



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

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES OSTOMIZADOS: TALLER DE INTERVENCIÓN

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
KARLA DENISSE CAMPOS GONZÁLEZ

TUTORA:
MTRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ, FESI-UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ:
DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO, FESI-UNAM
DR. RAÚL ÁVILA SANTIBAÑEZ, FACULTAD DE PSICOLOGÍA-UNAM
MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ, FESI-UNAM
DR. ÁLVARO FLORENCIO TORRES CHÁVEZ, FACULTAD DE PSICOLOGÍA-UNAM

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, MAYO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A la directora de tesis la Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez. Gracias por la paciencia, el tiempo dedicado a esta tesis y por todo el apoyo durante la residencia, tanto en lo académico como en lo personal.

A la Mtra. María Cristina Bravo González por sus enseñanzas en las clases y durante la supervisión. Gracias por ayudarme a desarrollar nuevas habilidades y a mejorar mis destrezas.

A los miembros del comité la Dra. Sandra Anguiano, el Dr. Raúl Ávila y el Dr. Álvaro Torres. Por el tiempo dedicado a la revisión de la presente tesis, por sus comentarios y disposición para con este trabajo. Gracias.

A mis amigos y colegas Karen Amaro, Omar Cano, Arely Hernández, Karen Ortiz y Vianney Zepeda. Por hacer la residencia una experiencia única, por los momentos compartidos, las enseñanzas y la ayuda en todo momento. Son una gran bandita.

A mis compañeros de servicio Fátima Espinoza, Maricarmen Ramírez, Pablo Cifuentes y Claudia Patiño. Por el trabajo en equipo, por el apoyo en las situaciones difíciles, y por el aprendizaje durante nuestro trabajo en el servicio de oncología.

A mi familia, por su invaluable apoyo, por la confianza, la paciencia y el cariño en todo momento.

A los pacientes de la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México. Gracias por su esfuerzo y confianza.

A Carlos Gómez por su ayuda en la elaboración de las imágenes del manual, ¡gracias!

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por la oportunidad de continuar mi formación profesional.

La ciencia es más que un cuerpo de conocimientos... es una forma de pensar, una forma escéptica de interrogar al Universo con pleno entendimiento de la falibilidad humana. Si no somos capaces de hacer preguntas escépticas, de interrogar a aquellos que nos dicen que algo es verdad; ser escépticos de aquellos con autoridad... entonces estamos a merced del próximo charlatán, político o religioso que aparezca deambulando.

Carl Sagan.

Índice

Introducción.....	5
Resumen.....	8
Protocolo de investigación: Calidad de Vida en personas portadoras de estoma: taller de intervención	
Antecedentes_____	
• Aspectos médicos de la estoma.....	9
• Aspectos psicológicos de los portadores de estoma.....	15
Justificación.....	19
Hipótesis.....	20
Objetivos.....	21
Diseño del estudio.....	22
Resultados.....	27
Discusión.....	35
Conclusión.....	40
Reporte de experiencia profesional_____	
Medicina Conductual.....	42
Características de la sede.....	47
Actividades realizadas en la sede.....	53
Referencias.....	74
Anexos.....	82

Introducción

La Medicina Conductual surgió a principios de los años 70 como un campo interdisciplinario interesado en la integración del conocimiento conductual, psicosocial y biomédico con el propósito de comprender la salud y la enfermedad, así como, la aplicación de este conocimiento para prevenir, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas que padecían alguna condición médica.

De acuerdo a la definición de Arroyo et al., (2013) la Medicina Conductual:

Se interesa en estudiar y modificar la conducta de la persona enferma en el contexto hospitalario; considerando las creencias, sentimientos y pensamientos relacionados con la enfermedad y sus tratamientos, la participación de la familia, los médicos, los medicamentos, el hospital, la muerte, etc. (p. 217)

Desde la fundación de *The Academy of Behavioral Medicine Research* en 1978 (Stephoe, Freedland y Jennings, 2010) la investigación y aplicación de los conocimientos dentro de la Medicina Conductual se ha ampliado debido al surgimiento de nuevos problemas de salud como la obesidad, la falta de adherencia a los tratamientos médicos y el avance de los procedimientos quirúrgicos que tienen como consecuencia cambios físicos en las personas.

Como señalan Piña, Obregón, Corral y Márquez (1996) una gran cantidad de los padecimientos que sobrellevan las personas en su vida cotidiana son aprendidos, por lo que la conducta es una variable que está presente durante el curso de la enfermedad hasta la eliminación de un trastorno de la salud. Los especialistas en Medicina Conductual orientan a

las personas que padecen enfermedades crónicas respecto a las prácticas de curación, rehabilitación y prevención de la enfermedad.

Los estudiantes que realizan el posgrado en la residencia de Medicina Conductual desarrollan habilidades que les permiten solucionar problemas dentro de la sede hospitalaria, esto de acuerdo con el principio de aprender haciendo (Reynoso, Hernández, Bravo, y Anguiano, 2011). Reynoso et al., (2011) indican que las áreas generales de entrenamiento comprenden desde la detección de factores de riesgo ante enfermedades crónico-degenerativas, la prevención y la modificación de estilos de vida y el establecimiento de un nuevo repertorio conductual ante conductas de depresión, estrés, ansiedad o déficits en habilidades sociales que se presentan durante el proceso de la enfermedad.

Una forma de intervención que ha mostrado eficacia para enseñar y entrenar a las personas en la adquisición de nuevas habilidades es el uso de talleres. Los talleres se han utilizado de forma extensa en países de América y Europa. Estas intervenciones grupales son variadas y se han empleado en población del ámbito de la salud, por ejemplo, pacientes que padecen estrés, en personas con cáncer y en profesionales de la salud, por nombrar algunos (Williams y Williams, 2013).

Dentro del Hospital Juárez de México, una de las sedes de la residencia en Medicina Conductual con sede en Iztacala, una problemática que presentan algunos pacientes es la realización de una ostomía. La ostomía es una intervención quirúrgica por medio de la cual se da salida, a través de una abertura en el abdomen, al conducto del aparato digestivo o urinario (Popek et al., 2010). La cirugía de estoma no es solamente consecuencia de un cáncer colorrectal, puede realizarse también en pacientes con trauma abdominal, enfermedad inflamatoria intestinal, obstrucción intestinal, por nombrar algunos. Esta

alteración física que sufren las personas ha provocado cambios en su estilo de vida, mismos que pueden presentarse en la parte física, psicológica y social ante su nueva condición. Dos Santos, Bernardi, Ismael, Halena y Gomes (2012) refieren que el enfrentarse a los problemas anteriormente descritos puede llevar al paciente a un aislamiento psicológico y social, por lo que, su calidad de vida se ve afectada.

Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo consiste en describir los resultados de una intervención con enfoque cognitivo-conductual sobre la percepción de calidad de vida en portadores de estoma que asisten a la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México. Al ser una población que cuenta con un espacio físico dedicado a la atención de las estomas se consideró a la implementación de un taller como una forma idónea de enseñar nuevas habilidades a los portadores de estoma para mejorar su calidad de vida.

“Calidad de Vida en personas portadoras de estoma: Taller de intervención”

Resumen

La ostomía es una intervención quirúrgica en la que se realiza una apertura en el abdomen y se da salida a un órgano. A pesar de que es una intervención que en diferentes situaciones puede salvar la vida de las personas también es una nueva condición que representa retos y adaptaciones. Los principales cambios que experimentan las personas portadoras de estoma son la falta de control de esfínter, alteración de la imagen corporal, disminución en la percepción de la Calidad de Vida y en su autoeficacia. En la literatura se ha evaluado el nivel de la Calidad de Vida y se han propuesto protocolos para incrementar la percepción de esta, sin embargo, dichos protocolos no se han realizado. En un intento por aportar conocimiento en esta variable se condujo el presente protocolo, cuyo objetivo fue evaluar el efecto de técnicas cognitivo-conductuales (psicoeducación, solución de problemas, respiración superficial, autoinstrucciones, juego de roles) en la percepción de la Calidad de Vida en las personas portadoras de estoma. Participaron 9 mujeres con un promedio de edad de 47.6 años que asistían a la clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México. Se evaluó su percepción de Calidad de Vida antes y después de la realización de un taller de 5 módulos por medio de la escala Stoma-QoL. Esta escala tiene un valor de Cronbach de 0.90. Los resultados fueron significativos con un valor de p menor a <0.05 y sugieren que la implementación de las técnicas cognitivo-conductuales favorecen el incremento en la percepción de la Calidad de Vida.

Palabras clave: estoma, calidad de vida, solución de problemas, psicoeducación

Antecedentes:
Aspectos médicos de la estoma

De acuerdo con Guindic (2006) es probable que las primeras estomas se realizaran a consecuencia de heridas de guerra, traumas, hernias incarceradas o por obstrucciones intestinales. Actualmente, la realización de una ostomía puede deberse a un diagnóstico de cáncer, a una enfermedad inflamatoria, a traumatismos abdominales, apendicitis, y malformaciones ano-rectales (Cruz-Castañeda et al., 2009). Dependiendo de la condición médica del paciente la ostomía puede ser programada o realizada de urgencia, lo que ocasiona un cambio considerable en el paciente respecto a la imagen corporal, debido a que se convierte en portador de una estoma. La palabra *estoma* viene del griego y su significado literal es boca o abertura, la cual permite la comunicación artificial entre una víscera, órgano o conducto y la pared abdominal. Existen diferentes tipos de ostomías, las cuales se designan de acuerdo con lo que se exteriorice del cuerpo.

En las traqueostomías se aboca la tráquea al exterior, en las urostomías se exterioriza el uréter y en las estomas del tubo digestivo se aboca una parte del tubo digestivo al exterior, y en este último es dependiendo del extremo exteriorizado la denominación que recibe. Brevemente, y en orden descendente desde el inicio del tubo digestivo, en la faringostomía se aboca la faringe al exterior, en la esofagostomía se exterioriza el esófago cervical, en la gastrostomía se comunica al estómago con el exterior, en la duodenostomía se aboca el duodeno al exterior, en la yeyunostomía se exterioriza el yeyuno, en la ileostomía se comunica al íleon con el exterior y finalmente en la colostomía se aboca cualquier tramo del colon (Corella, Vázquez, Mas, Corella y Corella, 2005).

La función de la estoma varía dentro del mismo grupo, y puede realizarse con objetivos diferentes. Según su función se clasifica en uno de los siguientes tres tipos:

1. *Estomas de alimentación:* Su objetivo es instalar nutrientes en el tubo digestivo y permitir así la nutrición del paciente cuando éste está incapacitado para alimentarse de forma oral. Se realiza en zonas cercanas al tubo digestivo para que se digieran y absorban los nutrientes.
2. *Estomas de evacuación:* Su objetivo es derivar al exterior el contenido de cualquier parte del tubo digestivo cuando una parte queda inutilizable o se deja una zona sin paso. Están localizados en cualquier parte de este, pero son proximales a la zona afectada.
3. *Fístulas mucosas:* Su objetivo es mantener en contacto con el exterior una parte del colon que no se encuentre en funcionamiento, esto con el fin de evitar infecciones en el interior, así como un foco de sepsis. Estas estomas son siempre de colon.

De acuerdo con el tema central de la presente tesis se hará énfasis en las estomas de evacuación, en la ileostomía y colostomía específicamente; por lo que brevemente se explicará el aparato digestivo.

El aparato digestivo es un conjunto de órganos cuya función es recibir, descomponer y absorber los alimentos y líquidos; estos órganos tienen funciones específicas para ingerir, digerir, absorber y excretar. Los órganos que componen el aparato digestivo son la boca, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso, el recto y el ano.

El intestino delgado mide aproximadamente de 6 a 8 metros de longitud y se divide en duodeno, yeyuno e íleon; por su parte el intestino grueso mide 1.5 metros y se divide en colon ascendente, transverso, descendente y sigmoide (Long, 2004) como se muestra en la Figura 1.

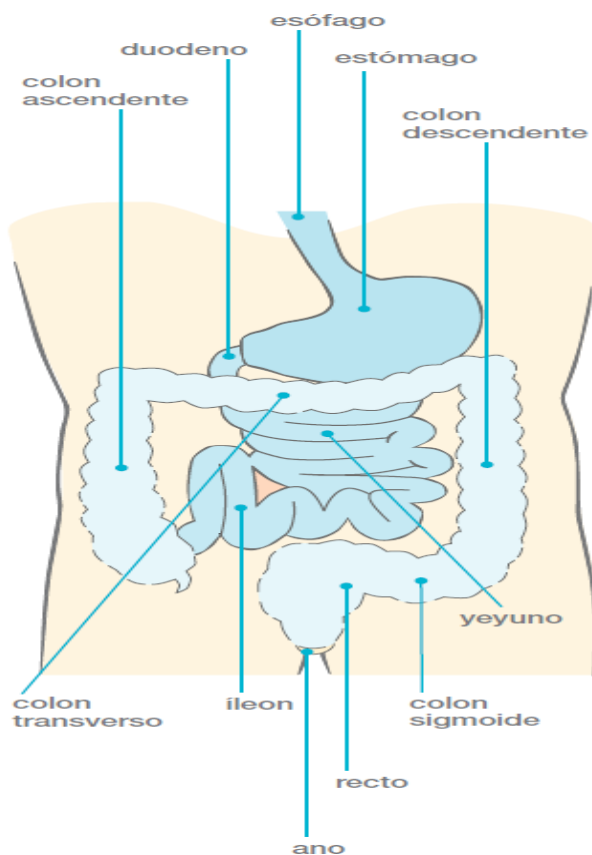


Figura 1. Esquema del aparato digestivo con los órganos más relevantes para las estomas de eliminación señalados. En *Manual práctico Una ayuda para las personas ostomizadas* (p.6) por Coloplast, 2010, España.

Una vez ingeridos los alimentos éstos llegan al estómago a través del esófago, y es aquí donde inicia el proceso digestivo mediante las enzimas y jugos gástricos producidos por el estómago y el intestino delgado. Los alimentos pasan a un estado líquido, mismo que llega hasta el intestino grueso o colon. El intestino grueso absorbe el agua para que el alimento que no fue digerido por el cuerpo adquiera una consistencia más firme, dando lugar así a las heces, y es aquí también donde se produce la fermentación de las heces lo que ocasiona los gases. En el colon hay una segregación de moco para que las heces puedan deslizarse sin dificultad por el ano, el cual es un esfínter que actúa como una puerta que controla de forma voluntaria la salida de heces y gases (Boticario y Cascales, 2012).

En el caso de las estomas de eliminación esta boca creada artificialmente permite la salida de las heces al exterior, ya que no serán evacuadas por el ano ni de manera voluntaria. Recibe el nombre de ileostomía cuando la porción exteriorizada es el íleon y colostomía cuando se aboca el colon al exterior. Si se da salida a la primera porción del colon es una colostomía ascendente, cuando se deriva a nivel intermedio es una colostomía transversa y si se aboca la última porción es una colostomía descendente o sigmoide como se observa en la Figura 2. Las ostomías pueden ser temporales o definitivas, en el primer caso el intestino puede ser reconectado y restablecerse así el tránsito intestinal (Coloplast, 2010). Aunque en México no existe un registro sobre el número de pacientes portadores de estomas hay datos que son útiles para tener un panorama del problema.

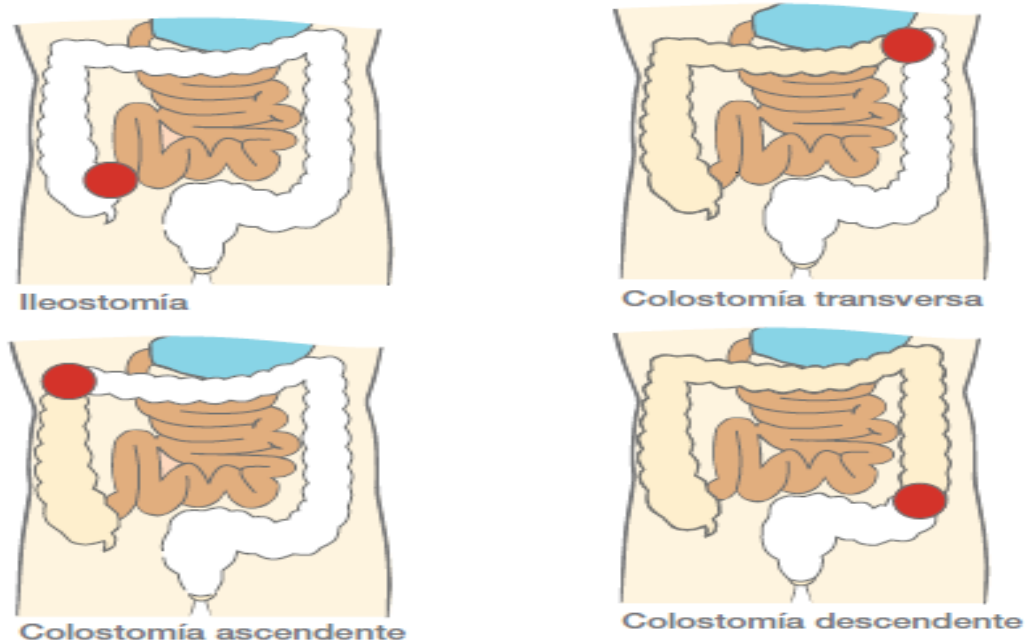


Figura 2. Salida de la estoma en la ileostomía y en los tres tipos de colostomía señalados. Adaptado de *Manual práctico Una ayuda para las personas ostomizadas* (p.7) por Coloplast, 2010, España.

Un estudio multicéntrico de Cruz y colaboradores (2009) señala que de una muestra no aleatoria de 1688 pacientes portadores de estoma el 53% fueron de sexo masculino y el rango predominante de edad con más del 50% fue el rango de 19 a 62 años. Las enfermedades con más frecuencia fueron cáncer de colon, recto y útero con el 35% y las enfermedades inflamatorias del intestino con el 11%. En un estudio más reciente Stegensek, Murad, González, López y Sánchez (2017) analizaron los expedientes de personas portadoras de estoma de una clínica especializada en Heridas y Estomas de la Ciudad de México y encontraron que el diagnóstico más frecuente fue el cáncer de colon con el 27% y con una media de edad de 53 años. En ambos estudios los autores concluyen que las personas portadoras de estoma aún se encuentran en edad productiva.

Las personas sufren incomodidades debido a la pérdida del control de esfínter, ruidos intestinales, canalización de los gases, olores, vigilar el llenado de la bolsa, así como la

irritación de la piel (Charúa-Guindic et al., 2011; Swan, 2011) y que se necesita tener expertos con relación a los cuidados de su estoma y al cambio en su calidad de vida respecto a su nueva condición médica, puesto que, aunque la ostomía es una intervención médica que en frecuentes ocasiones es una salvación para la vida de las personas, también se presenta como un desafío físico y psicológico para lograr una adaptación a esta nueva condición.

Aspectos psicológicos de los portadores de estoma

Además de los problemas físicos las personas portadoras de estoma presentan una distorsión de su imagen corporal, y experimentan emociones negativas de ansiedad y depresión (White, 1997; Martínez, 2005). McKenzie, White, Finlayson, Urquhart y Williams (2006) señalan que los portadores de estoma se perciben incómodos con su estoma incluso cuatro meses después de ser operados. Piensan que su cuerpo está fuera de control, que la estoma controla sus vidas, se perciben como menos hombres/mujeres y les preocupa que la bolsa tenga fugas, se sienten menos seguros y piensan que nadie entiende lo que es tener una estoma. Estudios como el de Silva, Ratnayake y Deen (2003) reportan que las personas portadoras de estoma presentan conductas de evitación, relaciones sociales deficientes con otros, así como, el miedo a la interacción social.

Hernández (2011) sugiere que la problemática que puede presentarse en los portadores de estoma se agrupa en cuatro grupos:

1. Problemas físicos de salud: Las personas presentan alteraciones en las funciones urinarias e intestinales, como el control de la eliminación de heces y gases
2. Problemas emocionales: Relacionados con la alteración de la imagen corporal, la autoestima y la sexualidad
3. Problemas de relación familiar: Debido al rechazo o la sobreprotección
4. Problemas socio-laborales: La persona deja de realizar actividades que eran cotidianas para ella e incluso hay poco interés para reanudarlas

Dos Santos, Bernardi, Ismael, Halena y Gomes (2012) refieren que el enfrentarse a los problemas anteriormente descritos puede llevar al paciente a un aislamiento psicológico y social, ya que las personas portadoras de estoma disminuyen sus salidas o la frecuencia de visita a otros debido al temor de causar molestias a otras personas a causa de los olores y por la vergüenza por la presencia de la estoma (MacDonald y Anderson, 1984) por lo que su calidad de vida se ve afectada.

Dentro de la investigación biomédica el término *Calidad de Vida* surge en el año 1966 (Elkinton, 1966). Desde esa fecha y a la par de los avances médicos que han permitido prolongar el promedio de vida ha incrementado el interés en estudiar y evaluar la calidad de vida de las personas. Sin embargo, el concepto aún tiene diferentes connotaciones, conceptualmente y operacionalmente.

Aunque no hay un consenso entre científicos, sociólogos y clínicos sobre la conceptualización de la Calidad de Vida, Farquhar (1995) describe que el concepto de Calidad de Vida puede categorizarse en tres tipos: 1) una definición global como felicidad/infelicidad; aunque tampoco hay un consenso sobre cómo definir la felicidad y cómo medirla; 2) una división de componentes de la Calidad de Vida y 3) considerar a la Calidad de Vida como un sinónimo de algún dominio de interés del investigador.

En el ámbito de la salud Torre et. al. (2008) definen a la Calidad de Vida como una interpretación subjetiva del paciente, sobre su satisfacción vital, el impacto de la enfermedad en su vida cotidiana, y de posibles efectos secundarios causados por el tratamiento. Por ejemplo, antes del uso de los dispositivos actuales para el cuidado de la estoma, a mediados de los años 50 las personas portadoras de estoma dependían del uso de un dispositivo voluminoso, antihigiénico y costoso, aunado a esto no había una protección confiable contra

los olores y las fugas propiciaban que los pacientes tuvieran un aislamiento social (Charúa-Guindic, et al., 2011). Entre las definiciones utilizadas sobre la Calidad de Vida la más frecuente es la que proporciona la Organización mundial de la salud (OMS).

La OMS (World Health Organization, [WHO]) define a la Calidad de Vida como la percepción de un individuo sobre su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en el que vive, y su relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (WHO, 1995); sin embargo, se ha reportado que después del tratamiento una gran cantidad de pacientes no acude de nuevo con profesionales de la salud o espera por un tiempo prolongado antes de contactarlos cuando surgen complicaciones (Vonk-Klaassen, de Vocht, den Oueden, Eddes y Schuurmans, 2016).

Para evaluar la Calidad de Vida autores como Canova, Giorato, Roveron, Turrini y Zanotti (2013) sugieren que los cuestionarios de auto reporte son mediciones útiles, siempre que estos sean cuestionarios específicos, es decir, cuestionarios que se utilicen para grupos de estudios concretos, sensibles al cambio y diseñados para ser válidos para una condición específica en particular, en este caso cuestionarios que evalúen la Calidad de Vida en personas portadoras de estoma, de manera que se maximiza la validez y hay una mayor sensibilidad y especificidad. Las mediciones obtenidas con los cuestionarios también ayudan a evaluar el impacto de intervenciones terapéuticas con el fin de modificar síntomas y funciones físicas a través del tiempo (Charúa-Guindic et al., 2011).

Erwin-Toth, Thompson y Davis (2012) aplicaron el cuestionario Stoma-QoL a 743 pacientes portadores de estoma para evaluar su calidad de vida y la condición de su piel tras el uso de un adhesivo doble para la bolsa recolectora. Los autores reportan que la implementación del adhesivo doble mejoró la condición de la piel y los participantes con las

puntuaciones más bajas en la escala de calidad de vida incrementaron. Similar a este estudio la mayoría de los trabajos reportados en la literatura se han centrado en la medición de la calidad de vida ante nuevas técnicas o materiales de uso para el cuidado de la estoma (Chaudri, Brown, Hassan y Horgan, 2005; Bryan y Dukes, 2010) sin embargo, hay autores que han propuesto protocolos de estudio.

Lim, Chan, Lai y He (2015) propusieron un protocolo para evaluar una intervención psicosocial en personas portadoras de estoma. Se harían dos grupos, un grupo control y un grupo que recibiría entrenamiento e información con relación al cuidado de la estoma, aceptación de la estoma, ansiedad, depresión y calidad de vida. Los datos se recabarían por medio de escalas en cuatro momentos, antes de la intervención quirúrgica, después del alta, cuatro semanas después del alta y cuatro meses después del alta.

Hernández (2011) presenta un protocolo con duración de un año a partir del alta del paciente que comenzará por vía telefónica y continuará mediante asistencia domiciliaria. Se dará intervención educativa y de solución de problemas, y se aplicarán cuestionarios sobre la calidad de vida al mes, seis meses y al año del alta. Hasta donde la autora de este trabajo conoce aún no se ha reportado la implementación de los protocolos mencionados

A pesar de las intervenciones descritas aún hay una brecha en la literatura con relación a la intervención psicológica en portadores de estoma que ahonde en temas sociales y de solución de problemas, y que no se quede solamente con la parte de la educación o información.

Justificación

Las personas portadoras de estoma presentan desafíos físicos y psicológicos ante su nuevo cambio. El personal de salud se ha centrado en los cuidados de la estoma y en el reporte de la Calidad de Vida de los pacientes, sin embargo, poco trabajo se ha hecho para enseñar a las personas nuevas estrategias para adaptarse a su nueva condición. Vivir con una estoma produce sentimientos de miedo, angustia e inseguridad. El reporte verbal de los pacientes con estoma señala que desconocen parte de los cuidados de su estoma y la alimentación que deben seguir para evitar complicaciones con la misma. El depender de una bolsa como receptáculo para las heces ha provocado que varios de los portadores de estoma piensen que no podrán retomar su trabajo y actividades diarias (Salomé, Almeida y Silveira, 2014).

El apoyo psicológico que las personas portadoras de estoma puedan recibir puede ser una variable que mejore su Calidad de Vida, entendida de acuerdo con la definición de la OMS antes descrita. De igual forma una intervención sobre la calidad de vida permite que los gastos económicos, materiales y humanos se reduzcan (González y González, s.f).

Pregunta de investigación

¿Qué efecto tiene la implementación de un taller cognitivo-conductual en la calidad de vida de las personas portadoras de estoma?

Hipótesis

Hipótesis de investigación

Hi: La calidad de vida percibida será mayor en un grupo de pacientes portadores de estoma, posterior a un entrenamiento multicomponente con enfoque Cognitivo-Conductual.

Ho: La calidad de vida percibida será igual en un grupo de pacientes portadores de estoma, posterior a un entrenamiento multicomponente con enfoque cognitivo conductual.

Ha: La calidad de vida percibida será menor en un grupo de pacientes portadores de estoma, posterior a un entrenamiento multicomponente con enfoque Cognitivo-Conductual.

Hipótesis Estadísticas:

Hi: Existirán diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de calidad de vida percibida en un grupo de pacientes portadores de estoma posterior a una intervención multicomponente con enfoque Cognitivo-Conductual.

Ho: No se observarán diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de calidad de vida percibida en un grupo de pacientes portadores de estoma posterior a una intervención multicomponente con enfoque cognitivo-Conductual.

Objetivos

Objetivo General:

Evaluar el efecto de las técnicas cognitivo-conductuales en la percepción de la calidad de vida en los portadores de estoma.

Objetivos específicos:

- Identificar el nivel de la Calidad de Vida de las personas portadoras de estoma que asisten a la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México
- Desarrollar una intervención psicológica cognitivo-conductual para mejorar la Calidad de Vida de las personas portadoras de estoma que asisten a la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México
- Incrementar la percepción de la Calidad de Vida de las personas portadoras de estoma que asisten a la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México a partir de la implementación de un taller multicomponente con enfoque cognitivo-Conductual.

Diseño del estudio

Fue un estudio cuasiexperimental con una evaluación pre y post intervención. Las personas portadoras de estoma ya eran usuarias de los servicios médicos proporcionados por la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México y no se hizo selección azarosa o división de grupos dentro de los pacientes, por lo tanto, fue una muestra no probabilística de participantes voluntarios (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

Método

Criterios de inclusión:

- Personas portadoras de estoma que asistan a la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México
- Personas entre 18 y 70 años
- Personas que sepan leer y escribir en español
- Personas que firmen el consentimiento informado con relación a su participación en el presente protocolo

Criterios de exclusión

- Personas que presenten un trastorno psicológico o psiquiátrico
- Personas que estén participando en otro protocolo psicológico
- Personas hospitalizadas

Criterios de eliminación

- Personas que no cumplan con el 80% de asistencia al taller
- Personas que no hayan asistido a las pláticas en la Clínica de estomas y heridas

Escenario: Aulas de enseñanza 2 y 3 del Hospital Juárez de México

Descripción de Variables

Variable Independiente: Intervención de técnicas cognitivo-conductuales

- *Definición operacional:* Cinco módulos de una duración aproximada de dos horas cada uno. Las técnicas cognitivo-conductuales en cada módulo serán módulo 1: Psicoeducación sobre la higiene y el cuidado general de la estoma, módulo 2 y 3: Implementación de la técnica de solución de problemas, módulo 4: Entrenamiento en respiración superficial y autoinstrucciones y módulo 5: Entrenamiento de habilidades de comunicación.

Variable dependiente: Calidad de Vida

- *Definición conceptual:* Es la percepción de un individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto de su cultura y de su sistema de valores en el que vive, la relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones (WHO, 1995).
- *Definición operacional:* Las respuestas del paciente a los 15 ítems de la escala Stoma-QoL validada en la población mexicana (Anexo 4).

Materiales e Instrumentos:

Se entregó una hoja de consentimiento informado a los pacientes (Anexo 2), un gafete de identificación (Anexo 3) y para evaluar la Calidad de Vida se utilizó la escala Stoma-QoL traducida y validada al español (Anexo 4).

Prieto, Thorsen y Juul (2005) desarrollaron el cuestionario “Stoma-QoL” para medir la calidad de vida en personas portadoras de estoma. Este cuestionario fue administrado a 182

pacientes de los países europeos Francia, Alemania, España y Dinamarca. La versión final del cuestionario consta de 20 ítems divididos en cuatro áreas: sueño, actividad sexual, relaciones con la familia y con los amigos, y relaciones sociales con personas distintas a la familia y amigos. El cuestionario tiene un alfa de Cronbach de 0.92 y se ha empleado como escala base para traducir a otros idiomas y adaptar a la población (Ahmad y Khan, 2011; Collado y García, 2015).

La escala traducida y aceptada a la población mexicana tiene un alfa de Cronbach de 0.90 y cuenta con 15 ítems divididos en dos Factores, el primero con siete ítems relacionados con síntomas de ansiedad respecto a la bolsa recolectora, el segundo factor con seis ítems relacionados con la interacción social, y un indicador con dos ítems relacionados con el descanso. Tiene un formato de respuesta tipo Likert que va de 1 “Siempre” a 4 “Nunca”. Se les entregó un manual que fue elaborado a partir de expertos en medicina y psicología con relación a la estoma y las estrategias a emplear durante el taller (Anexo 5). Finalmente se entregó una carta compromiso (Anexo 7) donde se describen las actividades a realizar por los participantes.

Procedimiento:

Además de evaluar la Calidad de Vida de las personas portadoras de estoma se evaluó la autoeficacia. Esta variable se midió y está reportada en la tesis de Amaro (2019), por lo que la dirección de los módulos fue por ambas psicólogas. Los módulos 1 y 5 fueron dirigidos por la autora de este protocolo, mientras que los módulos 2, 3 y 4 fueron bajo el control de Amaro. Ambas psicólogas estuvieron presentes en los cinco módulos para la sección de dudas y revisión de tareas, así como los ejercicios.

Fase inicial: Por medio de carteles (Anexo 1) se invitó a las personas portadoras de estoma a participar en el estudio. Al inicio del Módulo 1 se le entregó a cada asistente un kit, el cual contenía un lápiz, un bolígrafo, un gafete, la carta de consentimiento informado, una carta compromiso, la escala Stoma-QoL y el manual. A continuación, se les explicó sobre su participación en el protocolo y el propósito de este, se recalcó que la participación era voluntaria. Los asistentes firmaron la hoja de consentimiento informado y a continuación se les aplicó la escala Stoma-QoL. Una vez que se terminó de recolectar las hojas de consentimiento firmadas y la escala se inició el Módulo 1.

Fase de Intervención: Se brindó psicoeducación sobre la higiene y cuidados de la estoma, así como la función de esta. Se realizaron las actividades descritas en el manual de acuerdo con lo revisado y se dejó tarea para entregar la siguiente sesión. En cada módulo hubo espacio para responder dudas e intercambiar experiencias o respuestas con otros asistentes, de igual forma la asignación de las tareas fue una actividad general para todos los módulos y su revisión se realizó al comienzo del módulo siguiente. En el Módulo 2 se revisaron los primeros tres pasos de la técnica de solución de problemas y se realizaron ejercicios. En el Módulo 3 se terminó de revisar la técnica de solución de problemas con los dos pasos restantes y se realizaron ejercicios. En el Módulo 4 se entrenó en respiración superficial, y en la técnica de autoinstrucciones. Finalmente, en el Módulo 5 se psicoeducó sobre la asertividad y los tipos de comunicación. Además de los ejercicios del manual se realizaron juegos de roles entre los asistentes. Cada módulo tuvo una duración de 2 horas con un receso de 15 minutos. La carta descriptiva con los detalles de cada módulo puede verse en el Anexo 6.

Fase Final: Terminando el último módulo se aplicó nuevamente la escala Stoma-QoL y se hizo entrega de un reconocimiento a los asistentes que completaron el taller (Anexo 8).

Consideraciones éticas

La realización del taller contó con la aprobación de la jefa de la clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México. Debido al interés que hubo por el taller se permitió la asistencia de personas mayores a 70 años y analfabetas, pero sus datos no se consideraron para el presente protocolo.

Resultados

Se empleó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versión 20.0 para capturar y analizar, mediante estadística no paramétrica, los datos obtenidos de los participantes. La Figura 3 muestra el flujo de estos.

