



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE OSTEOSARCOMA TRATADOS CON
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CONSERVADORES VERSUS
PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS RADICALES.**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ELIZABETH PEÑA FERNÁNDEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. ARIEL VITE SIERRA

COMITÉ TUTORIAL: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA

MÉXICO, D.F.

MAYO 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A la Universidad Nacional Autónoma de México.

Al programa de becas CONACYT.

A mi comité tutorial integrado por: Dr. Ariel Vite Sierra, Dr. Samuel Jurado Cárdenas, Mtra. Ma. Cristina Bravo González, Mtro. Leonardo Reynoso Erazo y Dr. Juan José Sánchez Sosa.

A los pacientes que participaron en el estudio.

A mis padres, por enseñarme principios éticos y morales.

A Pepe, por tu incesante apoyo y por motivarme para conseguir nuestras metas.

A Moni por tu apoyo incondicional.

Dedicatoria:

A mis hermanos y sobrinos, con el deseo enorme de que alcancen todos sus sueños.

A Iñaki.

A Pepe, por tu confianza en mis decisiones.

ÍNDICE

Reporte de experiencias profesionales del primer año de residencia.....	01
Descripción de la sede del primer año de residencia (Hospital Juárez de México).....	06
Características principales del cáncer.....	07
Objetivos específicos de la Residencia en Medicina Conductual en la unidad de oncología.....	09
Actividades académicas del segundo semestre.....	13
Actividades académicas del tercer semestre.....	13
Tablas de productividad del primer año de Residencia.....	16
Caso clínico.....	27
Reporte de experiencias profesionales del segundo año de residencia.....	34
Características principales de los tumores óseos.....	34
Diagnóstico de los tumores óseos.....	38
Tratamiento de los tumores óseos.....	39

Aspectos psicológicos en pacientes con Tumores óseos.....	40
Objetivos generales de la residencia en medicina conductual en el servicio de Tumores óseos.....	41
Tablas de productividad del segundo año de residencia.....	45
 Protocolo de investigación del segundo año de residencia	
"Comparación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de osteosarcoma tratados con procedimientos quirúrgicos conservadores versus procedimientos quirúrgicos radicales".....	53
Introducción.....	53
Método.....	65
Participantes.....	65
Instrumento.....	65
Procedimiento.....	65
Resultados.....	68
Discusión.....	83
Referencias.....	88
Anexo 1 InCaViSa.....	93

REPORTE DE EXPERIENCIAS PROFESIONALES DEL PRIMER AÑO DE RESIDENCIA.

MEDICINA CONDUCTUAL

La medicina conductual es el campo multidisciplinario enfocado en los aspectos conductuales y sociales de las enfermedades físicas, principalmente las crónico degenerativas.

La suposición básica en la que se fundamenta la medicina conductual como disciplina es que los cambios en comportamiento y en estilo de vida pueden mejorar la salud, prevenir la enfermedad y reducir los síntomas de la misma. Los cambios en el comportamiento pueden ayudar a las personas a sentirse mejor física y emocionalmente, mejorar su estado de salud, aumentar sus habilidades de cuidado personal y mejorar sus habilidades para vivir con una enfermedad crónica. Las intervenciones en medicina conductual pueden mejorar también la efectividad de la intervención médica, así como ayudar a reducir la sobreutilización del sistema de atención a la salud y sus costos asociados (Rodríguez, 1984)

En nuestro país, el perfil epidemiológico muestra un creciente incremento en las enfermedades crónicas, particularmente las cardiovasculares y la diabetes (Secretaría de Salud, 2003), lo que hace necesario el desarrollo de recursos humanos especializados que contribuyan con los esquemas de intervención e investigación para atender esta creciente problemática, empleando las estrategias derivadas de la psicología aplicada a la salud, en particular aquellas relacionadas con el enfoque cognitivo-conductual.

El objetivo general de la residencia en medicina conductual fue desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en salud, desde una perspectiva multidisciplinaria.

Entre las áreas de intervención e investigación que se desarrollan en la residencia en medicina conductual están: Enfermedad cardiovascular, dolor relacionado a enfermedad, dolor

de cabeza, asma, VIH/SIDA, cáncer, rehabilitación, enfermedad pulmonar, presión arterial alta, dolor crónico, diabetes, etc.

En el área de medicina conductual se parte del hecho de que los comportamientos y las cogniciones afectan la salud de las personas, como ejemplos de lo anterior se encuentra:

- Prevención del establecimiento de una enfermedad.
- Fortalecimiento de la respuesta inmune.
- Disminución de la presión arterial.
- Mejorar la calidad de vida.
- Decremento del dolor
- Aumento de la relajación
- Aumento de la capacidad funcional.

Entre las estrategias exitosas de cambio conductual relacionadas con la salud que se desarrollan en la Residencia en Medicina Conductual, se tiene:

Cambios en estilos de vida: Se basa en una serie de cambios como el mejoramiento en la nutrición aumento de la actividad física, dejar de fumar, uso apropiado de los medicamentos, prácticas sexuales seguras, prevención y reducción del consumo de drogas y alcohol.

Entrenamiento: Afrontamiento, relajación, monitoreo, manejo del estrés, administración del tiempo, manejo del dolor, solución de problemas, habilidades de comunicación, establecimiento de prioridades.

Apoyo Social: Educación grupal, apoyo y entrenamiento del responsable de los cuidados (familiares y personales de salud), desarrollo de redes de apoyo.

Lo anterior se lleva a cabo en escenarios de Entrenamiento (Institutos Nacionales y Hospitales de la Secretaria de Salud) proporcionando atención psicológica a los pacientes que se estén

atendiendo en dichas sedes. Las sedes participantes para el primer año de residencia son:

- Hospital Juárez de México: Servicios de Medicina Interna, Nefrología, Trasplante, Hematología y Oncología.
- Hospital Atizapán: Medicina Interna y Ginecología y obstetricia.

Las sedes participantes para el segundo año de residencia son:

- Instituto Nacional de Cancerología: Psicooncología y Clínica del dolor.
- Instituto Nacional de Rehabilitación: Tumores óseos.
- Instituto Nacional de Nutrición: Clínica del dolor y cuidados paliativos y psicología.
- Instituto Nacional de Pediatría: Maltrato infantil y cuidados paliativos.

La evaluación principal del estudiante se realiza por medio de informes semestrales de actividades de la residencia, esta evaluación se complementa con las de los cursos, talleres y seminarios a los que se fue expuesto; así como con la evaluación de informes escritos, seguimiento de la actividad de los alumnos por medio de listas de cotejo o guías de observación, pruebas de ejecución para evaluar habilidades y destrezas, interrogatorios sobre temas específicos, evaluación del trabajo clínico ante pacientes, cuestionarios de auto evaluación, etc. Finalmente se contempla que los supervisores in situ hagan una evaluación mensual de la actuación del residente en los escenarios hospitalarios mediante los formatos de:

- Adquisición y dominio de competencias profesionales.
- Evaluación de características conductuales profesionales.
- Registro para el supervisor de las asesorías impartidas.

Actividades realizadas durante el primer semestre de la Maestría en Medicina Conductual.

El primer semestre de la maestría estuvo organizado por un lado en talleres que en su conjunto forman un curso propedéutico y por otro en materias de tronco común. El objetivo del curso propedéutico fue proporcionar un marco de referencia que sirviera como sustento al alumno para unificar los conocimientos de las técnicas cognitivo conductuales aplicadas a los ambientes hospitalarios.

Los talleres que integraron el curso propedéutico fueron impartidos en el periodo de agosto a septiembre de 2007 y se nombran a continuación.

Talleres del curso propedéutico:

1. Introducción
2. Adhesión terapéutica
3. Entrevista motivacional: fomentando el autocontrol y la autoeficacia en el manejo del paciente con enfermedad crónica.
4. Introducción a la evaluación cognitivo-conductual.
5. Comportamiento en los hospitales
6. Medicina conductual, escenario médico y trabajo en equipo.
7. Evaluación y manejo de la depresión hospitalaria o secundaria a problema médico.
8. Psicocorporal
9. Conceptos médicos generales y lenguaje médico
10. Práctica de entrevista, manejo de expediente clínico, manejo de notas clínicas, sistemas de diagnóstico DSMIV y CIE10
11. Terapia racional emotiva y terapia breve.

12. Dolor y su manejo
13. Calidad de vida en ancianos
14. Terapia cognitiva
15. Evaluación y tratamiento del estrés en hospitales
16. Biofeedback
17. Dolor crónico y cuidados paliativos
18. Intervención en crisis

A continuación se muestran las materias de tronco común que se llevaron durante el primer semestre. Dichas materias tuvieron por objetivo proporcionar un conocimiento general sobre el estado actual de las enfermedades crónico-degenerativas en México y el mundo, así como ampliar las habilidades del alumno necesarias para desarrollar un protocolo de investigación aplicada.

Materias de tronco común del primer semestre:

Métodos de investigación aplicada I

Medición y evaluación I

Teorías y modelos de intervención en Medicina Conductual I

Programa de residencia en Medicina Conductual I

Como parte de las actividades del primer semestre, se organizaron visitas guiadas a los diferentes servicios de los hospitales sede para el primer año de residencia. Las visitas se realizaron a partir del 3 de septiembre del 2007 en equipos de dos integrantes por servicio. Se acudió en primer lugar al Hospital General de Atizapán a los servicios de ginecología y obstetricia y medicina interna respectivamente. Posteriormente se acudió al Hospital Juárez de México a los servicios de pediatría, medicina interna, hematología, oncología, trasplante y nefrología.

Al término del primer semestre de la maestría se realizaron las asignaciones de los estudiantes a los diferentes servicios de los dos hospitales sede para el primer año de residencia.

Descripción de la sede del primer año de residencia

El Hospital Juárez de México, está organizado en tres direcciones: Dirección médica, Dirección de investigación y enseñanza y la Dirección Administrativa. De la Dirección médica dependen los diversos servicios de especialidad y subespecialidad médica, entre estas se encuentra la unidad de oncología.

La oncología es la subespecialidad médica encargada de la detección y tratamiento del cáncer. En oncología se presta el servicio de consulta externa, hospitalización, quimioterapia, radioterapia y cirugía oncológica. La unidad cuenta con las siguientes facilidades: control de pacientes y sala de espera, salas de medicina nuclear, simulador, aplicación de radioterapia y braquiterapia, un área conocida como el Bunker donde se ubica la bomba de cobalto, consultorios, oficinas y camas para hospitalización. En la unidad de oncología se ofrece atención médica y psicológica a pacientes con cáncer y a sus familiares.

El servicio de oncología está dividido por clínicas, dependiendo de la localización corporal de los tumores.

En la clínica de Oncología ginecológica, se abordan los tumores que se encuentran ubicados en el órgano reproductor femenino, por ejemplo: cáncer cérvico uterino, tumores de ovario, de endometrio, vulva, vagina, etc.

En la clínica de Oncología-mama, se abordan los tumores que se encuentran en los senos, tanto femeninos como masculinos, aunque éstos últimos se presentan con menor frecuencia.

En la clínica de Oncología de cabeza y cuello, se tratan las tumoraciones ubicadas en el rostro (cavidad nasal, cavidad

Son dos las propiedades principales que diferencian a los tumores malignos de los benignos, la invasividad local y las metástasis. La invasividad local es la capacidad de infiltrar la estructura anatómica que originó al tumor, así como los órganos y tejidos contiguos. Esta característica casi nunca la observan las malformaciones benignas, que a menudo experimentan un crecimiento expansivo sin invasión de los tejidos adyacentes. El rasgo distintivo más notable de los tumores malignos es su capacidad para emitir metástasis, esto es, la propiedad de las células neoplásicas para diseminarse a distancia. Esta característica depende de la permeabilidad de los vasos linfáticos y sanguíneos a células neoplásicas, lo cual posibilita que éstas ingresen a la vasculatura y drenaje de órganos y tejidos distantes (DeVita, 2008).

En el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) se revisaron los expedientes clínicos del Registro Hospitalario de Cáncer del 2000 al 2004. Se registraron 19 264 neoplasias malignas confirmadas histológicamente. En hombres se presentó el 35.4% de los casos, siendo los tumores de mayor frecuencia: testículo 3.9%, próstata 2.7%, estómago 2.1% y otras neoplasias malignas de piel (2.1%). En mujeres fue el 64.6% de los casos, con las siguientes frecuencias: mama 17.5%, cuello uterino 14.7%, ovario 3.9% y otras neoplasias malignas de piel 2.9%. Por grupo de edad, el 24.3% ocurrió en menores de 40 años, y el 40.1% fue de 40 a 59 años. En cuanto al sexo y grupo de edad, en hombres, el más afectado fue el de mayores de 70 años (7.1%) y en mujeres fue el de 40 a 49 años (15.3%). Morfológicamente, el carcinoma ductal infiltrante le correspondió el 13.2% y al adenocarcinoma 10.2%. Con los resultados obtenidos, no es posible hacer inferencias sobre la frecuencia y distribución del cáncer en México, pero si se puede estudiar su perfil epidemiológico. El estudio mostró un aumento de la frecuencia a edades tempranas en mujeres debido a que el cáncer de mama, cuello y cuerpo del útero fueron más frecuentes en mujeres jóvenes, mientras que en los hombres, las neoplasias malignas de próstata y otras neoplasias malignas de la piel, correspondieron a edades más avanzadas (InCan, 2005).

oral, piel, retinoblastomas, etc.) y en el cuello, principalmente cáncer de tiroides.

En la clínica de Oncología de tumores mixtos, se abordan las tumoraciones que se encuentran en el resto del cuerpo, por ejemplo: cáncer renal, de vejiga, pulmonar, melanomas, estómago, colon, recto, etc.

Características principales del cáncer

El cáncer es un problema de salud pública en México, no solo por sus graves manifestaciones clínicas y su alta letalidad, sino también por la gran variedad de factores de riesgo individuales y ambientales con los que se asocia (DeVita, 2008).

En el año 2000 se notificaron en el mundo un poco más de 19 millones de casos nuevos de cáncer y alrededor de 12 millones de muertes por esa causa. En ambos casos, el cáncer de pulmón fue el primer factor (World Health Organization [WHO] 2000)

El 53% de los casos nuevos se observó en los varones y 47% en las mujeres, con una relación varón - mujer de 1.12 a favor del sexo masculino. En el caso de la mortalidad se identificó una mayor frecuencia en los varones, es decir, 57% de las defunciones tuvo lugar en ellos, con una relación varón - mujer de de 1.3. En los hombres, 28.6% de los casos nuevos registrados por neoplasias malignas correspondió a pulmón (8.9%), seguido por estómago (5.5%), próstata (5.4%) y colon/ recto con 4.9% (WHO 2000).

Las células neoplásicas asumen en mayor o menor grado las características morfológicas y funcionales de las células normales del órgano del que se originan. Tal semejanza es mayor en los defectos bien diferenciados, menor en los moderadamente diferenciados, mínima en los poco diferenciados y nula en los indiferenciados o anaplásicos. En otras palabras, el grado de diferenciación se refiere a la similitud funcional y morfológica de la célula neoplásica en relación con la célula normal de la cual se originó (Devita, 2008).

El cáncer es un padecimiento de tratamiento difícil y para que éste sea óptimo se requiere una estrecha colaboración, interrelación y comunicación entre el paciente, familia y equipo médico tratante. Es cierto que el proceso con el cual se enfrenta un cáncer genera una serie de reacciones psicológicas y emocionales que en principio pueden considerarse como normales; asimismo, en el primer tratamiento para el cáncer se espera una primera reacción de ansiedad, angustia, miedo, ira, enojo, tristeza y depresión. Estos componentes responden a una forma de enfrentar un suceso que cambia de manera radical las expectativas de vida en el enfermo y su entorno.

Objetivos específicos de la Residencia en Medicina Conductual en la unidad de oncología.

Los objetivos principales de la residencia en medicina conductual en la unidad de oncología es que al final del año, el residente cuente con las siguientes habilidades:

1.- Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por dificultades orgánicas que conlleva un diagnóstico de tipo oncológico.

2.- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas.

3.- Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.

4.- Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.

5.- Entrenar a los familiares de los enfermos en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con el fin de mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto en el paciente como en los miembros de la misma.

6.- Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

Con la finalidad de cumplir con los objetivos específicos de la residencia en medicina conductual en la unidad de oncología del Hospital Juárez de México, se desarrollaron las siguientes actividades en el primer año de residencia.

Actividades realizadas durante el primer año de residencia

A la unidad de oncología se asignaron dos residentes de primer año y fueron situadas durante tres meses en cada una de las clínicas en las que está organizado el servicio (oncología ginecológica, oncología de cabeza y cuello, oncología de mama y oncología de tumores mixtos). Durante estos tres meses, el residente fue el responsable de proporcionar atención psicológica a los pacientes y familiares que pertenecían a la clínica a la que había sido asignada. En este caso, el orden de la rotación fue: oncología ginecológica, oncología de tumores mixtos, oncología de mama y oncología de cabeza y cuello.

Durante los tres meses de rotación por cada servicio, se atendió a los pacientes y familiares que se detectaban en la consulta externa y en el piso de hospitalización. Además de proporcionar atención psicológica a los pacientes, también se realizaron actividades académicas las cuales fueron: clases de oncología, clases de psicooncología, clases de temas médicos, revisión de caso clínico y revisión de artículos de investigación. A continuación se muestra el horario semanal en donde se integran las actividades asistenciales y las actividades académicas.

Lunes y viernes

De 7:00 am a 8:00 am, asistencia a clases con el equipo médico de oncología en donde se abordaron temas relacionados con el comportamiento, desarrollo y manifestación de enfermedades neoplásicas.

De 8:00 am a 9:00 am, pase de visita al piso de oncología en donde se revisaban a cada uno de los pacientes hospitalizados y se detectaban necesidades tanto médicas como psicológicas para ser abordadas por la tarde.

A partir de las 9:00 am, se acudía a la consulta externa de la clínica en la que se había sido asignado, con la finalidad de identificar casos potenciales para ser abordados por el psicólogo responsable de dicha clínica.

De 10:00 am. A 11:00 am se realizaban sesiones de psicoeducación en sala de espera.

Al término de la consulta externa se subía a piso a proporcionar atención psicológica a todos aquellos pacientes que se detectaron durante el pase de visita. Los viernes de 12:00 pm a 2:00pm, se acudía a supervisión académica.

De 2:30 pm a 3:00 pm, se realizaban los reportes de productividad pertinentes (individuales, para el servicio de psicooncología y para el hospital).

Martes y jueves

De 7:00 am a 8:00 am, asistencia a clases con todo el equipo de psicooncología en donde se abordaron temas relacionados con las técnicas psicológicas cognitivo conductuales aplicadas a pacientes oncológicos.

De 8:00 am a 9:00 am, pase de visita al piso de oncología en donde se revisaban a cada uno de los pacientes hospitalizados y se detectaban necesidades tanto médicas como psicológicas para ser abordadas por la tarde.

A partir de las 9:00 am, se acudía a la consulta externa de la clínica en la que se había sido asignado, con la finalidad de identificar casos potenciales para ser abordados por el psicólogo responsable de dicha clínica. Al término de la consulta externa se subía a piso a proporcionar atención psicológica a todos aquellos pacientes que se detectaron durante el pase de visita.

De 2:30 pm a 3:00 pm, se realizaban los reportes de productividad pertinentes (individuales, para el servicio de psicooncología y para el hospital).

Miércoles

Los días miércoles fueron considerados días académicos en donde la carga de trabajo asistencial era reemplazada por carga de trabajo académico.

De 7:00 am a 8:00 am, asistencia a clase de medicina impartida por psicólogos. Esta clase fue sugerida por los residentes de medicina conductual con el objetivo de comprender con mayor claridad el lenguaje médico y el desarrollo de la enfermedad oncológica.

De 8:00 am a 9:00 am se atendían los pendientes que había por servicio (hematología y oncología) con todo el equipo de psicooncología, a través de la supervisión in situ.

De 9:00 am a 10:00 am, pase de visita al piso de oncología en donde se revisaban a cada uno de los pacientes hospitalizados y se detectaban necesidades tanto médicas como psicológicas para ser abordadas por la tarde.

De 10:00 am a 11:00 am, revisión de caso clínico en donde el integrante del equipo de psicooncología correspondiente, exponía un caso clínico que le resultara complicado o interesante y recibía retroalimentación por parte del resto del equipo.

De 11:00 am a 12:00 am, se continuaba atendiendo los pendientes que había por servicio (hematología y oncología) con todo el equipo de psicooncología a través de la supervisión in situ.

De 12:00 pm a 1:00 pm se acudía a la sesión general del hospital junto con todo el equipo médico.

