolor, para reemplazarlas por otras más adaptativas.

Y la aproximación cognitivo conductual, con la cual se considera la forma en que los pacientes construyen su mundo y atribuyen significado a sus eventos, para modificar los factores afectivos y cognitivos de la respuesta de dolor, utilizando la técnica de inoculación al estrés (Vallejo, 2005; van-der Hofstadt & Quiles, 2001).

En el caso que se aborda, el dolor genera otras complicaciones, como trastornos en el ciclo sueño-vigilia. Los trastornos del sueño son una queja común entre los pacientes que sufren dolor crónico, los más frecuentes incluyen dificultades para iniciar y mantener el sueño y sueño poco reparador. La relación entre sueño y dolor es con frecuencia bidireccional; la intensidad del dolor puede predecir la severidad de las dificultades del sueño, mientras que éstas, pueden intensificar la gravedad percibida del dolor.

Aunque el dolor puede ser la causa principal del insomnio, muchos factores psicológicos y conductuales pueden contribuir a la exacerbación y mantenimiento de las dificultades en el sueño. El tratamiento cognitivo conductual del insomnio busca eliminar o modificar estos factores. Las principales intervenciones incluyen el control de estímulos, restricción del sueño, entrenamiento en relajación, terapia cognitiva y educación en higiene del sueño. Estos métodos han sido ampliamente validados para el tratamiento del insomnio primario y aunque es más limitada, existe evidencia que

apoya la eficacia de estos métodos en el tratamiento del insomnio secundario a dolor crónico (Belleville & Morin 2003).

La Academia Americana de Medicina del Sueño realizó una revisión exhaustiva a fin de actualizar los parámetros en terapias psicológicas y conductuales para los trastornos del sueño. Se revisaron 37 estudios de tratamiento (N= 2246 sujetos/pacientes) publicados entre 1998 y 2004 y localizados mediante búsquedas realizadas a través de PsycInfo y Medline. Cada estudio se revisó sistemáticamente, se analizaron: diseño de estudio, muestra, diagnóstico, tipo de tratamiento y controles, mediciones y hallazgos principales. Encontraron que las terapias psicológicas y conductuales producen cambios confiables en diversos parámetros del sueño, en individuos con insomnio primario o insomnio asociado a desordenes médicos o psiquiátricos. La mejoría en el sueño obtenida mediante el tratamiento se mantuvo a través del tiempo, pero la evidencia de que ésta condujera a cambios clínicamente significativos en otros áreas como la fatiga diurna, fue limitada (Morin, et al. 2006).

Tomando en consideración los antecedentes y la efectividad clínica de la intervención cognitivo conductual aplicada a los trastornos del sueño descrita en la literatura, resulta pertinente la aplicación de este tipo de intervención, para modificar los factores conductuales y cognitivos que podrían estar interviniendo en el mantenimiento de la problemática referida por la paciente.

Estudio de Caso: Efecto de una intervención cognitivo conductual en una paciente con Síndrome de Parkes Weber.

Psicóloga: Eva González Rodríguez.

Institución: Instituto Nacional de Rehabilitación.

Identificación del paciente:

Paciente de 38 años de edad, sexo femenino, divorciada, católica, tiene una hija de 17 años. Es licenciada en Economía, fue jubilada por invalidez, es desempleada, dependiente económicamente de su actual pareja, con quien no comparte vivienda. Es originaria y residente del distrito federal, habita en un departamento propio con su hija. Diagnóstico de Síndrome de Parkes Weber (SPW), desarticulada de miembro pélvico derecho (MPD).

Estructura familiar:

La paciente es la menor de 12 hermanos, ambos padres viven, la relación que tiene con sus familiares la refiere como buena, pero distante. Mencionó a su hija, que es con quién vive, como miembro principal de su familia. El apoyo social lo recibe principalmente de su pareja y su hija.

Análisis del motivo de consulta:

El motivo de consulta que refirió fue la necesidad de apoyo psicológico para el manejo de la frustración y malestar que experimenta por no poder ser independiente en algunas actividades de la vida diaria, tales como trabajar para mantenerse. Menciona un cambio radical en su vida a partir de su jubilación obligada en 2003, dado que anterior a esa fecha era una mujer autosuficiente con un cargo ejecutivo en una institución hospitalaria, y ahora depende de su pareja para subsistir ella y su hija adolescente.

La paciente comenta que le preocupa el retraso en su rehabilitación, ya que esto interfiere con sus posibilidades de obtener empleo.

Intenta realizar el mayor número de actividades de forma independiente, por lo que muchas veces su actividad física resulta ser más de la recomendada para su rehabilitación, lo que a nivel fisiológico le presenta problemas en el ciclo sueño vigilia, con déficit en el sueño y descanso, además de dolor incipiente en la articulación de la pierna izquierda.

Historia del problema:

Aunque el padecimiento de la paciente es congénito, se manifestó hasta que ella tenía 9 años de edad, con la presencia de una pequeña lesión en la pantorrilla derecha. Luego de muchos estudios y consultas con diferentes médicos, le diagnostican una malformación vascular,

años después determinarían que se trataba de SPW. Describe haber tenido una infancia normal, aunque tenía algunas restricciones, su tratamiento era conservador (vendas de compresión y consultas periódicas para observación), por lo cual podía realizar todas sus actividades sin dificultad.

Aproximadamente a la edad de 15 años, comienza a recibir tratamientos más invasivos como escleroterapia y embolizaciones para tratar las varices, y las fístulas arteriovenosas, ambos tratamientos sirven para disminuir el flujo sanguíneo en las arterias y venas malformadas. El primero consiste en la introducción de un químico irritante en una vena para provocar su endurecimiento y cicatrización, lo que obliga al flujo de sangre a desviarse hacia los vasos sanguíneos sanos, en el segundo se bloquea la arteria afectada colocando un tapón artificial para reducir su flujo. Desde entonces se ha sometido a estos y otros procedimientos quirúrgicos propios de su tratamiento, en múltiples ocasiones.

Años más tarde, mientras estudia la licenciatura, contrae nupcias con un compañero de carrera, quien conocía bien su estado de salud ya que en numerosas ocasiones la acompañó al médico. Deciden tener un hijo lo antes posible, ya que una de las posibles complicaciones de su enfermedad implicaba la necesidad de una histerectomía. Ella se embaraza y tienen una hija.

Ambos tienen un desempeño profesional en diferentes empresas, en el cual ella comienza a sobresalir, hasta que obtiene un cargo

ejecutivo con un salario superior al de su esposo. A partir de ese momento comienzan a tener fricciones debido a celos profesionales de parte de él, discuten cada vez con mayor frecuencia, lo que generó problemas en su relación de pareja hasta llegar a la separación, ella conserva la custodia de su hija, sin recibir pensión.

Al mismo tiempo, su condición física continuó deteriorándose, requiriendo procedimientos cada vez más complejos y un mayor número de estancias hospitalarias. Durante ese periodo, tiene sangrados frecuentes debido a las fístulas, los cuales eran cada vez más difíciles de controlar. Todo eso afecta su situación laboral, hasta que es jubilada por invalidez en 2003, entonces pasa de ser una mujer independiente, a comenzar a depender económicamente de la pareja con quien sostenía una relación en ese momento. Por cuestiones diversas también termina esa relación, sin embargo él la sigue apoyando económicamente hasta que ella inicia una nueva relación, misma que mantiene hasta la fecha y de quien dependen ella y su hija.

Finalmente en 2005, le amputan el MPD por arriba de la rodilla, debido a que se encontraba ya muy deteriorado, presentaba isquemia y zonas de necrosis, lo cual ponía en riesgo su vida. Pese al tratamiento radical, persisten las complicaciones, por lo que en 2007 es sometida a la desarticulación. Es después de estos eventos que la paciente comienza a experimentar sentimientos de frustración principalmente porque no puede mantenerse a ella y a su hija. Aunque ha intentado trabajar, su proceso de rehabilitación ha sido largo e implica acudir con

frecuencia al hospital, en ocasiones toda la semana, por lo que no puede comprometerse con horarios o días.

Refiere que intenta ser lo más independiente posible, y no dar molestias, por lo que realiza quehaceres domésticos, cocina, acude sola a sus consultas, y se moviliza principalmente con muletas. Al momento de la entrevista inicial, acababa de ingresar a la escuela para estudiar Psicología, así que dedicaba algunas horas diariamente a estudiar y hacer tareas, además de asistir a clases.

La paciente comentó que padece de insomnio y que posterior a la desarticulación tiene dolor crónico, para lo cual se trata en la Clínica del dolor y lleva su tratamiento de rehabilitación en el INR, dónde se encuentra en espera de una prótesis.

La paciente refiere pese a todo, tener una actitud positiva respecto a su situación, cabe mencionar que dicha actitud ha recibido mucho refuerzo social.

Evaluación inicial.

Se realizó la evaluación inicial mediante entrevista, la cual estaba dirigida a la delimitación del problema y tuvo una duración aproximada de 90 minutos.

La paciente presentaba síntomas emocionales y conductuales relacionados con su situación económica y de salud.

Se evaluó a la paciente para detectar depresión, para lo cual se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, versión en español, que consta de 21 reactivos y tiene una alta consistencia interna, alto coeficiente de confiabilidad test -retest y validez predictiva al igual que a la versión original. De los análisis factoriales se obtienen 3 factores intercorrelacionados: 1) Actitudes negativas hacia sí mismo. 2) Deterioro del rendimiento. 3) Alteración somática (Jurado et al. 1998).

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del inventario mostraron que la paciente no presentaba depresión, dado que obtuvo una puntuación que se ubica en el rango de altibajos considerados normales.

Análisis y descripción de las conductas problema.

La frustración referida por la paciente se presentaba a partir de la dependencia económica hacia su pareja, determinada por sus cogniciones de experiencias anteriores, como el hecho de siempre haber sido autosuficiente tanto económica como físicamente.

En el afán de mantener cierto grado de independencia la paciente realizaba numerosas actividades diariamente: tareas de limpieza (barrer, trapear, cocinar), salir al hospital o escuela solo utilizando muletas, poco uso de la silla de ruedas. Algunas de esas actividades las realizaba estando cansada, lo cual constituía un riesgo para su integridad física (llegó a cortarse cocinando). Todo lo anterior

representaba una conducta motora excesiva para su adecuada rehabilitación.

Reportó déficit en el sueño y descanso, que se manifestaba en dificultad para iniciar y mantener el sueño, y luego de dormir, despertar cansada o con la sensación de que el sueño “no fue reparador”. La paciente habitualmente realizaba tareas dentro de la recámara como trabajar en la computadora o leer en la cama mientras conciliaba el sueño.

Establecimiento de las metas de tratamiento

Este se realizó en función de las conductas problemas que se identificaron. Junto con ella se establecieron tres metas del tratamiento clínicamente relevantes: 1) mejorar el estado de ánimo; 2) elevar la adhesión al tratamiento; y 3) elevar la cantidad de horas de sueño y mejorar la calidad de descanso.

