

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



INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL
EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON DISAUTONOMÍA Y DOLOR

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
MARÍA SUHAIL SÁNCHEZ HUERTA

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. SANDRA A. ANGUIANO SERRANO
COMITÉ TUTORIAL: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
DR. BERNARDO CACHO DÍAZ
DRA. MARTHA C. MALDONADO RUBÍ
MTRA. MA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

MÉXICO, D.F. JULIO 2011



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 UNAM, por la invaluable oportunidad de seguir creciendo personal y profesionalmente.

A la Dra. Sandra Anguiano, por su disposición y apoyo para cumplir esta meta.

A la Mtra. Cristina Bravo, por la escucha y guía en momentos de crisis.

Al Mtro. Leonardo Reynoso, por las palabras de aliento y la guía profesional.

Al Dr. Bernardo Cacho, por el apoyo incondicional, por confiar en mí y por abrir las puertas de nuevos proyectos.

A Fátima, Ivania, Diana, Majo, Vania, Vicky y Ceci por ser amigas del alma y compartir desde los momentos más difíciles hasta los más felices.

A Serch, Ginis, Dianis, Charles, Kari, Ule y Manuel por la diversión, el aprendizaje e integrarme a la familia telerín.

A todos mis pacientes, por darme la oportunidad de aprender de su valentía, fortaleza y amor por la vida.

DEDICATORIA

A mi familia y amigos por todo su amor, especialmente a:

Mis papás y hermano, por enseñarme a seguir adelante y ser fuerte, por estar siempre conmigo y tener palabras de motivación a prueba de todo, porque son las personas en las que pienso primero para disfrutar mis logros, que también son suyos.

Los quiero mucho mucho!!!

ÍNDICE

Capítulo I

Intervención Cognitivo Conductual en pacientes oncológicos con disautonomía y dolor

1.1	Resumen.....	6
1.2	Introducción.....	7
	1.2.1 Sistema Nervioso Autónomo.....	7
	1.2.2 Ansiedad y Depresión en el Paciente Oncológico.....	11
	1.2.3 Dolor en el Paciente con Cáncer.....	14
	1.2.4 Estrategias Cognitivo Conductuales.....	16
1.3	Formulación de casos.....	19
1.4	Efectos clínicos y de ajuste psicológico.....	22
1.5	Discusión.....	23
1.6	Conclusión.....	25

Capítulo II

Reporte de Experiencia Profesional

2.1	Introducción.....	26
2.2	Residencia en el Hospital Juárez de México.....	27
	2.2.1 Características de la Sede y Actividades del Residente.....	28
	2.2.2 Enfermedades Hematológicas.....	32
	2.2.3 Intervención Psicológica en Pacientes con Leucemia.....	34
	2.2.4 Características de la Población Atendida.....	37
	2.2.5 Evaluación final.....	44
2.3	Residencia en el Instituto Nacional de Cancerología.....	47
	2.3.1 Características de la Sede y Actividades del Residente.....	47
	2.3.2 Dolor Oncológico.....	50
	2.3.3 Cuidados Paliativos.....	51
	2.3.4 Intervención Psicológica en pacientes con dolor.....	53
	2.3.5 Intervención Psicológica en pacientes de cuidados paliativos.....	55
	2.3.6 Características de la Población Atendida.....	57
	2.3.7 Evaluación final.....	58
2.4	Competencias Alcanzadas.....	61
2.5	Conclusiones.....	63
	Referencias.....	64

Anexo 1. Manual de apoyo para pacientes con Leucemia.....	74
Anexo 2. Casos Clínicos.....	88
Caso 1.....	89
Caso 2.....	99

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTES ONCOLÓGICOS CON DISAUTONOMÍA Y DOLOR

RESUMEN

El cáncer es un proceso asociado a factores fisiológicos y emocionales que impactan la conducta de los pacientes, la mortalidad por cáncer va en aumento, razón por la que la valoración integral cobra vital importancia.

El objetivo de esta investigación es determinar si una intervención psicológica, a través de técnicas cognitivo conductuales, mejora la función del Sistema Autonómico y la percepción de dolor en pacientes con cáncer.

Se incluyeron 29 pacientes a quienes se les aplicó el Perfil de Síntomas Autonómicos (PSA), la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, se valoró el dolor mediante una escala visual análoga y se realizó el registro basal de la función autonómica. Posteriormente se comenzó con las tres sesiones de Intervención Cognitivo Conductual, al terminarlas se valoró nuevamente la función autonómica a través del intervalo R-R.

De los 29 pacientes sólo 11 concluyeron el programa de intervención, 3 fallecieron y 15 fueron excluidos por complicaciones de la enfermedad o socioeconómicas.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las mediciones pre – post intervención del PSA ni del intervalo R-R, a excepción de la frecuencia cardiaca del clino al ortostatismo. En las sesiones de intervención se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tensión arterial y la frecuencia cardiaca, pero de manera consistente sólo en la disminución de la percepción del dolor $p=0.0011$, $p=0.0016$, $p=0.004$ respectivamente.

La valoración y el tratamiento integral del paciente oncológico, y no solo del desarrollo de su padecimiento, puede ayudar a mejorar algunos de los síntomas generadores de malestar y conflictos que afectan significativamente su calidad de vida.

Descriptores: retroalimentación biológica, variabilidad de la frecuencia cardiaca, disautonomía, dolor, pacientes oncológicos.

La mortalidad por cáncer en nuestro país va en aumento, al igual que la tendencia a nivel mundial. De acuerdo con los datos del INEGI, en 2007 fallecieron en el mundo por alguna neoplasia 7.9 millones de personas que representan 13% de las defunciones generales. De acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se espera que las muertes por neoplasias sigan en aumento y alcancen 12 millones de casos para 2030 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] 2010).

El cáncer es un proceso asociado a diversos factores como las alteraciones de tipo genético, el ambiente, la nutrición, la atención médica, la comorbilidad, etc. Esta complejidad obliga a la implementación de programas de tipo preventivo y diagnóstico oportuno (Mohar y Tirado-Gómez, 2006).

Los factores fisiológicos y emocionales tienen un alto impacto en la conducta de cualquier ser humano, sin embargo, en pacientes con un padecimiento oncológico cobran mayor relevancia debido a los efectos secundarios que generan los medicamentos empleados en el tratamiento sobre su organismo y estado emocional, que indiscutiblemente se verán reflejados en su desempeño cotidiano. De acuerdo con esto, es importante valorar aquellos aspectos que pueden influir en la vida de cualquier paciente oncológico como: el funcionamiento autonómico, el estado emocional y la presencia de dolor; motivo por el que se hará una breve descripción de cada uno de estos elementos.

SISTEMA NERVIOSO AUTONÓMICO

El sistema nervioso autonómico (SNA) o autónomo, cubre funciones vitales en el día a día del ser humano, como es el mantenimiento y control de la frecuencia cardíaca, presión arterial, ventilación, funcionamiento gastrointestinal y vesical; además de otras funciones no vitales pero de gran importancia como la sudoración, la piloerección y la función sexual. La integridad del SNA es imperativa para el funcionamiento de nuestro organismo y la mayor parte de sus órganos. El funcionamiento del SNA era habitualmente obviado en la mayor parte de los interrogatorios y exploraciones médicas; hasta que investigaciones en los 80's, demostraron incremento significativo en la mortalidad de aquellos pacientes que presentan disfunción autonómica (Ewing, Campbell y Clarke, 1980; Liao, Carnethon, Evans,

et al., 2002; Schmidt, Müller-Werdan, Hoffman, et al., 2005; Chang, Yang, Lu, Lin, Chen, Yeh, Wu Ch y Wu J, 2010; Schmidt, Hoyer, Hennen, et al., 2008)

Las manifestaciones clínicas pueden variar, dependiendo del sistema que estén afectando (Cacho y Estañol, 2010; Suarez, Opfer-Gehrking, Offord, et al., 1999; Martí-Martínez, Monge-Argilés, Sánchez-Payá, et al., 2009; Freeman, 2007; Vernino, Sandroni, Singer & Low, 2008; England, Gronseth, Franklin, et al., 2009; Maser & Lenhard, 2005):

Sistema cardiovascular (Smit, Halliwill, Low y Wieling, 1999): Los pacientes pueden referir intolerancia al ejercicio, síncope (Weimer y Zadeh, 2009; Jacob, Costa, Shannon, et al., 2000) mareo, edema de miembros inferiores, disnea dependiendo de esfuerzo y disnea con ortostatismo. A la exploración física pueden tener frecuencia cardiaca fija, taquicardia en reposo, hipotensión ortostática (Benarroch, 2009) definida con un cambio de 20mmHg de la presión arterial sistólica ó 10 mmHg de la presión arterial diastólica, cambios electrocardiográficos sugestivos de isquemia asintomática.

Sistema digestivo: Suele referirse con datos de gastroparesia como plenitud temprana o vómito postprandial, evacuaciones diarreicas, constipación, boca seca, incontinencia fecal.

Sistema genitourinario: Referida con impotencia sexual, urgencia o incontinencia vesical, poliaquiuria, tenesmo vesical o eyaculación retrógrada.

Otros: Resequedad oral, diaforesis excesiva, escasa o con alimentación; aumento o disminución de temperatura corporal focal o generalizada, visión borrosa o anormalidades pupilares con estímulo luminoso, intolerancia al cambio de iluminación.

Además de los síntomas y signos comentados, existen estudios neurofisiológicos para el estudio del funcionamiento autonómico, a continuación se describen los más utilizados (Goldstein, Low, 2007; Hilz y Dütsch, 2006; Ravits, 1997):

Respuesta Simpática de la Piel: Descrita desde 1984 por Ravits, su base reside en las fibras sudomotoras inervadas por el sistema simpático, el potencial de acción depende de las glándulas écrinas (Bril, Nyunt y Ngo, 2000; Toyokura y Murakami, 1997). Se puede inducir por diversos estímulos, siendo el más objetivo el estímulo eléctrico.

Medición intervalo RR (Berntson, Bigger, Eckberg, et al., 1997; Lerma-González, Infante-Vázquez, 2002; Pinna, Maestri, Torunski, et al., 2007; Roach, Malik, Koshman y Sheldon, 1999; Sandercock, 2007): Existen varias guías para la medición del intervalo R-R para su análisis (Taskforce of the European Society of Cardiology, 1996; 1997), se puede medir en el dominio del tiempo, o más exactamente en el dominio de la frecuencia; los valores de referencia están ya establecidos (Stalberg y Nogues, 1989).

Se han aceptado varias maniobras para mejorar la sensibilidad y especificidad de esta prueba e incluyen (Taskforce of the European Society of Cardiology, 1996; 1997; Baguley, Heriseanu, Felmingham y Cameron, 2006; Carvalho, Rocha, Junqueira, et al., 2003; Dekker, Crow, Folsom, et al., 2000; Gallo, Farbiarz, Alvarez, 1999; Goldberger, Challapalli, Tung, et al., 2001; Guzzetti, Borroni, Garbelli, et al., 2005; Harry y Freeman, 1993; Plascencia-Alvarez, Estañol, Corona-Figueroa, et al., 2002):

- Medición del intervalo R-R en reposo: Se obtienen registros de los intervalos de la frecuencia cardíaca (intervalos RR) por al menos 5 minutos durante el reposo, idealmente en decúbito.
- Medición del intervalo R-R con cambio del clino al ortostatismo: También se denomina la proporción 30:15; el valor normal es de 1.04 o más. Se pide al paciente permanecer en decúbito por 5 minutos y se registra la frecuencia cardíaca (FC) basal; se pide al sujeto levantarse sin ayuda. Normalmente se produce un incremento inmediato de la frecuencia cardíaca, que es máxima alrededor del 15vo latido después de levantarse, seguida de una bradicardia relativa, que es máxima alrededor del latido 30. Esto puede ser cuantificado como la proporción 30:15, que es la proporción del intervalo RR máximo alrededor del latido 30vo al intervalo RR mínimo alrededor de 15vo latido.
- Medición del intervalo R-R con maniobra de Valsalva: el valor normal es de ≥ 1.21 . El paciente se mantiene sentado y se le pide que exhale con una fuerza de 40 mmHg durante 15 segundos. La FC normalmente incrementa durante la maniobra, seguida de bradicardia refleja con el descanso. La proporción del intervalo R-R más largo

después de la maniobra al intervalo R-R más corto durante la maniobra es medido. Se calcula con las proporciones de tres mediciones consecutivas.

- Medición del intervalo R-R con respiración rítmica: También conocida como variación de la frecuencia cardiaca latido a latido; el valor normal es ≥ 15 latidos/minuto. El paciente se mantiene sentado y se le pide que respire profundamente y cíclicamente 6 veces por minuto (tiempo inspiratorio de 5 segundos y tiempo espiratorio de 5 segundos) (Thijs, Wieling, Van den Aardweg y Van Dijk, 2007). La frecuencia cardiaca mínima y máxima se miden durante cada ciclo, el promedio de las diferencias durante tres ciclos ventilatorios consecutivos es el que se toma para obtener la proporción máxima-mínima de la FC.

Medición de la presión arterial: Las principales maniobras utilizadas para evaluar el mantenimiento de la presión arterial o del tono simpático son:

- Respuesta de la presión arterial con cambio del clino al ortostatismo: valor normal ≤ 10 mmHg. Se pide al paciente permanecer en decúbito por 5 minutos, se registra la presión arterial (TA) basal, se le solicita al paciente levantarse sin ayuda, al primer y al tercer minuto de permanecer de pie se vuelve a medir la TA. La diferencia de las presiones sistólica y diastólica se toma como medida del cambio de TA.
- Respuesta de la TA con ejercicio estático: Valor normal ≥ 16 mmHg. Se mantiene presión manual al 30% de la contracción voluntaria máxima. La diferencia de la presión sanguínea diastólica justo antes de relajar la mano y justo antes de iniciar la contracción se toman como medidas de actividad adrenérgica.

Otras pruebas empleadas para el estudio del funcionamiento autonómico incluyen:

1. Pruebas de sudoración termoregulatoria.
2. Prueba cuantitativa sudoromotora axonal refleja.
3. Intervalo R-R con hielo

Se han llevado a cabo investigaciones que valoran el funcionamiento autonómico, como la de Nevruz et al. (2007) con 36 pacientes con Leucemia Aguda comparando la variabilidad de la frecuencia cardiaca (VFC) con un grupo de 32 sujetos saludables, ellos encontraron que la VFC estaba disminuida en el grupo con leucemia, lo que refleja la dominancia del simpático y argumentan que podría ser un signo de neuropatía paraneoplásica.

De acuerdo a lo reportado por Chang et al. (2010) en sujetos con una o varias anormalidades metabólicas, existe una desviación estándar baja en los intervalos R-R en los ciclos inspiración/espriación comparada con la de sujetos sin alteraciones metabólicas, concluyen que cambios en la función autonómica pueden preceder la resistencia a la insulina al inicio del síndrome metabólico.

Algunos autores han sugerido disfunción autonómica en pacientes con cáncer, en especial asociada a quimioterapia (Morrow, Hickok, DuBeshter y Lipshultz, 1999) sin embargo, no existe evidencia clara que lo afirme o descarte.

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO

Al recibir un diagnóstico de cáncer existe una respuesta afectiva importante, que se manifiesta primero como incredulidad, posteriormente se presentan síntomas de ansiedad y depresión (irritabilidad, pérdida de apetito, alteraciones del sueño, etc.) y finalmente, la adaptación a la enfermedad. El periodo normal de adaptación a una enfermedad oncológica es aproximadamente de 4 semanas. Cuando no se da una adaptación normal, pueden presentarse síntomas como culpabilidad, negación patológica, cólera contra las personas y desesperación. Ante esta panorámica, la intervención psicooncológica debe centrarse en el cuidado emocional del paciente, a través de estrategias que apoyen la adaptación, el miedo a la muerte, la resolución de pérdidas, la toma de decisiones, la expresión emocional, la aceptación y la disminución del sufrimiento (Holland y Rowland, 1989).

Aunado al proceso de adaptación, el miedo al cáncer ha estigmatizado a los pacientes, ya que a pesar de ser un padecimiento que puede tratarse y discutirse abiertamente hoy en día, el miedo persiste y tiene un impacto significativo en las actitudes hacia la enfermedad.

De acuerdo con Holland (1989), la ansiedad respecto al cáncer puede ocasionar una “cancerofobia transitoria” en individuos psicológicamente saludables. Muchas situaciones pueden predisponer a los individuos a responder de esta manera, por ejemplo: el poseer algún factor de riesgo, las crisis de etapa de vida que generan ansiedad o el mantener un contacto cercano con alguien enfermo o que haya fallecido por cáncer. En esas situaciones estresantes, un síntoma que normalmente podría ser ignorado, llega a ser una fuente de ansiedad o depresión.

Los estados afectivos han sido valorados a través de los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (1994) donde establecen que para el Trastorno de Ansiedad debido a enfermedad médica, se deben considerar:

1. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.
2. A partir de la Historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
3. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).
4. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.
5. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si cursa:

1. Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.
2. Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.
3. Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

Los criterios para el Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica son:

En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

1. Estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas las actividades.
2. Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.
3. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.
4. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).
5. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
6. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Codificación basada en tipo:

1. Con síntomas depresivos: si el estado de ánimo predominante es depresivo, pero no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor.
2. Con episodio similar al depresivo mayor.
3. Con síntomas maniacos: si el estado de ánimo predominante es elevado, eufórico o irritable
4. Con síntomas mixtos: si hay tanto síntomas de manía como de depresión sin que ninguno predomine.

Además de estos criterios, en la práctica, se emplean diversos cuestionarios que miden los niveles de ansiedad y depresión en pacientes que cursan alguna enfermedad, como la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983,

traducida y adaptada al castellano por Snaith en colaboración con Bulbuena y Berrios, y validada por Tejero et al. en 1986.

Tavoli et al. (2008) la emplearon para medir depresión en pacientes con cáncer gastrointestinal y dolor, encontrando que aquellos pacientes que experimentaban dolor correlacionaban significativamente con puntuaciones altas de depresión y en general también mostraban una disminución de la calidad de vida.

Esta escala también ha sido usada en pacientes con cáncer avanzado y disnea; en el 2009, Reddy et al. encontraron que la ansiedad y depresión pueden llevar a los pacientes a la somatización y amplificar la expresión de la disnea y los síntomas físicos característicos de la etapa paliativa.

Por su parte, Anderson, Watson y Davidson (2008) usando técnicas cognitivo conductuales con pacientes terminales, lograron disminuir los puntajes de la HADS en ansiedad y depresión de manera significativa en 7 de los 11 pacientes que participaron en la investigación.

DOLOR EN EL PACIENTE CON CÁNCER

Aunado a la evaluación autonómica y afectiva, es necesaria una valoración del dolor en los pacientes oncológicos, ésta debe ser multidimensional (Hernández, Tenopala y Torres, 2006). De acuerdo a su duración, el dolor se puede clasificar en agudo o crónico. El dolor agudo se describe como una desagradable y compleja constelación de experiencias sensoriales, perceptivas y emocionales, relacionadas con reacciones autónomas producidas por daño a estructuras somáticas o viscerales. El dolor crónico es aquel que perdura durante el curso natural de un daño agudo, secundario a procesos o afecciones duraderas, intermitentes o repetitivas, y expresado en un lapso mayor de tres semanas o incluso meses (Plancarte y Mayer, 2004).

El dolor puede abordarse no sólo de manera farmacológica, motivo por el cual Eccleston publicó en *British Journal of Anaesthesia* (2001) un artículo denominado “El rol de la Psicología en el manejo del dolor”, señala que el dolor puede conducir a estados de ánimo negativos como la frustración, el enojo, la hostilidad o la depresión y menciona que la terapia cognitivo conductual hace una integración de tratamientos encaminados a reducir o extinguir la influencia de los factores que mantienen a los pacientes con conductas y creencias desadaptativas.

Posteriormente, Lohnberg (2007) realizó una revisión de los resultados obtenidos en estudios que emplean la terapia cognitivo conductual para reducir las creencias de miedo-evitación en pacientes con dolor crónico, menciona que la combinación de técnicas como el entrenamiento en relajación y las habilidades de afrontamiento pueden ayudar a disminuir la percepción de dolor.

En un estudio con 60 mujeres con fibromialgia, Falcao et al. (2008) encontraron que las pacientes con intervención cognitivo conductual presentaron índices significativamente más bajos de depresión y de consumo de analgésicos, lo cual tiene un beneficio importante en la condición física del paciente y en su economía, así como puntajes más altos de salud mental.

