



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
DE LA SALUD

INFORME DE EXPERIENCIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ERIKA GALÁN ZÁRATE

JURADO DE EXAMEN DE GRADO
DIRECTOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
COMITÉ: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
DRA. ISABEL REYES LAGUNES
DR. ARTURO MARTÍNRRZ LARA



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.

A Dios padre por darme tantas bendiciones; por darme la oportunidad de conocer al gran amor de mi vida; por pertenecer a mi familia que de ella he aprendido tanto; por darme la oportunidad de conocer a la gente indicada que me ayudó en tiempos difíciles en mi vida; por darme la oportunidad de hacer lo que me gusta... aliviar el sufrimiento del otro a través de la psicología.

A mi gran amor, mi Vic, contigo he aprendido que el amor rebasa el significativo y va mas allá de él; no he escuchado una gratitud más del alma y más honesta, que la de un niño al decirte: "gachas Cubo"... y eso quiero decirte "gachas Cubo" por dejarme compartir tu vida... TE AMO.

A ti papá que aunque ya no estás aquí sigues estando con nosotros y te recordamos con mucho cariño.

A ti Mamá por ser una guerrera incansable de la vida y por enseñarme a luchar sin darme por vencida y por ti he podido terminar por fin este sueño, que también es parte de tu logro, muchas gracias mamá, te quiero mucho.

A ti Víctor Manuel por ser mi ángel de luz que me hizo renacer al iluminar mi camino hacia Dios.

A katy, por ser una gran amiga y acompañante de mi vida sobre todo en momentos tan dolientes.

A ti Ixchel, querida amiga, por estar siempre conmigo, y a enseñarme a creer en la palabra incondicional.

Quiero mencionar con mucho cariño a Samuel Jurado, quien ha estado muy cerca de mi no solo como tutor si no también como persona, mostrando esa calidad y calidez de ser humano que lo caracteriza, agradeciéndole todo el apoyo y confianza que ha tenido conmigo.

Martha, sin valioso apoyo, la conclusión de este proyecto no hubiera sido posible, muchas gracias.

ÍNDICE

Resumen	1
Abstrac	3
Introducción	5
Capítulo 1 Medicina Conductual y Psicología de la Salud	9
1.1 <i>Reseña histórica de la medicina conductual y psicología de la salud</i>	9
1.2 <i>Impacto psicológico de la enfermedad</i>	11
1.3 <i>Medicina conductual y la enfermedad en escenarios hospitalarios</i>	15
Capítulo 2 El cáncer y sus efectos psicológicos en el adulto	19
Padecimiento del cáncer en el adulto	19
2.1 <i>Dolor por cáncer</i>	20
Efectos psicológicos del cáncer en el adulto	20
2.2 <i>Ansiedad</i>	24
2.3 <i>La amenaza y la ansiedad</i>	26
2.4 <i>Diferencias individuales en la propensión a la ansiedad</i>	27
2.5 Reacciones de ansiedad ante la cirugía	28
2.6 La ansiedad y la adaptación	30
Capítulo 3 Leucemia en niños	33
Padecimiento de leucemia en niños	33
3.1 <i>Causas de la leucemia</i>	36
3.2 <i>Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en la leucemia</i>	37
Comportamiento ante el diagnóstico	41
3.3 <i>Amenaza a la supervivencia</i>	41
3.4 <i>Amenaza para la imagen personal</i>	43
3.5 <i>Reacciones psicológicas en los niños</i>	45
3.6 <i>Reacciones psicológicas en los adolescentes</i>	46
Capítulo 4 Técnicas cognitivo conductuales para el manejo de la ansiedad	49
Técnicas cognitivo conductuales	49
4.1 <i>Relajación muscular progresiva (RMP)</i>	52
4.2 <i>Variantes</i>	53
4.3 <i>Entrenamiento autógeno</i>	54
4.4 <i>Imaginación visual guiada</i>	55
4.5 <i>Respiración diafragmática</i>	56
4.6 <i>Reestructuración cognoscitiva</i>	57
4.7 <i>Retroalimentación biológica</i>	58
Capítulo 5 Informe de actividades en el hospital Juárez de	61

México	
5.1 Hospital Juárez de México	61
5.2 Actividades dentro del hospital	62
5.3 Actividades con el supervisor académico	62
5.4 Organización interna del hospital	63
5.5 Servicio: Tumores de cabeza y cuello	63
5.6 Análisis del servicio de tumores de cabeza y cuello	69
Evaluación de tratamiento con técnicas cognitivo-conductuales en el manejo de la ansiedad preoperatoria en pacientes con cáncer de cabeza y cuello	
5.7 Objetivo	71
5.8 Pregunta de investigación	71
5.9 Hipótesis	71
5.10 Definición de variables	71
5.11 Diseño de investigación	72
5.12 Tipo de estudio	72
5.13 Alcance del estudio	73
5.14 Participantes	73
5.15 Criterios de inclusión	73
5.16 Criterios de exclusión	73
5.17 Instrumento	74
5.18 Descripción del instrumento	75
5.19 Confiabilidad y validez del instrumento	77
5.20 Procedimiento	77
5.21 Análisis de datos	82
5.22 Resultados	82
5.23 Discusión y conclusiones de la evaluación	91
5.24 Limitaciones y sugerencias	94
Otras actividades realizadas	96
5.25 Pacientes quirúrgicos	100
5.26 Pacientes internados en ciclo de quimioterapia	101
5.27 Pacientes subsecuentes	102
5.28 Pacientes terminales	103
5.29 Conclusiones e impresiones personales	104
5.30 Competencias profesionales alcanzadas	105
Capítulo 6 Informe de actividades en el Instituto Nacional de Pediatría	108
6.1 Instituto Nacional de Pediatría	108
6.2 Actividades dentro del hospital	110
6.3 Actividades con el supervisor académico	111
Organización interna del hospital	111
6.4 Actividades realizadas en el servicio de leucemia	112
6.5 Pacientes de primera vez	112
6.6 Pacientes Subsecuentes	115
6.7 Pacientes con recaída	116
6.8 Pacientes terminales	117

6.9 Casos atendidos	119
6.10 Abordaje psicológico	121
6.11 Competencias profesionales desarrolladas	127
6.12 Conclusiones e impresiones personales	128
Referencias	131
Anexo	139

RESUMEN

En este informe de experiencia muestro las intervenciones, los programas cognitivo conductuales desarrollados y actividades diarias relacionadas con la Maestría en Psicología de la Salud, dentro y fuera del Hospital Juárez de México y del Instituto Nacional de Pediatría.

En ambas instituciones asistí al pase de visita hospitalaria junto con los médicos; también acudí a sesiones psicológicas donde presentaban casos clínicos discutidos desde diferentes orientaciones psicológicas.

En el marco de actividades académicas, en ambas instituciones acudía con el supervisor in situ para la revisión y discusión de la teoría aplicado a casos clínicos que tuve en los escenarios hospitalarios.

Con el supervisor académico me reunía una vez por semana, revisábamos literatura necesaria para complementar el trabajo hospitalario con los pacientes, me recomendaba bibliografía para ampliar conocimientos en el área de medicina conductual y referentes al área médica donde me encontraba.

En el Hospital Juárez de México estuve en el área de cabeza y cuello, encontrando como una de las principales problemáticas la ansiedad preoperatoria derivado de una inadecuada estrategia de afrontamiento ante la enfermedad y su tratamiento, por lo que realice una Evaluación de tratamiento con técnicas cognitivo-conductuales en el manejo de la ansiedad preoperatoria en pacientes con cáncer de cabeza y cuello, obteniendo entre otros resultados la disminución de la ansiedad.

En el Instituto Nacional de Pediatría estuve en el área de psicología en atención a los niños con leucemia, los primeros

dos meses fueron de inducción y de capacitación al área, ya que se emplean baterías psicológicas como parte de la atención al paciente.

A partir del tercer mes tuve una evaluación en el diagnóstico derivado de la batería psicológica; se inició el tratamiento psicológico cognitivo conductual supervisado con los pacientes, revisando expedientes clínicos y haciendo notas; actividades que se realizaron hasta la conclusión del período hospitalario.

ABSTRACT

In this report show experience interventions, cognitive behavioral programs developed and daily activities related to the Master of Health Psychology, inside and outside the Juarez Hospital of Mexico and the National Institute of Pediatrics.

At both institutions I attended the hospital visit pass with physicians, also attended sessions where they presented clinical cases psychological discussed from different psychological orientations.

In the context of academic activities at both institutions came to the site supervisor for review and discussion of the theory applied to clinical case scenarios I had in the hospital.

With the academic supervisor I met once a week, we looked back literature necessary to supplement the hospital work with patients, literature recommended me to broaden knowledge in the area of behavioral medicine and health related to the area where I was.

In the Juarez Hospital in Mexico was in the head and neck area, finding one of the main problems preoperative anxiety resulting from an inadequate strategy for coping with the disease and its treatment, so an evaluation of cognitive therapy techniques behavioral in the management of preoperative anxiety in patients with head and neck cancer, among other results obtained reducing anxiety.

At the National Institute of Pediatrics was in the area of psychology in regard to children with leukemia, the first two months were induction and training to the area as psychological batteries are used as part of patient care.

From the third month I had an assessment in the diagnosis derived from the battery psychological treatment was supervised cognitive behavioral psychological patients, reviewing medical records and making notes, activities that were carried out until the end of the period hospitals.

Introducción

Las 10 principales causas de muerte reportadas en México por la Secretaría de Salud en el 2000 fueron:

1. Enfermedades del corazón
2. Tumores malignos
3. Accidentes
4. Diabetes mellitus
5. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
6. Neumonía e influenza
7. Enfermedades infecciosas intestinales
8. Enfermedad cerebrovascular
9. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado
10. Homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona

Las enfermedades cardiovasculares ocupan la primera causa de defunción; este tipo de enfermedad se establece por la presencia de características biológicas y por una serie de factores de riesgo como la hipercolesterolemia y obesidad, que pueden formar parte de hábitos alimenticios inadecuados y generalmente aprendidos, por lo que la intervención del psicólogo se justifica para modificar esas conductas.

Además, se consideran factores de riesgo para la aparición de enfermedad coronaria el sedentarismo y el patrón conductual tipo A relacionado con el estrés, condiciones que son parte del estilo de vida de un sujeto, susceptible de ser cambiado a través de una adecuada intervención por parte del psicólogo experto en medicina conductual (Shapiro, 1988).

La segunda causa de muerte son los tumores malignos y que en el área de la salud se hace necesaria la presencia del psicólogo experto capaz de coadyuvar con el médico en el tratamiento, ya sea para intervenir en disminuir los síntomas y signos consecuencia de la quimioterapia y/o para favorecer en el paciente la adherencia terapéutica (Coates y Gebski, 1988).

Otras enfermedades causantes de mortandad son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial sistémica idiopática, causantes de la enfermedad cerebrovascular (Johnson,1993).

Los pacientes diabéticos, por su condición, presentan una serie de problemas derivados de su enfermedad, desde escasa adherencia terapéutica hasta deficiencias en sus habilidades de afrontamiento de la enfermedad, ello como producto del poco conocimiento del curso natural de la misma y en el caso de los pacientes con hipertensión arterial, también se han visto deficiencias en sus estrategias de afrontamiento ante el estrés (Galindo,2007).

En el programa de maestría en Psicología, la residencia en medicina conductual, se menciona que desde 2001 se considera a la enfermedad como producto de un estilo de vida inadecuado, es fácil suponer que la curación y la rehabilitación de la persona no será alcanzada tan solo con la hospitalización y una serie de indicaciones médicas, se hace fundamental contar con el apoyo de una disciplina que de manera sistemática proporcione al paciente las habilidades necesarias para modificar sus conductas, en otras palabras, su estilo de vida.

Por lo tanto, los programas enfocados a la adherencia terapéutica, prevención de enfermedades, reducción del estrés, cambio de estilo de vida , mejoramiento y/o mantenimiento de nuevas condiciones de vida en el caso de enfermedades crónicas y manejo de la depresión son áreas de la medicina conductual que pueden abordarse en los escenarios de atención a la salud.

Es importante señalar que en escenarios hospitalarios se ve la necesidad de apoyar al paciente a reducir los problemas psicológicos que se derivan o que se pueden derivar de forma secundaria a su estancia hospitalaria como son los estados depresivos, la ansiedad, la inseguridad, la desesperanza, la dependencia, y la afección en la imagen corporal (Burns, 1980; Fried y Fried, 1981; Huazo, 1983; Maher, 1983; Streizer, 1984; Blum y Gordillo, 1989; Towne, Alexander y Lanch y Valderraban, 1990; Bradley, Stanley y Uri, 1992; Aguirre, 2001) son algunos de los ejemplos en los que un psicólogo experto en medicina conductual puede intervenir con estrategias cognitivo conductuales para atender dichas problemáticas.

El programa de residencia en Medicina Conductual para el entrenamiento de posgraduados de nivel de maestría en Psicología, ofrece una alternativa hasta hoy poco explorada en nuestro país; la propuesta del plan de estudios conlleva necesariamente la investigación de los factores asociados a la existencia de diversos problemas presentes en el área de la salud y en este informe de experiencia se muestra una parte del modelo de entrenamiento en la residencia de Medicina Conductual en el Hospital Juárez de México (catalogado como segundo nivel de atención en salud) y en el Instituto Nacional

de Pediatría (ubicado en un tercer nivel de atención en salud).

Capítulo 1

Medicina conductual y psicología de la salud

1.1 *Reseña histórica de la medicina conductual y psicología de la salud*

La Medicina Conductual surgió formalmente en 1978 en la Ciudad de Chicago como "Society of Behavioral Medicine", a partir de ese momento el campo de la Medicina Conductual comenzó a crecer rápidamente y se empezó a editar el boletín "Behavioral Medicine Update" y aparece el primer número de la revista "Journal of Behavioral Medicine".

Para 1979 Pomerleau y Brady definieron a la Medicina Conductual como el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta (terapia conductual y modificación de conducta) para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica y como la dirección de la investigación que contribuye al análisis funcional y entendimiento de las conductas asociadas con trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud .

Por otra parte el desarrollo de la medicina conductual y la bioretroalimentación, que los años setenta tuvo un gran auge en Estados Unidos, dio lugar al origen de la Psicología de la Salud y en 1978 se creó la división de Psicología de la salud en la American Psychological Association, para 1982 la revista *Health Psychology* empezó a publicarse de manera oficial (Bayés,1985).

En México (1986) se establece el primer programa de formación a nivel de posgrado, enmarcado en el modelo de las residencias médicas.

Esto es, un programa académico universitario de nivel maestría en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México donde se emplean los campos clínicos de las instituciones de la secretaría de salud para el desarrollo del programa, lo que permite a los psicólogos en formación participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención.

En 1992 el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaría de Salud, llevó a cabo el programa de Residencia de Atención Integral a la Salud, en el que se formaron psicólogos de la salud, teniendo una duración de dos años y se enfocándose a la atención primaria con énfasis en la prevención primaria (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2001).

Desde 2001 en el programa de Residencia se realiza el trabajo en conjunto, integral y complementario hacia la atención de pacientes con problemas crónicos a través de diferentes estrategias de afrontamiento, que implican básicamente entrenar al paciente a aprender a vivir de la mejor manera posible y evitar deterioros psicológicos y conductuales para mejorar la calidad de vida de los pacientes; ya que una enfermedad crónica degenerativa no solo marca y deteriora el cuerpo del paciente, sino que además impacta su vida social, emocional y psicológica (Arbizu,2004).

1.2 Impacto psicológico de la enfermedad

Kübler-Ross en 1972 mencionó que enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad, soportar el tratamiento y permanecer en estado de expectación para muchas personas supone una incertidumbre respecto del futuro que afecta emocionalmente al enfermo, a la totalidad del núcleo familiar y del círculo de amistades que conjuntamente con el paciente sufrirán las consecuencias de esas alteraciones y se verán afectados por varias emociones que a veces son difíciles de manejar y controlar, como por ejemplo: tristeza, soledad, ira, rabia, miedo, ansiedad, depresión, desesperación, y desesperanza.

Por otra parte, Kübler-Ross comentó en ese mismo año que muchas personas se frustran, sienten coraje, se deprimen, se sienten desesperanzados y solos, y se afecta su autoestima entre otras consecuencias emocionales que traen su limitación física, el dolor, y los cambios en las relaciones y armonía familiar, marital, los cambios en el área laboral y la habilidad para realizar tareas, alteraciones en las relaciones con amistades, y cambios o impedimentos para las diversiones

Otras personas que sufren de problemas médicos que ocasionan dolor físico, tales como dolores de cabeza o de espalda crónicos, migrañas, artritis, etc., desconocen que además tienen problemas de estrés como resultado de tener que vivir con su dolor físico y los cambios de vida que generan sus dificultades médicas (Jonson, 1980).

Independientemente de las afecciones físicas que puede conllevar la enfermedad y la terapéutica médica, otras áreas relacionadas con la personalidad y estilo particular de vida del paciente sufrirán alteraciones que, aunque en diversos casos posiblemente podrían ser pasajeras, interferirán en la calidad de vida de la persona, por ejemplo, el área de las relaciones con familiares y amistades, las relaciones y desempeño profesional-laboral, el funcionamiento sexual, es por mucho donde los cambios acontecidos a raíz de una enfermedad y su tratamiento van a ser más marcados (Shapiro, 1988).

A menudo el balance saludable es difícil de lograr sin la ayuda y guía de un profesional que oriente sobre como los aspectos psico-emocionales, las expectativas, las actitudes y el estrés, se manifiestan en los problemas de salud y como aprender a manejarlos apropiadamente, estos factores que hoy día sabemos por numerosas investigaciones se interrelacionan con los aspectos médicos de diversas enfermedades (Bombardier, Russel, 1986; Croog, Levine, 1986; Blum, Gordillo, 1989; Bradley, Beverly, Stanley, Uri, 1992;) y que ha conducido a la Medicina Conductual ("Behavioral Medicine") a estudiar y tratar esos dilemas, propone que los pacientes sean tratados bajo la perspectiva de Recuperación Integral de la Salud ("Total Wellness").

En el procedimiento efectivo de enfermedades que producen dolor se hace sumamente necesario incluir el manejo psico-emocional para lograr un tratamiento integral que brinde un mayor bienestar al paciente, quien necesita aprender habilidades que le ayuden a controlar las diferentes emociones

por las que atraviesa en el proceso de enfermedad, también necesita aprender a cambiar sus actitudes y su forma de pensar acerca de su padecimiento y a manejar los cambios que impone su condición de salud en todas las áreas de su vida, ya que la experiencia del dolor físico y emocional drena energías, sobre todo cuando se encuentra en un escenario hospitalario (Edgar, L., Rosberger, Z., Nowlis, D, 1992); por eso es importante que un psicólogo experto en medicina conductual se encuentre cerca del paciente para apoyarlo en resolver y afrontar estas situaciones tan difíciles.

El paciente y su familia muchas veces se ven involucrados en una serie de emociones y pensamientos que demoran el desarrollo de conductas y actitudes adecuadas para afrontar la enfermedad y que promuevan comportamientos adecuados favorables en la recuperación de su salud (Polaino y Rumeu, 1994).

Algunas circunstancias en que se necesita orientación y tratamiento psicológico son (Slaikeu, 1996):

- ▶ Manejo del estrés
- ▶ Manejo del coraje y la frustración
- ▶ Manejo de la depresión
- ▶ Manejo de la autoestima
- ▶ Manejo de la comunicación en la familia
- ▶ Manejo de la comunicación en la relación con la pareja
- ▶ Aceptación de las limitaciones y cómo desarrollar alternativas a dichas limitaciones
- ▶ Manejo de las sensaciones e interpretaciones acerca del dolor

- ▶ Manejo de formas inadecuadas de pensar
- ▶ Manejo de la vergüenza por la enfermedad o sus limitaciones
- ▶ Manejo de la ansiedad y/o el temor a los procedimientos médicos
- ▶ Manejo de imágenes, visualización positiva y auto-hipnosis
- ▶ Manejo de sentimientos de culpa
- ▶ Otra variedad de circunstancias

Algunas problemáticas médicas y/o áreas de salud con componentes emocionales claros que necesitan ser tratados para una mejoría integral del paciente, y en las cuales la intervención a través de procedimientos psicológicos por un profesional de la psicología clínica con preparación y experiencia en el área de la modificación conductual o modificación conductual-cognoscitiva y la medicina conductual son:

- ▶ Dolores de cuello
- ▶ Dolores de espalda
- ▶ Dolores de cabeza crónicos/migraña
- ▶ Neuralgias
- ▶ Diabetes
- ▶ Hipertensión
- ▶ Cáncer
- ▶ Artritis
- ▶ Enfrentar procedimientos médicos dolorosos
- ▶ Cambios de hábitos nutricionales
- ▶ Integración de rutina de ejercicios
- ▶ Problemas médicos con componentes de estrés
- ▶ Diversas problemáticas médicas que tienen componentes

de dolor físico

▶Modificación conductual para el manejo del nivel de colesterol

▶Diversos tipos adicionales de problemáticas

Las actitudes del paciente hacia su enfermedad muchas veces cambian la pauta de los estilos de comunicación familiar, y las actitudes de la familia como respuesta a la reacción del paciente influirán, sin lugar a dudas, en el mantenimiento de patrones de conducta que puedan ser favorables o perjudiciales para su salud; lo mismo ocurre en las relaciones con las amistades y allegados (Almanza, 2001).

