



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

**ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO Y ENTRENAMIENTO
EN RELAJACION EN CIRUGIA: ESTUDIO EXPLORATORIO**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
GINA LAURA SÁNCHEZ VALDEZ.

DIRECTORA DEL REPORTE:
DRA. GABINA VILLAGRÁN VÁZQUEZ.

COMITÉ TUTORIAL:
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
DRA. PATRICIA GUILLERMINA LANDA DURÁN
DRA. CECILIA SILVA GUTIÉRREZ
MTRA. MA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

MÉXICO, D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no podría haberse logrado sin el apoyo de los pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación. Gracias a todos y cada uno de ellos por permitirme ser parte de su vida y por permitirme aprender. Independientemente de la elaboración del documento, las enseñanzas de vida y todo el cariño que me otorgaron son invaluableles.

A los médicos del INR, por su paciencia y enseñanzas. De manera particular agradezco al Dr. Linares su tiempo y sobre todo, su maravilloso respeto a la vida; al Dr. Rico por permitirme colaborar en el servicio y al Dr. González Guzmán por sus enseñanzas, su sonrisa y su apoyo.

A mi tutora Gabina Villagrán, por su gran apoyo y guía.

A mis padres. Por creer en mí, no importa las cosas que yo haga. Cómo dije, este logro no es el último.

A Luis, por su paciencia (o la falta de ella), por el tiempo, el apoyo, el hombro.

A mi hermana y anexas... gracias por siempre estar ahí, por los abrazos y las sonrisas.

A todos y cada uno de mis amigos: Fredy Janeth Alcyone, Marlinda, Lalo, Ari, Lili, Moni, Alejandrita, Jimena, Rebeca, Elizabeth, María, Dios, Maricela, Pato, Lili, Karlita, Saben que son mi familia electa, su presencia me ayuda en todo sentido..

RESUMEN

El acompañamiento terapéutico ha sido utilizado frecuentemente como una herramienta de la terapia psicodinámica. En este sentido, el objetivo del presente estudio exploratorio es observar y evaluar dicha técnica bajo las características de la terapia cognitivo conductual. Se exponen dos protocolos en cirugía; el primero enfocado en la disminución de la ansiedad prequirúrgica y, un segundo, en el manejo del dolor. Los resultados obtenidos con el uso de esta estrategia son positivos. Adicionalmente, se establecen las conductas a llevar a cabo durante el acompañamiento en cirugía. Se concluye que es una herramienta útil para apoyar a los pacientes en el manejo del evento quirúrgico.

Palabras claves: Acompañamiento terapéutico, cognitivo conductual.

ABSTRACT

Therapeutic Companionship has been used frequently on the psychodynamic approximation as a treatment tool. The objective of this study is the observation and evaluation of the results of association of this technique with other techniques from cognitive behavioral therapy. Two protocols have been enabled to evaluate this objective; the first one was directed to pre surgical anxiety management, and the second one, for pain management. Results display positive response on anxiety and pain management. Also, operational procedures have been set on the actions to follow during the Therapeutic Companionship. As a conclusion, Therapeutic companionship shows that could be a useful technique to support patients during the surgical event.

Key words: Therapeutic companionship, cognitive behavioral.

<i>Introducción</i>	4
---------------------------	---

PARTE I

Marco teórico

1. TUMORES OSEOS

1.1 Epidemiología	8
1.2 Diagnóstico médico.....	13
1.3 Clasificación.....	16
1.4 Tratamiento médico de los tumores óseos	19
1.5 Principales necesidades psicológicas	20

2. ANSIEDAD PREQUIRURGICA

2.1 Definición.....	22
2.2 Fisiología de la ansiedad	23
2.3 Tratamiento psicológico de la ansiedad	24
2.4 Evaluación y medición de la ansiedad	27
2.5 Investigación en ansiedad prequirúrgica.....	28

3. ACOMPAÑAMIENTO TERAPEUTICO

3.1 Objetivo del Acompañamiento Terapéutico	31
3.2 Utilidad del Acompañamiento Terapéutico	34
3.3 Antecedentes de aplicación y utilización del AT	35
3.4 Propuesta cognitivo-conductual	37

4. DOLOR

4.1 Definición.....	39
4.2 Clasificación	40
4.3 Fisiología.....	42
4.4 Métodos de evaluación del dolor	45
4.5 Tratamiento del dolor.....	47
4.5.1 Tratamiento farmacológico	48
4.5.2 Tratamiento no farmacológico	49
4.5.3.Otras técnicas utilizadas (invasivas y no invasivas)	54

PARTE II

A. Estudio I. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO Y ENTRENAMIENTO EN RELAJACION EN CIRUGIA: ESTUDIO EXPLORATORIO

1. Planteamiento del Problema	
1.1Justificación	
1.1.1. Justificación teórica	56
1.1.2. Justificación Práctica	57
2. Preguntas de investigación.....	57
3. Objetivo General	57
a) Objetivos Específicos	58

4. Definición Conceptual y Operacional de Variables	
4.1 Variables independientes	59
4.2 Variables Dependientes.....	59
5. Método.....	61
5.1 Tipo de Estudio, investigación y diseño	61
5.2 Participantes	61
5.3 Muestra.....	62
5.4 Escenario	62
5.5 Materiales	62
5.6 Instrumentos o mediciones.....	63
5.7 Procedimiento	64
6. Resultados.....	66
7. Discusión y conclusiones.....	82
8. Recomendaciones	84

B. Estudio 2: MANEJO DE DOLOR POR MEDIO DE RELAJACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO: ESTUDIO DE CASO.

FORMULACIÓN DE CASO:

1. Identificación de la paciente.....	86
2. Estructura familiar	86
3. Análisis de motivo de consulta	86
4. Historia del problema.....	87
5. Evaluación.....	88
6. Análisis y descripción de la conducta problema	88
7. Establecimiento de las metas del tratamiento	88
8. Objetivos terapéuticos	89
9. Representación esquemática de la problemática de la paciente.....	89
10. Selección del tratamiento más adecuado.....	90
11. Aplicación del tratamiento	90
12. Resultados	94
13. Conclusiones	97

Referencias	100
-------------------	-----

ANEXO 1

Procedimiento detallado de intervención en cirugía del estudio 1	111
--	-----

ANEXO 2

SEDE: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”	115
---	-----

ANEXO 3

SEDE: Instituto Nacional de Rehabilitación.	123
--	-----

INTRODUCCION

De acuerdo con Godoy (1991), la Medicina Conductual es un campo de integración de conocimientos, que incluye tanto a las ciencias biomédicas como a las psicosociales. Esta disciplina tiene como objetivo el mantenimiento, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud. Es precisamente sobre el tema de la exploración y descripción de los tratamientos, el eje sobre el que gira el presente reporte de experiencia profesional.

Se parte de base, de que uno de los intereses principales de la medicina conductual, es investigar los factores conductuales que influyen en la salud, para conseguir a través de un proceso científico, controlar dichos factores conductuales y ampliar el impacto que tienen los procedimientos médicos (op. cit.).

En este sentido, y durante la estancia en la residencia de Medicina Conductual en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (de marzo 2006 a febrero 2007), y el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) (de marzo 2007 a febrero 2008), resultaron patentes los grandes avances y logros de los residentes anteriores en el servicio (como por ejemplo, la implementación de diversos protocolos de intervención, los procesos de evaluación a los pacientes, etc.), trabajo que era necesario de ser continuado y mantenido.

El lugar donde se hizo más evidente esta situación fue el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR). En un primer momento, resaltó el apremio por realizar un protocolo de evaluación que permitiera a los médicos predecir la adaptación de los pacientes a una cirugía radical y a la prótesis; en un segundo momento destacó la importancia de validar las actividades que se realizaban de manera rutinaria en el servicio, las cuales se establecieron mediante usos y costumbres, sin fundamento teórico de base.

Dentro de estas actividades, sobresalió también la responsabilidad del psicólogo de apoyar y auxiliar al médico durante la consulta (asistiendo al médico en turno ya fuese colocando radiografías, buscando material de

curación, o bien, realizando apoyo y contención emocional para los pacientes ante un diagnóstico que les generara una emoción negativa) así como también, apoyándolo con el control del paciente en el quirófano.

Hasta este momento, en el INR no se contaba con una evaluación confiable y viable que permitiera conocer el impacto del acompañamiento en las cirugías, situación que resulta imperativa, pues contar con evidencia empírica sistematizada que permita describir y comparar las distintas estrategias de acompañamiento, justifica la presencia de los psicólogos en el quirófano, lugar que es por tradición, del ámbito médico.

Sobre este punto, es fundamental mencionar que no se contaba con un procedimiento formal o sistema que permitiera controlar las estrategias de evaluación que se propusieron, por lo que fue imposible obtener resultados que facilitaran la replicación, aspecto que delimito el alcance de la investigación a un estudio exploratorio y descriptivo de dichas estrategias de evaluación.

Así, se determinó realizar un estudio que sistematizara el procedimiento manejando el acompañamiento terapéutico (AT) (técnica que tiene origen en la escuela psicodinámica y que ha sido utilizada en diversas escuelas psicológicas con el fin de apoyar el cambio conductual, facilitar la adaptación a una enfermedad o ayudar en la rehabilitación de los pacientes). Con este fin, se recabaron los datos de 14 pacientes que se sometieron a cirugía en el servicio de tumores óseos y que hubiesen sido atendidos en el servicio durante el periodo de marzo de 2007 a febrero de 2008.

Para cumplir con este fin, se ingresó al quirófano (con los ya mencionados 14 pacientes) tanto a tomas de biopsia, cirugías radicales o reconstructivas, dependiendo del tumor diagnosticado y del momento de captación del paciente. En algunos casos, la intervención se inició desde el momento de ingreso al servicio (desde la primera vez que asistieron a cita en dicho instituto), y también, en algunos casos, el apoyo en quirófano se realizó desde la toma de biopsia, auxiliando al paciente con educación para la salud y el entrenamiento de habilidades cognitivas y conductuales que le facilitarían el manejo de la situación estresante.

Para mostrar los resultados obtenidos, el presente documento inicia con

el apartado uno titulado Tumores Óseos, en el que se expone de forma breve esta entidad nosológica, sus implicaciones y tratamientos médicos. Esta información debe ser manejada por los psicólogos en su práctica cotidiana pues facilita la transmisión de información al paciente así como las intervenciones a realizar con ellos, en las que se incluye el Acompañamiento Terapéutico.

No se puede dejar de lado la información con relación a la Ansiedad Prequirúrgica y el Acompañamiento Terapéutico, la cual se presenta en los apartados 2 y 3, respectivamente. Se continúa con información sobre el dolor, misma que será de utilidad para el estudio de caso sobre manejo de dolor y Acompañamiento en cirugía, para una paciente sometida a recolocación de artrodesis de rodilla.

En el Estudio Uno se presenta el estudio exploratorio en que se realiza la comparación descriptiva de tres procedimientos para apoyar al paciente en cirugía, los cuales son: 1) Entrenamiento en Relajación, 2) Acompañamiento Terapéutico y 3) la combinación de Acompañamiento – Entrenamiento.

Este estudio tiene la finalidad de de elaborar una propuesta de Acompañamiento Terapéutico al paciente en cirugía, bajo la perspectiva cognitivo conductual, a partir de una exploración del impacto de cada uno de los tratamientos y la comparación descriptiva entre ellos. Cabe aclarar, que el presente estudio, es una primera aproximación al tema de la evaluación de la práctica del psicólogo en el INR, y los resultados aquí expuestos, servirán de base para futuros estudios de mayor alcance.

Seguido de este estudio, se presenta el Estudio Dos, que aborda el estudio de caso único con una paciente sometida a artrodesis de rodilla, los resultados obtenidos con el acompañamiento terapéutico y el manejo de dolor. Se exponen los principales resultados en este caso y se analiza su impacto en la conducta y percepción de dolor.

Finalmente se presentan las referencias y los anexos sobre la sede de la residencia de la Maestría en Medicina Conductual.

PARTE I

MARCO TEÓRICO

1. TUMORES ÓSEOS

1.1. EPIDEMIOLOGIA

Existen diversos tipos de tumores. De manera específica, en el año 2007 se registraron en México 514 420 defunciones por tumores malignos en general, lo que constituye el 12.7% del total de defunciones registradas en el año, 55.4% de las cuales se presentaron en hombres y 44.6% en mujeres; ocupando el tercer lugar en la lista de principales causas de defunción en el país. La figura 1 muestra el porcentaje de defunciones causadas por tumores malignos por sexo de 1998 a 2007 (INEGI, 2008).

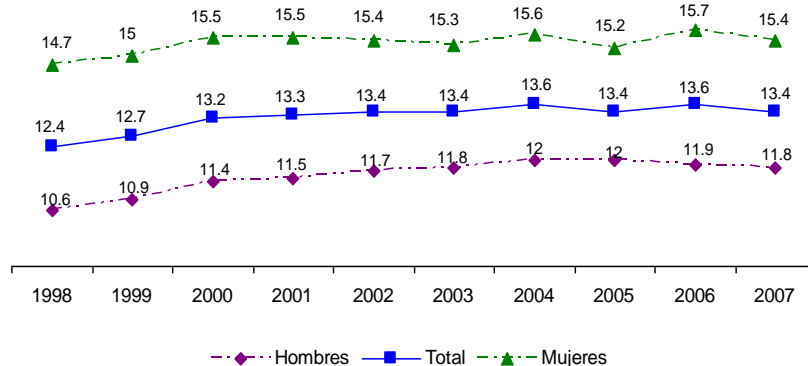


Figura 1. Porcentaje de defunciones causadas por tumores malignos por sexo según año de ocurrencia, 1998-2007.

Fuente: INEGI (2008).

Los tumores que causan mayor mortalidad para las mujeres son: mama (13.8%), útero (12.1%) e hígado (7.6%). Para los hombres son: próstata (15.7%); Tráquea, bronquios y pulmón (14.0%) y estómago (9.0%). En relación con el 2006, estos tipos de tumor también presentan los porcentajes más elevados, sin embargo, comparativamente con el año siguiente, presentan disminución de aproximadamente un punto porcentual (ver figura 2).

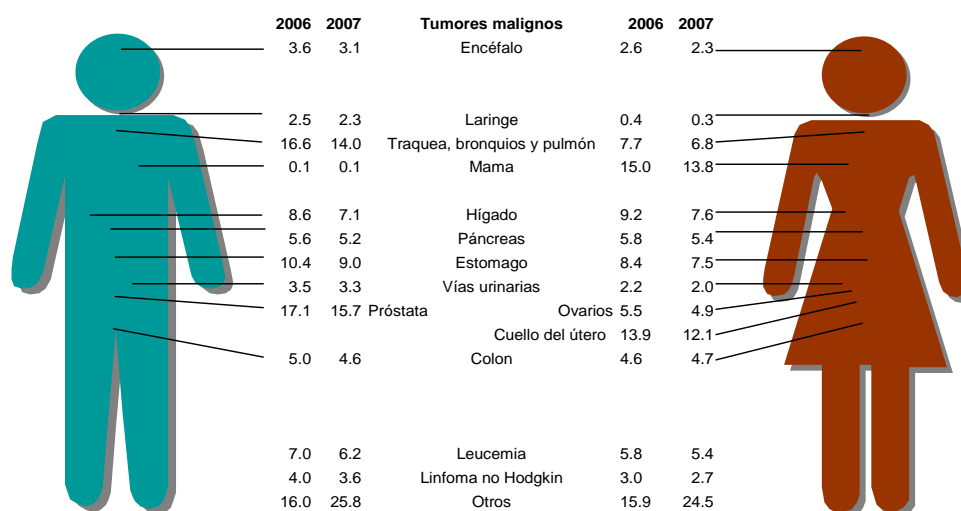


Figura. 2. Distribución porcentual de las defunciones por tumores malignos para cada sexo 2006-2007.

Fuente: INEGI e Instituto Nacional de las Mujeres (2009).

Respecto a las edades, los hombres mayores de 60 años presentan más casos de cáncer de órganos digestivos, seguido del aparato respiratorio y los órganos genitales. En los niños y jóvenes de hasta 20 años, resaltan las nosologías en tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines; así como también las lesiones en ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso central y órganos genitales masculinos (siendo común el cáncer testicular). En general, se presenta una tendencia ascendente en la frecuencia de casos, excepto en el de hueso y cartílago articulares en adolescentes de 15 a 19 años, órganos genitales de 20 a 29 y ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso central en niños de 1 a 9 (figura 3).

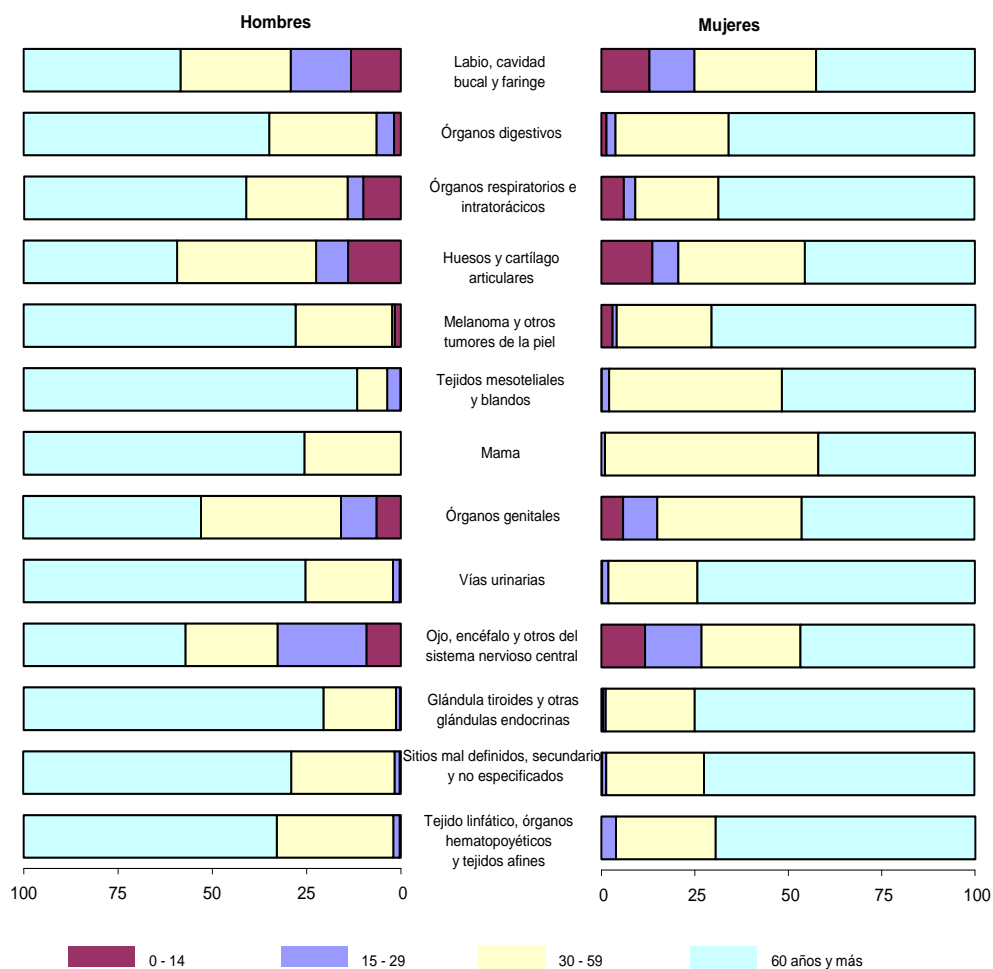


Figura 3. Distribución porcentual de población por tipo de tumor maligno según sexo y grandes grupos de edad 2007.

Fuente: INEGI (2008).

Para las mujeres, las niñas y las jóvenes de hasta 20 años, se presenta mayor frecuencia de tumores de tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y tejidos afines; seguido de ojo, encéfalo y otras partes del sistema nervioso central y los órganos digestivos. En mujeres mayores de 60 años son notables las nosologías de órganos digestivos, órganos genitales y mama. Para las mujeres, los tumores óseos presentan una frecuencia constante en ascenso, mostrando un pico entre los 10 y 19 años (figura 3).

Las estadísticas de defunciones por tumores óseos son distintas que las de los tumores generales. Como se puede apreciar en la figura 4, para las edades de 0 a 14 años son más frecuentes las muertes asociadas a tumores localizados en pelvis, sacro y cóccix tanto para hombres como mujeres. Para el grupo de 15 a 29 años, en los hombres son más frecuentes los tumores

localizados en huesos largos del miembro inferior y en los huesos y cartílagos articulares; para las mujeres, las lesiones se presentan en columna vertebral y en huesos del cráneo y la cara. En el siguiente grupo de edad, de 30 a 59 años, los hombres presentan mayor frecuencia de lesiones de columna vertebral y hueso del maxilar inferior; las mujeres en costilla, esternón y clavícula, al igual que huesos del miembro inferior. Por último, para el grupo de 60 y más, los hombres presentan mayor frecuencia en costilla, esternón y clavícula, huesos del cráneo y de la cara y omóplato y de los huesos largos del miembro torácico; las mujeres presentan con mayor frecuencia lesiones en huesos cortos del miembro torácico y hueso del maxilar inferior.

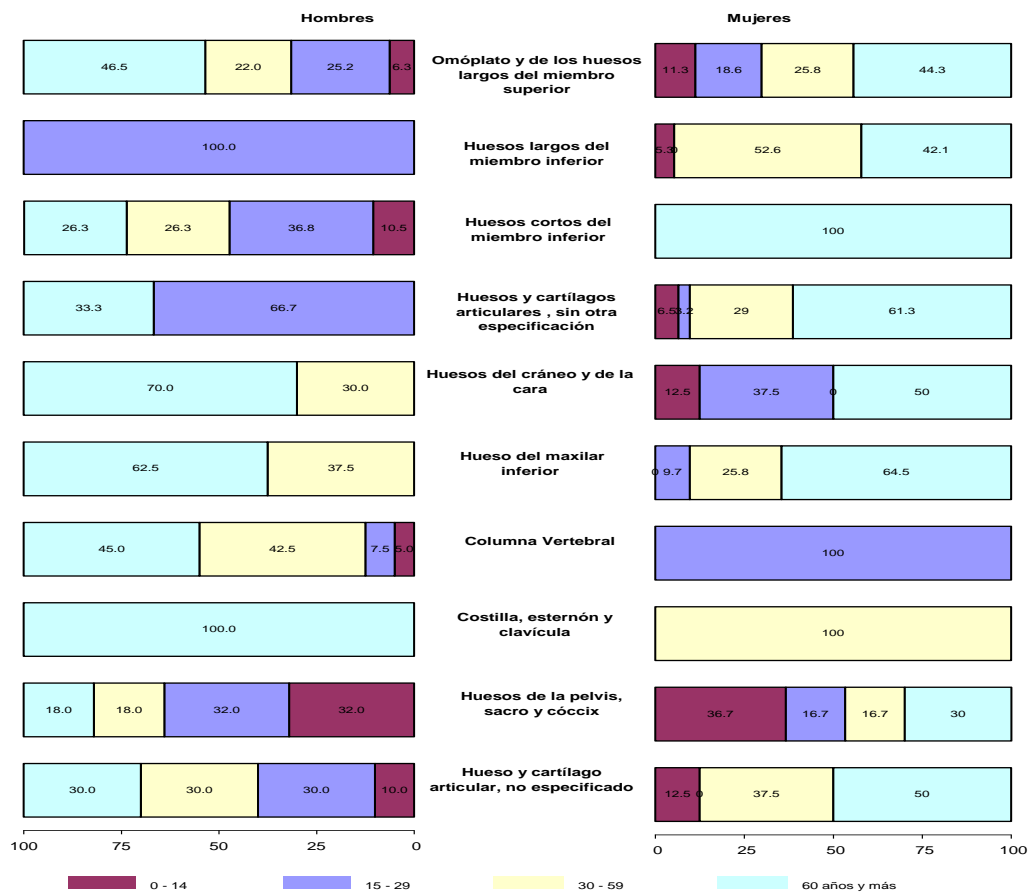


Figura 4. Porcentaje de Defunciones por Tumores óseos según grandes grupos de Edad.

Fuente: INEGI (2008).

Cuando hablamos de tumores óseos específicamente, nos referimos a malformaciones celulares que provocan lesiones en el hueso. Los tumores óseos a menudo se originan en áreas de crecimiento rápido, pero su causa se desconoce. Existen planteamientos sobre algunas causas posibles, entre otras

que se consideran las mutaciones hereditarias, traumas e irradiación, pero en la mayoría de los casos no se encuentra una causa específica (National Cancer Institute, 2002; National Institutes of Health y Department of Health & Human Services, 2008)

Microscópicamente, se habla de un tumor benigno cuando el tumor está constituido por células del tamaño, tipo y características de las del tejido normal del que se originan (células típicas), son circunscritas, encapsuladas y no invaden las estructuras vecinas, su crecimiento es lento, tienen poca tendencia a sufrir hemorragias, no causan cambios en la piel que los recubre, no ofrecen cambios de temperatura local y no comprometen la salud ni la vida del individuo que los porta (Huaroto, 2000b).

Por otro lado, se habla de malignidad cuando el tumor está constituido por células diferentes a las del tejido original del cual provienen (células atípicas) pudiendo apartarse de los patrones normales en menor o mayor grado (diferenciadas o indiferenciadas), no son circunscritas, ni tienen cápsula que los aísla y son invasivos (es decir, que infiltra a los tejidos circunvecinos y son capaces de invadir otros órganos a distancia, lo que se conoce como metástasis), crecen rápidamente, crean vasos sanguíneos y sufren de hemorragias intramurales, causando alteraciones en la piel que los recubre; son dolorosos, aumentan la temperatura local del área en que se asientan y comprometen la salud y la vida (op. cit.).

En cuanto a los tumores de hueso en general, las estadísticas nos mencionan que en México, su incidencia es de 3.2%. A pesar de que se presenta de forma muy esporádica, en algunos casos implican realizar varias cirugías en el paciente, limitaciones funcionales, pérdida de miembros o de la vida. Es importante señalar que en México, se ha observado un incremento de la incidencia tanto para leucemias, linfomas no Hodgkin y osteosarcomas (siendo el último, uno de los tumores malignos de hueso más agresivos) (Cuevas-Urióstegui, Villasís-Keever y Fajardo-Gutiérrez, 2003).

1.2. DIAGNÓSTICO MÉDICO

En un primer momento la clínica es muy importante: los síntomas locales suelen ser inespecíficos; el dolor no suele ser intenso, es localizado y en los

casos de lento crecimiento puede no haber; hay excepciones, entre ellas el dolor es intenso en el osteoma osteoide o cuando hay fracturas en terreno patológicos o en tumores óseos malignos (Huaroto, 2000a y Greene, 2007).

Son tres los signos y síntomas que acompañan al tumor óseo y que constituyen la principal causa de la consulta son (National Cancer Institute, 2002; Oreamuno, 1991; Huaroto, 2000; Greene, 2007):

1. Dolor. El paciente refiere sentirlo en el sitio de la lesión, por ejemplo, en las localizaciones vecinas a una articulación. Cuando se encuentran en columna vertebral, generan dolor vertebral con muy frecuentes irradiaciones neurológicas a otras regiones. Generalmente, los tumores benignos generan dolor discreto, persistente, tolerable y que no altera la capacidad funcional. Por el contrario, dolores intensos, rápidamente progresivos, invalidantes, sin relación con la actividad, son característicos de un tumor agresivo o maligno.
2. Aumento de volumen.
3. Limitación funcional.

Además de lo anterior, la revisión del paciente puede proporcionar otros signos clínicos que pueden ser indicadores de malignidad: astenia (debilidad), anorexia, adelgazamiento, mal estado general y dolor intenso. En cambio, si un proceso no ha presentado cambios y es indoloro durante años, el médico se orienta más a pensar en un tumor benigno (Huaroto, 2000a).

En el servicio de tumores óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación, ubicado en la Ciudad de México, se lleva a cabo un protocolo médico con cada paciente de primera vez que asiste al servicio. Con dicho protocolo, es posible determinar de manera precisa el diagnóstico del paciente. Uno de los estudios que inicialmente se solicitan es la toma de muestra de laboratorio, cuyo fin es el de identificar los cambios metabólicos que ha sufrido el paciente a causa del tumor. Por ejemplo: Desequilibrio proteico en el caso de mieloma, aumento de fosfatasa ácida en el carcinoma prostático, aumento de fosfatasas alcalinas cuando el crecimiento tumoral es muy rápido, alteraciones del calcio y fósforo (el calcio está elevado en todas las lesiones que condicionan destrucción ósea,

como cáncer metastásico o mieloma múltiple) (Oreamuno, 1991 y Huaroto, 2000a).

Otros estudios solicitados son los de imagen. Se pide a los pacientes radiografía, gammagrafía, tomografía axial computada y la resonancia magnética nuclear, ésta última solo en algunos casos pues es costosa (National Cancer Institute, 2002).

La radiología le permite al médico observar de forma macroscópica la lesión, le indica localización, límites, características, forma y densidad. Un tumor maligno invade y destruye el hueso en que se encuentra; sus límites son imprecisos, difusos o infiltrantes; rompen la cortical e invaden los músculos. Puede ser formador de hueso, y dado que el proceso de formación es irregular y desordenado, puede dar a lugar a imágenes en la radiografía que tienen diferentes formas (Oreamuno, 1991 y Huaroto, 2000a). Una vez que se ha detectado dicha imagen, se solicita también una radiografía denominada tele de tórax, con el fin de descartar un proceso metastásico pulmonar.