De 1:00 pm a 2:00 pm se alternaban cada semana tanto la revisión de artículos científicos como sesiones de grupo

terapéutico de ayuda a psicólogos, dirigido y coordinado por la supervisora in situ.

Durante el primer año de residencia, también se desarrolló un protocolo de investigación titulado "Efecto de una intervención cognitivo conductual en la sensibilidad a la ansiedad de pacientes oncológicos hospitalizados", sin embargo, no pudo ser aplicado en el Hospital Juárez de México por problemas ajenos a los residentes de la maestría en medicina conductual.

Actividades académicas del segundo semestre

Por las tardes se le dio continuidad a las materias de tronco común del primer semestre al asistir a clases a la Facultad de Psicología y a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. A continuación se muestran las materias de tronco común

Métodos de investigación aplicada II

Medición y evaluación II

Teorías y modelos de intervención en Medicina Conductual II

Programa de residencia en Medicina Conductual II

Actividades académicas del tercer semestre

Durante el tercer semestre, se acudió por las tardes a la clase de Teorías y modelos de intervención III, durante la cual, se afinó el protocolo de investigación anteriormente desarrollado y se concluyó por completo.

Competencias profesionales alcanzadas

Durante la estancia en el servicio de oncología del Hospital Juárez de México se adquirieron competencias clínicas, académicas y personales

Competencias clínicas adquiridas

- Detectar necesidades psicológicas en el paciente oncológico.

- Evaluar y diagnosticar problemas psicológicos en pacientes oncológicos y en sus familiares
- Seleccionar, manejar, evaluar y aplicar las diferentes técnicas, procedimientos y herramientas necesarios para realizar el diagnóstico preciso y adecuado del problema de interés.
- Aplicar las técnicas y procedimientos adecuados para el tratamiento psicológico, de acuerdo con las necesidades del paciente oncológico.
- Implementar y adecuar técnicas cognitivo conductuales dependiendo de la fase de la enfermedad en la que se encuentre el paciente oncológico.
- Manejo de expediente clínico.
- Integrar los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional en el área de oncología.
- Ofrecer seguimiento a pacientes oncológicos que así lo requieran.
- **Competencias académicas alcanzadas**
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área oncológica.
- Generar y adaptar instrumentos y técnicas de medición en el área.
- Refinar las intervenciones psicológicas con base en los resultados de la evaluación, de manera que se responda adecuadamente a las necesidades del paciente y de la sociedad.
- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico y la práctica profesional.
- Desarrollo de protocolos de investigación aplicada al área de estudio.
- Manejar los diferentes enfoques metodológicos y estadísticos que se emplean en la práctica profesional.
- Identificar, manejar y construir las categorías que permitan conceptualizar el problema a partir del conocimiento científico existente.

- Conocimiento general y específico sobre las diversas manifestaciones oncológicas que presenta el paciente, así como de las opciones de tratamiento y pronóstico.
- **Competencias personales alcanzadas**
- Manejar, evaluar y aplicar las estrategias del trabajo multidisciplinario.
- Desarrollo de habilidades relacionadas con la empatía.
- Desarrollo de tolerancia a la frustración.
- Conocimiento sobre la importancia del cuidado de la salud personal y familiar.
- Fortalecimiento de habilidades sociales y asertivas.
- Desarrollo de habilidades administrativas.

Actividades profesionales no programadas

Se realizaron entrevistas y evaluaciones a médicos especialistas aspirantes a la subespecialidad de oncología con el objetivo de conocer si sus habilidades y aptitudes correspondían a las requeridas por el servicio.

Se proporcionó apoyo psicológico a personal médico y de enfermería que así lo requería, tanto de forma grupal como individual.

A continuación se muestran algunas estadísticas relacionadas con el tipo de atención psicológica brindada en el servicio de oncología del Hospital Juárez de México durante el primer año de residencia.

Participación en eventos académicos

Se acudió como ponente al congreso de psicología organizado por la Sociedad Mexicana de Psicología en el estado de Sonora y como asistente al Simposio organizado por la Sociedad Mexicana de Oncología, con el tópico "Cuidados paliativos en el paciente oncológico"

A continuación se muestran las tablas de productividad del primer año de residencia.

Tabla 1

Frecuencia y porcentaje de pacientes internados y en consulta externa atendidos por el área de psicología

	Frecuencia	Porcentaje
Internado	216	45.1
Consulta externa	263	54.9
Total	479	100

Tabla 2

Frecuencia y porcentaje del sexo de los pacientes atendidos por el área de psicología

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	119	24.8
Femenino	360	75.2
Total	479	100

Tabla 3

Frecuencia y porcentaje por rangos de edad de pacientes atendidos por el área de psicología

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
11 - 21	20	4.17
22 - 32	35	7.30
33 - 43	78	16.28
44 - 54	144	30.06
55 - 65	108	22.54
66 - 76	81	16.91
77 - 96	13	2.71
Total	479	100

Tabla 4

Frecuencias y porcentaje por diagnóstico médico de pacientes atendidos por el área de psicología

Diagnóstico médico	Frecuencia	Porcentaje
Cáncer de mama y sarcomas mamarios	75	15.7
Cáncer cérvico uterino	67	14.0
Tumores malignos del intestino delgado, colon, ano y recto	57	11.9
Cáncer de esófago y gástrico	37	7.7
Cáncer de riñón	31	6.5
Cáncer de páncreas	27	5.6
Cáncer de ovario	26	5.4
Carcinoma de endometrio	11	2.3
Linfomas: Hodgking y no Hodgking	9	1.9
Carcinomas de la piel y melanomas	8	1.7
Cáncer de cavidad bucal, laringe, faringe y glándulas salivales	7	1.5
Cáncer de hígado	7	1.5

Tabla 5

Frecuencia y porcentaje de los tipos de diagnóstico psicológico en pacientes atendidos por el área de psicología

Diagnóstico psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Fase de tratamiento	105	21.9
Episodios depresivos	84	17.5
Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	67	14
Trastornos de ansiedad	63	13.2
Fase de diagnóstico	56	11.7
Patrón de comportamiento tipo C	45	9.4
Patrón de comportamiento tipo B	21	4.4
Fase de recaída	10	2.1

Cáncer de tiroides y paratiroides	6	1.3
Cáncer de pene	6	1.3
Cáncer de vesícula, vías biliares y ámpula de váter	4	.8
Cáncer de vejiga	4	.8
Cáncer de próstata	4	.8
Sarcomas de tejidos blandos en tronco y extremidades	4	.8
Tumores benignos de la mama	4	.8
Cáncer de testículo	4	.8
Cáncer de pulmón	3	.6
Neoplasias de la cavidad nasal y senos paranasales, nosofaringe	2	.4
Enfermedad neoplásica del trofoblasto	1	.2
Cáncer de vulva	1	.2
Primario desconocido	1	.2
Otros	73	15.2
Total	479	100

Fase libre de enfermedad	7	1.5
Delirium	5	1.0
Patrón de comportamiento tipo A	4	.8
Fase terminal	3	.6
Trastornos de ideas delirantes persistentes	3	.6
Trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática	3	.6
Demencias	2	.4
Problemas relacionados con el grupo de apoyo	1	.2
Total	479	100

Tabla 6

Frecuencia y porcentaje del tipo de abordaje psicológico realizado por el área de psicología

Abordaje psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Abordaje psicoterapéutico	175	36.5
Psicoterapia de apoyo	110	23
Psicoterapia breve	97	20.3
Entrevista inicial	56	11.7
Psicoterapia familiar	20	4.2
Evaluación psicológica	14	2.9
Intervención en crisis	6	1.3
Historia clínica	1	.2
Total	479	100

Tabla 7

Frecuencia y porcentaje de las técnicas psicológicas empleadas por el área de psicología

Técnica psicológica	Frecuencia	Porcentaje
Validación emocional	37	7.7
Reestructuración cognitiva	32	6.7
Psicoeducación	30	6.3
Solución de problemas	22	4.6
Inoculación de estrés	12	2.5
Contención emocional	5	1.0
Respiración diafragmática	4	.8
Balance decisional	4	.8
Distracción	3	.6

Relajación muscular progresiva	2	.4
Imaginación guiada	2	.4
Valores perdidos	326	68.1
Total de valores existentes	153	31.9
Total	479	100

Tabla 8

Frecuencia y porcentaje del servicio al que pertenecían los pacientes atendidos por el área de psicología

Servicio	Frecuencia	Porcentaje
Onco - Tumores mixtos	232	48.4
Onco - Ginecología	142	29.6
Onco - Mama	81	16.9
Onco - Cabeza y cuello	21	4.2
Hematología	3	.6
Total	479	100

Conclusiones y sugerencias.

Como resultado del primer año de residencia en Medicina Conductual, se observó que existe una gran demanda de servicios psicológicos en el área de Oncología del Hospital Juárez de México. Indudablemente existe una carencia de recursos materiales y humanos para ofrecer dicho servicio. Es evidente que la labor del psicólogo en los ambientes hospitalarios, así como el trabajo multidisciplinario es de vital importancia para mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos así como de sus familiares.

Actualmente, se cuenta con una adecuada organización de las actividades tanto académicas como asistenciales, sin embargo es lamentable que las plazas sean cubiertas por psicólogos con orientación psicodinámica cuyas intervenciones no están destinadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen alguna enfermedad crónico-degenerativa y peor aún que el Dr. Gallardo, Jefe de Servicio de Psicología y Psiquiatría, entorpezca la labor de investigación que tanta falta hace.

CASO CLÍNICO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: GMG *Hijos: 6 Hijos (no recuerda edades) y*
Sexo: Femenino *de 16 años.*
Estado civil: Unión libre *Fecha de ingreso al servicio: 1/10/2008.*
Edad: 47 años *Diagnóstico médico: Pb Ca mama*
Originario: D.F. *Fecha de última consulta: 11 de febrero*
Residencia actual: Edo. Mex. *de 2009.*
Ocupación: Intendencia
Nivel de instrucción: Primaria.
Religión: Católica
Con quién vive: Esposo e hijo

Análisis del motivo de consulta

Paciente femenino que fue referido por el médico tratante en consulta externa del servicio de tumores mamarios de oncología, debido a que la paciente se muestra desubicada y muestra conductas de desorientación. El médico indicó "parece como si no entendiera lo que le digo".

Historia del problema

La paciente refiere que hace 4 años tuvo un accidente en una bicicleta. La paciente y su hijo reportan que se encontraban de paseo con su familia en el cerro de Ecatepec, GMG expresó a sus familiares su deseo de subirse a una bicicleta y bajar del cerro en ella, sus familiares no aceptaron debido a que la paciente nunca se había subido a una. Su hijo (12 años en aquel momento) se ofreció a ayudarla y le colocó un casco de motociclista. La paciente no pudo controlar la bicicleta y cayó rodando hacia abajo por todo el cerro, finalmente se golpeó la cabeza con una roca (perforó el casco) y fue llevada al hospital de emergencia. La paciente se

lesionó el lóbulo frontal derecho y el centro del cráneo por lo que le diagnosticaron contusión cerebral. Como consecuencia del accidente, GMG presenta crisis convulsivas, así como pérdida de memoria a corto y largo plazo.

En entrevistas posteriores, la paciente refirió sentirse culpable debido a que sus hijos consumen drogas y dos de ellos murieron, a uno lo ahorcaron y el otro se suicidó, su hija abandonó a su esposo e hijo por drogas.

Alteraciones conductuales y emocionales

La paciente reporta que como consecuencia del accidente, dejó de recordar lo que había vivido antes del mismo y no reconocía a sus familiares, incluidos su esposo e hijo. Tampoco recordaba el accidente y las situaciones novedosas las olvidaba pronto. Después de dos meses comenzó a recordar sus experiencias previas (muy pocas y como flashazos) acompañadas de cefaleas intensas y a reconocer a sus familiares. Durante cinco meses no pudo caminar. Actualmente se enoja mucho con su hijo y esposo debido a que presenta recuerdos falsos. La paciente presenta llanto fácil, sentimientos de tristeza e inutilidad por no poder realizar sus actividades cotidianas debido a que se expone constantemente a accidentes por su falta de memoria a corto plazo. La paciente reporta sentir ganas de jalar su cabello, de salir corriendo y abandonar a su familia, así como de morir, presenta taquicardia y desesperación. Le grita constantemente a su familia que son un estorbo y se enoja cuando no se acuerda de las cosas, cuando sus enojos son intensos se convulsiona. Indica que lo que más le molesta es ver su casa sucia y en desorden, sin embargo solo quiere estar dormida y no le dan ganas de limpiarla debido a que presenta un cansancio extremo. Refirió que ya no se siente capaz de hacer algo bien. Actualmente ha recordado algunos otros eventos de su vida y ha reaprendido otros.

En entrevistas posteriores la paciente refirió sentir culpabilidad, indica que es una "mala madre" y que le gustaría desaparecer todo lo que vivieron ella y sus hijos.

Antecedentes patológicos heredo/familiares

Madre finada por Ca páncreas y diabetes, padre finado por Ca de garganta y pulmones, 2 hermanas con diabetes e hipertensión. Trastornos mentales explorados y negados

Antecedentes personales no patológicos

GMG habita en casa rentada en medio urbano en condiciones socioeconómicas medias y servicios básicos.

Antecedentes personales patológicos

Alcoholismo negativo, tabaquismo positivo desde los 18 años, llegando a fumar de 20 a 30 cigarrillos diarios. Alimentación deficiente en cantidad y calidad. La paciente reporta haber padecido de tifoidea, hepatitis A, convulsiones, pérdida de memoria, cefaleas intensas que llegan a convulsiones, dolor de columna pierna derecha al caminar a partir del accidente. Al momento de la primer entrevista, la paciente se encontraba en protocolo de estudio por probable cáncer de mama.

Dinámica familiar

La paciente reporta que se llevan "fatal", debido a que su hijo es desordenado e iracundo y GMG no está de acuerdo en su forma de vestir. Su esposo reporta que ya no discute con la paciente y que la obedece en todo. Su esposo e hijo llevan una relación de poca comunicación, insultos y agresiones. Su hijo reporta enojarse constantemente con su padre debido a que no cumple lo que promete. La paciente reporta que su esposo nunca llega a dormir a casa, él dice que se queda trabajando, LMG se enoja porque piensa que su esposo tiene "otras viejas".

Relaciones socio/familiares

Existen pocos niveles de apoyo y colaboración entre sus miembros.

Inspección general y examen mental

Paciente de constitución endomórfica, consciente, muy colaboradora, con edad aparente menor a la cronológica en adecuadas condiciones de aliño e higiene.

Se observa poco consciente, orientado en TEP, memorias a corto y largo plazo con alteraciones, capacidad de atención limitada, lenguaje cortado y pausado, movimientos normales.

Presenta conciencia de enfermedad, conoce el riesgo y la cronicidad de su padecimiento y tratamiento.

Historia médica

Ingresó al hospital por primera vez el 10 de marzo del 2008 a la consulta externa del servicio de neurología por presentar crisis convulsivas tónico clónicas generalizadas de inicio tardío desde los 42 años, que iniciaron posterior a traumatismo craneo encefálico leve con aparente contusión cerebral con internamiento en el IMSS, del cual refiere que a partir de ese día inicio con las crisis convulsivas nocturnas y durante el sueño, así como alteraciones en la memoria. Esas crisis se desencadenaron por enojo fácil y se repetían aproximadamente cada 14 días. De recetó DFH 100mg cada 8 horas, CBZ 200 mg cada 24 horas y Ativan 1 mg cada 12 horas. Se envió a ortopedia por lumbalgia.

Posteriormente se envió al servicio de oncología por presentar mastalgia, aumento de volumen y coloración en senos por terapia iatrogénica con facultativo.

Infección vaginal, leucorrea, frigidez y dispareunia

Ansiedad y depresión con tratamiento psiquiátrico.

Tac simple del 2004 posterior a caída con zona de hematoma subgalial temporo parietal del lado derecho, parénquima cerebral sin complicaciones.

Cuenta con una tomografía de cráneo simple y contrastada del 1 de mayo de 2008, con cortes axiales desde base de cráneo hasta la convexidad, ante la cual se observó lo siguiente: Estructuras óseas integrales, celdillas mastoideas y seno esfenoidal con adecuada neumatización y desarrollo.

Parénquima cerebral y cerebeloso con adecuada interfase entre sustancia gris y blanca. Los núcleos de la base de morfología normal. Mesencéfalo y tallo cerebral sin evidencia de lesiones. Sistema sisternal y ventricular de tamaño y forma normal. Posterior a la administración de medio de contraste IV no se observan reforzamientos de tipo tumoral o inflamatorio. El polígono de Willis de forma normal sin evidencia de saculaciones o malformaciones arteriovenosas. Calcificaciones a nivel frontal y temporal pequeñas y sugestivas de cisticercosis inactiva. Conclusión: Estudio sin patología demostrable.

El 4 de agosto de 2008, el neurólogo refiere que existe un componente emocional en sus crisis, refiere que la sintomatología expresada es de tipo depresiva y sospecha de cuadros disociativos.

El 10 de septiembre de 2008 se cuenta con resultado de biopsia: Mastitis crónica granulomatosa con material extraño (probable inyección de modelantes) con calcificaciones distroficas. Negativo a malignidad.

El 19 de septiembre de 2008 se reportó gammagrama óseo normal.

El 22 de septiembre de 2008 se reportó electroencefalograma dentro de límites normales.

El 23 de septiembre de 2008 el resultado del ultrasonido hepato biliar presenta poliposis vesicular.

El 25 de septiembre de 2008 se realizó biopsia por tru cut en donde se reporta: Mastitis crónica granulomatosa.

El 7 noviembre de 2008 el resultado de la mastografía bilateral presenta: Mamas glándulo adiposas, patrón por adenosis y fibrosis. BIRADS II Hallazgos de tipo benigno.

El 6 de octubre de 2008, el neurólogo reporta probables pseudocrisis.

El 3 de diciembre de 2008 durante la sesión médica de oncología, se ofrece mastectomía bilateral con reconstrucción a los seis meses se programa para viernes 9 de enero.

Abordaje terapéutico psicológico

A la paciente se le citó en 15 sesiones semanales, durante las cuales se realizó una evaluación psicológica formada por: Wais, MMPI y Minimental. Los resultados se muestran a continuación:

Nombre de la prueba	Resultado
Wais	Puntuación verbal: 64 Puntuación de ejecución: 74 Puntuación total de CI: 67
MMPI	Depresión mínima, paranoia, rasgos esquizofrénicos introversión social.
Minimental	Deterioro leve

A la paciente se le entrenó en habilidades de relajación mediante respiración diafragmática e imaginación guiada y se le otorgó un CD de relajación autógena, con el objetivo de disminuir su sintomatología de componente ansiógeno.

Se realizó role playing en habilidades de asertividad con el objetivo de mejorar la relación de la paciente con su hijo (cuidador primario).

Se realizó reestructuración cognitiva debido a que la paciente presentaba ideas irracionales relacionadas con su cirugía (mastectomía bilateral con reconstrucción a seis meses).

Se preparó a la paciente para cirugía (mastectomía bilateral con reconstrucción a seis meses) mediante psicoeducación.

La paciente refirió que a partir de las intervenciones psicológicas las pseudocrisis convulsivas han disminuido debido a que se enoja menos con su familia. Reporta que actualmente su relación familiar ha mejorado debido a que sus habilidades en comunicación y asertividad se han desarrollado.

Actualmente se encuentra en espera de su cirugía de reconstrucción mamaria y continua en tratamiento psicológico. Se realizará una segunda evaluación psicológica con la misma batería de pruebas que se aplicó al inicio del tratamiento con la finalidad de corroborar el impacto del tratamiento psicológico.

El presente caso clínico muestra el papel del psicólogo en el ámbito hospitalario con pacientes que presentan una patología física. Desde la perspectiva cognitivo conductual es importante identificar aquellos comportamientos y pensamientos que perturban al paciente y que le impiden realizar con normalidad su vida cotidiana.

A diferencia de las perspectivas psicodinámicas, la terapia cognitivo conductual es una intervención orientada a resolver los problemas actuales del paciente, en donde su pasado es importante sin embargo no es el centro de atención a resolver.

REPORTE DE EXPERIENCIAS PROFESIONALES DEL SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

Descripción de la sede del segundo año de residencia.

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) es una institución de salud, dedicada a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas con discapacidad mediante la investigación científica, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada.

