



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PARA UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
ONCOLÓGICO, EN PACIENTES CON CÁNCER DE TIROIDES.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA A:
VICTOR HIPOLITO BELMONT

DIRECTOR DEL REPORTE:
DR. ARIEL VITE SIERRA

COMITÉ TUTORAL:

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
DRA. GEORGINA CÁRDENAS LÓPEZ
MTRA. NELLY FLORES PINEDA

MÉXICO, D.F. A

DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Índice

	Pág.
Resumen.....	1
Preparación psicológica previa a un procedimiento quirúrgico oncológico, en pacientes con cáncer de tiroides	
Introducción.....	3
Método	
Participantes.....	7
Escenario.....	8
Instrumentos y Materiales.....	8
Diseño.....	9
Variables.....	9
Procedimiento.....	10
Resultados.....	16
Discusión.....	20
 Actividades de la residencia en Medicina Conductual: Primer año Hospital Juárez de México, servicio de Oncología/Psicooncología	
Características de la sede.....	24
Servicio de Oncología.....	27
Cáncer.....	29
Tumores benignos y malignos/cáncer.....	30
Aspecto genético del cáncer.....	30
Factores de riesgo endógeno.....	31
Factores de riesgo exógenos.....	32
Tratamientos.....	33
El papel del psicólogo en el área de oncología.....	35
Actividades profesionales desarrolladas	
Actividades diarias.....	38
Pláticas grupales.....	41
Productividad.....	44
Actividades académicas no programadas	
Elaboración y validación de una escala para medir los niveles de autocontrol relacionado a la adherencia a una dieta.....	49
Otras actividades académicas no programadas.....	61
Competencias profesionales alcanzadas.....	62
Evaluación del sistema de supervisión.....	62
Sugerencias.....	63

Actividades de la residencia en Medicina Conductual:
Segundo año

Hospital Juárez de México, servicio de Oncología/Psicooncología

Actividades profesionales desarrolladas	
Actividades diarias.....	64
Pláticas grupales.....	65
Productividad.....	68
Actividades académicas no programadas	
Asistencia a eventos académicos.....	72
Ponencias en congresos.....	72
Educación continua.....	72
Competencias profesionales alcanzadas	
Actividades diarias.....	74
Actividades académicas.....	74
Protocolo.....	74
Supervisión <i>In situ</i> y académica.....	74
Evaluación	
Servicio asignado.....	75
Actividades diarias y académicas.....	75
Sistema de supervisión <i>In situ</i> y académica.....	75
Conclusiones y sugerencias.....	76
Referencias bibliográficas.....	78
Apéndices.....	88
Anexo.....	110

Resumen

El trabajo que a continuación se describe presenta el informe de actividades profesionales de la Residencia en Medicina Conductual. Primero se detalla el estudio realizado durante el segundo año de residencia, en el cual se señala que los pacientes con cáncer en espera de cirugía o tratamiento médico se caracterizan por la presencia de diversas problemáticas como ansiedad, incertidumbre, indefensión, miedo a padecer dolor o al estar en un ambiente desconocido, pérdida de control, pensamientos de riesgo físico real o percibido, preocupación por la dependencia de otros o por la separación de los amigos y la familia. La incidencia específica de ansiedad preoperatoria se ha reportado en un rango de entre 11 a un 80 % de los pacientes. Al respecto, se ha señalado que las intervenciones Cognitivo-Conductuales resultan ser la mejor opción, para su manejo. La gran cantidad de estudios realizados, en pacientes oncológicos, sugieren llevar a cabo intervenciones para reducir los niveles de ansiedad y el estrés psicológico, en el periodo pre quirúrgico. Por lo que, el objetivo del estudio fue someter a prueba la eficacia de una intervención psicológica a fin de preparar a pacientes con cáncer de tiroides ante un procedimiento quirúrgico mayor, para disminuir los niveles de ansiedad prequirúrgica, así como el dolor percibido y el consumo de medicamento analgésico. Se llevó a cabo una intervención Cognitivo-Conductual a dos pacientes, semanas previas a su cirugía (tiroidectomía), empleando un diseño N=1 con dos réplicas individuales, con comparaciones longitudinales, evaluando cambios antes y después del tratamiento. Los resultados obtenidos señalan que los efectos de la intervención fueron modestos. No obstante muestran su potencialidad para disminuir las dificultades psicológicas de los pacientes en espera de tiempo quirúrgico.

En la siguiente sección de este trabajo, se describen las acciones realizadas en los dos años de la Residencia. El primer año se caracterizó por la atención asistencial del paciente oncológico, la cual se brindó en diferentes áreas del hospital, siendo hospitalización donde se realizó la mayoría de las

intervenciones. A lo largo de esta sección se detallan las diferentes actividades, así como las estadísticas de la atención psicológica.

En la última sección se describen las actividades de elaboración y validación de un instrumento, así como la continuación de la atención asistencial, que se realizaron durante el segundo año de residencia. De igual forma se describen las competencias profesionales logradas, finalizando con una evaluación del servicio asignado y del sistema de supervisión, además de presentar sugerencias para mejorar estos.

Preparación psicológica para un procedimiento quirúrgico oncológico, en pacientes con cáncer de tiroides.

La ansiedad y el malestar psicológico son reacciones comunes en los pacientes oncológicos durante el diagnóstico, tratamiento y los cuidados posteriores. Actualmente existe una variedad de intervenciones psicoeducacionales, que incluyen informar al paciente sobre la enfermedad, entrenamiento en relajación y consejería breve, que han mostrado un fuerte impacto sobre dichas problemáticas. No obstante que la reducción de malestar psicológico ha sido el centro en la literatura sobre el cáncer, escasos estudios tienen datos disponibles respecto a aproximaciones sistemáticas para la reducción de la ansiedad en estos pacientes previo a la intervención quirúrgica.

Diversos estudios en pacientes no oncológicos y oncológicos demuestran que la intervención psicológica centrada en estrategias de relajación y psicoeducación sobre el procedimiento quirúrgico ayuda a disminuir los niveles de ansiedad ante una cirugía, de igual forma se ha encontrado que este tipo de intervenciones puede reducir el dolor y el tiempo de recuperación tras el evento quirúrgico.

El objetivo del presente estudio fue someter a prueba la eficacia de una intervención psicológica a fin de preparar a pacientes con cáncer de tiroides ante un procedimiento quirúrgico mayor, tiroidectomía, con el propósito de disminuir los niveles de ansiedad y estrés.

Introducción

En términos básicos el cáncer es una enfermedad caracterizada por una producción acelerada y desordenada de células, que ocurre debido a mutaciones genéticas en las células (Camargo, Díaz, Tovar y Wiesner, 2004). Esta enfermedad presenta una creciente incidencia en los países occidentales (Amigo, Fernández, Fernández y Pérez, 2003) y datos proporcionados por la Dirección General de Información de Salud (DGIS, 2009) indican que en México el cáncer ocupa una de las primeras causas de fallecimiento.

El tratamiento para esta enfermedad se caracteriza por cuatro tipos de intervenciones: a) quimioterapia, b) radioterapia, c) terapia hormonal y d) cirugía (Devine, 2003). Tradicionalmente, el objetivo principal de la atención de los pacientes oncológicos ha sido la supervivencia, basado en el control del tumor, pero recientemente se ha reconocido que el diagnóstico y tratamiento de cáncer pueden tener un efecto importante en los aspectos físicos y psicológicos de la calidad de vida de un paciente (Almeida, Kowalski y Vartanian, 2009).

El cáncer diferenciado es la forma más común del cáncer de tiroides e incluye al carcinoma papilar y al carcinoma folicular. Este tipo de cáncer ha mostrado, en las últimas décadas, un aumento de casos a lo largo del mundo (Apodaca, Estrada y Granados, 2009). En general, este cáncer tiene un buen pronóstico con una supervivencia global a largo plazo superior al 90%, con variaciones en los subgrupos de pacientes (Caorsi et al., 2011). El tratamiento estándar para este es la tiroidectomía con o sin disección de cuello, seguido de ablación con yodo radiactivo de ser necesario (Tagay et al., 2005).

A pesar del pronóstico favorable, se ha encontrado que estos pacientes presentan niveles elevados de ansiedad y depresión, tanto previos como posteriores a la cirugía (Botella-Carretero, Caballero, Escobar-Morreale, Galan y Sancho, 2003; De Ridder et al., 2013; Chang et al., 2013).

Todo procedimiento quirúrgico puede convertirse en una situación estresante, que habitualmente genera que el paciente presente: ansiedad, incertidumbre, indefensión, miedo a padecer dolor o a estar en un ambiente desconocido, pérdida de control, pensamientos de riesgo físico real o percibido, preocupación por la dependencia de otros o por la separación de los amigos y la familia (Abrishami, Chung, Hui Yun, Peng, y Wong, 2009; Allen, Biley y Gillen, 2008; Baena et al., 2004; Bandeira et al., 2001; Castellero y Pérez, 2003).

La incidencia específica de ansiedad preoperatoria se ha reportado en un rango de entre 11 a 80 % de los pacientes (Maranets y Kain, 1999, en Bandeira et al., 2001).

Debido a que la presencia de esta enfermedad puede generar cambios en diversas esferas de la vida del paciente, como la familiar, la laboral, la escolar, la social y la personal, el trabajo psicológico con estos pacientes reviste una gran importancia. Asimismo, estos cambios o dificultades son diferentes en las distintas etapas de la enfermedad (Malca, 2005).

El tratamiento psicológico se enfoca en potenciar las estrategias de afrontamiento del paciente para disminuir conductas y cogniciones desadaptativas ante cualquier tratamiento que reciba, brindar apoyo para mejorar el control de los síntomas físicos producidos por los tratamientos (náuseas, vómitos, dolor, entre otros), analizar la información que está asimilando el paciente sobre su tratamiento para corregir información o interpretaciones erróneas, por medio de estrategias psicoeducacionales (Amigo et al., 2003).

Se ha observado que los procedimientos quirúrgicos oncológicos pueden causar temor imprevisto, ansiedad y estrés psicológico. Dichos factores pueden tener un impacto negativo significativo en la calidad de vida de los pacientes (Babaian et al., 2011; Brunet et al., 2013). Por ejemplo, en pacientes con cáncer de mama se ha encontrado que factores psicológicos como rasgos de personalidad, ansiedad, depresión o el estilo de vida, se relacionan con la presencia de fatiga, náuseas y/o dolor posterior a una cirugía (Bovbjerg, Diefenbach, Erlich, Montgomery y Schnur, 2010).

Actualmente la mayoría de las intervenciones psicosociales, en pacientes oncológicos, suelen administrarse después de concluido el tratamiento quirúrgico, sin embargo, y como se ha indicado el período previo a la cirugía suele ser un momento de alta tensión para los pacientes, por lo que ellos pueden obtener un beneficio significativo de las intervenciones en este momento (Babaian et al., 2009; Bandeira et al., 2001; Brown et al., 2012).

Existen diversos estudios realizados en pacientes no oncológicos en los cuales se reporta que al proporcionar técnicas de manejo del estrés antes de una cirugía, los pacientes indicaron menos dolor y malestar, al mismo tiempo que una

mejora en la calidad de vida, además de utilizar menos medicación analgésica después de una cirugía (Cánovas, Cos, Estrada, Moix y Sanz, 1998). De igual manera estudios como el de Alley, Booth, Broadbent y Petrie (2003), indican que el estrés psicológico afecta la respuesta inflamatoria del tejido posquirúrgico y que niveles bajos de estrés se asocian a una mejor cicatrización de heridas y a una recuperación más rápida después de la cirugía.

Por estas razones diversos autores sugieren realizar, como parte integral en la práctica clínica, intervenciones para reducir los niveles de ansiedad y el estrés psicológico de los pacientes, en el periodo pre quirúrgico (Babaian et al., 2009; Bovbjerg et al., 2010; Hori et al., 2012).

En particular la literatura reporta que los pacientes oncológicos, presentan mayor ansiedad preoperatoria que los pacientes sin cáncer, sin embargo los principales estudios de tipo psicológico, sobre el manejo del estrés y un mejor ajuste mental, se han centrado en algunos tipos específicos de cáncer, como el de mama, dejando de lado algunos otros canceres, como el cáncer de tiroides (Chang et al., 2013).

Se ha observado en diversos padecimientos, que las intervenciones que se centran en información o psicoeducativas, enfocadas a la comprensión de la enfermedad y del pronóstico global, pueden ayudar a reducir los niveles de ansiedad prequirúrgica (Brown et al., 2012; Cabrero, Richrat y Sancho, 1992). Si bien las estrategias de psicoeducación son una herramienta de importancia para la disminución del estrés y la ansiedad prequirúrgica, también es importante enseñar a los pacientes estrategias de relajación como ejercicios de respiración e imaginación guiada (Cann, Eberhardt, Schaik y Wersch, 2006).

Una de las dificultades para realizar un trabajo de preparación prequirúrgica en pacientes oncológicos es el periodo reducido de tiempo que existe entre la asignación de fecha quirúrgica y el internamiento al hospital del paciente. Esta situación dificulta realizar una intervención extensa para preparar a los pacientes con cáncer. Se han realizado pocos estudios sobre la aplicación de intervenciones

breves, con el objetivo de disminuir la ansiedad y el estrés frente a un procedimiento quirúrgico, sin embargo estos han indicado efectividad al abordar estas problemáticas (Babaian et al., 2009; Bovbjerg et al., 2008).

Por otra parte, se ha señalado la necesidad de facilitar la experiencia quirúrgica, reduciendo los efectos emocionales indeseables y propiciando, de manera indirecta, una más adecuada recuperación posquirúrgica, se ha propuesto el desarrollo de programas de preparación psicológica prequirúrgica.

Por lo cual, el objetivo del presente estudio fue someter a prueba la eficacia de una intervención psicológica breve a fin de preparar a pacientes con cáncer de tiroides ante un procedimiento quirúrgico mayor, para disminuir los niveles de ansiedad prequirúrgica, así como el dolor percibido y el consumo de medicamento analgésico.

Método

Participantes

La muestra fue no probabilística, de 2 participantes, siendo captados durante los meses de mayo, junio y julio, en la clínica de cabeza y cuello del servicio de oncología. Para ser elegibles los pacientes tenían que cumplir con los siguientes criterios de inclusión: ser pacientes diagnosticado con cáncer papilar de tiroides en estadios tempranos (I y II), hombres o mujeres, mayor de 18 años, que se someta a cirugía oncológica (tiroidectomía o hemitiroidectomía) como primer línea de tratamiento y que pudiera asistir a tres sesiones en consulta externa, programadas previas a su cirugía. Y cuyos criterios de exclusión fueron: estar actualmente en tratamiento psicológico o psiquiátrico, presentar un estadio avanzado de la enfermedad o algún trastorno psiquiátrico.

Los participantes fueron detectados y canalizados en la consulta externa de la clínica de cabeza y cuello, siendo ubicados con apoyo de los médicos adscritos y de los residentes médicos, al momento de asignar fecha quirúrgica.

Escenario

La intervención fue realizada en el consultorio de Psicooncología, ubicado dentro de las instalaciones del servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, así como en el área de hospitalización del mismo servicio.

Instrumentos y materiales

Se emplearon los siguientes inventarios, escalas y materiales:

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (State Trait Anxiety Inventory, STAI; Spielberger, 1975), este inventario está diseñado para discriminar la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Cada escala tiene 20 afirmaciones y proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de rasgo que toman valores de 20 a 80 puntos. La versión en español para población mexicana tiene un alfa de cronbach para la escala de A-rasgo de 0.86 y para la escala A-estado de 0.54 (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975).

Inventario de Depresión de Beck (IDB), versión estandarizada y confiabilizada para México, consta de 21 reactivos de opción múltiple, evalúa síntomas comunes de depresión y posee consistencia interna de $\alpha=.83$, (Jurado, Loperena, Mendez, Rodriguez y Villegas, 1988).

Termómetro de Distrés, siendo esta una escala visual análoga del 0 al 10, ubicada en forma vertical y bajo la apariencia de un termómetro, que determina los niveles de estrés percibidos por los pacientes. Es un instrumento adaptado y validado con parámetros clinimétricos sólidos que lo hacen confiable para su uso clínico y de investigación del impacto emocional en pacientes oncológicos (Almanza-Muñoz, Pérez y Rosario, 2008).

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se

encuentran las expresiones extremas de un síntoma, en el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.

Cantidad de analgésicos: El paciente realizó autoregistros diarios sobre el consumo de medicamentos analgésicos, ingeridos posterior al alta hospitalaria.

Se empleó material audiovisual con duración de 20 minutos y material impreso, que se les entregaba a los pacientes, en que se brindaba la información proporcionada durante la intervención (Apéndice 1). Igualmente se brindó, de manera impresa, las indicaciones del ejercicio de respiración que se trabajó (Apéndice 2).

Diseño

Se utilizó un diseño experimental de caso único ($n = 1$) en el que se examinaron 2 réplicas individuales del efecto clínico de la intervención en cada paciente (McGuigan, 1997) con una comparación longitudinal y una transversal (Miller, 1998). La primera se dio respecto a cambios pre y post exposición a la intervención, la segunda entre las medidas (variables dependientes) mostradas por los pacientes.

Variables

La variable dependiente la integraron los siguientes valores:

Puntuaciones del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE)
Puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck
Puntuaciones de Escala Visual Analógica (EVA)
Puntuaciones del Termómetro de Distrés

Variable independiente

Programa de intervención cognitivo-conductual que contempló los siguientes componentes:

Psicoeducación
Entrenamiento en respiración diafragmática

Procedimiento

Después de detectar a pacientes para el estudio, se procedió a realizar una invitación por teléfono y en persona para participar, si el paciente estaba interesado se procedió a asignar una fecha para firma del consentimiento informado e iniciar la evaluación inicial que consistió en el llenado de una ficha de identificación, así como la aplicación del inventario de depresión de Beck (Jurado et al., 1998), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975) y el Termómetro de distrés para pacientes oncológicos (Almanza-Muñoz et al., 2008).

Posterior a la evaluación se programó la primera de dos sesiones de intervenciones con una duración de 60 a 90 minutos, dispuestas en un intervalo de una a dos semanas de entre cada una. En la primera sesión se brindó psicoeducación, con apoyo de una videograbación, sobre la enfermedad y el procedimiento quirúrgico al que se sometería el paciente. Posteriormente, durante esta sesión se dio inicio al ejercicio de respiración diafragmática. En la segunda sesión se dio inicio al trabajo de expectativas irreales y/o preocupaciones, que el paciente aun presentara, sobre el procedimiento quirúrgico. A continuación se realizó el ejercicio de respiración diafragmática en conjunto con imaginación guiada. Una descripción más detallada se presentan a continuación y un resumen se puede ver en el Apéndice 3.

Sesión 1. Evaluación inicial

Objetivo: Evaluar las principales variables psicológicas que se pueden ver afectadas al enfrentar una enfermedad y un procedimiento quirúrgico (Ansiedad, Depresión y Distrés).

Al inicio de esta sesión, se explicó con mayor detalle, al paciente, el propósito de la investigación e intervención, así como las características de las sesiones por realizar, incluyendo los posibles efectos colaterales negativos de la técnica de respiración, como la hiperventilación. Se brindó dicha información, de acuerdo a lineamientos bioéticos, para que el paciente contara con la información

suficiente, clara, oportuna y veras, sobre el tratamiento que se le estaba ofreciendo, estando en su derecho de aceptar o rechazar participar en el estudio. Finalizando se le proporciono el consentimiento informado que contenía la información que se le había explicado verbalmente y al estar de acuerdo se pidió a los pacientes que firmaran para dar inicio con la evaluación. Este proceso se realizó en un periodo de 20 a 30 minutos, permitiendo a los pacientes expresar sus dudas y aclararlas.

Con el consentimiento del paciente se procedió a la aplicación de la batería de evaluación compuesta de por: el IDARE, IDB y el termómetro de Distrés. Dependiendo del caso, se le pedía al paciente que el leyera y contestara los inventarios o si presentaba dificultad para la lectura se le eran leídos los reactivos. Al realizar la aplicación del termómetro de distrés, y ya que este está diseñado para orientar una entrevista breve sobre las problemáticas que el paciente reportaba tener a raíz de la enfermedad, se realizaron preguntas breves sobre algunas de estas problemáticas, para detectar algún otro problema de atención clínica, ya sea psicológico o médico. De haber presentado indicios de algún trastorno mental se le hubiera propuesto algún otro tratamiento, pero ninguno de los participantes mostro dificultad de ese tipo, a excepción de problemas de pareja, razón por la que se les ofreció tratamiento enfocado a este tema tras la recuperación de su cirugía.

Entre 30 y 40 minutos tomo esta evaluación, al finalizarla se procedió a programar la siguiente sesión en que se daría inicio la intervención. De acuerdo a las posibilidades del paciente, la segunda sesión se realizó de tres días a una semana después de la evaluación.

Sesión 2. Intervención

Objetivos: El paciente será capaz de describir adecuadamente su enfermedad y el procedimiento al que se someterá. Asimismo realizara correctamente el ejercicio de respiración diafragmática durante dos minutos seguidos.

Al inicio de esta sesión se realizó una breve conversación con el paciente con el propósito de entablar componentes de relación, este diálogo tomo menos de diez minutos en concluir.

Se procedió a brindar la psicoeducación, que inicialmente consistió en explicar la relación entre la falta de la información o el contar con información inadecuada sobre la enfermedad como del tratamiento y la presencia de dificultades psicológicas. Tras aclarada esta relación y con el entendimiento verbal del paciente de esta, se continuo por presentar una video grabación en computadora, colocándoles audífonos a los pacientes para evitar las distracciones ambientales. Dicho video, de 20 minutos de duración, presentaba las siguientes temáticas:

- 1) La relación entre problemas psicológicos y la falta de la información
- 2) Información sobre tumoraciones malignas y benignas (origen, evolución y sus diferencias)
- 3) Características de la tiroides: ubicación, función, efectos del cáncer en esta estructura y la diferencia entre este y otros tipos cáncer.
- 4) Implicaciones del tratamiento quirúrgico, tipos de cirugía, tiempos de hospitalización, la recuperación, cuidados posquirúrgicos, posibles complicaciones de la cirugía, así como las implicaciones de la cancelación y reprogramación de su cirugía.
- 5) La probabilidad o no de otro tratamiento y la importancia de los seguimientos médicos.

Esta información se proporcionó con un lenguaje sencillo y breve, con términos que los pacientes pudieran comprender independientemente de su nivel académico. Este lenguaje se obtuvo gracias a la evaluación de rutina que se hacía a los pacientes de tiroides durante la residencia realizada.

Al finalizar la videograbación se le pregunto al paciente si ¿Había comprendido la información y si tenía alguna pregunta?, si el paciente respondía haber entendido la información se le pedía que resumiera con sus palabras, la

información que se le había proporcionado, para asegurarse de no existir algún problema en la captación de la información. Si el paciente respondía que no había comprendido algo o al resumir presentaba alguna distorsión en la información, se le invitaba a recordar la parte del video en que se le daba la información y así aclarar las dificultades, adicionalmente se le proporciono material impreso con un resumen de la información proporcionada en el video.