El dolor es uno de los síntomas que más se presentan en el paciente oncológico y puede ser progresivo o intenso, dependerá del tipo de cáncer y de las terapias (quimioterapia, radioterapia o tratamientos quirúrgicos), que puedan disminuir su intensidad.

Desde el punto de vista neurofisiopatológico, como señalan Plancarte y Mayer (2004), los diferentes tipos de dolor que pueden sufrir los pacientes oncológicos son:

1. Nociceptivo: se debe a una estimulación excesiva de nociceptores periféricos somáticos o viscerales.
2. Neuropático: es efecto de las lesiones directas del sistema nervioso periférico y/o central.
3. Psicógeno: cuando no es posible identificar un mecanismo nociceptivo o neuropático, y hay suficientes síntomas psicológicos para satisfacer los criterios de

afección con dolor somático, depresión y otros de categoría del DSM-IV que se relacionan con las quejas del dolor.

4. Co-existente: Es la presencia de diferentes clases de dolor (nociceptivo y neuropático).

Las fibras nerviosas que conducen el dolor son fibras delgadas poco mielinizadas (fibras C, Ad), similares a las fibras nerviosas que conducen el funcionamiento autónomo. Se ha demostrado recientemente que los pacientes con dolor neuropático, en especial asociado a neuropatías de fibras delgadas, tienen disfunción autónoma; y que dicha disfunción, mejora tras el tratamiento de la causa de la neuropatía, por ejemplo: neuropatía vasculítica autoinmune o amiloidosis (Cacho y Estañol, 2010).

Benito et al. (2006) hicieron una propuesta acerca de las intervenciones del psicólogo en las Clínicas del dolor, señalaron el papel de la evaluación y la intervención psicológica relacionada con el dolor, ellos mencionan que la respiración diafragmática y las técnicas de relajación tienen como efecto principal disminuir la activación psicofisiológica para reducir la ansiedad y los sentimientos de indefensión relacionados con la depresión, lo que apoya que el paciente comience nuevamente a sentirse en control de su vida.

Otra técnica para abordar el dolor es el neurofeedback, empleado por Jensen et al. (2007) con pacientes diagnosticados con el síndrome doloroso regional complejo, dolor crónico que tiene efectos devastadores y suele ser refractario a los cuidados convencionales. Sometieron a 18 pacientes a un tratamiento multidisciplinario (farmacológico, físico y psicoterapéutico, además del neurofeedback) y encontraron que la intensidad del dolor disminuyó de manera substancial, casi un 50% que difícilmente se alcanza con analgésicos, entonces esta técnica de auto-regulación además brindó a los participantes efectos benéficos que en general mejoraron su calidad de vida.

ESTRATEGIAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

Una vez que se han detectado las características y necesidades del paciente, es necesario generar alternativas de tratamiento que le puedan ofrecer mayor funcionalidad.

Para lograr que el paciente adquiriera estrategias que mejoren su calidad de vida, pueden emplearse técnicas propias de la Terapia Cognitivo Conductual que han demostrado, gracias a la sistematización, pragmatismo y fundamentación empírica, su eficacia a lo largo de las últimas décadas en los distintos ámbitos en los que se han aplicado (Gavino, 2006). Tanto el biofeedback, como la respiración diafragmática e imaginación guiada, pertenecen a este grupo de técnicas.

La premisa del entrenamiento en biofeedback es que, al ser consciente de los procesos fisiológicos, es posible ejercitar constructivamente el control sobre los pensamientos. Un programa efectivo de biofeedback debe incluir métodos para ayudar a las personas a transferir y generalizar respuestas de autorregulación aprendidas mediante el uso de imágenes, luces, sonidos, vibraciones, o cualquier otro símbolo de fácil interpretación (Holland, Witt, Lawler y Lanzisera, 1999).

De acuerdo con Campos et al. (2005), las modalidades de retroalimentación más usadas son: la electromiográfica, la temperatura periférica y la respuesta electrodérmica; en la presente investigación se empleará el registro de la coherencia cardio-respiratoria, también conocida como sinusarritmia respiratoria, que se refiere a la variación de la tasa cardíaca dentro del ciclo respiratorio. Estos autores presentan los datos de 32 pacientes con diagnóstico de trastorno de pánico donde a un grupo de 18 participantes les dieron 8 sesiones de entrenamiento en relajación asistida por bioretroalimentación multimodal, al compararlos observaron que la sensibilidad a la ansiedad de los pacientes que recibieron el entrenamiento disminuyó significativamente y presentaron una menor actividad electromiográfica y una menor respuesta electrodérmica en comparación del grupo control.

En la inspiración, el distanciamiento de los pulsos cardíacos es menor, que en la espiración (Grzib, Conde y Briales y Briales, 1991). El análisis de los componentes frecuenciales de la variabilidad del ritmo cardíaco (HRV) refleja las interacciones de las dos ramas del Sistema Nervioso Autónomo (simpático y parasimpático) en el control del Sistema Cardíaco. Es conocido que el SNA también regula la respiración y ésta influye el ritmo cardíaco (Silvestre, Bailón, Laguna, Mateo y Serrano, 2005).

En un meta-análisis realizado por Nestoriuc, Rief y Martin en 2008 acerca del biofeedback para la cefalea tipo tensional, investigaron la eficacia a corto y largo plazo y los moderadores del tratamiento; identificaron 53 estudios en los cuales encontraron resultados de mediano a largo plazo que indican estabilidad a 15 meses; también encontraron que el biofeedback fue más efectivo que el monitoreo, el placebo y las terapias de relajación. Las mejoras más importantes se dieron en la frecuencia de la presentación de los episodios de cefalea y después, los efectos en la tensión muscular, la auto-eficacia, los síntomas de ansiedad, depresión y medicación analgésica. La combinación de biofeedback con relajación fue la modalidad más efectiva de tratamiento.

Para esta investigación se empleará el programa emWave (2009), éste se desarrolló en el Instituto HeartMath, donde investigadores han demostrado que las emociones se reflejan en el entorno cardiaco, y la VFC es un indicador del estrés y se relaciona con una amplia gama de problemas de salud.

Por medio de este software, las personas aprenden a regular su frecuencia cardiaca y a ganar un aumento en la VFC. Por medio de la pantalla de una computadora, el sistema muestra a las personas cuando están llegando a la coherencia psicofisiológica o sincronía entre todos los sistemas del organismo. Se puede aprender a cambiar rápidamente las reacciones ante el estrés, incrementar la energía y mejorar estados como el enojo, la ansiedad, hipertensión y problemas de sueño.

La respiración diafragmática, consiste en instruir al paciente en una respiración profunda. Después de exhalar, el siguiente paso es inhalar aire, en tanto, al mismo tiempo, se empuja el diafragma hacia abajo y afuera, con lo cual se provee de espacio suficiente para que le aire fluya hacia los pulmones. Entonces el aire se libera lentamente, mientras, a un mismo tiempo, se contrae el abdomen. Se instruye al paciente para contar rítmicamente durante el ejercicio y para emplear una cantidad de tiempo en la inhalación y la exhalación. El control de la respiración se utiliza con frecuencia como un accesorio o en el lugar de otras técnicas de relajación. También es una parte valiosa del manejo de la ansiedad o de la inoculación al estrés (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006).

Finalmente, la imaginería se refiere a la imagen mental o representación cognoscitiva de experiencias o situaciones personales (Nezu et al., 2006). Esta técnica propicia que la mente

crea una imagen que permite al sujeto alcanzar estados de bienestar y relajación, o bien para ayudarlo a inducir cambios corporales como el aumento de la temperatura y la relajación muscular (Campos et al., 2005) Esta técnica ha sido ampliamente utilizada en pacientes de cáncer de mama como tratamiento complementario a otras técnicas cognitivo conductuales como en el estudio de Smith et al. (2006) donde estructuraron un programa de intervención grupal con entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades de afrontamiento; encontraron que la intervención redujo los pensamientos intrusivos, los índices de ansiedad y estrés emocional. En el estudio de Narváez et al. (2008) se valoró en 38 mujeres la eficacia de un tratamiento grupal con enfoque cognitivo conductual en la triada imagen corporal-autoestima-sexualidad; los resultados mostraron que el tratamiento produjo mejoras significativas en las 3 áreas evaluadas.

FORMULACIÓN DE CASOS

Participantes

Pacientes adultos de ambos géneros, con diagnóstico oncológico confirmado, no importando el tipo ni la etapa clínica del cáncer, que asistan a consulta de neurología y cumplan con los criterios de selección:

Criterios de inclusión: que sean mayores de 18 años y que tengan un diagnóstico oncológico confirmado.

Criterios de exclusión: que padezcan alguna comorbilidades (Diabetes Mellitus, Alcoholismo, Tabaquismo activo, Enfermedades autoinmunes, Amiloidosis, Empleo de medicamentos con función autonómica al momento del estudio o Infección por VIH.

Criterios de eliminación: que no firmen el consentimiento informado, que no concluyan la intervención completa, que su condición física empeore o les imposibilite seguir con la intervención.

Registro y Medición

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

Para las evaluaciones previas y posteriores a la intervención psicológica se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Perfil de síntomas Autonómicos (PSA)
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

Durante todo el entrenamiento se manejaron también:

- Escala Visual Análoga (EVA) para medir la percepción del dolor de cada participante. La escala presenta un rango que va del 0 al 10, en el cual 0 significa ausencia de dolor y 10 representa el dolor más intenso que el paciente pueda imaginar.

Intervención

Procedimiento

1. Fase de Reclutamiento y Evaluación Inicial

Se seleccionaron a los pacientes que podrán formar parte del protocolo de investigación, conforme a las características antes mencionadas en los criterios de selección. Se le preguntó a cada paciente si deseaba colaborar con el protocolo de investigación, explicándole en que consistía el entrenamiento, la duración, los tiempos y el lugar en que se llevaría a cabo, el material y los probables beneficios de participar. Una vez que el paciente aceptaba, se le daba a firmar el consentimiento informado, donde se detallaba el procedimiento.

Posteriormente se aplicó el paquete de instrumentos de medición: Test Perfil de Síntomas Autonómicos (Anexo 1), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Anexo 2) y se valoró el dolor, si es que el paciente lo reportaba, su origen (oncológico o no oncológico), el tipo e intensidad de acorde a lo interrogado y reportado en la consulta de Neurología. Se realizó el registro basal de la función autonómica por medio del equipo de biofeedback emWave y un baumanómetro de mercurio.

2. *Fase de Intervención*

Se comenzó con el programa de intervención cognitivo conductual, donde se brindó el entrenamiento para lograr la coherencia en la frecuencia cardio-respiratoria, a través del biofeedback, la respiración diafragmática e imaginación guiada. Después de la sesión inicial se dieron 3 citas más de seguimiento. En estas se valoraron los cambios en la percepción de dolor y el estado emocional, además de la intervención cognitivo conductual. Durante todo el entrenamiento se realizaron mediciones repetidas de la percepción de dolor utilizando una escala visual análoga (EVA).

3. *Evaluación Final y Análisis de la Información*

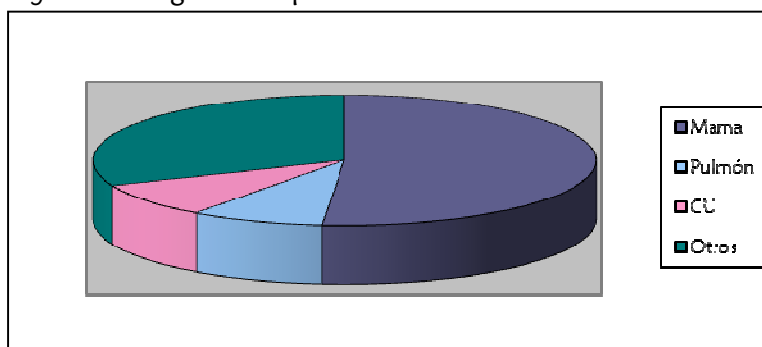
Al finalizar las 3 sesiones de seguimiento, se realizó una nueva medición del funcionamiento autonómico (intervalo R-R y presión arterial) y del Perfil de Síntomas Autonómicos.

Para el análisis de variables cualitativas y cuantitativas se utilizaron las medidas de tendencia central y de dispersión (media \pm DE y porcentajes respectivos). Para el análisis estadístico se empleó la *t* de Student en las mediciones pre-post intervención del PSA así como la función autonómica (intervalo R-R); de HADS, EVA, TA y FC en cada sesión de la intervención. El modelo de regresión logística se utilizó para determinar si el afecto predeciría los valores de la FC, la TA y el EVA. Finalmente, se empleó un ANOVA para evaluar la consistencia entre las mediciones repetidas en la HADS y EVA para dolor. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico STATA v.9.0.

EFFECTOS CLÍNICOS Y DE AJUSTE PSICOLÓGICO

Se incluyeron 29 participantes, 23 mujeres y 6 hombres, con una edad promedio de 54.9 años \pm 13.7 años. El diagnóstico de mayor prevalencia fue el de Cáncer de Mama (Figura 1). De los 29 pacientes a quienes se valoró inicialmente, sólo 11 finalizaron el programa de intervención cognitivo conductual; 3 de ellos fallecieron después de la medición basal y los 15 restantes fueron excluidos por complicaciones propias de la enfermedad como la actividad tumoral, efectos adversos de los tratamientos (Quimioterapia y Radioterapia), complicaciones en el tratamiento o problemas socioeconómicos.

Figura 1. Diagnósticos prevalente en el estudio



De los 29 pacientes valorados, 23 de ellos tenían disfunción autonómica y 6 tenían una función autonómica normal. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las mediciones pre – post intervención del PSA ni de la función autonómica (intervalo R-R), a excepción de la frecuencia cardiaca del clino al ortostatismo con $p=0.03$.

Al comparar las mediciones en las sesiones de intervención, se observaron cambios en la sesión número dos, encontrando diferencias estadísticamente significativas en la TA diastólica $p=0.02$ y en la FC $p=0.0018$. En la sesión número tres se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la TA sistólica $p=0.02$ y en la FC $p=0.01$.

Respecto al dolor, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las tres sesiones de intervención con los siguientes valores $p=0.0011$, $p=0.0016$, $p=0.0045$ respectivamente. El afecto no puede predecirse con base a ninguna de las variables

estudiadas. Finalmente, sólo se encontró consistencia estadística en la percepción del dolor a través de la EVA con un intervalo de confianza del 95%.

DISCUSIÓN

Nuestro estudio provee evidencia acerca de la disminución en la percepción del dolor en pacientes oncológicos después de un programa de intervención cognitivo conductual empleando técnicas como biofeedback, respiración diafragmática e imaginación guiada.

Actualmente, a nivel internacional y en nuestro país, no existen publicaciones donde se valore la función autonómica a través de la medición de la variabilidad de la frecuencia cardíaca en pacientes oncológicos, por lo que consideramos que una de las mayores fortalezas del presente estudio es la medición del intervalo RR, valoración confiable y no invasiva del funcionamiento autonómico (Baldwa y Ewing, 1977; Nevruz et al. 2007). Máxime cuando el diagnóstico de disfunción autonómica es difícil y frecuentemente retrasado porque los síntomas son poco específicos y se ven influenciados por factores afectivos y ambientales (Taskforce, 1996; Stalberg y Nogues, 1989). Las mediciones psicofisiológicas demostraron que de los 23 pacientes valorados 11 fallecieron al término de este estudio, es decir, el 48% de la población estudiada. Esto podría sentar un precedente para realizar nuevas investigaciones en el área oncológica que permitan un diagnóstico y tratamiento (farmacológico y psicológico) oportuno para esta población; así como abrir una oportunidad de trabajo interdisciplinario para el psicólogo de medicina conductual, que labora en instituciones de salud donde los médicos se rigen por evidencia comprobada a través de una metodología científica, avalada por protocolos sistematizados. Entonces, el psicólogo puede aportar al equipo de trabajo datos psicofisiológicos además de los psicológicos que se realizan habitualmente con los instrumentos de evaluación o los reportes clínicos.

Por otra parte, el empleo de los recursos tecnológicos como el biofeedback apoyan la intervención psicológica para favorecer los cambios en la sintomatología clínica como la

ansiedad y la percepción del dolor (Campos et al., 2005). En nuestro estudio sólo se logró el cambio en la percepción del dolor, la sintomatología afectiva valorada a través de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria no mostró mejoría estadísticamente significativa, esto puede deberse a que como los mismos pacientes reportaron, además de la enfermedad debían enfrentarse a otras problemáticas que afectaban su estado de ánimo, en especial conflictos familiares y económicos relacionados con la enfermedad (recaídas, metástasis, efectos adversos, etc.), el costo de su tratamiento, los cuidadores primarios y la falta de autonomía. Al respecto, cabe mencionar que debido a cuestiones éticas propias del desempeño del psicólogo en el área de la salud, si alguno de los pacientes expresaba la necesidad de apoyo psicológico extra a la intervención cognitivo conductual establecida en el protocolo de investigación, o la psicóloga a cargo de la investigación lo consideraba preciso, ésta se brindaba haciendo uso de las técnicas de acorde a las necesidades del paciente.

Las limitaciones del estudio se refieren básicamente al número de participantes y el número de sesiones de entrenamiento en técnicas cognitivo conductuales que de acuerdo con el meta-análisis de Nestoriuc y cols. (2008) en promedio son 11; en nuestro estudio sólo se llevaron 3 sesiones de intervención ya que las características y necesidades de los pacientes oncológicos generan estragos importantes en su funcionamiento general. Desafortunadamente, tres de nuestros pacientes que tenían una disfunción autonómica, fallecieron antes de los tres meses posteriores a la valoración inicial del intervalo RR. Aunado a la presencia de los problemas psicosociales asociados a la enfermedad oncológica y sus complicaciones, entre ellas el dolor, que en otras investigaciones han observado son generadoras de estrés y dificultan la mejora de manera consistente del estado anímico (Hadi et al., 2008; Falcao et al., 2008).

Debido al corto periodo de seguimiento de los pacientes y el pequeño número de los mismos, no fue posible determinar si existe una relación entre disautonomía, la percepción de dolor y el pronóstico en pacientes oncológicos.

CONCLUSIÓN

La valoración y el tratamiento integral del paciente oncológico, donde se evalúe su funcionamiento autonómico, el dolor y su estado anímico; y no solo el desarrollo de su padecimiento crónico-degenerativo, puede ayudar a mejorar algunos de los síntomas que los pacientes reportan como generadores de malestar y conflictos que afectan de manera significativa su calidad de vida. Las investigaciones futuras deberían considerar ampliar el tamaño de la población estudiada así como el número de sesiones de entrenamiento cognitivo conductual, que permitan observar si éstas realmente tienen impacto sobre el funcionamiento autonómico de los pacientes, valorar los diversos factores que intervienen en el aspecto emocional y reafirmar la mejoría en la percepción del dolor.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

La salud es un campo que ha tenido un avance importante en las últimas tres décadas, desde la fundación de las divisiones de Psicología de la Salud de la Asociación Psicológica Americana (American Psychological Association [APA]) se ha logrado un desarrollo cada vez mayor, debida en parte a la conexión que existe entre la psicología y otras áreas del conocimiento de la salud, como la medicina. La Psicología de la salud ofrece múltiples oportunidades para generar cambios en las personas y las comunidades; en lo que concierne a las enfermedades crónico degenerativas, a través de evidencia empírica que soporta la eficacia de las intervenciones se han encontrado mejoras en los síntomas y la calidad de vida de los pacientes (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007).

Dentro de la psicología de la salud, existe la rama de medicina conductual que se define como: disciplina interdisciplinar que integra la psicología conductual y la medicina, así como el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación (Buela-Casal y Carroble, 1997). Ha propiciado un mejor entendimiento de los factores involucrados en el desarrollo de conductas de salud, y las respuestas adaptativas ante una enfermedad. Es un campo que ha propiciado un mejor entendimiento de los factores involucrados en el desarrollo de conductas de salud y las respuestas adaptativas ante una enfermedad, asumiendo un enfoque de desarrollo que permite el trabajo con niños, adolescentes, adultos y ancianos de manera individual y colectiva (Falzon y Trudeau, 2007).