Objetivos terapéuticos.

Se definieron los siguientes objetivos terapéuticos:

Que la paciente lograra identificar las relaciones cognición, afecto y conducta.

Que la paciente lograra identificar y modificar los pensamientos distorsionados y que generara pensamientos alternativos.

Que la paciente adaptara sus actividades a su nivel de energía y a las recomendaciones médicas.

Que la paciente conociera la relación entre sus conductas y el déficit en el sueño y descanso.

Que modificara las actividades cercanas a la conducta de dormir para elevar la cantidad de horas de sueño y mejorar el descanso.

Selección de los tratamientos más adecuados

Las técnicas de reestructuración cognitiva se enfocan en la identificación y modificación de pensamientos y creencias distorsionadas, son ampliamente utilizadas en el tratamiento de sujetos con problemas clínicos o de salud, y se ha demostrado su eficacia a corto y largo plazo (Sánchez, Alcázar & Olivares 2000). La reestructuración se utilizó en relación a las tres metas de tratamiento establecidas.

Las intervenciones que combinan componentes cognitivos, conductuales y afectivos son las que han demostrado mayor eficacia para incrementar la adhesión al tratamiento en pacientes con padecimientos crónicos (Haynes, McDonald, Garg & Montague, 2002).

Se ha comprobado que factores psicológicos y conductuales pueden contribuir a la presencia y mantenimiento de dificultades en el sueño, el tratamiento cognitivo conductual del insomnio se enfoca en la modificación de estos factores, la intervención incluye el control de

estímulos, restricción del sueño, entrenamiento en relajación, terapia cognitiva y educación en higiene del sueño, los cuales son métodos ampliamente validados para el tratamiento del insomnio primario, que producen cambios confiables en diversos parámetros del sueño, en individuos con insomnio primario o insomnio asociado a desordenes médicos. (Belleville & Morin 2003; Morin, et al. 2006).

Selección y aplicación de técnicas de evaluación.

Para la evaluación de la paciente se utilizaron autorregistros. El autorregistro es un método para observar y registrar conductas tanto manifiestas (públicas) como encubiertas (cogniciones), que son objeto de tratamiento (Herbert & Nelson-Gray, 1997; Caballo, 2007).

Se eligió esta modalidad de evaluación, debido a las características de las conductas de interés: no podían ser observadas por el terapeuta porque ocurrían en casa (hábitos de sueño-descanso, actividades domesticas), o eran conductas encubiertas (cogniciones en situaciones o momentos particulares).

Los autorregistros fueron útiles para determinar las conductas y sus variables y a partir de esa información, realizar la elección de las técnicas de intervención. Se volvieron a emplear durante la fase de intervención, al inicio para establecer una línea base, y al finalizar para evaluar el efecto de la intervención.

Se solicitó a la paciente que completara dos tipos de autorregistro, uno de actividades diarias y un registro diario de pensamientos.

El registro diario de pensamientos consistió en una hoja de cinco columnas en las que la paciente debía describir, situación, emoción, pensamientos automáticos, distorsión cognitiva y respuesta racional (Anexo 3). El registro debía referirse a situaciones que le ocasionaran frustración o los pensamientos desagradables referidos por la paciente durante la entrevista.

Para el registro de actividades diarias (Anexo 4), se le pidió que describiera las actividades que realizaba durante una semana normal. La elección de conductas a registrar se basó en las quejas somáticas y fisiológicas de la paciente durante la entrevista, además de las recomendaciones de su médico tratante del área de Rehabilitación de Amputados. Se incluyeron cuatro categorías:

Descanso

Tiempo (minutos/horas) asignado al día para descanso. Número de horas de sueño durante la noche y especificación respecto a si éste fue reparador.

Actividades académicas

Días que asiste a la escuela y tiempo que dedica a actividades académicas.

Asistencia a consultas médicas

Días de la semana que ocupa para acudir a consultas médicas y de rehabilitación.

Quehaceres domésticos

Días de la semana y tiempo que le toma realizar actividades domesticas como cocinar, limpiar, lavar trastes o ropa, etc.

Aplicación del tratamiento

Modalidad: Individual.

Periodicidad: 1 sesión semanal.

Sesión Objetivo: Establecimiento de rapport. Entrevista.

1 Técnica: Escucha activa y validación de emociones.

Procedimiento: Se realizó la entrevista para recabar la información necesaria para la formulación del caso.

Sesión Objetivo: Que la paciente lograra identificar la relación entre
2-3 cognición, emoción y conducta.

Estrategia de intervención/Técnica: Psicoeducación.

Procedimiento: Explicación del modelo cognitivo conductual, la relación entre las respuestas cognitiva, emocional, y conductual, referidas a la situación particular de la paciente.

Entrenamiento en el uso del autorregistro de pensamientos diarios, utilizando ejemplos de la situación de la paciente.

Se indica como tarea para casa el registro de pensamientos de una semana.

Sesión 4-7 *Objetivo:* Que la paciente lograra identificar y modificar los pensamientos distorsionados y que generara pensamientos alternativos.

Estrategia de intervención/Técnica: Reestructuración cognitiva, comprobación de hipótesis.

Procedimiento: Identificación de pensamientos disfuncionales que se relacionan con los sentimientos de frustración, generación de pensamientos alternativos por medio de debate.

Entre los pensamientos más frecuentes que generaban malestar estaba el sentirse una carga y que su pareja se encontraba con ella por lástima, aunque la paciente logró generar respuestas racionales, subsistían sus creencias y por tanto la frustración, por lo que se le asignaron tareas de comprobación de hipótesis para que pusiera a prueba la validez de sus ideas.

Sesión 8-10 *Objetivo:* Que la paciente adaptara sus actividades a su nivel de energía y a las recomendaciones médicas.

Estrategia de intervención/Técnica: Psicoeducación, reestructuración cognitiva, balance decisional, tareas programadas.

Procedimiento: Se proporcionó información respecto a la rehabilitación física del paciente amputado, se comentaron

con la paciente las recomendaciones para su caso particular. Se detectaron y modificaron las creencias erróneas respecto a la rehabilitación.

Se le solicitó el registro de una semana de actividades.

Se detectaron creencias distorsionadas relacionadas con las actividades, se aplicó la técnica de reestructuración cognitiva.

Utilizando el autorregistro de actividades, se comentó con la paciente la posible relación entre el nivel de actividad motriz que presentaba y sus quejas somáticas y fisiológicas (dolor incipiente en la rodilla, insomnio y cansancio).

Se explicó a la paciente la técnica para realizar balance decisional, utilizando ejemplos de su situación, se le pidió que hiciera una revisión de las ventajas y desventajas de mantener o modificar la frecuencia con que realizaba las actividades que ella misma registró.

Junto con la paciente se hizo una lista de actividades para realizar durante un día, tomando en consideración cómo se sentía físicamente (cuanta energía o cansancio tenía), se le especificó que era flexible y que podía realizar más o menos actividades de las descritas, según cómo se sintiera.

Sesión
11-13

Objetivo: Que modificara las actividades cercanas a la conducta de dormir para elevar la cantidad de horas de

sueño y mejorar el descanso.

Estrategia de intervención/Técnica: Psicoeducación, higiene del sueño, técnicas de relajación.

Procedimiento: Se brindo información respecto a los factores que intervienen en los trastornos del sueño, haciendo énfasis en las conductas facilitadoras e inhibidoras realizadas por el sujeto y el ambiente en que duerme. Se instruyó a la paciente para realizar una serie de modificaciones conductuales respecto a su rutina habitual de sueño como, establecer horarios, usar la cama sólo para dormir y sostener relaciones sexuales, retirar la televisión, computadora y escritorio de la habitación, establecer una rutina de sueño que incluyera la relajación con respiración diafragmática y repetirlo todas las noches, entre otras.

Se le proporcionó información acerca de la respiración diafragmática, se le indicó cómo realizarla mediante modelamiento y se le pidió a la paciente que practicara en presencia de la terapeuta para asegurar la comprensión de la técnica y poder brindar retroalimentación.

Se realizó una sesión de seguimiento para observar el resultado de la aplicación de las técnicas y habilidades adquiridas, aplicadas a su vida cotidiana. Se midió la frecuencia con que se presentaban las

distorsiones cognitivas y los cambios realizados en actividades físicas y descanso.

Resultados

Mediante la reestructuración cognitiva la paciente logró la identificación de los pensamientos distorsionados que provocaban frustración y fue capaz de generar pensamientos alternativos. Reportó una disminución en la frecuencia de aparición de distorsiones cognitivas posterior a la intervención, y que en las ocasiones en que se seguían presentado, pudo identificar los pensamientos y modificarlos con una respuesta racional en la mayoría de las ocasiones, lo cual se reflejó en la mejora de su estado de ánimo. Las diferencias entre la frecuencia de distorsiones cognitivas antes de la intervención y durante el seguimiento se observan en la figura 1.

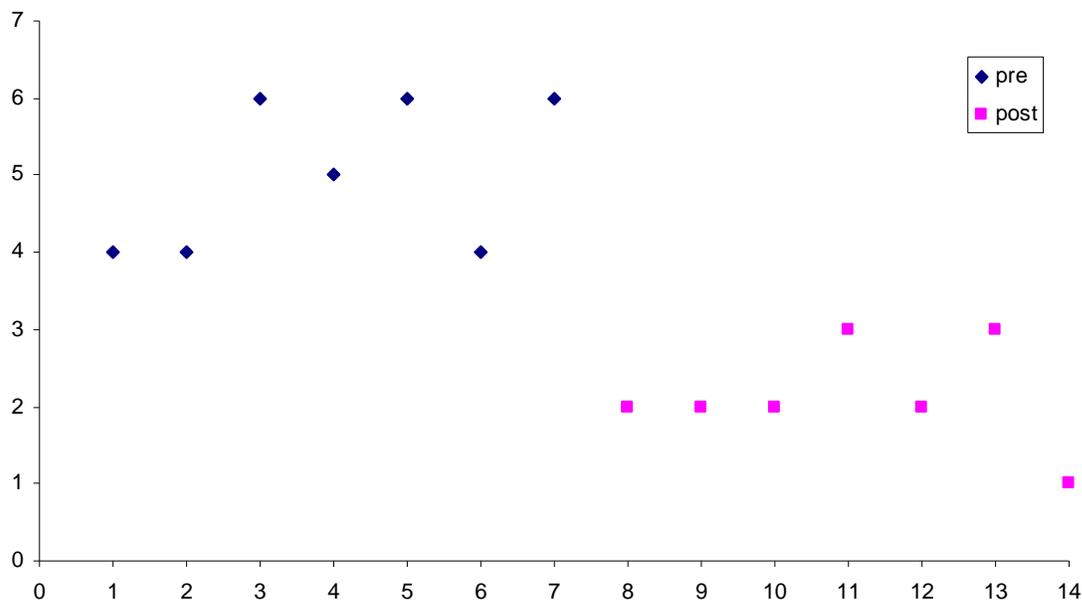


Figura 1. Frecuencia de distorsiones cognitivas. En la figura se observa la frecuencia con la que la paciente registró distorsiones cognitivas en el periodo de siete días previos a la intervención (pre), y durante siete días posteriores a la misma (post).