El objetivo del INR es regular y proporcionar servicios de atención médica y quirúrgica, a pacientes que presenten patologías traumáticas y ortopédicas de los sistemas músculo esquelético y nervioso periférico. Así como dirigir y contribuir al avance del conocimiento científico y a la satisfacción de las necesidades de salud del país, mediante el desarrollo científico y tecnológico en áreas biomédicas, clínicas, sociomédicas y epidemiológicas.

El servicio de tumores óseos, depende de la subdirección de ortopedia y presta el servicio de consulta externa, hospitalización, quimioterapia y cirugía. La unidad cuenta con las siguientes facilidades: control de pacientes, sala de espera y servicio social. En el servicio de tumores óseos se ofrece atención médica y psicológica a pacientes con tumores en el sistema músculo esquelético tanto benignos como malignos y a sus familiares.

Características principales de los tumores óseos

En la clasificación de los tumores del sistema musculoesquelético se hace referencia a tumores óseos y a tumores de partes blandas. Los tumores óseos comprenden un grupo heterogéneo de neoplasias de origen mesodérmico. Las causas continúan siendo desconocidas, a pesar de que recientemente se han descubierto alteraciones genéticas que podrían ser el factor

etiológico principal en algunos tipos histológicos (Simon, 2008).

Los tumores óseos se clasifican en: primarios (que nacen del hueso) y secundarios o metastásicos (que llegan al hueso desde otro lugar de origen) (Simon, 2008).

Para fines prácticos de este trabajo se hará énfasis en el grupo de tumores óseos como parte importante de los tumores musculoesqueléticos. Por otra parte, los tumores del sistema musculoesquelético pueden tener subclasificaciones en benignos, intermedios o malignos.

La clasificación más aceptada es la propuesta por la Organización Mundial de Salud y se muestra en la Tabla 1. Esta clasificación atiende a la célula de origen y a la histopatología de los tumores.

Tabla 1

Clasificación de los tumores óseos de la Organización Mundial de Salud

<u>Tumores formadores de tejido óseo</u>	
<u>Benignos</u>	<u>Malignos</u>
Osteoma	Osteosarcoma
Osteoma osteoide	Osteosarcoma yuxtacortical
Osteoblastoma	

<u>Tumores formadores de cartílago</u>	
<u>BENIGNOS</u>	<u>MALIGNOS</u>
Condroma	Condrosarcoma
Osteocondroma	Condrosarcoma yuxtacortical
Condroblastoma	Condrosarcoma mesenquimal

Fibroma condromixoide

Tumores de células gigantes

Tumores formadores de médula ósea

Sarcoma de Ewing

Reticulosarcoma óseo

Linfosarcoma óseo

Mieloma múltiple

Tumores vasculares

Benignos

Hemangioma

Linfangioma

Intermedios o indeterminados

Malignos

Hemangioendotelioma

Hemangiopericitoma

Angiosarcoma

Otros tumores de tejido conjuntivo

Benignos

Fibroma desmoide

Lipoma

Malignos

Fibrosarcoma

Liposarcoma

Mesenquimoma maligno

Sarcoma indiferenciado

Otros tumores

Cordoma

Adamantinoma de huesos largos

Neurilenoma (Schanoma)

Neurofibroma

Tumores no clasificados

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

Los sitios anatómicos más comúnmente afectados por los tumores óseos son la parte distal del fémur y proximal de la tibia (70%). Regularmente son detectados en la primera y segunda década de la vida, durante periodos de crecimiento óseo activo, en una relación hombre-mujer de 2:1, sin preferencia por grupo étnico (Dumb et al., 2004)

En el Registro Nacional de Tumores Óseos se informa que por lo menos el 75% de los tumores óseos primarios, se diagnostican antes de los 30 años de edad (Instituto Nacional de Rehabilitación [INR], Portal Discapacinet, 2009).

Los síntomas más comunes son dolor progresivo y aumento de volumen regional. En ocasiones las lesiones se detectan en forma incidental en una radiografía por un problema no relacionado, o bien tras sufrir una fractura patológica. Una causa importante en el diagnóstico tardío en los tumores óseos es el retraso en la consulta, situación injustificada debido a la sintomatología evidente. Sin embargo esta causa se encuentra ligada a negligencia, o síntomas discretos, y a factores como el status socio económico y cultural de cada paciente (Casas-Ganem y Healey, 2004).

Diagnóstico de los tumores óseos

El tumor óseo benigno no es de un tratamiento simple, debido a que muchos tienen la característica de recidivar y en algunas ocasiones de malignizarse. El diagnóstico y tratamiento de los tumores óseos depende de una colaboración estrecha entre médicos ortopédicos, oncólogos, radiólogos y patólogos. El diagnóstico de los tumores óseos se basa en la interrelación entre la clínica, imagenología (radiología) y anatomía patológica (Simon, 2008)

Los síntomas suelen ser el dolor, que puede ser intenso, localizado, también hay aumento de volumen por el crecimiento del tumor, otras veces hay presencia de fracturas patológicas. Es importante tener en cuenta la edad, localización y signos de benignidad o malignidad (Gibbs, Weber y Scarborough, 2001)

Los principales datos clínicos de malignidad son: astenia, anorexia, pérdida de peso, adelgazamiento, mal estado general, dolor intenso. En cambio, si un proceso está estacionario o indoloro durante años, probablemente corresponda a un proceso benigno (Gibbs, et al.)

La clínica incluye el laboratorio. Los estudios de imagenología incluyen la radiografía, gammagrafía, tomografía axial computada y la resonancia magnética nuclear (Dumb, Tyler, Ellis y McCarthy, 2004)

La anatomía patológica proporciona la histología del tumor. La muestra analizada se obtiene mediante una biopsia, la cual tiene el resultado de mayor valor diagnóstico.

Tabla 2

Tipos de biopsia

<u>Por Punción</u>	<u>Quirúrgica</u>
Aspiración	Incisional
Trucurt	Excisional

Dentro de los factores que orientan en el pronóstico del tumor se encuentran la edad, evolución, ubicación, tamaño, tipo histológico, grado histopatológico, velocidad de crecimiento, compromiso de partes blandas y presencia de metástasis.

Tratamiento de los tumores óseos

No se inicia el tratamiento hasta conocer el diagnóstico histológico y estadio clínico. El tratamiento comprende el tratamiento ortopédico (cirugía) y, en su caso, el oncológico (quimioterapia y radioterapia), que disminuye la posibilidad de recurrencia local y que permita mantener la funcionalidad de las extremidades (Covarrubias-Espinoza & López-Cervantes, 2000; Rico, Delgado, Estrada, González & Flores, 2007).

Quirúrgicamente se tratan mediante resección o técnicas intralesionales, como el curetaje y/o injerto óseo. También se utilizan adyuvantes como el fenol, el cemento o el nitrógeno líquido, que facilitan que el tumor no recidive.

El objetivo final del tratamiento de los tumores entraña a dos subobjetivos determinados que son la eliminación de la neoplasia, lograr la funcionalidad máxima y una continuidad ósea óptima. Esto es, lograr que en la zona de pérdida ósea se logre

continuidad y resistencia para tolerar las demandas biomecánicas de la extremidad.

Un avance crucial en los últimos años en el tratamiento de estas tumoraciones ha sido la creciente efectividad de las cirugías de salvamento asociadas a quimioterapia adyuvante, ofrecen una alternativa a las amputaciones y desarticulaciones hasta en un 85 a 90% de las extremidades. Sin embargo, existen problemas terapéuticos como recurrencia local y pérdida de la función articular.

Según los informes del INR (2000) de 724 casos de tumores óseos benignos, sólo 110 casos lo hicieron antes de un mes de iniciada la sintomatología. En cambio, más de 300 casos (casi el 50%) lo hicieron después de 1 año de iniciada la sintomatología. En el caso de los tumores óseos malignos, de 363 casos, sólo 50 de ellos consultaron antes del primer mes de iniciada la sintomatología. En cambio, 110 casos lo hicieron entre los 2 y 3 meses; 65 casos después de 12 meses de iniciados los síntomas.

Como se puede observar un alto porcentaje busca tratamiento médico después de

2 ó 3 meses de haber comenzado con la sintomatología, por lo que frecuentemente, los tumores se presentan con un extensivo involucramiento del tejido blando y superficie articular, lo que tiene como consecuencia la difícil preservación de las articulaciones y, en ocasiones, de los miembros pélvicos o torácicos, si no imposible.

Aspectos psicológicos en pacientes con tumores óseos

La problemática de los tumores tiene varios aspectos, entre ellos el psicosocial.

Algunos autores señalan que el diagnóstico de una enfermedad crónica degenerativa, en específico el diagnóstico de un tumor

maligno, tiene un efecto devastador en la familia por ser de tal naturaleza que amenaza a la vida y requiere de ajustes mayores en el estilo de vida del paciente y de su familia. Aunado a esto, las familias en muchas ocasiones deben enfrentar limitaciones sociales y financieras (Barlow & Ellard, 2004; Giammona & Malek, 2002; Lomelí, 2005).

En México, existe también la necesidad de traslado a los centros de atención oncológicos, que tiene como una de sus consecuencias dejar a los demás miembros de la familia en sus comunidades y, de alguna manera, desintegrar a la familia aunque sea por un corto tiempo. Estas familias, en ocasiones, migran al Distrito Federal o a uno de los centros oncológicos y dejan sus comunidades.

Como consecuencia se observa un importante rezago social a causa del tratamiento. Finalmente para los pacientes, en ocasiones les es difícil reintegrarse a una vida útil y activa en la sociedad.

En general, se considera que el diagnóstico de un tumor y el tratamiento subsecuente, puede retardar el desarrollo normal del individuo al limitar sus oportunidades, restringiendo sus actividades o funcionalidad, generando discapacidades que amenazan su autonomía y comprometiendo las relaciones familiares.

Objetivos generales de la Residencia en Medicina Conductual en el servicio de Tumores óseos.

La residencia en Medicina Conductual, dentro del servicio de tumores óseos en el INR, busca intervenir integralmente junto a los especialistas en ortopedia para el tratamiento y ajuste de los estilos de vida como resultado del padecimiento del paciente. Los psicólogos en Medicina Conductual abordan los problemas psicológicos asociados con la enfermedad y las secuelas del tratamiento que generalmente repercuten en la forma de limitaciones físicas. El objetivo de estas intervenciones

psicológicas es el de facilitar los cambios emocionales, cognitivos y conductuales que permitan la adaptación y ajuste a la enfermedad para mejorar la calidad de vida de los pacientes con tumores óseos.

La residencia en el servicio de Tumores Óseos del INR tiene por objetivo es desarrollar en el alumno las competencias necesarias en el ejercicio psicológico profesional con orientación cognitivo-conductual para detectar, evaluar y solucionar problemas en pacientes con tumores musculoesqueléticos mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos derivados de la Medicina Conductual.

Los objetivos específicos de la residencia en Tumores óseos son:

Que al término de la maestría, la residente sea capaz de:

- 1.- Desarrollar programas de intervención en pacientes con tumores óseos a nivel individual.
- 2.- Desarrollar estrategias de intervención que ayuden a resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por su problema orgánico.
- 3.- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones médicas.
- 4.- Favorecer en los pacientes la adherencia a la terapéutica médica.
- 5.- Entrenar a los pacientes en técnicas de manejo de estrés, manejo de depresión, y habilidades de afrontamiento.

Destrezas y habilidades alcanzadas en el servicio de Tumores óseos del INR.

- Habilidades para el trabajo dentro de un equipo multidisciplinario en escenarios hospitalarios.
- Habilidades para la evaluación conductual y el diagnóstico.

- Habilidades para la elaboración, aplicación y evaluación de distintos programas de intervención orientados a la prevención, tratamiento o rehabilitación.
- Practicar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.
- Practicar el manejo de técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los pacientes con tumores óseos.
- Habilidades para la evaluación de las estrategias de intervención utilizadas.
- Habilidades para canalizar los casos que no sean de su competencia.
- Realizar el seguimiento de los distintos pacientes.
- Registrar la información en los formatos establecidos.

Actividades realizadas durante el primer año de residencia

De lunes a viernes

De 8:30 - 9:00. Pasar visita a los pacientes, conjuntamente con el personal médico.

Martes y miercoles

De 9:00 - 14:00. Actividades en la Consulta Externa: Atención a los pacientes que requieran de atención psicológica, a juicio del personal médico o de la residente. Lo anterior implica: realizar entrevista, realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos con base en la modalidad de intervención cognitivo - conductual, definida en el programa académico y elaborar notas clínicas en el formato SOAP.

2.- Elaboración de notas clínicas diariamente utilizando el formato SOAP.

4.- Actividades en hospitalización: Las principales actividades en hospitalización serán: Pasar visita y elaborar notas clínicas diariamente en el formato SOAP, realizar entrevistas clínicas, realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos con base en la modalidad de intervención cognitivo - conductual y acudir al quirófano de acuerdo a las indicaciones del jefe de Servicio.

5.- Supervisión: Pendiente de horario: Asistirá el supervisor académico de la U.N.A.M. La alumna se reunirá con el para desarrollar las siguientes actividades: Discusión de diagnósticos, Revisión de casos clínicos y Sesiones bibliográficas.

6.- Día académico: cada lunes la residente se integrará a las actividades del día académico; las actividades que desarrollarán serán las siguientes:

Presentar un artículo relacionado con un tema específico del área de medicina conductual en pacientes con tumores musculoesqueléticos

Participar en la discusión de los casos clínicos

Presentar casos clínicos con enfoque cognitivo-conductual al grupo médico

7.- Asistencia a las Sesiones generales del hospital una vez por semana.

Competencias profesionales alcanzadas

Durante la estancia en el servicio de Tumores óseos del INR se adquirieron competencias clínicas, académicas y personales

Actividades profesionales no programadas

Actividades de investigación en el departamento de Biomecánica. En el laboratorio se desarrollaron dos investigaciones retrospectivas sobre calidad de vida en pacientes con prótesis no convencional de cadera y rodilla cuyos resultados serán publicados cuando se completen. El objetivo de

dichas investigaciones fue conocer la funcionalidad de las prótesis así como la adaptación del paciente a las mismas. Con este objetivo se pretende realizar las modificaciones pertinentes a las prótesis para favorecer la calidad de vida de los pacientes.

Por otro lado en la clínica de deformidades óseas se solicitó la valoración psicológica de pacientes con rasgos de personalidad tipo A, que padecían Hallus Valgus. El objetivo de dicha valoración fue establecer la viabilidad de realizar o no una cirugía para corregir la deformidad. También se atendieron las interconsultas solicitadas por este servicio así como por la clínica del dolor y cuidados paliativos. Finalmente se asistió al curso anual de tumores óseos que se llevó a cabo en la Ciudad de México.

A continuación se presentan las tablas de productividad correspondientes al segundo año de residencia.

Tabla 1

Frecuencia y porcentaje de pacientes internados y en consulta externa atendidos por el área de psicología

	Frecuencia	Porcentaje
Internado	172	42.6
Consulta externa	232	57.4
Total	404	100

Tabla 2

Frecuencia y porcentaje del sexo de los pacientes atendidos por el área de psicología

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	180	44.6
Femenino	224	55.4
Total	404	100

COMPARACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE OSTEOSARCOMA TRATADOS CON PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CONSERVADORES VERSUS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS RADICALES.

Introducción

El cáncer es una de las enfermedades crónicas más comunes en México. Es una anormalidad celular que puede tratarse de formas diferentes. Desde el punto de vista biológico, es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular. Esta alteración, conduce al desarrollo de un tumor que tiene la capacidad de invadir y destruir los tejidos adyacentes y diseminarse en sitios distantes, con formación de nuevas colonias o propagación metastásica. Con frecuencia, el cáncer conduce a la muerte del individuo al deteriorar la función normal de los órganos vitales (Herrera y Granados, 2006).

El cáncer es una de las diez principales causas de muerte en el mundo. La Organización Mundial de Salud (OMS) en 2008, estimó que 7.4 millones de personas, murieron de cáncer en 2004 y si esta misma tendencia continúa, para el año 2015 habrán muerto 83.2 millones de personas (World Health Statistics [WHS], 2008).

En México, la Secretaría de Salud en 2007, informó que los tumores malignos representan la tercera causa de muerte en el Distrito Federal (Secretaría de Salud [SS], 2007).

Existen diversos tipos de tumores tanto benignos como malignos y su denominación depende del órgano del que nace, así como de sus características histopatológicas. La Sociedad Americana del Cáncer informó que el osteosarcoma es el principal tipo de cáncer primario de hueso. Indicó que aunque el osteosarcoma aparece principalmente en personas jóvenes, en un rango de edad de entre diez y treinta años, cerca del 10% de los casos se desarrollan en los adultos mayores (entre 60 y 70 años) (American Cancer Society [ACS], 2006).

Asimismo afecta a más hombres que a mujeres y se desarrolla frecuentemente en los huesos de las piernas, los brazos y la pelvis. Existen cerca de 900 casos nuevos cada año en E.U., y alrededor de 400 se presentará en niños, adolescentes o menores de 20 años (ACS, 2006).

De acuerdo a DeVita (2008), el tratamiento para el osteosarcoma se determina con base en la etapa clínica en la que se encuentre el paciente. La etapa clínica se decreta con base en el tamaño del tumor así como de su extensión. Los principales tratamientos para el osteosarcoma son tres: quimioterapia, radioterapia o cirugía.

El tratamiento dado para el cáncer es muy variable y depende de diversos factores como el tipo de cáncer, el lugar y su extensión, así como del estado físico del paciente. Los tratamientos son diseñados para matar o remover directamente a las células cancerosas o para llevarlas a su muerte por medio de la deprivación de señales necesarias para la división celular o para estimular sus defensas propias. Los diferentes tipos de tratamiento son usados constantemente en combinación, ya sea simultáneamente o secuencialmente.

La quimioterapia es un tratamiento sistémico que consiste en emplear (generalmente por vía intravenosa) una gran variedad de medicamentos usados para matar a las células cancerosas. Los fármacos quimioterapéuticos funcionan por medio de daños a las células cancerosas que siguen dividiéndose y favorece la prevención de sus reproducciones.

La radioterapia es un tratamiento local que consiste en administrar rayos de energía alta en la zona donde se encuentra o se encontró el tumor maligno. Las radiaciones se pueden emplear en conjunto con la cirugía o la quimioterapia.

La cirugía es frecuentemente el primer tratamiento para viarios tumores sólidos. Consiste en remover el tumor del cuerpo del paciente generalmente con márgenes de tejido sano. En el caso donde el cáncer es detectado en una etapa temprana la cirugía puede ser el único tratamiento que se reciba. La cirugía puede ser conservadora, es decir que únicamente se retire el tumor y se conserve la extremidad afectada del paciente o puede ser radical en donde la conservación de la extremidad no sea posible y se realice un amputación o una desarticulación (DeVita, 2008).

El cáncer es una enfermedad que afecta tanto el área física del paciente como el área psicológica y social. Las reacciones psicológicas que se presentan en el paciente, dependen de la fase de la enfermedad oncológica en la que se encuentre él y su familia. Las fases de la enfermedad son siete: fase de diagnóstico, fase de tratamiento, fase de remisión, fase de recaída, fase terminal, fase de agonía y muerte. A continuación se presenta una breve descripción de las fases de la enfermedad oncológica con sus respectivas reacciones psicológicas:

Fase de diagnóstico: El impacto que desencadena la noticia de tener cáncer, se manifiesta en una serie de reacciones cognitivas y conductuales como ansiedad, llanto y la presencia de pensamientos disfuncionales de tipo catastrófico. Las reacciones y trastornos del paciente están relacionados con la localización del tumor y con la evolución de la enfermedad. En la fase de diagnóstico se busca que la comunicación entre médico y paciente sea clara y precisa, esto favorece la adhesión a los tratamientos requeridos. Tanto el médico como el psicooncólogo deberán tener la precaución de evaluar la situación y el estado emocional del paciente antes de proporcionar información sobre el padecimiento oncológico e indicaciones relevantes para el mismo. Cuando se informa sobre el diagnóstico de cáncer al paciente, se generan sentimientos de incertidumbre, preocupación, ansiedad, miedo, angustia y depresión, por lo que se requiere de un soporte emocional para lidiar con la enfermedad (Lugo, Alizo, Martínez y Sojo, 2006).

Fase de tratamiento oncológico: Como se mencionó anteriormente, los principales tratamientos del cáncer son la cirugía, la quimioterapia y la radioterapia, los cuales pueden ser agresivos e invasivos para el paciente. Antes, durante y después de los procedimientos quirúrgicos en oncología se generan diversos desajustes emocionales. Los principales son ansiedad, temor y depresión debido a que en algunas ocasiones son procedimientos radicales que modifican la imagen corporal del paciente. Es por esto que se requieren procesos psicoterapéuticos que le permitan asimilar y enfrentar su nueva condición tanto física como fisiológica (Ávalo, Llantá, Chacón y Fleites, 2000).