En el momento en que se aclararon las dudas de los pacientes, se procedió a explicar la importancia de contar con estrategias que ayuden a disminuir el estrés y la ansiedad. De esta manera se dio paso a entrenar al paciente en relajación, con la estrategia de respiración diafragmática.

En primera instancia se habló de la respuesta fisiológica del cuerpo ante situaciones estresantes, a continuación se le explico cómo poder controlar y disminuir esta, con la respiración. Al afirmar verbalmente, el paciente, que había comprendido esta información se procedía a enseñar el ejercicio de respiración. Cuando fue necesario se le modelo al paciente como se debía implementar. Este entrenamiento tuvo una duración aproximada de 40 minutos en los cuales se corrigió la ejecución del ejercicio cuando fuera necesario, la sesión concluyo cuando el paciente fue capaz de realizar el ejercicio correctamente durante dos minutos seguidos.

Al alcanzar el objetivo de la sesión, se le proporcionó al paciente información impresa sobre el ejercicio, que contenía los pasos necesarios para hacerlo en casa, al igual que las indicaciones de en qué momento, en cuantas ocasiones y durante cuánto tiempo debía realizarlo, desde ese momento hasta la siguiente sesión, adicionalmente se le indico al paciente que si tenía alguna interrogante que no se hubiera trabajado en esta sesión la anotara y lo comentara en la siguiente.

Para finalizar la actividad se procedió a programar la siguiente sesión, la cual se agendó una semana después, con el propósito de que el paciente pudiera practicar el ejercicio de respiración durante ese tiempo.

Sesión 3. Intervención

Objetivos: El paciente expresara y aclarara inquietudes o preguntas que aun presente sobre la enfermedad o el tratamiento. Adicionalmente realizara adecuadamente el ejercicio de respiración diafragmática durante cinco minutos.

Al igual que en la sesión anterior, se inició con una conversación con el propósito de favorecer la relación terapéutica, durante diez minutos. A continuación se prosiguió a valorar las tareas asignadas, así como determinar si existía alguna interrogante o preocupación no comentada en la sesión anterior y posteriormente evaluar la aplicación del ejercicio de respiración practicado durante una semana.

Al preguntar sobre alguna preocupación no trabajada, los pacientes expusieron sus inquietudes, aclarando estas recurriendo a la información impresa que se les había proporcionado, despejando así algunas cuestiones importantes para los pacientes.

La segunda parte de esta sesión, se centró en practicar el ejercicio de respiración diafragmática, corrigiendo su implementación hasta que el paciente pudiera realizarlo adecuadamente durante cinco minutos. Al completar esta fase, se le pidió al paciente que se imagina el día en que se hospitalizaría, esto con ayuda del terapeuta, realizando los ejercicios de respiración al mismo tiempo que se imaginaba en los diferentes escenarios del hospital en que se encontraría: admisión hospitalaria, la cama en hospitalización, en la camilla y en el quirófano.

Se tenía previsto que al final del ejercicio de imaginación se realizara el ejercicio de respiración, sin imaginar, esto si el paciente se encontrara alterado, sin embargo tras el ejercicio los pacientes reportaron estar "*tranquilos*" y con "*sueño*", razón por la cual se omitió este último pasó.

Para finalizar la sesión se realizó un resumen de la información proporcionada, se insito a los pacientes a practicar los ejercicios en casa para seguir mejorando su ejecución y poder emplear la relajación el día de su

hospitalización. Se le indico al paciente que la intervención en consulta externa había finalizado y que durante su hospitalización, un día antes de la cirugía, recibiría la visita del psicólogo tratante para la evaluación final.

Sesión 4. Evaluación final

Objetivos: Evaluar, posterior al tratamiento, las variables psicológicas Ansiedad, Depresión, Estrés. Posterior a la evaluación el paciente realizara el ejercicio de relajación, en una sola ocasión, durante cinco minutos.

Los pacientes recibieron la visita del psicólogo el día previo a su cirugía en el área de hospitalización del servicio de oncología. La aplicación de la batería de pruebas se realizó en su cama de hospital. Se aplicaron de la misma forma los instrumentos de evaluación.

Concluida esta actividad, se procedió a entrevistar a los pacientes para corroborar si habían realizado el ejercicio de relajación. Después se le pidió a los pacientes que realizaran el ejercicio recostados, en esta ocasión el terapeuta solo registro el tiempo para dar finalizado el ejercicio al llegar a cinco minutos. Concluido el ejercicio se les indico a los pacientes que realizaran el ejercicio de ser necesario durante su internamiento. Para cerrar la sesión se les informo a los pacientes que se les visitaría en el área de hospitalización al día siguiente de su cirugía, para el seguimiento.

Sesión 5. Seguimiento

Objetivos: Valoración de la implementación de estrategias de relajación. El paciente aprenderá a realizar el autoregistro de las mediciones colaterales.

Previo al alta hospitalaria del paciente se realizó una visita de seguimiento en la que se valoró con una EVA la presencia de dolor posquirúrgico. Adicionalmente se realizó una breve entrevista para determinar si la respiración diafragmática le había sido de utilidad ante la cirugía. Para finalizar la sesión se le enseñó al paciente a realizar los autoregistros, de las mediciones colaterales, de consumo de analgésico y de dolor, los cuales tenía que realizar a partir de ese día

hasta su siguiente cita con el médico, cuatro días después de su cirugía, momento en que se brindaría el último seguimiento.

Sesión 6. Cierre

Objetivos: Valoración del autoregistros de las mediciones colaterales. Cierre de la intervención.

Esta sesión tuvo la menor duración. Se revisaron los autoregistros y se dio el cierre del protocolo, reiterándole al paciente la importancia de la adherencia a sus consultas médicas y tratamientos posteriores. Igualmente invitándole a continuar implementando el ejercicio de respiración en otros ámbitos de su vida.

Finalmente, como se habían detectado problemas de pareja que necesitaban de atención clínica, se canalizó a los pacientes para recibir el apoyo psicológico pertinente para esta problemática.

Resultados

Las características sociodemográficas de los participantes del estudio se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características socio demográficas de las pacientes

	Paciente 1	Paciente 2
<i>Genero</i>	Femenino	Femenino
<i>Edad</i>	53	40
<i>Estado civil</i>	Soltera	Soltera
<i>Número de hijos</i>	3	2
<i>Escolaridad</i>	Primaria	Secundaria
<i>Ocupación</i>	Hogar	Comerciante
<i>Religión</i>	Católica	Católica
<i>Lugar de residencia</i>	Estado de México	Estado de México
<i>Tiempo del diagnostico</i>	12 meses	1 semana
<i>Tiempo desde la asignación de cirugía</i>	7 meses	1 semana

En la Tabla 2 se muestran los puntajes obtenidos en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, donde se observa que en la primera sesión de evaluación la Paciente 1, presentó puntuación de 54 en Ansiedad-Estado mientras que en Ansiedad-Rasgo una puntuación de 69. En la evaluación final, esta paciente obtuvo un puntaje de 48 en Ansiedad-Estado, mostrando una diferencia respecto a la evaluación inicial de 6 puntos. Respecto a la Ansiedad-Rasgo obtuvo un puntaje de 63 en la evaluación final, la diferencia con respecto a la evaluación inicial fue de 6 puntos. Los puntuación inicial de depresión de la paciente, que observan en la Tabla 3, fue de 20, depresión moderada, mientras que en la evaluación final obtuvo 24 puntos, presentando un ligero aumento de 4 puntos, permaneciendo en depresión moderada. En cuanto al nivel de Distrés, durante la primera evaluación puntuó un 8 en la EVA y puntuó con 28 problemáticas detectadas a raíz de la enfermedad. La puntuación en la evaluación final, que se puede observar en la Tabla 4, fue de una EVA de 7, presentando una disminución de un punto, y 25 problemáticas, indicando una disminución de tres.

Por su parte y como se muestra en la Tabla 2, la Paciente 2, en la evaluación inicial del Inventario de Ansiedad-Estado presentó una puntuación de 59 y en Ansiedad-Rasgo 53. En la evaluación final obtuvo una puntuación en Ansiedad-Estado de 50, observándose una disminución de nueve puntos, mientras que en Ansiedad-Rasgo una puntuación de 51, un descenso de dos puntos. En cuanto a la puntuación inicial de depresión, que se presenta en la Tabla 3, obtuvo 26 puntos, Depresión moderada. A la evaluación final presentó una puntuación de 17, límites de depresión leve y moderada, observándose una disminución de 9 puntos. Como se puede observar en la Tabla 4, los niveles de Distrés, de esta paciente, puntuaron inicialmente con una EVA de 8 y en la evaluación final con una EVA de 3, presentando una disminución de cinco puntos. En cuanto a las problemáticas en un inicio presentó 18 y en la evaluación final 21, indicando un aumento de tres puntos.

Es importante señalar que durante la evaluación del termómetro de Distrés, en la sección de problemáticas, ambas pacientes exhibieron elevada presencia de

problemas físicos, no relacionados con la presencia de algún padecimiento médico. De igual manera ambas indicaron la presencia de problemas de pareja que representaban, para ellas, una dificultad que requería de atención clínica.

Tabla 2. Puntuaciones del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de ambas pacientes en la pre y post evaluación.

	Pre evaluación	Post evaluación	Diferencia
Paciente 1			
Estado	54	48	6
Rasgo	69	63	6
Paciente 2			
Estado	59	50	9
Rasgo	53	51	2

Tabla 3. Puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck de ambas pacientes en la pre y post evaluación.

	Pre evaluación	Post evaluación	Diferencia
Paciente 1			
Depresión	20	24	4
Paciente 2			
Depresión	26	17	9

En cuanto a las mediciones colaterales, se observó una diferencia importante entre las pacientes en cuanto al dolor, conforme avanzaron los días, después de la cirugía.

Tabla 4. Puntuaciones del Termómetro de Distrés de ambas pacientes en la pre y post evaluación.

	Pre evaluación	Post evaluación	Diferencia
Paciente 1			
Escala Visual Análoga	8	7	1
Problemas prácticos	4	3	1
Problemas familiares	2	2	0
Problemas emocionales	7	7	0
Problemas físicos	15	13	2
Problemática total	28	25	3
Paciente 2			
Escala Visual Análoga	8	3	5
Problemas prácticos	0	1	1
Problemas familiares	1	1	0
Problemas emocionales	5	6	1
Problemas físicos	11	13	2
Problemática total	18	21	3

Como muestra la Figura 1, la Paciente 1 presentó una puntuación 9 en una escala visual análoga de dolor, lo que indica una alta percepción de dolor durante su primer día posquirúrgico. Pero presento un descenso de dolor a partir del segundo día en que presento una EVA de 4, que se mantuvo hasta el cuarto día cuando puntuó con una EVA de 3. En cuanto los datos de la ingesta de analgésicos de esta paciente, presentes en la Figura 2, se puede notar durante el primer día ingirió mayor número de medicación, dos pastillas de paracetamol, reduciendo esto a una sola pastilla durante los siguientes días.

La Paciente 2, en su seguimiento, mostró una puntuación EVA posquirúrgica de 5 el primer día, presentando aumento en la percepción de dolor en los siguientes días, llegando a una puntuación máxima de 10, como se observa en la Figura 1, situación que la llevo a consumir una mayor cantidad de analgésicos conforme avanzaron los días, como se puede observar en la Figura 2.

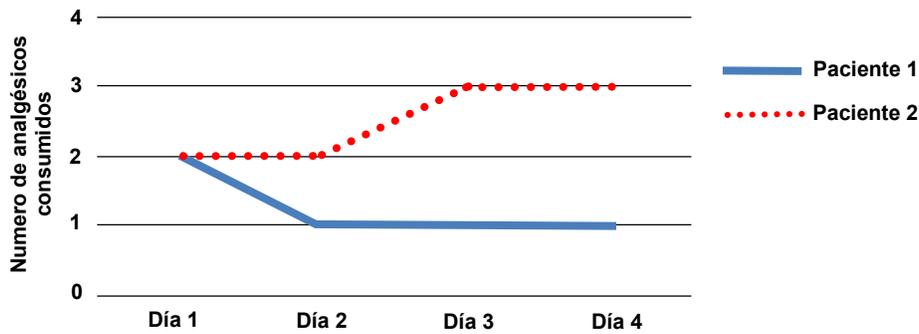


Figura 1. Mediciones colaterales de dolor, de los primeros días posquirúrgicos, de ambas pacientes.

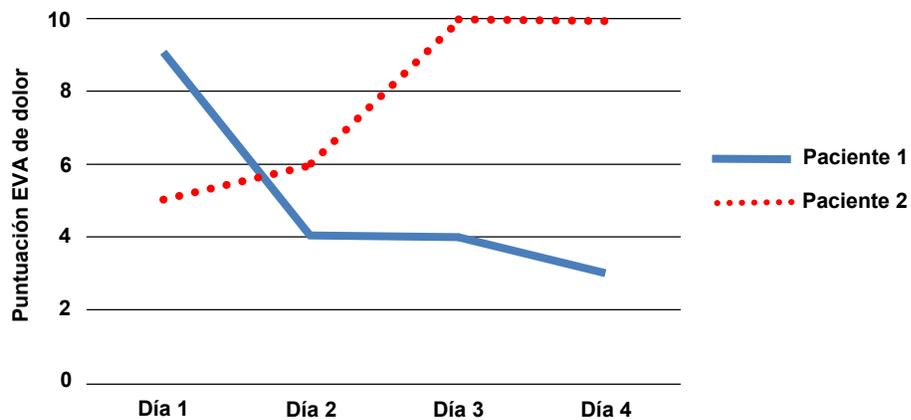


Figura 2. Mediciones colaterales de consumo de analgésicos, durante los primeros días posquirúrgicos.

Discusión

El objetivo del estudio fue someter a prueba la eficacia de una intervención psicológica a fin de preparar a pacientes con cáncer de tiroides ante un procedimiento quirúrgico mayor, para disminuir los niveles de ansiedad prequirúrgica, así como el dolor percibido y el consumo de medicamento

analgésico. Los resultados obtenidos indican efectos modestos sobre las puntuaciones obtenidas en los inventarios depresión y ansiedad.

De manera particular, los resultados obtenidos en el caso de la Paciente 1 pueden explicarse debido a la presencia de la Ansiedad como Rasgo ya que, como señala Bandeira et al. (2001), existe una relación en la presencia de Ansiedad-Estado ante un evento quirúrgico y la presencia de Ansiedad-Rasgo Al respecto, Abrishami et al. (2009) mencionan que hay un efecto del estado de ánimo depresivo sobre la presencia de dolor inmediatamente después de una cirugía, lo cual precisaría por qué esta paciente presentó mayor dolor el primer día posquirúrgico en comparación con la otra paciente.

Es importante señalar que ambas pacientes presentaron numerosos problemas físicos, a raíz de la presencia de la enfermedad, sin embargo estos malestares no estaban relacionados con la evolución natural del cáncer de tiroides. Entre estos problemas podemos nombrar los siguientes: dificultad respiratoria, constipación, fatiga, sensación de debilidad, indigestión, dolor, problemas sexuales y problemas para dormir. Debido a esto, se pidió el apoyo del médico tratante para que realizara una revisión de las pacientes. Concluida, el médico afirmó que dicha sintomatología no tenía relación con la enfermedad o con algún otro problema médico, considerándola como un problema de origen psicológico. Por lo que se decidió continuar la intervención como se tenía previsto.

A pesar de representar un componente psicológico, aparente, la intervención no tuvo un impacto sobre estas problemáticas, pero, es importante recordar que el objetivo del trabajo era la disminución de síntomas de ansiedad y depresión. Aún con la presencia de los problemas físicos, durante la entrevista realizada en la segunda evaluación, las pacientes afirmaron que las problemáticas disminuyeron en frecuencia e intensidad. No obstante que las puntuaciones en los inventarios indicaron la presencia de problemáticas psicológicas, cualitativamente las pacientes se reportaban "*tranquilas*", posterior a la intervención.

Como comentario referente a las dudas que los pacientes presentaron en la segunda sesión, estos dejaron de presentar inquietudes sobre la enfermedad o el tratamiento. La inquietud principal de ambas pacientes fue con respecto a la anestesia, que durante la psicoeducación se mencionó brevemente. Esto nos indica que para futuras intervenciones que retomen la estructura de estas sesiones sería prudente profundizar en la temática de la anestesia.

Como se mencionó anteriormente, existen pocos trabajos de preparación psicológica prequirúrgica en oncología, especialmente cuando se habla de pacientes de cabeza y cuello. Lewin, Newell, Stafford y Ziegler (2004) indican que, si bien el médico tratante brinda la información pertinente, en muchas ocasiones esta es proporcionada al momento del diagnóstico haciendo que la recepción de información sea insuficiente e incluso nula, propiciando una serie de problemáticas psicológicas. Estos autores indican la necesidad de contar con un espacio, posterior al diagnóstico, para brindar la información pertinente a los pacientes, contando con un mayor tiempo que el que se emplea en las consultas médicas. El estudio presentado trato de cumplir con estas necesidades, proporcionando un espacio libre de distractores, en el que el paciente podía centrar su atención en la información posibilitando de la expresión de inquietudes. Se observó que los pacientes mostraron una aceptación ante este tipo de información, concordando con lo esperado por estos autores. Si bien los efectos de la intervención fueron modestos, estos muestran que una intervención breve surte beneficios para los pacientes.

Es complicado que los sistemas de salud puedan brindar una atención quirúrgica rápida a estos pacientes, convirtiendo a esta intervención en una opción viable para disminuir las dificultades psicológicas de los pacientes en espera de tiempo quirúrgico, aunque se necesitan más estudios que cuenten con una muestra mayor para poder ratificar esta afirmación.

Estudios, como el de Caorsi et al. (2011), indican que más del 20% de los pacientes con cáncer diferenciado de tiroides, siguen presentando ansiedad tiempo después de concluidos sus tratamientos. Siendo así, el seguimiento

brindado en esta intervención se observa como una limitante, ya que imposibilita saber si existen efectos, a mediano o largo plazo tras la intervención, que pudieran beneficiar al paciente.

Al respecto, se ha señalado que las intervenciones quirúrgicas constituyen una fuente de estrés psicológico elevado, ya que obligan a los pacientes a enfrentarse a situaciones desconocidas –impredecibles– y que, además, implican riesgos reales. A su vez, se ven obligados a hacer uso de unos recursos emocionales –de los que en ocasiones carecen– para afrontar la realidad tanto de su enfermedad como del proceso quirúrgico, y adaptarse psicológicamente al evento traumático, de lo cual se deriva la alta incidencia de síntomas de ansiedad (Giacomantone, y Mejía, 1997).

Por lo tanto, al diseñar este tipo de intervención psicológica es importante tener presente la multiplicidad de factores que intervienen en la percepción que las mujeres tienen respecto a su enfermedad y que pueden afectar directamente su vivencia de la situación quirúrgica. En consecuencia se hace indispensable la implementación de diversas técnicas psicológicas que tomen en consideración sus actitudes, creencias y respuestas emocionales, aspectos cuya relevancia no se tiene en cuenta en los programas que se limitan a proporcionar información.

En conclusión, este estudio no pretende generalizar sus resultados, más bien, se intentó implementar un programa breve de preparación psicológica dirigido a una población que ha mostrado una serie problemáticas de carácter psicológico ante la espera de cirugías (Brown et al., 2012). Ya que a pesar de los numerosos estudios de cohorte o longitudinales en los que se presenta la necesidad de la atención psicológica de estos pacientes, siguen siendo muy pocos los trabajos que tratan esta temática. En particular, los pacientes del Hospital Juárez de México, rara vez pueden recibir un tratamiento psicológico en forma, debido a la distancia y los gastos de transportación de los pacientes que provienen de otros estados, por lo que una intervención breve, como la presentada, se muestra como una alternativa viable para esta población y se exhorta a continuar con el trabajo en esta área.

ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL: PRIMER AÑO

Hospital Juárez de México: Servicio de Oncología/Psicooncología

Características de la sede

Este Hospital tiene una larga historia que inició con su fundación en el siglo XIX, presenciando diversos acontecimientos en la historia de la medicina en el país, razón por la cual se le considera como la cuna de la cirugía en México.

La historia de su fundación se remonta al año 1847, durante la invasión norteamericana, momentos en que las tropas invasoras comandadas por el General Scott, derrotaron al general Santa Anna, ocupando Puebla y disponiéndose a marchar a la capital de México, por tal motivo el ayuntamiento metropolitano se vio en la necesidad de dictar una serie de medidas para hacer frente a esta situación. Una de ellas consistió en integrar una comisión especial, encabezada por el Regidor de Hospitales el Licenciado Don José Urbano Fonseca con el propósito de que se establecieran Hospitales de Sangre que pudieran prestar auxilio y asistencia a nuestros heridos (Hospital Juárez de México, 2012).

Es así, como se menciona en el manual de organización del Hospital Juárez de México (2012), que el viejo edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo se transformó en un hospital. Fue el día 23 de agosto de 1847 en que se recibieron a los primeros pacientes, quienes procedían de las batallas de Padierna y de Churubusco, llevadas a cabo tres días antes. Durante la intervención francesa en México y después del sitio de Puebla, se trasladaron a los heridos de guerra a las puertas de este hospital para ser atendidos, sin embargo en este periodo los heridos que se atendieron fueron tanto soldados mexicanos como franceses.

Fue hasta el día 18 de julio de 1872, tras el deceso del Benemérito de las Américas, el Licenciado Benito Juárez, que se hizo la propuesta por el regidor García López para que el Hospital de San Pablo se llamara Hospital Juárez, dicha

propuesta fue aprobada por el Cabildo de la Ciudad de México el día 19 de julio de 1872.

Desde su fundación, el Hospital Juárez de México, fue adquiriendo con el paso de los años prestigio en el campo de la cirugía, ya que en este recinto se realizaron algunos procedimientos quirúrgicos de gran importancia para la cirugía nacional como para la mundial. Con las décadas el hospital continuo dando servicio a la población y posteriormente por motivo de los festejos del centenario en 1947, se inició una remodelación global del hospital y la construcción del edificio anexo.

La apariencia estructural del hospital fue modificada drásticamente por un terremoto en septiembre de 1985, el cual derribó la Torre de Hospitalización, convirtiéndose en la tumba de muchos médicos, estudiantes de medicina, enfermeras, enfermos y familiares.

Como resultado de este lamentable acontecimiento, fue necesario desalojar la sede del hospital de la casa de San Pablo, por lo que para poder continuar brindando servicio a la población, el hospital se dividió en cuatro unidades, de tamaño menor al original, que durante su funcionamiento se les conoció como Juárez I al IV.

El Presidente de la República en turno, el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado, ante esta tragedia, dio instrucciones de que se destinaran fondos económicos para que el Secretario de Salud el Dr. Guillermo Soberón Acevedo, construyera una nueva instalación que albergara a los dispersados miembros del hospital Juárez, es así como surge el nuevo Hospital Juárez de México el día 19 de septiembre de 1989, al que se le dotó de todos los adelantos de la medicina del momento, ocupando un área de casi 80 mil metros cuadrados, con construcciones que representan el 90% de su superficie. Actualmente cuenta con 400 camas censables distribuidas en las especialidades de un hospital de tercer nivel.

