



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN LA AUTOEFICACIA EN
PERSONAS PORTADORAS DE ESTOMA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIC. PSIC. KAREN JAZMÍN AMARO SALINAS

TUTORA:

DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

REVISORA: MTRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

SECRETARIA: DRA. LUZ MARÍA FLORES HERRERA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

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

DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑÓN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

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



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

La culminación del trabajo realizado durante los dos años de maestría fue gracias al apoyo de muchas personas importantes en mi vida.

A mis padres, Lourdes y Antonio, por su apoyo incondicional, confianza e inmenso amor. Los amo.

A mis hermanos, Alan, Berenice y Kevin, por confiar y creer en mí, por su apoyo y amor. Los amo.

A mis sobrinos, Estrellita, Ian, Jennifer, Dante, Katherine y Paulina por brindarme momentos de inmensa alegría, por sus hermosas sonrisas y cariño. Los amo.

A mi suegra, Balbina, por su apoyo incondicional, confianza y por hacerme ver que cada esfuerzo vale la pena. La amo.

A mi esposo, Dennys, por su apoyo incondicional, confianza y amor. Por ser un excelente compañero de vida. Te amo.

A mis amigos que hice en la maestría, Denisse, Arely, Vianney, Jorge y Karen, por hacer mejor mi estancia, por los alegres momentos, por creer en mí y motivarme a continuar a pesar de los malos ratos. Por siempre la bandita, por siempre el equipo de seis.

A mis compañeros de servicio Fátima, Maricarmen, Claudia y Pablo, por el gran equipo de trabajo, por los valiosos aprendizajes y apoyo en situaciones difíciles.

También agradezco a **Carlos Gómez** por su apoyo en la elaboración de las imágenes en el manual y por ser un buen amigo.

A mi tutora Dra. Sandra: gracias por la confianza, tiempo dedicado, apoyo académico y asesorías.

A mi revisora Mtra. Ana: gracias por los conocimientos compartidos, por el apoyo, confianza y oportunos comentarios.

A la Dra. Luz María: gracias por aun creer en mí, por los conocimientos y consejos brindados.

A la Mtra. Cristina: gracias por el compromiso y tiempo invertido en mi aprendizaje, por los conocimientos y atinados consejos, por el gran apoyo.

A la Dra. Rosalva: gracias por confiar en mí y por el apoyo académico.

Agradezco a todo el equipo docente de la Residencia en Medicina Conductual.

Agradezco a todo el equipo médico del servicio de Oncología del Hospital Juárez de México.

Agradezco a la **Enfermera Ana Cruz** de la Clínica de Heridas y Estomas, por la confianza y los conocimientos brindados.

Agradezco a la **Universidad Nacional Autónoma de México**, por recibirme nuevamente y continuar mi formación profesional.

Finalmente, mi más grande agradecimiento a todos los pacientes del servicio de Oncología y a los pacientes portadores de estoma de la Clínica de Heridas y Estomas, por la confianza y grandes enseñanzas de vida, fueron parte fundamental en mi formación profesional y personal, sin ustedes no hubiera sido posible.

ÍNDICE

Resumen	6
Introducción	7
Capítulo 1. Intervención cognitivo-conductual en la Autoeficacia en personas portadoras de estoma.....	14
1.1 Antecedentes	14
1.1.1 Generalidades del cáncer.....	14
1.1.2 Personas portadoras de estoma.....	19
1.1.3 Autoeficacia	21
1.1.4 Intervenciones psicológicas en personas portadoras de estoma	24
1.2 Justificación.....	26
1.3 Objetivos	28
1.4 Hipótesis.....	29
1.5 Método	30
1.5.1 Participantes	30
1.5.2 Tipo de muestra.....	30
1.5.3 Instrumento.....	31
1.5.4 Variables	31
1.5.5 Diseño	32
1.5.6 Materiales.....	32
1.5.7 Procedimiento.....	33
1.5.8 Factibilidad y Aspectos Éticos	35
1.5.9 Recursos Humanos, Físicos y Financieros	35
1.6 Resultados	36
1.7 Discusión y conclusión.....	44
Capítulo 2. Reporte de Experiencia Profesional.....	53
2.1 Medicina Conductual: Su aplicación, su relevancia internacional y nacional	53
2.1.1 Medicina Conductual en México	54
2.2 Características de la Sede.....	57
2.2.1 Historia.....	57
2.2.2 Ubicación y Estructura	57
2.2.3 Servicios.....	58
2.3 Ubicación del Residente en Medicina Conductual dentro de la sede.....	60
2.3.1 Servicio de Oncología	60
2.4 Actividades desarrolladas en la sede	64
2.4.1 Justificación.....	64

2.4.2 Evaluación inicial del servicio	64
2.4.3 Actividades diarias	65
2.4.4 Actividades académicas	69
2.4.5 Otras actividades no programadas.....	70
2.5 Productividad de pacientes atendidos.....	71
2.6 Evaluación final	77
2.6.1 Servicio Asignado	77
2.6.2 Actividades diarias y académicas.....	79
2.6.3 Protocolo	81
2.6.4 Sistema de supervisión <i>in situ</i> y académica	82
2.6.5 Competencias profesionales alcanzadas.....	83
2.7 Conclusiones y sugerencias.....	84
Referencias	87
Anexos.....	93

Resumen

La ostomía es una modalidad de tratamiento indicado tanto para cáncer colorrectal como para otras enfermedades inflamatorias del intestino. Es una intervención quirúrgica en la que se realiza una abertura, llamada estoma, en la pared abdominal y se da salida a un órgano. Aunque en la mayoría de los casos es un procedimiento que salva vidas, después de ella los portadores de estoma experimentan desafíos físicos, psicológicos y sociales a los que tienen que adaptarse. Se ha señalado el papel de la autoeficacia como factor que favorece en el proceso de adaptación a la estoma. La autoeficacia hace referencia a qué tan capaz se percibe una persona para poder realizar una conducta específica que genere un resultado concreto. El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual para mejorar los niveles de autoeficacia en pacientes portadores 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, las cuales fueron evaluadas con la Escala de Autoeficacia de la Estoma antes y después de la realización de un taller de 5 módulos. Los resultados muestran cambios ante la observación clínica y en las puntuaciones que mostraron la mayoría de las participantes en la escala después del taller, principalmente la autoeficacia relacionada a los cuidados de la estoma. Se concluye que el programa de intervención cognitivo-conductual resultó eficaz para mejorar la autoeficacia en personas portadoras de estoma.

Palabras clave: cáncer colorrectal, estoma, autoeficacia, intervención cognitivo conductual.

Introducción

Actualmente se sabe que el comportamiento deteriora o preserva la salud mediante los estilos de vida. La Medicina Conductual es una disciplina interesada en el estudio del comportamiento en el proceso de salud-enfermedad. Fundamenta que los cambios en el comportamiento y estilo de vida pueden mejorar la salud. El término Medicina Conductual fue utilizado por primera vez por Birk (1973, como se citó en Reynoso & Seligson, 2005) para señalar la importancia de las técnicas conductuales, especialmente de la retroalimentación biológica (biofeedback), con el objetivo de intervenir desde una perspectiva conductual en problemas como el asma, la epilepsia, el dolor de cabeza tensional, las migrañas y la enfermedad de Reynaud. Es en 1977 que la Medicina Conductual surge formalmente en la *Conferencia de Medicina Conductual* llevada a cabo en la Universidad de Yale.

Como menciona Reynoso (2013, como se citó en Arroyo et al., 2014) es en la última mitad del siglo XX cuando a consecuencia de la transición epidemiológica las causas de muerte cambiaron y se empezó a reconocer la importancia del comportamiento en la aparición de la enfermedad, esto permitió concebir al área de la salud de distinta forma y posibilitó la creación de la Medicina Conductual como un área de especialidad interdisciplinaria.

Arroyo et al. (2014) señalan 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, supone un abordaje integral del paciente partiendo de la evidencia empírica que revela que la conducta puede generar enfermedades, así como, que las enfermedades modifican el comportamiento. Se interesa en estudiar y modificar el comportamiento de la persona enferma en el contexto hospitalario; considerando sus creencias, sentimientos*

y pensamientos relacionados con la enfermedad, su curación, la participación de la familia, los médicos, los medicamentos, el hospital, la muerte, etc.” (p.217).

De acuerdo con lo anterior, el programa de la Residencia en Medicina Conductual, en su sede de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, tiene como objetivo desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en este campo con un enfoque cognitivo conductual y desde una perspectiva multidisciplinaria. El residente se forma dentro de un contexto hospitalario en el que se inserta para desarrollar habilidades terapéuticas, intervenciones y aplicación de técnicas específicas para el tratamiento de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas. Se espera que el residente ponga en práctica los conocimientos adquiridos de acuerdo con el principio de aprender haciendo y desarrolle las competencias necesarias que le permitan solucionar problemas dentro de la sede hospitalaria (Reynoso, Hernández, Bravo & Anguiano, 2011).

El psicólogo especialista en Medicina Conductual colabora con el equipo médico a la rehabilitación del paciente. Interviene para lograr que los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas recuperen su salud mental y tengan una mejor calidad de vida. La enfermedad deteriora el funcionamiento psicológico de los pacientes, les produce reacciones emocionales que alteran su equilibrio, desarrollan creencias disfuncionales que interfieren en su comportamiento. El residente trabaja para incidir y generar cambios en el comportamiento que ayuden a los pacientes a sentirse mejor física y emocionalmente, a mejorar su estado de salud, aumentar sus habilidades de cuidado personal y mejorar sus habilidades para vivir con una enfermedad crónica (Méndez & Mendoza, 2017).

El presente reporte pretende mostrar la experiencia adquirida durante dos años de práctica clínica hospitalaria como residente de Medicina Conductual en el Hospital Juárez

de México, específicamente en el servicio de Oncología, a través del desarrollo de dos capítulos en los que se describe las actividades académicas y asistenciales efectuadas, así como las habilidades de investigación en el diseño y desarrollo de un programa de intervención.

En el primer capítulo se expone el protocolo de investigación realizado que tuvo como objetivo general evaluar el efecto de una intervención con enfoque cognitivo conductual para mejorar los niveles de autoeficacia con relación al cuidado de la estoma y funcionamiento social en pacientes portadores de estoma.