La gammagrafía consiste en inyectar en la persona un radiofármaco que es un indicador de metabolismo celular. Debido a que los tumores benignos y malignos se comportan de manera distinta, es decir, un tumor benigno es prácticamente inactivo y un tumor maligno es sumamente activo, la imagen resultante varía de manera importante. Los tumores malignos captan más radiofármaco, lo que genera una imagen con “más color” en la zona afectada (datos del servicio).

La tomografía axial computada permite conocer de manera específica y detallada la localización del tumor, su relación con los planos musculares, la definición de los márgenes del tumor y sus relaciones neurovasculares y óseas, permitiendo realizar la planeación quirúrgica (datos del servicio).

La resonancia magnética nuclear es la técnica más exacta para determinar la extensión del tumor en el hueso y partes blandas. Esta técnica nos da una información tanto morfológica como estructural, ya que es capaz de detectar algunos cambios químicos (Huaroto, 2000b).

Una vez que se tienen todos estos estudios, se procede a realizar una biopsia. Siempre debe conocerse la histología como parte del diagnóstico, pues

además de validar el diagnóstico que se tiene por medios clínicos, permite planificar tratamientos específicos para cada tipo de tumor (Greene, 2007).

1.3. CLASIFICACIÓN

En principio los tumores se clasifican en (Huaroto, 2000b; Greene, 2007):

1. Tumores primarios benignos (más lesiones pseudotumorales),
2. Tumores primarios malignos, y tumores secundarios por lesiones preexistentes.
3. Cáncer óseo metastásico.

La clasificación general más aceptada es la propuesta por Schajowicz, Ackerman, Adler, Bertoni, et al, (1993 y Huaroto, 2000a) que atiende a la célula de origen y a la histopatología de los tumores (cuadro 1):

Cuadro 1. Clasificación de tumores los tumores óseos Fuente: Schajowicz, Ackerman, Adler, Bertoni, et al, 1993 y Huaroto 2000a.

	BENIGNOS:	INTERMEDIOS O INDETERMINADO	MALIGNOS:
Tumores formadores de tejido óseo:	Osteoma Osteoma osteoide Osteoblastoma	Osteoblastoma agresivo (maligno)	Osteosarcoma Osteosarcoma medular (central) Osteosarcoma central convencional Osteosarcoma telagectásico Osteosarcoma intraóseo bien diferenciado (bajo grado) Osteosarcoma de células

			redondas Osteosarcoma periosteal Osteosarcoma yuxtacortical
Tumores formadores de cartílago:	Condroma Osteocondroma Condroblastoma Condroma periosteal Fibroma Osteocondromatosis múltiple Condromixoide		Condrosarcoma Condrosarcoma yuxtacortical Condrosarcoma mesenquimal Condrosarcoma de células claras Condroblastoma maligno
Tumores a células gigantes	Tumor de células gigantes		Tumor de células gigantes maligno
Tumores formadores de médula ósea			Sarcoma de Swing Tumor neuroectodérmico primitivo Linfoma maligno de hueso Mieloma Reticulosarcoma óseo
Tumores vasculares	Hemangioma Linfangioma Tumor gnómico	Hemangioendotelioma Hemangiopericitoma	Angiosarcoma Hemangiopericitoma maligno
Otros tumores de tejido conectivo	Lipoma Histocitoma benigno	Fibroma desmoide	Fibrosarcoma Histocitoma fibroso maligno Liposarcoma Mesenquimoma maligno Sarcoma indiferenciado
Otros tumores	Cordoma Adamantinoma de huesos largos Neurilenoma (Schanoma) Neurofibroma		
Lesiones pseudotumorales	Quiste óseo solitario Quiste óseo aneurismático Quiste óseo yuxtaarticular Defecto fibroso		

	cortical Fibroma no osificante Granuloma eosinófilo Displasia fibrosa Miositis osificante Tumores pardos del hiperparatiroidismo Quiste epidermoide intraóseo		
--	---	--	--

Como se puede ver en el cuadro 1, existe un mayor número de tumores formadores de hueso. Esto repercute en la calidad de vida de los pacientes dado que genera dolor y cansancio, propio de la enfermedad, aunque también asociado al peso generado por el crecimiento del tumor, el cual es básicamente.

Es importante señalar, que en México, específicamente en el Instituto Nacional de Rehabilitación, los tumores óseos indeterminados son generalmente tratados como malignos, es decir, generan intervenciones amplias y prontas dado la posible malignización de la lesión.

1.4. TRATAMIENTO MÉDICO DE LOS TUMORES ÓSEOS

En términos generales, el manejo de los tumores óseos en la actualidad es multidisciplinaria (cirujano ortopédico, radiólogo, oncólogo, patólogo y radioterapeuta) y, con el fin de garantizar el buen manejo del paciente, el tratamiento se debe llevar a cabo de forma rápida y expedita. Cualquier atraso significa poner en riesgo la vida del paciente y la posibilidad de que la enfermedad salga de manejo (Oreamuno, 1991 y Rico, Delgado, Estrada, et al, 2007).

Es posible que los tumores óseos benignos no requieran tratamiento, pero deben ser observados periódicamente para verificar si crecen o disminuyen de tamaño y, dado el caso, planear la extirpación quirúrgica, excepto en el caso de los tumores benigno agresivos, como el tumor de células gigantes y el condroblastoma, en los cuales además de la cirugía también es necesario realizar quimioterapia o radioterapia pues en algunos casos tienden a hacer

implantes a distancia.

El tratamiento de los tumores malignos que se han diseminado al hueso depende del tejido primario u órganos involucrados y con frecuencia se utiliza la radioterapia con quimioterapia o la terapia hormonal (National Cancer Institute, 2002; National Institutes of Health y Department of Health & Human Services, 2008 y Greene, 2007). Sumado a lo anterior, es necesario realizar la resección del tumor, ya sea de forma marginal o radical (amputación o desarticulación del miembro).

La quimioterapia ha mejorado el pronóstico de los tumores óseos malignos. En realidad, los resultados son alentadores, pero como en muchas otras patologías, requieren de un diagnóstico temprano, el tratamiento adecuado y cuidadoso, además de herramientas por parte del paciente para enfrentar la enfermedad. La quimioterapia puede ser adyuvante (cuando se plantea antes de la cirugía), coadyuvante profiláctica (cuando es usada después de la cirugía), o complementaria, usada para controlar las micrometástasis que se supone existen en todo caso (Huaroto, 2000b).

La radioterapia tiene uso limitado en los tumores óseos, salvo los radiosensibles, como el tumor de Ewing. Sin embargo, muchos de ellos no responden a este tipo de tratamiento (como el Osteosarcoma y el sarcoma sinovial) (Oreamuno, 1991).

La inmunoterapia abrió una esperanza usando linfocitos sensibilizados propios del paciente; los resultados aún no se han determinado pero se ha establecido como apoyo del tratamiento básico (National Cancer Institute, 2002; National Institutes of Health y Department of Health & Human Services, 2008).

La propuesta para el tratamiento de los tumores es un trabajo multidisciplinario. En la actualidad, además de realizarse intervenciones médicas a los pacientes, se ha hecho patente la necesidad de realizar protocolos complementarios orientados no tan sólo a sanar y mantener el cuerpo del paciente, sino también a los aspectos emocionales y sociales de la persona viviendo con la enfermedad. Así, el tratamiento de un paciente con alguna enfermedad crónico – degenerativa, requiere del apoyo psicológico con

el fin de facilitar la adherencia, manejo emocional de la enfermedad y herramientas que le faciliten el afrontamiento y manejo de la misma. Ésta afirmación es igualmente válida para los pacientes con tumores óseos, mismos que tienen ciertas necesidades específicas, dado su padecimiento.

1.5. PRINCIPALES NECESIDADES PSICOLÓGICAS

Si se considera que el diagnóstico de cáncer puede ser difícil por sí mismo, el diagnóstico de tumor óseo (sea o no maligno) impone el riesgo de una restricción permanente de la movilidad, reducción de la función o incluso pérdida de los miembros o la desfiguración. Incluso con los tratamientos actuales, el padecer un tumor óseo implica hospitalizaciones largas, cirugías extensas, pérdida temporal de la movilidad y programas de rehabilitación complejos (Felder- Puig, Formann, Mildner, et. al, 1998).

En relación con los pacientes con tumores óseos malignos, de manera semejante a lo reportado en la literatura sobre pacientes oncológicos, son comunes la ansiedad y la depresión (Golden, Gersh y Robbins, 1992; Maté, Hollestein y Gil, 2004; Reynoso y Seligson, 2005 y Coronado, García, Velásquez, Morales y Alvarado, 2007); así como la afectación del tratamiento y la enfermedad a la calidad de vida (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007).

La ansiedad en estos pacientes se encuentra relacionada con la percepción de cercanía de la muerte, miedo a la enfermedad, creencias asociadas al padecimiento, preocupaciones, sensación de pérdida de control, problemas económicos o familiares asociados a la enfermedad, aburrimiento, falta de cuidados o sobreprotección. También la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia pueden provocar ansiedad (Maté, Hollestein y Gil, 2004).

En cuanto a la depresión, los factores asociados son: bajo apoyo social, incapacidad física o funcional, dolor o cansancio y estrés (op.cit).

Asimismo, en el caso de los tumores óseos, se le suma la posibilidad de perder un miembro. Las enfermedades o intervenciones quirúrgicas que dañan la imagen corporal, como amputaciones de miembros, mastectomías, histerectomía, cicatrices o deformidades por accidentes o quemaduras afectan el autoconcepto y la confianza del individuo (Villalobos y Cortés, 2006). Estos

pacientes pueden presentar también imagen corporal alterada, temor a no gustarle a la pareja; ansiedad o temor al desempeño y alteraciones sensitivas (Torices, 1997).

Como se explicó al principio del capítulo, los tumores óseos se encuentran más presentes en la niñez y adolescencia, por lo que estos pacientes frecuentemente se enfrentan a los cambios propios de la adolescencia asociados a la presencia del tumor y su connotación de amenaza a la vida. Durante el desarrollo de la sexualidad, la conciencia del cuerpo y la aceptación del mismo son muy importantes, y obviamente, con este padecimiento se encuentran bastante amenazadas (Fitzpatrick, 1999).

Las problemáticas más notables en este tipo de población son el aislamiento, la evitación de la sexualidad, retrasar la autonomía y el permanecer dependientes. Otros pueden presentar conductas agresivas y enojo (op.cit).

Frecuentemente, los pacientes con tumores óseos tienen que ser sometidos a un sinnúmero de cirugías, incluyendo la biopsia o la cirugía(s) de tratamiento propiamente dicha(s) (sin considerar lo radical que esta pueda ser); esto genera gran ansiedad, así como también, puede demeritar la calidad de vida de los pacientes, complicar su tratamiento médico, disminuir la adherencia y poner en riesgo la adecuada recuperación posquirúrgica.

Por ende, resulta importante describir de manera precisa, los alcances y limitaciones de los protocolos que facilitan el afrontamiento del paciente hacia el evento estresante, como lo es el procedimiento quirúrgico. En teoría y, con base en resultados exitosos en otros problemas sociales (como las adicciones), el Acompañamiento Terapéutico (AT) constituye una buena estrategia para el tratamiento de la Ansiedad Prequirúrgica. Sin embargo, es indispensable explorar cuales son los efectos y beneficios que dicha estrategia puede lograr en pacientes con tumores óseos.

2. ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA

2.1 DEFINICIÓN

De todas las situaciones a las que se tiene que enfrentar el ser humano, la que más le representa la pérdida del control y la confianza absoluta en la labor del otro, es la situación quirúrgica. La ansiedad prequirúrgica se define como la respuesta ansiosa que se presenta ante la posibilidad o inminencia de un procedimiento quirúrgico (Moix, 1999).

2.2. FISILOGIA DE LA ANSIEDAD

Por medio del estudio bioquímico de las benzodiazepinas, el principal medicamento utilizado para el manejo de pacientes que sufren algún trastorno ansioso, se ha podido descubrir las vías bajo las cuales se genera esta emoción. Así, se ha descubierto que las benzodiazepinas interactúan con receptores del ácido gamma-amino butírico (GABA) en el cerebro, lo que genera un aumento de la acción inhibitoria, por lo que se plantea la intervención de los sistemas adrenérgico y serotoninérgico, al igual que de los sistemas GABA/ benzodiazepínico. Estos receptores se encuentran distribuidos a través del encéfalo, con mayor presencia en corteza cerebral y algunas áreas subcorticales, como el hipocampo y la amígdala. Se ha planteado que la ansiedad, el miedo y las respuestas de escape y evitación se pueden explicar por medio de bases filogenéticas, como por ejemplo la red neuroanatómica centrada en la amígdala que interactúa con el hipocampo y la corteza prefrontal media (Rosenzweig, 1992; Campos, Jurado, Mendieta, Zabiky y Silva, 2005).

La ansiedad elevada ha sido relacionada con el aumento de la activación del eje simpático adrenal y córtico – adrenal, así como con variaciones de la respuesta inmune (reducción de la capacidad funcional), medio de la activación autonómica involuntaria y la elicitación de conductas de salud (Cánovas, Moix y Sanz, 2001). Los síntomas más comunes de la ansiedad incluyen tensión, inquietud, sudoración de las manos, dolor de cabeza, respiración rápida, aumento del ritmo cardíaco, menor temperatura basal y rubor en las mejillas (Reynoso y Seligson, 2005).

La ansiedad estado y/o rasgo (siendo la primera la emoción que se

percibe en un momento dado y la segunda, la emoción que se presenta de manera constante y que constituye parte de la personalidad del individuo), pueden influir en el proceso de salud enfermedad ya sea activando la respuesta inmune del paciente, así como también, motivando o inhibiendo las conductas de riesgo y de promoción de la salud. Asimismo, la ansiedad elevada se encuentra relacionada con la disminución de conductas de autocuidado, como son la higiene, alimentación y actividad física. De esta forma, la ansiedad rasgo- estado, pueden regular la conducta de salud por medio de la activación autonómica involuntaria y la elicitación de conductas de salud (Cánovas, Moix y Sanz, 2001).

Cabe mencionar que, si bien algunos pacientes incluidos en el protocolo pueden presentar ansiedad rasgo, el procedimiento se enfocó exclusivamente a una situación específica que les puede generar ansiedad per se, motivo por el cual el presente estudio se encuentra orientado a explorar el apoyo al paciente en el control de la ansiedad estado, y con ello describir alcances y limitaciones por superar para generar en el futuro protocolos confiables y válidos.

2.3 TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA ANSIEDAD

A nivel nacional, el promedio diario de intervenciones quirúrgicas por quirófano es de 2.9, con 29.2 intervenciones por cada 1000 habitantes. Específicamente, en el Distrito Federal se realizan 2 intervenciones diarias en promedio por quirófano y 50.6 intervenciones anuales por cada 1000 habitantes (Secretaría de Salud, 2007). Esto resulta importante tanto a nivel económico por el impacto que tiene en el gasto de bolsillo en salud de la población, como en el manejo del paciente que es sometido a dichas cirugías.

El tratamiento psicológico más estudiado en el manejo de la ansiedad es la relajación. Este procedimiento “constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico no son simples correlatos uno del otro, son que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso, como causa y como producto. Incluye un correlato fisiológico – patrón reducido de activación somática y autónoma-, subjetivo –informes

verbales de tranquilidad y sosiego- y conductual –estado de quiescencia motora-“. (Vera y Vila, 1995, p. 162).

Con el fin de entrenar en esta técnica, se sugiere que la sesión incluya la siguiente información (op. cit.):

1. La finalidad de la enseñanza en relajación y su relación con el problema del paciente,
2. Explicación general de los componentes de la técnica,
3. La importancia de la práctica y,
4. La integración de la sesión actual en el problema general.

Una de las técnicas principalmente usadas es la técnica de respiración diafragmática (respiración profunda), la cual consiste en enseñar al paciente a respirar utilizando su diafragma. Generalmente se asocia con alguna otra técnica, como la relajación muscular progresiva y el entrenamiento autógeno, aunque puede ser utilizada como técnica única de relajación (Reynoso y Seligson, 2005). Kulur, Haleagrahara y Adhikary (et al., 2009) mencionan que la respiración abdominal lenta disminuye la actividad del sistema nervioso simpático, reduciendo la ansiedad, y bajando la presión arterial.

Así, se trata de una técnica particularmente efectiva para controlar reacciones viscerales, tales como tasa cardiaca elevada, hiperventilación, sudoración excesiva, náusea y vómito. La relajación puede ser inducida al respirar despacio (aproximadamente 8 segundos para producir una respiración completa, incluyendo inhalación y exhalación). Durante la respiración profunda, la zona abdominal se eleva al inhalar y baja durante la exhalación (Golden, Gersh y Robbins, 1992).

De acuerdo con Moix (1999), existen tres variables de gran importancia para disminuir la ansiedad prequirúrgica:

1. Infraestructura: Tanto el diseño como la arquitectura del hospital y la habitación del paciente pueden influir en el control de su ansiedad.

2. Hospitalización: El compartir la habitación con alguien que ha sido operado, es un factor que puede disminuir la ansiedad, así como también la rutina propia del hospital y las visitas de la pareja ayudan a disminuir el dolor y la estancia hospitalaria.
3. Técnicas psicológicas: el establecimiento del apoyo psicológico (entendido como el clima de confianza sobre sus preocupaciones en relación con la cirugía), distracción cognitiva, reestructuración cognitiva, imaginación guiada, relajación, hipnosis, desensibilización sistemática; han permitido disminuir ingesta de analgésicos, complicaciones, días de estancia, disminución de la presión sanguínea y del dolor (Moix, 1999 y Moix, Casas, Lopez, Quintana, Rivera y Gil, 1993).

En forma paralela, el tratamiento se puede asociar con reestructuración cognitiva y solución de problemas. La primera técnica, consiste en modificar las creencias y pensamientos que causan la ansiedad. Los métodos más utilizados son (Golden, Gersh y Robbins, 1992):

1. Método didáctico: Se le proporciona información al paciente que le permita confrontar su pensamiento.
2. Método socrático: Por medio de preguntas, se le orienta al paciente a reevaluar sus pensamientos y creencias.

La segunda técnica, se basa en la premisa de que los problemas consisten en una discrepancia entre la realidad y los objetivos que se tiene de la misma, por lo mismo, se orienta al paciente a enfrentar la situación de tal forma que los objetivos sean cubiertos y dejen de representar una dificultad para éste (Rubio, 2008).

Esta técnica consiste en cinco pasos, cada uno de los cuales contribuye a una solución eficiente del problema en cuestión (op.cit.):

1. Orientación hacia el problema
2. Definición y formulación del problema

3. Generación de alternativas
4. Toma de decisiones y balance decisional
5. Puesta en práctica de la solución y verificación

Con el fin de proporcionar un tratamiento integral, junto con la técnica de relajación, se proveyó a los pacientes tanto la reestructuración cognitiva como la solución de problemas.

2.4. EVALUACIÓN Y MEDICIÓN DE LA ANSIEDAD

La evaluación de la ansiedad ante situaciones quirúrgicas se realiza generalmente utilizando diversos instrumentos psicológicos. Dentro de estos, los que más resaltan en español, son: el instrumento STAI (State – trait Anxiety Inventory), la cual evalúa la ansiedad en un momento específico; la escala de Ansiedad y depresión hospitalaria (HAD); la escala de valoración de Hamilton (ARS); el IDARE (Inventario de Ansiedad Estado – Rasgo), al igual que el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Moix, 1995; Bravo y González –Durán, 2001).

Pero, como lo menciona Moix (1997), el momento en el que el paciente presenta más ansiedad es justo antes de la cirugía, mientras se encuentra esperando para la intervención.

Sin embargo, ningún instrumento está diseñado para medir este tipo de estado, y mucho menos, elimina el problema ético que representa el administrar cuestionarios con múltiples preguntas referentes a la ansiedad justo en el momento que hablar de ello puede aumentar dicha emoción (op. cit).

En este sentido, resulta importante ampliar los campos de acción del psicólogo y echar mano de herramientas complementarias que nos permitan medir y observar de forma sistemática y confiable tanto el efecto de la ansiedad, como del tratamiento en el paciente.

Con base en estas reflexiones, se consideró explorar la utilización de medidas fisiológicas como una estrategia para registrar el impacto de la intervención, y con ello describir los puntos fuertes y débiles del trabajo realizado por el psicólogo con pacientes que presentan tumores óseos y que próximamente van a ser operados. Estas mediciones, son un “arma de doble

filo”, pues presentan muchos problemas de control, sin embargo, al mismo tiempo pueden aportar mucha información que ayude a mejorar el desempeño del tratamiento con la finalidad de mejorar el bienestar subjetivo y el control ansioso del paciente ante situaciones de extrema angustia como lo es una intervención quirúrgica.

2.5 INVESTIGACIÓN EN ANSIEDAD PREQUIRURGICA

La literatura es consistente en cuanto al impacto de la ansiedad prequirúrgica. Se ha encontrado que los pacientes más ansiosos tienen recuperación más lenta, presentan más dolor, mayor toma de analgésicos y sedantes, menor adaptación psicológica, mayores náuseas, complicaciones, fiebre, presión sanguínea y estancia hospitalaria (Moix, 1999).

Autores como Værøy, Juell, y Høivik (2003), mencionaron que las consecuencias de la ansiedad prequirúrgica en los pacientes, por lo cual es necesario hacer intervenciones que faciliten el control ansioso a los pacientes. Encontraron en una muestra de 108 pacientes quirúrgicos, que la presencia de un desorden ansioso en pacientes no psiquiátricos en espera de cirugía es del 86%. Estos mismos autores realizaron una revisión en la cual otros autores variaban en el promedio de pacientes encontrados con este desorden, entre el 11 al 36%. Esto nos manifiesta que se trata de una dificultad presente de manera constante en la experiencia quirúrgica.

El estrés preoperatorio está relacionado con diversas problemáticas en la vida de los pacientes como lo son la salud, vida familiar, trabajo, finanzas, etc. (Losiak, 2000). La ansiedad está asociada a mayor frecuencia de accidentes anestésicos, mayor vulnerabilidad a las infecciones, mayor estadía hospitalaria, y mayores niveles de dolor postoperatorio (Pérez, Carbonell y Quiñónez, 2000). De igual forma, el malestar preoperatorio también ha sido asociado a náusea postoperatoria y a eventos cardiacos subsecuentes (Montgomery, David y Goldfarb, et al, 2003), peor adaptación postquirúrgica y peor adherencia terapéutica (Cánovas, Moix, Sanz, et. al, 1998).

Berg, Fleischer, Koller y Neubert (2006), también reportan que los pacientes que se encuentran en una situación preoperatoria y que tienen niveles sobresalientes de ansiedad, son caracterizados por pérdida de control,

irritación e incertidumbre. Estos elementos también son conocidos por contribuir a complicaciones postoperatorias tales como una sanación lenta.

Los síntomas psicofisiológicos que usualmente acompañan la ansiedad durante los momentos del acto operatorio en ocasiones pueden persistir hasta muchos meses después de la intervención quirúrgica; incluyendo taquicardias, arritmias, elevaciones de la tensión arterial, disnea, etcétera (Pérez, Carbonell y Quiñónez, 2000), situación que puede ser explicada por rasgos de personalidad o bien, la percepción de la situación, que puede generar estrés postraumático.

Sin embargo, existen intervenciones adecuadas para los pacientes, tal como lo muestran Berg, Fleischer, Koller y Neubert (2006) quienes reportan que los pacientes quirúrgicos obtienen beneficios al proporcionarles información, incluso al considerar aspectos como ansiedad, dolor y estancia hospitalaria.

Hwasoon, Garvin y Moser (1999), reportan que la enseñanza preoperatoria puede disminuir la ansiedad si se les enseña qué esperar a los pacientes. Se ha reportado de manera consistente que la información objetiva o a nivel sensorial ayuda a los pacientes a enfrentar la situación y reduce el malestar psicológico. Ellos refieren que esta información objetiva incluye la descripción de todas las sensaciones que son experimentadas comúnmente durante el procedimiento, información temporal y ambiental, así como las causas de las sensaciones. En su estudio con pacientes cardíacos que serían sometidos a ventilación mecánica, ellos encontraron que los pacientes experimentan menos ansiedad y afecto negativo durante la ventilación, menos dificultad para comunicarse y menos tiempo de entubación que el grupo control.

Moix, Casas, López, et al. (1993), reportan que proporcionar herramientas a los pacientes con las que puedan manejar y controlar la situación (como por ejemplo, describirles cómo sería la situación quirúrgica, actividades que se realizarán, realizar una visita al quirófano, etc., lo cual disminuye la incertidumbre) puede ser benéfico para algunos pacientes, sin embargo, para otros puede resultar contraproducente, pues el proporcionar información puede

generarles ansiedad. Por el contrario, tratamientos orientados a facilitar el controlar su emoción, como la relajación, pueden ser benéficos en general.

También es importante considerar que los pacientes que se encuentran a punto de ser intervenidos quirúrgicamente, comparten sus emociones al igual que las personas que acaban de salir de un evento estresante traumático, como lo demuestra la investigación de Panagopoulou y Maes (2003), al realizar entrevistas con pacientes cardíacos. Además, estos autores reportan que dichos pacientes prefieren hablar sobre la situación problema en vez de distraerse con temas irrelevantes. Por ende, sería importante realizar investigación que permitiera a los pacientes compartir su experiencia incluso en el mismo quirófano.

De igual forma, Stanton y Snider, (1993, citados en Losiak, 2000), examinaron los efectos del estilo de afrontamiento, medido antes de un procedimiento quirúrgico estresante como la biopsia de seno, evento que tiene un impacto importante en la experiencia después de la cirugía. Estos autores encontraron que los pacientes que usan evitación cognitiva presentaban mayores niveles de malestar emocional, mientras que aquellos que buscaron apoyo social experimentaron mayores emociones positivas; otros estudios informan que el apoyo social también tiene efectos sobre los síntomas depresivos (Voltrath, Ainaes y Torgense, 1996, citados por Losiak, 2000).

En este sentido; Pérez, Carbonell y Quiñónez, (2000) reportan en su muestra de 66 pacientes en espera de cirugía de varices esenciales, que la ansiedad predice el consumo de fármacos, las complicaciones prequirúrgicas y el dolor postoperatorio. En cuanto al dolor, esto es reportado igualmente por Moddeman (1995) y en cuanto a los fármacos, por Berg, Fleischer, Koller y Neubert (2006).

Específicamente en el área del tratamiento cognitivo conductual, Cánovas, Moix, Sanz, et. al. (1998) reportan en su investigación con mujeres sometidas a histerectomía, que el proporcionar un tratamiento que incluye: información, expresión de emociones, respiración, relajación, visualización y ejercicios para ayudar en la recuperación, disminuye los niveles de ansiedad y depresión postquirúrgicas. Las pacientes sometidas a este procedimiento reportaron menos dolor y complicaciones después de la operación, requirieron

menos analgésicos, recuperaron antes sus funciones orgánicas y acortaron su estancia hospitalaria.

Con fin de facilitar la comunicación de sus emociones y apoyar al paciente en el manejo de la situación adversa y de las emociones que la misma le genera, el acompañamiento terapéutico surge como una estrategia que de acuerdo a la literatura existente, favorece los componentes de relación, facilita la intervención directa así como también, el modelamiento y moldeamiento de conductas funcionales.

3. ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

3.1 OBJETIVO DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

El objetivo de la presente investigación es explorar y describir el procedimiento de acompañamiento terapéutico en quirófano, con el fin de obtener información específica a la situación y a la población que sufre de tumores óseos y que van a ser sometidos a una cirugía, información que permita proponer en el futuro la inclusión del equipo psicológico durante las intervenciones quirúrgicas.

Esta función surgió después de la Segunda Guerra Mundial en otros países, utilizando como marco conceptual y de trabajo terapéutico lo establecido por M. Sechehaye en 1947 (citado por Yaria, 2006), quien refiere que “la constancia, intuición maternal, afecto, comprensión psicoanalítica y una gran disponibilidad de tiempo” (op. cit: p. 17) resultan funcionales para manejar un caso de esquizofrenia. Es evidente que este procedimiento seguía en sus inicios los lineamientos de la teoría Psicodinámica y funcionó como una alternativa al internamiento de pacientes en hospitales psiquiátricos (Pullice y Rossi, 1997).

Uno de los factores que principalmente influyeron en la diseminación de esta estrategia fueron los movimientos anti-manicomios y anti-psiquiatría, difundidos principalmente en Europa y América durante las décadas de 1950 y 1960. Principalmente en Inglaterra, Alemania y Estados Unidos, este procedimiento fue bien acogido por las comunidades terapéuticas que buscaban la humanización y rehabilitación del paciente. En América del Sur, esta estrategia se utiliza primordialmente en Argentina y en Brasil, siendo establecida en ambos países desde 1960 como una profesión independiente (Londero y Barbosa, 2006).

Su función en un primer momento era apoyar al terapeuta principal, realizar intervenciones en crisis, apoyando en el manejo de pacientes que no querían ser internados, manejo del tiempo libre o actividades de animación grupal o socialización (Pullice y Rossi, 1997).

Ré (2006, p. 26) define al acompañante terapéutico como “toda persona capacitada para involucrarse vivencialmente, en relación de ayuda,

conteniendo; informando; facilitando y promoviendo los cuidados necesarios al proceso sanador de todas y cada una de las dimensiones humanas en la búsqueda personal de la vida saludable a través del fortalecimiento psicoeducativo”.

Cocci (2004) define al acompañamiento terapéutico como “una figura y una herramienta terapéutica que en la actualidad se define técnicamente en la función de un auxiliar psicoterapéutico del profesional médico o no”.