En el área de actividad física la paciente realizó cambios notorios en diferentes actividades.

La paciente modificó el número de horas que dedicaba a la realización de tareas domésticas como lavar ropa, lavar trastes, limpiar pisos y cocinar, basándose en la técnica de balance decisional y la lista de tareas programadas, opto por asignar solo algunos días a la semana para estas tareas, delegando algunas actividades a su hija como preparar el desayuno, lavar trastes y trapear. En la figura 2, se observan los cambios posteriores a la intervención.

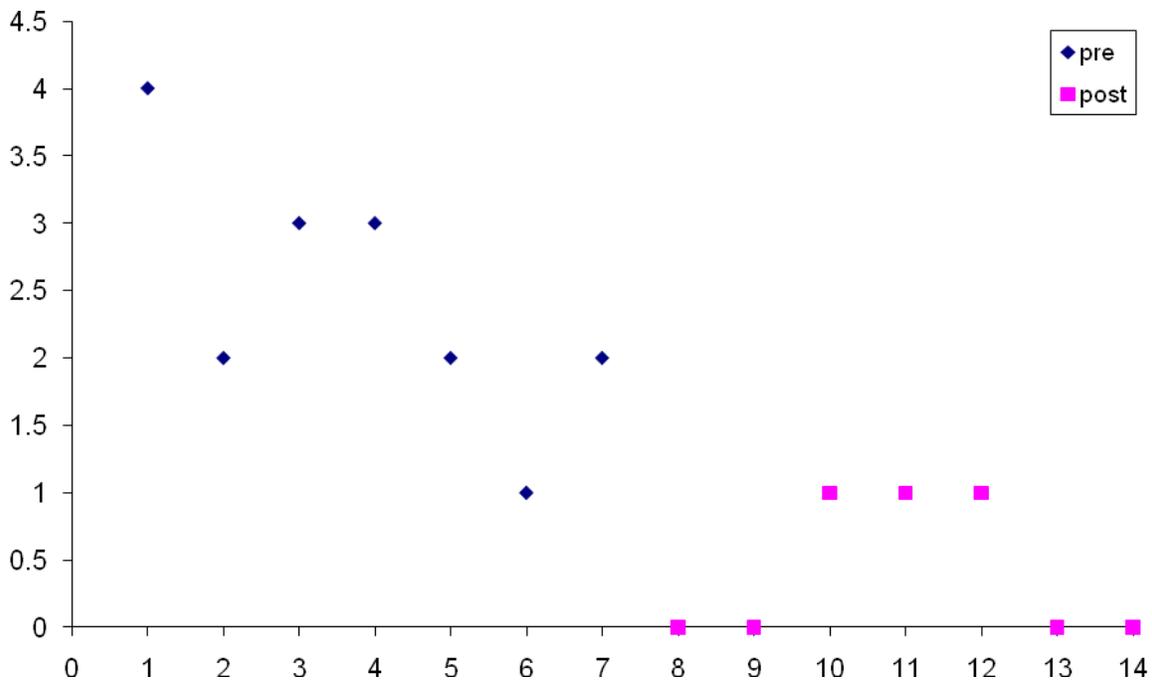


Figura 2. Relación de horas dedicadas semanalmente a quehaceres domésticos. En la comparación, se observa la disminución drástica de horas dedicadas a esta actividad, posterior a la intervención.

En actividades académicas, la paciente inicialmente dedicaba aproximadamente 30 horas semanales para asistir a clase y realizar tareas. Una vez que concluyó el primer semestre, decidió darse de baja temporal en su escuela para dar prioridad a su rehabilitación.

Para la asistencia a consultas médicas, aumento el número de veces que utilizaba silla de ruedas para acudir a consulta, lo que implicaba además ir acompañada.

Respecto al área de sueño-descanso, la paciente no reportó cambios en el registro de la cantidad de horas sueño, pero si refirió experimentar un mayor descanso comparado con el que sentía antes de realizar las modificaciones conductuales realizadas.

Discusión

El Síndrome Parkes-Weber es una enfermedad congénita degenerativa. El paciente con este síndrome se encuentra de forma permanente bajo tratamiento para el manejo de las manifestaciones clínicas propias del padecimiento, aunque en muchos casos no se requiere intervención quirúrgica, en otros, la amputación del miembro afectado puede estar indicada debido a problemas de coagulación, sangrado, infecciones o malformaciones, que afecten de manera importante la funcionalidad o pongan en riesgo su vida.

Es poco lo que se ha reportado referente a los problemas psicológicos que pueden tener estos pacientes, pero se han mencionado problemas en la autoestima y de autoimagen.

En este caso la importancia de la intervención del psicólogo en Medicina Conductual, radica en el desarrollo de estrategias psicológicas eficaces acordes a las características del paciente y de la enfermedad. Para lograrlo, se identificaron las variables relacionadas con el estado de salud y con la respuesta del paciente ante su enfermedad y tratamiento, lo que incluye el impacto del padecimiento en el estilo de vida, relaciones sociales y en sus emociones.

En el caso que se expone, la problemática referida estaba en función de las cogniciones de la paciente respecto a su dependencia económica, las cuales le ocasionaban frustración y repercutían en su conducta.

La adquisición de habilidades cognitivas y la modificación en conductas específicas, permitió que la paciente lograra un mejor manejo emocional, en un grado que ella reporta verbalmente, como satisfactorio.

Por medio de la reestructuración cognitiva y el balance decisional, logró disminuir sus expectativas en cuanto a la cantidad de actividad diaria que realizaba y ajustar el número de actividades según el cansancio o energía que sintiera cada día. Lo cual permitió el alcance de logros específicos, que a su vez contribuyó a que mejorara su estado de ánimo.

Luego de aplicar el balance decisional a las actividades, la paciente hizo una evaluación respecto al orden de sus prioridades, pues al inicio de la intervención realizaba muchas actividades, sin importar cómo se sintiera para no representar una carga, intentando compensar de alguna forma los gastos que generaba. Ella refirió que la decisión de disminuir sus actividades en casa y darse de baja temporal en la escuela, aunque no le agradaba del todo, fue para dar prioridad a su salud y rehabilitación

Esa reducción en la actividad física resultó más apegada a las recomendaciones de su terapeuta de Rehabilitación, y se reflejó en una disminución del dolor incipiente que experimentaba en la articulación de la rodilla, sin realizar ninguna modificación en el esquema analgésico que seguía en ese momento.

La modificación en las actividades cercanas a la conducta de sueño tuvo efecto sobre el descanso reportado por la paciente, aunque se esperaba también el aumento de las horas de sueño, este no se produjo.

Todas las intervenciones realizadas produjeron un efecto positivo, el cual pudo ser registrado o fue referido de manera verbal por la paciente. Lo cual coincide con lo reportado en la literatura acerca del efecto de las técnicas cognitivo conductuales en el tratamiento de problemas clínicos y de salud (Sánchez, et al. 2000).

Finalmente, es importante señalar que una limitación de este estudio radica en la carencia de mediciones adicionales que evaluaran

la adhesión terapéutica o la calidad de vida, y que permitieran convalidar la eficacia de la intervención psicológica.

Dado que por tratarse de un estudio de caso, cuya validación requeriría de replicas sistemáticas y directas, los resultados deben interpretarse con cautela. Sin embargo, la claridad de los cambios posteriores a la intervención sobre conductas y cogniciones específicas, sugieren que el tratamiento desempeñó un papel en la mejoría clínica referida por la paciente.

Referencias

- Alfonso, L. M. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud-enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3): 275-281.
- Baskerville, P. A., Aykroyd, J.S. & Thomas, M.L. (1985). The Klippel-Trenaunay syndrome: clinical, radiological, and hemodynamic features and management. *British Journal of Surgery*, 82, 757-761.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.
- Belleville, G. & Morin, M. (2003). Cognitive-behavioral approaches to managing insomnia resulting from pain. *Douleur et Analgesie*, 16(2), 111-116.
- Beneit, P. (1992). La enfermedad crónica. En J. M. Latorre y P. J. Beneit (Comp.). *Psicología de la Salud. Aplicaciones para los profesionales de la salud*, (225-237). Argentina: Lumen.
- Berry, S. A. (1998). Klippel-Trenaunay syndrome. *Am. J. Med. Genet.* 79(4): 319-326.
- Boyer, B. A. (2008). Theoretical Models in Health Psychology and the Model for Integrating Medicine and Psychology. En Boyer, B. A. & Paharia, M. (Eds.), *Comprehensive handbook of clinical health psychology* (pp. 55-80). United States of America: Wiley.

- Caballo, V.E. (2007). Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales. Siglo XXI Editores, España.
- Carrobbles, J.A. (1985). El modelo conductual o del aprendizaje social: Enfoques y aplicaciones. En J.A. Carrobbles (Ed.), *Análisis y Modificación de conducta II*, (pp. 77-108). Madrid: UNED.
- Cavanaugh, S. & Zalski, A. (1998). Psychiatric diagnosis. En L. S. Goldman, T.N. Wise, & D.S. Brody (Eds.), *Psychiatry for primary care physicians* (pp. 19-40). Chicago: American Medical Association.
- Chong Chang, J., Chávez, C., Bracho, A., Barrios, O. & Valdez, M. (2008). Síndrome de Malformación Vascular Compleja. Informe de un caso y revisión de la literatura *Revista de la Sociedad Medico Quirúrgica del Hospital de Emergencias Perez de León*, 39(2): 145-150.
- Clarke, J.L., & Meiris, D.C. (2006) Preventive medicine: A cure for the healthcare crisis. *Disease Management*, 9 (suppl.1), 1-16.
- Cohen, F. (1979). Personality, stress and the development of physical illness. In G. C. Stone, F. Cohen, N. E. Adler, et al. *Health Psychology: A Handbook*. (pp.77-111). San Francisco: Jossey Bass.
- Cohen, S., Kessler, R. & Underwood, L. (1997). Strategies for measuring stress in studies of psychiatric and physical disorders. En Amiel & Viser (Eds.), *28th conference of Environmental Design Research Association*. Oklahoma: EDRA.