1.3 Medicina conductual y la enfermedad en escenarios hospitalarios

Rodríguez y Rojas en 1998 mencionaron que en este año, el 45% de la población en nuestro país, no tenía derecho a alguna de las instituciones de seguridad social debido a sus condiciones de trabajo y de vida como son los trabajadores independientes, los pequeños comerciantes, las amas de casa, los ejidatarios, comuneros, desempleados, etc., por estos motivos, el Gobierno ha liderado el establecimiento del Seguro Popular como un recurso de atención médica universal, el cual entró en operación en 2004 ("Gaceta de comunicación interna", 2004) y que continúa hasta la fecha, organizando los servicios en tres niveles de atención, los cuales son:

1. El primer nivel de atención, representado por los centros de salud, clínicas de atención primaria a la salud o unidades de medicina familiar, en donde la meta consiste en atender la mayoría de los padecimientos no complicados, de fácil

solución, que requieren recursos y equipamiento poco complejos para proporcionar la atención, la cual está orientada a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades, así como a la organización de la comunidad para el autocuidado de su salud.

2. El segundo nivel de atención, representado por unidades de salud con instalaciones de mayor capacidad resolutive, en las cuales se presta atención en cuatro especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, pediatría y ginecobstetricia, así como también se ofrece el servicio de hospitalización.

3. El tercer nivel de atención, está fundamentalmente orientado a la formación de recursos humanos altamente especializados y a la investigación, brindando de esta manera atención especializada.

Dependiendo de la enfermedad que padezcan las personas, será el nivel de atención en el que serán atendidos; los datos de la distribución etaria de un país son importantes ya que muestra un pronóstico de los servicios de salud que son y serán necesarios para la atención de padecimientos en cada rango de edad.

Frecuentemente se califica a México como un país joven, ya que las cifras del censo de 1970 mostraban que el 56.93% de sus habitantes tenían entre 0 y 19 años; en la actualidad, la media de edad de los mexicanos se está elevando y en el conteo de 1995 este porcentaje se redujo al 46.51%.

Tabla 1. Distribución etaria en México en el año 2000

Rango de edad	Cantidad	Porcentaje
0-19 AÑOS	42,403,782	46.51%
20-39 AÑOS	29,395,297	32.24%
40-59 AÑOS	13,174,715	14.45%
60 Y MAS	5,969,643	6.54%
TOTAL	91,158,290	100%

FUENTE: Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2000.

La importancia de estos datos radica en el hecho de que debido al impacto de los programas de salud que se encuentran vigentes, entre los que se pueden citar a los de planificación familiar, atención a la población infantil y las campañas de vacunación masivas se ha logrado un decremento de la mortalidad en el grupo etario de 0 a 4 años, con lo cual en los próximos 20 años aumentará la población mayor de 40 años, lo que necesariamente cambiará el perfil de mortalidad por incremento de las enfermedades crónico-degenerativas en sustitución de las infectocontagiosas, como ya está sucediendo en la actualidad.

El psicólogo en medicina conductual desempeña una importante función en escenarios hospitalarios, contribuyendo al logro de objetivos médicos y aumentando así el bienestar del paciente; por mencionar algunos ejemplos: ayuda a mejorar la calidad de vida en pacientes con psoriasis (Cobos, 1996) , brinda apoyo psicológico en personas sobrevivientes de infarto al miocardio (Rosales, 1998), ayuda a controlar la hipertensión arterial (González, 1999), a controlar el dolor crónico y agudo (Fernández, 1987, Aguirre, 2001) etc.

Las enfermedades crónico-degenerativas que menciona la Secretaría de Salud (2000) que se encuentran dentro de las primeras cuatro causas de muerte son: enfermedades del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus y enfermedad cerebrovascular; Edgar, Rosberger y Nowlis (1992) mencionan que los tumores malignos como producto del cáncer son una de las enfermedades que presentan mayor repercusión psicológica y con mayor impacto físico y emocional durante el proceso de tratamiento.

Para tener una mejor comprensión del cáncer y del trabajo que se realizó en el programa de Residencia en Medicina Conductual, se expondrá a grandes rasgos dicho padecimiento.

Capítulo 2

El cáncer y sus efectos psicológicos en el adulto

Padecimiento del cáncer en el adulto

Dependiendo del comportamiento biológico de la neoplasia, se pueden hablar de neoplasias benignas o malignas; a las neoplasias malignas se les conoce comúnmente como cáncer; así, bajo este término se agrupan las afecciones en las cuales un conjunto de células en el seno de un organismo pluricelular, escapan a los mecanismos de regulación que aseguran un equilibrio entre los tejidos compatibles con la vida (Sánchez , Vera, 1997).

Normalmente las células de un organismo presentan una reproducción ordenada, de modo que los tejidos son reemplazados y las lesiones reparadas, a la vez que el crecimiento del organismo prosigue; sin embargo, ciertas células experimentan un cambio anormal y se inicia un proceso de crecimiento incontrolado. A la masa anormal del tejido que prolifera sin relación con el tipo o la velocidad de crecimiento de los tejidos normales y que es capaz de crecimiento independiente después de que cesa el estímulo que la ha producido, a esto se le denomina neoplasia o mejor conocido como cáncer (De Vita, 1999).

En los adultos se calcula que de 60% a 90% de los cánceres que aparecen primariamente en órganos que están en contacto directo con el exterior, se deben a carcinógenos ambientales. De Vtia (1999) menciona que la tarea del oncólogo puede dividirse en cuatro etapas: diagnóstico,

remisión, muerte o supervivencia a largo plazo y cuando se sospecha de una neoplasia maligna, interesa precisar inmediatamente su naturaleza y extensión, siendo muy conveniente un estudio completo en busca de metástasis , antes de realizar una biopsia para confirmar el diagnóstico.

2.1 Dolor por cáncer

El dolor por cáncer es aquel que resulta de la invasión del tumor al hueso, nervio u otros órganos o sistemas (Rivera,1994), este tipo de dolor puede variar en sensibilidad de ligera a tormentoso, dependiendo del tipo de tumor, localización y malignidad.

De Vita (1999) plantea que en el tratamiento farmacológico por dolor se pueden hablar de tres tipos:

1. Analgésicos:

AINES (analgésicos antiinflamatorios no esteroides): Constituyen un grupo heterogéneo de compuestos que con frecuencia no se relacionan químicamente pero que comparte ciertas acciones terapéuticas y efectos colaterales. El prototipo es la aspirina, que también se les denomina drogas tipo aspirina; incluyen el acetaminofén, la aspirina y los antiinflamatorios no esteroideos . Se utilizan comúnmente por vía bucal y no hay tolerancia ni dependencia física por su administración repetida; sin embargo, la eficacia analgésica de estos fármacos tiene un efecto límite, es decir, el aumento de las dosis mas allá de cierto grado no produce más analgesia. La aspirina y los AINES tienen

reacciones antipiréticas, analgésicas y antiinflamatorias. La aspirina y el acetaminofén son los fármacos de primera elección por su eficacia comprobada para el dolor leve a moderado.

OPIOIDES: A estos comúnmente se les denomina narcóticos, opiáceos o analgésicos potentes ya que se utilizan para el dolor moderado a severo. Los efectos colaterales de los narcóticos son las náuseas, vómitos, estreñimiento, deterioro gastrointestinal y retención urinaria; los opioides pueden producir taquipnea, taquicardia, hipertensión, náuseas, vómitos y muerte repentina por fibrilación ventricular

2. Analgésicos locales: Estos fármacos bloquean la conducción nerviosa cuando se aplican localmente en concentraciones apropiadas; actúan sobre cualquier sitio del sistema nervioso y sobre todo de fibra nerviosa. La ventaja de los analgésicos locales es que su acción es reversible; si sigue la recuperación completa de la función nerviosa sin evidencia de daño estructural de las fibras o células nerviosas. La xilocaína es el analgésico más utilizado, ya que la acción anestésica es más rápida y más intensa, de mayor duración y más extensa que una concentración igual de procaína, como efectos secundarios pueden provocar hipersomnia, parestesias, estado mental alterado y convulsiones.

3. Sedantes hipnóticos: estos fármacos pertenecen al grupo de agentes que deprimen el sistema nervioso central de un modo relativamente no selectivo, dependiendo de la dosis,

produciendo calma o somnolencia progresiva (sedación), sueño (hipnosis farmacológica), inconsciencia, anestesia quirúrgica, coma, depresión respiratoria. Los sedantes disminuyen la actividad, modera la excitación y calma a quien lo recibe; un fármaco hipnótico produce somnolencia y facilita la aparición y el mantenimiento de un estado de sueño que se asemeja al sueño natural en sus características encefalográficas y desde el cual la persona puede ser despertada con facilidad.

Efectos psicológicos del cáncer en el adulto

Ante el conocimiento del diagnóstico de cáncer y el proceso de enfermedad, la Dra. Kübler-Ross (1972) plantea las etapas de negación, ira, pacto, depresión y aceptación por las que atraviesa la persona enferma; siendo el cáncer un evento catastrófico, se asocia a la idea de muerte, incapacidad, desfiguración física, dependencia, disrupción de la relación con otros y depresión (Cabrerera, 1980; Ford, Fallowfield y Lewis, 1994).

En una investigación realizada por Blum y Gordillo en 1989, encontraron que en algunos casos, la hospitalización hace sentir a los pacientes inútiles, con sensaciones de "yo no sirvo para nada", "aquí no puedo hacer nada", motivando la desesperación, la baja autoestima y por consiguiente un estado permanente de angustia.

Haciendo investigaciones en personas con cáncer y su forma de afrontamiento, Edgar, Rosberger y Nowlis (1992) encontraron que los pacientes le temen más a la enfermedad

por la denotación de la palabra "cáncer" que por el conocimiento de la enfermedad en sí, generalmente las personas enfrentan su padecimiento con una concepción mental prejuiciada de temor y una interrogante de aceptación social, familiar, viendo a la enfermedad como misteriosa, imposible de prevenir y frecuentemente terminando en la muerte, lo cual causa sentimientos de impotencia y ansiedad.

En relación de los efectos psicológicos de la enfermedad y el apoyo de la familia, Vidal y López en 2001, realizaron una investigación relacionando la depresión y el apoyo familiar en pacientes hospitalizados, encontrando que el 60% de los pacientes sin síntomas de trastorno depresivo tenían apoyo familiar, en las depresiones moderadas no había mucha diferencia entre los pacientes con soporte o sin él; pero a medida que la depresión se hacía más severa, aumentaba el predominio de los enfermos sin apoyo (77% de los pacientes).

Por otra parte, se ha reportado en diversas investigaciones que la evolución de la enfermedad desde el momento de su diagnóstico hasta llegar a sus diferentes complicaciones, tiene un impacto importante en la calidad de vida de las personas; las consecuencias y los tratamientos, requieren que los pacientes tengan un cambio sustancial del estilo de vida, que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y cognitivas que pueden ser adecuadas o no para afrontar situaciones adversas en su vida y que no solo afecta al paciente, sino también al cuidador del paciente y a la familia en general (Barthe, 1997; Latorre y Beneit, 1994; Almanza y Holland, 2000; "Instituto Nacional de Cancerología", 2003; Arbizu, 2004).

Entre los efectos psicológicos más consistentes causados por el padecimiento de cáncer se encuentran la depresión, el estrés y la ansiedad siendo ésta la más predominante (Baider, 2003; Barraza, 2004; Lacasta y cols, 2004; Cano, 2005; Hernández, Cruzado y Arana ,2007)

2.2 Ansiedad

Las reacciones frente a una situación de ansiedad dependen de que una situación en particular se considere o no amenazadora. El concepto de amenaza se refiere a la evaluación subjetiva de una situación como algo potencialmente peligroso (Lazarus, 1966).

Obviamente, la evaluación de una amenaza está influida por los factores objetivos de dicha situación y los agentes objetivamente peligrosos son percibidos como algo amenazador por la mayoría de las personas. Pero los pensamientos y los recuerdos estimulados por esa situación, la experiencia previa de un individuo en circunstancias similares y su capacidad de hacer frente, puede tener un impacto aún mayor.

La experiencia de la amenaza es básicamente un estado mental y depende de la situación y del lugar en donde se perciba esta amenaza, es decir, hay un contexto; tiene dos características principales: está orientada hacia el futuro, es decir, generalmente contiene la anticipación de una situación potencialmente peligrosa que aún no sucede y consta de procesos mentales que incluyen la percepción, el pensamiento, la memoria y los juicios (Lazarus, 1966).

Enfrentarse a las amenazas es una necesidad diaria en el crecimiento y desarrollo de todo ser humano; asistir por primera vez a la escuela o ingresar a un nuevo trabajo, separarse de los padres o de los seres queridos, dudar de la propia capacidad de adaptación en las relaciones con las demás personas, las presiones de trabajo, los plazos de pago y hablar en público son algunas de las muchas fuentes potenciales de ansiedad que ya comentaba Spielberg desde 1976.

Este mismo autor pero en 1979, menciona que la ansiedad forma parte íntegra de la trama natural de la vida; cualquier situación en la que otros evalúen el comportamiento de una persona puede producir ansiedad; estas situaciones pueden causar efectos positivos y negativos, pero la respuesta negativa es la que generalmente capta la mayor parte de cosas tan desagradables, como un mal tiro en la cancha de golf, un bajo rendimiento en los exámenes, insomnio, dolores de cabeza, erupciones en la piel y aún desórdenes médicos serios tales como las úlceras estomacales, los ataques al corazón e inclusive el cáncer.

Las sensaciones de incertidumbre, temor, nerviosismo y preocupación (al igual que los cambios fisiológicos y conductuales como los temblores, las palpitaciones, las náuseas, y la sudoración por ejemplo), frecuentemente constituyen los síntomas de ansiedad, ésta es una reacción emocional que proviene de las sensaciones subjetivas de la percepción de una situación amenazante (Spielberg, 1979).

2.3 La amenaza y la ansiedad

Siempre que una situación se percibe como algo amenazador, independientemente de que el peligro sea real o imaginario, la sensación de amenaza conducirá a una desagradable reacción emocional, es decir, un estado de ansiedad, el cual es fácil de reconocer en uno mismo o en los demás (por las reacciones que se observan) pues contiene una combinación muy especial de pensamientos y sensaciones desagradables, además de los procesos fisiológicos antes mencionados.

La persona se siente aprehensiva, tensa, molesta, atemorizada y nerviosa y naturalmente tiende a preocuparse por las circunstancias específicas que provocaron su estado de ansiedad; ésta tiene una intensidad variable y fluctúa en el tiempo; la incertidumbre, la aprehensión y el nerviosismo acompañan los niveles moderados de ansiedad, mientras que los niveles muy altos se caracterizan por miedo y temor intenso aunados a un comportamiento de pánico. La intensidad y duración del estado de ansiedad depende de los agentes recibidos por la persona, así como de la interpretación que se haga de ellos como algo amenazador o peligroso (Spielberg, 1972).

El comportamiento del estado de ansiedad incluye inquietud, temblores, respiración difícil, expresiones faciales de miedo, tensión muscular, falta de energía, sudoración y fatiga; los cambios fisiológicos son la alteración del ritmo cardíaco que se incrementa, la presión

arterial se eleva, la respiración es más rápida y profunda, los músculos se ponen rígidos y las pupilas se dilatan (Spielberg, 1972).

La interacción se inicia con la interpretación de una situación como amenazante, la cual lleva al surgimiento de un estado de ansiedad asociado con cambios fisiológicos específicos.

Como el estado de ansiedad constituye una experiencia desagradable, hace que las personas se comporten de una manera con la cual puedan evitar o minimizar la amenaza; aún cuando las situaciones son objetivamente benignas, pueden provocar intensos niveles de ansiedad en la personas que por alguna razón los ven como algo potencialmente amenazantes, como en el caso de una intervención quirúrgica.

2.4 Diferencias individuales en la propensión a la ansiedad

Cualquier persona experimenta de vez en cuando estados de ansiedad, pero existen diferencias sustanciales entre las personas en cuanto a la frecuencia e intensidad con que los experimentan.

El término *ansiedad peculiar (estado)* se ha empleado para describir las diferencias individuales de la propensión a la ansiedad; es decir, de la tendencia a ver el mundo como algo peligroso y en la frecuencia con la cual se experimenta el estado de ansiedad durante un lapso específico de tiempo (Spielberg, 1972).

Las personas que padecen alta ansiedad peculiar o ansiedad estado comparadas con las que tienen baja ansiedad tienden a ver más peligroso al mundo (por lo que son más vulnerables a la tensión) y responden a su percepción de amenaza con mayor incremento a sus estados de ansiedad.

En términos generales la ansiedad se refiere a la compleja interacción que se realiza entre el individuo y su ambiente; en ella se incluyen presiones o peligros (agentes) externos potencialmente peligrosos ; pensamientos internos, recuerdos y procesos fisiológicos, así como las intensas reacciones desagradables provocadas por estímulos productores de tensión, como pueden ser las cirugías (Sime, 1976) .

2.5 Reacciones de ansiedad ante la cirugía

Deutsch (1942), menciona que las cirugías de emergencia conducen a una reacción de shock relacionadas con las llamadas neurosis traumáticas, pues se trata de una situación súbita, no anunciada de peligro e invasión.

Por otra parte Vernon, Schulman y Foley (1966) señalan que la cirugía es un evento estresante, el cual puede causar ansiedad situacional (peculiar, teniendo básicamente que:

1. La ansiedad general y temores: son aquellos que generan inquietud, perturbaciones en hábitos, función intestinal irregular, temores. Otros síntomas que pueden detonar ansiedad y pobre control de impulsos

serían tricotilomanía, tics, conductas compulsivas y movimientos estereotipados.

2. La regresión: dificultad en toma de decisiones, pérdida de niveles de entrenamiento o funcionamiento social logrados previamente, regresión hacia estados incommunicativos, lenguaje pueril, enuresis, etc.
3. La ansiedad sobre el dormir: hay perturbaciones del sueño, lucha por conciliar el sueño, pesadillas, insomnio.
4. La perturbación alimentaria: alboroto al comer, hiper o hiporexia, se vuelve melindroso
5. Apatía/retraimiento: poco interés en hacer las cosas, se aísla, evita el contacto con la gente; dificultad en la socialización en general.

En 1976 Sime define como ansiedad preoperatoria a la respuesta emocional ante una situación amenazante, representando una reacción normal a una operación quirúrgica futura; ya que pacientes se enfrentan con peligros realistas, así como una disrupción de sus vidas cotidianas; encontró que los pacientes con alto temor preoperatorio requieren mayor duración de la hospitalización, mayor uso de analgésicos y sedantes, y muestran más afecto negativo postoperatorio.

Los temores frecuentes ante la cirugía incluyen temor al dolor y a las molestias, a lo desconocido, al uso de

instrumentos, a sangrar, a la reacción de la anestesia, a la destrucción de la imagen corporal, disrupción de los planes futuros, pérdida de control y a la muerte (Jonson,1980).

Twardosz (1986), encontró que durante la cirugía se presentan:

- Reacciones negativas: manifestaciones de temor, perturbación, ansiedad o enojo, miedo expresado verbalmente, quejas e incluso no acatar las rutinas hospitalarias y resistencia física a los procedimientos
- Reacciones positivas: cooperación y búsqueda de apoyo de otras personas, platicar, saludar, bromear o hacer chistes, hacer comentarios afectuosos, mostrar comprensión hacia los procedimientos hospitalarios y cooperar con ellos (estas reacciones son consideradas adaptativas)

2.6 La ansiedad y la adaptación

En 1966 Lazarus comenta que las personas se adaptan a situaciones de ansiedad comprometiéndose en maniobras psicológicas destinadas a alterar su forma de ver la situación, de manera que parezca menos amenazante; tales mecanismos se les denomina habilidades afrontamiento, que dependiendo del éxito, las circunstancias de ansiedad se verán menos amenazantes y habrá una marcada reducción de la ansiedad peculiar; cuando estas habilidades de afrontamiento

fracasan, la persona tiende a desestructurarse incrementando la ansiedad peculiar.

Los altos los niveles de ansiedad sirven para iniciar un comportamiento tendiente a eliminarla o reducirla; una manera obvia de reducir la ansiedad provocada por un peligro externo, es modificar el ambiente, de forma que el peligro se elimine, así cuando un sorprendido cazador mata una serpiente de cascabel que invadió su tienda, seguramente experimentará una considerable reducción de la ansiedad peculiar o estado; otra forma de reducir un estado de ansiedad provocado por un peligro externo, consiste en evitar esa fuente de peligro(Lazarus,1966).

Algún pequeño que sea golpeado constantemente por el pependenciero del vecindario, en su camino de la escuela a su casa, probablemente decidirá tomar una ruta alternativa que le permita evitar el peligro de golpes futuros; aún cuando debe gastar más tiempo y energía en su regreso a casa, vale la pena porque así reduce la ansiedad y el peligro real representado por el niño pependenciero (Spielberg, 1972).

En estos dos ejemplos, el estado de ansiedad peculiar se redujo a través de un comportamiento abierto que alteró la relación del individuo con su entorno.

Al matar la serpiente o cambiar la ruta a casa se redujo o evitó una fuente de peligro real del mundo exterior.

No siempre se puede reducir con tanto éxito los niveles de ansiedad, sobre todo cuando la vida se encuentra atrapada

en una enfermedad crónica degenerativa como el cáncer o la leucemia, siendo ésta última, la más predominante en los niños, existiendo un cambio sustancial en su calidad de vida (Bergner, Bobitt, 1981; Sugarbaker y Barofsky, 1982; Schain, Edwards, 1983; Selby, Chapman y Etazadi-Amoli, 1984; De Haes , Van Knippenberg, 1985; Guyatt, Thompson, 1985; Olsson, Lubsen, 1986; Croog, levine, 1986; Bombardier, Russel, 1986; Coates, Glaski, 1988; Finlay, Khan, 1994; Cobos, 1996).

