



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Medicina Conductual

“ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UN FOLLETO EDUCATIVO PARA PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA”

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
SALMA GUADALUPE GARCÍA HERNÁNDEZ

TUTOR: MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DR. JORGE CRUZ RICO
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MTRA. ANA LETICIA BECERRA GALVEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO. FEBRERO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

“Un fracaso no es siempre un error, puede ser simplemente lo mejor que se puede hacer en esas circunstancias. El verdadero error es dejar de intentarlo”.

Burrhus Frederic Skinner

A todos mis pacientes del servicio de hematología.

Agradecimientos

A **Jair**, por todo el apoyo brindado para continuar con mi vida académica y profesional. Por ser el mejor ejemplo de constancia, diligencia y responsabilidad.
Por todo lo que eres y lo que soy cuando estamos juntos.

A **Gera**, por tu apoyo moral y técnico. Sin duda, sin tu ayuda éste proyecto no hubiera sido posible. A **Miriam** por tu compañía incondicional, por estar ahí siempre sin importar la distancia o lo difícil de las circunstancias. La vida no se equivocó al presentármelos en el camino.

A **Noemí, Areli, Marisol, Indira, Vanessa, Adán, Paco y Monse**, mis queridos amigos de CUAltos. Agradezco su apoyo, sus consejos, su compañía y la motivación para llevar a cabo éste proyecto. De cada uno de ustedes me llevo momentos increíbles, y sus palabras fueron motor para iniciar ésta aventura académica. Se les quiere infinitamente.

A mis compañeros, **Andrea, Lilián, Erik, Rafael y Roberto**, quienes llenaban mis días de hospital, me acompañaron en los buenos y malos momentos. Por las risas, el aprendizaje mutuo y cada recuerdo, gracias.

A mis R2 **Andrea, Marco, Gina y Santiago**, quienes compartieron su experiencia y conocimientos, gracias por su feedback y su invaluable apoyo.

Al servicio de Hematología, Al **Dr. Cruz Rico, la Dra. Tejeda, la Dra. Mena**, residentes, internos y personal de trabajo social y enfermería. A todos quienes me permitieron tener un lugar en el servicio y con quienes tuve la fortuna de trabajar en conjunto para beneficio de los pacientes. Gracias por compartir conocimiento y experiencia.

A **Cristina Bravo**, por todo.

Contenido

RESUMEN.....	7
INTRODUCCIÓN.....	8
Capítulo 1: Protocolo de tesis “Elaboración y validación de un folleto educativo para pacientes con diagnóstico de leucemia linfoide aguda”	12
1.1 Marco Teórico.....	13
1.1.1 Características de la Leucemia Linfoide Aguda.....	13
1.1.2. Etiología.....	14
1.1.3. Epidemiología y prevalencia	15
1.1.4. Tratamientos y pronóstico para la Leucemia Linfoide Aguda	16
1.1.5. Implicaciones físicas, psicosociales y educativas de la Leucemia Linfoide Aguda.....	18
1.1.6. Educación para la Salud	23
1.1.7 Estrategias de la Educación para la Salud	28
1.2. Justificación	36
1.3. Método.....	40
1.4. Resultados	44
1.5. Discusión	61
Capítulo 2: Reporte de Experiencia Profesional	67
2.1 Medicina Conductual.....	67
2.1.2. Medicina conductual y hematología.....	68
2.2. Descripción de la Sede	70
2.2.1. Historia del Hospital Juárez de México	70
2.2.2 Instalaciones.....	73
2.2.3 Ubicación del residente en la Sede.....	74
2.3 Descripción de las actividades	75
2.3.1. Actividades Asistenciales	76
2.3.2. Interconsultas	77
2.3.3. Valoraciones de Trasplante.....	78
2.3.4. Colaboración con la Fundación México Sonríe.....	79
2.3.5. Actividades Académicas	80
2.3.6. Productividad.....	82
2.4. Otras actividades y productos	90
2.4.1. Cuento “La maravillosa sonrisa de Juan”	90
2.4.2. Participación en congresos y eventos académicos	91
2.4.3. Infografías.....	92

2.5. Competencias Alcanzadas.....	92
2.6. Evaluación del servicio.....	94
2.7. Conclusiones.....	96
2.8. Recomendaciones.....	98
3. Referencias	100

Índice de Apéndices

APÉNDICE 1.	Cuestionario sobre necesidades informativas del paciente.	113
APÉNDICE 2.	Resultados revisión primer jueceo.	114
APÉNDICE 3.	Formato de validación por jueces del folleto “20 preguntas sobre leucemia linfoide aguda”.	120
APÉNDICE 4.	Producto final.	126
APÉNDICE 5.	Cuento “La Maravillosa Sonrisa de Juan”.	148
APÉNDICE 6.	Cartel: Prevalencia de estrés en cuidadores de pacientes hospitalizados.	163
APÉNDICE 7.	Cartel: Desarrollo y propiedades psicométricas de la escala Estrés en el Cuidador.	164
APÉNDICE 8.	Infografía Síndrome de Burnout.	165
APÉNDICE 9.	Infografía Creencias irracionales propuestas por Albert Ellis.	166
APÉNDICE 10.	Caso Clínico 1.	167
APÉNDICE 11.	Caso Clínico 2.	181
APÉNDICE 12.	Caso Clínico 3.	194
APÉNDICE 13.	Caso Clínico 4.	209

RESUMEN

El presente documento expone el diseño y validación de un folleto educativo para pacientes con Leucemia Linfocítica Aguda (LLA) L2, el cual se elaboró en tres etapas: a) evaluación de las necesidades educativas de pacientes con LLA, b) diseño de un folleto sobre LLA, basado en las necesidades educativas identificadas en la fase previa y someter dicho material a la corrección de expertos en hematología, y c) corrección de dicha versión del folleto con base en las observaciones, para diseñar y evaluar un nuevo folleto. El grado de acuerdo entre las observaciones se evaluó mediante la estadística kappa de Fleiss.

Por otra parte, se presenta el Reporte de Experiencia Profesional, que incluye las actividades realizadas durante el periodo de enero de 2015 a junio de 2016 en el Hospital Juárez de México. Se destaca la participación en el Servicio de Hematología donde se colaboraba en las sesiones académicas y en actividades asistenciales, como el pase de visita, evaluación e intervención psicológica. Durante este periodo también se colaboró en el área de interconsultas atendiendo pacientes referidos de distintos servicios médicos al Servicio de Medicina Conductual. Así mismo, se evaluaron pacientes candidatos a trasplante. En total se realizaron 935 sesiones psicológicas, encontrando que el área de atención más frecuente fue hospitalización, el tipo de consulta más común fue la subsecuente y el diagnóstico psicológico mayoritario fue sintomatología ansiosa. En cuanto a las Actividades Académicas de la Residencia en Medicina Conductual, se realizaban sesiones semanales de caso clínico y de supervisión académica.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el INEGI (2016), en México, durante los años 30's, la esperanza de vida era de 34 años, aumentando a 61 años en la década de los 70's y siendo de 71 años al 2015, haciendo evidente que durante 70 años se han dado cambios importantes que influyen directamente en la salud de la población mexicana. Kuri (2011) señala que la enfermedad y la mortalidad de una población, así como la demanda de los servicios de salud se explican a partir de los factores epidemiológicos, demográficos, tecnológicos y los riesgos a los que se expone una determinada población. Actualmente, dichos factores han sufrido transiciones importantes, las cuales serán explicadas a continuación.

La transición demográfica se refiere a una desaceleración del crecimiento poblacional, acompañada de un aumento de la esperanza de vida. La transición de riesgos habla de cómo la mudanza paulatina de la población de zonas rurales a las urbes ha cambiado la exposición a situaciones de peligro; en zonas rurales, las personas suelen estar expuestas a deficiente disposición de excretas, condiciones de higiene precarias, mala calidad del agua, mientras que en las zonas urbanas, es más frecuente que las personas se vean sometidas a estrés, dieta inadecuada, sedentarismo, violencia o consumo de drogas. La transición tecnológica señala cómo los avances tecnológicos han influido en la morbilidad y mortalidad poblacional, por ejemplo las campañas de vacunación, el desarrollo de medicamentos, equipo médico y pruebas o instrumentos de detección de enfermedades. En cuanto a la transición epidemiológica, explica los cambios en los patrones de salud y enfermedad y su relación con aspectos sociales, demográficos

y económicos. Por ejemplo, en México, en los años 50's las enfermedades infecto-contagiosas como la diarrea, paludismo o neumonía, eran las más comunes, sin embargo, sesenta años más tarde, las enfermedades más frecuentes son de carácter crónico-degenerativo, tales como la diabetes, cardiopatías o el cáncer como principales causas de muerte (Kuri, 2011).

Las enfermedades crónico-degenerativas requieren para el paciente y para las personas que le rodean, una serie de cuidados, con el fin de mantener una adecuada calidad de vida y un mayor control de la enfermedad. Por otro lado, estas enfermedades, desde su diagnóstico, acarrearán distintas reacciones psicológicas que pueden afectar la evolución del padecimiento. Algunos motivos de consulta que presentan los pacientes y familiares son: estrés, sintomatología depresiva y ansiosa, información deficiente respecto al padecimiento, crisis, problemas relacionados al grupo primario de apoyo y sobrecarga del cuidador. Cabe destacar que al igual que los anteriores procesos psicológicos, también se resalta la importancia de la adherencia terapéutica como elemento fundamental en la evolución de la enfermedad, la cual, en caso de ser deficiente, puede provocar afectaciones a nivel personal, familiar y social, impactando en la calidad de vida del enfermo y de las personas a su alrededor (Alfonso & Grau, 2004).

Así pues, puede decirse que a lo largo de la vida, la conducta juega un papel sumamente importante en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento de la salud o cuidado durante la enfermedad. En los años 70's se comienza a desarrollar la medicina conductual, que como señala Reynoso (Reynoso, 2012, citado en Reynoso, 2014) es el campo interdisciplinario ubicado en las ciencias conductuales

y biomédicas que cuyo objetivo es comprender y aplicar, tanto el conocimiento como técnicas psicológicas, en el proceso salud-enfermedad y sus niveles de prevención. Actualmente, se imparte en la Universidad Nacional Autónoma de México la Maestría en Medicina Conductual, cuyo objetivo es formar especialistas en los fundamentos teóricos y prácticos del análisis y modificación del comportamiento enfocados en la atención de las necesidades psicológicas del paciente con enfermedades crónico-degenerativas, propiciando el aprendizaje de estrategias que le permitan adaptarse a un nuevo estilo de vida.

La población blanco del presente trabajo, fueron pacientes con Leucemia Linfóide Aguda (LLA), quienes, debido a las características de su enfermedad, se enfrentan a peligrosas disminuciones de las células sanguíneas, de forma que se encuentran con mayor susceptibilidad a contraer infecciones, derrames sanguíneos y anemia, por mencionar algunos síntomas, los cuales les obliga a permanecer en reposo absoluto y aislamiento durante las primeras etapas de su tratamiento. Dicha condición conlleva a diversas reacciones psicológicas tanto en pacientes como en su grupo primario de apoyo. Una de las principales demandas psicológicas más frecuentes del paciente y sus familiares, es de tipo educativo. Conocer aspectos básicos de su padecimiento, el tipo y duración del tratamiento, efectos adversos, cuidados durante hospitalización y en casa, por mencionar algunos. Por otra parte, se observa que los problemas que genera una inadecuada información son ansiedad, depresión, baja adherencia y seguimiento erróneo del tratamiento, entre otros, para lo cual, es crucial que se presente al paciente información válida y de fácil acceso.

Por último, el objetivo de este producto es el de presentar tanto los resultados del trabajo de investigación, así como las actividades académicas y prácticas realizadas a lo largo de los dos años de la Residencia en Medicina Conductual. Así pues, en las siguientes páginas, se presenta, en primer lugar, el desarrollo y validación de un material psicoeducativo dirigido a pacientes con LLA, el cual fue diseñado para responder a las necesidades educativas identificadas en pacientes de dicha enfermedad, atendidos en el Hospital Juárez de México. Por otro lado, el segundo capítulo contiene el Reporte de Experiencia Profesional, que consiste en una síntesis de las actividades, tales como: reporte de productividad, casos clínicos, protocolos de investigación y desarrollo de materiales psicoeducativos. Se espera que en un futuro, el contenido de este trabajo sirva como base para el desarrollo de la atención psicológica para pacientes hematológicos por parte de las próximas generaciones de Medicina Conductual.

Capítulo 1: Protocolo de tesis “Elaboración y validación de un folleto educativo para pacientes con diagnóstico de leucemia linfoide aguda”

En éste capítulo se abordarán generalidades sobre la Leucemia Linfoide Aguda (LLA) y las reacciones psicológicas más frecuentes en dichos pacientes, así como las Educación para la Salud (EpS) y su aplicación para la intervención con dichos pacientes. Por lo cual se describirá el proceso de Diseño y Validación de un folleto educativo para pacientes con LLA. El objetivo del presente trabajo fue elaborar y validar un folleto informativo diseñado con base en las necesidades de información de pacientes con diagnóstico de leucemia linfoide aguda del Hospital Juárez de México. Para la elaboración del folleto, en primer lugar se diseñó y aplicó una encuesta ad hoc para pacientes con el diagnóstico de Leucemia Linfoide Aguda con propósito de explorar y corroborar qué información es de interés dichos pacientes. En la segunda parte, se tomaron en cuenta los resultados de dicha encuesta y se diseñó el folleto “20 preguntas sobre leucemia” cuyo contenido abarcaba temas como: leucemia linfoide aguda y sus tipos, médula ósea, componentes de la sangre, tratamiento y efectos secundarios, cuidados del paciente con leucemia linfoide aguda y reacciones psicológicas. El contenido del folleto fue evaluado por tres médicos adscritos del servicio de hematología del HJM. Por último, se realizaron las correcciones señaladas en la segunda etapa y para la evaluación del nuevo material se entregó el folleto y una hoja de calificación a 7 expertos en hematología del HJM. Para determinar la concordancia inter-observador se calculó el coeficiente de kappa de fleiss para cada una de las páginas del folleto.

1.1 Marco Teórico

La leucemia linfóide aguda es actualmente una de las neoplasias más frecuentes en México y su evolución y tratamiento exigen hospitalizaciones prolongadas, situación que puede desencadenar diversas reacciones psicológicas, además, se ha identificado que una de las principales necesidades psicológicas del paciente hematológico es el acceso a información respecto a su padecimiento, comportamientos de autocuidado y afrontamiento de la enfermedad. Por lo tanto se hace necesario un tratamiento psicológico oportuno y el desarrollo de materiales educativos que apoyen la intervención psicológica.

1.1.1 Características de la Leucemia Linfóide Aguda

La palabra leucemia significa “sangre blanca”, y es un padecimiento caracterizado por una proliferación desordenada de una clona de una célula hematopoyética; el término aguda hace referencia a que en el pasado los pacientes con leucemias agudas vivían menos que aquellos con leucemias crónicas, sin embargo, un término más adecuado para este tipo de leucemia es el relacionado con los “blastos”, células inmaduras malignas y proliferantes (Ruiz & Ruiz, 2009).

La clasificación de las leucemias es a partir de la citoquímica, morfología, marcadores citoplasmáticos, citogenéticos, marcadores de superficie celular y expresión de oncogen, sin embargo, la distinción más importante es la de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) y Leucemia Mieloblástica Aguda (LMA) y éstas a su vez tienen sus propios subgrupos; el cuadro clínico de la leucemia aguda se caracteriza por disminución de la función normal de la médula y de la invasión de blastos

leucémicos a órganos normales. Los pacientes suelen presentar anemia, la cual causa fatiga, dolor de cabeza y palidez; trombocitopenia, caracterizada por hemorragias y hematomas. También se presenta granulocitopenia o disminución en las células de defensa, por lo cual los pacientes pueden contraer infecciones, la mayoría de origen bacteriano; además, se encuentra el síndrome infiltrativo, caracterizado por el crecimiento de ganglios, hígado o bazo (Ruiz & Ruiz, 2009).

1.1.2. Etiología

En cuanto a la etiología de las leucemias, incluida la LLA, Arribas y Vallina (2005) han identificado los siguientes factores:

- Enfermedades hereditarias: como la anemia de Fanconi, agammaglobulinemia, síndromes de Schuachmann, Wiskott-Aldrich, Down, Bloom y Klinefelter.
- Alteraciones genéticas: Aún se discute si la leucemia es causa o consecuencia de este tipo de alteraciones, sin embargo se observa relación con las hipoploidías, hiperploidias y translocaciones cromosómicas.
- Sustancias químicas: El contacto con benzol y sus derivados presentan relación con las leucemias mieloides, mientras que la manipulación constante de herbicidas y pesticidas se relaciona más con las leucemias linfoides.
- Medicamentos: los tratamientos citostáticos poliquimioterapeúticos aumentan la probabilidad de desarrollar en el futuro leucemia mieloide aguda.

- Radiaciones ionizantes: la exposición a altas cantidades de radiación, hace a las personas propensas a desarrollar leucemias mieloides y linfoides.
- Virus: Se ha relacionado al virus HTLV-1 con las leucemias agudas y crónicas linfoides de células T.
- Aplasia medular: las aplasias, mielodisplasias e hipoplasias medulares se relacionan con las leucemias agudas y crónicas.

1.1.3. Epidemiología y prevalencia

La LLA afecta generalmente a niños, sin embargo también se presenta en adolescentes y adultos, siendo en este último grupo etario más frecuente en el sexo masculino, con una edad media entre los 25 y 30 años, y solamente entre un 10 y 15% de los pacientes son mayores de 50 años (Fundación Josef Carreras, 2016). En la actualidad, el cáncer en órganos hematopoyéticos es uno de los más frecuentes en México, se reporta que en 2012 las neoplasias de órganos hematopoyéticos presentó un 9.9% de prevalencia en hombres, así mismo, se ubica entre las principales causas de morbilidad hospitalaria en la que 22.6 de cada 100 hombres de entre 20 y 29 años, y 17.1 de entre 30 a 39 años egresaron por dicha causa. En cuanto a los varones entre 40 y 49 años, los tumores en tejido linfático tuvieron una prevalencia de 16.1%. El principal motivo de egreso hospitalario en mujeres se debe a cáncer en órganos hematopoyéticos con un 16.9% en las mujeres de entre 20 y 29 años y un 16.2 en mujeres entre 30 y 39 años. Los tumores en órganos hematopoyéticos se presentan en 10.28 de cada 100 mil mujeres de entre 20 a 29 años (INEGI, 2015). De acuerdo con los datos de GLOBOCAN (2017)

la incidencia de leucemia en México del año 2012 fue de 6325, mientras que los casos de mortalidad fueron de 4264, en todos los grupos etarios.

Cabe destacar que el que el cáncer de células hematopoyéticas es una de las principales causas de morbilidad hospitalaria, y esto se relaciona con los esquemas de tratamiento y las probables complicaciones, ya que requieren frecuentes y prolongadas hospitalizaciones. Esto tiene implicaciones psicológicas, sociales, económicas, familiares, entre otras, que realzan la importancia de atención multidisciplinaria a dichos pacientes.

1.1.4. Tratamientos y pronóstico para la Leucemia Linfoide Aguda

Los principales tratamientos para la leucemia son la quimioterapia y el trasplante de médula ósea. En cuanto a la quimioterapia es necesario señalar que puede ocasionar diversos efectos secundarios como: úlceras bucales, diarrea, náuseas y vómito, caída del cabello, aumento de riesgo de infecciones (debido a los bajos niveles de glóbulos blancos), cansancio (debido a los bajos niveles de glóbulos rojos) y tendencia a desarrollar hematomas o hemorragias (debido a los bajos niveles de plaquetas) (American Cancer Society, 2015).

La quimioterapia consiste en la administración de diversos medicamentos para combatir el cáncer, cuya aplicación puede ser inyectada por la vena, bajo la piel, en los músculos o vía oral, con el objetivo de llegar al torrente sanguíneo y alcanzar a las células cancerosas diseminadas por todo el cuerpo, como es en el caso de la leucemia (American Cancer Society, 2015). Las fases de la quimioterapia son: a) inducción a la remisión, que pretende eliminar la mayor cantidad posible de células

cancerosas y promover una hematopoyesis normal; b) consolidación, tras la recuperación hematopoyética de la fase anterior, se inicia el tratamiento de consolidación con el objetivo de destruir las células cancerosas que no se eliminaron en la etapa anterior; y c) mantenimiento, que busca continuar la destrucción de células residuales (Ortega, Osnaya & Rosas, 2007). Los medicamentos frecuentemente utilizados para la quimioterapia de LLA son: glucocorticoides, antraciclina, L-asparaginasa, ciclofosfamida y vincristina, así mismo, los esquemas que han probado mayor eficacia son el Hyper CVNAD, Larson, BFM y UKALL XII/ECOG E2993 (IMSS, 2010).

El trasplante de células hematopoyéticas es un tratamiento para diversas enfermedades como anemia aplásica, inmunodeficiencias y enfermedades hematológicas malignas como la leucemia (Fagundo, Dorticos, Pavón & Cortina, 2004). Existen cuatro tipos de trasplante de médula ósea (ASCO, 2017): el autólogo, que consiste en que el paciente reciba sus propias células una vez que ha sido tratado el cáncer, éstas se congelan y mientras, al paciente se le administra quimioterapia de alta intensidad. Luego, las células son descongeladas y transfundidas al paciente. El trasplante alogénico que consiste en recibir las células de otra persona con la cual exista compatibilidad entre las médulas óseas, que por lo regular es un hermano, aunque es posible que exista compatibilidad con otro familiar. Antes de recibir el injerto, el paciente recibe quimioterapia que puede ser ablativa (dosis altas) o de intensidad reducida, para después administrársele las células madre donadas por medio intravenoso. Otras opciones de trasplante de

células hematopoyéticas son el trasplante de sangre de cordón umbilical y el trasplante de padres o hijos y halotipo no compatible.

En cuanto al pronóstico de los pacientes con LLA puede depender de diversos factores. La edad puede ser un factor importante, ya que se ha encontrado que pacientes menores a 35 años presentan un mejor pronóstico; en cuanto a la morfología celular, se ha encontrado que la morfología L3 puede tener pronóstico más favorable que otras morfologías; presentar compromiso en el Sistema Nervioso Central puede afectar tanto al pronóstico, como al tratamiento; respecto a las anomalías cromosómicas, como las traslocaciones, se suelen relacionar con un pronóstico precario (Instituto Nacional del Cáncer, 2017).

1.1.5. Implicaciones físicas, psicosociales y educativas de la Leucemia Linfoide Aguda

El paciente con LLA presenta limitaciones en sus actividades cotidianas desde que la enfermedad comienza a manifestarse y durante la administración de la quimioterapia, ya que se requiere que el paciente esté hospitalizado por periodos que van desde unos cuantos días, hasta más de un mes. Durante estos periodos, el paciente experimenta descensos en sus células sanguíneas que le exigen guardar reposo absoluto, es más vulnerable a contraer infecciones, puede presentar efectos secundarios de la quimioterapia y es expuesto a múltiples estudios médicos. Bryant, Walton, Shaw-kokot, Mayer y Reeve (2015) mencionan que los síntomas psicológicos predominantes en pacientes con leucemia aguda son fatiga, depresión

y ansiedad debido que esta enfermedad interfiere con las actividades cotidianas y el desempeño de los roles sociales de los pacientes.

El adulto con cáncer, no sólo se enfrenta con cambios físicos a consecuencia de la enfermedad y el tratamiento, sino también necesidades psicológicas, sociales y educativas. En cuanto a la literatura acerca de estas necesidades del adulto con leucemia, son aún limitadas, encontrando principalmente estudios centrados en niños con leucemia, padres de niños con leucemia o candidatos a trasplante de células hematopoyéticas. A continuación se presenta información sobre necesidades psicológicas, sociales y educativas de pacientes oncológicos en general y pacientes con leucemia.

Barroilhet (2014), señala que el estilo de vida del paciente con cáncer presenta cambios en la cotidianeidad relacionados con los horarios y rutinas propios del tratamiento, provocando que la funcionalidad y actividades diarias se vean afectadas, tanto como las relaciones conyugales y aspectos sexuales. Otras alteraciones en el estilo de vida del paciente con cáncer son de carácter interpersonal, familiar, económico, laboral y de recreación.

Patiño (2008) menciona que el adulto con cáncer puede presentar distintas reacciones psicológicas, como sensación de pérdida de la identidad (transitoria), pérdida de control, sensación de vulnerabilidad ante la enfermedad y tratamiento, cambios en la imagen de sí mismos y en el proyecto de vida, y en el sistema de valores. Asimismo, Barroilhet (2014) identifica en el paciente con cáncer reacciones como malestar (distress) en distintos niveles, que van desde experimentar

manifestaciones normales de vulnerabilidad, miedo o tristeza hasta síndromes de ansiedad, depresión o crisis de angustia y crisis de carácter espiritual.

Cruzado (2003) menciona que el paciente con cáncer se ve afectado por acontecimientos altamente estresantes como el mismo diagnóstico y su correspondiente tratamiento, así como las revisiones de seguimiento, constituyendo un desafío a las estrategias de afrontamiento tanto del paciente como de su familia.

Malca (2005), por su parte, distingue distintas reacciones psicológicas de acuerdo a la fase de la evolución de la enfermedad:

- *Diagnóstico:* Se presenta un estado de impacto psicológico e incertidumbre, además de emociones como desesperación, negación, culpa e ira.
- *Tratamiento:* Suelen presentarse alteraciones de la imagen corporal, deficiente o nula adherencia al tratamiento y miedo relacionado a los instrumentos relacionados con el tratamiento.
- *Intervalo libre de enfermedad:* Se puede presentar la sensación de amenaza de que la enfermedad se manifieste de nuevo, aumento de dudas, temor y angustia.
- *Recidiva:* Estado de impacto emocional de mayor intensidad que el de la fase diagnóstica, así como sintomatología de depresión y ansiedad.
- *Final de la vida:* Miedo a la muerte, rabia, aislamiento, depresión y negación, son algunas de las emociones que suelen presentarse en esta fase.

Por otro lado, en cuanto a las necesidades educativas, Hack, Degner y Parker (2005) realizaron una revisión de literatura empírica acerca de las necesidades y los aciertos comunicacionales con pacientes con cáncer, encontraron que éstos se

reportan insatisfechos con sus necesidades comunicativas y en relación a sus necesidades de recibir información acerca de su enfermedad, pronóstico, tratamiento y sus efectos secundarios.

En la revisión realizada por Rood, Eeltink, Zuuren y Leeuw (2014), acerca de la necesidad percibida de información en pacientes con cáncer hematológico, se identificaron 215 artículos, de los cuales sólo 14 fueron de relevancia de acuerdo con los criterios de inclusión (que hayan reportado necesidad percibida de información por parte de pacientes de cáncer hematológico y que hayan sido escritos en inglés o alemán). Se encontró que dichos pacientes requieren información básica sobre su enfermedad, tratamiento (efectos secundarios y distintas opciones terapéuticas), pronóstico y otros temas como autocuidado, funcionamiento psicosocial y recuperación. Se identifica también que los pacientes prefieren información sobre temas médicos frente a temas psicológicos, así mismo, prefieren que la información sea impartida por médicos, seguido de enfermeras.

McGrath (1999) señala que debido a que el número de pacientes con leucemia se ha incrementado, y a que éstos deben enfrentar tratamientos intensos, son necesarias soluciones creativas para apoyar a los pacientes de manera efectiva, y una estrategia para proveer de apoyo a los pacientes con leucemia y a sus familias es desarrollar programas educativos dirigidos a ellos.

Los pacientes diagnosticados con LLA suelen presentar dudas respecto a su enfermedad, tratamiento y cuidados, situación que se refleja en el estudio llevado a cabo por Angulo y Guerra (2013), en el que se identificaron las necesidades psicoeducativas de 40 pacientes oncohematológicos (de los cuales 11 de ellos

presentaban leucemia aguda y 11 más, leucemia crónica), sus familiares, así como de 13 especialistas. Se utilizaron entrevistas psicológicas semiestructuradas, observación participante, análisis de historia clínica, cuestionarios para la identificación de necesidades aplicado a pacientes, familiares y especialistas. De acuerdo con los resultados encontrados, las necesidades educativas de los pacientes con leucemia (n=24) fueron en un 91.7% sobre el conocimiento de la enfermedad, 33.3% sobre los factores de riesgo, 70.8% sobre el tratamiento, 25% acerca del proceder ético-profesional, 75% sobre la alimentación, 70.8% sobre el cuidado, 62.5% sobre hábitos de higiene y sueño, 62.5% sobre el manejo de emociones y 41.7% sobre el afrontamiento del dolor. Dejando en evidencia las principales necesidades psicoeducativas en los pacientes con leucemias agudas y crónicas.

Con base en la experiencia clínica desarrollada durante la Residencia en Medicina Conductual en el servicio de hematología, se identificó que los pacientes con LLA presentan limitaciones en sus actividades cotidianas desde que la enfermedad es diagnosticada y durante la administración de la quimioterapia, ya que se requiere que el paciente esté hospitalizado, desde unos cuantos días, hasta más de un mes. Durante estos periodos, el paciente experimenta descensos en sus células sanguíneas que le exigen guardar reposo absoluto y le vuelven más vulnerable a contraer infecciones, puede además presentar efectos secundarios de la quimioterapia y es expuesto a múltiples estudios médicos. Dichos eventos desencadenan diversas reacciones psicológicas como sintomatología ansiosa,

depresiva, reacciones adaptativas y necesidades educativas respecto a la enfermedad y el tratamiento.

Por lo tanto, la LLA se identifica como un evento cuyo impacto en la vida de los pacientes que incide no sólo en la salud, sino en el aspecto psicológico al alterar su vida cotidiana y sus relaciones sociales, desencadenar distintas reacciones psicológicas y generar dudas al respecto de su situación actual. Con lo anterior, se resalta la importancia de que la intervención psicológica con pacientes de LLA contemple el desarrollo de estrategias educativas adaptadas a las necesidades de dichos pacientes.

1.1.6. Educación para la Salud

Actualmente, la Educación para la Salud (EpS) integra el conocimiento generado de los avances de la medicina, especialmente de la epidemiología, para transmitirlo por medio de estrategias educativas, sin embargo, tanto la educación, como el concepto de salud evolucionaron de manera paralela a lo largo de la historia antes de integrarse. En la Antigüedad diversas culturas como la egipcia, hebrea, griega, romana o los indígenas americanos ya se preocupaban por cuestiones de higiene corporal y de la vivienda, la disposición de los desechos y la alimentación (Gómez, 2002). Durante la Edad Media, que se destaca por sus enormes epidemias, se llevaron a cabo medidas de prevención, como las cuarentenas, aislamientos o la construcción de barreras sanitarias, aunque no se manifestaba aún mucha importancia sobre la etiología de la enfermedad (Perea, 2004).

No fue hasta el siglo XVIII, que los avances científicos en el descubrimiento de los microorganismos y los estudios sobre genética, comenzaron a sugerir causalidades en la adquisición de las enfermedades, aunque sin asociar todavía variables económicas, sociales y psicológicas con el proceso salud-enfermedad, y a finales de este siglo, los factores como la calidad del agua, el estilo de vida y trabajo, higiene, alimentación y condiciones de vivienda, entre otros aspectos socioeconómicos, se comienzan a relacionar con la salud y enfermedad, este cambio de paradigma dio lugar al modelo médico-social, y éste a su vez promovió el desarrollo de la epidemiología, y sus disciplinas como la salud pública, medicina social e higiene social, generando conocimiento acerca de los aspectos sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad (Valadez, 2004).

Fue en el año de 1919, en que el término Educación para la Salud (EpS) se emplea por primera vez en un conferencia sobre salud infantil y en 1921 se establece el primer programa académico de EpS en el Instituto Tecnológico de Massachussets (Pedrero & Morón, 2012).

En 1945, H.E. Sigerist, el famoso historiador de la medicina, utilizó el término “Promoción de la Salud” afirmando que al promover la salud, se promueve también un nivel de vida decente (Villa, Ruiz & Ferrer, 2006), de igual forma, señaló la importancia de que el sistema de salud se debería integrar a partir de centros de salud, y que el personal médico debería promover la realización de encuestas, educación y actividades sociales relacionadas con la salud (Beldarraín, 2002), destacando la importancia de la educación como parte del sistema de salud.

Durante la segunda mitad del siglo pasado se dieron lugar importantes eventos que impulsaron el desarrollo de la Promoción de la Salud, y por ende la EpS. El informe “Nuevas perspectivas de la salud de los canadienses” elaborado por el ministro Lalonde y presentado en 1974, establece que el medio ambiente, la biología humana, los servicios médicos y el estilo de vida, determinan el estado de salud, y ese reconocimiento de la influencia del comportamiento humano sobre la salud, contribuyó al desarrollo de la EpS (Villa, Ruiz & Ferrer, 2006).

En 1986 se celebró la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en Ottawa, de la que surgió la Carta de Ottawa y establece el concepto de Promoción de la Salud definiéndola como un proceso social y político, que incorpora el fortalecimiento de las habilidades individuales y la modificación de condiciones sociales, económicas y ambientales, con el objetivo de reducir su impacto sobre la salud (Marqués, Sáez & Guayta, 2004). Uno de sus puntos fundamentales señala que se deben establecer políticas que consideren la salud en todos los sectores haciendo uso de diferentes medios como la educación y la legislación, de manera que se generen servicios, ambientes y bienes más seguros (Villa et al., 2006).

De acuerdo con la OMS, la Promoción de la Salud (PS) es una disciplina que promueve que las personas mejoren el control que tienen de su propia salud, por medio de intervenciones ambientales y sociales, tanto a nivel preventivo como de tratamiento y curación, por lo que se conforma por tres bloques: la buena gobernanza sanitaria, la educación sanitaria y las ciudades saludables (OMS, 2016).

La EpS es entonces uno de los pilares fundamentales de la PS, y su origen está ligado a la evolución del concepto de salud. El reconocimiento que la conducta humana tiene influencia en el proceso salud enfermedad ha sido un punto clave en el desarrollo de la EpS, pues da la pauta para que por medio de estrategias educativas se promuevan comportamientos favorables para la salud. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) define a la EpS, no sólo como la distribución de información acerca de salud, sino como:

“Fomentar la motivación, habilidades y confianza (autoeficacia) necesaria para tomar acción y mejorar la salud... la comunicación de información concerniente a condiciones sociales, económicas y condiciones ambientales que impacten en la salud, así como factores de riesgo individuales y comportamientos de riesgo, y uso del sistema de salud" (pp. 13).

De acuerdo con esta definición, se distinguen dos vertientes principales: la primera, que se centra en la labor de promover las acciones individuales necesarias para generar cambios comportamentales dirigidos a mejorar el estado de salud, y por otro lado, la mera distribución de información acerca de todos aquellos factores relacionados con la actividad humana que impacta en la salud, dicho de otra forma, la educación para la salud consiste en informar y motivar para el cambio de comportamiento (Arrosi, et al, 1986). Se identifica que los objetivos de la EpS son la modificación de hábitos, aptitudes y actitudes en sentido positivo para la salud (Marqués et al, 2004), es decir promover cambios voluntarios y benéficos para la salud (García, Sáez & Escarbajal, 2000).

Por otro lado, se encuentra en la literatura un modelo similar a educación para la salud, el cual ha sido denominado Psicoeducación. Albarrán & Macías (2007) indican que la psicoeducación se origina en la intervención con familias de pacientes con esquizofrenia, siendo su primera aparición en los trabajos de George Brown en 1972, quien se dedicó a observar la interacción de dichos pacientes con sus familiares y la relación de su comportamiento con las recaídas del paciente, siendo la psicoeducación en sus inicios una forma de intervención con familiares de pacientes esquizofrénicos (Builes & Bedoya, 2006). La psicoeducación puede definirse como:

“un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y técnicas para afrontar el problema (Anderson, Douglas & Hogarty, 1998, como se citó en Albarrán y Macías, 2007, pp. 3).

Desde la década de 1980, la psicoeducación ha ampliado tanto sus objetivos como sus técnicas, de manera que se han desarrollado numerosas definiciones en función de dicha transformación (Economou, 2015). Belenchón, Livianos, Pino y Sierra (2008) mencionan que psicoeducar no consiste solamente en “informar”, pues además de proporcionar información, la psicoeducación incluye evaluación de las características psicológicas del paciente, estrategias y técnicas de intervención que favorezcan la adaptación a la enfermedad (Yélamos, 2014).

La educación para la salud y la psicoeducación tienen características en común como el proporcionar información y promover el cambio comportamental, sin

embargo el uso de los términos es distinto y es aplicado en consonancia con sus orígenes. La educación para la salud surge de la epidemiología, la promoción de la salud y de la identificación de factores psicosociales relacionados con el proceso salud enfermedad, mientras que la psicoeducación surge de la práctica psiquiátrica y de la necesidad de educar a pacientes y a sus familiares sobre un padecimiento ya establecido. En la EpS, se puede solamente distribuir información acerca de los factores relacionados con la enfermedad, mientras que en el modelo de psicoeducación, la información siempre es complemento de una estrategia de intervención más amplia. La EpS según la forma en que se presente, puede tener distintos grados de alcance, por lo tanto, antes de desarrollar una propuesta de EpS habrá que conocer sus distintas estrategias y el impacto que ejerce de cada una de ellas para llegar a su meta.

1.1.7 Estrategias de la Educación para la Salud

La EpS se apoya de distintas estrategias y disciplinas para lograr sus objetivos, es por eso que para la transmisión adecuada de la información, es necesario conocer el proceso de la comunicación de manera que se propicie que el mensaje que se desea transmitir coincida con los códigos comunicativos del receptor (García et al, 2000), además de que la comunicación debe de ser persuasiva, para lograr el alcance de los objetivos (Marqués et al, 2004). De ahí que surge la comunicación para la salud, como el estudio y uso de aquellas estrategias que sirven para informar y ejercer influencia en las decisiones que toman las personas respecto de su salud.

Community Guide (2014) identifica las estrategias de comunicación para la salud que se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de Educación para la Salud Community Guide, 2014).

Estrategia	Descripción
<i>Campañas de comunicación para la salud</i>	Hacen uso de distintos canales de comunicación, incluyendo medios masivos, medios pequeños, distribución de productos de salud, eventos comunitarios, redes sociales y comunicación interpersonal.
<i>Medios masivos de comunicación.</i>	El uso de estos medios de comunicación, pueden ser muy efectivos si se planean y ejecutan cuidadosamente campañas dirigidas a públicos y objetivos definidos. Se pueden acompañar con otras actividades de prevención.
<i>Medios pequeños de comunicación</i>	Folletos impresos o videos. Estos pueden ser efectivos en informar, motivar o educar a las personas.
<i>Comunicación interpersonal</i>	El uso de esta estrategia puede ser individual o grupal y puede llevarse a cabo en sitios de trabajo, escuelas o instituciones de salud.
<i>Enfoques integrales comunitarios</i>	Consiste en el uso de múltiples canales de comunicación, mercadotecnia social y cualquier otra estrategia que promueva

Estrategia	Descripción
	comportamientos saludables. Este tipo de intervenciones suelen estar dirigidos a una comunidad entera.

Cabe decir que aunque uno de sus objetivos es el cambio comportamental, las estrategias de EpS no consideran las características psicológicas individuales ni la intervención psicológica para lograr sus objetivos, como sucede con la psicoeducación. Por otro lado, la EpS sí puede emplearse como herramienta en un tratamiento psicológico multicomponente, ya sea en modalidad individual o grupal. Sanabria (2007) señala que una limitación de las estrategias comunicativas, es reducirlas a la mera distribución de la información sin insertarlas a una estrategia de acción más amplia.

Actualmente, la necesidad de hacer frente a las enfermedades ha promovido el incremento en la concientización y promoción de la literatura para la salud (Saravi, Babalhavaeji, & Hariri, 2016), ya que la comunicación escrita es un método eficiente y de bajo costo para instruir e informar (Estrada, Hryniewicz, Higgs, Collins & Byrd, 2000).

Es por eso que los métodos de comunicación para la salud también incluyen el desarrollo de materiales de apoyo tangibles (Community Guide, 2014), como el material impreso, el cual puede presentarse en forma de folletos, panfletos, pósters, boletines, materiales de investigación, lineamientos de tratamientos farmacéuticos,

camisetas elaboradas con fines educativos o materiales de uso educativo (OMS, *sin fecha*), así como revistas, periódicos, fotonovelas, comics, panfletos, espectaculares o volantes (Sabogal, Otero, Pasick, Jenkins & Perez, 1996).

Algunas ventajas de la implementación de materiales impresos son que favorecen que el paciente conozca qué puede esperar de su tratamiento y en consecuencia reducir los niveles de ansiedad en incrementar su grado de satisfacción hacia sus proveedores de servicios de salud, también promueven que pacientes y familiares reciban información consistente, favorece el ahorro de tiempo en el proceso de educación por parte de los proveedores de servicios de salud, además, facilita la comprensión de la información, el seguimiento de instrucciones, reduce la cantidad de preguntas y disminuye la necesidad de seguimiento educativo (Wizowski, Harper & Hutchings, 2014), así como la reducción de costos y recursos humanos. Por otra parte, también se reconoce que los materiales impresos por sí solos, pueden no ser suficientes para lograr el cambio comportamental, pero son herramientas valiosas para los programas de intervención (OMS, *sin fecha*).