La función del acompañante terapéutico está en relación con la estrategia de tratamiento y se orienta en relación con éste y a las particularidades de cada caso. Ayuda a lo largo de todo el proceso terapéutico, previene recaídas, educa, confronta, escucha y guía (Yaria, 2006 y Fernández, 2006). Sin embargo, esta función se limita, en la mayoría de los casos, a seguir al paciente como una sombra, o en el mejor de los casos, a modelar o moldear conductas adecuadas (muchas de las veces por medio del castigo [verbalizaciones o acciones que tienen como fin eliminar la conducta problema] (Pullice y Rossi, 1997; Hayes, 2004).

Una limitación importante en este tema es la falta de una definición formal de Acompañamiento terapéutico y de sus funciones.

De acuerdo con Araujo y Dos Santos (2006), el diagnóstico en el acompañamiento terapéutico debe ser situacional pues debe permitir la interacción funcional del paciente en diferentes contextos. Estos autores también refieren que es un tema en construcción y que, por ende, permite la inclusión de diversas estrategias terapéuticas.

Pitiá y Santos (2005), refieren que la importancia del acompañante terapéutico radica en el apoyo para fortalecer la autoconfianza y para fortalecer la independencia del individuo. También, en realizar las actividades terapéuticas y procedimientos planteados, en la situación natural (Zamignani y Wielenska, 1999, citados en Londero y Barbosa, 2006). Para la familia, es importante para conocer más sobre el problema, las posibilidades de mejoría, así como la importancia de no aislar al paciente y que los miembros se mantengan proactivos y comprometidos con el tratamiento.

Londero y Barbosa (op. cit), realizaron un estudio exploratorio con el fin

de identificar la posición de psiquiatras y psicólogos con relación al acompañamiento terapéutico. Ellos analizaron el discurso de diversos profesionales de la salud mental, que utilizaban diferentes procedimientos terapéuticos (cognitivo – conductual y psicodinámico). En su estudio, encontraron que estos profesionales refieren que la función es complementar la terapia (funciona como co-terapeuta), auxiliar a la familia (facilita la convivencia entre los miembros) y actuar fuera del consultorio (las conductas que emite son: monitorear, controlar y realizar la intervención en el lugar que se necesita). Estos autores reportan que la referencia teórica percibida como más adecuada para el acompañamiento es la cognitivo conductual o conductual, pues requiere de habilidades para poder implementar los cambios conductuales en el paciente. Esta percepción es compartida incluso por los psicólogos y psiquiatras que siguen la teoría Psicodinámica.

3.2 UTILIDAD DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

De acuerdo con Yaria (2006), existen tres posiciones principales en relación con la posición del acompañante dentro de un proceso terapéutico:

- 1) Límite: se presenta en una situación en la cual el paciente requiere de contención ante una situación problema.
- 2) Prótesis: sirve para sustituir la falta de recursos y habilidades del paciente en un momento dado.
- 3) Proceso elaborativo: facilita al paciente el enfrentamiento y solución de las situaciones difíciles.

Kuras (2005, citado en Pullice y Rossi, 1997), considera que existen diversas funciones básicas:

- 1) Contener al paciente: es ofrecerse como un sostén ante una situación adversa para el paciente.
- 2) Brindarse como un modelo de identificación: el acompañante modela formas diferentes de actuar y reaccionar ante la vida cotidiana.
- 3) Prestar el yo: bajo esta perspectiva, el terapeuta asume funciones que el yo del paciente no puede desarrollar. En terapia Conductual y Cognitivo conductual no se utiliza este tipo de jerga, además de que las

herramientas utilizadas son distintas.

- 4) Percibir, reforzar y desarrollar la capacidad creativa del paciente: durante el diagnóstico, el clínico tratará de percibir las capacidades y habilidades del paciente con el fin de usarlas para desarrollar áreas más organizadas.
- 5) Brindar su información para la comprensión global del paciente: el acompañante dispone de información fidedigna y directa del comportamiento del paciente. Así, facilita información al terapeuta principal con el fin de que éste pueda organizar un plan de tratamiento.
- 6) Representar al terapeuta: es una ampliación de la acción del terapeuta.
- 7) Actuar como agente resocializador.
- 8) Servir como agente catalizador de las relaciones familiares: el acompañante terapéutico puede contribuir a paliar las relaciones familiares.

De manera específica, Rubio – Bruno (2006) enumeran las tareas a realizar con pacientes afásicos. Dichas funciones son: cuidado y asistencia domiciliaria, optimizar la vida diaria del paciente, acompañamiento a paseos y asistencia a espectáculos, planificar y organizar las actividades a realizar con el paciente. Es notable, que el acompañante terapéutico, básicamente constituye un técnico especializado que se encarga de apoyar en la elaboración y cumplimiento del tratamiento.

3.3 ANTECEDENTES DE APLICACIÓN Y UTILIZACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO

Para desarrollar esta sección, se revisó la literatura en la cual se tratara el AT con alguna metodología distinta a la psicodinámica. En muchas ocasiones las conductas a realizar por el acompañante terapéutico no se encontraban bien operacionalizadas, o bien, resultaba inaplicables para el acompañamiento terapéutico a realizar durante la estancia en quirófano (Cuadro 2)

Cuadro 2. Investigaciones realizadas en relación al Acompañamiento Terapéutico (AT).

Autor	Perspectiva	Problemática	Función del AT	Resultados
-------	-------------	--------------	----------------	------------

Correa y Correa (1997).	No especificado	Niños con padecimientos crónicos	Escucha terapéutica, comunicación directa con el niño enfermo	No especificado
Carvallo y Urbani (2006)	No especificado	Psicooncología	No especificado	Reporte de resultados cualitativos de los pacientes atendidos
Escalante (2003)	Tratamiento Cognitivo Conductual	Reproducción asistida.	Desarrollo de estrategias de afrontamiento del estrés, Técnicas de relajación, Técnicas de visualización,	No especificado
Ratner y Morelati (2003)	No aplica	Detectar el tipo de estrategias utilizadas por los acompañantes terapéuticos.	El acompañamiento terapéutico consiste en apropiarse de espacios no explorados de las instituciones, proporcionar interacción con el paciente con personas cotidianas, con el fin de proporcionar nuevas situaciones que le permitan resignificar las experiencias anteriores.	Las estrategias utilizadas por los AT no son predominantemente psicodinámicas pero si subjetivas.
Gatti (1999)	No especificado	Reflexiones en relación a la psicosis	"Facilita el empleo más creativo del tiempo libre dentro y fuera de la Institución, contiene las ansiedades y temores ayudando a conectarse menos rígidamente con su realidad".	No especificado
Fiorati, y Saeki (2008).	Psicodinámica y psicosocial	Reinserción Social del paciente psiquiátrico.	Desenvolverse fuera de los espacios institucionales y tradicionales, para ser realizada en espacios públicos, con el fin de realizarse en espacios públicos, constituyendo una forma individualizada de atención, la cual propiciaría la creación de formas más eficaces de elaboración del sufrimiento y la producción de vínculos afectivos satisfactorios. Con lo anterior, se pretendió disminuir la cronicidad de los pacientes.	Permite disminuir el sufrimiento de la familia, solución de problemas para el cuidado del paciente y minimiza la resistencia.

Como se puede apreciar en el cuadro anterior, a pesar de la utilidad

potencial del acompañamiento terapéutico, su uso se reporta muy escaso. Esto nos habla de la necesidad de abrir nuevas líneas de intervención e investigación, a través, no sólo del trabajo académico, sino de la investigación aplicada, de la cual, los estudios exploratorios y descriptivos, (como el presente) suelen ser los primeros pasos.

Uno de los aspectos que presenta una ausencia marcada en la revisión realizada, es una propuesta específica con base en el modelo cognitivo conductual. Por lo cual a continuación, se presenta la propuesta a utilizar en este estudio que como ya se ha mencionado, está basado en elementos teórico- aplicados, utilizados durante residencia en el INR.

Dicha propuesta de intervención es una oportunidad para explorar la técnica y describir su eficacia ante el problema de la operación de tumores, así como de problemáticas similares. Por supuesto, es perfectible.

3.4 PROPUESTA COGNITIVO CONDUCTUAL

La mayoría de las conductas, que tradicionalmente se describen como parte del AT, no caben dentro del ámbito cognitivo conductual. En dicho marco, el entrenamiento nos permite ofrecer al paciente herramientas que le faciliten ser funcional en su ambiente y las estrategias utilizadas siempre se encuentran enmarcadas en la validación empírica y estudios metodológicamente acuciosos que permiten la replica de resultados.

La conceptualización del acompañamiento terapéutico es: técnica que constituye una de las funciones del terapeuta la cual, por medio de los componentes de relación y entrenamiento, facilita la elicitación de conductas funcionales en el paciente ante una situación adversa que requiere una respuesta expedita o ante un evento cotidiano adverso. Sus características fundamentales son la proxemia y la actuación del terapeuta como guía directa en la situación problema.

De esta forma, la utilidad de este estudio es explorar y describir los resultados de la inserción del AT como medio para intervenir en la problemática del paciente en la práctica de la medicina conductual, utilizando la aproximación cognitivo conductual. Lo anterior, si bien no permite justificar y dar sustento empírico a esta práctica de manera formal, si sienta las bases de

un procedimiento estructurado, estandarizado y replicable, permitiéndole obtener valor tanto clínico como empírico.

Finalmente, podemos mencionar que al explorar esta práctica, pero sobre todo al describirla, se integra un antecedente actualizado al repertorio de herramientas de nuestra disciplina, estrategia que de manera tradicional se ha mantenido como psicodinámica.

Los beneficios que se logra de esta integración son, además de adquirir nuevas herramientas y estrategias útiles para el desempeño de las funciones del psicólogo de la salud, por otro lado, los pasos posteriores, que se pueden dar tomando como base los hallazgos del presente estudio, son dotar a la técnica de una estructura validada y cimentada en conceptos objetivos, medibles, observables, cuantificables y replicables.

De manera teórica y previamente implementada, el modelo propuesto consiste en los siguientes pasos:

- 1) Establecimiento de componentes de relación y elaboración de entrevista conductual
- 2) Entrenamiento en habilidades de afrontamiento
- 3) Elaboración de reestructuración cognitiva
- 4) Acompañamiento terapéutico en la situación problema:
 - a. Instrucciones para la elicitación de conductas funcionales
 - b. Modelamiento de conductas funcionales
 - c. Instigación de conductas funcionales
 - d. Reforzamiento social positivo ante las conductas elicidadas.

4 DOLOR

4.1 DEFINICIÓN

El dolor forma parte constante de la vida. Ayuda a percibir cuando existe un riesgo a la integridad corporal, permite identificar amenazas y evitar un daño mayor. Sin embargo, cuando este mismo evento acompaña a las enfermedades crónicas como el cáncer, la insuficiencia renal o la artritis, constituye un problema para la vida y la función de la persona que lo sufre (Grünenthal, 2006)

Visto de manera objetiva, el dolor se puede considerar como “la experiencia sensorial y emocional asociada a una lesión tisular real o potencial o descrita en esos términos” (Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor, 1979; citado en Calle, López – Gómez y Hoyos, 2005: p. 16).

Se considera multidimensional por involucrar cuatro componentes: sensorio – discriminativo (sistema que se encarga de la transmisión de intensidad, duración, localización y demás características del dolor), afectivo (que le da el significado al dolor de desagradable y aversivo y genera la respuesta emocional), cognitivo – evaluativo (evaluación de la sensación dolorosa en función del bagaje de la persona) y el comportamental (Rodríguez, 1992).

4.2 CLASIFICACIÓN

De acuerdo con Grünenthal (2006), el dolor puede ser clasificado según su fisiología, como se muestra en la figura 5.

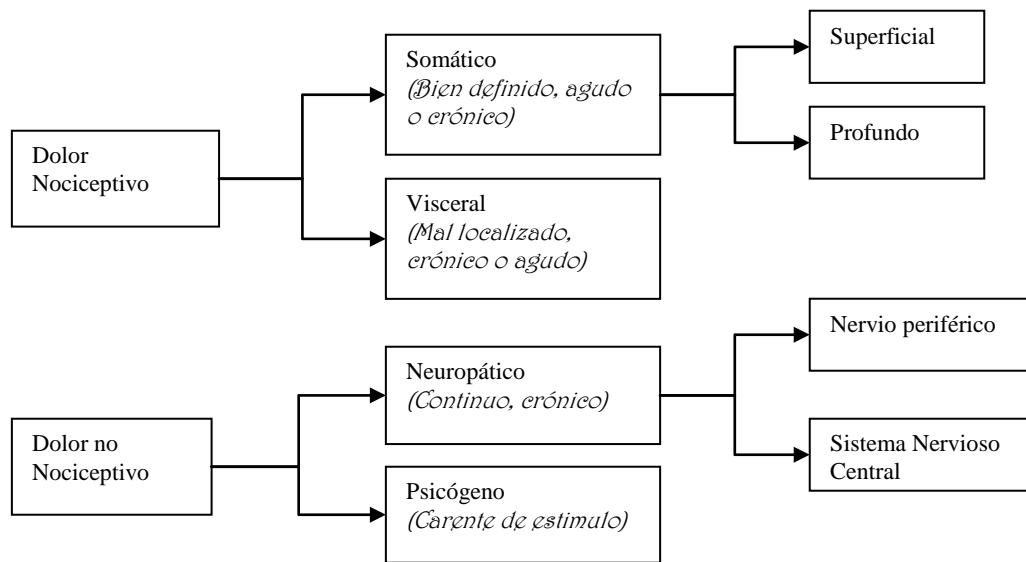


Figura 5. CLASIFICACION DEL DOLOR DE ACUERDO CON SU FISIOLOGIA.
Tomado de: Grünenthal (2006).

El dolor nociceptivo visceral se presenta cuando se inicia la activación de los nociceptores de las vísceras torácicas, abdominales o pélvicas. Se exhibe cuando existe inflamación, isquemia (disminución de la irrigación sanguínea), espasmo de músculo liso, distensión o contracción de vísceras huecas, tracción, compresión o torsión de los tejidos mesentéricos y obstrucción. Los pacientes reportan dolor mal localizado y profundo (Grünenthal, 2006).

Por otra parte, el dolor neuropático se refiere a un síndrome crónico secundario a una lesión, tanto del sistema nervioso central como del periférico. Está caracterizado por el trastorno sensorial, de larga duración, que no cede de forma espontánea, persiste posteriormente a la lesión, de causas múltiples y no responde a los medicamentos para el dolor. Los pacientes lo reportan como un dolor quemante, continuo, que se puede acompañar por disestesias (disminución o exacerbación de la percepción de un estímulo desagradable), parestesias (sensaciones anormales de cosquilleo, calor o frío), etc. (op. cit.).

El dolor somático implica la activación de los nociceptores superficiales, es decir, los que se encuentran en la piel, o profundos, los que se encuentran en músculos, articulaciones y hueso. Es reportado como dolor bien definido, intenso y punzante, que puede ser secundario a metástasis o dolor post quirúrgico (op. cit.).

Por su parte, el dolor visceral involucra la activación de los nociceptores de vísceras torácicas, abdominales o pélvicas. Los usuarios lo reportan como dolor mal localizado, profundo, de presión y difuso. En cuanto a su etiología, puede estar asociado a síntomas neurovegetativos; a estados inflamatorios, isquemia, espasmo de músculos lisos, distensión o contracción de vísceras huecas u obstrucción (op. cit.).

El dolor neuropático es un síndrome doloroso crónico secundario a una lesión anatómica o funcional del Sistema Nervioso Central o Periférico. Es caracterizado por trastorno sensorial, de larga duración, no suele remitir de forma espontánea, persiste posteriormente a la lesión y no responde fácilmente a los analgésicos. Generalmente se reporta como quemante, continuo y acompañado de disestesias, parestesias, etc. (op. cit.).

En el caso del cáncer, el dolor se puede dividir en: dolor asociado a la enfermedad (ocasionado por el crecimiento del tumor y que se traduce en compresión de los nervios, músculos u órganos adyacentes) y el dolor asociado al tratamiento (provocado por procedimientos invasivos u agresivos) (Golden, Gersh y Robbins, 1992).

4.3 FISILOGIA

El inicio de la transmisión se inicia en el sistema nervioso periférico, gracias a las fibras nociceptoras, las cuales son terminaciones nerviosas libres de las fibras nerviosas A - delta y C. Estas fibras, se encuentran de forma abundante en la piel, los músculos, los órganos internos y los vasos sanguíneos. Algunas de ellas reciben señales específicas mecánicas o térmicas, otras responden a sensaciones variadas (Donker, 1991; Rosenzweig, 1992 y Grünenthal, 2006).

Cada una de fibras mencionadas anteriormente, tienen especificaciones en cuanto a su transmisión. Las fibras A- delta son fibras recubiertas por una vaina de mielina, conducen el dolor inicial intenso, transmiten las señales de forma más rápida, y por ende, son las responsables de los reflejos de huida. Por otro lado, las C son fibras no mielinizadas, de lenta conducción. Por lo mismo, son responsables del

dolor posterior, del dolor difuso, residual y profundo (Donker, 1991 y Grünenthal, 2006).

Estas fibras entran en la médula espinal a través de la raíz sensorial posterior. Debido al cambio que surge en la señal que es transmitida por estas fibras, Melzack y Wall (1965/1982) postularon su teoría clásica sobre la “Teoría de Control de Puerta de Entrada” (Wilson, 2001: p. 334). Estos autores teorizaron que mecanismos neurales en la médula espinal actúan como una puerta que puede incrementar o disminuir los estímulos provenientes de los receptores. El control de la puerta puede ser regulado por el individuo, lo cual explica cómo es que las experiencias pueden regular la experiencia de dolor. Una de estas, es la ansiedad, la cual ha sido ampliamente reconocida como moduladora de la experiencia de dolor, pues puede disminuir el control y aumentar la percepción del mismo, ya que se puede crear un círculo vicioso en el cual la ansiedad incrementa al dolor, lo que provoca mayor ansiedad (Donker, 1991 y Golden, Gersh y Robbins, 1992). Asimismo, con base en esta teoría, se han establecido diversos procedimientos para controlar el dolor sin necesidad de recurrir a medicamentos.

Las fibras aferentes de la periferia tienen su fin en las capas superficiales del asta dorsal de la médula espinal. En la médula espinal existen varios tractos ascendentes: el neoespinotalámico y el paleoespinotalámico, que conforman la vía espinotalámica, y el espinoreticulotalámico. Las fibras cruzan entre el epéndimo y la comisura gris anterior, cruce que puede realizarse en el mismo segmento medular o ascender antes del mismo. Algunos axones ascienden en forma ligeramente lateral y otros lo hacen a través de los cordones posteriores que conducen fibras propioceptivas de tipo A- delta, para luego cruzar a nivel del bulbo y ascender al tálamo (Rosenzweig, 1992) (Ver figura 6).

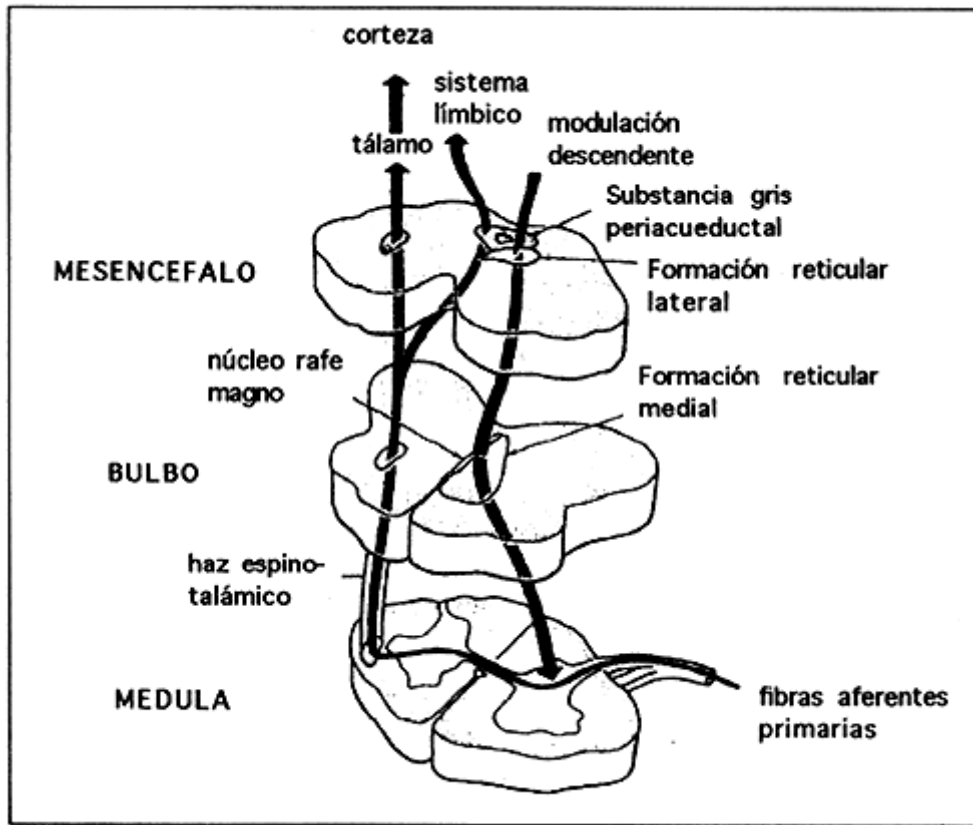


Figura 6. Vías de conducción del dolor. Tomado de Torregosa (1994).

Se ha encontrado evidencia científica que indica que el haz neoespinalámico, que hace sinapsis con los núcleos ventral posterior y posterolateral del tálamo y de allí con la corteza parietal, lo cual es importante en la ubicación geográfica del dolor (op. cit.).

Por su parte, el haz paleoespinalámico se proyecta en forma bilateral a los núcleos inespecíficos del tálamo y luego a zonas frontales de la corteza, por lo que es importante en la evaluación del dolor. Por otro lado, el haz espinoreticulotalámico hace sinapsis con la formación reticular a diferentes niveles: bulbo, protuberancia, zona mesencefálica y sustancia gris periacueductal y de allí en forma bilateral hacia los núcleos inespecíficos del tálamo. Se reporta que este haz tiene mayor influencia en el aspecto afectivo del dolor (Rosenzweig, 1992 y Torregosa, 1994). Esto se debe a que el tálamo se encuentra asociado a la percepción de estímulos simples con significado emocional (Carlson, 1996).

También, se ha establecido que existen diversos estímulos que activan de manera específica ciertas zonas de estas vías, es decir, algunas células responden más fácilmente a estímulos mecánicos intensos o nociceptivos, etc. (Rosenzweig, 1992 y Torregosa, 1994).

Es importante señalar que la estimulación eléctrica de determinadas zonas del cerebro puede provocar analgesia, lo bastante profunda como para funcionar incluso durante cirugías en ratas. Al parecer, los sitios más eficaces se localizan en el interior de la materia gris periacueductal y en la médula oblongada rostroventral. Se ha encontrado evidencia que señala que al estimular ciertos núcleos y producir la liberación de opiáceos endógenos, se logra el control del dolor (Carlson, 1996).

Asimismo, se ha reportado que algunos eventos del entorno disminuyen la percepción del dolor. Por ejemplo Beecher (1959, mencionado en Carlson, 1966) observó que los soldados estadounidenses que regresaban heridos de la batalla en Anzio, Italia, durante la Segunda Guerra Mundial, no informaban sentir dolor en sus

heridas, incluso, no requerían medicación de ninguna índole. Se teoriza que esto se debió al alivio que sintieron al haber escapado con vida de la cruenta batalla.

4.4 MÉTODOS DE EVALUACIÓN DEL DOLOR

Las técnicas de evaluación pueden clasificarse de acuerdo a la conducta a la que van dirigidas (Donker, 1991; Golden, Gersh y Robbins, 1992):

A. Conducta motora externa. Independientemente de cual sea la fuente del dolor, es sabido que la actividad disminuye el dolor y la pasividad lo aumenta, pues cuando los pacientes se encuentran ocupados, su atención se encuentra en la actividad y no en la presencia del dolor.

De igual forma, la actividad reduce la ansiedad y la depresión, lo cual tiende a romper el círculo vicioso entre ansiedad, depresión y dolor.

Estas conductas incluyen conductas tanto de actividad como de dolor. Las técnicas más usadas para realizar esta evaluación son:

- 1) Entrevista conductual: se utiliza para realizar el análisis funcional de la conducta de dolor.
- 2) Auto- observación: la estrategia de auto – observación más común es el registro de la actividad diaria. El diario consiste en un formato estándar sobre el cual el paciente registra cosas como medicación, tiempo invertido en algunas conductas, así como evaluación del dolor percibido.
- 3) Métodos de observación directa: es el registro en el ambiente natural del paciente o bien en el consultorio y tiene como fin el observar las conductas tanto de actividad como de dolor del paciente, así como los eventos ambientales que pueden ejercer control sobre la conducta.

B. Conducta cognitiva – verbal. Bajo esta línea, el dolor es considerado como un fenómeno primariamente subjetivo. La investigación se ha focalizado principalmente sobre tres aspectos principales:

1) Cogniciones o respuestas cognitivas: moldean los estilos de afrontamiento de los individuos, y pueden ser importantes para comprender cómo los individuos se adaptan al dolor crónico.

Uno de los principales factores predictores del impacto del tratamiento para el control del dolor, es el grado de catastrofización (grado en que la persona percibe que es lo peor que le ha sucedido o que es el peor dolor de su vida, por ejemplo) que realiza el paciente en relación con el mismo. Esto se debe a que las personas que tienden a catastrofizar exageran y se concentran en la percepción del dolor, lo que limita sus recursos para afrontarlo. Todos aquellos cuestionarios creados para medir las estrategias de afrontamiento del dolor de los pacientes constan normalmente de tres categorías principales:

- a) Estrategias cognitivas de afrontamiento (distracción, reinterpretación de las sensaciones dolorosas, auto-instrucciones positivas, ignorar las sensaciones, etc.),
- b) Estrategias conductuales de afrontamiento (incremento o disminución de actividad) y
- c) Valoración de la eficacia (percepción de utilidad de las estrategias utilizadas).

2) Percepción del dolor / notificación del dolor: es importante porque a pesar de que los pacientes presentan mejora en su conducta, continúan quejándose del dolor, y pueden elicitar respuestas del ambiente que son contraproducentes para el tratamiento, lo que se complica porque la percepción del dolor es con mayor frecuencia el primer objeto y preocupación del paciente y de sus familiares.

La percepción del dolor se encuentra fuertemente influenciada por la atención, lo cual repercute en el hecho de que muchos pacientes con dolor crónico terminan enfocándose completamente en la presencia del dolor y evitando la actividad. Principalmente, hay tres métodos para medir

la percepción del dolor y la notificación del mismo:

- a) Escalas de valoración (se categoriza el dolor en una escala de 0 – 10),
 - b) Cuestionarios (el principal es el McGill Pain Questionnaire, se compone de una serie de adjetivos descriptores del dolor, utilizando tres dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativa) y
 - c) Perfiles de percepción del dolor: se utilizan estímulos que ayudan a definir el dolor del paciente.
- C. Conducta fisiológica. Los pacientes con dolor crónico muestran a menudo patrones de respuestas psicofisiológicas anormales, especialmente en el sentido de un incremento de la activación fisiológica. Las conductas fisiológicas estudiadas en los pacientes con dolor crónico son principalmente de dos tipos: respuestas autonómicas y respuestas musculares.

4.5 TRATAMIENTO DEL DOLOR

De acuerdo con la Sociedad Internacional para el Estudio del Dolor (1990, citado en Collado, Torres, Arias, Ruiz – López, et. al, 2004), cualquier tratamiento multidisciplinario de pacientes con dolor crónico debe incluir a un algólogo (médico especialista en el manejo del dolor), un psicólogo, un terapeuta ocupacional y un fisioterapeuta, como personal de base. Estos profesionales, se orientarán al manejo del dolor de acuerdo a sus orientaciones profesionales.

Existen dos formas de tratar el dolor, las cuales incluyen técnicas farmacológicas, no farmacológicas, invasivas y complementarias (figura 7).

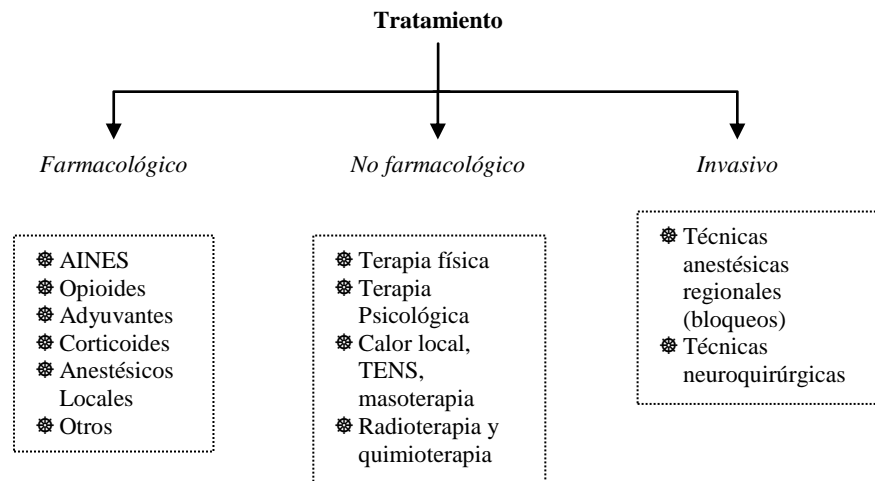


Figura 7. TRATAMIENTO DEL DOLOR

Tomado de: Grünenthal (2006).