La persona que se encuentre en esta situación estará sujeta a incorporar al personal médico y asistencial como parte de su medio y tendrá que enfrentar batallas de dolor ante procedimientos médicos invasivos y necesarios, circunstancia que puede rebasar sus estrategias de afrontamiento ante su enfermedad, lo que hace necesario el trabajo del psicólogo experto en medicina conductual que le enseñe al paciente nuevas formas de enfrentar su actual situación.

Capítulo 3

Leucemia en niños

Padecimiento de leucemia en niños

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la neoplasia más común en la niñez, representando una cuarta parte de los cánceres en la edad pediátrica (Bayés, 1985).

En los EU se diagnostican aproximadamente 2,000 casos nuevos de LLA anualmente. El pico de incidencia es entre los 3 a 5 años, su incidencia parece ir en aumento, el cual está relacionado con la exposición ambiental a la radiación, pesticidas, nitritos en la dieta y campos electromagnéticos, no se ha demostrado de manera concluyente una relación causa-efecto (Bayés, 1985).

Aun considerando el aumento en la incidencia, la mortalidad ha disminuido de 1.4 a 0.5 por 100,000 casos durante el periodo de 1973 a 1991; éstos logros se deben, en gran parte a una mejor comprensión de la biología tumoral de la LLA y a los avances en la quimioterapia (Rivera, 1994).

La leucemia es una enfermedad tumoral maligna de la médula ósea que se caracteriza por producción de muchas células inmaduras anormales denominadas "blastos" éstos salen a la sangre periférica, invadiendo todo el organismo volviéndose un proceso incontrolable por parte del organismo (Madero, 1997).

La disminución de las células normales de la médula ósea provoca Infecciones, anemia y hemorragias. Sin tratamiento el organismo no puede luchar frente a la proliferación incontrolada de células malignas, originándose la muerte en poco tiempo (Madero, 1997).

La LLA comprende un sin número de grupos que se distinguen por su clínica y biología, clasificándose por varios métodos complementarios incluyendo morfología y tinciones histoquímicas, marcadores monoclonales que distinguen antígenos celulares (inmunofenotipo), citogenética y por la presencia de marcadores moleculares (Aguirre, Arroyo, García-Conde, González, Rodicio, Vázquez, 1997).

En 1976 se formuló la clasificación morfológica por el grupo francés-americano-británico (FAB), basado en la morfología celular usando microscopía de luz y complementada con varias pruebas histoquímicas (De Vita, 1999).

La clasificación morfológica tradicional de las leucemias agudas, depende de la morfología característica de los blastos predominantes en el aspirado medular, relacionados a la ontogenia hematopoyética normal. El sistema fue modificado en 1986 para redefinir los conceptos, esta clasificación distingue tres grupos de leucemias agudas linfoblásticas: L1, L2 y L3 definidas de acuerdo a patrones morfológicos específicos como el tamaño celular, el patrón de cromatina nuclear, la morfología nuclear, la presencia de nucleolos, la cantidad de citoplasma y el grado de basofilia citoplasmática (De Vita, 1999).

El subtipo L1 observado en más del 80% de los casos pediátricos de LLA, consiste predominantemente en linfoblastos pequeños con núcleo regular y con cromatina homogénea; el citoplasma es escaso y de poca intensidad basofílica (Beers y Berkow, 1999).

La morfología L2 incluye linfoblastos de tamaño más grande y tanto la morfología como el patrón de cromatina nuclear son heterogéneos; el núcleo es irregular y los nucleolos son más prominentes; la cantidad de citoplasma es variable pero es más abundante que en las formas L1 (De Vita, 1999).

La forma morfológica menos común es la L3 que representa el 4% de los casos pediátricos de LLA, sus linfoblastos son grandes con cromatina fina y con basofilia citoplasmática prominente, en resumen los tres factores morfológicos reproducibles de importancia en la clasificación morfológica son el cociente núcleo: citoplasma, la aparición del nucleolo y la presencia o ausencia de irregularidad en la membrana nuclear (Beers y Berkow, 1999).

Recientemente se ha descrito una variante de LLA granular en la cual los linfoblastos contienen gránulos citoplasmáticos azurofílicos; esta variante se puede confundir con la leucemia mieloide aguda; sin embargo, carece de bastones de Auer y de marcadores inmunofenotípicos característicos de las leucemias mieloides agudas (LMA) (De Vita, 1999).

La mieloperoxidasa es la tinción histoquímica más importante para distinguir la LLA de la LMA. Los linfoblastos se caracterizan citoquímicamente por la negatividad para el Sudán negro o mieloperoxidasa y para la esterasa específica (Rosell, 2000).

3.1 Causas de la leucemia

Aunque se desconocen muchas cosas todavía en este campo, y resulta difícil saber la causa en cada caso concreto (Rivera, 1994), Madero (1997) menciona que existen ciertos factores que aumentan las posibilidades de desarrollar una leucemia tras cierto tiempo de exposición:

Radiaciones: Habitantes de regiones donde se produjeron fugas radiactivas, exposición a altas dosis de Rayos X sin la debida protección, tratamientos con radioterapia.

Tóxicos: Vapores de benzol u otros productos químicos.

Quimioterapia: En escaso número y tras el paso de varios años.

Además de estos factores "externos", la existencia de algunas anomalías cromosómicas entre las que por su frecuencia destaca el Síndrome de Down, también se asocia a una mayor incidencia de estas enfermedades (Beers y Berkow, 1999).

Sin embargo, en la gran mayoría de los casos de leucemia, no es posible encontrar una causa concreta, lo que dificulta su prevención (Rosell, 2000).

3.2 Procedimientos de diagnóstico y tratamiento en la leucemia

La oncología como todas las ramas de la medicina, requiere de procedimientos médicos invasivos que permitan establecer un diagnóstico y pronóstico precisos; algunos de estos procedimientos son indispensables durante el tratamiento del cáncer pediátrico. De estos procedimientos los que se repiten con mayor frecuencia son: la venopunción, la punción lumbar y el aspirado de médula ósea. Estos procedimientos invasivos son parte esencial del manejo y fuente importante de dolor y ansiedad en los niños (De Haes, Van, 1985) .

Cualquier persona que forme parte del equipo de salud puede ser testigo de que durante estos procedimientos los niños experimentan estrés en forma de llanto, gritos, hostilidad, conducta poco cooperativa y agresión, incluso es común que presenten ansiedad anticipatoria y es común que estos síntomas se incrementan conforme se le somete a más procedimientos y la evolución se hace más crónica (Bayés, 1985).

Ellis y Spanos en 1994 reportaron que el aspirado de médula ósea es percibido por los niños como el procedimiento más doloroso y estresante seguido por la punción lumbar y las venopunciones.

- Aspirado de médula ósea

Los objetivos de este procedimiento se orientan al diagnóstico de leucemia o metástasis, estadificación de tumores sólidos, realización de estudios citogenéticos, citoquímicos o inmunológicos en células neoplásicas y evaluar la respuesta de la neoplasia ante el tratamiento. Consiste en aspirar el material del canal medular mediante una jeringa para obtener una muestra de sangre sinusoidal en la que se encuentran suspendidas las células hematopoyéticas (Rivera, 1994).

Este procedimiento es considerado de los más dolorosos dado que es necesario perforar el hueso para obtener el material de estudio y se aplica con una alta frecuencia, es por eso que debe llevarse a cabo siempre bajo anestesia local (Vázquez, 1997).

Hay autores que recomiendan sedación e incluso anestesia endovenosa, sin embargo, según Rivera (1994) en su experiencia, esto no es necesario cuando se sigue una técnica adecuada y más aún si se toma que los niños se someten al procedimiento en repetidas ocasiones y que el riesgo de la anestesia no es despreciable. Esto plantea la necesidad de una serie de técnicas para disminuir la percepción del dolor (Aguirre, Arroyo, García-Conde, González, Rodicio, Madero, 1997).

- Punción lumbar

A través del espacio intervertebral se toma una muestra de líquido cefalorraquídeo para descartar infiltración al SNC, para estadificar tumores sólidos con

origen dentro y/o fuera del SNC, para dar seguimiento al tratamiento de neoplasias con origen dentro y fuera del SNC y para administración de quimioterapia intratecal (Rivera, 1994).

Aunque este procedimiento se lleva a cabo aproximadamente cada mes como monitoreo, cuando en el protocolo de tratamiento es necesaria la administración de medicamento vía intratecal, este procedimiento se llega a realizar hasta cada tercer día durante dos semanas, lo cual aumenta considerablemente la ansiedad y dolor en el niño (Vázquez, 1997).

Al respecto es frecuente observar que en casos de ansiedad anticipatoria la sedación no es suficiente y el niño se torna poco cooperador por lo que en ocasiones es necesario sujetarlo. Esto implica una acción aversiva por lo que el niño se muestra más renuente (Aguirre, Arroyo, García-Conde, González, Rodicio, Madero, 1997).

Además frecuentemente se observa que el personal médico y paramédico no explica los procedimientos en forma clara y consistente, por lo que el niño no tiene la posibilidad de elaborar la información y la incertidumbre es mayor (Vázquez, 1997).

- Venopunción

Este es el procedimiento más frecuente en el diagnóstico y tratamiento de la leucemia. Es necesaria para realizar el estudio de biometría hemática y se lleva

a cabo por lo menos cada tres semanas (Beers y Berkow, 1999).

Por otro lado, muchos de los medicamentos del tratamiento antineoplásico se administra por vía endovenosa y dado que los ciclos de quimioterapia se aplican cada mes durante todo el tratamiento (de dos a tres años), la venopunción es uno de los procedimientos que más incrementan la respuesta de ansiedad en el niño con el paso del tiempo (De Vita,1999).

Es importante mencionar que las venas sufren un deterioro que dificulta su localización conforme aumenta el número de abordaje en éstas. En este sentido se debe recordar que la respuesta fisiológica de estrés normal implica vasoconstricción, por lo que frente a situaciones de ansiedad, realizar una venopunción es mucho más difícil y requiere de mayores intentos, lo cual hace que el niño sea sometido a una situación de tensión y dolor prolongada, generando una experiencia negativa que posteriormente se reactiva frente a cualquier indicio del medio que anteceda una venopunción (Rosell, 2000).

Comportamientos ante el diagnóstico

Johnson (1980) menciona que el diagnóstico de leucemia o de cualquier otra enfermedad que pone en peligro la vida o el bienestar de una persona origina diversas reacciones psicológicas más o menos adaptativas y no todos los pacientes experimentan las mismas reacciones ante el diagnóstico; también señala que enfermar gravemente puede suponer dos

clases de amenazas, amenaza a la supervivencia y amenaza para la imagen personal.

3.3 Amenaza a la supervivencia

Existen diferencias entre los pacientes en cuanto al grado de amenaza para su vida que perciben en la enfermedad y respecto de lo que creen que se puede hacer para superarla. Sus sentimientos y sus conductas dependerán de estas valoraciones; los comportamientos más frecuentes ante el diagnóstico son:

- Espíritu de lucha: estos pacientes suelen hacer afirmaciones como estas: "no puedo detenerme ante mi enfermedad", "trato de llevar la misma vida de siempre", "veo mi enfermedad como un desafío", "intento mantenerme ocupado para no pensar en ello". Estos pacientes ven su enfermedad como un reto, creen que es posible controlarla y tienen una visión optimista del pronóstico (Maher, 1983).
- Se enfrentan a la enfermedad buscando moderadamente información, adoptando un papel activo en su recuperación e intentando seguir con su vida habitual en lo que la enfermedad les permite, su estado emocional es positivo, aunque pueden experimentar una ligera ansiedad (Cooper, 1984).
- Evitación y negación: el paciente puede decir "me pusieron quimioterapia sólo por precaución"; este tipo

de pacientes no percibe ninguna amenaza en el diagnóstico de su enfermedad, por tanto no se plantea la necesidad de hacer nada especial para curarse y tiene una visión optimista del pronóstico. Su estado emocional es positivo. El inconveniente de esta forma de percibir la enfermedad es que el paciente puede no tomar las medidas necesarias para tratarla (Beks, 1985).

- Fatalismo o resignación: ejemplos de afirmaciones típicas de estas personas serían: "todo está en manos de los médicos / Dios / el destino", "he tenido una buena vida, lo que falte será un regalo" (Moro, 1994).

Estos pacientes perciben el diagnóstico como una ligera amenaza, no creen que se pueda controlar la enfermedad y aceptan con dignidad el pronóstico que sea. Su comportamiento se caracteriza por la ausencia de estrategias dirigidas a resolver el problema, aceptando pasivamente lo que ocurre. Emocionalmente reaccionan con serenidad (Sánchez y Vera, 1997).

- Desamparo y desesperanza: suelen decir "no puedo hacer nada ante mi enfermedad". Estos pacientes ven el diagnóstico de su enfermedad como una gran amenaza o una pérdida, que resulta incontrolable, por lo que tienen una visión pesimista de su pronóstico. Se rinden ante la enfermedad, sin adoptar ninguna estrategia dirigida a hacerle frente. Su reacción emocional es la depresión (Barraclough, 1999).

- Preocupación ansiosa: algunas afirmaciones características de estos pacientes: "no puedo creer que esto me haya sucedido a mi", "temo una recaída". Estos pacientes perciben su enfermedad como una gran amenaza y mantienen una permanente incertidumbre sobre la posibilidad de controlarla; la misma incertidumbre tiñe su visión del pronóstico (Nezu, 2000).

Suelen recabar excesiva información en su búsqueda de la máxima seguridad. Con frecuencia recurren al uso de medicinas alternativas. Todos sus pensamientos e imágenes giran sobre el problema. Prestan excesiva atención a los síntomas dirigida a detectar cualquier cambio o recaída en la enfermedad (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

3.4 Amenaza para la imagen personal

La posibilidad de morir es la mayor amenaza que una persona puede experimentar, pero esta no es la única. Enfermar gravemente puede introducir múltiples alteraciones en diversas áreas de la vida de una persona: académica, laboral, familiar y social (Johnson, 1980)

Adicionalmente, el paciente muchas veces tiene que soportar los efectos secundarios de los tratamientos, que pueden deteriorar sus aptitudes físicas o mentales, cambios en el aspecto físico y cambios en los papeles personales o sociales (Bayés, 1985).

Según como valoren o interpreten estas consecuencias de su enfermedad, los pacientes experimentarán diferentes reacciones emocionales (Albano, 1995):

- **Ansiedad:** Cuando el paciente ve amenazado su bienestar físico o social por la enfermedad (Cooper, 1984; Barraclough, 1999).
- **Ira:** Si el paciente considera que está siendo injustamente atacado por algo o alguien. Los pacientes pueden sentir rabia contra Dios, que les dejó enfermar, contra su médico por no ser capaz de controlar su dolor, contra los familiares por no prestarle el apoyo adecuado (De Haes y Van, 1985; Barraclough, 1999).
- **Culpa:** Si el paciente se responsabiliza a si mismo de lo que le pasa. Puede creer que es él el causante de su enfermedad y que está siendo castigado por algún error, pecado o delito. Puede decirse: "si no hubiera hecho tal o cual cosa, podría no haber enfermado" (La Greca, 1990).
- **Tristeza y depresión:** El paciente experimentará tristeza y desánimo cuando perciba que la enfermedad le ha ocasionado pérdidas de aspectos importantes para él: pérdida de fuerza y vitalidad, pérdida de su papel familiar, social o laboral (Nezu, 2000).

Como se ha observado son diversos los comportamientos y experiencias aversivas que se manifiestan ante un diagnóstico de cáncer en una

población pediátrica, por ello es necesario trabajar de manera interdisciplinaria para apoyar de la mejor manera posible al paciente (Remor, Arranz y Ulla, 2003).

3.5 Reacciones psicológicas en los niños

En una investigación efectuada con un grupo de niños durante el tratamiento de quimioterapia, realizada por Coates y Gebiski en 1988, encontraron que en los niños es frecuente la ansiedad y preocupación ante la enfermedad, existe tristeza y desánimo, y presentan dificultades para el contacto social.

También observaron que los cambios físicos (por ejemplo, la calvicie) producidos por algunos tratamientos como la quimioterapia, generaron conductas de retraimiento y aislamiento en el 70% de los casos; así mismo, presentaron conductas de gritos y llanto; frecuentemente protestaban y se negaban a hacer cualquier cosa que se les mandaran.

Los participantes presentaron dificultades para adherirse al tratamiento cuando era desagradable (quimioterapia o radioterapia), manipulando a los padres y al personal sanitario.

Rait, Jacobsen, Lederberg y Holland (1988), realizaron un estudio atendiendo a 58 niños con diferentes tipos de cáncer, reportaron que 90% de ellos, presentaron trastorno de adaptación, trastorno mental de tipo orgánico, trastorno de

ansiedad por separación y depresión mayor, siendo el trastorno de adaptación el de mayor prevalencia en el 52% de los casos; en otros estudios realizados, también se ha encontrado la presencia de ansiedad, depresión, conductas regresivas y de aislamiento; siendo éstas reacciones más comunes al inicio del tratamiento de cáncer en los niños (Steinherz y Simone,1998).

En el estudio que realizaron Edgar, Rosberger y Nowlis en 1992 con respecto al afrontamiento en los niños después del primer año de diagnóstico, encontraron que todos los niños en estudio, presentaban afecciones en su vida, dentro de las cuales destacó el área académica; los niños escolarizados (70%) reprobaron el año escolar debido a las constantes inasistencias derivadas del propio padecimiento.

3.6 Reacciones psicológicas en los adolescentes

En un estudio realizado por Coates y Gebski en 1988, sobre la mejoría en la calidad de vida, en el tratamiento con quimioterapia en un grupo de adolescentes con cáncer de mama, encontraron que las participantes no desarrollaron los mecanismos adultos necesarios para enfrentarse a su enfermedad y con frecuencia rechazaron el tratamiento, presentaron ansiedad, rompieron las reglas del hospital, no acudieron a las citas como pacientes externos o realizaron actividades que se les han prohibido, es decir, no tuvieron adherencia al tratamiento.

En 1990, La Greca realizó una investigación sobre las consecuencias sociales del cáncer en un grupo de adolescentes, encontró que las consecuencias más relevantes fueron la pérdida de su independencia, mostrándose ansiosos y en algunos casos (20%) existió depresión; además tuvieron dificultades para relacionarse con las personas y particularmente con las del sexo opuesto; así como también observó preocupación en cuanto a sus estudios.

Edgar, Rosberger y Nowlis en 1992, evaluaron el afrontamiento de los pacientes con cáncer un año después de su diagnóstico, y descubrieron que los adolescentes participantes sintieron una necesidad de asegurar su independencia, pero por la enfermedad y su tratamiento, sobre todo durante la hospitalización, se vieron limitados en su posibilidad de elección; también averiguaron que la rebelión contra las figuras de autoridad fue común y se acentuó cuando creían que los médicos y los padres estaban forzándolos a un papel de enfermo, con lo cual se generaron sentimientos de debilidad y sensaciones de ser diferentes.

Por otra parte, Polaino y Rumeu (1994), trabajaron con 40 adolescentes que requerían de una hospitalización de medio tiempo, formaron dos grupos, uno control y otro experimental, cada uno estaba conformado por 20 adolescentes; al grupo experimental le fue aplicado el programa de preparación a la hospitalización y seguimiento psicopedagógico (PHSP), y al grupo control no; los resultados mostraron que los adolescentes que recibieron el programa psicopedagógico no tuvieron devaluación alguna respecto al autoconcepto mientras que los adolescentes que no recibieron ningún programa de

intervención sufrieron una gran devaluación del autoconcepto, tras el período de ingreso a la clínica.

Como se puede observar, la ansiedad es una constante que está presente durante el proceso de la enfermedad, por lo que es importante que el psicólogo enseñe al paciente técnicas que le permitan una mejor forma de afrontarla.

Capítulo 4

Técnicas Cognitivo Conductuales en el manejo de la ansiedad

La relajación ha sido utilizada en el tratamiento de varios procedimientos; las estrategias de este tipo han variado desde la meditación trascendental hasta la retroalimentación; el entrenamiento en relajación cognitivo-conductual ofrece algo nuevo, un marco conceptual y práctico para integrar las opciones técnicas disponibles hoy en día.

Smith (1992), retoma los trabajos de Beck en 1976, y menciona que las técnicas cognitivo-conductuales son un meta-sistema que respeta la singularidad de metodologías diversas, apoyando el aspecto individualizado y práctico dentro de la tradición de la terapia cognitivo-conductual.

La terapia cognitivo conductual está basada en la premisa de que es posible cambiar el comportamiento a través de la aplicación sistemática de principios de aprendizaje científicamente inferidos (Smith,1992). Se enfatiza la evaluación y modificación de cogniciones inadaptadas e irracionales; formas de verse a uno mismo y al mundo. En la terapia cognitivo-conductual, terapeuta y cliente son colaboradores activos, trabajando juntos hacia unos objetivos en los que están de acuerdo.

Smith (1992) menciona que el entrenamiento está basado en las siguientes premisas:

- o Diferentes métodos de relajación tienen diferentes efectos y funcionan para diferentes personas

- o La mejor forma para enseñar relajación no es imponer uno o dos métodos a todo el mundo, si no presentar varios métodos y desarrollar una secuencia de relajación individualizada, adaptada a las necesidades y objetivos del cliente.