La actual sede del Hospital Juárez de México (HJM) se encuentra en la Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Delegación

Gustavo A. Madero, C.P. 07760, México D. F. Este hospital es una institución de concentración y referencia, al que acuden pacientes de población abierta así como asegurados de diferentes estados de la República Mexicana.

Desempeña diferentes funciones más allá de la atención médica a los pacientes que lo soliciten. Por ejemplo, en el campo de la enseñanza, el hospital se ha caracterizado por formar recursos humanos altamente calificados en las especialidades médicas con que cuenta; además de diseñar, ejecutar programas y cursos de capacitación, enseñanza y especialización de personal profesional, técnico y auxiliar en su ámbito de responsabilidad, dado que esta función es muy importante en un hospital-escuela.

En cuanto a investigación, el hospital ha impulsado la investigación básica, clínica y experimental en las especialidades con que cuenta. Se ha impulsado a la investigación clínica orientada a líneas de investigación definidas en combinación con el ámbito clínico. A partir del año 2009 la investigación llevada a cabo en el hospital tiene como prioridad la vinculación con las enfermedades crónico-degenerativas. También promueve y realiza reuniones y eventos de intercambio científico, de carácter nacional e internacional y celebra convenios con instituciones afines.

Al año 2012 se contaba en operación con 44 servicios médicos y 3 unidades clínicas, incluyendo el servicio de banco de ojos, dando un total de 47 especialidades médicas, que se enlistan en la Tabla 5. El ámbito de operación del hospital, acorde con sus instalaciones físicas y de personal, así como a la tecnología de su equipo, es el de medicina de tercer nivel.

Tabla 5. Servicios y especialidades médicas que brinda el hospital Juárez de México

Divisiones	Atención médica	
DIVISIÓN MÉDICA	<ul style="list-style-type: none"> • Alergia e Inmunología • Cardiología • Dermatología • Endocrinología • Geriatria Gastroenterología • Hematología • Medicina Interna 	<ul style="list-style-type: none"> • Nefrología • Neumología e Inhalo Terapia • Neurofisiología • Preconsulta • Psicología y Psiquiatria • Reumatología
DIVISIÓN DE CIRUGÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesiología • Angiología • Cirugía Cardiorácica • Cirugía General • Cirugía Maxilofacial • Cirugía Plástica y Reconstructiva • Endoscopia • Medicina Física y Rehabilitación 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurocirugía • Oftalmología • Oncología • Ortopedia y Traumatología • Otorrinolaringología • Quirófanos • Trasplantes • Urología
DIVISIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	<ul style="list-style-type: none"> • Ginecología • Obstetricia • Biología de la Reproducción 	
DIVISIÓN DE PEDIATRÍA	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatología • Pediatría Médica • Terapia Intensiva Pediatría • Cirugía Pediátrica • Urgencias Pediátricas 	
DIVISIÓN DE MEDICINA CRÍTICA	<ul style="list-style-type: none"> • Urgencias Adultos • Unidad de Cuidados Intensivos • Unidad de Cuidados Coronarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad de Hemodinamia

Servicio de Oncología

Como se indica en el manual de organización del servicio de oncología del HJM (García, 2009) este servicio se habilitó en un inicio con un área específica para la consulta externa de oncología, para la aplicación de quimioterapia y alojando máquinas de radioterapia. Actualmente se cuenta en las instalaciones del área de oncología con siete consultorios, cinco oficinas, un aula, un quirófano con

central de esterilización y vestidores, área de aplicación de quimioterapia, dos bunkers de radioterapia, una bomba de cobalto 60, un simulador Siemens, dos oficinas de trabajo social, tres camas para procedimientos menores y urgencias, así como dos consultorios designados para los residentes de Medicina Conductual.

Este servicio brinda atención a pacientes que provienen de diversas entidades federativas del país, tanto en el área de consulta externa como en la de hospitalización. Dichas áreas de atención médica se dividen en clínicas de atención acorde a la localización de la enfermedad que se atiende, estas son: Cabeza y Cuello, Ginecología-oncológica, Onco-Mama, Quimioterapia, Radioterapia, Tumores mixtos y Urgencias-oncológicas. Adicionalmente, durante el primer año, el servicio conto con una especialista en tanatología y con residentes de Medicina Conductual en el área de Psicooncología. La organización general del servicio de Oncología se puede observar en la Figura 3.

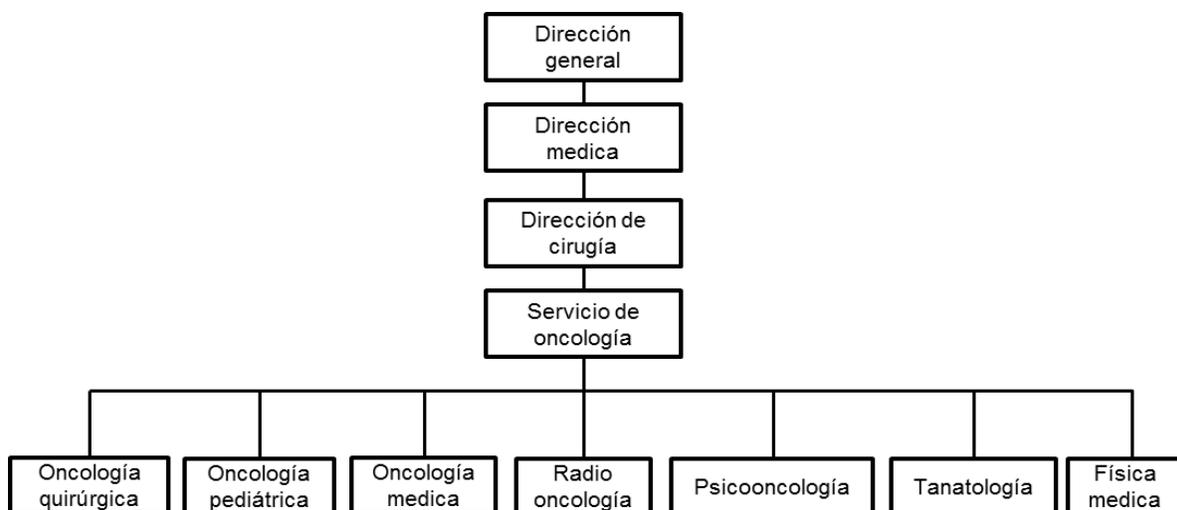


Figura 3. Organigrama de los diferentes servicios de atención que alberga el servicio de oncología dentro del HJM (García, 2009).

Cáncer

El cáncer es una enfermedad crónica degenerativa con una gran incidencia y mortalidad en el mundo. Además sus graves manifestaciones clínicas la convierten en un gran problema de salud pública. Es la segunda causa de muerte en los países de primer mundo y en los países de bajos ingresos económicos se encuentra entre las tres principales causas de muerte de los adultos (Cano et al., 2007). En México, esta enfermedad es la tercera causa de muerte registrada en hospitales (DGIS, 2009). Las estadísticas más recientes realizadas por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer en el proyecto GLOBOCAN (2012) indican que en el año 2012 los principales tipos de cáncer en México eran: próstata, mama, cervico uterino, pulmón y gástrico.

Como mencionan DeVita, Lawren y Rosenberg (2008), en un nivel muy simple, se puede denominar cáncer cuando una célula de cualquier parte de nuestro cuerpo presenta una división celular acelerada y descontrolada, cuya muerte natural (apoptosis) no se lleva a cabo y por consiguiente puede producir invasión en los órganos de origen e incluso migración de estas células a órganos distantes, pero como estos mismos autores mencionan esta enfermedad es una entidad sumamente compleja.

Se puede decir que no es solo una enfermedad, más bien, se denomina cáncer a una variedad, de más de cien tipos distintos de enfermedades que tienen una etiología genética, aunque se han encontrado factores externos que pueden aumentar la probabilidad de la aparición de esta enfermedad, como: la dieta, el consumo de cigarrillos, infecciones, la exposición a los rayos solares, alcohol, la ocupación, algunos medicamentos (Ministerio de la protección social, Instituto Nacional de Cancerología, 2004). Es de esta manera que la conceptualización médica de esta enfermedad es sumamente compleja debido a la presencia de una etiología diversa.

Tumoraciones benignas y malignas/cáncer

Un tumor es una masa de tejido anormal, con un crecimiento autónomo que excede al de los tejidos normales. Su crecimiento persiste indefinidamente a pesar del cese de los estímulos que desencadenan este. Los tumores se clasifican en dos grandes categorías: benignos y malignos/cáncer. La diferencia entre estos se basa en el aspecto (morfología) y en la conducta (curso clínico) (Abbas, Fausto, Kumar y Mitchell, 2007). Dentro de las diferencias de conducta podemos encontrar que:

- La mayoría de los tumores malignos crecen más rápidamente que los tumores benignos.
- Las tumoraciones malignas son invasivas e infiltrativas, siendo capaces de destruir los tejidos circundantes. Mientras que su contraparte benigna crece como una masa expansible y no atraviesan ni invaden los tejidos normales circundantes.
- La metástasis, es un proceso de invasión de otro órgano, por vía linfática o sanguínea, generando un crecimiento de una masa secundaria de células tumorales, que son discontinuas respecto al tumor primario. Este proceso es la principal característica que diferencia las tumoraciones, ya que solo el tipo maligno presenta este comportamiento.

Aspecto genético del cáncer.

Esta enfermedad surge al existir mutaciones en los genes implicados en el ciclo de división celular. Se conocen dos grandes clases de genes vinculados con la aparición de esta enfermedad (Braunwald et al., 2008). La primera clase es aquella que incluye los genes que alteran positiva (oncogenes) o negativamente (genes oncosupresores) el crecimiento y proliferación de las células, dichos genes están encargados de la división celular (nacimiento) y su apoptosis.

En una célula normal los oncogenes son regulados de una manera estricta para que generen una cantidad específica de duplicados celulares, sin embargo estos genes pueden experimentar una mutación que anula dicha regulación,

originando una mayor actividad del producto genético. Por otro lado, la función de los genes oncosupresores es frenar la proliferación celular cuando esta es anormal, idénticamente si estos genes sufren alguna mutación, su función normal se ve alterada permitiendo la proliferación de células malignas, con la consiguiente aparición de las tumoraciones.

La segunda clase de genes, relacionados con el cáncer, son los cuidadores que no afectan directamente la proliferación celular, más bien es la capacidad de la célula para conservar la integridad de su genoma. Al haber una deficiencia de los genes mencionados, las células muestran una cifra más elevada de mutaciones en todos sus genes.

Ambas clases de genes pueden presentar mutaciones de tipo esporádicas, por predisposición genética o por estimulación ambiental, de lo cual hablaremos en el siguiente apartado.

Factores de riesgo endógeno.

Este tipo de enfermedad tiene diferentes factores de riesgo para su aparición, estos se puede agrupar en dos: factores endógenos (herencia, síndromes y familiares con cáncer) y exógenos (medioambientales).

Cuando se habla de los factores endógenos solo un porcentaje de aproximadamente un 5 al 10% de todos los casos de cáncer se pueden atribuir a esta situación. En estos casos, las familias de las personas afectadas tienen una mutación predisponente de una pérdida funcional en un alelo del gen oncosupresor o del gen cuidador. Se ha publicado información de unos 100 síndromes de cáncer familiar, siendo muchos de estos raros. Podemos ver algunos ejemplos de estos síndromes y la enfermedad que produce en la Tabla 6.

Si bien, todos los tipos de cáncer son debidos a una mutación genética, en la mayoría de los casos no hay antecedentes familiares o predisposición a presentar la enfermedad, razón por la cual es importante abordar los demás factores de riesgo de esta enfermedad.

Tabla 6. Síndromes que predisponen cáncer y la neoplasia que generan.

Síndrome	Neoplasia
Ataxia telangiectasia	Cáncer de mama
Síndrome linfoproliferativo autoinmunitario	Linfoma
Síndrome de Bloom	Cáncer de todos los tipos
Síndrome de Cowden	Cáncer de mama y tiroides
Poliposis adenomatosa familiar	Adenoma intestinal y cáncer colorectal
Melanoma familiar	Melanoma y cáncer pancreáticos
Esclerosis tuberosa	Angiofibroma
Enfermedad de Von Hippel-Lindau	Canceres de riñón, cerebro y feocromocitoma
Poliposis juvenil	Cáncer de colon e intestino delgado
Carcinoma renal papilar hereditario	Tumor papilar de riñones
Cáncer prostático hereditario	Carcinoma de próstata

Factores de riesgo exógenos

En cuanto a este tipo de factores de riesgo, podemos encontrar una larga lista de situaciones y sustancias que tienen una relación con la aparición del cáncer, sin embargo es importante aclarar que hasta la fecha no existe una relación causa-efecto entre todos estos factores y la aparición de la enfermedad (Abbas et al., 2007; Braunwald et al., 2008). A continuación mencionaremos algunos de los factores más relacionados con el cáncer.

La radiación solar o radiación artificial, exposición extensa a estas se ha asociado con la aparición de ciertos tipos de cáncer, como el de piel.

El tabaco es otro carcinógeno ambiental, se ha encontrado que está relacionado con un tercio de los tumores en el hombre y de un 10% la mujer. Esta sustancia está relacionada con la aparición de cáncer de cavidad oral, de labio, faringe, laringe, esófago, pulmón, páncreas, hígado, estomago, riñón, vejiga y de cérvix.

El consumo de alcohol puede actuar como cocarcinógeno en el cáncer de boca, faringe, laringe, esófago y el hepatocarcinoma.

La dieta también juega un papel en esta enfermedad, ya que se ha encontrado que una dieta rica en grasas, el consumo frecuente de alimento

ahumado y las personas que presentan obesidad, tienen riesgo de padecer cáncer colorrectal, cáncer de mama, cáncer de vesícula biliar y cáncer gástrico.

Entre los carcinógenos químicos podemos encontrar a los agentes alquilantes, aminas aromáticas, colorantes azoicos, asbestos, cloruro de vinilo o metales como el níquel. Esta es solo una pequeña lista de agentes externos que pueden producir alguna mutación genética causante del cáncer.

Existen agentes víricos y microbianos que también se relacionan con la aparición del cáncer entre ellos podemos mencionar al virus del papiloma humano, virus de Epstein-Barr, virus de la hepatitis B y el herpesvirus del sarcoma de Kaposi.

Existe una gran variedad de factores que se relacionan al cáncer, sin embargo en una gran cantidad de los casos, no existen ninguno de los factores de riesgo mencionados, haciendo que la aparición de la enfermedad sea esporádica, es decir, que cualquier persona puede padecerla aun sin tener o no algún factor de riesgo, de tipo ambiental. Esta situación hace casi imposible la prevención del cáncer por lo que el punto importante es la detección temprana para recibir el tratamiento de forma oportuna.

Tratamientos

Existen distintos tipos de tratamiento para esta enfermedad: a) quimioterapia, b) radioterapia y c) cirugía. Cada uno de estos tratamientos puede ser utilizado por si solo o en combinación para mejorar sus efectos (Camargo et al., 2004; Devine, 2003). Sin embargo, el tratamiento es distinto para cada uno de los tipos de cáncer y al haber más de 100 tipos de tumores malignos no se podrían abarcar todas las combinaciones de tratamiento en este trabajo, por lo que solo se hablara a grandes rasgos de los tres tipos de tratamientos.

La *cirugía* es un procedimiento quirúrgico en el que se pretende extraer la masa tumoral y/o la metástasis, en su totalidad o parcialmente. Este tratamiento se emplea para la prevención, el diagnóstico, la estadificación y puede ser

empleado como primera (neo adyuvante) o segunda línea de tratamiento (adyuvante), tanto en casos de tratamiento curativo o paliativo e incluso como rehabilitación de las secuelas de la enfermedad. Este tratamiento se administra en una o más ocasiones dependiendo de la enfermedad.

La radioterapia es un tratamiento que utiliza rayos penetrantes de ondas de alta energía o corrientes de partículas llamadas radiación, que están dirigidos a la masa tumoral. Este tratamiento se puede emplear de forma neo adyuvante, adyuvante o coadyuvante, es decir al mismo tiempo que recibe quimioterapia. Existen dos tipos principales de radioterapia la Teleterapia y la Braquiterapia. Ambos tipos se utilizan como método curativo, para controlar el avance de metástasis y como apoyo paliativo. Se puede emplear durante unas pocas semanas hasta por un par de meses.

La quimioterapia es un tratamiento farmacológico que cuenta con una extensa gama de medicamentos diferentes, que varían tanto por su efectividad como por el tipo de cáncer que trata. Este es un tratamiento sistémico que afecta tanto a las células tumorales como a las células normales del cuerpo. Puede ser empleado de manera neo adyuvante, adyuvante, coadyuvante o como tratamiento paliativo. El periodo de administración de estos medicamentos puede ir desde un par de semanas hasta varios años, como es el caso del Tamoxifeno que se puede administrar durante cinco años.

A pesar de estos tratamientos ninguno asegura una curación al cien por ciento, ya que hay la posibilidad de que estos tratamientos no funcionen o incluso, aunque el tratamiento funcionase, siempre existe el riesgo de una recaída, razón por lo cual el paciente tras terminar el tratamiento tiene que realizar seguimientos médicos de por vida y de ser necesario someterse nuevamente al tratamiento, que puede ser idéntico o diferente.

Desafortunadamente estos tratamientos tienen un gran impacto físico en el paciente, debido a sus efectos secundarios que pueden ir desde fatiga, anorexia, náuseas, vómito, diarrea, dolor de leve a intenso, mucositis, esterilidad, pérdida

del cabello, úlceras, proctitis enteritis, alopecia, disfunción sexual, afectación en el olfato y gusto, neutropenia, amputaciones, desfiguraciones faciales hasta la aparición de leucemia. Estos son solo algunos de los efectos secundarios que conlleva el tratamiento, algunos son temporales y desaparecen poco después de terminado el tratamiento, mientras que otros efectos son permanentes.

Adicionalmente los tratamientos implican un costo alto tanto económico, conductual y emocional para los pacientes, sometidos a niveles elevados de estrés, que pueden desencadenar diversos problemas psicológicos incluso antes de iniciar los tratamientos, razón por la cual es importante el apoyo psicológico de un especialista que conozca las diversas implicaciones de la enfermedad y los tratamientos, sobre el paciente.

El papel del psicólogo en el área de oncología

El cáncer es una enfermedad de creciente incidencia en los países occidentales (Amigo et al., 2003). Es por esta razón que el estudio y atención de los pacientes que tienen esta enfermedad es de gran importancia para el sector salud.

Dentro del campo de la psicología y de la medicina conductual el trabajo con pacientes oncológicos es muy importante, ya que la presencia de esta enfermedad puede generar cambios en las diversas esferas de la vida del paciente como: la familiar, laboral, escolar, social y la personal. Estos cambios o dificultades que el paciente puede presentar son diferentes en las distintas etapas de la enfermedad, dichas fases son: *prediagnóstico*, *diagnóstico*, *tratamiento*, *fase libre de enfermedad*, *recaída* y *la fase terminal* (Doka, 2009; Malca, 2005). Amigo et al. (2003) y Doka (2009) mencionan algunos de los objetivos de intervención psicológica para cada una de las fases:

- 1) *Fase prediagnóstico*: En esta fase el individuo se enfrenta a la sospecha de la enfermedad. Algunas personas pueden presentar niveles elevados de estrés y ansiedad ante la espera de sus resultados. En este caso el papel del psicólogo se centra en la disminución de pensamientos anticipatorios, si estos son

disfuncionales así como disminuir el estrés. Adicional mente, esta fase permite al especialista en salud mental valorar los temores, fuentes de apoyo, cogniciones y las estrategias de afrontamiento del individuo previas al diagnóstico, para poder tener un marco amplio del paciente y poder, de ser necesario, brindar apoyo psicológico tras la fase diagnóstica.

- 2) *Fase de diagnóstico*: El trabajo del psicólogo se centra en facilitar la percepción del control, brindar psicoeducación (dependiendo de las necesidades del paciente), fomentar estrategias de afrontamiento que disminuyan el estrés que se produce antes, durante y después del diagnóstico, trabajo enfocado a la toma de decisiones y solución de problemas, relacionado principalmente con la enfermedad y la indicación de los tratamientos.
- 3) *Fase de tratamiento*: Durante este periodo el trabajo del psicólogo se enfoca en potenciar las estrategias de afrontamiento del paciente para disminuir conductas y cogniciones desadaptativas ante cualquiera de los tratamientos que reciba, brindar apoyo para mejorar el control de los síntomas físicos (nauseas, vómitos, dolor, entre otros) producidos por los tratamientos, analizar la información que está asimilando el paciente sobre su tratamiento para corregir informaciones o interpretaciones erróneas de ser necesario (psicoeducar).
- 4) *Fase libre de enfermedad*: Esta fase se caracteriza por ser un periodo en que hay posibilidad de la reaparición de la enfermedad, por tal motivo la intervención de psicólogo se dirige a identificar y trabajar sobre cogniciones del paciente, relacionadas al posible regreso de la enfermedad, que puedan estar afectando alguna de las esferas de su vida. Pero el trabajo principal, se centra en brindar apoyo para la readaptación a las actividades sociales y personales que se habían abandonado durante el tratamiento.
- 5) *Fase de recaída*: En esta fase después de haber pasado algún tiempo sin la enfermedad, esta reaparece lo cual causa nuevas situaciones de intervención psicológica. Los objetivos de esta intervención son similares a los de la fase de diagnóstico, aunque con consideraciones particulares dependiendo de cada

paciente. Existen dos objetivos específicos de esta fase, potenciar la comunicación medico/paciente y la exploración de cogniciones y conductas desadaptativas que puedan producirse ante la nueva situación.

- 6) *Fase terminal o paliativa*: Esta fase es entendida como el momento en que los tratamientos médicos no son capaces de curar la enfermedad, simplemente detienen su progreso o disminuyen la sintomatología física de la enfermedad. En este momento de la enfermedad el papel del psicólogo consiste en ayudar a mejorar la calidad de vida del paciente y la de los familiares, así como auxiliar con el manejo del dolor y síntomas físicos del paciente. De igual manera potenciar las estrategias de afrontamiento como la toma de decisiones y la percepción de control, tanto en la familia como en el paciente.

Otras problemáticas psicológicas frecuentes, independientes de la fase de tratamiento, que trae consigo el cáncer son la presencia de altos niveles de ansiedad, depresión, diversos de trastornos mentales, estrés en el paciente y en su familia, así como otras dificultades que requieren de atención clínica (Amigo et al., 2011; Doka, 2009; Montgomery y Tatrow, 2006; The National Breast Cancer Center and the National Cancer Control Initiative, 2003).

Estas son algunas de las razones por lo cual el trabajo del psicólogo y del residente de Medicina Conductual tienen un impacto favorable sobre la calidad de vida de los pacientes y sus familias en el área de oncología.

ACTIVIDADES PROFESIONALES DESARROLLADAS

En esta sección se describen las actividades específicas que realizó el residente de Medicina Conductual durante el primer año de residencia. Es importante aclarar que el servicio de oncología se dividía en clínicas, por lo que, al residente se le asignaban rotaciones dentro de estas clínicas. En este periodo se roto por las clínicas de Onco-mama, Gineco-oncología y Tumores mixtos.