- Cuervo J.L., Tonini S, Viola B, Joaquín W, Fainboim A, Eisele G, Galli E, Moreno M, Alvarado A, Simonelli D. (2007). Anomalías vasculares. Experiencia de un equipo multidisciplinario. *Rev Hosp Niños B Aires*, 49 (224), 204-228.
- D´Zurilla, T.S. & Goldfried, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 107-136.
- Ellis, A. (1980). Rational emotive therapy and cognitive behavior therapy: Similarities and differences. *Cognitive Therapy & Research*, 4, 325- 340.
- Enciclopedia de los Municipios de México (2009). *Estado de México Atizapán de Zaragoza*. Recuperado el 25 de noviembre de 2009 de <http://www.inafed.gob.mx/work/templates/enciclo/mexico/mpios/15013a.htm>.)
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535-543.
- Enjolras O, Mulliken JB. (1997). Vascular tumors and vascular malformations (new issues). *Adv Dermatol*;13:375-423.
- Esteve, M. & Roca, J. (1997). Calidad de vida relacionada con la salud: un nuevo parámetro a tener en cuenta. *Medicina Clínica*, 108(12), 458-459.
- Garzon, M., Huang, J., Enjolras O. & Frieden, I. (2007). Vascular malformations. Part II: associated syndromes. *J Am Acad Derm.* April; 56(4): 541-64.

- Gloviczki P., Stanson A.W. & Stickler G.B., (1991). Klippel-Trenaunay syndrome: the risks and benefits of vascular interventions. *Surgery*, 110, 469-479.
- Gómez-Puente, J. A. & Sánchez-Sosa, J. J. (2002). *El bienestar del paciente seropositivo al VIH/SIDA*. Facultad de Psicología, UNAM: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. México, D.F.
- Haupt, M., Millen, S., Janner, M., Falagan, D., Fischer-Betz, R., Schneider, M. (2005). Improvement of coping abilities in patients with systemic lupus erythematosus: a prospective study. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 64(11), 1618-23.
- Hayes, D. J., Sfeir, B. R. & Paniagua, G. R. (2002). Síndrome de Klippel-trenaunay y Weber. Bolivia.
- Haynes, R.B., McDonald, H.P., Garg, A.X. & Montague, P. (2002). Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database System Review*, 4, 1-63.
- Herbert, D. & Nelson-Grey, O. (1997) La Autoobservación. En Buela-Casal, G.J. & Sierra, C. (Dir.) *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Siglo XXI Editores, España.
- Holroyd, K.A.(2002): Assessment and psychological management of recurrent head-ache disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 656-677.

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

Huffman, J.C., Smith, F.A., Blais, M.A., Beiser, M. E., Januzzi, J.L., & Fricchione, G.L. (2006). Recognition and treatment of depression and anxiety in patients with acute myocardial infarction. *The American Journal of Cardiology*, 98, 319-324

Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) *El ISSSTE aconseja en Salud y Prevención*. Recuperado el 29 de septiembre de 2009 <http://www.issste.gob.mx/acONSEJA/antecedentes.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), (2000). Censo general de población y vivienda 2000. Recuperado el 2 de febrero de 2010 de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=10211&s=est>

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer*. Datos Nacionales. Recuperado el 02 de febrero de 2008, de <http://www.inegi.gob.mx>

- Instituto Nacional de rehabilitación (INR), Portal Discapacinet (s.f). *Discapacidades, prevención y rehabilitación*. Recuperado el 5 de marzo de 2008 de: <http://www.discapacinet.gob.mx/>
- Kaplan, R.M. & Simon, H.J. (1990). Compliance in medical care: Reconsideration of self-predictions. *Annals of Behavioral Medicine*, 12: 66-71.
- Kaplan, R.M. (2002). Quality of Life and chronic illness. En: Christensen, A.J. & Antoni, M.H. *Chronic Physical Disorders. Behavioral Medicine's Perspective*. Blackwell Publishing. Oxford UK.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ediciones Roca
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion a new synthesis*. New York: Springer.
- Macrodimitris, S. D. & Endler, N. S. (2000) Coping, control and adjustment in Type 2 Diabetes. *Health Psychology*, 20(3), 208-216.
- Mahoney, M.J. & Arnoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En Garfield, S.J. & Bergin, A.E. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Nueva York: Wiley.
- Manual de guías clínicas del servicio de tumores óseos. INR. Secretaria de Salud (2009). Recuperado el 1 de febrero de 2010 de: <http://www.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SOR-07.pdf>

- Martorell, F. & Palou, J. (1962): Klippel-Trenaunay con comunicaciones arteriovenosas intraoseas de la vértebra lumbar, *Angiología*. 14 16.
- McClellan, B., Rubinstein- Gardenswartz, C. A, & Seligman, M. E. P. (1999). Physical health following a cognitive-behavioral intervention. *Prevention & Treatment*, 2(10).
- Meichenbaum, D.H. & Cameron, R. (1983). Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. En Meichenbaum, D.H. & Jarenko, M.E. (Eds.), *Stress reduction and prevention*. Nueva York: Plenum Press.
- Méndez, F.X.; Olivares, J. & Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En Olivares, J. & Méndez, F.X. (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 409-442). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moix, J. (1990). Factores que inciden en la ansiedad prequirúrgica. *Revista de Psicología de la Salud*. 21.
- Moodie D, Driscoll D, Salvatore D: Klippell-Trenaunay Syndrome (2th. Edition) Mosby Yearbook Publishers 1996; 541-552.
- Morin, J. R., (2000). Klippel-Trenaunay syndrome. *J. Am. Podiatr. Med. Assoc.*;90(8): 421-4.
- Nezu, A., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S. & Houts, P. (1999). *Helping Cancer Patients Cope. A Problem-Solving Approach*. American Psychological Association, Washington, D.C.

- Noel, A. A., (2000). Surgical treatment of venous malformations in Klippel-Trenaunay syndrome. *Journal of Vascular Surgery*; 32(5): 840-7.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Agenda de Investigación*. Recuperado el 21 de septiembre de 2009, de <http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/index.html>
- Ortega, A.P., Mercado, D.S., Reidl, L.M. & Estrada, R.S. (2005). Estrés ambiental en instituciones de salud: valoración psicoambiental. México: UNAM
- Otero, M. H. & Verdes, M. C. (1990). Atención psicológica a pacientes con insuficiencia renal crónica. *Revista cubana de psicología*, 7 (2), 105-108.
- Paharia, M. (2008). Chronic disease prevention. En Boyer, B. A. & Paharia, M. (Eds.), *Comprehensive handbook of clinical health psychology* (pp. 55-80). United States of America: Wiley.
- Pavón, R., Hernández, M., Loria, S. & Sandoval, L. (2004). Interacciones neuroendocrinoinmunológicas. *Salud Mental*, 27 (3), 19-25
- Pérez, J. (1999). Respuestas emocionales, enfermedad crónica y familia. En Fernández, E. & Palmero, F. (Eds). *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel
- Reid, M. R., (1925). Studies on abnormal arteriovenous communications acquired or congenital. *Archives of Surgery*. 10:601.

- Repetti, R.L., Taylor, S.E. & Seeman, T.E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2): 330-366.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F. & Sánchez-Sosa, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(003) 445-462
- Rosberger, Z; Edgar, J; Collete, J.P, &Fournier, M.A. (2002) Patterns of coping in women completing treatment for breast cancer: A randomized control trial of nucare, a brief psychoeducation workshop. *Journal of psychosocial oncology*, 20, 19-37.
- Sánchez, M., Alcázar, R. & Olivares R. (2000). Las técnicas Cognitivo conductuales en problemas clínicos y de salud: Meta-Análisis de la literatura Española. *Psicothema*, 11(3), 641-654
- Sánchez-Sosa J. J. (2002). Health Psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health. In *Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS)*, Psychology, Oxford, UK.
- Schwartz, G.E. & Weiss, S.M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended

Secretaria de Salud (2007). *Principales causas de mortalidad. 2001-2006.*

Recuperado el 04 de abril del 2008 de
<http://www.salud.df.gob.mx/content/view/87/21/>

Spivack, G.; Platt, J.J. & Shure, M.D. (1976). *The problem solving approach to adjustment.* San Francisco, CA: Jossey Bass.

Taylor, S. E., Lichtman, R. R. & Wood, J. V. (1984). Attributions beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(3), 489-502.

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

Vallejo, M.A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.

Van-der Hofstadt, C. J. & Quiles, M. J. (2001). Dolor crónico: intervención terapéutica desde la psicología. *Revista de la Sociedad Española de Dolor*, 8, 503-510.

Vikkula M, Boon LM, Mulliken JB, Olsen BR. (1998). Molecular basis of vascular anomalies. *Trends of Cardiovascular Medicine*, 8:281-292.

Whitfield, K.E; Weidner, G., Clark, R., & Anderson, N.B. (2003) Sociodemographic diversity and behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 463-481. Special issue: Behavioral medicine and clinical health psychology.

Wilting J, Christ B. (1996). Embryonic angiogenesis: a review. *Naturwissenschaften*;83:153-164.

World Health Organization. (2006). *Chronic diseases and health promotion*. Recuperado 10 de marzo de 2007, de <http://www.who.int/7chp/en/>

ANEXOS

ANEXO 1

Primer año de Residencia

Hospital General de Atizapán Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler.

I. Servicio de Medicina Interna

1. *Características de la sede.*

En 1985 se implementó el Plan Nacional de Salud para extender la cobertura a las poblaciones desprotegidas, dentro del programa de construcción de la Secretaría de Salud financiado con recursos del Fondo Nacional de la Reconstrucción, se edificó el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón-Daimler Chrysler”, con donativos de la empresa Chrysler de México, Cruz Roja Danesa, Ente Nazionale Idrocarbum de Italia y el gobierno de los Países Bajos. Inaugurado el 27 de Abril de 1987 por el Presidente de la República el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado.

El hospital General de Atizapán está ubicado en la Avenida Adolfo López Mateos sin número, en el municipio de Atizapán de Zaragoza en el Estado de México, el cual limita al norte, con los municipios de Nicolás Romero y Cuautitlán Izcalli; al sur, con Xilotzingo y Naucalpan; al oeste, con Isidro Fabela y al este, con

Tlalnepantla. Atizapán ocupa una extensión territorial de 89.9 kilómetros cuadrados, lo que representa el 0.40 por ciento de la superficie total del Estado de México.

Según el II Censo de Población y Vivienda de 2005, en el municipio de Atizapán habitan un total de 6,449 personas que hablan alguna lengua indígena y cuenta con un total de 472,526 habitantes. La explosión demográfica en esta área, ha originado que los servicios públicos prestados por el ayuntamiento muestren deficiencias en algunas zonas del territorio municipal. Sin embargo, se estima que el 98 por ciento de los hogares tienen agua potable; el alumbrado público; cubre el 75% de las necesidades comunitarias; la recolección de basura, alcanza un 70% de efectividad; la seguridad pública, llega al 75% de la población; la pavimentación, se estima en un 65% y los mercados, centros comerciales, tianguis y central de abastos cubren el 90% de los requerimientos, el 98% de las viviendas disponen del servicio de drenaje y el 99.5% de energía eléctrica (Enciclopedia de los Municipios de México, 2009).