La OMS (OMS, *sin fecha*) propone una serie de recomendaciones para diseñar materiales impresos más efectivos y persuasivos, es decir, que incrementen las probabilidades de ser leídos, comprendidos y puestos en práctica. A continuación se presentan dichos puntos clave:

- Comprender las razones de prescripción de un medicamento o las opciones que tiene el paciente.
- Orientación hacia decisiones y acciones.

- Enfatizar mensajes clave.
- Capturar la atención con los encabezados.
- Uso de imágenes relacionadas con el tema.
- Usar texto simple y breve.
- Repetir los mensajes importantes.
- Contar con patrocinadores respetables.
- Involucrar a los usuarios.

Por otra parte, Whittingham, Ruiter, Castermans, Huiberts y Kok (2008), desde la psicología cognitiva, postulan que las características que debe cumplir la información para la salud son:

- Coherencia del texto: Los textos pueden ser coherentes a dos niveles, el macro-nivel y micro-nivel. El primero se refiere al orden lógico de los temas y los encabezados, por lo que éstos son facilitadores de la coherencia en este nivel, ya que esclarecen la estructura del contenido y facilitan su seguimiento. Por otro lado, el micro-nivel se refiere a la relación entre un párrafo y/o enunciado y el siguiente.
- Ilustraciones: De acuerdo con las teorías cognitivas del procesamiento de la información, existen dos subsistemas de procesamiento, el verbal y el visual. De modo que el empleo de ilustraciones en un texto promueve la comprensión de la información.

- Efectos de resaltado: Enfatiza en que los elementos de un texto que deben ser recordados deben recibir suficiente atención y esto se logra cuando dichos elementos son distintos al resto, ya sea en tamaño, fuente o color.

Es importante tomar en cuenta las características anteriormente mencionadas para lograr que el material impreso promueva la motivación, el informar o educar. Aunado a lo anterior, también se debe considerar que el diseño de dicho contenido se adecúe a las necesidades de información de las personas a quienes va dirigido el contenido.

1.1.8. Folletos educativos impresos sobre cáncer

La EpS también es necesaria una vez diagnosticada la enfermedad para apoyar el proceso de toma de decisiones (Sagar, 2016), pues se ha identificado que los pacientes con conocimientos deficientes acerca de su padecimiento, presentan dificultades para comprender conceptos que no les son familiares, conceptos que se relacionan con su tratamiento que pueden afectar la toma de decisiones (Davis, Williams, Marin, Parker & Glass, 2002). La EpS y los materiales impresos pueden contribuir con cambios comportamentales favorables, en conjunto con otras estrategias de intervención, pero para que estos materiales sean efectivos es necesario identificar qué información demanda la población y objetivos de cambio comportamental, para así diseñar mensajes persuasivos y fundamentados.

Un tipo de material impreso frecuentemente utilizado para la EpS es el folleto. De acuerdo con Robledo (2014) “el folleto es un material educativo impreso que se utiliza ampliamente para desarrollar de forma sintética consejos y recomendaciones en materia de salud” (pp. 157) para los cuales, sugiere el mensaje sea breve y preciso, además de acompañarse de imágenes, gráficos, dibujos, recortes o fotos que acompañen al mensaje. En el caso de los folletos dirigidos al cáncer, se encuentran diversos estudios empleando estos medios impresos siendo éstos primordialmente de carácter preventivo.

Shaikh, Hussain, Rahn y Desilets (2009) realizaron un estudio para determinar si la exposición a un folleto educativo acerca de la colonoscopia disminuía los niveles de ansiedad antes del procedimiento. Participaron 121 pacientes de primera vez, se dividieron aleatoriamente en dos grupos. El primer grupo recibió las instrucciones de rutina, mientras que el otro grupo recibió un folleto informativo sobre las instrucciones de preparación al procedimiento, dicha información fue enviada vía correo electrónico tres semanas antes del procedimiento. Antes de la colonoscopia, se midió la ansiedad con el "State Trait Anxiety Index". Encontraron que la exposición al folleto educativo previo a la colonoscopia disminuyó los niveles de ansiedad, además de que se redujo la cantidad de sedante empleado durante el procedimiento y las personas se presentaron mejor preparadas para el procedimiento.

Stamatiou et al., (2008) examinaron los efectos de un material impreso informativo sobre dos tipos de examen para la detección de cáncer de próstata (la prueba

específica de antígeno prostático y el examen digital rectal) en 1500 hombres entre 50 y 86 años. Se formaron dos grupos, uno en el que los participantes recibieron un folleto informativo acerca de los métodos de detección del cáncer de próstata, mientras que el segundo grupo sólo recibió información por parte de su médico durante una entrevista. Tras 24 meses no se encontraron diferencias significativas entre los participantes que se realizaron el examen digital rectal, sin embargo, se encontró que de los participantes que se realizaron la prueba específica de antígeno prostático, el 31% del grupo que no recibió información se realizó la prueba, mientras que del grupo que sí recibió información impresa, el 93% se realizó la prueba específica de antígeno prostático. Se concluye que la información impresa cambió favorablemente las actitudes hacia la prueba específica de antígeno prostático solamente, haciendo necesario introducir otras estrategias de intervención que promuevan la realización de ambas pruebas de cáncer de próstata para conseguir información más completa para realizar el diagnóstico.

King, Carcioppolo, Grossman, John & Jensen (2015) realizaron un estudio en 301 participantes, y encontraron que la exposición a folletos sobre estrategias de autoexploración de la piel, aumentó la disposición a realizar las técnicas de autoexploración y el conocimiento sobre cáncer de piel, demostrando la utilidad del material impreso para mejorar la detección oportuna del cáncer de piel.

La literatura acerca de EpS impresa dirigida a pacientes con LLA es aún limitada, sin embargo, se identifica que en otros tipos de cáncer esta estrategia fomenta la reducción de ansiedad ante procedimientos, promueven cambios actitudinales

favorables ante conductas preventivas, los cuales significan un apoyo frente a la toma de decisiones respecto al padecimiento.

1.2. Justificación

La LLA es uno de los diagnósticos más frecuentes en el servicio de hematología del Hospital Juárez de México. Dicha enfermedad implica para el paciente someterse a diversos estudios, estancias hospitalarias prolongadas, padecen de pancitopenias (descenso de glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas), y por ende, cuidados muy específicos. Lo anterior representa un cambio radical en el estilo de vida del paciente, pues surge la necesidad de hospitalizarse constantemente, impactando en la cuestión laboral y económica, así como cambios en las relaciones interpersonales. Mientras que a nivel psicológico, el paciente con leucemia puede presentar diversas reacciones emocionales que van desde estrés, sintomatología ansiosa, miedo, sintomatología depresiva, tristeza hasta crisis de carácter espiritual.

Por otro lado, entre las reacciones psicológicas características, se destacan las necesidades educativas o de recibir información. Se ha identificado que las principales necesidades educativas que reportan los pacientes con leucemia son sobre su enfermedad, tratamiento, alimentación, manejo de emociones, cuidados y hábitos de higiene y sueño (Angulo & Guerra, 2013). Lo anterior coincide con lo encontrado durante 15 meses de experiencia de intervención psicológica en el servicio de hematología del Hospital Juárez de México, habiéndose identificado que una de las principales necesidades del paciente hematológico es el acceso a

información sobre su padecimiento y los cuidados necesarios para su salud.

Con base en lo anterior, se requiere desarrollar estrategias educativas que satisfagan la necesidad de información que se manifiesta en el paciente con leucemia, y además, estas estrategias, sean creativas y efectivas (McGrath, 1999). Un medio para favorecer la satisfacción de tales necesidades educativas, es el empleo de Educación para la Salud (EpS), que entre sus funciones, está la de comunicar información que tiene impacto en la salud de los individuos. Particularmente, se encuentra que de entre las diversas estrategias de las que se apoya la EpS para transmitir sus mensajes, es la comunicación impresa. Se ha encontrado que el proporcionar información educativa en modalidad impresa puede promover un mejor aprendizaje de información de salud y generar comportamientos saludables en los pacientes (Estrada et al, 2000; Whittingham et al., 2008; Bester, et al, 2016; Ergen, et al 2016; Martínez et al., 2016; Momeni, Faghli, Golkari & Saki, 2016; Rose, Sakai, Argue, Froehlich & Tang, 2016), es decir, facilita que los pacientes conozcan aspectos de su enfermedad, tratamientos y otros datos que pueden influir en su evolución, favoreciendo el afrontamiento de la enfermedad.

Los medios impresos suelen funcionar como soporte de otras estrategias de intervención, sin embargo, un diseño y uso adecuado de éstos también puede fomentar beneficios como ahorro de tiempo y recursos en el proceso de educación del paciente. Martínez et al., (2016) aseguran que es necesario extender información científica, de calidad y expuesta de manera sencilla a los pacientes, al igual que es de suma importancia presentar dicha información con coherencia en el texto, ilustraciones adecuadas y efectos de resaltado en aquellos elementos que

deben recibir particular atención dentro del texto informativo (Whittingham et al., 2008).

La literatura acerca del diseño y procesos de validación de materiales educativos impresos para adultos con LLA es aún limitada. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos ProQuest, Gale, Medline, JSTOR, Elsevier, PubMed y Springer, con las palabras clave: *leukemia, brochure, health education, printed materials, cáncer, adult patients, pamphlet*. A partir de esta búsqueda se encontró que la literatura reporta investigaciones sobre folletos educativos sobre distintos tipos de cáncer. Los cuales se exponen a continuación.

Se han desarrollado estudios acerca de folletos educativos sobre temáticas relacionadas con el cáncer, por ejemplo Rahmawati, Gamayanti y Setarini (2016) estudiaron el efecto de un folleto educativo para combatir la ansiedad de padres de niños con LLA; King (2015) estudió el uso de fotografías e ilustraciones en material educativo sobre cáncer; estudios en relación con el cáncer de próstata como el de Stamatiou et al., (2008) que se analiza el efecto de un material impreso sobre pruebas para la detección de cáncer de próstata, o el desarrollado por Cooperman, Efuni, Villagra, DuHael y Jandorf (2013) en el que evaluaron la respuesta de seis grupos focales ante un folleto sobre cáncer colorectal y colonoscopia; se encuentran también estudios de folletos sobre cáncer de mama y su prevención. Seven, Akyüz y Robertson (2014) evaluaron el impacto de tres métodos educativos sobre examinación de cáncer de mama, grupal, individual e individual con un folleto educativo; Scherr, Bomboka, Nelson, Pal y Vadaparampil (2016) rastrearon la

diseminación de un folleto culturalmente dirigido sobre cáncer de mama y ovario; Adirim, Chafranskaia y Young (2011) que desarrollaron y evaluaron un folleto educativo sobre salud ósea para sobrevivientes de cáncer de mama, o Vadaparampil, Quinn, Gjyshi y Pal (2011) desarrollaron un folleto para el incremento de prevención de cáncer de mama. Otros trabajos similares son los reportados por Cueva, Cueva, Dignan y Landis (2015) quienes analizaron materiales impresos para la prevención de cáncer que incorporan elementos tradicionales de Alaska; King, Carcciopolo, Grossman, John y Jensen (2015) que estudiaron el efecto de dos folletos sobre técnicas de autoexaminación para la detección de cáncer de piel o el estudio de Murphy, Kashal, Quinn, Sawczyn y Termuhlen (2013) que desarrollaron un folleto sobre preservación de la fertilidad para pacientes oncológicos infantiles y sus familias.

Por lo tanto, se propone el diseño y validación por jueces de un material impreso acerca de las necesidades educativas de los pacientes con diagnóstico de LLA como elemento de la intervención educativa de medicina conductual.

El presente trabajo tiene como propósito que el producto final apoye la intervención educativa del residente de medicina conductual, facilitando a los pacientes con LLA el acceso a la información impresa clara, válida y adecuada a sus necesidades educativas, abarcando rubros como generalidades de la LLA, tratamiento y cuidados. Se espera contribuir con la adaptación a la enfermedad y los cambios en el estilo de vida que supone. De igual forma, se pretende contribuir con la literatura dedicada a la elaboración y validación de materiales educativos, además de

promover la realización de dichos materiales adaptados a las necesidades educativas de pacientes con distintas enfermedades.

1.3. Método

Objetivo

Validar un folleto sobre LLA dirigido a atender las necesidades educativas de pacientes con dicho diagnóstico.

Objetivos específicos:

- Explorar qué información sobre LLA es de interés para el paciente con dicho diagnóstico.
- Elaborar un folleto que satisfaga las necesidades educativas de los pacientes con LLA.
- Validar el contenido y estructura mediante juicio por expertos el contenido del folleto.

Procedimiento

Para la elaboración del folleto, en primer lugar se diseñó y aplicó una encuesta *ad hoc* para pacientes con el diagnóstico de LLA con el propósito de explorar y corroborar qué información es de interés para dichos pacientes. En la segunda parte, se tomaron en cuenta los resultados de dicha encuesta y se diseñó el folleto “20 preguntas sobre leucemia” cuyo contenido fue evaluado por tres médicos

adscritos del servicio de hematología del Hospital Juárez de México (HJM). Por último, se realizaron las correcciones señaladas en la segunda etapa y para la evaluación del nuevo material se entregó el folleto a 7 expertos en hematología del HJM. Para determinar la concordancia inter-observador se calculó el coeficiente de kappa de fleiss. A continuación se describe con mayor detalle el procedimiento en cada etapa.

Etapa 1

Participaron 15 pacientes del servicio de hematología del Hospital Juárez de México con diagnóstico de LLA con edades entre los 18 y los 57 años. Se diseñó una encuesta que incluía 11 preguntas/áreas/temas (ver Apéndice 1) que se han encontrado con frecuencia en la intervención del residente en Medicina Conductual y una opción para agregar algún contenido que no estuviese contemplado en la encuesta. El propósito de llevar a cabo dicha encuesta fue el de explorar y, en su caso, corroborar qué información es de interés para los pacientes con diagnóstico de LLA del servicio de hematología del Hospital Juárez de México.

Se obtuvo que el 73.3% de los participantes presenta interés en saber qué es la quimioterapia, qué tipos de quimioterapia existen, cuáles son los componentes de la sangre, cuál es la importancia del reposo absoluto, cuáles son los medicamentos para la leucemia, qué riesgos presentan los pacientes con leucemia y qué programas de apoyo existen para los pacientes con leucemia. El 66.6% de los participantes refirió interés respecto a cuáles son los efectos de la quimioterapia. Por último, el 80% de los participantes reportó interés sobre qué es la leucemia y

cuáles son los cuidados que debe llevar un paciente con leucemia. A partir de estos resultados se planteó la base para la estructura y contenido del folleto.

Etapa 2

Con base en los resultados del cuestionario de la primera etapa, se procedió a diseñar un folleto titulado “20 preguntas sobre leucemia” cuyo contenido consiste en:

- 20 preguntas sobre Leucemia Linfocítica Aguda y sus respectivas respuestas. Los temas desarrollados fueron LLA y sus tipos, médula ósea, componentes de la sangre, tratamiento y efectos secundarios, cuidados del paciente con LLA y reacciones psicológicas.
- Dos secciones tituladas “Para preguntarle a mi doctor”, que consisten en un apartado en el cual el paciente puede preguntar a su médico tratante información particular sobre su enfermedad y anotarla en un espacio destinado para ello.
- Tres secciones “¿Sabías qué?” las cuales presentan información extra sobre leucemia, la cual no fue referida mediante el cuestionario inicial, sin embargo funge como complemento del contenido principal del folleto.
- Por último, se desarrolló una sección titulada “5 mitos sobre leucemia” cuyo contenido consiste en presentar las que se consideran las principales creencias erróneas sobre la leucemia y que han sido identificadas mediante

la experiencia en la intervención psicológica con pacientes diagnosticados con leucemia.

Las características físicas del folleto fueron las siguientes: 10 páginas de 21x14cm, y atendiendo a las recomendaciones de Whittingham et al (2008) y OMS (*sin fecha*) se incluyeron ilustraciones relacionadas con los temas antes mencionados y resaltado de los encabezados.

Para la primera evaluación del folleto, se entregó una copia del material a tres médicos adscritos del servicio de hematología del HJM. Se le indicó a cada juez que realizara anotaciones sobre la muestra impresa del folleto. Las características del folleto que se evaluaron en esta etapa fueron el contenido y la estructura (Anastasi, 1997, como se citó en Becerra, Reynoso, Fernández y Rumbo, 2013). Siguiendo el trabajo realizado por Becerra et al., (2013) los aspectos a validar se definieron de la siguiente manera:

Validez de Contenido: Examen sistemático del contenido del folleto con el objetivo de determinar si los dominios y áreas del conocimiento incluidos contemplan los criterios de información que el paciente debe conocer.

Validez Estructural: Se refiere a la organización y colocación del texto y contenido gráfico del folleto.

Por lo tanto, se pidió a los jueces que señalaran si el diseño y el contenido eran adecuados y agregaran sus correcciones en caso necesario. En diseño se evaluó la ortografía, distribución del contenido y pertinencia de los elementos gráficos y redacción. En cuanto al contenido se evaluó la pertinencia de la información. Las

correcciones sugeridas por los jueces se señalan en el Apéndice 2, las cuales determinaron los siguientes cambios a realizar en el folleto.

Etapa 3

Se realizaron las correcciones señaladas en la etapa anterior (Apéndice 2), de modo que se amplió el folleto de 10 a 22 páginas, se modificó el título principal, se agregó la página legal del folleto, un glosario y una página de referencias.

Para la evaluación del nuevo material se entregó el folleto a 7 expertos en hematología del HJM, adjunto, se entregó una hoja de calificación (Apéndice 3) conformado de 22 tablas (una por cada página del folleto) dividida en dos apartados de calificación y uno de comentarios. El primer apartado de calificación fue “Contenido” el cual incluía los rubros de “pertinencia” y “cantidad”, y el segundo apartado fue “Estructura”, que incluía los rubros de ortografía, redacción e ilustraciones y diseño. Dicho formato se entregó a cada juez en modalidad impresa y por medio de correo electrónico. Para determinar la concordancia inter-observador se calculó el coeficiente kappa de Fleiss (Benavente, 2009; Fleiss, 1971).

1.4. Resultados

Con el objetivo de validar el material que corresponde al presente trabajo, se calculó el grado de acuerdo respecto al contenido y la estructura de cada una de sus páginas, entre jueces expertos en hematología. El grado de acuerdo fue calculado con la estadística kappa de fleiss.

En general, la estadística de kappa fue diseñada para medir el acuerdo entre jueces en escalas categóricas, por ejemplo la kappa de Cohen que calcula el acuerdo entre dos jueces (Endedijk, 2015), sin embargo, la kappa de Fleiss fue desarrollada para calcular dicho grado de acuerdo cuando participan más de dos jueces (Fleiss, 1971).

Para el cálculo de la Kappa de Fleiss se sigue la siguiente notación, en la que N representa el número de sujetos o jueces, n es la cantidad de calificaciones por sujeto, la k representa el número de categorías en las cuales se han realizado las asignaciones. Los subíndices, $i = 1, \dots, N$, representa a los sujetos y $j = 1, \dots, k$, representa las categorías de la escala. Se define n_{ij} como el número de jueces que asignaron al i vo sujeto en la j va categoría, de la siguiente manera:

$$p_j = \frac{1}{Nn} \sum_{i=1}^N n_{ij}.$$

La p_j es la proporción de todas las asignaciones realizadas a la j va categoría. Desde $\sum_j n_{ij} = n$, mientras que $\sum_j p_j = 1$.

El cálculo de la concordancia entre jueces se realizó por medio de la función Kappa de Fleiss, utilizando la extensión *Real Statistics* para el programa *Excel*, tomando en cuenta los resultados para cada una de las categorías de cada página del folleto. Estas categorías, como se menciona anteriormente, son: “pertinencia” y “cantidad” del contenido, así como “ortografía”, “redacción” e “ilustraciones/diseño” para evaluar la estructura y estilo del folleto.

Dado que la kappa de Fleiss sólo calcula el grado de acuerdo entre jueces, mas no en qué categoría se encuentra el acuerdo, es importante señalar que en este caso, el acuerdo en los presentes resultados es en la respuesta “adecuado”, por lo tanto, entre más alto haya resultado el coeficiente de kappa de Fleiss, es más alto el acuerdo en que el material es adecuado. A continuación, en la Tabla 2 se presenta la relación de coeficientes resultantes por categoría en cada una de las páginas del folleto.

Tabla 2. Coeficiente de Kappa de Fleiss.

Página	Pertinencia	Cantidad	Ortografía	Redacción	Ilustraciones / Diseño
1	1	1	0.6567	1	0.6567
2	1	0.6567	1	1	1
3	0.6567	1	1	0.6567	1
4	0.6567	0.4545	1	0.6567	1
5	0.4545	1	1	0.6567	0.6567
6	0.4545	0.4545	1	0.4545	1
7	0.6567	0.3877	1	0.4545	0.6567
8	1	0.6567	0.6567	1	0.6567
9	1	1	1	0.6567	0.6567
10	0.4545	0.6567	1	0.4545	1
11	1	0.4545	1	0.4545	1
12	0.6567	0.6567	1	0.6567	0.4545
13	1	0.6567	1	0.6567	0.4545
14	1	1	0.4545	1	1
15	1	1	1	0.6567	1
16	0.6567	1	1	1	1
17	1	0.4545	1	0.6567	1
18	1	1	1	0.6567	1
19	0.6567	1	1	1	1
20	1	1	1	0.6567	1
21	1	1	1	0.6567	1
22	1	0.6567	1	1	1

Los resultados se interpretaron de acuerdo con la Valoración del Índice de Kappa que se presenta en la Tabla 3 (Altman, 1991, en López de Ulibarri, 1999):

Tabla 3. Valoración Índice Kappa.

Valor de k	Fuerza de la concordancia
< 0.20	Pobre
0.21 – 0.40	Débil
0.41 – 0.60	Moderada
0.61 – 0.80	Buena
0.81 – 1.00	Muy buena

Se observa que en la categoría de “Pertinencia”, las páginas 1, 2, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21 y 22 obtuvieron kappa de Fleiss de 1, es decir, concordancia “Muy buena”; las páginas 3, 4, 7, 12, 16 y 19, obtuvieron una kappa de Fleiss de 0.6567, concordancia “Buena”, mientras que las páginas 5, 6 y 10 resultaron con una kappa de Fleiss de 0.4545, con concordancia “Moderada”.

En la categoría de “Cantidad” las páginas 1, 3, 5, 9, 14, 15, 16, 19, 20 y 21 resultaron con kappa de Fleiss de 1, concordancia “Muy buena”; las páginas 2, 8, 10, 12, 13 y 22 obtuvieron 0.6567, concordancia “Buena”; las páginas 4, 6, 11 y 17 resultaron con kappa de Fleiss de 0.4545, es decir, concordancia “Moderada”, y la página 7 resultó con kappa de Fleiss de 0.3877, que representa que el acuerdo fue “Débil”.

En la categoría de “Ortografía”, prácticamente todas las páginas obtuvieron una kappa de Fleiss de 1, con una concordancia “Muy buena”, excepto las páginas 1 y 8, que resultaron con 0.6567, concordancia “Buena”, mientras que la página 14 resultó con 0.4545, concordancia “Moderada”.

En la categoría de “Redacción” las páginas 1, 2, 8, 14, 16, 19 y 22 obtuvieron una kappa de Fleiss de 1, concordancia “Muy buena”; las páginas 3, 4, 5, 9, 12, 13, 1, 17, 18, 20 y 21 resultaron con 0.6567, concordancia “Buena” y las páginas 6, 7, 10 y 11 obtuvieron 0.4545, es decir, concordancia “Moderada”.

Por último, en la categoría “Ilustraciones/Diseño” las páginas 2, 3, 4, 6, 10, 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22 obtuvieron kappa de Fleiss de 1, concordancia “Muy buena”; las páginas 1, 5, 7, 8 y 9 resultaron con 0.6567, concordancia “Buena” y las páginas 12 y 13 obtuvieron 0.4545, concordancia “Moderada”.

Para efectos de la corrección del material psicoeducativo, se consideraron todos los resultados inferiores a 0.60, es decir, de concordancia “Moderada” o inferior, y la corrección se realizó de acuerdo a los comentarios proporcionados por los jueces en el formato de calificación, los cuales se presentan en la Tabla 4. Las correcciones finales se muestran en las Figuras 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10. En el Apéndice 4 se presenta la versión final del folleto.

Tabla 4. Comentarios considerados para la corrección de contenidos o estructura

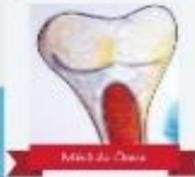
N° Página	Comentarios
Página 4	Los cambios realizados fueron respecto a la categoría “Cantidad”. Los comentarios por parte de los jueces fueron: “Demasiadas letras, el paciente no quiere tanto. Mientras más sencillo mejor.”
Página 5	Los cambios realizados fueron respecto a la categoría “Pertinencia”. Los comentarios fueron: “Las leucemias linfoides agudas B o T pueden ser a la vez L1, L2 o L3”, “La clasificación que pones debe ser la morfología del blasto (L1, L2 y L3), no es por linaje B o T” y “Los tipos 1,2,3 solo son morfológicos. B y T dependen del inmunofenotipo y hay por tipo de riesgo que es más importante”.

N° Página	Comentarios
Página 6	Los cambios realizados fueron respecto a la categoría “Pertinencia”, “Redacción” y “Cantidad”. Los comentarios fueron: “Empieza diciendo que no se sabe por qué da dos párrafos no los entendería ni un estudiante de medicina, menos un paciente. Tienes que explicarle claramente el porqué: que no es hereditario, ni contagioso, ni por culpa que es un evento al azar por un conjunto de eventos ambientales y genéticos”.
Página 7	Los cambios realizados fueron respecto a la categoría “Cantidad”. Los comentarios fueron: “Tiene mucha paja”.
Página 10	Los cambios realizados fueron respecto a la categoría “Pertinencia” y “Redacción”. Los comentarios fueron: “No es en la médula espinal, en el líquido que baña el cerebro para que la leucemia no se esconda ahí”, “No queda claro que es. El objetivo no es la definición “Deberías dibujar las vías de administración”.
Página 11	Los cambios realizados fueron respecto a la categoría “Pertinencia” y “Cantidad”. Los comentarios fueron: “No más de tres años”, “Sólo se mencionan las fases y el tiempo exacto, lo demás es demasiado” y “Poner Intensificación/Consolidación Disminuir texto en inducción, consolidación y mantenimiento. Y sin embargo, avisar que durante el mantenimiento todavía hay algunos internamientos para aplicar quimioterapia”.
Página 12	Los cambios realizados fueron respecto a la categoría “Ilustraciones/Diseño”. No se reportaron comentarios, sin embargo se cambió el tamaño de fuente para equilibrar la composición de la página.
Página 13	Los cambios realizados fueron respecto a la categoría “Ilustraciones/Diseño”. No se presentaron comentarios, sin embargo se cambió la posición del texto.
Página 14	Los cambios realizados fueron respecto a la categoría “Ortografía”. Se corrigieron los errores ortográficos señalados por los jueces, los comentarios fueron: “Están mal escritos los nombres de algunas quimios”, “Metotrexato, Ciclofosfamida”.
Página 17	Los cambios realizados fueron respecto a la categoría “Cantidad”. Al respecto, se resumió la información. El comentario fue: “Demasiada información”.

Para entender la leucemia linfocítica aguda...

1- ¿Qué es la médula ósea?

Es el material blando que se encuentra dentro de los huesos (el tuétano), su trabajo consiste en producir las células madre sanguíneas. Estas células son las formadoras de la sangre ya que una vez maduras, se convierten en alguno de los tres tipos de células sanguíneas.



2- ¿Cuáles son los tres tipos de células sanguíneas?



GLÓBULOS ROJOS:
SE ENCARGAN DE TRANSPORTAR EL OXÍGENO A TODO NUESTRO CUERPO.



GLÓBULOS BLANCOS O LEUCOCITOS:
CUYO TRABAJO ES COMBATIR LAS INFECCIONES.

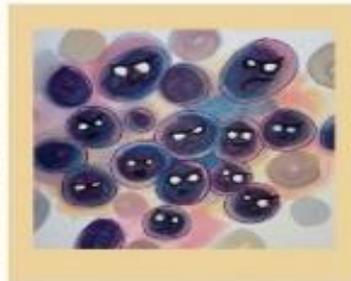


PLAQUETAS O TROMBOCITOS:
CUYA LABOR CONSISTE EN AYUDAR A QUE COAGULE LA SANGRE.



3- ¿Qué es la Leucemia Linfocítica Aguda?

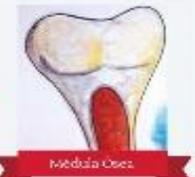
Es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de demasiados linfoblastos en la médula ósea y la sangre. Se puede extender a los ganglios linfáticos, el bazo, el sistema nervioso central o a otros órganos. Sus signos y síntomas son: debilidad o cansancio, moretones o sangrados, fiebre, pérdida de peso o anorexia, dolor de huesos o articulaciones, disnea (dificultad para respirar), inflamación en el abdomen, inflamación de ganglios linfáticos e infecciones frecuentes.



Para entender la leucemia linfocítica aguda...

1- ¿Qué es la médula ósea?

Es el material blando que se encuentra dentro de los huesos (el tuétano), su trabajo consiste en producir las células madre sanguíneas. Estas células son las formadoras de la sangre ya que una vez maduras, se convierten en alguno de los tres tipos de células sanguíneas.



2- ¿Cuáles son los tres tipos de células sanguíneas?



GLÓBULOS ROJOS:
SE ENCARGAN DE TRANSPORTAR EL OXÍGENO A TODO NUESTRO CUERPO.



GLÓBULOS BLANCOS O LEUCOCITOS:
CUYO TRABAJO ES COMBATIR LAS INFECCIONES.

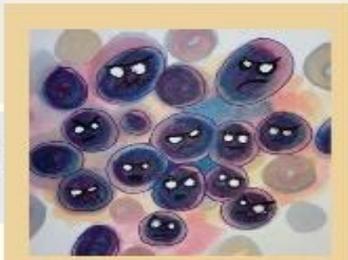


PLAQUETAS O TROMBOCITOS:
CUYA LABOR CONSISTE EN AYUDAR A QUE COAGULE LA SANGRE.



3- ¿Qué es la Leucemia Linfocítica Aguda?

Es un cáncer que se caracteriza por la presencia de linfoblastos en la médula ósea y la sangre.



Representación de linfoblastos en médula ósea.

Figura 1. Correcciones página 4.

4- ¿Qué tipos de leucemia linfoide aguda (LLA) existen?

La LLA se clasifica de acuerdo al tipo de linfoblastos al que afecta y pueden ser: los linfocitos b, que producen anticuerpos, o los linfocitos T, que coordinan la respuesta inmune.

TIPOS



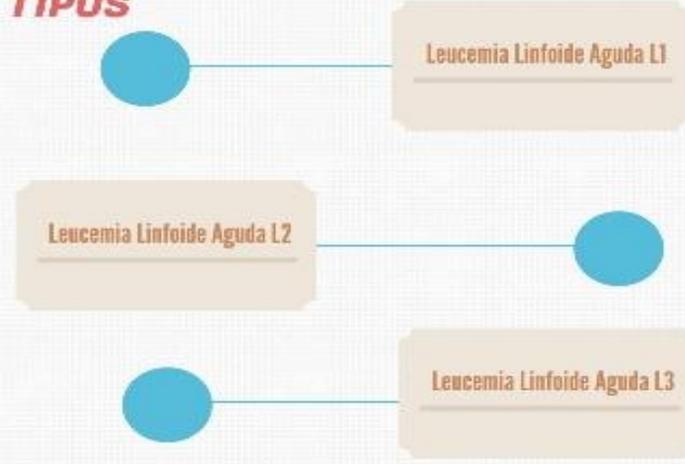
¿Sabías qué...

los blastos son glóbulos blancos inmaduros; éstas células son cancerosas, se reproducen con rapidez y reemplazan a las células sanas de la médula ósea?

4- ¿Qué tipos de leucemia linfoide aguda (LLA) existen?

Existen distintas clasificaciones para la leucemia linfoide aguda, y una de ellas es con base a su morfología, es decir, a la forma que presentan las células vistas al microscopio:

TIPOS



¿Sabías qué...

los blastos son glóbulos blancos inmaduros; éstas células son cancerosas, se reproducen con rapidez y reemplazan a las células sanas de la médula ósea?

Figura 2. Correcciones página 5.

5-¿Por qué da leucemia?

buena pregunta...

Cuando una célula se divide, hace una copia de ADN en los cromosomas, sin embargo, este proceso no siempre es perfecto y se pueden generar errores que afectan a los genes.

El cáncer puede surgir a raíz de una mutación (cambios) en el ADN que desactivan los supresores de tumores o activan los oncogenes.

Lo anterior puede ser consecuencia de: exposición a radiaciones o productos químicos.

La Leucemia Linfocítica Aguda en rara ocasión se causa por mutaciones heredadas.

La mayoría de veces no se conocen las causas que originan esta enfermedad.

¿Sabías qué...
el lazo que representa el apoyo a las personas que padecen leucemia es el lazo color naranja?

5-¿Por qué da leucemia?

buena pregunta...

La Leucemia Linfocítica Aguda es una enfermedad adquirida, sin embargo, la mayoría de veces no se conocen las causas que la generan.

Se sabe que esta enfermedad se origina cuando ocurre un error en la división de las células que afecte a los genes.

Lo anterior puede ser consecuencia de: exposición a radiaciones o productos químicos.

La Leucemia Linfocítica Aguda en rara ocasión es heredada.

¿Sabías qué...
el lazo que representa el apoyo a las personas que padecen leucemia es el lazo color naranja?

The infographic is split into two identical panels. Each panel features a light green background with a DNA double helix icon, a chromosome icon, and two human figures. The text explains that ALL is an acquired disease where errors in cell division lead to genetic mutations, which can be caused by radiation or chemicals. It notes that while some cases are hereditary, most have unknown causes. At the bottom, a blue ribbon icon is used to introduce a fact: the orange awareness ribbon represents support for people with leukemia.

Figura 3. Correcciones página 6.

6- ¿Cómo se diagnostica la leucemia linfocítica aguda?

Para realizar el diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda, es necesario llevar a cabo diversos estudios de la sangre y la médula ósea que permitan determinar la cantidad de células en la médula. Los estudios que frecuentemente se emplean para el diagnóstico son los siguientes:

Principalmente el ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA, en algunas ocasiones BIOPSIA DE HUESO, y en algunas situaciones se realizan estudios moleculares y genéticos para complementar el diagnóstico.



7- ¿Se contagia la leucemia?

NO, definitivamente no.

6- ¿Cómo se diagnostica la leucemia linfocítica aguda?

Para realizar el diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda, es necesario llevar a cabo diversos estudios de la sangre y la médula ósea que permitan determinar la cantidad de células en la médula.

Principalmente el ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA, en algunas ocasiones BIOPSIA DE HUESO, y también se realiza Inmunofenotipo, cariotipo y en algunas ocasiones estudios moleculares.



7- ¿Se contagia la leucemia?

NO, definitivamente no.

Figura 4. Correcciones página 7.

8-¿Cuál es el tratamiento para la leucemia?

El principal tratamiento para la Leucemia Linfoide Aguda es: La Quimioterapia.

9-¿Qué es la quimioterapia?

La quimioterapia consiste en medicamentos diseñados para tratar el cáncer y su objetivo es depurar la mayoría de las células de leucemia. Estos se administran de modo que lleguen al torrente sanguíneo y se puedan diseminar por todo el cuerpo. Su aplicación se organiza en ciclos, que son seguidos de un periodo de descanso para promover que el cuerpo se recupere.



10-¿Cómo se administra la quimioterapia?

La dosis de quimioterapia siempre es ajustada según el peso y talla de cada paciente. Se puede inyectar en la vena, en el músculo, debajo de la piel, en la médula espinal o pueden ser medicamentos tomados.

8-¿Cuál es el tratamiento para la leucemia?

El principal tratamiento para la Leucemia Linfoide Aguda es: La Quimioterapia.

9-¿Qué es la quimioterapia?

La quimioterapia es un conjunto de medicamentos para tratar el cáncer.

Su objetivo es depurar la mayoría de las células de leucemia.



10-¿Cómo se administra la quimioterapia?

La quimioterapia se administra de modo que lleguen al torrente sanguíneo, se puede inyectar en la vena, en el músculo, debajo de la piel, en el líquido cefalorraquídeo (LCR) o pueden ser medicamentos tomados.

Su aplicación se organiza en ciclos, que son seguidos de un periodo de descanso para promover que el cuerpo se recupere.

La dosis de quimioterapia siempre es ajustada según el peso y talla de cada paciente.

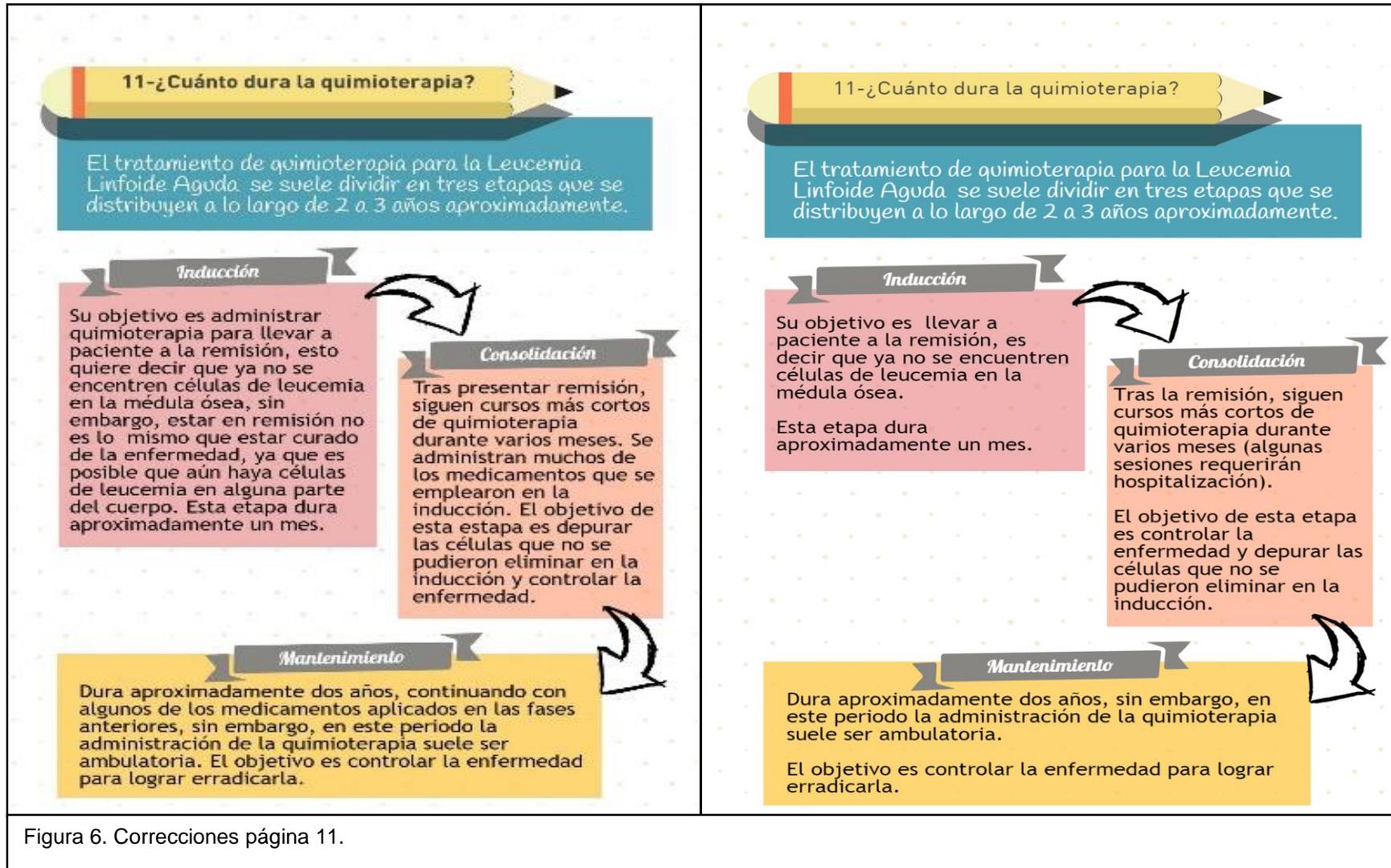


Figura 6. Correcciones página 11.

12-¿Cuáles son los efectos secundarios de la quimioterapia?

Debido a que la quimioterapia suele ser muy fuerte para poder atacar a las células cancerosas, es posible que también afecte a células sanas, principalmente las células sanguíneas, las células de la piel y las células del sistema digestivo por lo cual se pueden presentar los siguientes efectos secundarios:



12-¿Cuáles son los efectos secundarios de la quimioterapia?

Debido a que la quimioterapia suele ser muy fuerte para poder atacar a las células cancerosas, es posible que también afecte a células sanas, principalmente las células sanguíneas, las células de la piel y las células del sistema digestivo, dando lugar a los siguientes efectos secundarios:



Figura 7. Correcciones página 12.