El tratamiento con quimioterapia genera efectos adversos secundarios, como náusea, vómito, caída de cabello, fatiga, anorexia, diarrea, pérdida de peso y alteraciones de la imagen corporal, lo que provoca problemas con

su autoestima. El paciente presenta con frecuencia ansiedad, miedo, irritabilidad, somnolencia, depresión y cambios de conducta. Asimismo, comienzan a sufrir reacciones adversas sobre su sexualidad, como infertilidad, disminución de la libido, anorgasmia, impotencia y dispareunia (dolor coital). Los trastornos de la sexualidad generan conflictos familiares, rechazo conyugal, separación y divorcio (Maté, Hollestein y Gil, 2004).

Al iniciar el tratamiento basado en radioterapia, el paciente refiere, en general, incertidumbre por entender en qué consiste el tratamiento, qué es, cómo actúa, qué consecuencias tendrá y qué daños colaterales va a sufrir como ardor, quemazón, alteraciones de la piel, decaimiento, pérdida del apetito, dispareunia y en algunos casos caída de cabello (Fernández, 2004).

Fase de remisión: Es una etapa donde se demuestra a través de estudios y valoraciones, que la enfermedad ya no está presente gracias a que los tratamientos oncológicos han resultado favorables. Los pacientes y la familia tienen reacciones emocionales encontradas. Por una parte, sienten tranquilidad y alegría con respecto al equipo terapéutico, y por otra, tienen inquietud ante la incertidumbre y desamparo por no estar en vigilancia estrecha de los médicos tratantes (Rojas, 2006).

Fase de recaída: En la recaída se demuestra a través de nuevos estudios que la enfermedad ha regresado, ya sea en el lugar donde inició o en órganos a distancia (metástasis). Es una etapa que impacta el área psicológica, porque el paciente y la familia experimentan enojo, ira, desesperanza y agresividad, debido a que existen dudas sobre lo adecuado que fueron los tratamientos previos (Rodríguez, Ruiz y Restrepo, 2004).

Fase terminal: El paciente terminal presenta dos o más disfunciones físicas irreversibles y está fuera de tratamiento oncológico curativo. Por lo tanto, se le ofrecen los cuidados paliativos con el objetivo de disminuir al máximo todos los signos y síntomas propios de la enfermedad, buscando mayor confort. Tanto el paciente como la familia presentan desesperanza, tristeza, duelos anticipatorios y depresión ante el deterioro físico. Se ha demostrado que los pacientes que se reconocen en etapa terminal, junto con su familia, buscan con mayor frecuencia tratamientos alternativos (Malca, 2005). Existen pacientes que por el

contrario, manifiestan tranquilidad, calma y sensación de satisfacción. Es frecuente que el paciente ponga en orden sus cosas, pensamientos y pendientes con la finalidad de evitar problemas posteriores a su muerte.

Fase de agonía: En esta fase la muerte del paciente llegaría de un momento a otro. Se requiere del apoyo psicológico para la familia debido a que el deterioro del enfermo resulta angustiante, desesperante y doloroso; sin embargo, cuando desde el inicio del proceso de enfermedad existe una comunicación entre el paciente y su familia, clara, abierta, con la idea de compartir los sentimientos, vivir juntos y apoyarse mutuamente, esta fase y el momento de morir resultan menos angustiante (Benioff y Vinogradov, 2006).

Muerte: La familia del paciente, requiere de atención psicológica para el manejo del proceso del duelo ante la pérdida. Se busca no dejar pendientes importantes, dado que la mayoría de los familiares refieren que quedaron cosas inconclusas o que habrían podido hacer algo más, lo que origina sentimientos de culpabilidad que los harán sufrir después (Escartin y Acin, 2007).

Como se puede observar en los párrafos anteriores, el cáncer afecta tanto el área física como psicológica de los pacientes. Sin embargo la forma en que el paciente se perturba depende de los factores expuestos anteriormente (el tipo de cáncer, el lugar en el que se encuentra, la fase de la enfermedad o el tipo de tratamiento). El presente estudio se centró en la fase de tratamiento, principalmente en evaluar la calidad de vida del paciente después del tratamiento quirúrgico del cáncer. Generalmente los médicos sugieren a los pacientes los tipos de tratamientos quirúrgicos a los que son candidatos, sin embargo son los pacientes quienes toman la decisión final. Es frecuente que los pacientes se muestren confusos y que les cueste trabajo tomar una decisión debido a que en algunas ocasiones las cirugías propuestas son radicales.

Los pacientes a los que se les realizan procedimientos quirúrgicos tanto radicales como conservadores, refieren diversas consecuencias físicas y psicológicas. En la literatura consultada se reporta evidencia que sugiere que los pacientes sometidos a una amputación de cualquiera de sus extremidades, son vulnerables a presentar trastornos psicológicos.

Por ejemplo Deirdre en 2007 evaluó el estilo de afrontamiento, estrés y ajuste psicosocial de pacientes con amputación por trauma de miembro superior. A 138 hombres adultos se les aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS por sus siglas en inglés). Encontró que el 28% de los pacientes evaluados, presentaron depresión y el 35.5% de los pacientes presentó ansiedad. Encontraron que las estrategias de afrontamiento predicen su adaptación psicosocial. Es decir un estilo de enfrentamiento evitativo está asociado con ansiedad y una adaptación pobre. Deirdre puntualizó en la importancia de realizar intervenciones psicológicas orientadas a fomentar estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema.

Otro estudio que puntualiza en las estrategias de afrontamiento fue el realizado por Desmond y Malcom (2006) quienes estudiaron las estrategias de afrontamiento de los pacientes amputados de miembros inferiores como predictoras de la adaptación psicosocial. Trabajaron con 796 adultos entre 26 y 92 años. Encontraron que existe una relación positiva entre el estilo de afrontamiento de evitación con el estrés y ambas predicen una pobre adaptación psicosocial. También encontraron que el estilo de afrontamiento orientado a la solución de problemas se relaciona negativamente con la depresión y predice una buena adaptación psicosocial.

Existen autores que enfatizan en los aspectos cognitivos como Phelps, Williams, Raichle, Turner y Ehde (2008) quienes evaluaron la importancia del procesamiento cognitivo para adaptarse en el primer año después de la amputación. Encontraron que el procesamiento cognitivo negativo, predice síntomas depresivos y de estrés postraumático. Subrayó en la importancia de realizar intervenciones psicológicas cognitivas.

También se han reportado estudios en donde se sugiere que la amputación de alguna de las extremidades afecta el desempeño sexual de los pacientes, por ejemplo Bodenheimer, Kerrigan, Garber y Morgan (2000) evaluaron el efecto de la amputación de la extremidad inferior en la sexualidad de 30 hombres con edades entre 32 y 79 años. Se evaluaron con los Inventarios de Ansiedad y Depresión de Beck así como con el área sexual del Inventario de menosprecio y el Cuestionario de Estatus de salud. Encontraron que el 53% de los pacientes se involucraron al menos una vez al mes en algún tipo de relación sexual. El 27% se masturbaban al menos una vez al mes, 63% reportaron problemas orgásmicos y 67% experimentaron

dificultades eréctiles. Sin embargo, no se reportaron niveles altos de ansiedad ni de depresión.

Geertzen, Van Es y Dijkstra (2009) realizaron una revisión sistemática de la literatura sobre la sexualidad en amputados. Revisó 11 estudios los cuales reportaron un impacto de la amputación de una extremidad en la función sexual. Concluyeron que en los estudios sobre sexualidad en amputados se emplea terminología diversa y ambigua. Resaltaron que la amputación tiene un impacto negativo en el funcionamiento sexual de los pacientes y que existe poco apoyo de los profesionales para mejorar la calidad de su sexualidad.

Algunos autores han reportado que existen diferencias en las reacciones psicológicas que presentan los pacientes, si la extremidad amputada es superior como los brazos o inferior como las piernas.

Cheung, Álvaro y Colotla (2003) evaluaron el distrés en trabajadores industriales con amputación por trauma en extremidades superiores e inferiores. Su objetivo fue averiguar si los pacientes con amputación de miembro superior reportaban más síntomas de estrés postraumático y depresión que pacientes con amputación de miembro inferior. Realizaron un estudio retrospectivo de 30 participantes con amputación superior unilateral y 25 participantes con amputación inferior unilateral. Encontraron que los pacientes con amputación de miembro superior reportaron mayor frecuencia de depresión y síntomas de estrés postraumático que los pacientes con amputación de miembro inferior. No encontraron diferencias confiables entre ambos grupos en cuanto a la presencia de dolor.

Hawandeh, Otham e Ibrahim (2008) evaluaron la prevalencia de ansiedad y depresión entre amputados de extremidad inferior con diferentes características clínicas y sociodemográficas (género, estado civil, apoyo social, ingreso, tipo y nivel de amputación y ocupación). Aplicaron la escala de depresión y ansiedad hospitalaria (HADS) a 56 pacientes con promedio de tiempo de amputación de 8.4 años. Encontraron depresión en 20 % de los pacientes y ansiedad en el 37%. Encontraron una prevalencia de síntomas psicológicos asociados a variables sociodemográficas como ser mujer, tener escaso apoyo social, estar desempleado, tener amputación por trauma, poco tiempo después de su cirugía y una amputación por debajo de la rodilla. El estudio muestra la alta incidencia de síntomas psicológicos en

pacientes amputados y la importancia de factores sociodemográficos en el ajuste de la amputación. Sugieren realizar rehabilitación física y evaluación psicológica como parte del manejo integral.

Otros estudios están orientados a comparar los efectos psicológicos de pacientes sometidos a una cirugía radical versus alguna cirugía conservadora con la finalidad de averiguar quiénes son más vulnerables a presentar algún trastorno psicológico. Por ejemplo Mosaku, Akinyoola, Fatoye y Adegbehingbe (2009) compararon los síntomas psicológicos entre pacientes amputados y otros pacientes ortopédicos no amputados. Los autores revisaron las notas clínicas de los expedientes de los pacientes, aplicaron el Cuestionario General de Salud SF 36, el Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado (IDARE) y el Inventario de depresión de Zung. El promedio de edad de los participantes fue de 42 años con un ingreso semanal de 265 pesos. En el grupo de los pacientes amputados, encontraron que el 64.3% de ellos presentaron ansiedad y el 59.5% presentaron depresión. En comparación con el grupo de pacientes ortopédicos no amputados quienes únicamente presentaron ansiedad 14.3% de ellos y 12% presentaron depresión. Concluyeron que los síntomas psicológicos en pacientes amputados son mayores que los síntomas psicológicos en pacientes ortopédicos no amputados, lo cual indica la importancia del apoyo psicológico en pacientes amputados.

Morales, Granada, Guerrero, Penedo y Muñoz (1997), evaluaron la adaptación psicológica de pacientes con cáncer de mama sometidas a mastectomía o a alguna cirugía conservadora. Trabajaron con 30 mujeres entre 32 y 83 años de edad con diagnóstico de cáncer de mama en etapas tempranas. Del total de las participantes, 13 de ellas habían recibido tratamiento quirúrgico mediante cirugía conservadora y 17 de ellas mediante mastectomía. En las pacientes con cirugía conservadora no se observó la tendencia de sufrir más estrés psicológico que las pacientes con mastectomía. Sin embargo las pacientes con cirugía conservadora mostraban mayor preocupación por su salud y por el tratamiento elegido que las pacientes con mastectomía. Concluyeron que los resultados de su estudio podrían reflejar la amenaza constante de la recurrencia del cáncer que presentan las pacientes con cirugía conservadora.

Es importante señalar que aunque en estos estudios se compararon los efectos psicológicos de pacientes sometidos a cirugía conservadora versus

cirugía radical, ninguno de ellos hace referencia a las cirugías realizadas por diagnóstico de osteosarcoma.

Existe un informe realizado por Fung y Lee en 1996 donde reportaron un estudio de caso de una niña de 10 años de edad amputada por diagnóstico de osteosarcoma. Los autores realizaron intervenciones psicológicas cognitivo conductuales, con el objetivo de minimizar el estrés y prevenir el malestar emocional. Se realizaron intervenciones psicológicas en la fase de diagnóstico, aceptación del procedimiento de amputación, rehabilitación y adaptación a su vida normal.

Otro estudio de caso fue realizado por Korth (1993) donde reportaron el caso de una preparación psicológica a un niño de cinco años con diagnóstico de osteosarcoma. Se realizó una intervención multimodal consistente en terapia de juego, terapia familiar, role playing, modelamiento y desensibilización sistemática. Recomiendan evaluar la madurez del niño, su estado emocional, su personalidad y su contexto familiar para la adecuada selección de estrategias terapéuticas.

Los dos estudios de caso anteriores aportan información valiosa relativa a la importancia de las intervenciones psicológicas en pacientes amputados con diagnóstico de osteosarcoma. Sin embargo a pesar de que los participantes del estudio tenían diagnóstico de osteosarcoma y amputación como tratamiento, no se encuentran actualizados y son estudios de caso en donde no se realizan comparaciones del efecto psicológico de los tratamientos médicos radicales versus no radicales.

En lo relativo a la evaluación de la calidad de vida en pacientes oncológicos ortopédicos, Healey, Nikolic, Athanasian y Boland (1997) estudiaron el concepto de calidad de vida definida por los propios pacientes oncológicos ortopédicos. Les pidieron a 192 pacientes que escribieran su definición de Calidad de Vida. Del total de los participantes, 137 tenían diagnóstico de tumoración maligna y 55 tenían diagnóstico de tumoración benigna. Encontraron que el 80% de los pacientes definió calidad de vida con más de un atributo. Tanto hombres como mujeres, incluyeron en su definición las buenas relaciones familiares y la buena salud. Las respuestas variaron dependiendo la edad de los pacientes, las personas mayores definieron calidad de vida como autosuficiencia y libertad del dolor, mientras que los jóvenes enfatizaron en su definición a la

felicidad, confianza en Dios o en la iglesia, conseguir sus metas o vivir con éxito y el amor. Quienes tuvieron una cirugía menos invasiva enfatizaron en las buenas relaciones de familia, habilidad para desempeñarse física y emocionalmente y tener un buen trabajo.

Demet, Martinet, Guillmin, Paysant y André (2003) evaluaron la calidad de vida relacionada con la salud en 539 pacientes con amputación de miembro inferior o superior. Aplicaron el Nottingham Health Profile en 1011 participantes con amputación de uno o varios miembros. Encontraron que la categoría más deteriorada fue la discapacidad física, dolor y nivel de energía. Encontraron que la juventud al momento de la amputación, la amputación de origen traumática y la amputación del miembro superior fueron asociados con una mejor calidad de vida. A pesar de que en este estudio se evaluó la calidad de vida de pacientes amputados, no se especifica el motivo de la amputación, por lo que no es posible saber si eran pacientes oncológicos o no.

De Godoy, Pereira Braile, Buzatto, Longo y Fontes, (2002) evaluaron la calidad de vida después de la amputación del miembro inferior en 30 pacientes amputados de 26 a 77 años de edad, cuyas causas de amputación fueron 28 por insuficiencia arterial y 2 por trauma. Aplicaron un test de calidad de vida y el SF36 que es un inventario de salud. La calidad de vida fue insatisfactoria para el grupo de amputados comparado con el grupo control en 6 de 8 tópicos investigados, los cuales fueron: capacidad física, aspecto físico, aspectos emocionales, aspectos sociales, dolor y estado de salud.

Van der Schans, Geertzen, Schoppen y Dijkstra, (2002) evaluaron el dolor del miembro fantasma y la calidad de vida asociada a la salud en amputados de extremidad inferior. Evaluaron a 437 pacientes con un promedio de edad de 65 años con amputación de extremidad inferior. Encontraron que los pacientes amputados con dolor del miembro fantasma reportaron una calidad de vida más pobre que los amputados sin dolor de miembro fantasma. Los determinantes más importantes de la calidad de vida fueron caminar a distancia y dolor de muñón.

A pesar de que se han localizado estudios sobre la evaluación de la calidad de vida en pacientes amputados, en ninguno de ellos los pacientes tenían diagnóstico de osteosarcoma.

Existe evidencia que sugiere que la amputación temprana deviene en mayores beneficios para el paciente como lo señalaron Ruiz, et al (2002) al evaluar el impacto médico y económico de la amputación temprana versus la amputación tardía de la extremidad inferior gravemente lesionada. Trabajaron con 40 pacientes, de los cuales se formaron dos grupos de 20 pacientes amputados cada uno. El grupo de pacientes con amputación temprana (amputación realizada dentro de las primeras 48 hrs después de haberse lesionado o segunda intervención quirúrgica dentro de la unidad) estuvo formado por 17 hombres y tres mujeres con un promedio de edad de 43 años. En el grupo de pacientes con amputación tardía (amputación realizada en su tercera intervención quirúrgica dentro de la unidad) los 20 participantes fueron del sexo masculino con un promedio de edad de 37 años. Los investigadores recopilaron los datos de los pacientes mediante una encuesta y encontraron que los pacientes del grupo con amputación temprana se sometieron en promedio a 2.15 cirugías antes de la amputación, permanecieron hospitalizados 11.6 días en promedio y pagaron un costo de tratamiento equivalente a \$102,135.00. Los pacientes con amputación tardía se sometieron en promedio a 5.2 cirugías previas a la amputación, permanecieron 31.1 días en promedio hospitalizados, el 35% de ellos presentó sepsis y pagaron un costo de tratamiento equivalente a \$226,830.00. Concluyeron que los pacientes con amputación temprana tienen más probabilidad de lidiar con menos complicaciones, así como incorporarse a sus actividades cotidianas con un menor costo económico de tratamiento que los pacientes con amputación tardía.

Desmond y Malcom (2006) evaluaron la presencia de estrés y dolor posterior a la amputación tardía en 582 hombres con un rango de edad de 20 a 65 años. Se considera amputación tardía cuando ha transcurrido en promedio, un periodo de tiempo de 639.3 meses entre el evento traumático y la amputación. Evaluaron los síntomas de ansiedad y depresión con el HADS y encontraron que el 32% de los pacientes presentaron síntomas depresivos y 34% de los pacientes presentaron síntomas de ansiedad. Un cuarto de la muestra equivalente al 24.6%, respondieron significativamente a síntomas de estrés postraumático medidos con una escala de eventos vitales. El 87.8% de los pacientes no experimentaron dolor residual o del miembro fantasma. Quienes experimentaron dolor residual respondieron significativamente más alto en distrés que quienes no presentaron dolor residual o del miembro fantasma.

Recapitulando, en la literatura consultada se ha encontrado evidencia de que la amputación por trauma deviene en algunos trastornos psicológicos para el paciente ortopédico entre ellos, ansiedad, depresión y problemas asociados con la sexualidad. Sin embargo también existen datos que sugieren que la amputación en determinado momento deviene en menos complicaciones futuras y puede resultar más económico para el paciente.

Cabe señalar que no se reportan investigaciones enfocadas en evaluar la calidad de vida en pacientes amputados por osteosarcoma, únicamente se ha evaluado la calidad de vida en pacientes amputados por trauma. Tampoco se han realizado comparaciones de la calidad de vida en pacientes amputados versus pacientes no amputados ni siquiera por trauma.

Existen estudios en donde se han realizado preparaciones psicológicas para pacientes con diagnóstico de osteosarcoma que serán amputados, sin embargo las referencias localizadas son antiguas y son estudios de caso único, es decir no se realizaron comparaciones entre grupos de pacientes amputados y grupos de pacientes no amputados.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio fue comparar la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de osteosarcoma amputados o desarticulados y la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de osteosarcoma sometidos a alguna cirugía conservadora.

Método

Participantes

Se trabajó con 30 pacientes con diagnóstico de osteosarcoma. Los pacientes tenían un rango de edad de 12 a 65 años de los cuales 17 eran mujeres y 13 hombres. En promedio su escolaridad fue de secundaria y nivel socioeconómico bajo. La mayoría eran estudiantes (33%) o se dedicaban al hogar (27%). Colaboraron tanto pacientes hospitalizados como pacientes que acudieron a su cita de control a la consulta externa del servicio de Tumores óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación durante marzo a octubre de 2009. De los cuales 8 habían sido amputados, 13 desarticulados y 9 habían sido sometidos a una cirugía conservadora como tratamiento médico. Se seleccionó a los pacientes de acuerdo con los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes psiquiátricos
- Pacientes que se encontraran en ese momento en algún tratamiento psicológico.
- Pacientes cuyo estado de salud les impidiera responder las evaluaciones pertinentes.