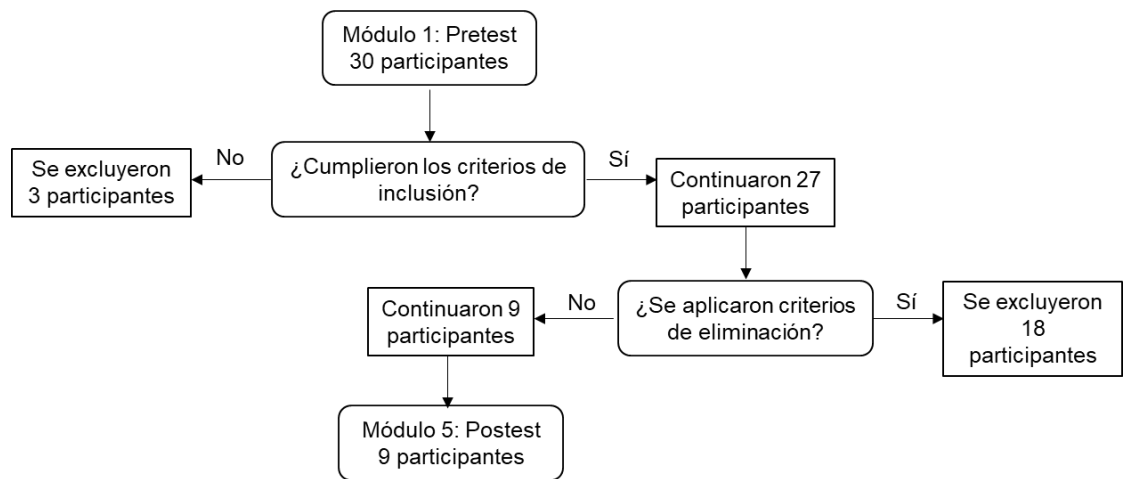


Figura 3. Flujo de los participantes durante el taller de intervención. Fuente: Elaboración propia.

La muestra final quedó conformada por 9 mujeres con una media de edad de 47.6 años y una DE de 9.3. Las características de las participantes se presentan como porcentajes válidos en la Tabla 1.

Tabla 1
Características sociodemográficas de las participantes

		Porcentaje Válido
Ocupación	Ama de casa	50
	Otro	25
	Empleada	12.5
	Comerciante	12.5
Estado Civil	Casada	62.5
	Soltera	37.5
Diagnóstico	Cáncer de recto	22.2
	Diverticulis	22.2
	Cáncer cervicouterino	11.1
	Cáncer renal	11.1
	Colitis ulcerosa	11.1
	Oclusión y perforación del intestino	11.1
Tipo de estoma	Colostomía	66.7
	Ileostomía	33.3

Para la calificación total de la escala se hizo la sumatoria de los 15 ítems que componen la prueba y la sumatoria se dividió entre el total de los ítems. Para los dos factores y el indicador sólo se sumaron aquellos ítems que componen a cada uno y se dividió entre el total de estos, es decir, siete ítems para el primer factor, seis ítems para el segundo y dos ítems para el indicador. En la Figura 4 se presentan los resultados Pretest y Postest para las nueve participantes.

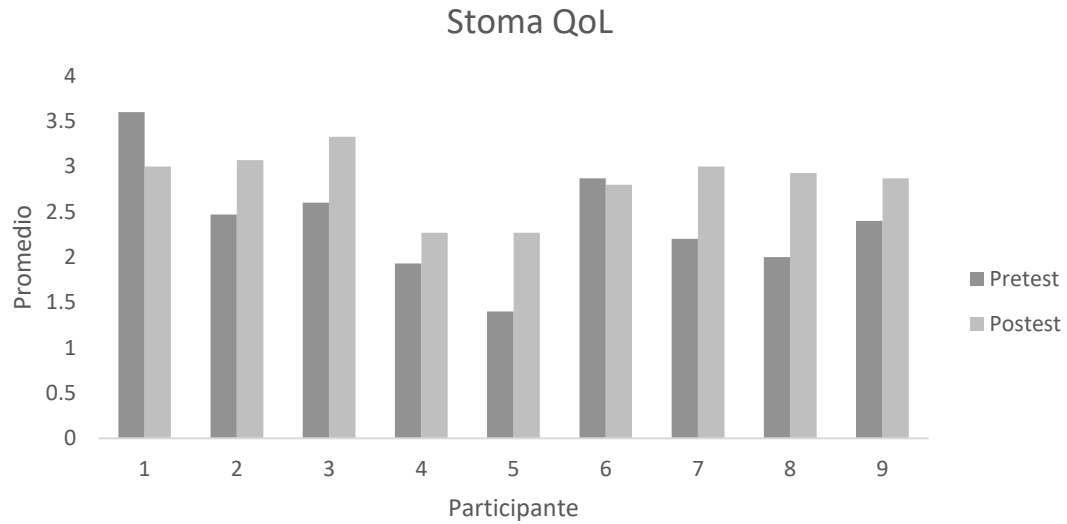


Figura 4. Promedio de la puntuación obtenida de la Calidad de vida en la escala Stoma-QoL. Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la figura anterior dos de las nueve participantes, las participantes 1 y 6, obtuvieron un puntaje mayor antes de la intervención del taller. A continuación, se presentan las figuras con los resultados por cada uno de los dos factores que componen la escala y el indicador.

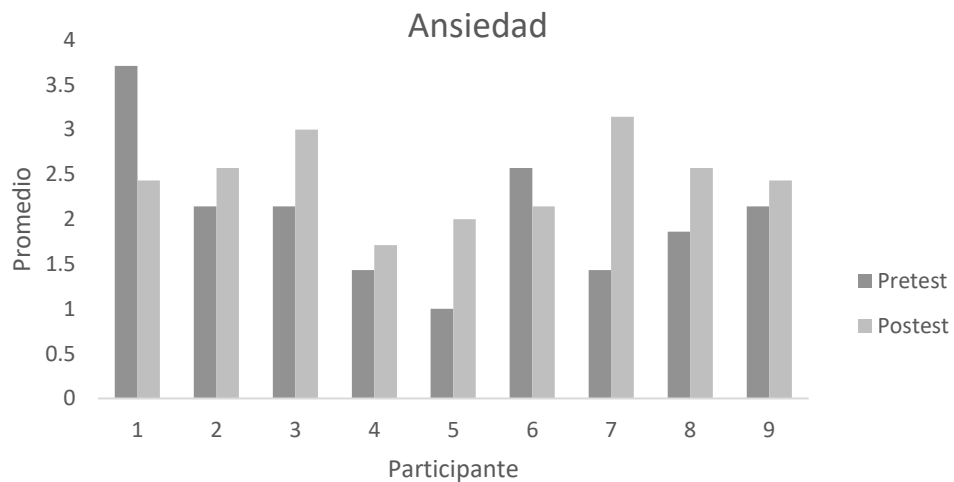


Figura 5. Promedio de la puntuación obtenida de la Calidad de vida en el factor 1 de la escala Stoma-QoL. Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 6 se muestra nuevamente que dos participantes, participantes 1 y 6, obtuvieron un puntaje mayor antes de la intervención.



Figura 6. Promedio de la puntuación obtenida de la Calidad de vida en el factor 2 de la escala Stoma-QoL. Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con los datos obtenidos, y como se observa en la Figura 6 una de las participantes mantuvo su puntaje, participante 1, mientras que la participante 7 obtuvo un puntaje mayor antes de participar en el taller.

Finalmente, para el indicador de la escala en la Figura 7 se muestra que cuatro de las participantes, 1, 2, 4 y 6 mantuvieron sus puntuaciones y las cinco participantes restantes incrementaron sus puntuaciones después de la realización del protocolo.

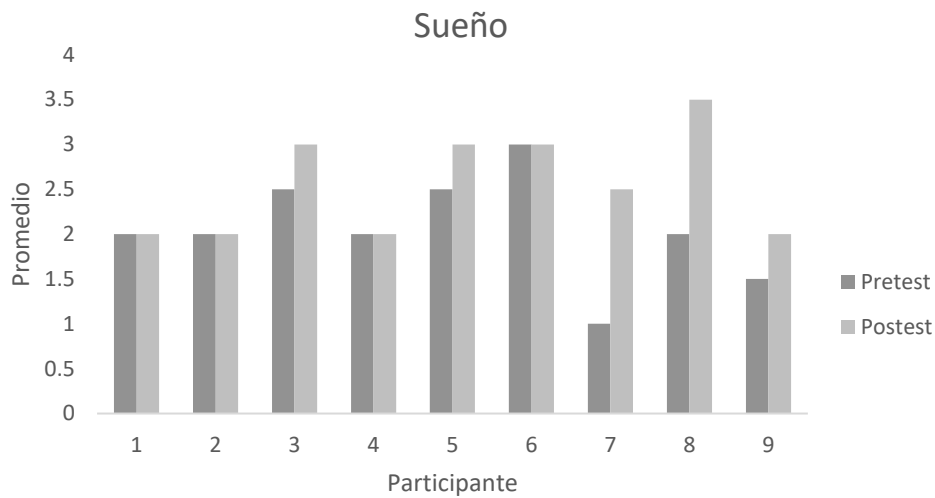


Figura 7. Promedio de la puntuación obtenida de la Calidad de vida del indicador de la escala Stoma-QoL

Al ser una muestra pequeña y no cumplir las características de una distribución normal se emplearon análisis no paramétricos. Se compararon los resultados del pretest y posttest con una T de Wilcoxon. El nivel reportado por las participantes con relación a su calidad de vida aumentó ($z = -2.016$, $p < 0.05$) entre las mediciones realizadas antes y después de implementar el taller para mejorar su Calidad de Vida.

Con relación a los dos factores y el indicador que componen la escala se encontró que sólo hubo diferencias estadísticamente significativas en el segundo factor, el que está relacionado con la interacción social ($z = -2.178$, $p < 0.05$) y el indicador con relación al descanso ($z = -2.070$, $p < 0.05$).

Resultados obtenidos por observación clínica en el taller

Durante los cinco módulos del taller se observó un incremento en las participaciones de las asistentes y el interés en realizar más ejercicios de los descritos en el manual. A continuación, se describen los resultados observados por cada técnica empleada.

Psicoeducación:

Al inicio del módulo un 80% de los asistentes era incapaz de explicar por qué se le había realizado la estoma. Una vez que se revisó el manual y se explicó el sistema digestivo los participantes comenzaron a abordar con preguntas más específicas sobre cuidados y aspectos de la estoma. Asimismo, comprendieron que hay alimentos que ocasionaban que fueran más propensos a tener evacuaciones constantes y gases, y que el tipo de estoma que tenían era una variable para el tipo de heces que excretan. Adicionalmente aprendieron nuevas estrategias para cuidar su estoma, así como acciones a evitar para que no tengan complicaciones con la misma.

Solución de problemas

Con esta técnica fue evidente que uno de los temores principales para los portadores de estoma es el salir, ya que temen que la bolsa recolectora se rompa, tenga una fuga, se llene, empiece a oler o que coman algo que les provoque algún malestar estomacal. De igual forma se constató la dificultad que tenían para poder definir un problema claramente, sin embargo, una vez que se realizaron los ejercicios fueron redactando mejor los problemas e incluso decidieron realizar un ejercicio entre todos. Durante la lluvia de ideas se observó que participantes que en sesiones anteriores hablaban poco o tenían pocas opciones de solución

comenzaron a generar nuevas alternativas a partir de las mencionadas por otros compañeros.

Respiración superficial

En esta técnica se observó una mejora en su realización, pues si bien varios participantes la conocían o la habían practicado en ocasiones aún tenían fallas en la ejecución. Los cambios principales fueron en la postura y en el tiempo que ellos contaban para sostener la respiración. Un porcentaje grande de los asistentes consideraba que el sostener 10 segundos la respiración era una regla para esta técnica, por lo que se explicó que el tiempo es de acuerdo con la capacidad de retención de cada uno, y que recordaran que la técnica era para relajarse y no para producir el efecto contrario.

Autoinstrucciones

Fue una de las técnicas donde más se observaron cambios en los participantes. Al inicio las verbalizaciones que aportaban eran generales y poco útiles como “*Échale ganas*”, “Eres una campeona”, “Tú puedes”, y en otros casos las verbalizaciones o autoinstrucciones que tenían en su repertorio eran negativas. Se percibió un cambio al momento de definir el problema y redactar la solución. Las verbalizaciones nuevas ahora eran “*Yo sola puedo cambiarme la bolsa. Voy a arrimarme las cosas, voy a cortar mi adhesivo...*”.

Psicoeducación en comunicación asertiva y juego de roles

En esta última técnica los participantes notaron cómo su conducta no verbal era incongruente con su conducta verbal durante los juegos de roles. Algunos comentaron que reiteradas veces dejaron de asistir a reuniones por la comida, pues les era difícil decir que no a algún platillo ante la insistencia de otros, y en otro extremo a algunos los dejaron de

invitar a salidas por la rudeza ante su negativa para comer determinados alimentos. Mediante el juego de roles pudieron observar cómo su lenguaje no verbal estaba ensombreciendo a su intento por ser amables y declinar una invitación. Al final aprendieron diferentes estrategias para decir que no y para pedir ayuda.

Discusión

El objetivo general del presente protocolo fue evaluar el efecto de técnicas cognitivo-conductuales en el nivel de la Calidad de Vida reportado por las personas portadoras de estoma del Hospital Juárez de México. A continuación, se discuten los hallazgos de este.

Aunque no se cuentan con datos sociodemográficos precisos, el rango de edad de las participantes concuerda con lo descrito en la literatura; sin embargo, los estudios realizados por Cruz et al., (2009) y Stegensek, Murad, González, López y Sánchez (2017) señalan que la mayoría de los portadores de estoma son hombres, mientras que en el presente estudio la muestra final se conformó sólo por mujeres. Una de las posibles causas de esta discrepancia es que Stegensek y colaboradores analizaron los expedientes del hospital y Cruz et al., contactaron a los expertos para que aplicaran los cuestionarios en 11 instituciones, mientras que en el presente protocolo se requirió de una participación presencial por parte de las personas portadoras de estoma por más de una sesión.

De acuerdo con los datos obtenidos la mayoría de las participantes se dedican al hogar, lo que puede indicar por qué la muestra final quedó conformada sólo por mujeres. Al no contar con horarios rígidos y establecidos ellas podían facilitar su asistencia al taller al organizar sus tareas y horarios de forma que dejaran el tiempo para el taller libre, ya que los días y horarios se indicaron desde la invitación al mismo.

Al igual que los datos obtenidos por Erwin-Toth, Thompson y Davis (2012) y Bryan y Dukes (2010) la Calidad de Vida reportada por los participantes al inicio del taller fue baja, lo que concuerda con los estudios mencionados, no obstante, y como se comentó

en la introducción, no se han realizado intervenciones más allá de una medición descriptiva de la Calidad de Vida.

Los protocolos propuestos por Lim, Chan, Lai y He (2015) y Hernández (2011) consideraban en su diseño educación sobre cuidados de la estoma y solución de problemas. Los resultados obtenidos en el presente protocolo muestran que técnicas relacionadas en ambas áreas son variables que parecen modular la percepción de la Calidad de Vida. No obstante, en el primer factor de la escala Stoma-QoL, relacionado con síntomas de ansiedad respecto al estoma, no se encontraron cambios estadísticamente significativos después de finalizado el taller, aunque sí hubo cambios de acuerdo con la observación clínica y por las puntuaciones obtenidas por las participantes en el postest.

Otra situación observada concuerda con lo reportado por McKenzie, White, Finlayson, Urquhart y Williams (2006) respecto a la preocupación de los portadores de estoma con relación a su bolsa, ya que durante la técnica de solución de problemas fueron las situaciones que involucraban a los cuidados de esta donde se percibían como incapaces de solucionar o si quiera pensar en realizar acciones para solucionar el problema que se les presentara. Asimismo, y como señalaba Hernández (2011), la incapacidad que perciben para solucionar los problemas con su bolsa modula las situaciones sociales en las que se involucran. Las personas reportaron que dejaron de asistir a reuniones o que perdieron contacto con amistades al rechazar constantemente invitaciones a comidas. Como se observó en los resultados del factor “Relaciones Sociales” el entrenamiento durante las cinco sesiones del taller propició un cambio en dicho factor.

A pesar de las ventajas de la escala Stoma-QoL, como lo es su formato de respuesta, la sencillez de la redacción de los ítems, y la validación a la población mexicana tiene una

desventaja. En su artículo original Prieto, Thorsen y Juul (2005) sólo especifican que la construcción de la escala se basa en la teoría de motivación de Maslow. Los autores argumentan que la construcción del instrumento debe basarse en las necesidades de los pacientes y no en la literatura o los expertos, de manera que los ítems se construyeron a partir de entrevistas de pacientes con estoma, sin embargo, los autores no proporcionan una definición de la variable Calidad de Vida.

Si bien se carece de una definición específica por parte de los autores, la construcción de los ítems a partir del reporte de los portadores de estoma concuerda con la definición dada por la OMS. La OMS señala que la Calidad de Vida está dada por la percepción del individuo dentro de su contexto, de su cultura y de su sistema de valores, la relación con sus metas, así como sus expectativas, sus estándares y preocupaciones. Esto es congruente con lo reportado por Canova, Giorato, Roveron, Turrini y Zanotti (2013), quienes indican que ante una condición específica los ítems deben adaptarse a ella, y no emplearse un cuestionario general.

Además del reporte verbal, las tareas y los ejercicios del manual, se obtuvo un resultado estadísticamente significativo con la prueba de Wilcoxon entre el pre y postest, lo que permitió aceptar la hipótesis de investigación. La hipótesis indicaba que la percepción de la Calidad de Vida en las personas que son portadoras de una estoma sería mayor después de un entrenamiento multicomponente con enfoque Cognitivo-Conductual. A pesar del resultado estadístico significativo hay que recordar que el presente taller es una primera aproximación, de manera que hay aspectos que se pueden mejorar.

Dentro de los aspectos a considerar para futuros estudios se observó lo siguiente. En primer lugar, y con base a las respuestas verbales de los pacientes y a lo observado durante

los cinco módulos en el taller, se sugiere que se consideren a las variables de depresión y ansiedad como moduladoras en la percepción de la Calidad de Vida. El contar con una puntuación de estas variables puede orientar la organización del taller, así como el tipo de técnicas a utilizar en este. Asimismo, el primer factor de la escala Stoma-QoL traducida y validada en la población mexicana hace referencia a síntomas de ansiedad presentes.

Otro de los comentarios realizado por los pacientes, y también de acuerdo al Factor 2 de la escala Stoma-QoL de Relaciones Sociales, fue el considerar la asistencia de familiares o personas de confianza al taller. El contar con apoyo durante los módulos puede mejorar su adherencia al mismo, así como incrementar su participación y las ideas generadas durante la técnica de solución de problemas, ya que no se perciben como solos, sino que cuentan con ayuda para afrontar sus problemas.

Aunque el reporte verbal de las participantes aportó información valiosa para el taller también tuvo desventajas. En primer lugar, el reporte verbal fue la única evidencia del aprendizaje de las técnicas en cada módulo, y no se consideró la aplicación de una escala para evaluar lo aprendido en cada uno. El contar con una evaluación para cada técnica permitiría probar hipótesis estadísticas respecto a su eficacia, y los resultados de las pruebas servirían como retroalimentación para los participantes.

Finalmente, y con relación a la organización de los módulos que compusieron el taller un punto que considerar es la duración de este, pues si bien hubo una asistencia de entre 15 a 20 participantes diarios, el ser sesiones largas y por varios días dificulta que se asista a cada una de ellas, de manera que se sugiere hacer una reducción tanto del número de sesiones como de la duración de estas. Asimismo, se recomienda no limitarse a los asistentes a la Clínica de Heridas y Estomas, ya que en ocasiones se observó que no todos

los portadores de estoma asisten o que recurren a otra clínica para el cuidado de su estoma. Evitar delimitar la muestra puede tener como resultado una mayor asistencia al taller, que es lo que se buscaba con el margen de edad que se tuvo.

Durante taller también se recomienda establecer un tiempo claro para responder dudas y contar con participaciones, pues en ocasiones las participaciones dan lugar a que se comiencen a abordar temas ajenos a los programados para la sesión, lo que resta tiempo a las demás actividades. De igual forma, considerar el que sean dos personas las encargadas de dirigir al taller, pues si bien no se observaron dificultades pudo ser una variable extraña que no se consideró en un inicio.

Dentro de los aspectos positivos que se observaron fue que el contar con un manual propició que los participantes incrementaran su participación y realización de los ejercicios, ya que no se quedaban solo con la explicación verbal, sino que contaban con información escrita que podían consultar cuando tuvieran dudas, asimismo la participación de las personas que llevan más años siendo portadoras de estoma ayudó a complementar las soluciones propuestas por las personas con ostomías realizadas de forma reciente. Un resultado que no se esperaba y que se observó fue que las personas portadoras de estoma comenzaron a llevar a sus familiares, quienes mostraron interés en los temas escritos y ayudaron en las situaciones planteadas de los juegos de roles. Con base en este último resultado se propone que en talleres futuros se considere la participación de los familiares y se incluyan ejercicios para los mismos, pues si bien son facilitadores para la adaptación de las personas con estoma pueden frenar la autonomía en las acciones de estos.

Conclusión

Las personas que son sometidas a una ostomía se enfrentan de manera prácticamente inmediata a un cambio completo en su vida diaria. Se ven limitados en un inicio por la incapacidad del control de esfínter y ante la necesidad de ayuda de terceros para limpiar y cuidar la estoma en los primeros días, situaciones que provocan temor debido a las molestias ocasionadas (MacDonald y Anderson, 1984)

A pesar del consenso de los autores sobre la importancia de realizar intervenciones psicológicas han sido pocos los intentos de implementar un programa. Con base a los cinco módulos que compusieron el presente protocolo se observó que la técnica que tuvo mayor impacto en la conducta de los asistentes fue la de solución de problemas, misma que ha sido propuesta por otros autores para su implementación con la población de portadores de estoma (Hernández, 2011; Lim, Chan, Lai y He, 2015).

Como lo menciona Dos Santos, Bernardi, Ismael, Halena y Gomes (2012) y MacDonald y Anderson (1984) una de las principales consecuencias con relación al contexto de las personas portadoras de estoma es su vida social. El implementar la técnica de solución de problemas puede proporcionar una herramienta a las personas para aumentar la sensación de seguridad y disminuir la percepción de incapacidad para realizar actividades que antes de su condición realizaban sin problemas. Asimismo, esta técnica puede emplearse no sólo para situaciones o problemas en el ámbito social, también en las cuestiones laborales.

La técnica de respiración superficial permitió a los participantes relajarse y ser así un antecedente a otras técnicas, principalmente para la de solución de problemas. Los

participantes aprendieron y fueron capaces de pensar en soluciones ante los problemas antes de aplicar estrategias de escape o evitación.

Medicina Conductual

A diferencia de lo que se puede pensar, la Medicina Conductual no se remonta en los trabajos realizados por Sigmund Freud sobre la medicina psicosomática; sus inicios pueden trazarse desde Hipócrates con su teoría que explicaba tanto desórdenes físicos como mentales (Felgoise, Nezu, Nezu y Reinecke, 2004). De acuerdo con Hipócrates, la salud era un estado armonioso de los humores y, por el contrario, la enfermedad sería una desarmonía entre ellos. Sin embargo, Galeno se desvió de la teoría de Hipócrates y promulgó que el deterioro en el funcionamiento debe ser el resultado de la enfermedad física en el órgano o sistema que se origina (Stone, 1979 como se citó en Felgoise et al., 2004). Basándose en esta suposición, la filosofía de Galeno estaba orientada a la enfermedad. Esta visión reduccionista del modelo de enfermedad continuó hasta antes de los 80's, donde los médicos se enfocaban solamente en los factores biológicos.

En 1600 Thomas Sydenham fue una de las personas que comenzaron a introducir técnicas y teorías psicosociales en la medicina. Él pensaba que los eventos emocionales externos podían afectar los "espíritus animales" del cuerpo (Shorter, 1991), por otra parte, John Gregory en 1790 escribió acerca del dolor crónico en pacientes nerviosos, lo que sugería una relación entre los estados mentales perturbados y, en 1800 Wilhelm Wundt y Emil Kraepelin moldearon la integración de la psicología en el ambiente médico. Wundt fue el fundador de la psicología experimental y Kraepelin es considerado como el padre de la psiquiatría moderna y se le reconoce por su clasificación de los desórdenes mentales y su trabajo en psicofarmacología. A finales de 1800 el psicólogo Edward B. Titchener, influenciado por Wundt, estudió la relación entre síntomas somáticos, como defecación y vómito, y procesos mentales. La aplicación de los principios psicológicos, junto con el

impacto de las investigaciones experimentales de Wundt representan la idea de la psicología en la medicina (Hergenhahn, 1992).

A inicios de 1900 el psicólogo John B. Watson abogó por la integración de psicólogos en escuelas médicas con el fin de tener una aproximación al tratamiento de los pacientes médicos enfatizando la importancia de la persona y no sólo de la enfermedad, pues hasta esa fecha el modelo y estatus médico prevalecía, y fue hasta 1940 que algunos psicólogos clínicos comenzaron a trabajar en ambientes médicos.

Antes de que la Medicina Conductual surgiera, el reconocimiento de la conexión entre mente y cuerpo, y las manifestaciones físicas de los procesos psicológicos llevaron a estudiar la Medicina psicosomática, la cual enfatizaba la patogénesis de la enfermedad física. Más tarde el término se expandió para referirse de forma más general a factores psicológicos que afectaban desórdenes físicos (Shorter, 1991). Varias décadas después el término medicina psicosomática se sustituye por Medicina Conductual haciendo referencia a la integración de los enfoques no físicos y conductuales para el tratamiento y la prevención de enfermedades físicas. Asimismo, la incidencia de enfermedades crónicas en los 60's y 70's, así como las intervenciones para prolongar la vida contribuyeron al surgimiento de la Medicina Conductual. Otro factor para el surgimiento de la Medicina Conductual fue la creciente investigación que resaltaba la relación entre conducta, estrés y enfermedad. Finalmente, en 1970 el modelo de enfermedad es cambiado por el modelo biopsicosocial de Engel (1977) y profesionales de la salud comienzan a reconocer la efectividad de las aproximaciones psicológicas y las teorías basadas en el aprendizaje para el manejo del dolor y algunas enfermedades físicas.

El término de *Medicina Conductual* fue utilizado por primera vez por Lee Birk en 1973 como parte del título de su libro "*Biofeedback: Behavioral Medicine*". A partir de esta publicación, y de forma errónea, la Medicina Conductual adquirió un significado semejante al de biofeedback. La definición de Medicina Conductual que surgió en 1977 en la Conferencia de Medicina Conductual de Yale y que posteriormente fue revisada en 1978 por la Academia Nacional de la Ciencia del Instituto de Medicina de los Estados Unidos es la siguiente:

La Medicina Conductual es el ámbito interdisciplinario que se ocupa del desarrollo y la integración de la ciencia y los conocimientos conductuales y biomédicos, así como de las técnicas pertinentes a la salud y la enfermedad, y la aplicación de estos conocimientos y técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación. (Schwartz y Weiss, 1978, p. 250)

Finalmente, en 1979 Ovide Pomerleau y Paul Brady, psicólogos experimentales, establecieron uno de los dos centros de Medicina Conductual en la Universidad de Pennsylvania en Filadelfia, así como la sociedad de Medicina Conductual.

En los párrafos anteriores se ha expuesto brevemente el desarrollo de la Medicina Conductual, a continuación, se describirá el desarrollo que tuvo en México.

Medicina Conductual en México

De acuerdo con Rodríguez (2010), algunos hechos que propiciaron el surgimiento de la Medicina Conductual en México fueron: a) el inicio del análisis de la conducta en la Universidad Veracruzana por Emilio Ribes, Florente López entre otros psicólogos; la creación del primer centro de análisis conductual aplicado, el Centro de Entrenamiento y Educación Especial por Florente López y Francisco Barrera y c) la participación de B. F. Skinner en el Tercer Congreso Latinoamericano de Análisis de la Conducta.

Por otra parte, el trabajo realizado por analistas conductuales en el ámbito hospitalario es considerado otro escenario de importancia para el desarrollo de la Medicina Conductual, como la aplicación de técnicas y terapias, modificación de conducta, en el Hospital Psiquiátrico Infantil. En los años 80's Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz aplicaron la técnica de biofeedback con el propósito de tratar migrañas, control de esfínteres, arritmias cardíacas, por nombrar algunos (Rodríguez, 2010).

De forma más específica en la Universidad Nacional Autónoma de México la Medicina Conductual tuvo relevancia en las Escuelas Nacionales de Estudios superiores Iztacala y Zaragoza, y en la Facultad de Psicología. De manera breve de 1984 a 1999 surge el programa de Psicología de Salud en conjunto con la Secretaría de Salud y la Facultad de Psicología, en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza se crea la Unidad de Cardiología Conductual y en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se fundó el laboratorio de Conducta Humana Compleja. Algunos temas que se investigaron en estos programas fueron sobre la diabetes mellitus, el condicionamiento de ritmos eléctricos cerebrales para el tratamiento de la epilepsia (Rojas, 2002 como se citó en Rodríguez, 2010); factores psicosociales que favorecen el surgimiento y desarrollo de enfermedades cardiovasculares,

así como la evaluación de factores de riesgo cardíaco con sistemas computarizados (Rodríguez, 2010). En 1988 se consolida la creación de la residencia en la FES Iztacala, la cual tiene un programa teórico-práctico (Reynoso, Hernández, Bravo y Anguiano, 2011). Sin embargo, y como menciona el Dr. Grau (como se citó en Camacho, 2013) pareciera que la Medicina Conductual solamente se está desarrollando en el ámbito universitario, debido a que en el ámbito profesional el cuidado de la salud está principalmente a cargo de médicos y no hay una disposición, al menos hasta hace algunos años, de abrir espacios laborales para los psicólogos en el ámbito hospitalario (Reynoso-Erazo, Bravo-González, Anguiano-Serrano y Mora-Miranda, 2012).

Otras fechas relevantes, y recientes, para la Medicina Conductual son las siguientes. En el 2001 se funda la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual y en el 2002 se lleva a cabo el Coloquio de Medicina Conductual en el hospital "Dr. Sánchez Bulnes" de la Ciudad de México. En el 2005 se organiza la primera Reunión Regional Latinoamericana y del Caribe de Medicina Conductual, un año después y en el 2009 se organizan coloquios de Medicina Conductual y como consecuencia del primer coloquio se edita el primer libro de Medicina Conductual en México con la Dra. Graciela Rodríguez como editora.

Características de la sede

Con base al programa de posgrado de la UNAM una residencia está definida por la práctica profesional, misma que es supervisada en un ambiente hospitalario. La Facultad de Estudios Superiores Iztacala tiene convenios de colaboración con el Hospital Juárez de México y General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón”.

Dado que el presente reporte de experiencia profesional se realizó en al Hospital Juárez de México a continuación se describe la ubicación, la historia, el nivel de atención y los servicios de este.

Historia

En 1847 durante la Intervención estadounidense en México se dispone del edificio de los Agustinos de San Pablo como un hospital para atender a los heridos durante la guerra. El 23 de agosto de ese mismo año atiende a los primeros heridos, de manera que esta fecha es considerada como su fecha de fundación, y es en el año de 1872 cuando el Hospital Juárez adquiere su nombre, como homenaje al fallecimiento del Licenciado Benito Juárez.

Como datos relevantes en 1877 se designa una sala para Lecciones de Clínica Externa y se utiliza como campo clínico para la enseñanza y en el año de 1942 se funda el primer banco de sangre del país. En febrero de 1970 la torre de hospitalización que recién estaba en operación se derrumba a causa del sismo del 19 de septiembre de 1985, y para poder continuar dando el servicio el hospital se dividió en cuatro pequeñas unidades, Juárez I al IV. Es en 1989 cuando surge el nuevo Hospital Juárez (“Manual de organización específico del Hospital Juárez de México”, 2014). El hospital continúa en servicio hasta el 2007, año en el que se decide su cierre temporal con el propósito de acondicionar la

infraestructura y el 30 de enero de 2008 reabre sus puertas. A continuación, se describe la infraestructura actual del hospital, así como su ubicación.

Ubicación y estructura

El edificio del Hospital Juárez de México se encuentra en Avenida Instituto Politécnico Nacional 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07760, Ciudad de México. El Hospital Juárez de México tiene como objetivo contribuir al fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, mediante la asistencia médico-quirúrgica con calidad, seguridad, ética y humanismo; así como la formación de recursos humanos y la generación de investigación científica. Actualmente tiene en operación 44 servicios médicos y 3 unidades clínicas, la cual incluye el servicio de banco de ojos. De acuerdo con Mendoza (2008) el Hospital Juárez cuenta con los siguientes edificios: 1) Edificio A Consulta Externa; 2) Edificio B y B1 Imagenología, servicios médicos y administración; 3) Edificio C Urgencias, oncología, medicina física y rehabilitación, anatomía patológica quirófanos, hemodinámica, terapia intensiva y coronaria, tococirugía, laboratorio de terapia y transoperatorio; 4) Edificio D Área de Hospitalización; 5) Edificio E Investigación y enseñanza y 6) Edificio de Servicios Generales. Asimismo, la Dirección de Investigación y Enseñanza cuenta con 6 servicios. (“Manual de organización específico del Hospital Juárez de México”, 2014). De acuerdo con la página de la Secretaría de salud los servicios se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2

Divisiones y Servicios del Hospital Juárez de México

Servicios		Servicios	
Cirugía	Anestesiología	Medicina	Alergia e Inmunología
	Angiología		Cardiología
	Cirugía Cardiovascular		Dermatología
	Cirugía General		Endocrinología
	Cirugía Maxilofacial		Gastroenterología
	Cirugía Plástica y Reconstructiva		Geriatría
	Endoscopia		Hematología
	Medicina Física y Rehabilitación		Medicina Interna
	Neurocirugía		Nefrología
	Oftalmología		Neumología
	Oncología		Neurología
	Ortopedia		Preconsulta
	Otorrinolaringología		Psiquiatría
	Trasplantes		Reumatología
	Urología		Salud Mental Comunitaria
Pediatria	Cirugía Pediátrica	Auxiliares de diagnóstico y tratamiento	Anatomía Patológica
	Neonatología		Banco de Sangre
	Pediatria Médica		Laboratorio Clínico
	Urgencias Pediatria		Medicina Nuclear
	Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica		Neurofisiología Clínica
			Radiología e Imagen
Gineco-obstetricia	Biología de la Reproducción	Dirección médica	Homeopatía
	Ginecología		Toxicología
	Obstetricia		Unidad de Vigilancia Epidemiológica - Infectología

En la Tabla 2 se observa que los servicios prestados en el Hospital Juárez son diversos, y si bien en la institución se cuenta con interconsultas a Medicina Conductual, el médico conductual se encuentra trabajando diariamente en los servicios de hematología, medicina interna, trasplante, clínica del dolor, geriatría y oncología. De esta última clínica se describirá

de manera más detallada sus características, ya que en dicho servicio se realizó la residencia.

Ubicación del residente en la sede

El servicio en el que se desarrollaron las actividades de la residencia fue el servicio de Oncología, el cual pertenece a la División de Cirugía y está conformado por ocho clínicas, mismas que se indican en la Figura 8. Por otro lado, el personal médico responsable de las clínicas del servicio de oncología se enlista en la Tabla 3.