La población beneficiada por este hospital asciende a 800 mil habitantes de los municipios de: Atizapán, Aculco, Chapa de Mota, Isidro Fabela, Nicolas Romero, Timilpan, Julotepec, Sonaniquilpan, Polatitlan y Villa del Carbón.

Este es un hospital de Segundo Nivel de atención médica. Su objetivo es brindar atención médica preventiva, curativa y rehabilitación a la población. Cuenta con los servicios de:

- a) Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia. Los cuales tienen área de hospitalización para los pacientes que requieren tratamiento médico, observación y un control por parte de los médicos y enfermeras.
- b) Urgencias. Es una área dónde se proporciona atención inmediata a los usuarios, dentro de los consultorios, control de enfermería, área de exploración, curación y observación de adultos y pediátrica.
- c) Terapia Intensiva. Es una sala de acceso restringido, donde se atiende a los enfermos más graves.
- d) Quirófanos. Son las salas acondicionadas para realizar intervenciones quirúrgicas.
- e) Consulta externa. La cual cuenta con 15 consultorios dónde se atiende en las especialidades de Pediatría, Cirugía General, Medicina Interna, Cirugía Maxilo-facial, Odontología, Planificación familiar, Gineco-obstetricia, Oftalmología, Control del niño sano, Clínica del adolescente, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Psicología (Medicina Conductual) y Urología.
- f) Servicios complementarios de atención a los usuarios: Medicina Preventiva, Trabajo Social, Dietología y Central de Equipos y Esterilización (CEYE).

- g) Servicios auxiliares y de diagnóstico: laboratorio clínico, radiología, ultrasonido, tomografía, banco de sangre y patología.
- h) Servicios Administrativos: se encargan de informes, archivo clínico, sistemas, informática, estadística.
- i) La Dirección: a la que están subordinados la Subdirección administrativa, Jefatura de Recursos Materiales, Programa de Garantía de Calidad, División de Atención Médica, Jefatura de División de Enseñanza e Investigación, Jefatura de Recursos Humanos, Jefatura de Servicios Generales, Contabilidad, Caja General y secretarías.
- j) Servicios Generales: almacén general, lavandería, control de asistencia, servicios generales y mantenimiento. También integra entre sus servicios, biblioteca, auditorio y comedor.

El personal del hospital está conformado por 76 especialistas y 4 médicos generales de base, 42 médicos residentes en las diferentes especialidades, incluyendo los 3 residentes de Medicina Conductual y 34 médicos Internos de Pregrado. Además de 16 enfermeras especialistas, 130 generales, 56 auxiliares, 17 en actividades administrativas, 7 trabajadoras sociales, 16 químicos, 57 técnicos, 201 administrativos, 3 Nutriólogas, 1 Psiquiatra, 2 Psicólogas, 2 Ingenieros y 2 Biólogos.

2. Características del Servicio de Medicina Interna.

La Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y tratamiento no quirúrgico de enfermedades que afectan a los órganos y sistemas internos, y a su prevención. Las enfermedades que se atienden con mayor frecuencia en este servicio son diabetes mellitus tipo 2, hepatopatías, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hipertensión arterial sistémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), cardiopatías, sangrado de tubo digestivo, insuficiencia renal crónica, y supresión etílica.

Para ser atendido en este servicio es necesario haber sido referido con el especialista por un centro de salud o institución de primer nivel, con indicaciones por escrito, o ingresar por Urgencias con una condición de salud que amerite la atención inmediata, y ser referido de ahí a Medicina Interna para recibir tratamiento ya sea en hospitalización o en consulta externa.

3. Descripción de Actividades del Residente de Medicina Conductual en el Servicio de Medicina Interna.

Al servicio de Medicina Interna se encuentra adscrito el servicio de Salud Mental, que es dónde están ubicados los residentes de la Maestría en Medicina Conductual. El hospital asigna un supervisor *In Situ*, una de las psicólogas de base, quién se encarga de brindar la inducción al ambiente hospitalario y de asesorar a cada residente durante la estancia en el servicio, asignar las actividades a realizar, y

proporcionar retroalimentación respecto a los casos tratados de manera constante y apoyo presencial cuando es necesario.

La hora de entrada era a las 7:00 a.m., y se debía registrar en la oficina de la Jefa de la División de Enseñanza e Investigación. En la zona de hospitalización de Medicina Interna, se realizaba el pase de visita con los médicos de base, residentes e internos, acompañados por la Jefa de enfermeras y la trabajadora social asignada al servicio. Durante el pase de visita se tomaba nota de los pacientes que requirieran intervención psicológica.

Al terminar la visita se revisaban los expedientes para tomar notas pertinentes para la entrevista clínica, se comentaba el caso con los médicos para saber su punto de vista, objetivo o posible diagnóstico.

Una vez que se reunía la información necesaria, se procedía a realizar la intervención con el paciente: presentación y establecimiento de rapport antes de iniciar la entrevista clínica, tomar notas e identificar el área de incidencia, con lo que se evaluaba y se realizaba la intervención cognitivo conductual, que dependiendo de las características del paciente, podía consistir en uno o varios de los siguientes: psicoeducación, la cual consiste en proporcionar información respecto al padecimiento y su tratamiento; intervención en crisis, cuya función es disminuir el estado emotivo disfuncional del paciente; intervención cognitivo conductual breve, a fin de brindar apoyo, contención y validación emocional; psicoterapia, para el manejo

de depresión, ansiedad o estrés, relacionados con el diagnóstico, la estancia hospitalaria o intervenciones quirúrgicas. Las intervenciones se realizaban de forma individual con el paciente, y también se brindaba atención a familiares.

En este hospital los residentes de Medicina Conductual asignados a Medicina Interna, cuentan con un espacio en el área de consulta externa, el consultorio número 12, donde se atención psicológica los martes y jueves de 8:00 a 14:00 horas. En el cuadro 5, se observa el resumen de las actividades diarias.

Cuadro 5. Actividades diarias.

Actividades	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Pase de visita en piso de Medicina Interna	✓	✓	✓	✓	✓
Revisión de expedientes	✓	✓	✓	✓	✓
Consulta externa		✓		✓	
Atención psicológica a pacientes hospitalizados	✓	✓	✓	✓	✓
Atender interconsultas en los servicios que la soliciten	✓	✓	✓	✓	✓
Asistencia a sesión general del Hospital		✓			
Asistir a clase con los residentes de Medicina Interna.					✓
Sesión con supervisor académico		✓			
Elaboración de notas	✓	✓	✓	✓	✓
Discusión y retroalimentación de casos con supervisora <i>in situ</i>	✓	✓	✓	✓	✓

Las técnicas y estrategias usadas para la intervención incluyeron: entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, modificación de conducta, afrontamiento, autocontrol, manejo del dolor, terapia racional emotiva, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, inoculación al estrés, imaginería, relajación muscular profunda.

Los niveles de intervención incluyeron: Primario (preventivo); Secundario (tratamiento) y Terciario (paliativo).

Luego de cada intervención o sesión se elaboró una nota que se anexaba al expediente del paciente, para todas las notas se utilizó el formato denominado SOAP; el cual significa:

S: Subjetivo lo que el paciente reporta

O: Objetivo, lo que los psicólogos observan y evaluar si el paciente se encuentra ubicado en tiempo, espacio y persona.

A: Análisis, integrar la información obtenida respecto a las condiciones familiares, habilidades, deficiencias, cogniciones y conductas disfuncionales con que cuenta el paciente, así como el estado de ánimo, redes de apoyo, recursos económicos, materiales y humanos que posee, para diseñar y posteriormente aplicar una estrategia de intervención.

P: Procedimiento, justificar la técnica utilizada así como las tareas y el seguimiento.

En las notas se incluía la fecha y presentación del paciente, a través de la recuperación de los datos sociodemográficos.

Para cada paciente se emitió un diagnóstico basado en el CIE 10 y el DSM-IV para fines estadísticos de la institución.

Cada fin de mes se entregó un informe de los pacientes atendidos a la supervisora in situ, a la jefa de división de Medicina Interna y a la jefa de la División de Enseñanza e Investigación.

4. *Intervenciones psicológicas.*

El número de pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna, del 1 de marzo de 2007 al 22 de febrero de 2008 fue de 178, en hospitalización y en consulta externa, incluyendo las interconsultas a otros servicios, realizando en total 288 intervenciones, 178 de primera vez y 110 subsecuentes. La proporción entre pacientes de primera vez y subsecuentes, se observa en la figura 5.

Los pacientes fueron valorados e intervenidos mediante técnicas psicológicas cognitivo conductuales, las cuales se implementaron con diferentes objetivos para el manejo de la problemática referida, considerando el diagnóstico, padecimiento y tratamiento médico.

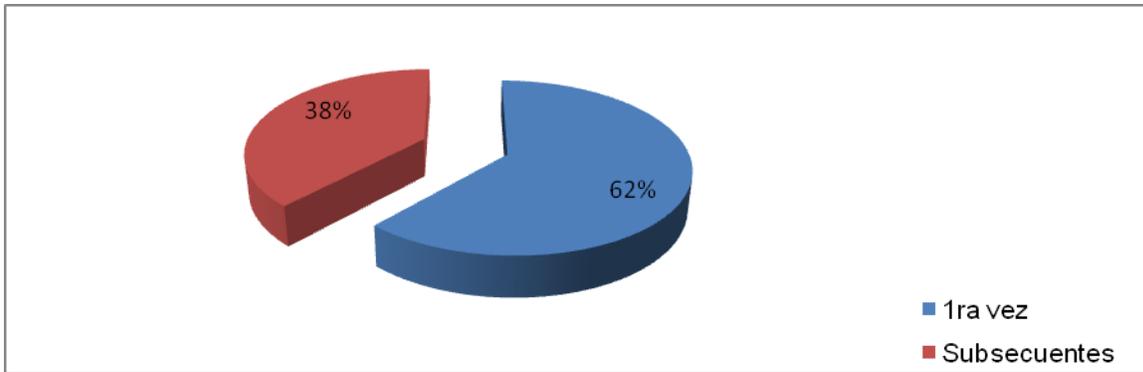


Figura 5. Intervenciones psicológicas realizadas en Medicina interna.

El rango de edad de los pacientes atendidos fue de 14 a 75 años, de los cuales 115 fueron del sexo femenino y 63 masculinos.

Entre los pacientes con enfermedades crónicas, los diagnósticos que se atendieron con mayor frecuencia fueron insuficiencia renal crónica terminal, diabetes mellitus II, e hipertensión arterial sistémica.

Los diagnósticos psicológicos más frecuentes, determinados mediante la entrevista clínica e instrumentos de medición fueron, principalmente trastornos adaptativos, los cuales consisten en el desarrollo de síntomas emocionales o de comportamiento relacionados con un estresor psicosocial que es identificable en forma clara; trastornos del estado de ánimo, cuya característica principal es una alteración del humor que el DSM-IV divide en episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maníaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable), los cuales se combinan constituyendo los diferentes trastornos del ánimo; y por último trastornos de ansiedad. Los porcentajes que corresponden a

cada uno se observan en la figura 6. Los pacientes con trastornos psiquiátricos fueron canalizados invariablemente al servicio correspondiente.