Instrumentos

Se evaluó a los pacientes mediante el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). El inventario de calidad de vida y salud es un inventario autoaplicable, que toma entre 15 y 20 minutos en su administración, confiable, válido, sensible y sencillo de aplicar. El InCaViSa se encuentra en el Anexo 1 del presente estudio. (Riveros, Sanchez- Sosa y Groves 2004).

El InCaViSa está compuesto por 12 áreas de la calidad de vida que a continuación se describen:

Preocupaciones se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros, como "Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo, por mi enfermedad".

Desempeño Físico se refiere a la capacidad con que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo, contiene reactivos como "Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos".

Aislamiento explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual, por ejemplo "Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes".

Percepción Corporal se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene sobre el aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente, como "Me da pena mi cuerpo".

Funciones Cognitivas revisa la presencia de problemas en funciones como memoria y concentración, tal como "Se me olvida en dónde puse las cosas".

Actitud ante el Tratamiento revisa el desagrado que puede derivarse de adherirse a un tratamiento médico, por ejemplo "Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad".

Tiempo Libre explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas, contiene reactivos como "Desde que enfermé dejé de pasar el rato con mis amigos".

Vida Cotidiana revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas, a partir de que enfermó, por ejemplo "Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida".

Familia explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia, contiene reactivos como "Mi familia cuida mis sentimientos".

Redes Sociales explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas, contiene reactivos como "Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar".

Dependencia Médica se refiere al grado en el que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante, por ejemplo "No me importa qué tengo, solo quiero que el médico me cure".

Relación con el médico se refiere al grado con que el paciente se encuentra cómodo(a) con la atención del médico tratante, por ejemplo "Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad".

El inventario incluye también secciones para el análisis de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala, comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento, y una sección de datos sociodemográficos. Los reactivos se califican en escala de opción forzosa con tres componentes cuantificables: a) porcentual que va de 0% a 100%, b) semántico que va de "nunca" a "siempre", y, c) visual al colocarse en una recta continua que permite visualizar como extremos las respuestas de 0% (nunca) hasta 100%(siempre). Los reactivos se califican de 0 a 5 puntos.

Procedimiento

Se invitó a participar a los pacientes con diagnóstico de osteosarcoma que se presentaron a la consulta externa del servicio de tumores óseos así como a los pacientes que se encontraban hospitalizados en dicho servicio del Instituto Nacional de Rehabilitación.

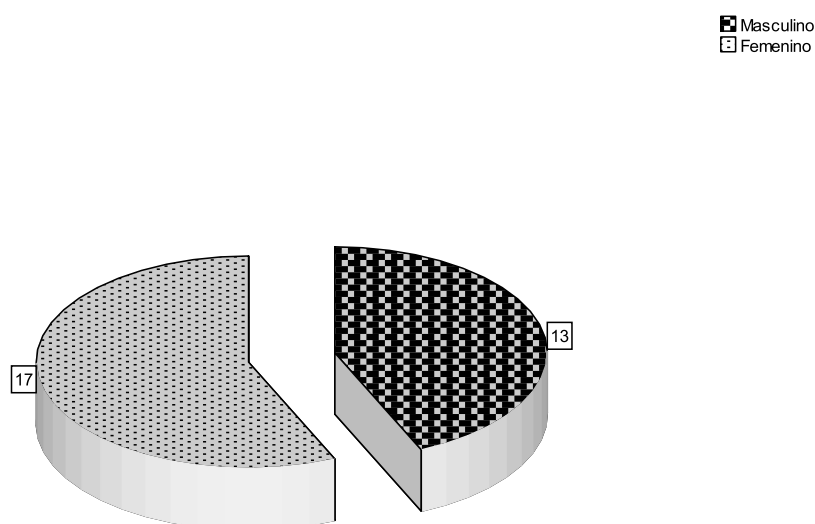
Se les proporcionó un consentimiento informado para que lo firmaran en caso de aceptar participar en el estudio. Posteriormente se les aplicó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa).

RESULTADOS

El análisis de resultados se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 17.0. Se realizó un análisis de frecuencias de los datos sociodemográficos de los pacientes que se muestran a continuación.

La Figura 1 muestra las frecuencias de la distribución de los participantes por sexo. Como se puede observar en la Figura 1, existe un ligero predominio en la muestra de mujeres con un total de 17 que de hombres, con un total de 13.

Figura 1. Frecuencias de la distribución de los participantes por sexo

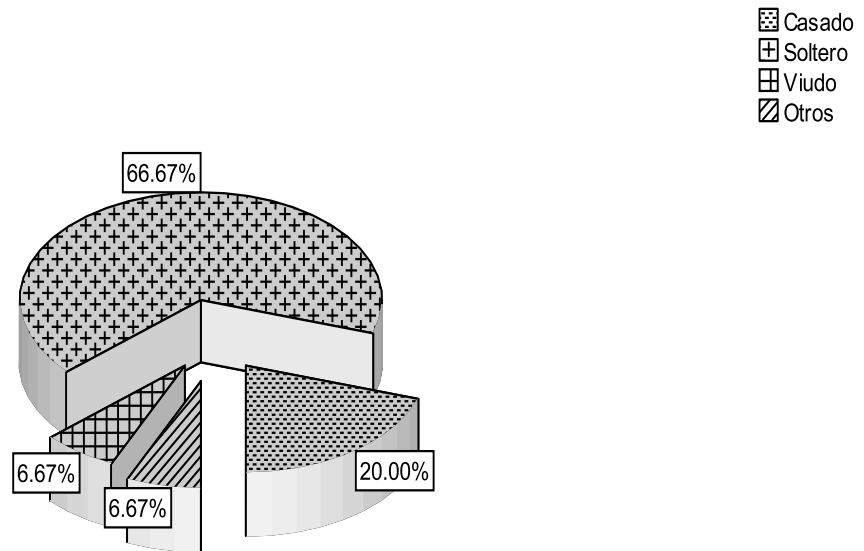


En la Tabla 1 se muestran las frecuencias y el porcentaje del rango de edad de los participantes. Como se puede observar en la Tabla 1, el 50% del total de la muestra se encuentran en el rango de edad de 12 a 23 años, debido a que la incidencia del osteosarcoma es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes que en adultos mayores.

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
12 - 23	15	50%
24 - 35	8	26%
37 - 48	3	11%
53 - 65	4	13%
Total	30	100%

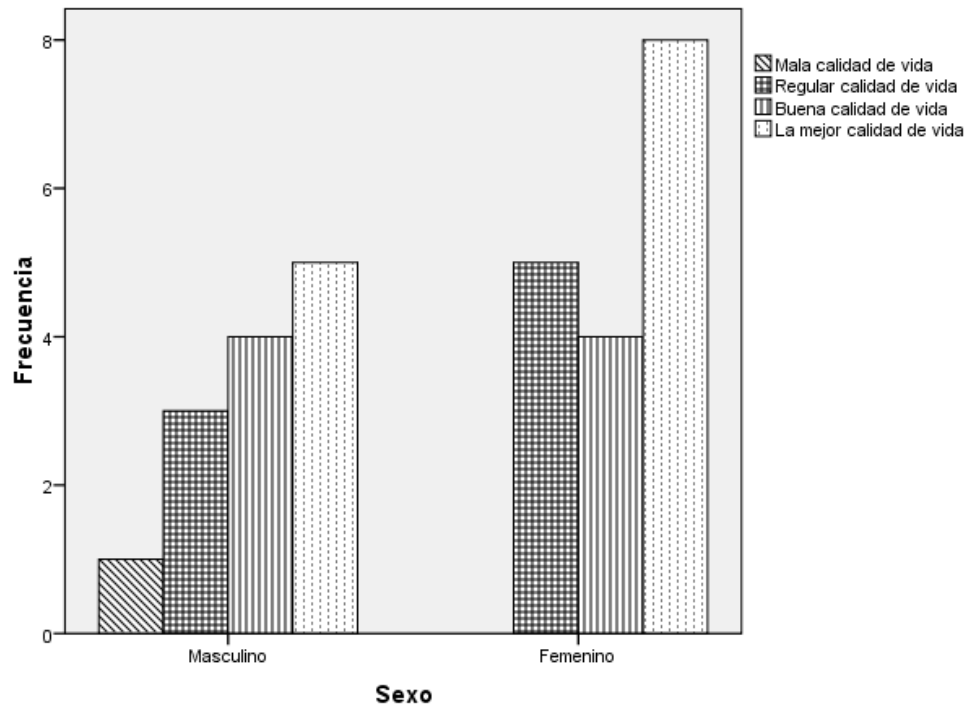
En la Figura 2, se muestra el porcentaje del estado civil del total de la muestra, como se puede observar, la mayoría de los pacientes son solteros con un total de 66% y el 20% de los participantes son casados.

Figura 2. Porcentaje de las frecuencias del estado civil de los participantes



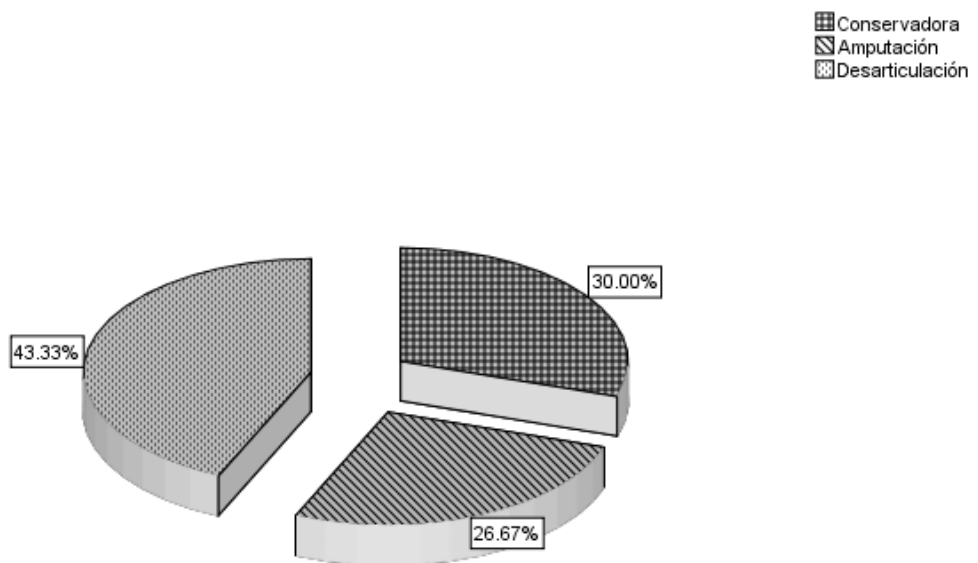
En la Figura 3 se observa la frecuencia del nivel de calidad de vida global por sexo. Como puede apreciarse en la figura, tanto hombres como mujeres reportaron tener la mejor calidad de vida. Sin embargo en el grupo de mujeres, ninguna reportó tener una mala calidad de vida, por el contrario, en el grupo de los hombres si hubo quien refirió tener una mala calidad de vida.

Figura 3. Frecuencia del nivel de calidad de vida por sexo

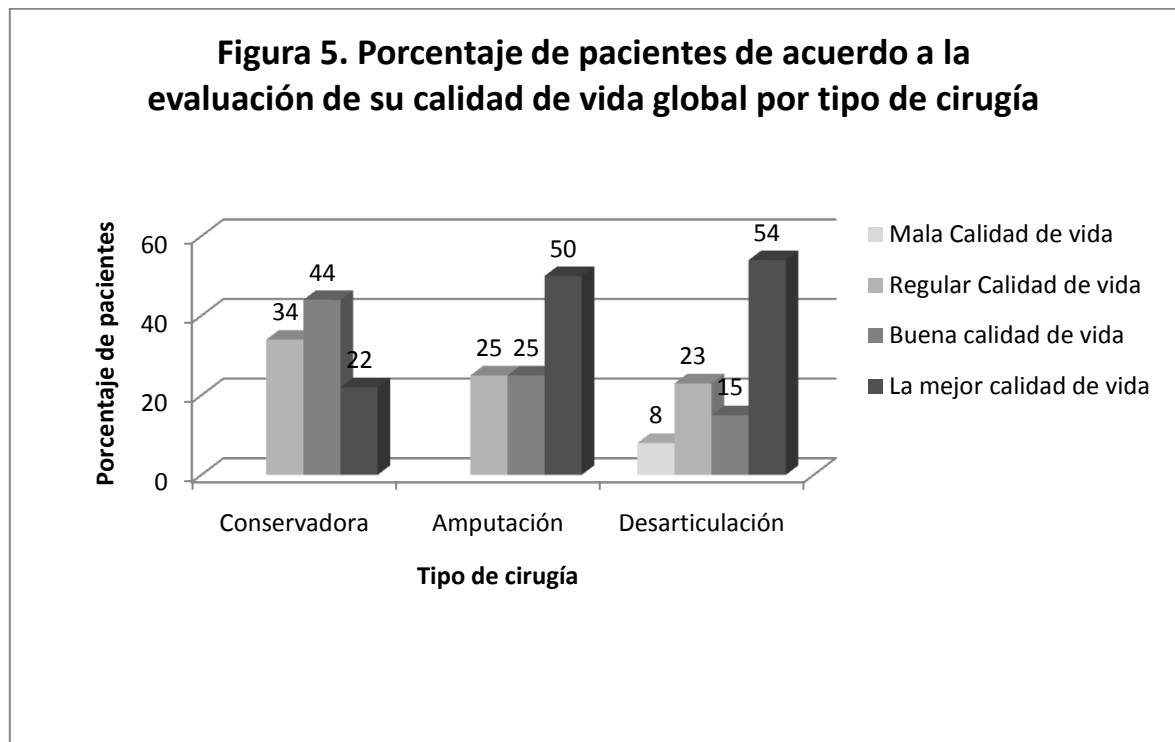


En la Figura 4 se observa el porcentaje del tipo de cirugía que presentó el total de la muestra. Como se puede observar en la Figura 4 el 43% de los pacientes había recibido por tratamiento la desarticulación, el 30% habían conservado su extremidad y el 26% habían sido amputados.

Figura 4. Porcentaje del tipo de cirugía que presentaban los pacientes



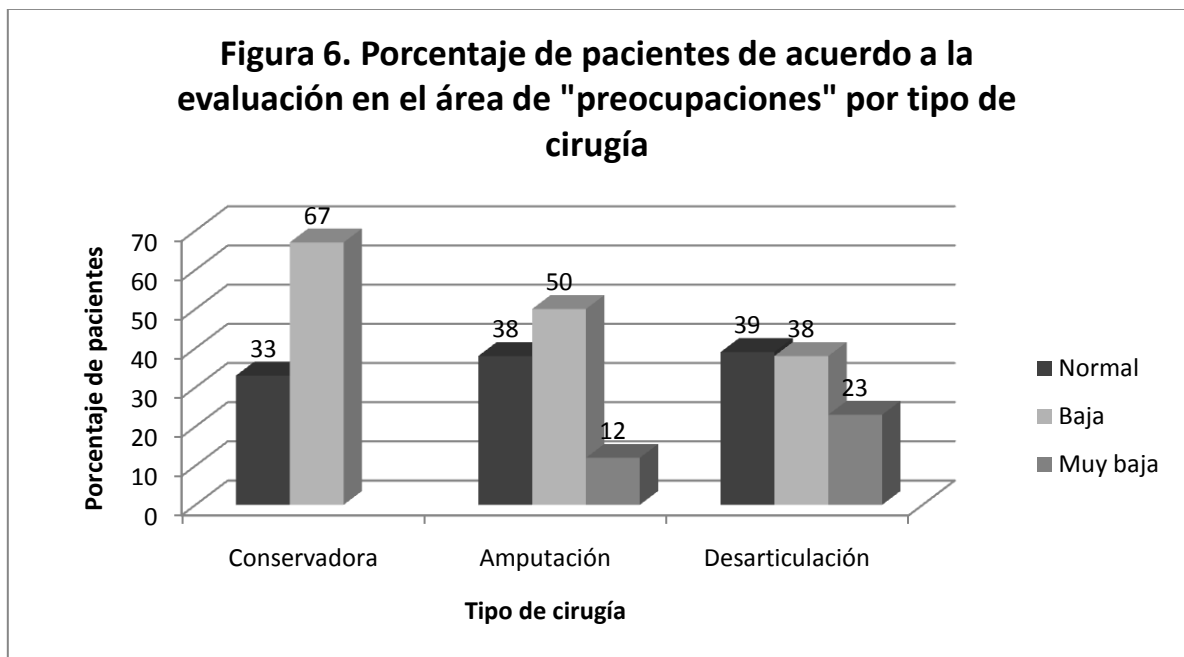
El análisis de la calidad de vida de los pacientes, se realizó mediante tablas cruzadas de la calificación total de los pacientes en cada área del InCaViSa y el tipo de cirugía que se les realizó. A continuación se muestra la Figura 5 en donde se observa la calificación global del inventario de calidad de vida por cada uno de los tres grupos de tratamiento quirúrgico (cirugía conservadora, amputación y desarticulación).



En la Figura 5 se muestran los porcentajes del número de pacientes de acuerdo a su evaluación del nivel de calidad de vida global por tipo de cirugía. Como se puede observar, el 50% de los pacientes con amputación reportaron percibir la mejor calidad de vida. Lo mismo ocurrió en el grupo de pacientes con desarticulación, en donde más del 50% reportaron percibieron la mejor calidad de vida. Por el contrario, el 44% de los pacientes con cirugía conservadora reportaron percibir solo una buena calidad de vida. Sin embargo el 8% del grupo de pacientes desarticulados, percibieron tener una mala calidad de vida, situación que no se observa ni el grupo de pacientes con cirugía conservadora ni en el grupo de pacientes con cirugía radical.

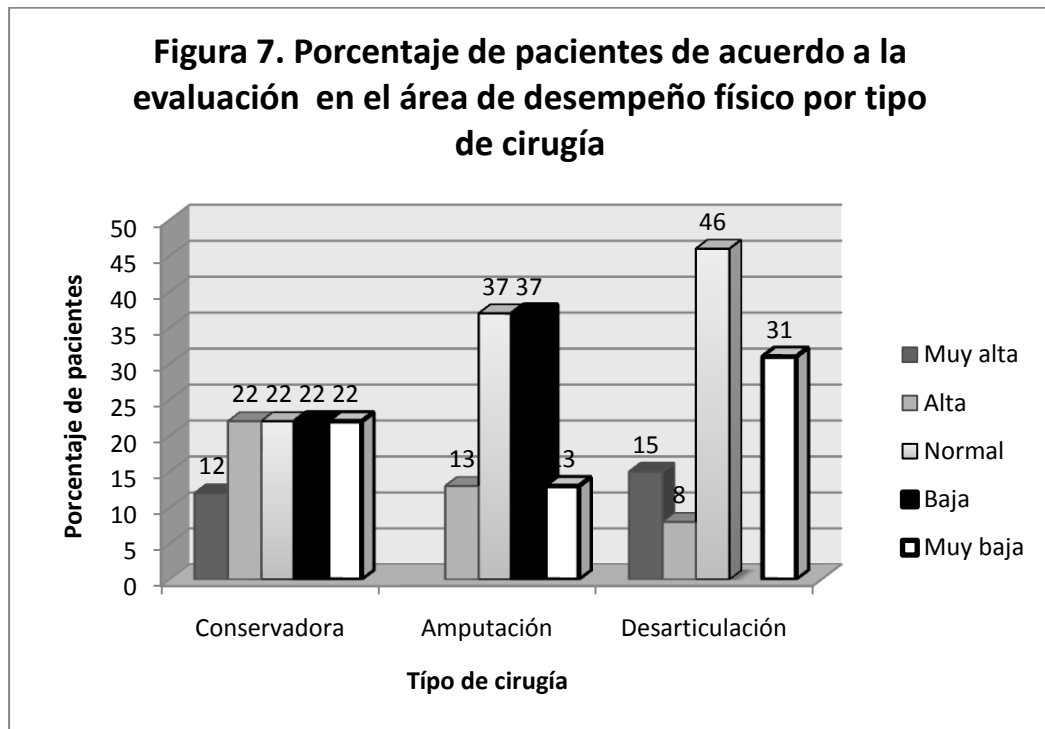
A continuación se muestran los análisis de tablas cruzadas de la calificación total de los pacientes en cada área del InCaViSa y se compararon por el tipo de cirugía que se les realizó.

La Figura 6 muestra el porcentaje del número de pacientes de acuerdo su evaluación del nivel de calidad de vida en el área de "preocupaciones" en cada uno de los tres grupos de tratamiento quirúrgico (cirugía conservadora, amputación y desarticulación).