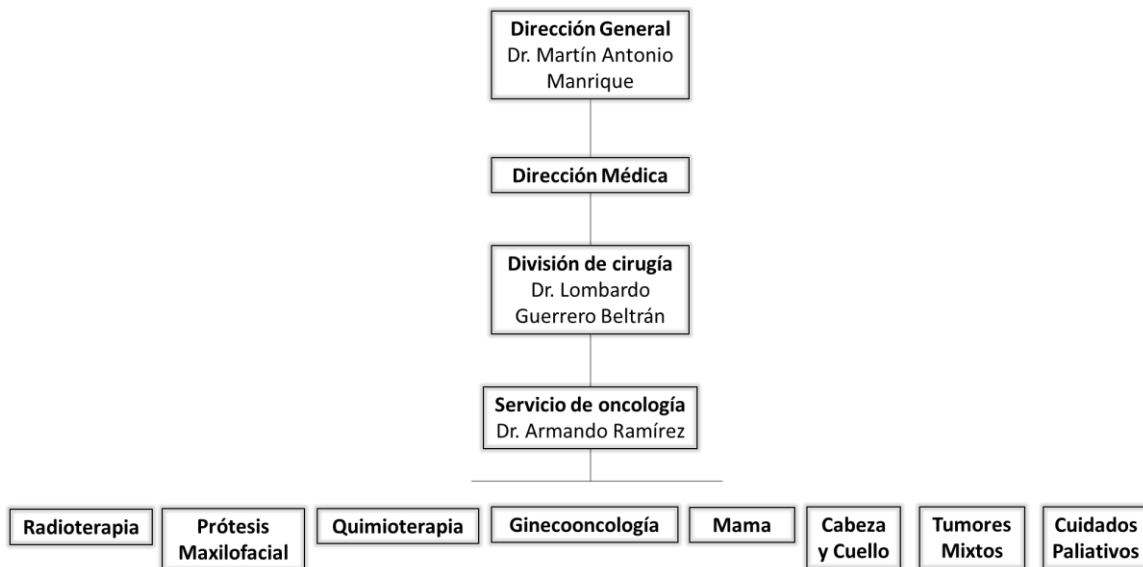


Figura 8. Organigrama del servicio de oncología del Hospital Juárez de México. Recuperado de http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/normatividad/MOE_HJM_2014_CON_OPINION_FAVORABLE.pdf

Tabla 3

Personal médico de los servicios de oncología del Hospital Juárez de México

Personal Médico	Especialidad	Área
Dr. Armando Ramírez Ramírez (Jefe de Servicio)	Cirujano Oncólogo	
Dra. Rebeca Gil García	Onco/Radioterapia	Radioterapia
Dr. Gabriel Sánchez Marín	Onco/Radioterapia	Radioterapia
Dra. Karina Ramírez Márquez	Prótesis Maxilofacial	Cabeza y Cuello
Dr. Jorge del Bosque Méndez	Otorrinolaringólogo	Cabeza y Cuello
Dr. Omar Soto	Cirujano Oncólogo	Cabeza y Cuello
Dr. Francisco Varelas Rojano (subjefe del servicio)	Cirujano Oncólogo	Gineco-onco
Dr. Xicotencatl Jiménez V.	Cirujano Oncólogo	Gineco-onco
Dra. Ángela Hernández Rubio	Cirujano Oncólogo	Mama
Dra. Denis Delgado	Cirujano Oncólogo	Mama
Dra. Cristina Alvarado Silva	Oncomédico	Quimioterapia
Dr. Otoniel López Rubirón	Oncomédico	Quimioterapia
Dra. Leticia Oliveros Herrera	Oncomédico	Quimioterapia
Dr. Ziad Aboharp Hasan	Cirujano Oncólogo	Tumores Mixtos
Dr. Erick Efraín Sosa Duran	Cirujano Oncólogo	Tumores Mixtos
Dr. Salomón Hernández B.	Cirujano	Urgencias/onco
		Cuidados
Dra. Alma Delia Domínguez	Cirujano Oncólogo	paliativos

Con relación al servicio de psicooncología éste se encuentra supervisado por el Dr. Ricardo Gallardo de forma in situ y la Mtra. María Cristina Bravo González como supervisora académica. Al momento de terminar la residencia, eran siete residentes asignados al servicio, específicamente médicos conductuales, quienes con base a la premisa de que la Medicina Conductual es un campo interdisciplinario de investigación y de práctica clínica que se enfoca en las interacciones entre el ambiente físico y social, la cognición, conducta y biología en la salud y la enfermedad brindan atención psicológica durante cualquiera de las fases de la enfermedad.

Actividades desarrolladas en la sede

Justificación teórica

Como se mencionó en apartados anteriores, la Medicina Conductual proporciona la evaluación y el tratamiento a problemas que tienen elementos médicos, conductuales y psicológicos como: dolores de cabeza, dolor crónico, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con el estrés, entre otros. Aunque tiene un enfoque multidimensional, la Medicina Conductual es un área relativamente joven, y se ha descrito como “la tercera revolución terapéutica en la historia de la medicina” (Basmajian, 1999, p. 109).

La Medicina Conductual asume la presencia de un problema físico que puede ser influenciado por factores conductuales y psicológicos, por lo que el tratamiento busca identificar, controlar y limitar la influencia negativa que estos factores pueden tener en el problema físico o médico del paciente. Mostofsky (2014) indica que los problemas de los pacientes que pueden beneficiarse de protocolos realizados por médicos conductuales pertenecen a alguna de estas cuatro categorías: 1) el paciente se comporta de una forma que incrementa la probabilidad de poner en peligro su salud o agravar una condición médica existente; 2) hay una relación putativa entre la conducta del paciente y sus síntomas; 3) hay un mecanismo científico establecido que puede ser implementado para modificar un signo; y 4) existe una relación putativa entre el trastorno crónico y la presencia de comportamiento funcional, emocional y socialmente perjudicial en el paciente, cuidador o profesional de la salud. Para tratar problemas presentados en cualquiera de las categorías el médico conductual se vale de técnicas que pueden incluir relajación autógena, psicoeducación, ejercicios de reestructuración cognitiva, habilidades de comunicación, manejo de contingencias, evaluación y modificación del comportamiento, entre otros.

Este mismo autor señala que la Medicina Conductual es un ejemplo de la investigación puente o transaccional, es decir, la investigación que toma los conocimientos generados en el laboratorio a la parte práctica y aplicada. Se ha observado cómo las publicaciones de investigación han aumentado y, lo que es importante, se ha visto su aplicación clínica con relación a las variables responsables del mantenimiento y cambio de la conducta humana.

Las investigaciones realizadas con ensayos clínicos ya cuentan con un estándar esperado y con la aceptación de la comunidad médica al cumplir con análisis estadísticos, resultados similares de replicaciones, confirmación de la eficacia en el seguimiento de los pacientes, y en algunos casos, la ausencia de contraindicaciones (Shellenberger, Amar, Schneider, y Turner, 1994).

Específicamente, en el servicio de oncología, la psicología tiene un interés creciente que va desde la comunicación del diagnóstico hasta el manejo del final de la vida (Baider y Surbone, 2014). Como lo indican Singer, Das-Munshi y Brähler (2010), cuando una persona es diagnosticada con cáncer alrededor del 30% de los pacientes puede sufrir alguna condición mental, por lo que es necesario que la investigación y práctica de la psicología sea a la par que las estrategias y avances médicos, con el fin de asegurar una mejora en el paciente.

Evaluación inicial del servicio

Al llegar al servicio se encontró con dos residentes, ambas con disposición a un trabajo interdisciplinar y de enseñar a los nuevos residentes el trabajo realizado en el servicio. Se encontró una organización en el mismo, pues al ser sólo dos médicos conductuales fueron capaces de atender las clínicas de oncología en las consultas externas, las hospitalizaciones, las interconsultas, así como las evaluaciones de trasplante. Estas últimas ya no se encuentran dentro de las actividades del servicio de oncología, ya que durante este periodo trasplante ya cuenta con residentes del programa de Medicina Conductual.

Por lo anterior, fue notorio el cambio y la necesidad que se tenía de contar con más de dos residentes en el servicio de oncología, especialmente para atender la mayoría de las clínicas sin saturar de trabajo a los residentes.

Con relación al personal médico se observó que una gran mayoría identifica a los residentes de Medicina Conductual, así como el papel que desempeñan dentro del servicio, no obstante, también se observó que en ocasiones las notas que las residentes subían a expediente en algunos casos no era posible encontrarlas después, lo que parece indicar que éstas eran removidas del mismo. Esta acción llevó a las residentes a tomar medidas para poder tener evidencia de su trabajo realizado en el hospital, tales medidas consistieron en tener una copia de sus notas o en su defecto una foto de estas. Asimismo, se señaló por parte de ambas residentes que algunos adscritos preferían que no estuviéramos presentes durante sus consultas, sin embargo, también indicaron que a pesar de lo anterior nos suelen mandar interconsultas cuando lo consideran pertinente.

A pesar de lo indicado anteriormente, se pudo notar cómo, de manera general, el personal médico acude a ellas cuando notan conductas exacerbadas en los pacientes, por ejemplo, llanto, dolor, evitación y negación ante el diagnóstico o ciertos tratamientos y que el trato en ambas partes es de respeto. Asimismo, y pese a que el personal de salud trabaja en equipo con el médico conductual y canaliza a los pacientes de ser necesario, existen algunas áreas de oportunidad, por ejemplo, un buen empleo y resguardo del expediente clínico para reducir el extravío de notas clínicas y organización del tiempo para cubrir las necesidades de las diferentes demandas de las consultas de oncología.

Con la inclusión de cuatro nuevos médicos conductuales en el servicio de oncología las actividades diarias en el servicio se modificaron, quedando de la siguiente manera.

Actividades diarias

Durante el primer semestre de la residencia las actividades en el hospital consistieron sólo en asistencias al final del semestre, comenzando por una vez por semana hasta llegar a dos veces a la semana. El propósito de estas asistencias fue para conocer las instalaciones, el lugar de la clínica a la que se estaba asignado, así como la organización y personal del servicio. De igual forma el número de horas destinado en cada asistencia fue incrementando, lo que permitió observar el trabajo de las compañeras de Medicina Conductual que ya se encontraban inmersas en las actividades diarias del servicio.

Esta asistencia gradual a la sede facilitó la integración al servicio y las actividades. Las actividades diarias programadas desde el segundo semestre hasta el cuarto semestre, que es cuando el residente de Medicina Conductual asiste diariamente al hospital son las que se muestran en la Tabla 4.

Tabla 4

Actividades del residente en medicina conductual en el servicio de oncología

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
07:00		Clase de Oncología			
	Clase de Oncología			Clase de Oncología	Clase de Oncología
07:30		Plática cada 15 días / Seminario TCC	Desayuno		
08:00	Pase de visita	Pase de visita	Sesión General HJM	Pase de visita	Pase de visita
09:00	Consulta externa	Consulta externa	Pase de visita * (de acuerdo con Rol)	Consulta externa	Consulta externa
10:00	Consulta externa	Consulta externa	10:30-11:30 Sesión de casos clínicos	Consulta externa	Consulta externa
11:00	Consulta externa	Consulta externa	11:30 Supervisión académica	Consulta externa	Sesión Bibliográfica
12:00	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización	Supervisión académica	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización
13:00	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización	Supervisión académica	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización
14:00	Reporte de Productividad	Reporte de Productividad	Reporte de Productividad	Reporte de Productividad	Reporte de Productividad

De manera general, como se muestra en la Tabla 4 durante la mañana se asiste a las clases de oncología y, posteriormente, se realiza el pase de visita. Al finalizar el pase se acude a la consulta externa, a excepción de los miércoles que es día académico. Pese a que

las actividades genéricas de las clínicas de oncología son similares, se pueden realizar algunos cambios de horario a consideración del médico adscrito responsable. A continuación, se describirá de manera más detallada las actividades señaladas en la Tabla 4.

-Clases de oncología: Para los Médicos conductuales estas clases son importantes ya que permiten familiarizarse con el lenguaje médico, así como conocer más de los distintos tipos de cáncer, así como los tratamientos disponibles, la sobrevida en cada uno y los posibles efectos secundarios en cada caso. Esta información es de ayuda también para la psicoeducación que se realiza con los pacientes, pues en algunas ocasiones las preguntas que los pacientes llegan a tener son contestadas con información que se vio en la clase.

-Pláticas psicoeducativas (cada 15 días): El propósito de estas pláticas es dar psicoeducación sobre temas relacionados con el cáncer, y está dirigida tanto a pacientes como a cuidadores. Un residente es el encargado de dar la plática, pero cuenta con el apoyo de otros residentes, quienes lo auxilian invitando a la gente a acercarse para escuchar la información, así como proporcionar información impresa con los puntos relevantes del tema en cuestión.

-Seminario de Terapia cognitivo-conductual: Durante este seminario un residente es el encargado de exponer el tema, pero con el fin de que sea un seminario enriquecedor es de suma importancia que todos revisen el material para expresar dudas o ampliar el tema. Esta actividad permite que el Médico Conductual esté en constante aprendizaje y formación, así como para repasar y consolidar el conocimiento adquirido en las clases académicas.

-Pase de visita: Durante el pase de visita los residentes de oncología informan al adscrito sobre la condición de los pacientes del respectivo servicio. A consideración personal esta es una de las actividades más enriquecedoras de la sede, pues no sólo se está en contacto con el lenguaje médico, sino que te permite interactuar con los médicos y, si es el caso, preguntarles acerca de los pacientes que se tienen asignados. De igual forma, el pase es una oportunidad para observar las respuestas motoras y emocionales del paciente ante la información médica proporcionada, lo que permite guiar nuestra intervención psicológica con ellos.

-Consulta externa: En la consulta externa el residente de Medicina Conductual está presente durante el seguimiento de los pacientes o ante las primeras consultas, lo que permite observar y evaluar el conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, así como el intervenir ante diagnósticos o procedimientos, los cuales en ocasiones resultan molestas y/o dolorosas para los pacientes. Aunque no se elaboran notas, sí se recaban los datos de los pacientes con los propósitos de registrar la productividad y poder darles seguimiento por consulta externa de psicooncología.

-Atención a pacientes en hospitalización: Durante el pase de visita se observa sintomatología psicológica de importancia se aborda al paciente para indagar y evaluar las causas de esta. Además, en ocasiones, aunque el paciente parece estar tranquilo durante el pase al momento en que el Médico Conductual inicia la entrevista inicial, el paciente puede reportar, o el residente observar que tiene alguna sintomatología, por lo que las entrevistas por rutina de servicio también son de importancia. Cabe aclarar que se realizan las notas de los pacientes entrevistados y se redactan en el expediente.

-Reporte de la productividad: Finalmente, al término de las actividades anteriores se registra la productividad. Este documento está formado por datos del paciente tales como edad, género, diagnóstico y número de expediente. La productividad se entrega diariamente en la oficina de oncología.

-Sesión general Hospital Juárez de México: En la sesión médicos especialistas en un servicio del hospital presentan casos o información sobre el estatus de su campo de conocimiento en la actualidad, lo que permite conocer más sobre otros servicios del hospital.

-Sesión de caso clínico: Esta es otra de las actividades donde los residentes aprenden más sobre la presentación y exposición del trabajo realizado con los pacientes, y lo que es mejor, puede ver el trabajo de compañeros asignados a servicios distintos al suyo; de esta manera puede ver qué tipo de técnicas están empleando, qué puede mejorar y cómo diagnosticar de mejor forma de acuerdo con el DSM IV, aunque por indicaciones del supervisor in-situ se añade también el diagnóstico de acuerdo al DSM 5. En los Anexos 9, 10 y 11 se describen los tres casos clínicos que se realizaron durante la residencia.

-Supervisión académica: Durante la supervisión se revisan las tareas asignadas por la supervisora académica y se revisan lecturas sobre temas elegidos por los residentes. Asimismo, se discuten los problemas o situaciones que se hayan presentado en el servicio para darles solución.

-Sesión bibliográfica: Durante esta sesión hay un rol para que todos los residentes de Medicina Conductual del Hospital Juárez, así como en la presentación de caso, puedan presentar el artículo sobre un tema de su servicio y de su interés, con el fin de que todos podamos conocer el trabajo que se realiza en otras clínicas y servicios.

-Proyecto en investigación de estomas: Aunque no está explícitamente en el calendario de actividades hay una investigación en curso junto con el Dr. Carlos Álvarez sobre la calidad de vida y autoeficacia de pacientes con estomas. Para ello se está aplicando una batería a pacientes con estomas para evaluar su autoeficacia y calidad de vida.

Otras actividades no programadas

Durante la residencia se asistió a tres congresos en los que se presentaron trabajos en la modalidad de simposio. Los congresos y trabajos se describen a continuación.

Asistencia al XXIV Congreso Mexicano de Psicología: La actualización del psicólogo frente a los desafíos de la sociedad contemporánea. Desde la ciencia hasta la práctica, con el trabajo titulado “Correlación entre un procedimiento de elección y el auto-reporte de la conducta autocontrolada”. El congreso tuvo lugar en la Ciudad de México del 5 al 7 de octubre del 2016.

Del 22 al 25 de noviembre de 2016 participé en el XXVI Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta con el trabajo “Procedimiento de elección de la conducta autocontrolada” con sede en Puerto Vallarta, Jalisco.

Ponencia del trabajo “Traducción y validación de la escala Stoma-QoL” en el XXVII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta en Aguascalientes durante el mes de octubre del 2017.

Además de la asistencia a los congresos mencionados asistí en la Facultad de Psicología el taller “La intervención del psicólogo en los cuidados paliativos” durante los días 2 y 3 de marzo del 2017.

Finalmente, como actividades no contempladas inicialmente durante la residencia, participé como ponente en las clases de Bioética y Burnout impartidas a los residentes del servicio de oncología del Hospital Juárez de México en el mes de agosto del 2016. Asimismo, durante el mes de octubre impartí una plática a los pacientes de la Clínica de Heridas y Estomas sobre el servicio de Medicina Conductual y sobre la relación entre las emociones, la conducta y los pensamientos.

Productividad

Desde el 9 de enero del 2017 hasta el 22 de junio del 2018 se trabajó con 492 pacientes distintos, cuya media de edad es de 52.86 años, con una DE de 13.66. El 73% fueron pacientes femeninas mientras que el restante 27% representa a los pacientes varones.

De las 1089 intervenciones, en la Tabla 5 se muestra el área de atención y el tipo de consulta brindada, y como se observa la mayoría fue en hospitalización.

Tabla 5
Tipo de consulta y área de atención de intervenciones

	Consulta externa	Hospitalización	Total
Primera vez	225	263	488 (45%)
Subsecuente	223	378	601 (55%)
Total	448 (41%)	641 (59%)	1089

Este resultado se esperaba ya que al ser siete psicólogos puede atenderse a la mayoría de los pacientes en su estancia intrahospitalaria. Asimismo, en ocasiones se

realizan interconsultas, por lo que el número de pacientes vistos en hospitalización con frecuencia es mayor a los vistos en consulta externa.

En la Tabla 6 se muestra el porcentaje de los diagnósticos principales observados durante este periodo. Los diagnósticos de los pacientes vistos en consulta externa o en piso se distribuyen en los diagnósticos mostrados. En la categoría *Otros* se agruparon los diagnósticos que obtuvieron una frecuencia menor al 0.9%, por ejemplo, cáncer basocelular, cáncer de encía, cáncer de vulva, cáncer de uraco, entre otros.

Tabla 6

Porcentajes de los principales diagnósticos médicos de los pacientes atendidos

Diagnóstico Médico	Porcentaje	Diagnóstico Médico	Porcentaje
Otros	16.3	Cáncer de testículo	
Cáncer de mama	10.2	Tumor anexial	1.8
Cáncer de colon	10.0	Benigno	
En estudio	9.3	Cáncer de cavidad oral	1.4
Cáncer de recto	8.8	Melanoma	1.3
Cáncer de ovario	8.0	Gist gástrico	1.2
Cáncer cervicouterino	5.8	Tumor renal	
Cáncer gástrico	4.7	Cáncer de esófago	1.1
Cáncer de endometrio	4.0	Linfoma no Hodgkin	
Cáncer de tiroides	2.8	Cáncer epidermoide	1.0
Cáncer de páncreas	2.1	Leiomioma	
Cáncer de próstata	2.0	Cáncer de pene	0.9

En algunas ocasiones no se interviene solamente con el paciente, es decir, la intervención puede ser familiar, por ejemplo, cuando un paciente fallece y se encuentra más de un familiar presente, o inclusive puede ser una intervención con el paciente y algún familiar, sin embargo, estas modalidades de intervención no son frecuentes. En este periodo

el porcentaje de pacientes visto de forma individual fue del 77.6% contra un 15.4% de la modalidad familiar y en menor porcentaje el de la intervención individual y familiar con un 7.0%.

Finalmente, en la Tabla 7 se señala el porcentaje del diagnóstico psicológico de los pacientes atendidos. Como se observa, la mayoría presenta síntomas de depresión y ansiedad.

Tabla 7
Porcentaje de diagnósticos psicológico de los pacientes atendidos

Diagnóstico psicológico	Porcentaje
Síntomas de depresión	36.0
Sin trastorno psicológico aparente	27.6
Síntomas de ansiedad	17.1
Factor psicológico que afecta estado físico	10.5
Reacción de estrés aguda	8.2
Aplazado	0.4
Problemas relacionados con el grupo de apoyo	0.2
No valorable debido a condición médica	0.1

Debido a la organización del servicio y a la naturaleza de la enfermedad, se observaron cambios en la sintomatología presentada en los pacientes, principalmente en aquellos con estancias intrahospitalarias prolongadas.

Finalmente, en la Figura 9 se muestra el porcentaje de las técnicas de intervención más empleadas. Dada la naturaleza del servicio, donde las consultas son rápidas y a veces

los pacientes no expresan sus dudas al personal médico, esperan con el psicólogo para aclararlas, de ahí que las principales técnicas sean psicoeducación seguida de orientación e información. Otras técnicas empleadas con menor porcentaje y que no se muestran en la tabla son distracción instrumental, respiración pasiva, relajación muscular entre otras.

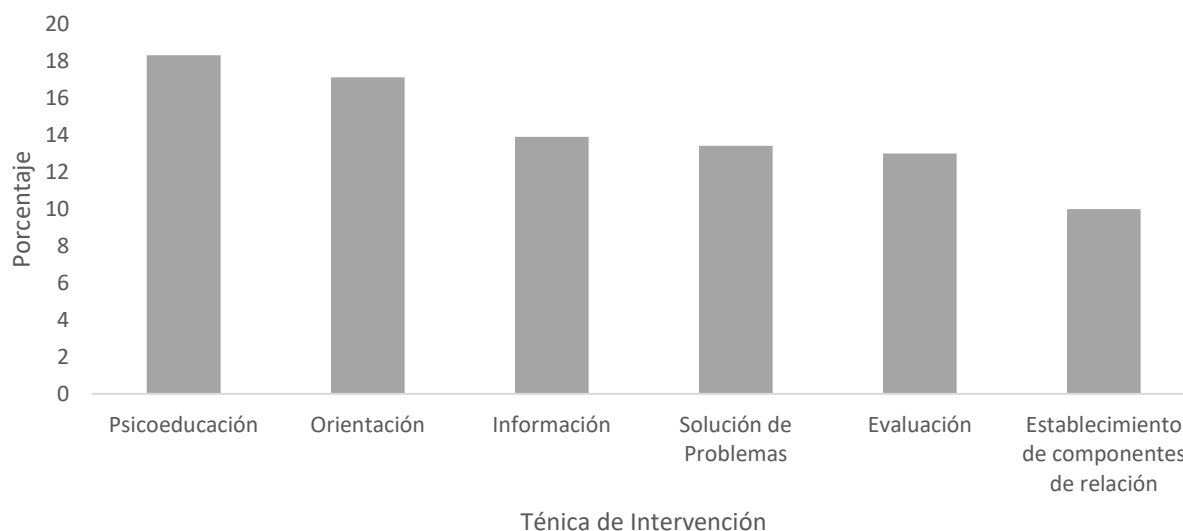


Figura 9 Porcentaje de técnicas de intervención más empleadas. Fuente: Elaboración propia.

Evaluación

Del servicio

Durante la residencia se observaron cambios favorables. Se integró al equipo la Dra. Denis Delgado como adscrita en el servicio de onco-mama. Este fue un cambio oportuno ya que anteriormente sólo había una adscrita para dicha consulta, lo que ocasionaba que la carga de pacientes estuviera saturada y que la espera para pasar a la misma fuera prolongada.

Con relación a los adscritos y al jefe de servicio se percibió una mayor inclusión de los médicos conductuales, ya que se nos consideraba para dar temas en las clases de oncología, se nos pedía acompañar a la consulta externa y se preguntaba por nuestra impresión clínica de algunos pacientes. La inclusión no se observó sólo con los médicos, sino también con el personal de enfermería y las trabajadoras sociales, quienes también nos solicitaban viéramos a algún familiar o paciente, principalmente en quimioterapia que es donde están a cargo las enfermeras, y en hospitalización, donde la trabajadora social está en contacto directo con los familiares.

Al tener más consideración por parte del personal médico también provocó situaciones que anteriormente no se presentaban en el servicio, como son la siguientes. En ocasiones coincidía que más de un psicólogo necesitara el espacio asignado a psicooncología y, para subsanar esta dificultad, las enfermeras nos facilitaron otro espacio cerrado, así como el acceso a consultorios desocupados, lo que ayudó con las intervenciones a los pacientes y familiares. Asimismo, al estar los médicos acostumbrados a la presencia de psicólogos durante su consulta en ocasiones se llegó a exigir que se permaneciera durante todo el día

o en días u horarios destinados a actividades académicas, lo que propició a que se implementara una guardia los miércoles para atender urgencias y avisar a las enfermeras y médicos dónde se encontraban los psicólogos en caso de una emergencia.

Actividades diarias y académicas

En un inicio fue complicado adaptarse a los horarios y la organización de la institución, sin embargo, una vez que observa cómo se distribuye el trabajo y se conoce el estilo de cada adscrito el trabajo se hizo más sencillo. Un punto que también facilitó el desempeño de las actividades diarias fue la comunicación con los otros residentes de medicina conductual del servicio, tanto los R2, y los R1, los compañeros de generación, pues ayudó a que la organización y atención de emergencias fuera oportuna y rápida. De igual forma, el estar continuamente en contacto permitió obtener puntos de vista diferentes, así como sugerencias con relación a las intervenciones que se pudieran considerar complicadas.

Otro punto que favoreció el ampliar la gama de técnicas o intervenciones, así como profundizar el conocimiento sobre las mismas fue la revisión de textos entre los residentes de medicina conductual, tanto por servicio como por generación, esto último bajo la supervisión del Dr. Gallardo. Asimismo, la revisión y presentación de casos clínicos contribuyó a que se desarrollaran habilidades de presentación, escritura, evaluación de los pacientes y la pertinencia de las técnicas cognitivo-conductuales de acuerdo con la sintomatología detectada. En esta misma actividad, el ser ponente no era la única forma de mejorar respecto a nuestras intervenciones, como espectadores también aprendíamos con las participaciones y sugerencias de los compañeros y profesores.

Finalmente, y debido al trabajo con el protocolo, se asistió en diversas ocasiones a la clínica de Heridas y Estomas para realizar entrevistas y aplicar escalas a pacientes portadores de estomas. Durante esta actividad se pudo notar que ciertas curaciones u otros procedimientos por parte del personal de enfermería provocaban sintomatología ansiosa en los familiares o los pacientes. De igual forma, se observó que pacientes portadores de estomas que no pertenecían al servicio de oncología desconocían el trabajo del médico conductual en el hospital.

Sistema de supervisión

Respecto a la supervisión *in situ* considero que sería de ayuda para los médicos conductuales tener una clase o seminario con relación a medicamentos frecuentemente utilizados en los diagnósticos más comunes, ya que nos permitiría saber si algunas respuestas físicas por parte de los pacientes se deben a ello y permitiría una mejor conceptualización de la problemática que presentan. No obstante, y aunque no se tenía una clase como tal, el Dr. Gallardo respondía nuestras dudas cuando acudíamos con él, la dificultad en ocasiones era coincidir, pues al ser el único psiquiatra del hospital debe estar pendiente de todos los servicios de la institución.

Con relación a la supervisión académica el tener una programación favoreció la organización y distribución del tiempo, así como el ir avanzando en el protocolo de manera que no se percibiera como una tarea con una carga excesiva. De igual forma, permitió que habilidades como la redacción y revisión de las notas SOAP se desarrollaran de mejor forma, así como la presentación y revisión anticipada de los casos clínicos que se presentaron. Un aspecto que me pareció favorable durante toda la supervisión es que ésta no se limitaba a los casos clínicos o a la parte presencial en el hospital, sino que también se tenían

actividades a realizar por medio de plataformas, el acceso a diferentes materiales de información, así como supervisión fuera de la institución.

Competencias alcanzadas

Personales

Desde un inicio, la residencia supuso un reto para mí por la distancia, pues al estar retirada el traslado diario de casa al hospital o a la Facultad de Estudios Superiores no era una opción viable. La solución que tomé fue mudarme cerca de las instituciones, lo que significó un reto con relación a la organización de tiempo, economía y separación del núcleo familiar. Sin embargo, pronto observé que los beneficios al tomar esa decisión fueron mayores, lo que me permitió una mejor adaptación.

Con relación al trabajo en el hospital, el estar en constante interacción con pacientes y personal médico me permitió desarrollar más seguridad, pues generalmente era una persona callada, tímida que no interactuaba con otros, lo cual rompe por completo con las actividades del servicio, ya que debes de mostrarte segura, cálida y con confianza, ya sea al aproximarte al paciente o con los médicos adscritos y residentes.

De igual forma, las actividades realizadas me han ayudado a reconocer mi trabajo, es decir, generalmente lo infravaloraba o me sentía dubitativa con el mismo, pero el estar en contacto con mis compañeros, así como con la supervisora y otros profesores y platicarles nuestras intervenciones me han permitido ver los aciertos que he tenido y que estaba generalizando mi percepción de mi trabajo como deficiente cuando no era así.

Conocimiento

Antes de la residencia tenía poca información sobre técnicas de intervención cognitiva, ahora puedo decir que conozco un poco más de ellas y que he ido incorporándolas a las técnicas que ya conocía y con las que me sentía más cómoda. Otro punto que destacar es

que antes no había trabajado sobre el análisis funcional de los casos, ahora tengo las habilidades para elaborarlos.

Comentarios y sugerencias

A partir del trabajo realizado durante toda la maestría puedo decir que se cumplieron mis expectativas con relación a la práctica en la sede hospitalaria, es decir, a las horas que se tenían disponibles para el trabajo con los pacientes y a la combinación junto con las actividades académicas, que permitían evaluar nuestros progresos. De igual forma, con relación a la percepción del psicólogo en el hospital fue grato observar cómo nuestro trabajo empezó a ser más reconocido por el personal de salud, desde las trabajadoras sociales, las enfermeras, los residentes del servicio hasta los adscritos de cada clínica, así como el interés de los pacientes que manifestaban en las consultas para recibir o iniciar un proceso terapéutico.

Específicamente, en el servicio de oncología parece necesario, con base a lo observado durante los semestres, que al menos seis residentes de Medicina Conductual se encuentren asignados al servicio para poder cubrir la mayoría de las clínicas de este, así como las urgencias que puedan presentarse tanto en consulta externa como en hospitalización.

Con relación a la interacción entre los residentes de Medicina Conductual de los diferentes servicios sugiero que haya una mayor organización, esto con respecto a pacientes que son vistos por más de un servicio o que llegan a cambiar del mismo, pues en ocasiones no hay la comunicación necesaria para detallar el trabajo y evaluación del paciente. Otro punto que podría organizarse mejor es la lista de asistencia diaria y el rol de interconsultas, podría cambiarse el formato de estas a un libro para tenerlo a disposición de la supervisión y de las normas del hospital.

Finalmente considero que podría considerarse el tener residentes de Medicina Conductual en el clínica de Heridas y estomas, ya que no sólo sería a favor del paciente, sino que el personal de la clínica está en la disposición de ceder espacio para que pueda atenderse la parte psicológica de las personas portadoras de estoma, y no se limitaría sólo a esos pacientes, pues en ocasiones incluso ante algunos cuidados o procedimientos de curación se llegó a percibir a los familiares y pacientes preocupados y con miedo ante ellos.

Referencias

- Ahmad, N., y Khan, M. A. (2011). Quality of life assessment in patients with stoma in Muslim population. *Annals of Pakistan Institute of Medical Sciences*, 7(4), 222-227.
- Amaro, S. K. J. (2019). (Tesis de maestría). *Intervención cognitivo conductual en la Autoeficacia en personas portadoras de estoma*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México.
- Arroyo, J. C., Becerra, G. A., Fuentes, F. F., Lugo, G. I., Pérez, T. B., Reséndiz... y Reynoso, E. L. (2014). El análisis conductual aplicado: casos clínicos en medicina conductual. En L. Sánchez-Carrasco y J. Nieto (Eds.). *Tendencias actuales en aprendizaje y memoria. Memorias de la 1ª reunión satélite de aprendizaje y memoria* (214-255). México: Facultad de Psicología.
- Baider, L., y Surbone, A. (2014). Universality of aging: family caregivers for elderly cancer patients. *Frontiers in psychology*, 5, 744. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00744>
- Basmajian, J. V. (1999). The third therapeutic revolution: Behavioral medicine. *Applied Psychophysiology y Biofeedback*, 24(2), 107–116.
- Boticario, C. y Cascales, M. (2012) Digestión y metabolismo de nutrientes. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia
- Bryan S. y Dukes S. (2010) The Enhanced Recovery Programme for stoma patients: an audit. *British Journal of Nursing* 19, 831–834.
- Camacho Gutiérrez, E. (2013). La medicina conductual en México: un breve análisis histórico e historiográfico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 3(1).

- Canova, C., Giorato, E., Roveron, G., Turrini, P., y Zanotti, R (2013). Validation of a Stoma Specific quality of life questionnaire in a sample of patients with colostomy or ileostomy. *Colorectal Disease*, 15(11), 692-698.
- Charúa-Guindic, L., Benavides-León, C. J., Villanueva-Herrero, J. A., Jiménez-Bobadilla, B., Abdo-Francis, J. M., y Hernández-Labra, E. (2011). Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cirugía y cirujanos*, 79(2), 149-155.
- Chaudhri S., Brown L., Hassan I. y Horgan A.F. (2005) Preoperative intensive, community-based vs. traditional stoma education: a randomized, controlled trial. *Diseases of the Colon and Rectum* 48, 504–509.
- Collado, E. J., y García, P. (2015). Validación de un cuestionario específico de Calidad de Vida con una muestra de pacientes colostomizados o ileostomizados. *European Journal of Health Research*, 1(3).
- Coloplast, (2010). Manual práctico: una ayuda para las personas ostomizadas y sus familiares. España: Coloplast
- Corella, J., Vázquez, A., Mas, T., Corella, J., y Corella, L. (2005). *Estomas. Manual para enfermería*. España: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
- Cruz- Castañeda O, Cano-Garduño MA, Pat-Castillo L, Sánchez-Bautista MP, Espinosa-Estévez JM, Rivas-Espinosa JG, Hernández-Corral S. (2009). Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal. *Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico*, 14(1), 15-19.