4.5.1 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En cuanto al tratamiento farmacológico, este debe de ir variando de acuerdo a las necesidades del paciente, así como de la respuesta al mismo. Cuando un fármaco ha dejado de controlar el dolor y hay aumento del mismo, es necesario subir en la en la escala de uso: analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), posteriormente opioides para el dolor moderado seguidos de los opioides para dolor moderado a severo y finalmente, los procedimientos invasivos (Grünenthal, 2006).

Los AINES más conocidos son el Paracetamol, Metamizol, Ketorolaco, Piroxicam, Mesulid, Acetaminofén y Diclofenaco. Los efectos secundarios más comunes de estos medicamentos son trastornos digestivos (hemorragias, úlceras), renales, hematológicos (disfunción plaquetaria) y reacciones alérgicas (op. cit.).

En cuanto a los opioides, existen diferentes niveles de potencia, los cuales también tienen que ser administrados de acuerdo con la intensidad de dolor y la poca respuesta al tratamiento administrado. Los opioides débiles son el Tramadol y la Codeína, en cuanto a los potentes son Buprenorina, la Morfina y el Fentanil. Dentro de las reacciones adversas más comunes a estos medicamentos son nauseas, vómito, mareos, boca seca, estreñimiento, depresión respiratoria (en dosis

altas) y somnolencia. Este tipo de medicamentos generalmente son administrados con medicamentos adyuvantes que disminuyan los síntomas adversos provocados, como son los antieméticos (medicamentos para eliminar las náuseas), laxantes, ansiolíticos y antidepresivos (op. cit.).

4.5.2 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Terapia física

Consiste en la movilización de la región con el fin de apoyar la mejoría y disminuir la atención al dolor. Esta técnica debe realizarse en forma progresiva y supervisada por un especialista (Collado, Torres, Arias, Ruiz-López y Muñoz-Gómez, 2004).

Guevara – López, Covarrubias- Gómez, Delille – Fuentes, et. al (2005), sugieren que para un manejo adecuado del paciente, la recomendación es complementar el tratamiento farmacológico con terapia cognitivo conductual, debido a que las estrategias que utiliza requieren poco tiempo para su aplicación y son efectivas en el control del dolor.

Terapia Psicológica

La ansiedad es una de las emociones generalmente reportadas por los pacientes con dolor, especialmente en el dolor crónico. También, existe enojo, especialmente orientado a las instituciones que no han manejado de manera adecuada el problema. Se pueden encontrar suicidios, como un método para controlar la situación (Moix, 2005).

De manera específica y en cuanto al tratamiento psicológico, nos enfocaremos a dos tipos: el conductual y el cognitivo conductual. Se presentarán estas aproximaciones dado que son las principales que se manejan en la maestría en Medicina Conductual. La diferencia básica entre ambas radica en que la conductual se orienta principalmente a la modificación de las conductas problemáticas, mientras que la Cognitivo Conductual además de enfocarse en los problemas conductuales también se enfoca en las cogniciones (a nivel de pensamiento o imagen mental) que facilitan y mantienen el problema.

En relación con el tratamiento conductual, se presenta el modelo de aprendizaje de Fordyce, el cual está orientado a reducir la incapacidad asociada con los problemas de dolor crónico. Este tratamiento distingue y se basa en la presencia de dos tipos importantes de conductas (Donker, 1991 y Miró, 2003):

- a) Conductas de dolor respondientes: son las conductas, normalmente reflejas por naturaleza, elicitadas por estímulos antecedentes nocivos. Pueden ser condicionadas a través de condicionamiento clásico.
- b) Conductas de dolor operantes: son conductas emitidas regidas por los refuerzos ambientales que las siguen. Son condicionadas a través del condicionamiento operante.

Este tratamiento se considera efectivo en aumentar la actividad general, la tolerancia al ejercicio y las actividades físicas, así como en la reducción de la medicación. Con este tipo de tratamientos no se pretende reducir el dolor, sino de mejorar la funcionalidad del paciente. Más concretamente, los objetivos del tratamiento son (Donker, 1991 y Miró, 2003):

1. Reducir o eliminar las conductas de dolor: lamentos, ingesta de fármacos, uso de asistencia médica, o conductas de protección de los miembros afectados. Básicamente, se orienta a eliminar o disminuir cualquier conducta de dolor que conduce en la evitación de los movimientos necesarios para gozar de una vida activa satisfactoria.
2. Aumentar las conductas sanas o adecuadas (Well behaviors): aumentar las conductas incompatibles con las de dolor, dirigidas a recuperar el nivel de actividad social y laboral previo a la aparición del problema.
3. Modificar las contingencias que mantiene las conductas de dolor así como las de aquellas que tienen que ver con las conductas adecuadas.
4. Interrumpir toda medicación innecesaria.
5. Implicación de los miembros de su familia en el refuerzo de la actividad física, pero no de la incapacidad.

Donker (1991) y Miró (2003) mencionan que para lograr lo anterior, se realiza un procedimiento destinado a evaluar las conductas actuales del paciente, así como de los reforzadores y estímulos discriminativos que facilitan el mantenimiento del problema:

1. Establecimiento de línea base: se evalúa el nivel de funcionalidad y actividad del paciente por medio de solicitar al paciente repetir determinados movimientos hasta que el dolor o el cansancio lo hagan detenerse. Asimismo, se evalúa la ingesta actual de medicamentos.
2. Rehabilitación física: se realiza mediante un programa de ejercicios cuya intensidad aumentan gradualmente.
3. Rehabilitación funcional: se establece el funcionamiento habitual del paciente antes de la presencia del problema con el fin de retornar a este punto de partida. Las estrategias más utilizadas son: ignorar conductas de dolor y reforzamiento de conductas adecuadas. Con el fin de que el tratamiento sea efectivo, se pide el apoyo directo de los cuidadores primarios.
4. Disminución o extinción de ingesta de medicamentos: Se realiza la extinción gradual medicamentosa hasta terminar en un placebo.

Un factor esencial en el éxito del tratamiento es el cuidador primario pues sin su apoyo directo el tratamiento puede no tener éxito, especialmente a largo plazo (op.cit.).

El apoyo social es una variable mediadora importante, pues ayuda a regular la percepción del dolor no tan sólo como un diversificador de la atención, sino también proporcionando estrategias para afrontarlo (op. cit.).

Miró (2003) recomienda este tipo de tratamiento cuando:

1. El paciente ya no es candidato para nuevas intervenciones médico-quirúrgicas.
2. La realización de ejercicio físico no está contraindicado, y se aprecia que el paciente es capaz de recuperar los niveles de funcionalidad física.

3. Las conductas de dolor son potencialmente modificables.
4. El dolor impide al paciente realizar una actividad social y/o laboral normal
5. La motivación al cambio tanto del paciente como del cuidador primario, deben estar orientadas a controlar el dolor y recuperar la funcionalidad.

En cuanto al tratamiento cognitivo conductual, el procedimiento se lleva a cabo utilizando diversas técnicas (Golden, Gersh y Robbins, 1992):

1. Evaluación: se realiza por medio de cuestionarios, observación conductual y automonitoreo. Los cuestionarios utilizados ya fueron mencionados anteriormente, mientras que en relación con la observación conductual se observa qué tanto malestar emocional presenta el paciente antes, durante y después de la intervención.

En cuanto al automonitoreo, se pide al paciente el registro de la cadena cognitiva que se encuentra asociada al dolor, lo cual permite al terapeuta el establecimiento de la línea base de pensamientos, conductas e ingesta medicamentosa del paciente (op. cit.).

Las creencias cumplen un factor muy importante en la evaluación del dolor. De acuerdo con Moix (2005), las creencias afectan directamente el estilo de afrontamiento hacia el dolor. Por ejemplo, una creencia asociada con daño puede limitar la actividad; la creencia de que es meramente un factor biológico, puede afectar la adherencia al tratamiento psicológico y complementario. El locus de control también puede mediar el afrontamiento. Se ha encontrado que los pacientes con locus de control interno, afrontan de manera más funcional la experiencia (Moix, 2005).

2. Entrenamiento en relajación: se realiza el entrenamiento dependiendo de las necesidades y características del paciente, pero se le concede particular énfasis cuando el dolor se encuentra asociado a ansiedad.
3. Distracción: se realiza educación para la salud con el paciente para que posteriormente el terapeuta entrene al paciente en el uso de esta técnica. La

distracción puede ser ya sea interna (imágenes o pensamientos que el paciente genera que tienen como fin disminuir la atención al dolor) o externa (actividades o conductas orientadas al mismo fin). Los estímulos son elegidos directamente por el paciente.

4. Estrategias de redefinición: las cogniciones disfuncionales del paciente constituyen una de las principales vías para disminuir el dolor, por lo que se resignifica la presencia del dolor cambiando la explicación que el paciente tiene sobre el mismo.
5. Reestructuración cognitiva: se entrena al paciente a confrontar sus pensamientos disfuncionales que aumentan o facilitan la presencia del dolor.
6. Entrenamiento en inoculación del estrés: disminuir la presencia de emociones negativas facilita la disminución del dolor, siendo esta la función principal de este tipo de entrenamiento.

Este autor sugiere que al paciente le sean entrenadas varias habilidades con el fin de que el paciente elija la técnica o técnicas más adecuadas para él. De igual forma, Moix (2005), recomienda que este tratamiento sea multidisciplinario.

4.5.3 Otras técnicas utilizadas (Invasivas y no invasivas)

- ◆ Calor local: se le pone al paciente calor en la región que produce dolor. La aplicación de esta técnica ayuda a cambiar el umbral del dolor, disminuye el espasmo muscular y el dolor. Se puede aplicar por medio de cobijas eléctricas, bolsas de agua caliente u otro método de fácil acceso para el paciente (Guevara-López, Covarrubias – Gómez, Delille – Fuentes, Hernández – Ortiz, et. al, 2005).
- ◆ Tens: consiste en la estimulación eléctrica transcutánea nerviosa (TENS). Esta técnica ha sido usada para mejorar la función física y disminuir el dolor. (Guevara-López, Covarrubias – Gómez, Delille – Fuentes, Hernández – Ortiz, et. al, 2005).
- ◆ Masoterapia: es la aplicación de masajes al paciente en la zona afectada.

Esta técnica se ha asociado con la relajación que logra en el paciente, disminuyendo el dolor.

- ◆ Radioterapia y quimioterapia: consiste en proporcionar al paciente el tratamiento radioterapéutico y quimioterapéutico, con el fin de limitar el avance de la enfermedad, o bien, disminuir la presión que el tumor ejerce sobre los tejidos cercanos y que causan dolor (Hernández, Pérez – Toril y Carrasco, 2005).
- ◆ Técnicas anestésicas regionales (bloqueos): es la interrupción parcial o total, temporal o definitivamente, de la conducción de los estímulos por parte de los nervios encargados de la inervación. Se utiliza cuando otras técnicas menos invasivas no han tenido resultado en el control del dolor (Hernández, Pérez – Toril y Carrasco, 2005). Esta técnica se puede usar mediante dosis única o bien, por medio de catéteres que permiten la infusión continua del fármaco. La administración del medicamento se puede hacer automáticamente o bien, controlado por el propio paciente (con la supervisión de personal médico capacitado) (Guevara-López, Covarrubias – Gómez, Delille – Fuentes, Hernández – Ortiz, et. al, 2005).
- ◆ Técnicas neuroquirúrgicas: esta técnica se usa principalmente con los pacientes que han mostrado resistencia al tratamiento farmacológico, especialmente con pacientes con Trastorno obsesivo compulsivo y Trastorno depresivo mayor. Es una técnica que consiste en eliminar ciertas conexiones neuronales que se encargan de transmitir las señales. Es frecuente su uso en el dolor neuropático (miembro fantasma, postraumático, posquirúrgico, neurofibromatosis, neuralgia trigeminal, tras rizotomía termal, lesión medular, avulsión de plexo y otras neuropatías periféricas) (Hernando - Requejo, Pastor, García – Camba y Sola, 2004).

PARTE II

A. ESTUDIO 1

ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO Y ENTRENAMIENTO EN RELAJACION EN CIRUGIA: ESTUDIO EXPLORATORIO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 JUSTIFICACIÓN

1.1.1 **Justificación Teórica.** El acompañamiento terapéutico es un procedimiento que se ha ocupado en la psicología para elicitación de conductas funcionales en los pacientes, procedimiento que requiere de mayor soporte empírico que muestre la utilidad de esta técnica en este ambiente y para este tipo de procedimientos.

Proponemos la exploración de la inserción de dicha técnica, utilizando el esquema y las reglas de la teoría cognitivo conductual, lo cual permite describir los alcances de esta práctica que ya se realiza en el ámbito de la salud, por medio de un procedimiento estructurado en vías de estar, estandarizado y ser replicable, permitiéndole obtener valor tanto clínico como empírico (aspecto que se alcanzará en futuras investigaciones).

Finalmente, podemos mencionar que al describir los alcances y limitaciones de esta práctica, se integra una estrategia actualizada al repertorio de herramientas de nuestra disciplina.

1.1.2. **Justificación Práctica.** Mucho se ha manejado el entrenamiento en relajación como un método para facilitar el control de la ansiedad. Generalmente, el

psicólogo se limita a entrenar al paciente y cuando éste es retirado al quirófano, se confía en que el entrenamiento será lo suficientemente útil para el paciente ante el evento estresante y que éste puede ser la única forma de brindar apoyo al paciente quirúrgico.

Sin embargo, al pertenecer a un equipo interdisciplinario, es importante participar de la labor quirúrgica, al igual que los médicos. De esta forma, el apoyo al paciente es constante y los beneficios directos los vive en el momento que más lo necesita.

Por estas razones, es necesario realizar investigaciones que permitan describir las diferencias en el manejo del paciente ante la presencia o ausencia del terapeuta en el quirófano.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los efectos de tres procedimientos de intervención (1. Entrenamiento en Respiración Profunda (ERP), 2. Acompañamiento Terapéutico (AT) y 3. Acompañamiento con Entrenamiento (ERAT) sobre la respuesta fisiológica (que incluye la respuesta normal en: 1. Pulso, 2. Temperatura, 3. Frecuencia Respiratoria, 4. Presión Arterial) y 5. la Percepción de Bienestar, en pacientes que serán sometidos a cirugía?

1. OBJETIVO GENERAL

Explorar los efectos de los tratamientos para obtener la información que dé sustento sobre los efectos de tres tratamientos de intervención en cirugía (1. Entrenamiento en Respiración Profunda (ERP), 2. Acompañamiento Terapéutico (AT) y 3. Acompañamiento con Entrenamiento (ERAT)) sobre la respuesta fisiológica ansiosa prequirúrgica (que incluye la respuesta normal en las respuestas fisiológicas de: 1. Pulso, 2. Temperatura, 3. Frecuencia Respiratoria, 4. Presión Arterial) y 5. la Percepción de Bienestar, en pacientes que serán sometidos a cirugía.

a) OBJETIVOS ESPECIFICOS

A) Describir, explorar, analizar los efectos de tres diferentes tipos de intervención (Entrenamiento en Respiración Profunda, el del Acompañamiento Terapéutico y el de Acompañamiento con Entrenamiento), sobre el Pulso de los pacientes.

B) Describir, explorar, analizar los efectos de tres diferentes tipos de intervención (Entrenamiento en Respiración Profunda, el del Acompañamiento Terapéutico y el de Acompañamiento con Entrenamiento), sobre la Temperatura de los pacientes.

C) Describir, explorar, analizar los efectos de tres diferentes tipos de intervención (Entrenamiento en Respiración Profunda, el del Acompañamiento Terapéutico y el de Acompañamiento con Entrenamiento) sobre la Frecuencia Respiratoria de los pacientes.

D) Describir, explorar, analizar los efectos de tres diferentes tipos de intervención (Entrenamiento en Respiración Profunda, el del Acompañamiento Terapéutico y el de Acompañamiento con Entrenamiento), sobre la Presión Arterial de los pacientes.

E) Describir, explorar, analizar los efectos de tres diferentes tipos de intervención (Entrenamiento en Respiración Profunda, el del Acompañamiento Terapéutico y el de Acompañamiento con Entrenamiento), sobre la Percepción de Bienestar de los pacientes.

4. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

4.1 Variables independientes

Intervención terapéutica integrada por tres procedimientos:

- 1) *Acompañamiento con Entrenamiento*. Combinación de técnicas terapéuticas que incluyen el entrenamiento en respiración profunda (técnica psicoterapéutica, entrenada que facilita el estado de características fisiológicas, conductuales y cognitivas de sosiego; por medio de la respiración diafragmática) y la técnica de acompañamiento terapéutico (técnica psicoterapéutica que facilita la elicitación de conductas saludables en el paciente ante una situación adversa que requiere una respuesta expedita o ante un evento adverso, caracterizada por la presencia, guía y proxemia del terapeuta).
- 2) *Acompañamiento Terapéutico*. Técnica psicoterapéutica que facilita la elicitación de conductas saludables en el paciente ante una situación adversa que requiere una respuesta expedita o ante un evento adverso, caracterizada por la presencia, guía y proxemia del terapeuta.
- 3) *Entrenamiento en Respiración Profunda*. Técnica psicoterapéutica, entrenada por el terapeuta, que facilita el estado de características fisiológicas, conductuales y cognitivas de sosiego; por medio de la respiración diafragmática.

1.2 Variables Dependientes

1. Respuesta fisiológica. Tiene cuatro dimensiones:

- a) *Pulso*. Es el número de veces que el corazón late por minuto. Se evalúa mediante el conteo del número de latidos del corazón, o del número de veces que se percibe dicho latido en la parte baja del cuello hacia el lado, en la parte interior del codo o en la muñeca. Los rangos normales en adultos se encuentran entre 60 y 100 pulsaciones por minuto (University of Virginia, 2008). En cirugía, el conteo se realiza

vía manual (registrando el número de pulsaciones del paciente y contándola durante un minuto) o lo realiza el equipo electrónico conectado a la persona durante la intervención quirúrgica. En el estudio, el registro lo llevó a cabo la enfermera quirúrgica en el área de preanestesia o bien, lo recogido por el médico anesthesiólogo antes de comenzar con la anestesia, ambos capacitados y entrenados para recolectar este tipo de información de manera rutinaria durante las cirugías.

b) Temperatura. Es la medida relativa de calor o frío que presenta un cuerpo. Se evalúa midiendo los grados centígrados por medio de un termómetro de mercurio. La temperatura normal oscila entre 36,5°C, y 37,2°C (op. cit.). En cirugía, el conteo se realiza vía manual (registrando el número de grados centígrados registrados por un termómetro de mercurio) o lo realiza el equipo electrónico conectado a la persona durante la intervención quirúrgica. En el estudio, el registro lo llevó a cabo la enfermera quirúrgica en el área de preanestesia o bien, lo recogido por el médico anesthesiólogo antes de comenzar con la anestesia, ambos capacitados y entrenados para recolectar este tipo de información de manera rutinaria durante las cirugías.

d) Presión arterial. Es la fuerza que es ejercida sobre las paredes de las arterias cuando el corazón bombea sangre al cuerpo. Se evalúa midiendo, mediante un baumanómetro, el número de milímetros de mercurio alcanzados por la presión arterial en un momento dado. La presión arterial puede variar en función del peso corporal de la persona, siendo los rangos de prehipertensión establecidos por encima de 120 – 139 en sístole y 80 – 89 en diástole. Mediciones repetidas en un paciente de 120/80 o superiores, se considera hipertensión; mediciones por debajo de 90/60 se considera hipotensión (Texas Heart Institute, 2009 y National Institutes of Health y Department of Health & Human Services, 2009). En cirugía, el conteo se realiza vía manual (observando la respiración del paciente y contándola durante un minuto) o lo realiza el equipo electrónico conectado a la persona durante la intervención quirúrgica. En el

estudio, el registro lo llevó a cabo la enfermera quirúrgica en el área de preanestesia o bien, lo recogido por el médico anestesiólogo antes de comenzar con la anestesia, ambos capacitados y entrenados para recolectar este tipo de información de manera rutinaria durante las cirugías.

2.-Percepción de bienestar. Reporte verbal espontáneo del paciente o del cuidador primario, recogido directamente por el terapeuta, en el cual expresa su percepción ante el Acompañamiento Terapéutico o Acompañamiento con Entrenamiento o la ausencia del terapeuta en la intervención quirúrgica (acontecido durante el procedimiento de Entrenamiento en Respiración Profunda).

5. MÉTODO

5.1 Tipo de Estudio, investigación y diseño. Estudio de campo, de tipo exploratorio, cualitativo, de tipo ABC (Kerlinger y Lee, 2002; Montero y León, 2002).

5.2 Participantes. 14 pacientes del Instituto Nacional de Rehabilitación, del servicio de tumores óseos, que fueron sometidos a cirugía en el periodo de de marzo de 2007 a febrero de 2008 y que fueron atendidos por los dos residentes de medicina conductual.

Criterios de inclusión: Expedientes elegidos entre los atendidos en el periodo señalado, entre 18 y 55 años, sin otra patología asociada y con tumores tanto benignos como malignos. En el caso de los dos procedimientos que involucraron Acompañamiento Terapéutico, se incluyeron solo los pacientes que solicitaron dicho procedimiento.

Criterios de exclusión: Expedientes menores de edad y mayores de 55 años, con alguna enfermedad comorbida o que no hayan aceptado participar en el estudio.

5.3 Muestra. Se trató de una muestra no probabilística. Los sujetos que fueron asignados al grupo de Acompañamiento Terapéutico se debió a la existencia de trabajo previo con otro terapeuta o por falta de tiempo para realizar el protocolo completo. Los pacientes asignados al los procedimientos de Acompañamiento con Entrenamiento y Entrenamiento en Respiración Profunda, dependió de la existencia de la solicitud expresa de Acompañamiento por parte del paciente. Si el paciente solicitaba el Acompañamiento, se le asistía en quirófano. De no ser así, se ingresaba al protocolo de Entrenamiento en Respiración Profunda.

5.4 Escenario

- 1) Sala De Pacientes Del Servicio De Tumores Óseos.
- 2) Servicio de preanestesia
- 3) Quirófano Del Servicio De Tumores Óseos
- 4) Servicio de recuperación

5.5 Materiales

- 1) Expediente del servicio
- 2) Aparatos quirúrgicos para monitoreo de signos vitales.

5.6 Instrumentos o mediciones

- 1) Datos sociodemográficos: fueron extraídos del sistema de archivo electrónico del Instituto Nacional de Rehabilitación o directamente del expediente clínico.
- 2) Registros de respuesta fisiológica: pulso, temperatura frecuencia respiratoria y presión arterial. Estos datos son retomados del expediente clínico, tal como los registraron las enfermeras del servicio. En quirófano y en el área de preanestesia, la enfermera quirúrgica y el anestesiólogo se encargan de registrar los datos en el expediente, la primera realizando la medición manual y el segundo por medio del instrumento encargado del monitoreo del paciente. El procedimiento de medición de signos vitales sigue el protocolo del hospital: en la estancia hospitalaria, se toman antes o durante el pase de visita de enfermería, que se dan previos al cambio de turno (7am, 3pm y 10pm). En preanestesia se miden minutos antes de que el médico adscrito solicita que el paciente pase a quirófano; por último, en quirófano el médico anestesiólogo hace su primer registro antes de colocar la anestesia. Los datos se retomaron del expediente por haber sido captados por

personal capacitado.

- 3) Percepción de bienestar: registro elaborado por el terapeuta, considerando uno o varios comentarios espontáneos del paciente en relación a la siguiente información: reporte verbal del paciente o del cuidador primario sobre la experiencia de acompañamiento o ausencia del terapeuta en la intervención (agrado, desagrado o indiferencia), y/o la emoción generada por la presencia o ausencia del terapeuta en la cirugía. Se consideró exclusivamente la respuesta espontánea para prevenir la posibilidad de obtener respuestas influidas por la deseabilidad social.

5.7 Procedimiento

Existieron dos momentos para aproximarse a los pacientes: durante la consulta externa, o durante el pase de visita en el piso del servicio de tumores óseos. En ambos casos el terapeuta se presentaba con el paciente, le explicaba la función del mismo (que incluía la posibilidad de acompañamiento terapéutico) y comenzaba realizando el análisis funcional de la conducta del paciente, los pensamientos, creencias y las emociones problema.

Tanto a los pacientes de primera vez como a los de seguimiento se les recordaba que, tal como habían firmado en su ficha de ingreso al instituto, existía la posibilidad de ingresarlos a un protocolo de investigación. Se esperaba una respuesta positiva ante esta situación, en caso contrario, no serían tomados en cuenta sus datos para el posterior análisis aunque si serían incluidos para recibir el protocolo.

Los pacientes fueron incluidos al protocolo de Entrenamiento en Respiración Profunda cuando no el paciente no comentó que deseaba que el terapeuta lo acompañara al quirófano.

Los pacientes fueron incluidos en el procedimiento de AT cuando no se hubiese trabajado previamente con ellos (porque acababan de ingresar al servicio y la cirugía fue de urgencia, o bien, porque no hubo oportunidad de conocerlos durante la visita y el horario de la cirugía impedía la realización del

protocolo completo) y, también, existiese la solicitud expresa de acompañamiento.

Los pacientes fueron incluidos en ERAT cuando hubo la solicitud expresa de acompañamiento en quirófano y se realizó el trabajo previo de entrenamiento (entrenamiento en respiración profunda, solución de problemas y reestructuración cognitiva). Se les preguntó a los pacientes el motivo de la solicitud y se registró su respuesta.

Se iniciaba el procedimiento en la consulta externa (si existía la posibilidad de conocer al paciente en esta circunstancia) y se continuaba en el piso, los días anteriores a la cirugía. En ésta primera aproximación, se establecían componentes de relación.

Para los procedimientos que incluyeron entrenamiento (ERP y ERAT), necesitaron un mínimo de 3 sesiones de trabajo previo para su aplicación. Siendo:

- 1) Establecimiento de los componentes de relación
- 2) Entrenamiento en respiración profunda, reestructuración cognitiva y solución de problemas (estas dos últimas técnicas se aplicaban como complemento, sólo en caso de ser necesario).
- 3) Reforzamiento de la habilidad

Dado que el tiempo de internamiento era variable, se intentaba intervenir el mayor número de veces para garantizar la adquisición de habilidades.

Cabía la posibilidad que el paciente hubiese recibido tratamiento de otro residente del servicio, en este momento se reforzaban las habilidades adquiridas en el tratamiento previo y se le presentaban nuevamente las actividades a realizar por los residentes actuales.

Una vez que se presentaba la situación quirúrgica, en el procedimiento de Entrenamiento en Respiración profunda no se realizó ninguna actividad con el paciente en quirófano

Para el procedimiento de AT, el acompañamiento se iniciaba a su ingreso en preanestesia y se continuaba en el quirófano propiamente. En este procedimiento, se acompañó al paciente realizando un diálogo con él sobre la

situación y de los eventos a sucederse. También, se trabajó con distracción de la atención.

Para ERAT, el acompañamiento también se iniciaba a su ingreso en preanestesia. El terapeuta se mantenía cerca del paciente y se guiaba la relajación del paciente, especialmente durante los procedimientos dolorosos y cuando era llevado ya a la sala destinada para la cirugía. En el quirófano, se continuaba guiando la relajación durante administración de la anestesia y el procedimiento quirúrgico (especialmente si se trataba de cirugía radical). También se manejaba utilizando distracción de la atención.

Al terminar la cirugía, se aguardaba al paciente en piso y se esperaba el comentario espontáneo del paciente o del cuidador primario, en relación a su percepción del acompañamiento y las emociones generadas por el mismo. Este mismo registro se llevó a cabo con los pacientes que sólo recibieron entrenamiento.

Si se requiere ver de forma detallada el procedimiento realizado con los pacientes, este es expuesto en el anexo 1.

6. RESULTADOS

La muestra total, constituida por 14 casos, estuvo dividida de acuerdo al protocolo en el que fueron incluidos, así, seis recibieron el protocolo ERP, tres participantes AT, y cinco recibieron ERAT. Dentro de estos, ERP estuvo integrado por dos mujeres y cuatro hombres; AT por tres mujeres y ERAT por cuatro mujeres y un hombre. De esta forma, la muestra estuvo constituida por cinco hombres y nueve mujeres.

En relación con la edad de los participantes, la muestra estaba integrada por personas entre los 18 y los 51 años de edad, con una mayor presencia de personas entre los 18 y 24 años de edad, al igual que por personas de 45 y más. El resto de los participantes, se encontraban en los grupos de 25 a 24 años y de 35 a 44 años (Tabla 1).

18 a 24 años	4
25 a 34 años	3
35 a 44 años	3
45 y más	4

La frecuencia de diagnósticos presentados, se trabajó principalmente con pacientes con diagnóstico de osteosarcoma, seguido por el tumor de células gigantes. El resto de los casos se presentaron en una frecuencia de un caso por tipo de tumor. De los casos totales, dos eran benigno agresivos y los restantes eran malignos (figura 8).