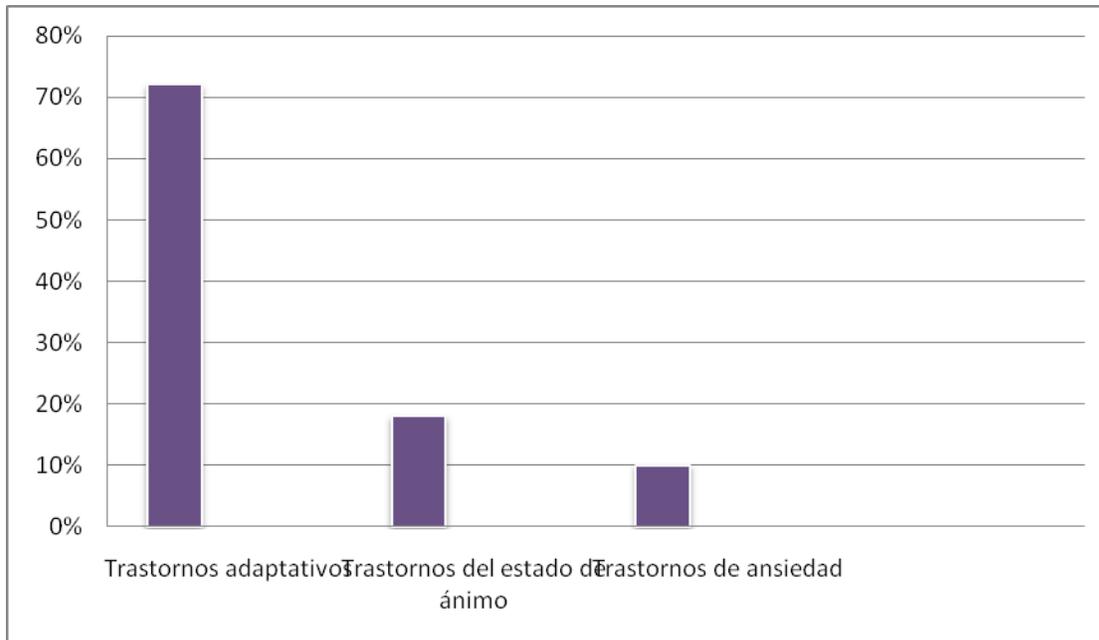


Figura 6. Diagnósticos psicológicos más frecuentes.

Finalmente, respecto al tipo de intervenciones realizadas, la más frecuente fue la psicoterapia cognitivo conductual para pacientes y familiares de pacientes, también fue frecuente la intervención en crisis por fallecimiento de un paciente (duelo), o por recibir malas noticias (diagnóstico médico, mal pronóstico de una enfermedad, recaídas de la enfermedad, poca efectividad del tratamiento, amputación de miembros, entre otras), y psicoeducación, la cual debía proporcionarse sin excepción a todo paciente que fuera diagnosticado con insuficiencia

renal crónica. En la figura 7 se ven los porcentajes que corresponden a cada tipo de intervención.

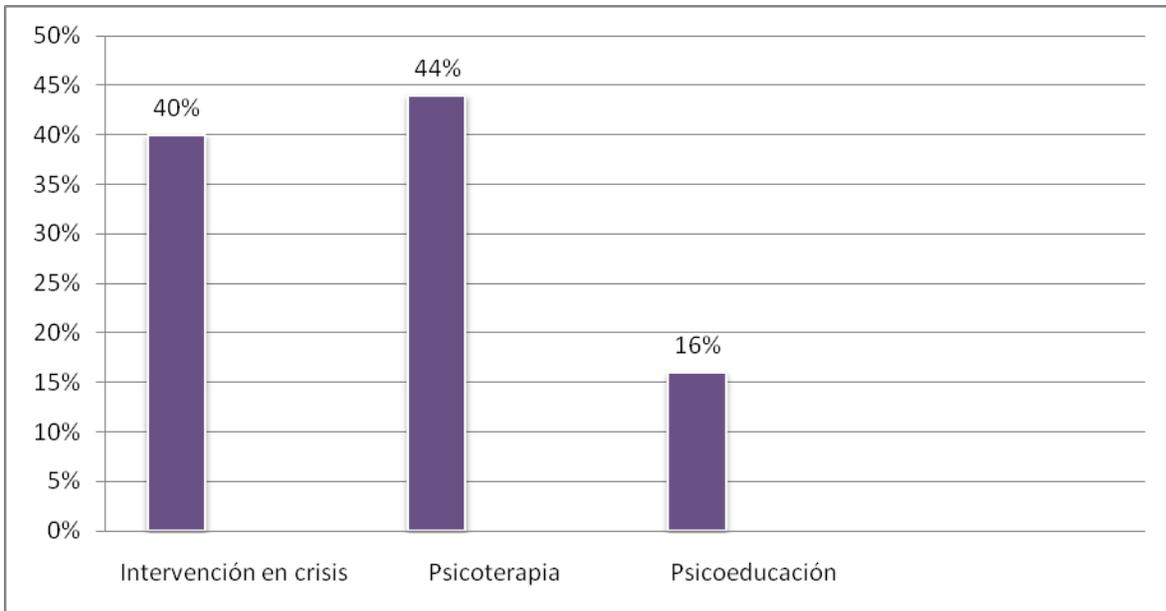


Figura 7. Tipo de intervención realizada.

5. Otras actividades

Actividades Académicas.

- Durante la mitad del primer año de residencia acudí a clases de tronco común del programa de maestría en Medicina Conductual.
- Dentro del hospital asistí a las sesiones de supervisión con el supervisor académico asignado por el Programa de Maestría los días martes.
- Asistí a las sesiones de residentes médicos de Medicina Interna, participando como ponente de temas relacionados con el manejo de duelo y comunicación de malas noticias en ambientes hospitalarios.

Asistencia a eventos Académicos

- Congreso Internacional de Adicciones: “Modelos de Vanguardia para la Atención” Centros de Integración Juvenil, A.C. 22 al 26 de octubre de 2007.
- Nutrición del Paciente con Insuficiencia Renal. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Octubre de 2007.

ANEXO 2

Segundo año de Residencia: Instituto Nacional de Rehabilitación.

Servicio de Tumores óseos.

Características de la sede.

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

La cámara de diputados aprobó la creación de Instituto Nacional de Rehabilitación como un organismo descentralizado para atender a la población con discapacidad en el país.

De acuerdo al Censo general de población y vivienda que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) cada 10 años, hasta el año 2000 había 1, 795,300 personas con distintos tipos de discapacidad en México. De ese total se hace una distribución

porcentual por tipo de discapacidad, en la que se menciona que 45% tiene alguna discapacidad motriz, 26% visual, 15.7% auditiva y 4.9% de lenguaje. Los motivos que producen discapacidad en las personas pueden ser variados, pero el INEGI los clasifica en cuatro grupos de causas principales: nacimiento, enfermedad, accidente y edad avanzada. De cada 100 personas con discapacidad: 32 la tienen porque sufrieron alguna enfermedad, 23 están afectados por edad avanzada, 19 debido a factores hereditarios, durante el embarazo o al momento de nacer. 18 quedaron con lesión a consecuencia de algún accidente y 8 por otras causas (INEGI, 2000).

Para el año 2050 se estima que la población total en México será de 145 millones y la población con discapacidad alrededor de 22 millones, esto es el 15% (INR, Portal Discapacinet, s.f).

El Instituto Nacional de Rehabilitación se encuentra ubicado en la Calzada México Xochimilco No. 289 Col. Arenal de Guadalupe, C.P.14389 Tel. 59 99 10 00

Cuenta con las especialidades médicas de: Audiología, Foniatría y patología del lenguaje, Medicina de Rehabilitación, Medicina del deporte, Oftalmología, Anestesiología, Otorrinolaringología, y Ortopedia.

a) El servicio de Audiología, Foniatría y patología del lenguaje proporciona atención en: Audiología; patología del lenguaje; Foniatría; Otoneurología; Psicología de la comunicación humana; terapia de

lenguaje; terapia de aprendizaje; terapia de voz y habla; y terapia de audición.

b) En Medicina de Rehabilitación, el INR cuenta con los servicios de Rehabilitación: de amputados; cardiaca; columna; en Medicina del deporte; de enfermedad vascular cerebral (EVC); traumatismo craneoencefálico (TEC); geriátrica; laboral e integral; de lenguaje; de lesión medular; osteoarticular; y pulmonar. Además de las clínicas de distrofias musculares y osteoporosis; electromiografía y potenciales evocados; malformaciones congénitas; Neurología; parálisis cerebral infantil y estimulación temprana; prótesis y órtesis; y terapia física y ocupacional.

c) El área de Medicina del Deporte se brinda servicio en: Reacondicionamiento físico; Farmacología del deporte; Psicología del deporte; Valoración y nutrición de deportistas.

d) En Oftalmología, se tratan los siguientes padecimientos: catarata; glaucoma; retinopatía diabética; enfermedades inflamatorias del globo ocular.

e) En el servicio de Anestesiología se atienden patologías quirúrgicas de las especialidades médicas de Ortopedia, Oftalmología, y Otorrinolaringología. Se realiza analgesia regional selectiva guiada por electroestimulación o por ultrasonido. Cuenta también con una Clínica de dolor y cuidados paliativos.

- f) El área de Otorrinolaringología se especializa en rehabilitación de los trastornos del aparato fonoarticulador, y rehabilitación de los trastornos de la audición y el equilibrio.
- g) En Ortopedia, se cuenta con las subespecialidades en: Cirugía de columna; Cirugía de mano; Deformidades neuromusculares; Infecciones óseas; Ortopedia del deporte y artroscopia; Ortopedia pediátrica; Reconstrucción articular cadera y rodilla; Reconstrucción articular de hombro y codo; Reumatología; Tumores óseos; Traumatología; Unidad de cuidados intensivos; y Urgencias.
- h) Como servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento tiene: Banco de sangre; Dietología; Tomografía computarizada; Resonancia magnética; Medicina nuclear; Radiodiagnóstico; y el Laboratorio de patología clínica.

Los residentes de la Maestría en Medicina Conductual están asignados al servicio de Tumores óseos, el cual pertenece al área de ortopedia.

Características del Servicio de Tumores Óseos

Es un servicio de alta especialidad Ortopédico- Oncológica, cuya función es dar tratamiento a pacientes de ambos sexos y de cualquier edad, portadores de neoplasias músculo-esqueléticas, de etiología benigna o maligna, localizados en extremidades o pelvis y metastásicas a hueso. Dentro de este servicio, constantemente se

realizan investigaciones para desarrollar nuevos métodos terapéuticos para el tratamiento de las neoplasias, desarrollo de prótesis, formación de recursos humanos de alta especialidad, y cirugía ortopédica-oncológica de vanguardia.