Actividades diarias

Las actividades durante este primer periodo, variaron dependiendo del día de la semana como se puede ver en Tabla 7. De esta manera el día lunes se iniciaban actividades a las 7:00 am, con la asistencia a clase de oncología con los residentes médicos impartida, en el auditorio del edificio de enseñanza, por el jefe del servicio. A las 8:00 am se asistía al pase de visita, de los pacientes hospitalizados, donde se evaluaban, por parte de los residentes de medicina conductual, los casos que ameritaban ser vistos por el servicio de psicooncología, dicha visita tenía una duración de una a dos horas.

Inmediatamente después de realizado el pase de visita se procedía a entrar a la consulta externa correspondiente de la clínica en la que se rotaba. Esto con el propósito de detectar y atender a pacientes que requirieran algún tipo de atención psicológica.

La permanencia en la consulta médica terminaba a las 12:00 pm, hora en la cual se procedía a entrevistar a los pacientes hospitalizados, que durante la visita se habían observado con posibles necesidades de atención psicológica. A partir de esa hora se realizaban entrevistas de primera vez, intervenciones, monitoreo de pacientes ya conocidos y elaboración de notas en los expedientes clínicos hasta las 15:00 horas.

El día martes se daba inicio de actividades a las 8:00 am, hora a la que cada quince días se realizaban pláticas, con diferentes temáticas, dirigidas a los pacientes de oncología, con duración de una hora. Los días que no había estas

sesiones se procedían a realizar pendientes con los pacientes hospitalizados. Este día el pase de visita daba inicio a las 9:00 am. Posteriormente se entraba a consulta con los médicos y a las 12:00 pm se procedía a trabajar con los pacientes hospitalizados.

El día miércoles, día académico en el hospital, se comenzaban actividades a las 8:00 am, asistiendo a conferencias de distintas temáticas que se presentaban en el auditorio principal del hospital, dicha actividad era realizada por todos los residentes médicos y los residentes de medicina conductual del hospital, de forma obligatoria. A las 9:00 am, momento en que acaban las conferencias, se procedía al pase de visita en hospitalización. A las 10:30 am se asistía al área de enseñanza a sesiones de casos clínicos impartida por el psiquiatra del hospital el Dr. Ricardo Gallardo Contreras. Al concluir la sesión se procedía a la supervisión académica. Dicha supervisión tenía duración aproximada de una a tres horas en la cual se abordaban dudas, dificultades y recomendaciones para mejorar el trabajo que realiza el residente de medicina conductual. Al término de la supervisión académica se procedía a trabajar con los pacientes hospitalizados hasta las 15:00 horas.

El día jueves se iniciaban actividades a las 8:00 am asistiendo al pase de visita, posteriormente y hasta las 12:00 pm se entraba a consulta externa con los médicos de oncología. De las 12:00 pm a las 15:00 pm se brindaba atención a los pacientes hospitalizados.

El día viernes las actividades comenzaban a las 7:00 am, asistiendo a clase de oncología con los residentes médicos impartida, en el auditorio del edificio de enseñanza, por el jefe del servicio. A las 8:00 am daba inicio el pase de visita. Posteriormente se ingresaba a consulta externa con los médicos hasta las 11:00 am, hora a la que se procedía a asistir a una clase de revisión de artículos relacionados a la intervención psicológica en enfermedades crónicas desde la perspectiva cognitivo conductual. Finalizada la revisión y hasta las 15:00 pm se procedía al trabajo con pacientes hospitalizados.

Existen particularidades y excepciones a estos horarios. Una de estas particularidades consistió en días en que algunos servicios de oncología no brindaban consulta externa, por ser el día quirúrgico de ese servicio, en estos casos se proporcionaba atención a los pacientes hospitalizados desde que finalizaba la visita médica. Otra de las particularidades que podían modificar el horario de trabajo era la atención de pacientes citados de consulta externa del servicio de medicina conductual, en cuyo caso se daba prioridad al paciente citado y posteriormente se retomaban las actividades correspondientes del día. Una situación que aumentaba el tiempo de estancia dentro del hospital era la presencia de algún caso que fuera necesario o urgente trabajar y resolver la o las situaciones que se presentaban

Es relevante mencionar que se tenía planeado, por parte de los supervisores académicos, rotaciones por más clínicas del servicio de oncología durante esta primera etapa. Sin embargo, debido al cambio de servicio, de la residente de segundo año de medicina conductual que se encontraba en este servicio, la rotación por las diferentes clínicas se tuvo que cancelar, ya que era imposible cubrir las diversas clínicas.

Tabla 7. Horario de actividades diarias del residente de medicina conductual, dentro del servicio de oncología

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7:00	Clase de oncología				Clase de oncología
8:00	Pase de visita	Platica	Sesión general	Pase de visita	Pase de visita
9:00		Pase de visita	Pase de visita		
10:00			10:30 a 11:30		
11:00	Consulta externa médica	Consulta externa médica	Revisión de casos 11:30	Consulta externa médica	Consulta externa médica
12:30	Atención a pacientes hospitalizados	Atención a pacientes hospitalizados	Supervisión académica	Atención a pacientes hospitalizados	Atención a pacientes hospitalizados
13:00			Atención a pacientes hospitalizados		
14:00					
15:00					

Pláticas grupales

Los pacientes oncológicos presentan diversas necesidades de información, entre estas podemos destacar ámbitos como: la enfermedad, los tratamientos, el impacto sobre sus vidas, el pronóstico, los cuidados que el paciente y su familia deben de tener (Bakitas, Furstenberg, Henderson y Skalla, 2004; Fukui, 2002). Es por esta razón, que parte de las actividades del residente de medicina conductual fue la impartición de pláticas grupales a pacientes y familiares, con el objetivo de cubrir las diferentes necesidades de información.

Al inicio de la residencia estas pláticas fueron impartidas por la R2 de medicina conductual que se encontraba en el servicio, posterior a su cambio de servicio fueron retomadas por los residentes de primer grado, quienes plantearon un primer ciclo de pláticas realizadas del día 23 de abril de 2013 al 13 agosto del mismo año y posteriormente un segundo ciclo iniciado el tres de septiembre de 2013 concluyendo el 26 de noviembre del mismo año. Para cada plática impartida se desarrolló material impreso (tríptico), que se les entregaba a los asistentes (Apéndice 4).

En las pláticas realizadas durante toda la residencia, se contó con una participación total 92 asistentes. Se presenta en la Tabla 8 los datos generales de los asistentes a las sesiones durante el primer año. En este periodo, 54 fue el número de presentes en estas sesiones, de los cuales 29 fueron pacientes y el resto familiares que los acompañaban o que estaban interesados en las temáticas aunque sus pacientes no asistieran. La asistencia a estas sesiones variaba de 10 a 20 personas, que casi nunca eran las mismas.

La primera plática impartida tuvo por nombre "Miedos y Mitos sobre la enfermedad", el objetivo de esta plática fue desmentir algunos de los mitos más frecuentes sobre el cáncer, sus tratamientos y la relación que existe entre estos mitos, la falta de información y el miedo. Esta plática se impartió en dos ocasiones, a inicios del año 2013 y de 2014.

Tabla 8. Datos descriptivos y médicos de los asistentes a las pláticas

Características	Grupos	N	%
<i>Diagnostico medico</i>	Cáncer de mama	25	86.2
	LNH	2	6.8
	Cáncer de ovario	1	3.5
	Cáncer de laringe	1	3.5
Sexo	Mujer	49	93.8
	Hombre	5	6.2
<i>Edad</i>	Mínimo	18	
	Máximo	90	
	Moda	49	
	Media	52.4	

La segunda plática se nombró “*Impacto físico y psicológico de los tratamientos médicos*” el objetivo fue generar conciencia en los asistentes de las implicaciones físicas, emocionales y conductuales que tienen los tratamientos oncológicos, haciéndose énfasis en que algunos de estos cambios eran normales.

La tercera plática “*Expresión de emociones y la importancia del apoyo psicológico*” se retomaron algunos aspectos de la plática anterior pero en esta ocasión el objetivo principal fue el brindar opciones para el manejo de los cambios emocionales negativos así como promover la importancia del apoyo psicológico en el servicio de oncología. Esta plática también se impartió en dos ocasiones, la primera durante 2013 y la otra en 2014.

La cuarta sesión de nombre “*Adaptación posterior al tratamiento*”, tuvo como objetivo concientizar a los pacientes sobre la importancia de la adherencia a sus consultas médicas durante la fase libre de enfermedad, del como facilitar el regreso a actividades que se habían dejado durante el tratamiento y de lo que acontecería si el tratamiento no fuera efectivo.

La quinta plática impartida “*Como hablar con el médico sobre el tratamiento*” se enfocó en brindar estrategias a los asistentes para poder facilitar la comunicación con su médico tratante.

Productividad

Durante la residencia se trabajó con 470 pacientes distintos, de los cuales 305 fueron atendidos durante el primer año de trabajo, con edades que oscilaron entre los 17 a los 92 años con una media de 49 años. El total de intervenciones en este periodo fue de 654 de las cuales 53.5% fueron subsecuentes y del total de los pacientes el 73.7% fueron mujeres lo cual se presenta en la Tabla 9.

Tabla 9. Pacientes atendidos de acuerdo al género y tipo de consulta

		Consulta		Total
		Primera vez	Subsecuente	
Género	Femenino	245	238	483
	Masculino	59	112	171
Total		304	350	654

En la Figura 4 se observan las intervenciones que se realizaron en diferentes áreas del servicio de oncología, estas fueron: hospitalización, consulta externa, terapia intravenosa y urgencias. Siendo el área de hospitalización donde se llevaron a cabo el mayor número intervenciones, con un porcentaje de 72.2%.

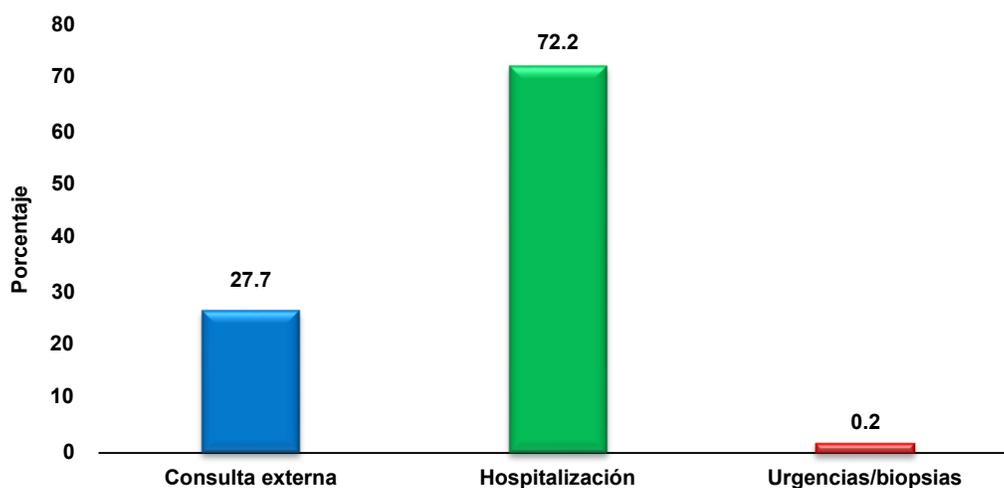


Figura 4. Porcentajes de pacientes atendidos de acuerdo al área de intervención

En la Tabla 10 se presenta la frecuencia en que se trabajó con los diferentes tipos de cáncer. Durante toda la residencia se intervino a pacientes con más de 50 enfermedades oncológicas diferentes, de las cuales 42 fueron vistas durante el primer año.

Tabla 10. Porcentajes de los principales diagnóstico médico de los pacientes atendidos

Diagnóstico Médico		Porcentaje	
Cáncer mama		30.8	
Cáncer colon		10.4	
Cáncer gástrico		8.4	
Cáncer ovario		6.4	
Cáncer cervico uterino		4.7	
Cáncer testículo		4.5	
Enfermedad en estudio		4.4	
Cáncer endometrio		3.9	
Cáncer recto		3	
Cáncer renal		2.5	
Osteosarcoma		1.9	
Cáncer de pene		1.7	
Cáncer pulmón		1.5	
Cáncer tiroides		1.5	
LNH		1	
Enfermedad benigna		1	
Cáncer epidermoide Melanoma	Cáncer cavidad oral	Cáncer de páncreas Adenocarcinoma	0.7
Sarcoma muslo	Cáncer de esófago	Disgerminoma	0.5
Cáncer de lengua	Cáncer de vulva	Cáncer de hígado	
Linfoma	Cáncer de laringe	Ámpula de váter	0.3
	Cáncer uretra		
Carcinosarcoma	Sarcoma de Kaposi	Cáncer de parpado	
Rabdiomiosarcoma	Cáncer de timo	Cáncer de orofaringe	0.2
Cáncer parótides	Cáncer de vejiga	TGE	

La Figura 5 muestra la fase de la enfermedad en que se encontraban dichos pacientes, casi un 80% de ellos se hallaban en la fase de tratamiento. En relación a la frecuencia de los diagnósticos psicológicos en la Tabla 11, podemos observar que poco menos del 60% de los pacientes presentó alguna problemática. Si bien, se encontró un porcentaje alto de pacientes que presentó una respuesta adaptativa acorde a la fase de la enfermedad en que se encontraba, la presencia de trastorno de depresión y ansiedad fue alto, sobre todo cuando los pacientes evidenciaban sintomatología subclínica de estos ante diferentes situaciones relacionadas con la enfermedad, como por ejemplo: ante comunicación de malas noticias, procedimientos médicos, revisión médica, estancia hospitalaria, etc.

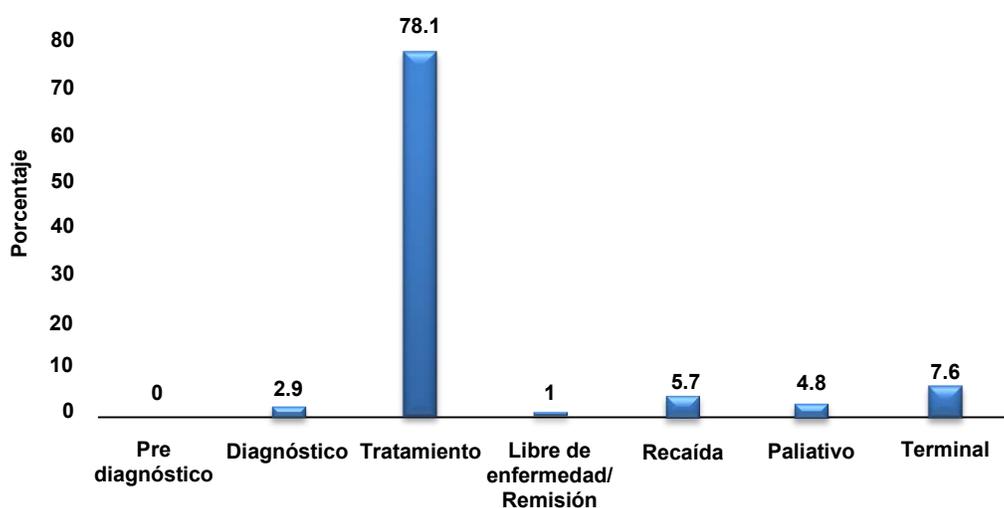


Figura 5. Porcentajes de la etapa de la enfermedad en la que se encontraban los pacientes atendidos.

La Figura 6 hace referencia a las intervenciones de este periodo. Del total el 70.3% fueron de tipo individual mientras que el resto de estas se dieron en frecuencia similar en las modalidades familiares, grupal y de carácter individual-familiar.

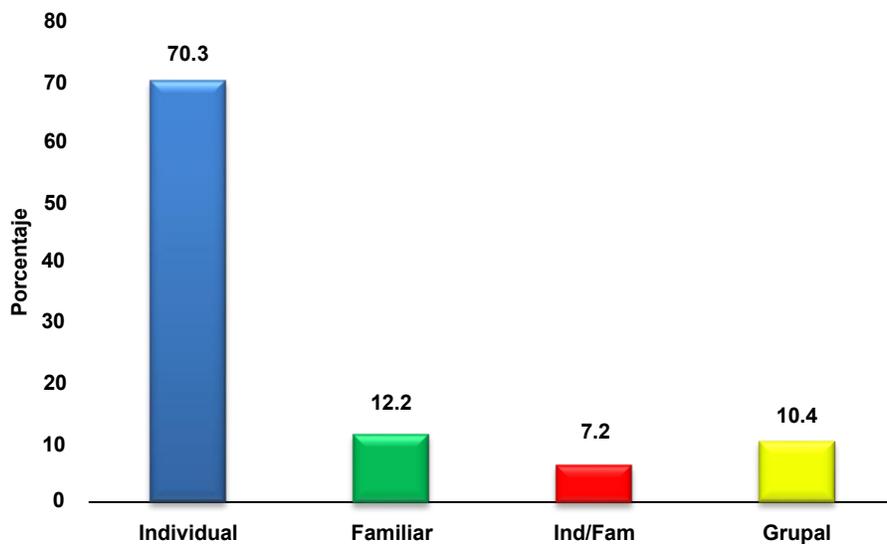


Figura 6. Porcentajes de la modalidad de intervención psicológica.

Tabla 11. Porcentajes de diagnóstico psicológicos de los pacientes atendidos

Diagnóstico psicológico	%
Sin trastorno psicológico	43.3
Síntomas ansiedad	19.5
Síntomas depresivos	17
Diagnóstico aplazado	5.6
Factor psicológico que afecta enfermedad médica	5.4
Reacción de estrés aguda	3.4
Sintomatología mixta Ansiedad/Depresión	1.9
Problemas paterno filiales	0.6
Trastorno bipolar	0.6
Delirio debido a enfermedad medica	0.6
Episodio depresivo	0.4
Problemas conyugales	0.2
Problemas de relación no especificado	0.2
Trastorno adaptativo	0.2
Trastorno depresivo	0.2
Trastorno de conversión	0.2
Trastorno de personalidad	0.2
Trastorno de ansiedad	0.2
No valorable	0.2
Trastorno por dolor	0.2

Dentro de estas modalidades se encuentran diferentes tipos de intervención como psicoterapia, monitoreo, evaluación, pláticas grupales, pacientes de protocolo e intervenciones en crisis, los porcentajes de cada uno de estos se pueden observar en la Tabla 12.

Tabla 12. Porcentajes de los tipos de intervenciones realizadas.

Intervenciones	%
Psicoterapia	35.9
Monitoreo	31
Evaluación	21.8
Plática grupal	8.3
I. Crisis	3.1
Protocolo	0.0

En la Tabla 13 se presenta la frecuencia de atención, de acuerdo a las diferentes áreas dentro del servicio de oncología, siendo hospitalización donde se realizaron el mayor número de intervenciones.

Tabla 13. Porcentajes de las áreas en que se realizaron intervenciones psicológicas.

Área hospitalaria	%
Hospitalización	72.2
Consulta externa	27.7
Urgencias/biopsias	0.2
Terapia intravenosa	0.0

ACTIVIDADES ACADÉMICAS NO PROGRAMADAS

Elaboración y validación de una escala para medir los niveles de autocontrol relacionado a la adherencia a una dieta.

Como parte de la residencia, pero no relacionado directamente con el servicio asignado, se llevó a cabo la elaboración y validación de un instrumento que evaluara un factor psicológico relacionado con una enfermedad crónica, escogiéndose la adherencia a una dieta y el autocontrol. A continuación se presenta dicho proceso de elaboración y validación.

Como lo menciona la Organización Mundial de la Salud (2014), en la actualidad uno de los principales problemas de salud en el mundo son las enfermedades crónicas degenerativas, ocupando los primeros lugares en prevalencia, incidencia y mortalidad. Los tratamientos para estas enfermedades suelen consistir en la ingesta de medicamentos, cirugías y/o cambios de estilo de vida, como dejar de hacer ciertas actividades o el cambio de dieta. Existen enfermedades crónicas, como la diabetes, la obesidad, la hipertensión arterial, las enfermedades renales, entre otras, donde el papel principal del tratamiento se centra en el cambio de alimentación (dietas), generando mejores resultados a largo plazo que con la simple toma de medicamentos.

Sin embargo se ha encontrado que una gran cantidad de individuos no muestran adherencia a las dietas. Esta situación se ha investigado desde diferentes perspectivas como la autoeficacia, el locus de control, el autocontrol e incluso perspectivas puramente cognitivas que mencionan que la información que uno tenga sobre la enfermedad y el tratamiento son los factores que propician la adherencia.

En el siguiente trabajo se retoma el papel que juega el autocontrol en las personas, sobre el seguir o no una dieta, así como la importancia de la creación de un instrumento que evalúe el nivel de autocontrol de pacientes, relacionado a la adherencia a una dieta.

Autocontrol

El autocontrol suele entenderse como cualquier acto que requiere un individuo para anular, modificar o inhibir un comportamiento, deseo, pensamiento o emoción (Baumeister, 1994, Norman y Shallice 1986 en Gagn, Muraven y Rosman, 2007). Pero al hablar de autocontrol no solo se debe de conceptualizar como la inhibición de respuestas, ya que el autocontrol cuenta con más componentes.

Mahoney (1981) menciona que existen dos concepciones básicas sobre este concepto, la primera hace referencia a una concepción tradicional que la concibe como *fuerza de voluntad*. Esta perspectiva define al autocontrol como un rasgo de personalidad, una fuerza psíquica que permite mostrar control sobre sus propios actos, cabe mencionar que esta postura no ha probado ser un concepto útil para el análisis experimental del autocontrol.

La segunda concepción surge de la perspectiva conductual en la cual desde los años 70 se han realizado diversas investigaciones sobre el autocontrol, inicialmente con animales como ratas y pichones. A partir de estos estudios se puede considerar al autocontrol como una característica esencial del individuo en que la propia persona es el agente de cambio de conducta (Baumeister, Tice y Vohs, 2007). Bicard, Endo y Neef (2001) señalan que el autocontrol se puede definir de manera específica como la elección de, entre mínimo dos opciones, la respuesta que produzca una alta ganancia a largo plazo. Por ejemplo, una persona que tiene que seguir una dieta, básicamente tiene dos posibles conductas a elegir, la primera consistiría en no seguir la dieta y la segunda sería seguir la dieta, si esta persona decidiera no seguir la dieta tendría una recompensa inmediata la cuál podría ser comer lo que le guste en cualquier momento, sin embargo al llevar acabo esta conducta, a la larga, la salud de esta persona se podría deteriorar. En cambio, si tomara la elección de seguir la dieta, estaría posponiendo una recompensa inmediata (comer lo que se le gusta), para tener una mejor salud (recompensa mayor); de elegir esta segunda opción se podría hablar de que un individuo tiene autocontrol.

Rachlin (1976) menciona que, el autocontrol no sólo implica que la persona prefiera una mayor recompensa a futuro en lugar de una recompensa más pequeña pero inmediata, también consiste en evitar un mayor dolor o castigo en el futuro a cambio de menor dolor o castigo en el presente. A esta concepción, Mahoney (1981) agrega que una persona muestra autocontrol cuando *“en ausencia relativa de coacciones inmediatas, pone en práctica una conducta cuyas probabilidades previas eran menores que las de otras conductas posibles (p. 30)”*.