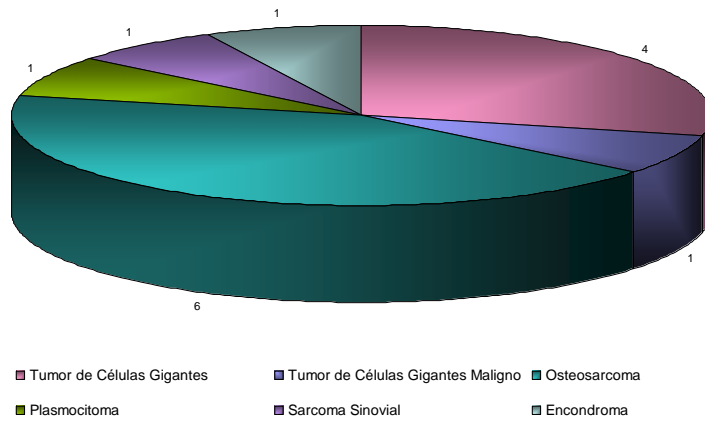


Fig. 8. Distribución de los Participantes por Diagnóstico Definitivo

Para terminar con la descripción de los participantes, otro dato que resulta importante para tener todo el contexto de la muestra, es la cirugía a la cual fueron sometidos. Bajo esta perspectiva, cuatro pacientes fueron sometidos a cirugía de colocación o recolocación de clavo centromedular, al igual que las cirugías radicales de desarticulación de miembro (tanto torácico como pélvico) y amputación, con cinco y dos casos respectivamente. Las restantes cirugías estuvieron integradas por un caso por intervención, siendo éstas toma de biopsia, un trasplante autólogo de médula ósea (TAIMO) y una hemipelvectomía (cirugía radical que consiste en la desarticulación de la pelvis y miembro pélvico) (figura 9).

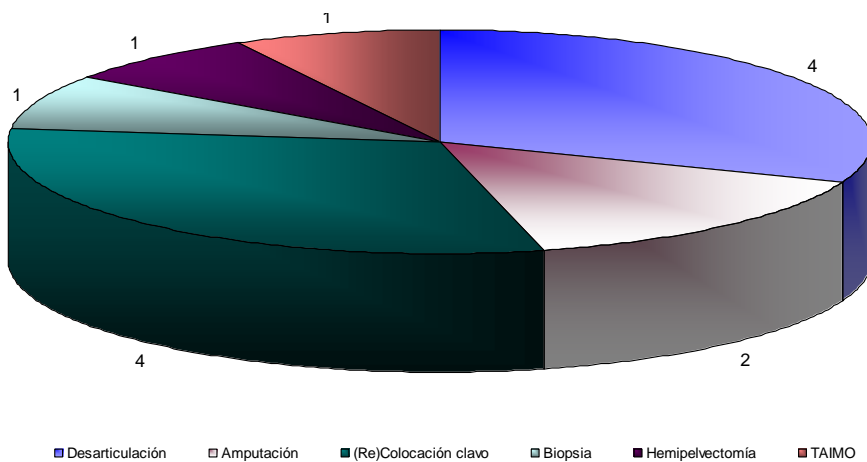


Fig. 9. Distribución de los Participantes por Intervención Quirúrgica

Con el fin de presentar los datos de una forma sencilla, en un primer momento se describirán los resultados generales de los pacientes, posteriormente se realizará la descripción específica por procedimiento, para

terminar con la comparación de los resultados obtenidos entre los procedimientos utilizados.

Se iniciará el análisis de resultados mostrando los datos obtenidos en las diversas líneas base y la medición en cirugía (Tabla 2).

Con base en la tabla 2, se puede decir que en general, los tres procedimientos mostraron cambios en las respuestas fisiológicas consideradas. Si se parte del número de respuestas cambiadas durante la medición posterior

Tabla 2. Resultados comparativos de las respuestas fisiológicas antes y después de recibir los tratamientos

Tratamiento	Paciente	Evaluación pre tratamiento					Evaluación post tratamiento				
		Pulso	Temperatura	Frecuencia Respiratoria	Presión arterial*		Pulso	Temperatura	Frecuencia Respiratoria	Presión Arterial*	
					Sístole	Diástole				Sístole	Diástole
Entrenamiento	Paciente 1	84	36	18	126	70	86	36.5	22	140	90
	Paciente 2	125.0	36	27.0	125.0	66	90	36	20.0	110.0	70
	Paciente 3	85.0	37	20.0	120.0	80	70	36	20.0	121.0	64
	Paciente 4	83.0	36.8	20.0	110.0	70	89	36	20.0	110.0	64
	Paciente 5	86.0	37.5	20.0	120.0	70	85	36.7	20.0	110.0	60
	Paciente 6	83.0	36.7	15.0	150.0	90	84	35.8	22.0	130.0	80
Acompañamiento	Paciente 1	86.0	37.5	20.0	120.0	70	85	36.7	20.0	121.0	70
	Paciente 2	75.0	36	19.0	110.0	80	106	36.7	20.0	115.0	74
	Paciente 3	92.0	37	22.0	120.0	80	115	37.9	22.0	122.0	80
Acompañamiento - Entrenamiento	Paciente 1	110.0	36.5	25.0	158.0	91	82	36.5	18.0	110.0	70
	Paciente 2	90.0	35.8	20.0	120.0	80	93	35	18.0	127.0	83
	Paciente 3	96.0	36.8	24.0	150.0	90	79	36.9	23.0	146.0	98
	Paciente 4	88	36.7	18	120	70	96	37	22	110	70
	Paciente 5	80	36.8	22	120	70	73	37	20	97	85

Datos en rangos normales

* Se considera normal si ambas mediciones están dentro del rango establecido

al tratamiento, el ERP y ERAT son los dos procedimientos con mayor número de respuestas tendientes a lo normal.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en cada procedimiento empleado. Se iniciará describiendo los resultados del procedimiento por Entrenamiento en relajación profunda (ERP).

En el caso del pulso, los pacientes incluidos en ERP mostraron mediciones previas a la intervención en rango normales, excepto el paciente dos el cual mostró datos por encima del límite normal superior. En la medición posterior, los datos reflejan mediciones dentro de rangos de lo normal y, exceptuando a los pacientes uno, cuatro y seis, por debajo de la medición previa (Figura 10).

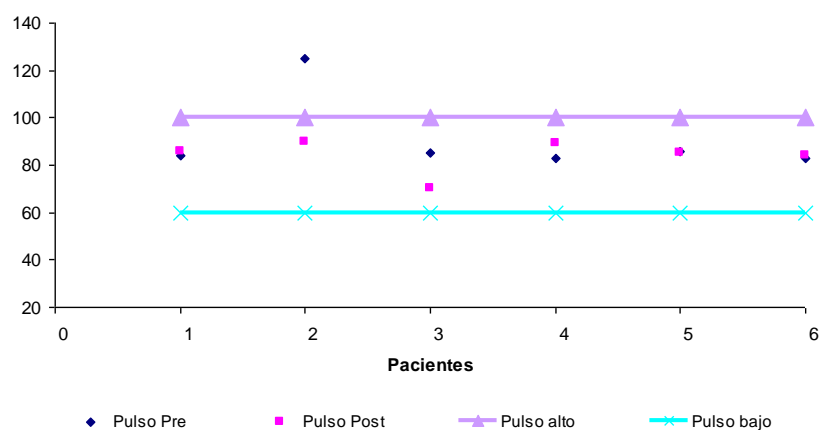


Figura 10. Resultados obtenidos en ERP según pulso

Para este grupo, la temperatura durante las mediciones previas, mostró en los pacientes uno y dos registros por debajo del límite normal, mientras el resto estaban dentro del rango establecido. Para las mediciones post, sin considerar a los pacientes uno y cinco, los cuales su temperatura se mantuvo en rangos normales, el resto de los pacientes se encontraba por debajo del parámetro inferior (Figura 11).

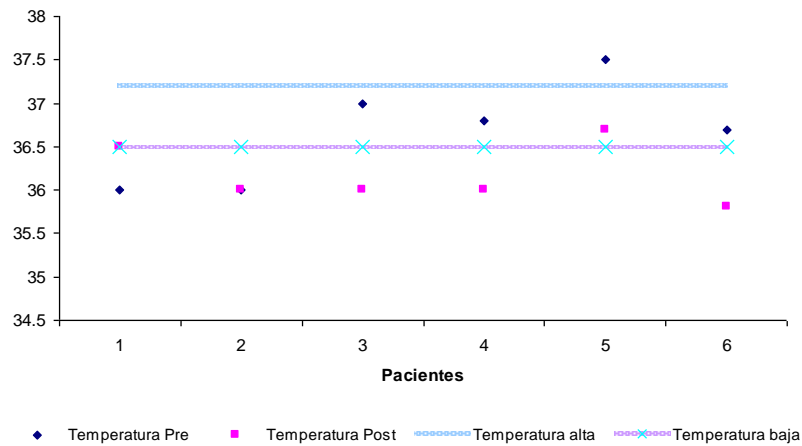


Figura 11. Resultados obtenidos en ERP según temperatura

En relación con la frecuencia respiratoria, exceptuando al paciente uno, el resto de las mediciones previas se encontraban dentro de rangos normales aunque justo en el límite superior, mostrándose la medición del paciente dos como la más elevada. Para las mediciones posteriores, exceptuando los pacientes uno y seis, los registros muestran elevación de la frecuencia respiratoria en el límite superior del parámetro normal, al igual que de la línea base del paciente. Los dos pacientes restantes mostraron elevación por encima de dicho parámetro y de la medición anterior (Figura 12).

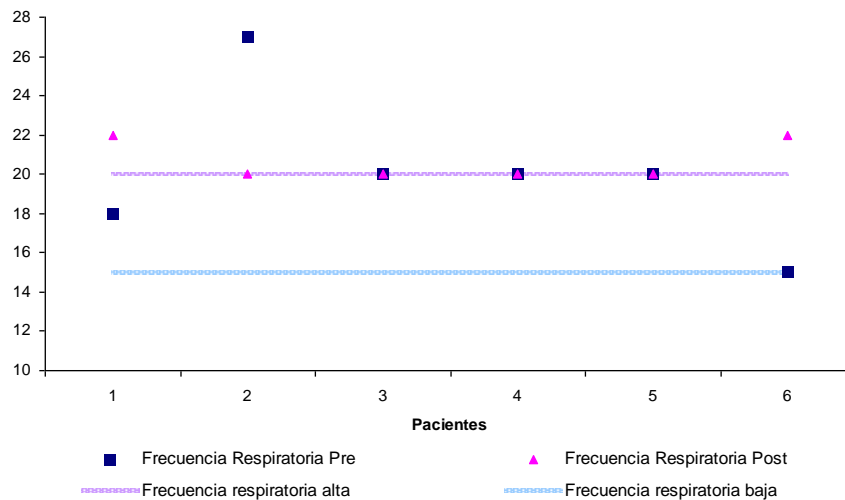


Figura 12 Resultados obtenidos en ERP según frecuencia respiratoria

En el caso de la presión arterial, es importante recordar que cada medición implica uno de los movimientos de latido del corazón, razón por la cual, conjuntamente, significan la fuerza a la cual se está bombeando la sangre al cuerpo. Para la presentación de los resultados, fueron separadas para

permitir su análisis, aunque se deben de tomar como un conjunto. Así, la sístole (el primer movimiento de bombeo), los pacientes uno, dos y seis mostraron resultados por encima del límite superior. En la medición posterior, sólo los pacientes uno y seis mostraron mediciones superiores en comparación con el parámetro normal, siendo en el paciente uno mayor que en la medición previa. El resto de los pacientes se mantuvieron en los límites normales y, específicamente, los pacientes dos y cinco mostraron respuesta por debajo de la medición previa (Figura 13).

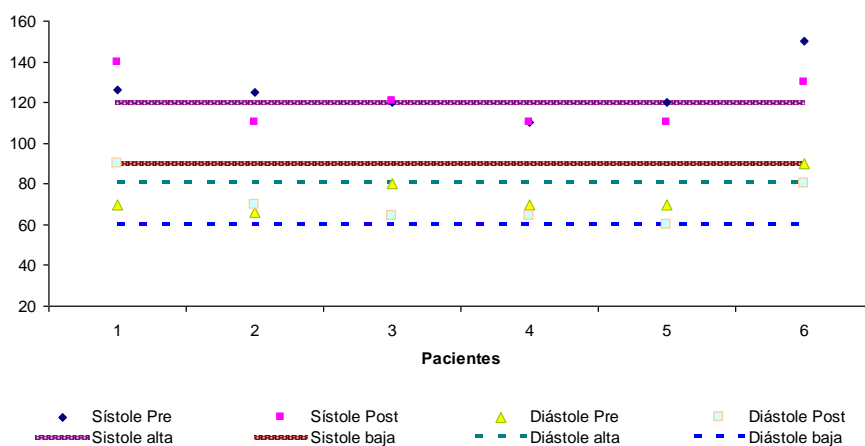


Figura 13 Resultados obtenidos en ERP según presión arterial

Para la diástole (segundo movimiento de bombeo del corazón) en la medición previa, el paciente seis mostró mediciones por encima del límite superior, el resto se mostraron en los límites normales. Para la medición posterior, los pacientes uno y seis mostraron mediciones también por encima del límite superior, siendo el paciente seis el más cercano al límite normal. El resto de los pacientes mostraron respuesta en el límite normal, teniendo los pacientes tres, cuatro y cinco, respuestas por debajo de la medición anterior (Figura 13).

Para el procedimiento de AT, partiendo de la medición registrada del pulso, se muestra para todos los pacientes rangos normales en las mediciones previas. Para las mediciones posteriores, dos pacientes pasaron el límite superior y uno se mostró en rangos normales (Figura 14).

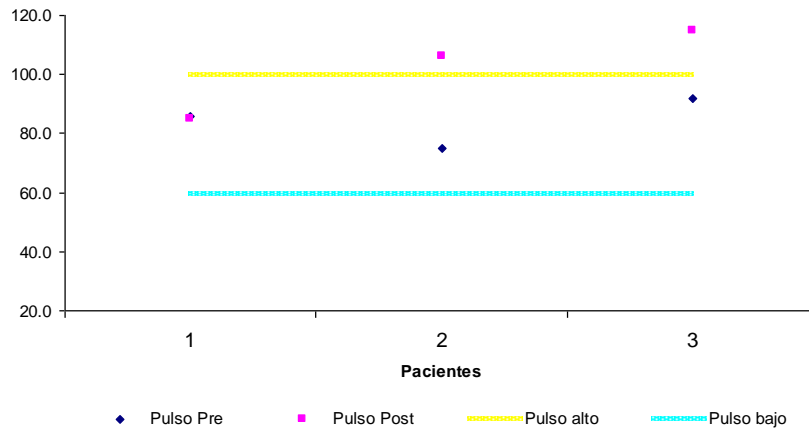


Figura 14. Resultados obtenidos en AT según pulso

En relación con la temperatura, en las mediciones anteriores el paciente tres mostró su registro dentro de los rangos normales, mientras que el paciente uno se mostró por encima y el paciente dos por debajo del parámetro. Para las mediciones posteriores, el paciente tres mostró elevación de su temperatura, sobresaliendo del límite normal superior y, tanto el paciente uno y dos, se mantuvieron en parámetros dentro de lo normal (Figura 15).

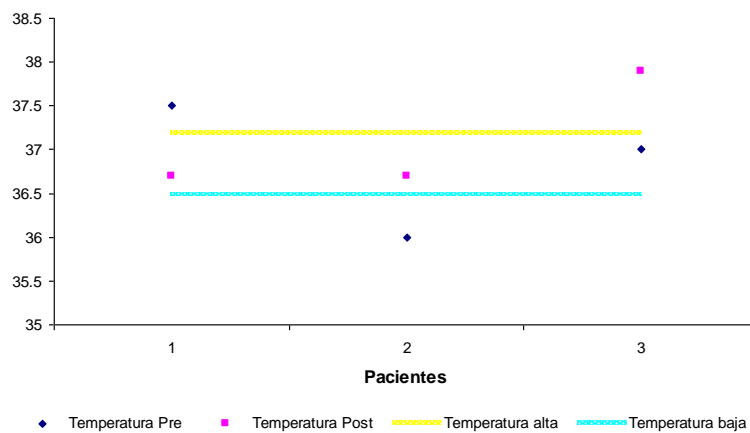


Figura 15. Resultados obtenidos en AT según temperatura

En la frecuencia respiratoria, sólo el paciente tres mostró niveles por encima del límite mayor tanto en la medición previa como en la posterior, pero no mostró cambios dentro de ésta. En las mediciones posteriores, los registros los restantes participantes se encontraban en el rango normal, aunque sólo el paciente dos mostró elevaciones en relación con la medición previa (Figura 16).

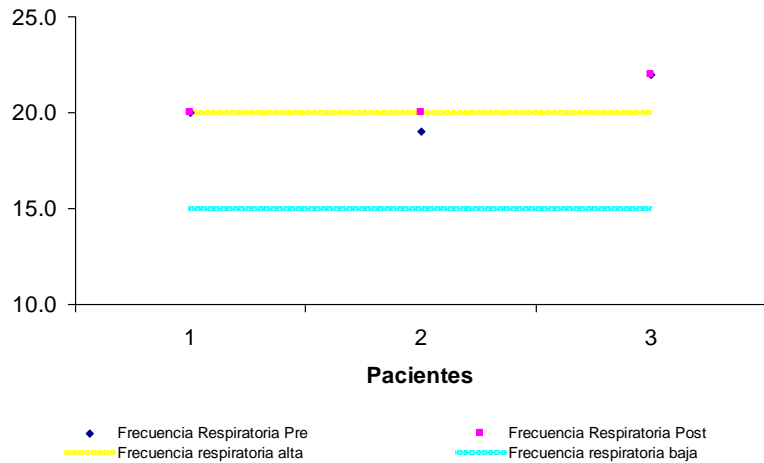


Figura 16. Resultados obtenidos en AT según frecuencia respiratoria

Para la presión arterial, en la sístole, las mediciones previas de todos los pacientes se encontraban en rangos normales, aunque los pacientes uno y tres se encontraban ligeramente por encima de dicho parámetro. Los datos posteriores presentan todos los registros por encima de los datos previos, dos de ellos por encima del límite superior (pacientes uno y tres) (Figura 17).

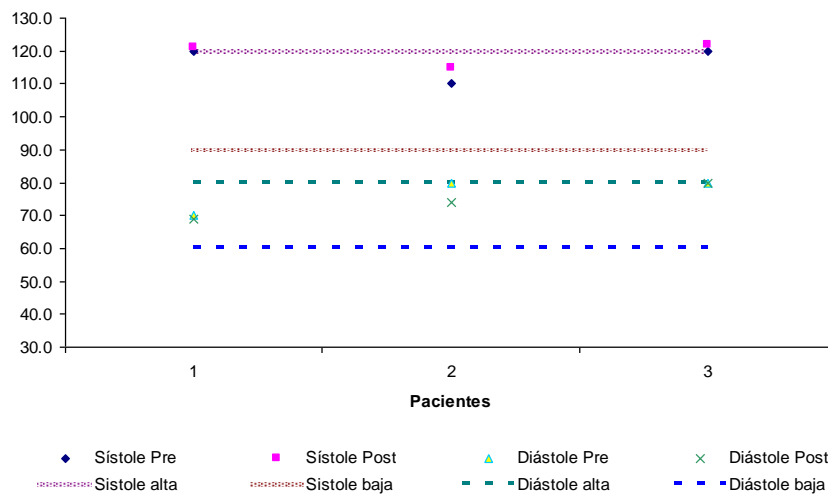


Figura 17. Resultados obtenidos en el AT en presión arterial

Para la diástole, en forma similar, todos los pacientes tenían registros anteriores en rangos normales. Para el registro posterior, el paciente uno y tres tuvieron registros similares a la medición previa, pero el paciente dos mostró disminución de la misma (Figura 17).

Los integrantes del procedimiento ERAT, mostraron en la medición del pulso, registros en parámetros normales para casi todos los pacientes, exceptuando el paciente uno. Para los registros posteriores, todos los

pacientes se encontraron en parámetros normales, los pacientes dos y cuatro mostraron mediciones por encima de la previa; los pacientes uno, tres y cinco presentaron descenso (Figura 18).

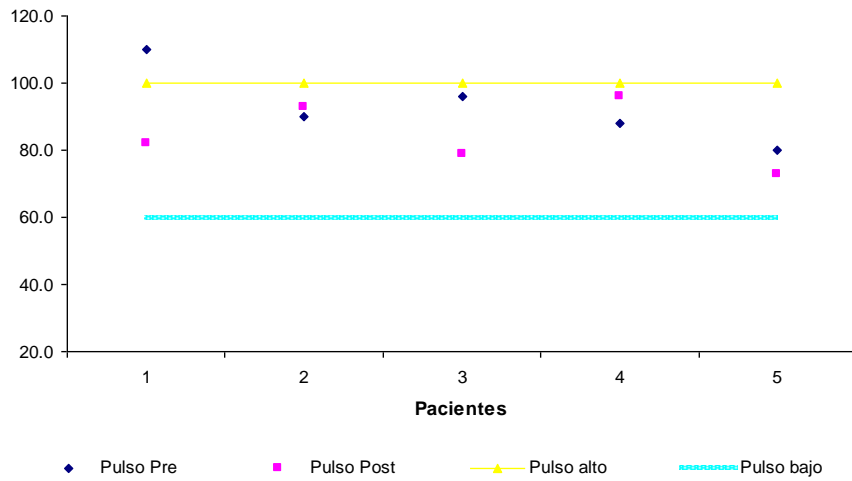


Figura 18. Resultados obtenidos en ERAT en pulso

Los datos de la temperatura muestran para los registros previos, rangos normales para los pacientes uno, tres, cuatro y cinco. El paciente uno presentó temperatura en el límite inferior y el paciente dos, por debajo de éste. Posteriormente, el paciente uno se mostró sin cambios, el paciente dos descendió su temperatura y los pacientes tres, cuatro y cinco mostraron aumento. Estos últimos, se mantuvieron dentro del parámetro normal (Figura 19).

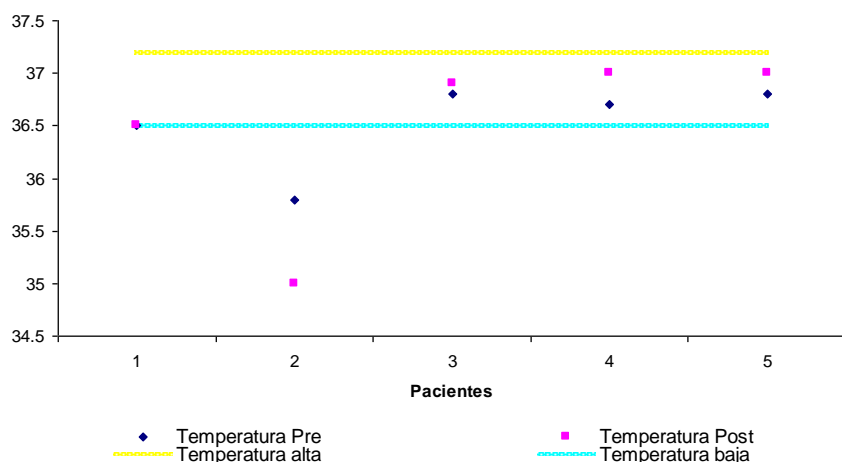


Figura 19. Resultados obtenidos en ERAT en temperatura

La frecuencia respiratoria de los pacientes mostró sólo a los pacientes dos y cuatro dentro del parámetro normal, tanto los pacientes uno, tres y cinco

se encontraban por encima de dicho parámetro. La medición posterior, sólo los pacientes uno y dos se mostraron en parámetro normal pero tanto los pacientes uno, dos, tres y cinco, mostraron disminución de la frecuencia. El paciente cuatro presentó elevación de la misma tanto en comparación con la medición previa como con el parámetro normal (Figura 20).

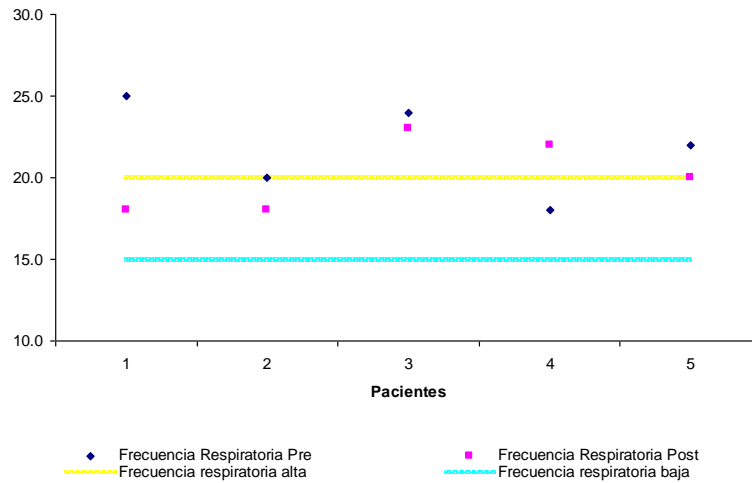


Figura 20. Resultados obtenidos en ERAT en frecuencia respiratoria

En relación con la presión arterial, en la sístole, se registró para los pacientes dos, cuatro y cinco, valores en el límite superior. Para los pacientes uno y tres, sus registros se encontraban muy por encima de dicho parámetro. En la medición posterior, los pacientes uno, cuatro y cinco mostraron registros en parámetros normales; el paciente tres disminuyó aunque no al parámetro normal y el paciente dos aumentó en su registro (Figura 21).

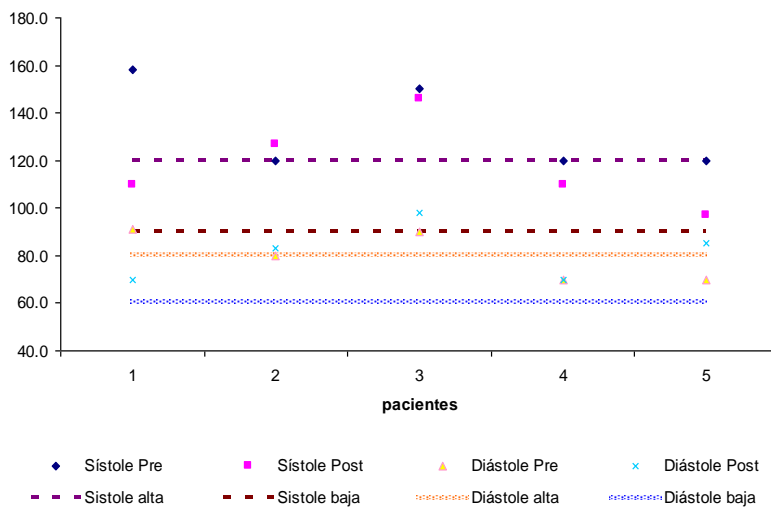


Figura 21. Resultados obtenidos en ERAT en presión arterial

En diástole, sólo en los pacientes cuatro y cinco se mostraron sus registros anteriores en parámetros normales; el paciente dos en el límite superior; los pacientes uno y tres, por encima del mismo. En la medición posterior, los reportes de los pacientes uno y cuatro se encontraron dentro de los rangos marcados como normales; los pacientes dos, tres y cinco por encima del parámetro normal y de la medición previa (Figura 21).

Como se comentó, para poder comparar los resultados de manera objetiva, se promediaron los resultados de todos los pacientes y se graficaron de tal forma que mostrarán los cambios logrados en forma conjunta.

De esta forma, la comparación de los tres procedimientos en función del pulso, muestra que tanto ERP y ERAT mantuvieron las mediciones posteriores en parámetros normales y por debajo de la medición previa; situación que no se presentó en AT, mostrando una medición posterior levemente por encima del límite superior (Figura 22).

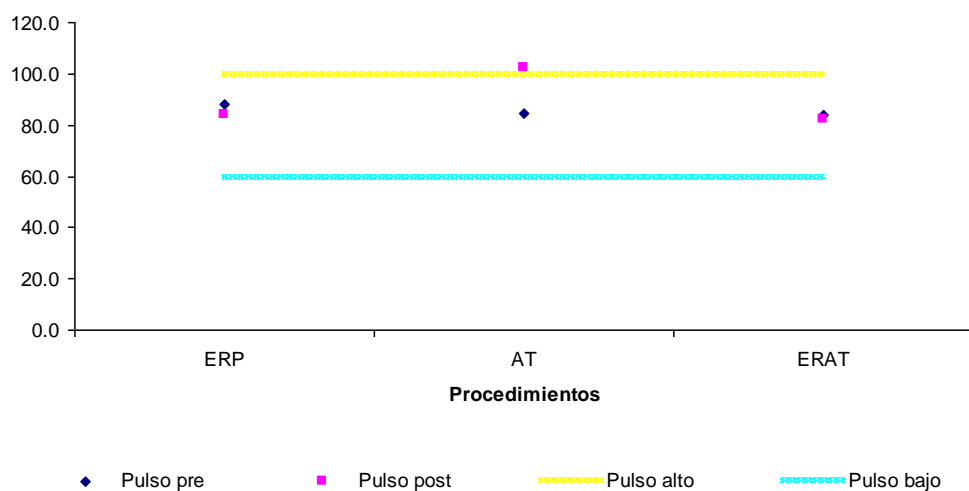


Figura 22. Comparación entre procedimientos de acuerdo con el pulso

Comparando los resultados de la temperatura, los tres procedimientos muestran registros dentro de la normalidad, exceptuando la medición posterior de ERP, que se muestra muy por debajo del parámetro inferior. El procedimiento ERAT también mostró disminución pero en parámetro normal y el procedimiento AT mostró aumento (Figura 23).