Principales Efectos Secundarios

Es probable que presente alguno de los siguientes efectos secundarios, sin embargo, no todos los pacientes los presentan.




- Caída del cabello**
- Úlceras en la boca**
- Pérdida del apetito**
- Náuseas**
- Vómitos**
- Diarrea**
- Aumento de riesgo de infecciones**

- Moretones**
- Hemorragias**
- Cansancio**
- Adormecimiento**
- debilidad y hormigueo en extremidades**

¿Sabías que...

La intratecal es un tratamiento que pretende evitar que las células de leucemia se trasladen al cerebro, de modo que este tratamiento puede funcionar como prevención o como tratamiento para la leucemia que se ha propagado al Sistema Nervioso Central.

Principales Efectos Secundarios




- Caída del cabello**
- Úlceras en la boca**
- Pérdida del apetito**
- Náuseas**
- Vómitos**
- Diarrea**
- Aumento de riesgo de infecciones**
- Moretones**
- Hemorragias**
- Cansancio**
- Adormecimiento**
- debilidad y hormigueo en extremidades**

NOTA: Pueden no presentarse todos los efectos secundarios y esto no quiere decir que la quimioterapia no esté funcionando.

¿Sabías que...

la "intratecal" es un tratamiento que pretende evitar que las células de leucemia se trasladen al cerebro, de modo que este tratamiento puede funcionar como prevención o como tratamiento para la leucemia que se ha propagado al Sistema Nervioso Central?

Figura 8. Correcciones página 13.

13

¿QUÉ MEDICAMENTOS

SE EMPLEAN PARA EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA?

Los medicamentos que comúnmente se emplean son:

Vincristina, Daunorubicina,
Citarabina, L-asparaginasa,
Etoposido, 6-mercaptopurina,
Metotrexato, Ciclofosfamida,
Prednisona, Dexametasona.



13

¿QUÉ MEDICAMENTOS

SE EMPLEAN PARA EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA?

Los medicamentos que comúnmente se emplean son:

Vincristina, Daunorubicina,
Citarabina, L-asparaginasa,
Etoposido, 6-mercaptopurina,
Metotrexato, Ciclofosfamida,
Prednisona, Dexametasona, entre
otros.

Su administración lleva una secuencia, de acuerdo con el esquema de quimioterapia que asigne el hematólogo.

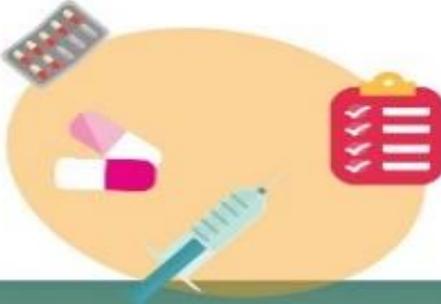


Figura 9. Correcciones página 14.



16- ¿Por qué es importante la Higiene?

Ya que en el paciente con leucemia linfocítica aguda se presenta disminución en sus niveles de glóbulos blancos, que son las defensas del cuerpo, queda expuesto a contraer infecciones con mayor facilidad.

Por esta razón se recomienda mantener medidas de higiene como: evitar el contacto con personas con enfermedades respiratorias, ingerir alimentos bien lavados, de preferencia preparados en casa y cocidos, mantener una adecuada higiene personal, acudir a sus sesiones de curación de catéter de ser el caso, lavado de manos y cepillado de dientes con una pasta dental suave.



Durante hospitalización puede haber momentos en los que el médico le solicite evitar el contacto físico con sus cuidadores, o el que estos se recarguen en su cama mientras usted mantiene niveles bajos de sus glóbulos blancos.



16- ¿Por qué es importante la Higiene?

Ya que en el paciente con leucemia linfocítica aguda se presenta disminución en sus niveles de glóbulos blancos, queda expuesto a contraer infecciones con mayor facilidad.

Se recomiendan las siguientes medidas de higiene:

- Evitar el contacto con personas con enfermedades respiratorias
- Ingerir alimentos bien cocidos y limpios (de preferencia preparados en casa)
- Adecuada higiene personal, lavado de manos, crema en todo el cuerpo, enjuagues con bicarbonato y cepillado de dientes con cepillo dental de cerdas suaves.
- Acudir a las curaciones de catéter (de ser necesario).



Durante hospitalización puede haber momentos en los que el médico solicite al paciente evitar el contacto físico con sus cuidadores como medida de higiene.

Figura 10. Correcciones página 17.

Con base en los resultados del cuestionario de la primera etapa, se procedió a diseñar el folleto titulado “20 preguntas sobre leucemia linfocítica aguda” cuyo contenido consiste en:

- Portada.
- Página de datos.
- Presentación del folleto.
- 20 preguntas sobre Leucemia Linfocítica Aguda y sus respectivas respuestas.
- Dos secciones tituladas “Para preguntarle a mi doctor”.
- Tres secciones “¿Sabías qué?” las cuales presentan información extra sobre leucemia.
- Una sección titulada “Mitos sobre la leucemia”.
- Glosario.
- Referencias.

Las características físicas del folleto son: 22 páginas de 21x14cm, con ilustraciones a color relacionadas con los temas desarrollados y encabezados resaltados con elementos como el tipo de fuente, colores, márgenes.

1.5. Discusión

El propósito del presente trabajo fue diseñar y validar un folleto educativo sobre Leucemia Linfocítica Aguda (LLA), cuyo procedimiento consistió en tres etapas: a) evaluar las necesidades educativas de pacientes con LLA, b) diseñar un folleto sobre LLA, basado en las necesidades educativas identificadas en la fase previa y someter dicho material a corrección por parte de expertos en hematología, y c) corregir dicha versión del folleto con base en las observaciones de los expertos, someter el nuevo folleto a la evaluación de 6 expertos en hematología y calcular el grado de acuerdo entre sus observaciones mediante la estadística kappa de Fleiss. Dichos resultados fungieron como indicador para una nueva serie de correcciones.

Los resultados muestran que en general el grado de concordancia entre jueces respecto al folleto es adecuado, pues se encuentra entre “Bueno” y “Muy bueno”, lo que significa que se consideró que las categorías “Contenido”, “Cantidad”, “Ortografía”, “Redacción” e “Ilustraciones/Diseño” fueron adecuadas en la mayoría de las páginas del folleto según el criterio de los jueces. Sin embargo, no se dejan de lado todas aquellas características que obtuvieron concordancia en nivel “Moderada” y “Débil”, siendo estos los criterios para decidir realizar correcciones, las cuales se basaron en los respectivos comentarios emitidos por los jueces. En la categoría “Pertinencia” las correcciones se realizaron en las páginas 5, 6 y 10 que resultaron con concordancia moderada, en la categoría de “Cantidad” se corrigieron las páginas 4, 6, 11 y 17 resultaron con concordancia moderada y la página 7 que resultó con concordancia “Débil”; en la categoría de “Ortografía” se corrigió la página 14 cuyo nivel de concordancia fue “Moderada”; en la categoría de redacción se

corrigieron las páginas 6, 7, 10 y 11 cuya concordancia fue “Moderada” y en la categoría de “Ilustraciones/Diseño” se corrigieron las páginas 12 y 13, cuya concordancia fue “Moderada”.

Sin embargo, durante el proceso de corrección del folleto se identificaron áreas de oportunidad a tomarse en consideración en futuros trabajos. Una de las principales dificultades encontradas en el proceso fue el formato de calificación brindado a los jueces, ya que incluye una sección de comentarios que permite la libre redacción de los mismos en términos coloquiales, la redacción de comentarios que no corresponden a la calificación proporcionada en el apartado cuantitativo de la hoja de respuestas, o incluso la no emisión de los mismos al no especificar en las instrucciones que la redacción de los comentarios se realice en términos técnicos. Se sugiere incluir instrucciones que especifiquen la necesidad de realizar comentarios con terminología técnica, concisa y concreta en relación con la característica a corregir. Además, sería necesario agregar que, en caso de evaluar negativamente un aspecto del folleto, es imprescindible desarrollar su respectivo comentario con las características a mejorar y que éstas sean congruentes con la calificación señalada en el apartado cuantitativo de la hoja de respuestas.

De la misma manera, se sugiere integrar un panel de expertos de más de una disciplina, para complementar y enriquecer la evaluación. En cuanto al cálculo del acuerdo entre jueces, también se sugiere implementar más de una prueba estadística para contrastar los datos obtenidos y tener una medición más precisa, como por ejemplo el Coeficiente de concordancia de Kendall que calcula el grado

de concordancia entre rangos, y es utilizado para el análisis de variables ordinales (Escobar, 2008).

La literatura acerca de desarrollo de material educativo para pacientes con leucemia es aún limitada, sin embargo, existen diversos trabajos de desarrollo tanto de materiales impresos como de instrumentos de medición en el ámbito de la Educación para la Salud que reportan resultados similares a los del presente trabajo.

Los resultados de esta investigación son similares a los reportados por Rodríguez y Moral (2016) quienes diseñaron y validaron el contenido de un instrumento una escala de hábitos de higiene oral, la cual fue sometida a la evaluación de seis expertos. Las categorías consideradas fueron adecuación, claridad, consistencia y relevancia. Los datos fueron analizados usando la Kendall W y el coeficiente de Kappa de Fleiss. Se encontró que las características evaluadas por los jueces fueron concordantes.

Garnweidner, Dolvik, Frisvold y Mosdol (2015) evaluaron la idoneidad de 14 materiales impresos sobre nutrición para mujeres embarazadas y padres de niños pequeños, de 7 países europeos. Calcularon el acuerdo entre jueces por medio de la Kappa de Cohen, obteniendo que los materiales medidos fueron adecuados en relación a las necesidades de los grupos a los que van dirigidos, y ningún material resultó inadecuado. Encontraron que sus puntuaciones más altas correspondieron a la tipografía y al diseño, mientras que las puntuaciones más bajas fueron para la adecuación cultural y la estimulación para el aprendizaje. Dichos resultados

concuerdan con los del presente trabajo en cuanto a que los puntajes más altos se obtuvieron en la categoría de diseño.

No obstante, los presentes resultados discrepan con los hallazgos de Jahan, Al-Saigul, Alharbi, & Abdelgadir (2014) que evaluaron 110 folletos de EpS, cuyas temáticas eran sobre enfermedades crónicas, salud mental, diabetes mellitus e hipertensión. Emplearon el Suitability Assesment of Materials (SAM) que consiste en 22 criterios encasillados en 6 grupos de categorías: contenido, demanda de información, gráficos, composición/tipografía, estimulación para el aprendizaje/motivación y adecuación cultural. Se encontró que dos tercios de los folletos resultaron adecuados, siendo las calificaciones más altas para adecuación cultural y contenido, mientras que en 68.% de los casos fueron calificados como no adecuados en cuanto a la categoría de "Gráficos".

Por otra parte, en futuras investigaciones se pueden considerar otras metodologías de validación por jueces que se adapten a las características del material a evaluar. Urrutia, Barrios, Gutiérrez y Mayorga (2017) señalan algunas de las metodologías más conocidas que se han desarrollado para calcular la validez de contenido: el método Delphi, que consiste en recoger la opinión de un grupo de expertos al respecto de un tema del cual los datos existentes sean escasos o difusos; la Metodología Q en la que se identifican patrones de opinión que emiten jueces sobre un tema, o el Modelo de Fehring, frecuentemente utilizado en el campo de la enfermería para medir la concordancia entre jueces.

Un aspecto importante a considerar con el objetivo de estudiar el efecto del material educativo desarrollado, es la evaluación de la *Alfabetización para la Salud*, referido por la OMS como aquellas habilidades sociales y cognitivas que determinan la motivación para acceder, comprender y utilizar información que promueva una buena salud (OMS, 2012), y posteriormente evaluar el efecto del folleto sobre la misma.

El folleto en su versión final podrá ser utilizado como material de apoyo para todo aquel personal de salud que detecte necesidades informativas en pacientes con LLA, y que su práctica profesional se relacione con educar a dichos pacientes respecto de su enfermedad. El folleto, por sus características, puede distribuirse en formato papel o digital a criterio del Residente en Medicina Conductual para emplearse como material de apoyo para programas de educación para la salud y psicoeducación, tanto con pacientes y familiares. Se considera que este material puede resultar de especial utilidad para el trabajo diario del residente en Medicina Conductual que atienda a pacientes con LLA, como soporte a la intervención educativa y en atención a las necesidades informativas de dichos pacientes, por lo cual, se sugiere que el servicio de Medicina Conductual sea el medio para acceder al material. Es muy importante tomar en cuenta que el material debe proporcionarse una vez que el equipo médico ha confirmado el diagnóstico de LLA, y que su uso apoye a la intervención educativa de servicio de Medicina Conductual tras el anuncio del diagnóstico, así como antes y durante el tratamiento de quimioterapia. Se espera que este trabajo de investigación promueva extensión de la generación

de materiales de EpS para pacientes hematológicos y su respectivo proceso de validación, así como la investigación de las necesidades educativas y la alfabetización para la salud de dichos pacientes, y sobre todo propiciar la comunicación de información adecuada y atractiva de EpS para el paciente con LLA y sus familiares.

Capítulo 2: Reporte de Experiencia Profesional

En el presente capítulo se consiste en el Reporte de Experiencia Profesional en el que se expondrán aspectos generales sobre el desarrollo de la Medicina Conductual y su relación con la Hematología. A continuación se describe al Hospital Juárez de México, retomando datos históricos sobre su origen y evolución, hasta sus aspectos estructurales actuales. Así mismo, se presentan las actividades académicas y asistenciales llevadas a cabo durante el periodo de la residencia en Medicina Conductual, incluyendo el respectivo reporte de productividad. Se espera que la información contenida en éste capítulo sirva de base para el desarrollo de la Medicina Conductual aplicada en enfermedades hematológicas en México.

2.1 Medicina Conductual

La medicina conductual nace en el año de 1977 año en que la Universidad de Yale organizó la “First Conference of Behavioral Medicine”, la cual reunió a investigadores en el campo de la antropología, sociología, psiquiatría, psicología y medicina quienes dieron una definición de la medicina conductual; así mismo, otra meta de dicha conferencia fue promover la comunicación interdisciplinaria, discusión entre investigadores y profesionales con el objetivo de facilitar la integración de la investigación y práctica clínica y que estas fueran más efectivas (Schuawertz y Weiss, 1978, como se citó en Reynoso, 2014). De acuerdo con Reynoso (2012, como se citó en Reynoso, 2014) la medicina conductual es el

campo interdisciplinario ubicado en las ciencias conductuales y biomédicas que pretende comprender y aplicar el conocimiento y técnicas en la salud-enfermedad y sus niveles de prevención.

2.1.2. Medicina conductual y hematología

La hematología es una rama de la medicina interna que se dedica al estudio de anemias, oncohematología (padecimientos maligno de tejido hematopoyético como leucemias, linfomas y mielomas), inmunohematología que comprende citopenias originadas por anticuerpos, la medicina transfusional que se dedica a la terapéutica de la transfusión y hemoderivados, la hemostasia que comprende hemorragias y trombosis, y el trasplante de células hematopoyéticas, que consiste en una terapia

para algunas enfermedades malignas o benignas del tejido hematopoyético (médula ósea) y algunos tumores sólidos (Hernández, 2010).

Con lo anterior, cabe mencionar que las enfermedades hematológicas frecuentemente suponen citopenias importantes que requieren hospitalizaciones prolongadas y cuidados particulares como la higiene y el reposo. Rivera (2014) señala que los pacientes hematológicos pueden agudizar sintomatología ansiosa y depresiva durante las largas estancias hospitalarias y la condición de reposo absoluto que requiere su tratamiento; debido a lo anterior, el paciente puede generar pensamientos de dependencia e inutilidad así como estrés en el cuidador primario.

Las consideraciones generales que propone Rivera (2014) sobre el abordaje del paciente hematológico son: 1) Una vez comunicado el diagnóstico, es responsabilidad del equipo de salud asegurarse de que esta información fue comprendida por el paciente y su cuidador, de forma que esto permita la toma de decisiones y participación activa en el tratamiento; 2) en el caso de que existan habilidades limitadas para la comunicación, se entrena al paciente o al familiar en habilidades que le permitan mantener una comunicación adecuada con el equipo médico, de forma que permanezcan informados y participen activamente con el tratamiento; 3) ya que existen pacientes que viven en situaciones sociales difíciles como bajo nivel económico, red de apoyo deficiente y vivienda en condiciones poco favorables, se sugiere intervenir con técnicas como solución de problemas con el

fin de generar alternativas, evaluar las creencias del paciente o del cuidador sobre pedir ayuda y sus habilidades para llevarlo a cabo, y por último, solicitar apoyo a trabajo social. Así mismo, vale señalar que existirán casos de pacientes en los que será necesario trabajar en conjunto con el servicio de psiquiatría para ofrecer un adecuado manejo farmacológico y no farmacológico. En cuanto a la intervención durante la fase de tratamiento, menciona que se deberán identificar objetivos claros de intervención y las estrategias específicas para llegar a dichos objetivos en función de las necesidades del paciente.

Por lo tanto, es necesario que se aborde psicológicamente al paciente hematológico desde el ingreso hospitalario y durante la evolución de la enfermedad. La intervención deberá consistir en una adecuada evaluación e intervención psicológica para prevenir comorbilidad psicosocial.

2.2. Descripción de la Sede

El presente Reporte de Experiencia Profesional describe las actividades desarrolladas durante el periodo de enero de 2015 a junio de 2016 en el Hospital Juárez de México como sede. Los aspectos a abordar son la historia del HJM, ubicación e instalaciones.

2.2.1. Historia del Hospital Juárez de México

La historia del Hospital Juárez de México se remonta al año de 1847, cuando Estados Unidos invade México, bajo el mando del general Winfield Scott. Primero tomaron el puerto de Veracruz y tras derrotar a las fuerzas nacionales en Cerro

Gordo, se dirigieron a la Ciudad de México. Ante esta situación las autoridades acudieron al Consejo Superior de Salubridad para el acondicionar de hospitales de sangre que pudiesen atender a los heridos. En julio de ese año, se establecieron en el polvorín de San Antonio Abad y en la Plazuela de San Sebastián, por otro lado, en el sur de la ciudad se instalaron hospitales improvisados de campaña en San Ángel y Churubusco. Más tarde, el regidor de hospitales, José Urbano Fonseca, indicó que el colegio contiguo a la Iglesia de San Pablo, el cual servía como cuartel, se dispusiera a las necesidades del ayuntamiento y donde finalmente se instaló el hospital de sangre (Manrique, 2014). Las víctimas resultantes de las batallas de Churubusco y Padierna se atendieron en el Hospital de San Pablo y a finales de ese año, una vez se retiraron las tropas invasoras, el hospital de sangre se convirtió en el Hospital Municipal. En 1857 se inauguró un área para pacientes de las sociedades de beneficencia suiza, francesa y belga, tres años después, la sociedad española también solicitó una sala contigua. Finalmente el Hospital de San Pablo comenzó a construir su perfil didáctico. En 1851, el doctor José Ignacio Durán, director de la Escuela de Medicina, comenzó a solicitar cadáveres para realizar estudios de anatomía y prácticas quirúrgicas. A su vez, también solicitó permiso al Ayuntamiento para que en éste hospital se impartieran las clínicas médicas de la carrera de medicina, iniciando la trayectoria de lo que en el futuro sería el Hospital Juárez de México (Manrique, 2014).

En 1860, el médico queretano José María Barceló realizó la primera transfusión de sangre en este hospital. En 1872, tras la muerte del Benemérito Don Benito Juárez, el Regidor García López propuso ante los miembros del Ayuntamiento de la Ciudad

de México que el hospital tomara el nombre de Hospital Juárez en honor al difunto presidente. Más tarde, en 1877, el director de la Escuela de Medicina, el Dr. Francisco Ortega designó una sala para impartir lecciones de Clínica externa, de forma que se comenzó a utilizar el campo clínico como espacio para la enseñanza (Hospital Juárez de México, 2014).

El 19 de Septiembre de 1985, debido a un sismo de 8.1 en la escala de Richter, el Hospital Juárez sufrió la pérdida de la torre de 12 pisos y con ello la muerte de más de 950, entre los cuales se cuentan médicos prestigiosos como el anesthesiólogo José Ángel de la Fuente García. Posteriormente, el 9 de Octubre 1985, Miguel de la Madrid estableció la *Comisión Nacional de Reconstrucción*, el cual incluía el *Programa Sectorial de Reconstrucción y Reordenamiento de los servicios de Salud*. En lo que respecta al Hospital Juárez se proyectó un hospital de tercer nivel ubicado en la zona norte de la Ciudad de México (Manríque, 2014).

El 24 de Junio de 1988 se publicó un decreto en el *Diario Oficial de la Federación* para la creación de un órgano administrativo desconcentrado: El Hospital Juárez de México y finalmente se inauguraría en la fecha que le haría justicia a los “caídos”, el 19 de Septiembre de 1989 (Manrique, 2014).

El 1 de noviembre de 2007 se cierra temporalmente el hospital con el fin de acondicionar el área de consulta externa y albergar al cuerpo médico mientras se construye la unidad de cirugía ambulatoria, reanudando labores el 30 de enero de 2008 (Hospital Juárez de México, 2014).

Éstos son datos de eventos relevantes en la evolución histórica del HJM, gracias a los cuales, el hospital ha alcanzado su magnitud actual, la cual será descrita a continuación.

2.2.2 Instalaciones

Con una superficie de 61,500 metros cuadrados (Manrique, 2014), el actual Hospital Juárez de México consta de siete edificios, en su mayoría de tipo horizontal de dos niveles, el único edificio de cuatro niveles es el correspondiente a hospitalización, los servicios y áreas de apoyo se distribuyen de la siguiente manera:

- Edificio “A” (planta baja y dos niveles): Consulta Externa.
- Edificios “B” y “B1” (planta baja y un nivel): Central de Imagenología, Hemodiálisis, Banco de Sangre, Cuerpo de Gobierno y Administración, Inhaloterapia y Fisiología Pulmonar.
- Edificio “C” (planta baja y un nivel): Urgencias (de adultos, pediátrica y de obstetricia), Oncología, Medicina Física y Rehabilitación, Anatomía Patológica, Quirófano, Tococirugía, Unidad de Cuidados Intensivos.
- Edificio “D” (planta baja y cuatro niveles): Administración, Laboratorio Clínico, Trabajo Social, Hospitalización.
- Edificio “E” (planta baja y un nivel): Investigación, Enseñanza.
- Edificio “F” (un nivel): Servicios Generales.

Además se contemplaron áreas comunes como el vestíbulo de acceso, el auditorio y la cafetería; un estacionamiento cubierto de tres niveles, un helipuerto en la zona del edificio C, con acceso directo a los servicios de Urgencias y Cirugía, y la Plaza Conmemorativa, en el centro del edificio D (Manrique, 2014).

2.2.3 Ubicación del residente en la Sede

El servicio de Hematología del Hospital Juárez de México, inició en marzo de 1994, al principio dentro de un área física de hospitalización para adultos y, dos años después, en otra para la población pediátrica. En junio de 1999, gracias a la incorporación de mayor personal, la atención a pacientes de consulta externa se dividió las siguientes modalidades: consulta de primera vez, subsecuentes, procedimientos, padecimientos oncohematológicos, patologías benignas y hemostasia–trombosis. Desde 2004, cuando el Hospital abrió el servicio de Oncología Pediátrica, el servicio de Hematología brinda interconsulta a niños con padecimientos hematológicos. En hospitalización y consulta externa se atienden en promedio 24 pacientes adultos hospitalizados por día, además se realizan alrededor de 250 consultas mensuales de las cuales 80 por ciento son subsecuentes. Por otra parte, el servicio participa activamente en un número importante de eventos académicos y de investigación: asesoramiento de tesis de medicina interna y pediatría, así como en la publicación de artículos en libros y revistas médicas. Por otra parte, el servicio imparte dos cursos de pregrado, en la Escuela de Medicina del IPN y en la Facultad de Medicina de la UNAM (Manrique, 2014).

La estructura actual del servicio de Hematología, que se aprecia en la Figura 11 está conformada por el Jefe de Servicio a la cabeza del equipo, seguido de los médicos adscritos, trabajo social y la jefatura de enfermería. También participan Los residentes de hematología, residentes de medicina interna y residentes de medicina conductual, quienes reportan a los médicos adscritos, y el equipo de enfermería que depende de la jefatura de enfermería.

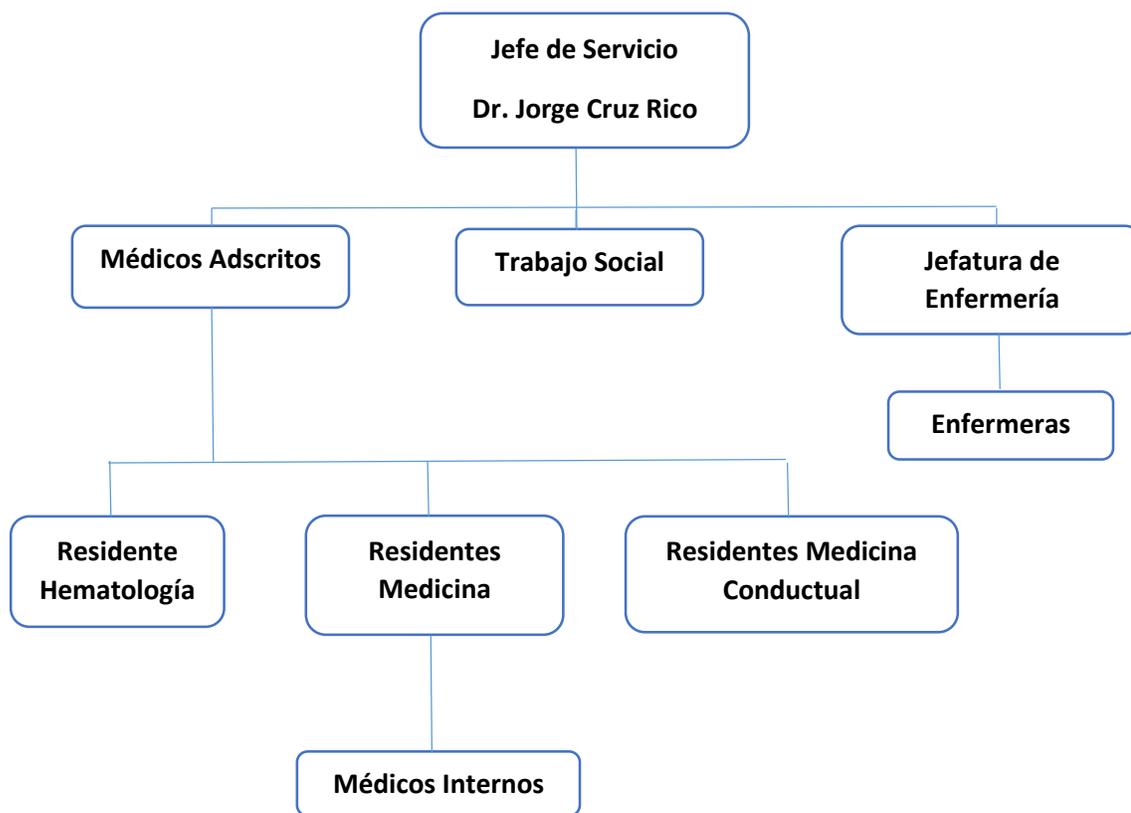


Figura 11. Organigrama del Servicio de Hematología del Hospital Juárez de México.

2.3 Descripción de las actividades

Las actividades del residente de Medicina Conductual asignado al servicio de hematología se dividen en asistenciales, las cuales respondían a las necesidades

del servicio de Hematología, y académicas, que atendían a los contenidos del programa de maestría.

Durante este periodo, el residente participó en actividades académicas tanto del servicio de hematología, como de Medicina Conductual, así como en el pase de visita diario y manteniendo estrecha comunicación con los médicos adscritos y residentes del servicio favoreciendo el aprendizaje y desarrollo de herramientas terapéuticas orientadas a la atención del paciente hematológico. Así mismo, en algunas circunstancias, el residente promovió el enlace de los pacientes con trabajo social, equipo médico, enfermería y la fundación México Sonríe. La distribución de las actividades se presenta en la Tabla 5.

2.3.1. Actividades Asistenciales

En el servicio de hematología, una de las actividades más importantes era el Pase de Visita, en el cual participaba un médico adscrito, médicos residentes, trabajo social y los residentes de Medicina Conductual. Durante el pase de visita de hematología el residente de Medicina Conductual identificaba a pacientes hospitalizados con necesidades de atención psicológica, con quienes se realiza entrevista inicial, examen mental y realización de técnicas ajustadas a las necesidades de cada paciente, por ejemplo: solución de problemas, psicoeducación, ejercicios de respiración y relajación, ejercicios de reestructuración cognitiva y habilidades sociales (Figura 12). Al final de la intervención se realizaba su respectiva nota clínica, la cual se integraba en el expediente del paciente.



Figura 12. Intervención de Medicina Conductual con pacientes en hospitalización.

2. 3. 2. Interconsultas

En atención a la necesidad de atención psicológica por parte el servicio de Medicina Conductual (MC), se organizó un rol de interconsultas en el que cada uno de los residentes de MC atendía, según su turno en el rol, a dichos pacientes. Los pacientes interconsultados podían ser derivados de cualquier servicio del hospital, resaltando neurocirugía, biología de la reproducción, neurología, neurocirugía, reumatología, entre otros. El contexto de atención era en hospitalización y en consulta externa, concertando vía telefónica la fecha y hora de la intervención en caso de ser en consulta externa.

2.3.3. Valoraciones de Trasplante

Como parte de las actividades del servicio de Medicina Conductual y de acuerdo con la Ley General de Trasplantes, se realizaron valoraciones para pacientes de trasplante renal y trasplante de córnea debido a que de acuerdo con la “Ley General de Trasplantes”, la evaluación psicológica, junto a la evaluación médica y la evaluación de trabajo social, determinan si un paciente es apto para recibir un trasplante.

Respecto a las valoraciones para trasplante renal, se aplica una batería de pruebas con el propósito de medir personalidad, adherencia terapéutica, estado de ánimo, estado mental e inteligencia; la batería de pruebas se conformaba de: Inventario de Depresión de Beck, Perfil e Inventario de la Personalidad de Gordon (P—IPG), Prueba Mínima para Determinación del Estado Mental (MMSE), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), Test de Raven (CI), Entrevista Estructurada y Escala de adherencia terapéutica para pacientes con IRCT. Con la información obtenida de dichos instrumentos y de la entrevista estructurada, se determina si el paciente es apto para recibir un trasplante renal, así como afrontar los cuidados posteriores, el aislamiento y la convalecencia. Así mismo, en el caso de que la donación sea de tipo Vivo-Relacionado, se evalúa si el donador es apto.

En cuanto a la valoración psicológica para trasplante de córnea, se evalúa estado de ánimo, estado mental, adherencia terapéutica y conocimientos acerca de la enfermedad, el trasplante y los cuidados posteriores. Los instrumentos utilizados son la Prueba Mínima para Determinación del Estado Mental (MMSE), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Entrevista Estructurada para Trasplante de Córnea. Al final de la evaluación, se integraba un reporte, cuyo contenido se presentaba en el comité mensual de trasplante de córnea.

2. 3. 4. Colaboración con la Fundación México Sonríe

En diciembre de 2015 se promovió el establecimiento de la alianza entre el Servicio de Hematología y la Fundación México Sonríe, la cual consiste en: el acuerdo de que una residente de Medicina Conductual coordinara las actividades relacionadas con la fundación que consisten en: supervisar las actividades que realizan los voluntarios de risoterapia en las salas de hospitalización de hematología los días jueves de 9:00 am a 12:00 pm; selección y vinculación de pacientes de sexo femenino como candidatas para recibir una donación de una peluca de cabello natural; recolección de donación de cabello pelo totalmente limpio y seco que mida 25cm mínimo para la elaboración de las pelucas como parte del programa “Trenzatón 2016” y entrega de reconocimientos por dicha donación; vinculación de pacientes con la fundación para promover la recepción de beneficios como participación en el Taller de costura de pelucas oncológicas con la oportunidad de recibir apoyo económico, posibilidad de apoyo económico en el caso de que la fundación fuera capaz de solventarlo e invitaciones a eventos organizados por la

fundación. En el periodo de diciembre de 2015 y junio de 2016 se promovió la donación de 11 pelucas oncológicas para pacientes del servicio de hematología (ver Figura 13).



Figura 13. Entrega de peluca oncológica a paciente del Servicio de Hematología, por parte de la Fundación México Sonríe.

2.3.5. Actividades Académicas

Las actividades académicas se llevaban a cabo en las instalaciones del HJM, y atendían tanto al Programa Académico de la Residencia en Medicina Conductual, como a las actividades propias del Servicio de Hematología (Tabla 5). A continuación se hace una descripción de cada una de ellas:

- Asistir a clases y sesiones bibliográficas de Hematología con médicos residentes, en las que se revisan temas médicos, psicológicos, farmacéuticos, entre otros, relacionados con hematología.

- Asistir a Supervisión Académica una vez por semana en la cual se revisan casos clínicos, avances de protocolo de investigación, elaboración de notas, examen mental, habilidades terapéuticas y técnicas de intervención psicológica.
- Asistir a sesiones de caso clínico de medicina conductual en las que se revisa un caso clínico elaborado por residente de Medicina Conductual. Se presentaron cuatro casos clínicos, los cuales se presentan en los Apéndices 10 , 11, 12 y 13.
- Asistir a sesión bibliográfica de Medicina Conductual en la cual se revisaba un artículo de tópicos relacionados con la medicina conductual.
- Asistir a la Sesión General del HJM en la que se presentaban temas especializados de interés general para el personal y residentes del HJM.

Tabla 5. Horario de actividades

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00	Pase de visita Hematología	Pase de visita Hematología	Sesión General	Clase de Hematología Coordinación de actividades de la Fundación México Sonríe	Pase de visita Hematología
9:00			Pase de visita Hematología		
10:00		Clase de Hematología	Sesión de Caso clínico Medicina Conductual		Sesión bibliográfica de Hematología
11:00		Pase de visita Hematología	Supervisión Académica		Sesión bibliográfica Medicina Conductual
12:00	Intervención con pacientes	Intervención con pacientes	Intervención con pacientes	Intervención con pacientes	Intervención con pacientes
13:00					
14:00	Elaboración de Notas	Elaboración de Notas	Elaboración de Notas	Elaboración de Notas	Elaboración de Notas

2. 3. 6. Productividad

Durante los 18 meses de residencia en el Servicio de Hematología del Hospital Juárez de México se atendieron 128 pacientes de primera vez y se realizaron 807 sesiones subsecuentes, siendo un total de 935, de los cuales se efectuaron 444 intervenciones con pacientes masculinos y 591 intervenciones con pacientes femeninos, la Figura 14 señala la distribución de consultas de primera vez y subsecuentes de acuerdo al sexo.

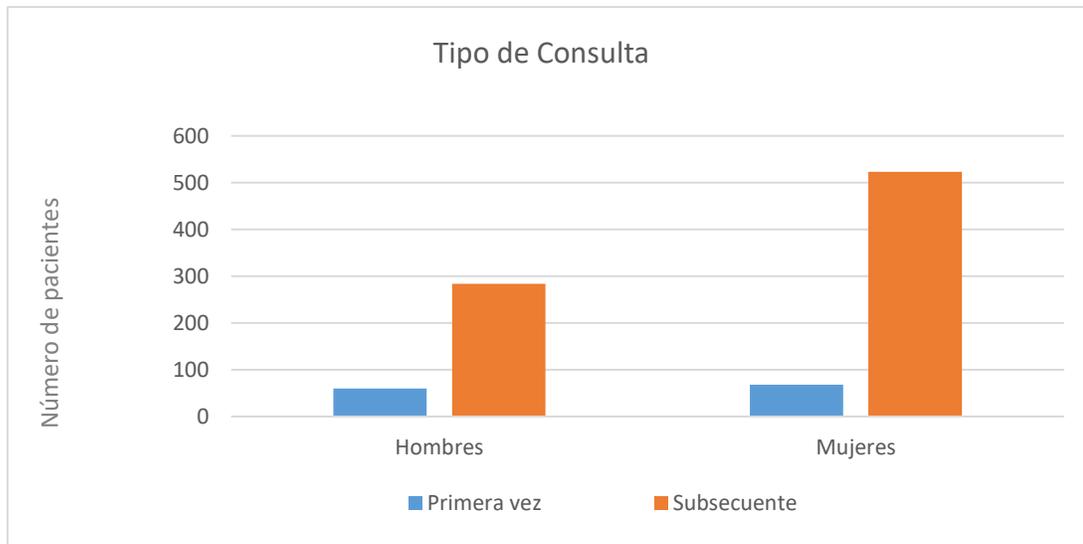


Figura 14. Consultas de primera vez y subsecuentes de acuerdo a sexo del paciente.

Con respecto al Área de atención, la Figura 15 muestra la distribución, mayoritaria el área de hospitalización. En la Figura 16 se muestran los diagnósticos médicos de los pacientes atendidos, siendo la Leucemia Linfoide Aguda L2 el padecimiento más frecuente. En la Figura 17 se indican los diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos, siendo la Sintomatología ansiosa el diagnóstico más frecuente.



Figura 15. Área de atención a pacientes.

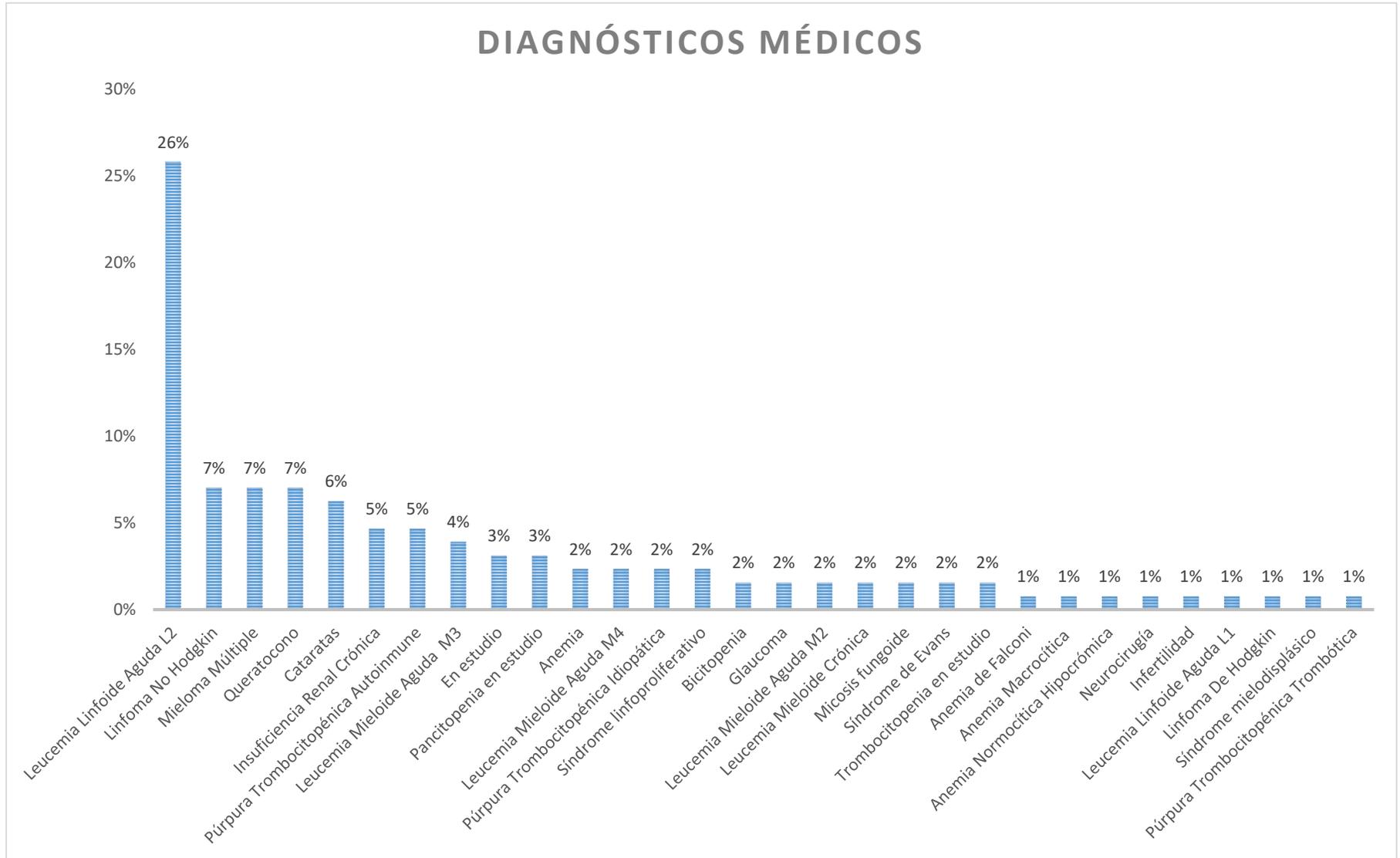


Figura 16. Diagnósticos médicos más frecuentes en pacientes atendidos.