- o El objetivo del entrenamiento en relajación va más allá de la sola respuesta de relajación definida como un bajo nivel de activación. Los objetivos adicionales son: El desarrollo de habilidades cognitivas de enfoque, pasividad y receptividad y, la adquisición de estructuras cognitivas, esto es, creencias, valores y compromisos dirigidos hacia la profundización de la relajación y la propagación de sus recompensas a toda la vida.

Existen tres procesos cognitivos básicos para la relajación (Smith, 1992):

1. Enfoque: es la habilidad de identificar, mantener o reorientar la atención a estímulos simples durante un período extenso.

2. Pasividad: es la habilidad que para una actividad innecesaria dirigida a un objetivo o una actividad analítica.

3. Receptividad: es la habilidad de tolerar y aceptar experiencias que puedan ser inciertas, poco familiares o paradójicas.

A medida que progresa el entrenamiento en relajación, el enfoque, la pasividad y la receptividad, sufren un cambio paulatino importante.

Al principio, estas habilidades se utilizan de forma concreta; la persona simplemente presta atención a la tensión y deja salir esta tensión con una cierta apertura de mente, sin embargo, a medida que la persona practica cada vez más, se va haciendo más competente en la relajación (Buela - Casal, Caballo, V y Sierra, J., 1996).

Por otra parte, en la terapia cognitivo-conductual también se hace intervención en las estructuras cognitivas, que son creencias, valores y compromisos que subyacen al pensamiento, el habla y las acciones. Representan nuestras ideas perdurables relacionadas con lo que es real e importante, así como también nuestras elecciones relacionadas con varios cursos de acción.

Las estructuras sirven para ayudarnos a identificar, categorizar e interpretar rápidamente los estímulos, completar la información que falta, obtener más información, resolver un problema y alcanzar un objetivo. Además define la profundidad y amplitud de la relajación; las estructuras son constructos hipotéticos y no se pueden ver. Ejercen gran parte de su influencia y reciben gran parte de su apoyo del pensamiento aseverativo, habla y acción (Vallejo, 1998).

A continuación se revisarán con más detalle las técnicas cognitivo-conductuales para el manejo de la ansiedad.

4.1 Relajación Muscular Progresiva (RMP):

La relajación muscular progresiva fue desarrollada por Jacobson en 1929 (Jacobson, 1939) y hoy en día es una de las técnicas más utilizadas en medicina conductual (Caballo, 1997); están dirigidas a conseguir niveles profundos de relajación muscular, está específicamente indicada para personas que responden a las demandas ambientales con respuestas que implican niveles elevados de tensión muscular. Se basa en la premisa de que la respuesta del organismo a la ansiedad provoca pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular. Esta tensión fisiológica aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona. La práctica de la relajación muscular reduce la tensión fisiológica y, por tanto, es incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad. La RMP posee tres características o supuestos básicos (Jacobson, 1939):

1. El principio de la vivencia de contrastes: supone que si la persona vive fuertemente la tensión muscular podrá discernir mejor la relación de relajación. De ahí que las instrucciones se refieran primero a tensión muscular y luego a relajación.

2. Progresiva: la persona aprende a relajar uno tras otro de los distintos grupos musculares (16) de su cuerpo, y por otro lado se relaja cada vez más a medida que vaya practicando y repitiendo los ejercicios. De esta manera, con el ejercicio diario, la persona llega a un estado en el que puede decirse que alcanza la relajación automáticamente.

3. Diferencial: la persona aprende a controlar el nivel de tensión de cada uno de los distintos grupos musculares, de esta forma puede modificar la tensión de su organismo de forma general o de forma específica.

4.2 Variantes (Geissman, 1972):

- Relajación diferencial: en este procedimiento se aprende a tensar solo aquellos músculos relacionados con una determinada actividad y a mantener relajados aquellos que no son necesarios. El objetivo es poder llegar a realizar la mayoría de las actividades con un mínimo nivel de tensión, se pretende que la persona aprenda a relajarse en situaciones cotidianas en las que casi es imposible adoptar la posición típica de relajación progresiva. Este tipo de entrenamiento se ha empleado principalmente en pacientes con dolor de espalda, en donde se les enseña a destensar los músculos que provocan el dolor.

- Imaginación de escenas relajantes: en esta técnica se le indica al paciente que trate de evocar una escena o situación que le resulte relajante. De esta forma, la

palabra señal junto con la imagen clave, evoca respuestas de relajación.

- Relajación pasiva: solo se utilizan los ejercicios de los grupos musculares, sin necesidad de tensarlos antes; aquí se combinan ejercicios de respiración, ejercicios de relajación pasiva e inducción de sensaciones de peso y calor (entrenamiento autógeno).

Esta técnica está indicada para personas con problemas orgánicos en lo que no es conveniente o posible la tensión de determinados grupos musculares. Suele usarse en personas con dificultad en relajarse después de haber tensado los músculos y también en personas que tienen dificultades para seguir los pasos de la RMP en casa.

Habitualmente, se graban las sesiones en una cinta y así el paciente puede practicar en casa. Las instrucciones suelen durar unos 20 minutos; el terapeuta utiliza un tipo de voz lento y breves pausas entre las frases. Con este tipo de relajación se consiguen mas estados profundo durante las primeras sesiones

4.3 Entrenamiento Autógeno

Esta técnica de entrenamiento autógeno fue desarrollada por Schultz y Luthe en 1959, y se define como un método de autorelajación concentrativo o también autosugestión, puesto que la persona aprende, bajo la estrecha orientación de un instructor a relajar varios grupos de músculos; los

ejercicios comienzan con una respiración profunda y regular, después de la cual, los pacientes reciben la instrucción de decirse a sí mismos subverbalmente "mis pies se sienten pesados y calientes" y de concentrarse en esta sensación. Estas instrucciones de "pesado y caliente" se repiten para todas las áreas musculares a relajar. En el entrenamiento autogénico avanzado, se aprenden las sugerencias para controlar diferentes sistemas orgánicos y finalmente, se agrega la producción de fantasías sugestionadas (Schultz, 1969).

Esta técnica de relajación autógena se ha empleado en pacientes con cáncer para el manejo del dolor crónico (Smith, 1992; Aguirre, 2001), y es la más empleada después de la RMP (Vallejo, 1998).

4.4 Imaginación visual guiada

La técnica de visualización de imágenes entra dentro de un campo llamado psiconeuroinmunología (Achterberg, 1984).

Para tratar la ansiedad, la visualización de imágenes toma el control del sistema nervioso simpático y ayuda directamente al sistema inmunitario. Esta técnica ha sido utilizada para tratar fobias (Jonson, 1980), y en el campo de la psicología de la salud se ha empleado en el tratamiento de dolor crónico (pacientes con cáncer) y agudo (Hammer, 1984).

Esta técnica es común para inducir relajación y consiste en sugerir a la persona que fije su mente en una imagen

visual específica, debe sugerir la persona la imagen correcta, que le sea relajante.

Una práctica adicional es enfocarse en la "imagen específica del daño" y cambiar cierta parte de lo doloroso a lo relajado, agradable y flexible (Fernández, 1987).

4.5 Respiración diafragmática

El objetivo de esta técnica es incrementar la participación del diafragma y favorecer un patrón rítmico de respiración. A menudo, para conseguir ese objetivo, se utilizan los estiramientos físicos y la imaginación. Sin embargo, el ejercicio respiratorio típico consiste simplemente en prestar atención al flujo de la respiración (Geissman, 1972)

El proceso de respiración es una de las pocas funciones fisiológicas que es tanto pasiva como activa, dado que la respiración puede continuar por sí misma sin esfuerzo aparente. Dado que relativamente pocas de las actividades de la vida cotidiana requieren simple atención a la respiración, los ejercicios respiratorios bien pueden ser por sí mismos menos familiares y pueden demandar mayor receptividad (Caballo, 1991).

El control voluntario de los patrones de respiración es útil en el tratamiento de la respuesta del estrés y la ansiedad, además de ser una técnica simple de aprender. De una forma sencilla, la meta del control voluntario de la respiración en el tratamiento del estrés excesivo, es lograr

que el paciente controle voluntariamente su respiración para crear un estado de relajación (Carboles y Godoy, 1991).

La respiración diafragmática es una respiración profunda, donde se inhala gran cantidad de aire y se inflan un gran número de alvéolos. En suma, por primera vez son inflados los niveles más bajos de los pulmones. El tercio más bajo, contiene la mayor cantidad de sangre, cuando el sujeto permanece verticalmente; por lo tanto, la respiración diafragmática oxigena una mayor cantidad de sangre (Smith, 1992).

De acuerdo con Smith en 1992, en este tipo de respiración, el movimiento del diafragma se convierte en la causa principal de la inhalación profunda. La respiración diafragmática completa puede observarse mientras la cavidad abdominal se expande hacia fuera, seguida por la expansión de la caja torácica y finalmente la elevación de las clavículas.

4.6 Reestructuración Cognoscitiva

Beck (1976) propuso una terapia que consiste en ayudar a los pacientes a usar datos objetivos basados en la realidad, en sus construcciones e interpretaciones en lugar de utilizar prejuicios o falsas creencias con las que generalmente construyen sus realidades ideosincráticas; además describe como los principios de reestructuración cognoscitiva pueden ser usados en el tratamiento de ansiedad y desórdenes por estrés; según éste autor existen tres puntos básicos para reestructurar las cogniciones:

1. Se deben analizar los patrones cognitivos de la persona y buscar la lógica deficiente, esto se logra por medio de hacerle preguntas en torno al problema.
2. Preguntarse qué otra manera hay de ver la situación. Ayudando a la persona a generar interpretaciones alternativas que le permitan reestructurar la transacción ambiental para descubrir el lado positivo del evento.
3. Ayudar a la persona a descatastrofizar la transacción del ambiente, así como a desarrollar estrategias de afrontamiento y herramientas de solución de problemas.

Dentro de la reestructuración cognoscitiva es importante valorar el sentido de autoeficacia de la persona, ya que el afrontamiento efectivo depende de la evaluación que las personas hacen sobre su propia competencia. No es suficiente poseer las herramientas relevantes; la persona debe creer que las tiene y que es capaz de aplicarlas cuando las requiera. Esta técnica ha sido utilizada principalmente para tratar fobias (Jonson, 1980).

4.7 Retroalimentación biológica

El término retroalimentación biológica no es sino una extensión del concepto más general de feedback, que alude desde la cibernética, a un método de control de un sistema por medio de la reinserción en el mismo de los resultados de

la ejecución pasada (Basmajian, 1979; Bernstein, Borkavec, 1983).

Todo sistema de feedback constituye un círculo cerrado con un determinado estado ideal de equilibrio o estabilidad regulada a través de la comparación entre ese estado ideal del sistema y el estado real en que el mismo se encuentra en cada momento. Cuando ambos estados no coinciden, el sistema está desequilibrado y consecuentemente es activado un proceso corrector encargado de restaurar el equilibrio (Carboles y Godoy, 1991).

Un sistema de retroalimentación es aquel que recibe información de sus acciones para mejorar rendimiento futuro.

La retroalimentación biológica constituye un caso particular, donde el sistema es biológico y es retroalimentado por instrumentos especiales construidos por el hombre ; la aportación fundamental de la retroalimentación biológica es brindar información al organismo sobre funciones fisiológicas que normalmente no son conscientes y que permite controlarlas o modificarlas, como las reacciones fisiológicas en los trastornos de ansiedad (Jonson, 1980); en pacientes con dolor crónico como lumbalgias (Fernández, 1987), en el ritmo cardíaco, las secreciones gástricas, las ondas cerebrales o la temperatura periférica (Carboles, Godoy, 1991) y más recientemente en dolor oncológico (Gutiérrez, 2000).

La Residencia en Medicina Conductual permite emplear las técnicas antes citadas a favor del paciente en escenarios

hospitalarios; a continuación se menciona el trabajo desempeñado en el Hospital Juárez de México y posteriormente en el Instituto Nacional de Pediatría.

CAPÍTULO 5

Informe de actividades en el hospital Juárez de México

5.1 Hospital Juárez de México

El Hospital Juárez de México se fundó el 23 de Agosto de 1847 con el nombre de "Hospital de San Pablo". Para el 19 de Junio de 1962, se le dio el nombre de "Hospital Juárez de México" (Viveros, 2000). Después del sismo de septiembre de 1985, el Hospital fue reconstruido y se inauguró el 19 de Septiembre de 1989. Actualmente existe un Hospital Juárez ubicado en el centro de la ciudad de México y otro Hospital Juárez ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160 Col. Magdalena de las Salinas C.P. 07760, México, D.F; es en éste último hospital donde se realizó el trabajo en medicina conductual en el servicio de oncología en el área de cabeza y cuello.

El hospital es considerado de segundo nivel de atención debido a que cuenta con los servicios de internamiento y consulta en 19 especialidades; está constituido por 7 edificios, 50 consultorios, 10 quirófanos, 4 niveles en la torre de hospitalización, 10 aulas, un auditorio, bibliohermeroteca, 4 laboratorios, banco de sangre, cocina, comedor, casas de máquinas y dos plantas eléctricas. En el hospital se imparten cursos de 19 especialidades y subespecialidades (Vargas, 2000).

5.2 Actividades dentro del hospital

Dentro del Hospital Juárez de México se asistió diariamente al pase de visita junto con los médicos en el área de hospitalización, así mismo los días miércoles se asistió a la sesión oncológica con la especialidad de cirugía plástica, en donde se tratan casos de manera multidisciplinaria para evaluar el tratamiento que mejor le convenga al paciente. También los días miércoles se asistió a las sesiones de Psicología, en donde cada semana, los que integrábamos ese departamento presentamos un caso clínico, los cuales eran discutidos desde diferentes orientaciones psicológicas

Dentro de las actividades académicas dentro de la sede, los días martes se asistió a sesión con el supervisor in situ, donde se realizó una revisión del marco teórico, éste fue discutido aplicado a los casos clínicos que se vieron dentro del escenario hospitalario; así mismo dependiendo de las necesidades de cada una de las residentes se supervisaron de manera individual éstos casos con la supervisora in situ.

5.3 Actividades con el supervisor académico

Con el supervisor académico nos reuníamos una vez por semana, se revisaba la literatura necesaria para el trabajo hospitalario con los pacientes, así como también se supervisaban y dirigían los casos clínicos; se revisaba el proyecto de investigación. Recomendaba bibliografía para ampliar los conocimientos en el área de medicina conductual y referentes al área médica donde nos encontrábamos

5.4 Organización interna del hospital

Dentro de la organización interna del servicio de oncología se encuentra el jefe del servicio, el subjefe, cuatro médicos adscritos, uno a cada área (tumores de cabeza y cuello, tumores mixtos, tumores de mama y tumores ginecológicos), así mismo está una adscrita en radioterapia y otra en quimioterapia; también lo conforman tres R1, tres R2 y tres R3, en ésta categoría se encuentra el jefe de residentes. En cuanto al área de Psicología, se encuentra una psicóloga adscrita y cuatro residentes en medicina conductual. Para el trabajo psicológico nos dividimos los servicios para su atención, *la autora del presente informe estuvo en el área oncológica de cabeza y cuello*. A continuación se describirán las actividades realizadas en el servicio correspondiente.

5.5 Servicio: Tumores de cabeza y cuello

Dentro del servicio de tumores de cabeza y cuello, se reciben dos tipos de pacientes (figura 1) los de primera vez y los subsecuentes.

A los pacientes de primera vez se les realiza la exploración física y si no amerita atenderse en este servicio son canalizados al lugar correspondiente, en caso contrario el médico abre el expediente haciendo la historia clínica, y solicita los estudios que requiere para corroborar su impresión diagnóstica.

En esta etapa (etapas de intervención médica, figura 2), el médico explica al paciente el porqué tiene que hacerse esos estudios y le da otra cita , dándole tiempo a que traiga los resultados, que por lo general es de 15 días aproximadamente.

Cuando ha pasado este tiempo y el paciente tiene ya los resultados, el médico los revisa y emite su diagnóstico elaborando un plan de tratamiento, en esta segunda etapa, el médico explica al paciente su padecimiento, diagnóstico, tratamiento, pros y contras.

Cuando se trata de cirugía, en ese mismo momento preparan la hoja de autorización quirúrgica para apartar espacio de quirófano. Ante el impacto del diagnóstico y del tratamiento quirúrgico, así como las consecuencias de este, el paciente se encuentra en un estado de shock, algunos solo firman la hoja de autorización; otros piden al médico tiempo para tomar una decisión, misma que se otorga, no sin advertir la urgencia de la cirugía (si este es el caso) y pone nueva cita para que informe de su decisión, la cual generalmente es de una semana.

Los pacientes subsecuentes son de tres tipos: los que han sufrido recaídas, los que se sometieron a una intervención quirúrgica y los que se sometieron a radioterapia y/o quimioterapia, cuando estos tratamientos no tienen el carácter meramente paliativo.

Los pacientes que se sometieron a cirugía, forzosamente tienen que tratarse con radioterapia después de su

recuperación quirúrgica y los pacientes que fueron radiados generalmente son intervenidos quirúrgicamente.

Los pacientes subsecuentes que ya se sometieron a estos tratamientos, asisten a consulta externa para que el médico revise su estado de salud, es decir, su proceso de rehabilitación; si esta es adecuada, el médico le sigue dando citas subsecuentes para observar la existencia de posibles recaídas, pidiéndoles estudios a largo plazo, si estos están libres de enfermedad, las citas de revisión las realiza cada vez más retiradas, hasta que los da de alta y deja cita abierta para cualquier problema que se llegara a presentar, generalmente esta alta se realiza después de siete años de seguimiento.

Por otra parte existen los pacientes, quienes han sufrido alguna recaída durante la etapa de seguimiento, el cual es tratado como un proceso de primera vez, repitiéndose el ciclo de intervención.

El pronóstico del tratamiento depende del tipo de tumor, localización y extensión del mismo.

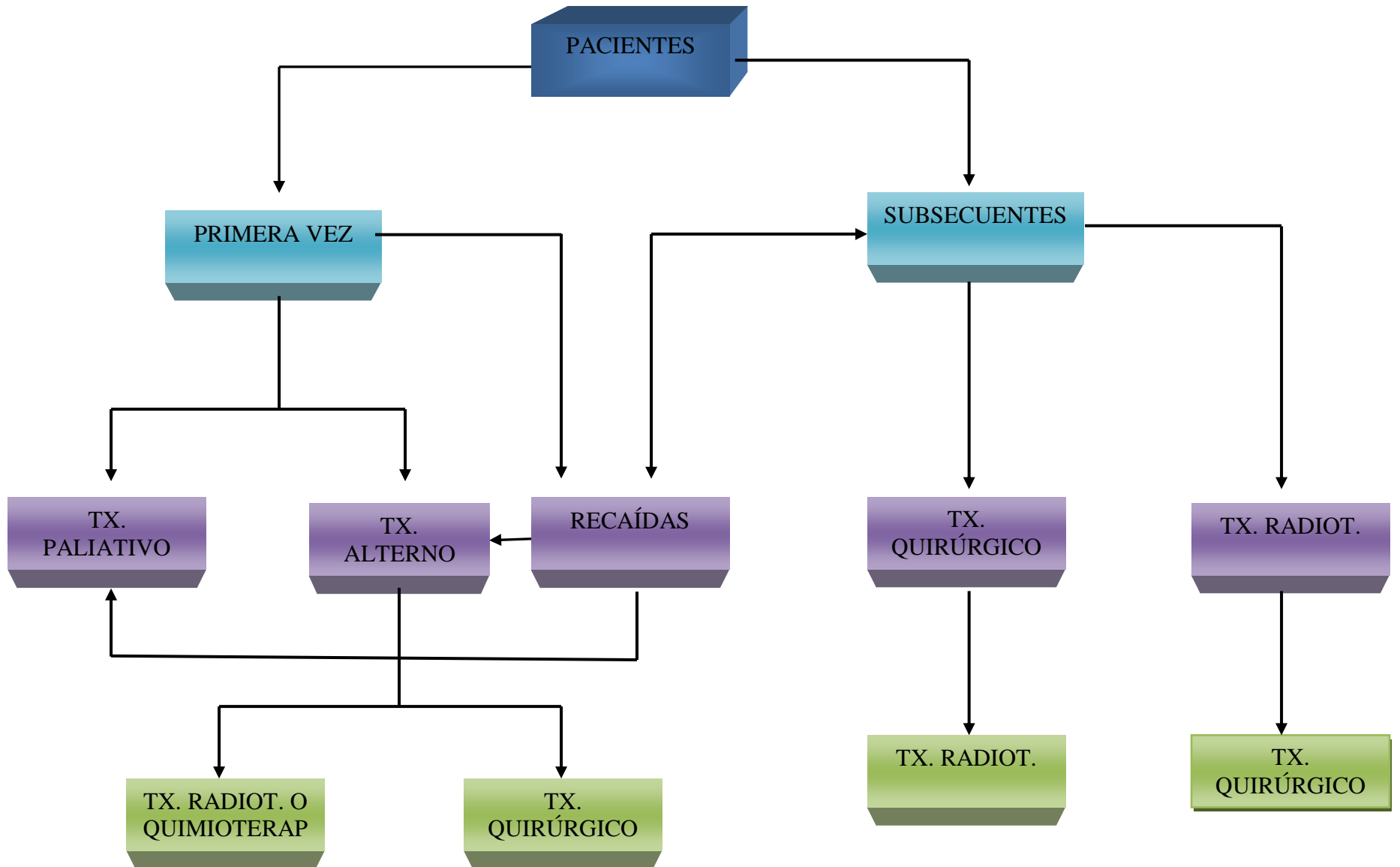


Figura 1. Tipos de pacientes y tratamientos en el Hospital Juárez de la Cd. de México