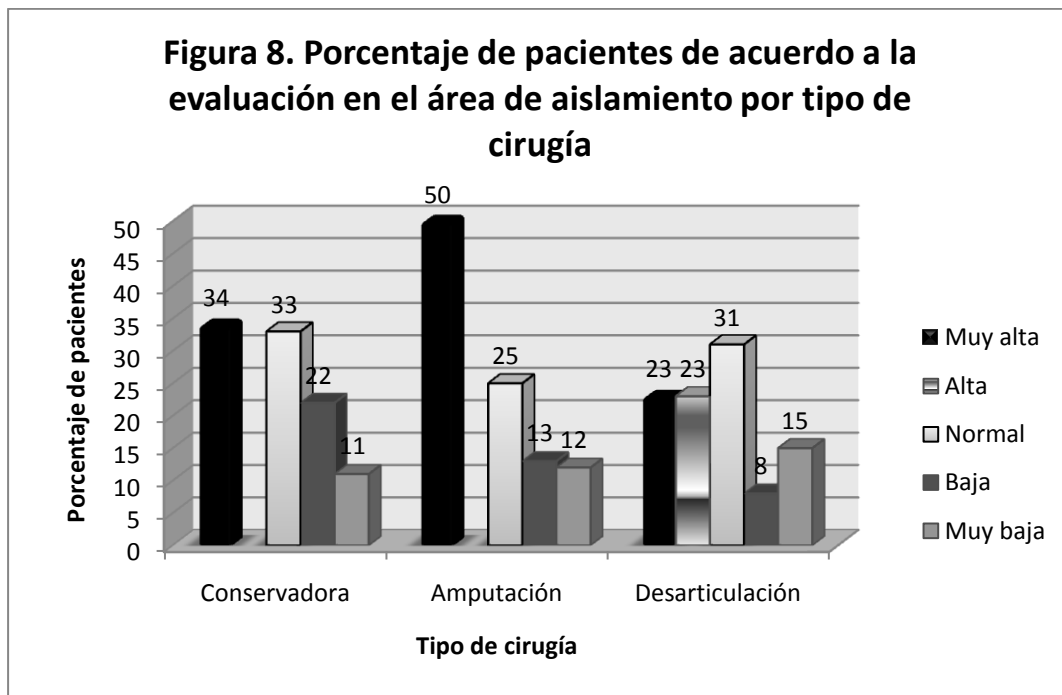
Como se puede observar en la Figura 6, el 67% de los pacientes del grupo de cirugía conservadora y el 50% de los pacientes con amputación, reportaron un nivel de preocupación bajo. Mientras que el 77% de los pacientes con desarticulación reportaron un desempeño físico entre normal y bajo. Tanto el grupo de pacientes con amputación como el grupo de pacientes con desarticulación, reportaron niveles de preocupación muy bajos (12% y 23% respectivamente). Por el contrario en el grupo de pacientes con cirugía conservadora no se observó un solo caso en donde se reporten niveles de preocupación muy bajo.

En la Figura 7 se observa el porcentaje del número de pacientes de acuerdo a su evaluación del nivel de calidad de vida en el área de "desempeño físico" del InCaViSa en cada uno de los tres grupos de tratamiento quirúrgico.



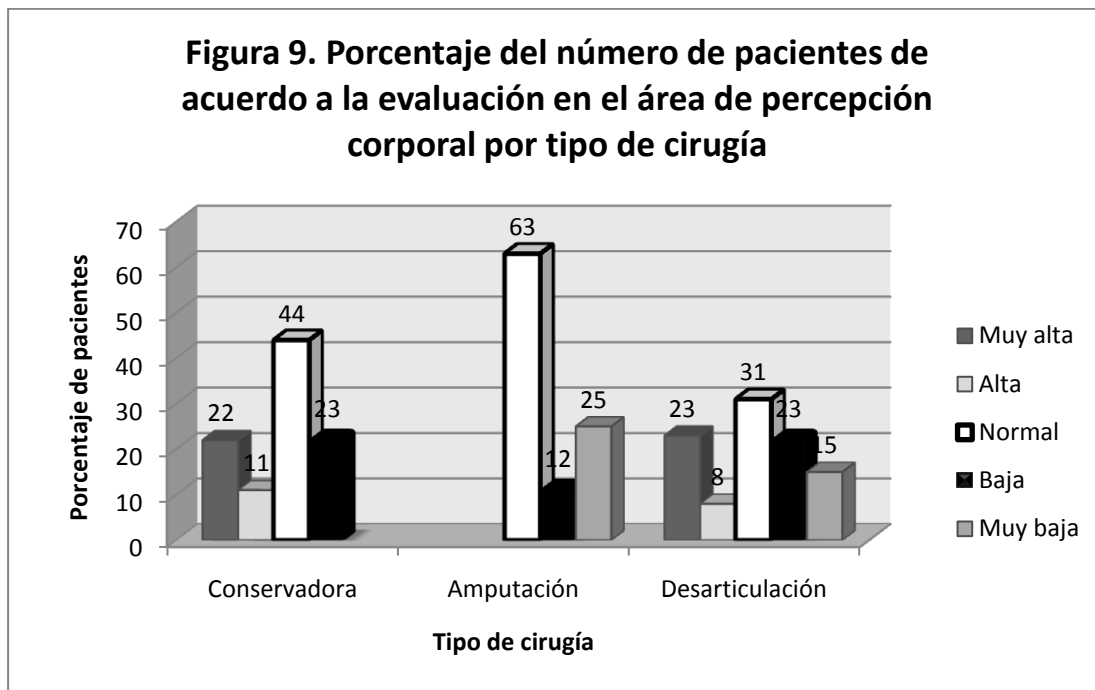
Como se puede observar en la Figura 7, en el grupo de pacientes con cirugía conservadora se distribuyó homogéneamente (de alta a muy baja) el nivel de la calidad en el desempeño físico. En el grupo de pacientes con amputación el nivel de la calidad del desempeño físico se distribuyó homogéneamente entre los niveles normal y bajo (37% cada uno). Por el contrario, casi la mitad del grupo de pacientes con desarticulación reportaron una calidad del desempeño físico normal.

En la Figura 8 se muestra el porcentaje del número de pacientes de acuerdo a la evaluación del nivel de aislamiento en cada uno de los tres grupos de tratamiento.



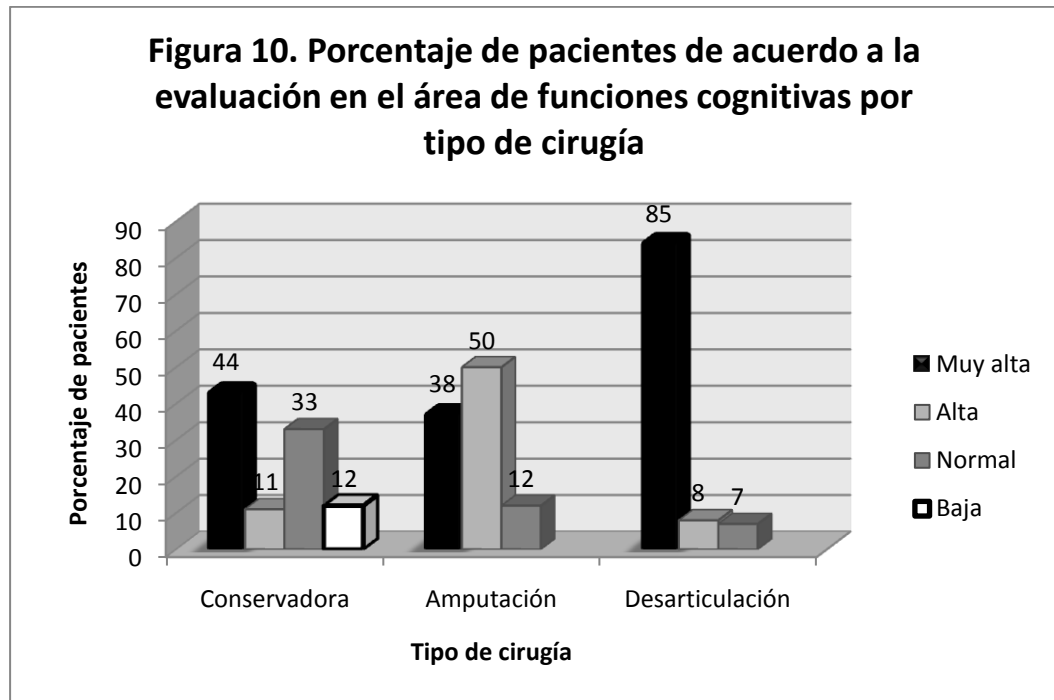
Como se puede observar en la Figura 8, el 34% de los pacientes con cirugía conservadora reportaron un nivel de aislamiento muy alto y el 33 % reportaron un nivel de aislamiento normal. El 50% de los pacientes con amputación reportaron niveles de aislamiento muy altos y el 25% reportaron niveles de aislamiento normales. Por el contrario en el grupo de pacientes con desarticulación, el 31% reportó niveles de aislamiento normales y el 15% reportó niveles de aislamiento muy bajos. Sin embargo el grupo de pacientes con desarticulación fue el único grupo en el que se reportaron niveles de aislamiento altos.

En la Figura 9 se presentan los porcentajes del número de pacientes de acuerdo a los niveles de calidad en el área de percepción corporal por cada uno de los tres grupos de tratamiento quirúrgico.



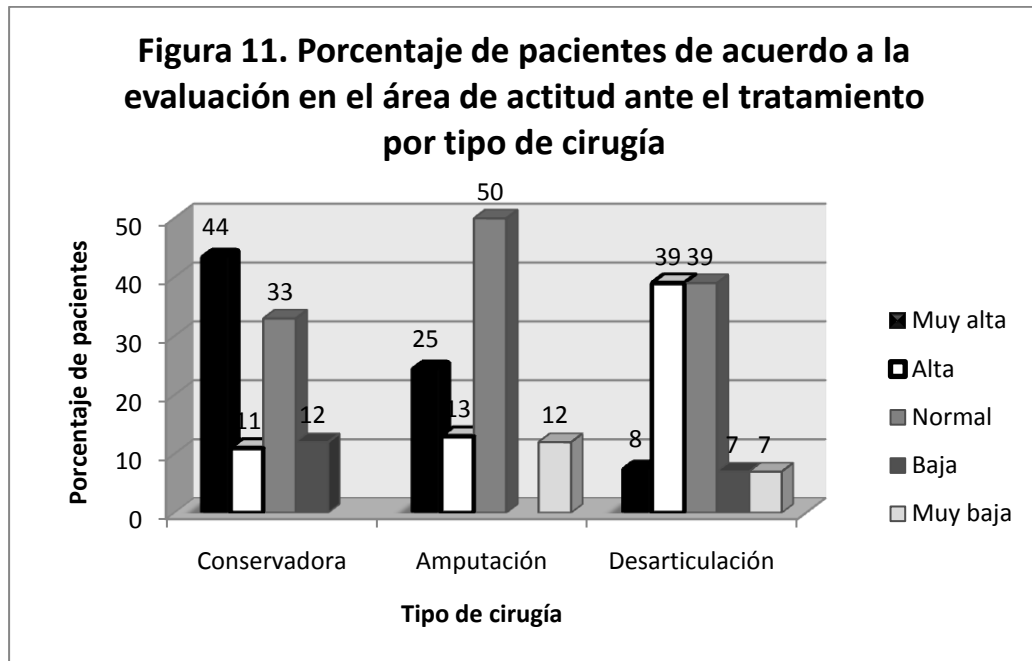
Como se puede observar en la Figura 9, el nivel de percepción corporal normal fue el nivel que se presentó con mayor frecuencia en los tres grupos de tratamiento quirúrgico, con 44% para el grupo de pacientes con cirugía conservadora, 63% en el grupo de pacientes con amputación y 31% en el grupo de pacientes con desarticulación. Sin embargo tanto en los grupos de pacientes con amputación como en el grupo de pacientes con desarticulación, se presentaron niveles muy bajos de percepción corporal (25% y 15% respectivamente) a diferencia del grupo de pacientes con cirugía conservadora en donde no hubo un solo caso con una percepción corporal muy baja.

En la Figura 10 observa el porcentaje de los pacientes de acuerdo a la calidad en el área de las funciones cognitivas en cada uno de los tres tipos de tratamiento quirúrgico.



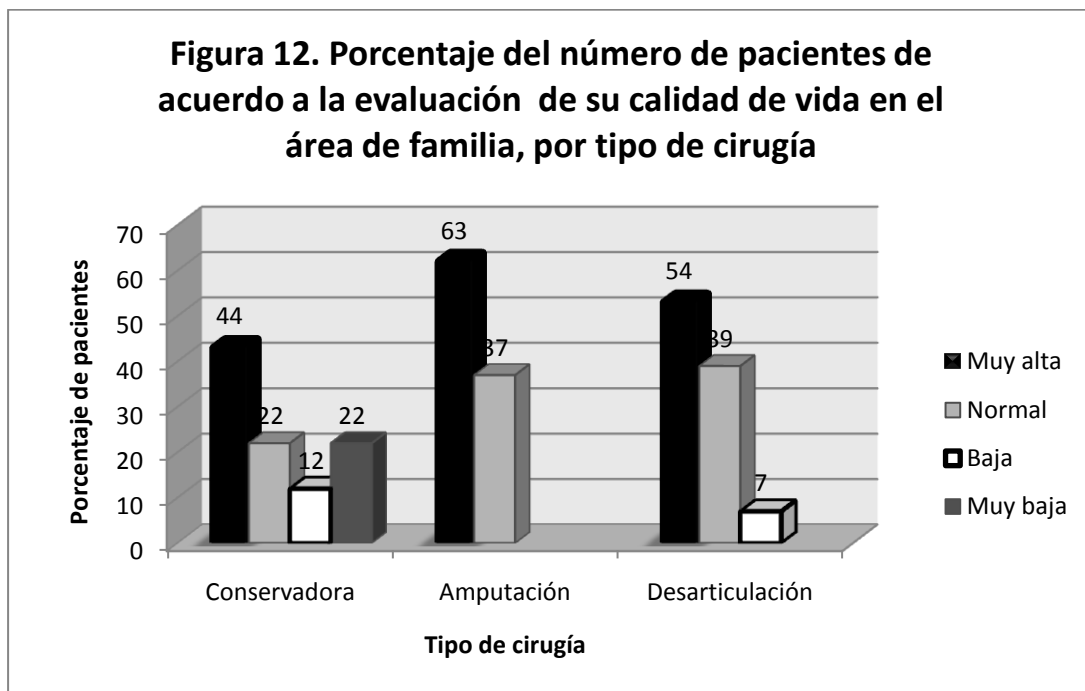
Como se puede observar en la Figura 10, en el grupo de pacientes con cirugía conservadora el nivel de la calidad en las funciones cognitivas más frecuente fue el de muy alta con 44%, seguido del nivel normal con 33%. En el grupo de pacientes con amputación el nivel de la calidad en las funciones cognitivas fue de alta con 50%, seguido del nivel muy alto con 38%. Por el contrario el 85% de los pacientes con desarticulación reportó niveles muy altos de calidad en las funciones cognitivas.

En la Figura 11 se muestra el porcentaje del número de pacientes de acuerdo a la evaluación en el área de actitud ante el tratamiento médico en cada uno de los tres grupos de tratamiento quirúrgico.

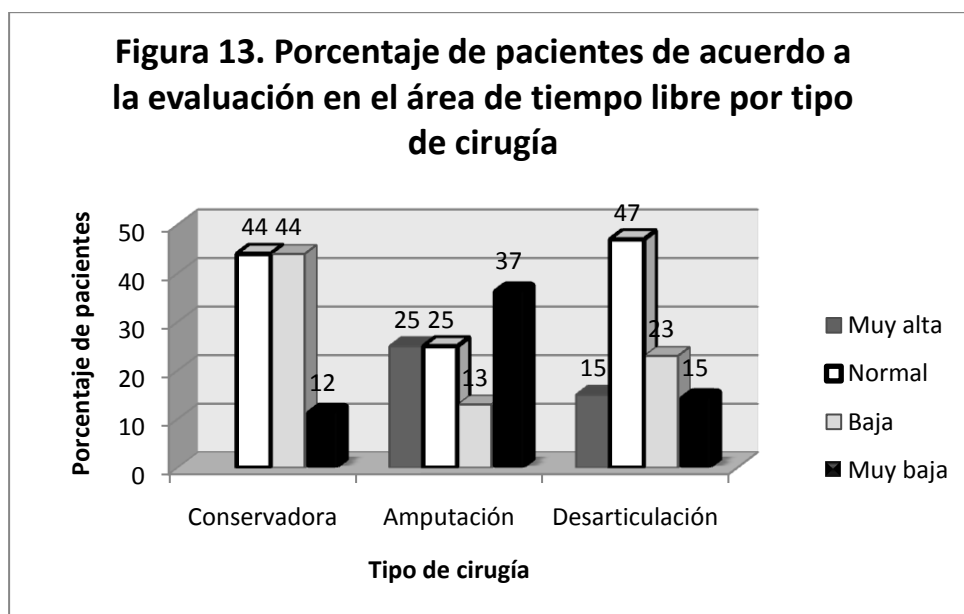


Como se observa en la Figura 11, en el grupo de pacientes con cirugía conservadora el 44% refirió tener una actitud ante el tratamiento muy alta, seguida por una actitud normal con 33%. El 50% de los pacientes del grupo de pacientes con amputación reportó una actitud ante el tratamiento normal. En el grupo de pacientes con desarticulación, se distribuyó de forma homogénea los porcentajes de actitud ante el tratamiento de alta a normal con 39% cada una.

En la Figura 12 se observan los porcentajes del nivel de calidad de vida en el área de familia por tipo de cirugía. Como se puede observar en la Figura 12, los tres grupos de pacientes perciben niveles muy altos de apoyo familiar.

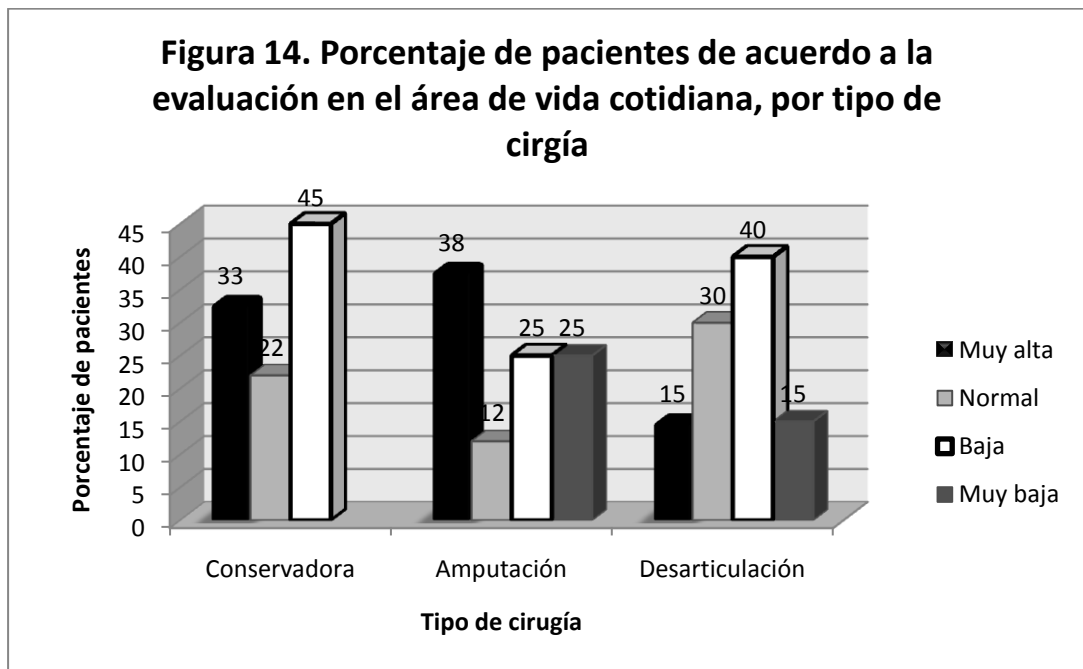


En la Figura 13 se observan los porcentajes del nivel de calidad de vida del área de tiempo libre por tipo de cirugía.