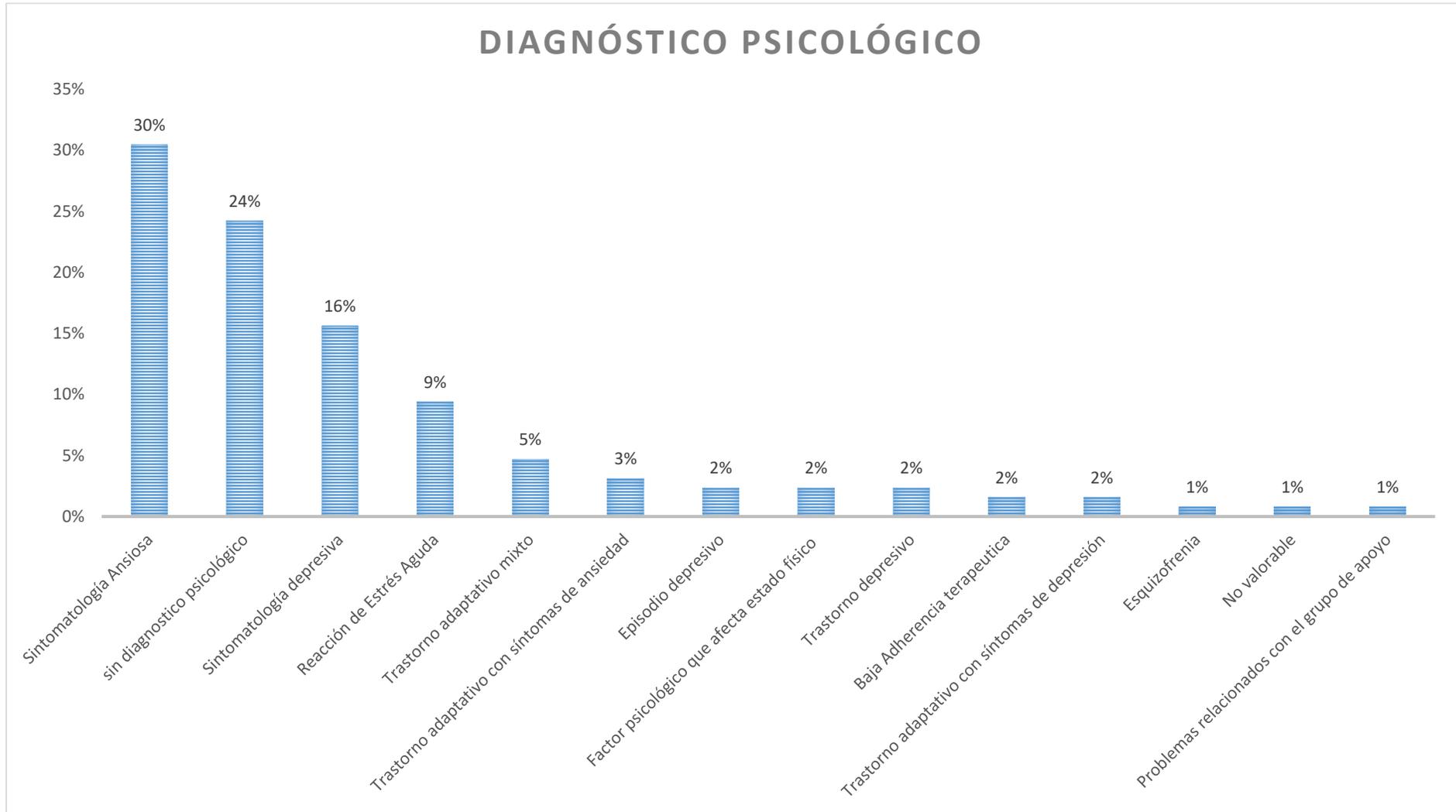


Figura 17. Diagnósticos psicológicos más frecuentes en pacientes atendidos.

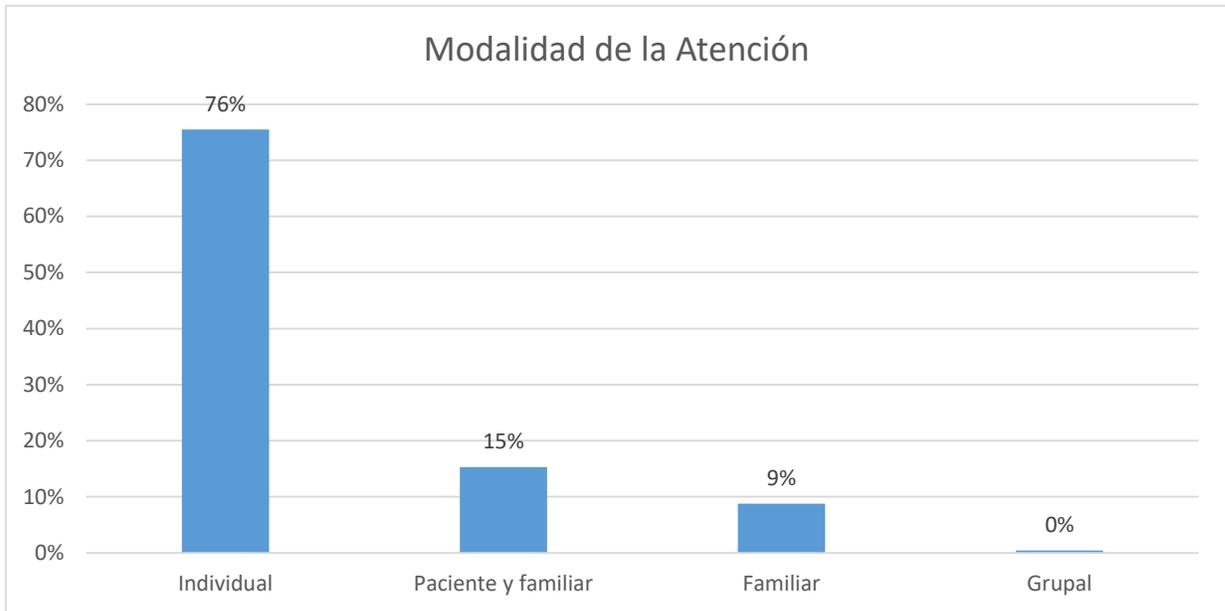


Figura 18. Modalidad de la atención psicológica.

La Figura 18 presenta la distribución de la Modalidad de Atención Psicológica, como puede observarse, la modalidad más frecuente fue la individual. Por otro lado, en la Figura 19 se señala la Clase de Atención Psicológica, en la cual se aprecia que las principales clases de atención fueron la psicoterapia, seguida de Monitoreo.

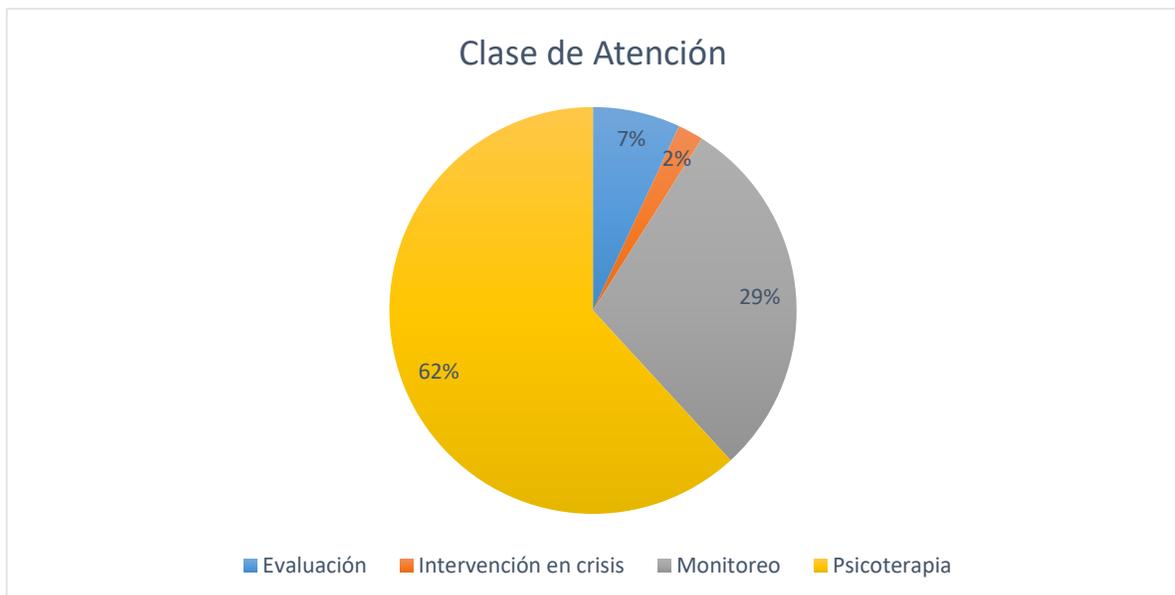


Figura 19. Clase de atención psicológica.

Por último, en la Figura 20 se presentan las técnicas psicológicas empleadas siendo las más frecuentes, psicoeducación, seguida de reestructuración cognitiva y en tercer lugar, distracción cognitiva.

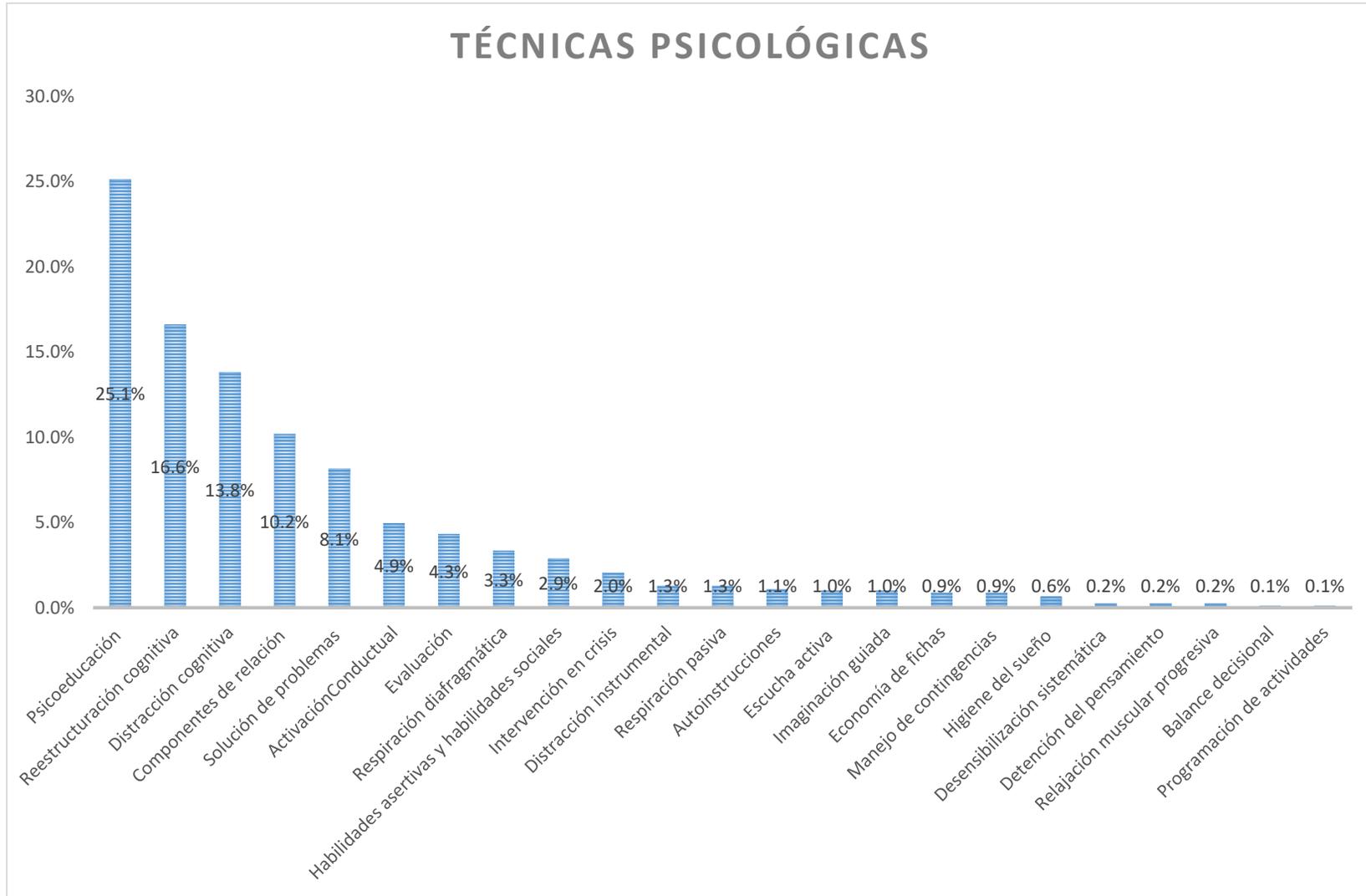


Figura 20. Técnicas psicológicas empleadas.

De acuerdo con los datos anateriamente presentados cabe señalar que debido a las características propias del paciente hematológico, y por ende, del servicio de hematología, las intervenciones fueron mayoritariamente de tipo subsecuente y el área de atención predominante fue en hospitalización, lo cual habla de los frecuentes reingresos de los pacientes hematológicos para recibir su tratamiento de quimioterapia, el cual en sus primeras fases requiere hospitalización. El residente de Medicina Conductual brindaba atención de seguimiento a lo largo de dichos internamientos.

Por otra parte, cabe destacar que los diagnósticos psicológicos más frecuentes resultaron: Sintomatología ansiosa, Sin diagnóstico psicológico y Sintomatología depresiva. Respecto al alto número de casos Sin diagnóstico psicológico hay que señalar que muchos de ellos son resultado de las sesiones de evaluación, tanto de pacientes en hospitalización a quienes se evaluaba como rutina al ingreso al servicio de hematología, como a candidatos a transplante. En cuanto a los diagnósticos de Sintomatología Ansiosa y Sintomatología Depresiva, fueron diagnósticos frecuentes sobre todo en pacientes que, al ingresar a hospitalización manifestaban sólo algunos comportamientos característicos de Trastornos de ansiedad o Depresión, sin presentar todos los criterios para diagnosticarlos como trastorno.

Por último, vale la pena decir que la Técnica psicológica más empleada fue Psicoeducación, esto debido a que se identificaron importantes necesidades educativas, las cuales de manera general serían las siguientes: desconocimiento de la enfermedad, desconocimiento de procedimientos médicos y tratamiento, desconocimiento de padecimiento psicológico y técnicas, desconocimiento sobre cuidados básicos durante hospitalización y en casa. Por lo tanto, la psicoeducación consistía en un pilar fundamental para el inicio y seguimiento de la intervención psicológica.

2.4 Otras actividades y productos

A manera de complemento a la labor asistencial y académica, se desarrollaron distintos materiales de apoyo y actividades extracurriculares. Lo anterior con el fin de favorecer el logro de los objetivos de intervención y la diversificación de la misma, así como enriquecer la experiencia académica. En los siguientes apartados se presentan los productos y actividades principales.

2.4.1 Cuento “La maravillosa sonrisa de Juan”

Como parte de las actividades de la residencia en Medicina Conductual, en noviembre de 2014 se realizaron actividades de intervención psicológica en pacientes adultos, niños y estudiantes en la clínica odontológica de la FES Iztacala. Debido a que gran parte de los pacientes eran menores de edad, se diseñó un material gráfico de apoyo a la atención infantil. Este consiste en un cuento titulado “La maravillosa sonrisa de Juan” que pretende transmitir información sobre el

cuidado de los dientes (Apéndice 5). El cuento se dibujó con la técnica pastel sobre papel marquilla. La utilización de dicho material consistía en leer el cuento a grupos de niños mientras esperaban su intervención odontológica así como distracción durante la intervención odontológica con el fin de promover la regulación del comportamiento de los pacientes y de esa manera facilitar la intervención.

2. 4. 2. Participación en congresos y eventos académicos

Como parte del desarrollo académico del residente de Medicina Conductual, se participó en las “Jornadas de Actualización en Psicología” como tallerista con el tema “Intervención psicológica para pacientes hospitalizados” el día 25 de agosto de 2015 en el Centro Universitario de los Altos, Universidad de Guadalajara. Se participó como ponente en el “XXII Congreso Mexicano de Psicología” con el cartel “Prevalencia de estrés en cuidadores de pacientes hospitalizados” (Apéndice 6), el 9 de octubre de 2015, Cancún, QR. Participación como ponente en el “VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica” con el cartel “Desarrollo y Propiedades Psicométricas de la Escala Estrés en el Cuidador” (Apéndice 7), el 22 de noviembre, Granada, España. Por último, se participó como ponente en el marco del “Curso de Trato Digno al Usuario del Hospital Juárez de México”, con el tema “Síndrome de Burnout”, el día 21 de junio de 2016, en el Hospital Juárez de México, Ciudad de México.

2.4.3. Infografías

Como apoyo para la impartición del taller “Síndrome de Burnout”, dirigido a personal médico, se elaboró una infografía que reúne los principales aspectos del Síndrome de Burnout (ver Apéndice 8).

Así mismo, se elaboró una infografía dirigida a pacientes acerca de las creencias irracionales propuestas por Albert Ellis, como material de complemento de las sesiones de Terapia Cognitiva (Apéndice 9).

2. 5 Competencias Alcanzadas

Durante la Residencia en Medicina Conductual se presentaron distintos retos tanto académicos como asistenciales para los cuales se requirió desarrollar una serie de competencias en los ámbitos clínico, práctico, académicos y personal.

En el aspecto clínico, las principales competencias desarrolladas fueron las relacionadas con la habilidad de evaluar y diagnosticar psicológicamente a pacientes con enfermedades crónicas, la empatía como fundamento de la relación terapéutica y la aplicación de distintas técnicas cognitivo conductuales en el ámbito hospitalario, por ejemplo la Intervención psicológica en pacientes graves y sus familiares, ya que las enfermedades hematológicas frecuentemente evolucionan a un estado de salud grave o la muerte misma, situación difícil de afrontar tanto para el paciente como para el familiar, por lo que en estos casos la intervención se centra en desarrollar herramientas o estrategias de afrontamiento mediante distintas

técnicas. Por otro lado, fue la implementación de la Intervención en crisis, situación relativamente frecuente en el servicio de hematología son las crisis tanto en pacientes como en familiares, desencadenadas al recibir un diagnóstico médico, malas noticias sobre el estado de salud o muerte del paciente. Aunque no se sigue un protocolo preciso para la intervención en crisis, los objetivos principales consisten en inducir a la persona a estabilidad emocional, psicoeducación y orientación en caso de ser necesario y promover que la persona sea funcional ante procesos médicos y administrativos.

Por otro lado, cabe destacar la elaboración de evaluaciones de trasplante. Entre los meses de enero a agosto de 2015, realizaron valoraciones de trasplante renal y trasplante de córnea, actividad que resultó bastante enriquecedora para mi formación en Medicina Conductual debido a que me permitió conocer cómo se integra una evaluación para trasplante de órganos, los requerimientos legales y las características que debe presentar un paciente candidato a trasplante de órganos.

Las competencias prácticas desarrolladas durante la Residencia en Medicina Conductual tienen que ver con una mejora en la organización del tiempo y la distribución del mismo entre las actividades académicas y asistenciales propias del servicio de hematología, la habilidad de recolección de información durante pase de visita y el trabajo multidisciplinario con el objetivo de brindar atención de calidad a cada uno de los pacientes.

En el ámbito académico destacan la habilidad para estructurar y presentar casos clínicos, reportes de investigación, validación por jueces y elaboración de instrumentos de medición.

Por último, y no menos importante, en el área personal las competencias relacionadas fueron la tolerancia a la frustración, adaptabilidad a situaciones adversas o no esperadas, así como autocontrol y autorregulación emocional para la atención profesional a los pacientes y sus respectivos familiares.

2.6 Evaluación del servicio

Las actividades realizadas en el servicio de hematología durante año y medio de residencia permitieron un trabajo interdisciplinar entre el personal de salud, favoreciendo con la atención médica integral al paciente hematológico. La función del residente en Medicina Conductual contribuyó en la adaptación psicológica de pacientes y familiares del servicio de hematología. Sin embargo cabe señalar que existen áreas de mejora tanto para la formación del residente, como para la atención psicológica. En el aspecto asistencial, un obstáculo es el tiempo dedicado al pase de visita en el servicio de hematología, ya que éste absorbe la mayor parte del horario, dejando poco tiempo para la intervención psicológica. Aunado a esta situación, la cantidad de residentes de Medicina Conductual en el servicio de hematología puede llegar a ser insuficiente para la demanda de pacientes del servicio. Se sugiere promover una política de atención psicológica que establezca

aspectos de prioridad para brindar asistencia a pacientes y una organización distinta tanto de horarios como de funciones en residentes que favorezca el aprovechamiento del tiempo, la captación de información en el pase de visita y la oportuna atención psicológica, por supuesto, atendiendo y adaptándose a las necesidades del servicio de hematología.

En cuanto a las actividades académicas hay que destacar que la presentación de Caso Clínico, al ser una de las actividades centrales, pues integra el conocimiento teórico y las habilidades terapéuticas, debe fomentar un ambiente de aprendizaje, retroalimentación y de refuerzo de los aciertos en la intervención.

Respecto a la Supervisión Académica, cabe decir que es una actividad completamente necesaria para el desarrollo de las competencias del residente, cuyas actividades académicas promueven el desarrollo de conocimientos teóricos del alumno, sin embargo podría mejorarse al incluir intervenciones con pacientes del servicio con el residente como observador, role playing y supervisiones in situ. De esta forma se puede favorecer que el alumno gradualmente aprenda habilidades terapéuticas por aprendizaje vicario y con retroalimentación a partir de una observación de primera mano por parte del supervisor. Por último, se considera fundamental el que el supervisor académico cuente con conocimientos y/o experiencia en el servicio al que esté asignado, esto con la finalidad de que se consideren las necesidades a cubrir y se realice una adecuada planeación de las actividades académicas y asistenciales de los residentes.

En cuanto a las tutorías, se considera que se realizan de manera adecuada, ya que se centra en el apropiado desarrollo del trabajo de tesis y en el seguimiento académico del residente.

2.7 Conclusiones

Durante los 18 meses de residencia en los que tuve la oportunidad de realizar intervención psicológica en el contexto hospitalario, considero que adquirí experiencia y conocimientos importantes sobre la atención a pacientes principalmente hematológicos, y en menor frecuencia con pacientes con diagnósticos de otras enfermedades crónico-degenerativas. En el caso de las enfermedades hematológicas se distinguen las enfermedades benignas y malignas. Particularmente en cuanto a las enfermedades malignas que comprenden leucemia, linfoma y mieloma múltiple, representaron en mi experiencia un reto para la intervención, debido a que los pacientes se enfrentan al diagnóstico médico, complicaciones propias de la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento de quimioterapia.

Con motivo de que el tratamiento con quimioterapia provoca citopenias, el paciente debe permanecer en hospitalización mientras se le administra el tratamiento para evitar complicaciones médicas, de modo que las estancias hospitalarias comprenden entre las 2 y 6 semanas. En este sentido, es primordial que la intervención de medicina conductual se dirija a atender las respuestas psicológicas a partir de las citopenias, pues el paciente se enfrenta a una importante reducción

de glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas, condición que le exige mantenerse en reposo absoluto y en estrictas medidas de higiene y aunado a lo anterior, el tratamiento de quimioterapia, particularmente en las leucemias, provoca citopenias profundas, que se traducen en una estancia hospitalaria prolongada a la cual el paciente debe adaptarse. El papel del psicólogo se centra en promover la adaptación favorable a dichas condiciones y atender situaciones como sintomatología ansiosa, depresiva, falta de información y crisis, principalmente.

Una dificultad a la que me enfrenté en el servicio de hematología fue encontrar que los pacientes al hospitalizarse, esperan recibir atención médica, no siendo así con la atención psicológica. Por otra parte, una dificultad más fue el que no existiera un espacio físico en el hospital destinado para la atención psicológica de pacientes del servicio de hematología. Por último mencionar, que evidentemente los efectos secundarios de la quimioterapia constituían un aspecto determinante para decidir tanto por parte del terapeuta como del paciente si era adecuado brindar atención psicológica en dichas condiciones.

Estas dificultades fueron enfrentadas al mantener una postura firme y profesional en cuanto a la labor del residente en Medicina Conductual, es decir, ejecutando con responsabilidad las actividades correspondientes. Además, para hacer frente a dichas circunstancias fue necesario desarrollar la capacidad de adaptación a

situaciones poco favorables, y sobre todo mantener la empatía hacia los pacientes, familiares y compañeros de trabajo.

Con base en lo reportado en el presenta capítulo, se puede concluir que los objetivos fueron alcanzados y cubiertos, ya que en el transcurso de la residencia fue posible desarrollar habilidades terapéuticas para: promover la adherencia terapéutica, proporcionar herramientas educativas con el fin de prevenir complicaciones de salud, realizar intervenciones psicológicas que abordaran el tema de la muerte, facilitar el cambio de comportamiento y cognitivo mediante el uso de distintas técnicas de tipo cognitivo-conductual tanto en pacientes como con sus respectivos familiares, y en general, se trabajó en el tratamiento de situaciones psicológicas generadas a partir de la condición de enfermedad orgánica.

2.8 Recomendaciones

Con base en la experiencia adquirida, en el Servicio de Hematología se recomienda que el residente en medicina conductual reciba una supervisión académica más cercana y constante, de modo que se aborden a detalle las situaciones que se presenten en el servicio. De igual forma, se propone que el residente rote en más de un servicio para favorecer una formación más amplia. Por último, se recomienda la promoción y extensión del trabajo de los alumnos en otros contextos e instituciones de forma que el residente enriquezca sus habilidades tanto en la

promoción de sus actividades en la residencia como en el aprendizaje en instituciones distintas.

Referencias bibliográficas

- Adirim, T., Chafanskaia, A., y Nyhof-Young, J. (2012). Investigating the impact of socioeconomic status on the effectiveness of a pamphlet on achieving and maintaining bone health in breast cancer survivors: A patient education resource development primer. *Journal of Cancer Education*, 27(1), 54–58.
- Albarrán, A., y Macías, M. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación En Salud*, IX(2), 118–124.
- Alfonso, L., & Grau, J. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología Salud*, 14(1), 89–99.
- American Cancer Society (2015) *Quimioterapia para la Leucemia Linfocítica Aguda*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/leucemia-linfocitica-aguda/tratamiento/quimioterapia.html>
- American Society of Clinical Oncology (2017) *Qué es el trasplante de células madre (trasplante de médula ósea)*. Recuperado de <http://www.cancer.net/node/18403>
- Angulo, L., & Guerra, V. (2013). Identificación de necesidades psicoeducativas en pacientes oncohematológicos. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 10(3), 2011–2012.

Arribas, J. y Vallina, E. (2005) *Hematología Clínica. Temas de Patología Médica*. España: Ediciones de la Universidad de Oviedo.

Arrosi, J., Andueza, E., Sommerfelt, I., Zerda, P. Ancina, J. y Mamondez, C. (1986) *Educación para la Salud. Aspectos fundamentales. Guía de Programación*. Buenos Aires: UBA Escuela de Salud Pública.

Barroilhet, S. (2014). Adaptación al cáncer Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(6), 390–397.

Becerra, A., Reynoso, L., Fernández, M., y Rumbo, U. (2013). Elaboración y validación de contenido de dos folletos educativos para pacientes con cáncer de pulmón. *Revista de Educación Y Desarrollo*, 25 (abril-junio) 21–27.

Beldarraín, E. (2002). Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. En *Revista Cubana de Salud Pública*, 28(1), 62-70. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000100007&lng=es&tlng=es.

Belenchón, M., Livianos, A., Pino, M. y Sierra, S. (2008) *Trastorno bipolar y psicoeducación: Desarrollo de un programa para clínicos*. España: Editorial Club Universitario.

Benavente, A. P. (2009) *Medidas de Acuerdo y Sesgo entre Jueces*. Tesis de Doctorado. Universidad de Murcia. Murcia.

Bester, N., Di Vito-Smith, M., McGarry, T., Riffkin, M., Kaehler, S., Pilot, R., y Bwire, R. (2016). The Effectiveness of an Educational Brochure as a Risk Minimization Activity to Communicate Important Rare Adverse Events to Health-Care Professionals. *Advances in Therapy*, 33(2), 167–177.

Bryant, A., Walton, A., Shaw-kokot, J., Mayer, D., y Reeve, B. (2015). Patient Reported Symptoms and Quality of Life in Adults With Acute Leukemia: A Systematic Review. *Oncology Nursing Society*, 42(1), 91–102.

Builes, M. y Bedoya, M. (2006). La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la enfermedad mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 463–475.

Community Guide. (2014). *Health Communication and Social Marketing Evidence-Based Interventions for Your Community*. Recuperado de <https://www.thecommunityguide.org/sites/default/files/assets/What-Works-Health-Communication-factsheet-and-insert.pdf>

Cooperman, J., Efuni, E., Villagra, C., DuHamel, K., y Jandorf, L. (2013). Colorectal cancer screening brochure for latinos: Focus group evaluation. *Journal of Cancer Education*, 28(3), 582–590.

Cruzado, J. A. (2003). La formación en psicooncología. *Psicooncología*, 0(1), 9–19.

Cueva, K., Cueva, M., Dignan, M., y Landis, K. (2016). Print Material in Cancer Prevention: an Evaluation of Three Booklets Designed with and for Alaska's Community Health Workers. *Journal of Cancer Education*, 31(2), 279–284.

Davis, T. C., Williams, M. V, Marin, E., Parker, R. M., & Glass, J. (2002). Health Literacy and Cancer Communication. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 52(3), 134–149.

Economou, M. P. (2015). Psychoeducation : A Multifaceted Intervention. *International Journal of Mental Health*, 44, 259–262.

Endedijk, H. y Cillessen, A. (2015). Computerized sociometric assessment for preschool children. *International Journal of Behavioral Development*, 39(4), 383–388. <https://doi.org/10.1177/0165025414561706>

Ergen, W., Pasricha, T., Hubbard, F., Higginbotham, T., Givens, T., Slaughter, J., y Obstein, K. (2016). Providing Hospitalized Patients With an Educational Booklet Increases the Quality of Colonoscopy Bowel Preparation. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 14(6), 858–864.

Escobar, J., y Cuervo, Á. (2008). Validez De Contenido y Juicio De Expertos: Una Aproximación a Su Utilización. *Avances En Medición*, 6, 27–36.

Estrada, C., Hryniewicz, M., Higgs, V., Collins, C., y Byrd, J. (2000). High Readability Levels. *Stroke*, 31, 2966–2970.

Fagundo, J., Dorticós, J. Balea, E., Pavón, V., y Cortina, L. (2004). Trasplante de células progenitoras hematopoyéticas: tipos, fuentes e indicaciones. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 20 (2). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol20_2_04/hih02204.htm

Fleiss, J. (1971). Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*, 76(5), 378-382.

Fundación Josep Carreras (2016) *Leucemia linfoblástica aguda del adulto*. Recuperado de http://www.fcarreras.org/es/leucemia-linfoblastica-aguda-del-adulto_361671

García, A., Saéz, J y Escarbajal, A. (2000) *Educación para la Salud: Una apuesta por la Calidad de Vida*. España: Arán Ediciones.

Garnweidner, L., Dolvik, S., Frisvold, C., y Mosdøl, A. (2016). Suitability Assessment of Printed Dietary Guidelines for Pregnant Women and Parents of Infants and Toddlers From 7 European Countries. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 48(2), 146–151. <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2015.10.004>

GLOBOCAN (2017) *Rates: Cancer by population*. Recuperado de:
http://globocan.iarc.fr/Pages/summary_table_pop_sel.aspx

Gómez, O. (2002) *Educación para la Salud*. Costa Rica: EUNED.

Hack, T., Degner, L., y Parker, P. (2005). The communication goals and needs of cancer patients: A review. *Psycho-Oncology*, 845(February), 831–845.

Hernández, D. (2010) Introducción al paciente hematológico. En *Hematología básica* (pp. 55-68). Distrito Federal: Garmarte.

Hospital Juárez de México (2014) *Historia del Hospital Juárez del Centro*. Recuperado de: <http://www.hjc.salud.gob.mx/contenidos/direccion/historia.html>

IMSS (2010) *Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Leucemia Linfoblástica Aguda*. México. México: IMSS.

Instituto Nacional del Cáncer (2017) Tratamiento para la leucemia linfoblástica aguda en adultos (PDQ®) – Versión para profesionales de la salud. Recupreado de https://www.cancer.gov/espanol/tipos/leucemia/pro/tratamiento-all-adulto-pdq#link/217_toc

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015) *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/cancer2016_0.pdf

Jahan, S., Al-Saigul, A., Alharbi, A., y Abdelgadir, M. (2014). Suitability assessment of health education brochures in Qassim province, Kingdom of Saudi Arabia. *Journal of Family and Community Medicine*, 21(3), 186.

King, A., Carcioppolo, N., Grossman, D., John, K., y Jensen, J. (2015). A Randomised Test of Printed Educational Materials about Melanoma Detection: Varying Skin Self-Examination Technique and Visual Image Dose. *Health Education Journal*, 74(6), 732–742.

Kuri, P. A. (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México*, 147, 451–454.

López de Ulibarri, A., Galparsoro, D., y Fernández, P. (2001). Medidas de concordancia : el índice de Kappa. *Cad Aten Primaria*, 1999 (6) 2–6.

Malca, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona Y Bioética*, 9(25), 64–67.

Manrique, M. A. (2014) *1989- 2014. Hospital Juárez de México. La sede actual: El recuento de sus protagonistas*. México: Hospital Juárez de México.

- Marqués, F., Saéz, S. y Guayta, R. (2004) *Métodos y medios en promoción y educación para la salud*. España: UOC.
- Martínez, V., Callejo, J., Beltrán, I., Pérez, N., Abellán, I., González, G., ... Moltó, J. (2016). Folletos de información educativa en migraña: satisfacción percibida en un grupo de pacientes. *Neurología*, 30(8), 472–478.
- McGrath, P. (1999). Findings from an educational support course for patients with leukemia. *Cancer Practice*, 7(4), 198–204.
- Momeni, S., Faghihi, F., Golkari, A., y Saki, M. (2016). The impact of an educational pamphlet on the awareness of parents about 4 – 6-year-old children's oral habits and dentofacial discrepancies. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects Original*, 10(1), 57–64.
- Murphy, D., Kashal, P., Quinn, G. P., Sawczyn, K. K., & Termuhlen, A. M. (2014). Development of a Spanish language fertility educational brochure for pediatric oncology families. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 27(4), 202–209.
- OMS (2012). *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies. Health promotion practice*. Egipto: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.

OMS (Sin fecha) *Session Guide. Designing Effective Printed Educational Materials.*

Recuperado de:

http://archives.who.int/PRDUC2004/RDUCD/Session_Guides/designing_effective_printed_material_session_guide.htm

OMS (2016) *¿Qué es la Promoción de la Salud?*. Recuperado de:

<http://www.who.int/features/qa/health-promotion/es/>

Ortega, M., Osnaya, M. y Rosas, J. (2007). Leucemia Linfoblástica Aguda. *Medicina Interna de México*, 23(1) 26-33.

Patiño, L. (2008). *Psicoeducación en pacientes con cáncer según el modelo integrativo ecuatoriano que presentan ansiedad por hospitalización en SOLCA Cuenca.* Universidad del Azuay. Cuenca.

Pedrero, E., y Morón, J. (2012). Aproximación Al Concepto De Educación Para La Salud : Una Perspectiva Histórica. *En I Congreso Virtual Internacional Sobre Innovación Pedagógica y Praxis Educativa INNOVAGOGÍA* (pp.1594-1601). España: Afoe.

Perea, R. (2004) *Educación para la Salud (Reto de nuestro tiempo)*. España: Ediciones Diaz de Santos.

Rahmawati, E., Gamayanti, I., & Setyarini, S. (2016). Pocket book of anxiety for parents of children with acute lymphoblastic leukemia. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 4(5), 1438–1445.

Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En Reynoso, L. y Becerra, A. (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y práctica*, (pp. 333-350). Ciudad de México, México: Qartuppi.

Rivera, L. (2014). Medicina Conductual y hematología. En Reynoso, L. y Becerra, A. (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y práctica*, (pp. 333-350). Ciudad de México, México: Qartuppi.

Robledo, T. (2014). *Métodos y medios en promoción y educación para la salud..* Barcelona: UOC.

Rodríguez, N., y Moral, J. (2016). Design and content validation of the oral hygiene habits scale. *Journal of Oral Research*, 5(4), 159–167.

Rood, J., Eeltink, C., Zuuren, F. y Leeuw, I. (2014). Perceived need for information of patients with haematological malignancies: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 24, 353-369.

Rose, P., Sakai, J., Argue, R., Froehlich, K., y Tang, R. (2016). Opioid information pamphlet increases postoperative opioid disposal rates: a before versus after

quality improvement study. *Canadian Journal of Anaesthesia = Journal Canadien D'anesthesie*, 63(1), 31–37.

Ruiz, G. y Ruiz, J. (2009). En *Fundamentos de Hematología*. México: Editorial Panamericana.

Sabogal, F., Otero, R., y Pasick, R. (1996). Printed health education materials for diverse communities: suggestions learned from the field. *Health Education Quarterly*, 23(X), S123–S141.

Sagar, S. (2016). Integrative oncology: are we doing enough to integrate psycho-education? *Future Oncology*, 12(24), 2779–2783.

Sanabria, G. (2007). El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 33 (2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21433204>

Saravi, L., Babalhavaeji, F., y Hariri, N. (2016). Comparing Health Information Channels between Male and Female Users of Iranian Public Libraries. *Journal of Paramedical Sciences*, 7(2), 8–14.

Scherr, C., Bomboka, L., Nelson, A., Pal, T., y Vadaparampil, S. (2016). Tracking the dissemination of a culturally targeted brochure to promote awareness of

hereditary breast and ovarian cancer among Black women. *Patient Education and Counseling*. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.026>

Seven, M., Akyüz, A., y Robertson, L. (2014). Interventional Education Methods for Increasing Women's Participation in Breast Cancer Screening Program. *Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 30(2), 244-252.

Shaikh, A., Hussain, S., Rahn, S., y Desilets, D. (2010). Effect of an educational pamphlet on colon cancer screening: a randomized, prospective trial. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 22(4), 444–9.

Stamatiou, K., Skolarikos, A., Heretis, I., Papadimitriou, V., Alevizos, A., Ilias, G., ... Sofras, F. (2008). Does educational printed material manage to change compliance with prostate cancer screening? *World Journal of Urology*, 26(4), 365–373.

Urrutia, M., Barrios, S., Gutiérrez, M., y Mayorga, M. (2014). Métodos óptimos para realizar validez de contenido. En *Educación Médica Superior*, 28 (3). Recuperado de <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/301/192>

Vadaparampil, S., Quinn, G., Gjyshi, A., y Pal, T. (2011). Development of a Brochure for Increasing Awareness of Inherited Breast Cancer in Black Women. *Genetic Testing and Molecular Biomarkers*, 15(1–2), 59–67.

Valadez, I., Villaseñor, M., y Alfaro, N. (2004). Educación para la Salud : la importancia del concepto. *Revista de Educación y Desarrollo*, 1 (Enero-Marzo), 43–48.

Villa, J., Ruiz, E. y Ferrer, J. (2006) *Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. Documento de Apoyo para actividades de Educación para la Salud*. España: Junta de Extremadura.

Whittingham, J., Ruiter, R., Castermans, D., Huiberts, A., y Kok, G. (2008). Designing effective health education materials: Experimental pre-testing of a theory-based brochure to increase knowledge. *Health Education Research*, 23(3), 414–426.

Wizowski, L., Harper, T., y Hutchings, T. (2014). *Writing health information for patients and families*. Recuperado de http://www.hamiltonhealthsciences.ca/workfiles/PATIENT_ED/Writing_HI_Edition4.pdf

Yélamos, C. (2014). *Manual de Psicooncología: Tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. Madrid: Pirámide.

Apéndices

APÉNDICE 1. Cuestionario sobre necesidades informativas del paciente.