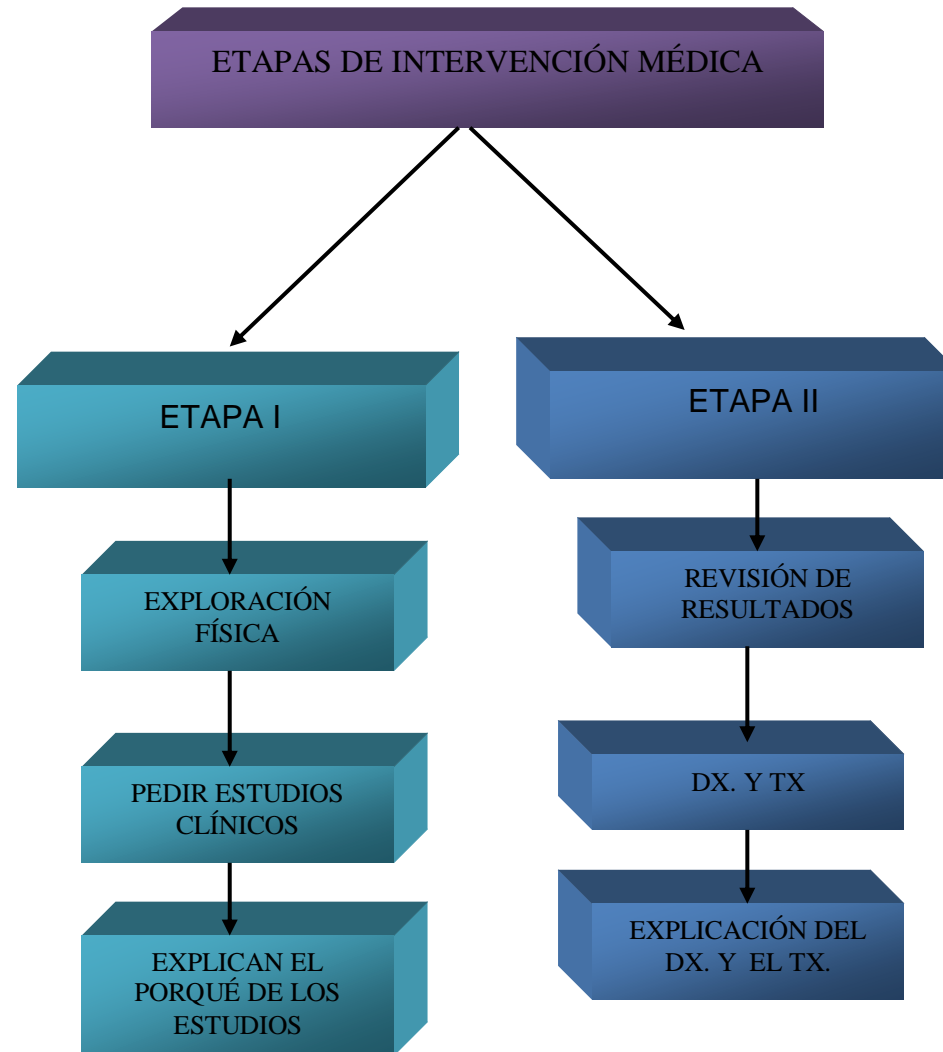


Figura 2. Etapas en el proceso de intervención médica

En el piso de hospitalización se observó la siguiente problemática:

Como se mencionó con anterioridad, algunos pacientes tienen que permanecer días y en ocasiones semanas hospitalizados, lo que provoca serias alteraciones emocionales (depresión, desesperación, angustia, ansiedad, inseguridad frustración, enojo, miedo, impotencia , etc.), además del aislamiento y sentimiento de inferioridad que sufren durante su estancia en el hospital, particularmente aquellos pacientes que permanecen por varias semanas.

Desde el punto de vista cognoscitivo se presentan pensamientos en donde se visualizan mutilados, lo cual atenta directamente a su aspecto físico y por consiguiente su autoconcepto.

Todas estas alteraciones traen consigo la falta de adherencia terapéutica en el aspecto médico, ya que en términos conductuales no ingieren sus medicamentos, así como tampoco siguen las instrucciones que se les dan y en situaciones extremas, algunos llegan a arrancarse el suero. En este sentido se trabajó imagen corporal a través de la técnica de desensibilización sistemática y reestructuración cognoscitiva.

En ocasiones los pacientes no conocen ni siquiera el nombre de la persona que se encuentra a su lado, reforzando así su aislamiento.

Algunos de los pacientes preoperatorios sufren de repentinas angustias, lo que conlleva a hipertensión arterial y por consiguiente a la suspensión de la intervención quirúrgica; algunos temen a estas intervenciones por miedo a morir durante la cirugía entre uno de sus mayores temores.

Una vez efectuada la intervención quirúrgica oncológica, los pacientes a quienes mutilaron alguna parte de su cuerpo deben esperar la reconstrucción estética que la realiza el cirujano plástico, y no en todos los casos se puede efectuar esta reconstrucción debido a que tiene que haber un tiempo de recuperación antes de ésta.

Algunos pacientes al ver su actual aspecto físico, caen en depresión severa, exacerbándose con los puntos antes comentados y repercute a su vez en las esferas social, familiar, sexual, laboral y académica (cuando es el caso), ya que en ocasiones la reconstrucción puede tardar varios meses, si es que se puede realizar.

5.6 Análisis del servicio de tumores de cabeza y cuello

El cáncer es una enfermedad mortal cuando no es detectada a tiempo, el significado percibido por las personas está asociado a muerte inminente, lo que causa una serie de desajustes emocionales y cognoscitivos, así como desorganización conductual.

Esta problemática se agudiza cuando los pacientes no tienen adecuadas estrategias de afrontamiento ni un esquema

cognoscitivo funcional, que les permita por lo menos manejar adaptativamente su padecimiento, causando niveles de estrés considerables que los desajusta en su medio.

En este análisis empírico del servicio de oncología en cabeza y cuello, se detectaron las siguientes necesidades:

- Averiguar el estilo de afrontamiento de los pacientes (emocional, evitativo y directivo)
- Enseñar estrategias de afrontamiento adaptativas, re-educando, enseñando y promover estilos de vida favorables durante el proceso de enfermedad
- Intervenir terapéuticamente en el impacto del diagnóstico (atención en crisis) y en la imagen corporal
- Intervenciones psicológicas ante la ansiedad preoperatoria

Para llevar a cabo estos planteamientos y tomando en cuenta el proceso de la intervención psicológica, encontré que las necesidades primordiales del servicio y especialmente de los pacientes, era trabajar con la ansiedad preoperatoria, por lo que llevé a cabo el siguiente proceso de tratamiento y su evaluación:

Evaluación de tratamiento con técnicas cognitivo-conductuales en el manejo de la ansiedad preoperatoria en pacientes con cáncer de cabeza y cuello

5.7 Objetivo

Evaluar el entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática, apoyada por la reestructuración cognoscitiva y observar si existen cambios en los puntajes de ansiedad estado post aplicación en el inventario de ansiedad IDARE, en un grupo de pacientes preoperatorios.

5.8 Pregunta de investigación

¿Existirán cambios en los puntajes de ansiedad estado en una aplicación pre-postest del inventario de ansiedad IDARE después del entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática apoyada por la reestructuración cognoscitiva en un grupo de pacientes preoperatorios?

5.9 Hipótesis

Hi. Existen cambios en los puntajes de ansiedad estado en una aplicación pre-postest del inventario de ansiedad IDARE después del entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática apoyada por la reestructuración cognoscitiva en un grupo de pacientes preoperatorios

Ho. No existen cambios en los puntajes de ansiedad estado en una aplicación pre-postest del inventario de ansiedad IDARE después del entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática apoyada por la reestructuración cognoscitiva en un grupo de pacientes preoperatorios

5.10 Definición de variables

Ansiedad: Es definida como una sensación de amenaza frente a diferentes situaciones, que se percibirán como una desagradable reacción emocional, seguida de un comportamiento que incluye inquietud, temblores, respiración difícil, tensión muscular, incremento en el ritmo cardiaco y presión arterial. La cual es medida a través de la puntuación obtenida en el inventario de ansiedad estado IDARE de Spielberg (1979).

Aplicación de la terapia de relajación: empleo de procedimientos terapéuticos que intentan conseguir la desconcentración muscular y psíquica del individuo con la ayuda de ejercicios adecuados (Geissman, 1972).

Reestructuración cognoscitiva: Técnica que consiste en ayudar a los pacientes a usar datos objetivos basados en la realidad, en sus construcciones e interpretaciones en lugar de utilizar prejuicios o falsas creencias con las que generalmente construyen sus realidades ideosincráticas (Beck, 1976).

5.11 Diseño de investigación

Fue un diseño pretest-intervención-posttest de un solo grupo (Campbell y Stanley, 1982).

5.12 Tipo de estudio

El estudio es pre-experimental, ya que no se tiene un completo control sobre las variables (Kerlinger, 1993).

5.13 Alcance del estudio

El estudio fue descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2008).

5.14 Participantes

Se incluyeron 12 pacientes para la evaluación del tratamiento, ya que cumplían con los criterios de inclusión; seis de los participantes fueron varones y seis fueron mujeres, sus edades fluctuaron de 42 a 73 años y todos ellos eran residentes en el Distrito Federal.

5.15 Criterios de inclusión

- Pacientes con cáncer en el área de cabeza y cuello
- Pacientes con vías respiratorias funcionales
- Pacientes candidatos a intervención quirúrgica
- Pacientes con residencia en el Distrito Federal
- Pacientes con puntuación significativa en el inventario de ansiedad A-Estado (IDARE).
- Pacientes con puntuación significativa en el inventario de ansiedad A-Rasgo y A-Estado (IDARE).

5.16 Criterios de exclusión

- Pacientes con cáncer en extremidades superiores y/o inferiores.

- Pacientes con cáncer en tórax y/o cadera.
- Pacientes con leucemia.
- Pacientes con dificultad en sus vías respiratorias.
- Pacientes con cáncer cuyo tratamiento no implique una cirugía.
- Pacientes cuya residencia sea algún Estado de la República Mexicana.
- Pacientes con puntuación significativa en el inventario de ansiedad A-Rasgo (IDARE).
- Pacientes que interrumpan y no concluyan el tratamiento psicológico.

5.17 *Instrumento*

Se utilizó el inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE (ver anexo), versión en español, ya que es un instrumento que permite evaluar y diferenciar la ansiedad que presenta un individuo de manera regular en su vida y de una situación específica, en este caso, una cirugía.

El instrumento está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo

5.18 Descripción del instrumento

La construcción del IDARE se inició en 1964 con el objetivo de desarrollar una sola escala que proporcionara medidas subjetivas de autoevaluación tanto de la ansiedad estado como de la ansiedad rasgo, surgiendo así el IDARE forma A, sin embargo, pronto se descubrió que las propiedades psicolingüísticas de algunos de los reactivos, llevaban consigo significados que interferían en su utilización como medidas tanto de A-Rasgo como de A-Estado.

La estrategia de la construcción fue subsecuentemente modificada, en el sentido de seleccionar un grupo de reactivos que incluyeran los mejores para la medición de A-Estado, y otro grupo de reactivos que permitieran la mejor medida posible de A-Rasgo. Las escalas resultantes SXR (A-Rasgo) y SXE (A-Estado).

El inventario quedó constituido por dos escalas separadas de autoevaluación, cada escala consta de 20 afirmaciones donde se le pide al sujeto describa como se siente generalmente para la A-Rasgo y como se siente en un momento dado en A-Estado.

Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, la escala A-Rasgo se puede utilizar como detección en problemas de ansiedad neurótica. La escala A-Estado es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por el paciente, puede medir cambios de intensidad que ocurren en determinadas situaciones, las

características que se pueden evaluar involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

El IDARE se puede aplicar de manera individual o en grupo, también es autoadministrable, las indicaciones aparecen impresas en el protocolo de ambas escalas. Para A-Rasgo se refiere a como se siente generalmente, para A-Estado se refiere a como se siente en un momento dado. No tiene límite de tiempo, no se deberá utilizar el término de "ansiedad", se pedirá a los examinados que no omitan ningún reactivo. Primero se aplica la escala A-Estado y posteriormente la escala A-Rasgo.

Las puntuaciones obtenidas se clasifican en la siguiente escala:

Rango	Clasificación
20 - 31	Ansiedad muy baja
32 - 43	Ansiedad baja
44 - 55	Ansiedad media
56 - 67	Ansiedad alta
68 - 80	Ansiedad muy alta

Las categorías para la escala de ansiedad estado son:

1. No en lo absoluto
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

Las categorías para la escala de ansiedad rasgo son:

1. Casi nunca
2. Algunas veces

3. Frecuentemente

4. Casi siempre

Algunos de los reactivos se elaboran de tal manera que una valoración (4) indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos, con una valoración alta indican poca ansiedad.

La calificación manual de las escalas se hace por medio de plantillas, dando la calificación a cada respuesta según la clave que le corresponde a cada y cada escala; para calificar la prueba de forma manual existen plantillas específicas.

5.19 Confiabilidad y validez del instrumento

Las correlaciones del test-retest para la escala A-Rasgo, fueron altas, variando desde 0.73 para un intervalo de 104 días, a 0.86, mientras que las correlaciones para la escala A-Estado fueron relativamente bajas, variando desde 0.16 a 0.54 con una mediana para las correlaciones de sólo 0.32 para los seis subgrupos. Las correlaciones bajas para la escala A-Estado fueron anticipadas, ya que una medida válida de A-Estado deberá reflejar la influencia de factores situacionales únicos que se presentan en el momento del examen.

Los coeficiente alfa para las escalas del IDARE fueron calculados a partir de la fórmula K-R 20 con la modificación introducida por Cronbach, utilizando las muestras normativas. Estos coeficientes de confiabilidad que variaron de 0.83 a

0.92 fueron altos para A-Estado junto con los de A-Rasgo indicando con esto que la consistencia interna de las dos escalas es buena.

La evidencia acerca de la validez concurrente de la escala A-Rasgo del IDARE en relación con otras escalas como la escala de ansiedad IPAT, escala de ansiedad manifiesta (TMAS) de Taylor y la lista de adjetivos afectivos de Zuckerman (CAL), en su forma general, mostraron ser moderadamente altas, sin embargo, el AACL forma general, resulta sólo moderadamente correlacionado con las otras medidas de A-Rasgo.

5.20 *Procedimiento*

En el servicio de consulta externa de Cabeza y Cuello del Hospital Juárez de México se captaron a los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, y se les dio a contestar el inventario de IDARE (ambas escalas) a los pacientes que sabían leer y escribir, los que no sabían, la investigadora se los aplicó de manera verbal, anotando sus respuestas en la hoja correspondiente. Se seleccionó a los pacientes que puntuaron alto en la escala de Ansiedad-Estado y se sometieron a un tratamiento psicológico, el cual consistió en el entrenamiento de relajación en la modalidad de respiración diafragmática y reestructuración cognoscitiva. En las primeras dos intervenciones se trabajó con los miedos que existen alrededor de la cirugía y en educación para la salud, posteriormente se habilitó al paciente en una técnica de autocontrol.

Las sesiones de entrenamiento en relajación se llevaron a cabo en tres sesiones de una hora, éstas se realizaron en una cama del área de hospitalización (el cual tiene un espacio aproximado de 12 m², en donde se encuentran distribuidas seis camas). Una vez seleccionados a los pacientes, se les citó 3 días sucesivos anteriores a la intervención quirúrgica para llevar a cabo dicho entrenamiento.

A continuación se describe la forma de llevar a cabo este tipo de entrenamiento:

Sesión 1:

El paciente se recostó en la cama lo más cómodamente posible de forma supina, se le indicó que pusiera la mano derecha sobre su pecho y la otra mano en su diafragma (la terapeuta utilizó el modelamiento para mostrar esta indicación), posteriormente se le dijo que centrara su atención en la forma en que respira (se le aclaró que no debería forzar su respiración) y que observara sus manos, se le indicó que señalara qué mano fue la que subió más. Se le dio la explicación fisiológica de la respiración, la cual se inició con la siguiente pregunta:

- ¿Se ha fijado como respiran los bebés cuando duermen?
- ¿Suben y bajan la pancita, no es así?
- Esa es una respiración diafragmática de relajación, y todos nacemos con esta forma de respirar, cuando el niño se despierta, sigue respirando con la pancita; cuando crecemos, por las presiones ambientales y sociales, nos estresamos y

deformamos esta respiración cuando estamos despiertos, pasando la entrada del aire al pecho, por eso su mano derecha sube más que la izquierda, siendo esta una respiración incorrecta.

- ¿Ha observado cómo es su respiración cuando corre o cuando hace algún ejercicio?

- La respiración es a nivel del pecho, pero esa es normal, porque hubo un esfuerzo físico. ¡Imagínese qué ocurriría si tiene esta respiración sin hacer ejercicio!, y aún peor, si esta respiración permanece por días o semanas o incluso meses.

- Este tipo de respiración ocasiona problemas a nivel fisiológico, como sudoración, inquietud, nerviosismo, etc. (se le pidió al paciente que siga enumerando síntomas y signos que ha tenido al respecto). Estas manifestaciones se pueden presentar en ciertas situaciones, como es el caso de la intervención quirúrgica.

- Es por ello que en estas sesiones se le va a enseñar cómo volver a respirar de una manera correcta, para que usted mismo (a) tenga el control y se relaje de forma adecuada.

- ¿Desea obtener los beneficios y bondades de este tratamiento?

(Una vez que el paciente ha aceptado, se inicia con la enseñanza de la técnica)

-Empecemos

- Trate de que su mano derecha suba más que la izquierda, sin forzar su respiración, que sea lenta y tranquila.

Durante el resto de la sesión se moldea al paciente para que logre tener éxito con la indicación y se le deja que lo

siga practicando en su casa por lo menos 3 veces al día o más si le es posible

Sesión 2:

- Se da un espacio de 10 min, para que el paciente diga como le fue en la práctica de dicha técnica.

-En el escenario, se revisa como ha evolucionado el paciente en la práctica de la técnica, se le refuerza positivamente y se continúa con este moldeamiento durante 10 min. si es que ya lo domina, en caso contrario, se continúa por 20 min.

- Una vez dominada esta técnica se le pide que respire profundamente una sola vez, dicho aire debe entrar por la nariz y deberá retenerlo durante 10 segundos y expulsarlo abruptamente por la boca (la terapeuta le indicó cómo hacerlo por medio del modelamiento), la entrada del aire deberá provocar que el diafragma se expanda, esta operación se realizó después de 5 respiraciones normales (para evitar la hiperventilación, explicación que se le dio al paciente).

- La terapeuta dirigió (en voz alta) el conteo de los segundos en el aire retenido, así como las respiraciones normales e indicó el momento de respirar profundamente.

- Quince minutos antes de concluir la sesión, se le pidió al paciente que sea él quien cuente en voz alta, en la retención del aire realizó movimientos con los dedos de las manos para contar los 10 segundos.

- Se le explicó que por cada 5 respiraciones normales y una respiración profunda es una serie. (la terapeuta se encargó de que el paciente comprendiera esta indicación).

- Se le dejó que realice tres series en la mañana, tres en la tarde y tres en la noche como mínimo.

Sesión 3:

- Se dio un espacio de 10 min, para que el paciente diga como le fue en la práctica de dicha técnica.
- En el escenario, se revisó como ha evolucionado el paciente en la práctica de la técnica, se le refuerza positivamente y se continúa con este entrenamiento durante el resto de la sesión, en donde se le pidió al paciente que realice 3 series seguidas él solo, la terapeuta únicamente observó y en caso necesario corrigió y así sucesivamente durante 30 minutos.
- Posteriormente se le pidió al paciente que conteste un cuestionario (re-test del IDARE, en la versión Ansiedad-Estado)

5.21 Análisis de datos

Para el análisis estadístico se empleó la prueba t de Student para muestras relacionadas y poner a prueba las hipótesis de esta investigación comparando las posibles diferencias en los resultados de la aplicación pre-postest.

5.22 Resultados

En este apartado se muestran los resultados obtenidos de la evaluación. A continuación se presentan las tablas de los datos sociodemográficos de los participantes:

Tabla 2 Sexo

	<i>Sujetos</i>	<i>Porcentaje</i>
VARONES	6	50 %
MUJERES	6	50%

Como se observa en la tabla 2, fueron un total de 12 sujetos los que participaron en el tratamiento, el 50% fueron varones y el 50% fueron mujeres.

Tabla 3 Edad

<i>Edad</i>	<i>Sujetos</i>	<i>Porcentaje</i>
42-52	6	50 %
53-63	2	17%
64-73	4	33%

En la tabla 3 se muestra la edad de los sujetos participantes, la cual osciló entre los 42 y los 73 años, ubicándose el 50% de los pacientes en un rango de 42 a 52 años.

Tabla 4 Escolaridad

	<i>Sujetos</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Sin escolaridad</i>	7	58 %
<i>Primaria</i>	4	33%
<i>Secundaria</i>	1	9%

En la tabla 4 se muestra la escolaridad de los participantes, en la cual, el 58% eran analfabetas, el 33% cursaron la primaria y solo el 9% cursó la secundaria.

Tabla 5 *Estado civil*

	<i>Sujetos</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>CASADOS</i>	9	75 %
<i>VIUDOS</i>	3	25%

En la tabla 5 se muestra el estado civil de los participantes, siendo casados el 75% y el otro 25% son viudos

Tabla 6 *Diagnóstico médico*

<i>Tipo de cáncer</i>	<i>Sujetos</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Cáncer de tiroides</i>	8	66.6%
<i>Cáncer de paratiroides</i>	1	8.3%
<i>Cáncer de cavidad oral</i>	1	8.3%
<i>Cáncer basocelular de cara</i>	2	16.6%

En la tabla 6 se presenta el diagnóstico médico por el cual fueron intervenidos los participantes; se observa que el 66% tenían cáncer de tiroides, 16% tenían basocelular de cara, el 8% tenía cáncer de paratiroides y cáncer en cavidad oral.