El cáncer es una de las principales enfermedades no transmisibles que provoca millones de muertes al año, lo que la convierte en la principal causa de muerte a nivel mundial (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016). Se ha convertido en un problema de salud pública por el número de muertes, por los estragos que causa en el entorno de los pacientes y por los costos de la atención médica que demanda (Reynoso & Torres, 2017).

En México, el cáncer ha ido en aumento los últimos años, actualmente es la tercera causa de muerte a nivel nacional y cada año se estiman 148 mil nuevos casos de cáncer en el país (Carrasco, 2017). Se identifica que el cáncer colorrectal está dentro de los tipos de cáncer responsables del mayor número de muertes. El cáncer de colon y recto son el cuarto cáncer más frecuente en México y a nivel mundial, responsable de 700, 000 muertes al año (Instituto Nacional de Cancerología [INCAN], 2017b). Hoy en día se conoce que las condiciones y/o estilos de vida no saludables, el sedentarismo y el estrés han convertido que el cáncer colorrectal se haya incrementado; afectando tanto a hombres como mujeres predominando en la edad adulta como adulta mayor, aumentando de esta manera las tasas de morbimortalidad (INEGI, 2018).

El diagnóstico de cáncer implica un gran impacto físico, psicológico, social y económico. Representa un gran reto para los pacientes ya que se enfrentan a una gran cantidad de problemas psicosociales que afectan de manera significativa su calidad de vida (Becerra, 2014). Aunado a los problemas psicosociales, el paciente oncológico puede presentar diversas complicaciones asociadas a la progresión de la enfermedad, dificultades físicas y funcionales o efectos secundarios asociados a los tratamientos. Con respecto al tratamiento del cáncer colorrectal, cerca del 90% de los pacientes se tratan por medios quirúrgicos de tipo curativo o paliativo, la mayoría de intervenciones quirúrgicas se realizan con fines terapéuticos (González & Bahena, 2010).

La intervención quirúrgica que realizan para mejorar la condición médica del paciente se denomina ostomía, que consiste en una abertura en la superficie del abdomen con la finalidad de permitir la eliminación de productos de desecho (heces u orina) al exterior. A la abertura se le denomina estoma (Muñoz & Pilamunga, 2014). Otras principales causas por las que se realiza una ostomía son: enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn), diverticulitis intestinal, traumatismo anorrectal o abdominal, oclusión intestinal, entre otras (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud [CENETEC], 2013).

La creación de la estoma, es una cirugía intrusiva que tiene un gran impacto en la vida diaria del paciente, quien tiene que hacer frente a diversos cambios. Es un tratamiento que, si bien es altamente eficaz, al afectar la integridad corporal modifica la propia imagen, la capacidad funcional y social, y repercute en la calidad de vida del paciente. Los cambios anatómicos, los cambios en el estilo de vida, los déficit funcionales y físicos le exigen adaptarse a una nueva condición (Charúa, Benavides, Villanueva, Jiménez, Abdo & Hernández, 2011).

Los pacientes muestran dificultades para adaptarse y uno de los factores que favorece la adaptación psicosocial a la estoma es el papel de la autoeficacia (Bekkers, Van Knippenberg, Van Den Borne & Van Berge-Henegouwen, 1996; Simmons et al., 2007; Zhang, Kam, Zheng, Hu & Zhang, 2015), término que hace referencia a qué tan capaz se percibe una persona para poder realizar una conducta específica que genere un resultado concreto. La autoeficacia es un constructo derivado de la teoría social cognitiva de Albert Bandura. Las *expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida* se refieren a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1977).

Son pocos los estudios que han examinado el efecto de la autoeficacia en la adaptación a la estoma, en donde se ha señalado que los pacientes que tienen mayor autoeficacia presentan menos problemas de ajuste psicosocial a un año después de la cirugía (Bekkers, Van Knippenberg, Van Den Borne y Van Berge-Henegouwen, 1996); la autoeficacia en el cuidado de la estoma favorece la aceptación a la ostomía y en consecuencia mejora las relaciones interpersonales (Simmons, Smith, Bobb & Liles, 2007); y quienes muestran mayor nivel de autoeficacia en el cuidado y funcionamiento social con la estoma refieren ser más felices y perciben tener una adecuada salud, es decir, reportan una mejor calidad de vida (Wu, Chau & Twinn, 2007).

Asimismo, se ha indicado que los profesionales de la salud pueden intervenir para mejorar la autoeficacia de los pacientes. El paciente portador de estoma con mayor autoeficacia podrá lograr una adaptación adecuada y con ello tener una mejor calidad de vida. La intervención basada en técnicas cognitivo conductuales para mejorar la autoeficacia toma relevancia, ya que atiende las necesidades psicológicas, facilita la adherencia al tratamiento y participación activa del paciente.

Cabe mencionar que tanto los estudios sobre la influencia de la autoeficacia en la adaptación a la estoma como los programas diseñados para aumentar la autoeficacia han sido efectuados por personal de enfermería de instituciones de salud, y los programas solo se limitan a ser informativos o educativos para atender dicha problemática (Cheng, Xu, Dai & Yang, 2012; Soad, Zeinab, Amal & Ahmed, 2014; Lim, Chan, Lai & He, 2014; Krouse et al., 2016).

Por lo que el objetivo es describir los resultados de la propuesta de intervención con enfoque cognitivo conductual para favorecer la autoeficacia en pacientes portadores de estoma, diseñada e implementada por el residente de Medicina Conductual. La intervención se desarrolló en formato taller, con la finalidad de que la intervención psicológica conlleve a un proceso de aprendizaje para que las personas adquieran las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones problema. El taller tiene un carácter principalmente práctico, por lo que los participantes involucrados pueden aplicar las herramientas adquiridas (Galván, Sánchez & Blanc, 2011). Asimismo, las estrategias de interacción grupal entre pacientes que experimentan el mismo problema pueden utilizarse en la práctica clínica, favoreciendo el desarrollo colectivo (Silva, Santos, Rosado, Galvao & Sonobe, 2017). Finalmente, se interpreta el apoyo práctico de la investigación, así como las limitaciones que se identificaron y por último se mencionan las sugerencias para futuras investigaciones.

En el segundo capítulo se describen las actividades académicas y asistenciales que se efectuaron como residente de Medicina Conductual en la sede del Hospital Juárez de México, asignada al servicio de Oncología. Se inicia con una breve contextualización de la Medicina Conductual a nivel mundial y en México. Seguido se mencionan las características de la sede (ubicación, historia, nivel de atención y servicios de la sede). Posteriormente se detallan las actividades desarrolladas en la sede, brindando el contexto

psicológico de los pacientes que se atienden en el servicio, se realiza una evaluación inicial del servicio y se reseñan las actividades diarias asistenciales (pase de visita, atención psicológica en hospitalización y consulta externa, interconsultas, pláticas psicoeducativas), así como las actividades académicas (clases médicas, seminarios, presentación de casos clínicos, supervisión académica, sesiones bibliográficas) y se presentan las estadísticas de los pacientes atendidos.

Para finalizar el reporte de experiencia se especifican las competencias profesionales alcanzadas, las relacionadas con las actividades diarias, académicas, las enfocadas al protocolo de investigación, la supervisión *in situ* y académica. Se brinda una evaluación final del servicio asignado, las competencias adquiridas durante la estancia en la residencia y comentarios finales que incluyen sugerencias en las áreas que se consideran pertinentes para mejorar.

En resumen, este reporte de experiencia integra dos áreas importantes para la formación del residente de Medicina Conductual, la investigación y la práctica clínica, que le permiten adquirir las habilidades necesarias para el ejercicio profesional del médico conductual y brindar una atención oportuna y de calidad.

Capítulo 1. Intervención cognitivo-conductual en la Autoeficacia en personas portadoras de estoma

1.1 Antecedentes

1.1.1 Generalidades del cáncer

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2016) las enfermedades no transmisibles, también conocidas como enfermedades crónicas, matan a 41 millones de personas cada año, equivalente al 71% de las muertes que se generan mundialmente. Son enfermedades de curso prolongado y progresión lenta que necesitan tratamientos continuos para su control. Una de las principales enfermedades no transmisibles es el cáncer, que provoca cerca de ocho millones de muertes al año, lo que la convierte en la principal causa de muerte a nivel mundial (INEGI, 2016).

El cáncer es un grupo de enfermedades caracterizadas por más de 100 diferentes tipos de tumores, que se originan por una serie de daños en el material genético. La transformación provoca una alteración en el ciclo celular, que trae como consecuencia que la célula se vuelva inmortal y empiece a replicarse de manera descontrolada (Zárate, 2011). Es una enfermedad que se caracteriza por la reproducción incontrolada de células que destruyen tejidos normales y forman masas tumorales llamadas neoplasias. Las células cancerosas pueden invadir y destruir el tejido a su alrededor, también pueden entrar al torrente sanguíneo o al sistema linfático y diseminarse para formar nuevos tumores en otros órganos, denominados metástasis (INCAN, 2017b).

Se llama carcinogénesis al proceso por el cual se produce el cáncer, que es causado por anomalías en el material genético de las células. Estas anomalías pueden ser ocasionadas por: agentes carcinógenos, como las irradiaciones, por productos químicos como el humo del tabaco y el humo de leña o la contaminación ambiental en general, por agentes infecciosos como el virus del papiloma humano y el de la hepatitis B. También

las anomalías genéticas se pueden adquirir durante la replicación del ADN, estos defectos pueden ser heredados y se presentan en todas las células desde el nacimiento y originan mayor probabilidad de que se presente la enfermedad (De la Garza & Juárez, 2014).

La proliferación, diferenciación y supervivencia de las células individuales en los organismos pluricelulares se regulan cuidadosamente para atender los requerimientos del organismo como un todo. Esta regulación no existe en las células cancerosas, que crecen y se dividen de una manera incontrolada, y que en última instancia se propagan por todo el cuerpo e interfieren con la función de los tejidos y de los órganos sanos. El cáncer se puede producir por la proliferación anormal de cualquiera de los diferentes tipos de células del cuerpo, por lo que hay más de cien tipos distintos de cáncer que pueden diferir sustancialmente en su comportamiento y respuesta al tratamiento (Cooper & Hausman, 2007).