- Dos Santos Pereira, A., Bernardi Cesarino, C., Ismael Martins, M., Halena Pinto, M., y Gomes Netinho, J. (2012). Asociación de los factores sociodemográficos y clínicos a la calidad de vida de los ostomizados. *Revista Latino Americana. Enfermagem*, 20(1).
- Elkinton, J. R. (1996). Medicine and the quality of life. *Annal of Internal Medicine*, 64(3), 711-714.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136.
- Erwin-Toth, P., Thompson, S. J., y Davis, J. S. (2012). Factors impacting the quality of life of people with an ostomy in North America: results from the Dialogue Study. *Journal of Wound Ostomy y Continence Nursing*, 39(4), 417-422.
- Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: A taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 502–508
- Felgoise, S., Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Reinecke, M. A. (Eds.). (2004). *Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. Indiana: Springer Science y Business Media.
- Franks, M., C. (1991). Orígenes, historia reciente, cuestiones actuales y estatus futuro de la terapia de conducta: una revisión conceptual. En V. Caballo (Ed.) *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (3-50). Madrid: Siglo XXI.
- González, B. A. y González, S. X. (s.f). *La calidad de vida de las personas Ostomizadas y Mastectomizadas del Hospital México: bases para su conceptualización y atención*. Recuperado de <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/v21n441995/art03.pdf>
- Guindic, L. C. (2006). Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. *Revista Médica del Hospital General de México*, 69(2), 113-118.

- Hergenhahn, B. R. (1992). *An introduction to the history of psychology* (2nd ed.). Belmont: Wadsworth.
- Hernández, S. R., Fernández, C. C., y Baptista, L., P. (2010). Metodología de la investigación (Vol. 3). México: McGraw-Hill.
- Hernández Fernández, F. (2011). Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado. *Red Latinoamericana de Organizaciones de la Sociedad Civil por la Educación (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 3(2).
- Lim, S. H., Chan, S. W. C., Lai, J. H., y He, H. G. (2015). A randomized controlled trial examining the effectiveness of a stoma psychosocial intervention programme on the outcomes of colorectal patients with a stoma: study protocol. *Journal of advanced nursing*, 71(6), 1310-1323.
- Long, C. (2004). *Lo esencial en el aparato digestivo*, 2nd ed. España: Elsevier.
- MacDonald, L. D., y Anderson, H. R. (1984). Stigma in patients with rectal cancer: a community study. *Journal of Epidemiology y Community Health*, 38(4), 284-290.
- Martínez, L. A. (2005). Self-care for stoma surgery: mastering independent stoma self-care skills in an elderly woman. *Nursing Science Quarterly* 18, 66–69.
- McKenzie F, White CA, Kendall S, Finlayson A, Urquhart M, Williams I (2006). Psychological impact of colostomy pouch change and disposal. *British Journal of Nursing* 15(6):308–16
- Mendoza, L. A. (14 de mayo del 2008). *Diseño y construcción*. [Mensaje en página de internet]. Recuperado de http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/interior/ANTEC_HIST/disenos_constr.html
- Mostofsky, D. I. (2014). *The handbook of behavioral medicine*. New York: John Wiley y Sons.

- Piña, L., Obregón, S., Corral, V. y Márquez, M. (1996). ¿Constituye la medicina conductual alternativa multidisciplinaria de la psicología para el campo de la salud?. En J. J. Sánchez-Sosa y C. Carpio y E. Díaz-González (Eds). *Aplicaciones del conocimiento psicológico* (95-115). México: Editorial de la Universidad Nacional Autónoma de México / Sociedad Mexicana de Psicología
- Popek, S., Grant, M., Gemmill, R., Wendel, C. S., Mohler, M. J., Rawl, S. M., ... y Krouse, R. S. (2010). Overcoming challenges: life with an ostomy. *The American Journal of Surgery*, 200(5), 640-645.
- Prieto, L., Thorsen, H., y Juul, K. (2005). Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. *Health and quality of life outcomes*, 3(1), 62.
- Reynoso, E. L., Hernández, M. M., Bravo, G. M. y Anguiano, S. S. (2001). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de educación y desarrollo*, 17, 43-49. Recuperado de http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/17/017_Completa%20Vf.pdf#page=44
- Reynoso-Erazo, L., Bravo-González, C., Anguiano-Serrano, S., y Mora-Miranda, M. A. (2012). La Evaluación de la Residencia en Medicina Conductual. La historia se repite. *Revista de Educación y Desarrollo*, 23, 43-53. Recuperado de <http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/29677881/Reynoso>
- Reynoso-Erazo, L., Bravo-González, M. C., Anguiano-Serrano, S. A., Rentería-Rodríguez A., Tron-Álvarez, R., Ávila-Costa, M. R., ... y Gallardo-Contreras, R. (s.f). *Posgrado en*

psicología en la FES Iztacala UNAM: La residencia en Medicina Conductual. México:
UNAM

Reynoso-Erazo, L., Hernández-Manjarrez, M. E., Bravo-González, M. C., y Anguiano-Serrano, S. A. (2011). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49.

Rodríguez Ortega, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 5-12. Recuperado de <http://revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/18467>

Salomé, G. M., Almeida, S. A. D., y Silveira, M. M. (2014). Quality of life and self-esteem of patients with intestinal stoma. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*, 34(4), 231-239.

Schwartz, G. E., y Weiss, S. M. (1978). Yale conference on behavioral medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3-12.

Secretaría de Salud (2014). *Manual de Organización Específico del Hospital Juárez de México*. Recuperado de <http://www.hjc.salud.gob.mx/contenidos/direccion/historia.html>

Shellenberger, R., Amar, P., Schneider, C., y Turner, J. (1994). *Clinical efficacy and cost effectiveness of biofeedback therapy: Guidelines for third party reimbursement* (2nd ed.). Wheat Ridge, CO: Association for Applied Psychophysiology and Biofeedback.

Shorter, E. (1991). *Doctors and their patients: A social history*. New Brunswick: Transaction Publishers.

- Silva M.A., Ratnayake G. y Deen K.I. (2003) Quality of life of stoma patients: temporary ileostomy versus colostomy. *World Journal of Surgery* 27, 421–424.
- Singer, S., Das-Munshi, J., y Brähler, E. (2009). Prevalence of mental health conditions in cancer patients in acute care—a meta-analysis. *Annals of Oncology*. doi:10.1093/annonc/mdp515
- Stegensek-Mejía, E. M., Murad-Robles, Y., González-Mier, M. J., López-Hernández, B. E., y Sánchez-Ojeda, E. (2017). Derivaciones fecales y urinarias en un centro de atención especializado, México 2016. *Enfermería universitaria*, 14(4), 235-242.
- Steptoe, A., Freedland, K., y Jennings, J. R. (2010). *Handbook of behavioral medicine*. Springer, New York.
- Swan, E. (2011). Colostomy, management and quality of life for the patient. *British Journal of Nursing*, 20(1), 22-28.
- Torre, F., Martín-Corral, J., Callejo, A., Gómez-Vega, C., La Torre, S., Vallejo, R., y Arizaga, A. (2008). Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de tratamiento del dolor. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15(2), 83-93.
- Vonk-Klaassen, S. M., de Vocht, H. M., den Ouden, M. E., Eddes, E. H., y Schuurmans, M. J. (2016). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality of Life Research*, 25(1), 125-133.
- White, C. (1997). Psychological factors in postoperative adjustment to stoma surgery. *Annals of the Royal College of Surgeon of England* 79, 3-7.
- Williams, V., P, y Williams, R., B. (2013). Williams Life Skills Program. En M. Gellman y J. R. Turner (Eds.). *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (2054-2060). New York: Springer.

World Health Organization. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403–1409.

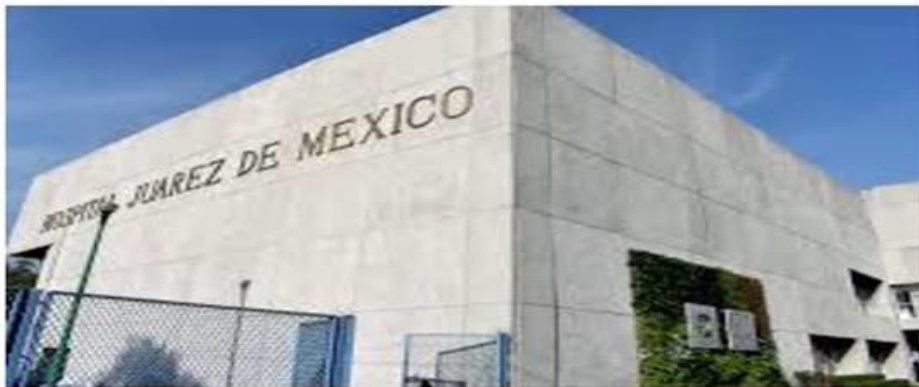
Anexos

Anexo 1 Cartel de invitación al taller



Hospital Juárez de México

Primer taller para personas portadoras de estoma



Temas

Sesión 1

Recomendaciones para la higiene y el cuidado general de la estoma

Sesión 2 y 3

Solución de problemas que se presentan con la estoma

Sesión 4

Mejorar la confianza e incrementar la sensación de control en situaciones relacionadas con la estoma

Sesión 5

Aprender a comunicar mis emociones y pensamientos

Informes e Inscripciones

Psicooncología

Consultorio 85 de la consulta externa en oncología

Clínica de heridas y estomas

Primer piso

Av. Instituto Politécnico Nacional No. 5160,
G.A.M., Magdalena de las Salinas, 07760, CDMX

18, 25 de mayo
1, 8, y 15 de junio de 2018

Aula por confirmar

12:00 a 14:00 horas

Taller gratuito

Anexo 2 Hoja de consentimiento informado



Carta de Consentimiento Informado



Ciudad de México, a _____ de _____ del 201__

Yo _____ reconozco que las psicólogas Karen Jazmín Amaro Salinas y Karla Denisse Campos González me han proporcionado información amplia y precisa sobre el proyecto de investigación con personas portadoras de estoma.

Se me ha explicado que este proyecto cumple con las reglas establecidas por la Secretaría de Salud y el Código Ético del Psicólogo, y que, por lo tanto, mis datos personales están protegidos y que si acepto a participar tengo absoluta libertad para dejar el estudio en cualquier momento, sin que eso signifique consecuencia de ninguna índole como usuario de los servicios del hospital.

Entiendo que el propósito del estudio es identificar aspectos de mi calidad de vida y autoeficacia relacionados con la estoma, para ello se me pedirá que llene algunos cuestionarios en los que se preguntará sobre el sueño, actividades diarias, funcionamiento social y sobre qué tan seguro me siento de realizar algunas actividades relacionadas con el cuidado de la estoma. Además, recibiré entrenamiento en un taller titulado “Cuidados y Sugerencias para portadores de estoma” que se compone de cinco sesiones semanales con una duración aproximada de 120 minutos cada sesión, y así aprenderé habilidades para mejorar mi calidad de vida y autoeficacia.

Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación. Al finalizar el estudio recibiré un informe de los resultados de mis pruebas. Comprendo que este no genera beneficios económicos o pagos de ninguna forma.

Con mi firma declaro que otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome a contestar las preguntas de los cuestionarios y asistir a las cinco sesiones del taller.

Nombre y Firma del Participante

Nombre y Firma del Testigo


**Nombre y Firma del Investigador
Responsable**

**Nombre y Firma del Investigador
Responsable**

Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de contactar, a la Lic. Psic. Karen Jazmín Amaro Salinas o a la Lic. Psic. Karla Denisse Campos González, responsables de la investigación, en el Consultorio 85 ubicado en consulta externa del servicio de oncología del Hospital Juárez de México.


Anexo 3 Gafete de identificación

Cuidados y Sugerencias para portadores de estomas



Nombre

Cuidados y Sugerencias para portadores de estomas



Nombre

Anexo 4 Escala Stoma QoL

Marque con una X el recuadro con el que identifique su situación. (Solo 1 respuesta)

1.- Me pongo nervioso/a cuando la bolsa está llena.

Siempre A veces Raras veces Nunca

2.- Siento la necesidad de saber dónde está el baño más cercano.

Siempre A veces Raras veces Nunca

3.- Me preocupan los ruidos del intestino.

Siempre A veces Raras veces Nunca

4.- Necesito descansar durante el día.

Siempre A veces Raras veces Nunca

5.- La bolsa limita las opciones de ropa que puedo usar.

Siempre A veces Raras veces Nunca

6.- Mi bolsa me hace sentir sin atractivo sexual.

Siempre A veces Raras veces Nunca

7.- Duermo mal por la noche.

Siempre A veces Raras veces Nunca

8.- Me preocupa que la bolsa haga ruido al moverme.

Siempre A veces Raras veces Nunca

9.- Me resulta difícil pasar la noche fuera de casa.

Siempre A veces Raras veces Nunca

10.- Me cuesta disimular que llevo una bolsa.

Siempre A veces Raras veces Nunca

11.- Me preocupa ser una carga para las personas cercanas a mí.

Siempre A veces Raras veces Nunca

12.- Evito el contacto físico con mis amigos.

Siempre A veces Raras veces Nunca

13.- Me resulta difícil estar con otras personas debido a la bolsa.

Siempre A veces Raras veces Nunca

14.- Me siento solo/a incluso cuando estoy con otras personas.

Siempre A veces Raras veces Nunca

15.- Me preocupa que mi familia se sienta incómoda conmigo.

Siempre A veces Raras veces Nunca

Anexo 5 Manual de Cuidados y Sugerencias para portadores con estoma

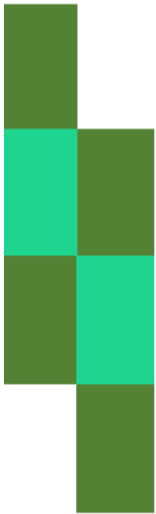


Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Hospital Juárez de México
Residencia de Medicina Conductual



Manual de Cuidados y sugerencias para portadores de estoma

Este manual pertenece a



2

Elaborado por:

Licenciada en Psicología Karla Denisse Campos González
Licenciada en Psicología Karen Jazmín Amaro Salinas
Posgrado en Psicología
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
U.N.A.M

Para los pacientes con estoma del Hospital Juárez de México

E. T. E. Ana F. Cruz García
Jefa de la clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México

Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez
Tutora de la Residencia en Medicina Conductual
Posgrado en Psicología
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
U.N.A.M

Dra. Sandra Angélica Anguiano Serrano
Tutora de la Residencia en Medicina Conductual
Posgrado en Psicología
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
U.N.A.M

Mtra. María Cristina Bravo González
Supervisora Académica de la Residencia en Medicina Conductual
Posgrado en Psicología
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
U.N.A.M

Ciudad de México, 2018

3

Índice

Tema 1. Recomendaciones para la higiene y el cuidado general de la estoma

1.1 El aparato digestivo y urinario.....	5
1.2 ¿Qué es una ostomía y qué tipos hay?.....	8
1.3 Cuidado de la estoma y la piel.....	11
1.4 Alimentación.....	15

Tema 2. Solución de problemas que se presentan con la estoma

2.1 Orientación o actitud hacia el problema.....	18
2.2 Definición del problema.....	22
2.3 Generación de alternativas de solución.....	24
2.4 Toma de decisión.....	26
2.5 Realizar un plan de acción.....	28

Tema 3. Mejorar la confianza e incrementar la sensación de control en situaciones relacionadas con la estoma

3.1 Respiración.....	32
3.2 Autoinstrucciones.....	33

Tema 4. Aprender a comunicar mis emociones y pensamientos

4.1 Tipos de comunicación.....	41
4.2 ¿Qué es la Asertividad?.....	44
4.3 Forma de decir "No".....	46

Bienvenido



Este manual está diseñado para que aprenda más sobre los cuidados de la estoma, así como estrategias que le ayuden a una mejor adaptación.

Los temas que encontrará son:

- Higiene y Cuidados de la estoma
- Estrategias para solucionar problemas que se presentan con la estoma
- Calidad de vida y Autoeficacia con relación a la estoma
- Habilidades de comunicación

A lo largo de este manual también encontrará ejercicios que le permitirán ubicar con mayor claridad los temas y podrá ir practicando lo que revisemos en las sesiones.

Si tiene dudas sobre algún tema **no tenga miedo de preguntar**, pues la duda que tiene puede ser la misma duda de alguien más.

¡No olvide expresar sus dudas!

Introducción

En México dos de cada mil personas poseen una estoma, y ante esta nueva condición se desconoce información.



El propósito de este manual es ayudar a los pacientes con estomas a que conozcan más sobre su condición y aprendan a lograr una mejor adaptación.



A lo largo del manual puede que algunas palabras resulten confusas, por lo que al final encontrará un glosario que las explica o define. Las palabras que se encuentran en el glosario aparecen en el manual con un asterisco.

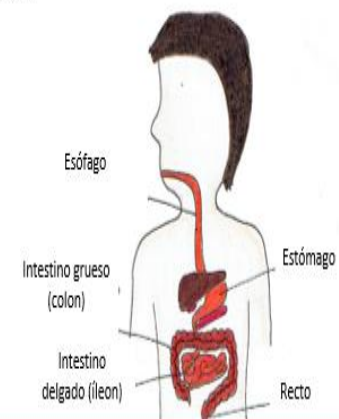
Tema 1. Recomendaciones para la higiene y cuidado general de la estoma

Antes de conocer la función de una estoma hay que conocer al aparato digestivo y urinario.

1.1 El aparato digestivo

El aparato digestivo comienza por la boca y los alimentos que ingerimos pasan por el esófago y llegan al estómago, que es donde comienza el proceso digestivo. Los alimentos se vuelven líquidos gracias a las enzimas y jugos gástricos que se producen en el estómago y el intestino delgado, y es en este último donde se absorben los nutrientes y las vitaminas.

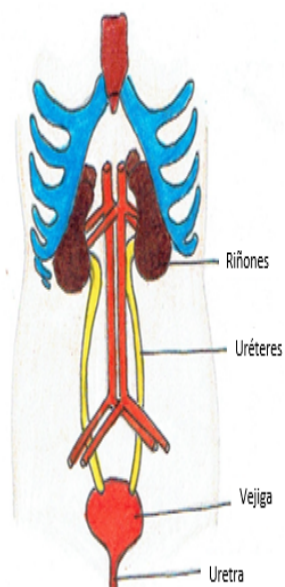
El intestino grueso y el recto absorben sales, minerales y vitaminas que no fueron absorbidas por el intestino delgado. Los restos de alimentos no digeridos por el cuerpo adquieren una consistencia firme, éstos reciben el nombre de heces. En la figura puede observar los componentes del aparato digestivo.



El aparato urinario

Los riñones son los órganos encargados de la producción continua de la orina. La orina viaja por los uréteres hacia la vejiga, y luego pasa a la uretra, que es donde la orina se expulsa al exterior.

La orina se almacena en la vejiga hasta que se elimine por la uretra. En la figura puede observar los componentes del aparato urinario.



Riñones

Uréteres

Vejiga

Uretra

¿Qué tanto sabe?



El siguiente ejercicio tiene como propósito practicar la información revisada. A continuación, deberá completar la información con las palabras que faltan, así como encontrar 10 palabras en la sopa de letras.

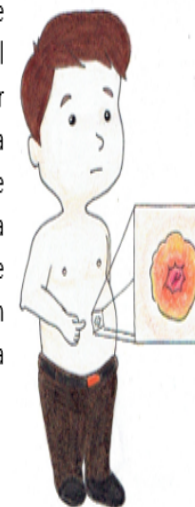
Hasta ahora hemos aprendido sobre dos aparatos importantes de nuestro cuerpo: el aparato _____ y el aparato _____.

En la siguiente sopa de letras encuentra elementos de los dos aparatos vistos. Marca con amarillo los elementos del aparato _____ y con azul los elementos del aparato _____.

T	P	A	G	I	J	E	V	M	O	G
S	Z	U	R	E	T	R	A	N	P	D
E	E	C	U	F	S	Ñ	H	L	T	E
R	N	R	E	C	T	O	J	C	D	L
E	Z	H	S	D	A	Z	F	T	O	G
T	I	Ñ	O	R	I	N	A	A	R	A
E	M	D	M	V	T	M	E	Ñ	G	D
R	A	S	E	N	O	Ñ	I	R	S	O
U	S	F	S	E	C	E	H	B	U	L

1.2 Ostomía

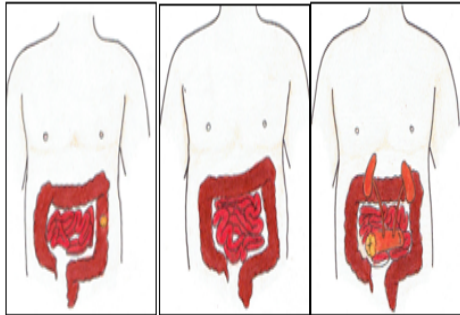
Cuando una persona tiene problemas en las funciones del intestino o la vejiga puede ser necesario que le realicen una ostomía. Si la ostomía se realiza en los uréteres o en la vejiga ya no podrá expulsarse la orina por la uretra, y en ambos casos las heces u orina se evacuarán por la estoma.



¿Qué es una ostomía?

Se refiere a la salida de una parte de un órgano hueco*, (generalmente del aparato digestivo o urinario) través de la piel para poder expulsar su contenido para evitar alguna complicación grave.

Hay tres tipos de ostomías:



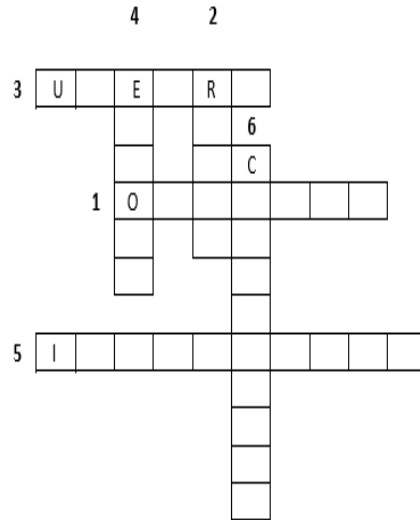
<u>Colostomía</u>	<u>Ileostomía</u>	<u>Urostomía</u>
Se une al exterior un tramo del intestino grueso o colon. Las heces son sólidas o semi-sólidas.	Se une a la pared abdominal un tramo del intestino delgado o íleon. Las heces son líquidas y más frecuentes.	Se conectan los uréteres a una porción del intestino delgado o grueso. La orina fluye por la estoma.

Una estoma puede ser temporal o definitiva, lo cual dependerá del caso particular de cada paciente y el motivo por el cual se la hicieron. El médico le informará el mejor plan de tratamiento para usted.

¿Qué tanto sabe?

De acuerdo con los tipos de ostomías yo tengo: _____

El siguiente ejercicio es un crucigrama formado por las nuevas definiciones revisadas. No se preocupe al inicio de cada recuadro encontrará una letra pista.



Horizontales:

1. Salida quirúrgica a través de la piel.
3. Por aquí se expulsa la orina
5. En esta estoma las heces son más líquidas y frecuentes

Verticales:

2. El intestino grueso y el ____ absorben sales, minerales y vitaminas.
4. Abertura. Consecuencia de la ostomía.
6. En esta estoma las heces son sólidas o semi-sólidas.

1.3 Cuidado de la bolsa y la piel

Después de la cirugía ya no se tendrá control de la evacuación de las heces o de la orina, por lo que se desecharán por la estoma, y se almacenarán en una bolsa recolectora pegada a su abdomen. La piel alrededor de la estoma debe estar limpia para evitar irritaciones.



Hay diferentes tipos de bolsas. A continuación, se mencionan algunas, así como la recomendación para cada tipo de ostomía, pero recuerde que al final **es usted la persona que decide con qué tipo de bolsa siente más comodidad.**



Bolsas abiertas

- Tienen una abertura en la parte inferior.
- Pueden vaciarse a lo largo del día.
- Se recomienda para ileostomías o conducto ileal.
- La bolsa del conducto ileal tiene una válvula antireflujo.

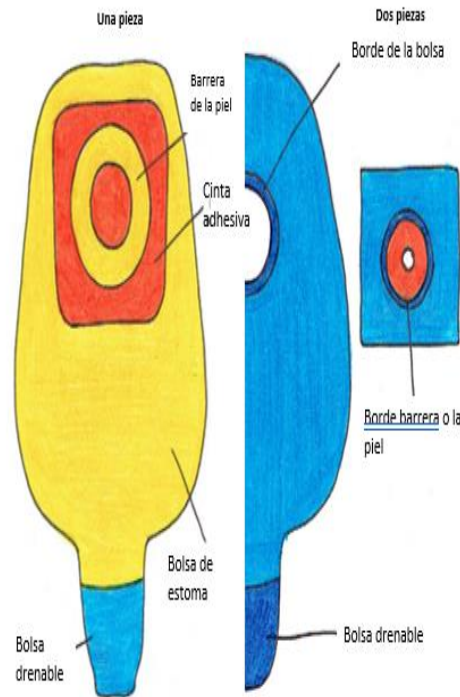
Bolsas cerradas

- No tienen abertura.
- Debe cambiarse cada vez que se llena.

Hay dos tipos de sistemas de recolección:

-De 1 pieza: La barrera y la bolsa están unidas.

-De 2 piezas: La barrera está separada de la bolsa.



Cambio de la bolsa

Dependiendo el tipo de ostomía es la frecuencia con la que se suele cambiar la bolsa.

La mayoría de los pacientes con colostomía vacían la bolsa dos o tres veces por día, dependiendo del volumen y la firmeza de las heces.

Los pacientes con ileostomía suelen vaciar sus bolsas entre 6 y 7 veces al día, dependiendo de las heces producidas. La bolsa se cambia una vez al día.

Finalmente, los pacientes con conducto ileal vacían la bolsa cada vez que lo consideran necesario y se cambia una vez al día.

Se recomienda que cuando la bolsa se encuentre a un 75% de su capacidad se cambie.

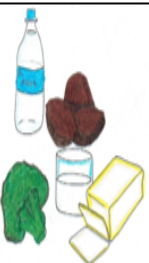


Puede cambiar su bolsa cada vez que lo desee o sólo lavarla, depende de cada persona.

El contenido de las bolsas puede vaciarse al inodoro y colocar la bolsa vacía en una bolsa de plástico o envolverla en papel higiénico y tirarla en el bote de basura.



1.4 Alimentación

La mayoría de los pacientes con estomas pueden comer y beber lo que acostumbraban antes de la cirugía. Poco a poco cada paciente va detectando qué tipo de alimentos le provocan gases y heces más líquidas. A continuación, se presentan algunas sugerencias.

Ileostomía	Colostomía	Conducto Ileal
		
-Beber mucha agua, lentamente y durante todo el día. -Ingerir alimentos astringentes*.	-La formación de gases depende de cada persona. -Usualmente los alimentos que provocan gases son: huevo, cebolla, leche. -Alimentos que neutralizan los gases: manzana, cereal, yogurt natural sin azúcar.	-Beber 2 litros de líquido al día. -Comer frutas y verduras ricas en vitamina C y frutas de color amarillo. -Espárragos y cebollas producen un fuerte olor en la orina.

¿Qué tanto sabes?

Imagine que va a preparar el desayuno, ¿qué alimentos podría usar? Escribalos



¿Qué receta prepararía con esos alimentos?

Hemos llegado al final de la primera sección. Hasta este punto esperamos que usted tenga información más clara sobre los tipos de estomas intestinales y urinarios, el cuidado para ellas, así como los sistemas disponibles para el cuidado y las sugerencias sobre el tipo de alimentación.



Si tuviera preguntas adicionales sobre los temas revisados lo invitamos a preguntar a los responsables del taller, al personal de salud de la clínica de heridas y estomas y a consultar las páginas de internet que se encuentran al final de este manual.

Tema 2. Estrategias para solucionar problemas que se presentan con la estoma

Las **situaciones problemáticas** son una constante en la vida cotidiana, a veces creemos que son difíciles de resolver, sin embargo, **si consideramos los siguientes pasos** nos ayudarán a tomar la mejor decisión para la resolución de los mismos.

Paso 1. Orientación o actitud hacia el problema

Este paso hace referencia al **estilo general hacia los problemas de la vida**, incluye:

- Reconocer que existen
- Creencias
- Valoraciones
- Expectativas sobre los problemas de la vida y sobre la propia capacidad para solucionarlos
- Las respuestas emocionales a los mismos

Primero tenemos que saber que **los problemas son parte de la vida**, son situaciones específicas que nos exigen una **respuesta** para funcionar de manera adecuada.



Esta respuesta tiene por nombre **“solución”**, que son formas de afrontamiento dedicadas a cambiar la condición de la situación problemática.

Podemos tener ciertas dificultades cuando:

- ✘ No reconocemos los problemas o vemos problemas donde no los hay, tendemos a pasarlos por alto, minimizarlos o incluso negarlos.
- ✘ Nos culpamos a nosotros mismos por los problemas, nos vemos incapaces de resolverlos.
- ✘ Los valoramos como amenaza.
- ✘ Los vemos como irresolubles e incontrolables
- ✘ No creemos en nuestra propia capacidad para resolverlos.
- ✘ No dedicamos el tiempo y esfuerzo suficiente a resolverlos.

Algunas estrategias que nos ayudan ante estas dificultades son:

- ✓ **Reconocer los problemas antes de que sea demasiado tarde**, nos es útil emplear las emociones negativas (enojo, culpa, tristeza, ***ansiedad**) como señales para reconocerlos.
- ✓ **Ver los problemas como una parte normal de la vida**, los problemas son inevitables, ¿conoce a alguien que no tenga problemas?
- ✓ **Pensar que los problemas son causados por circunstancias del ambiente y personales que se pueden modificar** en vez de pensar que se deben a que algo esté mal en uno.
- ✓ **Ver los problemas como un desafío u oportunidad** para aprender algo nuevo, cambiar para mejorar o sentirnos mejor con nosotros mismos.
- ✓ **Cuanto más creamos que los problemas tienen solución y creamos en nuestra capacidad para afrontarlos** mejor les haremos frente.
- ✓ **Estar dispuestos a dedicar tiempo y esfuerzos necesarios** para resolver el problema.

Los pacientes con estoma se pueden enfrentar a diversas situaciones difíciles, ya sean problemas de la enfermedad, la familia, el trabajo o en alguna otra área de la vida. Y es importante que definamos bien el problema para encontrar soluciones adecuadas y no complicarlo.

¿Qué opina de los problemas que le aquejan?

¿Cree que está en sus manos resolverlos?
¿Por qué?

Paso 2. Definición del problema

En este paso necesitamos identificar el problema. Para ello tenemos que considerar lo siguiente:

- ◆ ¿Dónde se presenta el problema?
- ◆ ¿Quiénes están involucrados?
- ◆ ¿Qué sucede (o no sucede) para que se preocupe?
- ◆ ¿Dónde sucede? ¿En qué lugar?
- ◆ ¿Cuál es su reacción a esta situación?
- ◆ ¿Quién tendría que resolver este problema?
- ◆ ¿Cómo puede colaborar para resolver el problema?

Ejemplo de problema

Mal definido

Bien definido

No tengo dinero

Necesito reunir 1000 pesos para comprar las bolsas de este mes.



Llevémoslo a la práctica.

Describe en las siguientes líneas, qué problemas ha tenido desde que tiene su estoma.



Paso 3. Generación de alternativas de solución

Ante este problema, necesitamos encontrar soluciones y tal vez se pregunte ¿Cómo le hago?

Para lograr un mayor número de posibles soluciones ayuda que pensemos en una **lluvia de ideas** y para ello podemos seguir lo siguiente:

- ◆ **Cantidad:** nos interesa tener el mayor número de posibles soluciones.
- ◆ **No juicio:** cualquier alternativa es válida, se prohíbe criticar.
- ◆ **Variedad:** lograr la mayor variedad, da rienda suelta a la imaginación.



Ahora pongamos en práctica lo anterior

Anote en las siguientes líneas las ideas que se le ocurran para solucionar el problema:

1.
2.
3.
4.
5.

¡Recuerde!

No importa que suene descabellada

Todas las ideas son buenas



Paso 4. Toma de decisión (Evaluar los pros y contras de las soluciones).

De la lista que acaba de realizar, el siguiente paso es que piense en las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones que escribió.

Para ello tenemos que considerar:

- ◆ Beneficios obtenidos ¿Qué gano?
- ◆ Probabilidad de éxito ¿Qué probabilidad tengo de lograrlo?
- ◆ Depende de nosotros ponerla en marcha o no
- ◆ Medios necesarios (personas, materiales)
- ◆ Tiempo estimado
- ◆ Costos asociados ¿qué riesgos va a correr?

Imaginémonos que es como si las colocara en una balanza



En el siguiente cuadro, anote los pros y contras de una de sus alternativas de solución:

Alternativa de solución a evaluar

--

PROS	CONTRAS

De las alternativas de solución tiene que escoger una de las soluciones al problema, es decir **tomar una decisión**.

Una decisión consiste en elegir, de entre una serie de posibilidades, **la mejor de ellas**.

Paso 5. Realizar un plan de acción

El objetivo de este paso **es poner en práctica** la alternativa de solución que ha escogido. Y para eso necesitamos realizar un **plan de acción**.

Ya definió su problema y, de todas sus alternativas, eligió la mejor alternativa de solución, lo siguiente es que piense en **los posibles obstáculos que tendría para realizar el plan**, en el siguiente espacio anote los que considere:

--

Y ahora pregúntese si podrá llevar a cabo la solución.

Si su respuesta es **NO** responda lo siguiente:

¿Por qué?

¿Qué me lo impide?

Si su respuesta es **SI** responda lo siguientes:

¿Qué necesito para realizarlo?

¿Cuándo puedo comenzar?

¡Ponga en marcha la solución!



Para evaluar si la solución que eligió fue una buena opción, ayuda preguntarse:

¿Funcionó?

¿Resultó como lo esperaba?

Y si no funcionó ¿Qué fue lo que paso?

Es válido equivocarnos al escoger la solución, y lo mejor es que podemos regresar a nuestra lista de posibles soluciones y poner en marcha otra.

Estas estrategias le permitirán solucionar más eficaz e independientemente futuros problemas.

¡Ha realizado un buen trabajo!