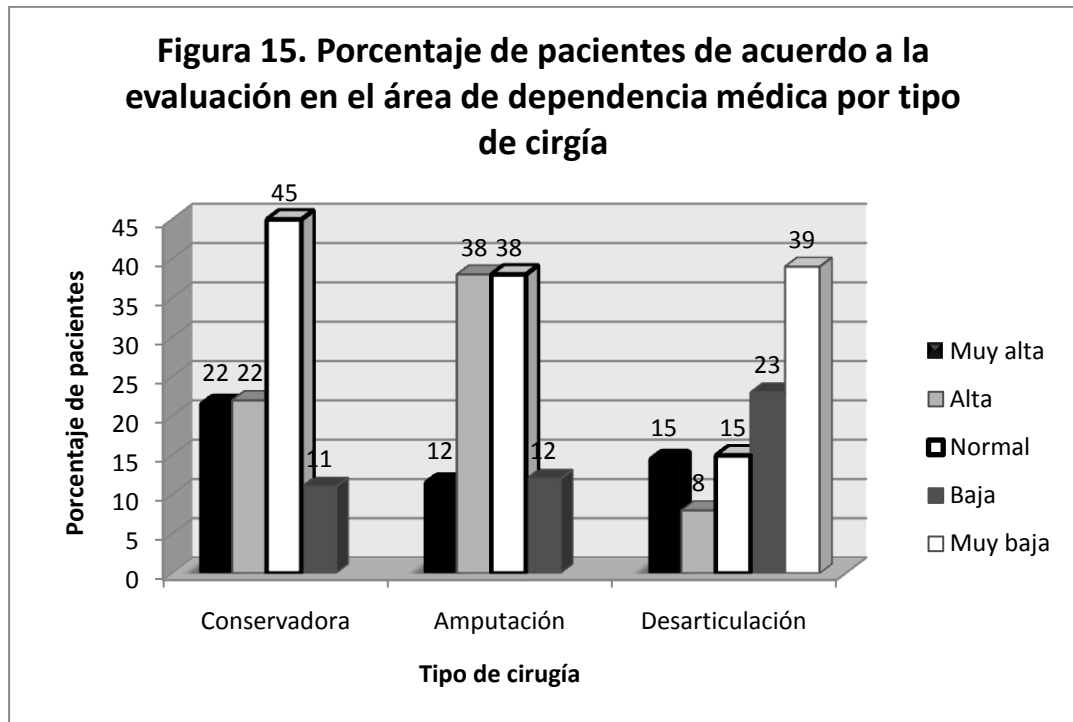
Como se observa en la Figura 13, casi el 50% de los pacientes del grupo de desarticulación percibieron normal la calidad de su tiempo libre. Por el contrario los pacientes con cirugía conservadora percibieron la calidad de su tiempo libre como normal y bajo con 44% cada uno. Sin embargo los pacientes del grupo de amputación percibieron la calidad de su tiempo libre como muy baja.

En la Figura 14 se observa el porcentaje de los pacientes de acuerdo a la calidad en el área de vida cotidiana en cada uno de los tres tipos de tratamiento quirúrgico.



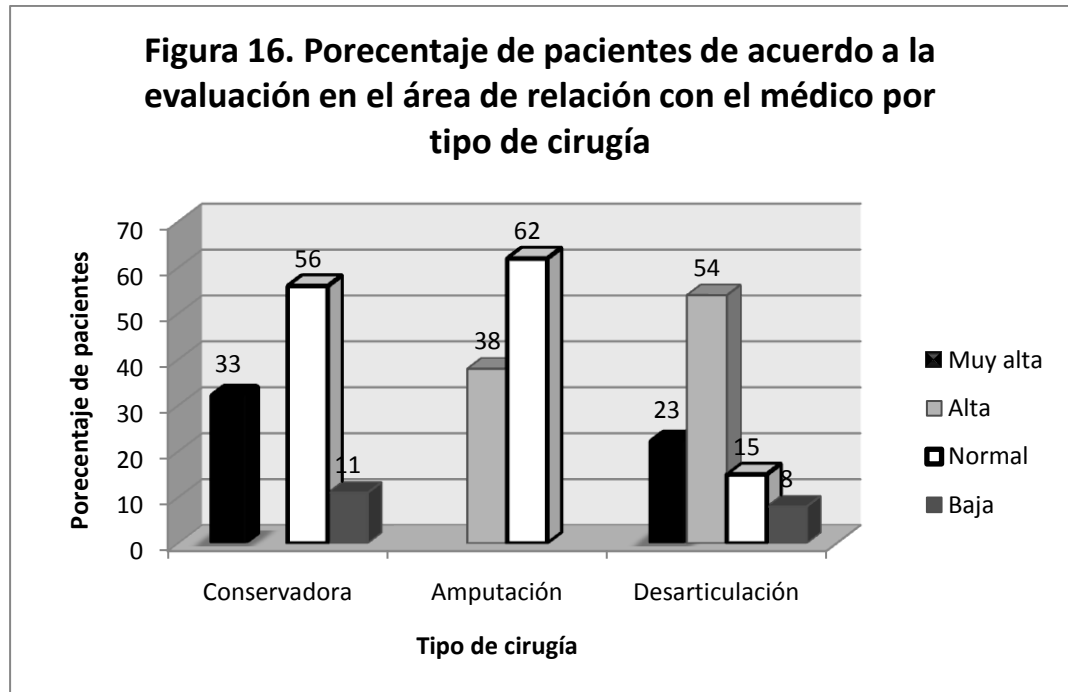
Como se observa en la Figura 14, el 45% de los pacientes del grupo de cirugía conservadora, reportaron niveles bajos en la calidad de su vida cotidiana. Por el contrario en el grupo de pacientes con amputación, el 38% reportó niveles muy altos de calidad en la vida cotidiana. Sin embargo el 40% de los pacientes del grupo de desarticulación reportó niveles bajos en el área de la calidad de la vida cotidiana, seguido por el nivel normal con un 30%.

En la Figura 15 se observan los porcentajes de los pacientes de acuerdo al nivel de dependencia médica en cada uno de los tres tipos de tratamiento quirúrgico.



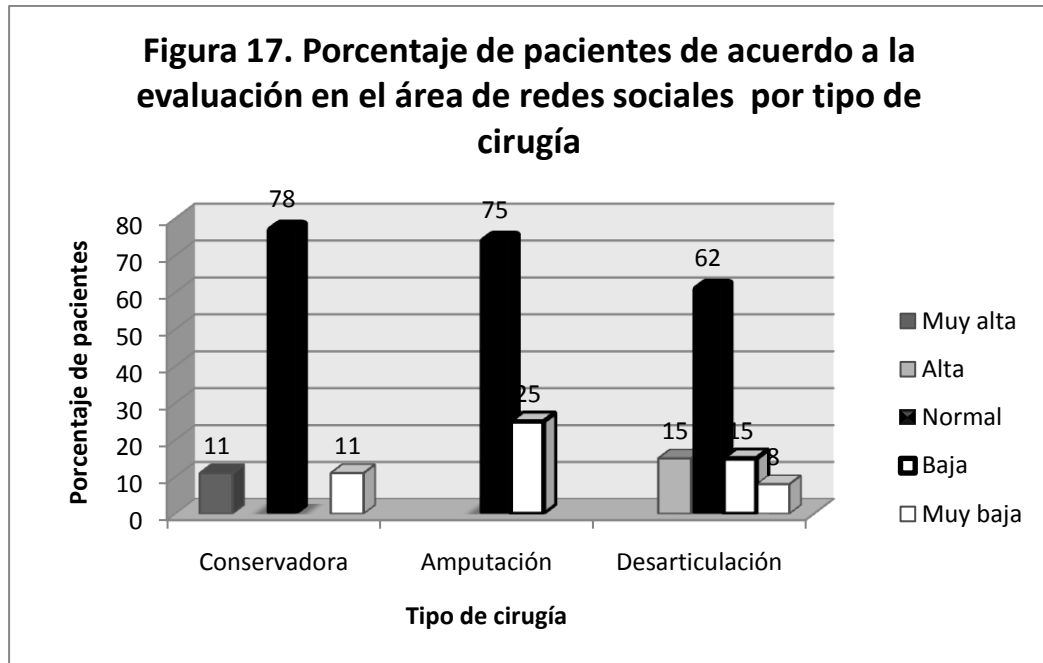
En la Figura 15 se observa que el 45% de los pacientes del grupo de cirugía conservadora reportaron una dependencia médica normal y el grupo de pacientes con amputación reportó una dependencia médica normal y alta con 38% cada uno. Por el contrario el grupo de pacientes con desarticulación reportó una dependencia médica muy baja con 39% de los casos.

En la Figura 16 se observan los porcentajes del nivel de calidad del área de relación con el médico por tipo de cirugía.



La Figura 16 muestra que tanto los pacientes del grupo de cirugía conservadora como el grupo de pacientes con amputación, reportaron tener una relación con el médico normal (56% y 62% respectivamente). Sin embargo más de la mitad del grupo de pacientes con desarticulación reportaron tener una calidad alta en la relación con su médico.

En la Figura 17 se muestran los porcentajes del nivel de calidad del área de redes sociales por tipo de cirugía.



Como se observa en la Figura 17, en los tres tipos de cirugía los pacientes reportaron percibir un apoyo social alto.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se comparó la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de osteosarcoma tratados con procedimientos quirúrgicos conservadores, con la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de osteosarcoma tratados con procedimientos quirúrgicos radicales.

Básicamente, la literatura consultada se puede dividir en dos posturas: la primera señala que los procedimientos quirúrgicos radicales favorecen la presencia de trastornos psicológicos de los pacientes como ansiedad, depresión, pobre adaptación a su condición física (Cheung, Álvaro y Colotla, 2002; Desmond y Malcom, 2006; Deirdre, 2007; Phelps, et al., 2008 y Hawanden, et al., 2008) y problemas sexuales (Bodenheimer et al., 2000 y Geertzen, et al., 2009).

La segunda postura enfatiza que los procedimientos quirúrgicos radicales en determinado momento devienen en mayores beneficios tanto económicos como físicos y psicológicos. Por ejemplo Deirdre y Malcom (2006) identificaron la presencia de estrés y dolor posterior a la amputación tardía y Ruiz, et al., (2002) encontraron que los pacientes con amputación temprana tienen más probabilidad de lidiar con menos complicaciones, así como incorporarse a sus actividades cotidianas con un menor costo económico de tratamiento que los pacientes con amputación tardía.

El resultado principal del presente estudio indica que los pacientes con desarticulación refieren tener una mejor calidad de vida en general que los pacientes con amputación o con cirugía conservadora. En cuanto a las áreas de la calidad de vida se observó que los pacientes con cirugía radical comparados con los pacientes con cirugía conservadora, perciben menos preocupaciones, mejor desempeño físico, funciones cognitivas normales, menor dependencia médica, buena relación con su médico y una mejor calidad de vida global. Sin embargo, los pacientes amputados reportaron mayores niveles de aislamiento y una pobre calidad del tiempo libre. Los pacientes con cirugía conservadora en comparación con los pacientes con cirugía radical refirieron una mejor actitud ante el tratamiento y una buena calidad de su vida cotidiana. Finalmente los tres grupos de pacientes refirieron una percepción corporal normal, niveles altos de apoyo familiar así como niveles altos de apoyo social.

En la literatura consultada se identificaron estudios que comparan los efectos psicológicos (no la calidad de vida) de pacientes sometidos a una cirugía radical versus alguna cirugía conservadora con la finalidad de averiguar quiénes son más vulnerables a presentar algún trastorno psicológico. Sin embargo las conclusiones de estos estudios también se encuentran divididas por un lado Mosaku, Akinyoola, Fatoye y Adegbehingbe (2009) refieren que los síntomas psicológicos en pacientes amputados son mayores que los síntomas psicológicos en pacientes ortopédicos no amputados. Pero por otro lado Morales, Granada, Guerrero, Penedo y Muñoz en 1997, refieren que las pacientes con cirugía conservadora mostraban mayor preocupación por su salud y por el tratamiento elegido que las pacientes con mastectomía. Concluyeron que los resultados de su estudio podrían reflejar la amenaza constante de la recurrencia del cáncer que presentan las pacientes con cirugía conservadora.

Como se puede observar tampoco existe acuerdo en los estudios que comparan los efectos psicológicos de pacientes sometidos a cirugía conservadora versus cirugía radical y ninguno de ellos hace referencia a las cirugías realizadas por diagnóstico de osteosarcoma, ni evalúan la calidad de vida. Sin embargo se puede decir que los resultados del presente estudio apoyan la postura de que en algunas ocasiones una amputación podría traer más beneficios que una cirugía conservadora tal y como lo reportaron Desmond y Malcom (2006) y Ruiz et al., (2002)

En la literatura se identificaron dos estudios que hablan sobre la amputación en pacientes con osteosarcoma Fung y Lee en 1996 y Korth en 1993 Sin embargo, no se encuentran actualizados y son estudios de caso en donde no se realizan comparaciones del efecto psicológico de los tratamientos médicos radicales versus no radicales.

Finalmente Demet et al., (2003) identificaron que la juventud al momento de la amputación, la amputación de origen traumática y la amputación del miembro superior fueron asociados con una mejor calidad de vida. A pesar de que en el estudio se evaluó la calidad de vida de pacientes amputados, no se especifica el motivo de la amputación, por lo que no es posible saber si eran pacientes oncológicos.

A pesar de que se han localizado estudios sobre la evaluación de la calidad de vida en pacientes amputados De Godoy, et al., (2002) y Van der

Schans, et al., (2002), en ninguno de ellos los pacientes tenían diagnóstico de osteosarcoma.

El presente estudio aporta datos que podrían ayudar a los pacientes a tomar una decisión sobre el tipo de tratamiento quirúrgico que les traerá mayores beneficios a corto, mediano y largo plazo. Existen casos en los que la cirugía radical es inevitable y el paciente acepta la cirugía debido a que no se le presentan otras alternativas, no por convicción. El tomar una decisión sin el debido convencimiento no favorece la ulterior adaptación a su nueva condición física.

Actualmente existen programas de rehabilitación para pacientes amputados o desarticulados que están orientados en adaptar al paciente a su condición física para que éste sea capaz de realizar sus actividades cotidianas y recuperar su productividad. Existe literatura en donde se reporta la importancia de recibir este tipo de terapias físicas por ejemplo, Van Velzen, et al., en 2006 realizaron una revisión sistemática de la literatura sobre la habilidad para caminar en pacientes con amputación de miembro inferior. Revisaron 48 estudios con las siguientes medidas: capacidad física, capacidad anaerobia, fuerza muscular, (flexibilidad y balance), habilidad para caminar (velocidad y simetría para caminar). Encontraron evidencia sólida de deterioro en dos aspectos de capacidad física (fuerza muscular y balance) y en los dos aspectos de la habilidad para caminar (velocidad y simetría). Acentuaron la importancia de la rehabilitación física en los pacientes amputados.

Para poder enriquecer esta contribución a la literatura, se sugiere para futuras investigaciones considerar el tiempo transcurrido entre el momento de la cirugía y el momento de la evaluación psicológica, debido a que existe evidencia que sugiere que es una variable a considerar, tal y como lo hizo Nagarajan en 2009 quien realizó una investigación sobre la función global de los adultos sobrevivientes a tumores de la extremidad inferior en la niñez. Se identificó a 629 pacientes sobrevivientes de cáncer con diagnóstico de osteosarcoma o sarcoma de Ewing como tumor primario. Se les envió el Índice de Reintegración a la vida cotidiana por vía e-mail, que evalúa la función global, la función diaria y la autopercepción. Los sobrevivientes reportaron altos niveles en la función global (20.6 de 22) promedio de función diaria de 15 a 16 y un promedio de autopercepción de 5.6 de 6. Las mujeres y los más grandes reportaron los

niveles menores del índice. Basados en éste índice, la mayoría de los sobrevivientes a largo plazo se adaptaron adecuadamente a su ambiente. Aunque algunos sobrevivientes pueden llegar a presentar limitaciones en su desempeño físico y calidad de vida, la mayoría no reportó dificultades moderadas o severas en su integración social.

La terapia psicológica encaminada en enriquecer las redes sociales podría favorecer la calidad de vida de pacientes con cirugías radicales. Por ejemplo, Rhonda en 2004, realizó un estudio longitudinal de dos años sobre apoyo social seguido a una amputación. El objetivo del estudio fue explorar el impacto del apoyo social en la depresión, dolor interferente, satisfacción con la vida, movilidad y funcionamiento ocupacional. Se realizaron entrevistas telefónicas 89 adultos a uno, seis, doce y veinticuatro meses después de una amputación. Aplicaron la Escala de Integración Social y la Escala Multidimensional de apoyo social percibido. Encontraron un alto nivel de integración social entre personas después de la amputación y fue relativamente estable en los dos años después de la cirugía, sin embargo los niveles de integración social fueron menores en el grupo de amputados que en el grupo de personas sin discapacidad. La escala multidimensional de apoyo social percibido fue predictor del dolor interferente, satisfacción de vida y movilidad. Los resultados sugieren que las intervenciones orientadas en mejorar las relaciones sociales después de la amputación puede facilitar la adaptación de los pacientes.

También se sugiere realizar intervenciones psicológicas encaminadas en modificar los aspectos cognitivos del paciente, como Phelps, et al., en 2008 quienes evaluaron la importancia del procesamiento cognitivo para adaptarse en el primer año después de la amputación. Encontraron que el procesamiento cognitivo negativo, predice síntomas depresivos y de estrés postraumático.

El paciente oncológico amputado o desarticulado requiere de atención especializada por parte de las diferentes áreas de la salud, como lo son cirujanos, oncólogos, psicólogos, oncólogos médicos, enfermeras, trabajadores sociales, nutriólogos y médicos rehabilitadores. Guiaquinto y Ring (2007) enfatizaron en la necesidad de realizar intervenciones multidisciplinarias para integrar a sus trabajos a personas con alguna discapacidad como daño cerebral, espinal, amputación o enfermedades crónico degenerativas.

Actualmente existen diversos tipos de prótesis, tanto funcionales como estéticas que podrían favorecer la adaptación social de los pacientes amputados o desarticulados. Saradijan, Thomson y Datta, (2008) realizaron un análisis cualitativo sobre la experiencia de los usuarios de prótesis seguida a una amputación de alguna de sus extremidades. Encontraron que el uso de prótesis favorece el ajuste psicosocial de los pacientes.

REFERENCIAS

- American Cancer Society. (2006). Cancer statistics. http://www.cance.org/docroot/ESP/esp_0.asp
- Avalo, J., Llantá, M., Chacón, M. y Fleites, G. (2000). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. *Revista Cubana de Oncología*, 15 (1), 49-65.
- Barlow, J., & Ellard, D. (2004). Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: an overview of the research evidence base. *Child: Care, Health and Development*, 30 (6), 637.
- Benioff, S. y Vinogradov, L. (2006). Terapia de grupo en pacientes con cáncer y enfermos terminales. En: Kaplan, H. *Terapia de grupo.*: Eds médica panamericana., España.
- Bodenheimer, C., Kerrigan, A., Garber, S., & Monga, T. (2000). Sexuality in persons with lower extremity amputations. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 22, 409-415.
- Casas-Ganem, J. & Healey, J. (2004). Advances that are changing the diagnosis and treatment of malignant bone tumors. *Current Opinion in Rheumatology*, 17, 79-85.
- Cheung, E., Alvaro, R., & Colotla, V. (2003). Psychological distress in workers with traumatic upper or lower limb amputations following industrial injuries. *Rehabilitation Psychology*, 48, 109-112.
- Covarrubias, E., y López, C. (2000). Osteosarcoma.
- Quimioterapia pre y posoperatoria. Informe de 10 casos. Hospital infantil del estado de Sonora. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46, 251-254.
- De Godoy; Pereira, J.; Braile, D. M; Buzatto, S. H. G; Longo, O.; Fontes, O. A. (2002). Quality of life after amputation. *Psychology, Health & Medicine*. Vol 7(4) Nov 2002, 397-400.