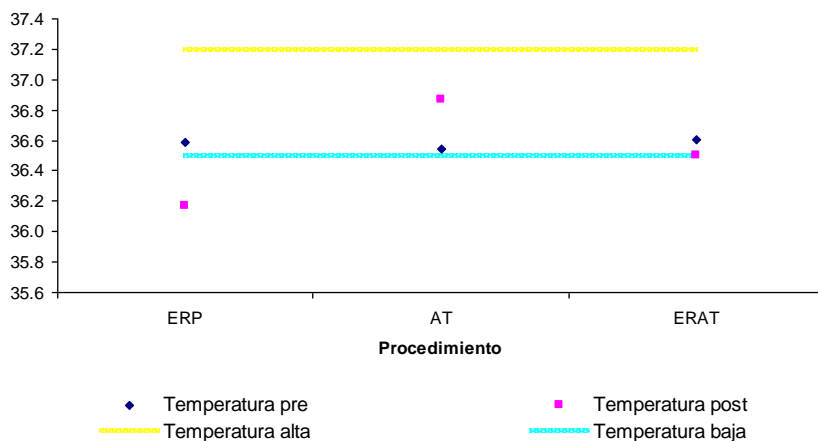


Figura 23. Comparación entre los procedimientos según temperatura

En relación con la frecuencia respiratoria, el procedimiento ERAT presentó disminución en la frecuencia hasta parámetros normales. En el procedimiento en respiración profunda hubo aumento de la misma y en AT, disminución (Figura 24).

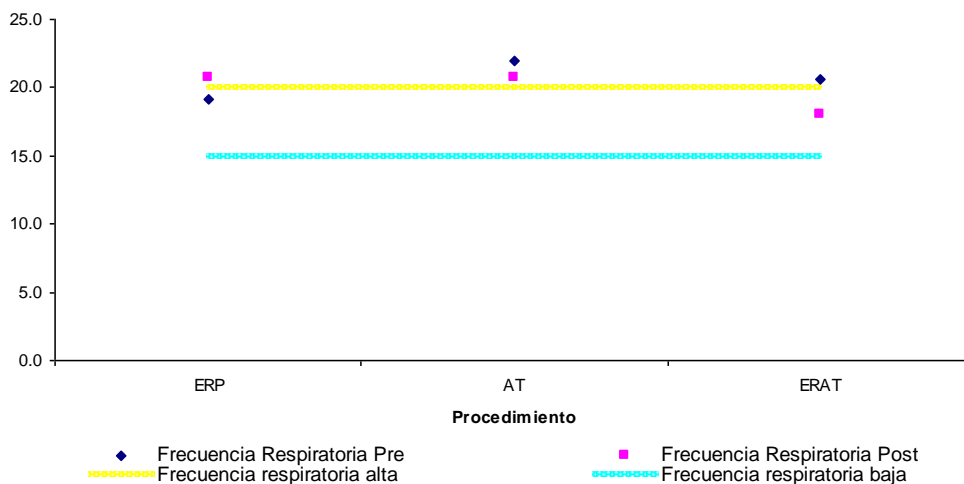


Figura 24. Comparación entre los procedimientos de acuerdo con la frecuencia respiratoria

Finalmente, al comparar la presión arterial, en sístole nos encontramos que ERP y ERAT muestran resultados por encima del límite superior, situación que no sucede con AT, el cual muestra resultados por debajo del límite inferior. Tanto ERP como ERAT, mostraron disminución en dicha respuesta, mientras que en AT, aumentó (Figura 25).

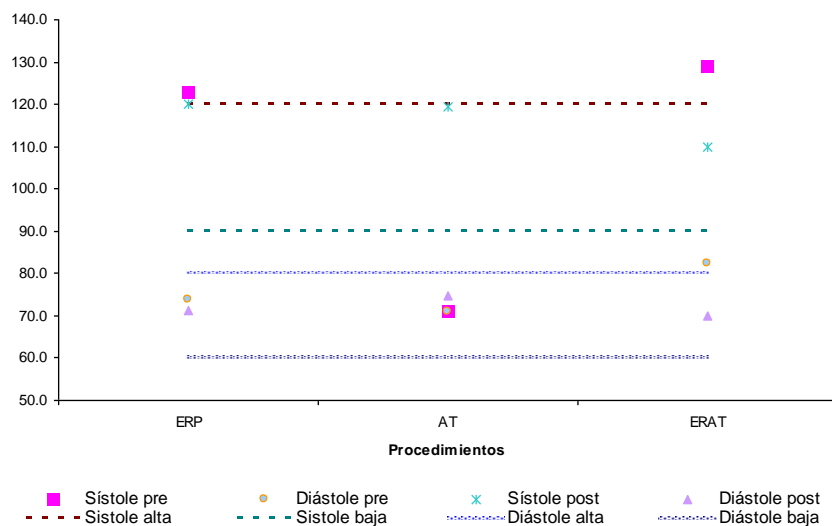


Figura 25. Comparación entre los procedimientos de acuerdo con la presión arterial

Para la diástole, en las mediciones previas sólo en ERAT se muestran registros por encima del parámetro normal. En la medición posterior, tanto ERP y ERAT muestran disminución de la respuesta; mientras que AT muestra aumento en la misma. La diferencia mayor se observa en ERAT (Figura 25).

En relación con la percepción de bienestar, los motivos principalmente referidos para solicitar la presencia del terapeuta son los niveles de ansiedad elevados, el no deseo de estar solo y el comentario de ésta posibilidad por parte del terapeuta, como las principales. Resulta importante señalar que hay más motivos que los pacientes participantes debido a que algunos refirieron más de un motivo (Figura 26).

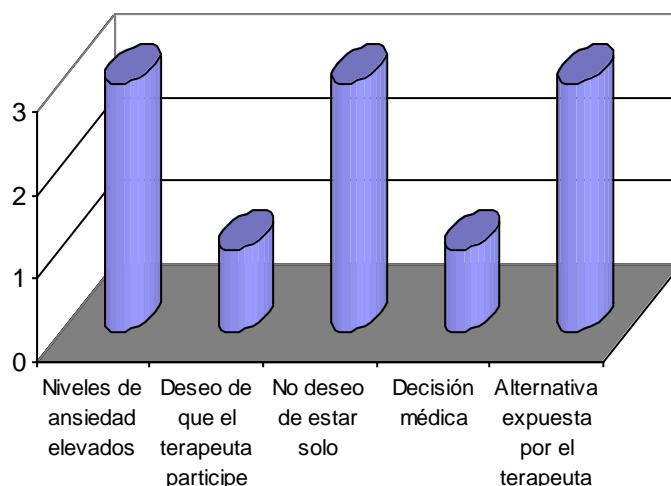


Figura 26. Motivos de acompañamiento terapéutico

Recordemos que los pacientes o los familiares reportaron diversas emociones ante el terapeuta en cuestión, siendo la mayor frecuencia de emociones presentadas la tranquilidad que les generó la presencia del terapeuta, el agrado que sintieron ante su presencia y la mejoría que sentían ante sus síntomas de ansiedad ante su presencia, así como la percepción de apoyo por parte del mismo. Existieron algunos pacientes que refirieron más de una emoción (Figura 27).

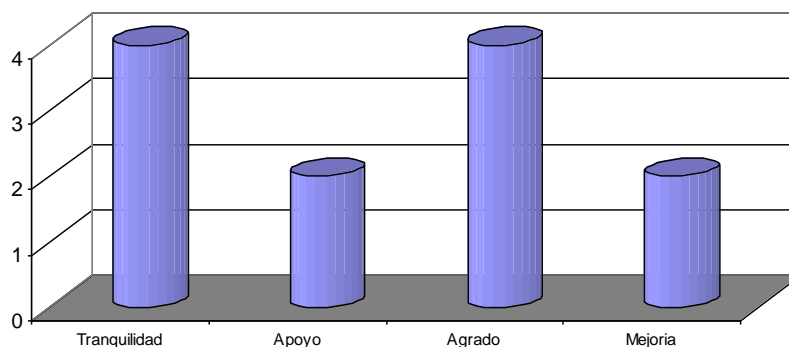


Figura 27. Emociones referidas por los pacientes ante la presencia del terapeuta en el quirófano

De los pacientes con los cuales solo hubo entrenamiento, dos pacientes no reportaron ni comentaron sobre la ausencia del terapeuta, mientras los otros cuatro pacientes restantes reportaron molestia porque el terapeuta no asistió a

su cirugía como había visto que sucedía con otros pacientes; desagrado por esta falta del terapeuta e inconformidad por la diferencia de trato.

7. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Con base en la presente investigación, fue posible arrojar datos que permitieron conocer los efectos de los tres procedimientos de intervención sobre las respuestas fisiológicas y la percepción de bienestar, tal como fue posible observar en los resultados presentados en el inciso anterior.

Partiendo de los objetivos planteados, se puede afirmar que fue posible explorar, analizar y describir, los efectos de los tres tratamientos. Asimismo, se pudo obtener información sobre los efectos de todos y cada uno de estos procedimientos sobre las respuestas fisiológicas y del bienestar percibido.

En relación con los tratamientos, en general, para la respuesta de pulso y presión arterial, ERP y ERAT fueron los que mejores respuestas mostraron. Para la frecuencia respiratoria fue el ERAT y para temperatura AT. En cuanto a la temperatura, resulta importante considerar que la temperatura propia del quirófano se mantienen bajas (10°C o menos) con el fin de evitar la generación de un medio propicio para una infección nosocomial.

Considerando los resultados de manera específica, cinco pacientes sometidos a ERAT mostraron mediciones normales en la medición posterior en pulso, tres en temperatura, dos en frecuencia respiratoria, tres en sístole y dos en diástole. Los que presentaron cambios favorables en estas mismas mediciones fueron tres en pulso, uno en temperatura, cuatro en frecuencia respiratoria, cuatro en sístole y dos en diástole. Se añade las emociones positivas que el paciente refiere ante el acompañamiento, situación que lo pone por encima de las otras alternativas terapéuticas.

Asimismo, el procedimiento ERP presenta similares resultados en cuanto a su impacto en las respuestas fisiológicas. Seis pacientes en pulso se mantuvieron en rangos normales en la medición posterior, uno en frecuencia respiratoria, tres en sístole y tres en diástole. De los que presentaron cambios, los más sobresalientes fueron tres en pulso, uno en temperatura, cuatro en frecuencia respiratoria, tres en sístole y cuatro en diástole. Sin embargo, es importante considerar que a la vista del paciente, existe diferencia de trato y de manejo, generando emociones negativas en relación a esta situación.

AT resulta recomendable cuando no se tiene la situación idónea para realizar la intervención completa, sin embargo, no se recomienda como protocolo exclusivo pues no presenta el mismo grado de cambio que los otros dos procedimientos. Esto se refleja en el número de pacientes con respuestas posteriores en pulso con un paciente en rango normal, dos en temperatura, uno en sístole y tres en diástole. Así, los que presentaron cambios fueron uno en pulso, dos en temperatura, uno en frecuencia respiratoria y dos en diástole.

Dado que la aplicación del entrenamiento en relajación había sido probado en otras investigaciones, los cambios mostrados en la presión arterial se muestran consistentes con dicha literatura (Moix, 1999 y Moix, Casas, Lopez, Quintana, Rivera y Gil, 1993).

Como se tuvo la oportunidad de comentar en su momento, AT no había sido probado para este tipo de procedimientos ni en este tipo de condiciones. Así, se carecen de evidencia empírica para comparar los resultados obtenidos.

Tal como fue posible observar, las emociones reportadas ante la presencia del terapeuta incluyen la percepción de interés y confort. En el quirófano, el equipo médico cumple funciones específicas que le impiden estar atento a las necesidades emocionales de los pacientes, además, su entrenamiento no está encaminado a realizar esta actividad. Así, esta función puede ser retomada por el psicólogo en pos del beneficio del paciente.

En este estudio se tuvo la oportunidad de presentar el procedimiento de acompañamiento y los resultados nos acercan a la posibilidad de crear un protocolo estandarizado, confiable y válido. El hecho de que los terapeutas del servicio lo hayan implementado y hayan obtenido buenos resultados, permite establecer los lineamientos, conductas y procedimientos a llevar a cabo con este tipo de pacientes.

De esta forma, nos encontramos ante un elemento nuevo que apoyará las intervenciones psicológicas con pacientes quirúrgicos. Además, permite justificar la presencia del psicólogo en el quirófano, de tal forma que añade una evidencia más a la necesidad de abrir el quirófano, espacio exclusivamente reservado para las enfermeras, a un nuevo miembro del equipo.

Se concluye que, por mejoría de síntomas de ansiedad, (reflejado en la respuesta fisiológica) y la percepción de bienestar positiva generada, el procedimiento ERAT puede ser utilizado para generar respuestas positivas.

8. RECOMENDACIONES

Una recomendación para mejorar el estudio sería realizarlo con un mismo tipo de patología, al igual que con un mismo tipo de intervención. También, sería conveniente tener una muestra mayor, con el fin de poder obtener datos más confiables y poder realizar análisis estadísticos paramétricos más allá de la estadística descriptiva. Es decir, es necesario tener un mayor control de las variables.

De igual forma, sería recomendable controlar las variables de personalidad, estrés, estilo de afrontamiento, red de apoyo, locus de control, etc., con el fin de verificar los resultados del presente estudio.

Se sugiere utilizar otro procedimiento para evaluar la percepción de bienestar, pues el dato recabado puede estar plenamente influenciado por la discapacidad social del paciente y del cuidador primario.

Asimismo, se sugiere que la muestra sea elegida al azar y en grupos apareados, de tal forma que las variables de edad, género y sexo se encuentren controladas; situación que no fue posible en el presente estudio.

Además, sería recomendable que el propio psicólogo pudiese tomar las mediciones fisiológicas, motivo por el cual sería recomendable proporcionar educación sobre técnica quirúrgica a los residentes de la maestría. Se sugiere que la medición de la temperatura sea tomada por termómetros para la temperatura galvánica de la piel, medición que es más confiable para registrar cambios en la irrigación sanguínea de las capas superficiales de la piel.

Aunado a lo anterior, sería importante evaluar la percepción del médico ante las intervenciones de este tipo con los pacientes, los cambios subjetivos que ellos notan, así como su percepción del trabajo del psicólogo en este tipo de intervenciones. También, valdría la pena retomar el presente estudio con el fin de evaluar otras variables que puedan verse afectadas por este tipo de tratamientos, como pueden ser ingesta de medicamentos, días de hospitalización, dolor y cicatrización.

B. ESTUDIO 2

MANEJO DE DOLOR POR MEDIO DE RELAJACIÓN Y ACOMPañAMIENTO TERAPÉUTICO: ESTUDIO DE CASO.

FORMULACION DE CASO

1. Identificación de la paciente

Paciente mujer de 31 años, soltera, sin hijos, secundaria concluida, dedicada al hogar; depende económicamente de su madre, con quien vive; no tiene hermanos. Presenta diagnóstico de osteosarcoma desde hace 15 años ante lo cual se realizó artrodesis de rodilla. Actualmente se encuentra sin actividad tumoral.

2. Estructura familiar

Su madre constituye gran parte del apoyo de la paciente, apoyo que es satisfactorio pero que recae casi en su totalidad sobre ella. En la hospitalización, reportaba sentirse ansiosa cuando la madre no se encontraba presente para apoyarla o cuidarla. En casa, cuenta con el apoyo de su familia extensa para el desempeño de actividades diarias y sociales.

3. Análisis del Motivo de Consulta

La paciente ingresó al servicio al presentar fractura del clavo centro medular que fue colocado en la resección previa del osteosarcoma. Se abordó al paciente al encontrarse en espera de tiempo quirúrgico para lavado quirúrgico y recambio de clavo centromedular y espaciador de titanio, especialmente al ser solicitado por el servicio médico ante la dificultad de manejo de la paciente por el dolor, gritos y llanto que presentaba.

4. Historia del problema

La paciente inicia con dolor y dolor a la deambulaci3n 15 años antes. Se realiza consulta con facultativo y, al detectar la lesi3n, es enviada al extinto Instituto Nacional de Ortopedia. En este instituto, se realiza el protocolo de rigor y se diagnostica osteosarcoma.

Debido a la localización y tamaño de la lesión, es imposible conservare el miembro pélvico, con lo que se decide realizar la artrodesis de rodilla. Con este procedimiento, la pierna de la paciente quedaría fija, sin poder doblar la rodilla.

Los médicos encargados del caso, reportaron que desde ese momento la paciente había mostrado conductas frecuentes de dolor: quejas, llanto y evitación de las curaciones (se hacía a un lado o bien, trataba de convencer a los médicos de no realizarlas). Estas conductas eran reforzadas y validadas por la madre.

La paciente es dada de alta en esa ocasión, permitiéndole tomar el tratamiento quimioterapéutico en su lugar de origen. No regresa para realizar seguimiento en el servicio.

Tres meses antes de presentar la fractura, la paciente reportó haber sentido movimiento del clavo y un chasquido del mismo, sin embargo, no había asistido al servicio por temor a que le dijeran que el tumor había recidivado. Cuando ocurre la fractura, la paciente es llevada urgentemente desde su lugar de origen hasta el hospital, pues el clavo se encontraba expuesto.

Al valorarse la lesión, se le colocan contrapeso para evitar el acortamiento del miembro y se determina la necesidad de realizar tres tiempos quirúrgicos: en el primero se realizaría el retiro del clavo y lavado quirúrgico; en el segundo, se realizaría nuevamente lavado y en el tercero se recolocaría el clavo.

Una vez que la paciente es ingresada en el servicio, se comienzan a detectar nuevamente los problemas relacionados con el dolor: gritos, llanto, quejas constante a las enfermeras y a los médicos, evitación de las curaciones y súplicas a los médicos para evitar los procedimientos.

5. Evaluación

Se realizó el registro del dolor mediante la Escala Visual Análoga (EVA), reportando la paciente un nivel de dolor de 9, registro de intensidad del problema del terapeuta –gritos con intensidad de 9, llanto con intensidad de 8 y duración de 15 minutos después de haber realizado el procedimiento-, y registro de respuesta fisiológica (temperatura de 37, frecuencia cardiaca de

100, respiración de 20 y presión arterial de 100/70; lo cual indicaba que se encontraba en rangos normales al momento de la toma de signos vitales).

6. Análisis y descripción de la conducta problema

Conductualmente, las principales problemáticas eran: llanto, gritos ante el procedimiento y ruego a los médicos para que no le realizaran los mismos.

Cognitivamente, la paciente reportaba pensamientos de catastróficos tanto al dolor y a los procedimientos médicos (“me va a doler muchísimo”, “no aguanto el dolor”, “me va a ir mal” “me van a amputar la pierna”) como a la interacción social (“la gente va a pensar que estoy renguita”).

Los principales síntomas que se detectaron son: sudoración de manos, intranquilidad, incapacidad para relajarse, palidez y sudoración. Al conocer los tiempos quirúrgicos, los pensamientos disfuncionales aumentaron (aumento en la frecuencia de reporte) con lo que la percepción de dolor y ansiedad también se disparó.

7. Establecimiento de las metas del tratamiento

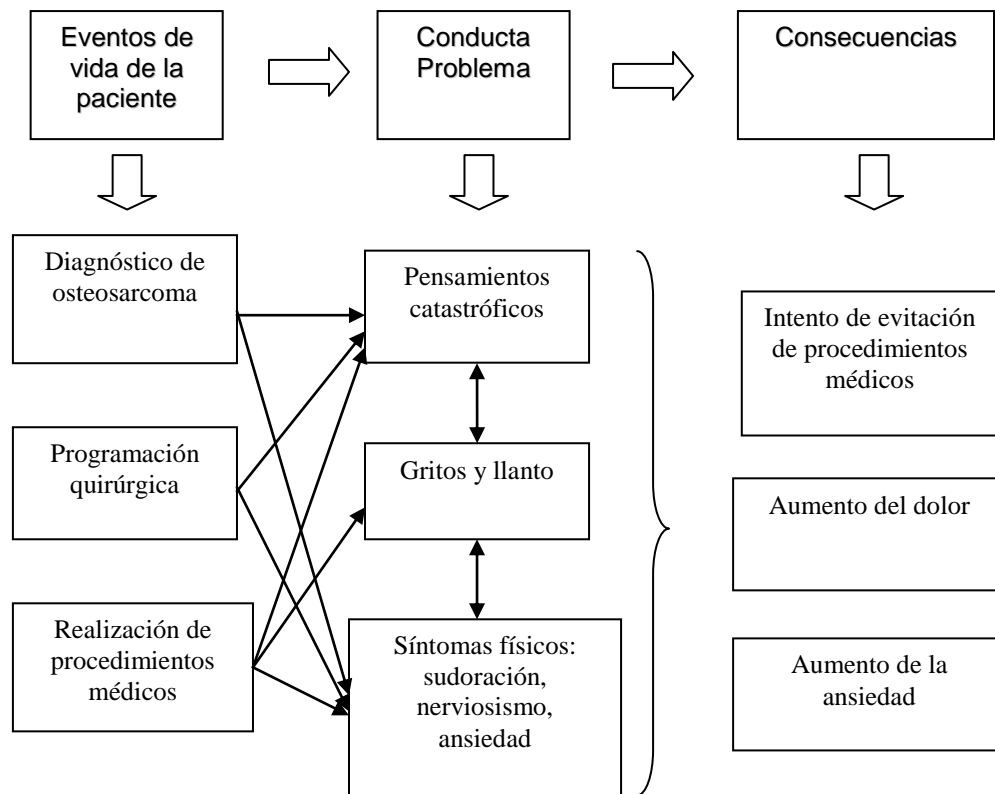
Las metas de tratamiento se establecieron en función de las conductas problemas que se identificaron. Junto con ella se establecieron dos metas del tratamiento clínicamente relevantes: 1) disminución de la ansiedad ante los procedimientos médico quirúrgicos y 2) disminución de la percepción de dolor.

8. Objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos se definieron como se presenta a continuación:

- 1) Proporcionar educación para la salud en relación al dolor y sus componentes de manejo
- 2) Entrenar a la paciente en relajación.
- 3) Disminuir las conductas de dolor.
- 4) Disminuir en frecuencia e intensidad los pensamientos catastróficos

9. Representación esquemática de la problemática de la paciente.



E

n la Figura 28. Problemática de la paciente (representación esquemática)

figu

ra 28, se puede observar la forma en cómo se desarrollaba y se generaba la situación problema. Cada casilla representa un eslabón de la cadena cognitiva, pudiéndose observar que cada uno genera la emoción negativa, acrecentando la problemática y la respuesta.

10. Selección del tratamiento más adecuado.

Dado que existía un protocolo de acompañamiento terapéutico en el servicio, se consideró a la paciente candidato viable para ingresar al mismo, dado el deficiente manejo del dolor que presentaba.

Se eligieron técnicas sencillas dado su nivel educativo (diálogo didáctico), pues los procedimientos cognitivos complejos le resultaban difíciles de llevar a cabo. De igual forma, dada la premura de realizar el procedimiento cuando se encontraban realizando los procedimientos de curaciones y limpieza de la herida, se entrenó en respiración profunda.

11. Aplicación del Tratamiento

Cada sesión se llevó a cabo en la sección de mujeres del piso del servicio de Tumores óseos, y dado que la paciente no tenía movilidad, se llevaba a cabo junto a su cama. Se realizaba después del pase de visita y tenía una duración aproximada de 45 minutos.

Sesión 1

Objetivo

Establecer componentes de relación y realizar análisis funcional de la conducta.

Técnica

Entrevista conductual, componentes de relación.

Procedimiento

La terapeuta se presentó con la paciente, con el fin de establecer componentes de relación tanto con ella como con el cuidador primario. Conforme se establecían los componentes, se realizó la entrevista conductual.

Sesión 2.

Objetivo

Realizar educación para la salud, en relación al dolor.

Técnica

Explicación dirigida y diálogo didáctico

Procedimiento

Se explicó a la paciente la cadena cognitiva del dolor, así como la influencia que tiene la ansiedad para su mayor percepción.

Sesión 3.

Objetivo

Entrenar a la paciente en relajación por respiración profunda.

Técnica

Explicación dirigida, Entrenamiento en relajación por respiración profunda.

Procedimiento

Se explicó a la paciente la relación existente en la relajación con el control de la ansiedad y el dolor, así como el procedimiento para realizar la técnica de respiración profunda, utilizando la técnica de modelamiento.

Sesión 4

Objetivo

Apoyar a la paciente para realizar reestructuración cognitiva

Técnica

Diálogo socrático y didáctico.

Procedimiento

Con base en los pensamientos de la paciente, se trabajó la técnica de reestructuración. Al terminar, se reforzó el aprendizaje de la relajación por respiración profunda.

Sesión 5

Objetivo

Apoyar a la paciente para realizar solución de problemas

Técnica

Diálogo socrático

Procedimiento

Con base en las situaciones planteadas por la paciente, se elaboran opciones de solución, se evaluaron y se planeó a realización de la solución. Se continuó con el monitoreo de la técnica de respiración profunda.

Seguimiento (sesión 6 a la 10)

Objetivo

Apoyar a la paciente para el mantenimiento de las conductas adquiridas (reestructuración cognitiva, respiración profunda y entrenamiento en solución de problemas).

Técnica

Relajación por respiración profunda, reestructuración cognitiva y solución de problemas

Procedimiento

Con base en las dificultades planteadas por la paciente, se continuó con el procedimiento hasta que se dio de alta.

Procedimiento en cirugía

1. Se estableció una línea base de tres días anteriores a la inserción del tratamiento.
2. Se realizó el registro de datos fisiológicos del expediente clínico, tomando en consideración el registro elaborado por el servicio de enfermería durante su primer pase de visita (7:00 a. m.), registrando los datos disponibles (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial).
3. Se realizó la sesión clínica con la paciente, posterior al pase de visita (9:00 a. m.), se elaboraba con la paciente el registro de síntomas y de escala visual análoga.
2. En preanestesia, se registraron los datos recabados por la enfermera quirúrgica (Frecuencia Cardiaca, Frecuencia Respiratoria, Presión Arterial).
3. Se realizó acompañamiento terapéutico con la paciente, consistiendo en mantenerse a máximo 30 centímetros del paciente, guiando las respuestas funcionales.
4. Se guió la relajación con el paciente durante la estancia en preanestesia, el camino al quirófano y la aplicación de anestesia.
5. Se guiaron los pensamientos funcionales de acuerdo a lo realizado en las sesiones.
6. Se trabajó con dispersión de la atención.

12. Resultados

En relación a la Frecuencia Cardíaca, se contaron con los datos registrados en el expediente durante cinco tomas. La comparación entre los datos de la línea base y el registro previo a la sesión 4 muestran que no existe diferencia entre ambos. Asimismo mostró disminución de la frecuencia respiratoria, misma que resultó más patente durante la cirugía. Los datos muestran un aumento anterior a la sesión 10 (110 pulsaciones), sesión que se realizó previa a la cirugía de

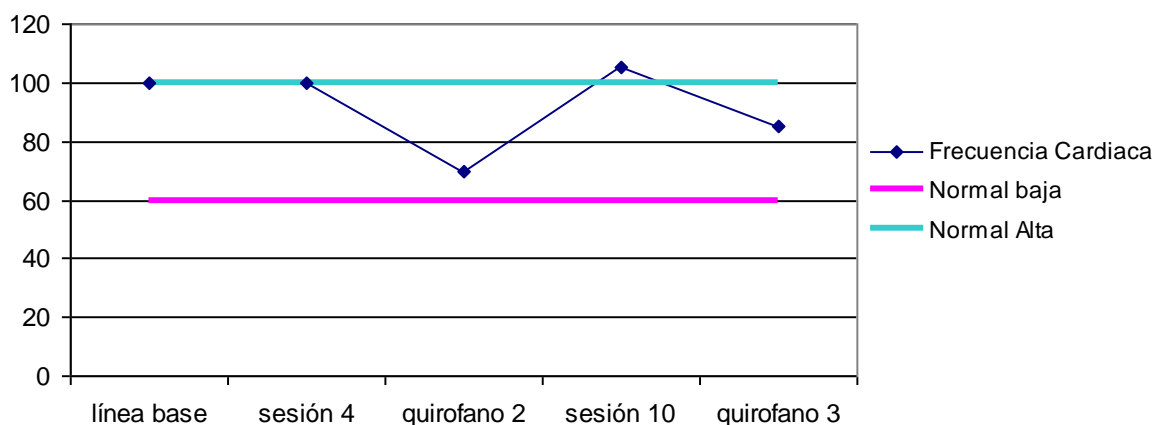


Figura 29. Resultados obtenidos en la Frecuencia Cardíaca

recolocación de clavo centromedular. En cirugía, la disminución mayor se percibe durante el segundo ingreso al quirófano (70 pulsaciones), mostrándose en rangos normales (Figura 29).

En cuanto a la Frecuencia Respiratoria, también se contaron con cinco registros en el expediente. Para este dato, no se mostraron cambios durante la sesión 4 en comparación con la línea base, dato que se mostró elevado en comparación con lo normal. La disminución importante se mostró en el ingreso a quirófano en dos ocasiones. De igual forma, no se presenta aumento de la respuesta fisiológica por encima de la línea base, aunque las disminuciones principales se encuentran durante el segundo ingreso al quirófano y a la cirugía de recolocación de clavo, en donde disminuyó hasta 13 (dos puntos menor que el parámetro normal) (Figura 30).