Una de las áreas de la salud donde la medicina conductual puede apoyar de manera importante tanto al paciente y su familia como al equipo médico es la Hematología que estudia y da tratamiento a enfermedades crónico – degenerativas como la leucemia, el linfoma Hodgkin y No Hodgkin, el mieloma múltiple, los síndromes mielodisplásicos y otras enfermedades benignas como la púrpura trombocitopénica idiopática o las anemias.

Desde su primera descripción en 1839 por Donne, la leucemia ha sido equiparada con la desesperanza y un pronóstico fatal. La sobrevivencia media sin tratamiento es menor a dos

meses para la leucemia aguda y más larga para la leucemia crónica, sin embargo, eventualmente es fatal. La leucemia se clasifica acorde con el tipo de célula aberrante como linfocítica o no linfocítica que incluye la mieloide, monocítica y eritroide. En la población adulta, las leucemias crónicas y agudas no linfocíticas son las más comunes (Holland y Rowland, 1989).

En nuestro país, el perfil epidemiológico muestra un creciente incremento en las enfermedades crónicas, para conocer el número de personas enfermas con algún padecimiento hemato-oncológico, es necesario referirse a la morbilidad hospitalaria, información que se obtiene a través de las cifras de egresos hospitalarios registrados durante un año; de acuerdo a los datos presentados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2010), para los varones los egresos hospitalarios por leucemias son la primera causa, y muestran un incremento al pasar de 16.9% a 19.4% en el periodo 2004-2007.

RESIDENCIA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

El Hospital Juárez de México se encuentra ubicado en Avenida Instituto Politécnico Nacional, al norte de la Ciudad de México. Su Misión es proveer asistencia médico-quirúrgica de alta especialidad, confiable y humana. Es un hospital de tercer nivel de atención, puesto que cuenta con médicos que brindan atención especializada en servicios médicos como Cardiología, Endocrinología, Psiquiatría, Medicina Interna, Nefrología, Reumatología, Neurofisiología, Pediatría; y en el área quirúrgica se brinda atención en Cirugía General, Oncológica, Oftalmológica, Plástica y Reconstructiva, Neurocirugía, Trasplantes, entre otros.

La residente de Medicina Conductual fue asignada al servicio de Hematología adultos. El siguiente organigrama muestra donde se ubica el servicio y cómo está conformado.

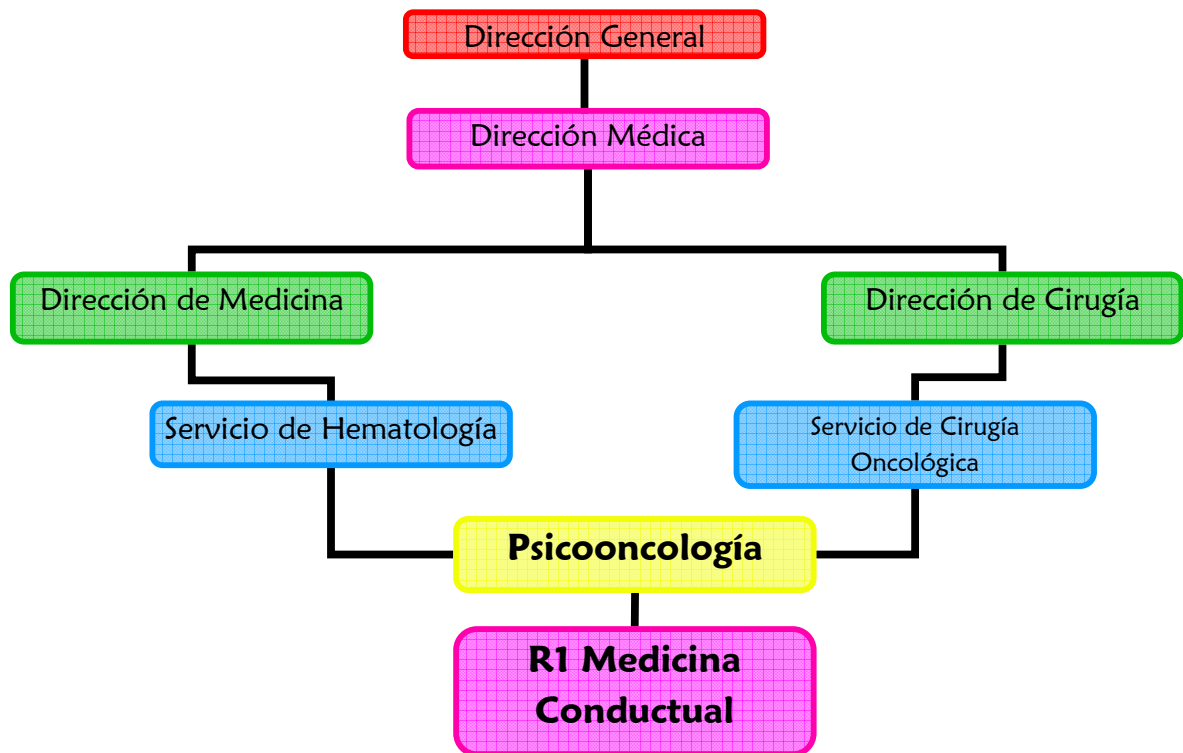


Figura 2. Organigrama para residentes de Medicina Conductual en el Hospital Juárez de México

Características de la Sede y Actividades del Residente

El servicio de *Hematología Adultos* cuenta con el área de atención hospitalaria y consulta externa. Para la hospitalización de los pacientes, no existe un número de espacios definidos, sin embargo, el número máximo de ocupación durante la estancia de la residente, ha sido de 22 camas distribuidas principalmente en el lado sur de Medicina Interna en el tercer piso de hospitalización. Para la consulta externa se cuenta con un consultorio propio del servicio en la planta baja, en la zona de urgencias.

El equipo de trabajo está constituido por:

- ⇒ Jefe de Servicio: Dr. Jorge Cruz Rico.
- ⇒ Médico Adscrito: Dra. Mónica Tejeda
- ⇒ Médicos Residentes: realizan rotación cada bimestre, generalmente hay un R4 ó R3 acompañado de un R2 ó R1.

- ⇒ Trabajadora Social: realizan rotaciones bimestrales.
- ⇒ Residentes Medicina Conductual: realizan rotación anual. En el periodo de marzo de 2009 a febrero de 2010: Noemí Islas Salas y Suhail Sánchez Huerta.
- ⇒ Médicos Internos: realizan rotaciones semanales.
- ⇒ Enfermeras: existen tres turnos diferentes.
- ⇒ Estudiantes: realizan pases de visita bajo la supervisión del Médico adscrito o del Jefe de servicio.

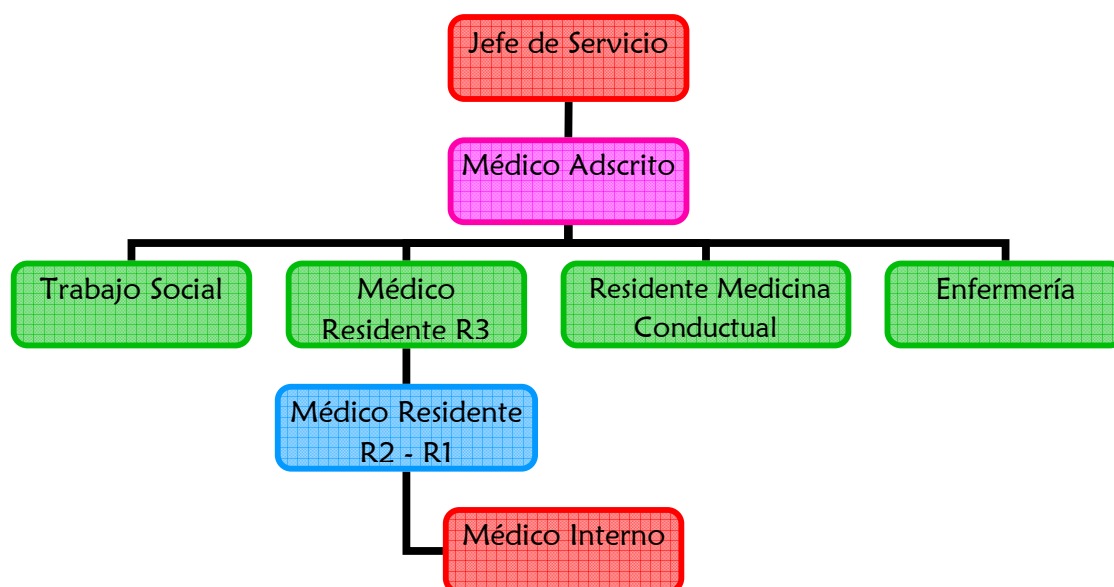


Figura 3. Organigrama del Servicio de Hematología

Las labores diarias de los residentes de Medicina Conductual se componen de actividades académicas y actividades clínicas.

En la tabla 1 se muestran las actividades académicas en que el residente de Medicina Conductual participa, tanto en el Servicio de Psicooncología como en Hematología, así como el objetivo, los participantes, la duración y frecuencia de cada una de ellas.

Tabla 1. Actividades académicas de residentes de Medicina Conductual en los Servicios de Psicooncología – Hematología Adultos

Servicio	Clase	Objetivo
P S I C O O N C O L O G Í A	Psico-oncología	<p>Revisión, elaboración de presentación y exposición al resto del grupo, de temas de abordaje psicológico referentes al padecimiento oncológico.</p> <p>* Integrantes del grupo: Residentes de Medicina Conductual</p> <p>Clases por semana: Dos</p>
	Médica	<p>Revisión, elaboración de presentación y exposición al resto del grupo, de la anatomía y fisiología de los principales sistemas y órganos afectados por el cáncer; así como la revisión de las principales enfermedades onco-hematológicas.</p> <p>* Integrantes del grupo: Residentes de Medicina Conductual</p> <p>Clases por semana: Una</p>
	Caso clínico	<p>Revisión, elaboración de reporte y presentación al resto del grupo de casos clínicos de los pacientes que se atienden en los servicios. Reportando identificación del paciente, análisis del motivo de consulta, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos y no patológicos, dinámica familiar, organigrama, historia del problema (emocional y onco-hematológico), impresión y actitud general, examen mental, selección y aplicación de técnicas de evaluación, problemática actual, diagnóstico DSM IV y selección y aplicación de tratamiento.</p> <p>* Integrantes del grupo: Residentes de Medicina Conductual</p> <p>Clases por semana: Una</p>
	Revisión artículo	<p>Lectura, elaboración de resumen y presentación al resto del grupo de artículos de investigación relacionados con los temas revisados en la semana para su análisis y discusión.</p> <p>* Integrantes del grupo: Residentes de Medicina Conductual</p> <p>Clases por semana: Una</p>
	Grupo Valium	<p>Espacio que permite la expresión emocional y brinda contención, apoyo y supervisión para el manejo de los pacientes que cada residente debe manejar en su servicio.</p> <p>* Integrantes del grupo: Residentes de Medicina Conductual</p> <p>Clases cada quince días</p>

H E M A T O L O G Í A	Monográfica	Presentación de temas hematológicos (Médicos Residentes). * Integrantes del grupo: Equipo de trabajo de Hematología y Onco-hemato pediatría Clases por semana: Una
	Invitados	Presentación de temas hematológicos por personal de otros servicios relacionados (Médicos Adscritos), incluidos temas psicológicos (Residentes Medicina Conductual). * Integrantes del grupo: Equipo de trabajo de Hematología y Onco-hemato pediatría Clases por semana: Una
	Revisión artículo	Presentación de artículos de investigación de carácter médico y en ocasiones psicológico. * Integrantes del grupo: Equipo de trabajo de Hematología y Onco-hemato pediatría Clases por semana: Una

Actividades clínicas:

Se brinda atención psicológica a todos los pacientes y/o cuidadores primarios, previa autorización, del Servicio de Hematología adultos.

Esta atención se da a través de:

- Entrevista Inicial, empleando el modelo SOAP que consiste en:
 - **Subjetivo:** se presenta la información que el paciente reporta, de manera literal.
 - **Objetivo:** se incluyen datos de exploración mental (estado de conciencia, orientación en las tres esferas, tiempo de reacción), procesos cognitivos (atención, concentración, memorias, pensamiento, juicio, inteligencia), lenguaje, alteraciones sensoriales, estilo de afrontamiento, locus de control, apoyo social, etc.
 - **Análisis:** se da una impresión diagnóstica, un diagnóstico basado en los criterios del DSM IV-R o los resultados de un instrumento de evaluación.

- **Plan:** se consideran las acciones llevadas a cabo en la sesión, así como las sugerencias o recomendaciones para las sesiones subsecuentes.
- Detección de necesidades, con base en la impresión diagnóstica psicológica.
- Determinación de plan de trabajo individualizado empleando técnicas de intervención cognitivo-conductuales.
- Implementación de plan de trabajo con el paciente (Psicoterapia breve) o atención de acuerdo a las necesidades reportadas por el paciente (Psicoterapia de apoyo e intervención en crisis)
- Evaluación psicométrica, en casos de diagnóstico patológico o candidatos a trasplante de médula ósea.
- Elaboración de historias clínicas.
- Pláticas con cuidadores primarios sobre las enfermedades hematológicas que presentan sus pacientes, procedimientos médicos de diagnóstico y monitoreo de los pacientes así como medidas higiénicas y alimentarias para el cuidado extrahospitalario.

La residente de Medicina Conductual, al estar en el servicio de Hematología adultos, estuvo trabajando principalmente con pacientes con diagnóstico de leucemia, linfoma y algunas enfermedades hematológicas benignas, a continuación se hará una breve descripción de este tipo de padecimientos.

Enfermedades Onco-Hematológicas

La leucemia es un desorden maligno de la médula ósea que provoca un aumento incontrolado de leucocitos (glóbulos blancos) en la sangre. Esta sobrepoblación de células inmaduras (blastos) ocupa la médula ósea y la incapacita para mantener su producción en los niveles normales de glóbulos rojos y plaquetas, mientras que los glóbulos blancos se reproducen rápidamente sin alcanzar la madurez necesaria para desempeñar su papel de defensa contra infecciones. En términos generales, las leucemias se dividen en agudas y crónicas (Society of America, 1996). Las principales manifestaciones clínicas son signos y síntomas de fatiga, hemorragia, infecciones o fiebre, debido a la disminución en eritrocitos, plaquetas y leucocitos, respectivamente. Artralgia y dolor óseo, puede presentarse también

la infiltración a hígado, bazo, piel, ganglios linfáticos, hueso, encía y sistema nervioso central (Cervera y Labardini, 2006).

Los linfomas son un grupo de enfermedades neoplásicas que se originan en el sistema inmunitario, cuyas células están ampliamente distribuidas y poseen una extensa gama funcional, por lo tanto, los linfomas se pueden originar en cualquier órgano y pueden tener datos histológicos, comportamiento clínico y pronóstico muy diversos. La mayoría de las presentaciones ganglionares comienza con adenomegalia indolora; los síntomas son la pérdida de peso, fiebre, diaforesis profusa nocturna, plenitud abdominal (por la esplenomegalia), dolor en los sitios afectados por la enfermedad, anemia, infección, manifestaciones en la piel, síntomas neurológicos, etc. (Labardini, 2006).

Ambas enfermedades tanto para el diagnóstico como para su tratamiento requieren procedimientos invasivos, dolorosos, largos e intensivos; requieren continuas hospitalizaciones y cuidados especiales también en casa. Los principales tratamientos empleados para estas enfermedades son la quimioterapia y la radioterapia; ambos enfocados a destruir las células del cáncer, sin embargo tienen efectos adversos temporales que generalmente se subsanan cuando se concluye el tratamiento como la alopecia, estomatitis, disfagia, náusea y vómito, constipación, diarrea o reacciones en la piel (Society of America, 1996). Cuando éstos son administrados, especialmente la quimioterapia, generan una disminución en las células que componen la sangre, generando neutropenia, anemia o trombocitopenia, dependiendo la línea celular afectada (leucocitos, eritrocitos o trombocitos) (ídem).

Al recibir un diagnóstico de cáncer, independientemente de los signos y síntomas físicos, existe una respuesta emocional que puede manifestarse en una primera fase como incredulidad, posteriormente se presentan síntomas de ansiedad y depresión (irritabilidad, pérdida de apetito, alteraciones del sueño, etc.) y finalmente, la adaptación a la enfermedad. El periodo normal de adaptación a una enfermedad oncológica es aproximadamente de 4 semanas. Cuando no se da una adaptación normal, pueden presentarse síntomas como culpabilidad, negación patológica, cólera contra las personas y desesperación. Ante esta panorámica, la intervención psicooncológica debe centrarse en el

cuidado emocional del paciente, a través de estrategias que apoyen la adaptación, el miedo a la muerte, la resolución de pérdidas, la toma de decisiones, la expresión emocional, la aceptación y la disminución del sufrimiento (Gómez, 2002).

Aunado al proceso de adaptación al padecimiento oncológico, el miedo al cáncer ha estigmatizado a los pacientes, ya que a pesar de ser un padecimiento que puede tratarse y discutirse abiertamente hoy en día, el miedo persiste y tiene un impacto significativo en las actitudes hacia la enfermedad.

De acuerdo con Holland y Rowland (1989), la ansiedad respecto al cáncer puede ocasionar una “cancerofobia transitoria” en individuos psicológicamente saludables. Muchas situaciones pueden predisponer a los individuos a responder de esta manera, como serían: poseer algún factor de riesgo, las crisis de etapa de vida que generan ansiedad y mantener un contacto cercano con alguien enfermo o que haya fallecido por cáncer. En esas situaciones estresantes, un síntoma que normalmente podría ser ignorado, llega a ser una fuente de ansiedad.

En este sentido, el que los pacientes logren adaptarse a la enfermedad, es decir, controlar los síntomas de ansiedad y/o depresión por el impacto del diagnóstico; además de solucionar y enfrentar adecuadamente las problemáticas de salud, económicas, sociales y laborales propias de la enfermedad hematológica, cobra vital importancia.

Para lograr que el paciente adquiera estas estrategias, pueden emplearse técnicas propias de la Terapia Cognitivo Conductual que han demostrado, gracias a la sistematización, pragmatismo y fundamentación empírica, su eficacia a lo largo de las últimas décadas en los distintos ámbitos en los que se han aplicado (Gavino, 2006).

Intervención Psicológica en Pacientes Onco-Hematológicos

El cáncer es una problemática crónica de salud que puede afectar el bienestar del enfermo, así como de quienes se relacionan con él. De allí la necesidad de realizar una evaluación e intervención profesional, con el fin de favorecer la calidad de vida a nivel físico, psicológico, social e incluso espiritual (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007).

Desde el momento en que el paciente comienza con síntomas, interactúa con diversos profesionales y recibe información que, en algunos casos, resulta contradictoria y confusa, con lo que se incrementan sus fluctuaciones emocionales y las reacciones de miedo (ídem).

La intervención psicológica es un método para inducir cambios en el comportamiento, pensamientos o sentimientos de una persona. El enfoque cognitivo conductual implica, que la intervención psicológica incorpora variables cognoscitivas junto con el rigor científico y experimental de la corriente conductista, que busca modificar o alterar patrones de pensamientos que se cree que contribuyen a los problemas del paciente (Trull y Phares, 2003).

De acuerdo con Cruzado y Labrador y Bayés (Arrivillaga, Correa y Salazar, 2007) los principales objetivos de una intervención psicológica cognitivo-conductual son: reducir las reacciones emocionales desadaptativas, promover en los pacientes un sentido de control personal sobre sus vidas y una participación activa en su tratamiento, desarrollar estrategias de solución de problemas en lo relacionado con el cáncer y mejorar los niveles de autoeficacia, facilitar la comunicación del paciente con su familia y el personal de salud, y estimular la participación en actividades y mejorar las relaciones sociales.

En el trabajo cotidiano con los pacientes onco-hematológicos se observó la necesidad de brindar apoyo psicológico al recibir el diagnóstico, ya que presentan dificultades en el proceso de adaptación. El apoyo comprende desde la psicoeducación acerca de la enfermedad: qué es, cómo se origina, la seriedad de dicha patología, los procedimientos médicos requeridos para el diagnóstico (que generalmente son invasivos y dolorosos), las razones de la larga estancia hospitalaria (que llegan a generar depresión y/o ansiedad), la duración e importancia de la adhesión a los tratamientos y el costo de los medicamentos que pueden llevarlo a la remisión; hasta el apoyo en la búsqueda de opciones de solución a los requerimientos médicos y económicos de la enfermedad.