El tratamiento del cáncer se fundamenta en tres principales modalidades (INCAN, 2017c):

- Cirugía: Puede usarse para el diagnóstico del cáncer, para determinar donde se encuentra alojado, si se ha diseminado y si afecta las funciones de otros órganos; para extirpar el tumor parcial o totalmente; para restablecer el aspecto anatómico o la función del cuerpo, o para aliviar algunos efectos secundarios.
- Quimioterapia: Abarca el conjunto de tratamientos que se valen de fármacos o sustancias químicas para detener o erradicar el cáncer. Surte su efecto a través de todo el cuerpo.

- Radioterapia: Utiliza partículas u ondas de alta energía, altas dosis de radiación (rayos X, rayos gamma, rayos de electrones o de protones) para eliminar o dañar las células cancerosas. Es un tratamiento de aplicación local, que solo afecta la parte del cuerpo tratada, ocasionando el menor daño posible al tejido sano adyacente.

Existen otros tratamientos que incluyen la hormonoterapia, inmunoterapia, las dianas o blancos terapéuticos y el trasplante de medula ósea (De la Garza & Juárez, 2014). El objetivo del tratamiento es curar o prolongar considerablemente la vida de los pacientes, y garantizar la mejor calidad de vida.

El cáncer se ha convertido en un problema de salud pública por el número de muertes, por los estragos que causa en el entorno de los pacientes y por los costos de la atención médica que demanda. La acelerada transición demográfica, así como la transición epidemiológica y nutricional que vive el país, hace susceptible a la población de presentar diversos factores de riesgo para cáncer, como son el envejecimiento, el fumar y consumir alcohol, el consumo bajo de frutas y vegetales, entre otros, lo que puede conllevar al incremento en el número de casos y fallecimientos debido a neoplasias malignas (Reynoso & Torres, 2017).

Se conoce que desde hace varias décadas los tumores malignos se han posicionado en los primeros sitios como causa de mortalidad a nivel mundial representando un gran desafío para las economías y sistemas de salud (Reynoso & Torres, 2017). Se identifican cinco tipos de cáncer responsables del mayor número de muertes a nivel mundial: cáncer pulmonar, cáncer hepático, cáncer colorrectal, cáncer gástrico y de mama (OMS, 2017). En México, el cáncer ha ido en aumento los últimos años, actualmente es la tercera causa de muerte a nivel nacional y cada año se estiman 148 mil nuevos casos de cáncer en el

país (Carrasco, 2017). Las mujeres son quienes alcanzan porcentajes ligeramente más altos de mortalidad que los hombres a causa del cáncer.

De acuerdo con Reynoso y Torres (2017) las proyecciones de mortalidad en México muestran que, de las diez principales causas de muerte por cáncer, cáncer de mama, próstata e hígado aumentan constantemente cada año llegando a tasas de más de cinco muertes por cada 100 mil personas, así mismo el cáncer colorrectal presenta un incremento considerable. El cáncer de colon y recto son el cuarto cáncer más frecuente en México y a nivel mundial, responsable de 700, 000 muertes al año (INCAN, 2017a). En la población de 30 a 59 años tres de cada 10 muertes por cáncer son consecuencia de cáncer de órganos digestivos. Y en la población de 60 y más años cuatro de cada 10 defunciones por cáncer en mujeres se deben a tumores en órganos digestivos, contra tres de cada 10 en varones (INEGI, 2018). Hoy en día se conoce que las condiciones y/o estilos de vida no saludables, el sedentarismo y el estrés han convertido que el cáncer colorrectal se haya incrementado; afectando tanto a hombres como mujeres predominando en la edad adulta como adulta mayor, aumentando de esta manera las tasas de morbimortalidad.

El diagnóstico de cáncer implica un gran impacto físico, psicológico, social y económico. De acuerdo con Becerra (2014) la experiencia de estar enfermo de cáncer representa un gran reto para los pacientes que son diagnosticados con este padecimiento, ya que se enfrentan a una gran cantidad de problemas psicosociales que afectan de manera significativa su calidad de vida. Aunado a los problemas psicosociales, el paciente oncológico puede presentar diversas complicaciones asociadas a la progresión de la enfermedad, dificultades físicas y funcionales o efectos secundarios asociados a los tratamientos. Con respecto al tratamiento del cáncer colorrectal, cerca del 90% de los pacientes se tratan por medios quirúrgicos de tipo curativo o paliativo, la mayoría de

intervenciones quirúrgicas se realizan con fines terapéuticos (González & Bahena, 2010). Uno de los principales tratamientos quirúrgicos para mejorar la condición de los pacientes es la ostomía. La ostomía es un procedimiento quirúrgico, mediante el cual se realiza una abertura, que recibe el nombre de estoma, con la finalidad de permitir la eliminación de productos de desecho (heces u orina) al exterior y recogerlos en dispositivos destinados para ese fin. Estoma etimológicamente es un término proveniente del griego que significa boca (Muñoz & Pilamunga, 2014).

Ante perforaciones o fístulas, hemorragias, proctitis (proceso inflamatorio en el recto) postradiación, también los médicos sugieren realizar una ostomía, con el objetivo de recuperar el estado de salud del paciente. Otras principales causas por las que se realiza una ostomía son: enfermedad inflamatoria intestinal (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn), diverticulitis intestinal, traumatismo anorrectal o abdominal, oclusión intestinal, entre otras (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2013).

Los tipos de ostomía creados con mayor frecuencia son la colostomía, la ileostomía y la ureterostomía/urostomía, que reciben el nombre según el órgano implicado (Muñoz & Pilamunga, 2014):

- Colostomía: Procedimiento quirúrgico que consiste en seccionar un extremo del intestino grueso y exponerlo a través de una abertura de la pared abdominal anterior, por la cual se realiza la eliminación de la materia fecal.
- Ileostomía: Es una abertura artificial del intestino delgado a la pared abdominal, desembocado en una estoma o ano artificial.
- Urostomía: Implica la cistectomía y el desvío del curso de la orina a la piel o a la luz intestinal.

Los anteriores tipos de ostomía pueden ser de tipo transitorias/temporales o definitivas/permanentes. El cáncer de colon es la causa del 80% de las ostomías que se realizan y el 10% de los casos que se presentan son de tipo permanente.

La pérdida de salud debido al cáncer y/o la consecuencia del tratamiento, la ostomía, genera un deterioro psicofísico o funcional, así como alteraciones en las interacciones sociales y familiares, afectando la calidad de vida del paciente. Varios estudios revelan que la presencia de una estoma es una preocupación importante para la calidad de vida tanto en pacientes con cáncer como en pacientes sin cáncer (Marventano et al., 2013). Los pacientes experimentan desafíos físicos, psicológicos y sociales.

1.1.2 Personas portadoras de estoma

En México se ha reportado un gran número de pacientes con estoma. En un estudio realizado por Cruz et al., en 2009, reportan las características de 1, 688 pacientes con estoma de diferentes instituciones de salud, pública y privada, de la Ciudad de México, en los que destacaron el cáncer de colon, recto y útero (35%) como diagnósticos predominantes, resaltando que las colostomías son las más frecuentes con el 63% e ileostomías con el 24%. Las estomas en la edad adulta son más frecuentes entre los 19 y 62 años. Una investigación más reciente (Huitzil & Molina, 2018) describe las características clínicas de 327 pacientes de una clínica de heridas y ostomías, en los que el cáncer colorrectal fue el diagnóstico más frecuente y la ileostomía como el tipo de ostomía con mayor frecuencia.

Aunque en la mayoría de los casos la cirugía es un procedimiento que salva vidas, después de ella las personas pueden presentar problemas psicológicos y problemas de índole físico (Simmons, Smith & Maekawa, 2009). De acuerdo con Charúa, Benavides, Villanueva, Jiménez, Abdo & Hernández (2011) la ostomía es un tratamiento que, si bien es altamente eficaz, al afectar la integridad corporal modifica la propia imagen, la

capacidad funcional y social, y repercute en la calidad de vida del paciente. Los cambios anatómicos, los cambios en el estilo de vida, los déficit funcionales y físicos le exigen adaptarse a una nueva condición.

Los pacientes ostomizados presentan una serie de cambios sustanciales, tales como: la pérdida de una importante función corporal (control esfinteriano), ruidos intestinales, forma de canalizar gases, incomodidad a causa del olor y de estar pendiente del llenado de la bolsa, complicaciones por fugas, irritación de la piel periestomal, en los hábitos dietéticos, así mismo presentan cambios psicológicos por la modificación de la imagen corporal, temor, ansiedad, depresión, estrés y aislamiento social (Charúa et al., 2011; Richbourg, Thorpe, & Rapp, 2007; Simmons, Smith, Bobb & Liles, 2007; Vonk-Klaassen, De Voncht, Den Ouden, Hans & Shuurmans, 2015; Wu, Chau & Twinn, 2007).

La adaptación a estos cambios podría ser un nuevo desafío que tienen que enfrentar los pacientes, quienes a menudo se quejan de las dificultades relacionadas con el ejercicio, el sueño, la socialización, las relaciones sexuales y la vestimenta (Neuman, Park, Fuzesi & Temple, 2012). Asimismo, por problemas con la bolsa colectora, el miedo a que se note bajo la ropa, el mal ajuste de los dispositivos que provocan fugas y malos olores. El escaso conocimiento que posee sobre los cuidados de la estoma y la pérdida de control puede provocar situaciones de ansiedad. Pueden presentar comportamientos de evitación, relaciones deficientes con otros y miedo a la interacción social (Gómez, 2011).

Existen estudios en los que muestran que los pacientes con estomas presentan dificultades para adaptarse (Vironen, Kairaluoma, Aalo & Kellokumpu, 2006; Richbourg, Thorpe & Rapp, 2007). El paciente en muchas ocasiones se encuentra sin conocimiento previo, la inadaptación y la depresión resultan comunes. Así mismo el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad que requirió la cirugía, son factores críticos que determinan los efectos psicológicos de la ostomía (Noda et al., 2001).