De acuerdo con este autor, estas concepciones hacen referencia a tres importantes características del fenómeno del autocontrol: la primera implica que siempre existen dos o más posibles conductas distintas a realizar, la segunda se refiere a que las consecuencias de las mismas suelen ser conflictivas dependiendo de la valoración del individuo y la tercera indica que la pauta de autorregulación suele verse provocada por factores externos, es decir, este cambio conductual suele verse reforzado o estimulado externamente, por ejemplo por personas cercanas o por normas de la sociedad en que se vive.

Es importante destacar que en ninguna forma el autocontrol se refiere a algún tipo de control interno del comportamiento, ya que la relación de control por parte del ambiente continúa presente en el autocontrol y la diferencia básica radica en el arreglo de contingencias por parte del sujeto con el fin de controlar sus propios comportamientos, en otras palabras es el sujeto quien dispone de ciertos eventos ambientales, en forma tal que se determine el comportamiento especificado y caiga bajo su propio control (Rezk, 1976).

Así para que un individuo mantenga el autocontrol, debe emprender determinadas conductas que modifiquen su medio en forma tal que cambien a su vez, sistemáticamente, otras conductas. Se puede decir que la persona influye sobre las situaciones de su vida y se ve influida a su vez por éstas (Mahoney, 1981).

Adherencia

La adherencia a un tratamiento puede ser entendida como todas aquellas conductas, que lleva a cabo una persona, relacionadas con la toma de medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del estilo de vida que se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria, como lo es un médico (Sabaté, 2008 en Rivera-Álvarez y Velandia-Arias, 2009).

La psicología de la salud parte de la consideración de que la adherencia al tratamiento es un fenómeno complejo que involucra una multiplicidad de factores y que, en esencia, se trata de un comportamiento humano modulado por componentes subjetivos, que conceptualiza la conducta de cumplir el tratamiento está mediada por los conocimientos y creencias que el paciente tienen de la enfermedad, encontrándose además implicados aquí procesos motivacionales y volitivos para recuperar la salud (Escalante y Granados, 2010).

El estudio de la adherencia a los tratamientos en las enfermedades crónicas resulta especialmente relevante, ya que se estima que en la actualidad las cifras de la no adherencia están cerca del 50% del total de pacientes (Martín y Grau, 2005; Silva, Galeano y Correa, 2005 en Gatica, Gómez, Ortiz y Ortiz, 2011). Al respecto se han encontrado diversas variables que contribuyen a la no adherencia por ejemplo: el apoyo social, principalmente el familiar (Coffman, 2008; Di Matteo, 2004; Van Dam et al., 2005 en Gatica et al., 2011), de igual manera se ha encontrado que la creencia sobre el grado de amenaza que la enfermedad tenga se relaciona con la falta de adherencia (Crespo, Rubio, Casado, Sánchez Martos y Campos, 2000 en Granados y Roales, 2007), relacionado con esta última variable se han llevado a cabo numerosas investigaciones sobre la relación entre conocimiento (información) y adherencia, que sugieren que el conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento resulta esencial para la adherencia, sin embargo, como se mencionó previamente por sí sola parece no ser suficiente para promover los cambios conductuales requeridos como parte del manejo de la enfermedad (Blesing-Moore, 1996 en Salvador, 2004).

Autocontrol y adherencia a la dieta

Se reporta que el insuficiente autocontrol está relacionado con problemas de conducta e impulsividad, incluyendo el comer en exceso, abuso de alcohol, consumo de drogas, actos criminales, la violencia, gastos excesivos, comportamiento sexual impulsivo, embarazos no deseados y tabaquismo (Baumeister et al., 2007).

Tomando a la adherencia como la incorporación o mantenimiento de hábitos en el estilo de vida, modificando aquellos que puedan constituir un factor de riesgo para la progresión de una enfermedad además de la búsqueda de conocimiento y el desarrollo de habilidades para controlar situaciones que interfieren o podrían interferir con los objetivos terapéuticos (Varela, 2010) y que estudios han identificado algunos procesos específicos del autocontrol relacionados con la adherencia, como el descuento temporal o la demora de reforzamiento, en el cual se evidencia una tendencia a preferir recompensas pequeñas pero inmediatas, (Green y Rachlin, 1972 en Cuevas y Hernández-Pozo, 2008). De esta manera se puede relacionar la falta de adherencia con niveles bajos de autocontrol. De igual manera la no adherencia tiene relación con los factores externos que influyen en la presencia de autocontrol, por ejemplo, en el caso particular de la adherencia a una dieta en pacientes con una enfermedad crónica se ha encontrado que sus familias fungen el papel de reforzador necesario para presentar niveles adecuados de autocontrol (Mahoney, 1981).

Otra de las características necesarias para el autocontrol que influye con la adherencia a una dieta es el conocimiento de las consecuencias de seguirla o no, así como la información pertinente para saber en qué consiste la dieta (Salvador, 2004). Como lo menciona Rachlin (en Cándido y Cano, 2002) el comportamiento autocontrolado no sólo consiste en conductas concretas en momentos concretos, sino que se tiene que analizar como un patrón de conductas que se desarrollan a lo largo del tiempo, como lo requieren los tratamientos de cambio de dieta en pacientes crónicos ya que estos suelen ser permanentes.

Por estas razones es importante tomar en consideración el papel que juega el autocontrol para detectar los factores que interfieren en la adherencia a los tratamientos de modificación de dieta. De esta manera surge la importancia de generar un instrumento, adecuado y culturalmente relevante, que permita medir los niveles de autocontrol de los pacientes con enfermedad crónica degenerativa, relacionada a la adherencia a la dieta.

Elaboración del instrumento

El primer paso para la elaboración de este instrumento fue elaborar un plan de prueba, basados en la literatura, sobre las dimensiones a evaluar. Este se presenta en la Tabla 14.

Tabla 14. Plan de prueba de las dimensiones a evaluar en el instrumento de autocontrol

	Familiar	Personal	Noción de Información
Conductual	X	X	X
Cognitivo	X	X	X
Emocional	X	X	X

De tal manera como el autocontrol es una capacidad propia del individuo, se tomó en cuenta las dimensiones cognitivas, conductuales y emocionales del mismo, de igual manera se ha señalado que la familia del paciente crónico funge como reforzador de la presencia de las conductas de autocontrol, por esta razón la influencia de la familia también se evaluará en las tres dimensiones, por último la literatura menciona que la decisión que tome el individuo dependerá de la cantidad y calidad de información, en este caso médica, que tenga con respecto a las consecuencias (positivas como negativas) que lleve consigo la decisión que tomé, esta dimensión se evaluaría en el área cognitiva .

Proceso de identificación del lenguaje de la población

Identificadas las dimensiones a evaluar se procedió determinar el lenguaje adecuado para población mexicana, con respecto a los conceptos de dieta y

autocontrol, para poder determinar el lenguaje más apropiado para redactar el instrumento.

Para determinar el lenguaje se realizó un cuestionario que constó de cinco preguntas abiertas. Posteriormente se procedió a aplicarlos en lugares en los que se reunieran personas de distintas edades como fueron parques, escuelas, alrededores de mercados, entre otros. El proceso de aplicación consistió en acercarse a las personas y decirles: *“buenos días, podrían ayudarme a contestar un cuestionario breve de cinco preguntas. El objetivo es con fines académicos y no se le solicitan datos personales más que la edad y su estado civil”*. Al recibir respuesta positiva por parte de las personas se procedió a entregarles el cuestionario y una pluma para contestarlo, en algunos casos donde la persona no sabía escribir se le pedía que contestara verbalmente y el aplicador anotaba las respuestas, al terminar el cuestionario se recogían las hojas, las plumas y se le agradecía a las personas por su participación.

De esta aplicación se obtuvieron 89 cuestionarios, de los cuales 42 fueron de hombres y 47 de mujeres, las edades de los participantes oscilaron entre los 18 y los 74 años de edad. Con los datos generados se procedió a analizar el discurso de las respuestas de los participantes, obteniendo las frecuencias de frases por cada pregunta. En primera instancia se realizó el análisis dividiendo las respuestas entre sexo (hombre y mujer) esto con el propósito de determinar si el lenguaje que se utiliza es similar entre sí. Al determinar la similitud de respuestas se realizó una integración de estas para realizar un análisis de frecuencia en donde se encontró el punto de saturación de las respuestas dadas por los participantes, el cual indicaba las frases con las que las personas identifican los conceptos a evaluar.

Validación del instrumento.

El siguiente paso consistió en la creación de los reactivos de la prueba, utilizando el lenguaje obtenido por medio del análisis del discurso. Para la elaboración de estos reactivos se tomó en cuenta las dimensiones preestablecidas

en el plan de prueba, generándose un total de 30 reactivos, cada uno con cuatro opciones de respuesta: *nunca, casi nunca, casi siempre y siempre*.

Método

Para la validación, este instrumento se aplicó a 177 personas que reportaron tener alguna enfermedad crónica y que el médico le hubiera recomendado cambio de dieta como parte del tratamiento. Estos participantes tenían edades en el rango de 17 a 78 años ($M=46.5$, $DE=13.32$), de estos participantes 104 fueron mujeres y 73 hombres. Se evaluaron otras variables sociodemográficas como estado civil, grado de estudios y el diagnóstico médico que tienen, estas variables se presentan en la Tabla 15.

Aplicados los instrumentos, se procedió a realizar una serie de procedimientos para determinar si los reactivos mostraban niveles adecuados de confiabilidad. El primer paso consistió en realizar una base de datos con los resultados arrojados, tras la aplicación del instrumento, en el programa SPSS 20 (Statistical Package for the Social Science). Ya en la base de datos se realizaron diversos análisis estadísticos comenzando con un análisis de frecuencias solicitando la media y el sesgo de todos los reactivos, con el propósito de determinar si la base tenía algún error de captura y corregirlo de ser necesario, así como verificar que todas las opciones de respuesta hayan sido atractivas, situación que sucedió.

Utilizando el sesgo se determinó si las conductas eran típicas o no, dado que para este instrumento la aplicación se realizó a población con características específicas lo que se esperaba era que las conductas fueran atípicas, por lo que aquellos reactivos que se encontraban entre -5 y +5 fueron marcados para revisión posterior al finalizar todo el análisis.

El siguiente paso consistió en realizó una prueba t para muestras independientes, tomando todos los reactivos y comparándolos entre su primer y tercer cuartil, con la finalidad de evaluar si los reactivos discriminaban. Tras este

análisis se procedía a descartar los reactivos que no puntuaban significativamente, dado este paso se retiraron cinco reactivos.

Tabla 15. Datos descriptivos y médicos de los participantes (N=177)

<i>Características</i>	<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Características</i>	<i>Grupos</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Estado Civil				Diagnóstico medico			
	Casado	101	57.1	Obesidad	56	31.6	
	Soltero	61	34.5	DM	44	24.9	
	Divorciado	5	2.8	Hipertensión	13	7.3	
	Viudo	6	3.4	Lupus	1	0.6	
	Unión libre	4	2.3	Enfermedad renal crónica	5	2.8	
				Dislipidemia	1	0.6	
Sexo				Sx nefrótico	1	0.6	
	Mujer	104	59.1	Gastritis	47	26.6	
	Hombre	72	40.9	Cardiopatía	1	0.6	
				Colecistitis	1	0.6	
Grado de estudios				Osteoporosis	5		
	Sin estudios	1	0.6	Osteoartritis	1	0.6	
	Primaria	31	17.6	Ca garganta	1	0.6	
	Secundaria	29	16.5				
	Preparatoria	70	39.8				
	Universidad	35	19.9				
	Posgrado	10	5.7				

Posteriormente, por medio de un análisis de crosstabs realizado a todos los reactivos se estimó la direccionalidad de estos, es decir, si las frecuencias de las opciones de respuesta se distribuían en la dirección adecuada, encontrándose solo 13 reactivos con esta característica, se marcó para revisión los reactivos que no se distribuían adecuadamente. Subsiguientemente se realizó un análisis de confiabilidad Alpha de Cronbach para los 25 reactivos restantes, obteniéndose como primera instancia un alfa de .793, en este análisis no se vio la necesidad de descartar reactivos. Se continuó con un proceso de correlaciones entre los 25 reactivos con el cual se determinó utilizar una rotación ortogonal para el análisis

de factorial que se realizó posteriormente y en el cual se eligieron solo aquellos reactivos que tuvieran una carga factorial igual o mayor a .40. Por medio de este análisis se determinó el número de factores reales y se determinó retirar los reactivos que se presentaran en más de un factor, aquellos en que su carga factorial fuera menor a .40, de igual manera los que dentro de un factor se contara con menos de tres reactivos y se descartaban los reactivos que no tuvieran una congruencia conceptual dentro del factor. Con este paso se descartaron 11 reactivos más.

Posterior a este análisis se determinaron tres factores, a los que se les realizó un nuevo análisis de confiabilidad para cada uno. La Tabla 16 presenta el primero de los factores de nombre *reforzamiento familiar*, al finalizar se constituyó por seis reactivos con una confiabilidad de .905. El segundo factor de nombre *acciones individuales* consto de cuatro reactivos, que se exponen en la Tabla 17, con una confiabilidad de .769. El tercer y último factor, presentado en la Tabla 18, denominado *noción de información sobre la dieta*, consto de cuatro reactivos con una confiabilidad de .686.

Tabla 16. Análisis factorial para la dimensión de *reforzamiento de familiar* (α total=.905).

Reactivo	Carga factorial
Lo que piensa mi familia de mi dieta me ayuda a seguirla como se debe.	.849
Mi familia me felicita por seguir la dieta que me indico el doctor	.739
Mi familia respeta el que siga mi dieta	.788
Mi familia me ha preguntado por qué tengo que seguir la dieta	.729
Mi familia hace algo para apoyarme con mi dieta	.846
Mi familia me alienta a seguir la dieta	.878
Media= 13.25	DE=5.90

Tabla 17. Análisis factorial para la dimensión *Acciones individuales* (α total=.769).

Reactivo	Carga factorial
He sido constante en mi dieta, aun si tengo que preparar de comer algo que NO me guste	.758
Pienso que soy muy disciplinado al seguir mi dieta	.799
Como lo que me gusta aunque NO me ayude a estar sano.	.770
Creo tener la fuerza de voluntad necesaria para dejar de comer lo que me gusta	.749
Media= 10.46	DE=3.1

Tabla 18. Análisis factorial para la dimensión *noción de información sobre la dieta* (α total=.686).

Reactivo	Carga factorial
el nutriólogo me ha ayudado a entender el plan de dieta que debo seguir	.763
Pienso que conozco el plan de la dieta que debo seguir	.781
Ir con un nutriólogo o un especialista me ha ayudado a seguir la dieta	.768
Aun sabiendo las consecuencias, dejaría de seguir una dieta	.566
Media= 12.87	DE=3.1

Conclusión

Los resultados obtenidos tras los procesos estadísticos, para determinar los factores que evalúa el instrumento, concuerdan con lo mencionado por Rezk (1976) y Mahoney (1981), quienes indican que los componentes del autocontrol abarcan tanto dimensiones individuales, familiares y el conocimiento de las implicaciones de tomar una de las posibles decisiones.

Si bien, se esperaba obtener tres factores diferentes para la dimensión familiar e individual que cubrieran respectivamente las cogniciones, la conducta y las emociones, el resultado final para estas dos dimensiones fue un factor, respectivo para cada una, que evalúa tanto cogniciones y conductas.

Al realizar un último análisis de confiabilidad, para esta *escala de autocontrol relacionado a la adherencia a una dieta* (Anexo 1), con los 14 reactivos finales se obtuvo un alfa de .785, puntuación que indica un nivel adecuado de confiabilidad Para generar las normas de calificación, los puntajes brutos de los

inventarios se convirtieron valores Z y posteriormente a valores T, para facilitar la creación de las normas. Se realizó la separación entre hombres y mujeres, para determinar si se debían de tener diferentes normas de calificación dependiendo del sexo, pero se encontró que ambos sexos comparten las mismas puntuaciones. De esta manera se determinaron cinco posibles puntajes (T): <30 indica Impulsividad, puntajes de 30-45 indican de niveles bajos de autocontrol, de 45-60 presencia de niveles moderados de autocontrol, de 60-75 niveles altos de autocontrol y puntajes mayores a 75 indican un nivel óptimo de autocontrol.

De acuerdo con esta norma ninguna de las personas cuenta con un nivel óptimo de autocontrol y de igual manera no se encontraron personas impulsivas. La mayoría de los puntajes de las personas se encontraron en las restantes tres categorías, esto nos puede indicar la necesidad de realizar trabajo para mejorar los niveles de autocontrol de los pacientes a quienes se les indica el cambio de dieta, para poder de esa manera cubrir una de las variables de importancia dentro de la adherencia a la dieta y de igual forma se subraya la importancia de generar instrumento culturalmente relevantes que nos ayuden a detectar y/o medir estas variables que influyen en la salud de las personas.

OTRAS ACTIVIDADES ACADEMICAS NO PROGRAMADAS

Asistencia a eventos académicos

- 1- Asistente al “*VI Congreso Latinoamericano de psicología de la salud: Bienestar social y calidad de vida*”, celebrado del 5 al 7 de junio de 2013, en San Luis potosí, San Luis potosí. Organizado por la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA).

Competencias profesionales alcanzadas

Dos de las actividades dentro del hospital, el pase de visita y consulta externa médica, ayudaron a desarrollar, de manera importante, competencias durante este primer año.

Se desarrollaron habilidades de observación clínica de las respuestas conductuales que denotaban una posible atención psicológica de los pacientes. Igualmente gracias a estas actividades se obtuvo el conocimiento médico sobre las implicaciones de la enfermedad y sus tratamientos, que como médico conductual es de gran importancia para el trabajo con los pacientes.

Adicionalmente estas actividades fomentaron habilidades para relacionarse con el personal médico y realizar un mejor trabajo multidisciplinario. Se desarrolló la habilidad de entrevista, específicamente a pacientes hospitalizados, escenario que era desconocido para el residente.

Las actividades ya mencionadas, como la atención psicológica tanto por consulta externa como en hospitalización, favorecieron el desarrollo de las habilidades para la evaluación, diagnóstico e intervención de pacientes oncológicos utilizando el modelo cognitivo-conductual.

Evaluación del sistema de supervisión

Supervisión *in situ*: Durante este periodo esta supervisión fue intermitente, es decir la psicóloga responsable de dicha supervisión no se encontraba formalmente en el servicio, lo cual dificultaba que se realizaran las actividades de formación y entrenamiento de los residentes.

Supervisión académica: la supervisión académica fue adecuada en calidad, contenido y el tiempo de esta, incluso realizando actividades correspondientes a la *In situ*, tratando de subsanar la falta de esta.

Sugerencias

El trabajo realizado en este primer año fue principalmente de carácter asistencial dejando de lado la realización de un protocolo de investigación, por lo que se sugiere impulsar la realización de este desde el primer año.

De igual forma se espera que siguientes generaciones no tengan la dificultad de no contar con una supervisión *in situ* adecuada.

ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL: SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA

Hospital Juárez de México: Servicio de Oncología/Psicooncología

Actividades profesionales desarrolladas

Debido a decisiones administrativas no se realizaron rotaciones a partir de esta generación de residentes, razón por la cual el segundo año se realizó en la misma institución, situación que fue aprovechada para continuar el aprendizaje y trabajo en esta área.

Actividades diarias

En esta etapa de trabajo en el servicio de Oncología, se retomaron las rotaciones en las diferentes clínicas, esto gracias a la llegada de un tercer residente de medicina conductual, que anteriormente se encontraba en el área de Oncopediatría del mismo hospital. Adicionalmente en esta etapa se contó con la llegada de dos residentes de medicina conductual de primer año, con lo cual se lograron abarcar más clínicas del servicio de oncología, como radioterapia, oncología-médica y la preconsulta.

En la primera rotación se participó dentro de las clínicas de Onco-mama y Ginecología Oncológica, la segunda rotación se dio en la clínica de Cabeza y Cuello, terapia intravenosa y urgencias oncológicas. En la última etapa de la residencia se caracterizó por una rotación, en segunda ocasión, en las clínicas de tumores mixtos y cabeza y cuello, así como la participación por primera vez dentro de la consulta de oncología-médica y la consulta de primera vez o pre-consulta, servicio que consiste en una valoración médica de los pacientes que asisten por primera vez al servicio de oncología que tiene como propósito determinar a qué clínica de oncología será canalizado el paciente, debido a la petición del jefe del servicio el residente de medicina conductual ingresaba a esta consulta para valorar, a través de registros conductuales, la relevancia de que determinados pacientes recibieran intervención psicológica.

El horario durante el tercer semestre fue idéntico al del primer año, solo que a consideración de la supervisora *in situ*, la participación del residente dentro de la consulta externa médica se extendió hasta las 12:30, hora a la cual se procedía a ver pacientes hospitalizados o de consulta externa en el consultorio de Psicooncología. Adicionalmente, al contar durante este primer semestre de este año con una supervisión *in situ*, se realizaban supervisiones individuales una vez a la semana, esta actividad tomaban lugar a partir de las 13:00 horas hasta las 15:00.

En la segunda mitad del año, nuevamente el servicio quedo sin una supervisión *in situ* y por otro lado se contó con la llegada de los nuevos residentes. Por esta razón se decidió, que como parte del trabajo dentro del servicio los residentes de segundo año impartieran sesiones académicas a los nuevos residentes, sobre las principales enfermedades oncológicas y las variables psicológicas implicadas en estas. Esta actividad se llevaba a cabo los días martes a las 8:00 am. De igual manera se realizaban sesiones en las que se revisaban las principales estrategias cognitivo conductuales empleadas en el servicio, realizándose esta actividad los días jueves de las 14:00 a las 16:00 horas.

Las actividades mencionadas se plantearon para iniciar un método de enseñanza en cascada, en el cual como parte del trabajo del residente de segundo año se realizaron actividades de supervisión de casos y notas clínicas, además de apoyar a mejorar habilidades clínicas de entrevista de los nuevos residentes.

Pláticas grupales

Como se mencionó previamente, parte de las actividades del residente de medicina conductual es la impartición de pláticas a pacientes y familiares del servicio de oncología. En este segundo año se dieron algunas sesiones idénticas al primer año agregándose un par más y nuevamente se desarrolló material impreso (tríptico), que se les entrego a los asistentes (ver Apéndice 4).

La asistencia total a estas pláticas fue de 38, de los cuales 26 fueron pacientes del servicio de oncología y el resto familiares de estos, cuyas edades y diagnósticos se presentan en la Tabla 19. De igual manera que en el primer año existió una mayor participación por parte de las mujeres y de pacientes con cáncer de mama.

Tabla 19. Datos descriptivos y médicos de los asistentes a las pláticas

Características	Grupos	N	%
<i>Diagnostico medico</i>			
	Cáncer de mama	16	61.53
	Cervico uterino	4	15.38
	En estudio	3	11.53
	Hepatocarcinoma	1	3.8
	Cáncer de ovario	1	3.8
	Tumor benigno	1	3.8
<i>Sexo</i>			
	Mujer	34	89.4
	Hombre	4	10.6
<i>Edad</i>			
	Mínimo	36	
	Máximo	68	
	Moda	50	
	Media	52.6	

Nuevamente y como primera plática del año fue la sesión de “*Miedos y Mitos sobre la enfermedad*”.