Las técnicas cognitivo-conductuales como el entrenamiento en biorretroalimentación, favorecen que el paciente sea conciente de los procesos fisiológicos, que ejercite

constructivamente el control sobre sus pensamientos o los estados internos que los subyacen. Un programa efectivo de biorretroalimentación debe incluir métodos para ayudar a las personas a transferir y generalizar respuestas de autorregulación aprendidas mediante el uso de imágenes, luces, sonidos, vibraciones, o cualquier otro símbolo de fácil interpretación (Holland, Wit, Lawler, y Lanzisera, 2009).

De acuerdo con Campos et al. (2009), las modalidades de retroalimentación más usadas son: la electromiográfica, la temperatura periférica y la respuesta electrodérmica; sin embargo, también puede realizarse el registro de la coherencia cardio-respiratoria, también conocida como sinusarritmia respiratoria, que se refiere a la variación de la tasa cardíaca dentro del ciclo respiratorio. En la inspiración, el distanciamiento de los pulsos cardíacos es menor, que en la espiración. Cuantificando la actividad cardíaca como tasa, esto significa que en la fase inspiratoria la tasa cardíaca presenta una aceleración, mientras que en la fase espiratoria ocurre una deceleración (Grzib, Conde, Briales y Briales, 2009). El análisis de los componentes frecuenciales de la variabilidad del ritmo cardíaco (HRV) refleja las interacciones de las dos ramas del Sistema Nervioso Autónomo (simpático y parasimpático) en el control del Sistema Cardíaco. Es conocido que el SNA también regula la respiración y ésta influye el ritmo cardíaco (Silvestre, Bailón, Laguna, Mateo y Serrano, 2005).

El Modelo de Solución de Problemas, constituye una intervención basada en evidencia, que abarca las esferas cognitiva, afectiva y conductual, además promueve la adopción y aplicación efectiva de actitudes y habilidades para solucionar problemas en la vida cotidiana. Algunos estudios han documentado su eficacia para personas que tienen problemas de salud a nivel mental o físico (Nezu, Nezu, Houts, Friedman y Faddis, 2009).

El modelo de solución de problemas desarrollado por D´Zurilla y Nezu (D´Zurilla, 1986) consta de cinco componentes básicos:

1. Orientación del problema: incrementa la sensibilidad a los problemas y establece el mejor momento para la realización de actividades y centra la atención en expectativas positivas, maximizar el esfuerzo para vencer los obstáculos y minimizar las emociones negativas. Los sujetos deben aprender a concebir un problema como

una situación que pueden manejar y aprender a usar sus respuestas desadaptativas. Es importante identificar a qué le atribuye el problema, si lo percibe como solucionable o si se siente capaz.

2. Definición y formulación del problema: Colectar información acerca de los requerimientos asociados con la ejecución, de las características propias del sujeto y de aquellos con quienes interactúa, distinguir la información relevante y evitar las distorsiones de información.
3. Generar alternativas de solución: tener disponibles tantas alternativas de solución como sea posible para aumentar las probabilidades de que la mejor solución esté entre ellas.
4. Toma de decisiones: el propósito es evaluar (comparar y juzgar) las alternativas para seleccionar la mejor.
5. Implementación de la solución (verificación): el propósito es asesorar la efectividad de la solución elegida en una situación problemática de la vida real.

A partir de estas técnicas de intervención se desarrolló un manual de apoyo para pacientes con Leucemia que pudiera brindarles información concreta acerca de sus padecimientos y una pequeña guía para enfrentar las diversas problemáticas a las que se enfrentan a raíz de éste (Ver anexo 1).

Características de la Población Atendida

En la tabla 2 se muestra el número de intervenciones realizadas mensualmente como R1 de Medicina Conductual del Servicio de Hematología Adultos. De estas intervenciones, 95 fueron de atención de primera vez y 528 de atención subsecuente.

Tabla 2. Intervenciones realizadas en el periodo de Febrero de 2009 a Enero de 2010, agrupadas por sexo y tipo de atención.

MES	MUJERES		HOMBRES		TOTALES
	1ª vez	Subsecuentes	1ª vez	Subsecuentes	
Febrero	3	15	2	13	33
Marzo	2	14	2	13	31
Abril	6	18	3	12	39
Mayo	3	16	3	1	23
Junio	5	36	2	18	61
Julio	3	11	4	4	22
Agosto	6	29	8	22	65
Septiembre	4	36	2	30	72
Octubre	4	26	5	33	68
Noviembre	4	35	6	32	77
Diciembre	5	26	4	23	58
Enero	5	43	4	22	74
TOTALES	50	305	45	223	623

Las intervenciones se llevaron a cabo en su mayoría con pacientes del Servicio de Hematología Adultos que se encontraban internados; de los pacientes de primera vez, 14 se realizaron con pacientes de servicios como Nefrología, Infectología y Reumatología que solicitaron atención psicológica, debido a que pertenecían a otro servicio, fueron canalizados después de la primera intervención. En la tabla 3 se muestran las principales características de la población atendida.

Tabla 3. Características relevantes de las intervenciones realizadas con los pacientes del servicio de Hematología Adultos en el periodo de Febrero de 2009 a Enero de 2010

Servicio Hematología Adultos	
Sexo	268 hombres, 355 mujeres.
Edad promedio	38.72 años, SD 15.41
Diagnósticos Médicos prevalentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leucemia Linfoblástica Aguda (32.9%) 2. Leucemia Mieloide Aguda (20.2%) 3. Púrpura Trombocitopénica Idiopática (11.6%) 4. Linfomas (8.4%) 5. Leucemia Granulocítica Crónica (7.9%)
Diagnósticos Psicológicos prevalentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fase Tratamiento (31%) 2. Fase Diagnóstico (20.9%) 3. Fase Recaída (12%) 4. Reacción a estrés grave (11.1%) 5. PCTC (5.5%)
Tipos de abordaje psicológico empleados con mayor frecuencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoterapia de apoyo: 306 2. Psicoterapia breve: 163 3. Entrevista inicial: 71 4. Psicoterapia familiar: 63 5. Evaluación: 7
Técnicas empleadas con mayor frecuencia en las intervenciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoeducación: 244 2. Exploración emocional: 242 3. Entrevista inicial: 81 4. Método solución problemas: 62

	5. Reestructuración cognitiva: 46
	6. Respiración diafragmática: 40
	7. Retroalimentación biológica: 36
	8. Fomento de adhesión a tratamiento: 35
	9. Modificación conductual: 33

Como puede observarse, la patología con mayor incidencia fue la leucemia aguda, linfocítica y mielocítica, y la técnica utilizada con mayor frecuencia fue la psicoeducación. El diagnóstico prevalente y la psicoeducación se relacionan porque la población que atiende el hospital, en general, posee poca información acerca de este cáncer hematológico, además de contar con una baja escolaridad, razón por la que se vuelve indispensable informar y explicar constantemente la naturaleza del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, tanto con el paciente como los familiares.

La psicoeducación y la exploración emocional son técnicas empleadas frecuentemente ya que los pacientes presentan labilidad emocional, manifestando síntomas de ansiedad y/o depresión debido a que se encuentran en el periodo de adaptación a la enfermedad. Posteriormente, cuando los pacientes comienzan a aceptar y entender las complicaciones de la leucemia, se emplea el método de solución de problemas para ayudarlos a generar opciones para enfrentar las demandas propias de una enfermedad onco-hematológica.

A lo largo del año de residencia, se atiende a pacientes con diferentes enfermedades, características, necesidades y habilidades, lo que permite hacer uso de varias técnicas de intervención psicológica como la reestructuración cognitiva, las técnicas de relajación, la retroalimentación biológica, la modificación conductual, entre otras; enfocadas a generar conciencia y adaptación a la enfermedad así como promover la funcionalidad de los pacientes en sus actividades y roles previos al diagnóstico.

Debido a la prolongada estancia intrahospitalaria de los pacientes onco-hematológicos, es posible hacer psicoterapia breve con objetivos específicos; sin embargo, a pesar de la planeación, los pacientes o sus cuidadores frecuentemente tienen necesidades apremiantes

por lo que se emplea la modalidad de psicoterapia de apoyo, dejando los objetivos de lado por un tiempo.

Además de trabajar con pacientes hematológicos, se realizaron intervenciones con el personal de salud del servicio. En la tabla 5 se muestran los datos correspondientes a la atención individualizada que se brindó, básicamente por presentar sintomatología de ansiedad y depresión. En este rubro de atención con el personal, también se llevó a cabo un taller para las enfermeras del tercer piso, lado sur del turno matutino (14 personas), que atienden a los pacientes hematológicos.

El taller tuvo el objetivo general de dotar al personal de enfermería de técnicas para el manejo del estrés; se organizaron 5 sesiones de 60 minutos cada una (Ver anexo 3) y se formaron tres grupos de 3 a 5 personas. El taller abordó teóricamente el estrés (definición, incidencia, identificación de estresores personales, así como el fundamento de las técnicas de relajación y sus beneficios); sin embargo, se prestó mayor énfasis a la enseñanza y práctica de la respiración diafragmática, la imaginación guiada, la relajación autógena y la relajación progresiva de Jacobson. La primera sesión con el primer grupo, se abordó en conjunto con la otra residente de Medicina Conductual; en las sesiones posteriores se dividieron los grupos, de manera que cada una estuviera a cargo de siete sesiones y así, cubrir las 15 horas programadas.

Tabla 4. Características relevantes del personal de salud atendido en el periodo de Febrero de 2009 a Enero de 2010

Personal de Salud	
Sexo	4 Mujeres
Edad promedio	38.4 años SD 3.6
Diagnósticos Médicos prevalentes	Sin enfermedad
Diagnósticos Psicológicos prevalentes	1. Trastorno de ansiedad 2. Trastornos del humor y episodios depresivos

	3. Problemas relacionados con la crianza de los niños
Tipos de abordaje psicológico empleados con mayor frecuencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista inicial: 4 2. Psicoterapia breve: 7 3. Psicoterapia de grupo: 8
Técnicas empleadas con mayor frecuencia en las intervenciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoeducación 2. Reestructuración cognitiva 3. Expresión emocional

De las cuatro mujeres atendidas, tres son enfermeras y una médico interno. Las intervenciones se organizaron por sesiones de psicoterapia breve sólo con una de las enfermeras, con las otras dos enfermeras se llevaron sesiones de apoyo y sólo se retroalimentó y llevó seguimiento de los avances. Con la médico interno, en la sesión de entrevista se realizó un balance decisonal y posteriormente se monitoreó el estado de ánimo.

El resto de las intervenciones con el personal de enfermería fue a través del taller, donde se tuvo la oportunidad de trabajar con diferentes grupos y además de cumplir con los objetivos de la sesión se trabajaron aspectos que ellas consideraron necesarios para mejorar la comunicación y la dinámica laboral.

Por la dinámica del servicio de Psicooncología, en los periodos vacacionales de alguna de las residentes de Medicina Conductual, es necesario brindar atención psicológica a los pacientes que ésta atiende, por tal motivo, durante una semana se trabajó con pacientes de la sala de Onco- Hemato Pediatría. En la tabla 5 se muestra de manera breve la intervención que se desarrolló con 4 adolescentes, con uno de ellos se tuvieron 3 sesiones de trabajo.

Tabla 5. Características relevantes de los pacientes atendidos en el servicio de Onco-Hemato Pediatría en el periodo de Febrero de 2009 a Enero de 2010

Onco-pediatría	
Sexo	3 niños y 1 niña
Diagnósticos Médicos	2 niños con Leucemia Linfoblástica Aguda y 2 con tumores óseos.
Diagnóstico Psicológico	Fase tratamiento (los 4 niños)
Abordaje psicológico	1. Psicoterapia breve: 6
Técnicas de intervención empleadas	Reestructuración cognitiva, Distracción, Psicoeducación, Método de solución de problemas, Respiración diafragmática, Abordaje cognitivo-conductual de aceptación a la muerte y Fomento de afrontamiento activo (1 vez cada una)

Finalmente, en la tabla 6 se indica la frecuencia de empleo de cada una de las modalidades de intervención psicológica por mes, cabe señalar, como se dijo anteriormente, que la población atendida requirió con mayor frecuencia atención en las modalidades de psicoterapia de apoyo y psicoterapia breve, lo que permite un mayor contacto con los pacientes y un trabajo con planeación de objetivos, logrando incluso, observar los resultados.

Tabla 6. Modalidad de intervención psicológica empleada por mes en el periodo de Febrero de 2009 a Enero de 2010.

	Entrevista inicial	Historia Clínica	Evaluación	Int. en crisis	P. Apoyo	P. Breve	Intervención Familiar	Intervención Grupal
Febrero	5		1		4	20	4	
Marzo	4				4	19	4	
Abril	9		2		3	23	1	1

Mayo	6				8	9		
Junio	6			1	35	24	5	
Julio	3				14	5		
Agosto	6		1		51	5	4	
Sept.	4		2		33	26	10	4
Octubre	9				32	17	6	4
Nov.	8		1		38	20	12	
Dic.	6				36	12	10	
Enero	7				47	24	21	

Evaluación Final

Del Servicio

El trabajo del residente en Medicina Conductual dentro del servicio es valorado y respetado, en especial por el Dr. Cruz (Jefe de Servicio) y la Dra. Tejeda (Médico adscrito), quienes consideran el punto de vista psicológico como uno de los requisitos dentro del tratamiento de los pacientes. Ellos refieren a los pacientes e insisten con los residentes de Medicina Interna que se apoyen en los de Medicina Conductual para trabajar en conjunto.

El área de trabajo social constantemente solicita apoyo para manejar algunas situaciones con los familiares y así obtener un mejor resultado, actualmente existe una comunicación estrecha y la disposición para resolver dudas acerca de procedimientos o datos de instituciones para canalizar a los pacientes.

Con el personal de enfermería existe un trato cordial, comunicación estrecha, respeto ante los espacios de trabajo psicológico y como están en contacto directo con los pacientes, refieren a aquellos que consideran necesitan apoyo psicológico.

En general, considero que el servicio ofrece el espacio perfecto para adquirir conocimientos y desarrollar habilidades terapéuticas, profesionales y personales. Cabe señalar, que los logros alcanzados se deben a la confianza ganada por el compromiso, la responsabilidad y los resultados mostrados en el trabajo diario.

De las Actividades

a) Clínicas

- En el servicio existe la oportunidad de trabajar directamente con los pacientes, de acuerdo a las necesidades detectadas, sin un filtro, con la libertad de seleccionar las técnicas de intervención, momentos apropiados, duración de la intervención, tipo de seguimiento, etc. También se tiene la opción de solicitar espacios para desarrollar intervenciones grupales con las diferentes poblaciones: cuidadores primarios, enfermeras y médicos.

b) Académicas

- Académica Hematología: es un requisito asistir a todas las clases del servicio y en ocasiones, presentar temas o artículos ante el grupo, esto permite entender las enfermedades de los pacientes desde el punto de vista médico, lo que facilita el trabajo cotidiano, ya que la psicoeducación es una de las necesidades apremiantes de los pacientes y sus familias. Existe la apertura para expresar dudas y comentarios sobre las temáticas revisadas.
- Académica Psicooncología: en ocasiones se torna complicado ya que son muchas labores para una semana (hacer presentaciones, leer artículos, presentar casos, etc.) además existen semanas donde coinciden dos o tres clases para una sola residente. Sin embargo, considero que conocer toda la información necesaria para lograr un buen desempeño es parte de la formación académica y si no se abordara de manera grupal, sería imposible revisarla individualmente.

De la Supervisión

a) *In Situ*

- La supervisión fue escasa y se requería una mayor comunicación con la Mtra. Leticia Ascencio, en especial porque al visitar la sede fue uno de los principales atractivos, una supervisora en quien apoyarnos para enfrentar las necesidades de los pacientes. Considero que no sólo fue una falta por parte de la supervisora, sino que se conjuntó con una dinámica poco saludable entre las residentes del ciclo. Debido a esta situación, no se generó la confianza necesaria para comentar los casos, artículos o las clases, con lo que se perdió un ejercicio que pudo haber sido bastante enriquecedor.

Considero hubiera sido importante contar con la supervisión en mi aplicación de las técnicas para tener retroalimentación constructiva y mejorar mis habilidades clínicas; además esto hubiera permitido que las calificaciones asignadas en el primer semestre a cada residente se debieran a las destrezas evaluadas y no a la falta de oportunidad para observarlas.

b) *Académica*

- La información revisada con la Mtra. Cristina Bravo fue bastante útil y la comunicación estrecha, generando confianza para el desarrollo de actividades, comentar casos complicados y pedir información. Considero que siempre existió disposición para retroalimentar nuestras actividades y los comentarios se hicieron de manera individual y constructiva. Tal vez lo que me hubiera gustado cambiar es el orden de revisión de los temas (comenzando por examen mental y después las técnicas de intervención).

RESIDENCIA EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

El Instituto Nacional de Cancerología se encuentra ubicado en el sur de la Ciudad de México, es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de Salud. Brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos siendo además un centro de referencia y órgano rector del cáncer en México. Dirige sus acciones a la atención de pacientes no derechohabientes de la seguridad social, provenientes de todo el país, con un enfoque multidisciplinario en el proceso diagnóstico, de tratamiento, rehabilitación y seguimiento. La Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos es un área de especialización que brinda atención médica, intervencionista y psicológica a los pacientes del Instituto y fue sede de rotación de segundo año para la residente de Medicina Conductual.

Características de la Sede y Actividades del Residente

El servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos cuenta con área de atención hospitalaria, consulta externa y procedimientos intervencionistas. Se brinda atención a pacientes de otros servicios que se encuentran internados en cualquiera de los tres pisos de hospitalización del Instituto, sólo existen 3 camas reservadas exclusivamente para atención de pacientes propios del servicio. Para la consulta externa se cuenta con cinco cubículos y tres camillas para pacientes de intervencionismo.

El equipo de trabajo está constituido por:

- ⇒ Jefe de Servicio: Dr. Ricardo Plancarte Sánchez
- ⇒ Médicos Adscritos: Dr. Jorge Guajardo, Dra. Rocío Guillén, Dr. David Reyes.
- ⇒ Médicos Residentes: Anestesiólogos que realizan una residencia por un año en Clínica del dolor y un segundo año en Intervencionismo.
- ⇒ Psicóloga. Trabaja exclusivamente con pacientes del servicio.
- ⇒ Trabajadora Social.
- ⇒ Residentes Medicina Conductual: realiza rotación anual. En el periodo de marzo de 2010 a febrero de 2011: Suhail Sánchez Huerta.

- ⇒ Médicos Rotantes: realizan rotaciones mensuales como parte de la residencia en Anestesiología.
- ⇒ Enfermeras: tres personas de planta y enfermeros que realizan rotaciones cada quince días para especializarse en oncología.

Las labores diarias de los residentes de Medicina Conductual se componen de actividades académicas y actividades clínicas.

En la tabla 7 se muestran las actividades académicas en que la residente de Medicina Conductual participa, así como el objetivo, los participantes, la duración y frecuencia de cada una de ellas.

Actividades clínicas:

Se brinda atención psicológica a todos los pacientes y/o cuidadores primarios del Servicio de Clínica del Dolor.

Esta atención se da a través de:

- Entrevista Inicial, empleando el modelo SOAP.
- Detección de necesidades, con base en la impresión diagnóstica psicológica.
- Determinación de plan de trabajo individualizado empleando técnicas de intervención cognitivo-conductuales.
- Implementación de plan de trabajo con el paciente (Psicoterapia breve) o atención de acuerdo a las necesidades reportadas por el paciente o sus familiares (Psicoterapia de apoyo e intervención en crisis)
- Intervenciones familiares con los cuidadores primarios de pacientes paliativos.
- Atención psicológica para el manejo del duelo en los familiares que recién tuvieron una pérdida.
- Atención psicológica a los pacientes y sus familiares en visita domiciliaria, para aquellos pacientes de cuidados paliativos que no se encuentran en condiciones de asistir al hospital.