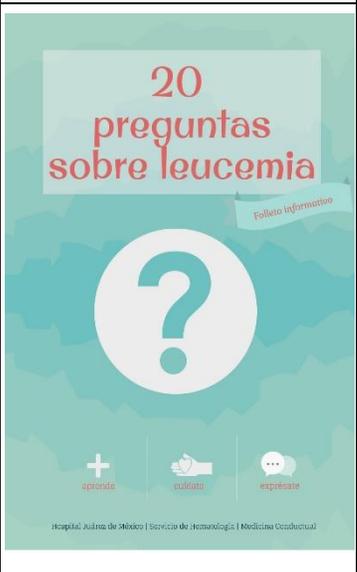
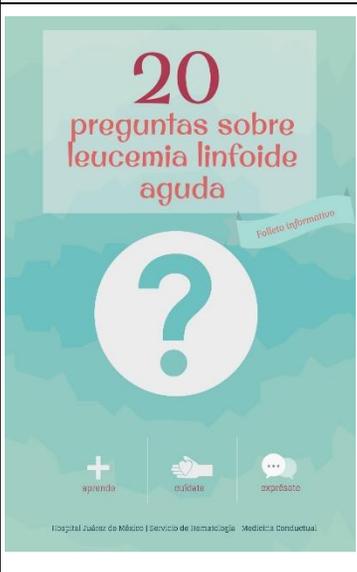
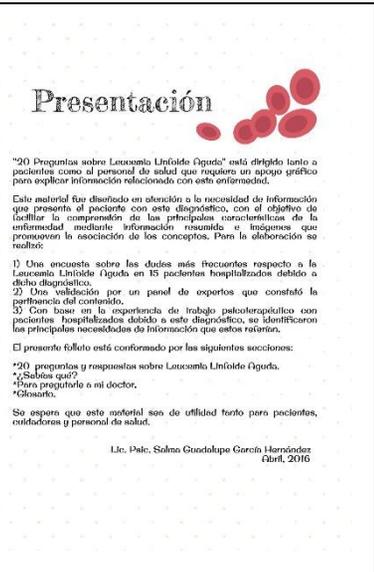
Cuestionario de necesidades informativas del paciente

Al recibir su diagnóstico médico ¿Qué información le hubiera gustado conocer?:

Información sobre:

- a) Qué es la quimioterapia
- b) Qué es la leucemia
- c) Efectos de la quimioterapia
- d) Tipos de quimioterapia
- e) Componentes de la sangre
- f) Importancia del reposo absoluto
- g) Cuidados del paciente con leucemia
- h) Alimentación del paciente con leucemia
- i) Medicamentos para el paciente con leucemia
- j) Riesgos del paciente con leucemia
- k) Programas de apoyo para el paciente con leucemia
- l) Otro: _____

APÉNDICE 2. Resultados revisión primer jueceo.

Primera Revisión	Segunda Revisión	Diferencias/ Adiciones
	 <p data-bbox="953 643 1167 873"> Título original: 20 Preguntas sobre Leucemia Linfocítica Aguda. Ciudad de México, 2016. 1ra Edición: abril, 2016. Autor: Salma Guadalupe García Hernández. Diseño y composición: Salma Guadalupe García Hernández. Revisión de contenido y Corrección: Dr. Jorge Cruz Bica, Dra. Mónica Tejeda, Dra. Verónica Mena Zepeda, Dra. Andrea Milán Salvaterra, Mtra. María Cristina Bravo González. Residencia en Medicina Conductual Programa de Maestría y Doctorado en Psicología Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Ilustraciones y tipografía: Salma Guadalupe García Hernández y Picktochart: http://picktochart.com/ Contacto: salmagpio@gmail.com </p>	 <p data-bbox="1724 350 1875 898"> Se modificó el tamaño de fuente y color del título, además se cambió el término “leucemia” por “leucemia linfocítica aguda”. Se agregaron datos de autoría y revisión. Se agregó presentación del texto. </p>

<h3>Para entender la leucemia linfoblástica aguda...</h3> <p>1- ¿Qué es la médula ósea?</p> <p>Es el material blando que se encuentra dentro de los huesos (el esqueleto), se trabaja para crear y guardar las células madre hematopoyéticas. Estas células son las precursoras de la sangre y que con su maduración, se convierten en alguno de los tres tipos de células sanguíneas.</p> <p>2- ¿Cuáles son los tres tipos de células sanguíneas?</p> <ul style="list-style-type: none"> ERITROCITOS ROJOS: SE ENCARGAN DE TRANSPORTAR EL OXÍGENO A TODO NUESTRO CUERPO. GLÓBULOS BLANCOS O LEUCOCITOS: CUYO TRABAJO ES COMBATIR LAS INFECCIONES. PLAQUETAS O TROMBOCITOS: CUYA LABOR CONSISTE EN AYUDAR A QUE COAGULE LA SANGRE. <p>3- ¿Qué es la Leucemia Linfoblástica Aguda?</p> <p>Es una enfermedad que se incrementa por la presencia de demasiados linfoblastos en la médula ósea y la sangre. Se puede extender a los ganglios linfáticos, al bazo, al sistema nervioso central y a otros órganos. Sus signos y síntomas son: debilidad o cansancio, mareos o náuseas, fiebre, pérdida de peso e inestabilidad de peso, dificultad para respirar, inflamación en el abdomen, inflamación de ganglios linfáticos e infecciones frecuentes.</p> <p>4- ¿Qué tipos de leucemia existen?</p> <p>La LLA se clasifica de acuerdo al tipo de linfocitos al que afecta y pueden ser: los linfocitos B, que producen anticuerpos, o los linfocitos T, que coordinan la respuesta inmune.</p> <p>Tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Leucemia Linfóide Aguda L1 (precursora B) Leucemia Linfóide Aguda L2 (precursora T) Leucemia Linfóide Aguda L3 (precursora B madura) <p>¿Sabías qué...?</p> <p>Los blastos son glóbulos blancos inmaduros; estas células son cancerosas, se reproducen con rapidez y reemplazan a las células sanas de la médula ósea?</p>	<h3>Para entender la leucemia linfóide aguda...</h3> <p>1- ¿Qué es la médula ósea?</p> <p>Es el material blando que se encuentra dentro de los huesos (el esqueleto), su trabajo consiste en producir las células madre sanguíneas. Estas células son las precursoras de la sangre ya que una vez maduran, se convierten en alguno de los tres tipos de células sanguíneas.</p> <p>2- ¿Cuáles son los tres tipos de células sanguíneas?</p> <ul style="list-style-type: none"> ERITROCITOS ROJOS: SE ENCARGAN DE TRANSPORTAR EL OXÍGENO A TODO NUESTRO CUERPO. GLÓBULOS BLANCOS O LEUCOCITOS: CUYO TRABAJO ES COMBATIR LAS INFECCIONES. PLAQUETAS O TROMBOCITOS: CUYA LABOR CONSISTE EN AYUDAR A QUE COAGULE LA SANGRE. <p>3- ¿Qué es la Leucemia Linfóide Aguda?</p> <p>Es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de demasiados linfoblastos en la médula ósea y la sangre. Se puede extender a los ganglios linfáticos, el bazo, el sistema nervioso central o a otros órganos. Sus signos y síntomas son: debilidad o cansancio, mareos o náuseas, fiebre, pérdida de peso o aumento de peso, dolor de huesos o articulaciones, disnea (dificultad para respirar), inflamación en el abdomen, inflamación de ganglios linfáticos e infecciones frecuentes.</p> <p>Tipos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Leucemia Linfoblástica aguda de precursora B Leucemia Linfoblástica aguda de precursora T Leucemia Linfoblástica de precursora B madura 	<h3>4- ¿Qué tipos de leucemia linfóide aguda (LLA) existen?</h3> <p>La LLA se clasifica de acuerdo al tipo de linfoblastos al que afecta y pueden ser: los linfocitos B, que producen anticuerpos, o los linfocitos T, que coordinan la respuesta inmune.</p> <p>TIPOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Leucemia Linfóide Aguda L1 (precursora B) Leucemia Linfóide Aguda L2 (precursora T) Leucemia Linfóide Aguda L3 (precursora B madura) <p>¿Sabías qué...?</p> <p>Los blastos son glóbulos blancos inmaduros; estas células son cancerosas, se reproducen con rapidez y reemplazan a las células sanas de la médula ósea?</p>	<p>Se distribuyó el contenido en dos páginas, se corrigieron errores ortográficos, se cambiaron términos como "linfoblástica" y se cambió la clasificación de los tipos de leucemia linfóide aguda.</p>
<p>Primera Revisión</p>	<p>Segunda Revisión</p>	<p>Diferencias/ Adiciones</p>	<p>Diferencias/ Adiciones</p>
<h3>5- ¿Por qué da leucemia?</h3> <p>buena pregunta...</p> <p>Cuando una célula se divide, hace una copia de ADN en los cromosomas, sin embargo, este proceso no siempre es perfecto y se pueden generar errores que afectan a los genes.</p> <p>El cáncer puede surgir a raíz de una mutación (cambio) en el ADN que desactiva los supresores de tumores o activan los oncogenes.</p> <p>El anterior puede ser consecuencia de: exposición a radiaciones o productos químicos.</p> <p>La Leucemia Linfoblástica Aguda en raras ocasiones se causa por mutaciones heredadas.</p> <p>La mayoría de veces no se conocen las causas que originan esta enfermedad.</p> <p>6- ¿Cómo se diagnostica la leucemia linfoblástica aguda?</p> <p>Para realizar el diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda, es necesario llevar a cabo diversos estudios de la sangre y la médula ósea que permitan determinar un recuento, morfología, inmunofenotipo, biología molecular y citogenética. Los estudios que frecuentemente se emplean para el diagnóstico son los siguientes:</p> <p>7- ¿Se contagia la leucemia?</p> <p>NO, definitivamente no.</p> <p>¿Sabías qué...?</p> <p>el lazo que representa el apoyo a las personas que padecen leucemia es el lazo color naranja?</p>	<h3>5- ¿Por qué da leucemia?</h3> <p>buena pregunta...</p> <p>Cuando una célula se divide, hace una copia de ADN en los cromosomas, sin embargo, este proceso no siempre es perfecto y se pueden generar errores que afectan a los genes.</p> <p>El cáncer puede surgir a raíz de una mutación (cambio) en el ADN que desactivan los supresores de tumores o activan los oncogenes.</p> <p>Lo anterior puede ser consecuencia de: exposición a radiaciones o productos químicos.</p> <p>La Leucemia Linfóide Aguda en raras ocasiones se causa por mutaciones heredadas.</p> <p>La mayoría de veces no se conocen las causas que originan esta enfermedad.</p> <p>6- ¿Cómo se diagnostica la leucemia linfóide aguda?</p> <p>Para realizar el diagnóstico de Leucemia Linfóide Aguda, es necesario llevar a cabo diversos estudios de la sangre y la médula ósea que permitan determinar la cantidad de células en la médula. Los estudios que frecuentemente se emplean para el diagnóstico son los siguientes:</p> <p>7- ¿Se contagia la leucemia?</p> <p>NO, definitivamente no.</p> <p>¿Sabías qué...?</p> <p>el lazo que representa el apoyo a las personas que padecen leucemia es el lazo color naranja?</p>	<h3>6- ¿Cómo se diagnostica la leucemia linfóide aguda?</h3> <p>Para realizar el diagnóstico de Leucemia Linfóide Aguda, es necesario llevar a cabo diversos estudios de la sangre y la médula ósea que permitan determinar la cantidad de células en la médula. Los estudios que frecuentemente se emplean para el diagnóstico son los siguientes:</p> <p>7- ¿Se contagia la leucemia?</p> <p>NO, definitivamente no.</p> <p>¿Sabías qué...?</p> <p>Principalmente el ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA DE HUESO, y en algunas situaciones se realizan estudios moleculares y genéticos para complementar el diagnóstico.</p>	<p>Se distribuyó la información en dos páginas y se corrigió la ortografía. En cuanto a contenido, se cambiaron términos técnicos y la redacción.</p>

<h2 style="text-align: center;">5 MITOS SOBRE LA LEUCEMIA</h2> <p>Recibir un diagnóstico de cáncer no es sencillo y muchas veces es difícil de entender porqué unos personas desarrollan este tipo de enfermedades y otras no. Es por eso que se intenta encontrar una causa, sin embargo, en cuanto a la leucemia, existe una serie de mitos que pretenden explicar el origen de esta enfermedad, pero están muy lejos de ser reales.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 La leucemia NO es el resultado de una mala alimentación. 2 La leucemia NO da por entumecer. 3 La leucemia NO da por malpasarse. 4 NO da por ser "buena" o "mala" persona. 5 La leucemia NO tiene grados, tiene tipos. <p>Para preguntarle a mi doctor</p> <p style="text-align: center;">¿CUÁL ES MI TIPO DE LEUCEMIA?</p>	<h2 style="text-align: center;">MITOS SOBRE LA LEUCEMIA</h2> <p>Recibir un diagnóstico de cáncer no es sencillo y muchas veces es difícil de entender porqué unas personas desarrollan este tipo de enfermedades y otras no. Es por eso que se intenta encontrar una causa, sin embargo, en cuanto a la leucemia, existe una serie de mitos que pretenden explicar el origen de esta enfermedad, pero están muy lejos de ser reales.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 La leucemia NO es el resultado de una mala alimentación. 2 La leucemia NO da por entumecer. 3 La leucemia NO da por malpasarse. 4 NO da por ser "buena" o "mala" persona. 5 La leucemia NO tiene grados, tiene tipos. <p>6 Hasta el momento NO existen evidencias científicas de que la leucemia se cure con terapias alternativas como: fitoterapia, fitoterapia, hierbas, miel, homeopatía, fito de Bach, iodoenergía, entre otras.</p> <p>Se recomienda que siempre que usted tenga una duda sobre su diagnóstico es lo correcto a su médico. No olvide a su familia consultar con el médico. Debido a la quimioterapia, consulte con su médico antes de la realización de esta. Recuerde que hasta el día de hoy no existe tratamiento que ha probado científicamente evidencia de ser efectivo contra la leucemia por la quimioterapia y la radioterapia con el uso de su tecnología.</p>	<h3>Para preguntarle a mi doctor</h3> <p>INSTRUCCIONES: Pregunte a su médico tratando la pregunta que se señala a continuación y anote la respuesta en el espacio amarillo.</p> <p style="text-align: center;">¿CUÁL ES MI TIPO DE LEUCEMIA?</p>	<p>Se distribuyó la información en dos páginas, se corrigió la redacción y se agregó información.</p>
<p>Primera Revisión</p>	<p>Segunda Revisión</p>		<p>Diferencias/ Adiciones</p>
<h3>8-¿Cuál es el tratamiento para la leucemia?</h3> <p>El principal tratamiento para la Leucemia Linfoblástica Aguda es: La Quimioterapia</p> <p>9-¿Qué es la quimioterapia?</p> <p>Son medicamentos diseñados para tratar el cáncer. Estos se administran de modo que lleguen al torrente sanguíneo y se puedan diseminar por todo el cuerpo. Su aplicación se realiza en ciclos, que son repetidos de un período de descanso para promover que el cuerpo se recupere.</p> <p>10-¿Cómo se administra la quimioterapia?</p> <p>Se inyectan en la vena en el muslo, debajo de la piel, en la médula espinal y torax.</p> <p>11-¿Cuánto dura la quimioterapia?</p> <p>El tratamiento de quimioterapia para la Leucemia Linfoblástica Aguda se suele dividir en tres etapas que se distribuyen a lo largo de 2 años aproximadamente.</p> <p>Inducción o Inducción a la remisión: su objetivo es administrar quimioterapia para llevar a que se elimine la leucemia, esto puede durar entre 4 y 6 semanas, se administran medicamentos en la médula ósea, sin embargo, se administran medicamentos en el torrente sanguíneo, ya que es posible que aun haya células de leucemia en alguna parte del cuerpo. Esta etapa dura aproximadamente un mes.</p> <p>Consolidación o Intensificación: Los pacientes en remisión, se administran medicamentos durante varios meses. Se administran muchos de los medicamentos que se emplearon en la inducción.</p> <p>Mantenimiento: Dura aproximadamente dos años, continuando con algunos de los medicamentos aplicados en las fases anteriores, sin embargo, en este período la administración de la quimioterapia suele ser ambulatoria. El objetivo es controlar la enfermedad para lograr erradicarla.</p>	<h3>8-¿Cuál es el tratamiento para la leucemia?</h3> <p>El principal tratamiento para la Leucemia Linfoblástica Aguda es: La Quimioterapia.</p> <p>9-¿Qué es la quimioterapia?</p> <p>La quimioterapia consiste en medicamentos diseñados para tratar el cáncer y su objetivo es depurar la mayoría de las células de leucemia. Estas se administran de modo que lleguen al torrente sanguíneo y se puedan diseminar por todo el cuerpo. Su aplicación se organiza en ciclos, que son seguidos de un período de descanso para promover que el cuerpo se recupere.</p> <p>10-¿Cómo se administra la quimioterapia?</p> <p>La dosis de quimioterapia siempre es ajustada según el peso y talla de cada paciente. Se puede inyectar en la vena, en el músculo, debajo de la piel, en la médula espinal o pueden ser medicamentos tomados.</p>	<h3>11-¿Cuánto dura la quimioterapia?</h3> <p>El tratamiento de quimioterapia para la Leucemia Linfoblástica Aguda se suele dividir en tres etapas que se distribuyen a lo largo de 2 a 3 años aproximadamente.</p> <p>Inducción</p> <p>Su objetivo es administrar quimioterapia para llevar a paciente a la remisión, esto quiere decir que ya no se encuentran células de leucemia en la médula ósea, sin embargo, estar en remisión no es lo mismo que estar curado de la enfermedad, ya que es posible que aun haya células de leucemia en alguna parte del cuerpo. Esta etapa dura aproximadamente un mes.</p> <p>Consolidación</p> <p>Tras presentar remisión, siguen cursos más cortos de quimioterapia durante varios meses. Se administran muchos de los medicamentos que se emplearon en la inducción. El objetivo de esta etapa es depurar las células que no se pudieron eliminar en la inducción y controlar la enfermedad.</p> <p>Mantenimiento</p> <p>Dura aproximadamente dos años, continuando con algunos de los medicamentos aplicados en las fases anteriores, sin embargo, en este período la administración de la quimioterapia suele ser ambulatoria. El objetivo es controlar la enfermedad para lograr erradicarla.</p>	<p>Se distribuyó el contenido en dos páginas. Se agregó información sobre aspectos médicos y se modificó la redacción.</p>

<p>12: ¿Cuáles son los efectos secundarios de la quimioterapia?</p> <p>Debido a que la quimioterapia suele ser muy fuerte para poder atacar a las células cancerosas, es posible que también afecte a células sanas, principalmente las células sanguíneas, las células de la piel y las células del sistema digestivo por lo cual se pueden presentar los siguientes efectos secundarios:</p> <p>Principales Efectos</p> <ul style="list-style-type: none"> Caída del cabello Ulceras en la boca Pérdida del apetito Náuseas Vómitos Diarrea Aumento de riesgo de infecciones Moretones Hemorragias Cansancio Adormecimiento debilidad y hormigueo en extremidades <p>¿Sabías que...</p> <p>La intratecal es un tratamiento que pretende evitar que las células de leucemia se trasladen al cerebro, de modo que este tratamiento puede funcionar como prevención o como tratamiento para la leucemia que se ha propagado al Sistema Nervioso Central.</p>	<p>12: ¿Cuáles son los efectos secundarios de la quimioterapia?</p> <p>Debido a que la quimioterapia suele ser muy fuerte para poder atacar a las células cancerosas, es posible que también afecte a células sanas, principalmente las células sanguíneas, las células de la piel y las células del sistema digestivo por lo cual se pueden presentar los siguientes efectos secundarios:</p>	<p>Principales Efectos Secundarios</p> <p>Es probable que presente alguno de los siguientes efectos secundarios, sin embargo, no todos los pacientes los presentan.</p> <ul style="list-style-type: none"> Caída del cabello Ulceras en la boca Pérdida del apetito Náuseas Vómitos Diarrea Aumento de riesgo de infecciones Moretones Hemorragias Cansancio Adormecimiento debilidad y hormigueo en extremidades <p>¿Sabías que...</p> <p>La intratecal es un tratamiento que pretende evitar que las células de leucemia se trasladen al cerebro, de modo que este tratamiento puede funcionar como prevención o como tratamiento para la leucemia que se ha propagado al Sistema Nervioso Central.</p>	<p>Se distribuyó el contenido en dos páginas. Se corrigieron términos médicos.</p>
<p>Primera Revisión</p>	<p>Segunda Revisión</p>		<p>Diferencias/ Adiciones</p>
<p>13</p> <p>¿QUÉ MEDICAMENTOS SE EMPLEAN PARA EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA?</p> <p>Los medicamentos que comúnmente se emplean son:</p> <p>Vincristina, Daunorubicina, Citarabina, L-asparaginasa, Etoposido, Teniposido, 6-mercaptopurina, Metotexato, ciclofosfamida, prednisona, Dexametasona.</p> <p>Para preguntarle a mi doctor</p>	<p>13</p> <p>¿QUÉ MEDICAMENTOS SE EMPLEAN PARA EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA?</p> <p>Los medicamentos que comúnmente se emplean son:</p> <p>Vincristina, Daunorubicina, Citarabina, L-asparaginasa, Etoposido, 6-mercaptopurina, Metotexato, Ciclofosfamida, Prednisona, Dexametasona.</p>	<p>Para preguntarle a mi doctor</p> <p>INSTRUCCIONES: Pregunte a su médico tratante la pregunta que se señala a continuación y anote la respuesta en el espacio amarillo.</p> <p>¿CUÁL ES MI ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA?</p> <p>¿CUÁNTO TIEMPO DURARÁ?</p>	<p>Se distribuyó el contenido en dos páginas. Se corrigió la ortografía de la denominación de los medicamentos mencionados.</p>

<p>14- ¿Qué cuidados debe tener un paciente con leucemia?</p> <p>15 ¿Por qué es importante el reposo absoluto?</p>  <p>Debido a que es frecuente que el paciente con leucemia presente disminución de las plaquetas y de la hemoglobina, sufranza como el hematomas de su cama puede ocasionar alguna hemorragia, dolor de cabeza o un hematoma que pueda ponerle en riesgo. Por lo anterior, es importante que el paciente guarde reposo absoluto, para protegerlo de situaciones que puedan afectar a su salud.</p> <p>16 ¿Por qué es importante la Higiene?</p>  <p>Ya que el paciente con leucemia es le presentar disminución en sus niveles de glóbulos blancos, que son las defensas del cuerpo, queda expuesto a contraer infecciones con mayor facilidad.</p> <p>Por esta razón se recomienda mantener medidas de higiene como: evitar el contacto con personas con enfermedades respiratorias, ingerir alimentos bien lavados, de preferencia preparados en casa y cocidos, mantener una adecuada higiene personal, acudir a sus sesiones de curación de cáter de ser el caso, lavado de manos y cepillado de dientes con una pasta dental suave.</p> <p>Durante hospitalización puede haber momentos en los que el médico le solicite salir al contacto físico con sus cuidadores, o el que este se recargue en su cama mientras usted mantiene niveles bajos de sus glóbulos blancos.</p>	<p>14- ¿Qué cuidados debe tener un paciente con leucemia linfóide aguda?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Adherirse al tratamiento</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Reposo Absoluto</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Higiene</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">Dieta Balanceada</div> </div> <p>15 ¿Por qué es importante el reposo absoluto?</p>  <p>Debido a que es frecuente que el paciente con leucemia presente disminución de las plaquetas y de la hemoglobina, esfuerzos como el levantarse de su cama puede ocasionar alguna hemorragia, dolor de cabeza o un hematoma que puedan ponerle en riesgo. Por lo anterior es importante que el paciente guarde reposo absoluto, para protegerlo de situaciones que puedan afectar a su salud.</p>	 <p>¡Por qué es importante la Higiene?</p> <p>Ya que en el paciente con leucemia linfóide aguda se presenta disminución en sus niveles de glóbulos blancos, que son las defensas del cuerpo, queda expuesto a contraer infecciones con mayor facilidad.</p> <p>Por esta razón se recomienda mantener medidas de higiene como: evitar el contacto con personas con enfermedades respiratorias, ingerir alimentos bien lavados, de preferencia preparados en casa y cocidos, mantener una adecuada higiene personal, acudir a sus sesiones de curación de cáter de ser el caso, lavado de manos y cepillado de dientes con una pasta dental suave.</p> <p>Durante hospitalización puede haber momentos en los que el médico le solicite evitar el contacto físico con sus cuidadores, o el que estos se recarguen en su cama mientras usted mantiene niveles bajos de sus glóbulos blancos.</p>	<p>Se distribuyó el contenido en dos páginas. Se agregó información, se corrigió la redacción</p>
<p>Primera Revisión</p>	<p>Segunda Revisión</p>	<p>Diferencias/ Adiciones</p>	

APÉNDICE 3. Formato de validación por jueces del folleto “20 preguntas sobre leucemia linfoide aguda”.



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL
Servicio de Hematología
Lic. Psic. Salma Guadalupe García Hernández



Formato de validación por jueces del folleto “20 preguntas sobre leucemia linfoide aguda”

INSTRUCCIONES: Por favor lea el folleto y marque con un círculo “X” o “√” en la tabla correspondiente a cada página según su criterio. Si hay algún comentario, respecto al contenido o estructura del folleto, anotarlo en la sección de comentario. ¡Gracias por su participación!

Página 1 – Portada

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X √	Ortografía	X √	
Cantidad	X √	Redacción	X √	
		Ilustraciones y diseño	X √	

Página 2 – Página Legal

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X √	Ortografía	X √	
Cantidad	X √	Redacción	X √	
		Ilustraciones y diseño	X √	

Página 3 – Presentación

Contenido	Estructura	Comentarios

Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 4 – Preguntas 1, 2 y 3.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 5 – Pregunta 4.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 6 – Pregunta 5 y ¿Sabías qué?

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 7 – Preguntas 6 y 7.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 8 – Mitos sobre la Leucemia.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 9 – Sección “Para preguntarle a mi doctor”.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 10 – Preguntas 9 y 10.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 11 – Pregunta 11.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 12 – Pregunta 12.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 13 – Principales efectos secundarios y ¿Sabías qué?.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 14 – Pregunta 13.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 15 - Sección "Para preguntarle a mi doctor".

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 16 – Preguntas 14 y 15.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 17 – Pregunta 16.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	

		Ilustraciones y diseño	X ✓	
--	--	------------------------	-----	--

Página 18 – Pregunta 17.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 19 – Preguntas 18 y 19.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 20 – Pregunta 20.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 21 – Glosario.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	
Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

Página 22 – Referencias.

Contenido		Estructura		Comentarios
Pertinencia	X ✓	Ortografía	X ✓	

Cantidad	X ✓	Redacción	X ✓	
		Ilustraciones y diseño	X ✓	

APÉNDICE 4. Producto final.

20
preguntas sobre
leucemia linfocítica
aguda

Folleto informativo

?

+
aprende

cuídate

exprésate

Hospital Juárez de México | Servicio de Hematología | Medicina Conductual

The image shows the cover of an informational leaflet. The background is a teal color with a pattern of overlapping, semi-transparent shapes. At the top, a light teal rectangular box contains the title '20 preguntas sobre leucemia linfocítica aguda' in a red serif font. Below the title, a large white circle with a teal question mark is centered. To the right of the circle, a teal ribbon banner contains the text 'Folleto informativo'. At the bottom, three white icons are arranged horizontally: a plus sign, a hand holding a heart, and two speech bubbles. Below each icon is a red label: 'aprende', 'cuídate', and 'exprésate'. At the very bottom, the text 'Hospital Juárez de México | Servicio de Hematología | Medicina Conductual' is written in a small, dark font.

20

preguntas sobre leucemia linfocítica aguda

Título original: 20 Preguntas sobre Leucemia Linfocítica
Aguda
Ciudad de México, 2016.

1ra Edición: abril, 2016.

Autor: Salma Guadalupe García Hernández.

Diseño y composición: Salma Guadalupe García
Hernández.

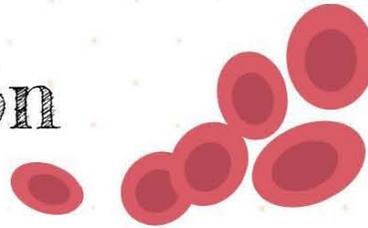
Revisión de contenido y Corrección: Dr. Jorge Cruz
Rico, Dra. Mónica Tejeda, Dra. Verónica Mena
Zepeda, Dr. Faustino Leyto, Mtra. María Cristina Bravo
González.

Residencia en Medicina Conductual
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad
Nacional Autónoma de México.
Hospital Juárez de México.

Ilustraciones y tipografía: Salma Guadalupe García
Hernández y Picktochart: <http://picktochart.com/>

Contacto: salmapsic@gmail.com

Presentación



"20 Preguntas sobre Leucemia Linfóide Aguda" está dirigido tanto a pacientes como al personal de salud que requiera un apoyo gráfico para explicar información relacionada con esta enfermedad.

Este material fue diseñado en atención a la necesidad de información que presenta el paciente con este diagnóstico, con el objetivo de facilitar la comprensión de las principales características de la enfermedad mediante información resumida e imágenes que promuevan la asociación de los conceptos. Para la elaboración se realizó:

- 1) Una encuesta sobre las dudas más frecuentes respecto a la Leucemia Linfóide Aguda en 15 pacientes hospitalizados debido a dicho diagnóstico.
- 2) Una validación por un panel de expertos que constató la pertinencia del contenido.
- 3) Con base en la experiencia de trabajo psicoterapéutico con pacientes hospitalizados debido a este diagnóstico, se identificaron las principales necesidades de información que estos referían.

El presente folleto está conformado por las siguientes secciones:

- *20 preguntas y respuestas sobre Leucemia Linfóide Aguda.
- *¿Sabías qué?
- *Para preguntarle a mi doctor.
- *Glosario.

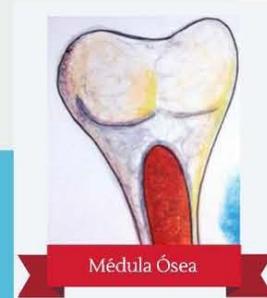
Se espera que este material sea de utilidad tanto para pacientes, cuidadores y personal de salud.

Lic. Psic. Salma Guadalupe García Hernández
Abril, 2016

Para entender la leucemia linfoide aguda...

1- ¿Qué es la médula ósea?

Es el material blando que se encuentra dentro de los huesos (el tuétano), su trabajo consiste en producir las células madre sanguíneas. Estas células son las formadoras de la sangre ya que una vez maduras, se convierten en alguno de los tres tipos de células sanguíneas.



Médula Ósea

2- ¿Cuáles son los tres tipos de células sanguíneas?



GLÓBULOS ROJOS:
SE ENCARGAN DE TRANSPORTAR EL OXÍGENO A TODO NUESTRO CUERPO.



GLÓBULOS BLANCOS O LEUCOCITOS:
CUYO TRABAJO ES COMBATIR LAS INFECCIONES.

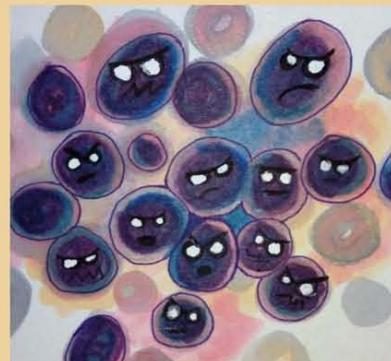


PLAQUETAS O TROMBOCITOS:
CUYA LABOR CONSISTE EN AYUDAR A QUE COAGULE LA SANGRE.



3- ¿Qué es la Leucemia Linfoide Aguda?

Es un cáncer que se caracteriza por la presencia de linfoblastos en la médula ósea y la sangre.



Representación de linfoblastos en médula ósea.

4- ¿Qué tipos de leucemia linfoide aguda (LLA) existen?

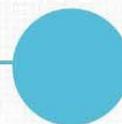
Existen distintas clasificaciones para la leucemia linfoide aguda, y una de ellas es con base a su morfología, es decir, a la forma que presentan las células vistas al microscopio:

TIPOS



Leucemia Linfoide Aguda L1

Leucemia Linfoide Aguda L2



Leucemia Linfoide Aguda L3

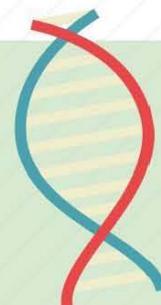
¿Sabías qué...

los blastos son glóbulos blancos inmaduros; éstas células son cancerosas, se reproducen con rapidez y reemplazan a las células sanas de la médula ósea?

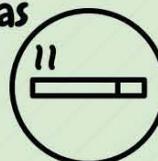
5-¿Por qué da leucemia?

buena pregunta...

La Leucemia Linfoide Aguda es una enfermedad adquirida, sin embargo, la mayoría de veces no se conocen las causas que la generan.



Se sabe que esta enfermedad se origina cuando ocurre un error en la división de las células que afecte a los genes.



Lo anterior puede ser consecuencia de: exposición a radiaciones o productos químicos.



La Leucemia Linfoide Aguda en rara ocasión es heredada.



¿Sabías qué...

el lazo que representa el apoyo a las personas que padecen leucemia es el lazo color naranja?



6-¿Cómo se diagnostica la leucemia linfoide aguda?

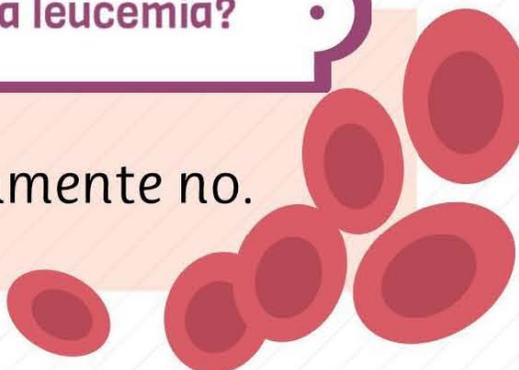
Para realizar el diagnóstico de Leucemia Linfoide Aguda, es necesario llevar a cabo diversos estudios de la sangre y la médula ósea que permitan determinar la cantidad de células en la médula.

Principalmente el ASPIRADO DE MÉDULA ÓSEA, en algunas ocasiones BIOPSIA DE HUESO, y también se realiza Inmunofenotipo, cariotipo y en algunas ocasiones estudios moleculares.



7- ¿Se contagia la leucemia?

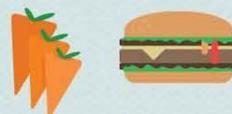
NO, definitivamente no.



MITOS SOBRE LA LEUCEMIA

Recibir un diagnóstico de cáncer no es sencillo y muchas veces es difícil de entender porqué unas personas desarrollan este tipo de enfermedades y otras no. Es por eso que se intenta encontrar una causa, sin embargo, en cuanto a la leucemia, existe una serie de mitos que pretenden explicar el origen de esta enfermedad, pero están muy lejos de ser reales.

1 La leucemia **NO** es el resultado de una mala alimentación.



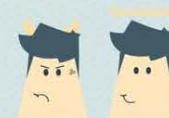
2 La leucemia **NO** da por embrujos.



3 La leucemia **NO** da por malpasarse.



4 **NO** da por ser "buena" o "mala" persona.



5 La leucemia **NO** tiene grados, tiene tipos.



6 Hasta el momento **NO** existen evidencias científicas de que la leucemia se cure con terapias alternativas como herbolaria, imanoterapia, limpiezas, reiki, homeopatía, flores de Bach, iridología, entre otras.



Se recomienda que siempre que usted tenga una duda sobre su tratamiento se la comente a su médico tratante. Así mismo, si usted planea comenzar un tratamiento alternativo distinto a la quimioterapia, consulte con su médico tratante la pertinencia de este. Recuerde que hasta el día de hoy los únicos tratamientos que han probado científicamente evidencia de su eficacia contra la leucemia son la quimioterapia y la radioterapia en caso de ser necesaria.



Para preguntarle a mi doctor

INSTRUCCIONES: Pregunte a su médico tratante la pregunta que se señala a continuación y anote la respuesta en el espacio amarillo.

¿CUÁL ES MI TIPO DE LEUCEMIA?



8-¿Cuál es el tratamiento para la leucemia?

El principal tratamiento para la Leucemia Linfocítica Aguda es: La Quimioterapia.

9-¿Qué es la quimioterapia?

La quimioterapia es un conjunto de medicamentos para tratar el cáncer.

Su objetivo es depurar la mayoría de las células de leucemia.



10-¿Cómo se administra la quimioterapia?

La quimioterapia se administra de modo que lleguen al torrente sanguíneo, se puede inyectar en la vena, en el músculo, debajo de la piel, en el líquido cefalorraquídeo (LCR) o pueden ser medicamentos tomados.

Su aplicación se organiza en ciclos, que son seguidos de un periodo de descanso para promover que el cuerpo se recupere.

La dosis de quimioterapia siempre es ajustada según el peso y talla de cada paciente.

11-¿Cuánto dura la quimioterapia?

El tratamiento de quimioterapia para la Leucemia Linfocítica Aguda se suele dividir en tres etapas que se distribuyen a lo largo de 2 a 3 años aproximadamente.

Inducción

Su objetivo es llevar a paciente a la remisión, es decir que ya no se encuentren células de leucemia en la médula ósea.

Esta etapa dura aproximadamente un mes.

Consolidación

Tras la remisión, siguen cursos más cortos de quimioterapia durante varios meses (algunas sesiones requerirán hospitalización).

El objetivo de esta etapa es controlar la enfermedad y depurar las células que no se pudieron eliminar en la inducción.

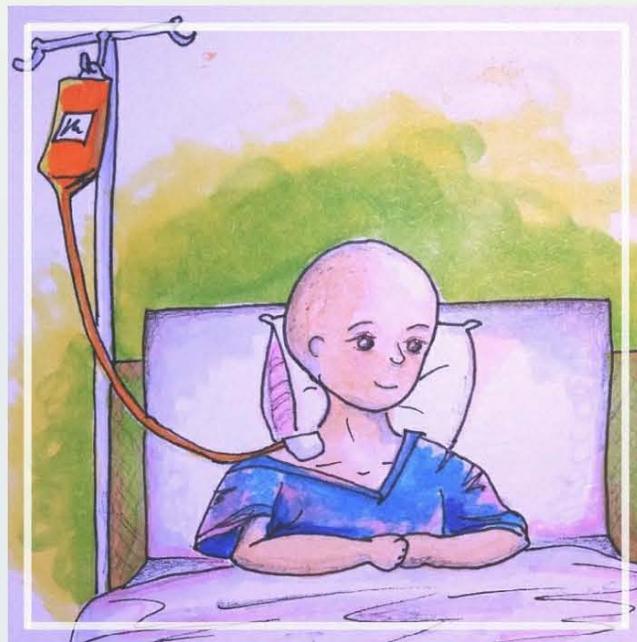
Mantenimiento

Dura aproximadamente dos años, sin embargo, en este periodo la administración de la quimioterapia suele ser ambulatoria.

El objetivo es controlar la enfermedad para lograr erradicarla.

12-¿Cuáles son los efectos secundarios de la quimioterapia?

Debido a que la quimioterapia suele ser muy fuerte para poder atacar a las células cancerosas, es posible que también afecte a células sanas, principalmente las células sanguíneas, las células de la piel y las células del sistema digestivo, dando lugar a los siguientes efectos secundarios:



Principales Efectos Secundarios

Caída del cabello
Úlceras en la boca
Pérdida del apetito
Náuseas
Vómitos
Diarrea
Aumento de riesgo de
infecciones
Moretones
Hemorragias
Cansancio
Adormecimiento
debilidad y
hormigueo en
extremidades



NOTA: Pueden no presentarse todos los efectos secundarios y esto no quiere decir que la quimioterapia no esté funcionando.

¿Sabías que...

la "intratecal" es un tratamiento que pretende evitar que las células de leucemia se trasladen al cerebro, de modo que este tratamiento puede funcionar como prevención o como tratamiento para la leucemia que se ha propagado al Sistema Nervioso Central?

13

¿QUÉ MEDICAMENTOS

SE EMPLEAN PARA EL TRATAMIENTO DE LA LEUCEMIA LINFOIDE AGUDA?

Los medicamentos que comúnmente se emplean son:

**Vincristina, Daunorubicina,
Citarabina, L-asparaginasa,
Etoposido, 6-mercaptopurina,
Metotrexato, Ciclofosfamida,
Prednisona, Dexametasona, entre
otros.**

Su administración lleva una *secuencia*, de acuerdo con el esquema de quimioterapia que asigne el hematólogo.



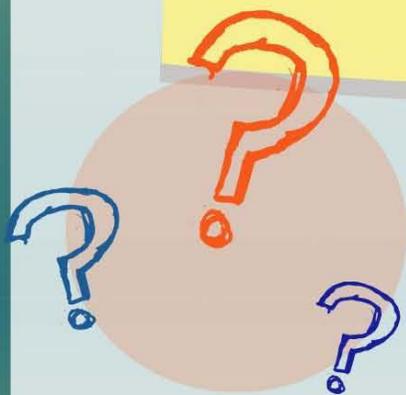


Para preguntarle a mi doctor

INSTRUCCIONES: Pregunte a su médico tratante la pregunta que se señala a continuación y anote la respuesta en el espacio amarillo.

¿CUÁL ES MI ESQUEMA DE QUIMIOTERAPIA?

¿CUÁNTO TIEMPO DURA?



14- ¿Qué cuidados debe tener un paciente con leucemia linfóide aguda?



15
¿Por qué es importante el reposo absoluto?



Debido a que es frecuente que el paciente con leucemia presente disminución de las plaquetas y de la hemoglobina, esfuerzos como el levantarse de su cama puede ocasionar alguna hemorragia, dolor de cabeza o un desmayo que pueden ponerle en riesgo. Por lo anterior, es preferible que el paciente guarde reposo absoluto, para protegerlo de situaciones que puedan afectar a su salud.



16- ¿Por qué es importante la Higiene?

Ya que en el paciente con leucemia linfocítica aguda se presenta disminución en sus niveles de glóbulos blancos, queda expuesto a contraer infecciones con mayor facilidad.