Intentarlo marca la diferencia



Tema 3. Estrategias para mejorar la confianza en mi propia capacidad y sensación de control en situaciones relacionadas con la estoma

3.1 Respiración

Puede que cuando nos enfrentamos a una situación diferente o nueva como pueden ser las actividades relacionadas al cuidado de la estoma, alimentación, actividades sociales, entre otras, nos sintamos ansiosos o intranquilos de realizarlas.

Un ejercicio que nos permite relajarnos y sentirnos tranquilos **es la respiración**. Esta la tenemos que hacer lenta y calmada.

Tomar aire por la nariz hasta donde aguantemos y sacarlo ligeramente, lo más lento que podamos, por la boca. Procurar no levantar los hombros.

Intentemos respirar de esa forma...

1. **Primero observe cómo lo hace la psicóloga.**
2. **Después lo hará junto con usted.**
3. **Ahora lo hará usted solo y la psicóloga observará cómo lo hace.**



3.2 Autoinstrucciones

Una de las dificultades que se pueden presentar al momento de intentar resolver un problema es que **no** creamos en nuestra capacidad para resolverlo, es decir, qué tan autoeficaces nos percibimos.

La autoeficacia hace referencia a qué tan capaces nos percibimos para llevar a cabo dicha conducta o solución.

Puede que se diga a sí mismo:



Qué suele decirse a sí mismo cuando se enfrenta a una nueva actividad, situación o problema, anótelo en el siguiente espacio:



Esas frases que nos decimos a nosotros mismos pueden ser un obstáculo en el momento de realizar una tarea específica. Existe una estrategia que nos ayudará en la creencia y confianza en nuestra propia capacidad.

Esta estrategia se llama **autoinstrucciones** y tiene como propósito **cambiar lo que nos decimos a nosotros mismos** por uno que nos sea más **útil** para realizar una tarea específica.

Lo que tenemos que hacer es:

1. **Definir el problema:** ¿Qué tengo que hacer?

Ejemplo: “Tengo que preparar un huevo estrellado”

2. **Guía de la solución:** ¿Cómo tengo que hacerlo?

“Primero lavarme las manos, luego tomo el huevo y lo golpeo suavemente contra la orilla de la estufa, separo la cáscara por la parte rota y lo hecho en el sartén”

3. **Auto refuerzo:** Evaluación de los resultados obtenidos.

Hace referencia a felicitarnos por nuestro esfuerzo.

¡Lo hice muy bien!

4. **Autocorrección:** ¿Qué hacer cuando el resultado no es el esperado?

“Se me cayó un pedazo de cáscara, pero puedo retirarla”

Llevémoslo a la práctica

En el siguiente espacio, anote un ejemplo:

1. ¿Qué tengo que hacer?

2. ¿Cómo tengo que hacerlo?

3. Evaluación de los resultados obtenidos

4. ¿Qué hacer cuando el resultado no es el esperado?

Estas autoinstrucciones pueden ayudarnos en distintas formas:

- A **focalizar nuestra atención** en la tarea que tenemos intención de hacer.

"Concéntrate en lo que vas a hacer, no pienses en otra cosa"



- A **guiar nuestra conducta**

"Antes de comenzar a conducir tengo que..."

- A **proporcionarnos refuerzo y retroalimentación sobre nuestra realización**

"Por ahora todo va bien, sigue así, lo vas a lograr"



- A **valorar los resultados de lo que hicimos**

"Por el momento voy bien, sólo se me olvidó poner..."

- A **reducir la intranquilidad**

"Tienes que mantener la calma, tranquila, respira profundo, lo estoy haciendo bien"

Seguramente se ha dicho a sí mismo algunas autoinstrucciones que le han sido de utilidad.

Vamos a intentar crear el mayor número de autoinstrucciones posibles que nos faciliten guiar con éxito nuestra conducta.

Anote en el siguiente espacio las que se le ocurran que le puedan ser de utilidad:

+

Recuerde que usted puede generar **autoinstrucciones** que le permitan guiar con éxito su conducta y creer en su capacidad para hacerlo



“Yo soy _____
y soy capaz de _____”

Tema 4. Aprendiendo a comunicar mis emociones y pensamientos



En esta sesión aprenderemos estrategias para comunicar de manera asertiva lo que pensamos y sentimos a otras personas.

Como habrá notado, a lo largo del taller todos han experimentado diferentes situaciones con relación a la estoma, por lo que las experiencias de cada uno serán útiles para aprender cómo mantienen la comunicación entre la familia, amigos, pareja y otras personas. Hay que recordar que también nuestras acciones pueden comunicar cosas a otros.

4.1 Tipos de comunicación

En nuestra vida cotidiana nos comunicamos con otras personas de manera frecuente. Podemos afirmar incluso que toda actividad humana está caracterizada por la interacción con otros.

Durante esta interacción pueden observarse tres tipos de comunicación: pasiva, asertiva y agresiva.



Pasiva

Comportamiento en el que estamos a merced de los deseos, órdenes o instrucciones de los demás.

Asertiva

Expresa sus sentimientos, pensamientos y habla objetivamente sin herir a otros.

Agresiva

Exige, impone su opinión; se comunica a base de mandatos.

Conducta no verbal

Es el proceso de comunicación en el que existe un envío y recepción de mensajes sin palabras, es decir, mediante gestos y signos.

Cada tipo de comunicación tiene conductas no verbales características. Como son:

- Tono de voz bajo.
- Retorcerse las manos.
- Retroceder cuando se le habla.
- Cubrirse la boca con la mano.
- Evita el contacto visual.
- Gestos nerviosos

Pasivo



- voz apropiadamente alta a la situación.
- Contacto ocular firme, no fijo.
- Habla fluida, expresión clara, sin vacilaciones
- Enfatiza las palabras claves.

Asertivo



- voz estridente o sarcástica
- Contacto ocular intimidante
- Gestos corporales paternalistas
- Excesivo señalamiento con el dedo.

Agresivo



Ejemplo

¿Tú qué harías?



Imagine que lleva media hora esperando que le lleven su comida en el restaurante. Cuando el camarero le trae lo que ha pedido, nota que el vaso está sucio, con marcas de labial. Usted puede:

- No decir nada y usar el vaso sucio, aunque a disgusto.
- Armar un gran escándalo en el local y decir al camarero que nunca volverá a ir a ese lugar.
- Llamar al camarero y pedirle que por favor le cambie el vaso.

¿Qué habría hecho usted? _____

La opción pasiva es: _____

La opción asertiva es: _____

La opción agresiva es: _____

4.2 ¿Qué es la asertividad?



Ahora que ya vimos los tipos de comunicación, veamos más características de la comunicación asertiva.

La asertividad es un tipo de comunicación en el que la persona no agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que expresa sus convicciones y defiende sus derechos, y puede aprenderse como parte de nuestras habilidades de comunicación.

Consecuencias de adoptar una conducta asertiva

- Facilita la comunicación y minimiza la posibilidad de que los demás malinterpreten nuestros mensajes.
- Ayuda a mantener interacciones más satisfactorias.
- Aumenta las posibilidades de conseguir lo que deseamos.
- Incrementa las satisfacciones y reduce las molestias y conflictos producidos por la convivencia.
- Mejora la autoestima.
- Favorece las emociones positivas en uno mismo y los demás.

Imagine que un amigo lo invita a comer, pero usted no quiere hacerlo, ¿Cómo le diría que no?



4.3 Formas de decir no

Retomando la pregunta anterior veremos algunos ejemplos de cómo decir no de una forma asertiva.



Disco rayado: Se trata de repetir una y otra vez nuestra petición (o rechazo) hasta que es aceptada por el interlocutor.

No quiero comer. Muchas gracias pero no quiero comer por ahora.

Banco de niebla: Se busca en la postura del otro algún criterio que nos parezca razonable y se lo reconoce, pero no se cambia la postura o el motivo personal.

Tienes razón en que Luis prepara rico de comer, pero no

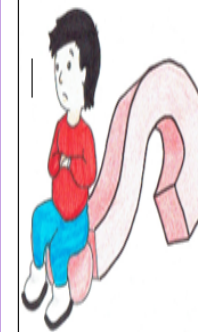


Aserción negativa: Asumir los propios errores reconociendo las críticas y nuestra voluntad de corregirlos sin adoptar actitudes defensivas.

Tienes razón, no debí elevar la voz al contestarte, pero por ahora no quiero comer.

Aserción positiva: Consiste en asumir nuestras propias cualidades o en resaltar o elogiar las cualidades de los demás.

Gracias por notarlo, ya me siento diferente, pero por ahora no quisiera comer.



Interrogación negativa: Tiende a desarrollar en los demás la crítica para obtener más información y a aclarar si son constructivas o manipulativas.

¿Qué tiene de malo que por ahora no quiera comer?

Flexibilidad: Intenta ser empático con el interlocutor, adaptar la forma en que transmitimos nuestro mensaje y obtener una respuesta o actitud favorable de su parte.

Veo que para ti es importante que coma, pero yo...



Ejercicio ¿Usted qué haría?

Escriba tres situaciones que le hayan pasado en la semana con relación a su estoma y la interacción con otras personas.

1. _____

2. _____

3. _____

Elija una y escriba cómo sería la interacción con las formas de decir "No" revisadas.

Glosario

***Ansiedad:** Es un estado emocional más duradero, que se da cuando anticipamos una situación futura personalmente adversa, impredecible e incontrolable que se percibe como una amenaza.

***Astringente:** Que produce sequedad y contracción de los tejidos del vientre y dificulta la evacuación de los excrementos.

***Órgano hueco:** Aquellos que están formados por una pared que rodean a una cavidad

Sitios de interés

-Asociación Mexicana de Personas con Estomas de Eliminación A.C.

-Clínica de Heridas y Ostomías del Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

-Sobre el cáncer de colon o recto:

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto.html>

- <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/deteccion-diagnostico-clasificacion-por-etapas/senales-y-sintomas.html>

-Sobre el cáncer cervicouterino

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-cuello-uterino/prevencion-y-deteccion-temprana/senales-y-sintomas-del-cancer-de-cuello-uterino.html>

-Fundaciones

-Cáncer colorrectal: <http://www.futeje.org.mx/>

-<http://www.fundacionrebeccadealba.org/index.php?lang=es>

Anexo 6 Carta descriptiva

Objetivo general: Entrenar en habilidades cognitivo-conductuales a los portadores de estoma para mejorar la calidad de vida y autoeficacia.

SESIÓN 1			
Tema de la sesión: Recomendaciones para la higiene y el cuidado general de la estoma.		Duración: 2 horas con receso de 15 minutos.	
Materiales e instrumentos para la sesión: Gafetes de identificación, Cuestionario Stoma-QoL, Escala de Autoeficacia de la Estoma, Cañón, Computadora, Presentación en power point sobre recomendaciones para la higiene y el cuidado general de la estoma, Manual de cuidados y sugerencias para portadores de estoma, lápices y marcadores.			
Objetivo de la sesión:	Técnicas y procedimientos	Actividades	
		Actividades Tallerista	Actividades Participante
Que los participantes identifiquen las sugerencias y cuidados de la estoma revisados en el manual.	Psicoeducación	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindará una introducción formal del taller. 2. Entregará a cada participante los formatos de Consentimiento Informado y la Carta compromiso personal. 3. Proporcionará el gafete de identificación, así como el “Manual de cuidados y sugerencias para portadores de estoma”. 4. Explicará el objetivo de los cuestionarios Stoma-QoL y la Escala de Autoeficacia de la Estoma. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pondrá atención y escuchará. 2. Leerá y firmará los formatos si aceptan participar en el taller. 3. Personalizará con su nombre el gafete de identificación y el “Manual de cuidados y sugerencias para portadores de estoma”. 4. Contestará los cuestionarios. 5. Escuchará la explicación del tema. 6. Realizará los ejercicios del manual que se

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Aplicará los cuestionarios Stoma-QoL y la Escala de Autoeficacia de la Estoma. 6. Explicará, con apoyo de la presentación en power point sobre los cuidados de la estoma, sobre 1) el aparato digestivo y urinario, 2) ¿Qué es una ostomía y qué tipos hay? 3) cuidados de la estoma y la piel, así como 4) la alimentación dependiendo del tipo de ostomía que se tenga. 7. Explicará en qué consisten los ejercicios del manual que se ubican en las páginas 8, 11 y 17. 8. Resolverá dudas. 9. Asignará tarea. 	<p>ubican en las páginas 8, 11 y 17.</p> <p>7. Manifestará sus dudas.</p>
<p>Tarea para casa: Explicará los temas revisados a una persona de su confianza que tenga dudas o desconozca sobre los cuidados de la estoma. De forma escrita llevarán los comentarios obtenidos a partir de la dicha interacción.</p>			

SESIÓN 2			
Tema de la sesión: Solución de problemas que se presentan con la estoma.			Duración: 2 horas con receso de 15 minutos.
Materiales e instrumentos para la sesión: Cañón, Computadora, Presentación en power point sobre solución de problemas, Manual de cuidados y sugerencias para portadores de estoma, lápices.			
Objetivo de la sesión:	Técnicas y procedimientos	Actividades	
		Actividades Tallerista	Actividades Participante
Que los participantes identifiquen el procedimiento de la técnica de solución de problemas.	Solución de problemas: orientación o actitud hacia los problemas, definición del problema y generación de alternativas de solución.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitará que expliquen los comentarios que obtuvieron en la tarea asignada. 2. Revolverá dudas. 3. Explicará el objetivo de la sesión y la forma en que se llevará a cabo. 4. Explicará, con apoyo de la presentación en power point sobre solución de problemas, los pasos de la técnica, el paso 1) orientación o actitud hacia los problemas, paso 2) definición del problema y paso 3) generación de alternativas de solución. 5. Explicará en qué consisten los ejercicios del manual que se ubican en las páginas 22, 24 y 26. 6. Resolverá dudas. 7. Asignará tarea. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicará los comentarios obtenidos en la tarea. 2. Pondrá atención y escuchará la explicación del tema. 3. Realizará los ejercicios del manual que se ubican en las páginas 22, 24 y 26. 4. Expresará preguntas o dudas.
Tarea para casa: Repasará lo revisado en la sesión y entregará por escrito las dudas que le surjan de los tres pasos vistos de la técnica.			

SESIÓN 3			
Tema de la sesión: Solución de problemas que se presentan con la estoma.		Duración: 2 horas con receso de 15 minutos.	
Materiales e instrumentos para la sesión: Cañón, Computadora, Presentación en power point sobre solución de problemas, Manual de cuidados y sugerencias para portadores de estoma, lápices.			
Objetivo de la sesión:	Técnicas y procedimientos	Actividades	
		Actividades Tallerista	Actividades Participante
Que los participantes identifiquen el procedimiento de la técnica de solución de problemas.	Solución de problemas: toma de decisión y realizar un plan de acción.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitará las preguntas o dudas que realizaron respecto a los tres pasos vistos en la sesión previa. 2. Explicará, con apoyo de la presentación en power point sobre solución de problemas, el paso 4) toma de decisión y el paso 5) realizar un plan de acción. 3. Explicará en qué consisten los ejercicios del manual que se ubican en las páginas 28 y 29. 4. Resolverá preguntas o dudas. 5. Asignará tarea. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicará las preguntas o dudas sobre los tres pasos vistos en la sesión previa. 2. Pondrá atención y escuchará la explicación del tema. 3. Realizará los ejercicios del manual que se ubican en las páginas 28 y 29. 4. Expresará preguntas o dudas.
Tarea para casa: Deberá elegir un problema con relación a la estoma y realizar los cinco pasos revisados para encontrar una solución al mismo. Los cinco pasos de solución de problema lo entregarán por escrito.			

SESIÓN 4			
Tema de la sesión: Mejorar la confianza e incrementar la sensación de control en situaciones relacionadas con la estoma.		Duración: 2 horas con receso de 15 minutos.	
Materiales e instrumentos para la sesión: Cañón, Computadora, Presentación en power point sobre autoinstrucciones, Manual de cuidados y sugerencias para portadores de estoma, lápices.			
Objetivo de la sesión:	Técnicas y procedimientos	Actividades	
		Actividades Tallerista	Actividades Participante
<p>Que los participantes identifiquen los pasos para realizar la respiración superficial.</p> <p>Que los participantes identifiquen el procedimiento de la técnica de autoinstrucciones.</p>	<p>Respiración superficial</p> <p>Autoinstrucciones</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seleccionará una de las tareas entregadas por los participantes. 2. Resolverá preguntas o dudas. 3. Explicará el objetivo de la sesión. 4. Explicará acerca de la respiración superficial. 5. Proporcionará instrucciones modeladas de la respiración superficial. 6. Proporcionará retroalimentación del ejercicio de respiración superficial. 7. Explicará con apoyo de la presentación en power point sobre autoinstrucciones, qué es la autoeficacia y los pasos de la estrategia de autoinstrucciones. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicará brevemente la tarea realizada. 2. Proporcionará retroalimentación sobre la tarea explicada. 3. Escuchar y seguir instrucciones de respiración superficial. 4. Escuchar retroalimentación. 5. Pondrá atención y escuchará la explicación del tema. 6. Realizará los ejercicios del manual que se ubican en las páginas 35, 37 y 39. 7. Expresará preguntas o dudas.

		8. Explicará en qué consisten los ejercicios del manual que se ubican en las páginas 35, 37 y 39. 9. Resolverá preguntas o dudas. 10. Asignará tarea.	
Tarea para casa: Identificará lo que se dice a si mismo respecto a algún evento con su estoma que tenga en la semana y que de acuerdo con los pasos explicados escriban las autoinstrucciones.			

SESIÓN 5			
Tema de la sesión: Aprender a comunicar mis emociones y pensamientos.		Duración: 2 horas con receso de 15 minutos.	
Materiales e instrumentos para la sesión: Cañón, Computadora, Presentación en power point sobre comunicación asertiva, Manual de cuidados y sugerencias para portadores de estoma, Cuestionario StomaQoL, Escala de Autoeficacia de la Estoma lápices.			
Objetivo de la sesión:	Técnicas y procedimientos	Actividades	
		Actividades Tallerista	Actividades Participante
Que los participantes identifiquen las características de una comunicación asertiva.	Elementos de comunicación asertiva	1. Seleccionará una de las tareas entregadas por los participantes. 2. Resolverá preguntas o dudas. 3. Explicará el objetivo de la sesión. 4. Explicará, con apoyo de la presentación en power point sobre comunicación asertiva, sobre 1) tipos de comunicación, 2) la conducta no verbal, 3) asertividad, 4)	1. Explicará brevemente la tarea realizada. 2. Proporcionará retroalimentación sobre la tarea explicada. 3. Pondrá atención y escuchará la explicación del tema. 4. Realizará los ejercicios del manual que se ubican en las páginas 44, 46 y 49.

		<p>consecuencias de adoptar una conducta asertiva y 5) formas de decir “no”.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Explicará en qué consisten los ejercicios del manual que se ubican en las páginas 44, 46 y 49. 6. Proporcionará instrucciones del ejercicio de rol playing. 7. Aplicará los cuestionarios StomaQoL y la Escala de Autoeficacia de la Estoma 8. Resolverá preguntas o dudas. 9. Explicará y proporcionará instrucciones para el uso de las páginas de internet para consulta en el manual que se encuentran ubicadas en la página 51. 10. Solicitará retroalimentación sobre el taller. 11. Brindará información sobre Medicina Conductual y la Clínica de Heridas y Estomas. 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Realizará ejercicio de rol playing. 6. Contestará los cuestionarios. 7. Proporcionará retroalimentación del taller. 8. Expresará preguntas o dudas.
--	--	--	---

Anexo 7 Carta compromiso



Carta compromiso personal

En un esfuerzo por aprender estrategias para mejorar mi calidad de vida y ser autoeficaz en el cuidado de mi estoma, me comprometo a cumplir con los requisitos de asistencia, puntualidad y realizar los ejercicios escritos en las sesiones y las tareas asignadas para casa, durante el taller “Cuidados y Sugerencias para portadores de estoma” impartido por las psicólogas Karen Jazmín Amaro Salinas y Karla Denisse Campos González.

Atentamente

Nombre y firma

Fecha

Nombre y firma del Investigador Responsable

Nombre y firma del Investigador Responsable

Anexo 8 Reconocimiento



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Hospital Juárez de México
Residencia en Medicina Conductual

Se otorga el presente:

RECONOCIMIENTO

A:

Por su valiosa participación como **ASISTENTE** en el primer taller para personas portadoras de estoma, celebrado los días 18, 25 de mayo, 1, 8 y 15 de junio de 2018 en la Ciudad de México.



Lic. Psic. Karen Jazmín Amaro Salinas
Responsable del taller "Cuidados y sugerencias para portadores de estoma"

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo
Coordinador Académico

Lic. Psic. Karla Denisse Campos González
Responsable del taller "Cuidados y sugerencias para portadores de estoma"



Anexo 9 Primer caso clínico



Hospital Juárez de México
Medicina Conductual
Psicooncología
Lic. Psic. Karla Denisse Campos González

Presentación de caso clínico

Nombre: Ana

Originaria y residente: Estado de México

Sexo: Femenino

Religión: Católica

Edad: 36 años

Estado Civil: Casada

Diagnóstico Médico: Cáncer

Ocupación: Ama de casa

cervicouterino EC IV por metástasis hepáticas

Selección del caso

La presentación del siguiente caso tiene como objetivo ilustrar cómo eventos significativos para el paciente influyen en la sintomatología presentada y cómo, a raíz de los mismos, el plan terapéutico se modifica y se hace obligatoria una evaluación más profunda del caso, principalmente ante el estado avanzado de la enfermedad.

Motivo de consulta

El esposo de la paciente acude al servicio de Psicooncología/Medicina Conductual el día 3 de Marzo del 2017 a buscar a un psicólogo a petición de su esposa, quien se encontraba hospitalizada. Durante la entrevista la paciente refiere: “Tengo miedo de morir, ¿qué va a pasar después con mi familia? A veces me despierto con mucha actitud, pensando que la llevo de gane y otros días me siento muy deprimida...” (sic pac.). Asimismo, señala que comenzó a sentirse mal desde la muerte de su madre que ocurrió en diciembre del 2016.

Antecedentes Heredofamiliares. Madre finada por cáncer de médula ósea (diciembre, 2016), tías maternas con hipertensión arterial sistémica.

Antecedentes personales no patológicos.

La paciente habita en casa propia construida con materiales perdurables, cuenta con los servicios básicos intra y extra domiciliarios. Actualmente vive con su esposo y sus dos hijos. Alimentación adecuada en cantidad y calidad, hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diarios así como aseo dental tres veces al día.

Antecedentes personales patológicos.

Crónicos degenerativos: Interrogados y negados.

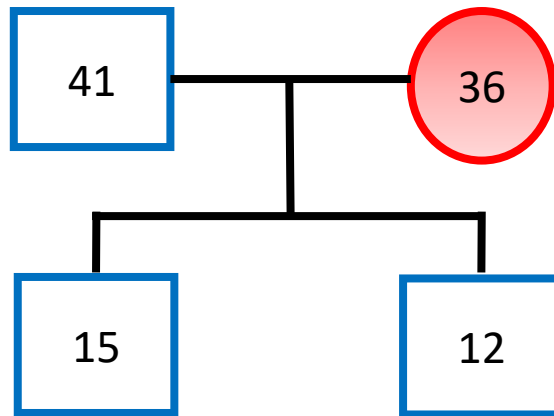
Infecto contagiosas: Varicela a los 11 años.

Antecedentes quirúrgicos: Dos cesáreas, en el 2001 y 2004, respectivamente.

Antecedentes psicológicos patológicos. Interrogados y negados

Dinámica familiar y familiograma

Ana actualmente vive con su esposo e hijos. Comenta que la relación con su esposo e hijos es buena y que su esposo la apoya de manera incondicional, tanto emocional como instrumentalmente.



Historia del Problema

Médico

La paciente es atendida en la clínica de displasias del Hospital Juárez de México en el mes de octubre del 2016 debido a una alteración en frecuencia e intensidad en el ciclo menstrual. Se realiza una biopsia de cérvix.

Los resultados de la biopsia (diciembre 2016) reportan un tejido fibroconectivo con infiltración por células de aspecto epitelial con pleomorfismo y atipia acentuadas que sugieren carcinoma.

En enero del 2017 se realiza una nueva biopsia y se reporta un carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado infiltrante y ulcerado, con invasión linfovascular presente, por lo que se le envía al servicio de ginecooncología.

En el servicio de ginecooncología se realiza una exploración y se solicita una TAC abdominopélvica (16 de enero del 2017) y se encuentra una lesión hepática de bordes irregulares (28 de febrero del 2017).

El día primero de marzo llega a urgencias por presentar pérdida del estado alerta, así como aparente crisis convulsiva, por lo que se ingresa para realizar TAC de cráneo y resonancia magnética de neuroeje. Días más tarde los resultados de la TAC indican que no hay metástasis en el sistema nervioso central.

Durante su estancia hospitalaria la paciente reporta dolor, principalmente en la espalda baja, por lo que se realiza una interconsulta a Clínica del Dolor.

Una vez mejoradas las condiciones se da de alta con el plan para iniciar quimioterapia en la clínica de oncomédica en la segunda semana de marzo del 2017. Su próxima cita con el servicio se agenda para la primera semana de abril del 2017 para la segunda aplicación de quimioterapia a base de carboplatino.

Psicológico

En el 2016 le detectan cáncer de médula ósea a la madre de Ana, quien comenta, “Cuando supe dejé mi trabajo. Comencé a sentirme mal pero creí que era por cuidar a mi mamá o por la edad. Mi esposo me decía que fuéramos al doctor, porque comencé con dolores al tratar de tener relaciones y sangrado, pero primero estaba la salud de mi mamá” (sic pac.).

En diciembre del 2016 le dan el diagnóstico de cáncer cervicouterino, a dos semanas del fallecimiento de su madre por la enfermedad ya comentada. Ana comenta que ha estado principalmente en cama desde que le dieron el diagnóstico y a raíz de la muerte de su madre dejó su trabajo como despachadora en una gasolinera, y añade que después del diagnóstico no ha tenido “ganas de regresar, aunque era algo que yo disfrutaba mucho” (sic pac.); al verla en cama, llorando o con dolor sus hijos le comentan “no quiero verte así mamá” (sic fam.). Ana dice que en un inicio no quería que nadie supiera de su enfermedad, pero que después pensó “no cambia la enfermedad si los demás saben o no” (sic pac.).

Problemática actual

Ana menciona “me siento mal desde que murió mi mamá, dejé de hacer cosas que me gustaban, como trabajar” (sic pac.), y añade que desde enero del 2017 dejó de realizar labores del hogar, no tenía interés en el arreglo personal y en las actividades que realizaba con sus hijos o en el hogar cotidianamente. Respecto al padecimiento médico comenta: “Tengo cáncer tipo 4, he estado platicando aquí con señoras sobre la quimioterapia, hay algunas que ya llevan 9 años enfermas, eso me da ánimos” (sic pac.). Sin embargo, y contingentemente al llanto, Ana dice: “Tengo miedo de morir, ¿qué va a pasar después con mi familia? A veces me despierto con mucha actitud, pensando que la llevo de gane y otros días me siento muy deprimida... Quiero saber si voy a salir de esta o no” (sic pac.).

Durante la hospitalización experimenta episodios de tristeza, sobre todo cuando piensa en sus hijos. Con relación a los resultados del estudio del hígado Ana los minimiza, “no recuerdo bien qué salió, pero del cerebro estoy bien”. No obstante, ante la crisis convulsiva y ante la posibilidad de metástasis en el sistema nervioso central se siente más triste: “ya no voy a ser la misma, no voy a poder valerme por mí misma” (sic pac.), y con desesperanza debido a que su madre murió de cáncer y a que “esta enfermedad es igual a muerte, no hay

buenos tratamientos”, a pesar de que tiene evidencia de que no siempre es así, ya que sus cuñadas tienen cáncer (no especifica el tipo) y llevan varios años en control. Ana señala que: “Mi mamá estaba sana, fuerte y de repente la enfermedad avanzó, ¿cómo sé que no va a ser igual conmigo?. Ante este tipo de pensamientos llora frecuentemente (aproximadamente dos veces al día) y tiene pensamientos recurrentes sobre la quimioterapia y sus consecuencias. Ana menciona “me da miedo la quimioterapia, me han dicho las señoras que te puedes poner muy mala... y mis hijos, ¿qué va a pasar con ellos?... ellos no quieren verme enferma, me pone triste verlos preocupados”. Sus hijos hacen comentarios respecto a su salud cuando notan que pasa mucho tiempo acostada, ya sea en la cama o en el sillón de la sala. A diferencia de las verbalizaciones de sus hijos Ana refiere que su esposo la cuida y le dice que “todo va a salir bien” y que la ha respetado ahora que no pueden intimar, pues para él “lo principal es tu salud, que mejores” (sic pac). Su esposo la ayuda a vestirse o a ponerse crema en el cuerpo mientras está en el hospital.

Respecto al apoyo de otros familiares Ana dice: “Desde que salía de novia con mi esposo no me llevaba bien con mis cuñadas, peleábamos, por eso él me dijo que por mí, para tener nuestro hogar íbamos a poner distancia. Ahorita en la enfermedad ellas me acompañan, me están dando apoyo” (sic pac.).

Durante la última sesión en hospitalización, comenta: “Quiero seguir con la terapia psicológica, que me ayude a asimilar todo esto... yo le estoy echando todos los kilos, quiero saber si voy a salir de esto” (sic pac.).

Impresión y actitud general

Paciente de complexión mesomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño, se muestra cooperadora e interesada ante la entrevista.

Examen mental

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica, orientada en cuatro esferas (T-E-P-C) Alerta, consciente y con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente y congruente, llanto contingente al tema de sus hijos y el posible tratamiento. Pensamiento concreto. Sin alteraciones aparentes en sensorio-percepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Afecto hipotímico.

Personalidad Previa

Ana se describe como una persona “alegre y trabajadora”, comenta “siempre me ha gustado ser activa, hacer mis tareas de casa y pasar tiempo con mis hijos” (sic pac.)

Factores Psicológicos

- Locus de control externo.
- Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo evitativo.
- Redes de apoyo existentes y percibidas como funcionales.
- Apoyo social instrumental y emocional percibido como existente.

Selección y aplicación de técnicas de evaluación e intervención.

- Entrevista Conductual
- Aplicación de Inventario de Depresión de Beck
- Psicoeducación
- Elaboración de tarjetas de apoyo
- Escala Referida Análoga

- Registro de pensamientos (versión ABC)

Lista de conductas problema

- a. Distorsiones cognitivas del tipo filtro mental
- b. Disminución de actividades de dominio y agrado (trabajo, quehacer de la casa, salir con sus hijos).
- c. Sentimiento de desesperanza hacia el futuro
- d. Llanto

Modelo secuencial integrativo

Estímulos	Organismo	Respuestas	Consecuencias
<u>Externos</u> * Comentarios hechos por otras pacientes sobre síntomas de la quimioterapia * Llamadas telefónicas de sus hijos * Preguntas de sus hijos sobre su estado de salud * Preguntas del personal médico sobre su familia <u>Internos</u> * Pensar sobre la	<u>VARIABLES BIOLÓGICAS</u> * Cáncer cervicouterino EC IV por metástasis hepáticas <u>Historia de reforzamiento</u> * Pensamiento concreto * Estilo de enfrentamiento centrado en la emoción de tipo evitativo	<u>Problemática principal:</u> "... hay días que me siento muy deprimida" <u>Motoras:</u> * Disminución de actividades * Llanto * Disminución de interés en actividades de rutina diaria <u>Cognitivas:</u> * Filtro mental: "No hay buenos tratamientos para esta enfermedad... es igual a muerte"	<u>Inmediatas Individuales Internas</u> * Exacerbación de sentimiento de tristeza * Pensamientos sobre el futuro de la enfermedad "Quiero saber si voy a salir de esta" <u>Externas</u> * Exacerbación de llanto * Permanecer acostada en cama o en el sillón

<p>crisis convulsiva: “Ya no voy a tener autonomía”</p> <p><u>Historia contemporánea</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Crisis convulsiva * Recibir noticia de diagnóstico de cáncer * Fallecimiento de madre (diciembre 2016) 		<p>*Las personas no mejoran”</p>	<p><u>Inmediatas de otros</u></p> <p><i>Externas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Verbalizaciones de su esposo de que todo va a estar bien * Cuidados del esposo <p><u>Mediatas de otros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Organización de sus cuñadas para cuidarla y cocinar
---	--	----------------------------------	--

Análisis Funcional

Paciente femenina de 36 años de edad, originaria y residente del Estado de México, desempleada, casada, católica, escolaridad preparatoria, con Dx. de cáncer cervicouterino + metástasis hepáticas, con un estilo de afrontamiento dirigido a la emoción de tipo evitativo, quien se encuentra en etapa de tratamiento a base de quimioterapia. Solicita el servicio de psicooncología/Medicina Conductual por iniciativa propia. Ana comenta “Quiero asimilar lo que me está pasando, comprender para retomar mis cosas” (sic pac.). La conducta problema reportada por Ana se caracterizan a nivel motor por llanto, disminución de las actividades de dominio y agrado, el cese de las actividades de rutina (como arreglarse) y a nivel cognitivo por pensamientos sobre la quimioterapia “... me han dicho señoras que te puedes poner muy mala” y sobre sus hijos durante su estancia hospitalaria “¿qué va a pasar con ellos?, no quiero que me vean mal”, y “no hay tratamientos buenos para esta enfermedad”.

Es probable que los pensamientos descritos con relación al tratamiento inicien o se incrementen cuando está platicando con otras señoras sobre la quimioterapia y cuando piensa sobre la crisis convulsiva que le dio, pues Ana teme perder autonomía. Con relación a la respuesta de llanto ésta inicia cuando habla por teléfono con sus hijos, principalmente cuando ellos preguntan sobre su salud o cuando personal médico pregunta por su familia.

La conducta problema se ve mantenida por un sentimiento exacerbado de tristeza, el incremento del llanto, y pensamientos sobre el curso de la enfermedad, así como la disminución de la conducta motora al estar sentada en el sillón. De igual forma hay un reforzamiento positivo, en la conducta anterior, por parte de su esposo al realizar actividades en lugar de ella, así como el cambio en la convivencia con sus cuñadas, lo cual se ve reflejado en las actividades que ellas realizan para que Ana tenga un mínimo esfuerzo.

Por lo anterior, y de acuerdo con el análisis funcional se considera que la intervención debe enfocarse en la interpretación que hace la paciente de los estímulos antecedentes externos con relación a la enfermedad y el tratamiento, así como en las consecuencias de la conducta problema que incrementan la probabilidad de excesos y déficits en la misma, a través de un entrenamiento con ejercicios de Terapia Cognitiva y Activación Conductual con el que se espera la disminución de la sintomatología depresiva.