Tabla 7. Actividades académicas de la residente de Medicina Conductual en el Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

Servicio	Clase	Objetivo
Psicología	Revisión teórica	<p>Revisión, elaboración de presentación y exposición, de temas de abordaje psicológico referentes al padecimiento oncológico, dolor y cuidados paliativos.</p> <p>* Integrantes del grupo: Residente de Medicina Conductual, Supervisora in situ y Psicóloga del Voluntariado.</p> <p>Clases por semana: Una</p>
	Casos Clínicos	<p>Revisión, elaboración de reporte y presentación de casos clínicos de los pacientes que se atienden en los servicios. Reportando identificación del paciente, análisis del motivo de consulta, antecedentes heredo-familiares, antecedentes personales patológicos y no patológicos, dinámica familiar, organigrama, historia del problema (emocional, oncológico y algológico), impresión y actitud general, examen mental, selección y aplicación de técnicas de evaluación, problemática actual, diagnóstico DSM IV y selección y aplicación de tratamiento.</p> <p>* Integrantes del grupo: Residente de Medicina Conductual, Supervisora in situ, Psicóloga del Voluntariado.</p> <p>Clases por semana: Una</p>
Clínica del Dolor	Clase Dolor e Intereintervencionismo	<p>Presentación de temas Algológicos y de Cuidados Paliativos (Médicos Residentes, Médicos Adscritos y Médicos Invitados).</p> <p>* Integrantes del grupo: Equipo de trabajo de Clínica del Dolor.</p> <p>Clases por semana: Cinco</p>
	Clase Psicología	<p>Presentación de temas psicológicos relacionados con el dolor y los cuidados paliativos (Residente Medicina Conductual).</p> <p>* Integrantes del grupo: Equipo de trabajo de Clínica del Dolor.</p> <p>Clases por mes: Una</p>
	Sesiones Conjuntas	<p>Presentación y análisis de casos relacionados con el dolor y los cuidados paliativos (Médicos Residentes INCan y del INNSZ, Residentes Medicina Conductual).</p> <p>* Integrantes del grupo: Médicos Residentes INCan y del INNSZ, Residentes Medicina Conductual y Médico Adscrito de la institución sede que coordina la sesión.</p> <p>Clases por semana: Una</p>
	Sesiones Generales	<p>Presentación de temas y casos clínicos oncológicos.</p> <p>* Integrantes: Todo el personal médico del Instituto.</p> <p>Clases por semana: Dos</p>

La residente de Medicina Conductual, al estar en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, estuvo trabajando principalmente con pacientes oncológicos que presentaban dolor o que se encontraban en manejo paliativo, a continuación se hará una breve descripción del dolor y los cuidados paliativos, así como sus implicaciones con los pacientes.

Dolor Oncológico y Cuidados Paliativos

Dolor Oncológico

En los años 70 se fundó la International Association for the Study of Pain (IASP), organización que ha participado en el desarrollo de normas internacionales para el alivio del dolor y lo define como: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular real o potencial, o descrito en términos de tal daño o ambos” (Hernández, Tenopala y Torres, 2006).

Para los pacientes, el dolor es debilitante y desmoralizante, produce cambios en el afecto y conducta que aumenta el sufrimiento del paciente y su familia, especialmente cuando está en una etapa terminal (Holland y Rowland, 1989).

El dolor requiere de una evaluación multidimensional, para este fin pueden emplearse Escalas Análogas, ya sean visuales o numéricas, mediante éstas, es posible valorar su intensidad. También puede medirse de manera objetiva a través de (Hernández, Tenopala y Torres, 2006):

- a) Medición de los estímulos eléctricos de nervios periféricos, donde se ha comprobado la relación entre la activación eléctrica de las fibras “a delta y c” con la aparición del dolor.
- b) Índice vegetativo y autonómico, que valora la hiperactividad del sistema nervioso autónomo, por medio de manifestaciones como la tensión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración y la conductancia de la piel.
- c) Potenciales evocados, útiles para la localización de los lugares de acción de los diferentes analgésicos, donde producen una disminución de la amplitud de la onda registrada en el área de acción cerebral al incrementar la intensidad del estímulo.

d) Imágenes cerebrales (PET), es un método de medición indirecta, relacionado con actividad neuronal y localización en el aumento del flujo en las demandas metabólicas por procesos neuronales activados. Evalúa las respuestas supraespinales a los estímulos dolorosos, obteniéndose un mapeo de imágenes cerebrales de las regiones encefálicas que intervienen, mediante estudios experimentales se ha corroborado que los sitios más importantes son la corteza cingular anterior, el tálamo, la ínsula y la corteza somatosensorial.

De acuerdo con Plancarte y De la Peña (2004), se estima que de un tercio a una mitad de los pacientes con cáncer bajo terapia activa sufren un dolor considerable. El dolor oncológico puede dividirse, desde el punto de vista fisiopatológico, en dos grandes grupos: el dolor consecutivo a una invasión directa del tumor y el dolor secundario a una terapia antineoplásica.

Entonces, al conocer el diagnóstico de cáncer, los pacientes frecuentemente manifiestan tener miedo a sentir dolor, ya sea por la enfermedad o por los tratamientos para curarla (Liceaga 2004). Es importante evaluar las habilidades con que cuenta el paciente para enfrentar el dolor y considerar la posibilidad de emplear fármacos en caso de presentar altos niveles de ansiedad o depresión; a la par, es indispensable tratar sus emociones y pensamientos para lograr una mejor adaptación a la enfermedad. Para este fin pueden emplearse diversas técnicas cognitivo-conductuales.

Cuidados Paliativos

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana y la impecable evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales (Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos, 2008).

El cáncer, por ser una enfermedad crónico-degenerativa, está asociado con un complejo de síntomas que producen un alto sufrimiento en el paciente y su familia. El enfermo con

cáncer terminal presenta alteraciones no sólo por el dolor y otros síntomas físicos como astenia, anorexia, constipación, disnea, náuseas o pérdida de peso; sino, también en la movilidad, independencia, sentido de bienestar psicológico, mantenimiento del estatus social, independencia financiera, etc. (Montejo, Copca y González, 2006).

Por lo tanto, los objetivos de los cuidados paliativos para el paciente terminal son (Flores, 2003):

- Reafirmar la vida, y en lo posible, ver el proceso de la muerte como algo normal y natural.
- Ni acelerar ni posponer la muerte.
- Proveer alivio para el dolor y para todos los síntomas estresantes de este proceso.
- Atender los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente.
- Si es posible, ofrecer un sistema de apoyo para los pacientes que vivan en completa lucidez en el proceso de la muerte.
- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia durante la enfermedad y en el duelo.

Los pacientes que se encuentran en la fase final de la vida, además de los síntomas físicos tienen necesidades psicosociales, pueden presentar ansiedad, depresión, abuso de sustancias, etc. Las personas utilizan diversos recursos para responder al sufrimiento psicológico, que incluyen sus propios recursos de afrontamiento y el apoyo emocional de sus familiares y allegados. Por tal motivo es recomendable evaluar en ellos los siguientes aspectos (Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos, 2008):

-Aspectos relativos al momento vital.

-Significado e impacto de la enfermedad (encontrar sentido a la vida se correlaciona negativamente con depresión y está asociado a la capacidad de tolerar los síntomas y a la satisfacción con la propia calidad de vida).

-Estilo de afrontamiento.

-Impacto en la percepción de uno mismo (autonomía, capacidad de decisión, imagen corporal, higiene o continuidad en las relaciones).

-Relaciones.

-Fuentes de estrés.

-Recursos espirituales.

- Circunstancias económicas.
- Relación médico-paciente.

Intervención Psicológica en Pacientes con Dolor y de Cuidados Paliativos

Clínica del Dolor

Cuando los pacientes conocen su diagnóstico de cáncer, presentan reacciones psicológicas como el miedo a la muerte, al dolor, a la desfiguración y la incapacidad; miedo al abandono y a la pérdida de independencia; miedo a la ruptura de las relaciones, a la pérdida de funcionamiento social y situación financiera. Para la mayoría de las personas con un diagnóstico oncológico, se presenta una reacción normal de angustia que dura algunas semanas y se caracteriza por tres fases (López, 2006):

1. Rechazo inicial: es un periodo de incredulidad y rechazo en el que la persona duda del diagnóstico y se pregunta si puede ser un error.
2. Confusión aguda: periodo de 1 ó 2 semanas de fase de negación donde predominan los pensamientos intrusivos acerca de la muerte y la enfermedad, baja la concentración, irritabilidad, ansiedad, estado de ánimo depresivo, anorexia e insomnio.
3. De adaptación: los síntomas de confusión aguda comienzan a disminuir y la veracidad de la enfermedad es más tolerable. Se recupera la esperanza con un plan de tratamiento y los pacientes recuperan su nivel de afrontamiento y adaptación psicológica.

A pesar de la adaptación a la enfermedad, el miedo a presentar dolor es uno de los síntomas que persisten a lo largo del tratamiento, ya que la percepción y respuesta de dolor resultan de la interacción entre componentes sensorio-discriminativos (transmisión de la estimulación nociva, así como su intensidad y características espacio-temporales), motivacional-afectivo (caracterización como desagradable o aversivo, lo cual puede provocar ansiedad, alterar las respuestas emocionales del individuo y motivar complejas conductas de escape) y cognitivo-evaluativos (pensamientos y creencias que subyacen la experiencia dolorosa; atención, experiencias previas) (Ventura y Salazar, 2007).

Generalmente, los pacientes oncológicos que asisten a una clínica del dolor, lo presentan de forma crónica, y pueden manifestar una o varias de las siguientes conductas (De Good, Crawford y Jongasma, 1999):

- Reducción (o pérdida completa) de la capacidad para realizar actividades sociales, laborales y recreativas cotidianas.
- Creencias erróneas acerca de las causas y tratamientos para el dolor.
- Depresión y ansiedad por el dolor asociado a la pérdida de la capacidad funcional.
- Abuso y/o preocupación con la medicación para el dolor.
- Problemas cognitivos y conductuales por efectos secundarios de la medicación.
- Cambios constantes de médicos.
- Falta de consistencia en el seguimiento de los tratamientos.
- Pérdida de autoestima debido a la incapacidad.
- Irritabilidad en las relaciones con la familia y cuidadores.

La familia también presenta una reacción psicológica, ya que ocurren cambios en las funciones de sus miembros, el paciente pierde algunos roles familiares, esos desplazamientos generan tensión y sentimientos negativos. En la familia, la tolerancia al paciente y la enfermedad disminuyen con el tiempo y las fricciones aumentan, el paciente ocasiona sentimientos ambivalentes en el núcleo familiar (López, 2006).

Ante esta panorámica, el psicólogo puede llevar a cabo múltiples acciones, principalmente (Ventura y Salazar, 2007):

- ✓ Evaluar las relaciones funcionales del comportamiento y el contexto social en que desenvuelve el paciente.
- ✓ Proponer formas de intervención, incluyendo las propuestas educativas y de rehabilitación; éstas deben ser sensibles a las necesidades específicas del paciente.

Para su intervención, el psicólogo puede emplear diversas estrategias para el control del dolor como (Ventura y Salazar, 2007):

- *Técnicas de relajación*: sirven para disminuir la activación fisiológica y la ansiedad asociada; actúan a nivel fisiológico (cambios viscerales, somáticos y corticales),

conductual y subjetivo. Puede emplearse la respiración diafragmática y/o la imaginación guiada.

- *Técnicas de biofeedback*: tienen como finalidad determinar objetivamente los cambios fisiológicos (tensión muscular, temperatura periférica, respuesta galvánica de la piel, tensión arterial o las ondas cerebrales).
- *Desviación de la atención*: hace referencia a la concentración en estímulos diferentes a los que generan el dolor, se disminuye la ansiedad y se incrementa el umbral de tolerancia ante procedimientos invasivos. Las actividades que resultan más eficaces son aquellas que tienen la participación activa del individuo (por ejemplo: tejer, coser, pintar, actividades laborales, etc.).
- *Reestructuración cognitiva*: busca la identificación y modificación de los pensamientos distorsionados y catastróficos, así como de las emociones y comportamientos asociados.
- *Inoculación de estrés*: genera habilidades para el afrontamiento del dolor, la tensión y el estrés.
- *Técnicas de autocontrol*: para disminuir las respuestas fisiológicas ante el estímulo ansiógeno, para lograr un control de la respuesta cognoscitiva y conductual.
- *Entrenamiento en solución de problemas*: se induce al paciente a la toma de decisiones, capacitándolo para el manejo de las numerosas situaciones que van surgiendo en el transcurso de su vida.
- *Entrenamiento en habilidades sociales*: dota al paciente de un repertorio conductual adecuado que le permite una expresión clara, directa y no agresiva de los diversos pensamientos y sentimientos que experimenta.

Cuidados Paliativos

Sobel (Liceaga, 2003) considera al paciente dentro de una red biopsicosocial y menciona que tiene una colaboración activa para restaurar su autocontrol respecto a las limitaciones que el proceso de morir le impone, lo que a su vez permite la disminución de las respuestas emocionales. Por lo tanto, debe brindársele una ayuda realista y práctica respecto a su condición terminal, y establece que el psicólogo conductual ofrecerá al paciente una

estrategia alternativa para vivir con su expectativa de muerte, una estrategia que le enseñe la solución de problemas para su bienestar.

El proceso de aceptación de la muerte inminente se ve afectado por diversos factores sociales y culturales, pero sobre todo de historia personal, lo que sustenta la necesidad de estudiar la problemática y derivar de ella las estrategias encaminadas a la ayuda del paciente terminal. Razón por la que es necesario valorar los antecedentes (personalidad premórbida, nivel de psicodesarrollo y el nivel cognoscitivo y funcional; el estado mental actual, la comprensión del nuevo tratamiento paliativo y su significado (López, 2006).

Con respecto a las estrategias de intervención para la aceptación de la muerte, existen propuestas que incluyen los sistemas de creencias disfuncionales (como las ideas irracionales, los estilos atribucionales pesimistas, la indefensión, los miedos irracionales, etc.) y los funcionales (capacidad de darle sentido positivo a la pérdida como aprendizaje de vida, estilos atribucionales optimistas, percepción de control, presencia de rituales espirituales que brindan sentido a la pérdida, etc.). Las habilidades de comunicación, la capacidad para la reorganización después de la pérdida (estado de salud, empleo, rol dentro de la dinámica familiar, etc.) así como las habilidades de solución de problemas; éstos son componentes importantes para lograr en el paciente la aceptación de la propia muerte (Valencia y Dávila, 2010).

Y la familia, de acuerdo con Worden (2004) debe elaborar su propio proceso de aceptación de la muerte que consiste en:

- Tarea I: Aceptar la realidad de la pérdida.
- Tarea II: Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.
- Tarea III: Adaptarse a un medio en el que el fallecido está ausente.
- Tarea IV: Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

En este sentido, el psicólogo conductual puede ayudar al paciente y a su familia en el proceso de elaboración del duelo, valorando los sentimientos, las sensaciones físicas, las cogniciones y conductas; identificando en que etapa del duelo se encuentran, la historia

personal, la naturaleza del apego, la personalidad, las variables sociales y las tensiones actuales (Worden, 2004).

Características de la Población Atendida

Las intervenciones se llevaron a cabo en su mayoría con pacientes del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en la consulta externa. De estas intervenciones, 287 fueron de atención de primera vez y 170 de atención subsecuente de los pacientes de primera vez o de intervenciones con sus familiares. En la tabla 8 se muestran las principales características de la población atendida.

Tabla 8. Características relevantes de las intervenciones realizadas con los pacientes del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos en el periodo de Marzo de 2010 a Febrero de 2011

Servicio Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos	
Sexo	100 hombres, 357 mujeres.
Edad promedio	50.82 años, SD 15.05
Diagnósticos Médicos prevalentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cáncer de mama (36.8%) 2. Cáncer cérvico-uterino (12.5%) 3. Otros (7.2%) 4. Cáncer gástrico (6.1%) 5. Cáncer de pulmón (5.9%)
Diagnósticos Psicológicos prevalentes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fase tratamiento (33%) 2. Fase terminal (18.6%) 3. Crisis de angustia (10.7%) 4. Reacción a estrés grave (10.3%)

	5. Problemas con el grupo primario de apoyo (8.3%)
Tipos de abordaje psicológico empleados con mayor frecuencia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoterapia de apoyo: 326 2. Intervención en crisis: 52 3. Evaluación diagnóstica: 45 4. Psicoterapia familiar: 26
Técnicas empleadas con mayor frecuencia en las intervenciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Expresión emocional: 218 2. Psicoeducación: 157 3. Respiración diafragmática: 106 4. Imaginación guiada: 87 5. Biofeedback: 85 6. Abordaje del proceso de aceptación de muerte: 80 7. Intervención en crisis: 44 8. Reestructuración Cognitiva: 41 9. Método de solución de problemas: 40 10. Modificación Conductual: 30

Evaluación Final

Del Servicio

Dentro de la Clínica, verdaderamente existió una dinámica de trabajo multidisciplinario para el apoyo del paciente, cada área realiza su trabajo y permite el desarrollo de las labores de las demás. A pesar de las limitaciones de espacio dentro de los consultorios, tanto los médicos adscritos como los residentes y el personal de enfermería hacen esfuerzos por respetar el espacio de trabajo del área de psicología. La relación con los médicos residentes fue de apoyo mutuo lo que favoreció el aprendizaje de los conceptos y tratamientos oncológicos y algológicos.

Considero que existió comunicación con todas las áreas, dentro y fuera de la clínica, lo que permitió un buen ambiente de trabajo.

De las Actividades

c) Clínicas

- La dinámica de trabajo multidisciplinario permitió atender integralmente a los pacientes y sus familias. Siempre existió la mejor de las disposiciones por todos los miembros del equipo (Médicos, residentes y enfermeras) para apoyar las actividades de la residente.

d) Académicas

- Académica Clínica del dolor: es un requisito asistir a todas las clases del servicio y las sesiones conjuntas con el Instituto Nacional de Nutrición, en ocasiones, la residente de Medicina Conductual presentó temas o artículos de abordaje psicológico ante el grupo, esto permitió la retroalimentación y enriquecimiento de conocimientos y estrategias de abordaje ante las diversas problemáticas que se enfrentan en el servicio. Además de las clases relacionadas con dolor y cuidados paliativos, estaban agendadas clases de otras áreas del Instituto como Neurología, Imagenología, Clínica de trombosis, Epidemiología, Infectología, etc., que permitieron entender y aclarar dudas acerca de los tratamientos para los pacientes oncológicos.
- Académica Psicología: desafortunadamente no existió un plan de trabajo ni consistencia en la realización de clases; considero que debido a la diferencia de enfoques psicológicos entre la supervisora y la residente de medicina conductual no se revisó la gran variedad de temas relacionados con el paciente oncológico, de hecho sólo se revisaron dos textos; éstos aportaban información conveniente para los cuidados paliativos pero no así para la clínica del dolor. Esta es una limitante para el aprendizaje de nuevas técnicas pero sobre todo para el abordaje con los pacientes. La revisión de los temas fue realizada y presentada únicamente por la

residente y la intervención de la supervisora se limitaba a cuestionar las concepciones de la residente. Prácticamente fue un aprendizaje auto-didacta, que aunque no fue malo porque permitió desarrollar habilidades de investigación, pudo haber sido más productivo.

De la Supervisión

c) *In Situ*

- La supervisión fue escasa y difícil de sobrellevar porque la diferencia de enfoque generaba constantes comentarios que descalificaban las técnicas cognitivo-conductuales, por lo tanto, las observaciones acerca de las intervenciones de la residente eran una crítica poco constructiva. La supervisora tendía a obstaculizar el proceso de aprendizaje interdisciplinario de la residente, generando tensión laboral y personal. Además, la propia personalidad de la supervisora no permitía el desarrollo de una relación de comunicación y apoyo.

d) *Académica*

- Desafortunadamente el INCan no cuenta con supervisor académico, lo cual dificulta el desarrollo académico del residente de Medicina Conductual, ya que en la práctica, tampoco existe supervisión académica *in situ*.

COMPETENCIAS ALCANZADAS

La residencia en Medicina Conductual permite alcanzar distintas competencias académicas, profesionales y personales que apoyan el desarrollo del psicólogo, las competencias desarrolladas durante la residencia fueron las siguientes:

Clínicas

- Detectar y evaluar necesidades de atención psicológica en pacientes con enfermedades crónico degenerativas, especialmente hemato-oncológicos así como con su familia.
- Realizar diagnósticos multiaxiales de acuerdo al DSM-IV.
- Diseñar intervenciones breves, seleccionando técnicas cognitivo-conductuales adecuadas a las necesidades de cada paciente.
- Emplear de manera efectiva técnicas cognitivo conductuales como: validación emocional, psicoeducación, relajación (respiración diafragmática, imaginación guiada, relajación muscular progresiva), reestructuración cognitiva, solución de problemas, modificación de conducta, fomento de adhesión al tratamiento y el uso de registros conductuales, entre otras.
- Hacer uso del biofeedback.
- Adaptar las técnicas seleccionadas a la etapa de desarrollo del paciente, así como a la fase de enfermedad en que se encuentra.
- Intervenir en situaciones de crisis emocional.
- Apoyar al paciente y su familia, en el proceso de aceptación de pérdidas, incluso en el proceso de muerte.
- Emplear, calificar e interpretar instrumentos de medición en población hospitalizada.