Entre los factores que influyen en la adaptación psicosocial a la ostomía se ha señalado el papel que juega la autoeficacia (Bekkers, Van Knippenberg, Van Den Borne & Van Berge-Henegouwen, 1996; Simmons et al., 2007; Zhang, Kam, Zheng, Hu & Zhang, 2015), término que hace referencia a qué tan capaz se percibe una persona para poder realizar una conducta específica que genere un resultado concreto. De acuerdo con Su et al., (2016) es la capacidad de los pacientes para cuidar su estoma, es un factor asociado al ajuste en la transición para una vida con la estoma. La autoeficacia parece favorecer una mejor adaptación psicosocial y calidad de vida.

1.1.3 Autoeficacia

La autoeficacia es un constructo derivado de la teoría social cognitiva de Albert Bandura. Las *expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida* se refieren a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1977). Conciernen a las habilidades, capacidades conductuales y posibilidades de una persona para enfrentar con éxito una situación, de acuerdo a las demandas medio ambientales y sus cambios. La percepción que una persona tiene sobre sus propias capacidades y habilidades de solución de problemas, desempeña un papel importante en su propio ajuste psicológico (Maddux, 1995). El individuo evalúa su capacidad para llevar a cabo una tarea determinada (Bandura, 1977).

Bandura (1991) menciona que las creencias en las propias capacidades para movilizar la motivación, los recursos cognitivos y el curso de acción son aspectos necesarios para realizar tareas demandantes, y realizar los cambios o ajustes que dichas tareas requieran.

Cabe señalar que la autoeficacia es considerada como específica a las tareas o situaciones, es decir, uno puede tener más o menos creencias de eficacia en diferentes

dominios de funcionamiento (Schwarzer, 1992). No puede ser considerada como una cualidad del comportamiento humano en general ni único, si no lo contrario, se refiere a la confianza en las capacidades individuales para desarrollar acciones y conseguir los resultados esperados en un dominio o contexto de funcionamiento concreto (Bandura, 1997).

Los pacientes con estoma se enfrentan a una serie de cambios que demandan la realización de ciertas conductas para adaptarse a su nueva situación. Existen estudios en los que resaltan el impacto de la autoeficacia en el proceso de adaptación a la ostomía. A continuación, se mencionan algunos.

Bekkers, Van Knippenberg, Van Den Borne y Van Berge-Henegouwen (1996) fueron los primeros que estudiaron el papel de la autoeficacia en el proceso de adaptación a la estoma. Realizaron una evaluación prospectiva de la adaptación de los pacientes a la cirugía, por medio de una escala midieron la autoeficacia relacionada al cuidado de la estoma y la autoeficacia en el funcionamiento social, una semana después de la cirugía y a cuatro y doce meses después de la misma. Los resultados del estudio muestran que los pacientes que tienen mayor autoeficacia presentan menos problemas de ajuste psicosocial a un año después de la cirugía. Sí los pacientes se perciben capaces de cuidar su estoma el ajuste postoperatorio es bueno. Los autores concluyen que al fortalecer la autoeficacia de los pacientes se puede acelerar el proceso de adaptación y a minorar la carga psicológica.

En otro estudio Simmons, Smith, Bobb y Liles (2007) evaluaron mediante la aplicación de escalas que miden la aceptación, la interacción social y la autoeficacia en el cuidado de la estoma, para determinar la relación entre estas variables. Estos autores mencionan que la autoeficacia en el cuidado de la estoma es la convicción que tienen los pacientes para realizar las tareas específicas relacionadas con el mantenimiento del

mismo, es decir, se perciben capaces de cuidar con éxito su estoma para minimizar los resultados adversos. Los resultados del estudio sugieren una fuerte correlación entre las variables analizadas, es decir, la autoeficacia en el cuidado de la estoma favorece la aceptación a la ostomía y en consecuencia mejora las relaciones interpersonales. La aceptación en el cuidado efectivo de la estoma ayuda al proceso de ajuste psicológico.

Wu, Chau y Twinn (2007) realizaron un estudio en el que examinaron la relación entre autoeficacia y calidad de vida en pacientes con estoma. Los resultados indicaron una correlación entre estas variables, los participantes que mostraron mayor nivel de autoeficacia en el cuidado y funcionamiento social con la estoma refieren ser más felices y perciben tener una adecuada salud. Asimismo, los autores señalan que los profesionales de la salud podrían mejorar la autoeficacia de los pacientes, motivándolos a que cuiden su propia estoma mediante el apoyo y la provisión de información.

Se han realizado estudios para describir las estrategias que emplean las personas portadoras de estoma para hacer frente a su situación. Bonill, Celdrán, Hueso, Morales, Rivas y Fernández (2014) mencionan que la autoeficacia parece favorecer una mejor adaptación psicosocial y calidad de vida. En su estudio reportan que son tres categorías en torno a las cuales las personas portadoras de estoma emplean distintas estrategias: autocuidados, adaptación al cambio corporal y autoayuda. Concluyen que las principales estrategias que utilizan se enfocan a conseguir un empleo efectivo de la estoma hasta lograr una autonomía, es decir, estrategias dirigidas a actividades de autocuidado (irrigaciones, alimentación, higiene y cuidados de la piel y de la estoma, cambios de la bolsa recolectora, solución de problemas relacionados con los gases y a las fugas).

Por su parte Su y colaboradores (2016) realizaron un estudio cuyo objetivo principal fue analizar la autoeficacia y sus factores asociados en pacientes con ostomía temporal. Los resultados indicaron que la mayoría de los pacientes mostraron niveles de

bajos a moderados en la autoeficacia en el cuidado de la estoma. Por un lado, la autoeficacia en el cuidado de la estoma se asoció significativamente con dominios de calidad de vida y apoyo social percibido como bienestar psicológico, bienestar social, el apoyo de amistades y otro apoyo significativo. Por otro lado, la autoeficacia social se asoció con el nivel de educación, bienestar psicológico, bienestar social y apoyo familiar. Los datos señalaron una correlación positiva entre la autoeficacia de la estoma y dominios de calidad de vida y apoyo social percibido.

Son pocos los estudios que han examinado el efecto de la autoeficacia en la adaptación a la ostomía, a pesar de ello, se puede considerar a la autoeficacia como un factor importante que favorece la adaptación psicosocial y contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente con estoma, por lo tanto, es importante intervenir sobre la autoeficacia de los pacientes, debido a que, si se perciben incapaces de hacer frente a los cambios posteriores a la ostomía, puede entorpecer su tratamiento y afectar su condición médica.

1.1.4 Intervenciones psicológicas en personas portadoras de estoma

Las intervenciones cognitivo conductuales han mostrado ser eficaces para fortalecer la autoeficacia, por ejemplo se ha evaluado el impacto de la intervención en la autoeficacia, calidad de vida y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer (Flores, 2016), y se han realizado intervenciones que fomentan la autoeficacia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con la finalidad de incrementar la correcta adherencia al tratamiento (Medrano, 2015), en las que emplearon técnicas como psicoeducación, respiración diafragmática, autoinstrucciones, entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas para mejorar la autoeficacia en los pacientes.

A continuación, se describen brevemente las técnicas que se han empleado para mejorar la autoeficacia y que se pueden entrenar en los pacientes portadores de estoma.

La psicoeducación es proporcionar información, explicar una determinada situación de modo coherente, preciso, sencillo, presentando al paciente los elementos necesarios para la comprensión de un tema singular, estimulando conductas adecuadas en las mismas (Builes & Bedoya, 2006, como se citó en Becerra, 2013). La psicoeducación es un proceso que permite a las personas informarse, desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar situaciones particulares. Tiene como objetivo orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema (Benassini, 2002).

La respiración superficial es un ejercicio sencillo de relajación. La técnica va dirigida a reducir la ansiedad en el paciente, no sólo desde la perspectiva fisiológica sino también en las áreas afectiva y cognitiva (Reynoso & Seligson, 2005). Se pretende facilitar un control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser utilizado en situaciones de mayor ansiedad.

La técnica de solución de problemas es el entrenamiento de una serie de habilidades orientadas a mejorar la capacidad para hacer frente de manera efectiva una variedad de factores estresantes de la vida que generan consecuencias negativas en la salud (Nezu, Maguth & Salber, 2013). Tiene como objetivo aumentar la eficacia de los intentos del paciente para solucionar un problema en el afrontamiento de situaciones problemáticas actuales, así como enseñar habilidades que le permitan afrontar de manera eficaz problemas futuros (D’Zurilla, 1986/1993, como se citó en Bados & García, 2014).

Las autoinstrucciones, se definen como las ordenes o instrucciones que la persona se da a sí misma para guiar su propia conducta, durante la actuación (Santacreu, 1993 como se citó en Labrador, 2008). Se trata de un procedimiento de autorregulación verbal con el objetivo de que la persona alcance, mediante la modificación de las verbalizaciones internas, un incremento en su nivel de habilidad en la realización de una determinada

tarea, en su capacidad de autocontrol o en su capacidad de solucionar problemas (Labrador, 2008).

Un componente esencial de las habilidades sociales es la asertividad que es un estilo de comunicación. El entrenamiento en comunicación asertiva tiene como objetivo que el paciente adquiera la habilidad de expresar honestamente los sentimientos, pensamientos y creencias respetando los derechos de los demás, estando conscientes de los propios.

Por lo anterior, se desprende la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué efecto tiene la implementación de un taller con enfoque cognitivo conductual en la autoeficacia de las personas portadoras de estoma?

1.2 Justificación

Considerando que existe un gran número de pacientes con estoma en México, en los que destacan como diagnóstico predominante el cáncer colorrectal, se puede afirmar que es una población que requiere de intervención psicológica dadas las afectaciones de índole psicológico.

La ostomía es un procedimiento quirúrgico que salva vidas y es altamente eficaz, pero que puede afectar de manera significativa el estilo de vida del paciente, quien experimenta retos físicos, psicológicos y sociales a los que tiene que adaptarse. Parte de su adaptación, es enfrentarse a los cambios que implica la ostomía, tales como los relacionados al cuidado de la estoma y el funcionamiento psicosocial. Un factor importante que influye para lograr la adaptación es la autoeficacia, término que hace referencia a qué tan capaz se percibe una persona para poder realizar una conducta específica y juega un papel relevante a la hora de determinar las acciones que realizará para lograr los resultados deseados.