El tratamiento de los tumores óseos y de partes blandas es primordialmente quirúrgico, consiste en general de diferentes tipos de resección ósea, reconstrucción del segmento afectado, y quimioterapia, cuando el tumor es de etiología maligna.

El tratamiento de los tumores óseos y de partes blandas tiene un doble objetivo. Por un lado, la lesión debe ser resecada de acuerdo a criterios oncológicos establecidos y por otro lado deben realizarse procedimientos encaminados a alcanzar la continuidad ósea, los defectos deben ser cubiertos idealmente por tejido óseo funcional, esto es, que el tejido restaurado cubra las necesidades biomecánicas de la extremidad de forma completa o lo más completa posible para restaurar la función.

El Servicio de Tumores óseos cuenta con ocho camas de hospitalización, dos consultorios en consulta externa, una sala de juntas, una sala de quirófano cuatro veces por semana, equipo para efectuar Hipertermia neoplásica, equipo de artroplastía total de cadera no convencional, equipo para colocación de clavos y diferentes tipos de prótesis.

Para ser atendido en este servicio es necesario haber sido referido por un centro de salud o institución de primer o segundo nivel, con indicaciones por escrito y/o estudios preliminares que sugieran o confirmen la existencia de un tumor, o ingresar por el servicio de urgencias con una condición de salud que amerite la atención inmediata, y ser referido de ahí a Tumores óseos para iniciar el protocolo para determinación del diagnóstico y tratamiento, ya sea en hospitalización o en consulta externa. Los pacientes atendidos deben tener una expectativa de vida mayor de 4 meses.

Descripción de Actividades del Residente de Medicina Conductual en el Servicio de Tumores Óseos

Los Residentes de Medicina Conductual intervienen de manera integral, junto con los especialistas en Ortopedia Oncológica, para el tratamiento y ajuste de los estilos de vida que se producen como resultado del padecimiento de un tumor óseo, mediante la aplicación de técnicas de terapia cognitivo conductual. El propósito fundamental de los métodos de tratamiento aplicados es producir cambios emocionales, cognitivos y conductuales para que los pacientes afronten de forma adaptativa su enfermedad.

En el servicio de Tumores Óseos no existe personal de base para el área de Psicología, los únicos psicólogos con que se cuenta en Ortopedia, son los residentes de la Maestría en Medicina Conductual. Por esta razón el supervisor *in situ* designado por el Instituto fue el Oncólogo de base del servicio, quién se encargó de asignar las

actividades a realizar, y proporcionar retroalimentación respecto a los aspectos médicos de los casos tratados de forma constante. Durante la estancia en este servicio no se contó con un supervisor académico asignado por parte del Programa de Maestría.

El ingreso a piso de Tumores era a las 8:00 a.m., y el pase de visita debía iniciar a las 8:30, este se realizaba con el Jefe de servicio, los 3 médicos de base, residentes, la Jefa de enfermeras y la trabajadora social. Dependiendo de las características de los pacientes hospitalizados, en ocasiones asistían el Jefe de servicio de Rehabilitación de amputados y el Jefe de servicio de Patología.

Durante el pase de visita se tomaba nota de los pacientes que requirieran intervención psicológica de forma prioritaria (en este servicio se debía atender a todos los pacientes internados), posteriormente se revisaban los expedientes y de ser necesario se comentaba el caso con los médicos para obtener datos respecto a la evolución del padecimiento, opciones de tratamiento y pronóstico. Estos datos debían ser tomados en cuenta con todos los pacientes, tanto hospitalizados, como de consulta externa, ya que las intervenciones psicológicas que se realizan en el servicio de tumores óseos debía adecuarse a la etapa de atención médica en que se encontrara el paciente:

-Previa al diagnóstico: en ésta el paciente se encuentra en protocolo de estudio para determinar un diagnóstico y tratamiento. En

esta etapa la intervención consiste en proporcionar psicoeducación al paciente respecto a tumores benignos y malignos, las características generales, opciones de tratamiento, posibles complicaciones incluyendo componentes de adherencia terapéutica. En algunos casos es necesario realizar intervención en crisis en esta etapa, lo cual depende de las circunstancias en las que se halla descubierto el tumor. También se inicia el entrenamiento en técnicas de relajación, si el paciente lo requiere.

-Al momento del diagnóstico: una vez que el paciente cuenta con un diagnóstico, las reacciones que manifieste dependerán de su estilo de afrontamiento, del tipo de tumor que tenga y de lo invasivo que deba ser su tratamiento. Se realiza intervención en crisis, psicoeducación y reestructuración cognitiva. La intervención se puede realizar con el paciente y cuidadores primarios.

-Durante el tratamiento: dependiendo de las características de este, se proporcionan estrategias para manejar los efectos secundarios que pudiera ocasionar, se entrena al paciente en técnicas de relajación, se hace acompañamiento terapéutico en quirófano, y se promueve la adhesión terapéutica.

-En Rehabilitación: el INR cuenta con un servicio exclusivo para rehabilitación, el cual se encuentra en un área ajena a Tumores óseos, por ello se remarca la importancia de esta etapa al paciente, cuando se encuentra en hospitalización.

El objetivo de las intervenciones consistía en detectar y modificar las conductas disfuncionales del paciente respecto a: enfermedad, tratamiento, curación, complicación y muerte.

Específicamente, se buscaba que el paciente adquiriera competencias para:

- Afrontar las situaciones derivadas de su padecimiento.
- Afrontar las situaciones generadoras de estrés en el ámbito hospitalario.
- Crear redes de apoyo social que le resulten funcionales de acuerdo a su situación. Solucionar problemas y generar alternativas cuando así lo requiera.
- Tomar decisiones relacionadas con su padecimiento.
- Seguir las recomendaciones médicas.

Además de la atención a pacientes, se debían realizar actividades docentes, incluyendo la presentación de casos clínicos y temas de Psicología desde la perspectiva de Medicina Conductual, pertinentes a algún caso en particular, en las sesiones semanales del servicio y en las sesiones generales.

El residente debía participar en actividades de investigación, elaborando y aplicando protocolos de intervención socialmente

relevantes, de acuerdo a las necesidades detectadas en el servicio y que permitan desarrollar modelos más efectivos de atención y tratamiento integral de los pacientes.

Las actividades mencionadas, se insertan en un esquema rutinario de trabajo que se realiza en el servicio de Tumores óseos de lunes a viernes de 8:00 a 15:00, y que se resume en el Cuadro 6.

Cuadro 6. Actividades diarias

Actividades	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Pase de visita en piso de Tumores óseos	✓	✓	✓	✓	✓
Revisión de expedientes clínicos	✓	✓	✓	✓	✓
Asistir a sesión de Tumores óseos/ presentar casos/ exposición de temas psicológicos relacionados al ambiente hospitalario	✓				
Asistir a la consulta externa de Tumores óseos con el médico de base para captar pacientes y realizar intervenciones cuando sea necesario			✓		✓
Acompañamiento a pacientes en quirófano		✓		✓	
Atención psicológica a pacientes citados		✓		✓	
Atención psicológica a pacientes hospitalizados	✓	✓	✓		
Elaboración de notas		✓	✓	✓	✓
Atender interconsultas en los servicios que lo soliciten		✓	✓	✓	✓
Asistencia a sesión general del Instituto				✓	
Discusión de casos con supervisor <i>in situ</i>		✓	✓	✓	✓

Intervenciones psicológicas realizadas.

El número de pacientes atendidos en el Servicio de Tumores Óseos, del 3 de marzo al 27 de febrero de 2009 fue de 70, en hospitalización y en consulta externa, dando un total de 256 consultas, 70 de primera vez y 186 subsecuentes.

Los pacientes fueron valorados e intervenidos mediante técnicas psicológicas de corte cognitivo conductual para el manejo de la problemática referida, en relación a su diagnóstico, padecimiento y/o tratamiento médico.

El rango de edad de los pacientes atendidos fue de 7 a 75 años, de los cuales 36 fueron del sexo femenino y 34 masculinos.

La clasificación de tumores de los pacientes atendidos se distribuyó en 6 diferentes diagnósticos de tumores malignos y 6 tipos de tumores benignos.

Los diagnósticos de tumor maligno de los pacientes tratados fueron: osteosarcoma (58%), sarcoma sinovial (16%), condrosarcoma (11%), melanoma maligno (5%), mieloma múltiple (5%), y rabdiosarcoma (5%). De estos pacientes, el 63% recibió quimioterapia.

Respecto a los tumores benignos, el más frecuente fue el tumor de células gigantes con 44.5% del total de estos casos, el porcentaje restante se dividió entre los diagnósticos siguientes: quiste óseo

aneurismático, osteoma osteoide osteocondromatosis múltiple, deformidades múltiples, y condroblastoma.

Los casos sin diagnóstico al momento de la intervención fueron 14, de los cuales el 57% correspondió a fracturas en terreno patológico, y el 43% restante se encontraban en protocolo de estudio.

Los porcentajes correspondientes a los datos descritos arriba, se observan en la figura 8.

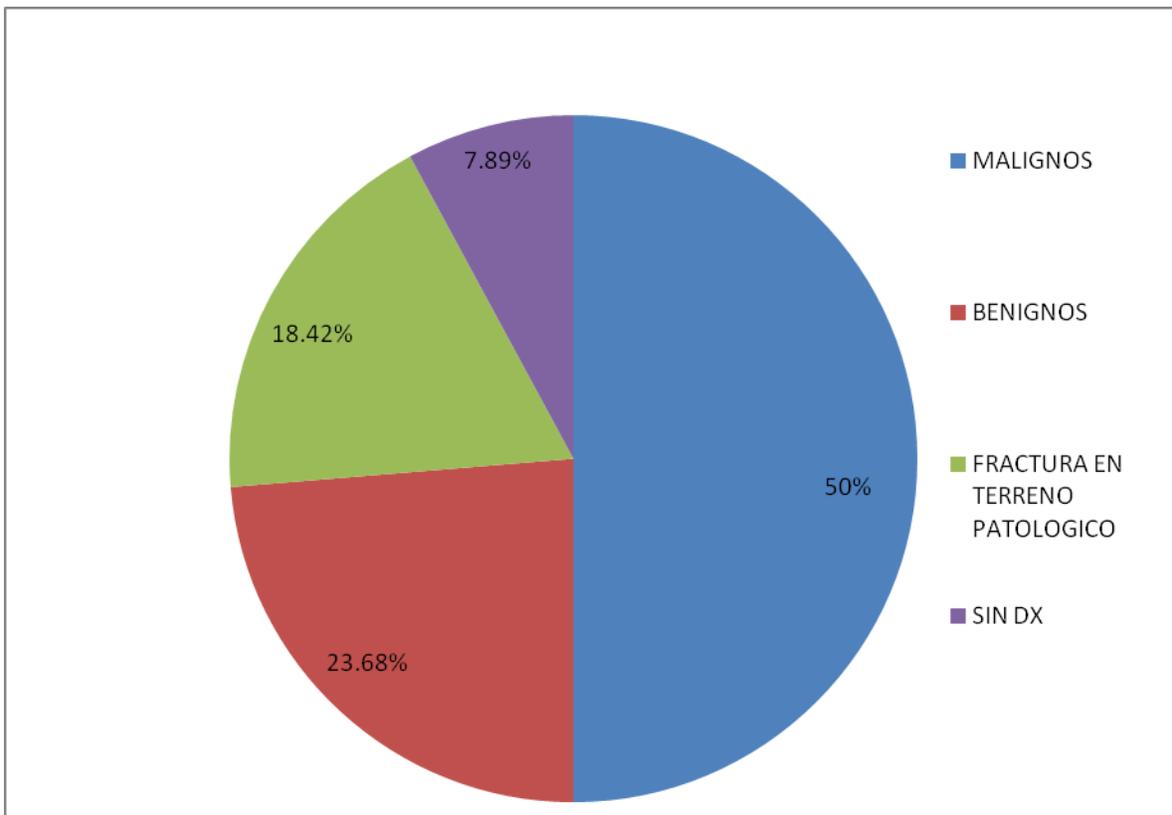


Figura 8. Clasificación de tumores.