La segunda plática de este ciclo “*Expresión de emociones y la importancia del apoyo psicológico*” sesión impartida en el primer año.

La cuarta plática titulada “*Autocuidado durante el tratamiento*” tuvo como objetivo concientizar al paciente sobre el papel que él juega en su salud, mientras se encuentra en la fase de tratamiento, además de promover la comunicación entre el paciente y su médico para conocer más acerca de sus cuidados.

La quinta y última platica con el título “*¿Cómo hablar con los niños sobre la enfermedad?*” fue dirigida a que los asistentes conocieran las estrategias básicas (que hablar, como decirlo, en que momento hablar), para poder dar la noticia del padecimiento de la enfermedad de un familiar, de la mejor manera para los niños.

Productividad

En esta sección se presentan los datos estadísticos correspondientes a la atención de pacientes durante el segundo año de residencia. En la Tabla 20 se presenta el número total de entrevistas de este periodo. Se atendieron a 124 nuevos pacientes, realizándose 290 intervenciones contándose estos nuevos pacientes y aquellos con trabajo subsecuente del primer año. Las edades de los pacientes oscilaron entre los 17 y 84 años. La mayoría de los pacientes atendidos fueron mujeres, solo el 26.5% de la atención dada fue a hombres.

Tabla 20. Pacientes atendidos de acuerdo al género y tipo de consulta

		<i>Consulta</i>		Total
		Primera vez	Subsecuente	
<i>Género</i>	Femenino	91	122	213
	Masculino	41	36	77
<i>Total</i>		132	158	290

A pesar de que se realizaron intervenciones en diversas áreas del servicio, el área de hospitalización fue el sitio en donde se llevó a cabo el mayor número de estas, como se observa en la Figura 7. La Figura 8 muestra la fase de enfermedad en que se encontraban los pacientes atendidos, siendo la fase de tratamiento en la que se encontraba la mayoría de los pacientes con un 61.6%.

Durante este periodo, la enfermedad con la que se trabajó con mayor frecuencia fue el cáncer de mama, contándose este entre los 41 tipos de enfermedad, enlistados en la Tabla 21, con las que se trabajó.

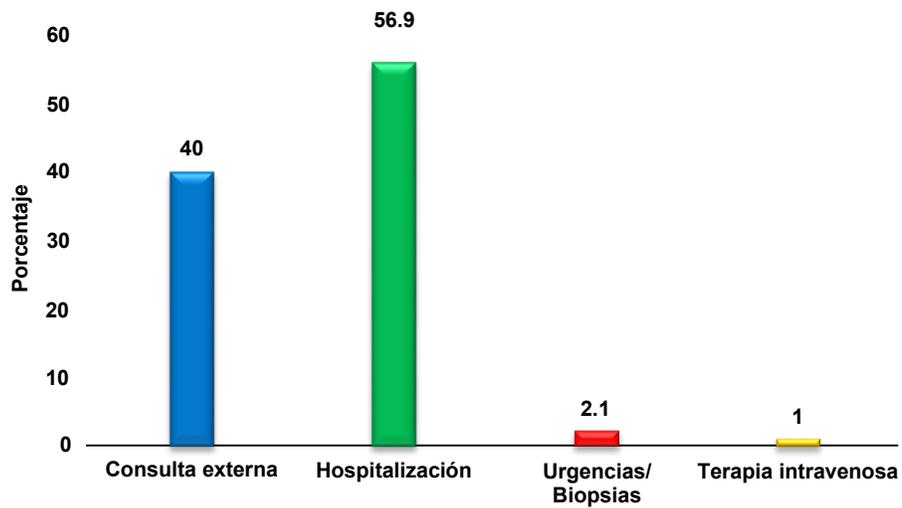


Figura 7. Porcentajes de pacientes atendidos de acuerdo al área de intervención

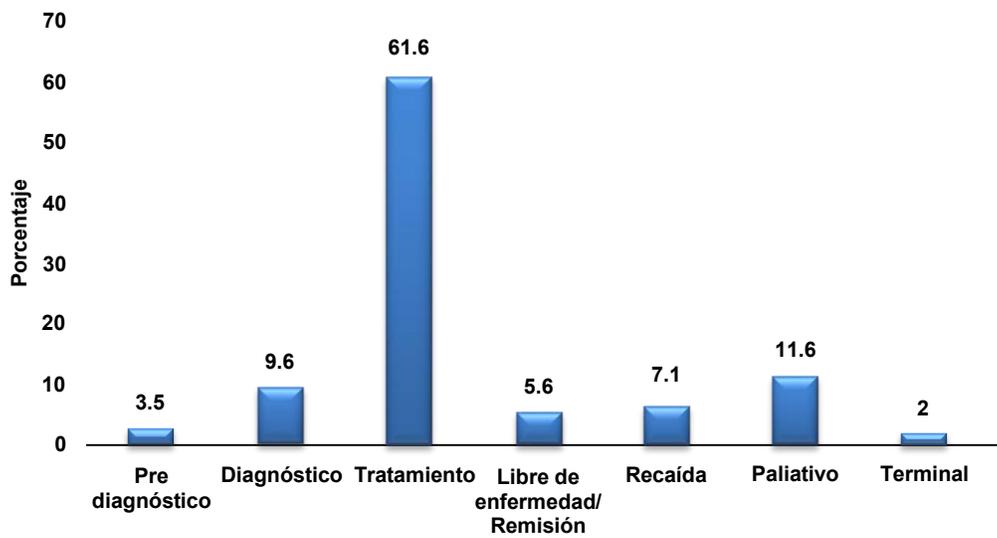


Figura 8. Porcentajes de la etapa de la enfermedad en la que se encontraban pacientes atendidos.

Tabla 21. Porcentajes de los principales diagnóstico médico de los pacientes atendidos

Diagnóstico Médico		Porcentaje por enfermedad
Cáncer mama		21.8
Cáncer cervico uterino		10.7
Cáncer tiroides		7
Cáncer testículo		6.6
Enfermedad en estudio		6.3
Cáncer colon		6.3
Cáncer ovario		4.1
Enfermedad benigna		4.1
Cáncer de hígado		3.3
Cáncer endometrio		2.2
LNH		2.2
Cáncer de lengua		1.8
Cáncer cavidad oral		1.8
Cáncer recto	Melanoma	1.5
Cáncer de laringe	Linfoma Hodking	
Cáncer gástrico	Cáncer paladar	1.1
Cáncer renal	Cáncer de esófago	
Cáncer de páncreas	Cáncer parótides	.7
Cáncer pulmón	Hepatocarcinoma	
Cáncer pene	Cáncer de encía	
Gistoma sigmoides	Tumor Germinal Extragonadal	.4
Cáncer retroperitoneal	Cáncer de parótida	
Cáncer próstata	Cáncer epidermoide	.4
Linfoma	Liposarcoma	
Linfoma gástrico	Adenocarcinoma	
Cáncer de nariz	Cáncer de vía biliar	

En cuanto a los diagnósticos psicológicos podemos notar en la Tabla 22, que las dificultades psicológicas sobrepasan el 70% de los pacientes. La Figura 9 muestra la frecuencia en cuanto a las modalidades de intervención, observándose que la modalidad de mayor frecuencia siguió siendo la de tipo individual.

Dentro de estas modalidades se encuentran diferentes tipos de intervención como psicoterapia, monitoreo, evaluación, pláticas, pacientes de protocolo e intervenciones en crisis, los porcentajes de cada uno de estos se pueden observar en la Figura 10.

Tabla 22. Porcentajes de los principales diagnóstico psicológicos de los pacientes atendidos

Diagnóstico psicológico	%
Sin trastorno psicológico	25.9
Reacción de estrés aguda	15.5
Síntomas ansiedad	12.1
Diagnóstico aplazado	12.1
Factor psicológico que afecta enfermedad médica	10.8
Síntomas depresivos	8.2
Trastorno adaptativo	3
Trastorno depresivo	2.6
Problemas conyugales	2.2
Trastorno de ansiedad	1.7
Problema de relación asociado a enfermedad médica o trastorno mental	1.3
Incumplimiento terapéutico	1.3
Problemas de relación no especificado	0.9
Sintomatología mixta ansiedad/depresión	0.9
No valorable	0.9
Problemas paterno filiales	0.4
Otros problemas	0.4

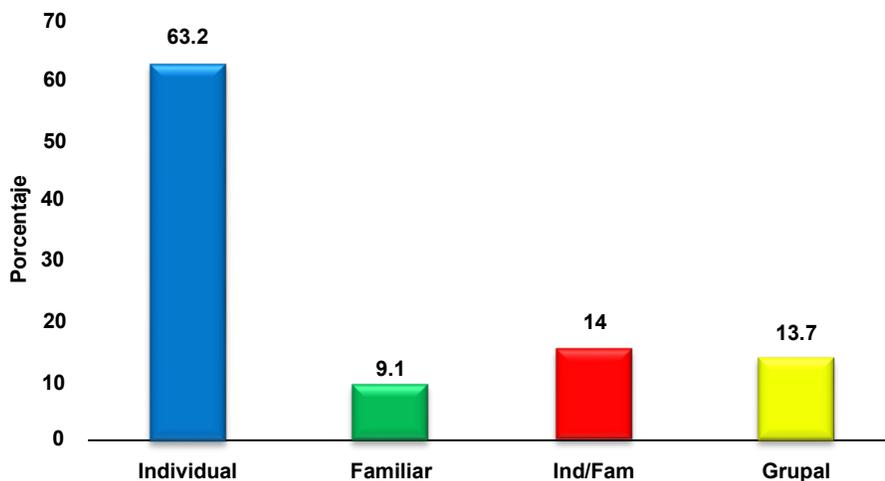


Figura 9. Porcentajes de la modalidad de intervención psicológica.

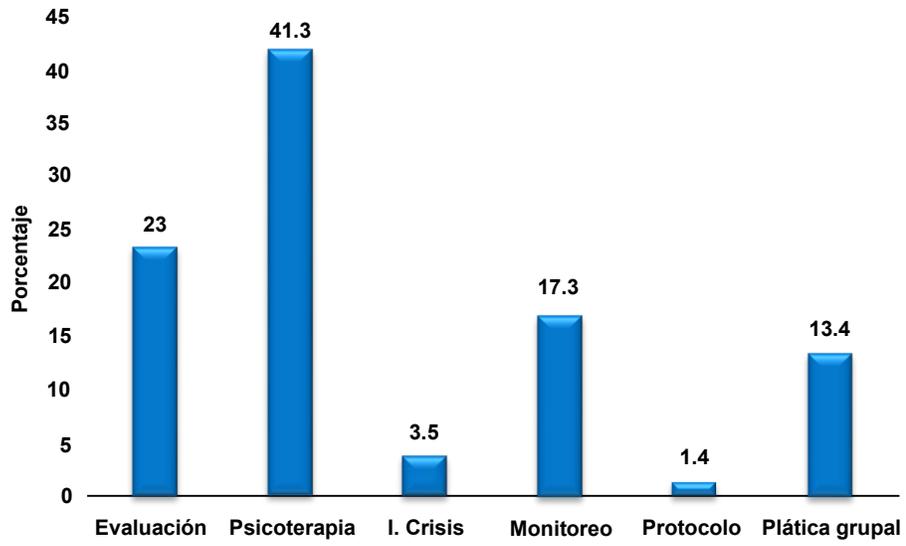


Figura 10. Porcentajes de los tipos de intervenciones realizadas

ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS

Asistencia a eventos académicos

- Asistencia al "2º Curso, introducción a los cuidados paliativos en pacientes oncológicos y no oncológicos" realizado del 7 al 9 de mayo de 2014 en las instalaciones del Hospital General "Dr. Manuel Gea González".

Ponencias en congresos

- Asistente y expositor del trabajo "El papel del residente de medicina conductual en oncología adultos en el Hospital Juárez de México" en el 3er Coloquio Nacional de Psicooncología, llevado a cabo en el Instituto Nacional de Cancerología del 23 al 25 de agosto de 2013.
- Asistente y ponente en modalidad cartel del trabajo "Niveles de autocontrol en la adherencia a una dieta, en pacientes con enfermedades crónicas", en el XXI Congreso Mexicano de Psicología, celebrado del 9 al 11 de octubre de 2013, en Guadalajara, Jalisco. Organizado por la Sociedad Mexicana de Psicología A.C.
- Asistente y ponente, en modalidad oral, del trabajo "Evaluación del autocontrol para la adherencia a una dieta de pacientes con enfermedad crónica", en el V Congreso Latinoamericano de Psicología ULAPSI, celebrado del 14 al 17 de mayo de 2014, en La Antigua Guatemala, Guatemala.

Educación continúa

- Asistencia al taller "Psicofarmacología para psicólogos", impartido por la Dra. María Elena Márquez Carabeo con una duración de 8 horas. Realizado en el XXI Congreso Mexicano de Psicología, celebrado del 9 al 11 de octubre de 2013, en Guadalajara, Jalisco.
- Asistencia al taller "Aplicación de las técnicas cognitivo conductuales en la práctica clínica" realizado del 9 de noviembre al 7 de diciembre de 2013 en las

instalaciones de la división de educación continua de la facultad de psicología de la UNAM, con una duración de 20 horas.

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS

Actividades diarias

De las actividades ya mencionadas, tanto la atención psicológica en consulta externa como en hospitalización, favorecieron el desarrollo de las habilidades para la evaluación, diagnóstico e intervención de pacientes oncológicos utilizando el modelo cognitivo-conductual.

Actividades académicas

Estas actividades promovieron la búsqueda de textos especializados en el tema de enfermedades crónicas y la atención psicológica basada en evidencia, así como la implementación de esta información en el contexto de trabajo donde se realizó la residencia.

Protocolo

Dicha actividad permitió participar en un área poco explotada en esta residencia, dado que la mayor parte del trabajo es asistencial, logrando así mejorar la experiencia profesional al incluir la oportunidad de realizar investigación.

Supervisión In situ y académica

Estas actividades contribuyeron al mejor uso del modelo cognitivo-conductual, como en: el uso adecuado de la terminología, mejorar la conceptualización de los casos (en sus evaluaciones e intervenciones), la implementación adecuada de la evaluación diagnóstica según el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV, por sus siglas en inglés), favorecer el aprendizaje sobre metodología para la implementación de un protocolo de investigación dirigido a pacientes oncológicos.

EVALUACIÓN

Las evaluaciones realizadas a continuación cuentan con una descripción de los aspectos favorables y desfavorables acompañados de una calificación que va de 0 a 10, considerando este último como la más alta y adecuada.

Servicio asignado

La recepción y el trabajo conjunto entre los médicos, enfermería, trabajo social y demás miembros del equipo de salud, con el residente de medicina conductual se dio de una manera rápida (con la mayoría del personal), esto fue así ya que este servicio cuenta con una larga historia del trabajo de medicina conductual lo cual facilitó la inserción del residente. En cuanto a los espacios para la atención de pacientes de consulta externa se contó con dos consultorios que, debido a la infraestructura del hospital, a consideración personal no son apropiados para una atención psicológica adecuada. *Evaluación 9.*

Actividades diarias y académicas

En cuanto al trabajo diario en el hospital se consideró adecuadas las diferentes actividades ya que estas ayudaron al desarrollo de habilidades y conocimientos que se esperaba para la residencia, por otro lado el cambio repetidamente de actividades como fue mencionado en la sección de *descripción de actividades*, puede ser desfavorable ya que los médicos adscritos suelen requerir del apoyo psicológico con algunos pacientes y el residente de medicina conductual no se encuentra fácilmente debido a estos cambios de actividades. Mientras que las actividades académicas fueron sobre temáticas relacionadas y adecuadas para los objetivos que se pretendían abordar. *Evaluación 9.*

Sistema de supervisión *In situ* y académica

Una de las más grandes deficiencias dentro de la residencia fue la ausencia, durante más de la mitad del tiempo, de un supervisor *In situ* dentro del área de oncología y durante el período en que se contó con supervisión no se contó con una facilidad de tiempo para ser supervisado, esto debido a las

actividades de la supervisora, pero en cuanto a la calidad de la supervisión puede considerarse como adecuada. *Evaluación 6.*

Al igual que en el primer año la supervisión académica fue completa y adecuada cumpliendo con actividades que sobrepasaban sus funciones, en beneficio del residente. *Evaluación 10.*

Conclusiones y sugerencias

El servicio de Psicooncología en el cual se participó durante la residencia es una de las áreas, dentro del Hospital Juárez De México, en la que medicina conductual ha participado durante muchos años. Razón por la cual al llegar el residente a este servicio, ya se tenían expectativas sobre su trabajo por parte del personal médico, así como del mismo residente.

Estas expectativas a consideración personal fueron satisfechas adecuadamente. Inclusive se logró que los médicos residentes de Oncología y médicos que se encontraban rotando en este servicio, quienes nunca habían trabajado colaborativamente con psicólogos, notaran la importancia del trabajo multidisciplinario solicitando el apoyo psicológico para los pacientes.

Se consiguió registrar un protocolo de investigación, situación que es poco común en la residencia dentro del Hospital Juárez, debido a que, como se mencionaba, la mayor parte del trabajo es asistencial y anteriormente solía haber limitaciones administrativas que impedían el registro oficial de estos trabajos.

El servicio de Oncología, es una gran área de trabajo, no en el aspecto de infraestructura, más bien haciendo referencia a la demanda de pacientes que tiene, la cual supera a las 300 personas por día, solo en consulta externa. De acuerdo a estadísticas mostradas en el presente trabajo, el 60% de los pacientes pueden requerir del apoyo psicológico, sin embargo aquí se encuentra una dificultad importante ya que el servicio no cuenta con un psicólogo de base y hay periodos de tiempo en que el número de los residentes de medicina conductual fluctúa de entre dos a cinco personas y entre menos sean los residentes mayor es

la carga de trabajo y desafortunadamente el número de pacientes que pueden verse beneficiados por el trabajo psicológico disminuye.

Una sugerencia que se hace va relacionada a la supervisión *in situ*, en el sentido en que se necesita contar con esta supervisión de manera permanente, ya que es un apoyo necesario en el trabajo diario del residente, en virtud que cumple una función de preparación y entrenamiento de este. Una segunda sugerencia es mantener un número fijo de por lo menos tres residentes en el área de Oncología, si bien lo ideal es contar con un equipo de más de cinco psicólogos, esto es a veces imposible, pero un equipo de tres residentes facilita la división de las clínicas médicas para la atención de los pacientes que lo necesiten.

La última sugerencia tiene que ver con el protocolo de investigación. Es importante que se impulse al residente de medicina conductual tras recibir la asignación a su servicio a realizar un protocolo, si bien la investigación no es la parte fundamental de esta residencia, si es una experiencia de gran importancia para la formación de mejores especialistas. Además el dar inicio al planteamiento de un protocolo desde la asignación de servicio permitirá al residente a conocer las necesidades de la población con quien trabajara y poder aprovechar el tiempo de la residencia para poder realizar protocolos que requieran de mayor tiempo para su aplicación.

Referencias

Abbas, A., Fausto, N., Kumar, V. y Mitchell, R. (2007). *Compendio de patología estructura y funcional*. Madrid: Elsevier.

Abrishami, A., Chung, F., Hui Yun, V., Peng, P. & Wong, J. (2009). Predictors of Postoperative Pain and Analgesic Consumption: A Qualitative Systematic Review. *Anesthesiology*, 111(3), 657–677. Recuperado el 29 de septiembre de 2013, de: https://www.mc.vanderbilt.edu/documents/paineducation/files/Predictors_of_Postoperative_Pain_and_Analgesic_36.pdf

Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés) GLOBOCAN (2012). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Section of Cancer Information. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
Consulta: 24/02/2014

Allen D., Biley F. & Gillen E. (2008). Effects of music listening on adult patients' pre-procedural state anxiety in hospital. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(1), 24–49. Recuperado el 2 de octubre de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21631813>

Alley, P., Booth, R., Broadbent, E. & Petrie, K. (2003). Psychological Stress Impairs Early Wound Repair Following Surgery. *Psychosomatic Medicine*, 65(5), 865–869. Recuperado el 28 de septiembre de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14508033>

Almanza-Muñoz, J., Pérez, S. y Rosario, I. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de Sanidad Militar*, 62(5), 209-217. Recuperado el 30 de octubre de 2013, de: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=88yIDARTICULO=38071yIDPUBLICACION=4032>

Almeida, J., Kowalski, L. & Vartanian, J. (2009). Clinical Predictors of Quality of Life in Patients With Initial Differentiated Thyroid Cancers. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 135(4), 342-346. Recuperado el 29 de septiembre de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Clinical+Predictors+of+Quality+of+Life+in+Patients+With+Initial+Differentiated+Thyroid+Cancers>.

Amigo I., Fernández C., Fernández J. y Pérez M. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces vol. II*. España: Pirámide.

Amigo, I., Fernández, C., Fernández, R., Gracia, J., Padierna, C., Peláez, I. y Villoria, E. (2011). Terapia de activación conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 27(2), 278-291. Recuperado el 10 de febrero de 2013, de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/122851/0>

Apodaca, A., Estrada, E. y Granados, M. (2009). Cáncer Diferenciado de la Tiroides: Aspectos Generales. *Cancerología*, 4, 65-71. Recuperado el 19 de septiembre de 2013, de <http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1257541527.pdf>

Babaian, R., Carr, D., Cohen, L., Fortier, A., Miles, B., Parker, P., Pettaway, C., Pisters, L. & Wei, Q. (2009). The Effects of a Presurgical Stress Management Intervention for Men With Prostate Cancer Undergoing Radical Prostatectomy. *Journal of Clinical Oncology*, 27(19), 3169-3176. Recuperado el 28 de septiembre 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2716938/>

Babaian, R., Cohen, L., Kentor, D., Miles, B., Parker, P., Patel, T., Pettaway, C., Pisters, L., Radvanyi, L., Savary, C., Vence, L., Wei, Q. & Wiltz, L. (2011). Presurgical stress management improves postoperative immune function in men with prostate cancer undergoing radical prostatectomy. *Psychosomatic Medicine*, 73(3), 218–225. Recuperado el 28 de septiembre 2013, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21257977>

- Baena E., Bazán R., Cárdenas B., Carranque, G., Chavesa, P., Fernández, P., Herraiz R. y Velasco B. (2004). Dolor postoperatorio e inteligencia emocional. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 51, 75-79. Recuperado el 28 de septiembre 2013, de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3546738>
- Bakitas, M., Furstenberg, C., Henderson, J. & Skalla, K. (2004). Patients' Need for Information About Cancer Therapy *Oncology Nursing Forum*, 31(2), 313-319.
- Bandeira, D., Bergmann, J., Caumo, W., Ferreira, M., Iwamoto, C., Schmidt, A. & Schneider, C. (2001). Risk factors for preoperative anxiety in adults. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 45(3), 298–307. Recuperado el 28 de septiembre 2013, de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1399-6576.2001.045003298.x/abstract>
- Baumeister, R., Tice, D. & Vohs, K. (2007). The strength model of Self-control. *Current directions in psychological science*, 16(6), 351-355. Association for psychological science
- Bicard, D., Endo S. & Neef, N. (2001). Assessment of impulsivity and the development of self-control in students with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of applied behavior analysis*, 34(4), 397-408.
- Bonnetaind, F., Conroyc, T., Guillemina, F., Rotondaa, C. & Veltend, M. (2013). Factors Associated With Fatigue After Surgery in Women With Early-Stage Invasive Breast Cancer. *Oncologist*, 18(4), 467-475. Recuperado el 19 de septiembre 2013, de: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/early/2013/01/31/theoncologist.2012-0300.short>
- Botella-Carretero, I., Caballero, C., Escobar-Morreale, H., Galan, J. & Sancho, J. (2003). Quality of life and psychometric functionality in patients with differentiated thyroid carcinoma. *Endocrine-Related Cancer*, 10(4), 601–

610. Recuperado el 19 de septiembre 2013, de: <http://erc.endocrinology-journals.org/content/10/4/601.full.pdf>

Bovbjerg, D., David, D., Goldfarb, A., Montgomery, G., Schnur, J., Silverstein, J., Tatrow, K. & Weltz, C. (2008). Hypnosis Decreases Presurgical Distrés in Excisional Breast Biopsy Patients. *Anesthesia y analgesia*, 106(2), 440-444. Recuperado el 20 de septiembre 2013, de: <http://www.nwmedicalhypnosis.com/documents/Hypnosis%20decreases%20opresurgical%20stress%20in%20breast%20biopsy%20patients.pdf>

Bovbjerg, D., Diefenbach, M., Erblich, J., Montgomery, G. & Schnur, J. (2010). Pre-surgery psychological factors predict pain, nausea and fatigue one week following breast cancer surgery. *Journal Pain Symptom Manage*, 39(6), 1043–1052. Recuperado el 29 de septiembre 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2918882/>

Braunwald, E., Fauci, A., Jameson, J., Kasper, D., Longo, D., Loscalzo, J. & Sthepen, H. (2008). *Harrison, principios de medicina interna*. Nueva York; México: Mc Graw Hill.