Hipótesis Funcional

Si la paciente realiza ejercicios de terapia cognitiva y de activación conductual, entonces se disminuirá la sintomatología depresiva asociada con las ideas que tiene sobre la enfermedad, el tratamiento y obtendrá reforzamiento positivo al retomar las actividades suspendidas.

Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I: F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, agudo [309.0]

Eje II: Sin trastorno

Eje III: Cáncer cervicouterino EC IV con metástasis hepáticas

Eje IV: Sin diagnóstico

Eje V: 70-90

Diagnóstico DSM V

Trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido 309.0 (F43.21). Cáncer cervicouterino EC IV con metástasis hepáticas. WHODAS (Versión de 12 preguntas administrada por el entrevistador): 21.

Objetivo General

Que la paciente modifique su sintomatología depresiva en los niveles de respuesta cognitivo y motor.

Objetivos Específicos

- La paciente explicará la relación entre situación-pensamiento-consecuencia
- La paciente ejemplificará distorsiones cognitivas del tipo filtro mental
- La paciente disminuirá la intensidad del llanto
- La paciente identificará los reforzadores ambientales que mantienen la inactividad
- La paciente identificará los reforzadores ambientales que propician la actividad
- La paciente aumentará la frecuencia de la realización de actividades de agrado.
-

Selección de técnicas:

- Elementos de Terapia Cognitiva
 - Psicoeducación
 - Identificación de pensamientos de tipo filtro mental

- Autoverbalizaciones
 - Tarjetas de apoyo
 - Activación conductual
 - Lista de actividades de dominio y agrado
- Planeación de actividades

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 1 03.03.2017</p> <p>Hospitalización</p>	<p>Entrevista conductual</p> <p>Establecimiento de componentes de relación</p> <p>Escucha activa</p>	<p>Se inicia la entrevista conductual con escucha activa y se normaliza la respuesta de llanto.</p> <p>Se indagan antecedentes de la conducta problema y de la información que tiene la paciente con relación a la enfermedad. Se realiza devolución con relación a la problemática reportada por ella.</p> <p>Se informa a la paciente sobre el trabajo del psicólogo y se propone un plan de trabajo al que se acuerda iniciar por elementos de la terapia cognitiva.</p>	<p>La respuesta de llanto inicia ante la pregunta sobre su enfermedad y fue disminuyendo a medida que avanzaba la entrevista. La paciente comenta: "Tengo apoyo de mi familia, de mi esposo, de mis hijos, no sé por qué me siento así... me enfoco en lo malo y en días me desanimo... otras veces creo que la llevo de gane" (sic pac.). Al hablar sobre sus hijos se renueva la conducta de llanto y añade: "Los extraño, ya quiero verlos". Al finalizar la entrevista la paciente se muestra optimista ante la posibilidad de iniciar la terapia y comenta: "Le dije a mi esposo que me sentía y mal y que fuera por la psicóloga... voy a echarle ganas" (sic pac)</p>
<p>Sesión 2 06.03.2017</p> <p>Hospitalización</p>	<p>Psicoeducación sobre terapia cognitiva-conductual / distorsiones del pensamiento</p> <p>Identificación de distorsiones del pensamiento</p>	<p>Al inicio de la sesión se observa un cambio notable en la facie y postura de la paciente respecto a la primera entrevista. En esta ocasión se observan sonrisas, postura erguida al estar sentada, sin llanto o signos de haber llorado. Se indaga sobre ello. Conforme a lo planteado en la primera sesión se proporciona psicoeducación sobre la terapia cognitiva y las distorsiones del pensamiento, esto a través de material</p>	<p>Con relación al cambio en facie y postura menciona: "Me siento más tranquila, gracias a Dios salieron bien mis estudios", "los estudios del hígado no sé... creo que bien". La paciente indica sobre la terapia cognitivo-conductual: "Lo que pienso tiene que ver con las cosas que puedo hacer o lo que puedo sentir, es como un círculo, uno que tengo que romper". Al revisar diferentes tipos de distorsiones</p>

	Tarjetas de apoyo	<p>escrito. Se pide a la paciente que explique lo que comprendió de lo revisado.</p> <p>Al ver la descripción y tipos de distorsiones del pensamiento se solicita a la paciente que identifique aquellas que podría tener. Una vez identificadas se pidió que pensara en la evidencia contraria, y que las escribiera en la mitad de una hoja de color.</p>	<p>cognitivas Ana de inmediato señala: "Creo que a veces yo tengo lo de filtro mental, veo sólo lo malo, aunque tenga información que diga cosas diferentes", "está lo de mis cuñadas que están bien y yo lo veo... y las señoras, hay algunas que me dicen que les va bien en la quimioterapia"</p> <p>Respecto a las tarjetas dice: "Creo que las tarjetas sí me ayudan, y ahorita las tengo enfrente y las veré fácil... las voy a llevar a casa para ponerlas por los lugares donde tengo que pasar, como en el refri o la puerta de la sala"</p>
Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 3 09.03.2017</p> <p>Hospitalización</p>	<p>Psicoeducación sobre quimioterapia y las posibles consecuencias</p> <p>Aplicación de HADS</p>	<p>Se evalúa la utilidad de las tarjetas de apoyo realizadas la sesión anterior y se refuerza el uso de las mismas.</p> <p>Por medio de material escrito se explica sobre el tratamiento de quimioterapia y sugerencias ante las posibles eventualidades.</p> <p>Se explica la utilidad de escalas en psicología y la función de las mismas. Se le aplica la escala HADS.</p>	<p>"He estado pensando en lo que hemos hablado y siento que me ha ayudado, con lo del filtro mental... He hecho mis ejercicios, sí me he sentido mejor, gracias"</p> <p>Sobre la quimioterapia comenta: "...ya sé que cada organismo es diferente y no respondemos igual a la quimioterapia, no sé cómo vaya a reaccionar yo, pero al menos sí hay tratamiento, y podré irme a casa a ver a mis hijos"</p>

			La paciente comenta que la van a dar de alta e indica: " ya pensé también qué momento es mejor para mis citas de terapia, por si me siento mal después de la quimio creo que es mejor que sea antes de ese día" HADS: Depresión: 7 / Ansiedad: 2
La paciente pide continuar con la atención terapéutica una vez que la dan de alta, por lo que en la cuarta sesión se modificaron elementos con relación al análisis funcional. Asimismo, durante su estancia hospitalaria tuvo interconsulta con clínica del dolor, donde también fue evaluada por un médico conductual. Ante la evaluación la paciente no reporta que el dolor se relacione con sus pensamientos o al inicio del abandono de las actividades de agrado, por lo que no se consideró en el análisis, y en las sesiones se dedicaba sólo un momento para evaluar el dolor por medio de ERAs y reforzar los ejercicios realizados para el control del mismo por el médico conductual.			
Sesión 06.04.2017 Consulta Externa	4 Evaluación Escucha activa Aplicación HADS Registro de actividades Debate socrático	Se inicia la entrevista indagando sobre eventos de importancia que hayan transcurrido desde la última sesión. Se normaliza la respuesta de llanto que inicia al relatar la separación de su pareja. Se pide a la paciente indique lo que espera de la sesión terapéutica y se establece una agenda. Se hace la devolución de lo realizado en sesiones anteriores y se propone continuar la evaluación. Se retoma la explicación de la relación situación-pensamiento-consecuencias con el registro. Se explica, se hace un ejemplo y se pide retroalimentación. Se realiza debate socrático sobre las verbalizaciones a sus hijos respecto a la	El evento de importancia que reporta la paciente es la separación de su pareja. Al finalizar el relato la respuesta de llanto terminó una vez que la paciente verbalizó: "Lo más importante ahorita es mi salud", y añade "tengo dolor al sentarme, eso es algo que también me ha pasado apenas, por la biopsia que me hicieron" La paciente refiere: " No quiero dejar de venir a la terapia, me ha ayudado a asimilar cosas, quiero asimilar las cosas que vengan en el proceso". Con base a lo realizado en sesiones anteriores y a lo reportado se acuerda hacer un cambio y comenzar ejercicios de activación conductual, ya que la paciente indica "ya

		<p>enfermedad.</p> <p>La paciente indica como importante el contestar dudas sobre el tratamiento y síntomas. Se acuerda dar el espacio para ello y retomar la evaluación. Se enfatiza en la importancia de conocer los resultados de los estudios realizados.</p> <p>Para evaluar la distribución del tiempo se deja como tarea realizar un registro de actividades. Se hace un ejemplo y se preguntan dudas.</p>	<p>estoy lavando trastes, me hace sentir bien, ya veo también tele con mis hijos aunque no me gusta verla, pero estar con ellos sí”, “puedo organizarme para empezar a hacer más cosas”. Como parte de la evaluación se retoma lo reportado en la sesión 2 sobre el cambio en el estado de ánimo y dice: "Sí noté que cambié, pero es que eso me preocupaba mucho, el qué pudiera haber pasado", “de los otros estudios no sé”. Respecto a su relación con sus hijos comenta: “Ellos me ven mejor, ya ven que llegan a casa y ya intenté al menos lavar o limpiar a veces despacio... les digo que tal vez los doctores se equivocaron y no estoy enferma, que yo me siento bien”. Ana también señala que: “Cuando estoy en casa mientras mis hijos están en la escuela no voy a mi cuarto, me siento mal si voy ahí sola... sólo me pasa en las mañanas”. Sobre sus dudas del tratamiento y el dolor reciente por la biopsia realizada Ana comenta: "Sería bueno preguntar mis dudas y ver lo del medicamento para el dolor. Si no puede ser hoy en la consulta podría ir a urgencias"</p> <p>Respecto a su interés en la terapia comenta: "Creo que tengo que ser más exacta", y con relación a la tarea sobre el</p>
--	--	---	---

		<p>registro de actividades dejada en esta sesión indica: "Voy a tratar de hacerla, ya que estoy haciendo cosas, para ver qué puedo hacer y que sea algo que me guste". Respecto a la evaluación agrega: "ahora ya sé que no sólo me siento sola" y añade que, retomando lo que se había comentado sobre la relación situación-pensamiento-consecuencia, también siente angustia aunque antes sólo lo denominaba como soledad y que sólo lo ha percibido en su habitación en determinado momento del día.</p> <p>Finalmente se establece la agenda y se acuerda que la siguiente sesión se revisaría al inicio las tareas dejadas en esta sesión, y que antes de iniciar con los ejercicios programados sobre activación conductual se le explicaría la función del mismo. También se agregó que si ella tenía un tema de importancia se comunicaría al inicio de la sesión para dedicarle un tiempo durante la misma. HADS: Depresión: 7 / Ansiedad: 5</p>
--	--	--

Resultados

Como se describió en un inicio, hubo situaciones de relevancia para la paciente, como el resultado del estudio de cráneo, y la separación de su pareja, que hicieron que durante la sesión se realizaran cambios en el plan inicial que se tenía considerado, específicamente cambiar de técnicas cognitivas a técnicas conductuales. Asimismo, y de acuerdo a los resultados de la segunda aplicación de la escala HADS la paciente no disminuyó ni aumentó en el reporte de depresión, el cual era el motivo inicial de consulta. Sin embargo, el reporte de ansiedad incrementó en tres unidades, que si bien no se clasifica como ansiedad leve parece sugerir que está comenzando. Esto hay que tomarlo con reserva, y con apoyo de otras escalas así como con el reporte de la paciente obtener información sobre ello, por ejemplo, si hubo una modificación en la percepción de la paciente respecto a la enfermedad, el apoyo social percibido u otra variable.

Respecto a los resultados de las primeras sesiones parece que los ejercicios proporcionaron a la paciente herramientas para atender el motivo inicial de conducta, aunque sería pertinente evaluar si fue una solución momentánea a su sintomatología depresiva, que si bien de acuerdo al HADS fue mínima, por observación clínica se observaron ciertas respuestas exacerbadas, como el llanto y pensamientos sobre el tratamiento, así como evaluar si las habilidades realizadas lograron establecerse en el repertorio de la paciente. De acuerdo a su reporte verbal de la última sesión, aún tenía presentes algunos elementos revisados de las técnicas empleadas con anterioridad, como el uso de las tarjetas de apoyo y la relación entre pensamiento y conducta.

Asimismo, cabe resaltar que el estilo de afrontamiento de la paciente puede influir en no querer saber sobre el estado de la enfermedad y sería conveniente evaluar qué funcionalidad tiene, si es que la hay, este tipo de afrontamiento de su parte. Por comentarios realizados por su esposo, él sí tiene conocimiento sobre el resultado de sus estudios del hígado, de manera que parte del plan con la paciente puede ser el abordar otras áreas en la intervención, como la conducta de otros con relación a su enfermedad.

Conclusiones

Con este caso se trató de ejemplificar cómo las fluctuaciones emocionales del paciente influyen en la sintomatología presentada, en este caso sintomatología depresiva. Dichas fluctuaciones son comunes en el servicio de oncología debido al curso, en ocasiones impredecible, de la enfermedad y a características propias del paciente como el estilo de afrontamiento reportado en el presente caso.

Si bien este caso no puede considerarse como exitoso, sí aporta elementos para el Médico Conductual sobre su labor terapéutica ante estos cambios significativos percibidos por los pacientes. En este caso se observó que:

- El plan de tratamiento a corto, mediano y largo plazo si bien es establecido en un inicio a partir del análisis funcional éste puede modificarse.
- Las verbalizaciones de los pacientes suelen realizarse en términos muy generales, por ejemplo, “asimilar lo que me pasa” es una etiqueta general que no se refiere a

comportamientos concretos, por lo que es parte de la labor del terapeuta el ayudar al paciente a identificar aquellas conductas específicas que le son de interés.

- Cuando no se cuentan con evaluaciones de tipo cuestionario, autores como Beck (2000), Martin y Pear (2008) han sugerido que se consideren las ERAs como una fuente de información diaria con relación al estado del paciente, con el propósito de tener evidencia sobre su estado anímico. Esta información también permite al terapeuta obtener información sobre conducta encubierta.
- Asimismo, preguntar al paciente sobre hechos relevantes que hayan acontecido desde la última sesión con el terapeuta proporcionan información sobre el estado anímico y posibles estímulos que no se hubiesen considerado para el análisis funcional, ya sea por descuido del terapeuta o porque el estímulo no se encontraba presente antes.

Como áreas de oportunidad es el considerar desde el inicio la psicoeducación sobre estilos de afrontamiento al paciente, principalmente si, como en este caso, es una variable que ha modulado la forma en que afronta los problemas. Con relación a lo anterior, es relevante que las estrategias de afrontamiento que la paciente pueda adquirir puedan generalizarse a otras situaciones, una situación de interés en el presente caso es con relación los resultados sobre su hígado, ya que al ser positivos cambia la situación de la enfermedad así como el posible desarrollo de la misma. De igual forma, el estilo de afrontamiento observado hasta ahora en la paciente ha hecho que realice comentarios con sus hijos como: "... tal vez los doctores se equivocaron y no estoy enferma... yo me siento bien" (sic pac.). Procedimientos como balance decisional o flecha descendente, ¿podrían favorecer a un cambio en las conductas con relación al estilo de afrontamiento de la paciente? De igual forma dentro de los objetivos específicos sería conveniente considerar una reinterpretación por parte de la paciente con relación a sus distorsiones cognitivas, esto también lleva a la pregunta, ¿qué otros objetivos específicos puede plantear el Médico Conductual para disminuir la sintomatología depresiva que presenta la paciente del presente caso?

Finalmente, al ser un caso en curso el plan con la paciente es que a través de la detección de actividades de agrado y dominio la paciente obtenga reforzamiento contingente al involucrarse en las mismas, y pueda retomar el aprendizaje obtenido hasta ahora sobre la interacción entre conducta-pensamiento-consecuencia y como, incluso al trabajar sólo con una de esas variables, pueden observarse cambios en las otras y como se describió en párrafos anteriores considerar la conducta de otros con relación a la conducta problema.

Referencias

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. España: Editorial Gedisa

Martin, G., y Pear, J. (2008). *Modificación de conducta, qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Prentice Hall.



Anexo 10 Segundo caso clínico



Hospital Juárez de México
Medicina Conductual
Psicooncología
Lic. Psic. Karla Denisse Campos González

Presentación de caso clínico

Nombre: Patricia

Sexo: Femenino

Edad: 58 años

Estado Civil: Soltera

Ocupación: Desempleada

Originaria y residente: Ciudad de México

Religión: Católica

Diagnóstico Médico: Cáncer de ovario IIIA

Escolaridad: Secundaria

Selección del caso

La presentación del siguiente caso tiene como objetivo ilustrar cómo el estado anímico de una paciente y los componentes de relación con la terapeuta influyen en la decisión de la paciente para iniciar un proceso terapéutico, a expensas del tiempo transcurrido desde el primer contacto con la terapeuta.

Motivo de consulta

Durante el monitoreo de la segunda hospitalización de la paciente (11/05/17), ella expresa: “Quisiera que retomáramos las pláticas que teníamos cuando estaba aquí antes, me ayudaron, pero ahora me siento de nuevo mal, no tengo ganas de hacer nada... soy una carga para mis hermanas porque sigo sin trabajar ni hacer algo, solo durmiendo, y se enojan cuando les digo que quiero ser la primera en morir porque no los quiero enterrar a todos. Aún creo que me hijo no me quiere y sólo me ayuda por puro compromiso, él me dice que todo lo que me pasa es mi culpa... nunca he hecho nada bueno”.

Antecedentes Heredofamiliares. Abuelos paternos y maternos diabéticos e hipertensos. Madre finada por cáncer de endometrio y padre finado por tumor cerebral. Dos hermanas con cáncer, se mama y cervicouterino, respectivamente.

Antecedentes personales no patológicos.

La paciente habita en casa prestada construida con materiales perdurables, cuenta con los servicios básicos intra y extra domiciliarios. Actualmente vive con su hijo y su nuera.

Alimentación adecuada en cantidad y calidad, hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa.

Antecedentes personales patológicos.

Alergias: Fresa, manzana, durazno y aguacate.

Crónicos degenerativos: Interrogados y negados.

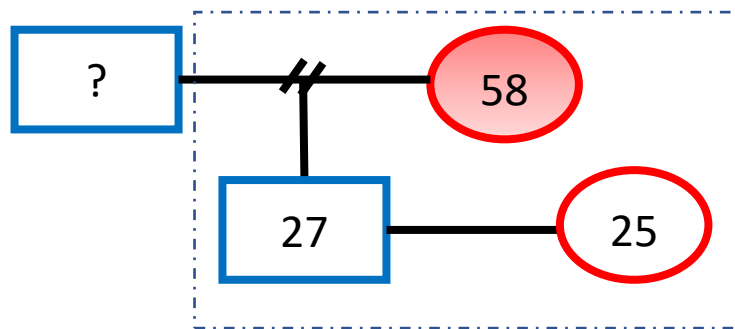
Infecto contagiosas: Negados

Antecedentes quirúrgicos: Cesárea hace 27 años, laparotomía por quiste anexial izquierdo hace 22 años y apendicectomía hace 15 años.

Antecedentes psicológicos patológicos. La paciente refiere que en una ocasión, hace 3 años aproximadamente, asistió a consulta psicológica debido al fallecimiento de su madre, pero después de 3 sesiones abandonó la terapia ya que no tuvo buenos componentes con la terapeuta así como por el descontento con relación a la modalidad de la terapia.

Dinámica familiar y familiograma

Patricia actualmente vive con su hijo y nuera, con quienes reporta que no hay un apoyo económico o emocional.



Historia del Problema

Médico

Inicia en septiembre del 2016 con sangrado trasvaginal con dolor tipo cólico, por lo que acude al Hospital Enrique Cabrera donde le realizan una ultrasonografía (28/12/16), cuyo resultado reporta una lesión en ovario derecho con elevación de marcadores. Se envía a la paciente al Hospital Juárez de México para realizar una laparotomía exploratoria así como el estudio transoperatorio.

Se lleva a la paciente a cirugía el 22 de febrero del 2017 para una toma de biopsia y linfadenectomía. En los hallazgos se reportó un útero con tumoraciones bilaterales, y el transoperatorio fue positivo a malignidad. Se indica un carcinoma seroso papilar de alto grado.

El 23 de marzo del 2017 acude a la consulta a la clínica de ginecooncología, donde se le da el reporte histológico a la paciente: Cáncer de ovario IIIA, por lo que se envía a la clínica de oncomédica para valorar posible tratamiento de quimioterapia. En dicha clínica asiste a consulta el 30 de marzo del mismo año y se indica que necesita adyuvancia a base de carboplatino y plaquitaxel por seis ciclos. El 25 de abril del 2017 se inicia el tratamiento de quimioterapia. El 10 de mayo la paciente asiste a urgencias y se hospitaliza para mejorar condiciones, pues se encuentra con una obstrucción intestinal + neutropenia.

Psicológico

El primer contacto con la paciente es el día 21 de febrero del 2017, donde Patricia comenta que: “mi mamá sufrió de cáncer, dos de mis hermanas también tienen pero ellas van bien, no como yo, que soy una chillona...”. Respecto a la relación familiar y con la convivencia con sus hermanas que también padecen cáncer ella indica: “Siempre hemos sido hermanos muy unidos, y cuando nos reunimos termino llorando porque no he hecho nada bueno en la vida, otras personas pueden decir si me muero hoy pues ya me titulé, ya hice esto o lo otro, pero yo no... siempre he sido un cobarde para todo, yo iba a estudiar enfermería pero ni eso pude, en una ocasión casi mato a una persona, jamás le había dicho a alguien... eso me marcó, incluso ahora sufro, tiemblo si tengo que aplicar inyecciones... Mi hermana me presta su casa pero no quiero ser una carga para ella, no tiene necesidad de dejarme su casa cuando ella la puede usar... También les digo a mis hermanos que tal vez Dios ya va a llamarme pronto porque soy su angelito, además de que no quiero ser la última de todos en fallecer, no los quiero enterrar. Ellos me dicen que me calle, que no diga esas cosas, que voy a terminar enterrando a todos por andar pensando eso y empiezan a cambiar de tema o ignorarme” (sic pac).

Con relación a la enfermedad de su mamá refiere: “De los nueve hermanos sólo yo y la más pequeña la veíamos, yo me preguntaba ¿por qué nos dejan esto a las más chicas? Yo tenía que trabajar en la papelería y debía cuidarla, creo que no le dediqué todo el tiempo que debí y no la cuidé bien, no la acompañaba a veces ni a desayunar, por eso me va a ir mal a mí [con relación a la enfermedad], algo estoy pagando ahorita, y nadie va a hacer que se me quite esa idea... Cuando mi mamá ya estaba en etapa terminal yo la llevé al hospital, mis hermanos ya no querían que fuera al hospital pero ella ya estaba muy mal, no la atendían pronto y me puse a gritarle a una doctora, luego llegó otra doctora, fue como un ángel de la guarda, atendió a mi mamá y les llamó a mis hermanos, a todos. Les dijo que no la iba a dar de alta hasta que fueran, y al llegar les comentó que ya estaba muy mala, que no la iba a dar de alta, y que si ya me habían visto; yo estaba muy delgada, sin comer, ojerosa, y les dijo eso. Les dijo que éramos varios y que todos debíamos cuidarla, pero aun así, nadie quería quedarse en la noche, siempre tenían pretextos y yo era la que me quedaba, ya no

me gustan los hospitales” (sic pac.). Asimismo, la paciente señala que es después de la muerte de su madre que ella busca atención psicológica.

Problemática actual

Patricia menciona: “Veo a mis hermanas y van bien, están en tratamiento para el cáncer, pero yo pienso que a mí me va a ir como a mi mamá, que voy a sufrir, siempre he sido una cobarde. Después de que me operaron y me dijeron que era cáncer he ido más para abajo, me ayudó hablar con usted, pero ahora lloro más... No tengo casa por ahora, mi hermana me presta la suya y mi hijo ya se fue a vivir conmigo y su pareja, y aunque somos tres nadie hace el quehacer en casa. A mí siempre me ha gustado ver mis cosas ordenadas, pero ya no tengo ganas de nada. Dejé de hacer manualidades que era algo que me gustaba mucho y aunque poco pero me daba ingresos, pienso en retomarlos y no puedo, me siento cansada y ya no hago nada. Trato de reponerme pero después de la quimioterapia me siento peor, no quiero salir a ningún lado, sólo estar acostada. Mi hijo dice que es mi culpa estar así, que sólo me la paso llorando, acostada y durmiendo, más si estoy sola, y si llego a salir todo el mundo me cae mal, me molesta que me vean, sienten lástima por mí, me dan ganas de golpearlos, les contesto feo, creo que hasta grito pero eso no lo noto, sólo me lo han dicho... siempre tengo la culpa de todo lo que me pasa a mí y a él. Tenemos discusiones, sobre todo por el dinero, él me deja hablando sola o yo empiezo a llorar”. Patricia añade que: “Mis hermanos me visitan, o nos reunimos en casa de alguno, no quiero ser una carga, yo no quiero darles molestias ni seguir llorando cuando estamos juntos, que luego ya hasta me ignoran si empiezo con eso, o les digo que yo quiero ser la primera en morir, porque no quiero enterrarlos a todos, me dicen que deje de estar pensando eso, y que como castigo yo me voy a morir hasta el último” (sic pac.).

La paciente también comenta: “Ya no quiero venir al hospital, me pone mal estar aquí, cuando llego a casa dejo todas mis cosas, mis papeles, no quiero que me recuerden al hospital, el día que llegué a urgencias no quería regresar, ni quedarme internada de nuevo sólo para dar molestias a otros”.

Patricia indica “Mi hermana que me presta la casa es psicóloga, pero me dice que ella no me puede ayudar, y sólo lloramos cuando le platico mis cosas, ella y mis hermanos me apoyan, como el prestarme la casa, me llevan de comer, nos reunimos para platicar y hasta me han ofrecido trabajo, nos educaron para estar juntos en todo... Quisiera salir de esto, quitarme la pesadez que tengo para hacer de nuevo mis cosas, si no hago algo me iré más para abajo, quiero dejar de tener ideas locotas sobre la muerte, ya no sentirme culpable sobre mi mamá, me he sentido así los últimos cinco años, no he hecho nada bueno en la vida, nada.” (sic pac.).

Impresión y actitud general

Paciente de complexión ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño, se muestra cooperadora e interesada ante la entrevista.

Examen mental

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica, orientada en cuatro esferas (T-E-P-C) Alerta, consciente y con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración

y memorias conservadas. Lenguaje coherente y congruente. Pensamiento concreto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Afecto hipotímico.

Personalidad Previa

Patricia se describe como una persona “chillona, cobarde pero organizada y amante del baile”, comenta “no he hecho nada en toda mi vida, no puedo pensar en algo bueno que me pasara” (sic pac.).

Factores Psicológicos

- Locus de control interno.
- Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo evitativo.
- Redes de apoyo existentes y percibidas como funcionales con relación a hermanos, y disminuidas con relación a su hijo e inexistentes por parte de la nuera.
- Apoyo social instrumental percibido como existente y emocional percibido como disminuido.

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

- Entrevista Conductual
- Aplicación de Inventario de Depresión de Beck

Selección y aplicación de técnicas de intervención.

- Psicoeducación
- Registro de control de actividades
- Registro de pensamientos
- Elementos de la Terapia Cognitiva

Lista de conductas problema

- a. Distorsiones cognitivas (ej. Debería, todo-nada, saltos en el tiempo)
 - b. Disminución de actividades de dominio y agrado (manualidades, quehacer de la casa, trabajo en papelería, baile).
 - c. Sentimiento de culpa
- d. Llanto
- e. Pensamientos recurrentes sobre la muerte

Modelo secuencial integrativo

Estímulos	Organismo	Respuestas	Consecuencias
<u>Externos</u> * Asistencia a consulta en el hospital * Reuniones con hermanos * Estar sola en casa * Discusiones con hijo * Tratamiento de quimioterapia <u>Internos</u> * Cansancio * Pesadez <u>Historia contemporánea</u> * Diagnóstico de cáncer * Obstrucción intestinal y neutropenia <u>Historia Pasada</u> * Fallecimiento de madre (hace seis años)	<u>Variables biológicas*</u> Cáncer de ovario IIIA <u>Historia de reforzamiento*</u> Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo evitativo *Experiencia previa con psicóloga *Experiencia con terapeuta actual	<u>Problemática principal:</u> Depresión <u>"Motoras:</u> * Cese de manualidades * Llanto * Disminución de quehacer * Estar acostada <u>Cognitivas:</u> *Ya no puedo hacer mis cosas * Debería: "Debí cuidar mejor a mi mamá, debí estar más tiempo con ella" *Estoy pagando el no cuidar a mi mamá	<u>Inmediatas Individuales Internas</u> * Ganas de golpear a alguien *Pensamientos sobre la autoeficacia y autoconcepto "No hago nada, soy una cobarde" "No he hecho nada bueno en la vida", "Nadie va a poder quitarme esa idea", "Soy un carga, me ayudan por compromiso" * Pensamientos de saltar a conclusiones: Las personas me tienen lástima <u>Externas</u> * Elevación del tono de voz *Contestar feo * Llanto * Huida <u>Inmediatas de otros</u> <i>Comentarios de su hijo: "Es Tu culpa que estés así", "Si trabajas ya no te voy a dar dinero"</i> Reforzamiento de ideas sobre autoeficacia y autoconcepto por parte del hijo * Extinción de la conducta: Cambio de tema * Extinción sobre el tema <u>Mediatas de otros</u>

		<ul style="list-style-type: none"> * Reuniones de hermanos *Pláticas con su hermana psicóloga sobre la enfermedad, su hijo y su madre. *Llanto con su hermana
--	--	--

Análisis Funcional

Paciente femenina de 58 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México, desempleada, soltera, católica, escolaridad secundaria, con Dx. de cáncer de ovario IIIA, con un estilo de afrontamiento dirigido a la emoción de tipo evitativo, quien se encuentra en etapa de seguimiento. Solicita reiniciar el proceso terapéutico de psicooncología/Medicina Conductual. Patricia comenta “Quisiera salir de esto, quitarme la pesadez que tengo para hacer de nuevo mis cosas, sino hago algo me iré más para abajo” (sic pac.), lo cual se traduce como depresión, la cual se caracteriza a nivel motor por llanto, cese de actividades de dominio y agrado, disminución de quehacer, permanencia en estado de reposo, y a nivel cognitivo por pensamientos sobre la inactividad “ya no puedo hacer mis cosas” y sobre el origen y futuro con relación a su enfermedad “Estoy pagando el no cuidar a mi mamá, debí cuidarla mejor”. Aunado a lo anterior, se encuentran las ideas de inutilidad, la percepción disminuida de la autoeficacia y su autoconcepto, ante lo que verbaliza “Nadie va a poder quitarme estas ideas locotas que tengo”. A continuación, se describe la conducta problema con relación a la demanda de la paciente

Es probable que los pensamientos descritos con relación a las distorsiones cognitivas inicien o se incrementen cuando acude al hospital a sus citas médicas, cuando tiene reuniones con sus hermanos y al estar sola en casa. Con relación a la respuesta de llanto ésta inicia cuando discute con su hijo, principalmente sobre temas de dinero.

La conducta problema se ve mantenida por los pensamientos con relación a la autoeficacia y autoconcepto, y de distorsiones cognitivas de salto a conclusiones, acompañadas por un sentimiento de agresividad. Asimismo, hay un incremento del llanto y de la respuesta de huida. Por otra parte, y con relación a las conductas de otros, la conducta problema es extinguida o castigada por parte de sus hermanos, sin embargo también es reforzada positivamente en ocasiones por su hijo.

Por lo anterior, y de acuerdo con el análisis funcional se considera que la intervención debe enfocarse en las consecuencias individuales de la paciente, es decir, los pensamientos y verbalizaciones sobre su autoeficacia y autoconcepto, las cuales incrementan la probabilidad de excesos y déficits de la conducta problema. Se espera que por medio de elementos de Activación Conductual y técnicas Terapia Cognitiva se disminuya la sintomatología depresiva de la paciente.

Hipótesis Funcional

Si la paciente realiza ejercicios de activación conductual y terapia cognitiva, entonces se disminuirá la sintomatología depresiva asociada con las ideas que tiene sobre su autoeficacia y autoconcepto, además de que obtendrá reforzamiento positivo al retomar las actividades suspendidas.

Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I: F32.1 Trastorno depresivo mayor único

Eje II: Sin trastorno

Eje III: Cáncer de ovario

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: 70-90

Criterios para el episodio depresivo mayor

Verbalizaciones de la paciente

A. Presencia de **cinco (o más)** de los siguientes síntomas durante un período de **2 semanas**, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día

Me siento de nuevo mal, lloro mucho... soy una carga para mis hermanas...quiero ser la primera en morir porque no los quiero enterrar a todos.

(2) disminución acusada del interés en todas o casi todas las actividades

Me gusta ver mis cosas ordenadas, pero ya no tengo ganas de nada. Dejé de hacer manualidades que era algo que me gustaba mucho

(4) insomnio o hipersomnias casi cada día

Me la paso durmiendo

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados	Quiero dejar de... sentirme culpable sobre mi mamá, me he sentido así los últimos cinco años, no he hecho nada bueno en la vida, nada.
(9) pensamientos recurrentes de muerte	Tal vez Dios ya va a llamarme pronto porque soy su angelito, además de que no quiero ser la última de todos mis hermanos en fallecer, no los quiero enterrar.

Diagnóstico DSM V

Trastorno depresivo mayor episodio único (F32.1). Cáncer de ovario. WHODAS (Versión de 12 preguntas administrada por el entrevistador): 23.

Objetivo General

Que la paciente modifique su sintomatología depresiva en los niveles de respuesta motor y cognitivo.