Los procedimientos quirúrgicos a los que fueron sometidos los pacientes atendidos se dividen en radicales (desarticulación o amputación de miembro pélvico o torácico), y conservadores (artrodesis de rodilla, resección de tumor, colocación de prótesis tumoral o colocación de clavo centromedular, incluida la toma de biopsia). De los pacientes atendidos el 18.42% fue tratado de forma radical y el 81.58% restante de forma conservadora Figura 9.

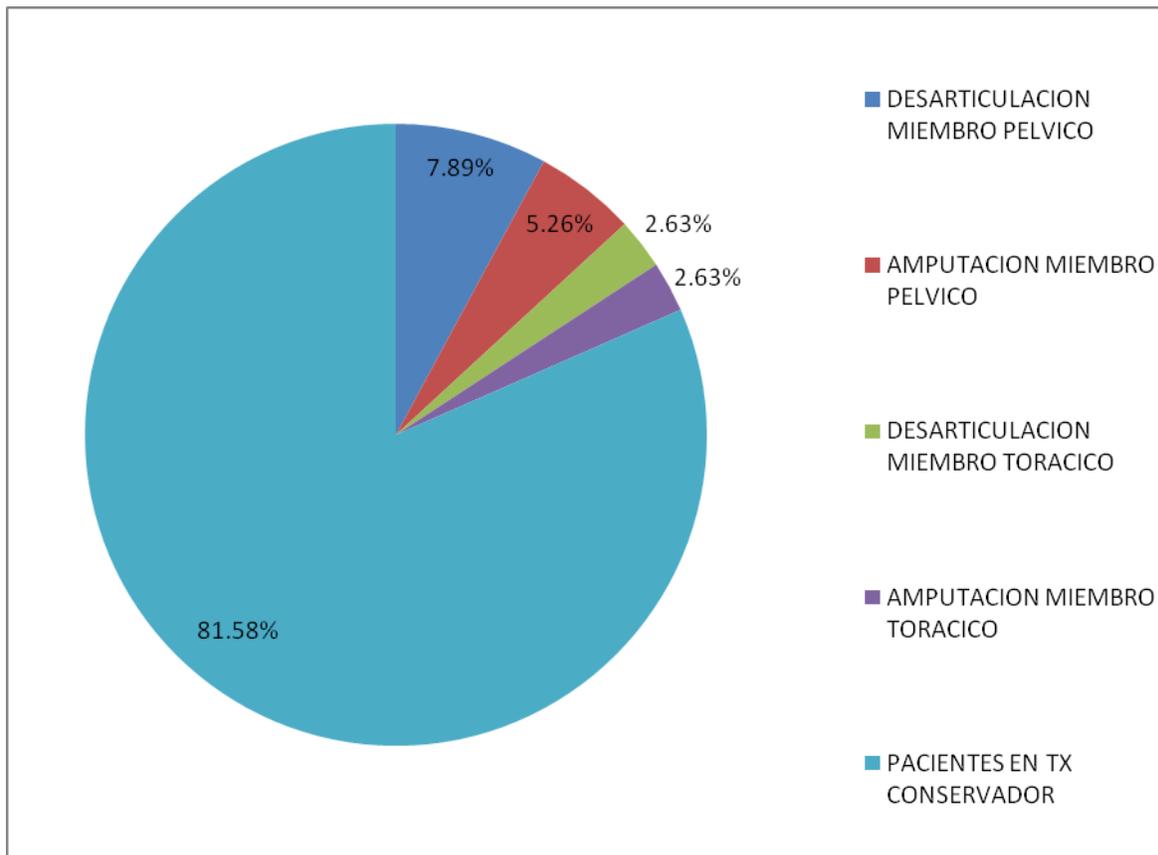


Figura 9. Procedimientos quirúrgicos.

Durante la estancia en esta sede, se siguió un protocolo de intervención con los pacientes, el cual incluía los siguientes puntos:

- Revisión de datos clínicos del caso: revisión de expediente para obtener ficha de identificación, y datos clínicos relevantes.
- Entrevista cognitivo conductual: examen mental, narrativa de enfermedad y modelo individual de la enfermedad, el cual se determina por el diagnóstico y características personales del paciente.
- Impresión diagnóstica: formulación del caso
- Plan de tratamiento: aplicación de instrumentos, formulación de intervenciones, técnicas cognitivo conductuales

Entre las técnicas utilizadas se incluían: psicoeducación, programa conductual, reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, desensibilización sistemática y acompañamiento en quirófano.

Este protocolo se siguió principalmente con los pacientes que tuvieran diagnóstico de tumor maligno, por lo que todos los pacientes que ingresaron a quirófano para una cirugía radical recibieron acompañamiento.

Se atendieron tres interconsultas para el Servicio de Rehabilitación de Amputados, que consistieron en la valoración psicológica de pacientes amputados o desarticulados, en espera de prótesis.

Finalmente, cabe destacar que actualmente en el INR, los médicos ortopedistas dan mayor importancia a conceptos conductuales y emocionales, incorporando en su práctica clínica habitual el trabajo de los psicólogos, como parte integral de sus intervenciones e investigaciones. Una muestra de esta afirmación es el hecho en el *Manual de Guías Clínicas del Servicio de Tumores Óseos*, se incluye la atención psicológica como parte del tratamiento, en la parte que corresponde a rehabilitación, y se indica específicamente en todos los tipos de osteosarcoma que se tratan en el servicio (INR, 2009).

Otras actividades

Asistencia a eventos Académicos

- Curso-Taller Internacional “P.A.I.N. Management- State of Art” Instituto Nacional de Rehabilitación. 10 de marzo al 7 de abril de 2008, 16 horas académicas
- Manejo de Duelo en el Paciente con Cáncer. Sociedad Mexicana de Psico-Oncología A.C. /Facultad de Psicología de la UNAM. Abril de 2008.
- XVI Congreso Mexicano de Psicología Regulación profesional: Una necesidad ante la problemática social. Presentación del cartel: “Manejo psicológico del paciente en el servicio de Tumores óseos” (Finalista mejor cartel). Sociedad Mexicana de Psicología, A.C.; El Colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología, A.C.; Universidad Autónoma de Nuevo León. 2 de octubre de 2008 en Monterrey, Nuevo León.
- Ciclo de conferencias: Metodología en Ciencias de la Salud. Impartida por el Dr. Robert M. Kaplan, de la Universidad de California (UCLA). Universidad Nacional Autónoma de México; Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud. Del 29 al 31 de octubre de 2008.

- III Jornadas de Médicos Residentes INR. Instituto Nacional de Rehabilitación. 27 y 28 de noviembre de 2008

Competencias alcanzadas durante la Residencia en Medicina Conductual.

El trabajo directo con pacientes con enfermedades crónico-degenerativas permitió poner en práctica los conocimientos teóricos y el perfeccionamiento y adquisición de habilidades clínicas.

Entre las habilidades y competencias alcanzadas durante la residencia se encuentran:

- Conocimiento del lenguaje médico y relacionado con los diferentes padecimientos que se atienden en los servicios a los que estuve asignada.
- Comunicación efectiva y profesional con el personal de salud.
- Evaluación y diagnóstico del paciente hospitalizado.
- Establecer rapport y relaciones terapéuticas efectivas en periodos muy cortos de tiempo y en condiciones de internamiento.
- Identificar los problemas psicológicos que presentan con mayor frecuencia los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.
- Conocer, aplicar y adaptar las técnicas cognitivo conductuales a los diferentes problemas psicológicos que presentan los pacientes con alguna enfermedad médica.

- Adaptar las intervenciones de acuerdo al servicio, paciente, diagnóstico y condiciones que se presentaran al momento.
- Evaluar los resultados derivados de la intervención.
- Desarrollar programas de intervención en pacientes con enfermedad crónica a nivel individual y grupal.
- Trabajar dentro de un equipo multidisciplinario con el objetivo de mejorar la salud física y psicológica del paciente.
- Identificar problemáticas psicológicas y conductuales en los cuidadores o familiares de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas,
- Intervenir en ellos para complementar el tratamiento del pacientes y facilitar algunos cambios conductuales y emocionales.

ANEXO 3

REGISTRO DE PENSAMIENTOS DIARIOS

Situación	Emociones	Pensamientos automáticos	Distorsiones cognitivas	Respuestas racionales
<p>Describa el acontecimiento real que provocó la emoción desagradable</p>	<p>Especifique: triste, ansioso, irritado, etc.</p>	<p>Escriba el pensamiento o pensamientos automáticos que acompañan a la emoción o emociones</p>	<p>Identifique la distorsión o distorsiones cognitivas presentes en cada pensamiento automático:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etiquetado • Adivinación del pensamiento • Pensamiento dicotómico • Atención selectiva 	<p>Anote una respuesta racional para cada pensamiento negativo</p>

ANEXO 4
REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS

Actividades	L	M	M	J	V	S	D	Total
<p>Descanso</p> <p>Tiempo (minutos/horas) que descansó durante el día. Número de horas que durmió durante la noche, especifique si el sueño fue reparador.</p>								
<p>Actividades académicas</p> <p>Qué días asistió a la escuela y cuantas horas dedicó a actividades académicas: hacer tareas, estudiar.</p>								
<p>Asistencia a consulta médica</p> <p>Qué días de la semana acudió a consultas médicas y de rehabilitación.</p>								
<p>Quehaceres domésticos</p> <p>Qué días de la semana realizó alguna actividad domesticas como cocinar, limpiar, lavar trastes o ropa, etc. y qué tiempo le tomó.</p>								