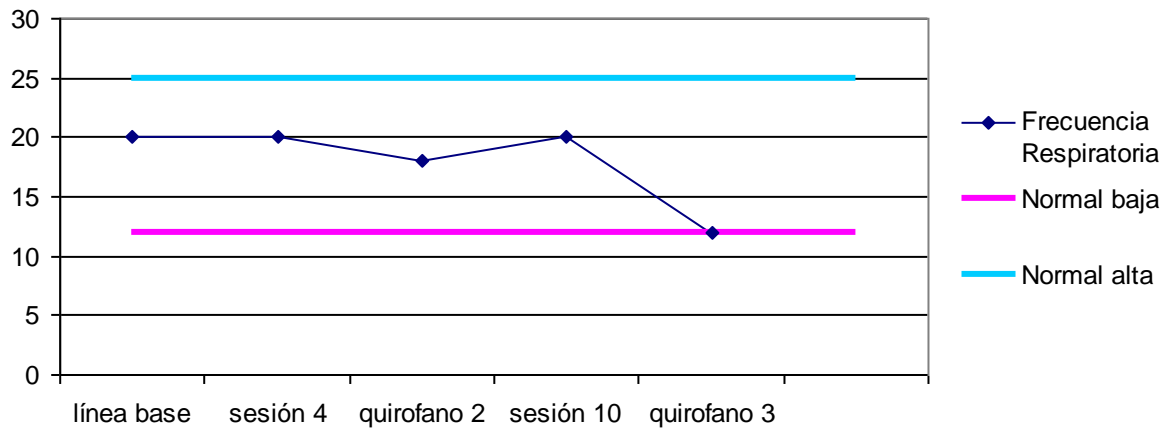


Figura 30. Resultados obtenidos en la Frecuencia Respiratoria

La presión arterial fue el dato del cual se contaba con mayores registros en el expediente, por lo que es el dato de mayor consistencia con el que se cuenta. De acuerdo con el registro del expediente, la presión arterial en su medida sístole, no mostró cambios durante la línea base, mientras que la diástole, si presenta disminución.

Los datos muestran disminución de la presión arterial en comparación con la línea base, aunque existe un aumento previo al primer ingreso a quirófano para realizar el retiro de material y lavado quirúrgico. De igual forma, el dato de que presenta mayor disminución se encuentra en la sesión cinco, misma que se encuentra posterior al primer ingreso a quirófano.

Sin embargo, ninguna medición posterior sobrepasó a la línea base, si bien algunas se mantuvieron. Este dato resulta importante en cuanto al ingreso al quirófano, pues incluso en esta situación la medición no se elevó más allá de lo registrado en piso.

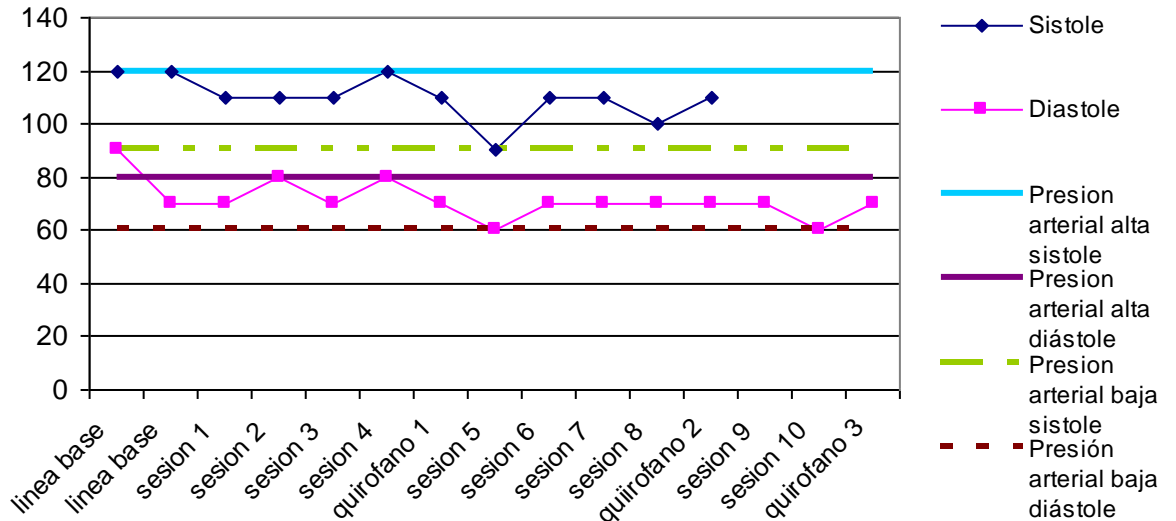


Figura 31. Resultados obtenidos en la Presión Arterial

En relación al registro del dolor, la paciente reportaba disminución del dolor conforme la paciente adquiría la habilidad del control del dolor por medio de la respiración profunda. Esto resulta de mayor relevancia en los registros posteriores al ingreso al quirófano, excepto en la sesión 9, donde la paciente reportó aumento del dolor. El registro de la paciente varió de 9 a 4, durante la etapa de seguimiento, esto considerando que el seguimiento se realizó posterior a la última cirugía (Figura 32).

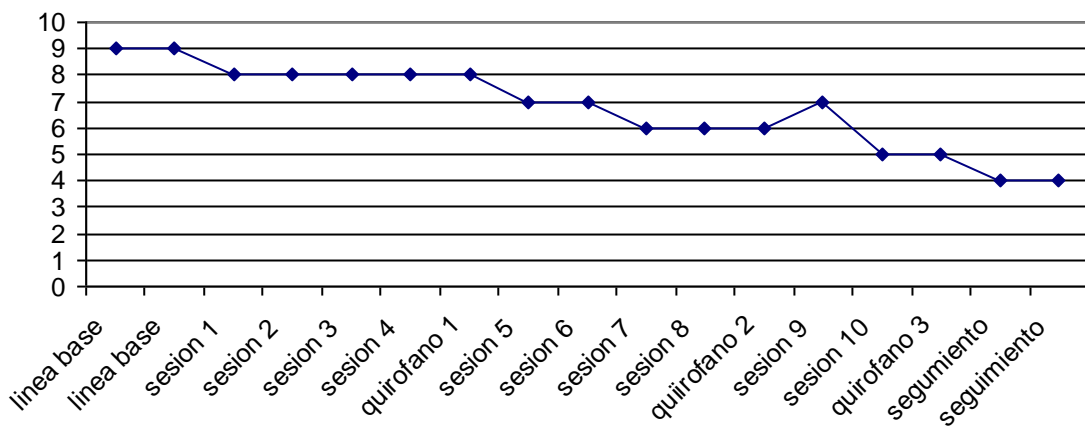


Figura 32. Resultados obtenidos en la Escala visual Análoga

Durante el acompañamiento realizado en el quirófano, la paciente expresó frases como “fíjate que no me vayan a lastimar de más, si ves algo, tú les dices que no me lo hagan” o “cuídame que no me vaya yo a morir”, “cuídame de que no me vaya a pasar algo”.

Durante las curaciones realizadas en el pase de visita, la paciente eliminó las conductas que presentaba ante los médicos: dejó de gritar y de llorar ante los procedimientos y se le veía realizando la respiración diafragmática, reportaba con mayor frecuencia frases autoafirmantes así como aumento en la percepción de autoeficiencia en relación a su control del dolor. La cuidadora primaria reportó también verbalmente los cambios conductuales de la paciente.

13. Conclusiones

Los datos recabados permiten dar cuenta de cambios con significancia clínica en todas y cada una de las variables evaluadas. En los datos recabados en la línea base, la paciente presenta ansiedad alta, reflejada en los registros normales elevados para todas las variables como son: Frecuencia Cardíaca (de 100), Frecuencia respiratoria (de 20) y Presión Arterial (de 120/90). La ansiedad también fue reportada verbalmente tanto por la madre como por la paciente.

En resumen, la elección de realizar el procedimiento de Acompañamiento con Entrenamiento con la paciente fue útil. El procedimiento favoreció la percepción de apoyo social de la paciente y su madre, le permitió continuar con las conductas adecuadas en el quirófano y le facilitó el control. Para la paciente, el terapeuta era un aliado, una extensión de su familia en un lugar en donde ellos no podían acceder. De esta forma, al sentirse protegida y apoyada, la paciente delegaba el control externo de la situación en el terapeuta, lo que le permitía continuar con el control personal.

Existen algunas mediciones que mostraron un aumento al comparar la primera y la segunda intervención al quirófano. Esto puede ser explicado con los estímulos generadores de ansiedad para la paciente: para ella, era motivo de gran preocupación perder su miembro y, por ende, su integridad física, razón por la cual la cirugía de recolocación de clavo le generaba grandes niveles de ansiedad.

Debido a que las tomas de signos vitales se realizaban a las 7 de la mañana, es posible que esta situación haya favorecido los picos de los signos de la paciente, pues la paciente no realizaba la relajación en ese momento.

Para la paciente, era difícil realizar la Reestructuración Cognitiva (técnica psicológica que consiste en corregir los pensamientos disfuncionales confrontándolos con evidencias observables, medibles y cuantificables) sin la intervención del terapeuta, motivo por el cual la técnica usada con más frecuencia fue el Diálogo Socrático (El terapeuta se encargaba constantemente de realizar la confrontación de los pensamientos por medio de preguntas que le facilitarían llegar a la corrección del mismo). Sin embargo y dado que la paciente no realizaba la Reestructuración Cognitiva ella misma y en forma sistemática, era común encontrarla ansiosa al momento de pase de visita, situación que se trabajaba durante la curación y al terminar el pase de visita. Esta dificultad de realizar la técnica, sumado a la ansiedad que le generaba la cirugía de recolocación de clavo, pueden explicar la presencia de elevaciones previo al segundo ingreso al quirófano. Sin embargo, no se puede decir que se haya tenido un fallo de la intervención, dado que los datos en quirófano se encuentran en parámetros normales.

Otra variable importante a considerar en el impacto de un tratamiento psicológico, es la autopercepción del mismo paciente ante la efectividad del mismo. En este sentido, tanto la paciente como el cuidador primario, reportaron sentirse muy satisfechas con los cambios logrados ante la situación.

REFERENCIAS

- Araujo, A., y Dos Santos, M. (2006). O Acompanhamento Terapêutico como Estratégia de Continência do Sofrimento Psíquico. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 2, pp.1-14.
- Basurto, O., Fuentes, N., y Aguilar, A. (2007). Cáncer de Mama y bienestar Subjetivo. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6, pp. 87-90.
- Berg, A., Fleischer, S., Koller, M., y Neubert, T. (2006). Preoperative information for ICU patients to reduce anxiety during and after the ICU-stay: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Nursing*, 5. Recuperado el 27 de febrero de 2009 de <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/5/4>
- Bravo, P. y González –Durán, R. (2001). Valoración Clínica de los Factores Psicológicos que Intervienen en el Dolor Crónico. *Revista Social Española de Dolor*, 2, pp. 48-69.
- Calle, D., López – Gómez, L., y Hoyos, B. (2005). Comportamiento del nivel de Ansiedad y del grado de dolor en pacientes con Tratamiento Endodóntico. *Revista CES Odontología*, 18, pp. 15 – 20.
- Campos, P., Jurado, S., Mendieta, D., Zabiky, G. y Silva, M. (2005). Tratamiento Psicofisiológico y Conductual del Trastorno de Ansiedad. *Salud Mental*, 28, pp. 28 – 37.
- Cánovas, M., Moix, J. y Sanz, A. (2001). Ansiedad y amenaza percibida como predictores de la recuperación post-quirúrgica. *Interpsiquis*, 2. Recuperado el 27 de febrero de 2009 de <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/20/1919/?++interactivo>
- Cánovas, M., Moix, J., Sanz, A., Estrada, M. y Cos, R. (1998). Eficacia de una intervención Cognitivo Conductual en Pacientes Quirúrgicos. *Cirugía Española*, 64, pp. 347- 352.
- Carlson, N. (1996). *Fundamentos De Psicología Fisiológica*. México: Prentice Hall.

- Carvalho, M. y Urbani, S. (2007). Experiencia de la Unidad de Psicooncología del Servicio de Radioterapia y Medicina Nuclear. *Revista Venezolana de Oncología*, 19, Recuperado el 27 de febrero de 2009 de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S07905822007000200011&script=sci_arttext
- Cocci, E. (2004). *Función y alcance del Acompañamiento terapéutico. Estado de la cuestión*. [5ª Jornadas Nacionales de Acompañamiento Terapéutico. Buenos Aires]. Recuperado el 13 de agosto de 2009 de http://www.sceu.frba.utn.edu.ar/Seminarios/trabajos_jornadas/pdf/Estadodelacuestion.pdf
- Collado, A., Torres, X., Arias, A., Ruiz-López, R. y Muñoz – Gómez, J. (2004). Tratamiento Multidisciplinar en Pacientes con Dolor Crónico en Situación de Baja Temporal. *Revista Social Española Del Dolor*, 11, pp. 203-209.
- Coronado. L., García, A., Velásquez, A., Morales, R. y Alvarado, S. (2007). *Aspectos Psicológicos del cáncer de pulmón*. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 6, pp.104-108.
- Correa, M. y Correa, A. (1997). El vínculo niño-equipo terapéutico. Su papel protector en enfermedades crónicas. *Pediatría* (Bogotá), 32, pp. 35-40.
- Cuevas-Urióstegui, A., Villasís-Keever., M. y Fajardo-Gutiérrez, A. (2003). Epidemiología del cáncer en adolescentes. *Salud pública de México*, 45, pp. S115-S123. Recuperado el 13 de marzo de 2007 de http://www.adolesc.org.mx/saludpublica/45s1_15.pdf
- Donker, F. (1991). Evaluación y Tratamiento Conductual del Dolor Crónico. En Buela-Casal, G y Caballo, V. (comps.), *Manual De Psicología Clínica Aplicada* (pp. 27-48). España: Siglo XXI.
- Escalante, L. (2003). Métodos de reproducción asistida: aspectos psicológicos. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20. Recuperado el 27 de febrero de 2009 de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S140900152003000100002&script=sci_arttext&tlng=es

- Facultad de Psicología (2007). *Informe Anual 2007*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado el 1 de febrero de 2008 de <http://pavlov.psicol.unam.mx:8080/site/servcom/centros/guillermomodav.htm>
- Felder- Puig, R., Formann, A., Mildner, A., Bretschneider, W., Bucher, B., Windhaber, R., Zoubek, A., Puig, S. y Topf, R.(1998). Quality of Life and Psychosocial Adjustment of Young Patients after Treatment of Bone Cancer. *American Cancer Society*, 83, pp. 69-75.
- Fiorati, R. y Saeki T. (2008). O Acompanhamento Terapêutico na Internação Hospitalar: inclusão social, resgate de cidadania e respeito à singularidade. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 12, pp.763-772. Recuperado el 15 de febrero de 2009 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400007
- Fitzpatrick, M. (1999). The Psychologic Assessment and Psychosocial Recovery of the Patient with an Amputation. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 361, pp 98-107. Recuperado el 14 de agosto de 2007 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10212602>
- Gatti, C. (1999). *Reflexiones sobre el tratamiento interdisciplinario en las psicosis*. Conferencia presentada en el Simposio Regional de la WPA organizada por la AAP el 22 de octubre de 1999. Mesa Redonda: Concomitancias y divergencias en el contexto institucional. Recuperado el 27 de febrero de 2009 de <http://www.alcmeon.com.ar/8/31/gatti.htm>.
- Gaviria, A., Vinaccia, S., Riveros, M. y Quiceno, J. (2007). Calidad de Vida Relacionada con la Salud, Afrontamiento del Estrés y Emociones Negativas en Pacientes con Cáncer en Tratamiento Quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, 20, pp. 50-75.
- Godoy, J. (1991). Medicina Conductual. En Caballo, V. (comp.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. (pp. 870-890). España: Siglo XXI.

- Golden, W., Gersh, W. y Robbins, D. (1992). *Psychological Treatment of Cancer Patients, a Cognitive Behavioral Approach*. USA: Allyn & Bacon.
- Greene, W. (2007). Tumores y Lesiones Pseudotumorales del Sistema Musculoesquelético. En Greene, W., Setter, F., Boyter, C., Madero, S., Solsona, S. y Viladot, P., *Netter: Ortopedia* (pp.163-192). España: Elsevier.
- Grünenthal, México (2006). Pain Management, State of the Art. Grünenthal: México. Documento del *Curso Internacional del Dolor* llevado a cabo en el Instituto Nacional de Rehabilitación en Abril y marzo de 2008, México: Distrito Federal.
- Guevara- López, U., Covarrubias-Gómez, A., Delille – Fuentes, R., Hernández – Ortiz, A., Carrillo- Esper, R. y Moyao – García, D. (2005). Parámetros de Práctica para el Manejo del Dolor Agudo Preoperatorio. *Cirugía y Cirujanos*, 73, pp. 223-232. Recuperado el 14 de enero de 2009 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2005/cc053l.pdf>.
- Hayes, J. (2004). *La destructividad en el niño y el adolescente*. España: Herder.
- Hernández, E., Pérez – Toril, J. y Carrasco, M. (2005). Analgesia: Normas generales del tratamiento del dolor. En Carrasco, M. y Ayuso, F. *Fundamentos básicos de anestesia y reanimación en medicina de urgencias, emergencias y catástrofes*. (pp. 63-76). Madrid: Arán Ediciones. Recuperado el 12 de enero de 2009 de: http://books.google.com.mx/books?hl=es&lr=&id=Qj7_CKcoZDIC&oi=fnd&pg=PA63&dq=dolor+masoterapia+tens+calor+local&ots=BaiGPdShaC&sig=otRfmoAcXF0mOi85q6p3mBCuVCg#PPA64,M1
- Hernando - Requejo, V., Pastor, J., García – Camba E. y Sola, R. (2004). Psicocirugía y tratamiento neuroquirúrgico del dolor: revisión sistemática de la experiencia alcanzada en estos tipos de tratamiento. *Revista de Neurología*, 38, pp. 949-956. Recuperado el 14 de enero de 2009 de <http://www.neurorgs.com/inv/Pdf/Psicocirugia%20y%20dolor>
- Huaroto, L. (2000a). Tumores óseos en General [Tumores benignos de los

huesos]. En Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima), Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Departamento Académico de Cirugía, *Cirugía: II cirugía ortopédica y traumatología*. Tomo II. (pp. 277-299). Lima: UNMSM. Recuperado el 03 de marzo de 2007 de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Libros/Medicina/cirugia/Tomo_II/pdfs/clase22.pdf

Huaroto, L. (2000b). Tumores Malignos de Hueso. En Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Lima), Facultad de Medicina, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Departamento Académico de Cirugía, *Cirugía: II cirugía ortopédica y traumatología*. Tomo II. (pp. 305-318). Lima: UNMSM. Recuperado el 03 de marzo de 2007 de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BibVirtualData/Libros/Medicina/cirugia/Tomo_II/pdfs/clase23.pdf

Hwasson, K., Garvin, B. y Moser, D. (1999). Stress during mechanical ventilation: Benefit of having concrete objective information before cardiac surgery. *American Journal of Critical Care*, 8, pp. 146-152. Recuperado el 14 de julio de 2007 de <http://ajcc.aacnjournals.org/cgi/content/full/13/2/146>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de la Mujeres (2009). *Mujeres y hombres en México 2009*. INEGI: México

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2008). *Estadística de defunciones*. Cubos dinámicos. Recuperado el 09 de febrero de 2009 de www.inegi.org.mx.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2009). *Estadísticas a propósito del día Mundial contra el Cáncer*. Recuperado el 09 de febrero de 2009 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2009/cancer09.asp?s=inegi&c=2676&ep=8>.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). *Investigación del Comportamiento: Métodos de Investigación en las Ciencias Sociales*. México: Mc Graw Hill.

- Kulur, A., Haleagrahara, N., Adhikary, P. Y Jeganathan, P. (2009). Efecto de la respiración diafragmática sobre la variabilidad de la frecuencia cardiaca en la enfermedad cardiaca isquémica con diabetes. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 92, pp. 457-463. Recuperado el 18 de noviembre de 2009 de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2009000600008&script=sci_arttext&tIng=es.
- Londero, I. y Barbosa, J. (2006). Por que Encaminhar ao Acompanhante Terapêutico? Uma Discussão Considerando a Perspectiva de Psicólogos e Psiquiatras. *Psicologia em Estudo*, 11, pp. 259-267.
- Losiak, W. (2000). Can patterns of coping explain more? A study of coping and emotions in surgical stress. *Anxiety, stress and coping*, 14, pp. 213-235. Recuperado el 12 de mayo de 2007 de <http://www.ingentaconnect.com/content/routledg/twst/2005/00000019/00000003/art00009>
- Maté, J., Hollestein, M. y Gil, F. (2004). Insomnio, Ansiedad y Depresión en el Paciente Oncológico. *Psicooncología*, 1, pp. 211-230.
- Melzack, K. y Wall, P. (1965/1982). *This week's citation classics*. *Science*, 23, pp. 22.
- Miró, J. (2003). *Dolor Crónico. Procedimiento de Evaluación e Intervención Psicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moddeman, G. (1995). Barriers to pain management in elderly surgical patients. *Elder Care*, 61, pp 1073-1075.
- Moix, J. (1995). Efectos de la Ansiedad Prequirúrgica en la recuperación. *Clínica y Salud*, 6, pp. 203 – 215. Recuperado el 10 de enero de 2009 de www.webs2002.uab.es/jennymoix/cirugiaadultos/cirugiaadultos01.doc -
- Moix, J. (1997). Evaluación de la Ansiedad en la Antesala del Quirófano. *Medicina Clínica*, 108, pp. 157 – 158. Recuperado el 10 de enero de 2009 de <http://hipatia.uab.cat/jmoix/cardir1.pdf>

- Moix, J. (1999). Técnicas para reducir la Ansiedad en Pacientes Quirúrgicos. En Palmero, F. y Fernández – Abascal, E., *Emociones y Salud* (pp.125-142). Barcelona: Ariel. Recuperado el 04 de Febrero de 2009 de [http://74.125.93.132/search?q=cache:59Udy7QoAk8J:seneca.uab.es/jennymoix/cirugiaadultos/cirugiaadultospediatrica99A.doc+%EF%83%B5+Moix,+J.+ \(1999\).+T%C3%A9nicas+para+reducir+la+Ansiedad+en+Pacientes+Quir%C3%B3gicos&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx](http://74.125.93.132/search?q=cache:59Udy7QoAk8J:seneca.uab.es/jennymoix/cirugiaadultos/cirugiaadultospediatrica99A.doc+%EF%83%B5+Moix,+J.+ (1999).+T%C3%A9nicas+para+reducir+la+Ansiedad+en+Pacientes+Quir%C3%B3gicos&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx)
- Moix, J. (2005). Análisis de los Factores Psicológicos Moduladores del Dolor Crónico Benigno. *Anuario de Psicología*, 36, pp. 37-60. Recuperado el 10 de enero de 2009 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1326240>
- Moix, J., Casas, J., López, E., Quintana, C., Rivera, C. y Gil, A. (1993). Facilitación de la Recuperación Postquirúrgica a través del Suministro de Información y del Apoyo Psicológico. *Control de Calidad Asistencial*, 8, pp. 13 – 17. Recuperado el 10 de enero de 2009 de <http://hipatia.uab.cat/jmoix/cirujan2.pdf>
- Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y Descripción de las Metodologías de investigación en Psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, pp. 503-508. Recuperado el 23 de junio de 2009 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33720308.pdf>.
- Montgomery, G., David, D., Goldfarb, A., Silverstein, J., Weltz, C., Birk, J. y and Bovbjerg, D. (2003). Sources of Anticipatory Distress among Breast Surgery Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 26 (2). Recuperado el 15 de enero de 2007 de <http://www.springerlink.com/content/q6010ju372427h70/>
- Murphy, A. (1998). Reality goes under the knife. *Psychology Today*, 31(2), pp. 14. Recuperado el 15 de enero de 2007 de <http://www.psychologytoday.com/articles/199803/reality-goes-under-the-knife>
- National Cancer Institute (2002). *Cáncer de hueso, preguntas y respuestas*. Recuperado el 03 de marzo de 2007 de <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/hojas-informativas/hueso-respuestas>

- National Institutes of Health y Department of Health & Human Services (2008). *Tumores óseos*. Recuperado el 03 de marzo de 2007 de www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001230.htm - 29k -
- National Institutes of Health y Department of Health & Human Services (2009). *Presión Arterial baja*. Recuperado el 22 de junio de 2009 de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/lowbloodpressure.html>
- Oreamuno, J. (1991). Los tumores primarios de hueso. En Jaramillo, J., *El Cáncer: fundamentos de oncología, análisis de la situación en Costa Rica* (pp.703-734). Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Panagopoulou, E. y Maes, S. (2003). Social Sharing in Anticipation Of Cardiac Surgery: Who Talks More And Why. *Anxiety, Stress, and Coping*, 16 (4), pp. 417-430.
- Pérez, R., Carbonell; M. y Quiñónez, M. (2000). Influencia de la Ansiedad Prequirúrgica en la Evolución de la Cirugía de las Várices. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasculat*, 1(2), pp. 95 -100. Recuperado el 10 de enero de 2009 de http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=7106&id_seccion=794&id_ejemplar=753&id_revista=55.
- Pitiá, A. y Santos, M. (2005). Acompanhamento Terapêutico: a construção de uma estratégia clínica. *Psyche*, 18, pp. 183-184.
- Pullice G. y Rossi G. (1997). *Acompañamiento Terapéutico: Aproximaciones a su Conceptualización*. Presentación de Material Clínico. Buenos Aires, Argentina: Polemos
- Ratner D. y Morelati T. (2003). Trabalhadores de Enfermagem como Acompanhantes Terapêuticos de um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 37(1), pp.97-106. Recuperado el 27 de febrero de 2009 de <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/129.pdf>
- Ré, F. (2006). El Acompañamiento Terapéutico para el Espectro Ansiedad –

- Depresión. En Fernández, G., *Haciendo Caminos... Segundo Tramo, Guía para el Acompañamiento Terapéutico* (pp. 26-52). Argentina: Gabas.
- Reynoso L. y Seligson I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: un Enfoque Conductual*. México: Manual Moderno.
- Rico, G., Delgado, C., Estrada, E., González, R. y Pineda, N. (2007). Los dilemas en tumores óseos. *Acta Ortopédica Mexicana*, 21(6), pp. 349-353.
- Rodríguez, J. (1992). Factores Psicológicos en el Dolor Crónico. *Medicina Clínica*, 99, pp. 571 – 574.
- Rosenzweig, M. (1992). *Psicología Fisiológica*. España: McGraw Hill.
- Rubio, A. (2008). *Programa de Control de Estrés en Pacientes con Epilepsia*. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rubio-Bruno. (2006). Las reglas del operador en la comunidad terapéutica. En Fernández, G., *Haciendo Caminos... Segundo Tramo, Guía para el Acompañamiento Terapéutico* (pp. 66-75). Argentina: Gabas.
- Schajowicz, F., Ackerman, L., Adler, C., Bertoni, F., Donato de Prospero, J., Martínez, F., et, al. (1993). *Histological Typing of Bone Tumours*. Berlin: OMS, Springer-Verlag.
- Secretaría de Salud (2007). *Rendición de cuentas en Salud 2007*. Secretaría de Salud: México.
- Suárez, J. (2006). La imagen corporal y su construcción biopsicosocial. En Torices, I y Ávila, G., *Sexualidad para personas con discapacidad* (pp. 13-41). México: Trillas.
- Texas Heart Institute (2009). *Presión Arterial Alta (hipertensión arterial)*. Recuperado el 22 de junio de 2009 de http://www.texasheartinstitute.org/HIC/Topics_Esp/Cond/hbp_span.cfm
- Torices, I. (1997). *La sexualidad en los discapacitados*. México: Ediciones del instituto Mexicano de Sexología.

- Torregrosa, S. (1994). Mecanismos y Vías del Dolor. *Boletín de la Escuela de Medicina, P. Universidad Católica de Chile*, 23, pp. 202-206.
- University of Virginia (2008). *Las Emergencias No-Traumáticas Signos Vitales: Temperatura Corporal, Pulso, Frecuencia Respiratoria y Presión Sanguínea*. Recuperado el 22 de junio de 2009 de http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_nontrauma_sp/vital.cfm
- Værøy H, Juell M, Høivik B. (2003). Prevalence of Depression among General Hospital Surgical Inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, pp. 13–16. Recuperado el 2 de junio de 2007 de <http://medicaljournal.tbzmed.ac.ir/PDF/paez%2084/pdf%20eng/15.pdf>
- Vera, N. y Vila, J. (1995). Técnicas de Relajación. En Caballo, V., *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de conducta* (pp. 161-182). España: Siglo XXI.
- Villalobos, T. y Cortés, G. (2006). Disfunción sexual y discapacidad. En Torices, I y Ávila, G., *Orientación y Consejería en Sexualidad para personas con discapacidad* (pp. 125-161). México: Trillas.
- Wilson, E. (2001). Implicaciones Psicológicas del dolor crónico. En Raj, P., Abrams, B., Benson, J., Heavner, J., Niv, D., Parris, W., Rauck, R. y Stanton-Hicks, M., *Tratamiento Práctico del Dolor* (pp. 332- 346). España: Harcourt Brace-Elsevier.
- Yale Medical Group (2005). *Los Trastornos de los Huesos* Recuperado el 03 de marzo de 2007 de <http://ymghealthinfo.org/content.asp?pageid=P0324>
- Yaria, J. (2006). El Acompañamiento Terapéutico en la rehabilitación de Adicciones. En Fernández, G., *Haciendo Caminos... Segundo Tramo, Guía para el Acompañamiento Terapéutico* (pp. 15-25). Argentina: Gabas.

ANEXO 1

PROCEDIMIENTO DETALLADO DE INTERVENCIÓN EN CIRUGÍA

ESTUDIO 1.

PROCEDIMIENTO DE ENTRENAMIENTO EN RESPIRACIÓN PROFUNDA

a) Durante la consulta externa o ingreso:

- a. Se presentó el terapeuta con el paciente
- b. Se explicó al paciente el objetivo y actividades a realizar por el psicólogo en el servicio de tumores óseos
- c. Se establecieron componentes de relación.

b) Durante la Estancia en piso o en consulta externa, previa a la cirugía.