Objetivos Específicos

- La paciente disminuirá la intensidad del llanto
- La paciente elegirá dos labores domésticas a realizar cada dos días
- La paciente dedicará 30 minutos 3 veces al día a las manualidades
- La paciente explicará el estilo de afrontamiento centrado en la emoción
- La paciente ejemplificará distorsiones cognitivas del tipo salto a conclusiones
- La paciente identificará los reforzadores que mantienen su conducta
- La paciente realizará experimentos conductuales

Selección de técnicas:

- Activación conductual
 - Lista de actividades de dominio y agrado
 - Planeación de actividades
- Elementos de Terapia Cognitiva
 - Psicoeducación
 - Identificación de pensamientos de tipo salto a conclusiones
 - Autoverbalizaciones
 - Autoinstrucciones

▪ **Descripción de las sesiones y resultados**

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 1 21.02.2017</p> <p>Hospitalización</p>	<p>Entrevista conductual</p> <p>Establecimiento de componentes de relación</p> <p>Escucha Activa</p>	<p>Se inicia la entrevista conductual con escucha activa y se normaliza la respuesta de llanto. Se indagan antecedentes familiares con relación al posible diagnóstico de cáncer. Se informa a la paciente sobre el trabajo del psicólogo y se decide por mutuo acuerdo iniciar con el plan de trabajo una vez que la paciente salga de cirugía.</p>	<p>La respuesta de llanto inicia ante la pregunta sobre el posible diagnóstico una vez realizada la operación: <i>"Mi mamá murió de cáncer, mi papá tuvo un tumor en la cabeza pero no le fue mal, no sufrió, dos de mis hermanas tienen cáncer pero ahí van, van bien, yo no sé qué haré si me pasa a mí, uno piensa que cáncer es igual a muerte "</i> (sic pac.). La paciente señala que conoce el trabajo del psicólogo pues su hermana ejerce esa profesión, y que ella ya había asistido antes a terapia debido al fallecimiento de su madre: <i>"Necesito ayuda, mi hermana no me puede ayudar, y hay cosas que con ella no le puedo decir, quisiera intentarlo con usted"</i> (sic pac.).</p>
<p>Sesión 2 22.02.2017</p> <p>Hospitalización Familiar</p>	<p>Escucha Activa</p> <p>Triangulación de la información</p> <p>Establecimiento de componentes de relación</p>	<p>Este día la paciente entró a quirófano, por lo que al pasar por su cama la terapeuta es abordada por la hermana que es psicóloga. Se realiza entrevista con la hermana para recabar más información y triangular la obtenida por la paciente. La hermana señala su interés de que se inicien sesiones terapéuticas con la paciente.</p>	<p>La hermana comenta que por ética y por la cercanía ella no puede ayudar a su hermana, pero que necesita ayuda. La ve llorando y durmiendo la mayor parte del tiempo. Comenta que sabe que su hermana se cansó de ir con la primera psicóloga pues parece que tenía muchos pacientes y todo lo hacía a prisas, y eso molestó a su hermana. Se acuerda que al siguiente día se acudiría nuevamente con la paciente para iniciar un plan terapéutico.</p>

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<p data-bbox="262 613 384 703">Sesión 3 23.02.17</p> <p data-bbox="226 846 422 873">Hospitalización</p>	<p data-bbox="449 573 659 711">Psicoeducación sobre el cáncer/ estilos de pensamiento</p> <p data-bbox="449 854 659 919">Identificación de pensamientos</p>	<p data-bbox="749 480 1157 1013">Se evalúa el estado de la paciente tras la operación y al reportarse sentir bien se procede con la sesión. La paciente señala que lo que le pasa es “un castigo” por lo que se psicoeduca con relación al cáncer. La paciente indica que le es imposible no tener pensamientos malos, que estos llegan y le hacen sentirse aún peor, y que en el hospital no puede hacer nada, por lo que se procede a psicoeducar sobre estilos de pensamiento.</p>	<p data-bbox="1173 310 1892 483"><i>“Veo que hay un componente hereditario, creo que conmigo es muy claro, mis papás y mis hermanas lo tienen, tengo arriba y a los lados...pero aun así doctora, creo que algo estoy pagando. Es una idea muy fuerte que tengo”.</i></p> <p data-bbox="1173 570 1892 997">Sobre los pensamientos comenta: <i>“...no me queda del todo claro, sí me hacen sentido algunos, sobre todo esas etiquetas como el de sentirse idiota, a veces así me pasa y me siento. Creo que es algo que tengo que pensar mejor”.</i> La paciente se muestra interesada en continuar las sesiones una vez que la den de alta, y agradece que se cumplan los puntos acordados en las visitas anteriores y que se haya dispuesto un tiempo para hablar con su hermana. Se proporciona el número de contacto y añade: por favor doctora, no vaya a ser como la otra psicóloga, que me dejaba sentada viendo a la pared y hablando como tonta todo el tiempo.</p> <p data-bbox="1173 1083 1892 1182">Nota: A pesar de contactar a la paciente no se pudo concretar ninguna cita y se retoma la comunicación hasta su segundo internamiento.</p>

<p>Sesión 4 11.05.17 Hospitalización</p>	<p>Evaluación</p> <p>Escucha Activa</p> <p>Triangulación de la información</p>	<p>Se inicia la entrevista indagando sobre el motivo de internamiento y el diagnóstico que se le dio después de la biopsia. Se normaliza la respuesta de llanto ante el tema tratado. La paciente señala sentirse cansada y débil, por lo que se propone continuar al siguiente día. Se encuentra con una cuidadora, otra hermana de la paciente, quien se acerca e indica que su hermana (que cuidó a la paciente por primera vez) le había comentado de la posibilidad del tratamiento psicológico, y que a la familia le gustaría que esta vez sí pudiera retomarse, ya que con el inicio del tratamiento han visto que decayó más.</p>	<p>La hermana comenta: <i>“Nos dice que está bien, pero ahora duerme más que antes, siempre ha sido muy dormilona, pero ahora lo es más. Ya antes habíamos visto si no era somnolencia o algo así, pero no, eso se descartó. Lloro mucho, esta situación la ha deprimido. Antes fue con un psicólogo, pero no era como ella imaginaba. Comenta que con usted sintió un poco más de confianza, y si pudiera ayudarla se lo agradeceríamos, yo creo que le hará bien hablar con alguien”</i> (sic fam.).</p>
--	--	--	--

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 5 12.05.17 Hospitalización</p>	<p>Psicoeducación quimioterapia</p> <p>Diálogo socrático</p>	<p>La paciente señala sentirse mejor, pero que se siente mal porque le suspendieron la quimioterapia. Se indaga sobre sus conocimientos sobre el tratamiento y la función del mismo, ya que se observa desconocimiento del mismo y pensamientos erróneos a partir de ello. Asimismo, se observa que en esta ocasión su hijo la acompaña, y se manifiesta a la paciente que con relación a su hijo cambia de tema.</p>	<p>A partir de la información sobre la psicoeducación Patricia comenta: <i>"Yo creí que ya me la suspendían para siempre, no pensé que me harían de nuevo estudios, eso me da ánimos, aún no está perdido nada"</i>. Con relación al tema de su hijo comienza a cambiar de tema y a explicar el tema ya visto de su internamiento, se le hace notar e indica: <i>"Sí, ya ví cómo cambio de tema, es que me cuesta hablar, porque él casi no viene, así como yo fui con mi mamá él es conmigo, estoy pagando lo que hice, él no está feliz, seguramente lo hace por puro compromiso"</i>. Como resultado del diálogo socrático Patricia comenta: <i>"Yo cuidaba a mi mamá porque la quería, tal vez él no sabe demostrar o yo veo lo que quiero ver, pero no significa que así sea, si quiero saber debo preguntarle a él"</i>. Patricia señala que ese día la dan de alta y que se irá a casa de su hermana por el reposo, pero que desea agendar una cita.</p> <p>Nota: Se realizan monitoreos durante sus visitas a quimioterapia. En tres ocasiones se pospone la cita pues el tratamiento la dejaba fatigada y con las defensas bajas, por lo que el doctor le sugiere salir lo menos posible.</p>
<p>Sesión 6 31.07.17 Consulta externa</p>	<p>Evaluación</p> <p>Escucha activa</p>	<p>Patricia indica que ya está recuperándose de las quimioterapias, que ha tenido problemas con su hijo debido al dinero y a que se fue a vivir con ella en casa de su hermana. Señala sentirse culpable en pedirle que se vaya, pero que ella ya se siente con más</p>	<p>En la sesión se abordan dos temas, por un lado se inicia con la programación de actividades. Una vez que la paciente señala las actividades que dejó y disfrutaba se propone retomarlas por periodos cortos de tiempo ante lo que dice: <i>"Yo quisiera ser como antes, era activa, ir de a poco me va a costar, aunque sí, podría frustrarme como dije, eso de si no alcanzo la meta, antes estaba sana y ahora no"</i>. Se acuerda el tiempo para realizar las actividades. Con relación a su hijo se plantea el peor</p>

	<p>Programación de actividades</p> <p>Búsqueda de evidencia</p> <p>Flecha descendente</p>	<p>energía para ir retomando sus cosas.</p>	<p>escenario ante la opción de que se vaya e indica: <i>“Me sentiría sola, pero mis hermanas me visitan, ya no tendría que soportar las discusiones, que siempre me deja hablando sola, pero tengo ideas locotas, de qué tal si él se va y ya no lo vuelvo a ver, si nos enojamos y así quedamos, pero tampoco puedo estar llorando siempre y cuidando el dinero, yo estoy para que me cuiden, no andar cuidando”</i>. Antes de finalizar se aplica la escala de depresión de Beck.</p> <p>Escala: 47 puntos, depresión grave</p>
--	---	---	---

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 7</p> <p>21.08.17</p> <p>Consulta externa</p>	<p>Programación de actividades</p> <p>Solución de problemas</p>	<p>La paciente indica que a raíz de la última sesión ha tratado de hablar más con su hijo, que trata de llorar menos y que ya tomó la decisión de pedirle que se vaya, pero no sabe cómo hacerlo pues termina llorando o su hijo se va, por lo que se realiza una lluvia de ideas y se plantea un experimento conductual. Asimismo, al revisar la programación de actividades señala que ha</p>	<p>Nota: Sesión pospuesta debido a enfermedad.</p> <p>Como posible opción de la generada por la lluvia de ideas Patricia señala: <i>“La casa es de mi hermana, mi hijo no va a ser grosero con ella, podría decirle que me ayude a decirle que se vaya, que esté como apoyo, porque yo tendría que hablar”</i>. Una vez decidida la opción a llevar a cabo Patricia añade: <i>“Ahorita que ya veo que puedo retomar cosas me siento bien, pero tengo incertidumbre, ¿qué va a seguir de esto?, no se me quita la idea de la muerte, no encuentro motivación, no sé lo que quiero”</i>. Se da retroalimentación sobre la problemática señalada y se acuerda incrementar la</p>

	Experimento conductual	podido hacerlas y que se ha distraído, lo que le ayuda a no tener pensamientos malos y sentirse mejor con ella, aunque aún reporta pensamientos de inutilidad. Se valora incrementar el tiempo dedicado a las actividades.	atención con relación a los pensamientos y valorar la dismunición de la programación de actividades si es que esa no sufre modificaciones importantes para la proxima cita.
Sesión 8 25.08.17 Consulta externa	Relajación muscular Registro de pensamientos	Con relación al experimento conductual la paciente señala que sí habló con su hijo con relación a pedirle que se fuera, que llegaron a un acuerdo y la convivencia mejoró. Menciona que en el trabajo va bien pero los pensamientos sobre su madre regresan, que trata de pensar diferente pero no puede y se pone tensa, por lo que se propone hacer un ejercicio de relajación. Patricia también señala que no hizo la actividad de escribir qué pensamientos son los que vienen con más frecuencia, pero que lo hará la siguiente vez.	<p><i>“Hablé con mi hijo y ya estamos en paz por ahora, ya no me exige las cosas, ya al menos las pide por favor. Eso es un cambio, no creí que fuera a pasar, pero los pensamientos doctora, esos ahora ya no me dejan dormir, me pongo tensa”.</i></p> <p>Al realizar el ejercicio reporta: <i>“Sentí algo diferente, y me va a perdonar pero hasta me quise dormir en un cacho ahorita, pero no sé si sea algo que pueda hacer en casa sola, tengo que probar pero lo veo complicado, ¿y si no recuerdo todo?”.</i> Se señala que la importancia del ejercicio radica en la práctica y no en la perfección al inicio. Se acuerda hacerlo de tarea así como el registro pendiente.</p>

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 9 01.09.17 Consulta externa</p>	<p>Evaluación Registro de pensamientos Escucha activa Diálogo socrático</p>	<p>La paciente indica que olvidó la hoja de la terea en casa, pues cuando no asiste al hospital no ve su folder a menos que sea necesario. De igual forma señala que ha mejorado con las actividades, que vio que solicitaban personal en una papelería y se animó a ir y la contrataron. Asimismo, señala que la enfermedad de su mamá es lo que está influyendo en su estado actual.</p>	<p>Ante la noticia del nuevo trabajo se refuerza la conducta de la paciente al buscar empleo, sin embargo, también se hace un balance con relación a las capacidades de la paciente y la demanda del trabajo y comenta: <i>“No estaba segura, pero con eso del dinero, mi hijo, y que he estado avanzando en recuperar mi vida me animé. No está lejos de mi casa, y es poco tiempo, pero si veo que me siento mal pensaré en dejarlo”.</i></p> <p>Una vez aclarado el punto anterior se comienza con la evaluación y registros de pensamientos ante lo que dice: <i>“Sigo pensando que tengo la culpa de no darle una buena calidad de vida, pude hacer más, esa idea no me ha dejado dormir”.</i> Se indaga sobre su papel como cuidadora principal y se observa que ella era la responsable en un 90% de la madre, por lo que se hace la devolución e indica: <i>“Sí tiene razón, hice mucho, incluso una doctora mandó a llamar a mis hermanos, creía que yo era hija única, les dijo que me vieran, que yo ya estaba demacrada y saturada”.</i></p>

<p>Sesión 10 14.09.17 Consulta externa</p>	<p>Escucha activa</p> <p>Registro de pensamientos</p> <p>Búsqueda de evidencia</p> <p>Balance decisional</p> <p>Escala de depresión de Beck</p>	<p>Patricia inicia la sesión compartiendo los resultados de sus últimos estudios, indica que salió bien, que no se observa enfermedad, pero tiene inflamados los bronquios y eso le preocupa. De igual forma comenta que tiene una nueva oferta de trabajo pero no sabe si tomarla, por lo que se realiza un balance decisional. Se aplica nuevamente la escala de depresión de Beck.</p>	<p>Patricia comenta: <i>“La papelería donde antes trabajaba era de mi hermana, se enteró que trabajaba en otro lado y me dijo que mejor me fuera allá... como ventajas es que me queda más cerca, me va a pagar lo mismo y es mi familia, y como desventaja es que mi sobrina es la dueña y la última vez salimos peleadas... tal vez deba hablar primero con ella”.</i></p> <p>Respecto a los bronquios Patricia indica: <i>“De nuevo es lo de los pensamientos, ya releí varias veces la hojita, y es eso de saltar a conclusiones, el doctor me dijo que no se ve enfermedad, que de eso estoy bien pero ahí va Paty con sus ideas de nuevo. Leer la hojita me ha hecho pensar, creo que algunas cosas aún no las entiendo bien, pero para eso vengo, y el estar trabajando me ha ayudado, ya lloro mucho menos. Ahorita estoy en un estado conmigo misma que hace tiempo no creí que pudiera tener”.</i></p> <p>Escala de depresión de Beck: 32</p> <p>Depresión grave: Media de 30 puntos</p>
--	---	---	--

Resultados

Como se describió en un inicio, los componentes de relación con la paciente fueron un aliciente para que se pudiera retomar, e incluso iniciar de manera más ordenada una terapia psicológica. Por la historia natural de la enfermedad y el tratamiento de la misma hubieron situaciones fuera del control de la terapeuta y la paciente, sin embargo el monitoreo telefónico reforzó el trabajo realizado así como los componentes de relación. De acuerdo con la aplicación de la escala de depresión de Beck la paciente aún se encuentra en una depresión grave, sin embargo, se observa una disminución en el puntaje, así como por observación clínica los cambios con relación a las actividades que realizaba y paulatinamente fue retomando. Sin embargo, es importante señalar que si bien algunas técnicas de terapia cognitiva parecían tener un efecto inicial con relación a las cogniciones de la paciente, estos eran efímeros, pues los pensamientos regresaban, aunque la paciente indica que no con la misma intensidad que en un inicio.

Con relación a los resultados de las primeras sesiones y al material que se proporcionó se observó que la paciente recordó parte de lo enseñado y conservó el material, lo que propició que en las consultas subsecuentes se abordaran solamente dudas o aspectos claves de lo revisado, esto con el fin de dar paso a nuevas técnicas o a mejorar las practicadas, así como evaluar la experiencia de la paciente con la misma. De acuerdo a su reporte verbal de la última sesión, el percibirse activa y en control de su trabajo le hizo notar el cambio respecto a las primeras sesiones en consulta externa, lo que reforzó su autopercepción, sin embargo, el continuar la convivencia con su hijo era un constante castigo a varias de las nuevas conductas que la paciente trataba de implementar. Por ejemplo, a través de comentarios como “si trabajas ya no te daré dinero”, “tú me escondes el dinero”, “las salidas que planeo son en pareja”, aumentan las cogniciones de Patricia respecto a su autoconcepto.

De los objetivos planeados aquellos en los que se observó un cambio fue: en la disminución de la frecuencia del llanto, en la identificación y planeación de tiempo con relación a las tareas domésticas, el tiempo dedicado a las manualidades y el experimento conductual con relación a la plática con su hijo, que si bien hubo un cambio entre la relación de ambos, parece que el hijo retomó algunas conductas pasadas algunas semanas.

Conclusiones

Con este caso se trató de ejemplificar cómo puede retomarse una intervención que se ha visto pausada por factores como el tratamiento, el estado anímico y las enfermedades con relación al tratamiento, así como el cambio en las estrategias y programación de las sesiones por parte de la terapeuta, ya que en el intervalo de las mismas se observa el tiempo transcurrido, de manera que hay un cambio en la forma de estructurar el caso.

Asimismo, se observan las limitaciones por parte del terapeuta, en este sentido, y como señala Nezu, Nezu y Lombardo (2004), en ocasiones el terapeuta puede ser manipulado fácilmente al seguir un curso de acción por medio de etiquetas, es decir, si el paciente parece cumplir con una sintomatología específica es sencillo que el terapeuta olvide que

debe revisar el abanico de técnicas y posibilidades que pueden darse para un caso, pero siempre considerando la parte ideográfica del mismo.

Si bien este caso no puede considerarse como exitoso, sí aporta elementos para el Médico Conductual. En este caso se observó que:

- La retroalimentación por parte del paciente es una pieza clave para saber el curso que está llevando la intervención, y ver si los objetivos instrumentales están guiando hacia el objetivo final
- Aprender a reconocer las limitaciones del terapeuta, pues en este caso las técnicas utilizadas para trabajar con las cogniciones parecen no haber sido los necesarios, por lo que queda abierta la pregunta, ¿qué técnica podría haberse empleado en este caso?
- Contar con escalas referidas habría proporcionado información con temas específicos del interés de la paciente, por ejemplo la relación con su hijo, y el sentimiento de culpa con relación a los cuidados de la madre, lo que habría supuesto una retroalimentación para la paciente y evidencia para el terapeuta del curso del tratamiento.
- Establecer con el paciente los alcances de las técnicas vistas, para prevenir situaciones de frustración, por ejemplo en este caso, donde la paciente verbalizó que ella habría iniciado la toma de sus actividades como lo hacía antes de estar enferma, lo que habría guiado a un posible retroceso con dicha actividad.

Finalmente, al ser un caso en curso, y retomando un punto anterior, el plan con la paciente y el terapeuta es, en un inicio, una mejor documentación respecto a técnicas que ayuden a modificar las cogniciones de la paciente, así como una explicación con relación a la importancia de las tareas asignadas, así como las limitaciones de las mismas, y la ayuda en el proceso terapéutico. Uno de los temas centrales a tratar es con relación al castigo que percibe la paciente con su enfermedad, en ese sentido se planea trabajar con las autoafirmaciones de la paciente “no he hecho nada bueno”, “todo es mi culpa”, “es un castigo” que parecen estar funcionando como estímulos condicionados que elicitán los componentes respondientes de la depresión. Si se analiza el discurso de la paciente en términos de conductas gobernadas por reglas, que serían la descripción de una situación en que cierta respuesta produce consecuencias determinadas, entonces la modificación y afirmación a una regla dada puede ejercer control sobre la conducta e influir para que ésta se modifique, y así modificar el discurso de la paciente que por ahora puede ser descrito como irracional y una regla errónea. Por lo tanto, mediante el discurso verbal y tareas comportamentales se enseñará a la paciente a modificar las reglas para identificar situaciones concretas de conductas favorables.

La intención de plantear técnicas conductuales se basa en lo observado con la paciente, ya que ante elementos de la Terapia Cognitiva la paciente mostraba ligera mejoría, pero reportada sólo en la sesión en curso, por lo que se espera que el cambio de técnicas y elementos muestre cambios más duraderos en la conducta de la paciente.



Anexo 11 Tercer caso clínico



Hospital Juárez de México

Medicina Conductual

Psicooncología

Lic. Psic. Karla Denisse Campos González

Presentación de caso clínico

Nombre: Lulú	Originaria y residente: Estado de México
Sexo: Femenina	Religión: Católica
Edad: 42 años	Diagnóstico Médico: Cáncer de recto EC IVB (Hígado, ganglionar)
Estado Civil: Ama de casa	Escolaridad: Secundaria
Ocupación: Desempleada	

Selección del caso

La presentación del siguiente caso tiene como objetivo ilustrar cómo la activación conductual propicia, a través de la estructura del proceso, que el paciente esté en contacto con las contingencias reforzantes del ambiente para así producir una mejora con relación a los pensamientos, estado de ánimo y conducta que pueden verse afectados ante una sintomatología depresiva.

Motivo de consulta

Durante la entrevista inicial el día 31 de octubre del 2017 la paciente comenta que acudía con un psicólogo desde el mes de mayo del mismo año, debido a que se encontraba *“Deprimida, sin ganas de hacer nada, no me gusto... Cuando estoy con personas no quiero que hagan ruido, me altero”* (sic pac). Con relación a la terapia Lulú añade *“La dejé porque no había continuidad en lo que veíamos, cambiaba el tema, no daba tiempo de pensar y no había trabajo que yo pudiera hacer en mi casa”* (sic pac). La paciente comenta que aún se

siente deprimida y que le gustaría “*Sentirme mejor emocionalmente y ser más activa*” (sic pac).

Antecedentes Heredofamiliares. Negados

Antecedentes personales no patológicos.

La paciente habita en casa rentada construida con materiales perdurables, cuenta con los servicios básicos intra y extra domiciliarios. Actualmente vive con su esposo e hija. Alimentación adecuada en cantidad y calidad, hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diarios. Alcoholismo ocasional, tabaquismo suspendido hace diez años a razón de dos cigarros por día.

Antecedentes personales patológicos.

Alergias: Negadas

Crónicos degenerativos: Negados

Infecto contagiosas: Negados

Antecedentes quirúrgicos: Cirugía el 13 de agosto del 2017 por tumor de recto a 5cm del margen anal, se realiza colostomía.

Antecedentes psicológicos patológicos. La paciente refiere que hace cinco meses inició un proceso terapéutico donde el psicólogo le diagnosticó depresión. Al momento de la entrevista inicial reporta estar en una terapia de Reiki, donde la responsable de la misma es una sobreviviente de cáncer de mama.

Dinámica familiar y familiograma

Lulú actualmente vive con su esposo e hija (ver Figura 1). Tiene redes de apoyo existentes y funcionales de tipo instrumental, económico y emocional con familia. Lulú percibe el apoyo social de su esposo de tipo emocional como disminuido, pues “Él ha dicho que saliendo de las quimios mejor me vaya a casa de mis papás”.

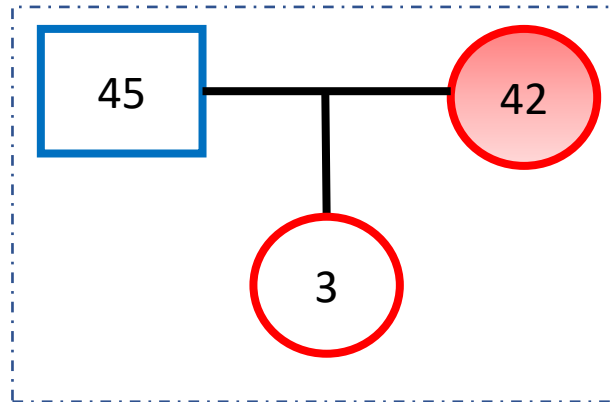


Figura 1. Familiograma de la paciente

Historia del Problema

Médico

La paciente es referida del Hospital General de Naucalpan con antecedentes de presentar trastornos del hábito intestinal con deposiciones líquidas en primera instancia, y posteriormente falta de eliminación de heces y una pérdida de peso de 12k en 6 meses. Se refiere al servicio de oncología del Hospital Juárez. Además de la cirugía a continuación se describen eventos médicos de la paciente en orden cronológico.

01.08.17: Colonoscopia externa: Recto con tumoración palpable, con áreas de necrosis y friabilidad. Dx: Neoplasia avanzada de recto.

07.08.17: TT externa: aumento en la densidad vascular arterial pulmonar.

08.08.17: TAC abdomen y pelvis: Lesiones metastásicas en hígado. TAC tórax sin alteraciones.

18.08.17: Anatomía patológica externa: Recto sigmoides: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado invasor con infiltración de la pared muscular a 1cm de distancia del borde quirúrgico distal y metástasis a ganglio linfático con margen circunferencial y distal negativos para tumor.

11.09.17: Tumores mixtos primera vez: solicita estudios complementarios.

22.09.17: Colonoscopia: Ciego, forma alterada por cirugía previa. Idc: cambios postquirúrgicos en relación resección anterior baja.

25.09.17: Revisión de laminillas: adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante, ulcerado, con invasión hasta la muscular propia, neoplasia a 1 cm de uno de los márgenes, ganglio linfático y grasa pericolonica con infiltración de adenocarcinoma, hígado, metástasis de adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

26.09.17: TAC tórax-abdomen-pelvis: Con múltiples lesiones metastásicas en hígado, hepatomegalia, quiste renal izquierdo.

02.10.17: Tumores mixtos: Se decide mandar a quimioterapia para manejo sistémico

26.10.17: Oncomédica primera vez: Acude para manejo paliativo a base de QT FOLFOX 6

05.01.18: Paciente en tratamiento paliativo de quimioterapia. Clínicamente sin actividad tumoral. Laboratorios normales.

Psicológico

La paciente reporta que en Mayo del 2017 comenzó a asistir con un psicólogo *“...porque me empecé a sentir deprimida, tuve problemas económicos, nos cambiamos de casa, me empecé a sentir mal físicamente... Me dijo que tenía depresión”*. La paciente deja de asistir a la terapia a principios del mes de octubre ya que el psicólogo *“... sólo me ponía audios de diferente tema cada día, no había continuidad con lo visto. Un día podía ser sobre la pareja y el siguiente sobre estrés o relajarme... no me dejaba tareas, algo que yo pudiera continuar en mi casa”* (sic pac). Lulú añade *“[la depresión] se me juntó con lo de los malestares intestinales, la colostomía y el diagnóstico de cáncer con metástasis en el hígado* (sic pac).

Durante las clases de yoga a las que asistía, una conocida le recomienda una terapia de Reiki, a la que comienza a asistir a principios de octubre, sin embargo, dicha terapia termina al mes después de iniciada debido a que *“No estaba de acuerdo con algunas cosas que me decía... ella pasó por el cáncer, pero no es igual para todos... no es verdad que yo no tenga nada ahorita o que se me quite si pienso positivo”* (sic pac).

Problemática actual

El primer contacto con la paciente es del día 31 de octubre del 2017, donde comenta que a raíz de la colostomía *“No quiero que mi pareja me toque, lo alejo de mí, yo antes era muy coqueta, lo que veo ahora no me gusta, no me gusta cómo quedó mi cuerpo. [Esposo] a veces llora y me dice que estamos haciendo lo que está en nuestras manos, que tengo que poner de mi parte... debí poner atención a los síntomas que tenía, al dolor de estómago, al estrés... Mi hija me dice que soy bonita, que lo que no le gusta es mi carita triste, pero ya no me maquillo, ya no me peino (sic pac).* Respecto al diagnóstico de cáncer de recto menciona *“Ya no quiero comer por miedo a que me vaya a caer mal la comida... Si estoy con gente no quiero ruidos, ya no quiero ni oír música. Dejé de vender manualidades, de tejer, de hacer ejercicio, de jugar con mi hija, ya ni a la escuela la llevo” (sic pac).*

Ante el diagnóstico de cáncer de recto con metástasis Lulú comenta *“Me propusieron la quimioterapia para bajar el tumor y que pudieran operarme, pero no quería en un inicio, no quiero pensar en que tengo que estar viniendo al hospital... tengo miedo de que no funcione porque ya estoy en etapa 4, que siga como siempre, sin ganas de nada y sólo acostada. A veces en las noches no puedo dormir y salgo en la madrugada a caminar” (sic pac).*

Respecto a la convivencia familiar Lulú indica *“Mi esposo se va a cambiar de casa, me dijo que es mejor que me vaya a casa de mis papás después de la quimioterapia, se quiere alejar, está cansado, harto; eso me enoja, me desilusiona y lloro. Mi hija está rebelde, no deja que nadie la bañe, que nadie la peine si no soy yo, tampoco quiere comer si no lo hago con ella, me siento mal de verla así, frustrada de no poder hacerlo, a veces se duerme conmigo y me agarra de la mano para que en la mañana no me venga al hospital, me duele verla triste, ella me motiva cuando me ve mal, me dice que no le gusta que no hable, que me ponga bonita, que juegue con ella, que sonría... Mi hermana me ayuda, si me ve triste y cabizbaja hace las cosas por mí y llora conmigo o a veces trata de distraerme y me pide que le ayude en la cocina... Como mi esposo trabaja y mi hija va a la escuela me quedo sola y me siento mal, lloro.” (sic pac.).*

Impresión y actitud general

Paciente de complexión mesomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Se muestra cooperadora e interesada ante la entrevista.

Examen mental

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica, orientada en cuatro esferas (T-E-P-C) Alerta, consciente y con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente y congruente. Pensamiento concreto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Afecto hipotímico.

Personalidad Previa

Lulú se describe como una persona *“coqueta, trabajadora, dedicada a mi familia. Con mucha energía para hacer las cosas”* (sic pac.).

Factores Psicológicos

- Locus de control interno
- Estilo de afrontamiento centrado en la emoción
- Redes de apoyo existentes y funcionales de tipo instrumental, económico y emocional por parte de los padres y de la hermana, y disminuidos por parte del esposo de tipo emocional
- Apoyo social de tipo emocional percibido como disminuido por parte del esposo

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

- Entrevista Conductual
- Inventario de Depresión de Beck
- Unidades Subjetivas Análogas:
 - Tristeza
 - Enojo
 - Frustración

Material

- Información escrita sobre los puntos clave de cada sesión
- Hoja de registro diaria de actividades
- Hoja de contratos
- Hoja de áreas y valores de la vida
- Hoja de “chequeo” de actividades
- Hoja de planificación de actividades

Lista de conductas problema

- f. Disminución de actividades de dominio y agrado (manualidades como tejer, cuidado de la hija, cuidado personal, etc).
- g. Reforzamiento social al presentar síntomas de depresión
- h. Llanto
- i. Cambio en la conducta encubierta gobernada por reglas (“[esposo] era de esperarse que se hartara, se quiere alejar, ya se cansó... la quimioterapia no va a funcionar”)

Tabla 1

Modelo secuencial integrativo

Estímulos	Organismo	Respuestas	Consecuencias
<p><u>Externos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Asistencia a consulta en el hospital * Estar sola en casa *Estar con hermana en casa * Tratamiento de quimioterapia <p><u>Internos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Cansancio <p><u>Historia contemporánea</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Diagnóstico de cáncer * Realización de colostomía * Problemas económicos 	<p><u>Variables biológicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Cáncer de recto etapa IV B *Estoma <p>*Habilidades y competencias: Tejer, realización de manualidades</p>	<p><u>Problemática principal: Sintomatología depresiva</u></p> <p><u>Motoras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Cese de manualidades *Cese de tejido * Llanto * Disminución en el arreglo personal * Estar acostada *Cese de ejercicio *Facie triste *Levantarse y dormir tarde <p>Cogniciones</p> <ul style="list-style-type: none"> *No me gusto *No tengo dinero *No puedo trabajar <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> *Dolor de cabeza 	<p><u>Inmediatas Individuales</u></p> <p><i>Internas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> *Pensamientos de ineficacia “Debí de poner atención a los síntomas antes” *Insomnio *No quiero ruidos *No le puse atención a mi cuerpo * No puedo trabajar como antes *No me gusto <p><i>Externas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * Llanto * Salir a caminar en la noche *Evitación *Gritar <p><u>Inmediatas de otros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Reforzamiento de la conducta problema * Distracción * Llanto * Comentarios de la hija “No me gusta que no hables, ponte bonita, juega, tienes que sonreír...” <p><u>Mediatas de otros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Cuidados de la hija * Cambio en la interacción de pareja

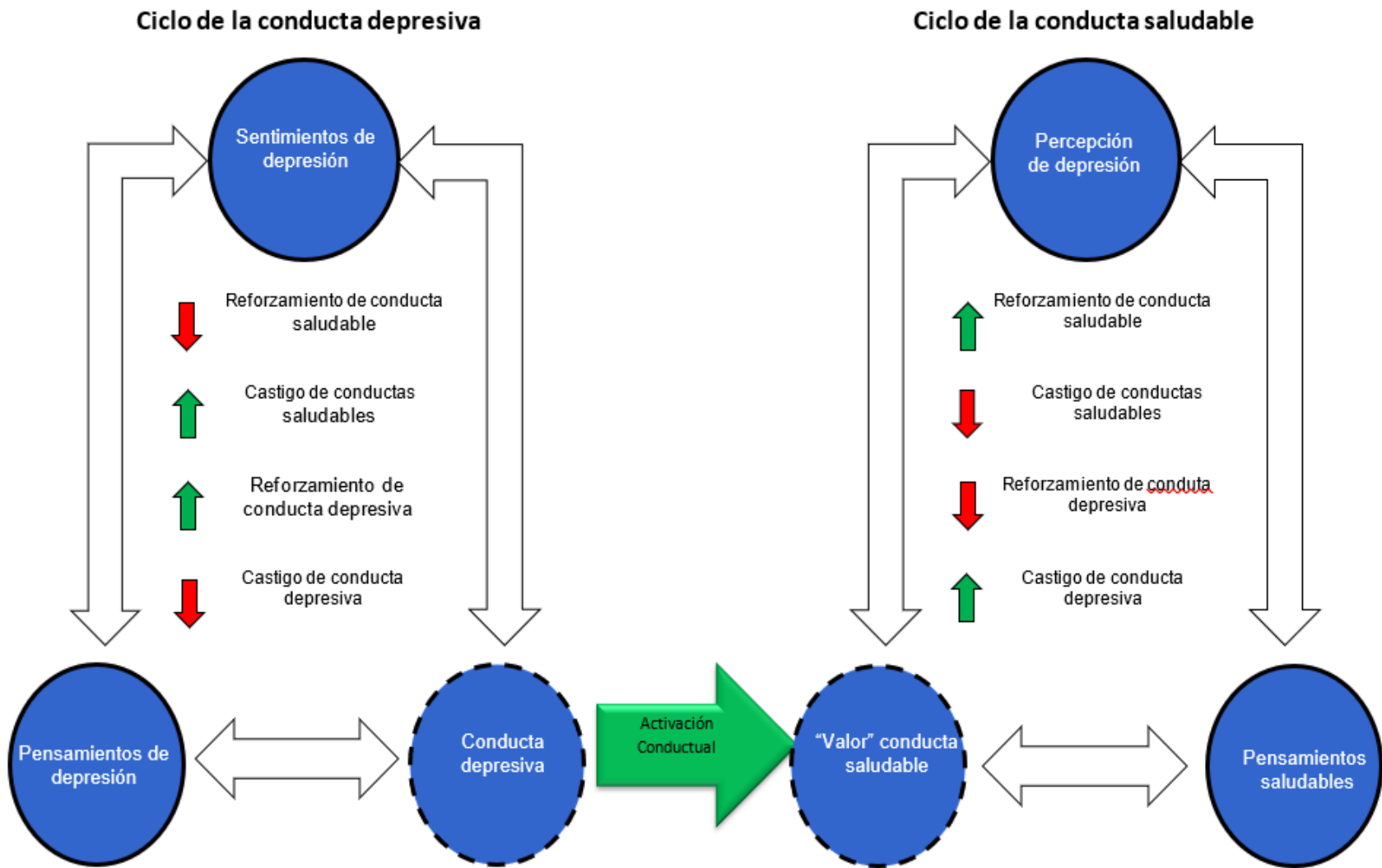


Figura 2. Modelo conceptual de la Activación Conductual

Análisis Funcional

Paciente femenina de 42 años, originaria y residente del Estado de México, desempleada, casada, católica, escolaridad secundaria, con Dx. de cáncer de recto IV B por metástasis a hígado, con un estilo de afrontamiento dirigido a la emoción, quien se encuentra en tratamiento de quimioterapia paliativa a base de FOLFOX 6. Lulú comenta “*Quisiera sentirme mejor emocionalmente y ser más activa*” (sic pac), lo cual se define como sintomatología depresiva, que se caracteriza a nivel motor por llanto, cese de actividades de dominio y agrado, disminución en el arreglo personal, permanecer acostada y dejar la actividad física. A nivel fisiológico por dolor de cabeza y refiere cogniciones sobre la autopercepción, el dinero y el trabajo. La sintomatología depresiva descrita inicia ante el diagnóstico de cáncer, la realización de la colostomía y al presentar problemas económicos relacionados con la enfermedad.