Se recomiendan las siguientes medidas de higiene:

- Evitar el contacto con personas con enfermedades respiratorias
- Ingerir alimentos bien cocidos y limpios (de preferencia preparados en casa)
- Adecuada higiene personal, lavado de manos, crema en todo el cuerpo, enjuagues con bicarbonato y cepillado de dientes con cepillo dental de cerdas suaves.
- Acudir a las curaciones de catéter (de ser necesario).

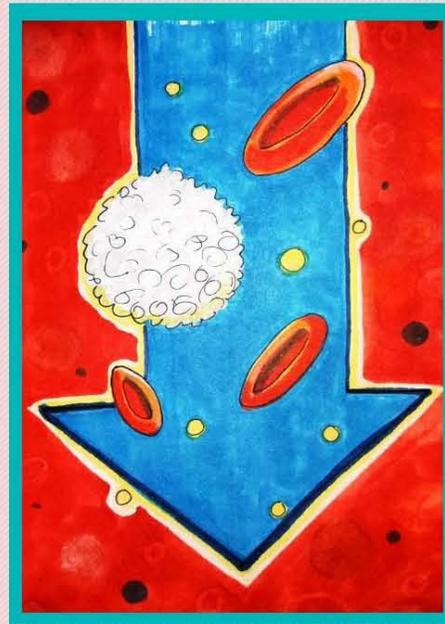


Durante hospitalización puede haber momentos en los que el médico solicite al paciente evitar el contacto físico con sus cuidadores como medida de higiene.

17- ¿Por qué es larga la estancia intrahospitalaria?

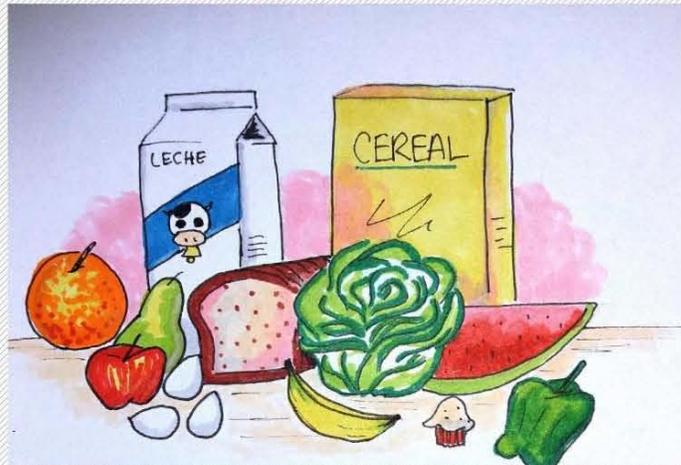


El paciente en tratamiento de quimioterapia presenta disminución de sus células sanguíneas y es propenso a contraer infecciones, presentar hemorragias y los efectos secundarios de la quimioterapia,



por estas razones, el paciente con Leucemia Linfocítica Aguda debe mantenerse en hospitalización durante las primeras fases de su tratamiento, de modo que se garantice su seguridad y el constante monitoreo por parte del personal de salud.

18- ¿Cómo debe ser la Alimentación?



Puede comer casi cualquier alimento, y se recomienda que esté limpio, bien cocido y de preferencia preparado en casa. Se sugiere evitar los alimentos irritantes. Si usted además tiene diagnóstico de diabetes o alguna otra condición médica que requiera atención especializada, consulte a su nutriólogo para seguir la dieta adecuada.

19- ¿Cómo puede ser la vida Sexual?

Las relaciones sexuales dependerán de la recuperación de su celularidad tras la administración de quimioterapia, por lo cual se le sugiere que previo a irse de alta, consulte con su médico tratante si se encuentra en condiciones de mantener relaciones sexuales sin que esto comprometa su salud.



20- ¿Cómo saber cuándo necesito apoyo psicológico?

A continuación le presentamos una serie de comportamientos, señale con una aquellos que haya presentado desde que ingresó a hospitalización.



- Lloro constantemente.
- Me siento preocupado la mayor parte del tiempo.
- Tengo dudas acerca de mi enfermedad y/o el tratamiento.
- Duermo más horas que antes.
- Duermo menos horas que antes.
- Me siento tenso.
- Me siento inquieto.
- Ya no me interesan las mismas cosas que solían gustarme.
- Desde que estoy en el hospital, ha cambiado mi relación con mis familiares.
- Me siento "nervioso/a".
- Me siento triste.
- Me dan miedo los procedimientos con agujas o las punciones.
- He presentado sudoración en las manos.
- He presentado latidos rápidos del corazón.
- He presentado dificultad para respirar.
- Tengo dificultades para expresarme con los médicos.
- Pienso muchas cosas que me causan malestar.

Recibir el diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda ...



...es una situación que puede desencadenar una serie de cambios psicológicos. Algunas veces estos cambios pueden ser desadaptativos, esto quiere decir que causen malestar y dificultad para enfrentar esta nueva condición de salud. Es por eso importante que si usted presenta alguno de los comportamientos anteriormente mencionados, solicite apoyo por parte del equipo de Medicina Conductual, estamos para apoyarle.

GLOSARIO

Anemia: Disminución de la concentración de hemoglobina en la sangre.

Aspirado de Médula Ósea (AMO): Procedimiento por medio del cual se extraen células de la médula ósea para después examinarlas al microscopio.

Basófilo: Glóbulo blanco que interviene en las alergias.

Blasto: Células inmaduras que se encuentran en la médula ósea.

Células madre: Es un tipo de célula que se encuentra en la médula ósea y genera los glóbulos blancos, glóbulos blancos y las plaquetas.

Eosinófilos: Glóbulo blanco que interviene en las alergias.

Eritrocitos: (véase glóbulos rojos).

Glóbulos blancos: Células que combaten las infecciones.

Glóbulos rojos: Células que transportan el oxígeno a todo el cuerpo.

Hematología: Especialidad médica que trata las enfermedades de la sangre.

Hemoglobina: Componente del glóbulo rojo encargada de transportar oxígeno.

Leucemia: Cáncer de la médula ósea y la sangre.

Leucocitos: (véase glóbulos blancos).

Linfocito: Es un tipo de glóbulo blanco que se encarga de defender al cuerpo de infecciones. Son el principal tipo de célula presente en la linfa.

Médula Ósea: Material esponjoso que se encuentra en el centro de los huesos y que produce las células sanguíneas.

Neutrófilos: Es un tipo de glóbulo blanco que defiende al cuerpo de infecciones micóticas y bacterianas.

Plaquetas: Células que coagulan la sangre para prevenir hemorragias.

Plasma: Componente líquido de la sangre.

Punción intratecal: Procedimiento dirigido a la membrana de la médula espinal con el fin de obtener líquido cefalorraquídeo y aplicar tratamiento de profilaxis a sistema nervioso central.

Quimioterapia: El uso de medicamentos para tratar la leucemia u otros tipos de cáncer.

Recaída: Cuando se encuentra enfermedad después de que ha sido tratada exitosamente.

Remisión: Ausencia de signos de enfermedad y/o periodo en el que la enfermedad no provoca ningún problema de salud.

Sistema inmune: Células que defienden al cuerpo contra infecciones.

Trombocitos: (véase plaquetas).

Referencias

American Cancer Society (en línea) Quimioterapia para la leucemia linfocítica aguda, 2014 [Fecha de Consulta 30 de enero de 2016].

Página web:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/leucemialinfociticaagudaadultos/guiadetallada/leucemia-linfocitica-aguda-adultos-treating-chemotherapy>

American Cancer Society (en línea) ¿Sabemos cuáles son las causas de la leucemia linfocítica aguda? 2014 [Fecha de Consulta 20 de enero de 2016].

Página web:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/leucemialinfociticaagudaadultos/guiadetallada/leucemia-linfocitica-aguda-adultos-causes-what-causes>

American Cancer Society (en línea) Tratamiento típico de la leucemia linfocítica aguda, 2014 [Fecha de Consulta 30 de enero de 2016].

Página web:
<http://www.cancer.org/espanol/cancer/leucemialinfociticaagudaadultos/guiadetallada/leucemia-linfocitica-aguda-adultos-treating-typical-treatment>

Fundación Josep Carreras (en línea) Leucemia linfoblástica aguda del adulto, 2016 [Fecha de Consulta 27 de abril de 2016].

Página web:
http://www.fcarreras.org/es/leucemia-linfoblastica-aguda-del-adulto_361671

Instituto Nacional del Cáncer (en línea) Leucemia linfoblástica aguda en adultos: Tratamiento—Versión para profesionales de salud (PDQ®), 2016 [Fecha de Consulta 30 de enero de 2016].

Página web:
http://www.cancer.gov/espanol/tipos/leucemia/pro/tratamiento-all-adulto-pdq#link/_207_toc

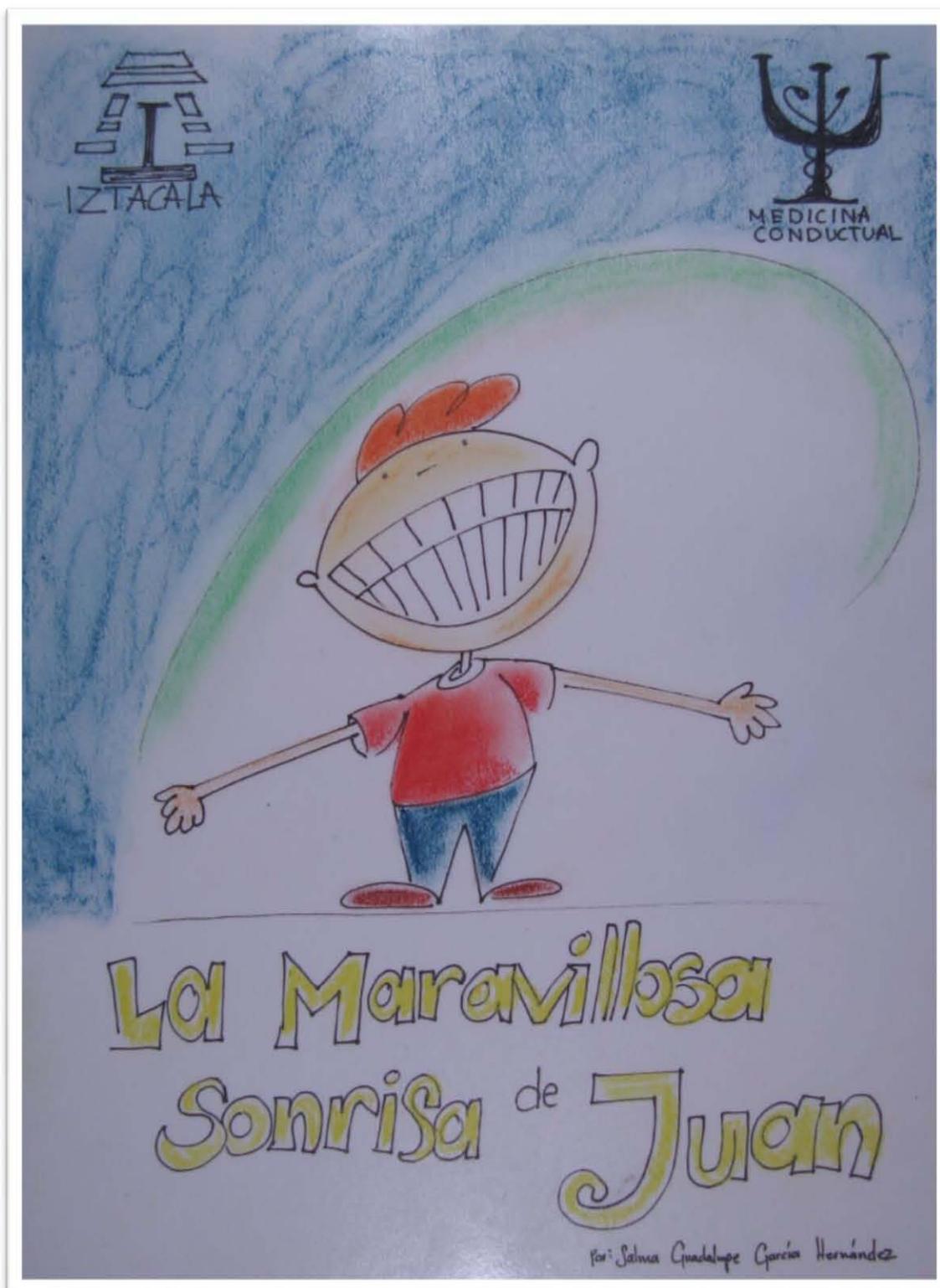
Instituto Nacional del Cáncer (en línea) Leucemia linfoblástica aguda en adultos: Tratamiento—Versión para pacientes (PDQ®) 2016, [Fecha de Consulta 30 de marzo de 2016].

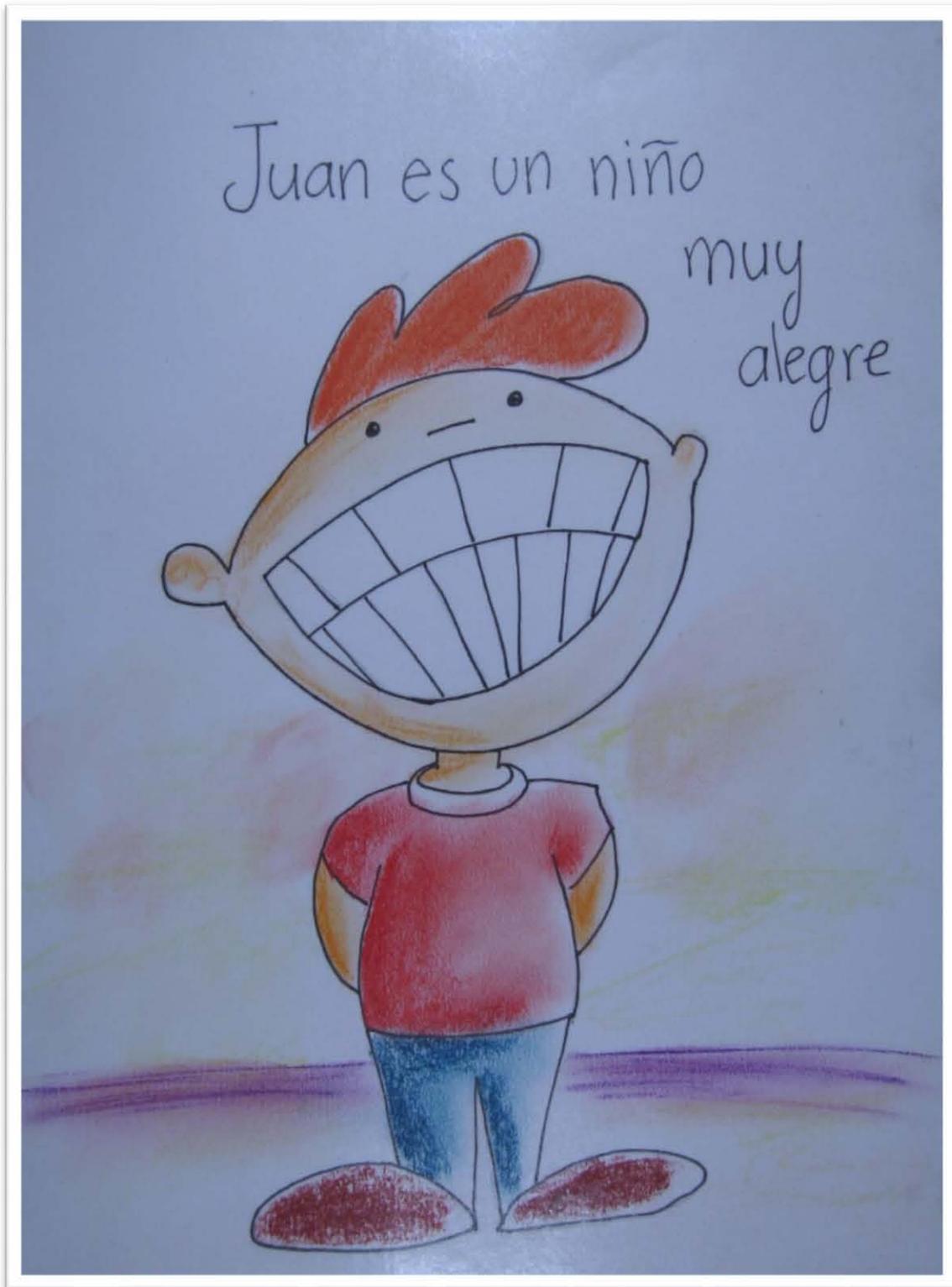
Página web:
http://www.cancer.gov/espanol/tipos/leucemia/paciente/tratamiento-lla-adultos-pdq#section/_70

Instituto Nacional del Cáncer (en línea) Trasplantes de células madre formadoras de sangre, 2013 [Fecha de Consulta 20 de enero de 2016].

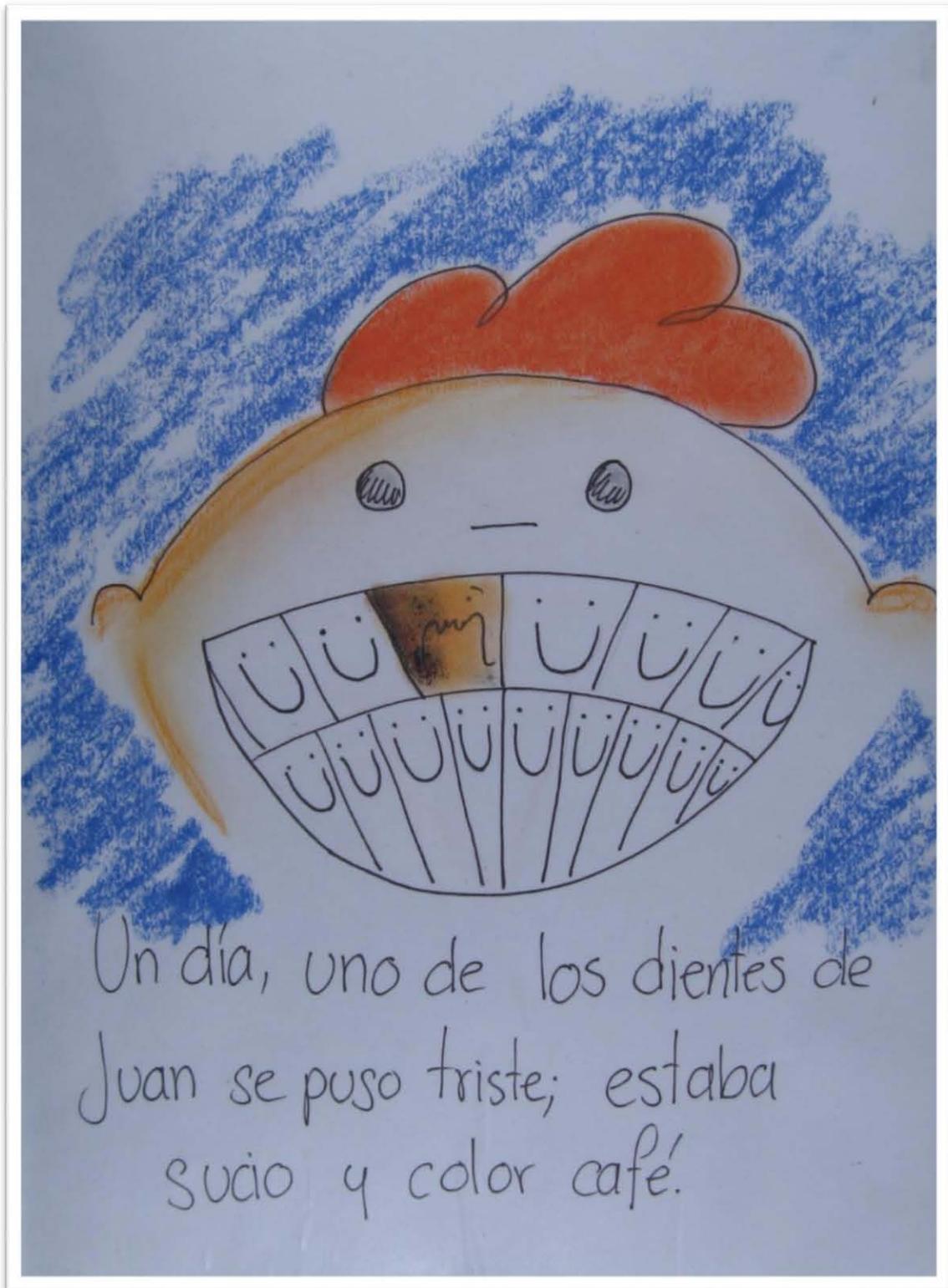
Página web:
<http://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/trasplante-de-celulas-madre/hoja-informativa-medula-osea-trasplante#q1>

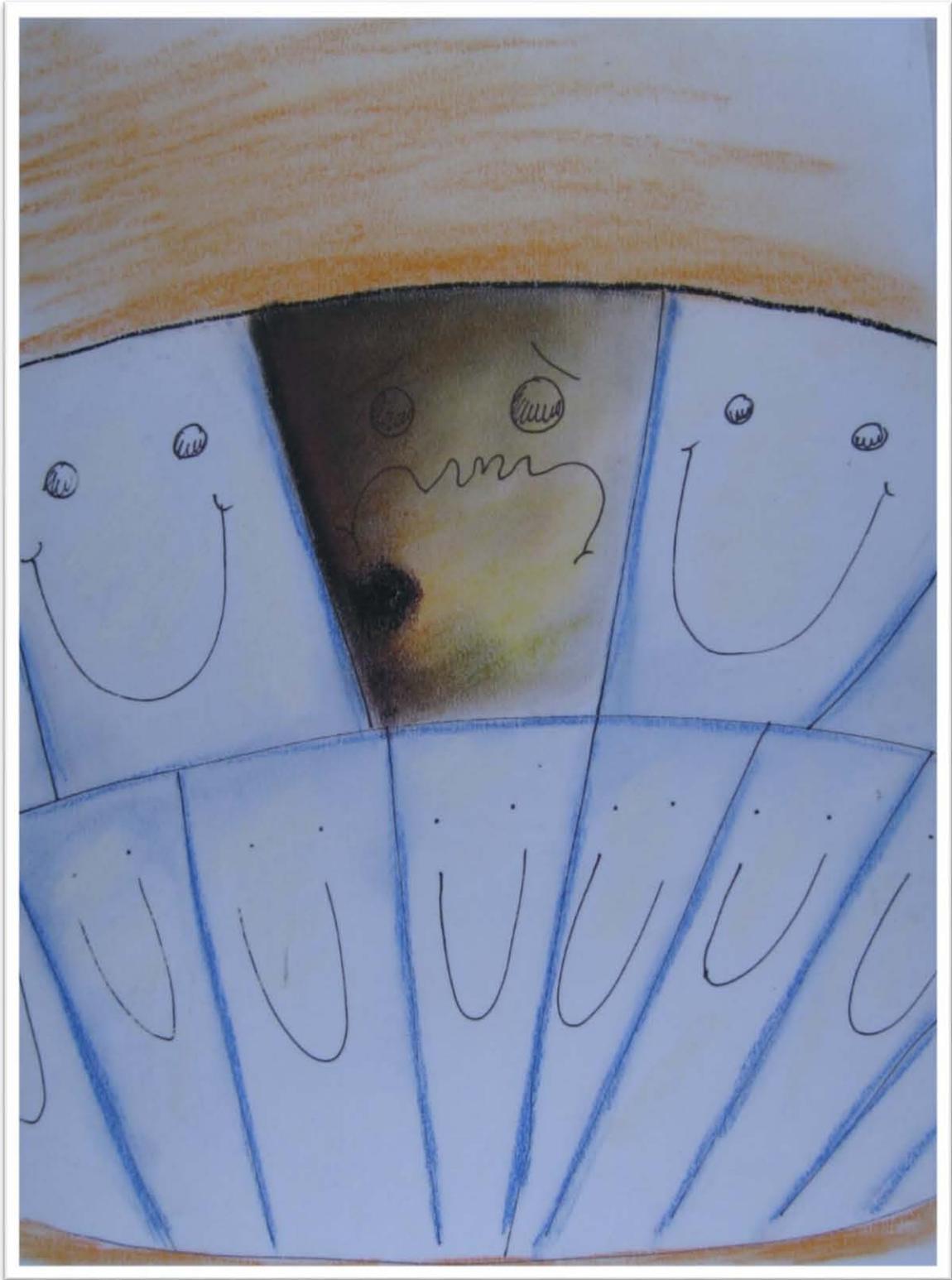
APÉNDICE 5. Cuento “La Maravillosa Sonrisa de Juan”.

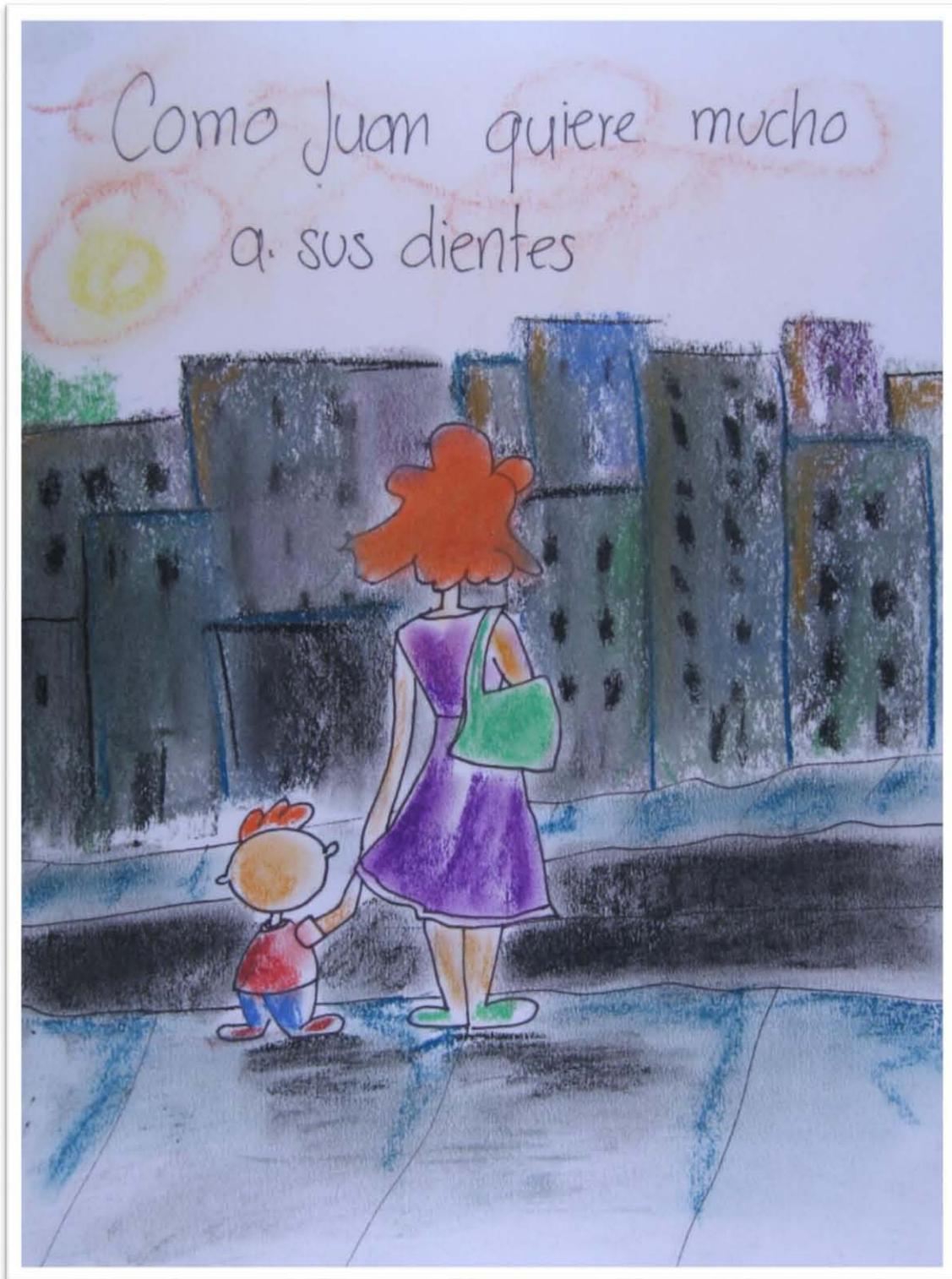










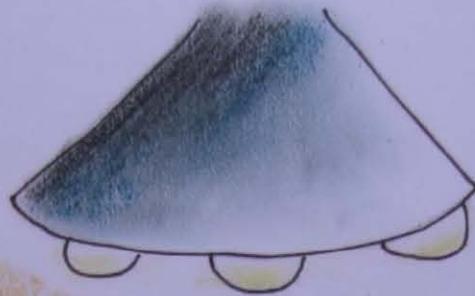




El dentista era muy agradable...



... y tenía un sillón enorme



¡Como un avión!



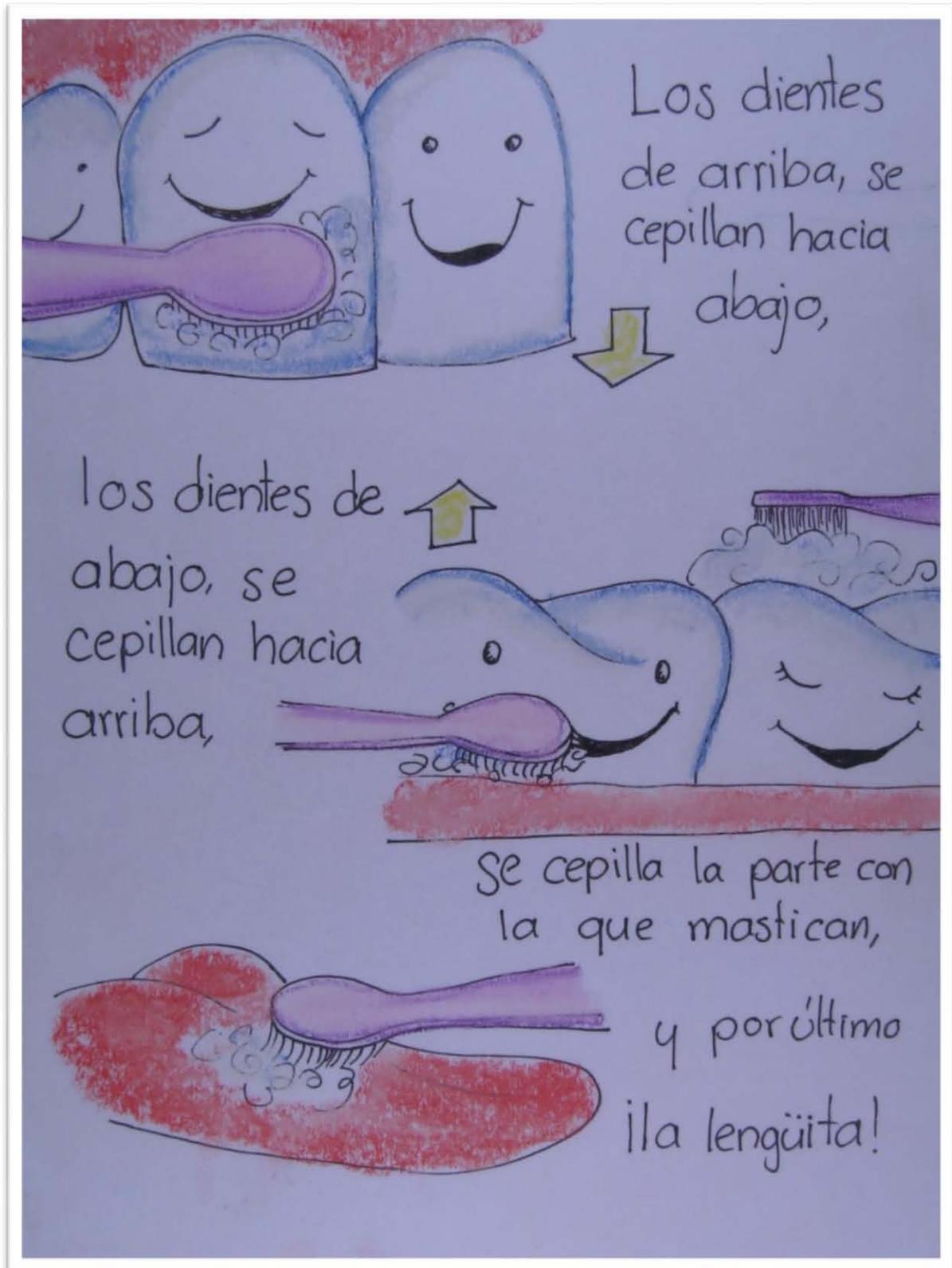
Me pidió que abriera la
boca ¡Muy grande!



Luego utilizó sus instrumentos
para curar a mi diente triste



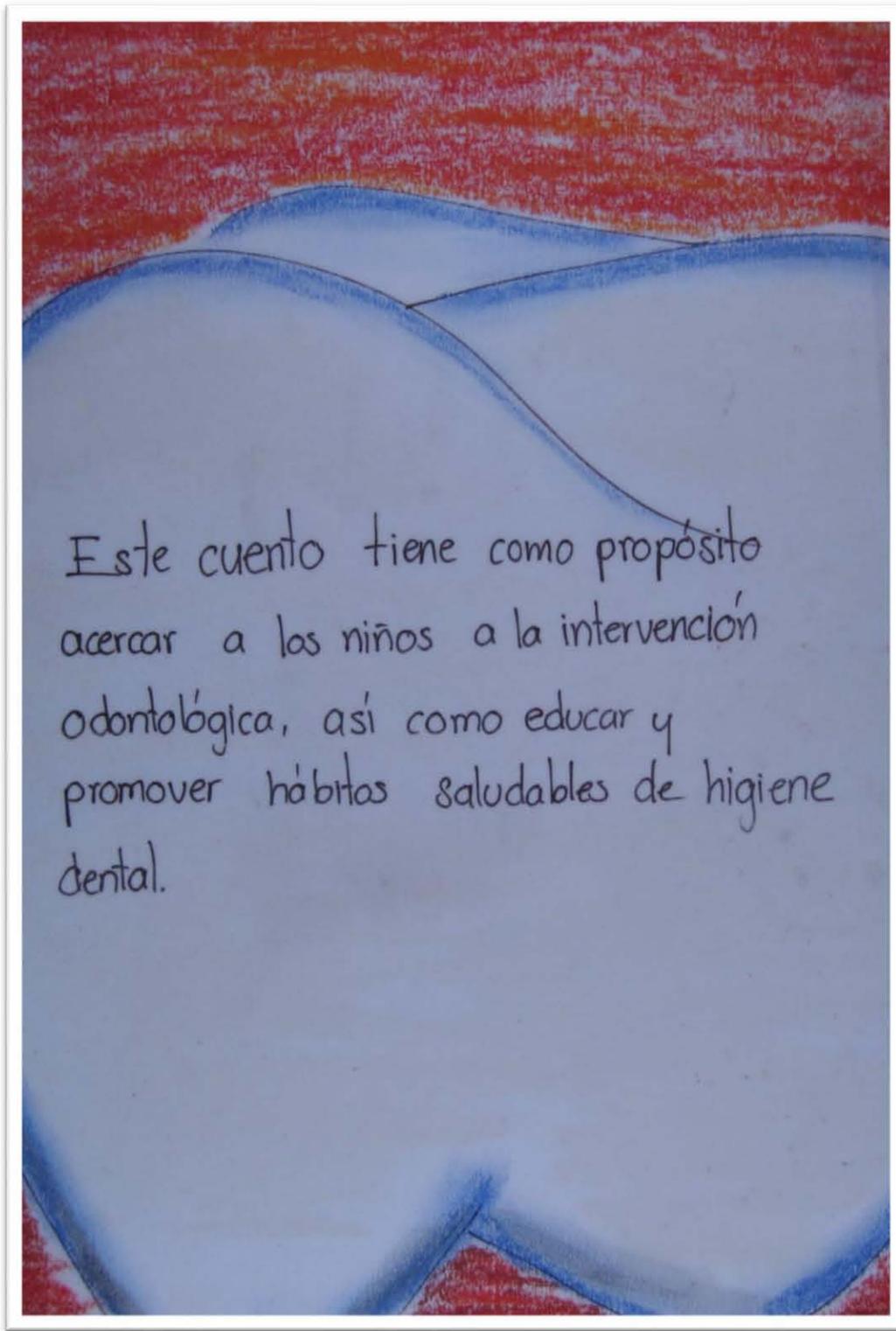




Y colorín colorado, Juan
mantuvo sus dientes



limpios y felices ¡Por siempre!



APÉNDICE 6. Cartel: Prevalencia de estrés en cuidadores de pacientes hospitalizados.

Prevalencia de ESTRÉS en cuidadores de pacientes hospitalizados

GARCÍA-HERNÁNDEZ, SALMA GUADALUPE*, GALLARDO-CONTRERAS, RICARDO**, REYES-LAGUNES, ISABEL***, BRAVO-GONZÁLEZ, CRISTINA*.
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, UNAM**, HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO** FACULTAD DE PSICOLOGÍA, UNAM***

ANTECEDENTES

El cuidador es la persona que se encarga de cubrir las necesidades del enfermo gran parte del día durante un periodo prolongado sin recibir pago por realizar esta tarea (Ribas, et al. 2000, citado por Trujano, López, Valero y Quiroz, 2012).

Sus tareas son: alimentación, higiene del paciente, acompañarle a sus citas médicas, realización de pagos y administración de medicamentos.

Debido a que el concepto de "carga del cuidador" ha sido definido de distintas formas, en el presente estudio se retomó el modelo de estrés de Lazarus y Folkman.

El modelo de estrés de Lazarus y Folkman señala que, ante una situación estresante, las personas pueden efectuar esfuerzos para lograr cambios cognoscitivos y conductuales con el fin de controlar demandas internas o externas específicas que son percibidas por la persona como que exceden sus recursos para controlarlas, dichos esfuerzos son denominados afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984, citado por Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, Folkman, 1986).

En el presente estudio, el estrés en el cuidador se define como la evaluación del cuidador respecto a su relación con el entorno, que es percibida como amenazante o desbordante de sus propios recursos.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de estrés en cuidadores informales de pacientes hospitalizados.

MÉTODO

PARTICIPANTES:
 180 cuidadores de pacientes hospitalizados del Hospital Juárez de México, 137 mujeres (76.4%) y 42 hombres (23.3%), edad media de 41.65.

MATERIALES:
 Escala de Estrés en el Cuidador que se compone de 15 reactivos y su alpha de Cronbach es de .845.

PROCEDIMIENTO:
 Se aplicó la escala a cuidadores en el área de hospitalización.

RESULTADOS

MEÑOS DE UNA SEMANA

ENTRE 2 Y 4 SEMANAS

ENTRE 1 Y 3 MESES

ENTRE 3 Y 6 MESES

ENTRE 6 Y 12 MESES

MÁS DE 1 AÑO

MÁS DE 5 AÑOS

MÁS DE 10 AÑOS

Figura 1. Porcentaje de niveles de estrés de acuerdo al tiempo que se lleva de ser cuidador.

Figura 2. Porcentaje de niveles de estrés en cuidadores

- Estrés Bajo (19%)
- Estrés Moderado (20%)
- Estrés Alto (48%)
- Estrés Muy Alto (12%)

El 48% de los cuidadores presentaron Estrés Alto.

Se reporta que las personas que llevaban menos de un año siendo cuidadores, presentaron estrés alto en mayor frecuencia.

En contraste, los cuidadores de más de un año realizando esta actividad, presentaron menores niveles de estrés.

DISCUSIÓN

Cuidar de un paciente hospitalizado puede generar que los cuidadores perciban dicha situación como amenazante y que desborda sus propios recursos de enfrentamiento.

Los anteriores resultados apoyan los hallazgos reportados por la literatura.

Los resultados sugieren que aquellos cuidadores que llevan más de un año en dicha actividad, han desarrollado estrategias de enfrentamiento a lo largo del tiempo que les permite mantener niveles de estrés más bajos.

REFERENCIAS

Folkman, S., Lazarus, R., Dunkel-Schetter, C. DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encountering outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Trujano, R. S., López, D. I., Valero, Z. V., & Quiroz, C. N. (2012). Estrés familiar y adherencia terapéutica en pacientes con enfermedades crónicas. *Alternativas en psicología*, 16, 26.

Correo electrónico: salmapsic@gmail.com

APÉNDICE 7. Cartel: Desarrollo y propiedades psicométricas de la escala Estrés en el Cuidador.



UNAM
FESI

Desarrollo y propiedades psicométricas de la escala Estrés en el Cuidador



García-Hernández, Salma Guadalupe*, Gallardo-Contreras, Ricardo, Reyes-Lagunes, Isabel***,
Bravo-González, Cristina*.**

Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM* (México).
Hospital Juárez de México** (México).
Facultad de Psicología, UNAM *** (México).

INTRODUCCIÓN

El cuidador informal de un paciente con una enfermedad crónico-degenerativa atiende a éste durante gran parte del día, de modo que probablemente se afecten sus relaciones interpersonales, situación laboral, económica y su salud. El concepto de carga del cuidador ha sido empleado frecuentemente en investigaciones sobre cuidadores, sin embargo, se encuentran diversas definiciones y confusiones con otros términos, como estrés. Ante dicha situación, se requiere una escala de medida enfocada al estrés, el cual puede presentarse desde que una persona asume el papel de cuidador, independientemente de cuánto tiempo estará desarrollando esa tarea.