- a. Educación para la salud: Se proporcionó información en relación a la ansiedad y el dolor, así como el impacto que tiene la relajación en el control de estos. Se proporcionó educación en relación a la respiración diafragmática y se entrenó en esta técnica.
- b. Entrenamiento en relajación profunda: Una vez que el paciente tenía los conocimientos teóricos, se llevó a cabo un primer ejercicio de relajación. Se mantuvo al paciente atento en su respiración lenta durante 3 minutos aproximadamente, mientras se concentraba en la sensación de relajación. Se llevaban a cabo aproximadamente 3 respiraciones profundas, manteniendo el ejercicio durante 15 minutos.
- c. Se pidió al paciente practicar el ejercicio mínimo 2 veces, dependiendo del tiempo disponible (pues algunos pacientes se encontraban hospitalizados durante un mes o bien, el día anterior a la cirugía).

- d. Se registraron los signos vitales del expediente clínico

5 Durante la estancia en quirófano

- a. El terapeuta no asistió a cirugía. En caso de que hubiese sido llamado por el médico adscrito, se mantuvo una distancia prudente con el paciente (mínimo un metro, tratando de que el paciente no notara la presencia del terapeuta).
- b. Se tomaron los signos vitales del paciente del expediente clínico.

PROCEDIMIENTO DE ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO:

a) Durante la consulta externa o ingreso:

- a. Se presentó el terapeuta con el paciente
- b. Se explicó al paciente el objetivo y actividades a realizar por el psicólogo en el servicio de tumores óseos
- c. Se establecieron componentes de relación.

b) Durante la estancia en piso o en consulta externa, previa a la cirugía.

- a. Educación para la salud: Se proporcionó información en relación a la ansiedad y el dolor,
- b. Se registraron los signos vitales del expediente clínico

c) Durante la estancia en quirófano

- a. Se mantuvo a máximo 30 centímetros del paciente durante toda su estancia en preanestesia, quirófano y recuperación.
- b. Se realizó dispersión de la atención.
- c. Se tomaron los signos vitales del paciente del expediente

clínico.

PROCEDIMIENTO DE ENTRENAMIENTO CON ACOMPAÑAMIENTO

a) Durante la consulta externa o ingreso:

- a. Se presentó el terapeuta con el paciente
- b. Se explicó al paciente el objetivo y actividades a realizar por el psicólogo en el servicio de tumores óseos
- c. Se establecieron componentes de relación.

b) Durante la estancia en piso o en consulta externa, previa a la cirugía.

- a. Educación para la salud: Se proporcionó información en relación a la ansiedad y el dolor, así como el impacto que tiene la relajación en el control de estos. Se educó en la respiración diafragmática y se entrenó esta conducta.
- b. Entrenamiento en relajación profunda: Una vez que el paciente tenía los conocimientos teóricos, se llevó a cabo un primer ejercicio de relajación. Se mantuvo al paciente atento en su respiración lenta durante 3 minutos aproximadamente, mientras se concentraba en la sensación de relajación. Se llevaban a cabo aproximadamente 3 respiraciones profundas, manteniendo el ejercicio durante 15 minutos.
- c. Se pidió al paciente practicar el ejercicio mínimo 2 veces, dependiendo del tiempo disponible (pues algunos pacientes se encontraban hospitalizados durante un mes o bien, el día anterior a la cirugía).
- d. Se registraron los signos vitales del expediente clínico

c) Durante la estancia en quirófano

- a. Se mantuvo a máximo 30 centímetros del paciente

durante toda su estancia en preanestesia, quirófano y recuperación.

- b. Se guió la relajación con el paciente durante la estancia en preanestesia, el camino al quirófano y la aplicación de anestesia. Se realizó dispersión de la atención y reestructuración cognitiva.
- c. Se tomaron los signos vitales del paciente del expediente clínico.

ANEXO 2.

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA”

CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

La Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social desarrolla acciones vinculadas con las funciones sustantivas de docencia, investigación y servicio. Uno de los centros destinados para este propósito es el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Dicho centro se encuentra ubicado en el sótano del Edificio “D” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria. Es el primer Centro de atención fundado en la Facultad de Psicología en 1983, con el objetivo de brindar atención psicológica a la comunidad universitaria y a público en general. El servicio es abierto a todo público, en un horario de 8 a.m. a 8 p.m. de lunes a viernes.

La Misión y Visión del Centro actualmente han quedado establecidas de la siguiente manera (Facultad de Psicología, 2007):

Misión

Contribuir a la formación y actualización del estudiante de Psicología a través de los diferentes programas y proyectos de investigación en la atención psicológica que se brinda, siendo ésta de carácter Preventivo, de Tratamiento y Rehabilitación, certificados con calidad, excelencia y trato digno con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del Centro.

Visión

Ser en México, la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mejor capacidad resolutoria, al ofrecer al estudiante de psicología una mayor diversidad de programas y proyectos de investigación, organizados y sistematizados, que favorezcan una formación integral de manera humanística, ética y científica, con personal académico altamente calificado y con tecnología de vanguardia para trascender a nivel nacional.

Este centro ofrece formación supervisada para los estudiantes tanto de licenciatura como de posgrado en diferentes corrientes psicológicas. Se proporciona servicio terapéutico en forma individual, grupal, de familia o pareja, y diferentes talleres a los estudiantes y trabajadores de la Universidad, y al público en general y se cuenta con programas de tratamiento en adicciones, enfermedades cardiovasculares y dolor crónico.

Es aquí en donde se encuentra inserto el Programa de Atención Psicológica a Pacientes Crónico Degenerativos, a cargo de la Psic. Rebeca Sánchez Monroy, el cual da cabida a estudiantes residentes de la Maestría en Medicina Conductual.

NIVEL DE ATENCION

La sede se ubica en tanto primer, segundo y tercer nivel de atención

SERVICIOS DE LA SEDE

Terapia familiar

Terapia individual

Terapia de pareja

Evaluación infantil

Bio feed back

Terapia para adolescentes

Terapia psicodinámica

Terapia conductual infantil

Atención psicológica para enfermos crónico degenerativos

UBICACIÓN DEL RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL EN LA SEDE

Me encontraba ubicada en el “Programa de Atención Psicológica para Enfermos Crónico Degenerativos”, en un horario de 8:30 a 14:00 hrs, de lunes a viernes, del 1 de marzo de 2006 al 28 de febrero del 2007.

Dicho programa se encarga de apoyar al centro en el servicio de preconsulta general a los solicitantes del servicio, así como evaluación y canalización, además el tratamiento para los pacientes específicos del programa.

CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

El programa de atención al usuario, se encuentra estructurado en una serie de etapas que abarcan desde la recepción de la solicitud del paciente hasta su alta, mismo que se desarrolla en cascada de acuerdo con la jerarquía del centro.

ACTIVIDADES DIARIAS DEL RESIDENTE

Proceso de Evaluación

1. Entrevista de exploración. Se realiza la entrevista de exploración para obtener una impresión diagnóstica del caso.
2. Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos de evaluación diagnóstica.
3. Elaboración del reporte de evaluación diagnóstica.
4. Elaboración del plan de tratamiento.
5. Entrevista de diagnóstico y plan de tratamiento.

Área de Preconsulta

Entrevista de exploración. (Preconsulta)

La entrevista de exploración o preconsulta tiene una duración aproximada de 20 minutos, en la que se lleva a cabo el siguiente procedimiento:

Establecimiento de componentes de relación.

1. Se presenta el terapeuta y se le dirige al cubículo de entrevista.
2. Se indica al paciente el objetivo de la entrevista.
3. Corroboración de datos generales.
4. Se aborda motivo de consulta expresado en la solicitud, con la finalidad de identificar el (los) problema(s) del paciente.

5. Dar prioridad y seleccionar el problema principal definiéndolo en términos cognitivos y conductuales (topografía de la conducta).
6. Exploración de intentos previos para solucionar el problema, esto permite tener un indicio del tipo de afrontamiento que tiene el paciente.
7. Se exploran las áreas personales que han sido afectadas por la problemática.

Área de canalización:

1. Recepción de solicitudes debidamente requisitadas
2. Análisis de las solicitudes y elaboración de sugerencias de canalización.
3. Supervisión de las canalizaciones y elaboración de la canalización final.
4. Atención al paciente canalizado y entrega de la mismas

Actividades Académicas

Sesiones de supervisión clínicas los días lunes.

Presentación de sesiones clínicas los días jueves.

Presentación de casos clínicos los días viernes.

Como actividades en paralelo, se asistió y apoyó durante el V Encuentro de los Centros y Programas de Servicios a la Comunidad: "La Psicología, un Caleidoscopio". 4 y 5 de abril del 2006. Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria.

RECURSOS HUMANOS

2 Residentes de medicina conductual

Prestadores de servicio social

Tesistas

Voluntarios

LINEAS DE AUTORIDAD

En el Centro de Servicios Psicológicos, se sigue con una línea de autoridad en

cascada. Esto es, que los R-2 le reportan a la jefa de servicio, estos a su vez supervisan a los R-1 y los R-1 a los R-0. De igual forma, los R-1 supervisan tanto a los voluntarios como a los tesistas y prestadores de servicio social.

Dicha supervisión, se realizaba utilizando un modelo específico (Figura 33):

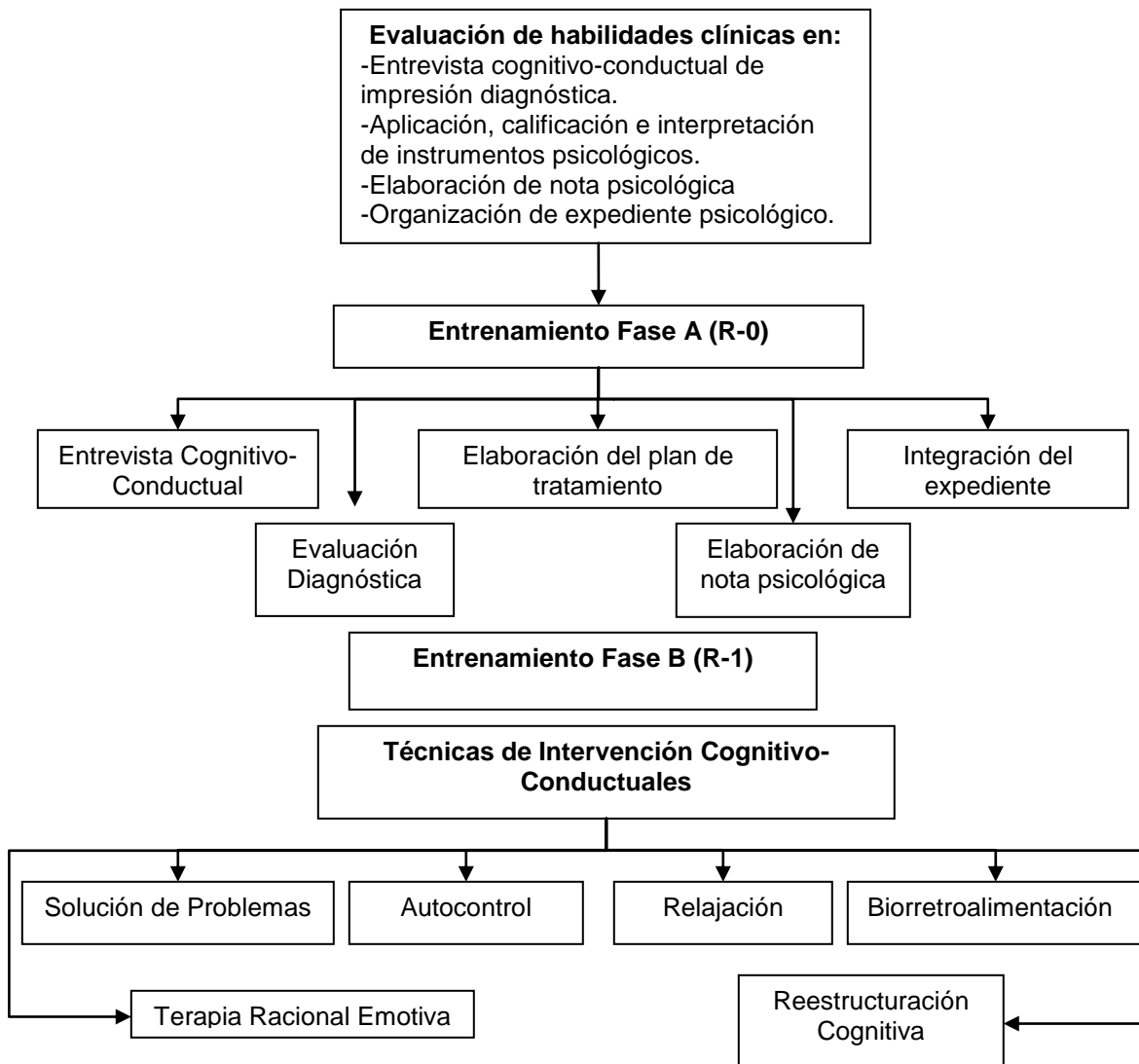


Figura 33. MODELO DE ENTRENAMIENTO Y SUPERVISIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A ENFERMOS CRÓNICO DEGENERATIVOS

SUPERVISOR IN SITU

Psic. Rebeca Sánchez Monroy

SUPERVISOR EX SITU (ACADÉMICO)

Psic. Rebeca Sánchez Monroy.

PACIENTES ATENDIDOS

Las solicitudes enviadas al servicio, eran canalizadas nuevamente a los terapeutas en formación. Dicha asignación, se llevaba a cabo dependiendo de las necesidades e intereses de cada uno (dado tema de tesis, proyecto de investigación u otros motivos) (Tabla 3).

Tabla 3. Características de los 22 pacientes atendidos (sexo, edad, padecimiento, tratamiento y número de sesiones) durante el período del 1 de marzo del 2006 al 28 de febrero de 2007

Sexo	Edad	Padecimiento	Tratamiento Entrenamiento	Número de sesiones
Hombre	28	Ansiedad	Relajación	5
Hombre	24	Enojo	Control del enojo	9
Hombre	22	Esquizofrenia	Autocontrol	10
Hombre	18	Sexualidad	Autocontrol	3
Hombre	20	Sexualidad	Autocontrol	10
Mujer	36	Esterilidad	Resolución de problemas	8
Hombre	17	Esquizofrenia	Autocontrol	10
Mujer	38	Sexualidad y ansiedad	Relajación	10
Hombre	24	Sexualidad y enojo	Autocontrol	6
Mujer	29	Feocromocitoma	Control de ansiedad	10
Hombre	19	Sexualidad	Autocontrol	7
Hombre	41	Enojo y celotipia	Control del enojo	12
Hombre	24	Esquizofrenia	Autocontrol	15

Hombre	35	Déficit en resol. de problemas	Resolución de problemas	8
Mujer	47	Depresión y diabetes	T. Cond./diabetes	10
Hombre	49	Impotencia y estrés	Autocontrol y relajación	4
Hombre	22	Sexualidad	Autocontrol	5
Hombre	20	Sexualidad	Autocontrol	8
Hombre	19	Sexualidad	Autocontrol	4
Hombre	25	Sexualidad	Autocontrol	6
Hombre	24	VIH	Mod. / manejo VIH	3
Hombre	19	Sexualidad	Autocontrol	6

De igual forma, se realizaron supervisiones a 9 casos de estudiantes de servicio social. En la tabla anterior no se contabilizan los pacientes a los que se les realizaron preconsultas ni los que se evaluaron únicamente. Bajo este rubro, se realizaron 20 evaluaciones y 130 entrevistas de primera vez.

ANEXO 3.

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

|

CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), es una Institución única en su género en México y América Latina, su misión es abatir la incidencia de discapacidad (<http://www.inr.gob.mx/g20.htm>).

El Instituto Nacional de Rehabilitación, es la culminación del esfuerzo, que desde 1973, inició la Secretaría de Salud y Asistencia y el Gobierno de la República Mexicana. Para lograr sus fines, esta institución se cimenta en el Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE). Su principal objetivo es ofrecer a la población en general (niños, jóvenes, adultos y tercera edad), una institución que les asegure obtener soluciones eficaces, ante las diferentes discapacidades que afectan a la población de todo el país bajo el lema: "Ante Necesidades Específicas, Soluciones Concretas" (<http://www.inr.gob.mx/g20.htm>).

NIVEL DE ATENCION

Se encuentra en el tercer nivel de atención.

SERVICIOS DE LA SEDE

La sede se divide en tres servicios, que se muestran a continuación:

Ortopedia:

Cirugía de Columna

Cirugía de Mano

Deformidades Neuromusculares

Infecciones Óseas

Ortopedia del Deporte y Artroscopia

Ortopedia Pediátrica

Reconstrucción Articular

Reumatología

Tumores Óseos

Traumatología

Unidad de Cuidados Intensivos

Urgencias

Rehabilitación:

Rehabilitación de Amputados

Rehabilitación Cardíaca

Rehabilitación de Columna

Rehabilitación del Deporte

Rehabilitación de Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) y Traumatismo Craneoencefálico (TEC)

Rehabilitación Geriátrica

Rehabilitación Laboral e Integral

Rehabilitación de Lenguaje

Rehabilitación de Lesión Medular

Rehabilitación Osteoarticular

Rehabilitación Respiratoria

Clínica de Distrofias Musculares

Clínica de Osteoporosis

Electromiografía y Potenciales Evocados

Malformaciones Congénitas

Neurología

Parálisis Cerebral Infantil y Estimulación Temprana

Prótesis y Órtesis

Terapia Física

Terapia Ocupacional

Medicina del deporte

Comunicación Humana:

Audiología

Patología del Lenguaje

Foniatría

Otoneurología

Psicología de la Comunicación Humana

Terapia de Lenguaje

Terapia de Aprendizaje

Terapia de Voz

Terapia de Audición

Oftalmología

Otorrinolaringología

UBICACIÓN DEL RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL EN LA SEDE

El residente de medicina conductual se encuentra ubicado en el servicio de tumores óseos, del área de ortopedia.

El servicio cuenta con ocho camas de hospitalización, un consultorio de consulta externa, una sala de juntas y una sala de quirófano cuatro veces por semana (<http://www.inr.gob.mx/o09.htm>).

Es un servicio de alta especialidad cuya función es tratar pacientes portadores de neoplasias músculo-esqueléticas benignas y malignas, localizadas a

extremidades y pelvis. Los tratamientos están disponibles para ambos sexos y personas en cualquier rango de edad, incluyendo la resección y reconstrucción del segmento afectado y quimioterapia. Dentro de sus funciones, también incluye investigar nuevos métodos terapéuticos para el tratamiento de las neoplasias, desarrollo de prótesis, formación de recursos humanos de alta especialidad, consulta externa y cirugía ortopédica-oncológica (<http://www.inr.gob.mx/o09.htm>).

RECURSOS HUMANOS

Jefe de servicio

2 Médicos adscritos

2 Trabajadoras sociales

2 Asistentes administrativas

1 Jefa de enfermeras

16 Enfermeras de base

LINEAS DE AUTORIDAD

Las líneas de autoridad se muestran en la figura siguiente (Figura 34):

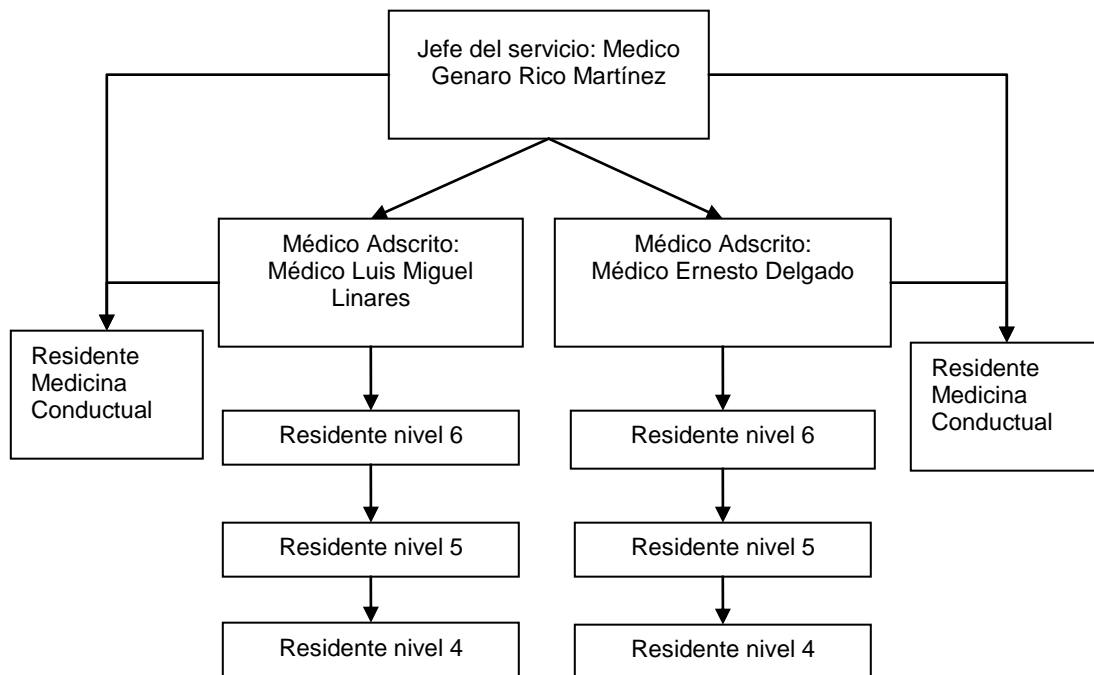


Figura 34. Líneas de Autoridad en el Instituto Nacional de Rehabilitación

SUPERVISOR IN SITU

No había

SUPERVISOR EX SITU (ACADÉMICO)

No había

ACTIVIDADES EN EL SERVICIO

Durante el periodo de 1º de marzo de 2007 al 29 de febrero de 2008, se llevó a cabo el siguiente programa de actividades diarias:

Actividades en piso:

1. Entrada 8 a.m.
2. Pase de visita 8:30 a.m.
3. Asistencia a sesión clínica y presentación de casos (lunes 11 a.m.)

4. Valoración e intervenciones psicológicas a pacientes hospitalizados, prioritarios pacientes oncología médica, pacientes programados a cirugía radical, pacientes programados a biopsia, bajo protocolo de estudio, y familiares de pacientes.
5. Intervenciones psicológicas programadas con pacientes bajo tratamiento médico.
6. Atención a interconsultas solicitadas por otros servicios.
7. En todos los casos atendidos, la nota psicológica se redactó en el expediente electrónico.

Actividades en Consulta Externa:

1. Consulta externa 9:30 en el día asignado.
2. Conocimiento de casos clínicos.
3. Intervención en crisis a pacientes o familiares cuando el caso lo ameritara.
4. Intervenciones psicológicas programadas con pacientes bajo tratamiento médico
5. En todos los casos atendidos las notas iniciales y de evolución se redactaron en el expediente electrónico.
6. Apoyo durante la consulta de Oncología Médica (Viernes 10 a.m.)
7. Apoyo durante la consulta de Ortopedia Oncológica.
8. Apoyo en las actividades de investigación llevadas a cabo en el servicio.

Actividades en Quirófano:

1. Acompañamiento terapéutico.
2. Seguimiento de técnicas de relajación.

Actividades en Hospitalización de Tumores Óseos:

- 1 Valoración de pacientes

2 Sesiones terapéuticas

3 Seguimiento de pacientes

PACIENTES ATENDIDOS

Durante la estancia en la residencia, se tuvo la oportunidad de realizar procedimientos de intervención de diversa índole. Estos tratamientos permitieron la adquisición de habilidades y herramientas de intervención, tanto grupal como individual. Muchas de estas herramientas fueron adquiridas en el proceso de integración a la maestría, sin embargo, hubo otras tantas que fueron necesarias adquirir y especializar durante la misma (tabla 4).

Tabla 4. Características de los 40 pacientes atendidos (sexo, edad, padecimiento, tratamiento y número de sesiones) durante el período 1 de marzo del 2007 al 29 de febrero de 2008

Sexo	Edad	Diagnóstico	Tratamiento Entrenamiento	Número de sesiones
Hombre	38	Ansiedad pareja	Relajación	3
Hombre	13	Osteosarcoma en pelvis	Educación para la salud y enfrentamiento	2
Hombre	54	Mieloma Múltiple	Educación para la salud y enfrentamiento	6
Mujer	24	Amputación por malformaciones	Educación para la salud y enfrentamiento	20
Hombre	14	Osteosarcoma	Entrenamiento en autocontrol	6
Mujer	12	Osteosarcoma	Educación para la salud y enfrentamiento	8
Mujer	29	Osteosarcoma	Educación para la salud, enfrentamiento y duelo.	18

Mujer	56	Encondroma	Entrenamiento en relajación	4
Hombre	10	Quiste óseo simple	Educación para la salud y enfrentamiento	3
Mujer	34	Tumor de células Gigantes	Acompañamiento	8
Mujer	42	Linfoma maligno	Educación para la salud y enfrentamiento	10
Mujer	23	Tumor de células gigantes	Educación para la salud y enfrentamiento	4
Mujer	19	Displasia fibrosa	Manejo del dolor	3
Mujer	29	Neurodermico Primitivo	Educación para la salud, enfrentamiento y duelo.	10
Mujer	19	Osteosarcoma	Educación para la salud y enfrentamiento	15
Mujer	76	Adenocarcinoma	Educación para la salud, enfrentamiento y duelo	8
Hombre	60	Hemangioma	Educación para la salud y enfrentamiento	9
Hombre	50	Fibrosarcoma	Educación para la salud y enfrentamiento	4
Hombre	22	Osteosarcoma	Educación para la salud y enfrentamiento	3
Mujer	44	Osteosarcoma	Educación para la salud y enfrentamiento	10
Hombre	19	Sarcoma Sinovial	Educación para la salud, enfrentamiento y duelo.	17
Hombre	52	Mieloma Múltiple	Educación para la salud y enfrentamiento	9
Hombre	20	Condroblastoma	Educación para la salud y enfrentamiento	4
Mujer	25	Osteomielitis	Educación para la salud y enfrentamiento	7
Mujer	26	Tumor de células gigantes	Control de la ansiedad	6
Hombre	52	Plasmocitoma	Educación para la salud y enfrentamiento	32

Hombre	6	Sarcoma de Ewing	Educación para la salud y enfrentamiento	5
Hombre	59	Plasmocitoma	Educación para la salud y enfrentamiento	10
Mujer	47	Encondroma	Educación para la salud y enfrentamiento	12
Hombre	18	Osteosarcoma	Manejo del enojo	9
Mujer	67	Cáncer renal	Educación para la salud y enfrentamiento	19
Hombre	16	Osteosarcoma	Educación para la salud y enfrentamiento	15
Hombre	26	Osteosarcoma	Educación para la salud y enfrentamiento	10
Mujer	25	Osteosarcoma	Educación para la salud y enfrentamiento	8
Hombre	51	Metástasis de cáncer renal	Educación para la salud y enfrentamiento	7
Hombre	28	Sarcoma de Ewing	Educación para la salud, enfrentamiento y duelo.	6
Hombre	52	Condrosarcoma	Educación para la salud y enfrentamiento	28
Mujer	30	Osteosarcoma	Educación para la salud y enfrentamiento	24
Hombre	56	Metástasis de cáncer de mama	Educación para la salud, enfrentamiento.	
Mujer	28	Osteosarcoma	Manejo del dolor	8

En la tabla sólo se muestran los pacientes con los que se llevó a cabo una intervención breve y se realizó seguimiento. Se eliminaron los pacientes a los que se brindó apoyo en intervención en crisis y a los que se realizó seguimiento. Dentro de este rubro, se realizaron intervenciones breves con 80 pacientes sin seguimiento y 2 intervenciones en crisis. Asimismo, se llevó a cabo una sesión de terapéutica de balance decisonal con una familia.

También se llevó a cabo un taller con enfermeras quirúrgicas, con el fin de entrenarlas en inoculación de estrés. El grupo estuvo integrado por 20 enfermeras del área de quirófano, se realizaron dos talleres de 7 sesiones cada uno, se realizó evaluaron pre y post pero debido a variables extrañas (vacaciones, permisos, poca disponibilidad de horario, etc.) no se cuenta con las medidas completas de las asistentes pues ninguna tomó el taller en su totalidad.

Como parte del apoyo a otros servicios, se realizaron varias interconsultas. Así, para el servicio de Traumatología se realizó una interconsulta (el tratamiento se llevó a cabo con la cuidadora primaria y fue educación para la salud y reestructuración cognitiva); de deformidades neuromusculares una intervención ante la amputación de ambos miembros; de la clínica de amputados se realizó una evaluación protésica y de infecciones óseas una interconsulta ante la amputación de miembros.

Asimismo, dentro de las actividades académicas se participó exponiendo diversos casos en las sesiones clínicas del servicio, al igual que se participó en tres ocasiones distintas en las Sesiones Generales del hospital (Cuadro 3).

Cuadro 3. Casos expuestos en el Servicio de Tumores Óseos.

Sesiones Clínicas del Servicio	Sesiones Generales del Hospital
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aspectos psicológicos de paciente candidata a hemipelvectomía ❖ Aspectos psicológicos de paciente con Sarcoma Sinovial ❖ Resiliencia y su impacto en el tratamiento del oseosarcoma, caso de una paciente ❖ Aspectos psicológicos del paciente con osteosarcoma recidivante ❖ Aspectos psicológicos de la paciente con tumor ectodérmico primitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aspectos psicológicos del paciente con osteosarcoma recidivante, acompañando al servicio de imagenología. ❖ Aspectos psicológicos del paciente con Osteosarcoma de Ewing. ❖ Aspectos psicológicos y manejo psicológico del paciente con tumor neuroectodérmico primitivo y amputación de miembro torácico.