El paciente portador de estoma con mayor autoeficacia podrá lograr una adaptación adecuada y con ello tener una mejor calidad de vida. La intervención basada en técnicas cognitivo conductuales para mejorar la autoeficacia toma relevancia, ya que atiende las necesidades psicológicas y facilita la adherencia al tratamiento y participación activa del paciente.

Algunos autores (Bekkers, Van Knippenberg, Van Den Borne & Van Berge-Henegouwen, 1996) han propuesto algunas sugerencias para mejorar la autoeficacia, como estimular la responsabilidad del paciente en el cuidado de la estoma y el proceso de rehabilitación; brindar capacitación a los pacientes en el cuidado de la estoma, incluyendo retroalimentación; tener contacto con otros pacientes con estoma; proporcionar información técnica sobre materiales disponibles y consecuencias físicas y psicosociales; por último, entrenamiento in vivo sobre situaciones sociales poco después de su alta hospitalaria.

Asimismo, Faury, Koleck, Foucaud, M'Bailara y Quintard (2017) realizaron una revisión sistemática para identificar el tipo y formato de las prácticas de educación diseñadas para pacientes con cáncer colorrectal portadores de estoma. Respecto a la autoeficacia de la estoma, encontraron que los pacientes mostraban mayor autoeficacia posterior a una intervención educativa. Concluyen que la educación al paciente es una atención integral que debe contribuir a mantener o mejorar su calidad de vida, a que adquiera habilidades psicosociales y de autogestión.

Considerando lo anterior, es importante resaltar que los estudios sobre la influencia de la autoeficacia en pacientes ostomizados fueron realizados por personal de enfermería de instituciones de salud, así como los programas diseñados para aumentar la autoeficacia en los cuidados del estoma y funcionamiento psicosocial y se limitan a programas informativos o educativos para atender dicha problemática (Cheng, Xu, Dai

&Yang, 2012; Soad, Zeinab, Amal & Ahmed, 2014; Lim, Chan, Lai & He, 2014; Krouse et al., 2016).

Ante dicha situación, es evidente la necesidad de elaborar programas de intervención diseñados por especialistas en atención psicológica, como el Médico Conductual, que sean efectivos para atender la problemática antes referida. El presente estudio adquiere relevancia, ya que es fundamental que existan intervenciones con metodología científica que puedan replicarse y contribuir a mejorar la autoeficacia y de esta manera beneficiar a los pacientes portadores de estoma. Silva, Santos, Rosado, Galvao y Sonobe (2017), argumentan que es recomendable que los profesionales de la salud inviertan en investigación sobre intervenciones dirigidas a las principales demandas psicológicas de los pacientes ostomatizados. Asimismo, las estrategias de interacción grupal entre pacientes que experimentan el mismo problema pueden utilizarse en la práctica clínica.

1.3 Objetivos

Objetivo General

Evaluar el efecto de un programa de intervención de técnicas cognitivo-conductuales en los niveles la autoeficacia con relación al cuidado de la estoma y funcionamiento social en pacientes portadores de estoma que acuden a la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México.

Objetivos específicos

-Diseñar un programa de intervención cognitivo-conductual para mejorar la autoeficacia en los pacientes portadores de estoma.

-Identificar el nivel de autoeficacia de los pacientes portadores de estoma previo a la intervención.

-Implementar un programa de intervención cognitivo-conductual para mejorar la autoeficacia en los pacientes portadores de estoma.

-Comparar los niveles de autoeficacia antes y después de la intervención.

1.4 Hipótesis

Hipótesis de investigación

Hi: La autoeficacia percibida será mayor en un grupo de pacientes portadores de estoma, posterior a un programa de intervención con enfoque cognitivo conductual.

Ho: La autoeficacia percibida será igual en un grupo de pacientes portadores de estoma, posterior a un programa de intervención con enfoque cognitivo conductual.

Ha: La autoeficacia percibida será mayor en un grupo de pacientes portadores de estoma, posterior a un programa de intervención con enfoque cognitivo conductual.

Hipótesis Estadísticas

Hi: Existirán diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de autoeficacia percibida en un grupo de pacientes portadores de estoma posterior a una intervención con enfoque cognitivo conductual.

Ho: No se observarán diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de autoeficacia percibida en un grupo de pacientes portadores de estoma posterior a una intervención con enfoque cognitivo conductual.

1.5 Método

1.5.1 Participantes

La muestra estuvo conformada por 9 personas portadoras de estoma, nueve mujeres, que acudían a la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México, quienes sabían leer y escribir y que aceptaron participar de manera voluntaria a la invitación de la investigadora. Los 9 participantes finalizaron el taller y realizaron el pre-test y post-test.

1.5.2 Tipo de muestra

Muestra no probabilística intencional (Juárez, López & Salinas, 2014).

Criterios de inclusión

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

Criterios de exclusión

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

Criterios de eliminación

- Pacientes que no cumplan con el 80% de asistencia al taller

- Pacientes que no hayan asistido a las pláticas en la Clínica de Estomas y Heridas
- Pacientes que refieran ya no querer continuar en el protocolo de estudio
- Pacientes que indiquen malestar psicológico clínicamente significativo

1.5.3 Instrumento

Escala de Autoeficacia de la Estoma: Se realizó la adaptación y validación para el contexto mexicano del Stoma Self-Efficacy Scale (SSES), siguiendo la metodología propuesta por Reyes y García y Barragán (2008) (Ver Anexo 1). La escala tiene un Alfa de Cronbach de 0.94 y cuenta con 22 ítems divididos en tres Factores, el primero con nueve ítems relacionados al funcionamiento social, el segundo factor con nueve ítems relacionados al cuidado de la estoma y el tercer factor con cuatro ítems relacionados a las fugas de la bolsa recolectora y hablar con personas cercanas o no sobre la estoma. Tiene un formato de respuesta tipo Likert que va de 1 “nada seguro” a 5 “completamente seguro”. La puntuación total se calcula sumando el resultado de todos los reactivos, la puntuación máxima de la escala es de 110 y la puntuación mínima de 22.

1.5.4 Variables

En la Tabla 1, se muestra la definición de las variables que forman parte de esta investigación.

Tabla 1
Definiciones de la variable independiente y dependiente del estudio

Variable definición	Variable Independiente	Variable Dependiente
	<i>Intervención de técnicas cognitivo conductual.</i>	<i>Autoeficacia percibida</i>
Conceptual	Intervención que busca modificar las cogniciones y conductas que complican los problemas de salud a través de técnicas cognitivo conductuales (Beck, 2000).	Son las creencias que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1977). La autoeficacia percibida en relación al cuidado de la estoma y funcionamiento social.
Operacional	Cinco sesiones semanales, con una duración aproximada de 120 minutos cada una. Las técnicas cognitivo conductuales a utilizar son: psicoeducación, respiración superficial, elementos de solución de problemas, autoinstrucciones y habilidades de comunicación asertiva con el propósito de mejorar la autoeficacia en el paciente portador de estoma.	Puntuación obtenida en la Escala de Autoeficacia del Estoma (SSES por sus siglas en inglés) antes y después del programa de intervención.

1.5.5 Diseño

Cuasi-experimental debido a que las personas portadoras de estoma ya eran usuarias de los servicios que proporciona la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México y no se hizo una aleatorización al seleccionar la muestra.

1.5.6 Materiales

Escenario

La intervención se desarrolló en formato taller (grupal). Se realizó dentro de las instalaciones del Edificio de Enseñanza (Aula 2 y 3) del Hospital Juárez de México.

Materiales impresos

- *Consentimiento informado*: Elaborado con base en los lineamientos de la guía para la realización del protocolo del Hospital Juárez de México (Ver Anexo 2).
- *Manual de cuidados y sugerencias para portadores de estoma*: Con fines de la investigación se elaboró dicho material. La elaboración se llevó a cabo con base en la búsqueda de bibliografía de las temáticas y técnicas que conforman el taller. El manual se sometió a juicio por expertos (cuatro académicos de la Residencia en Medicina Conductual y un estudiante de doctorado del programa de psicología), con base a los comentarios y sugerencias de los expertos se realizaron las correcciones correspondientes. Por último, el manual se sometió a piloto con una población similar a la requerida para el protocolo (siete personas portadoras de estoma), con el objetivo de evaluar la comprensión de la información contenida en el manual con relación a pertinencia, cantidad, claridad, correcta ortografía y redacción, así como la distribución y diseño de las imágenes y texto (Ver Anexo 3).

1.5.7 Procedimiento

Una vez que se establecieron las fechas (18, 25 de mayo, 1, 8 y 15 de junio de 2018) y horario (12:00 a 14:00 horas) del taller y se gestionó el espacio para la impartición del mismo, se realizó la promoción del taller a través de un cartel (Ver Anexo 4) que se colocó tanto en la Clínica de Heridas y Estomas como en consulta externa del servicio de oncología. También se hizo la invitación por medio de WhatsApp (grupo vivir con alegría) y llamadas telefónicas a los interesados en participar.

Cabe mencionar que además de evaluar la Autoeficacia de las personas portadoras de estoma se evaluó la Calidad de Vida, dicha variable se midió y está reportada en la tesis de Campos (2019), por lo que la guía de los módulos que conformaron el taller fue por ambas psicólogas.

Fase 1. Evaluación pre-intervención: En la primera sesión se explicó ante el grupo su participación en el protocolo y el objetivo del estudio, de tal manera que decidieran libremente su participación, se le hizo entrega a cada asistente un kit que contenía un lápiz, un bolígrafo, un gafete de identificación (Ver Anexo 5), el formato de consentimiento informado, carta compromiso personal (Ver Anexo 6), la escala de Autoeficacia (así como la escala Stoma QoL) y el manual. Primero se les informó sobre el consentimiento informado, una vez que firmaron continuaron con el formato de la carta compromiso personal. Teniendo los formatos antes mencionados, se procedió a la aplicación de la Escala de Autoeficacia de la Estoma, posteriormente se dio inicio a la sesión uno del taller.