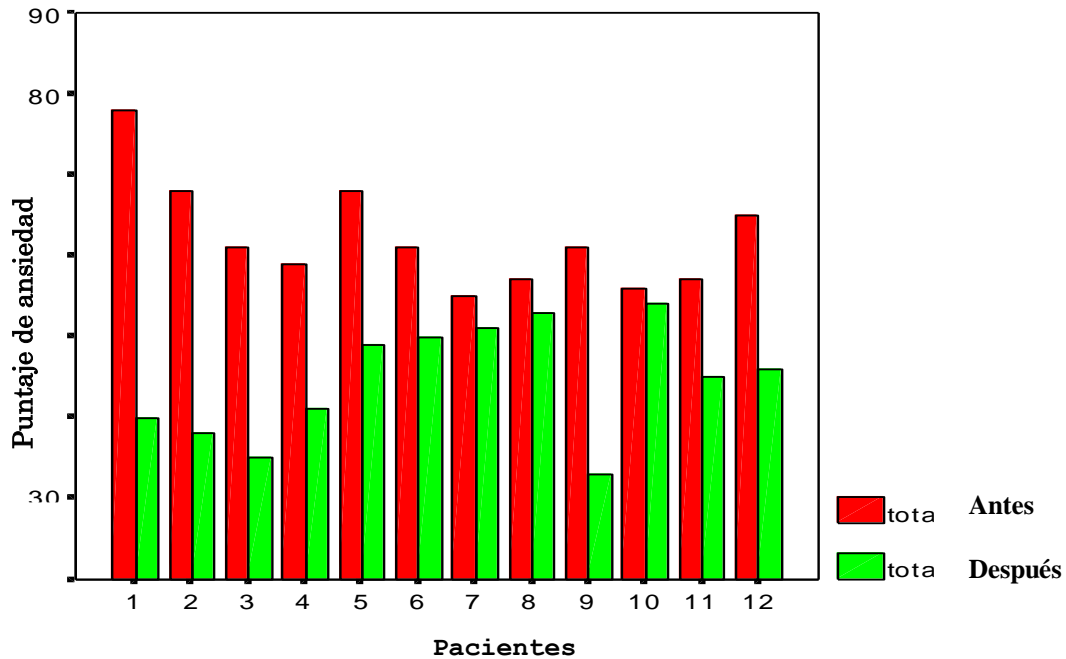


Figura 3. *Ansiedad estado antes y después del tratamiento psicológico en cada uno de los participantes en donde se observa una disminución en la ansiedad percibida en cada uno de ellos después de la aplicación de la técnica de relajación.*

Tabla 7. Media de las respuestas en los reactivos del Inventario de Ansiedad Estado de Spielberg antes y después del tratamiento psicológico

Reactivo	Media antes	Media después
R1	3.33	2.42
R2	3.00	2.58
R3	3.00	2.33
R4	2.83	2.17
R5	3.17	2.08
R6	3.33	2.08
R7	3.33	2.17
R8	3.33	2.33
R9	3.17	2.08

R10	3.08	2.08
R11	3.67	2.75
R12	3.08	2.42
R13	3.33	1.67
R14	3.00	2.08
R15	3.08	2.17
R16	3.08	2.33
R17	2.75	2.25
R18	2.50	2.17
R19	3.00	2.58
R20	3.08	2.33
RTOTAL	62.17	44.58

Nota: En la tabla 7 se muestra en qué rango de opciones respondió la mayoría de los sujetos participantes en cada una de los reactivos, observándose las diferencias de puntajes en cada uno de los pares de reactivos antes y después del tratamiento, es decir, en los reactivos de la segunda aplicación (después) se observa un menor puntaje que en la primera aplicación (antes).

Teniendo en cuenta el puntaje total antes y después también se observa un menor puntaje en el total de respuestas emitidas por los participantes, observando entonces una disminución en las respuestas de ansiedad estado en el inventario de Ansiedad-Estado (IDARE)

Tabla 8. Resultados de la prueba t de los pares de reactivos del Inventario de Ansiedad Estado antes y después del tratamiento psicológico

Pares	Prueba T	G.L	P
R1A-R1D	3.527	11	.005*
R2A-R2D	1.603	11	.137
R3A-R3D	1.773	11	.104
R4A-R4D	1.685	11	.120
R5A-R5D	3.026	11	.012*
R6A-R6D	4.103	11	.002*
R7A-R7D	3.386	11	.006*
R8A-R8D	3.633	11	.004*
R9A-R9D	3.223	11	.008*
R10A-R10D	2.872	11	.015*
R11A-R11D	4.005	11	.002*
R12A-R12D	1.773	11	.104
R13A-R13D	4.432	11	.001*
R14A-R14D	1.959	11	.076
R15A-R15D	2.727	11	.020*
R16A-R16D	2.283	11	.043*
R17A-R17D	1.318	11	.214
R18A-R18D	.771	11	.457
R19A-R19D	1.239	11	.241
R20A-R20D	1.567	11	.145
TOTA-TOTD	5.322	11	.000*

*p > .05

Nota. La letra R seguida de un número indica el número de reactivo, la letra A indica antes de la intervención y la letra D, después de la intervención. La palabra TOTA, indica el análisis de todos los reactivos antes de la intervención con todos los reactivos después de la intervención, representados por TOTD.

Como se puede observar en la tabla 8, 11 de 20 reactivos resultaron estadísticamente significativos con una probabilidad asociada de .05, estos reactivos fueron los siguientes:

1. *Me siento calmado.* Este reactivo hace alusión a la percepción subjetiva que tiene el sujeto en el aquí y ahora, en donde se observaron cambios en las respuestas de los sujetos antes del tratamiento psicológico y después. Aunque en el objetivo de esta investigación no se hace la hipótesis de una probable dirección en los resultados, se puede observar e inferir a través de la tabla 6, donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento en el reactivo 1, que hubo un cambio, de no percibirse calmados a una percepción de sentirse calmados

5. *Estoy a gusto.* Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de comodidad en el aquí y ahora, en donde se observan cambios en los participantes antes y después del tratamiento psicológico; cabe mencionar que aunque no se aplicó una estadística para averiguar la direccionalidad, ya que la finalidad del estudio no era ésta, si podemos observar en tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento en el reactivo 2, que hubo un cambio, de no percibirse a gusto a una percepción de sentirse a gusto, es decir, que los puntajes en las medias de la aplicación del instrumento después del tratamiento disminuyeron con respecto a la primera aplicación.

6. *Me siento alterado.* Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de desorganización fisiológica; este reactivo también mostró diferencias significativas en cuanto a cambios observados, corroborando en la tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento psicológico, en el reactivo 6 nos

indica que los pacientes disminuyeron su sensación de sentirse alterados.

7. Estoy preocupado actualmente por un posible contratiempo. Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de una situación ambiental, en donde se observan diferencias estadísticamente significativas, tomando en cuenta la tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento en el reactivo 7, nos indica que la preocupación actualmente por un posible contratiempo disminuye en cuanto a la percepción de los participantes después de la intervención psicológica

8. Me siento descansado. Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de comodidad fisiológica, en donde se observan diferencias significativas, y cambios en los puntajes como se puede observar en la tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento, en éste reactivo nos indica que después de la intervención los participantes tuvieron una sensación de sentirse descansados

9. Me siento ansioso. Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de incertidumbre, en donde se observan diferencias estadísticamente significativas y cambios en los puntajes como se muestra en la tabla 6, donde se observa la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento, en el reactivo 9 indica que después del tratamiento, los participantes tuvieron una menor percepción en la sensación de ansiedad

10. *Me siento cómodo.* Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de tranquilidad corporal, en donde se observan diferencias estadísticamente significativas y cambios en los puntajes como se muestra en la tabla 6, donde se observa la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento, éste reactivo indica que después del tratamiento, los participantes tuvieron la percepción de sentirse cómodos

11. *Me siento con confianza en mí mismo.* Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de autocontrol, en este reactivo se observan cambios estadísticamente significativos y tomando en cuenta la tabla 6 donde se observa la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento, éste reactivo indica que después del tratamiento los participantes tuvieron una sensación de confianza en sí mismos

13. *Me siento agitado.* Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de inquietud fisiológica en donde se observan diferencias estadísticamente significativas, tomando en cuenta la tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento, en el reactivo 13 nos indica que la percepción de sentirse agitados disminuye en los puntajes después de la intervención psicológica

15. *Me siento reposado.* Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de tranquilidad en donde se observan diferencias estadísticamente significativas, tomando en cuenta la tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas

de los sujetos antes y después del tratamiento, éste reactivo nos indica que después de la intervención psicológica, los participantes tienen la percepción de sentirse reposados

16. *Me siento satisfecho.* Este reactivo hace alusión a una percepción subjetiva de bienestar psicológico en donde se observan diferencias estadísticamente significativas, tomando en cuenta la tabla 6 donde se muestra la media en las respuestas de los sujetos antes y después del tratamiento en el reactivo 16, nos indica que después del tratamiento los participantes tienen la percepción de satisfacción.

5.23 *Discusión y conclusiones de la evaluación*

En relación al objetivo:

Evaluar el entrenamiento en la técnica de respiración diafragmática, apoyada por la reestructuración cognoscitiva y observar si existen cambios en los puntajes de ansiedad estado post aplicación en el inventario de ansiedad IDARE, en un grupo de pacientes preoperatorios; se observa, de acuerdo a los resultados obtenidos que si existieron cambios en los puntajes de la ansiedad percibida por los participantes antes y después de la aplicación del tratamiento psicológico, los reactivos en los cuales hubo diferencias estadísticamente significativas fueron los siguientes:

1. *Me siento calmado*
5. *Estoy a gusto.*
6. *Me siento alterado.*
7. *Estoy preocupado actualmente por un posible contratiempo*
8. *Me siento descansado.*

9. *Me siento ansioso.*
10. *Me siento cómodo.*
11. *Me siento con confianza en mí mismo.*
13. *Me siento agitado.*
15. *Me siento reposado.*
16. *Me siento satisfecho*

El estrés es un agente percibido por un individuo en un espacio-tiempo determinado, el sujeto pone en juego sus mecanismos de afrontamiento para manejarla, si no cuenta con recursos eficientes puede desorganizar su estructura psíquica (Lazarus, 1966).

En los reactivos antes citados, aunque en su conjunto hacen alusión a la percepción de ansiedad, no obstante, al parecer cada uno de ellos tiene que ver con el autocontrol que se percibe en una situación amenazante, lo cual lleva al individuo a un estado de estrés situacional por el evento de la intervención quirúrgica que en este caso es el agente estresor, propiciando mecanismos psicológicos y fisiológicos que conllevan a la ansiedad (Stora, 1992).

El estrés lo puede causar casi cualquier cosa (Terras, 1994), y desde esta perspectiva sería casi imposible evitarlo, no obstante cuando se identifica la posible causa se puede brindar una terapéutica, en esta investigación se cuantificó por medio del inventario de ansiedad de Spielberg, enseñándoles a los pacientes estrategias de afrontamiento como una manera de autocontrol para poder enfrentar de una mejor manera el evento estresante.

Hay autores que mencionan que las técnicas cognitivo-conductuales de relajación no funcionan por sí mismas, hay que implementar además, otras estrategias psicológicas, ya que las técnicas de relajación, relajan al cuerpo, no a los pensamientos (Aguirre, 2000., Gutiérrez, 2000).

Al enseñar al individuo que se puede relajar por sí mismo y tener un control sobre su ansiedad, es en sí un efecto que produce la sensación de autocontrol, y de esta manera es como se convierte en una estrategia de afrontamiento tal como lo mencionaba Lazarus desde 1966; probablemente los pacientes al aprender esta estrategia de afrontamiento minimizaron su percepción de amenaza ante el evento quirúrgico

Es importante resaltar que con respecto a los resultados obtenidos no solo se observan cambios, si no también una disminución en las medias de las puntuaciones de ansiedad percibida en el inventario IDARE después del entrenamiento en relajación diafragmática (intervención psicológica), pese a que no hubo un control de variables, se observaron diferencias estadísticamente significativas que nos indican que el tratamiento pudo haber modificado estas puntuaciones.

En conclusión se puede argumentar que las estrategias cognitivo conductuales son eficientes para el manejo de la ansiedad en pacientes preoperatorios con un padecimiento oncológico en cabeza y cuello, así mismo el inventario de ansiedad de Spielberg es un instrumento que permitió evaluar la ansiedad percibida en una situación específica.

Es importante mencionar que un paciente con un adecuado autocontrol de sus emociones y estrategias de afrontamiento funcionales que le permitan manejar situaciones estresantes ante un evento quirúrgico, le permitirá cursar un periodo postoperatorio con una mejor evolución, evitando con esto posibles complicaciones, una larga estancia intrahospitalaria, por lo tanto disminuyendo gastos a la institución por costo día cama, medicamentos, material y recursos humanos; como se puede observar la intervención psicológica en un proceso preoperatorio es importante ya que actúa no solo como estrategia de afrontamiento para el paciente, si no también como un programa de prevención intrahospitalaria.

Cabe señalar la importancia del trabajo multidisciplinario en un ambiente hospitalario y aun mas en enfermedades crónico-degenerativas como el cáncer, ya que siendo este un padecimiento que afecta su estado emocional, aspecto físico, su funcionalidad y su vida en general, es necesario desde un inicio ver al paciente desde diferentes ángulos profesionales como es cirugía plástica, cirugía maxilofacial, prótesis maxilofacial, neurocirugía, psicología, psiquiatría, otorrinolaringología, radioterapeutas, trabajo social, etc.

5.24 Limitaciones y sugerencias

Dentro de las limitaciones que se encontraron a lo largo de esta investigación se encuentra el tamaño de la muestra, así como el espacio para brindar el entrenamiento en la

respiración diafragmática, ya que éste es pequeño en el área de hospitalización, además hay presencia de variables ambientales que pudieron afectar la atención y concentración del paciente.

Por otra parte, una limitación metodológica que no se controló era saber si la ansiedad estado se debía a la intervención quirúrgica, o bien a otros factores o al diagnóstico de cáncer en sí , ya que algunos de los participantes se les dio el diagnóstico de cáncer así como también el tratamiento médico a seguir (intervención quirúrgica); por lo que en futuras intervenciones se sugiere aplicar algún instrumento (inventario, prueba psicológica, entrevista clínica, etc.) que ayude a controlar las variables.

Una consideración relevante en cuanto al aspecto ético se refiere a que no es suficiente con el consentimiento verbal, es necesario un consentimiento escrito, por lo que se sugiere que en futuras intervenciones, se realice el convenio con un contrato firmado por el paciente.

Sime (1976) encontró que los pacientes con alto temor preoperatorio requieren mayor duración de la hospitalización, mayor uso de analgésicos y sedantes, aumenta la probabilidad de que el paciente se complique con alguna infección intrahospitalaria alargando su estancia y afectando su vida familiar, laboral, social, económica, etc., y muestran una actitud negativa en el postoperatorio, ocasionando falla en la adherencia médica.

Cabe mencionar que éstos 12 pacientes fueron los que terminaron adecuadamente el protocolo de investigación y cumplieron los requisitos de inclusión, no obstante, se trabajó con los demás pacientes que se sometieron a una intervención quirúrgica aunque no hayan concluido con las sesiones que se mencionaron en el protocolo.

Otras actividades realizadas

Por otra parte, siguiendo con el programa operativo, con todos los pacientes se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- *Desarrollo de programas de evaluación y diagnóstico en los pacientes:* Se realizó en primera instancia una entrevista para identificar la problemática en cuestión, dependiendo de ésta se procedió a la evaluación, los pacientes que clínicamente impresionaban con ansiedad, se les aplicó el instrumento IDARE de Spielberg, con base en esto se emitía el diagnóstico y se procedía a la intervención, la cual consistió en lo siguiente:
- *Desarrollo de estrategias de intervención orientados al entrenamiento en resolución de problemas* en los pacientes con respecto a su problemática de salud
- *Elaboración de programas de desensibilización sistemática* orientado a la adaptación de la imagen corporal post cirugía
- *Elaboración de programas de estilo de vida y adherencia terapéutica*
- *Entrenamiento en técnicas para el manejo de estrés* en los pacientes y familiares

- *Apoyo psicológico, emocional, modificación conductual y educación para la salud* enfocada al padecimiento , el cual se les brindó a los pacientes y a sus familiares
- *Se brindó psicoterapia, terapia breve e intervención en crisis*

Estos puntos se llevaron a cabo satisfactoriamente de acuerdo al paciente y sus necesidades, desafortunadamente, por cuestiones de tiempo y demanda del servicio, no se pudo realizar un protocolo de intervención específico para cada uno de los puntos de intervención citados con anterioridad

Debido a las características de la población (bajo nivel socioeconómico y escolar, lugar de residencia, clasificación y lugar de tumor, redes de apoyo, problemas familiares) y a la dinámica institucional (tiempo en el proceso de los estudios y trámites administrativos, falta de espacio para la intervención psicológica), no fue posible aplicar otros instrumentos para la evaluación de todos los pacientes.

Sin embargo, realicé entrevistas clínicas para identificar el problema prioritario del paciente, y de esta manera elaboré el programa de tratamiento que atendiera esta necesidad.

Realicé intervenciones individualizadas y dirigidas hacia problemas específicos que se detectaron en cada paciente.

En las siguientes tablas, se muestra el análisis de frecuencia de los pacientes atendidos, así como los datos sociodemográficos y de diagnóstico médico y psicológico:

Tabla 9. Pacientes atendidos y datos sociodemográficos

Pacientes		
Sexo	Total	Porcentaje
Hombre	240	50%
Mujer	240	50%
Lugar de residencia		
Estados	Total	Porcentaje
D.F	198	41.2%
Edo. de México	156	32.5%
Otros estados	64	13.3%
Hidalgo	62	12.9%
Estado civil		
	Casados	Solteros
Total	312	168
Porcentaje	65%	35%
Escolaridad		
	Total	Porcentaje
Sin escolaridad	229	47.7%
Primaria	97	20.2%
Secundaria	51	10.6%
Técnica	10	2%
Preparatoria	31	6.4%
Licenciatura	62	12.9%

Tabla 10. Diagnóstico médico

Dx. Médico	Total	Porcentaje
Cáncer de tiroides	135	28.10%

Cáncer de laringe	62	12.90%
Bocio	47	9.70%
Cáncer de epidermoide	41	8.50%
Cáncer de parótida	31	6.40%
Cáncer de faringolaringeo	21	4.30%
Basocelular	21	4.30%
Linfoma	21	4.30%
Cáncer de cavidad oral	21	4.30%
Tumor parietal	10	2%
Cáncer de paratiroides	10	2%
Lipoma	10	2%
Cáncer papilar de tiroides	10	2%
Tumor quístico de tiroides	10	2%
Nódulo tiroideo	10	2%
Cáncer de lengua	10	2%
Tumor musinoso	10	2%

Tabla 11. Diagnóstico psicológico

Dx. Psicológico	Total	Porcentaje	Tx. Psicológico
Ansiedad preoperatoria	294	61.2%	Técnica de autocontrol, educación para la salud, reestructuración cognoscitiva, desensibilización sistemática, adherencia terapéutica, modificación de estilo de vida
Ataque de pánico (crisis de angustia)	52	10.8%	Técnica de autocontrol, reestructuración cognoscitiva, educación para la salud
Trastorno adaptativo con	41	8.5%	Técnica de autocontrol, modificación de conducta ,

sintomatología ansiosa				solución de problemas, adherencia terapéutica, modificación de estilo de vida
Trastorno de ansiedad generalizada	31	6.4%		Técnica de autocontrol, reestructuración cognoscitiva, educación para la salud, solución de problemas, adherencia terapéutica
Depresión moderada	31	6.4%		reestructuración cognoscitiva, solución de problemas, adherencia terapéutica, modificación de estilo de vida
Trastorno adaptativo con sintomatología mixta	21	4.3%		Técnica de autocontrol, modificación de conducta, solución de problemas, adherencia terapéutica, modificación de estilo de vida
Trastorno psicosomático	10	2%		Técnica de autocontrol, educación para la salud, reestructuración cognoscitiva, adherencia terapéutica, modificación de estilo de vida

A continuación se describe el trabajo realizado con los pacientes prequirúrgicos, pacientes internados en ciclo de quimioterapia, pacientes subsecuentes y pacientes terminales.

5.25 Pacientes prequirúrgicos

- Se trabajó con los pacientes prequirúrgicos como ya se comentó en la investigación.
- Los pacientes con quienes no se tuvo contacto previo, se les enseñaron técnicas de relajación, se trabajó con

reestructuración cognoscitiva para el manejo de miedos, así como también se les brindó información para la salud.

- Se realizó la evaluación del impacto corporal, en aquellos pacientes que lo requerían se trabajó con técnicas de desensibilización sistemática, se fomentaban redes de apoyo con la familia, se brindó educación para la salud y se fomentaba la adherencia al tratamiento.
- Con pacientes, en donde la cirugía comprometía la funcionalidad de algún órgano y el pronóstico era reservado, en la mayoría de los casos se trabajó junto con la familia en toma de decisiones, técnicas de relajación, fomento en la adherencia al tratamiento, educación para la salud y modificación en los estilos de vida.
- En pacientes, donde su sintomatología era exacerbada (que fue en muy pocos casos), se trabajó interdisciplinariamente con el psiquiatra.