Académicas

- Integrar los fundamentos teóricos con la práctica clínica.

- Realizar la búsqueda y aprender sobre programas de intervención cognitivo conductual para brindar atención especializada ante distintas problemáticas.
- Conocer información acerca de las reacciones psicológicas que pueden presentar los pacientes oncológicos de acuerdo a la etapa de enfermedad.
- Conocer acerca de los procedimientos diagnósticos, opciones de tratamiento y pronóstico de padecimientos hematológicos y oncológicos.
- Emplear la metodología y estadística para el análisis de intervenciones clínicas.
- Desarrollar habilidades de investigación.
- Fortalecer habilidades de análisis y síntesis de información.
- Elaborar material didáctico y de apoyo para los pacientes y sus familiares, así como para personal de salud.

Personales

- Fortalecer la empatía con la población atendida y el personal de salud con quien se trabaja.
- Desarrollar tolerancia a la frustración.
- Mejorar las habilidades de solución de problemas.
- Desarrollar habilidades sociales.
- Favorecer conductas asertivas con médicos, enfermeras y demás personal de salud.
- Trabajar en equipo e interdisciplinariamente.
- Generar conciencia del concepto de muerte y la elaboración del duelo.

CONCLUSIONES

Los conocimientos teóricos adquiridos y la experiencia clínica vivida a lo largo de la residencia fueron sumamente enriquecedores para la residente; ya que le permitió observar el papel que juega el psicólogo como parte de un equipo multidisciplinario, logrando mejores resultados clínica y estadísticamente significativos en el estado de salud y calidad de vida de los pacientes. Además, le permitió establecer relaciones personales que pueden ampliar su panorama de desarrollo profesional y laboral.

Al estar inserto en una sede hospitalaria y contar con el respaldo del programa de residencia, la investigación aplicada se vuelve un privilegio que permite poner en práctica los conocimientos y habilidades desarrollados a través de la residencia para evaluar su efectividad en una población con una problemática determinada y necesidades específicas, situación que en otras condiciones difícilmente podría llevarse a cabo.

Estos puntos coinciden con el objetivo primordial señalado en el programa de residencia en Medicina Conductual, de desarrollar en los alumnos competencias para el ejercicio profesional de alta calidad a través de una formación teórico-práctica supervisada.

Ahora el compromiso como egresada de la residencia será desempeñar, en escenarios relacionados con la salud, intervenciones con la misma metodología y sistematización que caracterizan a la Medicina Conductual, participando activamente como miembro de un equipo interdisciplinario en la solución de los problemas psicológicos que pueda presentar un paciente con una enfermedad crónico-degenerativa y demostrar con evidencia científica la necesidad de considerar la labor del psicólogo como indispensable en estos escenarios.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a ed.) Washington, DC, EE.UU.
- Anderson, T., Watson, M. & Davidson, R. (2008). The Use of Cognitive Behavioural Therapy Techniques for Anxiety and Depression in Hospice Patients: A Feasibility Study. *Palliative Medicine*, 22, 814-821.
- Antoni, M., Wimberly, S., Lechner, S., Kazi, A., Sifre, T., Urcuyo, K. et al. (2006). Reduction of Cancer-Specific Thought Intrusions and Anxiety Symptoms With a Stress Management Intervention Among Women Undergoing Treatment for Breast Cancer. *Am J Psychiatry*, 163, 1791-1797.
- Arrarás, J.I., Dueñas, T., Meiriño, R., Prujá, E., Villafranca, E., Valerdi, J.J. (1997) La Calidad de Vida en el paciente oncológico: estudios del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra en el Grupo de Calidad de Vida de la EORTC. *Anales*. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/n1/revis2.html>
- Asistencia psicológica al paciente terminal. (1992) [Folleto]. Fundación Omega, Bogotá: Fonnegra I.
- Baguley, I., Heriseanu, R., Felmingham, K., & Cameron, I. (2006). Dysautonomia and heart rate variability following severe traumatic brain injury. *Brain Injury*, 20(4), 437-444.
- Barraza, P. (2004). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. *Psicooncología*, 1 (1), 165-178.
- Benarroch, E. (2008). The arterial baroreflex. Functional organization and involvement in neurologic disease. *Neurology*, 71, 1733-1739.
- Benito, G., Nadador, J., Fernández-Alcnaud, J., Hernández-Salvan, J., Ruiz-Castro, M. y Riquelme, I. (2006). Intervenciones del psicólogo en las Clínicas del Dolor: Una

- propuesta desde la experiencia de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en Alcalá de Henares, Madrid. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 4, 254-262.
- Berntson, G.G., Bigger, J.T., Eckberg, D.L., et al. (1997). Heart rate variability: origins methods and interpretative caveats. *Psychophysiology*, 34, 623-648.
- Bril, V., Nyunt, M. y Ngo, M. (2000). Limits of the sympathetic skin response in patients with diabetic polyneuropathy. *Muscle Nerve*, 23, 1427-1430.
- Cacho, B. y Estañol, B. (2010). Síndromes neurológicos paraneoplásicos (Parte II): Sistema nervioso periférico y autonómico. *Rev Mex Neurosci*, (en edición).
- Cacho, B., Sánchez, S., Cerezo, O. y Plancarte, R. (2011). Intervención Cognitivo Conductual en Pacientes Oncológicos con disautonomía y dolor. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Campos, C., Jurado, C., Mendieta, C., Zabiky, Z. y Silva, C. (2005). Tratamiento Psicofisiológico y Conductual del Trastorno de Ansiedad. *Salud Mental*, 28(1), 28-38.
- Carvalho, J.L.A., Rocha, A.F., Junqueira, L.F., et al. (2003). A tool for time-frequency analysis of heart rate variability. *EMBC*, 2574-2577.
- Chang, Ch., Yang, Y., Lu ., Lin, T., Chen, J., Yeh, T., Wu, Ch. & Wu, J. (2010). Altered cardiac autonomic function may precede insulin resistance in metabolic syndrome. *The American Journal of Medicine*, 123(5).
- Correa, D. y Salazar, I.C. Aspectos psicológicos del cáncer y su afrontamiento. En Arivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I.C. (2007). *Psicología de la Salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. México: El Manual Moderno.
- DeGood, D.E., Crawford, A.L & Jongsma, A.E. (1999). *The Behavioral Medicine Treatment Planner*. New York: John Wiley & Sons.
- Dekker, J.M., Crow, R.S., Folsom, A.R., et al. (2000). Low heart rate variability in a 2-minute rhythm strip predicts risk of coronary heart disease and mortality from several causes. *Circulation* 102, 1239-1244.

Eccleston, C. (2001). Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthesia*, 87(1), 144-152.

emWave Personal Stress Reliever. The Science Behind emWave and Heart Rhythms.

2009 Disponible en: http://www.emwave.com/emwave_heart_science.html

England, J.D., Gronseth, G.S., Franklin, G., et al. (2009). Practice parameter: evaluation of distal symmetric polyneuropathy: role of autonomic testing, nerve biopsy, and skin biopsy. *Neurology*, 72, 177-184.

Escobar, M.A., Petrásovits, A., Peruga, A., Silva, N., Vives, M. y Robles, S. (2000). Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública de México*, 42, 56-64.

Ewing, D.J., Campbell, I.W. & Clarke, B.F. (1980). The natural history of diabetic autonomic neuropathy. *QJM*, 49, 95-108.

Falcao, D., Sales, L., Leite, J., Feldman, D., Valim, V. y Natour, J. (2008). Cognitive Behavioral Therapy for the Treatment of Fibromyalgia Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 16(3), 133-140.

Flores, J.A. (2004). Metas en los cuidados Paliativos. En Plancarte S. y Mayer F. (Eds.) *Manual del Dolor y Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer*. México: McGraw Hill.

Freeman, R. (2007). Autonomic Peripheral Neuropathy. *Neurol Clin*, 25, 277-301. *Clinical Science*, 113, 129-130.

Gallo, J.A., Farbiarz, J. & Alvarez, D.L. (1999). Análisis espectral de la variabilidad de la frecuencia cardíaca. *IATREIA*, 12, 61-71.

Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. España: Ediciones Pirámide.

Goldberger, J.J., Challapalli, S., Tung, R., et al. (2001). Relationship of heart rate variability to parasympathetic effect. *Circulation*, 103, 1977-1983.

- Goldstein, D.S. & Low, P.A. (2007). Clinical evaluation of the autonomic nervous system. *Continuum lifelong learning in neurology*, 13, 33-49.
- Gómez, M. (Ed.). (2002). *Avances en Cuidados Paliativos* (Vol. I) Módulo IV Comunicación e Información. España: GAFOS.
- Grzib, M., Conde, H., Briales, y Briales, C. (1991). Metodología de medición y cuantificación de la sinusarritmia respiratoria. *Qurrriculum, Extra 112*, 315-317.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco.
- Guzzetti, S., Borron, E., Garbelli, P.E., et al. (2005). Symbolic dynamics of heart rate variability. *Circulation 112*, 465-470.
- Harry, J.D. & Freeman, R. (1993). Determining heart rate variability: comparing methodologies using computer simulation. *Muscle Nerve*, 16, 267-277.
- Hernández, J., Tenopala, S. y Torres, J. (2006). Morbilidad y mortalidad por cáncer en países en vías de desarrollo. En Plancarte R. (Ed.), *Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos en el Paciente con Cáncer* (1ª ed., pp. 33-48). México: McGraw Hill.
- Hilz, M.J. & Dütsch, M. (2006). Quantitative studies of autonomic function. *Muscle Nerve*, 33, 6-20.
- Holland, D., Witt, T., Lawler, J. & Lanzisera, D. (1999). Biofeedback - assisted relation training with brain injured patients in acute stages of recovery. *Brain Injury*, 13(1), 53 -57.
- Holland, J. & Rowland, J. (Ed.). (1989). *Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- INEGI (2010, 04 de febrero). *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer. Estadísticas Nacionales*. Recuperado el 01 de marzo de 2011, de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2750&ep=27>

- Jacob, G., Costa, F., Shannon, J.R., et al. (2000). The neuropathic postural tachycardia syndrome. *New Eng J Med*, 343, 1008-1014.
- Jensen, M., Grierson, C., Tracy-Smith, V., Bacigalupi, S. & Othmer, S. (2007). Neurofeedback Treatment for Pain Associated with Complex Regional Pain Syndrome Type I. *Journal of Neurotherapy*, 11(1).
- Lerma-González, C., Infante-Vázquez, O. y José M.V. (2002). Sistema de captura y análisis de la variabilidad de la onda del pulso arterial y de la frecuencia cardiaca. *ELECTRO*, 447-450.
- Liao, D., Carnethon, M., Evans, G.W., et al. (2002). Lower heart rate variability is associated with the development of coronary heart disease in individuals with diabetes. *Diabetes*, 51, 3524 -3531.
- Liceaga, N. (2004). Aspectos Psicoemocionales del Paciente con Cáncer. En Plancarte S. y Mayer F. (Eds.) *Manual del Dolor y Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer*. México: McGraw Hill.
- Liceaga, N. (2004). Aspectos emocionales y espirituales del enfermo terminal. En Plancarte S. y Mayer F. (Eds.) *Manual del Dolor y Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer*. México: McGraw Hill.
- Lohnberg, J. (2007). A Review of Outcome Studies on Cognitive-Behavioral Therapy for Reducing Fear-Avoidance Beliefs Among Individuals With Chronic Pain. *J Clin Psychol Med Settings*, 14, 113-122.
- López, R. (2006). Aspectos Psiquiátricos en Cuidados Paliativos. En Plancarte R. (Ed.), *Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos en el Paciente con Cáncer* (1ª ed., pp. 137-150). México: McGraw Hill.
- López-Roig, S., Terol, M.C., Pastor, M.A., Neipp, M.C., Massutí, B., Rodríguez-Marín, J., Leyda, J.I., Martín-Aragón, M. y Sitges, E. (2000). Ansiedad y depresión. Validación de la Escala HAD en pacientes Oncológicos. *Journal of Health Psychology*, 12(2)

- Martí-Martínez, S., Monge-Argilés, J.A., Sánchez-Payá, J., et al. (2009). Versión española del test perfil de síntomas autonómicos. *Rev Neurol*, 49, 577-580.
- Maser, R.E. & Lenhard, M.J. (2005). Cardiovascular autonomic neuropathy due to diabetes mellitus: clinical manifestations, consequences, and treatment. *J Clin Endocrinol Metab*, 90, 5896-5903.
- Mohar, A. y Tirado-Gómez, L. (2006). Morbilidad y mortalidad por cáncer en países en vías de desarrollo. En Plancarte R. (Ed.), *Manejo del Dolor y Cuidados Paliativos en el Paciente con Cáncer* (1ª ed., pp. 1-13). México: McGraw Hill.
- Morrow, G.R., Hickok, J.T., DuBeshter, B. & Lipshultz, S.E. (1999). Changes in clinical measures of autonomic nervous system function related to cancer chemotherapy-induced nausea. *Journal of the Autonomic Nervous System*, 78, 57-63.
- Narváez, A., Rubiños, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R. y García, A. (2008). Valoración de la Eficacia de una Terapia Grupal Cognitivo-Conductual en la Imagen Corporal, Autoestima, Sexualidad y Malestar Emocional (ansiedad y depresión) en Pacientes de Cáncer de Mama. *Psicooncología*, 5(1), 93-102.
- Nestoriuc, Y., Rief, W. & Martin, A. (2008). Meta-Analysis of Biofeedback for Tension-Type Headache: Efficacy, Specificity, and Treatment Moderators. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 379-396.
- Nevruz, O., Yokusoglu, M., Uzun, M., Demirkol, S., Avcu, F., Baysan, O. et al. (2007). Cardiac Autonomic Functions are Altered in Patients with Acute Leukemia, Assessed by Heart Rate Variability. *Tohoku J. Exp. Med.*, 211, 121-126.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: El Manual Moderno.
- Niño-Mantilla, M.E., Ortiz-Gualdrón, C.A. & Gómez-Peñaloza, C. (2009). Validity and reliability of autonomic symptom test. *MED UIS*, 22, 149-157.

- Pinna, G., Maestri, R., Torunski, A., et al. (2007). Heart rate variability measures: a fresh look at reliability. *Clin Sci*, 113, 131-140.
- Plancarte S. y De la Peña, H. (2004). Dolor por Cáncer. En Plancarte S. y Mayer F. (Eds.) *Manual del Dolor y Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer*. México: McGraw Hill.
- Plascencia-Alvarez, N.I., Estañol, B., Corona-Figueroa, M.V, et al. (2002). Efecto de la contracción muscular en la frecuencia cardiaca y en el flujo sanguíneo cutáneo. *Arch Cardiol Mex*, 72, 13-19.
- Programa de Ayuda a los pacientes, Leukemia Society of America (1996). *Chronic Myelogenous Leukemia*. New York: Leukemia Society of America INC.
- QLQ-C30 EORTC Quality of Life Group (1995) Reservados todos los derechos. Version 3.0 Disponible en:<http://www.eortc.be/home/qol/files/C30/QLQ-C30%20SpanishMexican.pdf>
- QLQ-C30 EORTC Quality of Life Group (1995) Reservados todos los derechos. Version 3.0 Disponible en: <http://www.eortc.be/home/qol/files/BR23/BR23%20Spanish%20>
- Ravits, J. (1997). AAEM minimonograph: autonomic nervous system testing. *Muscle Nerve*, 20, 919-937.
- Reddy, S., Parsons, H.A., Elsayem, A., Palmer, J.L. & Bruera, E. (2009). *Journal of Palliative Medicine*, 12(1), 29-36.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F y Sánchez-Sosa, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J.J. y Del Águila, M. (2009). *Inventario de Calidad de Vida y Salud*. México: El Manual Moderno.
- Roach, D., Malik, P., Koshman, M.L. & Sheldon, R. (1999). Origins of heart rate variability: inducibility and prevalence of a discrete, tachycardic event. *Circulation*, 99, 3279-3285.

- Saadía, D. (2007) Disfunción autonómica. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y tratamiento.
- Sánchez. M. (2004). Apoyo psicoconductual para el tratamiento del dolor. En Plancarte S. y Mayer F. (Eds.) *Manual del Dolor y Cuidados Paliativos en Pacientes con Cáncer*. México: McGraw Hill.
- Sandercock, G. (2007). Normative values, reliability and sample size estimates in heart rate variability. *Clinical Science*, 113, 129-130.
- Schmidt, H., Hoyer, D., Hennen, R., et al. (2008). Autonomic dysfunction predicts both 1- and 2-month mortality in middle-aged patients with multiple organ dysfunction syndrome. *Crit Care Med*, 36, 967-970.
- Schmidt, H., Müller-Werdan, U., Hoffman, T., et al. (2005). Autonomic dysfunction predicts mortality in patients with multiple organ dysfunction syndrome of different age groups. *Crit Care Med*, 33, 1994-2002.
- Shahani, B.T., Halperin, J.J., Boulu, P. & Cohen, J. (1984). Sympathetic skin response- a method of assessing unmyelinated axon dysfunction in peripheal neuropathies. *J Neurol neurosurg Psychiatry* 47, 536-542.
- Silvestre, A., Bailón, R., Laguna, P., Mateo, J. y Serrano P. (2005). *Coherencia entre la frecuencia respiratoria y la variabilidad del ritmo cardiaco durante prueba de esfuerzo*. Paper presented at the XXIII Congreso Anual de la Sociedad Española de Ingeniería Biomédica.
- Smit, A.A.J., Halliwill, J.R., Low, P.A. & Wieling, W. (1999). Pathophysiological basis of orthostatic hypotension in autonomic failure. *J Physiology*, 519:511-510.
- Stalberg, E.V. & Nogues, M.A. (1989). Automatic analysis of heart rate variation: I. Method and reference values in healthy controls. *Muscle Nerve*, 12, 993-1000.
- Suarez, G.A., Opfer-Gehrking T.L., Offord K.P., et al. (1999). The Autonomic symptom profile: a new instrument to assess autonomic symptoms. *Neurology*, 52, 523-528.

- Taskforce of the European Society of Cardiology, The North American Society of Pacing Electrophysiology (1996). Heart rate variability: standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. *Circulation*, 93, 1043-1065.
- Taskforce of the European Society of Cardiology, The North American Society of Pacing Electrophysiology (1997). Heart rate variability: standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. *Eur Heart Journal*, 17, 354-381.
- Tavoli, A., Montazeri, A., Roshan, R., Tavoli, Z. & Melyani, M. (2008) Depression and quality of life in cancer patients with and without pain: the role of pain beliefs. *BMC Cancer*, 8, 177-182.
- Thijs, R.D., Wieling, W., Van den Aardweg, J.G. & Van Dijk, J.G. (2007). Respiratory countermanouvers in autonomic failure. *Neurology*, 69, 582-585.
- Tobal, J. (1990). La ansiedad. En Mayor J. y Pinillos J. (Ed.), *Tratado de Psicología General* (Vol. 8). Madrid: Alhambra.
- Toyokura, M. & Murakami, K. (1997). Reproducibility of sympathetic skin response. *Muscle Nerve*, 1333-1334.
- Trull, T. y Phares J. (2003). *Psicología Clínica* (6ª ed.). México: International Thomson Editores.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile*, 138: 358-365.
- Valencia, A. y Dávila, Y. (2010). Intervención cognitivo - conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo. *Uaricha Revista de Psicología*, 14, 1-11.
- Ventura, M. y Salazar, I.C. Una Aproximación desde la perspectiva psicológica. En Arivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I.C. (2007). *Psicología de la Salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica*. México: El Manual Moderno.
- Vernino, S., Sandroni, P., Singer, W. & Low, P. (2008). Autonomic ganglia. Target and novel therapeutic tool. *Neurology*, 70, 1926-1932.

Walsh, D. & Nelson, K.A. (2002). Autonomic nervous system dysfunction in advanced cancer. *Support Care Cancer*, 10, 523-528.