Es probable que los patrones de conducta desadaptativos inicien o se incrementen cuando acude al hospital a sus citas médicas, al estar sola en casa durante el día y al recibir el tratamiento de quimioterapia. Asimismo, la conducta problema se ve mantenida por pensamientos de ineficacia, alteración en los patrones de sueño, una respuesta de huida y un incremento en la frecuencia del llanto. Por otra parte, y con relación a las conductas de otros, la conducta problema se mantiene cuando su hermana refuerza positivamente tanto el estado de reposo de la paciente como su llanto; a su vez, la conducta problema es extinguida al buscar otras respuestas incompatibles por parte de la hermana (distracción) y es castigada por parte de su hija con verbalizaciones como “*No me gusta que no hables... ponte bonita, tienes que sonreír...*” (sic fam).

Por lo anterior, y de acuerdo con el análisis funcional, así como con el modelo de depresión de la Activación Conductual, se considera que la intervención debe enfocarse en la respuesta, denominada sintomatología depresiva de la paciente; es decir, se planea incrementar los intentos de adoptar conductas manifiestas que pueden poner a la paciente en contacto con el refuerzo de las contingencias ambientales y producir las correspondientes mejoras en la conducta. Se planea que se realicen actividades de dominio y agrado, disminuya la frecuencia de llanto y se adopten conductas saludables que sean

incompatibles con los patrones de conducta depresiva mostrados por la paciente, esto a través de psicoeducación, información, orientación y un registro diario de actividades.

Hipótesis Funcional

Si la paciente recibe psicoeducación sobre la depresión, la activación conductual, realiza registros diarios de sus actividades, identifica áreas de la vida donde desea retomar actividades, así como personas de apoyo para comprometerse mediante contratos conductuales para llevar a cabo las actividades planeadas entonces (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, y Pagoto, 2011) disminuirá la sintomatología depresiva al desarrollar nuevos patrones de conducta.

Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I: F32.1 Sintomatología depresiva

Eje II: Sin trastorno

Eje III: Cáncer de recto EC IVB (Hígado, ganglionar)

Eje IV: Sin trastorno

Eje V: 71-80

Diagnóstico DSM V

Sintomatología depresiva. Cáncer de recto con metástasis en hígado. WHODAS (Versión de 12 preguntas administrada por el entrevistador): 20.

Objetivo General

Que la paciente modifique su sintomatología depresiva en el nivel de respuesta motora.

Objetivos Específicos

1. La paciente registrará su actividad diaria durante el tiempo que dure el tratamiento
2. La paciente identificará los reforzadores que mantienen su conducta
3. La paciente identificará el agrado e importancia de sus actividades diarias
4. La paciente identificará al menos tres personas que le ayuden a adoptar/modificar conductas

5. La paciente identificará al menos dos áreas de sus valores en los que desee hacer cambios en su conducta
6. La paciente empezará a realizar al menos dos cambios en sus actividades diarias respecto a las áreas de sus valores
7. La paciente firmará contratos conductuales con las personas identificadas en el punto 4.

Selección de técnicas:

- Activación conductual
 - Psicoeducación
 - Depresión
 - Activación conductual
 - Registros de monitoreo diario
 - Contratos conductuales
 - Identificación de áreas y valores de vida
 - Planificación de actividades

Selección y evaluación de actividades

Descripción de sesiones y Resultados:

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 1		Se entrevista a la paciente para conocer el motivo del internamiento, así como detectar problemática psicológica de interés.	Lulú comenta sobre antecedentes psicológicos: <i>"Antes iba al psicólogo dos veces por semana, ya sé más o menos qué hacen, pero lo dejé, me ponía puros audios y no había continuidad, podía ser un día de la pareja y luego sobre estrés... me dijo que tenía depresión, y también me aplicó un cuestionario... empecé a ir porque me sentí muy triste, eso fue por mayo del mismo año, por problemas económicos... tomo una terapia de Reiki de que las células sanen, la terapeuta es sobreviviente de cáncer de mama... quiero sentirme mejor emocionalmente"</i> (sic pac).
Fecha	-Escucha Activa		Sobre la enfermedad comenta: <i>"En agosto me detectaron cáncer de colon con metástasis a hígado, y me hicieron una colostomía, eso fue peor aún... Hoy inicio mi quimioterapia..."</i> (sic pac)., y añade sobre los cambios en su estado anímico y comportamental desde el diagnóstico: <i>"ya no dejo que mi esposo me toque, lo que veo no me gusta, yo era muy coqueta... ya no estoy activa, no tengo ganas de jugar con mi hija, me levanto tarde, duermo tarde, me duele la cabeza de pensar sobre lo que tengo, y si estoy con gente no quiero ruidos, no como mucho, no quiero ni música, mi hija dice que no le gusta que esté con mi carita triste... ya no me peino ni maquillo... me siento mal... Hacía manualidades y las vendía, ahora ya no"</i> (sic pac).
31/10/2017			

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados		
Sesión 2			Al indagar más sobre síntomas de depresión comenta: <i>"Cuando estoy en casa con mi hermana y pienso en mi enfermedad me siento triste, pienso en la economía, en que no puedo trabajar y llego a discutir con mi esposo... no puedo darle ni tiempo a mi niña y lloro... me culpo por no ponerle atención a mi cuerpo... asaltaron a mi esposo y le quitaron el carro, se quedó sin trabajo, puras malas noticias, me siento enojada y frustrada... pienso en toda mi situación y me siento sola, quisiera escapar, morir, pero no lo haría, mi niña me necesita, pero me desquito reclamando, grito"</i> (sic pac).		
Fecha	-Escucha Activa	Se continúa la evaluación a la paciente. Se detectan tres emociones principales: tristeza, enojo y frustración. Se realiza una escala de unidad subjetiva análoga para cada una.	-USA tristeza Frustración	-USA Enojo	-USA
09/11/2017			10 Noticia del cáncer Enfermedad	10 Discusiones	10
			5 Problemas con esposo trabajo	5 Berrinches hija	5 Estar sin
			0 Embarazo hija	0 Hacer manualidades	0 Nacimiento
Sesión 3	-Escucha Activa		Lulú indica: <i>"No quería tomar la quimioterapia en un inicio, porque creí que no me iba a ayudar, tenía miedo de que no funcionara, pero tengo que poner de mi parte, y venir es algo que puedo hacer, para que vean si el tumor se reduce y me pueden operar... quiero tomar bien el apoyo de todos, a veces me irrito porque no es como quisiera, pero me apoyan todos, cuando me calmo ya veo mejor las cosas"</i> (sic pac).		
Fecha	-	Se termina la evaluación y se psicoeduca sobre la Terapia Cognitivo-Conductual y se obtienen las USAs			
16/11/2017	Psicoeducación: Terapia Cognitiva-Conductual				

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
		de las emociones antes vistas	Se comenta la posibilidad de iniciar una intervención psicológica llamada "Activación conductual". Se comenta con la paciente las generalidades de esta, así como la duración, aproximadamente 12 sesiones, lo cual se acoplaría al tiempo que debe ir al hospital, Lulú comenta: <i>"Me parece bien, es algo que quiero atenderme, y quiero que funcione"</i> (sic pac). USAs: Tristeza 10, enojo 10 y frustración 10.
Sesión 4	-Escucha Activa - Psicoeducación: *Activación	-Discusión -Estado anímico -Depresión	Debido a que la paciente se enferma se retrasa la quimioterapia por lo que también se retrasa su asistencia al hospital. Se realizan monitoreos telefónicos. Sobre los síntomas de depresión Lulú indica: <i>"Estoy triste casi todo el tiempo... ya no me interesan las cosas, como el yoga, me gustaba mucho ir y cuidarme... disminuyó mi apetito... siento eso de irritable, no quiero que me molesten sobre la comida... me culpo, pienso que debía hacer algo cuando empezaron los síntomas... lloro siempre... después de la quimioterapia a veces pienso sobre la muerte"</i> (sic pac). USAs: Tristeza 10, enojo 10 y frustración 10.
Activación Conductual	Conductual *Depresión	-Activación Conductual	
Fecha	-Orientación *Hoja diaria de monitoreo	-¿Por qué cada asistir cada semana/sesión es importante?	Respecto a la depresión señala: - <i>"Como dice yo puedo detectar cuál pudo ser el inicio de mi depresión. Todo empezó a ir peor con lo del diagnóstico, se fue para abajo toda mi vida"</i> (sic pac). Finalmente, con relación al tratamiento comenta: <i>"Eso necesito [motivación], ya no siento esas ganas de hacer las cosas que antes hacía, ya no soy feliz... Creo que no hago muchas cosas como para llenar el registro, va a estar todo aburrido, hago lo mismo diario... Lo intentaré"</i> (sic pac).
26/12/2017	-Evaluación : Inventario de depresión de Beck	-Introducción al monitoreo -Puntajes de importancia y	

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
		agrado -Estructura del tratamiento	Puntuación Inventario: 44 puntos (depresión grave 29-63) Tarea: Monitoreo de actividades
Sesión 5		-Revisión del monitoreo Diario	Respecto al monitoreo diario Lulú comenta: - <i>"No me había dado cuenta de que duermo mucho, y que mis días se parecen. No hay nada fuera de lo común... le puse baja calificación de agrado a comer, porque no me da hambre, pero mi niña no come si no es conmigo"</i> (sic pac).
Activación Conductual Fecha 05/01/2018	-Escucha activa -Orientación e información: Contratos	-Presentación y complete de los contratos: Identificando personas de apoyo	Sobre las personas de apoyo identifica: - <i>"Mi hermana, mi esposo y mis papás me ayudan mucho. Como mis papás están grandes no quiero que se preocupen mucho... Yo creo que en primer lugar estaría mi hermana, luego mi esposo y al final mis papás, pero porque no los quiero molestar"</i> (sic pac). Tarea: Monitoreo de actividades e identificación de otras posibles personas de apoyo Nota: Para un ejemplo de las hojas de monitoreo ver Anexo 1

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 6	-Escucha activa	-Revisión del Monitoreo Diario	Sobre las tareas dejadas comenta: <i>"Sólo de ver y tener que escribir lo que hago me ha hecho ver cómo distribuyo mi tiempo, ya vi que varias horas eran muertas... ya mejor trato de tejer aunque sea poquito, cuido más a mi hija... me hace ver mi hoja y pensar que soy más productiva. Ahora que pasé un poquito más de tiempo con mi hija me preguntó si me iba a morir y para qué venía al hospital. Se durmió tomándome de la mano para que no viniera al hospital. Le contesté pero no sé si le expliqué bien"</i> (sic pac). Sobre las áreas y valores de la vida: <i>"Pensé en amigos pero no sería fácil porque no estoy cerca de ellos, mi familia serían los que más me pueden ayudar diario con mis actividades, incluso mi hija puede ayudarme"</i> (sic pac). USA tristeza: 10
Activación Conductual	-Orientación e información	-Revisión de contratos: Identificación de personas de apoyo	Con relación a las áreas y valores de la vida refiere:
Fecha 09/01/2018	-Introducción a áreas y valores de la vida	-Introducción a áreas y valores de vida	<i>"Quisiera ser más activa, pero en parte me canso por la quimioterapia, ya voy en la 6 de 12, eso me motiva. Le tengo mucha fe al doctor y al tratamiento, mis marcadores tumorales han bajado, de 13 mil a menos de dos mil... Vi un curso cerca de mi casa que me interesa, es sobre emociones, eso puedo anotarlo aquí [Área 4. Educación y entrenamiento], hablar con mis hermanos que viven lejos puedo ponerlo también aquí [Área 1. Relaciones familiares]</i> (sic pac). Tarea: -Monitoreo diario -Editar y agregar áreas de la vida

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
			<p>Nota:</p> <p>-Para una lista detallada sobre las diez áreas de la vida ver Anexo 2.</p> <p>-A juicio clínico y como otra actividad extra dentro del área de vida de Educación y entrenamiento, así como Relaciones familiares se le proporciona información escrita sobre cómo hablar con los niños sobre el cáncer, material de la Sociedad Americana de Cáncer y el cuento "Vamos a quimioterapia" y se explica la función de ambos materiales.</p>
Sesión 7	-Escucha activa	-Revisar el monitoreo diario	<p>Con relación a las tareas Lulú comenta:</p> <p><i>"El texto me ayudó mucho para ver cómo está cambiando mi niña, ahí dice que pueden ser berrinchudos, y eso es mucho de lo que ella hace... como está chiquita vi que no necesito ser tan específica con lo que digo, trato de resolver sus dudas mejor... cómo le gusta colorear juntas leímos el cuento de la quimioterapia. A las células malas las pintó de negro, dijo que eran los comelones, y que la mujer maravilla les iba a tirar los dientes para que ya no me comieran... ahorita ya se quedó más tranquila porque sabe que voy a regresar... ya no me ha preguntado si voy a morir, creo que eso lo escuchó en la tele de cuando alguien se enferma, pero con lo que platicamos ya dice que yo me estoy curando... Algunos días del monitoreo no los pude llenar, pero ya hago más cosas, aunque no tantas como antes de enfermarme"</i> (sic pac). USA tristeza: 8, USA enojo 7, USA frustración: 7</p> <p>Al revisar la lista de actividades de las áreas de vida se detectan algunas actividades generales, por lo que se pide más información y señala:</p>
Activación Conductual	-Orientación e información	-Revisar y editar las áreas de vida y los valores	
Fecha 19/01/2018	-Chequeo de actividades diarias	-Introducir y completar chequeo de actividades diarias	

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 8	-Escucha activa	-Revisar el Monitoreo Diario	<p>-<i>"El sentirme bien psicológicamente sería no sentirme cansada, ya no llorar, no sentirme sin motivación y sin culpa... atender a mi hija sería bañarla, peinarla, llevarla a la escuela"</i> (sic pac). Se refuerza el intento de la paciente por ser más clara pero se indica que metas como "no sentir culpa" deben especificarse más. De la lista de chequeo Lulú indica que: <i>"Ya hago algunas de estas cosas, como decirle a mi hija que la amo diario, preparar un desayuno especial, incluso tengo un amigo enfermo y ya le llamé... quisiera hablar más, esto de hablarle a un extraño podría ser, salir a caminar igual, está el parque cerca de mi casa, o ir a ballet, mi niña quiere ir, pero quiero que vayamos los tres"</i> (sic pac).</p> <p>Tarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitoreo diario -Editar y agregar áreas de la vida de la lista de chequeo <p>Nota: -La lista detallada de chequeo se encuentra en el Anexo 3 y 4.</p>
Activación Conductual	-Orientación e información	-Revisar el chequeo de actividades de la vida diaria	<p>Lulú inicia la sesión indicando que: <i>"El doctor me dijo que ya no hay enfermedad en el recto, y que mis marcadores siguen bajos. Había pensado en ir a una fundación, pero no quiero irme de aquí, voy muy bien, no quiero interrumpir el tratamiento... Mi hermana enfermó, la veo como antes estaba yo, al inicio de esto, llorando a cada rato y sin querer hacer nada, ahora menos puedo dejarme caer, ella estuvo conmigo y yo quiero ayudarla ahora"</i> (sic pac). USA frustración: 10</p>
Fecha 23/01/2018	-Selección de actividades y jerarquización		

Sesión y fecha	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
		-Introducir y completar la selección de actividades y jerarquización	<p>Respecto a la selección y calificación de actividades Lulú elige 6, las cuales se especifican y se descomponen en tareas más sencillas, a lo que Lulú dice: <i>"Caminar 40 minutos en el parque es más claro que 'hacer ejercicio nuevamente', y en convivir más con mi familia sería el que sea más calidad, como lo del ballet de mi niña... el ocuparme del hogar sí sería mucho trabajo, mejor poner flores, y lo de las cortinas de mi cuarto, que es donde más estoy..."</i> (sic pac). Con relación a la jerarquización menciona <i>"lo más sencillo de hacer es ir al ballet, ya pregunté y me queda cerca, caminar en el parque también es algo fácil, las habilidades para solucionar problemas sobre el estoma, eso sí va a ser complicado, por eso a ese el 6... ahorita que vengo a quimio ya estoy tejiendo y lo vendo, no creí que pronto lo retomara otra vez, pero como ya lo hago no lo anoto"</i> (sic pac).</p> <p>Se acuerda con la paciente dar dos semanas para la implementación de al menos las primeras tres actividades (Anexo 5).</p> <p>Tarea</p> <ul style="list-style-type: none"> -Monitoreo diario -Revisar y editar la selección de actividades y clasificación -Hacer las primeras tres actividades <p>Nota:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La lista detallada actividades se encuentra en el Anexo 5.

Resultados

De acuerdo con los objetivos de las cinco sesiones de Activación Conductual que se han realizado hasta ahora con Lulú, en la Tabla 3 se presentan los objetivos esperados. Aquellos que se cumplieron están señalados con una marca de verificación.

Tabla

3

Resultados de las sesiones de Activación Conductual

Sesión	Objetivos Esperados: Que la paciente...	Verbalizaciones
1	Refiera la comprendido sobre la depresión	<input type="checkbox"/> Estoy triste casi todo el tiempo... ya no me interesan las cosas... siento eso de irritable... me culpo... puedo detectar cuál pudo ser el inicio de mi depresión
	Refiera la comprendido sobre la Activación Conductual	<input type="checkbox"/> Eso necesito [motivación], ya no siento esas ganas de hacer las cosas que antes hacía, ya no soy feliz...
2	Realice el monitoreo diario	<input type="checkbox"/> Anexo de hoja de monitoreo
	Identifique patrones en sus actividades diarias	<input type="checkbox"/> No me había dado cuenta de que duermo mucho... mis días se parecen mucho
	Identifique personas de apoyo	<input type="checkbox"/> Mi familia, papá, mamá, hermana y esposo.
3	Realice el monitoreo diario	<input type="checkbox"/> Anexo de hoja de monitoreo
	Detecte otras personas de apoyo	<input type="checkbox"/> Pensé en amigos, pero no sería fácil ... incluso mi hija puede ayudarme
	Identifique metas para las nueve áreas de la vida	<input type="checkbox"/> Vi un curso cerca que me interesa... hablar con mis hermanos que viven lejos... Anexo x
4	Realice el monitoreo diario	<input type="checkbox"/> Incompleto
	Revise actividades extras de las nueve áreas de la vida	<input type="checkbox"/> Ya hago algunas de estas cosas... decirle a mi hija que la amo... tengo un amigo enfermo y ya le llamé... hablarle a un extraño podría ser, caminar igual
5	Identifique 15 actividades a realizar	<input type="checkbox"/> Anexo de hoja de monitoreo

Jerarquice las 15 actividades



Lo más sencillo de hacer es ir al ballet... las habilidades para solucionar problemas sobre el estoma, eso sí va a ser complicado, por eso a ese el 6...

Comentarios Finales

En 1953 Skinner propuso que la depresión estaba asociada con la interrupción de secuencias de conductas saludables, las cuales han sido reforzadas positivamente por el ambiente social; la reducción del reforzamiento positivo se atribuía a un decremento en el número y tasa de los estímulos reforzantes disponibles para un individuo y/o la falta de habilidades para obtener el reforzamiento. La conducta depresiva podía guiar hacia consecuencias sociales aversivas en la forma de respuestas negativas por parte de otros significativos, es decir, por parte de familia, amigos u otros allegados al paciente.

Lewinsohn, Sullivan y Grosscup (1980) demostraron que a través del monitoreo diario de eventos agradables/desagradables, el estado de ánimo, así como las intervenciones conductuales que incluyen un calendario de actividades, el desarrollo de habilidades sociales, y el entrenamiento en disposición temporal, los síntomas depresivos generalmente se alivian, lo cual pudo observarse en el presente caso. No obstante, y al ser un caso en curso no puede considerarse un caso exitoso, sin embargo, de acuerdo con lo señalado en los resultados, se observa que la paciente ha tenido una buena adherencia al tratamiento, lo que propicia a que los cambios conductuales se mantengan e incrementen con relación a las actividades retomadas por la paciente. Asimismo, y con relación a la Activación Conductual se tienen en cuenta las siguientes consideraciones:

- Al contar con información escrita para el paciente le permite que se refuerce la información revisada en la sesión
- Describe el propósito de cada sesión
- Los registros le permiten tener al paciente una devolución contingente al tema central del registro/sesión
- Hay una continuidad para el paciente con la revisión de los temas

No obstante, y a pesar de las ventajas descritas hay que tener en consideración:

- Hay diferentes intervenciones centradas en la Activación Conductual, e incluso al consultar a un solo autor suelen haber modificaciones con relación a las sesiones y a los reportes de cada una, por lo que tiene que revisarse el tratamiento que se vaya a implementar y de ser posible consultar a los autores principales para contar con más información.
- Las sesiones están estructuradas para verse en una ocasión, lo que puede ser una limitante en caso de que el paciente tenga dificultades en algún registro, o sobre la información revisada.
- Tiene criterios de respuesta pre establecidos, de manera que si un paciente no lo alcanza puede considerarse como un fallo.
- La ausencia de manipulaciones directamente cognitivas ha sido ampliamente considerada como una limitación, por lo que pueden considerarse tratamientos de Activación Conductual que estén implementando técnicas de la terapia cognitiva dentro de las sesiones

Finalmente, con relación a los síntomas de depresión pudo notarse una mejora clínica que fue confirmada por el reporte verbal de la paciente, sin embargo, deben considerarse los estímulos ambientales que rodean a la paciente, pues respuestas y verbalizaciones por parte de la hija con relación a la quimioterapia, así como la enfermedad de su hermana fueron factores que influyeron en la modificación de la sesión previamente planeada, y aunque la Activación Conductual tiene por objetivo modificar la conducta observable, la literatura indica que la conducta encubierta también se ve afectada por los cambios conductuales, y cuando se emplean técnicas conductuales y cognitivas para la depresión cambios observables en el paciente ocurren al inicio de las sesiones del tratamiento en curso, periodo en el cual los componentes conductuales son usualmente más prominentes (Otto, Pava y Sprich-Buckminster, 1996) de manera que se sugiere tener en consideración una evaluación de la conducta encubierta por medio del reporte verbal.

De acuerdo con la teoría de la conducta, ésta se moldea con base a la interacción con el ambiente físico, así como la interacción con las personas que la rodean, de manera

que las experiencias de un individuo en lugar de ser privadas y subjetivas pueden clasificarse como conducta verbal y no verbal ostensible (Keller y Schoenfeld, 1950), por lo que los registros son una herramienta primordial para obtener la información del paciente en cada una de las sesiones.

Referencias

- Keller, F. S., y Schoenfeld, W. N. (1950). *Principles of Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., y Pagoto, S. L. (2011). Ten years revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behavior Modification*, 35, 111-161.
doi:10.1177/0145445510390929.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., y Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 47, 322–334.
- Otto, M. W., Pava, J. A., y Sprich-Buckminster, S. (1996). Treatment of major depression: Application and efficacy of cognitive–behavioral therapy. In M. H. Pollack, y M. W. Otto (Eds.), *Challenges in clinical practice: Pharmacologic and psychosocial strategies* (pp. 31–52). New York: Guilford Press.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Free Press.

Anexo 1. Hoja de registro semanal

Hoja diaria de registro

1) Escribe en cada espacio la actividad que realizaste

2) Para cada actividad califica la Importancia y el Agrado, donde 0 es nada y 5 es mucho

	Lunes ^{Qt} 8/01/18	Martes ^{Qt} 9/01/18	Miércoles ^{Qt} 10/01/18	Jueves 10/01/18	Viernes 12/01/18	Sábado 13/01/18	Domingo 14/01/18
7am a 9am	Hospital I=5 A=2	" I= A=	" I= A=	Dormir I=5 A=5	" I= A=	" I= A=	I=5 A=5
9am a 10am	Hospital I=5 A=2	" I= A=	" I= A=	" I=5 A=5	" I= A=	" I= A=	I=5 A=5
10am a 11am	Inglés I=5 A=2	Diseño I=5 A=2	Diseño I=5 A=2	" I=5 A=5	" I= A=	" I= A=	I=5 A=5
11am a 12pm	Platico con Pareja I=5 A=5	Aseo Personal I=5 A=5	" I=5 A=5	Levantarme I=5 A=3	Aseo Personal I= A=	Dormir I= A=	Diseño I=5 A=2
12 a 1	" I=5 A=5	Dormir I=5 A=5	Tejer I= A=	— I= A=	Jugar con hija I= A=	Comer algo I=5 A=2	Aseo Personal I=5 A=5
1 a 2	Comida I=5 A=2	" I=5 A=5	" I= A=	— I= A=	Almorzar en Quezaltenango I=5 A=3	Atender a mi hija I=5 A=5	Ir a la Iglesia I=5 A=5
2 a 3	Tejer I=5 A=4	" I=5 A=5	" I= A=	— I= A=	Correr I=5 A=2	Dormir I= A=	" I= A=5
3 a 4	" I=5 A=4	" I=5 A=5	" I= A=	— I= A=	— I= A=	Dormir I= A=	" I= A=5
4 a 5	" I=5 A=4	" I=5 A=5	" I= A=	Comer I=5 A=2	— I= A=	Aseo Personal I=5 A=5	Ir de visita a mamá I=5 A=5
5 a 6	" I=5 A=4	Comer I=5 A=2	Dormir I= A=	Dormir I=5 A=5	— I= A=	Ir a mrd. una receta I=5 A=3	" I= A=5
6 a 7	— I= A=	Tejer I=5 A=4	Salida del hospital I=5 A=5	" I=5 A=5	Dormir I= A=	" I= A=	Comer I=5 A=2
7 a 8	Meliendo I=2 A=2	Tejer I=5 A=4	— I= A=	" I=5 A=5	Comer con Familia I=5 A=5	" I= A=	Ver Peliculas I=5 A=5
8 a 9	— I= A=	— I= A=	— I= A=	— I= A=	" I=3 A=3	" I= A=	" I= A=
9 a 10	— I= A=	— I= A=	— I= A=	— I= A=	" I=5 A=3	" I= A=	" I= A=
10 a 12am	Inicio de Tratamiento I=5 A=2	Dormir I= A=	— I= A=	— I= A=	" I=5 A=5	" I= A=	Dormir I= A=

Hija: Me da mucho gusto que te hayas animado.
 Lentos → Yo se que te va a ir bien, ánimo.

Anexo 2. Evaluación de las 10 áreas de la vida

Evaluación de Áreas de la Vida

Instrucciones: Describe actividades que te gustaría conseguir en estas áreas

1. Relaciones Familiares

Me comunico con mi madre y convivo con mis hermanas.

2. Relaciones sociales

Salir con amistades, convivir con ellas sin el miedo y la inseguridad que me causa la falta de estabilidad.

3. Relaciones románticas

Volverse a tener confianza en mi pareja ya que hay mucho rechazo por parte mía hacia él.

4. Educación/Entrenamiento

Tomar algún curso, si es posible en alguna terapia de sanación. Algo que me ayude a aceptar esta realidad.

5. Empleo/Carrera

Volverse a tener mi negocio y a tenderlo personalmente volver a hacerlo con la misma energía y pasión.

6. Aficiones/Recreación

Ir a bailar, salir a pasear con mi hija y esposo. Convivir como antes de todo esto.

7. Trabajo Voluntario / Caridad / Actividades Políticas

Me han invitado a visitar orfanatos y asilos y me entusiasma el acto de poder hacer sentir bien a las personas que ahí se encuentran.

8. Problemas de salud física y psicológica

Quiero sentirme bien en los días, respetar, esperar poder avanzar a pesar de que es día el tiempo mucho miedo al día y al futuro que esto puede producir en mi cuerpo. → no estar cansado, no llorar, no sentirme sin motivación.

9. Espiritualidad

Sé que quiero sentir paz. Tomar cursos de meditación no sentir esta angustia.

10. Responsabilidades

bañarla, peinada, llevarla a la escuela.
↑
Volver a casa atender a mi hija y hacer mis cosas sin angustia.
↑
como te sientas ir al ballet

Anexos 3 y 4. Lista de chequeo de cinco áreas

ÁREA DE VIDA (1/5): RELACIONES

Valor: ser un padre amoroso

- ✓ • Actividad: Decirle a mi hija que lo amo todos los días
- ✓ • Actividad: Preparar un desayuno especial para mi hija el sábado
- Actividad: Recoger a mi hija de la escuela puntualmente cada día

Valor: ser un amigo atento y afectuoso

- ✓ • Actividad: Llamar a mi amigo una vez por semana
- ✓ • Actividad: Enviar mensajes de texto a mi amigo
- Actividad: Preguntarle a mi amigo acerca de su semana

Valor: Cuidar las necesidades de su cónyuge

- ✓ • Actividad: Hacer planes especiales con mi esposo
- Actividad: Decirle a mi esposo que lo amo todos los días
- Actividad: Comprar a mi compañero un regalo sorpresa

ÁREA DE VIDA (2/5): EDUCACIÓN / CARRERA

Valor: obtener más educación formal

- Actividad: Pedir consejos a un amigo sobre la escuela
- ✓ • Actividad: Escribir un plan para inscribirse en la escuela

Valor: aprender nuevas habilidades para el trabajo

- Actividad: Pedirle a alguien en el trabajo que me enseñe una nueva habilidad
- ✓ • Actividad: Tomar una clase/curso/taller

Valor: Sé conocedor del mundo que te rodea

- Actividad: Leer el periódico todos los días
- ✓ • Actividad: Hablar sobre eventos actuales a un extraño

Valor: Mejore su desempeño laboral y satisfacción

- ✓ • Actividad: Establecer un objetivo relacionado con el trabajo.
- Actividad: Leer un libro sobre mi profesión/interés

Valor: Encuentre un nuevo trabajo que se ajuste a sus habilidades e intereses

- ✓ • Actividad: Mire anuncios de trabajo
- Actividad: Hablar con alguien que tenga un trabajo disponible

ÁREA DE VIDA (3/5): RECREACIÓN / INTERESES

Valor: estar activo

- ✓ • Actividad: Ir al parque con mi hija
- ✓ • Actividad: Salir a caminar
- Actividad: Jugar fútbol el sábado

Anexo 4

Valor: ser artístico y creativo

- Actividad: Tejer
- Actividad: Hacer manualidades

Valor: hacer un sacrificio por algo en lo que cree

- Actividad: Iniciar una petición
- Actividad: Pasar tiempo ayudando en mi lugar de adoración

Valor: ayudar a otros menos afortunados o que necesitan ayuda

- Actividad: Donar ropa
- Actividad: Pasar 30 minutos ayudando a una persona mayor

Valor: mostrando un compromiso con su país

- Actividad: Votar en una elección
- Actividad: Voluntaria para una campaña

ÁREA DE VIDA (4/5): MENTE / CUERPO / ESPIRITUALIDAD

Valor: Estar físicamente saludable

- Actividad: Ir a un médico para un examen físico
- Actividad: Comer fruta todos los días
- Actividad: Tomar mi medicamento según lo prescrito

Valor: hablar con alguien sobre sus problemas y sentimientos

- Actividad: Pedirle a alguien que almuerce para hablar
- Actividad: Hacer una cita con un terapeuta
- Actividad: Escribir en un diario

Valor: Desarrollando sus puntos de vista religiosos / espirituales

- Actividad: Hablar con una figura religiosa
- Actividad: Habla con otras personas con creencias religiosas en las que estés interesado

Valor: Vivir una vida espiritual

- Actividad: Orar todos los días
- Actividad: Leer mi material religioso
- Actividad: Asistir a un servicio religioso

Valor: Ser tolerante, no juzgar, aceptar las diferencias de los demás

- Actividad: Hablar con alguien con una opinión diferente
- Actividad: Leer un libro sobre una cultura diferente

Anexo 5. Selección y jerarquización de actividades

Formulario 3. Selección de actividades y calificación

Instrucciones: Enlista tus 15 actividades deseadas y califica la dificultad de cada una de 1= la menos difícil a 15 = la más difícil.

Actividad	Calificación
Yoga - caminar - correr Comenzar a hacer ejercicio nuevamente.	
Tomar cursos de meditación o sanación.	
Ir a calidad (ir al cine, al teatro)	
Conocer más con mi familia (Esposa - hija)	
Hacer cosas sola (Ocuparme de mi hogar) (estoma)	
Tener confianza para salir a la calle (estoma)	
Visitar más frecuentemente a amistades	
Caminar 40 min en el parque	2
Tomar una hora de un curso	4
Ir a clases de ballet 30-60 min	1
Decorar los cuartos - Poner flores - Cambiar cortinas. - Regates	3
Habilidades en solución de problemas	6
Ir a ver a un amigo 30 min	5