OBJETIVO

El objetivo fue construir un instrumento para medir la intensidad de estrés en cuidadores informales, así como analizar sus propiedades psicométricas.

MÉTODO

Participantes
180 cuidadores de pacientes hospitalizados, 137 mujeres (76.4%) y el 42 hombres (23.3%)

Instrumentos
Escala Estrés en el Cuidador de 36 reactivos.

Procedimiento
Para el análisis de las propiedades psicométricas, se realizó el siguiente procedimiento: un análisis de frecuencia de cada reactivo, discriminación y direccionalidad de los reactivos, análisis de correlación, análisis factorial y confiabilidad total y por factores.

RESULTADOS

Estadísticos de los elementos		Estadísticos de los elementos		Definición de los elementos		
		Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	N
Estadísticos de Fiabilidad	Alfa de Cronbach					
	.845					
		Alfa de Cronbach por ítem				
Alfa de Cronbach	N de elementos					

Figura 1. Alfa de Cronbach de la escala y confiabilidad de reactivos resultantes.

Figura 2. Factor 1 compuesto de tres reactivos, su Alfa de Cronbach fue de .838.

Figura 3. Factor 2 compuesto por cuatro reactivos, su Alfa de Cronbach fue de .721.

Figura 4. Factor 3 compuesto por nueve reactivos, su Alfa de Cronbach fue de .805.

DISCUSIÓN / CONCLUSIONES

La escala final quedó conformada por 16 reactivos que no fueron eliminados en el procedimiento; resultaron 3 factores cuyo porcentaje de varianza explicada fue de 12.372 %. y un alpha de Cronbach de .845. La confiabilidad por factor fue de .638, .721, y .805 respectivamente. De acuerdo con los resultados, se observa que el valor total de confiabilidad de la escala es adecuado. Se continúa estudiando la correspondencia entre las dimensiones teóricas y cada uno de los tres factores, así como sus respectivas propiedades psicométricas.

Correo electrónico: salmapsic@gmail.com

APÉNDICE 8. Infografía Síndrome de Burnout.



El Síndrome de Burnout o "Síndrome del quemado" se entiende como la exposición prolongada a fuentes de estrés relacionadas con el ambiente laboral, sobre todo en aquellos puestos en que el trabajo conlleva servicios asistenciales (por ejemplo, sector sanitario, educativo o administrativo). Presenta además las siguientes características:

**AGOTAMIENTO EMOCIONAL**

Se caracteriza por una sensación de cansancio cognitivo, emocional y físico durante la realización de las actividades diarias, disminuyendo la eficiencia en el trabajo.

DESPERSONALIZACIÓN

Corresponde a las actitudes de cinismo, irritabilidad y distanciamiento en las actividades que requieren relacionarse con otras personas.

**FALTA DE REALIZACIÓN PERSONAL**

Se representa por insatisfacción por las actividades laborales, baja autoestima, ausencia de sensación de logro y sensación de expectativas frustradas.



Si te sentiste identificado con estas características, te invitamos a acercarte a recibir atención psicológica, en dónde desarrollarás herramientas que facilitarán la adaptación al ambiente laboral, mediante:



Técnicas para el control de respuestas fisiológicas



Técnicas cognitivo-conductuales



Entrenamiento en habilidades asertivas y sociales

Actividades que pueden contribuir con el adecuado enfrentamiento del Síndrome de Burnout:



Practicar actividades artísticas y de ocio.



Administrar su tiempo.



Descansar.



Actividad física.

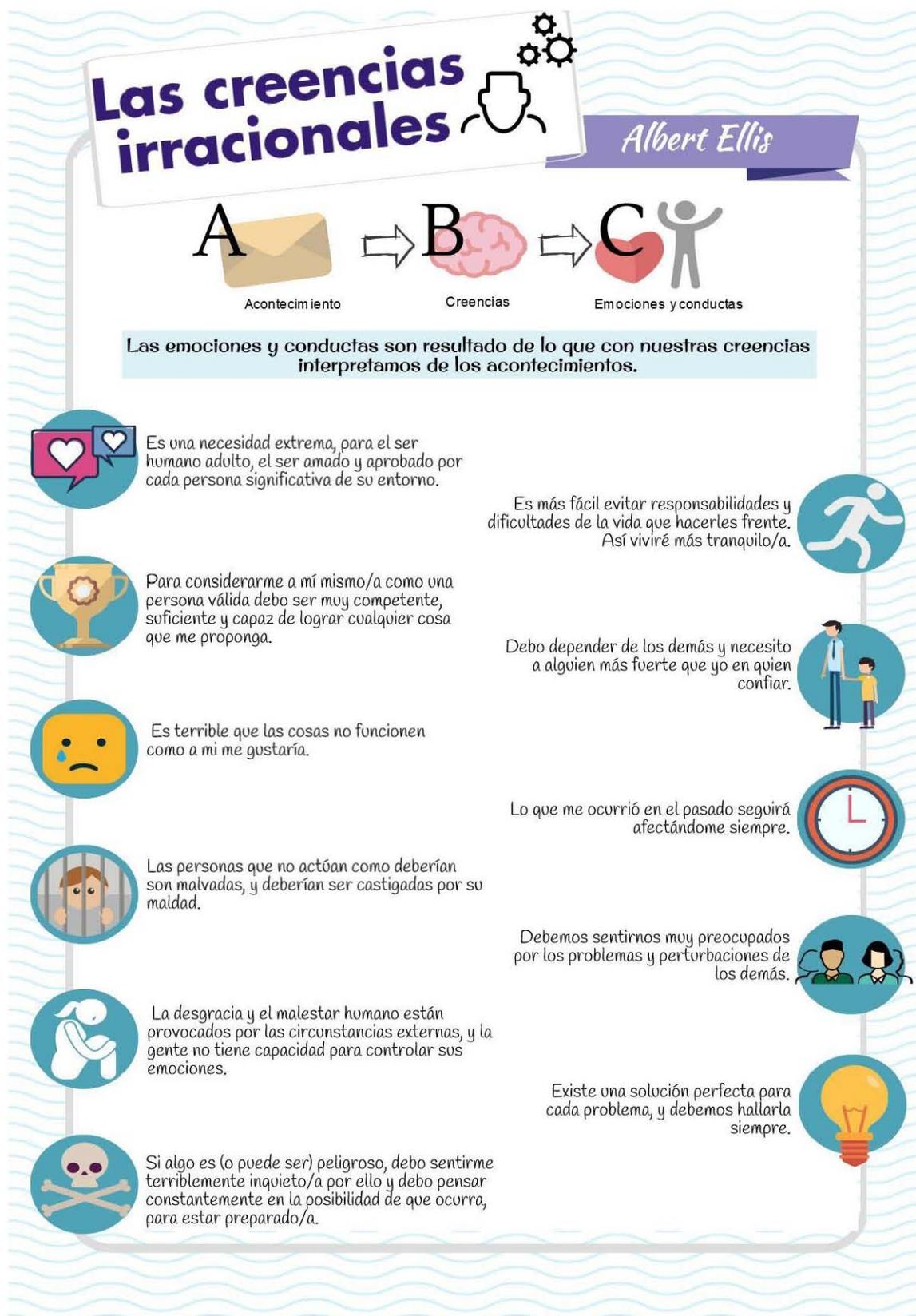


Técnicas de relajación, meditación o yoga.



Alimentación saludable.

APÉNDICE 9. Infografía Creencias irracionales propuestas por Albert Ellis.



APÉNDICE 10. Caso Clínico 1.

Ficha de identificación:**Nombre:** María**Edad:** 27 años**Sexo:** Femenino**Estado civil:** Soltera**Escolaridad:** Secundaria**Ocupación:** Desempleada**Religión:** Católica**Lugar de origen y residencia:** Huehuetoca, Edo. de México.**No. De hijos:** 0

Diagnóstico médico: Pancitopenia en estudio (anemia severa macrocítica hipercrómica a descartar anemia megaloblástica, leucopenia y trombocitopenia). Derrame pleural izquierdo 30%, condilomatosis vulvar y luxación congénita de cadera.

Motivo de consulta: La paciente María fue referida por médico adscrito al Servicio de Medicina Conductual debido a llanto frecuente y ansiedad ante procedimientos médicos.

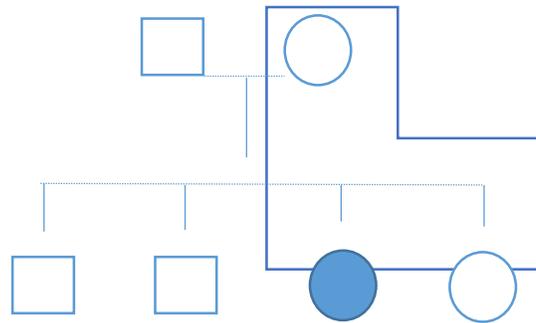
Antecedentes heredo-familiares: Negados.

Antecedentes personales no patológicos: Habita en casa de materiales perecederos, techo de lámina, paredes de tabique, y cuenta con servicios intradomiciliarios de luz y agua.

Antecedentes personales patológicos: Luxación congénita bilateral. Niega crónico-degenerativos, quirúrgico, alérgicos, traumáticos y transfusionales.

Antecedentes psicológicos patológicos: Sintomatología depresiva con 7 meses de evolución debida a terminación de relación de pareja de cuatro años de duración. Padres separados, agresiones por parte de compañeros de trabajo, bajo nivel socioeconómico y hermano alcohólico y desempleado. Señala que en el transcurso de su vida ha tenido numerosos accidentes con agujas, espinas, entre otros objetos punzocortantes.

Dinámica familiar: Actualmente vive con su madre y su hermana menor (12 años), sus padres son separados y la paciente refiere que la relación con su padre es distante. Su hermano mayor está casado y mantiene una relación distante. Su otro hermano se fugó de casa, desempleado y alcohólico. La paciente refiere haber mantenido una relación en unión libre durante 4 años, la cual finalizó en enero del presente año.

Familiograma:**Historia del problema:**

Problema médico: Paciente que inicia tratamiento hace tres meses con presencia de tos con expectoración blanquecina en accesos sin predominio de horario, la cual es hemetizante. La cual posteriormente se acompaña de disnea de medianos esfuerzos, imposibilitando sus actividades de la vida diaria. No recibe atención médica o tratamiento alguno. Se agrega fiebre, la cual no es cuantificada, de predominio nocturno, acompañada de diaforesis. Se agrega cefalea opresiva que cede con analgésicos convencionales, intensidad 5/10 predominio frontal. Crecimiento bilateral de cuello no doloroso, el cual disminuye de forma espontánea. Una semana previa al ingreso presenta aumento de la disnea, por lo que acude a Hospital de Zona Huehuetoca, Edo. Mex., donde realizan paraclínicos con hallazgos de anemia severa, por lo que se refiere a HJM para atención.

Al interrogatorio refiere anorexia derivada de sintomatología previamente señalada, pérdida de peso, aproximadamente 4 kilos en la última semana. En lo neurológico refiere parestesias de extremidades superiores, en lo respiratorio señala dolor torácico inespecífico de intensidad 5/10 que incrementa con la inspiración. Síntomas hemorrágicos: refiere que desde hace una semana presenta epistaxis

leve, así como equimosis en extremidades, sin antecedentes de trauma. Presenta condilomatosis vulvar.

Problemática actual: María se autodefine como una persona muy trabajadora, activa y creativa, pues a lo largo de su vida ha trabajado en distintos campos (farmacéutico, secretarial, manualidades, comercio, hogar) situación por la que refiere sentirse “desesperada” (sic) en estancia intrahospitalaria. La paciente señala “no quiero estar en el hospital, no me gustan los hospitales, me dan miedo los piquetes” (sic) dicho miedo se relaciona con que a lo largo de su vida se ha picado con agujas y espinas. Aunado a lo anterior menciona sentirse muy triste debido a que constantemente piensa en su ex pareja de la cual se separó en enero de 2015, por lo cual llora “casi todos los días” (sic) y ha dejado de realizar algunas actividades cotidianas como trabajar en un empleo estable o actividades de ocio (manualidades). Por otro lado, se refiere preocupada porque no comprende cuál es su padecimiento, cuál es la razón de permanecer en reposo absoluto y la realización de toma de muestras de sangre y otros estudios que requieren de agujas. Señala preocupación por su limitada condición económica y porque su hermana menor se encuentra sola en su casa desde que María se hospitalizó, siendo asistida (alimentación, pago de matrícula escolar y compra de útiles escolares) por parte de los vecinos, sin embargo por las noches se queda sola. La paciente refiere que cada que le van a tomar muestra de sangre presenta taquicardia previo al procedimiento y llanto una vez realizado.

Impresión y actitud general: Paciente de constitución ectomorfica, facies de tristeza, labilidad emocional tendiente a llanto. Cooperadora ante entrevista de medicina conductual.

Examen mental (primera vez): Paciente femenino, de edad aparente menor a la cronológica, complexión ectomórfica, en condiciones de higiene y aliño adecuadas a contexto hospitalario. Se encuentra en posición cúbito-dorsal, con facies de tristeza. Orientada en tres esferas (TEP). Concentración conservada. Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Se muestra cooperadora con la entrevista. Afecto depresivo y estado de ánimo triste. Pensamiento concreto; lenguaje coherente y congruente, fluido. Impresión clínica de inteligencia promedio. Sin noción de enfermedad. Locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción, de tipo evitativo. Redes de apoyo pequeñas, funcionales, no percibidas por la paciente.

Evaluación inicial:

- Entrevista conductual
- Observación conductual
- HAD

Lista de conductas problema.

Fisiológico	Cognitivo	Motor
Taquicardia	Rumiación cognitiva: “Quiero estar con él” “No quiero estar en el hospital” “Casi no tenemos dinero, mejor me quiero ir” “Me dan miedo las agujas” “Nunca he ido al doctor porque no me gusta que me piquen” “No quiero que me piquen” "Nunca creí llegar a caer a un hospital " “Mi hermana se quedó allá solita” “No comprendo lo que dicen los doctores” “No quiero que me piquen el pulmón”	Llanto

Tabla 6. Modelo Secuencial Integrativo Caso Clínico 1.

Estímulos	Organismo	Respuestas	Consecuencias
<p>Historia pasada: Accidentes con espinas y agujas, separación de relación de pareja.</p> <p>Historia inmediata: Ingreso a hospitalización Desconocimiento sobre su enfermedad, Hermana sola en casa, Redes de apoyo percibidas disminuidas, Bajos ingresos económicos.</p> <p>Estímulos externos: Cuidadora primaria (madre) preocupada por problemas económicos e hija menor sola. Procedimientos médicos constantes con uso de agujas.</p> <p>Estímulos internos: Labilidad emocional Rumiación cognitiva</p>	<p>Biológicas: Pancitopenias, Tuberculosis, derrame pleural, condilomatosis vulvar, luxación de cadera congénita.</p> <p>Culturales, sistema de valores y creencias: Católica. Creencia de que es necesario que una mujer esté junto a un hombre.</p> <p>Historia de reforzamiento, habilidades y recursos: Habilidad para realizar manualidades, habilidades sociales.</p>	<p>Motoras: Llanto.</p> <p>Cognitivas: "Quiero estar con él" "No quiero estar en el hospital". "Me dan miedo las agujas". "Nunca he ido al doctor porque no me gusta que me piquen" "No quiero que me piquen". "Mi hermana se quedó allá solita". "No comprendo lo que dicen los doctores". "Casi no tenemos dinero, mejor me quiero ir". "No quiero que me piquen el pulmón". "Nunca creí llegar a caer a un hospital".</p> <p>Fisiológicas: Taquicardia.</p>	<p>Inmediatas: Dificultad para respirar (por derrame pleural). Taquicardia. Evitar contacto con agujas.</p> <p>Mediatas: Diagnósticos médicos. Realización de procedimientos médicos invasivos.</p>

Análisis funcional:

Paciente femenino de 27 años de edad, originaria y residente del municipio de Huehuetoca, Estado de México, religión católica, desempleada y separada.

La paciente presenta pancitopenias, derrame pleural izquierdo de aproximadamente tres meses de evolución, condilomatosis vulvar y luxación de cadera congénita. Es referida por médico adscrito debido a llanto frecuente y ansiedad ante la realización de procedimientos médicos. Paciente refiere sentirse triste ante estancia hospitalaria "nunca creí llegar a caer a un hospital " (sic) además de sentirse preocupada porque su hermana menor se quedó sola en su casa. Por otro lado, señala que nunca en su vida había ido a un hospital ya que sentía miedo a que la picaran, menciona que a lo largo de su vida se ha lastimado con diversos objetos punzocortantes como agujas y espinas, experiencias que resultaron aversivas para la paciente. Por último, refiere sintomatología depresiva desde el mes de enero debido a la separación de su expareja. A nivel motor la paciente presenta llanto. A nivel cognitivo presenta pensamientos disfuncionales como "Quiero estar con él", "No quiero estar en el hospital", "Me dan miedo las agujas", "Nunca he ido al doctor porque no me gusta que me piquen", "Casi no tenemos dinero, mejor me quiero ir", "No quiero que me piquen", "nunca creí llegar a caer a un hospital ", "Mi hermana se quedó allá solita", "No comprendo lo que dicen los doctores" (sic). A nivel fisiológico presenta taquicardia ante procedimientos médicos.

Es probable que las respuestas cognitivas y el llanto se presenten debido a que por los largos períodos de inactividad durante estancia hospitalaria la paciente tiene acceso limitado a fuentes de reforzamiento. Por otra parte, probablemente la

taquicardia ocurra ante la presencia de agujas, las cuales funcionan como estímulo condicionado.

Hipótesis funcional:

Si la aparición de taquicardia se relaciona con el contacto con instrumentos punzocortantes, y el llanto, las respuestas cognitivas como el deseo de estar con su expareja, el desconocimiento de su enfermedad, su limitación económica, el recordar que su hermana está sola en casa, se mantienen debido limitado acceso a reforzadores durante la estancia hospitalaria, por lo anterior, con ejercicios de respiración pasiva, reestructuración cognitiva (balance decisonal), activación conductual y psicoeducación, la paciente podrá adaptarse a la enfermedad, los procedimientos médicos y a la estancia hospitalaria.

Diagnóstico DSM IV

EJE I: R69 Diagnóstico aplazado en el Eje I [799.9].

EJE II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II [V71.09].

EJE III: Pancitopenia + Derrame pleural izquierdo + Condilomatosis vulvar + Luxación congénita de cadera

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

EJE V: EEAG 60-51.

Objetivo general: Que la paciente reduzca su nivel de activación ante procedimientos médicos, que tenga acceso a fuentes de reforzamiento y logre ajustarse a estancia hospitalaria.

Objetivos específicos:

- Que se induzca a un estado de relajación previo a procedimientos médicos.
- Que la paciente reduzca el tiempo de inactividad.
- Que la paciente tenga acceso a fuentes de reforzamiento durante hospitalización.
- Que se reduzca el llanto durante hospitalización.
- Que se reduzca la rumiación cognitiva durante hospitalización.
- Que la paciente comprenda en qué consiste su estado de salud, los procedimientos diagnósticos y de tratamiento.
- Que la paciente tome decisiones informadas sobre los procedimientos que se le realizarán.

Técnicas de intervención utilizadas:

Técnica	Conducta problema	Objetivos
Respiración pasiva.	Activación fisiológica ante procedimientos médicos.	Estado de relajación ante procedimientos médicos.
Ejercicio de Reestructuración cognitiva	No consentir realización de punción pleural	Que la paciente tome una decisión informada sobre la realización de la punción pleural.
Activación Conductual	Pensamientos desadaptativos y llanto	Facilitar el acceso a actividades reforzantes y reducir la ocurrencia de pensamientos desadaptativos y llanto.
Psicoeducación.	Verbalizaciones sobre no querer permanecer en el hospital y no consentir la realización de	Que la paciente comprenda en qué consisten sus padecimientos y el objetivo de la hospitalización así como de los procedimientos médicos que se sugieren

	<p>procedimientos médicos invasivos.</p> <p>Desconocimiento acerca de sus padecimientos.</p>	<p>realizar para atender a sus problemas de salud.</p>
--	--	--

Intervención: Sesiones y resultados

Sesión	Técnicas	Resultados/ Comentarios
1	<p>Entrevista inicial.</p> <p>Psicoeducación.</p> <p>Evaluación.</p>	<p>Se establecen componentes de relación y se realiza psicoeducación sobre elementos de la sangre y reposo absoluto, se aplica HAD que puntúa A= 4 y D= 6.</p> <p>EVA= 8.</p>
2	<p>Activación conductual.</p> <p>Respiración pasiva.</p>	<p>Se propone a la paciente programa de activación conductual, a lo que acepta participar. Se explica el modelo de activación conductual, se eligen actividades de agrado y dominio (hacer pulseras, estrellitas de papel y sopas de letras), después se acuerda el número de actividades a realizar durante el día y la cantidad mínima de actividades realizadas durante la semana para tener acceso a un reforzador, el cual consistiría en un objeto que sirviera para escribir, pues la paciente señala que escribir es una de sus actividades preferidas.</p> <p>Se explica cómo llenar el autorregistro. Se explica a la madre el modelo de activación conductual así como los acuerdos a los que se llegó con la paciente, después se le entrenó en reforzar verbalmente a la paciente al finalizar cada tarea.</p> <p>Se entrena a la paciente en respiración pasiva y en discriminación de situaciones en las que la podía llevar a cabo.</p> <p>EVA=6.</p>
3	<p>Activación Conductual.</p>	<p>Se da seguimiento a técnica de activación conductual, la paciente ha realizado la mayor parte de sus actividades programadas y reporta sentirse menos triste, sin embargo no ha remitido por completo.</p> <p>EVA=6.</p>
4	<p>Psicoeducación.</p>	<p>Frente a la gravedad del derrame pleural, se pide consentimiento a la paciente para realizar punción pleural, a la que no accede. Se pide a médico adscrito que explique la razón por la que es</p>

	Activación Conductual. Balance decisional.	<p>importante realizar la punción, resaltando las consecuencias de su realización o no realización. La terapeuta verifica qué entendió la paciente de tal información y se realiza ejercicio de psicoeducación, respecto al derrame pleural y punción. Se llevó a cabo balance decisional en el que la paciente valoró los pros y contras de realizar o no la punción pleural. Al final, decidió consentir la punción pleural.</p> <p>Por otro lado, termina periodo de registros de activación conductual, y se encuentra que la paciente realizó la mayoría de sus actividades, afirmando que la actividad que faltó por realizar se omitió debido a que “me sentía mal” (sic). Se reforzó a la paciente con un diario. Se reforzó el cumplimiento del programa de activación conductual con un premio (un diario). EVA=4.</p>
5	Psicoeducación. Activación Conductual	<p>Al escuchar su diagnóstico de tuberculosis, obtenido de la punción pleural, la paciente responde con llanto y refiere “estoy triste porque no sé qué es la tuberculosis” (sic), por lo que se realiza psicoeducación sobre la enfermedad y medidas preventivas hacia con su cuidadora primaria.</p> <p>Se dio seguimiento a técnica de activación conductual encontrando que la paciente la sigue llevando a cabo aún después de terminar el periodo de registros. EVA=0.</p>
6	Activación conductual	<p>Se da seguimiento a activación conductual, la cual se mantiene aún sin los registros, encontrando que la paciente ha realizado distintos productos por encargo de personal de enfermería y pacientes. Refiere sentirse contenta porque las personas valoran su trabajo y por ganar dinero que será destinado para que su cuidadora tenga acceso a alimentación así como para solventar gastos de estudios. Se pide a la paciente que realice una breve reflexión sobre los cambios que ha percibido respecto a su estado de ánimo, su respuesta ante los estudios que requieren utilización de agujas y sobre su percepción de redes de apoyo. Señala que cuando está activa “ya no pienso tanto en él y ya no me siento triste” (sic). Refiere ya no sentir miedo cuando le van a tomar muestras de sangre.</p> <p>Se resalta la importancia de mantenerse activa y su relación con su estado de ánimo.</p> <p>Se aplica HAD con resultado de A= 3 y D=3. EVA=0.</p>
7	Psicoeducación	Se realiza ejercicio de psicoeducación sobre la importancia de darle seguimiento a la atención de condilomatosis vulvar y

		<p>prevención de transmisión. Así como educación general sobre Infecciones de Transmisión Sexual.</p> <p>Se entrenó a la paciente en registrar y realizar preguntas a los médicos sobre cuestiones de salud.</p> <p>EVA=0.</p>
--	--	--

Conclusiones:

Aunque es evidente que la paciente presentaba sintomatología depresiva previa a su estancia hospitalaria, fue capaz de disminuir el malestar generado por dicha situación. Al final, la paciente reportó que las rumiaciones relacionadas con su expareja se mantenían, sin embargo ya no eran tan frecuentes y no causaban el mismo malestar, así mismo, refiere que el llanto disminuyó de frecuencia, reportando llanto diario durante su primera semana de hospitalización, y remitiendo después de dicho periodo, apareciendo sólo tras ejecución de aspirado de médula y punción pleural. En cuanto a la respuesta de ansiedad ante agujas, la paciente fue capaz de autoinducirse a un estado de relajación previo a la toma de muestras, disminuyendo gradualmente la puntuación de ansiedad reportada en EVAs y la taquicardia. Tras el término del programa de activación conductual, la paciente mantuvo la realización de las actividades propuestas, de igual manera con la técnica de respiración, la cual llevaba a cabo cada vez que se le iba a realizar algún procedimiento que requiriera agujas.

La paciente logró tener acceso a una mayor fuente de reforzadores mediante los ejercicios de activación conductual, por ejemplo el ver sus productos terminados (pulseras, estrellitas de papel, sopas de letras), al vender sus productos y por tanto

obtener dinero, así como el socializar con las personas que compraban. Señala que con esos ingresos fue posible el pago de alimentos para su cuidadora primaria y el pago de algunos estudios clínicos. Menciona que cuando vuelva a Huehuetoca, quiere invertir el dinero que le quede en más material para poder trabajar incluso estando en reposo.

APÉNDICE 11. Caso Clínico 2.

Ficha de identificación:**Nombre:** Chabelo**Edad:** 20 años**Sexo:** Masculino**Estado civil:** Soltero**Escolaridad:** Secundaria trunca.**Ocupación:** Desempleado**Religión:** Católico**Lugar de origen y residencia:** Distrito Federal.**No. De hijos:** 0.**Diagnóstico médico:** Leucemia Linfoblástica Aguda L2.

Motivo de consulta: El paciente Chabelo es referido por médico adscrito al Servicio de Medicina Conductual para prevención de abandono de tratamiento y sintomatología ansiosa ante procedimientos médicos.

Antecedentes heredo-familiares: Negados.

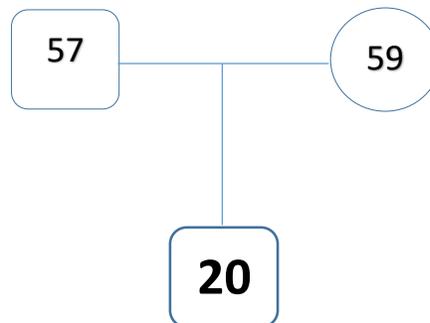
Antecedentes personales no patológicos: Habita en casa de materiales perdurables y cuenta con servicios intradomiciliarios de luz y agua.

Antecedentes personales patológicos: Negados.

Antecedentes psicológicos patológicos: Refiere haber inhalado thiner. Señala además que suele responder con golpes cuando percibe que las personas le dan órdenes o no son corteses con él.

Dinámica familiar: Hijo único, actualmente vive con su padre y su madre. Su padre es el sostén económico de la familia.

Familiograma:



Historia del problema:

Problema médico: Paciente que acude al HJM en agosto de 2015. Se le diagnostica Leucemia Linfoblástica Aguda L2 y se inicia tratamiento de quimioterapia esquema San Judas. Sin embargo, el paciente decide abandonar el tratamiento de quimioterapia y sustituirlo por tratamiento de herbolaria. En octubre de 2015 el paciente es internado en el servicio de hematología del HJM debido a dolor en las piernas y pancitopenias.

Problemática actual: Chabelo se define a sí mismo como una persona que le gusta convivir con sus amigos y pasar el tiempo en la calle. Solía trabajar como Dj en fiestas, y pasaba el tiempo realizando mezclas de sonido. El paciente, al principio de su internamiento se encontraba en una sala de primer piso en el servicio de oncología, sin embargo, una vez que es cambiado al tercer piso al servicio de hematología comienza a presentar malestar. El paciente señala “no me gusta estar

aquí encerrado, ni siquiera tengo aire libre y luego estoy entre puros enfermos” (sic) “Yo no estoy hecho para estar encerrado, yo quiero estar afuera” (sic). El paciente, una vez iniciado su tratamiento de quimioterapia, y tras la aplicación de tratamiento intratecal, decide abandonar tratamiento médico con la intención de salir del hospital y tomar tratamiento naturista, decisión que es apoyada por sus padres. El paciente regresa a internamiento en octubre de 2015, continúa presentando sintomatología ansiosa ante la hospitalización y particularmente ante la aplicación de quimioterapia intratecal; el paciente verbaliza durante “No siento mis piernas, me voy a quedar inválido” (sic). A petición del Jefe de Servicio de Hematología, es valorado por el servicio de Psiquiatría y de Medicina Conductual para determinar si es apto psicológicamente para recibir quimioterapia. Durante su internamiento, se medica una sola vez con fluoxetina previo a la colocación de quimioterapia intratecal.

Impresión y actitud general: Paciente de constitución endomórfica, facie ansiosa, afecto ansioso. Cooperador ante entrevista de medicina conductual mas no para tratamiento médico y psicológico.

Examen mental (primera vez): Paciente masculino, de edad aparente igual a la cronológica, complexión endomórfica, en condiciones de higiene y aliño adecuadas a contexto hospitalario. Se encuentra en posición cúbito-dorsal, con facies de ansiedad. Orientado en tres esferas (TEP). Concentración conservada. Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Memorias conservadas, con dificultad para recordar eventos recientes. Se muestra cooperador con la entrevista. Afecto y estado de ánimo ansiosos. Pensamiento concreto; lenguaje coherente y

congruente, fluido. Impresión clínica de inteligencia inferior al promedio. Sin noción de enfermedad. Locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción, de tipo evitativo. Redes de apoyo pequeñas, funcionales, percibidas por el paciente.

Evaluación inicial:

- Entrevista conductual.
- Observación conductual. Lista de conductas problema:

Fisiológico	Cognitivo	Motor
Taquicardia Sudoración	Rumiación cognitiva: "No me gusta estar aquí encerrado" "Ni siquiera tengo aire libre" "Estoy entre puros enfermos" "Yo no estoy hecho para estar encerrado, yo quiero estar afuera" "No siento mis piernas, me voy a quedar inválido"	Gritos Agitación motora

Tabla 7. Modelo Secuencial Integrativo Caso clínico 2.

Estímulos	Organismo	Respuestas	Consecuencias
Historia pasada: Hijo único, salir con sus amigos, salir a fiestas. Historia inmediata: Estímulos externos:	Biológicas: Leucemia Linfooblástica Aguda L2. Culturales, sistema de valores creencias:	Motoras: Gritos. Cognitivas: "No me gusta estar aquí encerrado" "Ni siquiera tengo aire libre"	Inmediatas: Taquicardia. Sudoración. Entumecimiento de piernas. Mediatas:

<p>Hospitalización</p> <p>Pacientes hospitalizados</p> <p>Estímulos internos:</p> <p>Creencia de quedar inválido con la punción intratecal.</p>	<p>Católica.</p> <p>Secundaria trunca.</p> <p>Empleo como DJ ocasional.</p> <p>Historia de reforzamiento, habilidades y recursos:</p> <p>Habilidad para mezclar música.</p> <p>Habilidad para realizar rompecabezas o manualidades.</p>	<p>“Estoy entre puros enfermos”</p> <p>“Yo no estoy hecho para estar encerrado, yo quiero estar afuera”</p> <p>“No siento mis piernas, me voy a quedar inválido”</p> <p>Fisiológicas:</p> <p>Taquicardia</p> <p>Sudoración</p>	<p>Atención por parte de su madre.</p>
--	--	---	--

Análisis funcional:

Paciente masculino de 20 años de edad, originario y residente del Distrito Federal, religión católica, desempleado y secundaria trunca.

El paciente presenta Leucemia Linfoblástica Aguda L2 y abandono de un primer tratamiento. Es referido por médico adscrito debido a sintomatología ansiosa ante procedimientos médicos y prevención de abandono de tratamiento. Paciente refiere sentirse ansioso ante estancia hospitalaria, debido a que implica permanecer dentro de la sala de hospitalización así como el contacto otros pacientes. A nivel motor el

paciente presenta agitación y gritos. A nivel cognitivo el paciente señala “No me gusta estar aquí encerrado”, “Ni siquiera tengo aire libre”, “Estoy entre puros enfermos” y “Yo no estoy hecho para estar encerrado, yo quiero estar afuera” (sic). A nivel fisiológico presenta taquicardia y sudoración ante procedimientos médicos.

Es probable que las respuestas cognitivas se presenten ante el internamiento en una sala de hospitalización y la sensación de entumecimiento de las piernas durante la aplicación de quimioterapia intratecal. Por otro lado, probablemente la taquicardia y sudoración, así como los gritos y la agitación motora ocurran ante la aplicación de quimioterapia intratecal, la cual funciona como estímulo condicionado.

Hipótesis funcional:

Si la aparición de pensamientos como “Me voy a quedar inválido”, taquicardia, sudoración, agitación motor y gritos se relacionan con la aplicación de la quimioterapia intratecal, y las respuestas cognitivas relacionadas el ambiente de la sala de hospitalización aparecen durante su internamiento y el contacto con otros pacientes, entonces con ejercicios de psicoeducación, relajación, autoverbalizaciones, ejercicios de reestructuración cognitiva y distracción cognitiva el paciente logrará disminuir la respuesta de ansiedad ante procedimientos médicos y adaptarse a la hospitalización.

Diagnóstico DSM IV

EJE I: Síntomas psicológicos que afectan a enfermedad médica [F54.316].

EJE II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II [V71.09].

EJE III: Leucemia Linfoblástica Aguda L2.

EJE IV: Ninguno.

EJE V: EEAG 61-50.

Objetivo general: Que el paciente reduzca su respuesta de ansiedad ante la aplicación de quimioterapia intratecal y logre adaptarse a estancia hospitalaria.

Objetivos específicos:

- Que se induzca a un estado de relajación previo y durante procedimientos médicos.
- Que el paciente logre adaptarse a estancia hospitalaria.
- Que se reduzca la rumiación cognitiva durante hospitalización.
- Que el paciente cambie pensamientos desadaptativos por otros pensamientos adaptativos.

Técnicas de intervención utilizadas:

Técnica	Conducta problema	Objetivos
Respiración.	Activación fisiológica ante procedimientos médicos.	Estado de relajación ante procedimientos médicos.
Autoverbalizaciones	Pensamientos desadaptativos durante estancia hospitalaria.	Que el paciente cambie sus pensamientos desadaptativos por otros que le permitan ajustarse a la hospitalización.
Distracción cognitiva	Pensamientos desadaptativos durante estancia hospitalaria.	Que el paciente reduzca la rumiación de pensamientos desadaptativos.
Psicoeducación.	Verbalizaciones sobre temor a quedar inválido.	Que el paciente identifique la causa del entumecimiento de sus

		piernas y las posibilidades reales de quedar inválido.
Reestructuración Cognitiva (diálogo socrático)	Pensamientos desadaptativos durante estancia hospitalaria.	Que el paciente genere pensamientos adaptativos sobre su estancia hospitalaria.

Intervención: Sesiones y resultados

Sesión	Técnicas	Resultados/ Comentarios
1	Entrevista inicial. Psicoeducación.	Se realiza entrevista inicial, en la cual el paciente refiere “sentirse bien, tranquilo, le voy a entrar al tratamiento” (sic.). Se revisan los siguientes temas: componentes de la sangre, reposo absoluto y leucemia.
2	Escucha activa Psicoeducación	<p>El paciente es cambiado de la sala de oncología a un aislado de hematología, situación que detona sintomatología ansiosa. El paciente señala que se siente desesperado de estar en la nueva sala debido a que los pacientes “se ven muy enfermos” (sic), no hay ventilación y la iluminación es menor, por lo tanto se siente “encerrado” (sic), verbaliza tener deseos de abandonar el hospital.</p> <p>Se le explica en qué consiste su respuesta de ansiedad y que existen técnicas para reducir ese estado, sin embargo el paciente no accede a la realización de las técnicas.</p>
3	Balance decisional	<p>Tras la aplicación de la quimioterapia intratecal, el paciente decide que va a irse del hospital y dejar el tratamiento de quimioterapia para sustituirlo con tratamiento naturista.</p> <p>Se brinda información sobre su padecimiento, la quimioterapia y los riesgos de abandonar el tratamiento. Se realiza balance decisional con el paciente y familiar sobre la permanencia en hospitalización para tratamiento frente al alta voluntaria y continuar tratamiento naturista.</p> <p>Deciden el alta voluntaria. El paciente aceptó por su voluntad el alta y refirió no ser obligado ni coaccionado para tomar su decisión.</p> <p>ERA=10.</p>

4	Evaluación Psicoeducación	El paciente regresa al servicio de hematología después de mes y medio de su alta voluntaria. A petición de médico adscrito se evalúa si el paciente es apto para recibir tratamiento de quimioterapia. Se realiza evaluación basada en la "Evaluación para trasplante de córnea". Los resultados sugieren que el paciente es apto, a reserva de ser evaluado por psiquiatría, en donde se sugiere que el paciente lleve psicoterapia durante hospitalización para adherencia terapéutica.
5	Psicoeducación	Se revisa el tema de quimioterapia y efectos secundarios.
6	Respiración Psicoeducación	Se revisa tema de activación fisiológica, punción intratecal y se enseña técnica de respiración.
7	Distracción cognitiva Autoverbalizaciones	Se dejan ejercicios de distracción cognitiva con papiroflexia. Se establece una frase significativa para el paciente que se repita en situaciones de rumiación cognitiva.
8	Respiración	Se realiza técnica de respiración durante colocación de quimioterapia intratecal. Se le punciona 4 veces sin éxito, de modo que el paciente gritaba, presentó sudoración, temblor en las manos, entumecimiento de extremidades inferiores y refería "Me voy a quedar inválido" (sic). Al final, se cambió de posición al paciente, de forma que facilitó el procedimiento. Se continuó con la técnica de respiración y logró relajarse. ERA=5.
9	Diálogo socrático Psicoeducación	Se realiza diálogo socrático sobre su malestar en hospitalización. El paciente logra relacionar su activación fisiológica con la aplicación de la quimioterapia intratecal. Refiere que "al darse cuenta" de tal relación, ya no siente miedo. Se psicoeducó sobre las características particulares que él debe tomar en cuenta para la punción intratecal, como señalar al médico el sitio para puncionar y la posición que él mismo debe adoptar para el procedimiento.

		<p>Por otro lado, se explica que la colocación de quimioterapia intratecal no es un procedimiento que le vaya a dejar inválido y que el entumecimiento de sus piernas se debe tanto a la posición para el procedimiento, como al periodo de inmovilidad de sus extremidades.</p> <p>Con la información anterior el paciente concluyó “Ya no me da miedo, porque ya sé que no me voy a quedar inválido con eso, y además ya sé dónde decirle a los doctores que me piquen y cómo tengo que ponerme para que ya no le batallen” (sic). ERA=0.</p>
--	--	---

Conclusiones:

A pesar de que el caso aún no está concluido, se ha logrado reducir la respuesta de ansiedad del paciente ante la hospitalización y los procedimientos médicos. El hecho de que el paciente perciba control sobre su situación médica favorece la reducción de dicha respuesta de ansiedad. Por otro lado, actualmente la respuesta de ansiedad del paciente ante la colocación de quimioterapia intratecal ha remitido, el mismo refiere “Ya no me da miedo, porque ya entendí que no me voy a quedar paralítico” (sic), además de que el paciente emplea la técnica de respiración durante el procedimiento. Es posible observar disminución en la activación fisiológica como sudoración y la respuesta motora, así como los gritos. Actualmente el paciente señala disposición para continuar su tratamiento de quimioterapia.

Este caso ha representado dificultades en la intervención psicológica relacionadas con que el paciente impresiona inteligencia inferior al promedio, ya que presenta deficiencia en la comprensión de información acerca de su enfermedad y tratamiento, así como para recordar eventos recientes, por tal motivo, la psicoeducación ha sido una de las técnicas más frecuentes, que si bien ha sido efectiva, se han requerido sesiones frecuentes en las que se repita la información y se apoye con evidencias.

Debido a que se ha detectado que la madre refuerza conductas desadaptativas (decisión de abandonar el tratamiento, respuesta de ansiedad) se planea establecer

un programa de manejo de contingencias para prevenir que dichas respuestas se refuercen en un futuro. De igual forma los objetivos futuros de intervención se dirigirán en aumentar las probabilidades de reingreso, es decir, evitar el abandono de tratamiento médico.

APÉNDICE 12. Caso Clínico 3.

Ficha de identificación:

Nombre: Amaranta

Edad: 49 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Unión libre

Escolaridad: Secundaria.

Ocupación: Ama de casa.

Religión: Católico

Lugar de origen y residencia: Distrito Federal.