Fase 2. Aplicación de la intervención: La intervención se desarrolló en formato taller titulado “Cuidados y Sugerencias para portadores de estoma” que constó de cinco sesiones semanales con duración aproximada de 120 minutos cada una con receso de 15 minutos. Las técnicas cognitivo conductuales empleadas fueron: psicoeducación, respiración superficial, elementos de solución de problemas, autoinstrucciones y juego de roles. La aplicación del taller se detalla en las Cartas descriptivas (Ver Anexo 7). Como se mencionó anteriormente, el taller fue dirigido por dos talleristas, en la Tabla 2 se muestra el tema que dirigió cada una. Ambas talleristas estuvieron presentes en todas las sesiones y participaban durante las preguntas y revisión de tareas.

Tabla 2
Numero de sesiones y temas por tallerista

Tallerista	Sesión	Temas
Tallerista 1	1	Recomendaciones para la higiene y el cuidado general de la estoma
	2	Solución de problemas que se presentan con la estoma
	3	
Tallerista 2	4	Mejorar la confianza e incrementar la sensación de control en situaciones relacionadas con la estoma
Tallerista 1	5	Aprender a comunicar mis emociones y pensamientos

Fase 3. Evaluación post-intervención: Finalizando el último módulo del taller se aplicó nuevamente la Escala de Autoeficacia de la Estoma y se hizo entrega de un reconocimiento a los asistentes que completaron el taller (Ver Anexo 8).

1.5.8 Factibilidad y Aspectos Éticos

- Se pidió el consentimiento voluntario de las personas portadoras de estoma, verbal y por escrito. Asimismo, se contó con la aprobación de la jefa de la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México.
- La investigadora fue quien aplicó el pretest y postest a las personas portadoras de estoma.
- El empleo de datos de identificación de los asistentes es totalmente confidencial en todos los casos.

1.5.9 Recursos Humanos, Físicos y Financieros

- Las evaluaciones y sesiones del taller se realizaron en el Edificio de Enseñanza del Hospital Juárez de México.
- No se requirió financiamiento institucional.

- Los gastos para el financiamiento del material fueron aportados por parte de la investigadora (hojas, lápices, bolígrafos, impresiones, etc.).

1.6 Resultados

Para el análisis de los resultados se empleó el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Science (SPSS)* versión 21.0. El programa de intervención cognitivo-conductual diseñado en formato taller se llevó a cabo en el aula 2 y 3 del Edificio de Enseñanza del Hospital Juárez de México en el periodo del 18, 25 de mayo, 1, 8 y 15 de junio de 2018, con cinco sesiones, una sesión por semana con duración de 120 minutos aproximadamente cada una.

En el pretest se presentaron 30 participantes, de los cuales dos se excluyeron por tener más de 70 años, uno se descartó por no saber leer ni escribir y 18 se excluyeron por no cumplir el criterio de asistencia. Al final la muestra se conformó por nueve personas portadoras de estoma (Ver Figura 1).

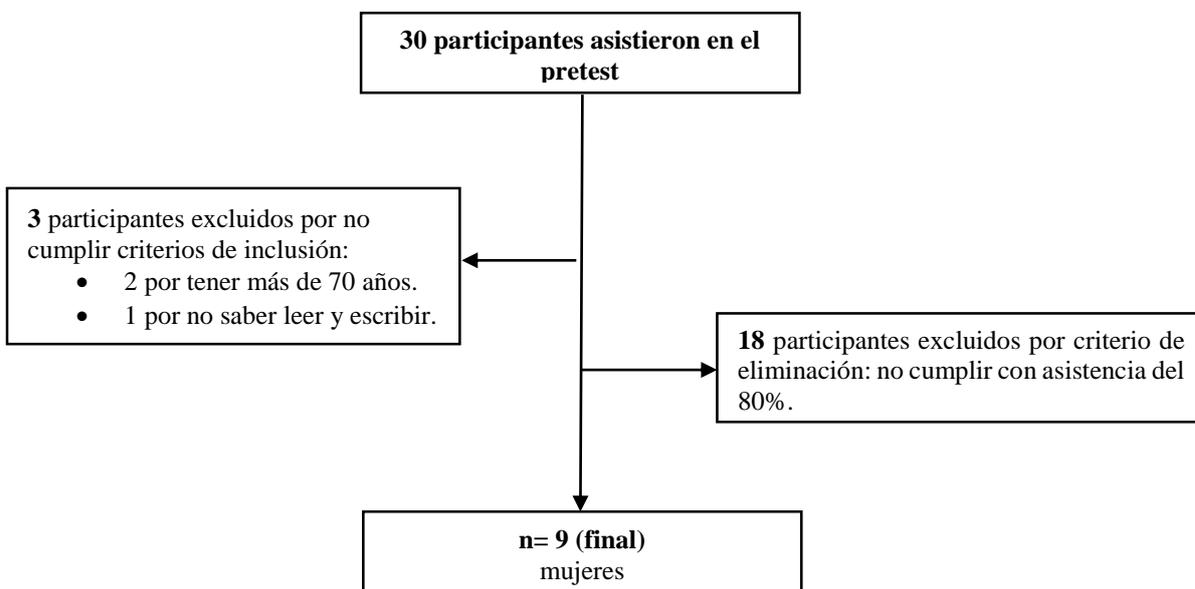


Figura 1. Diagrama de flujo de los participantes.

Con respecto a los datos sociodemográficos, participaron nueve mujeres con una media de edad de 47.6 años y una DE de 9.3. Las características de las participantes se muestran en la Tabla 3.

Tabla 3
Características sociodemográficas de las nueve participantes

Características	% válido
Estado Civil	
Casada	62.5
Soltera	37.5
Ocupación	
Ama de casa	50
Otro	25
Empleada	12.5
Comerciante	12.5
Diagnóstico	
Cáncer cervicouterino	22.2
Diverticulosis	22.2
Cáncer de recto	11.1
Cáncer renal	11.1
Colitis ulcerosa crónica	11.1
Oclusión y perforación del intestino	11.1
Tipo de estoma	
Colostomía	55.6
Ileostomía	44.4

Con lo que respecta a la calificación total obtenida en la escala se realizó la sumatoria de los 22 ítems que componen la prueba y la sumatoria se dividió entre el total de los ítems. Para los tres factores sólo se sumaron aquellos ítems que componen a cada uno y se dividió entre el total de estos, es decir, nueve ítems para el primer factor, nueve para el segundo y cuatro para el tercero. En la figura 2 se muestran los resultados pretest y postest de las nueve participantes.

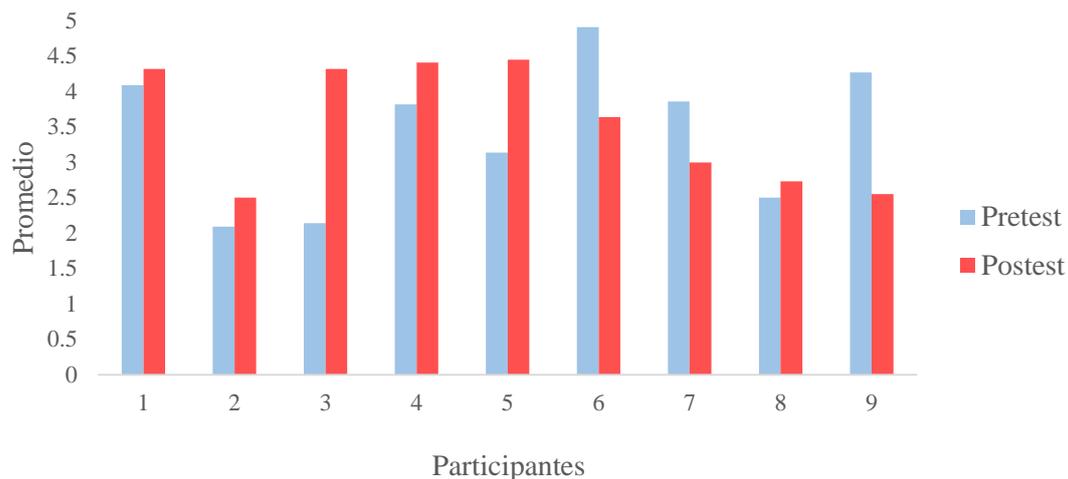


Figura 2. Promedio de la puntuación obtenida en la escala de Autoeficacia de la Estoma.

En la figura anterior se observa que seis (1, 2, 3, 4, 5 y 8) de las nueve participantes obtuvieron una puntuación mayor en la escala después de la intervención con respecto de las otras tres participantes (6, 7 y 9) que mostraron un nivel menor.

Los resultados por cada uno de los factores que componen la escala se presentan a continuación. La Figura 3 muestra que las participantes 1, 2, 3, 4 y 5 resultaron con una puntuación mayor después de la intervención en el factor 1 relacionado al funcionamiento social. Cuatro obtuvieron una puntuación menor después de la intervención.

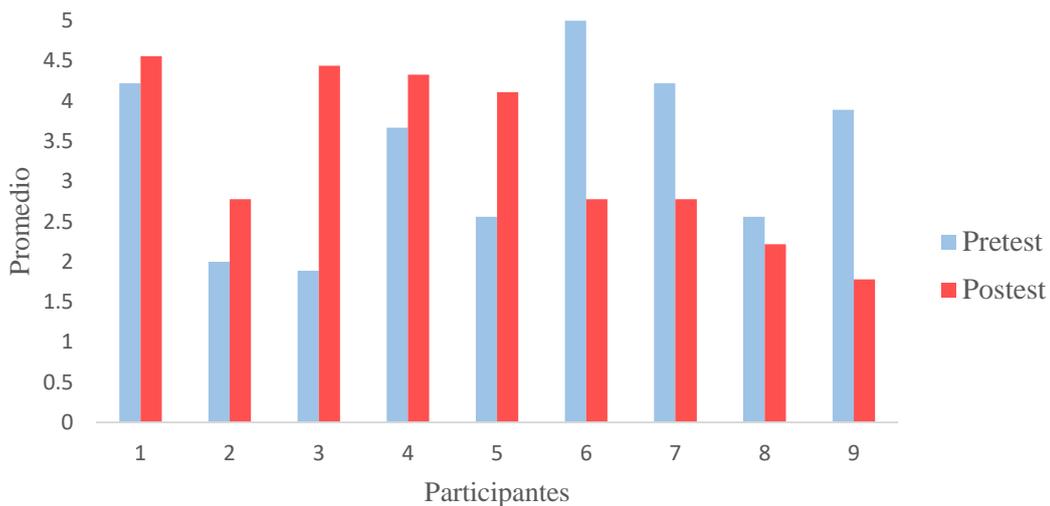


Figura 3. Promedio de la puntuación obtenida en el Factor 1 de la escala de Autoeficacia de la Estoma.