5.26 Pacientes internados en ciclo de quimioterapia

- Se identificaba si los pacientes tenían conciencia de enfermedad, así como también se evaluaba si existía la presencia de sintomatología depresiva, ansiosa, falla en estrategias de afrontamiento, déficits en la adherencia al tratamiento.
- Se brindó educación para la salud, ampliando la

información sobre los ciclos de quimioterapia, así como sus efectos colaterales y los cuidados que deberían de tener hacia su salud.

- Los pacientes que presentaban sintomatología depresiva se les proporcionó apoyo psicológico, a través de la reestructuración cognoscitiva.
- Se enseñaron estrategias de autocontrol a los pacientes que presentaban miedo y/o dolor en la aplicación de la quimioterapia.
- Los pacientes que presentaban vómito anticipatorio se les enseñaron técnicas de relajación, detención del pensamiento y/o desensibilización sistemática.
- Se trabajó fortaleciendo y /o promoviendo la adherencia al tratamiento.
- Se proporcionó apoyo a los familiares de los pacientes, según las necesidades de los mismos, se amplió la información de la enfermedad de su familiar, se apoyó en toma de decisiones, se realizaron intervenciones en crisis, se les enseñó estrategias de afrontamiento para controlar la sintomatología ansiosa y/o depresiva, se trabajó en el manejo del duelo anticipatorio en casos necesarios.

5.27 Pacientes subsecuentes

- El seguimiento subsecuente de los pocos pacientes a quienes se les pudo ver de manera continua, estaba enfocado principalmente a modificar estilos de vida, promover la adherencia al tratamiento, brindarles educación para la salud y enseñarles estrategias de afrontamiento funcionales para ellos.
- En casos contados, el pacientes o sus familiares eran canalizados al departamento de psicología del mismo hospital para tratar una problemática ajeno a lo que se trabaja en medicina conductual.

5.28 Pacientes terminales

- En la mayoría de los casos, cuando el médico daba malas noticias a los familiares de la situación de su familiar, se encontraba presente la psicóloga, para brindar apoyo emocional.
- Cuando por diversas circunstancias no era posible que la psicóloga estuviera presente con el médico al dar las malas noticias, éste los canalizaba con la psicóloga para que realizara el trabajo pertinente según la situación presentada.
- Con el paciente terminal se trabajó la ansiedad, la toma de decisiones, la solución de cuestiones pendientes y se brindaba acompañamiento tanatológico para el apoyo del bien morir del paciente; con su familia se realizó el trabajo sobre el manejo del duelo anticipatorio, manejo de ansiedad y despedida de su familiar.

5.29 Conclusiones e impresiones personales

El trabajo psicológico en pacientes con cáncer, es muy desgastante a nivel emocional, por ello es importante que el psicólogo que los atienda haya tenido un trabajo terapéutico personal para poder brindar su apoyo de una mejor manera, y por supuesto llevar un trabajo supervisado en cada caso tratado

Dentro del hospital se dificultaba la atención psicológica en la consulta externa ya que no había espacios físicos establecidos para el desarrollo del trabajo profesional, en ocasiones se atendían a los pacientes y familiares en el pasillo, cuando era posible la atención dentro de un consultorio, no era raro que la sesión se interrumpiera por algún médico que iba a revisar a su paciente, por lo que la sesión psicológica tenía que acelerarse; en ocasiones también se podía realizar el proceso psicológico dentro del cuarto de máquinas cuando éste se encontraba disponible.

En la hospitalización, se trabajaba a un lado de la cama del paciente , pero en ocasiones éste se veía limitado por la poca privacidad que existía entre cama y cama, por lo que se "resolvía" recorriendo la cortina , la evaluación se limitaba por las condiciones físicas de los pacientes , ya que al estar canalizados era difícil que contestaran algún instrumento de medición, o bien, por falta de conocimientos en la lecto-escritura; aunque la aplicación de dichos instrumentos se podía realizar de manera oral e ir anotando sus respuestas , en el 99% de los casos se decidía que lo más

adecuado era realizar una entrevista (donde se realizaba la valoración clínica y se emitía el diagnóstico) y proceder con la intervención psicológica casi de manera inmediata; a sus familiares se les atendía en el pasillo, ya que en el área de hospitalización no había un espacio probable para poder trabajar.

La nota en el expediente se realizaba a través del sistema SOAP (subjetivo, objetivo, análisis y plan), cada vez que se atendía a un paciente se anexaba la nota psicológica en su expediente clínico, pero en ocasiones el expediente se encontraba en otro servicio, por lo cual, se solicitaba posteriormente el expediente para escribir la nota.

Cabe destacar que a pesar de las vicisitudes, el trabajo en el Hospital Juárez de México fue muy gratificante, ya que los objetivos de la atención psicológica se cumplieron satisfactoriamente, apoyando a los pacientes y al personal médico durante el recorrido de esta terrible enfermedad. También es importante mencionar que en el servicio de oncología, los médicos son conscientes de la necesidad del trabajo multidisciplinario, dando un lugar importante al trabajo psicológico y a la investigación en la misma.

5.30 Competencias profesionales alcanzadas

- Trabajo en coordinación con equipo multidisciplinario (médicos adscritos, residentes, enfermeras, trabajadoras sociales, y administrativos).
- Escucha al paciente y atención a su demanda y necesidad.

- Aplicación de diferentes técnicas cognitivo conductuales
- Intervenciones en crisis.
- Elaboración de programas de intervención.
- Propuesta y realización en proyectos de investigación.
- Elaboración de notas psicológicas con el sistema SOAP.
- Acompañamiento tanatológico.
- Compromiso con el paciente en su tratamiento médico y psicológico.
- Manifestación de actitud responsable en el ejercicio de la práctica profesional.
- Promoción en el paciente de la adherencia a su tratamiento.
- Actualización permanente en temas relacionados con el Cáncer.
- Revisión de Artículos de Cáncer y problemas psicológicos.
- Apego a normas Institucionales.

- Asistencia con disciplina y puntualidad a las actividades diarias.
- Adaptación al espacio de trabajo y sus limitantes.
- Reconocimiento de las limitantes académicas y clínicas y solicitar ayuda al supervisor in situ.

Capítulo 6

Informe de actividades en el Instituto Nacional de Pediatría

6.1 Instituto Nacional de Pediatría

El Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la niñez (IMAN), abrió sus puertas en 1970, después de dos años de intenso trabajo médico-arquitectónico, con el concepto de ofrecer a la niñez mexicana una atención pediátrica integral.

La misión del Instituto Nacional de Pediatría (INP) es contribuir al desarrollo científico y tecnológico con el objeto de aportar nuevos conocimientos en las áreas que conforman la pediatría, formar recursos humanos que se dediquen al cuidado de la salud de la niñez mexicana, y brindar atención médico-quirúrgica de elevada complejidad.

Es un hospital de tercer nivel de atención; se encuentra ubicado sobre av. insurgentes sur 3900-C, colonia cuicuilco, en México D.F.

El INP cuenta con los servicios de anatomía patológica, hemodinámica, rayos X, medicina nuclear, neurofisiología, tomografía computada y los laboratorios clínicos para apoyar las labores de atención médica.

Así mismo cuenta con 10 salas de cirugía que están equipadas con modernos sistemas integrales de anestesia en las cuales se realizan complejas operaciones, como las de transplantes de riñón y médula ósea.

En las instalaciones del INP anualmente se proporcionan aproximadamente 200,000 consultas, se hospitalizan alrededor de 8,000 pacientes, se realizan más de 6,000 intervenciones quirúrgicas y 500,000 estudios de laboratorio y gabinete.

El servicio de salud mental está integrado por un jefe de servicio, tres paidopsiquiatras, 11 psicólogos, una trabajadora social psiquiátrica, una secretaria, una recepcionista.

La atención en el servicio está dada por la consulta externa en la cual se brinda a partir de dos filtros: a) los pacientes que son valorados en consulta externa del INP y que consideren deben pasar al servicio de salud mental y b) el otro filtro proviene de hospitalización por interconsultas.

Dentro del servicio de salud mental el trabajo cognitivo-conductual se realizó en su mayor parte en el área de hematología, el cual se inauguró en 1970, en la actualidad cuenta con 14 espacios para hospitalización, un laboratorio de hematología y un área para aplicación de quimioterapia ambulatoria. El servicio de hematología del INP es en la actualidad el de mayor experiencia en el diagnóstico, clasificación y tratamiento de los niños con leucemia aguda en el país, ya que cuenta con el mayor número de pacientes que han alcanzado la etapa de terminación electiva de la terapia, el mayor tiempo de sobrevida libre de enfermedad y el mayor número de casos curados.

Actualmente el servicio de hematología cuenta con un jefe de servicio y cuatro médicos adscritos, dos residentes de quinto año de hematología pediátrica, dos residentes de primer año de hematología pediátrica y algunos residentes rotantes que se encuentran haciendo medicina pediátrica.

En hospitalización se cuenta con una trabajadora social, una jefe de enfermeras y cinco enfermeras de base que cubren los servicios de inmunología y hematología así mismo existen cinco enfermeras que acuden a prácticas al hospital.

6.2 Actividades dentro del hospital

Al INP asistí una vez por semana al pase de visita junto con los médicos en el área de hospitalización, el día último de cada asistí a la sesión médica en donde se discutían casos complejos, en donde la participación del psicólogo era como receptor. Con respecto a nuestro campo, el departamento de Psicología organizaba sesiones de supervisión, discusión de casos y revisión de temas.

Con la supervisora insitu, los primeros dos meses se revisaron y discutieron temas de índole médico y psicológico con respecto a la población infantil del servicio de leucemias, en donde se amplió la información y la forma de trabajo dentro de ésta área.

De igual manera se revisaron las pruebas psicológicas que empleaban para la valoración integral de los pacientes, así como los diagnósticos más frecuentes en la población.

A partir del tercer mes se realizó un entrenamiento en la aplicación, calificación, integración de las valoraciones psicológicas concluyendo en el diagnóstico y el tratamiento; se inició el abordaje supervisado con los pacientes, revisando expedientes clínicos y haciendo notas, actividades que se realizaron hasta la conclusión del período hospitalario.

6.3 Actividades con el supervisor académico

Con el supervisor académico nos reuníamos una vez por semana, se revisaba la literatura necesaria para el trabajo hospitalario con los pacientes, también se supervisaban y dirigían los casos clínicos; se revisaba el proyecto de investigación. Recomendaba bibliografía para ampliar los conocimientos en el área de medicina conductual y referentes al área médica donde nos encontrábamos

Organización interna del hospital

Dentro de la organización interna del servicio de leucemias se encuentra el jefe del servicio, cuatro médicos adscritos, también lo conforman cuatro residentes que realizaban la subespecialidad, y tres médicos rotantes realizando la especialidad.

En cuanto al área de salud mental, se encuentra un psiquiatra, quien es el jefe de servicio, siete psicólogos adscritos con diferentes orientaciones, tres paidopsiquiatras, cada uno de ellos era responsable de varios

servicios médicos y eran apoyados por gente de servicio social.

En el servicio de leucemias había una psicóloga adscrita, dos residentes de Medicina Conductual y una pasante de Psicología.

6.4 Actividades realizadas en el servicio de leucemia

El servicio tiene una estructura de trabajo, los pacientes que se veían por primera vez se les realizaba la historia clínica, la valoración psicológica y se les brindaba el tratamiento según los resultados; los pacientes subsecuentes se les hacía el seguimiento con el tratamiento psicológico que habían llevado según el proceso de evolución psicológica y médica, realizándoles valoraciones cada 6 meses, los pacientes que se daban de alta en el servicio de psicología se les citaba cada 6 meses para seguimiento, o bien se les dejaba cita abierta.

6.5 Pacientes de primera vez

Estos pacientes eran de cuatro tipos: a) los de reciente diagnóstico, quienes eran captados en hospitalización , b) los que tenían tiempo de haber sido diagnosticados pero que presentaron alteraciones de competencia en nuestra área y eran canalizados de manera verbal o por interconsulta por los médicos o por el personal de enfermería, c) los pacientes que presentaban recaídas y eran captados en hospitalización o bien canalizados a nuestro servicio por interconsulta o de manera verbal y d) los pacientes terminales que se

encontraban hospitalizados o en el servicio de urgencias. En éste rubro sólo se describirán a los tipos de pacientes a y b, ya que los demás se retomarán mas adelante.

Los pacientes que eran captados en hospitalización se internaban básicamente por ataque al estado general por probable padecimiento de leucemia, mientras les brindaban tratamiento para mejorar su estado, les realizaban los estudios pertinentes para corroborar el diagnóstico y la estirpe del padecimiento para iniciar el tratamiento adecuado.

Una vez que se establecía el diagnóstico definitivo se abordaban a los pacientes, por lo general a los padres se les apoyaba brindándoles intervención en crisis por el diagnóstico que les daba el médico y se les reforzaba y/o aclaraba la información que les había comentado el médico.

Parte de la labor que se realizó con esta población, es que a lo largo del proceso de enfermedad y tratamiento se estuvo dando educación para la salud, retomando además la información que al principio del diagnóstico les dio su médico tratante, ya que por el impacto del mismo, producía una crisis de ansiedad, ya que por lo regular asociaban leucemia con cáncer y cáncer con muerte, lo que les impedía escuchar el resto de la información que les otorgaba el doctor.

Debido a que el tratamiento es costoso y la mayoría de los pacientes carecen de los recursos económicos para cubrir su tratamiento, el INP apoya por medio de trabajo social y a

través de diferentes instituciones de apoyo social como AMANC y La Casa de la Amistad quienes les venden los medicamentos con un 90% de descuento y en casos necesarios les brindan albergue al niño y a un familiar por el tiempo necesario, por lo que se entrenó a los padres en un modelo de solución de problemas para paliar de la mejor manera los costos de los medicamentos y hospitalización, así como los viáticos y estancia en el Distrito Federal cuando eran foráneos.

A los niños se les aplicaba la valoración psicológica con la finalidad de verificar con qué recursos cognitivos, conductuales y emocionales contaban para su adaptación hospitalaria y comprensión de la enfermedad, dependiendo de los resultados de la valoración es como se encuadraba el tratamiento psicológico.

La valoración psicológica mostraba la cadena conductual de cómo iba a reaccionar a futuro el paciente ante los procedimientos médicos de su enfermedad, también se podía saber si existía la probabilidad de que el paciente generara algún trastorno de adaptación.

Al tener los conocimientos de las reacciones del paciente en el proceso de su enfermedad, me permitía poner en práctica mis estrategias de intervención psicológica para que en la medida de lo posible aminora y/o previniera los trastornos de adaptación que el paciente desarrollara, brindando una mejor calidad de vida hospitalaria en el niño, una mejor adaptación al proceso de enfermedad y fomentando la adherencia a su tratamiento.

Entrenaba al niño en el autocuidado, promovía cambios en su estilo de vida a través de aproximaciones sucesivas, en éstas actividades involucraba al tutor responsable del niño como apoyo para la adherencia terapéutica e identificara cómo era el cuidado del mismo, así como las consecuencias en la trasgresión de la indicación médica.

Por otra parte, los pacientes que tenían tiempo de haber sido diagnosticados pero que presentaron alteraciones de competencia en nuestra área y que fueron canalizados de manera verbal o por interconsulta por los médicos o por el personal de enfermería, generalmente es porque habían desarrollado algún trastorno, ya sea en el estado de ánimo, por ansiedad o depresión o bien, mixto, o trastornos fóbicos, adaptativos conductuales o mixtos, en tales casos hice la valoración correspondiente a cada uno de los pacientes y procedí con la intervención psicológica.

Para atender los casos antes citados, elaboré programas de modificación conductual, trabajé en terapia cognitiva las ideas irracionales para modificarlas, brindé educación para la salud, realicé entrenamiento con técnicas de autocontrol, brindé terapia ocupacional; en ésta terapéutica también los tutores de los niños fueron tomados en cuenta, ya que estaba encaminado a fortalecer la adherencia al tratamiento y mejorar la calidad de vida del paciente.

6.6 Pacientes subsecuentes

Con los pacientes subsecuentes, retomé el caso leyendo el expediente y continué con el trabajo que ya otras

psicólogas de medicina conductual habían tratado; la intervención psicológica que realicé, básicamente fue dirigida hacia la educación para la salud, instruí a los niños y a los tutores en el modelo de solución de problemas y/o toma de decisiones cuando se requería , les brindé apoyo emocional y/o conductual para continuar con el proceso médico.

Intervine con programas de modificación conductual cuando había algún trastorno de conducta en el niño, apoyándome siempre en su tutor.

También trabajé con la técnica de reestructuración cognoscitiva para el manejo de ideas irracionales que con frecuencia surgían en los padres durante el tratamiento médico del niño.

En general, la intervención psicológica iba encaminada a la adherencia terapéutica donde promovía la conciencia de enfermedad, la cooperación en procedimientos médicos, la adaptación hospitalaria, el seguimiento en indicaciones médicas, cuidados personales dentro y fuera del hospital, con la finalidad de que el paciente tuviera una adecuada calidad de vida a pesar del padecimiento.

6.7 Pacientes con recaída

Retomando a los pacientes de primera vez, había niños con recaída y que no habían sido vistos por el departamento de psicología, éstos eran captados en el área de

hospitalización, o bien, eran canalizados por el personal médico o de enfermería.

También hubo pacientes que se veían de manera subsecuente y presentaban la recaída; esta era una situación sumamente lamentable, porque a veces después de varios meses de tratamiento y con buena respuesta, se presentaba la recaída pese a los esfuerzos médicos que se realizaban.

En este tipo de pacientes trabajé bajo el modelo de intervención en crisis, reestructuración cognoscitiva en los tutores de los niños y en ellos mismos cuando tenían una edad que les permitiera comprender ampliamente la magnitud del acontecimiento, al mismo tiempo les brindé apoyo emocional.

Los pacientes que se encontraban en esta situación, iniciaban nuevamente el proceso de tratamiento médico y les realizaba una valoración a los niños como protocolo del servicio de psicología, con el fin de evaluar los procesos cognoscitivos cuando la recaída se presentaba en el sistema nervioso central y observaba si había alteraciones de éstos procesos, pero también me daba pauta para abordarlos en el tratamiento psicológico pertinente, de acuerdo a los resultados y a la entrevista con el paciente y sus tutores.

6.8 Pacientes terminales

Habían pacientes que por diferentes razones no habían sido canalizados o captados en el servicio de Psicología si no hasta una fase terminal, en ésta situación habían niños que prácticamente ya no podían hablar y estaban sujetos a

varios aparatos que los apoyaba para seguir viviendo, en tales casos, el trabajo que realizaba, era con los familiares del niño, brindándoles apoyo emocional y en toma de decisiones, ya que en muchos casos surgía la disyuntiva entre dejarlo en el hospital o llevarlo a casa para que estuviera con todos sus seres queridos.

También brindé apoyo tanatológico, donde guiaba directivamente a los familiares para despedirse de la mejor manera posible de su paciente, y que su paciente, al escuchar la despedida se fuera en la medida de lo posible tranquilo y tratando de que comprendiera lo que le pasaba.

En algunas ocasiones, los niños sabían o tenían vaga idea de lo que les estaba pasando aunque no se los dijeran directamente, en estas situaciones el médico informaba de una manera sutil lo que le sucedía al niño sin mencionarles que iban a fallecer, cuando el médico informaba, me quedaba después para hablar con el niño en un acompañamiento tanatológico o bien, instruía a los padres para que hablaran con su hijo, con el objetivo de ayudar a bien morir al pequeño.

Algunos pacientes no entraban en fase de remisión al inicio del tratamiento médico, o bien, después de haber respondido adecuadamente al tratamiento, presentaban recaídas y ya no respondían al tratamiento, en otros casos, tenían complicaciones que los llevaban a una fase terminal, y en términos psicológicos, intervine como ya se mencionó en párrafos anteriores.

Como se describe, el servicio de Psicología tenía una estructura de trabajo, que por requerimientos institucionales era necesario emitir un diagnóstico basado en el DSM IV, y para obtenerlo hice la valoración psicológica para avalar dicho diagnóstico, además cuando se detectaban casos psiquiátricos era necesario emitir una interconsulta al servicio correspondiente para la valoración y atención del caso y cuando era conveniente, veía al paciente junto con el psiquiatra.

También realicé interconsultas al área de psiquiatría cuando era pertinente solicitar que el paciente fuera medicado, por ejemplo en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y obtener mejores resultados en el tratamiento psicológico.