Weimer, L. & Zadeh, P. (2009). Neurological aspects of syncope and orthostatic Intolerance. *Med Clin N Am*, 93, 427-449.

Worden, J. W. (2004) El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Barcelona:Paidós.

ANEXO 1

MANUAL DE APOYO PARA PACIENTES CON LEUCEMIA

MANUAL DE APOYO PARA PACIENTES CON LEUCEMIA



PRESENTACIÓN

Este manual tiene como objetivo principal apoyar y facilitar el difícil y muy normal proceso de adaptación por el que atraviesa un paciente que ha recibido un diagnóstico de Leucemia.

El manual se encuentra organizado en dos secciones, una que proporciona información clara y sencilla acerca de la Leucemia, abarcando sus características principales, como la descripción de la enfermedad, el origen, los síntomas, los procedimientos necesarios para el diagnóstico médico, los tratamientos y sus efectos secundarios así como recomendaciones generales para mejorar la calidad de vida de los pacientes. La segunda sección presenta una guía que facilita la solución de los problemas que debe enfrentar un paciente con una enfermedad hemato-oncológica como la Leucemia.

SECCIÓN 1

“No entiendo qué es la Leucemia”

¿Qué es la Leucemia?

Es un desorden maligno de la médula ósea que provoca un aumento incontrolado de leucocitos (glóbulos blancos) en la sangre.

La sangre es un órgano vital que dota al organismo de oxígeno, nutrientes, defensas contra infecciones y remueve las toxinas o material de desecho. La sangre tiene varios componentes, cada uno cumple una función específica; sin embargo, existen tres células principales que se involucran en la leucemia:

Glóbulos rojos (eritrocitos): contienen hemoglobina, una proteína rica en hierro, que se encarga de transportar el oxígeno de los pulmones hacia los demás órganos o tejidos del cuerpo. Si existe poca cantidad de estas células, se presenta una condición llamada *anemia* que puede causar debilidad, mareo, dificultad para respirar o dolor de cabeza.

Plaquetas (trombocitos): ayudan a prevenir sangrados anormales o excesivos formando coágulos. Una deficiencia de estas células puede causar sangrados de las mucosas u otros tejidos o pueden aparecer magulladuras sin razón aparente.

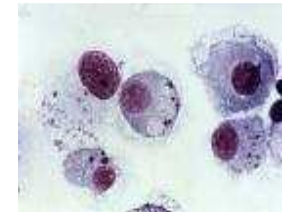
Glóbulos blancos (leucocitos): son los encargados de defender al organismo contra enfermedades producidas por bacterias, virus u hongos.



Glóbulos rojos

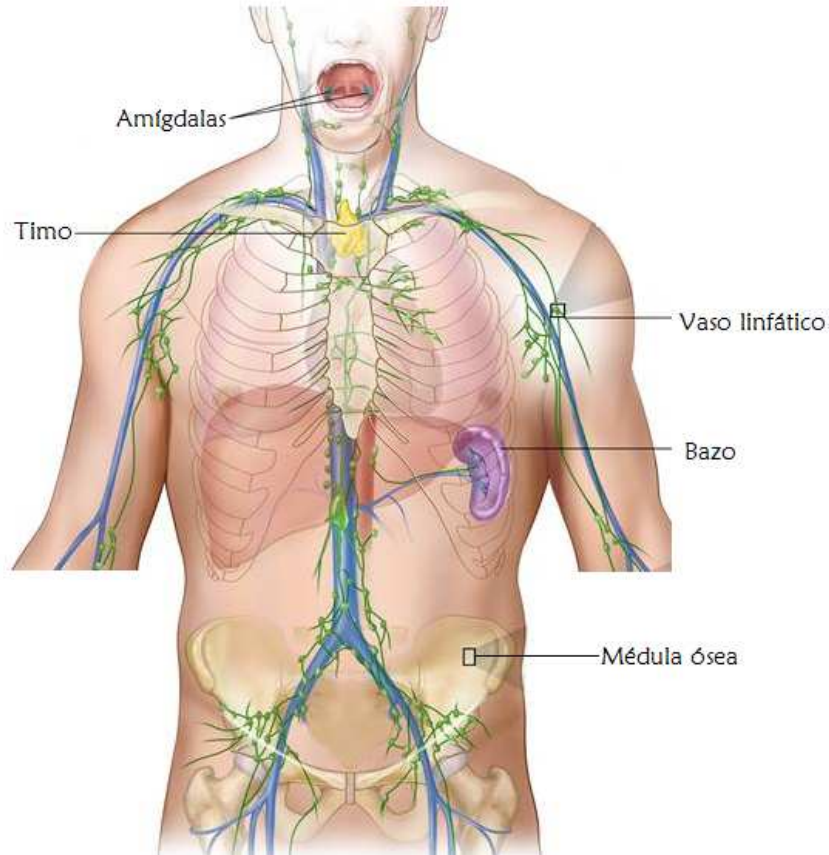


Plaquetas

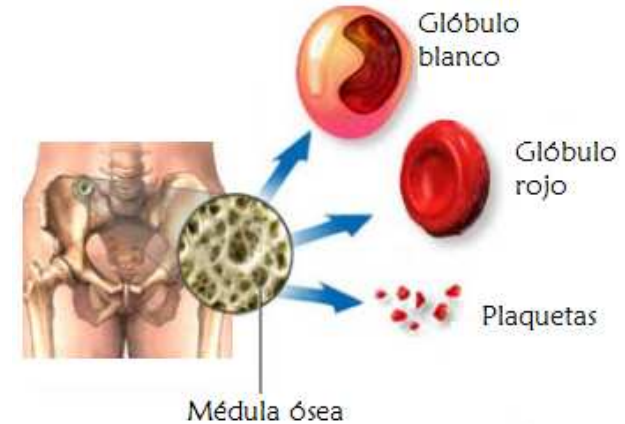


Glóbulos blancos

Estos tres tipos de células entran en el torrente sanguíneo después de madurar en la médula ósea, el bazo o los nódulos linfáticos, para reemplazar a aquellas que son viejas y cumplieron su función. Las células no salen de la médula ósea hasta que no son lo suficientemente maduras como para ser eficientes; las células inmaduras llamadas “blastos”, normalmente no salen al torrente sanguíneo, permanecen inmaduras y no exceden el 5% de las células de la médula ósea.



La leucemia afecta la producción de glóbulos blancos, causando que se reproduzcan incontrolablemente, apretando las células saludables existentes. Esta sobrepoblación de células inmaduras (blastos) ocupa la médula ósea y la incapacita para mantener su producción en los niveles normales de glóbulos rojos y plaquetas, mientras que los glóbulos blancos se reproducen rápidamente sin alcanzar la madurez necesaria para desempeñar su papel de defensa contra infecciones.



Si la leucemia se deja sin tratamiento médico, hará que la persona sea susceptible a la fatiga, a sangrados excesivos e infecciones por virus o bacterias que normalmente serían fácilmente atacadas por los glóbulos blancos saludables; sin embargo, en un paciente con leucemia, el no atender estos síntomas pueden llevarlo a la muerte.

Existen dos tipos principales de leucemia:

Linfocítica: células que se forman y maduran en el sistema linfático.

Mieloide: células que se forman y maduran en la médula ósea.

Cada uno de estos tipos puede presentarse de manera aguda o crónica; la aguda afecta a las células jóvenes y progresa rápidamente, mientras que la crónica afecta a las células maduras y progresa lentamente.

¿Cuál es la causa de la Leucemia?

No se conoce la causa específica; algunos estudios sugieren que se puede deber a la exposición a cantidades excesivas de radiación, aunque muchos pacientes no tienen este antecedente. Otras líneas de investigación señalan una anomalía cromosómica, otras sugieren que el consumo de drogas, químicos o virus pueden tener un papel importante; sin embargo, no existe nada determinante.

¿Cuáles son los principales síntomas?

Debilidad	Sensación de saciedad	Sangrados excesivos
Fatiga	Poco o nada de apetito	Moretones
Mareo	Pérdida inexplicable de peso	Menstruaciones abundantes
Dolor de cabeza	Sudores nocturnos	
Irritabilidad	Fiebres	

¿Qué exámenes deben realizar los médicos para diagnosticar la Leucemia?

Examen físico.

Pruebas de sangre: presencia elevada de glóbulos blancos.

Aspirado de médula ósea: búsqueda del porcentaje de blastos.

Biopsia de médula ósea: análisis a nivel cromosómico.

¿La Leucemia se cura? ¿Cómo?

Esto dependerá del tipo de células involucradas (linfocítica o mieloide), de la manera en que se presente (aguda o crónica) y del estado de salud general del paciente.

Existen dos tratamientos que pueden detener la evolución de la leucemia:

Quimioterapia
Trasplante de Médula Ósea

La quimioterapia son medicamentos que pueden tomarse en forma oral o inyectarse en una vena o músculo.

En el *tratamiento sistémico* el medicamento se introduce al torrente sanguíneo, viaja a través del cuerpo y puede eliminar blastos a través de todo el cuerpo.

En algunas ocasiones, los medicamentos se pueden administrar en el líquido que rodea el cerebro por medio de una inyección en la espalda, llamada *quimioterapia intratecal*.

El tratamiento para la leucemia consta de dos fases:

La primera se llama *terapia de inducción*, y su propósito es eliminar la mayor cantidad posible de blastos para que el paciente pase a remisión.

Una vez en remisión y sin signos de leucemia, se inicia la segunda fase del tratamiento *terapia de consolidación*, en la cual se trata de eliminar cualquier blasto que permanezca en la sangre.

Con el fin de mantener al paciente en remisión, éste podría recibir quimioterapia durante algunos años, de uno a cinco años, esto dependerá de la respuesta del organismo de cada paciente a los medicamentos.

El trasplante de médula ósea se usa para reemplazar la médula con blastos por una médula sana; cuando la médula ósea es donada por una persona sana cuyo tejido sea muy parecido a la del paciente se conoce con el nombre de trasplante alogénico. Cuando la extracción de la médula es del propio paciente, después de haber sido tratado con medicamentos para eliminar los blastos, se le llama trasplante autólogo.

¿La quimioterapia tiene efectos secundarios?

Desafortunadamente sí, muchos de los esfuerzos en la investigación de la calidad de vida se han dirigido al control de esos efectos, particularmente la náusea y el vómito.

Sin embargo existen otros efectos comunes en los pacientes:

Caída del cabello

Fatiga

Falta de apetito

Dolor, pérdida de la sensibilidad e incapacidad para controlar los músculos

Infecciones en la mucosa de la boca

Diarrea

Problemas sexuales



Los efectos pueden variar dependiendo del medicamento o la combinación de éstos, la dosis, la ruta, el número de ciclos del tratamiento y de si la quimioterapia se combina con radioterapia.

¿Cómo puedo mejorar mi vida?

Acérquese a su médico para aclarar las dudas que presente respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad.

Busque apoyo psicológico para que le ayude a comprender su enfermedad y pueda cambiar las ideas negativas que tenga respecto a la quimioterapia y sus efectos, controlar los síntomas de ansiedad y depresión producto de la enfermedad y lo que conlleva, encontrar opciones para adaptarse al cambio en el estilo de vida que la leucemia le demanda y en general, mejorar su estado de ánimo.

Pida apoyo de su familia y amigos, es importante poder comunicar sus pensamientos y sentimientos.

Acuda a sus hospitalizaciones, tratamientos ambulatorios y citas de control de manera puntual y constante para evitar recaídas.

Esté pendiente de los signos de alarma que su médico le ha señalado para acudir al servicio de urgencias y recibir atención médica oportunamente.

Busque grupos de apoyo con pacientes que hayan atravesado o estén en la misma situación en que usted se encuentra, puede ser más sencillo comentar aspectos relacionados con la leucemia.

Intente buscar información y consejos en fuentes fidedignas y con prestigio profesional.

SECCIÓN 2

“¿Cómo resuelvo los problemas que se presentan por la Leucemia?”

Cuando se padece una enfermedad como la Leucemia, se presentan cambios drásticos en la vida del paciente, éstos afectan su dinámica familiar, su vida social, el aspecto laboral y su situación económica.

En un principio, todos estos cambios parecen abrumadores y pueden generar ansiedad, miedo, tristeza y/o frustración; lo que puede hacerle creer que es incapaz de enfrentar los problemas y demandas surgidas a raíz de la enfermedad.

Afortunadamente, existen técnicas que pueden ayudarle a resolver los problemas de una manera muy sencilla y sistemática; lo único que usted necesita es dedicar un tiempo para seguir los pasos que se señalan abajo y practicar con varias situaciones que usted considere le generan un problema.

NOTA IMPORTANTE: Recuerde, resolver problemas es como cualquier otra habilidad, por ejemplo: andar en bicicleta. Es necesario practicar y practicar, no importa que en un principio no se haga a la perfección, sino que cada vez se avance un poco más, hasta que la actividad se realice casi de manera automática.

Cuando deba resolver un problema siga los siguientes pasos*:

1. Piense de manera positiva, piense que usted es capaz de manejar la situación y solucionar cualquier problema que se le presente, piense por qué determinada situación se ha convertido en un problema para usted.
2. Defina claramente el problema, es decir, identifique el qué, cómo, cuándo, dónde, por qué, etc.
3. Piense en alternativas de solución, recordando que mientras más opciones piense, mayores probabilidades de que la mejor solución esté entre ellas.
4. Tome una decisión, evalúe (compare y juzgue) las alternativas para seleccionar la mejor; puede enumerarlas en orden de importancia.
5. Lleve a cabo la opción que eligió para comprobar su efectividad.

6. Si no resultó como lo esperaba, regrese al paso 4 para elegir una nueva opción o una combinación de éstas.

*Tomado de D´Zurilla T. (1986) Problem-solving therapy. A social competence approach to clinical intervention. New York: Springer Publishing Company, Inc.

EJERCICIOS

Ahora hagamos tres ejercicios considerando la técnica señalada previamente:

Ejercicio #1

1. ¡Dese un tiempo para solucionar el problema, usted puede hacerlo muy bien, sólo es cuestión de proponérselo!

.
. .
.

¿Listo?

2. ¿Cuál es el problema? Intente ubicar la situación: quiénes están involucrados, el lugar, el momento, el tiempo que estará presente el problema, etc.

3. ¿Qué puede hacer usted para resolver el problema? Anote todo lo que se le ocurra, recuerde que aún no es tiempo de valorar si son convenientes o no...



4. Ahora si, es momento de poner en la balanza cada una de sus opciones! Trate de elegir la que le cueste menos tiempo y esfuerzo y le brinde más ventajas. Anote en orden las 5 mejores opciones, recuerde que puede hacer combinaciones de las que anotó en el paso 3.

1°

2°

3°

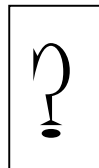
4°

5°

Para facilitar su tarea en este punto, puede emplear el siguiente cuadro que permite ubicar claramente los costos y beneficios de cada opción para hacer más sencilla su elección.

<u>BENEFICIOS</u>	<u>COSTOS</u>

5. ¡Muy bien, ahora es momento de llevarlo a la práctica!



¿Cómo resultó?

¿Se siente satisfecho con el resultado?

¿Era lo que usted esperaba o al menos tiene ventajas para usted?

¡¡¡MUCHAS FELICIDADES!!!

No fue tan difícil, ¿o sí?

6. En caso de que no haya obtenido un resultado satisfactorio, no se desespere, trate de analizar qué fue lo que falló y si no encuentra un detalle que pueda modificar, regrese a valorar sus opciones del paso 4 y reformule una nueva alternativa.



que está desarrollando su habilidad para solucionar no siempre tendrá éxito con el primer intento, siga y pronto logrará su objetivo con mayor facilidad y rapidez.

le en la práctica de esta habilidad, usando la misma técnica: seleccione, desarrolle y resuelva dos situaciones más que usted considere le están generando un problema.

Ejercicio #2

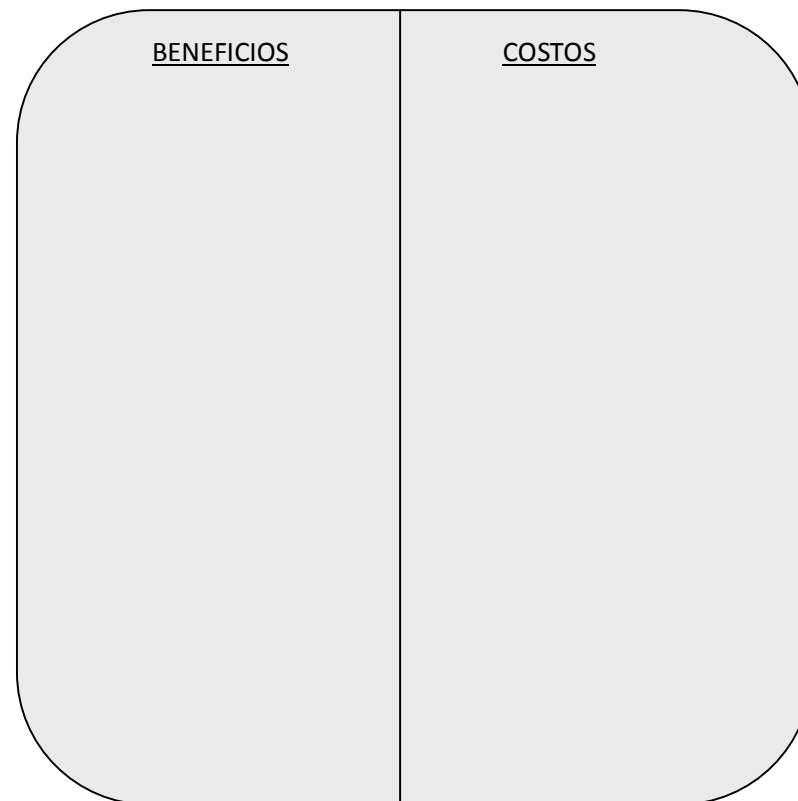
1. ¡Dese un tiempo para solucionar el problema, usted puede hacerlo muy bien, sólo es cuestión de proponérselo!

2. ¿Cuál es el problema? Intente ubicar la situación: quiénes están involucrados, el lugar, el momento, el tiempo que estará presente el problema, etc.

3. ¿Qué puede hacer para resolver el problema? Anote todo lo que se le ocurra, recuerde que aún no es tiempo de valorar si son convenientes o no...

4. Ahora sí, es momento de poner en la balanza cada una de sus opciones! Trate de elegir la que le cueste menos tiempo y esfuerzo y le brinde más ventajas. Anote en orden las 5 mejores opciones, recuerde que puede hacer combinaciones de las que anotó en el paso 3.

1° _____
2° _____
3° _____
4° _____
5° _____



5. ¡Muy bien, ahora es momento de llevarlo a la práctica!

¿Cómo resultó?

¿Se siente satisfecho con el resultado?

¿Era lo que usted esperaba o al menos tiene ventajas para usted?

¡¡¡MUCHAS FELICIDADES!!!

6. En caso de que no haya obtenido un resultado satisfactorio, no se desespere, trate de analizar qué fue lo que falló y si no encuentra un detalle que pueda modificar, regrese a valorar sus opciones del paso 4 y reformule una nueva alternativa.



No olvide que está desarrollando su habilidad para solucionar problemas, no siempre tendrá éxito con el primer intento, siga intentando y pronto logrará su objetivo con mayor facilidad y rapidez.

Ejercicio #3

1. ¡Dese un tiempo para solucionar el problema, usted puede hacerlo muy bien, sólo es cuestión de proponérselo!

2. ¿Cuál es el problema? Intente ubicar la situación: quiénes están involucrados, el lugar, el momento, el tiempo que estará presente el problema, etc.

3. ¿Qué puede hacer para resolver el problema? Anote todo lo que se le ocurra, recuerde que aún no es tiempo de valorar si son convenientes o no...

4. Ahora sí, es momento de poner en la balanza cada una de sus opciones! Trate de elegir la que le cueste menos tiempo y esfuerzo y le brinde más ventajas. Anote en orden las 5 mejores opciones, recuerde que puede hacer combinaciones de las que anotó en el paso 3.

1° _____
2° _____
3° _____
4° _____
5° _____

<u>BENEFICIOS</u>	<u>COSTOS</u>

5. ¡Muy bien, ahora es momento de llevarlo a la práctica!

¿Cómo resultó?

¿Se siente satisfecho con el resultado?

¿Era lo que usted esperaba o al menos tiene ventajas para usted?