No. De hijos: 1.

Diagnóstico médico: Linfoma No Hodgkin células T cutáneo (Micosis Fungoide).

Motivo de consulta: La paciente refiere llanto frecuente e insomnio durante estancia hospitalaria.

Antecedentes heredo-familiares: Negados.

Antecedentes personales no patológicos: Habita en casa de materiales perdurables y cuenta con servicios intradomiciliarios de luz y agua.

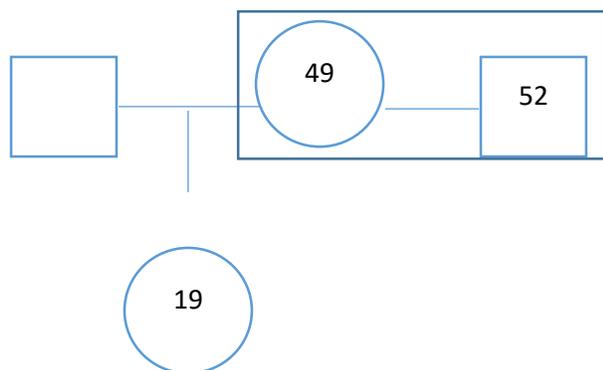
Antecedentes personales patológicos: Negados.

Antecedentes psicológicos patológicos: La paciente refiere tener una hija con su primera pareja, con la cual lleva aproximadamente 8 años manteniendo una relación distante, señala que es su hija quien muestra una actitud renuente, situación que le

genera malestar. Se refiere al padre de su hija como “es un hombre malo” (sic pac.) sin embargo, la paciente menciona que prefiere no hablar sobre el tema “porque es muy doloroso” (sic pac.).

Dinámica familiar: Vive con su actual pareja desde hace 8 años, ella es ama de casa y él se dedica a la recolección de P.E.T. Refiere que la calidad de la relación es en general buena, y que desde que comenzó su padecimiento actual (aproximadamente 6 años) él siempre la acompaña a sus consultas médicas, sin embargo, durante estancia hospitalaria han discutido debido a que ella considera que él no le presta la adecuada atención o porque la deja sola por las noches. Tiene una hija de 19 años con la que tiene una relación distante desde hace 8 años aproximadamente (desde que ella inició su relación con su pareja actual).

Familiograma:



Historia del problema:

Problema médico: inicia hace 6 años con lesión dérmica eritematosa, descamativa, pruriginosa en región interescapular con 5 cm de diámetro. Acude al dermatólogo recibe diagnóstico de psoriasis y prescripción de tratamiento tópico y enteral, el cual

fue abandonado debido a situación económica. La paciente continúa asistiendo a consulta con distintos médicos, sin embargo ningún tratamiento muestra mejoría. La lesión evoluciona y aparecen nuevas placas eritematosas, descamativas, rosáceas, pruriginosas, induradas y de bordes mal definidos, con diámetro de 5 cm en promedio, así como lesiones nodulares de distribución global, consistencia firme, bordes lisos, ulceración central, escasa materia serohemática, pruriginosas. Refiere aparición en espalda, brazos, posteriormente en extremidades inferiores, tórax anterior, abdomen, genitales y cara, con alteración en facciones y engrosamiento de piel, liquenificación, únicamente respeta palma de las manos, con edema en dorso de ambas manos y palidez cutánea, así como pérdida de vello púbico, en piernas y cejas; escasas lesiones de mismas características en piel cabelluda, que se autolimitan y desaparecen; dolor en extremidades inferiores, aumento de volumen que incapacita la deambulaci3n, por lo cual se mantiene postrada durante 6 semanas, con empeoramiento en zonas de presi3n y aumento de secreci3n serohemática y olor fétido. Evacuaciones diarreicas, 5x24 hace una semana.

Problemática actual: Amaranta se autodefine como una persona “buena”, que se dedica al hogar y su pasatiempo favorito es el de cuidar su jardín. Comenta que lo mejor que le ha pasado en su vida ha sido conocer a su actual pareja, porque durante los años que han pasado juntos ha recibido su apoyo en todo momento. Actualmente, refiere preocupaci3n de que su aspecto físico derivado del Linfoma No Hodgkin de células t (Micosis Fungoide), interfiera con su relaci3n de pareja. Asegura “La gente me mira con asco” (sic pac.) refiriéndose a personas que se encuentra, ya sea en la calle, a su hija, a su pareja o personas dentro del hospital,

“Mi esposo ya no me quiere por fea”, “Ya no quiero tener esta enfermedad horrible”, “Si mi esposo ya no me quiere, prefiero ya no seguir con todo esto (tratamiento)”, “Si me quisiera, no me dejaría sola”, “Con esta enfermedad soy una inútil”, “Soy como un ratoncito débil” (sic pac.), señalando además sentirse triste. También, menciona constantes peleas con su pareja relacionadas con la atención y la cantidad de tiempo que éste dedica a su cuidado, menciona que cuando pelean su esposo suele salirse y se desencadenan los pensamientos anteriormente mencionados. Así mismo, la paciente refiere llanto frecuente, aproximadamente tres veces al día, sobre todo por las noches. Insomnio durante las noches en que su pareja se iba a casa, refiriendo “Siento miedo cuando él me deja solita, debería quedarse conmigo a cuidarme” (sic pac.), señalando que suele dormirse a las 2 am aproximadamente.

Impresión y actitud general: Paciente de constitución mesomorfa, facie depresiva, afecto depresivo. Cooperadora ante entrevista de medicina conductual.

Examen mental (primera vez): Paciente femenina, de edad aparente mayor a la cronológica, complexión mesomorfa, en condiciones de higiene y aliño adecuadas a contexto hospitalario. Se encuentra en posición cúbito-dorsal, con facie de tristeza. Orientada en tres esferas (TEP). Concentración conservada. Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Memorias conservadas. Se muestra cooperadora con la entrevista. Afecto distímico y estado de ánimo triste. Pensamiento concreto; lenguaje coherente y congruente, fluido, de estilo sumiso. Impresión clínica de inteligencia promedio. Con noción de enfermedad. Locus de

control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo pequeñas, funcionales, no percibidas por la paciente.

Evaluación inicial:

- Entrevista conductual.
- Observación conductual.

Lista de conductas problema:

Fisiológico	Cognitivo	Motor
Insomnio	Rumiación cognitiva: “La gente me mira con asco” “Soy como un ratoncito débil”, “Mi esposo ya no me quiere por fea” “Ya no quiero tener esta enfermedad horrible” “Si mi esposo ya no me quiere, prefiero ya no seguir con todo esto (tratamiento” “Si me quisiera, no me dejaría sola” “Con esta enfermedad soy una inútil” “Siento miedo cuando él me deja solita, debería quedarse conmigo a cuidarme”	Llanto Peleas con su pareja.

Tabla 8. Diagrama de Secuencias, Modelo ABC Caso Clínico 3.

A (Acontecimiento activador)	B (Creencias)	C (Conductas y emociones)
<p>Su pareja se va a dormir a casa o a trabajar.</p> <p>Peleas con su pareja (y este sale de la sala de hospitalización).</p> <p>Percibe que alguien la observa.</p> <p>Lesiones en cara y cuerpo.</p>	<p>“La gente me mira con asco”</p> <p>“Soy como un ratoncito débil”</p> <p>“Mi esposo ya no me quiere por fea”</p> <p>“Ya no quiero tener esta enfermedad horrible”</p> <p>“Si mi esposo ya no me quiere, prefiero ya no seguir con todo esto (tratamiento)”</p> <p>“Si me quisiera, no me dejaría sola”</p> <p>“Con esta enfermedad soy una inútil”</p> <p>“Siento miedo cuando él me deja solita, debería quedarse conmigo a cuidarme”.</p>	<p>Llanto.</p> <p>Peleas con su pareja.</p> <p>Insomnio.</p> <p>Tristeza.</p>

Análisis funcional:

Paciente femenina de 49 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, religión católica, ama de casa y escolaridad de secundaria.

La paciente es diagnosticada con Linfoma No Hodgkin de células T cutáneo (Micosis fungoide). La paciente refiere presentar llanto frecuente, insomnio y preocupación de ser abandonada por su pareja debido a su aspecto físico así como peleas con este durante la estancia hospitalaria. A nivel cognitivo presenta las siguientes

rumiaciones: “La gente me mira con asco”, “Soy como un ratoncito débil”, “Mi esposo ya no me quiere por fea”, “Ya no quiero tener esta enfermedad horrible”, “Si mi esposo ya no me quiere, prefiero ya no seguir con todo esto (tratamiento)”, “Si me quisiera, no me dejaría sola”, “Con esta enfermedad soy una inútil” y “Siento miedo cuando él me deja solita, debería quedarse conmigo a cuidarme”. A nivel motor la paciente presenta llanto, con mayor frecuencia durante la noche y peleas con su pareja durante estancia hospitalaria en las que la paciente demanda más atención y cuidado. A nivel fisiológico insomnio, particularmente cuando su pareja no se queda a cuidarla durante la noche.

Es probable que cuando se percata de que una persona la está observando se desencadenan respuestas cognitivas, asimismo, es probable que las las discusiones con su pareja durante hospitalización (y este abandona la sala de hospitalización) favorezcan la aparición de las respuestas cognitivas. De igual forma, cuando su pareja no se queda a cuidarla durante la noche, se presentan las respuestas cognitivas, motoras y fisiológicas.

Hipótesis funcional:

Si la aparición de las respuestas cognitivas de tipo “demandas”, “baja tolerancia a la frustración” y “depreciación”, el llanto, el insomnio y las peleas con su pareja se relacionan con la presencia de creencias irracionales, entonces con ejercicios de reestructuración cognitiva, control de estímulos, distracción instrumental y entrenamiento asertivo, se logrará disminuir la frecuencia de dichos pensamientos, del llanto, las peleas con su pareja y aumentará el tiempo de sueño.

Diagnóstico DSM IV

EJE I: F54 Rasgos de trastorno de personalidad por dependencia que afectan a Linfoma No Hodgkin Cutáneo de células T [316].

EJE II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II [V71.09]

EJE III: Linfoma No Hodgkin Cutáneo de células T.

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo.

EJE V: EEAG 60-51.

Objetivo general: Que la paciente sustituya sus respuestas cognitivas por otras más funcionales, que disminuya el llanto y las discusiones con su pareja y aumente el tiempo de sueño durante hospitalización.

Objetivos específicos:

- Que sustituya sus respuestas cognitivas (Formas de pensamiento irracional) de tipo “Demanda”, “Baja tolerancia a la frustración” y “Depreciación”, por otras más funcionales como tolerancia a la frustración, flexibilidad y autoaceptación durante hospitalización.
- Que disminuya la frecuencia del llanto.
- Que la paciente se comunique asertivamente con su pareja durante hospitalización.
- Que aumente el tiempo de sueño durante hospitalización.

Técnicas de intervención utilizadas:

Técnica	Conducta problema	Objetivos
---------	-------------------	-----------

Reestructuración cognitiva (Diálogo socrático, autoverbalizaciones, búsqueda de la evidencia y uso del sentido del humor)	Respuestas cognitivas y llanto	Que sustituya sus respuestas cognitivas (Formas de pensamiento irracional) de tipo "Demanda", "Baja tolerancia a la frustración" y "Depreciación", por otras más funcionales como tolerancia a la frustración, flexibilidad y autoaceptación durante hospitalización.
Control de estímulos	Insomnio	Que la paciente aumente su tiempo de sueño.
Distracción instrumental	Respuestas cognitivas y llanto.	Que la paciente reduzca la rumiación de pensamientos desadaptativos mediante la realización de actividades.
Habilidades asertivas	Peleas con su pareja.	Que la paciente sustituya su estilo de comunicación por uno más asertivo.

Intervención: Sesiones y resultados

Sesión	Técnicas	Resultados/ Comentarios
1	<p>Establecimiento de componentes de relación y autorregistro</p>	<p>La paciente refiere que lleva 1 semana en hospitalización (en medicina interna, luego se traslada a hematología), durante la cual ha percibido que la gente la mira feo. Señala también que hay noches en las que su pareja la deja sola. Ambas situaciones la hacen sentir triste, no duerme y llora aproximadamente tres veces durante el día.</p> <p>Se implementó un autorregistro, sin embargo, se observa que la paciente presenta dificultades para distinguir entre emociones, conductas y pensamientos, así que se deja un registro en el que debe anotar todo lo que le sucede ya sea cuando no está su pareja o cuando percibe que alguien la está observando. Después, habría de clasificarlo en cualquiera de las tres categorías las cuales quedaron explícitas en la hoja del registro.</p> <p>ERA (tristeza): 8.</p>
2	<p>Explicación de modelo ABC y establecimiento de autorregistro</p> <p>Control de estímulos</p>	<p>Se revisó la tarea del autorregistro y se reforzó cada acierto.</p> <p>Se explicó el modelo ABC con la siguiente metáfora:</p> <p>“Nosotros somos como florecitas: una flor se compone de tres partes principales, las raíces, el tallo y los pétalos. Las raíces son como nuestras creencias, el tallo como nuestras emociones y los pétalos como nuestras conductas. Si las raíces (creencias) son adecuadas, el tallo (emociones) y los pétalos (conductas) también lo serán, y si llega una tormenta (acontecimiento), la flor se podrá doblar, pero no se romperá. En cambio, si la florecita no tiene raíces fuertes, es decir, sus creencias son inadecuadas, entonces el tallo (emociones) y los pétalos (conductas) pueden estar débiles o marchitos, en emociones va a haber tristeza, y en los pétalos, llanto, insomnio, peleas, de modo que si llega una tormenta ¿Qué le puede pasar a esta flor?”.</p> <p>Se establece un autorregistro con el modelo de una flor.</p>

		<p>Se hicieron recomendaciones de higiene del sueño (control de estímulos).</p> <p>ERA (tristeza): 8.</p>
3	<p>Diálogo socrático y búsqueda de la evidencia</p> <p>Distracción instrumental</p>	<p>Se revisaron los autorregistros y se cuestionaron las creencias relacionadas a lo que podría pensar la gente al observarla, luego se cuestionó si existía evidencia de ello.</p> <p>Se encontró que el ejercicio de higiene del sueño no fue efectivo, pero se invitó a volver a intentarlo.</p> <p>Se dejaron ejercicios de distracción instrumental (colorear).</p> <p>Se continuó con el autorregistro.</p> <p>ERA (Tristeza): 6.</p>
4	<p>Diálogo socrático, búsqueda de la evidencia y autoverbalizaciones.</p> <p>Distracción instrumental.</p> <p>Habilidades asertivas.</p>	<p>De nuevo se revisó el autorregistro de la sesión anterior y se encontró que no pudo dormir de nuevo y que estuvo llorando durante las noches que su pareja se había ausentado. Se cuestionó sus creencias al respecto (Demandas), y se cuestionó sobre la evidencia de que si el hecho de que no estuviera con ella todo el tiempo significaba que no la quería.</p> <p>A partir del ejercicio anterior se generaron autoverbalizaciones: “Si no se queda a cuidarme, no significa que no me quiera”, “Él también tiene necesidades, como descansar e ir a trabajar”, “No me consta que mi pareja u otras personas piensen que les doy asco”.</p> <p>Se explicó en qué consiste la comunicación asertiva y se generaron alternativas para expresar sus necesidades y comprender las necesidades de su pareja.</p> <p>Se reforzaron los ejercicios de distracción instrumental y se dejaron otros dibujos para colorear.</p> <p>ERA (Tristeza): 7.</p>

5	<p>Diálogo socrático y autoverbalizaciones</p> <p>Distracción instrumental</p>	<p>Se revisaron los autorregistros. Se identificaron sus principales creencias irracionales relacionadas con la “Baja tolerancia a la frustración” y “Depreciación”. En esta sesión se trabajó con las creencias de “Baja tolerancia a la frustración”, las cuales se cuestionaron mediante diálogo socrático. Al final, se generaron creencias alternativas:</p> <p>Baja tolerancia a la frustración:</p> <p>“Ya no quiero tener esta enfermedad horrible”</p> <p>“Si me quisiera, no me dejaría sola”</p> <p>“Siento miedo cuando él me deja solita, debería quedarse conmigo a cuidarme”.</p> <p>Creencias alternativas: Soy valiente, y puedo pasar la noche sola, él también necesita descansar.</p> <p>“Estoy recibiendo tratamiento para mi enfermedad, tengo que ser paciente”.</p> <p>Continuó la distracción instrumental, la cual refiere “me ayuda mucho, porque cuando coloreo no me siento triste ni pienso cosas malas” (sic).</p> <p>Se dejó de nuevo distracción Instrumental: colorear y hacer estrellitas de papel.</p> <p>Menciona que cuando no está su pareja recuerda las creencias alternativas que se generaron la sesión anterior y de esa forma ya no le dan ganas de llorar y logra dormirse más temprano.</p> <p>ERA (Tristeza): 4.</p>
---	--	--

6	<p>Diálogo socrático y autoverbalizaciones</p> <p>Distracción instrumental</p>	<p>Se continúa diálogo socrático, ahora en torno a las creencias de depreciación y se generan verbalizaciones de creencias alternativas:</p> <p>Depreciación:</p> <p>“La gente me mira con asco”</p> <p>“Soy como un ratoncito débil”</p> <p>“Mi esposo ya no me quiere por fea”</p> <p>“Con esta enfermedad soy una inútil”</p> <p>Creencias alternativas:</p> <p>“Mi nombre es Amaranta, tengo una enfermedad, pero yo soy más que eso”.</p> <p>“Mi aspecto no cambia quién yo soy”.</p> <p>“Soy capaz de hacer cosas que me gustan, como colorear y hacer estrellitas”.</p> <p>Se continuó con distracción instrumental. Menciona que ha intentado comunicarse asertivamente con su pareja y ahora hasta hacen los ejercicios de distracción instrumental juntos en lugar de pelear.</p> <p>ERA (Tristeza): 0.</p>
7	<p>Repaso de los aprendido y uso del sentido del humor</p>	<p>Se hace un repaso general de las creencias y habilidades aprendidas, refiriendo que ahora se percibe “Fuerte como un roble, ya no soy un ratoncillo asustado” (sic pac.), “Ya entendí que esa forma de pensar, de querer tenerlo aquí siempre, me causaba malestar, él también tiene su vida” (sic pac.). Los componentes de relación generados</p>

		permitieron hacer uso del sentido del humor para “ridiculizar” la creencia de sentirse “débil como un ratoncito”. ERA (Tristeza): 0.
--	--	---

Conclusiones:

Se observa que este caso, si bien presenta problemáticas de pareja y clínicas, el objetivo principal fue modificar aquellas creencias y comportamientos que se relacionaban con la enfermedad médica. Al principio se encontró como dificultad el que la paciente no diferenciaba entre emociones, conductas y pensamientos o creencias, sin embargo, antes de comenzar los autorregistros, se entrenó a la paciente en dicha diferenciación.

Se podría mejorar la intervención de este caso al haber explorado los antecedentes familiares y conyugales, sin embargo, en su momento se consideró respetar la petición de la paciente de no hablar sobre el tema. Así mismo, se resalta la necesidad de mejorar el análisis funcional y evaluación inicial así como aplicar escalas de medición previo a la aplicación de las técnicas, de ahí que la técnica de control de estímulos (higiene del sueño) no haya sido efectiva.

Este caso requiere seguimiento psicológico para promover la generalización de las habilidades aprendidas durante hospitalización.

APÉNDICE 13. Caso Clínico 4.

Ficha de identificación:**Nombre:** Penélope**Edad:** 61 años**Sexo:** Femenino**Estado civil:** Casada**Escolaridad:** Primaria.**Ocupación:** Ama de Casa.**Religión:** Católica**Lugar de origen:** Durango.**Lugar de residencia:** Distrito Federal.**No. De hijos:** 6.**Diagnóstico médico:** Mieloma Múltiple.**Motivo de consulta:** La paciente Penélope refiere en entrevista psicológica “sentirse triste” y “sin ganas” de interactuar con sus familiares.**Antecedentes heredo-familiares:** Madre finada a los 40 años por cáncer cervicouterino, padre finado a los 32 años en accidente automovilístico.**Antecedentes personales no patológicos:** Habita en casa de materiales perdurables y cuenta con servicios intradomiciliarios de luz y agua.

Antecedentes personales patológicos: Hipotiroidismo y gastritis crónica, ambas en tratamiento. Histerectomía total y colocación de prótesis en húmero izquierdo en septiembre de 2014.

Antecedentes psicológicos patológicos: Refiere maltrato por parte de padres y hermanas durante su infancia y pubertad, muerte de sus padres, dejar el hogar a temprana edad y trabajar en un entorno hostil. Esposo con alcoholismo (remitido a partir del diagnóstico de Penélope).

Dinámica familiar: Madre de 6 hijos, actualmente vive con su esposo y su hija mayor. Su esposo es el sostén del hogar. Refiere una relación muy buena con su esposo e hijos.

Historia del problema:

Problema médico: Diagnóstico de Mieloma Múltiple variedad IgG en junio de 2014 en tratamiento con talidomida, dexametasona, Actualmente en manejo con esquema VAD con inicio el 31/10/2015. Se ha reportado neutropenias y neumonía en sus ingresos hospitalarios.

Problemática actual: La señora Penélope se autodefine como “buena persona”, entregada a su familia y laboriosa. Menciona que antes de padecer mieloma múltiple disfrutaba de cocinar, tejer, cuidar su jardín, coser, pasar tiempo con toda su familia (esposo, hijos y nietos). En 2014 se fractura el brazo izquierdo como resultado de una caída, al acudir al hospital se diagnostica con mieloma múltiple y se realiza cirugía de prótesis de húmero izquierdo. Producto de esto, fue atendida por rehabilitación para recuperar el movimiento de la extremidad superior izquierda, sin

embargo se le comunica que el pronóstico es poco favorable. A pesar del pronóstico, la paciente, con el apoyo de su familia, continuó con el tratamiento de rehabilitación, recuperando la movilidad de la muñeca y dedos de mano izquierda. A la par, debido al mieloma múltiple, se fue disminuyendo la psicomotricidad gruesa, dificultando el traslado de la paciente sin ayuda. En este contexto, la paciente señala que comenzó a sentirse triste y poco motivada a pasar tiempo con su familia “Me siento una inútil, yo debería atender mi casa y valerme por mi misma”, “Si no soy capaz de hacer las cosas como las hacía antes, mejor no las hago” (sic), pasaba el tiempo encerrada en su cuarto, con episodios de llanto tres veces a la semana aproximadamente, se negaba a recibir ayuda de sus familiares y a que la trasladasen en silla de ruedas, refiriendo “Mis hijos no deben verme en esta condición”, “no me gusta que mis hijos me ayuden o que me lleven en la silla de ruedas” (sic), por lo que dejó de salir con su familia, limitando sus salidas a sus consultas e internamientos en el HJM. Además, señala que a partir de haber recibido el diagnóstico de su enfermedad, dejó de hacer actividades de agrado como cocinar, tejer, coser o atender su jardín.

Impresión y actitud general: Paciente de constitución mesomórfica, facie de tristeza, afecto hipotímica. Cooperadora ante entrevista de medicina conductual.

Examen mental (primera vez): Paciente femenino, de edad aparente igual a la cronológica, complexión mesomórfica, en condiciones de higiene y aliño adecuadas a contexto hospitalario. Se encuentra en posición cúbito-dorsal, con facies de tristeza. Orientada en tres esferas (TEP). Concentración conservada. Consciente,

alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Memorias conservadas. Se muestra cooperadora con la entrevista. Afecto distímico y estado de ánimo triste. Pensamiento abstracto; lenguaje coherente y congruente, fluido. Impresión clínica de inteligencia promedio. Con conciencia de enfermedad. Locus de control interno, estilo de afrontamiento centrado en la emoción, de tipo evitativo. Redes de apoyo funcionales, percibidas por la paciente.

Evaluación inicial:

- Entrevista conductual.
- Observación conductual.

Lista de conductas problema:

Fisiológico	Cognitivo	Motor
	Tristeza. Cogniciones: <i>“Me siento una inútil, yo debería atender mi casa y valerme por mi misma”</i> <i>“Si no soy capaz de hacer las cosas como las hacía antes, mejor no las hago”</i> <i>“Mis hijos no deben verme en esta condición”, “No me gusta que mis hijos me ayuden o que me lleven en la silla de ruedas”</i> .	Disminución de contacto con su familia. Pasar gran parte del día en su cuarto. Abandono de actividades como cocinar, tejer, coser o atender su jardín.

Tabla 9. Cuadro Modelo Secuencial Integrativo Caso Clínico 4.

Estímulos	Organismo	Respuestas	Consecuencias
<p>Historia pasada:</p> <p>Historia inmediata:</p> <p>Estímulos externos: Estar en su casa, recibir ayuda de sus hijos para realizar actividades cotidianas.</p> <p>Estímulos internos:</p>	<p>Biológicas: Mieloma Múltiple diagnosticado en junio de 2014. Prótesis de húmero izquierdo. Disminución de la movilidad.</p> <p>Culturales, sistema de valores y creencias: Católica. Primaria terminada. Creencia de que la función de una madre es siempre ser útil y servicial para los demás, y de no poder hacerlo, de la manera correcta, es mejor no hacerlo. Inadmisible recibir ayuda.</p> <p>Historia de reforzamiento, habilidades y recursos: Gusto por la lectura. Costura y tejido. Jardinería y cocina.</p> <p>Maltrato por parte de padres y hermanas durante su infancia y pubertad, muerte de sus padres, dejar el hogar a temprana edad y trabajar en un entorno hostil. Esposo con alcoholismo (remitido a partir del diagnóstico de Penélope).</p>	<p>Motoras: Disminución de contacto con su familia. Pasar gran parte del día en su cuarto. Abandono de actividades como cocinar, tejer, coser o atender su jardín. Llanto.</p> <p>Cognitivas: “Me siento una inútil, yo debería atender mi casa y valerme por mi misma” “Si no soy capaz de hacer las cosas como las hacía antes, mejor no las hago” “Mis hijos no deben verme en esta condición”, “No me gusta que mis hijos me ayuden o que me lleven en la silla de ruedas”.</p> <p>Fisiológicas:</p>	<p>Inmediatas: Pensamientos automáticos (etiquetado –inutilidad-, todo o nada y deberías).</p> <p>Mediadas: Atención por parte de sus familiares (verbalizaciones de preocupación o cariño).</p> <p>Disminución del acceso a refuerzo positivo (elogio de familiares y pensamientos de considerarse útil por servir a los demás) por la realización de actividades como cocinar, tejer, coser o atender su jardín.</p>

Análisis funcional:

Paciente femenino de 61 años de edad, originaria de Durango y residente del Distrito Federal, religión católica, ama de casa y escolaridad de primaria.

La paciente presenta diagnóstico de Mieloma Múltiple y prótesis de húmero izquierdo desde junio de 2014, a partir de dichas condiciones médicas se presentaron cambios importantes en el estilo de vida de Penélope como la pérdida de la movilidad y el requerir apoyo de sus familiares para realizar actividades cotidianas. Estos cambios generaron a nivel motor la reducción del contacto con sus familiares, llanto aproximadamente tres veces a la semana y pasar la mayor parte del tiempo dentro de su habitación, además de haber dejado de hacer actividades de agrado como coser, tejer, atender su jardín y cocinar. A nivel cognitivo la paciente señala “Me siento una inútil, yo debería atender mi casa y valerme por mi misma”, “Si no soy capaz de hacer las cosas como las hacía antes, mejor no las hago”, “Mis hijos no deben verme en esta condición”, “No me gusta que mis hijos me ayuden o que me lleven en la silla de ruedas” (sic).

Es probable que las respuestas cognitivas correspondan a un inadecuado procesamiento de la información debido a variables organísmicas como la presencia de esquemas cognitivos negativos que reflejan inutilidad y la presencia de eventos estresantes como el diagnóstico de mieloma múltiple, la cirugía de húmero y la pérdida paulatina de movilidad. Es altamente probable que las respuestas motoras y cognitivas se presenten ante situaciones como el estar en casa y el recibir asistencia de sus familiares en las actividades cotidianas (higiene personal y quehaceres), y que se mantengan en el tiempo debido a la atención que recibe de

sus familiares (verbalizaciones de preocupación o cariño), y la evitación de pensamientos desagradables (pensamientos automáticos de etiquetado –inutilidad-, todo o nada y deberías), así como es probable que la disminución en la realización de actividades como tejido, cuidado del jardín, cocinar y coser se vea influido por la disminución del acceso a reforzadores positivos (elogio de familiares y pensamientos de considerarse útil por servir a los demás).

Hipótesis funcional:

Si la paciente presenta respuestas cognitivas como pensamientos automáticos de etiquetado –inutilidad-, "todo o nada" y "debería", así como llanto, y además las respuestas motoras se relacionan con el refuerzo que recibe de sus familiares, entonces la aplicación de ejercicios de activación conductual, reestructuración cognitiva y reforzamiento diferencial de otras conductas disminuirán las conductas problema y se generarán respuestas alternativas que le permitan un mayor acceso a refuerzos positivos.

Diagnóstico DSM IV

EJE I: F43.20 Trastorno Adaptativo con Estado de Ánimo Depresivo [309.0].

EJE II: Z03.2 Sin diagnóstico en el Eje II [V71.09].

EJE III: Mieloma Múltiple.

EJE IV: Ninguno.

EJE V: EEAG 61-50.

Objetivo general: *Que la paciente reduzca sus conductas depresivas y se incremente el acceso a reforzadores.*

Objetivos específicos:

- Que la paciente sustituya pensamientos desadaptativos por otros adaptativos.
- Que la paciente aumente el acceso a reforzadores positivos mediante actividades de agrado y dominio.
- Que la paciente disminuya la ocurrencia de las respuestas motoras desadaptativas y aumente la frecuencia de respuestas motoras favorables.

Técnicas de intervención utilizadas:

Técnica	Conducta problema	Objetivos
Reestructuración cognitiva (Cuestionamiento socrático y autoverbalizaciones).	Respuestas cognitivas y llanto.	Que la paciente cambie pensamientos desadaptativos por otros más adaptativos.
Activación conductual	Respuestas motoras y cognitivas.	Que la paciente acceda a reforzadores positivos mediante la realización de actividades de agrado y dominio. <i>*Como objetivo secundario, es que la técnica funcione como apoyo a la reestructuración cognitiva y que la paciente logre cambiar pensamientos desadaptativos.</i>
Reforzamiento diferencial de otras conductas (Conductas alternativas)	Respuestas motoras	Reducir las respuestas motoras y reforzar conductas alternativas.

Intervención: Sesiones y resultados

Las sesiones expuestas a continuación se llevaron a cabo durante aproximadamente 4 meses. Se dividen de acuerdo a los internamientos que tuvo la paciente durante ese periodo, siendo cada uno de entre 4 a 6 días y con una separación aproximada de 21 días entre uno y otro.

Primer internamiento

Sesión	Técnicas	Resultados/ Comentarios
1	Entrevista inicial. Establecimiento de componentes de relación. Escucha activa.	Se realiza entrevista inicial y se establecen componentes de relación. La paciente manifiesta que se ha sentido triste desde que recibió el diagnóstico del Mieloma Múltiple, pero sobre todo tras la cirugía de prótesis de húmero en la que se le notificó que no recuperaría el movimiento de la extremidad superior izquierda. Además menciona que siente malestar al ser asistida por sus hijos en las actividades cotidianas y necesidades personales. ERA tristeza-8
2	Escucha activa. Detección de pensamientos. Explicación modelo cognitivo de la depresión	Con base en la intervención anterior, se realiza ejercicio de detección de pensamientos disfuncionales y se explica qué relación tienen estos con el estado de ánimo. La paciente continúa detallando cómo ha cambiado su estilo de vida a partir de la aparición de la enfermedad. Se dejó de tarea revisar material impreso sobre pensamientos desadaptativos e identificar cuáles de ellos se presentan.
3	Revisión de tarea. Cuestionamiento socrático. Autoverbalizaciones.	Se revisaron los tipos de pensamientos identificados en la tarea, que fueron "Etiquetado" y "Deberías", a continuación se llevó a cabo cuestionamiento socrático de dichos pensamientos.

		Del ejercicio anterior se generaron pensamientos alternativos “El que mis hijos me ayuden no me hace una inútil” (sic).
4	Explicación técnica. Identificación de reforzadores. Identificar respuestas a disminuir y respuestas alternativas. Psicoeducación a familiar.	De acuerdo con la información recopilada en la sesiones anteriores, se propone y se explica a la paciente el refuerzo diferencial de otras conductas, por tanto se realiza ejercicio de identificación de comportamientos desadaptativos, destacando el que pasa gran parte del día en su habitación y distanciada de sus familiares, puesto que sólo permite que la asistan para las necesidades básicas. Con esta información, se pidió a la paciente que propusiera comportamientos alternativos, quedando de la siguiente manera: Pasar el día en su habitación → Pasar tiempo en la sala o en la cocina. Pasar el día aislada de su familia → Interactuar con sus hijos, esposo y nietos. Señaló que sus reforzadores serían mantener pláticas amenas con ellos y ver a sus nietos jugar. Se intervino con el esposo de Penélope, explicándole la técnica, los objetivos y la importancia de reforzar en casa, con el reforzador que señaló la paciente

Segundo internamiento

Sesión	Técnicas	Resultados/ Comentarios
1	Revisión de tarea en casa. Diálogo Socrático. Refuerzo.	La paciente señala que en casa sus familiares la apoyaron en la tarea que se dejó. Menciona que pasó mayor parte del tiempo en áreas comunes conviviendo con sus hijos, su esposo y nietos. Sin embargo, aún siente malestar de ser ayudada por ellos, refiriendo considerarse una “una inútil” (sic). Se realizó cuestionamiento socrático, respecto a pensamientos del tipo todo o nada y etiquetado. Al final del ejercicio llega a la conclusión “El que necesite ayuda para algunas cosas no me hace una inútil, hay que aceptar que ya no puedo hacer las cosas de la misma manera, además todavía soy capaz de hacer algunas de ellas” (sic).

		Se reforzó la realización de las tareas en casa. ERA tristeza-7.
2	Explicación objetivos AC. Identificación de actividades de agrado y dominio.	Se explicó la técnica y objetivos de la Activación conductual. Se identificaron actividades de agrado y dominio, eligiendo tejido y ayudar en la cocina). Se eligieron estas actividades debido a que pueden realizarse de forma sedentaria. En cuanto a la capacidad de movimiento de la extremidad superior izquierda, gracias a los ejercicios de rehabilitación era capaz de mover mano y muñeca, lo que ella consideraba suficiente para tejer.
3	Diálogo socrático. Autoverbalizaciones.	Se reanudó el cuestionamiento socrático "Si mis hijos me ayudan es porque me quieren y se preocupan por mi, no hay nada malo en que lo hagan", "Yo me dediqué a ellos cuando eran pequeños y ahora ellos me están correspondiendo" (sic). Se escribieron dichas conclusiones y se pidió que se leyeran y se repitieran cada vez que ella sintiera malestar al ser ayudada por su familia.
4	Tarea RDO y AC. Psicoeducación a familiar.	De tarea se pidió que usara la silla de ruedas para salir a un lugar de su agrado con sus familiares (RDO). Por otro lado, se programó como Activación Conductual que cada día realizaría tejido y ayudaría a su hija a realizar la comida de forma sedentaria (picando, pelando, etc. desde la mesa). Se pidió a su familiar que reforzara elogiando y reconociendo cada logro de la paciente, y compartir esta instrucción con el resto de familiares.

Tercer internamiento

Sesión	Técnicas	Resultados/ Comentarios
1	Repaso tareas. Refuerzo.	Se revisaron las tareas dejadas, la paciente señala que su familia la llevó a comer a Xochimilco y que lo disfrutó mucho, y usó la silla de ruedas para el traslado. Muestra una fotografía donde se hace explícito lo anteriormente señalado. Además, trae un trabajo de tejido que comenzó en su casa y continuará durante hospitalización. Se refuerzan ambas respuestas.

		ERA tristeza-2.
2	Diálogo socrático.	Se retoman los ejercicios de cuestionamiento socrático, en esta sesión se incluyeron pensamientos del tipo “Todo o nada”. La paciente llega a conclusiones como “Ya no me siento mal de usar la silla de ruedas, así puedo salir más con mis hijos” “Ya estoy dejando que mis hijos y mi esposo me chiqueén y es hermoso” “Me siento muy querida por todos, no me dejan sola” “No soy una inútil, todavía puedo hacer cosas que me gustan como mis tejidos y ayudarle a mis niñas a cocinar” (sic). De modo que la paciente identifica que puede realizar actividades “intermedias” como el ayudar en la preparación de los alimentos.
3	Psicoeducación para mantenimiento. Tarea RDO y AC.	Se trabaja con paciente y familiar sobre la importancia de mantener la Activación Conductual y el RDO y continuar reforzando.

Cuarto internamiento

Sesión	Técnicas	Resultados/ Comentarios
1	Revisión de resultados.	En esta sesión se revisó la tarea dejada en el internamiento pasado, la paciente menciona que ya no es problema pasar tiempo en las áreas comunes de su casa y convivir con su familia, que además su esposo la ha llevado a comer a lugares que a ella le gustan, sin que el uso de la silla de ruedas sea un impedimento. Por otro lado, la paciente trae consigo la cobija que comenzó a tejer desde el internamiento pasado y unos trajes para el niño Dios que ella misma tejió durante los días que estuvo en casa. ERA tristeza-0.
2	Repaso.	Se hace ejercicio de retroalimentación, explorando si han observado diferencias en el estado de ánimo de la paciente a partir de los cambios realizados, ella refiere “Sí, ahora me siento más contenta y ya no me molesta que me ayuden o que me lleven en silla de ruedas, pues hay que entender que es parte de la enfermedad, además

		ya me animé a tejer y a ayudar en la cocina y eso me hace sentir bien. Ya estoy conviviendo con mis hijos y es hermoso sentir tanto amor de ellos”, por otro lado su esposo señala “Ya convive más con nosotros y se deja ayudar, porque antes no quería y nos tenía preocupados. Ya hasta a Xochimilco la llevamos y lo disfrutó mucho. Nos gusta verla así de contenta” (sic).
--	--	--

Resultados:

De acuerdo con los resultados, se observa que a partir de los ejercicios de cuestionamiento socrático la paciente sustituyó las respuestas cognitivas desadaptativas (pensamientos automáticos de etiquetado –inutilidad-, todo o nada y deberías) por otros pensamientos más funcionales como “El que necesite ayuda para algunas cosas no me hace una inútil, hay que aceptar que ya no puedo hacer las cosas de la misma manera, además todavía soy capaz de hacer algunas de ellas”, “No soy una inútil, todavía puedo hacer cosas que me gustan como mis tejidos y ayudarle a mis niñas a cocinar” y “Si mis hijos me ayudan es porque me quieren y se preocupan por mi, no hay nada malo en que lo hagan”, “Yo me dediqué a ellos cuando eran pequeños y ahora ellos me están correspondiendo” (sic), de modo que estos cambios en los pensamientos funcionaron de dos formas: a) las respuestas cognitivas que causaban malestar se fueron, b) los pensamientos también dejaron de funcionar como consecuencia aversiva para la realización de actividades cotidianas.

En cuanto a la sensación de tristeza, que fue el motivo de consulta principal de la paciente, se encuentra que en el primer internamiento se refiere con un ERA de 8 y en el cuarto internamiento refiere ERA de 0. Por otra parte, al inicio de la intervención la paciente refiere que a partir del diagnóstico de Mieloma Múltiple y de la intervención quirúrgica la paciente redujo considerablemente su contacto con sus familiares y el pasar tiempo en las áreas comunes de su casa, situándose la mayor parte del día en su habitación, sin embargo, a partir de llevar a cabo el Refuerzo Diferencial de Otras Conductas, la paciente comenzó a pasar más tiempo en las

áreas comunes de su casa, convivir con sus familiares, apoyar con tareas en casa y salir a sitios de su agrado en silla de ruedas. Se observa que la paciente deja de hacer actividades de agrado y dominio, que si bien esta disminución se modulaba, por un lado por las respuestas cognitivas, también se relaciona con la pérdida del acceso a reforzadores positivos que recibía al realizar dichas actividades, por lo cual, con ejercicios de Activación Conductual como la selección de actividades y educación a familiares para proporcionar refuerzo social, la paciente volvió a realizar aquellas actividades que su condición física le permitía, como tejido y ayudar en la cocina, contribuyendo de este modo a disminuir la sintomatología depresiva.

Conclusiones:

En este caso clínico, se considera que los objetivos principales de la intervención fueron alcanzados, como se explicó anteriormente. A pesar de que la paciente tiene escolaridad de primaria y 61 años de edad, se refiere como una persona que le gusta la lectura y le gusta aprender cosas nuevas constantemente, por lo que fue posible llevar a cabo ejercicios de reestructuración cognitiva debido a que su pensamiento era abstracto y ella se mostró cooperadora ante la propuesta. Una deficiencia en la intervención fue la falta del uso de autorregistros y escalas de medición, sin embargo el cambio en el comportamiento se pudo evaluar con los productos de las tareas y las ERA. Una pieza angular en esta intervención fue el apoyo de los familiares, puesto que tanto esposo como hijos cooperaron en las tareas en casa, lo que propició el cambio comportamental en la paciente