Con respecto al Factor 2, relacionado al cuidado de la estoma, se observa que seis participantes (1, 2, 3, 4, 5 y 8) tuvieron puntuaciones mayores después de la intervención (Ver Figura 4).

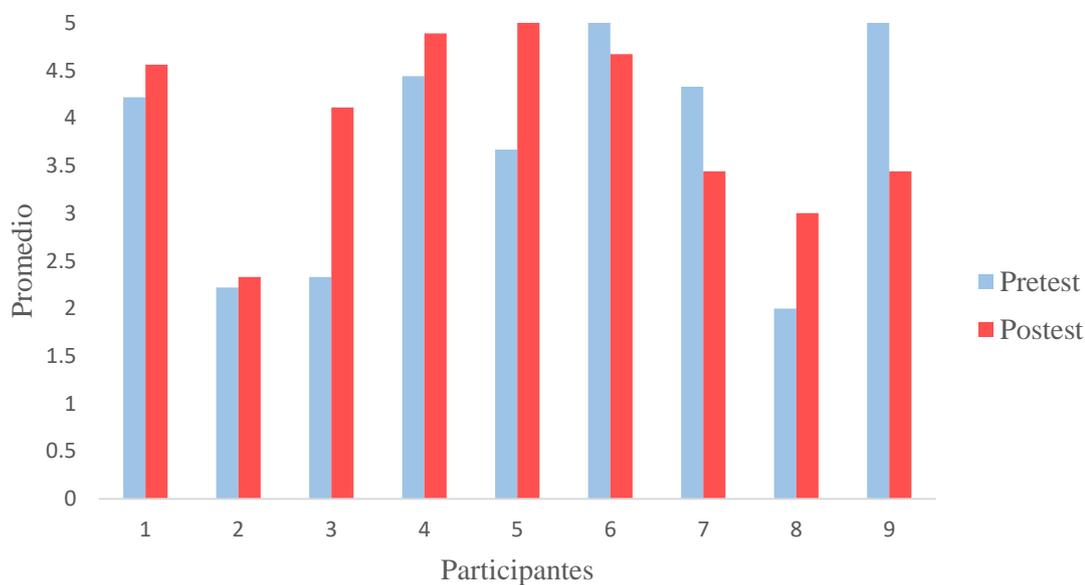


Figura 4. Promedio de la puntuación obtenida en el Factor 2 de la escala de Autoeficacia de la Estoma.

Por último, en el Factor 3 relacionado a las fugas de la bolsa recolectora y hablar con personas cercanas o no sobre la estoma, se muestra que las participantes 2, 3, 4, 5 y 7 presentaron puntuación mayor después de la intervención a diferencia de las cuatro participantes restantes en las que la puntuación es menor (Ver Figura 5).

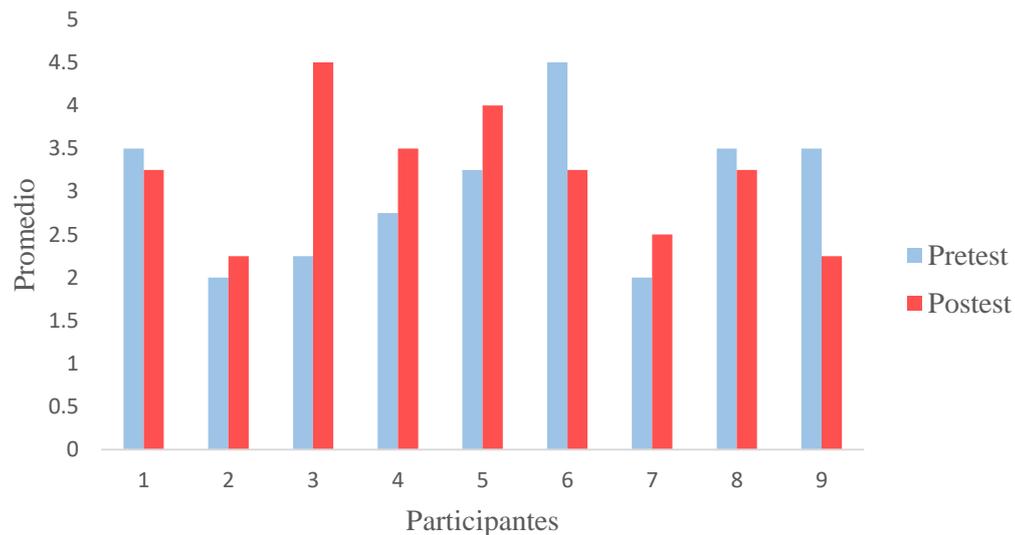


Figura 5. Promedio de la puntuación obtenida en el Factor 3 de la escala de Autoeficacia de la Estoma.

Para conocer si existieron diferencias estadísticamente significativas intragrupo entre las medidas de pretest y posttest los datos obtenidos se analizaron mediante una T de Wilcoxon para muestra relacionadas, se empleó dicha prueba no paramétrica debido a que la muestra es pequeña y no cumple la característica de una distribución normal.

El nivel de Autoeficacia de los participantes no fue estadísticamente significativo ($z = -.415$, $p > 0.05$) entre las mediciones efectuadas antes y después de implementar el programa de intervención cognitivo-conductual para mejorar la Autoeficacia (Ver Figura 6).

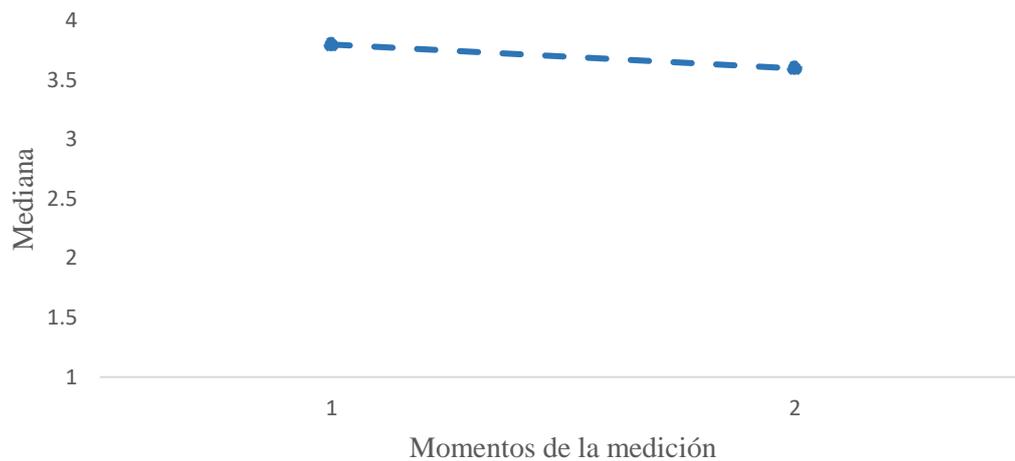


Figura 6. Comparación del nivel de Autoeficacia antes y después del programa de intervención cognitivo-conductual para personas portadoras de estoma.

Con respecto a los factores que componen a la escala se identificó que ninguno mostró diferencias estadísticamente significativas, Factor uno ($z = -.119$, $p > 0.05$), Factor dos ($z = -.889$, $p > 0.05$) y Factor tres ($z = -.417$, $p > 0.05$).

A continuación, se menciona lo que se obtuvo por observación clínica en el taller.

Desde el inicio del taller los asistentes mostraron interés en el mismo y se observó un incremento en las participaciones conforme avanzaban los módulos, principalmente en realizar más ejercicios de los contenidos en el manual. Con relación a las técnicas empleadas en cada módulo que compone el taller se describe los resultados observados por cada técnica psicológica:

Psicoeducación: Al inicio del módulo la mayoría de los asistentes era incapaz de explicar la razón por la cual le habían realizado la ostomía, sin embargo, una vez que se revisó y se explicó la información contenida en el manual relacionada al sistema digestivo, sobre qué es una ostomía y los tipos, lograron realizar preguntas más específicas sobre cuidados y aspectos de la estoma. Un dato importante a resaltar sobre la ostomía es la evidente inquietud que mostraron los asistentes con respecto al déficit de

información pre y post operatorio que presentan, debido a que el personal médico no les proporciona la información necesaria sobre el procedimiento quirúrgico a efectuarles y los cuidados posteriores al mismo. Donde se observó una participación más activa y que se enriqueció por las experiencias compartidas por algunos de los asistentes, fue en el apartado de la alimentación y los tipos de bolsas que existen, lograron identificar que hay alimentos que ocasionan que sean más propensos a tener evacuaciones constantes y gases, a probar los distintos tipos de bolsas para conocer con cuál sienten mayor comodidad y aprendieron nuevas estrategias para cuidar la estoma y acciones que tienen que evitar para no tener complicaciones con la misma.

Solución de problemas: En esta técnica los asistentes manifestaron que uno de los principales temores que tienen con la estoma es el salir, a realizar sus actividades diarias o interacciones sociales, debido a que temen que la bolsa recolectora se les caiga o se rompa, se llene, tengan complicaciones por una fuga, así como desprender mal olor o tener malestar estomacal a causa de algunos alimentos que coman y miedo a que se les note la bolsa bajo la ropa. Se observó la dificultad que tenían para definir un problema claramente, pero una vez que se realizaron los ejercicios identificaron y definieron mejor el problema. Al revisar todos los pasos que componen la técnica los asistentes decidieron elaborar un ejercicio entre todos, se hizo notorio que con la participación de todos en la lluvia de ideas se hizo una gran lista de alternativas de solución y personas que habían participado poco y mostraron dificultad para generar opciones de solución se les facilitó generar nuevas alternativas a partir de las mencionadas por los demás.