¡¡¡MUCHAS FELICIDADES!!!

6. En caso de que no haya obtenido un resultado satisfactorio, no se desespere, trate de analizar que fue lo que falló y si no encuentra un detalle que pueda modificar, regrese a valorar sus opciones del paso 4 y reformule una nueva alternativa.



No olvide que está desarrollando su habilidad para solucionar problemas, no siempre tendrá éxito con el primer intento, siga intentando y pronto logrará su objetivo con mayor facilidad y rapidez.

Seguramente habrá más situaciones que usted considere problemáticas, ahora ya cuenta con una técnica que le ayudará a resolverlas, sólo es cuestión de práctica y perseverancia.

ANEXO 2

CASOS CLÍNICOS

Caso 1. Rotación en el primer año de residencia.

A continuación se presenta un caso que ejemplifica la labor del psicólogo al evaluar a una paciente onco-hematológica que será sometida a un trasplante de médula ósea y su respectivo reporte.



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

Identificación del paciente

Nombre: LLL

Edad: 42 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Unión Libre

Fecha de nacimiento: 25 de junio de 1966

Originario: Hidalgo

Radica: Cd. Sahagún, Hidalgo

Ocupación: Empleada

Religión: Católica

Dx Médico: Leucemia Mieloblástica Aguda M4

Remitido por: Valoración de Hematología para Transplante de Médula Ósea.

Análisis del motivo de la consulta

La paciente fue referida al área de hospitalización del Servicio de Hematología y se solicita valoración del estado psicológico por probable trasplante de médula ósea autógeno.

Antecedentes Heredo familiares

Madre y abuelo paterno finados por Diabetes Mellitus II.

Antecedentes Personales Patológicos

Padece hipotiroidismo desde hace 7 años, Diabetes Mellitus Tipo II desde hace 3 años, Gastritis y estreñimiento, transfusionales positivos y refiere haber nacido con dos pezones de más a nivel de la línea anterior axilar.

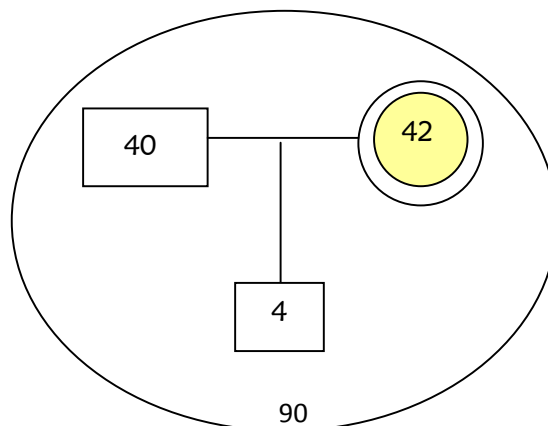
Antecedentes Personales No Patológicos

Habita en casa propia, con todos los servicios intra y extradomiciliarios, vive con su esposo e hijo de cuatro años, niega zoonosis. Alimentación suficiente en cantidad y calidad; tabaquismo, alcoholismo y consumo de sustancias negados. Inmunizaciones completas.

Dinámica Familiar

Reporta buena relación con su esposo, manteniendo una amplia comunicación y apoyo constante tanto en lo emocional como en lo económico. Menciona que tiene plena confianza en su pareja y que él le ha demostrado ser responsable de ella y de su hijo, lo cual agradece especialmente cuando se encuentra en los periodos post Quimioterapia donde se vuelve totalmente dependiente.

Familiograma:



Historia del problema

Hematológico

Inició padecimiento hace 3 años, fue medicada con esquema de acuerdo al padecimiento en el Hospital General de Pachuca (no se menciona en expediente), sin embargo, presentó una recaída en febrero de 2008 por lo que se decide recurrir al Trasplante de Médula Ósea Autogénico que se asocia a una menor mortalidad por complicaciones y menor índice de recaída, llegando a una remisión completa entre un 40% y un 50%.

Emocional

La paciente reporta que su única preocupación es su hijo, ya que él es muy pequeño y le duele que exista la probabilidad de ya no verlo crecer si es que no funciona el trasplante y ella pueda morir en poco tiempo. Respecto a las condiciones posteriores al trasplante se muestra optimista y preparada para el aislamiento intra y extrahospitalario, aunque señala que siente miedo por esta situación.

Impresión y Actitud General

Impresiona clínicamente con una inteligencia normal, se muestra cooperadora ante la entrevista, de hecho es ella quien solicita la intervención psicooncológica. Su actitud es positiva y abierta ante la valoración psicológica (entrevista, pruebas psicométricas, enseñanza de técnicas, etc.)

Examen Mental

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica, de constitución ectomórfica, en buenas condiciones de higiene y aliño. Se encuentra en estado de alerta, orientada en tiempo-espacio-persona, sensoriales sin alteraciones, al igual que el tiempo de reacción. Los procesos de atención, concentración están activos, las memorias conservadas. Mantiene un discurso lineal, fluido, coherente y congruente con su afecto que es eutímico tendiente al optimismo, aunque presenta llanto fácil en los temas relacionados con su hijo.

Su juicio es lógico, existe plena conciencia de la enfermedad y de las consecuencias de los tratamientos médicos; menciona historia de adhesión al tratamiento farmacológico. Presenta estrategias de afrontamiento activas como la búsqueda de información, de recursos económicos y la solución de problemas. Cuenta con una buena red de apoyo familiar y social, tanto moral como económicamente.

PROBLEMÁTICA ACTUAL

Asiste al hospital para comenzar el proceso de cosecha de células mononucleares, por tal motivo, en ocasiones acude a consulta externa y otras permanece hospitalizada por periodos breves; sin embargo, una vez realizado el procedimiento deberá estar en aislamiento tres meses aproximadamente. Presenta disminución en los umbrales del dolor, específicamente ante procedimientos médicos invasivos como la colocación del catéter mhurkar. En ocasiones muestra ansiedad por la separación de su hijo.

Análisis de relaciones funcionales entre variables

Estímulo	Organísmica	Respuesta	Consecuencia
*Transplante de Médula Ósea. *Falta de recursos para realizar el transplante. *Periodo de aislamiento.	LMA M4 (recaída)	Cognitivas -Pensamientos negativos hacia el transplante. Fisiológicas -Incremento en la percepción de la intensidad del dolor. -Síntomas vegetativos por ansiedad. Emocionales -Ansiedad. -Tristeza.	*Miedo a la muerte, especialmente por la separación de su hijo. *Retraso de procedimientos médicos por exacerbación del dolor. *Dificultad para conciliar el sueño.

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

Se aplicó:

- Valoración clínica
- Entrevista inicial
- Aplicación de pruebas psicométricas

MMPI 2: Dp (persona sincera, confiable, tenaz y responsable) y Ma (sociable, amigable, responsable, realista, equilibrado) Persona activa, segura, responsable, confiable emocionalmente, actúa racionalmente. Persona activa que confía en sí misma. Combinada (4/9) hace caso omiso de normas y valores sociales, muestran comportamientos antisociales, conciencias poco desarrollada, valores morales pobres y valores éticos fluctuantes. Problemas con autoridad; egoístas, inmoderados e impulsivos.

IDARE: Ansiedad Estado 51 y Ansiedad Rasgo 42

BDI: 10 - leve

Diagnóstico DSM - IV

EJE I Proceso de adaptación ante procedimientos médicos invasivos.

EJE II Patrón de Conducta tipo "A"

EJE III LMA M4 + DM II + Hipotiroidismo + Gastritis

EJE IV Problemas económicos ante trasplante

EJEV 71-80

Selección y Aplicación de los tratamientos

Psicooncología
Reducción del dolor <ul style="list-style-type: none">• Técnicas de relajación por imaginación• Respiración diafragmática
Valoración psicológica <ul style="list-style-type: none">• Entrevista• Aplicación de pruebas psicométricas
Modificación de estilos de vida post trasplante <ul style="list-style-type: none">• Alimentación y cuidados higiénicos• Actividades domésticas y de interacción con su hijo• Ocupación
Control emocional <ul style="list-style-type: none">• Técnicas de relajación• Estrategias de distracción
Solución de problemas <ul style="list-style-type: none">• Economía• Aislamiento y separación de su familia

Efectos clínicos y de ajuste psicológico

La evaluación y las sesiones de intervención se llevaron a cabo durante los periodos de hospitalización de la paciente. A lo largo de las sesiones se logró que LLL tuviera un mayor control emocional y su percepción del dolor disminuyera con la ejecución de las técnicas de relajación.



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

PSICOONCOLOGÍA Y CUIDADOS PALIATIVOS

REPORTE DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA

Identificación del paciente

Nombre: LLL

Edad: 43 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Unión Libre

Fecha de nacimiento: 25 de Marzo de 1971

Lugar de residencia: Cd. Sahagún, Aculco, Hidalgo.

Religión: Católica

Dx Médico: Leucemia Mieloblástica Aguda M4

Tipo de trasplante: Autólogo

Periodo de evaluación: Marzo a Septiembre de 2009

Instrumentos de evaluación

- Entrevista semi-estructurada para Trasplante de Médula Ósea
- Prueba de inteligencia Wonderlik
- Escala de Depresión de Beck
- Inventario de Autoevaluación IDARE
- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2
- Prueba del Dibujo de la Figura Humana de Machover
- Test de Frases Incompletas de Sacks y Levy

Resultados de evaluación

- **Entrevista semi-estructurada para Trasplante de Médula Ósea:**

La paciente posee conciencia de enfermedad, manifiesta conocer en qué consiste el trasplante, las condiciones de salud que debe presentar, los cuidados y condiciones a los que será sometida y los riesgos que puede sufrir. Reporta que la información la ha obtenido por los doctores Sinco y Cruz Rico. Menciona que cuenta con apoyo familiar y social adecuado; el apoyo económico es limitado pero ya tiene opciones para reunir los fondos necesarios para el procedimiento y eventualidades surgidas de éste.

En la cuestión psicológica, reporta no contar con antecedentes familiares ni personales de carácter psiquiátrico. La paciente cuenta con un nivel de pensamiento abstracto, un juicio lógico, estrategias de afrontamiento activas centradas en el problema y conductas de auto-control que le permiten manejar el proceso de trasplante de manera adecuada.

- **Prueba de inteligencia Wonderlik:**

Puntaje: 33

Grado: Término medio alto

- **Escala de Depresión de Beck:**

Puntaje: 10

Grado: Leve

- **Inventario de Autoevaluación IDARE:**

Puntaje de Ansiedad Estado: 51

Grado de Ansiedad Estado: Normal

Puntaje de Ansiedad Rasgo: 42

Grado de Ansiedad Rasgo: Inferior a la normalidad

- **Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2:**

Las escalas en que obtuvo una mayor puntuación fue Desviación psicopática (persona sincera, confiable, tenaz y responsable) e Hipomanía (sociable, amigable, responsable, realista, equilibrado). En general, es una persona activa, segura, responsable, confiable emocionalmente, actúa racionalmente, confiada en sí misma.

- **Prueba del Dibujo de la Figura Humana de Machover:**

No presenta alteraciones significativas que reflejen un trastorno de la personalidad; se muestra como una persona con normalidad psicológica, con equilibrio emocional, centrada en el medio, poseedora de seguridad, deseo de enfrentar las exigencias del medio y con dificultad para adaptarse al medio social.

- **Test de Frases Incompletas de Sacks y Levy:**

No presenta alteraciones severas en ninguna de las categorías evaluadas, indicativo de que tiene la capacidad de manejar los conflictos emocionales que se presentan en su vida. Las áreas que se muestran medianamente alteradas son: temores, actitud hacia el futuro y metas. Estas tres categorías están relacionadas con el proceso de salud-enfermedad por el que la paciente atraviesa, por tal motivo, no se trata de ideas y/o temores irracionales, lo que denota la conciencia de enfermedad.

CONCLUSIÓN

De acuerdo a los datos arrojados por los instrumentos psicométricos y de personalidad, la paciente se encuentra en el proceso de adaptación ante el trasplante de médula ósea; cuenta con amplios recursos cognitivos y estrategias de afrontamiento activos, que le permiten enfrentar asertivamente los conflictos relacionados con su salud. Al respecto, se encuentra informada, conciente de las posibilidades de cura y/o riesgos que implica el procedimiento. En el aspecto emocional, no se encuentran alteraciones significativas que pudieran desestabilizar la condición de la paciente durante el procedimiento, ya que posee rasgos de personalidad que la caracterizan por mantener el control aún en situaciones adversas.

Por tal motivo, se considera que en este momento se encuentra:

PSICOLÓGICAMENTE APTA PARA EL TRANSPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

Caso 2. Rotación en el segundo año de residencia

A continuación se presenta un caso que ejemplifica la labor del psicólogo al realizar intervenciones con una paciente oncológica que se encuentra en el proceso de adaptación a la enfermedad.



INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Identificación del paciente

Nombre: CLH

Edad: 36 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Casada

Originaria: Estado de México

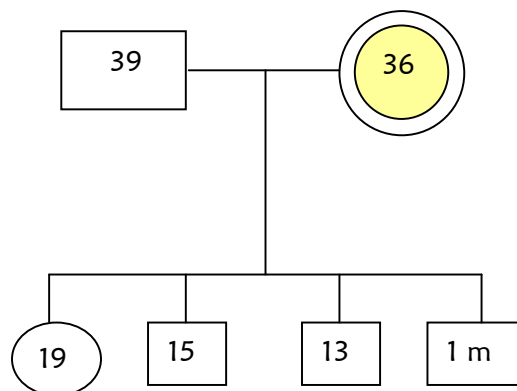
Radica: Estado de México

Ocupación: Ama de casa

Religión: Católica

Antecedentes Heredo familiares: Hermano fallecido por Ca Gástrico, Hija sobreviviente de LLA.

Antecedentes Personales Patológicos: Ninguno.



Antecedentes Personales No Patológicos: Proviene de medio socioeconómico medio-bajo, vive en casa propia, zona urbana, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios. Primaria concluida, dedicada al hogar.

Antecedentes Psicológicos Patológicos: Ninguno.

Dinámica Familiar: La paciente menciona que la relación con su esposo es buena, existe comunicación y apoyo mutuo para las diversas problemáticas que enfrentan así como la vida cotidiana; la relación de sus hijos también es buena, ella comenta que son buenos niños, ya que cumplen con sus obligaciones y además ayudan en la casa y trabajan para cubrir algunos de sus gastos, más ahora que ella enfermó.

Dx Médico: Adenocarcinoma Gástrico poco diferenciado INCan: 22/04/10; CA UGE SIWERT II (ADENOCARCINOMA) T3N1MO (12/07/10)

Historia de la enfermedad

Oncológico

Inició aproximadamente hace 6 meses, caracterizado por pérdida de peso significativa no intencionada de 14 kg., intolerancia a la vía oral, sensación de cuerpo extraño en puerperio inmediato (varón aparentemente sano de 1.690 kgs internado para nutrición enteral y ganancia de peso por prematuridad, con control prenatal en INPer). Portadora de una neoplasia en la unión gastroesofágica, se le realizó biopsia transendoscópica fuera del Instituto que reporta Adenocarcinoma poco diferenciado; sin estudios de extensión, éstos se solicitan para normar conducta dentro del INCan.

Algológico

Refiere dolor en región abdominal de 24 horas de evolución localizada en epigastrio, de intensidad 10/10, punzante, continuo, irradia en cinturón hacia región dorsal, mismas características también irradia ocasionalmente a hemitorax izquierdo y región esternal. Se acompaña de inicio simultáneo con náusea intensa persistente sin llegar al vómito. Astenia,

adinamia de 6 horas de evolución. Niega constipación, tiene adecuado apetito pero no ingiere alimento por presencia de náusea. (18/05/10)

Emocional

La paciente reporta tener miedo y sentirse triste desde que un médico y una psicóloga en el INPer hablaron con ellos acerca de la posibilidad de un tumor maligno; ella considera que será muy difícil sobreponerse a la noticia del cáncer porque fue la cuidadora primaria de su hija y posteriormente de su hermano, y sabe lo difícil que será para su familia, especialmente para sus hijos. A pesar de esta situación considera que se someterá a cualquier tratamiento que le asignen los médicos.

Impresión y Actitud General

La paciente se encuentra en cama debido a procedimiento intervencionista que le fue realizado, sin embargo tiene libre movimiento y es capaz de sostener una conversación; existe higiene y aliño adecuados. Impresiona clínicamente con una inteligencia normal, se muestra interesada en la intervención psicológica.

Examen Mental

Paciente alerta, orientada, sin alteraciones sensoriales, afecto hipotímico, juicio lógico. Procesos de atención y concentración activos, memorias conservadas. Su discurso es lineal, fluido, coherente y congruente con afecto. Historia de adhesión a tratamiento. Cuenta con apoyo familiar. Presencia de pensamientos negativos, existen signos y síntomas de ansiedad.

Análisis de relaciones funcionales entre variables

Estímulo	Organísmica	Respuesta	Consecuencia
<p>*Falta de información acerca de su enfermedad.</p> <p>*Antecedente familiar de cáncer.</p>	<p>*Adenocarcinoma Gástrico.</p> <p>*Sx doloroso nociceptivo visceral abdomen superior sec AT.</p> <p>*Náusea y vómito.</p>	<p>Cognitivas</p> <p>-Pensamientos negativos y catastróficos hacia el cáncer.</p> <p>Fisiológicas</p> <p>-Incremento en la percepción de la intensidad del dolor.</p> <p>-Síntomas vegetativos por ansiedad.</p> <p>Emocionales</p> <p>-Ansiedad.</p> <p>-Tristeza.</p>	<p>*Insomnio.</p> <p>*Incapacidad para realizar actividades cotidianas.</p>

Diagnóstico DSM - IV

EJE I

Reacción adaptativa a diagnóstico oncológico con síntomas de ansiedad.

EJE II

EJE III

Cáncer Gástrico

EJE IV

Problemas económicos

EJE V

61 - 70

Selección y Aplicación de tratamiento

IDx: Crisis de angustia
Tx: Intervención en crisis <ul style="list-style-type: none">• Psicoeducación• Detención de pensamiento disfuncional• Biofeedback

Objetivos de la intervención de acorde a la evolución natural de la enfermedad con CLH

1. Promover la aceptación y adaptación del diagnóstico y tratamiento médico.
2. Facilitar el empleo de estrategias de afrontamiento para el manejo de dolor, la náusea y los síntomas de ansiedad ante la evolución de la enfermedad y los tratamientos médicos invasivos.
3. Promover el cambio de los pensamientos disfuncionales por otros más adaptativos.
4. Brindar apoyo al cuidador primario en la solución de problemas derivados de la enfermedad de su esposa.
5. Brindar apoyo en el proceso de elaboración del duelo en el cuidador primario.

Tratamiento propuesto

- ✓ Psicoeducación enfocada al diagnóstico y tratamiento.
- ✓ Entrenamiento en relajación (respiración diafragmática, imaginación guiada y biofeedback) para disminuir los síntomas de ansiedad, la percepción de dolor y el malestar producido por la náusea.
- ✓ Reestructuración cognitiva (identificación de emociones y pensamientos disfuncionales, generación de pensamientos alternativos).
- ✓ Método de solución de problemas para afrontar la evolución de la enfermedad crónica degenerativa.
- ✓ Manejo del duelo en la familia.

Efectos clínicos y de ajuste psicológico

El tratamiento propuesto se trabajó en sesiones de terapia breve durante el tiempo que CLH asistió a consulta externa de la clínica del dolor, mientras estuvo hospitalizada en piso y en terapia intensiva. Se realizaron los ejercicios de relajación y el registro de los pensamientos disfuncionales. A lo largo de las sesiones de intervención se logró que la paciente entendiera su enfermedad y se adaptara más fácilmente a los cambios en su estilo de vida debido al cáncer, mostrara adherencia al tratamiento y disfrutara la convivencia con su familia. Las manifestaciones de ansiedad continuaron debido a la evolución de la enfermedad y sus complicaciones, aunque éstas disminuyeron en intensidad y CLH reportaba tener mayor control sobre ellas. El trabajo con el cuidador primario (esposo) permitió la expresión de emociones y manejo adecuado del duelo hasta el fallecimiento de la paciente el 10 de noviembre de 2010 por una falla orgánica múltiple (polineuropatía del enfermo en estado crítico + insuficiencia hepática aguda + insuficiencia renal aguda + síndrome de insuficiencia respiratoria progresiva aguda (SIRPA)).