6.9 Casos atendidos

A continuación se describen estadísticamente los casos que se atendieron

Tabla 12. Pacientes atendidos

Sexo	Pacientes	Sesiones totales
NIÑOS	123	517
NIÑAS	67	252
TOTAL	190	769

Tabla 13. Diagnósticos psicológicos

Diagnóstico	Porcentaje
EVALUACIÓN	90%
TX. DE ANSIEDAD	80%
CRISIS DE ANGUSTIA	70%
TX. DE ANSIEDAD GENERALIZADA	70%
TX. ADAPTATIVO CONDUCTUAL	60%
TX. EN EL EDO. DE ÁNIMO MIXTO Y CONDUCTUAL	60%
TX. ADAPTATIVO MIXTO	40%
TX. DEPRESIVO	40%
TX. ADAPTATIVO MIXTO Y CONDUCTUAL	30%
TX. DISTÍMICO	30%
PROCESO ADAPTATIVO NORMAL	10%
RETRASO PSICOMOTOR LEVE	10%
RETRASO PSICOMOTOR MODERADO	8%
MUTISMO SELECTIVO	5%
TRASTORNO FÓBICO ESPECÍFICO	1%
TX. POR DÉFICIT DE ATENCIÓN	1%

Tabla 14. Tratamientos psicológicos

Tratamiento	Porcentaje
Apoyo emocional	100%
Apoyo tanatológico	40%
Educación para la salud	100%
Adherencia terapéutica	100%
Intervención en crisis	40%
Orientación psicológica	90%
Programa de estimulación	10%
Programa de modificación de conducta	90%
Terapia ocupacional	30%

6.10 Abordaje psicológico

A continuación se presenta la forma de trabajo con los pacientes

- Pacientes de reciente diagnóstico:
 1. Se realizaba intervención en crisis y apoyo emocional por el diagnóstico que les daba el médico, el objetivo era bajar la ansiedad de los padres propiciando una mejor asimilación de la información.
 2. Se les ampliaba y/o aclaraba la información médica.
 3. Se evaluaban las estrategias de afrontamiento de los padres para anticipar el pronóstico de su comportamiento y modificarlo si éste era disfuncional.
 4. Se brindaba a los padres educación para la salud, promoviendo la calidad de vida y fomento en la adherencia terapéutica.
 5. Se les enseñaba el modelo de solución de problemas para paliar los costos de los medicamentos y la hospitalización.
 6. A los niños se les aplicaba la valoración psicológica con la finalidad de verificar con qué recursos cognitivos, conductuales y emocionales contaban para su adaptación hospitalaria y comprensión de la enfermedad.

7. Se realizaban programas de estimulación.
 8. Se apoyaba al niño en el proceso de conciencia de enfermedad, y se le brindaban estrategias de autocuidado.
 9. En el niño se promovían cambios en el estilo de vida por aproximaciones sucesivas, así mismo se fomentaba la adherencia al tratamiento.
 10. Se le enseñaba al niño técnicas de autocontrol dirigidas a paliar el dolor por los procedimientos invasivos, así como también prevenir en la medida de lo posible vómitos anticipatorios.
- Pacientes subsecuentes: son los pacientes que habían iniciado su tratamiento psicológico o que ya habían sido vistos por otros psicólogos:
 1. El trabajo psicológico que se realizó básicamente fue educación para la salud, tanto con los padres como con los niños.
 2. Se trabajó con la reestructuración cognoscitiva para manejar las ideas irracionales que emergían en los padres y en los niños durante el curso del tratamiento.
 3. Se instruyó a los niños y a los tutores en el modelo de solución de problemas y/o toma de decisiones cuando se requería.

4. Se elaboraban programas de modificación de conducta para la adaptación hospitalaria del niño.
 5. Se le enseñaban al niño técnicas de autocontrol, para prevención o extinción del vómito anticipatorio, así como para afrontar los tratamientos invasivos.
 6. Se fomentaba y reforzaba de manera positiva la adherencia al tratamiento.
 7. Cuando los padres y los niños se sometían al tratamiento psicológico y éste había cumplido su propósito, sólo se les citaba esporádicamente para su vigilancia y asegurar el mantenimiento de las conductas.
- Pacientes referidos: la característica de estos pacientes, es que ya estaban diagnosticados, por lo general estaban hospitalizados y presentaban algún trastorno conductual o emocional, el tratamiento psicológico se realizaba de la siguiente manera:
 1. Se les aplicaba la valoración psicológica con la finalidad de verificar con qué recursos cognitivos, conductuales y emocionales contaban para su adaptación hospitalaria y comprensión de la enfermedad.
 2. Se evaluaban sus estrategias de afrontamiento ante el padecimiento, y se realizaban programas de modificación de conducta con apoyo de los padres.

3. Se le enseñaban técnicas cognitivo-conductuales para el manejo del dolor crónico o agudo.
4. Se fomentaba la adherencia al tratamiento y la adaptación hospitalaria.
5. Se brindaba educación para la salud, promoviendo estilos de vida favorables.
6. Se realizaban programas de terapia ocupacional con apoyo de los padres.

- Pacientes con recaída:

1. Se realizaba intervención en crisis para bajar la ansiedad y se les brindaba apoyo emocional.
2. Se trabajaba el proceso del duelo, para facilitar el inicio de tratamiento nuevamente.
3. Se trabajaban las ideas irracionales en pro de seguir fomentando la adherencia terapéutica.
4. Se brindaba orientación psicológica y se reforzaba la adherencia al tratamiento.
5. Se realizaba una valoración en los niños como protocolo del servicio de psicología con el fin de evaluar los procesos cognoscitivos cuando la recaída se presentaba en el sistema nervioso central y observar si había alteraciones de éstos procesos.

6. Con los niños se trabajaba la ansiedad con técnicas de autocontrol.

7. Se trabajan los miedos, las culpas e ideas irracionales en los niños.

8. Se fomentaba la adherencia terapéutica.

- Pacientes sometidos a una intervención invasiva: generalmente eran pacientes de reciente diagnóstico que habían iniciado su tratamiento psicológico y no había sido posible enseñarles las técnicas de autocontrol, con ellos se procedía de la siguiente manera:

1. Se trabajaba con técnicas de autocontrol, se realizaba una evaluación de las circunstancias y dependiendo de éstas, se empleaba la respiración diafragmática, la imaginería guiada, o bien, técnicas distractoras.

- Pacientes terminales:

1. Con los padres se brindaba apoyo emocional.

2. Se les brindaba apoyo a los padres en la toma de decisiones.

3. A los padres se les daba acompañamiento tanatológico para la despedida de sus hijos, ayudándolos a bien morir.

4. A los niños se les apoyaba, cuando sus condiciones lo permitían, a despedirse de la mejor manera de sus padres.

5. Se les ayudaba a los niños a manejar su ansiedad y se trabajaba con su miedo a la muerte.

Cabe mencionar que en pacientes de primera vez se realizaba una entrevista a los padres del niño, llenándose un formato de historia clínica; al niño se le realizaba una evaluación psicológica como protocolo del propio servicio de psicología, el cual consistía en la aplicación de:

- Figura de rey
- Frases incompletas para niños
- Frases incompletas para adolescentes
- Test de Bender
- Wisconsin
- HTP
- Dibujo de la familia
- Machover
- Frostig
- Gesell

Estos instrumentos se aplicaban según las edades de los niños y se hacía la integración, para emitir un diagnóstico, el cual se basaba en el CIE-10 y el DSM-IV por requisito de la institución.

Desde el área conductual, se realizaba el análisis funcional de la conducta, se hacían registros de conductas

problema, los cuales eran la base para la elaboración de los programas en la modificación de conducta.

Una vez que se tenía la evaluación, se proporcionaban los resultados de manera verbal a los padres del pacientes, así mismo se les explicaba cual era el plan de trabajo a realizar y las formas de apoyo que se necesitaban de ellos.

Los resultados eran también escritos en el expediente clínico y se les informaba al equipo médico sobre el diagnóstico de los pacientes y el plan de tratamiento.

En cada sesión con los pacientes se elaboraba la nota clínica en el expediente médico bajo el sistema Subjetivo, Objetivo, Análisis y Plan (SOAP), misma que también se elaboraba en el expediente interno del servicio de psicología para llevar el control del seguimiento.

6.11 Competencias profesionales desarrolladas

- Aprendizaje de literatura sobre problemas psicológicos presentes en la niñez y adolescencia.
- Aprendizaje sobre implicaciones de problemas presentado durante las etapas de desarrollo de los niños.
- Elaboración de programas de estimulación temprana.
- Uso del manual de DSMIV y CIE-10 (no contempladas en el programa de maestría pero necesarias por la normatividad del INP).

- Realización de Historias Clínica enfocadas a pacientes pediátricos.
- Realización de Entrevistas a pacientes pediátricos.
- Revisión de literatura de tratamiento de problemas Psicológicos en pacientes pediátricos hospitalizados por enfermedades crónicas o terminales.
- Conocimiento de la Leucemia y sus repercusiones psicológicas en niños.
- Manifestación de actitud responsable en el ejercicio de la profesión.
- Trabajar de forma coordinada con otras residentes de la maestría.
- Aprender a defender el trabajo con técnicas cognitivo - conductuales ante el equipo de psiquiatras.

6.12 Conclusiones e impresiones personales

El papel del psicólogo dedicado a la Pediatría Conductual es, entre otros, fungir como colaborador o asesor en la elaboración tanto de la evaluación como del tratamiento de un caso pediátrico en conjunción con otros profesionales de la salud. Como investigador, se dedica a aplicar los diferentes principios de la psicología a distintas enfermedades, en

diversos ámbitos y circunstancias para: producir datos o nuevas preguntas que puedan retroalimentar a la teoría; y mejorar la calidad de vida del paciente tanto en los ámbitos institucionales (hospitales, clínicas, centros de rehabilitación, etc.) como en su hogar.

Como se ha visto a lo largo de este reporte, no es fácil trabajar con enfermos crónico-degenerativos y mucho menos cuando se trata de niños, no obstante, cuando hay dedicación y entrega en el trabajo mismo, es gratificante, ya que al contribuir al cambio de sus estrategias de afrontamiento y concientizarlos de su padecimiento, mejora su calidad de vida en la mejor manera en que la puedan vivir aún con sus vicisitudes de la misma enfermedad y su entorno social, se enseña a "bien" vivir con sus propios recursos.

Con los datos de las baterías psicológicas aplicadas, se espera contribuir al campo de conocimiento sobre las características específicas de la población, como aspectos de desarrollo, problemática psicológica, emocional y conductual, así como procedencia de los niños con leucemia y averiguar datos epidemiológicos e incidencia del propio padecimiento.

Es importante mencionar que con esta residencia en medicina conductual el psicólogo cada vez más, va logrando un espacio y reconocimiento en escenarios hospitalarios, ya que con las intervenciones, el paciente adquiere mejorías no sólo en las áreas psicológica, emocional, conductual, y familiar, si no que inclusive en el área física, contribuyendo a mejorar la intervención médica.

Sin duda, una enfermedad es una fuente importante de estrés y ansiedad, aún más cuando se trata de padecimientos crónico-degenerativos, por eso es importante seguir haciendo investigación en éste campo de estudio y más aún, aplicar los conocimientos ya adquiridos a favor del propio paciente.

Referencias

- Achterberg, J. (1984). Imagery and medicine: Psychophysiological speculations. *Jornal of the Ment*, 8, 1-4.
- Aguirre, C., Arroyo, V., García-Conde, J., González, J., Rodicio, L., Vázquez, L. (1997). *Medicina Interna*. Barcelona: Masson
- Aguirre, G. (2001). *Técnicas cognitivo-conductuales y retroalimentación biológica en el tratamiento del dolor agudo por venopunción*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Albano, A. M. (1995) Treatment of social anxiety in adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 271-298
- Almanza, J.J. (2001). El Psico-oncología: El abordaje psicosocial integral del paciente con cáncer. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 25, 35-53
- Arbizu, J.P. (2004); Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *ANALES del Sistema Sanitario de Navarra*, 24 (Supl.1), 4-23.
- Barthe, E. (1997). *Cáncer: enfrentarse al reto*. Barcelona: Robinbook.
- Barracough, J. (1999). *Cancer and Emotion*. England: Jhon Willey & Sons.
- Barraza, P. (2004). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. *Psico-oncología*, 1 (1), 165-178.
- Basmajian, J.V. (1979). *Biofeedback-Principles and practice for clinicians*. Baltimore. MD: Williams & Wilkins.

- Bayés R, (1985). *Psicología Oncológica: Prevención y terapéutica psicológicas del cáncer*. España: Martinez Roca.
- Beers, M., Berkow, R.(1999). *El Manual Merck: De Diagnóstico y Tratamiento*. Madrid: Ediciones Harcourt. 10ª Edición en español.
- Beck, A. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Mc Graw Hill
- Beks, J. (1985). *El manejo del dolor*. Ámsterdam: Manual Moderno.
- Bergner, M., Bobitt, R. (1981). The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med. Care, 19,787-805*.
- Berstein, G., Borkavec, D. (1983). *Retroalimentación biológica*. México: Manual Moderno
- Blum, G., Gordillo,P.(1989) Problemática psicosocial del niño con enfermedad crónica. *Boletín. Médico del Hospital Infantil de Mexico, 46, 352-415*
- Bradley, A., Beverly, C., Stanley, H., Uri, A. (1992). Residential Summer Camp for children with end-stage renal disease. *Child Nephrology and Urology, 12, 212-215*
- Bombardier, C., Russel, J. (1986). Auranofin therapy and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Journal Medical, 81, 565-578*.
- Buela - Casal, G, Caballo, V. y Sierra, J. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI
- Caballo, V. (1997). *Manual para el entrenamiento Cognitivo-conductual en relajación*. Madrid: Siglo XXI

- Cabrera, D. (1980). Manejo Psíquico del niño enfermo. *Revista Cubana de Pediatría*, 52,345-352
- Carboles, J., Godoy, J. (1991). *Retroalimentación biológica: principios y aplicaciones*. México: Martínez Roca
- Campbell, D., Stanley, J. (1982). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Argentina: Amorrortu
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2, (1), 71-80.
- Coates, A., Gebiski, V. (1988). Improving the quality of life during chemotherapy for advanced breast cancer. *Engl. Medical*, 317, 1490-1495.
- Cobos, B. (1996). *Calidad de vida en el paciente con psoriasis*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cooper, C. (1984). *Estrés y Cáncer*. España: Díaz de Santos S.A.
- Croog, S., Levine, S. (1986). The effects of antihypertensive therapy on the quality of life. *Engl. Medical*, 314, 1657-1664.
- Davis, M; Robbins, E; Mckay, M. (1998). *Técnicas de autocontrol emocional*. España: Martínez Roca.
- De Haes, J. Van, K. (1985). The quality of life of cancer patients. A review of the literature. *Scientific Medical*, 20, 809-817.
- De Vita, L. (1999). *Manual de Oncología*. Cuba: Científica Técnica
- Deutsch, O. (1942). *La neurosis*. México: Mc Graw Hill

- Edgar, L., Rosberger, Z., Nowlis, D. (1992). Coping with cancer during the first year after diagnosis. *Assessment and Intervention Cancer*, 69, 817-828.
- Ellis, J., y Spanos, N. (1994). Cognitive behavioral interventions for children's distress during bone marrow aspirations and lumbar punctures: A critical review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9, 96-108.
- Fernández, L. (1987). *Técnicas de relajación en pacientes con lumbalgia*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Finlay, A., Coles, E. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI) a simple practical measure for routine clinical use. *Clinic. Dermatology*, 19 (3), 210-216.
- Gaceta de comunicación interna (2004, julio). Secretaría de Salud, 24.
- Galindo, V. (2007). Hipertensión arterial en mujeres: análisis de predictores en eventos estresantes y calidad de vida. *Tesis de Licenciatura*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Geissman, R. (1972). *Manual de relajación*. México: Mc Graw Hill
- González, H. (1999). *Manejo clínico de la hipertensión*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Gutierrez, A, (2000). *Técnicas de relajación en el tratamiento de dolor oncológico*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Guyatt, G., Thompson, P. (1985). How should we measure function in patients with chronic heart and lung disease?. *Journal Chron* , 38, 517-524.
- Hammer, S. (1984). El poder curativo de la mente. *Science Digest*, 2, 12-20.
- Hernández, M., Cruzado, J., Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultad de detección y derivación al psico-oncólogo. *Psicooncología*, 4 (1), 179,1991.

- Hernández, S., Fernández, C., Baptista, L. (2008). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill. 4ª. Edición
- Huazo, V. (1983). *Imagen corporal en niños urémicos*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press
- Jonson, P. (1980). *Estados de ansiedad*. España: Siglo XXI
- Johnson, R. (1993). Cerebrovascular Disorders. *American Academy of Neurology Annual Meeting, 1*, 25-38.
- Juárez, P. (1982). *Propuesta de un Tratamiento Psicológico en adicciones: alcoholismo y tabaquismo*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kerlinger, F. (1993). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill
- Kübler-Ross (1972). *Cáncer y Psicología*. España: Siglo XXI
- Lacasta, M., Calvo, C., Baron, M., Ordóñez, A. (2004). Aspectos psicológicos de la astenia. *Psico oncología, 1* (2), 29-44.
- La Greca, A. (1990). Social consequences of pediatric conditions: Fertile area for future investigation and intervention. *Journal of Pediatric Psychology, 15*, 285-307.
- Lanch, F., Valderraban, F. (1990). *Diálisis y trasplante renal*. México: Norma.
- Latorre, J., Beneit, P. (1994). *Psicología de la Salud*. Argentina: Lumen.
- Lazarus, R. (1966). *Psychological Estress and Coping Process*. New York: Academic Press

- Madero, L. (1997). *Hematología y oncología pediátricas*. Madrid: Ergon
- Maher, B (1983). Psychosocial aspects of chronic hemodialysis. *Kidney International*, 23 (13), 50-57.
- McGrath, P., Unruh, A. (1993). *Psychological treatment of pain in children and adolescents*. E.U.A.: Williams and Wilkins.
- Moreno, P., Almonacid, V., Queipo, S., Lluch, A. (2005). Análisis el proceso de enfermedad: variables médicas y psicológicas en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psico oncología* , 3 (1), 163-174.
- Moro, L. (1994). *El enfermo, cáncer y su entorno*. Barcelona: La Caixa.
- Nezu, A. (2000). Terapia de solución de problemas para pacientes con cáncer. *Revista Mexicana de psicología*. 18(2), 185-192.
- Olsson, G., Lubsen, J. (1986). Quality of life after myocardial infarction: Effect of long term metoprolol on mortality and morbidity. *Engl. Journal Medica* ,292, 1491-1493.
- Palma, R. (1994). *Programa de tratamiento en pacientes con obesidad*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pomerleau, O; Brady, J. (1979). *Behavioral medicine: theory and practice*. New York: Academic Press
- Polaino, A., y Rumeu, O. (1994). Programas de Intervención y Modificación del Autoconcepto en niños hospitalizados. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(3),333-337.
- Programa de Residencia en Medicina Conductual* (2001). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rait, D., Jacobsen, P., Lederberg, M., Holland, J. (1988). Characteristics of Psychiatric Consultations in a Pediatric Cancer Center. *American Journal of Psychiatry*, 145 (3), 363-364.

- Remor, E., Arranz, P. y Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. España: Descleé De Brouwer.
- Rivera, L. (1994). *Diagnóstico del niño con cáncer*. Madrid: Mosby/Doyma
- Rosales, T. (1998). *Tratamiento Psicológico en pacientes sobrevivientes de infarto al miocardio*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rosell, R. (2000). *Manual de oncología clínica y molecular*. Madrid: Arian
- Sánchez, M., Vera, L. (1997). *La importancia de los métodos psicológicos en el control del dolor por procedimientos diagnósticos y tratamiento del cáncer pediátrico*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Schultz, J.H. (1969). *El entrenamiento Autógeno*. Barcelona: Científico-Médica
- Schain, W., Edwards, b. (1983). Psychosocial and physical aoutcomes of primary breast cancer therapy: Mastectomy versus excisional biopsy and irradiation. *Engl. Journal Medical, 3*, 377-382.
- Selby, P., Chapma, J., Etazadi-Asmoli, J. (1984). The development of a method of assessing the quality of life for cancer patients. *Journal Cancer, 50*, 13-22.
- Shapiro, D. (1988). Hacia una Medicina Comportamental Comprensiva. *Revista Latinoamericana de Psicología, 20* (1), 27-43.
- Sime, H. (1976). Evolución de 45 pacientes con disfunción renal. *Revista mexicana de nefrología, 18* (2), 115-126.
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis*. México: Manual Moderno
- Smith, J. (1992). *Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación*. España: Desclee de Brouwer
- Spielberg, C. (1972). *Anxiety as an state*. New York: Academic Press

- Spielberg, C. D. (1979). *Tensión y Ansiedad*. Mexico: Harla
- Spielberg, C., y Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado IDARE*. Manual e Instructivo. México: Manual Moderno.
- Stora, J. (1992). *El estrés*. México: Publicaciones Cruz.
- Streizer, I. (1984). Comprehensive Model for Providing Psychosocial Services to dialysis and trasplant progrmas. *Dialysis and Trasplantation*, 13 (2), 92-97.
- Stuber, M. (1995). Stress responses to pediatric cancer: A family phenomenon. Special Issue: Child and adolescent illness and treatment. *Family Systems Medicine*, 13 (2), 163-172.
- Sugarbaker. Barofsky, I. (1982). Quality of life assessment of patients in extremity sarcoma clinical trials. *Surgery*, 91, 17-23.
- Terras, S. (1994). *Estrés*. España: Tutor.
- Towne, W., Alexander, L y Burns, J. (1980). Psychological correlates of emotional adjusment in hemodialysis and transplantation Kidney international. *Journal Medical*, 9 (4), 364-373
- Twardosz , K. (1986). *Anxiety*. New York: Mc Graw Hill.
- Vallejo, L. (1998). *Técnicas cognitivo conductuales*. España: Siglo XXI.
- Vargas Martinez, C. (2000). Secretaría de Salud Hospital Juárez de México: 11 años de operación. *Revista del Hospital Juárez de México*, 67 (3), 136-138.
- Vernon, F., Schulman, G., Foley, H. (1966). *Psicología Oncológica*. España: Siglo XXI
- Viveros Contreras, C. (2000). CLIII Aniversario del Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 67 (3), 134-135.

ANEXO

RASGO-ESTADO

Inventario de Autoevaluación

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse, aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como se siente ante un examen.

No hay contestaciones buenas ni malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora

	No en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Estoy a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mi mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Me siento agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento reposado	1	2	3	4

16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4