Brown, D., Chauhan, N., Devins, G., Enepekides, D., Eskander, A., Freeman, J., Gilbert, R., Goldstein, D., Gullane, P., Higgins, K., Irish, J., Rotstein, L., Sawka, A. & Wei, A. (2012). Waiting for thyroid surgery: a study of psychological morbidity and determinants of health associated with long wait times for thyroid surgery. *The Laryngoscope*, 123(2), 541-547. Recuperado el 29 de septiembre 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22865699>

Brunet, J., Burke, S., Grocott, M., Jack, S., Sabiston, C. & West, M. (2013). Patients perceptions of quality of life during active treatment for locally advanced rectal cancer: the importance of preoperative exercise. *Support Care Cancer*, 21(12), 3345-3353. Recuperado el 29 de septiembre 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23912669>

- Cabrero J., Richrat M. y Sancho, N. (1992). Revisión bibliográfica sobre la información y otras intervenciones educativas y psicológicas preparatorias para la cirugía. *Enfermería clínica*, 2(1), 20-25. Recuperado el 15 de octubre de 2013, de: <http://zl.elsevier.es/es/revista/enfermeria-clinica-35/numeros-anteriores/1998>
- Camargo, M., Díaz, M., Tovar, S. y Wiesner C. (2004). *El cáncer: Aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*. Colombia: Ministerio de la Protección Social Instituto Nacional de Cancerología
- Cándido, A. y Cano, G. (2002). Análisis psicológico conductual de las estrategias de autocontrol implicadas en el consumo de alcohol. *Adicciones*, 14(4), 443-454.
- Cann, P., Eberhardt, J., Schaik, P. & Wersch, A. (2006). Information, social support and anxiety before gastrointestinal endoscopy. *British Journal of Health Psychology*, 11(4), 551–559. Recuperado el 15 de octubre de 2013, de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1348/135910705X72514/abstract>
- Cano, M., Meneses, A., Mohar, A. Rizo, P., Sierra, M. y Vázquez, G. (2007): Registro Hospitalario de Cáncer: Compendio de Cáncer 2000–2004. *Cancerología*, 2, 203-287
- Cánovas M., Cos R., Estrada M., Moix, J. y Sanz, A. (1998). Eficacia de una intervención cognitivo-conductual en pacientes quirúrgicos. *Cirugía Española*, 64, 347-352. Recuperado el 15 de octubre de 2013, de: https://www.google.com.mx/url?sa=tyrct=jyq=yesrc=sysource=webycd=1yca&d=rjauact=8yved=0CB8QFjAAyurl=http%3A%2F%2Fpazines.uab.cat%2Fjennymoix%2Fsites%2Fpazines.uab.cat.jennymoix%2Ffiles%2F10.-_cirugiaadultos98b.doc&ei=XivU7WsMpCSqAbR9YKQCAyusg=AFQjCNHAMpXhnYP8VJDGW5F152J2hFce2gybvm=bv.69837884,d.b2k

- Caorsi, V., Cecoli, F., Fenocchio, M., Ferone, D., Giusti, M., Melle, G., Minuto, F., Mortara, L. & Rasore, E. (2011). Five-year longitudinal evaluation of quality of life in a cohort of patients with differentiated thyroid carcinoma. *Journal of Zhejiang University-Biomedicine y Biotechnology*, 12(3), 163-173. Recuperado el 29 de septiembre de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3048930/>
- Cárdenas, C., Quiroga, C., Restrepo, M., y Cortés, D. (2005). Histerectomía y ansiedad: estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56, 209-215.
- Castillero Y. y Pérez, M. (2003). Preparación psicológica para la cirugía mayor. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 6(13). Consultado el 17 de octubre de 2013: <http://reme.uji.es/articulos/ayalia1990710102/texto.html>
- Chang, H., Choi, W., Kim, J., Lee, Y., Oh, Y., Park, C. & Seok, J. (2013). Relationship between Negative Mental Adjustment to Cancer and Distrés in Thyroid Cancer Patients. *Yonsei Medical Journal*, 54(3), 658-664. Consultado el 17 de octubre de 2013: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3635633/>
- Cuevas, E. y Hernández-Pozo, M. (2008) Evaluación de la impulsividad en fumadores: una revisión sistemática. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 293-311.
- De Ridder, M., De Wilt, H., Hermus, A., Huijbers, A., Marres, H., Netea-Maier, R., Prins, P., Repping-Wuts, H., Roerink, S., Stikkelbroeck, N. & Timmers, H. (2013). High level of distrés in long-term survivors of thyroid carcinoma: Results of rapid screening using the distrés thermometer. *Acta Oncology*, 52(1), 128–137. Recuperado el 29 de septiembre de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23101467>

Devine, E. (2003). Meta-Analysis of the Effect of Psychoeducational Interventions on Pain in Adults With Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30(1), 75-89. Recuperado el 19 de noviembre de 2012, de www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12515986

DeVita, V., Lawrence, T. & Rosenberg, S. (2008). *DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles y Practice of Oncology. Volumen 2*. Lippincott Williams y Wilkins,

Dirección General de Información en Salud (DGIS) (2009). *Base de datos de egresos hospitalarios por morbilidad en Instituciones Públicas, 2004-2007*. [En línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. <<http://www.sinais.salud.gob.mx>>

Doka, K. (2009). *Psicoterapia para enfermos en riesgo vital*. España: Desclée de Bruwer.

Escalante, E. y Granados, E. (2010). Estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Revista de Psicología*. 16, (2), 203-215.

Fukui, S. (2002). Information Needs and the Related Characteristics of Japanese Family Caregivers of Newly Diagnosed Patients With Cancer. *Cancer Nursing*, 25(3), 181-186.

Gagn, M., Muraven, M. & Rosman, H. (2007). Lack of autonomy and self-control: Performance contingent rewards lead to greater depletion. *Science Business Media*, 20(31), 322–330.

García, F (2009). *Manual de organización del servicio de oncología del Hospital Juárez de México*. Documento interno.

Gatica, A., Gómez, D., Ortiz, M. y Ortiz, E. (2011). Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Terapia Psicológica*, 29(1), 5-11.

- Giacomantone, E. y Mejía, A. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*. Buenos Aires, Paidós.
- Giacomantone, E., y Mejía A. (1997). *Estrés preoperatorio y riesgo quirúrgico*. El impacto emocional de la cirugía Buenos Aires: Paidós,
- Granados, G. y Roales J. (2007). Creencias relacionadas con la hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *International journal of psychology and psychological therapy*, 7(3), 393-403.
- Green, L. & Rachlin, H. (1972). Journal of the experimental analysis of behavior commitment, choice and self-control. *State university of new york at stony brook*, 17(1), 15-22.
- Hori, M., Ito, K., Ohno, Y., Suzuki, T., Tanaka, N. & Utada, M. (2012). High Preoperative Anxiety Level and the Risk of Intraoperative Hypothermia. *International Journal of Clinical Medicine*, 3(6), 461-468. Recuperado el 19 de septiembre de 2013, de: <http://www.scirp.org/journal/PaperInformation.aspx?paperID=24401#.U6-Ax I5Obg>
- Hospital Juárez de México (2012). *Manual de organización específico del hospital Juárez de México.*, Noviembre, 2012. <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/comeri/MO2012.pdf>
- Jurado, S., Loperena, V., Mendez, L., Rodriguez, F. y Villegas, M. (1988). La estandarización del inventario de depression de Beck para los residents de la ciudad de Mexico. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Lewin, R., Newell, R., Stafford, N. & Ziegler, L. (2004). The information needs of head and neck cancer patients prior to surgery. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*. 86, 407–410.
- Mahoney, M. (1981). *Autocontrol de la conducta*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Malca, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y bioética*, 9(25), 64-67. Recuperado el 13 de febrero de 2013, de www.redalyc.org/articulo.oa?id=83209205
- McGuigan, F. (1996). *Psicología experimental: métodos de investigación*. México: Prentice Hall.
- Miller, S. (1988). *Developmental research methods*. New Jersey: Prentice Hall.
- Ministerio de la protección social, Instituto Nacional de Cancerología (2004). *El cáncer aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento*. Colombia.
- Montgomery, G. & Tatrow, K. (2006). Cognitive Behavioral Therapy Techniques for Distrés and Pain in Breast Cancer Patients: A Meta-Analysis *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 17-27. Recuperado el 19 de noviembre de 2012, en www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16400532
- Organización Mundial de la Salud (2014). Recuperado el 10 de junio de 2014, en http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Rachlin, H. (1976). *Behavior and learning*. San Francisco: Freeman.
- Rezk, M. (1976). Auto-control: nociones básicas e investigación fundamental. *Revista latinoamericana de psicología*, 8(3), 389-397.
- Rivera-Álvarez, L. y Velandia-Arias, A. (2009). Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. *Revista de Salud Pública*, 11(4), 538-548.
- Salvador M. (2004). Factores psicológicos y sociales asociados a la adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo1. *Psykhé*, 13(1), 21-31.
- Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE. Inventario de ansiedad rasgo-estado. Manual e instructivo*. México: Manual moderno.

Tagay, S., Herpertz, S., Langkafel, M., Erim, Y., Freudenberg, L., Schopper, N., Bockisch, A., Senf, W. & Gorges, R. (2005). Health-related quality of life, anxiety and depression in thyroid cancer patients under short-term hypothyroidism and TSH-suppressive levothyroxine treatment. *European Journal of Endocrinology*, 153(6), 755–763. Recuperado el 29 de septiembre de 2013, de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16322380>

The National Breast Cancer Centre and the National Cancer Control Initiative (2003). *Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer*. Funded by the Department of Health and Ageing A National Health Priority Area Initiative, Australia.

Apéndice 1

El tratamiento

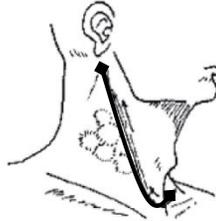
Cuando se tiene un tumor *benigno* o *maligno* en la tiroides el tratamiento que se necesita es la **cirugía**. Esta cirugía tiene una duración de entre 3 a 4 horas y consiste en:

1. Tras recibir la anestesia general y quedar dormido, el médico realizará un corte/incisión en la piel, en la parte baja de su cuello.



De esta manera el médico podrá quitar el tumor y una parte o toda la tiroides, dependiendo de lo que el considere más adecuado.

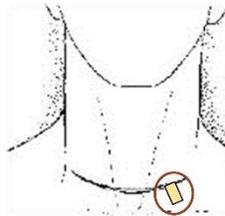
2. Si el médico lo considera necesario puede hacer una herida más grande y quitar ganglios del cuello.



Cualquier cirugía por más pequeña o grande tiene sus riesgos y el médico le informara en su momento cuales son los de esta cirugía

Después de la cirugía

- Tener dolor por la cirugía
- Puede tener voz ronca por algún tiempo
- Puede hacer actividades que no lo desgaste
- Puede permanecer un día o más en el hospital
- **Algunos** pacientes tienen dificultad para tragar o masticar
- Si se necesita más tratamiento el medico se lo comentara después de unas semanas.



Es importante seguir las indicaciones del médico



Hospital Juárez de México

Servicio de Psicooncología



Programa:

“Preparación psicológica previa a un procedimiento quirúrgico en pacientes con enfermedad en la tiroides.”



Nombre: _____

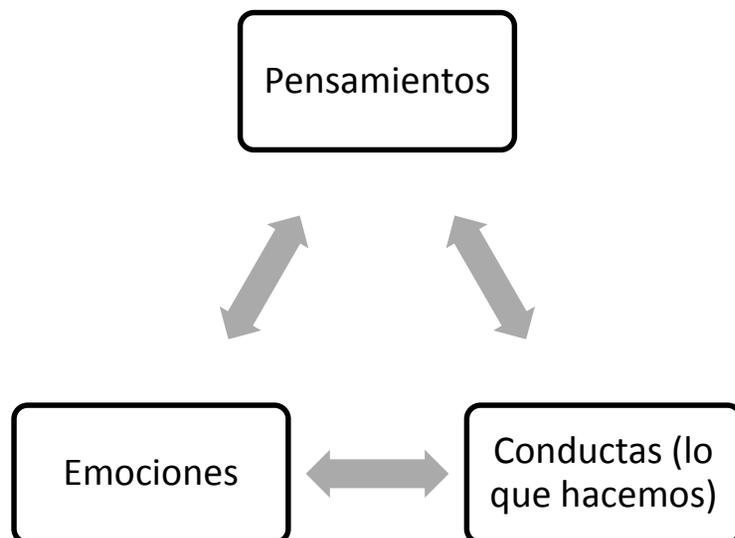
Importancia de saber sobre la enfermedad

Muchas veces cuando **No** sabemos o conocemos cosas **equivocadas** de la enfermedad que tenemos, esto puede hacer que nos *preocupemos, tengamos miedo, que nos demos por vencidos, que tengamos pensamientos negativos, tengamos estrés o ansiedad.*



Esto facilita que nuestra vida se vea afectada de diferentes formas. La mejor herramienta para evitar que esto pase es teniendo información real.

Es importante saber que lo que pensamos puede afectar positiva o negativamente nuestras emociones y nuestra forma de ser. Por lo que al quitarnos algunos de los pensamientos negativos o equivocados que tenemos de la enfermedad y su tratamiento nos puede ayudar a estar más tranquilos.

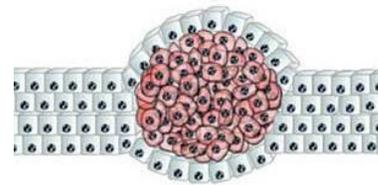


¿Qué es un tumor?

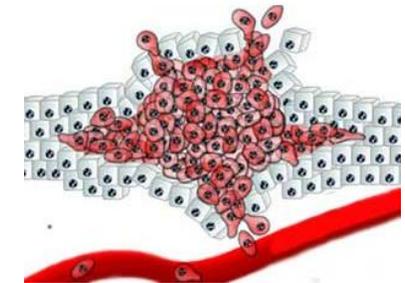
Se llama tumor a un grupo de enfermedades que aparecen cuando las células de nuestro cuerpo se siguen creando cuando el cuerpo no las necesita.

Cuando esto pasa, las células viejas no mueren cuando deberían y estas células que no son necesarias se agrupan y forman una masa que se llama tumor. Existen tumores benignos y malignos (cáncer).

Tumor Benigno



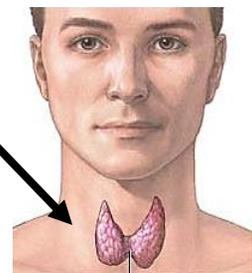
Tumor Maligno



Los tumores malignos o cánceres van a ser diferentes dependiendo del lugar del cuerpo en que aparezcan.

Tiroides

La tiroides es una glándula que ayuda al metabolismo, es decir, ayuda a aprovechar los nutrientes de la comida para dar energía al cuerpo.



Un tumor maligno en esta parte del cuerpo suele ser uno de los cánceres **MENOS** peligrosos, ya que tarda tiempo en crecer y es raro que afecte a otras partes del cuerpo.

A pesar de ser menos peligrosos es importante atenderse.

Apéndice 2

Ejercicio de Respiración diafragmática

Esta respiración es una técnica de relajación para manejar la ansiedad y el estrés. Para aprender a hacer el ejercicio tienes que realizar los siguientes pasos en el lugar más tranquilo que puedas:

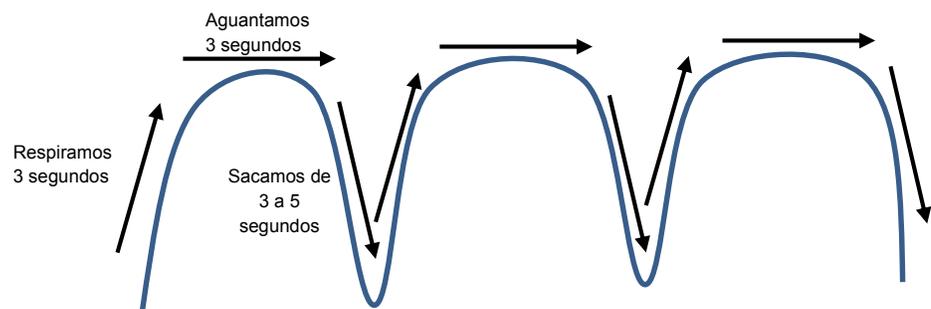
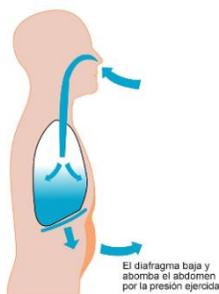
1- Aprender la respiración diafragmática

- ❖ Pon una mano en el pecho y otra en el estómago, para que te des cuenta que llevas el aire a tu abdomen, sin mover el pecho, cuando realices el ejercicio.
- ❖ Estando acostado toma aire lentamente y trata de llevarlo a la parte de abajo de tus pulmones, llenando el estómago y barriga, sin levantar el pecho.
- ❖ Guarda el aire en esa posición durante unos segundos.
- ❖ Suelta el aire, lentamente, hundiendo un poco el estómago y abdomen, sin mover el pecho.



2- Aprenda a hacerlo más despacio

- ❖ Cuando seas capaz de realizar el ejercicio como en el primer paso, es momento de respirar aún más despacio.
- ❖ Estando acostado o sentado, tu respiración tiene que durar 3 segundos, lo retiene tres segundos y después soltamos el aire lentamente de 3 a 5 segundos.
- ❖ Repite el ejercicio primero dos veces seguidas y luego tres, hasta que te salga sin problemas.



- ❖ Cuando domines el ejercicio realízalo durante 5 minutos seguidos (máximo), de tres a cuatro veces al día, todos los días.

Apéndice 3

Carta descriptiva de la preparación prequirúrgica para pacientes con cáncer de tiroides.

Sesiones	Objetivo general	Objetivos específicos	Estrategias	Descripción del procedimiento	Duración	Materiales
1	Evaluación inicial	Evaluación de: Ansiedad Estrés Depresión	Aplicación de inventarios	Se realiza evaluación inicial a través de diversos inventarios y una entrevista breve.	60 min	Inventarios: BDI IDARE EVA Termómetro de distrés
2	Preparación psicológica prequirúrgica	El paciente será capaz de describir su enfermedad y el procedimiento al que se someterá	Psicoeducación	Se brindara información al paciente sobre el cáncer de tiroides, su tratamiento quirúrgico y la recuperación.	40 min	Video psicoeducativo
		El paciente realizara correctamente el ejercicio de respiración durante dos minutos	Respiración diafragmática	Se enseñara por modelamiento la técnica de respiración diafragmática y se corregirán los errores de su aplicación	50 min	Material de folletería
3	Preparación psicológica prequirúrgica	El paciente aclarara las dudas que aun presente sobre el procedimiento quirúrgico	Orientar / Informar	Se comenta al paciente si aún tiene alguna duda acerca de la enfermedad y/o el tratamiento. De existir alguna duda se le pide al paciente que recuerde el video y revise su material impreso para aclarar esas dudas.	20 min	Material de folletería
		Paciente realizara adecuadamente el ejercicio de respiración	Respiración diafragmática	Se pedirá al paciente realizar el ejercicio de respiración para corroborar que los haya practicado. De ser necesario se corregirá la implementación del ejercicio.	60 min	
4	Evaluación final	Evaluación de: Ansiedad Estrés Depresión Dolor	Aplicación de inventarios	Se realiza segunda evaluación a través de diversos inventarios	30 min	Inventarios: BDI IDARE EVA Termómetro de distrés
		Paciente realizara una práctica supervisada del ejercicios de relajación	Respiración diafragmática	Tras realizada la evaluación se procederá a realizar el ejercicio de respiración.	30 min	
5	Seguimiento	El paciente aprenderá a realizar autoregistros de dolor y consumo de medicamentos	Autoregistro	Se le proporcionara al paciente la hoja de autoregistros de dolor y consumo de analgésicos. Se procederá a enseñar el llenado de manera correcta durante los siguientes días.	30 min	Autoregistro EVA
6	Cierre	Evaluación de dolor y consumo de medicamentos	Autoregistro	Se revisaran los autoregistros y se entrevistara al paciente. Se dará cierre a la intervención.	30 min	Autoregistro EVA

Apéndice 4

¿Tienes miedo por seguir con dudas?

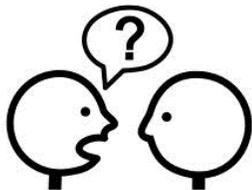
Tener miedo es normal ya que nos ayuda a estar alertas cuando desconocemos lo que puede pasar. El miedo es malo cuando nos impide que hagamos cosas que nos pueden ayudar.

La mejor manera de quitarnos nuestros miedos es tener la información adecuada. Esta información te la puede dar el médico o un experto sobre el tema.



Si aun conociendo sobre la enfermedad sigue estando ese miedo o alguna otra preocupación o pensamiento negativo, puedes acercarte al personal de psicología del servicio quienes te orientarán y brindarán apoyo si lo necesitas

Acércate, pregunta y aclara tus dudas



Para mayor información o alguna duda sobre este u otros temas, acércate a:

Lic. Víctor Hipolito Belmont

Lic. Guadalupe Ledezma Loera

Lic. Marissa Murillo Zavala

Lic. Mayte Ortiz Romero

Lic. Santiago Sandoval Mendoza

Te invitamos a la siguiente plática sobre el:

“Impacto de los tratamientos en mi vida”



¡Recuerda que estamos para apoyarte cuando lo necesites!