- Deirdre, M. (2007). Coping, affective distress and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputation. *Journal of Psychosomatic Research*, 62, 15-21.
- Deirdre, M., Malcom, M. (2006). Affective distress and amputation-related pain among older men with long-term, traumatic limb amputations. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31, 362-368.
- Demet, K., Martinet, N., Guillemin, F., Paysant, J., & Andre, J. (2003). Health related quality of life and related factors in 539 persons with amputation of upper and lower limb. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*. Vol 25(9) May 2003, 480-486.
- DeVita, H., & Lawrence, T. (2008). *Cancer: Principles and practice of oncology*. Lippincot Williams and Wilkins.
- Dumb, B., Tyler, W., Ellis, S. & McCarthy, E. (2004). Radiographic evaluation of pathological bone lesions: Current spectrum of disease and approach to diagnosis. *Journal of Bone and Joint Surgery Incorporated*, 86, 84 - 90.
- Escartin, M. y Acin, L. (2007). Boletín oncológico. Registro Hospitalario de tumores, *Tratamiento paliativo del paciente oncológico*, 2 (6), 1-37.
- Fernández, A. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos. *Psicooncología*, 1, (2), 169-180.
- Fung, A., & Lee, P. (1996). Sacrificing a limb for life: Psychological interventions in osteosarcoma. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 24, 283-286.
- Geertzen, J., Van Es, C. & Dijkstra, U. (2009). Sexuality and amputation: A systematic literature review. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*. Vol 31(7) Mar 2009, 522-527.
- Giamona, A. & Malek, D. (2002). The psychological effect of childhood cancer on families. *Pediatric Clinic of North America*, 49, 1063-1081.
- Giaquinto, S., & Ring, H. (2007). Return to work in selected disabilities. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*. Vol 29(17) Sep 2007, 1313-1316.
- Gibbs, P., Weber, K. & Scarborough. (2001).

- Malignant Bone Tumors. *Journal of Bone and Joint Surgery Incorporated*, 83, 1728 - 1745.
- Hawamdeh, Z., Othman, Y. & Ibrahim, A. (2008). Assessment of anxiety and depression after lower limb amputation in Jordanian patients. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. Vol 4(3) 2008, 627-633.
- Healey, J., Nikolic, G., Athanasian, E., & Boland, J. (1997). Quality of life as defined by orthopedic oncology patients. *Annals of Surgical Oncology*, 4, 591-596.
- Herrera, A., y Granados, M. (2006). Manual de oncología y procedimientos médico quirúrgicos. McGraw Hill.
- Instituto Nacional de Rehabilitación [INR], Portal Discapacinet.
- Korth, E. (1993). Psychological operation-preparation with children: Preparation of a five-year-old boy for the amputation of his left leg with play, family, and behavior therapy. *Zeitschrift fur Klinische Psychologie*. Vol 22(1) 1993, 62-76.
- Lomelí, V., 2005. Conferencia impartida en el seminario La salud de los mexicanos en el siglo XXI: un futuro con responsabilidad de todos. La casa de la amistad. México, D.F.
- Rodríguez, B.L. (1984). Medicina Conductual: su definición y aplicación. Revista Colombiana de Análisis y Terapia del Comportamiento, 2.**
- Lugo, M., Alizo, J., Martinez, D. y Sojo, V. (2006). Pacientes oncológicos con diagnóstico resiente: Valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención. *Archivo venezolano de psiquiatría y neurología*, 52 (106), 23-31.
- Malca, S. (2005). *Psicooncología: abordaje emocional en oncología, persona y bioética*, 9 (25), 64-67.
- Maté, J., Hollenstein, M. y Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1, (2), 211-230.
- Morales, M., Granada, O., Guerrero, G., Penedo, C., & Muñoz, B. (1997). Psychological adjustment in breast cancer: Comparison of mastectomy

and breast-conserving treatment. *Psiquis: Revista de Psiquiatria, Psicología y Psicosomática*, 18, 25-30.

Mosaku, K., Akinyoola A., Fatoye, F. & Adegbehingbe. (2009). Psychological reactions to amputation in a sample of Nigerian amputees. *General Hospital Psychiatry*, 31, 20-24.

Nagarajan, Rajaram; Mogil, Rona; Neglia, Joseph P; Robison, Leslie L; Ness, Kirsten K. (2009). Self-reported global function among adult survivors of childhood lower-extremity bone tumors: A report from the Childhood Cancer Survivor Study (CCSS). *Journal of Cancer Survivorship*. Vol 3(1) Mar 2009, 59-65.

Phelps, L., Williams, R., Raichle, K., Turner, A. & Ehde, M. (2008). The importance of cognitive processing to adjustment in the 1st year following amputation. *Rehabilitation Psychology*. Vol 53(1) Feb 2008, 28-38.

Rhonda, M., Dawn, M., Douglas, G., Joseph, M., Amy, J., & Lawrence. R. (2004). A two-year longitudinal study of social support following amputation. *Disability and Rehabilitation: An international Multidisciplinary Journal*, 26, 862 -864.

Rico, M., Delgado, E., Estrada, E., Gonzalez, R., y Flores, N. (2007). Los dilemas en tumores óseos. *Acta Ortopédica Mexicana*, 21.

Riveros, R. A.; Sánchez- Sosa, J. J., Groves, M. (2004). Inventario de Calidad de Vida y Salud, InCaViSa. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodriguez, A., Ruiz, R. y Restrepo, M. (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la misericordia. *Revista colombiana de psicología*, 13, 90-101.

Rojas, G. (2006). *Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cancer de mama*, 17 (4), 194-107.

Ruiz, F., Madrigal, G., Reyes, G., Islas, A., Medina, R., Izquierdo, H., Vargas A., Romero, F., Barranco, A., Manrique, P., Sánchez, M., y Baliño, C. (2002). El impacto médico y económico de la amputación temprana vs tardía de la extremidad inferior severamente dañada. *Revista Mexicana de ortopedia y trauma*, 16, 135-144.

- Saradjian, A., Thompson, A., & Datta, D. (2008). The experience of men using an upper limb prosthesis following amputation: Positive coping and minimizing feeling different. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 30(11), 871-883.
- Secretaría de Salud. (2003). *Estadísticas de la Secretaría de Salud*.
<http://portal.salud.gob.mx/contenidos/noticias/cancer/estadisticas/html>
- Secretaría de Salud. (2007). *Estadísticas de la Secretaría de Salud*.
<http://portal.salud.gob.mx/contenidos/noticias/cancer/estadisticas/html>
- Simon, M. (2008).
Current concepts review biopsy of musculoskeletal tumors. *Journal of Bone and Joint Surgery Incorporated*, 64, 1253 - 1257.
- Van der Schans, C., Geertzen, J., Schoppen, T. & Dijkstra, P. (2002). Phantom pain and health-related quality of life in lower limb amputees. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol 24(4) Oct 2002, 429-436.
- Van Velzen, J. M; van Bennekom, C. A. M; Polomski, W; Slootman, J. R; van der Woude, L. H. V; Houdijk, H. (2006). *Clinical Rehabilitation*. Vol 20(11) Nov 2006, 999-1016.
- World Health Organization. (2008). *World Health Statistics*.
http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf

ANEXO 1

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

InCaViSa

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

ANGELICA RIVEROS
JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
MARK ANDREW GROVES



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
VERSION 4. © 2000-2005

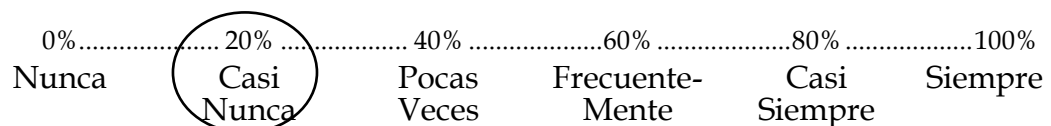
INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **encerrando en un círculo** la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, déjela en blanco. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

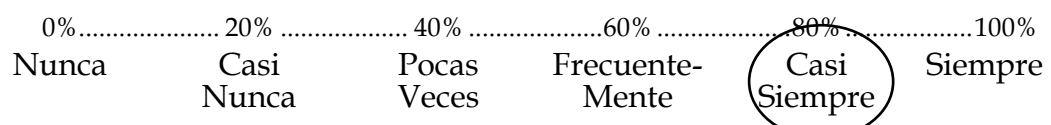
Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.



Encerraría en un círculo "CASI NUNCA" si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo "SIEMPRE".



Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: *con toda confianza, conteste con la verdad.*

Las siguientes preguntas se refieren únicamente a cómo ha pensado o sentido durante **las últimas dos semanas**, por favor tenga en mente sus creencias, esperanzas, gustos y preocupaciones pero sólo en los **últimos quince días**.

1. Creo que si me cuido mi salud mejorará.

0%..... 20% 40%60%80%100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mental Siempre

2. Creo que me enfermo más fácilmente que otras personas

0%..... 20% 40%60%80%100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mental Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

PREOCUPACIONES

3. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad.

0%..... 20% 40%60%80%100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mental Siempre

4. Me preocupa que algunas veces mi enfermedad es una carga para los demás.

0%..... 20% 40%60%80%100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mental Siempre

5. Me preocupa que alguien se sienta incómodo(a) cuando está conmigo por mi enfermedad.

0%..... 20% 40%60%80%100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mental Siempre

6. Me molesta que otras personas me cuiden demasiado debido a mi enfermedad

0%..... 20% 40%60%80%100%
 Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mental Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

DESEMPEÑO FÍSICO

7. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

8. Si es necesario, puedo caminar dos o tres cuadras fácilmente.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

9. Puedo cargar las bolsas del mandado sin hacer grandes esfuerzos.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

10. Puedo subir varios pisos por las escaleras sin cansarme demasiado.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

AISLAMIENTO

11. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

12. Me siento tan vacío(a) que nada podría animarme.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

13. Me parece que desde que enfermé no confían en mí como antes.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

14. Me siento solo(a) aun estando en compañía de otros.

0%..... 20% 40% 60% 80% 100%
Nunca Casi Pocas Frecuente- Casi Siempre
 Nunca Veces Mente Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

PERCEPCIÓN CORPORAL

15. Me siento poco atractivo(a) porque estoy enfermo(a).

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

16. Me siento restringido(a) por mi peso.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

17. Me da pena mi cuerpo.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

18. Mi cuerpo se ve diferente porque estoy enfermo(a)

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

FUNCIONES COGNITIVAS

19. Se me olvida en dónde puse las cosas.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

20. Se me olvidan los nombres.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

21. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

22. Tengo problemas con mi memoria.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

23. Me fastidia tomar tantas medicinas.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

24. Los efectos de las medicinas son peores que la enfermedad.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

25. Me da pena que los demás noten que tomo medicinas.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

26. Me siento incómodo(a) con mi médico.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

FAMILIA

27. El amor de mi familia es lo mejor que tengo.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

28. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

29. Mi familia me comprende y me apoya.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

30. Mi familia cuida mis sentimientos.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

TIEMPO LIBRE.

31. Desde que enfermé dejé de disfrutar mi tiempo libre.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

32. Me siento triste cuando veo a personas que hacen las cosas que antes hacía.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

33. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

34. Mi enfermedad interfiere con mis actividades sociales, como visitar a mis amigos o familiares.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

VIDA COTIDIANA.

35. Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

36. Desde que enfermé mi vida diaria dejó de ser placentera.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

37. Ahora que estoy enfermo(a) la vida me parece aburrida.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

38. Dejé de disfrutar mi vida diaria porque estoy enfermo(a).

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

DEPENDENCIA MÉDICA.

39. Espero que el médico cure todos mis síntomas.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

40. Sólo el médico puede hacer que me sienta mejor.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

41. No me importa que tengo, solo quiero que el médico me cure.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

42. El responsable de que me cure es el médico.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

Durante las últimas 2 semanas...

RELACIÓN CON EL MÉDICO.

43. Disfruto asistir al médico.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

44. Me gusta hablar con el médico sobre mi enfermedad

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

45. Visitar al médico se ha convertido en una parte importante de mi vida.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

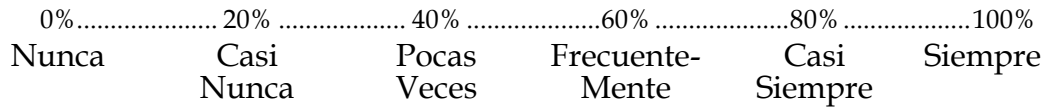
46. Necesito atención médica constantemente.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

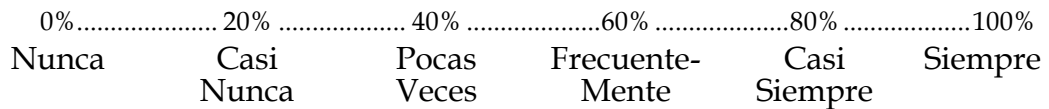
Durante las últimas 2 semanas...

REDES SOCIALES

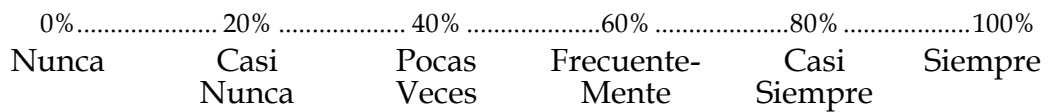
47. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.



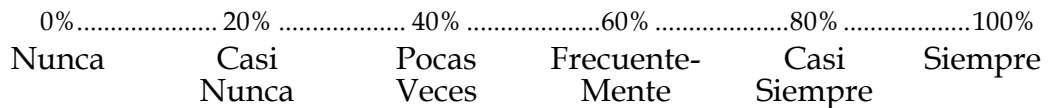
48. Cuando las cosas me salen mal, hay alguien que me puede ayudar.



49. Hay alguien con quien puedo hablar sobre decisiones importantes.

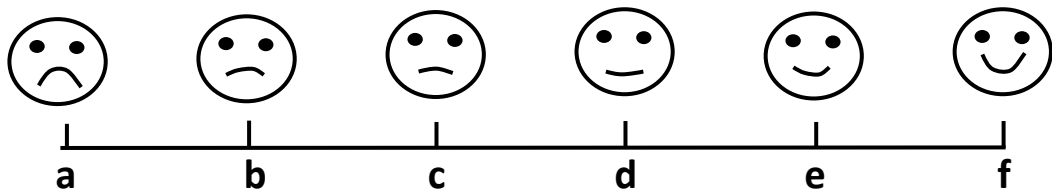


50. Si necesito arreglar algo en casa, hay alguien que puede ayudarme.



BIENESTAR Y SALUD

51. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?
Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.



La Peor
calidad de vida
posible

La Mejor
calidad de vida
posible

Tan mala o peor
que estar muerto(a)

BIENESTAR Y SALUD

52. Mi salud en general es...

O.....O.....O.....O.....O.....O.....O
Muy Mala Regular Buena Muy Excelente
Mala Buena

53. En comparación con el año pasado ¿cómo evaluaría su salud en general ahora?

O.....O.....O.....O.....O.....O.....O
Muy Mala Regular Buena Muy Excelente
Mala Buena

54. En los últimos siete días: ¿Ocurrió algún hecho que influyera claramente en su bienestar? (por ejemplo: disgustos, problemas de salud, intranquilidad, etc.).

NO SI, por favor describa: _____

55. En los últimos seis meses: ¿Ha ocurrido algún suceso importante para usted que cambió su vida? (por ejemplo: muerte o enfermedad grave de un familiar cercano, salida de un hijo de la casa, cambio de domicilio o de trabajo, separación).

NO SI, por favor describa: _____

56. Por favor indique su padecimiento y desde hace cuánto tiempo lo padece:



COMENTARIOS GENERALES

57. Si desea comentar algo más acerca de su enfermedad o del cuestionario, por favor escríbalo aquí. En caso de que necesite más espacio utilice el reverso de ésta página.
-
-
-

SÍNTOMAS FÍSICOS

INSTRUCCIONES

La siguiente es una lista de preguntas sobre los síntomas físicos más frecuentes que pudiera tener. Por favor conteste encerrando en un círculo la opción que mejor refleje su propio caso. Todas las preguntas se refieren a cómo se sintió usted en los **últimos 7 días**.

1. ¿Dolor de cabeza?

O.....O.....O.....O.....O
No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

2. ¿Dolores musculares?

O.....O.....O.....O.....O
No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

3. ¿Dolor en articulaciones? (codo, rodillas, muñecas, ingle, dedos, etc.)

O.....O.....O.....O.....O
No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

4. ¿Hinchazón de tobillos y/o piernas?

O.....O.....O.....O.....O
No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

5. ¿Problemas para ver?

O.....O.....O.....O.....O
No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

6. ¿Problemas para oír?

O.....O.....O.....O.....O
No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

7. ¿Comezón o lesiones en la piel? (llagas de cama, hongos, ampollas, resequedad, etc.)

O.....O.....O.....O.....O
No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

8. ¿Tos molesta?

O.....O.....O.....O.....O
No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

9. ¿Problemas al orinar? (ardor, cambio de color, por su frecuencia o cantidad, etc.)

O.....O.....O.....O.....O
No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

10. ¿Tics, tartamudeo?

O.....O.....O.....O.....O
No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

11. ¿Mal olor, por ejemplo, en aliento, por sudoración, etc.?

O.....O.....O.....O.....O
No Tuvo Un Poco Moderadamente Mucho Muchísimo

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: _____

Sexo: Femenino Masculino

¿Vive solo? Si No

En caso de haber respondido no, por favor escriba las edades de las personas con quienes vive y la relación o parentesco que tienen con usted

Edad	Sexo	Relación o parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Escolaridad (marque uno):

- Primaria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____
- Primaria Completa
- Secundaria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____
- Secundaria completa
- Estudios comerciales: Escriba de qué tipo: _____
- Preparatoria incompleta: Escriba hasta qué grado estudio: _____
- Preparatoria completa

Estudios Universitarios. Escriba la carrera y último semestre o grado obtenido:

¿Cuál es su ocupación?: _____

Ingreso promedio mensual \$ _____

Ingreso promedio mensual
de los habitantes en su casa \$ _____

Gracias por su participación y paciencia

Tabla 3

Frecuencia y porcentaje por rangos de edad de pacientes atendidos por el área de psicología

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
0 - 10	24	5.94
11 - 21	88	21.78
22 - 32	132	32.67
33 - 43	80	19.80
44 - 54	40	9.90
55 - 65	32	7.92
66 - 76	8	0.19
Total	404	100%

Tabla 4

Frecuencias y porcentaje por diagnóstico médico de pacientes atendidos por el área de psicología

Diagnóstico médico	Frecuencia	Porcentaje
Tumores óseos primarios: Osteosarcoma, Sarcoma de Ewing	120	29.7
Tumor de células gigantes	60	14.9
Tumoración en estudio	48	11.9
Sarcomas de tejidos blandos en tronco y extremidades	24	5.9
Metástasis de cáncer de mama	16	4
Sarcoma sinovial	16	4
Condrosarcoma	12	3
Fibromatosis	12	3
Quiste óseo	12	3
Hallus Valgus	12	3
Linfomas: Hodgking y no Hodgking	8	2
Mieloma múltiple	8	2
Encondromatosis	8	2
Displasia fibrosa	8	2

Otros	40	9.6
Total	404	100

Tabla 5

Frecuencia y porcentaje de los tipos de diagnóstico psicológico en pacientes atendidos por el área de psicología

Diagnóstico psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Fase de tratamiento	188	46.5
Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación	88	21
Fase terminal	44	10.9
Fase de recaída	28	6.9
Fase de diagnóstico	24	5.9
Patrón de comportamiento tipo A	12	3
Fase libre de enfermedad	8	2

Trastorno de ansiedad	4	1
Patrón de comportamiento tipo B	4	1
Episodios depresivos	4	1
Total	404	100

Tabla 6

Frecuencia y porcentaje del tipo de abordaje psicológico realizado por el área de psicología

Abordaje psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Psicoterapia breve	288	71.3
Psicoterapia de apoyo	60	14.9
Evaluación psicológica	32	7.9

Psicoterapia familiar	24	5.9
Total	404	100

Tabla 7

Frecuencia y porcentaje de las técnicas psicológicas empleadas por el área de psicología

Técnica psicológica	Frecuencia	Porcentaje
Reestructuración cognitiva	116	28.7
Psicoeducación	84	20
Validación emocional	72	17.8
Balance decisional	36	8.9
Solución de problemas	28	6.9
Respiración diafragmática	28	6.9
Inoculación de estrés	20	5
	8	2

Modificación de
conducta

Acompañamiento a
quirófano

8

2

Terapia lúdica

4

1

Total

404

100

Conclusiones

Se considera que el programa de formación académica y práctica de la Residencia en Medicina Conductual logra, con la práctica en escenarios reales, proporcionar información teórica y su uso práctico a partir de la búsqueda de información clínica relevante, de la elaboración de diagnósticos y la utilización de instrumentos actualizados para tomar decisiones con un criterio clínico adecuado, con el objetivo de diseñar estrategias de investigación destinadas a favorecer la adaptación del paciente a su padecimiento oncológico.

Debido a que existe una necesidad de formar profesionales para enfrentar la problemática de salud, es fundamental la capacitación con conocimientos actualizados, con herramientas de intervención eficaces, con habilidades para el trabajo en equipo multidisciplinario y para generar investigación. Solo de esta manera se podrá contar con un desempeño profesional adecuado para las necesidades de la población que se encuentra atacada por algún padecimiento físico.