**Hospital
Juárez de México**

*Departamento de Psicooncología
Grupo de Damas Voluntarias*

Te invitan a la plática:

“Mitos y realidades del cáncer”



Importancia de saber sobre la enfermedad

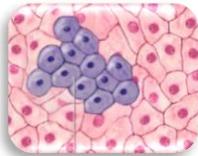
Muchas veces cuando **No** sabemos o conocemos cosas **equivocadas** del cáncer, esto puede hacer que nos preocupemos, tengamos miedo, que nos demos por vencidos, que tengamos pensamientos negativos.



Lo cual facilita que nuestra vida se vea afectada de diferentes formas. La mejor herramienta para evitar que esto pase es teniendo información real.

¿Qué es el cáncer?

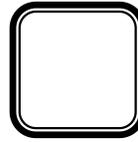
Se llama cáncer a un grupo de enfermedades que aparecen cuando las células de nuestro cuerpo se siguen creando cuando el cuerpo no las necesita.



Cuando esto pasa, las células viejas no mueren cuando deberían y estas células que no son necesarias pueden formar una masa que puede ser cáncer.

Mitos y Realidades

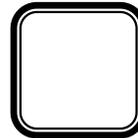
1.- Cáncer significa muerte.



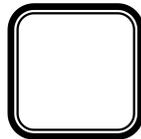
2.- El cáncer es contagioso.



3.- Si yo tengo cáncer mi familia lo puede tener.



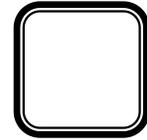
4.- Si tengo cáncer me va a doler.



5.- Si tengo una vida sana **NO** me va a dar cáncer.



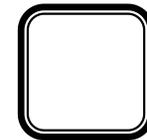
6.- Los tratamientos naturistas curan el cáncer.



7.- Yo me provoqué el cáncer.



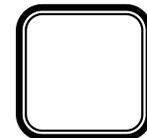
8.- Los tratamientos hacen más daño que la enfermedad.



9.- Ya no voy a poder hacer nada por el cáncer.



12.- Si me da cáncer en una parte del cuerpo me puede dar en otro lado.



A muchas personas les pueden pasar uno o varios de esos cambios.

Algunas personas están preparadas para afrontar el impacto que puede tener el tratamiento en nuestro cuerpo.

Por esta razón es que a unas personas no les afectan tanto los tratamientos.

Es normal sentirse en ocasiones enojada, triste o tener miedo, pero muchas veces dejamos que estas emociones y algunos pensamientos negativos dominen y afecten nuestras vidas. Esto puede traer algunos problemas en nuestro día a día.



Es importante recordar que:

Para cada persona el tratamiento y sus efectos son diferentes.

Para mayor información o alguna duda sobre este u otros temas acércate a:

Los psicólogos de oncología

Lic. En Psicología
Víctor Hipolito Belmont

Lic. En Psicología
Guadalupe Ledezma Loera

Te invitamos a las siguientes pláticas del ciclo:

“Impacto del cáncer de mama en nuestras vidas”



Recuerda que estamos para apoyarte cuando lo necesites



**Hospital
Juárez de México**

Departamento de Psicooncología
Grupo de damas voluntarias

Te invitan a la plática:

“Impacto físico y psicológico de los tratamientos médicos”



Tratamientos del cáncer

Existen varios tratamientos para el cáncer de mama, los más frecuentes son:

- ❖ La quimioterapia
- ❖ La radioterapia
- ❖ La cirugía
- ❖ La hormonoterapia

Cada paciente es único y los tratamientos son distintos para cada persona.

Estos tratamientos tienen algunos efectos sobre nuestro cuerpo y aunque no nos demos cuenta también sobre nuestras emociones y pensamientos.



¿Cómo afecta nuestro cuerpo?

Algunos de los efectos más comunes sobre nuestro cuerpo son:

- Cansancio.
- Debilidad
- Mareos
- Vómitos
- Dolor
- Sensibilidad
- Pérdida del cabello
- Problemas para respirar
- Palpitaciones



¿El tratamiento afecta a mis emociones, mi forma de ser y pensar?

El tratamiento **NO** afecta en nuestra forma de ser o pensar.

Pero en algunas ocasiones los efectos que nos producen nos hacen sentir y actuar de manera diferente a lo normal.

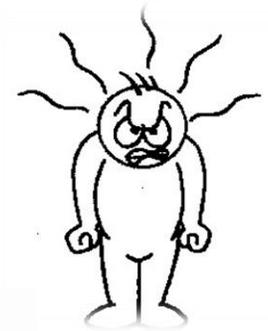
Por ejemplo:

- **Ansiedad**
- **Pensamientos negativos**



Miedo
Preocupaciones

- **Ira**
- **Enojo**
- **Irritabilidad**



- **Tristeza**
- **Llorar**



- **Problemas con la imagen**

¿Por qué ir con un psicólogo?

Mucha gente cree que el psicólogo trabaja con los “**locos**”, pero eso es un error.

Un psicólogo brinda apoyo a las personas que tienen dificultades con sus:

- ✓ Emociones
- ✓ Pensamientos
- ✓ Conductas



¿Quién tiene que ir con un psicólogo en oncología?

Aquellas personas que tengan problemas para salir adelante por si solos de las dificultades psicológicas (emociones, conductas y pensamientos) que han aparecido a causa de la enfermedad.



Para mayor información o alguna duda sobre este u otros temas acércate a:

Los psicólogos de oncología

Lic. En Psicología
Víctor Hipolito Belmont

Lic. En Psicología
Guadalupe Ledezma Loera

Te invitamos a las siguientes pláticas del ciclo:

“Impacto del cáncer de mama en nuestras vidas”



Recuerda que estamos para apoyarte cuando lo necesites



Hospital

Juárez de México

Departamento de Psicooncología
Grupo de damas voluntarias

Te invitan a la plática:

“Expresión de emociones y la importancia del apoyo psicológico”



Las emociones

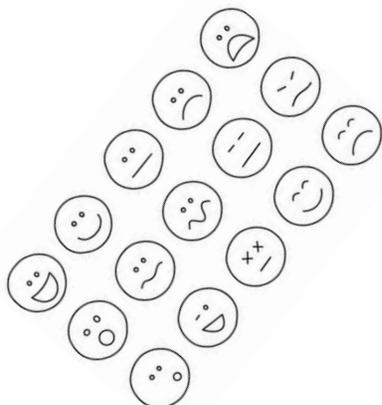
Son sentimientos y respuestas que todas las personas tienen ante diversas situaciones como:

- Una fiesta
- Un accidente
- Algunos pensamientos y recuerdos
- Cuando nos dan malas noticias
- El trato que tenemos de otros
- Entre otras tantas situaciones

Cada persona reacciona diferente ante esas cosas.

Existen muchas emociones, algunas de ellas son:

- ✚ La alegría
- ✚ La tristeza
- ✚ La felicidad
- ✚ El miedo
- ✚ Amor
- ✚ Ira
- ✚ Entusiasmo



Las emociones en la enfermedad

Cuando vivimos con una enfermedad como el cáncer, suele pasar que muchas personas cambian su manera de ser, por ejemplo antes:

Eran alegres y ahora están tristes



Eran tranquilas y ahora tienen miedo



Otra cosa que hacen las personas para lidiar con las emociones durante la enfermedad es hacerse las **“Fuertes”**, poniendo buena cara a todo aunque por dentro se sientan mal.

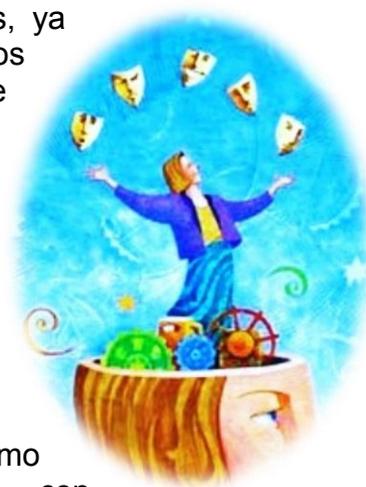


Hacer eso desgasta a las personas y a la larga **NO** nos ayuda a estar bien.

Manejar las emociones es lo que se necesita

Tenemos que entender que:

No hay emociones buenas ni malas, ya que todas nos indican algo que está pasando, lo importante es comprenderlas para poder manejarlas



¿Qué hacer?

- 1- Comparte cómo te sientes con alguien.
- 2- Toma un tiempo para expresarte
 - llora
 - grita
 - di lo que piensas
- 3- Exprésate durante un tiempo y lugar específico
- 4- Hagas lo que hagas no ataques a otros
- 5- Si considera que no puede con todas las emociones que tiene acuda con un *Psicólogo*.

Y si el tratamiento no funciona

Existe la posibilidad de que el tratamiento no funcione como los médicos quisieran.



¿Qué significa eso?

Esto quiere decir que la enfermedad va a seguir avanzando sin que se pueda hacer algo para detenerlo

Eso **NO** quiere decir que tenemos que dejar de disfrutar de las cosas en nuestra vida.

Es importante saber que, aunque estemos enfermos, el disfrutar y aprovechar de cada día es algo valioso que no debemos desperdiciar.



Tú tienes la decisión de sentirte bien y a gusto

Para mayor información o alguna duda sobre este u otros temas acércate a:

Los psicólogos de oncología

Lic. En Psicología
Víctor Hipolito Belmont

Lic. En Psicología
Guadalupe Ledezma Loera

Lic. En Psicología
Mayte Ortiz Romero

Te invitamos a las siguientes pláticas del ciclo:

“Impacto del cáncer de mama en nuestras vidas”



Recuerda que estamos para apoyarte cuando lo necesites



**Hospital
Juárez de México**

*Departamento de Psicooncología
Grupo de damas voluntarias*

Te invitan a la plática:

*“Adaptación posterior
al tratamiento”*



Cambios en nuestra vida durante el tratamiento

La quimioterapia, la radioterapia y la cirugía, en muchas ocasiones duran mucho tiempo, todo esto puede producir varios cambios en nuestras vidas.



Estos cambios pueden ser por los efectos físicos que nos causan y/o por las cosas que tenemos que dejar de hacer en nuestra vida.

¿Cuando acabe el tratamiento puedo tener una vida normal?

Sí, pero no siempre es fácil y hay algunas cosas que tenemos que seguir haciendo.

Cuidado de mi salud después del tratamiento

Cuando el médico lo indique, el tratamiento se acabará. Aun así tendremos que regresar al hospital.

Después de terminar los tratamientos tenemos que *regresar a consultas cada cierto tiempo*, para que el médico revise que todo ande bien.

Estas revisiones son de por vida, así que tenemos que acomodar nuestra vida para asistir al médico, ya que es responsabilidad de cada uno cuidar de su salud.



Es importante saber que cada uno de los tratamientos tiene recomendaciones diferentes, usted tiene que preguntar al médico cuáles y cómo son tus cuidados.

Regresar a actividades que dejamos de hacer

Entre las cosas que cambiaron en nuestra vida diaria pueden ser:

-Dejar de hacer algunas actividades que nos gustaban



-Dejar de trabajar

Muchas veces podemos regresar a tener una vida muy parecida a la que teníamos antes, pero tenemos que saber por dónde empezar.

- 1- Pensar qué queremos volver a hacer
- 2- Ver si estamos en condiciones de regresar
- 3- Realizar una lista de las cosas que necesitamos para hacer la actividad
- 4- Hacer el intento de regresar a las actividades.
- 5- Si no podemos regresar como quisiéramos, tenemos que ver si podemos hacer algo parecido o si no podemos hacerlo más.



- ❖ Aunque no pregunte, usted tome notas de lo que diga el doctor.
- ❖ Si es posible, pida información impresa sobre su enfermedad y/o su tratamiento.



Importante...

Antes de que se decida a hacer preguntas a su médico, pregúntese ¿Cuánto quiero saber sobre mi enfermedad?

- Algunas personas quieren saber todo lo relacionado a su enfermedad y el tratamiento.
- A otras personas les produce estrés saber mucho.

El saber de nuestra enfermedad **NO** tiene por qué estresarnos, si esto le pasa a usted puede pedir apoyo al servicio de psicología para aprender a manejar su reacción ante la información.



Para mayor información o alguna duda sobre este u otros temas, acércate a:

Los psicólogos de oncología

Lic. En Psicología
Victor Hipolito Belmont

Lic. En Psicología
Guadalupe Ledezma Loera

Lic. En Psicología
Mayte Ortiz Romero

Lic. En Psicología
Mayra Mora Miranda

Te invitamos a las siguientes pláticas del ciclo:

“Aprendiendo a manejar mi tratamiento”



Recuerda que estamos para apoyarte cuando lo necesites

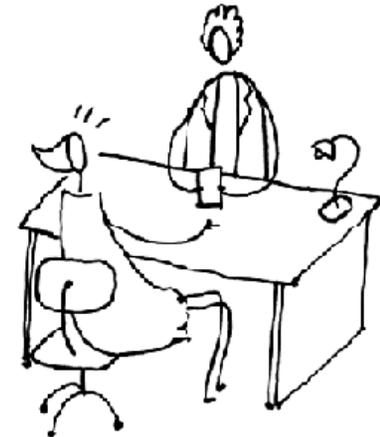


**Hospital
Juárez de México**

Servicio de Psicooncología
Grupo de Damas Voluntarias

Te invitan a la plática:

“Cómo hablar con el médico sobre el tratamiento”



¿Por qué saber sobre mi tratamiento?

En oncología los tratamientos son distintos a los que se usan en otras enfermedades y algunos de ellos tienen algunos efectos y cuidados especiales, que son importantes conocer, para así poder reaccionar de mejor manera cuando sea necesario.



¿Preguntar al médico es complicado?

Hablar con su médico sobre la enfermedad y tratamiento es más sencillo de lo que cree.

Pero lo que en ocasiones nos detiene para hablar es pensar que es difícil y en ocasiones imposible.

Esta manera de pensar puede ser por haber tenido alguna mala experiencia al preguntar algo a un médico o simplemente sea por pena o temor a ser regañado o criticado.

Tiene que saber que **es responsabilidad de cada paciente** conocer y preguntar sobre nuestro tratamiento y enfermedad.

También hay que recordar que los médicos tienen la obligación de responder las dudas que tengamos sobre la enfermedad y tratamiento.



Preguntas básicas que puedes hacer

Cada persona tiene diferentes dudas sobre su tratamiento y enfermedad, pero existen preguntas que le recomendamos tome en cuenta cuando hable con su médico sobre su tratamiento:

- a) *¿Cuáles son los efectos secundarios?*
- b) *¿Qué cuidados debemos de tener en casa?*
- c) *¿Qué debemos hacer si los síntomas que tenemos son más intensos de lo que se espera?*

¿Cómo hablar con el médico?

Hay cosas que tiene que hacer para hablar fácilmente con nuestro médico y poder quedar sin dudas. Para conseguir hacerlo se le recomienda siga los siguientes pasos:

❖ Antes de cada cita realice una lista de las preguntas que tenga.



❖ De ser posible cuando vaya a preguntar a su médico, asista acompañado de alguien.

❖ Haga todas sus preguntas al médico.

❖ Anote todas las respuestas que le dé su médico.

❖ Si no entiende la respuesta, trate de hacer la pregunta de otra forma.



Otro punto importante es la alimentación, *¿qué podemos comer y que no?* La alimentación **NO** hace que regrese o desaparezca el cáncer, pero puede ser importante para disminuir algunos síntomas o complicaciones.

6- Algunos tratamientos necesitan que cambies tu alimentación.

7- Si el médico dice “puede comer de todo”, quiere decir que **coma bien y sano.**

Como hay efectos físicos durante el tratamiento, en ocasiones hay cambios en nuestras emociones o pensamientos, que pueden afectar a otros y a nosotros mismos.

8- Nosotros o con ayuda de los demás tenemos que darnos cuenta si esto ocurre.

9- Si lo detecta y puede hacer algo para mejorar la situación **¡inténtelo!**

10-Si no sabe cómo cambiar la situación, pida apoyo por ejemplo al psicólogo.

Para mayor información o alguna duda sobre este u otros temas, acércate a:

Los psicólogos de oncología

Lic. En Psicología
Victor Hipolito Belmont

Lic. En Psicología
Guadalupe Ledezma Loera

Lic. En Psicología
Mayte Ortiz Romero

Lic. En Psicología
Mayra Mora Miranda

Te invitamos a las siguientes pláticas del ciclo:

“Aprendiendo a manejar mi tratamiento”



Recuerda que estamos para apoyarte cuando lo necesites



**Hospital
Juárez de México**

Servicio de Psicooncología
Grupo de Damas Voluntarias

Te invitan a la plática:

“Autocuidado durante el tratamiento”



¿Me toca hacer algo durante mi tratamiento?

Existen tres tratamientos para el cáncer: la quimioterapia, la radioterapia y las cirugías.



Cada uno de estos tratamientos tiene efectos sobre nuestro cuerpo, algunos de ellos los puede controlar con medicamento, como las náuseas o el dolor de una cirugía.

Otros posibles efectos puede prevenirlos o atenderlos a tiempo, pero eso **depende de cada uno de nosotros**



¿Cuánto sabes de los efectos de tu tratamiento?

Es responsabilidad de cada paciente saber sobre lo que puede hacer su tratamiento. Hagamos un ejercicio para saber qué tanto sabe sobre los efectos que puede causar su tratamiento:

Quimioterapia:

Radioterapia:

Cirugía:

Ahora conocemos cuánto sabe y esto
¿de qué nos sirve?

¿Cómo cuidarnos después de un tratamiento?

Existen algunas cosas que tiene que tener presente para saber cómo cuidarse.

- 1- Lo primero es conocer lo que implica nuestro tratamiento.
- 2- Qué haremos durante nuestro tratamiento (trabajar, el quehacer, descansar, etc.)
- 3- Estaremos solos durante nuestro tratamiento o habrá alguien que nos apoye.

Existen síntomas que el doctor dirá que son normales, pero que en ocasiones se pueden agravar y para cada persona la intensidad y gravedad es distinta.

- 4- Tiene que monitorear qué síntomas son “normales” para usted.
- 5- Cuando algo parezca no estar dentro lo “normal”, pregunte a su médico que hacer.

- 2- Antes de hablar con los niños, practica las explicaciones que darás.
- 3- No hay forma de adivinar cómo va a actuar el niño después de hablar, pero que eso no los detenga, ya que el no hacerlo puede traer más dificultades para el niño.
- 4- Cuanto y que les dirás dependerá de la edad del niño y de lo que ellos pregunten.
- 5- Describe la enfermedad y el tratamiento, usando palabras que el niño entienda.
- 6- Se honesto y realista de lo que va a pasar con el tratamiento.
- 7- Es importante explicar que **NO ES SU CULPA**, ni responsabilidad, que usted tenga la enfermedad.
- 8- Si los niños quieren ayudar, **déjelos**, aunque sea en pequeñas cosas, eso puede hacer sentir mejor al niño.

Si aún tienes problemas para asimilar lo que pasa y no sabes como hablar con los niños, puedes acercarte al psicólogo quien te orientara y guiara para que puedas hacerlo de la mejor manera.

Para mayor información o alguna duda sobre este u otros temas, acércate a:

Lic. Guadalupe Ledezma Loera
 Lic. Marissa Murillo Zavala
 Lic. Mayte Ortiz Romero
 Lic. Santiago Sandoval Mendoza
 Lic. Víctor Hipolito Belmont

Te invitamos a la siguiente plática sobre el:

“Hablando de cáncer con mis seres queridos”



¡Recuerda que estamos para apoyarte cuando lo necesites!



Hospital Juárez de México

Departamento de Psicooncología
 Grupo de damas voluntarias

Te invitan a la plática:

“¿Cómo hablar de cáncer con los niños?”



¿Por qué hablar con los niños?

Las personas necesitan en muchas ocasiones, contar con el apoyo de los miembros de su familia. Algunas veces se piensa que solo los adultos nos pueden brindar ese apoyo o la comprensión sobre lo que pasa.



Por esta razón se suele dejar a un lado el hablar con los niños.



que pasa puede generar miedos y preocupaciones.

Es importante hablar con sus seres queridos para poder ayudar a los niños y adultos, a poder comprender lo que está sucediendo ya que el no saber

¿Que nos detiene para hablar?

Muchas personas evitan hablar de su enfermedad con los niños, ya sean sus hijos o sus nietos, por dos razones principales:



- 1) Por **creer** que los niños no van a entender o porque tienen la idea de que los niños se van a poner “mal” si les dicen que es lo que está pasando.

Sin embargo, aunque **NO** se hable, los niños de cualquier edad se dan cuenta cuando algo está mal.

El silencio coloca al niño en una situación difícil, ya que por un lado se piensa que “es demasiado pequeño” y no tiene que saber nada y por otro lado, se le llega a pedir que comprenda los cambios y que actúe “como una persona mayor”.



- 2) Otra razón es **NO SABER CÓMO** hablar del tema con los niños.

¿Cuándo hay que hacerlo?

Preferiblemente, lo más pronto posible; pero tómate tu tiempo para poder asimilar tú mismo esta noticia, con el fin de no hablar de una forma demasiado brusca.

Si no has hablado con ellos aún puedes hacerlo, nunca es demasiado tarde y explícales por qué no lo habías hecho antes.

¿Cómo hablar de la enfermedad?

Algunos no saben cómo o que tanto hablar de estos temas con los niños, por esta razón aquí le damos unas recomendaciones de cómo hablar con ellos:



- 1- Busca un lugar tranquilo en el que tú y el niño se sientan cómodos y en el que no los puedan interrumpir.

Anexo 1



**Universidad Nacional Autónoma De México
Facultad De Psicología**



Escala de autocontrol relacionado a la adherencia a una dieta

Edad..... Sexo: Hombre.....Mujer..... Estado Civil.....
 Ultimo grado de estudios.....,..... Diagnostico.....

Instrucciones:

A continuación se le presentaran una serie de enunciados relacionados a situaciones diarias de su dieta, por favor marque con una "X" la opción que mejor describa la frecuencia en que ocurre esta situación en su vida cotidiana. Tenga la libertad de contestar lo más sincero posible. En este cuestionario no hay respuestas buenas ni malas.

		Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1	El nutriólogo me ha ayudado a entender el plan de dieta que debo seguir				
2	Mi familia me ha preguntado por qué tengo que seguir la dieta				
3	He sido constante en mi dieta, aun si tengo que preparar de comer algo que NO me guste				
4	Lo que piensa mi familia de mi dieta me ayuda a seguirla como se debe.				
5	Ir con un nutriólogo o un especialista me ha ayudado a seguir la dieta				
6	Pienso que soy muy disciplinado al seguir mi dieta				
7	Mi familia respeta el que siga mi dieta				
8	Como lo que me gusta aunque NO me ayude a estar sano.				
9	Mi familia me felicita por seguir la dieta que me indico el doctor				
10	Pienso que conozco el plan de la dieta que debo seguir				
11	Mi familia hace algo para apoyarme con mi dieta				
12	Creo tener la fuerza de voluntad necesaria para dejar de comer lo que me gusta				
13	Aun sabiendo las consecuencias, dejaría de seguir una dieta				
14	Mi familia me alienta a seguir la dieta				

¡Gracias por su participación!