Respiración superficial: Con relación a esta técnica varios de los participantes la conocían y la habían practicado en ocasiones, sin embargo, se observó que tenían fallas en la ejecución y conforme se modeló y brindó retroalimentación en la ejecución se notaron mejorías en la misma, principalmente cambio en la postura y en el tiempo que

contaban para sostener la respiración, se aclaró que el tiempo es de acuerdo con la capacidad de retención de cada persona y que tuvieran presente que la técnica es para obtener relajación y no para generar el efecto contrario.

Autoinstrucciones: Esta técnica fue con la que más se identificaron los participantes debido a que reconocieron que ante la mayoría de las dificultades que se les han presentado se sienten incapaces de resolverlas y que las verbalizaciones o autoinstrucciones en su repertorio eran negativas. Al inicio las frases que generaban eran muy generales y con poca utilidad como “*Tú puedes*”, “*Échale ganas*”, no obstante, conforme se realizaron los ejercicios del manual y algunos participantes compartían sus respuestas, las verbalizaciones fueron más elaboradas y se observó un cambio en definir el problema e identificar el cómo lo tenía que hacer, ejemplo de las verbalizaciones mejoradas son “*Soy capaz de cambiarme sola la bolsa. Primero tengo que acercarme las cosas...*”. Se percibió que los participantes lograron identificar que la técnica es útil para emplear verbalizaciones que les faciliten la ejecución de una tarea específica y creer en su capacidad para hacerla.

Psicoeducación en comunicación asertiva y juego de roles: Con esta técnica se notó que los participantes generalmente empleaban una comunicación pasiva o agresiva en la interacción con sus familiares y amistades. Identificaron durante el juego de roles que su conducta no verbal es incongruente con su conducta verbal en situaciones en la que tenían que rechazar una invitación a comer ciertos alimentos, a la mayoría de los participantes les era difícil decir que no a algún platillo ante la insistencia de otros, misma situación los dirigía a rechazar invitaciones a reuniones de familiares o amistades. Mediante el juego de roles pusieron en práctica el tipo de comunicación asertiva y aprendieron distintas formas para decir que no.

De manera general, durante el desarrollo del taller los participantes mostraron una actitud cooperadora, la mayoría se mostraba atenta e interesada en los temas y ejercicios contenidos en el manual. Al finalizar se les pidió una retroalimentación del taller y las ponentes, la mayoría de los comentarios fue que les gustó mucho, les fue de mucha utilidad, aprendieron cosas diferentes y que las psicólogas fueron muy buenas explicando y dirigiendo el taller, solicitando más talleres y que se incluyera el tema de la sexualidad en las personas portadoras de estomas. Por último, expresaron la necesidad de contar con atención psicológica en la Clínica de Heridas y Estomas, ya que algunos pacientes llegan a presentar dificultades emocionales derivadas de la estoma.

1.7 Discusión y conclusión

El objetivo general de esta investigación fue evaluar el efecto de un programa de intervención cognitivo conductual en el nivel de autoeficacia reportado por las personas portadoras de estoma que asisten a la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México. Para dicho fin se desarrolló un programa de intervención cognitivo-conductual diseñado en formato taller en el que se emplearon cinco técnicas: psicoeducación, elementos de solución de problemas, respiración superficial, autoinstrucciones y elementos de comunicación asertiva. Se compararon las medidas pretest y posttest para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas. A continuación, se discuten los hallazgos encontrados.

La edad promedio de las participantes concuerda con el rango de edad reportado en otros estudios, así como el cáncer como diagnóstico predominante y la colostomía como el tipo de estoma más frecuente (Cruz et al., 2009; Huitzil & Molina, 2018). La muestra se conformó sólo por mujeres y de acuerdo con las características sociodemográficas reportadas la mayoría se dedican al hogar lo que pudo haber facilitado su asistencia al taller, ya que se requirió más de una sesión para participar en el protocolo.

La Autoeficacia reportada por la mayoría de las participantes antes de iniciar el taller fue baja, lo cual concuerda con lo que han reportado otros estudios (Cheng, Xu, Dai & Yang, 2012; Soad, Zeinab, Amal & Ahmed, 2014) en las que se ha medido la variable antes de la intervención. Dicha puntuación baja en la evaluación pre-intervención puede ser un indicador de que aún no se han adaptado a la estoma y se perciben incapaces de realizar actividades concernientes al cuidado y funcionamiento social. Sin embargo, un mayor número de las participantes después del taller indicaron un incremento en el nivel de autoeficacia, por lo que se puede inferir que hubo una mejoría en la variable de interés.

En cuanto al factor uno de la escala, relacionado al funcionamiento social, más de la mitad de las participantes mostraron un nivel mayor de autoeficacia después de la intervención lo que puede sugerir que el taller favoreció a que se sintieran más capaces de realizar labores del hogar, a usar la ropa que les gusta, hacer nuevas amistades, ir de compras, por mencionar algunos de los ítems que contiene el factor uno. Como mencionan varios autores (Charúa et al., 2011; Gómez, 2011; Neuman, Park, Fuzesi & Temple, 2012) la estoma al afectar la integridad corporal puede modificar la capacidad funcional y social de las personas, quienes se quejan de las dificultades relacionadas con las actividades diarias, la socialización y vestimenta; y el taller ayudo aumentar la autoeficacia en dicha área.

En el factor dos, concerniente a la autoeficacia en el cuidado de la estoma, la mayoría de las participantes obtuvieron una puntuación mayor después de la intervención, lo anterior puede sugerir que se percibieron más capaces de realizar actividades relacionadas con el cuidado, como la colocación de la bolsa, prevenir problemas de la piel y obstrucciones, cuidarla de forma correcta fuera de casa, entre otros. De acuerdo con Simmons, Smith, Bobb y Liles (2007) la autoeficacia en el cuidado de la estoma es la convicción que tienen los pacientes para realizar las tareas específicas relacionadas con

el mantenimiento de la estoma y parece que el taller benefició a los participantes en percibirse capaces de cuidar con éxito su estoma.

Respecto al factor tres que hace referencia a las fugas de la bolsa recolectora y hablar con personas cercanas o no sobre la estoma, un mayor número de las participantes mostraron un aumento en el nivel de autoeficacia después de la intervención, reflejando que las participantes se percibieron más capaces de colocar la bolsa antes de que haya fugas y prevenirlas, así como hablar con sus amistades u otras personas sobre la estoma, como afirma Gómez (2011) los pacientes portadores de estoma tienen que adaptarse a nuevos cambios, entre ellos está el enfrentar problemas con la bolsa recolectora, el mal ajuste de los dispositivos que provocan fugas y malos olores, suelen presentar comportamientos de evitación, relaciones deficientes con otros y miedo a la interacción social por no sentirse capaces de hablar sobre la estoma.

Una vez que se realizó el análisis estadístico (T de Wilcoxon para muestra relacionadas) para conocer la existencia de un cambio entre las mediciones efectuadas del nivel de autoeficacia antes y después del taller no se encontraron cambios estadísticamente significativos en la autoeficacia total, ni en ninguno de los factores que componen la escala; sin embargo, si hubo cambios de acuerdo a las puntuaciones obtenidas por la mayoría de las participantes y en la observación clínica.

Uno de los principales cambios observados clínicamente fue durante la técnica de solución de problemas, en la que los participantes externaron que su mayor preocupación es con relación a la bolsa recolectora, temor a que se les caiga, tengan fugas, desprender mal olor, que se les note bajo la ropa, entre otras, planteaban situaciones que involucraban los cuidados de la estoma donde se percibían incapaces de solucionar los problemas. Lo anterior es congruente con lo señalado por Bonill, Celdrán, Hueso, Morales, Rivas & Fernández (2014) que las principales estrategias que utilizan las personas portadoras de

estoma están dirigidas a actividades de autocuidado efectivo de la estoma. Y con la técnica aprendieron a identificar y definir mejor el problema y principalmente a generar el mayor número de alternativas de solución. La técnica les proporciona una herramienta que mejora su capacidad para hacer frente de manera efectiva los problemas (Nezu, Maguth & Salber, 2013), no solo los problemas que se presentan con la estoma si no para situaciones problemáticas de la vida diaria, en el ámbito familiar, laboral o social. Es una técnica que ha sido utilizada en otros programas de intervención con personas portadoras de estoma (Lim, Chan, Lai & He, 2014). Asimismo, la mejoría se observó en el aumento del nivel de autoeficacia en el factor relacionado a los cuidados de la estoma que mostraron la mayoría de las participantes después de la intervención.

Otra de las técnicas que favoreció a la autoeficacia de la estoma fue las autoinstrucciones, en la que se observó que los participantes identificaron que ante la mayoría de las dificultades se perciben incapaces de resolverlas y se dicen a sí mismos verbalizaciones internas negativas que hacen se sientan inseguros. Se notó que lograron identificar que la técnica es útil para cambiar las verbalizaciones internas por unas que les faciliten la consecución de una actividad. Es una técnica que incrementa su habilidad para realizar una determinada tarea, aumenta su sensación de control o capacidad de solucionar problemas (Labrador, 2008), asimismo, le ayuda a disminuir su percepción de incapacidad para realizar actividades que antes de portar la estoma realizaban sin dificultades. Se puede inferir que la técnica beneficio más a la autoeficacia de los cuidados de la estoma ya que los ejemplos de las verbalizaciones que proporcionaban los participantes estaban dirigidos a que lograran solos cambiarse la bolsa recolectora y realizar la higiene de la estoma.

Las intervenciones diseñadas por personal de enfermería (Cheng, Xu, Dai & Yang, 2012; Soad, Zeinab, Amal & Ahmed, 2014; Lim, Chan, Lai & He, 2014; Krouse et al.,

2016), ponderan el uso de intervenciones educativas o psicoeducativas como pilar fundamental en los programas para aumentar la autoeficacia en los pacientes portadores de estoma, lo anterior le brinda sustento el empleo de la técnica de psicoeducación en el taller. El utilizar la técnica permitió que los participantes se informaran sobre aspectos básicos de la ostomía, cuidado de la estoma y alimentación, con el objetivo principal de que comprendieran los temas y estimular en ellos conductas adecuadas a los mismos (Builes & Bedoya, 2006, como se citó en Becerra, 2013). Esto se vio reflejado cuando los participantes mostraron una participación activa y realizaban preguntas más específicas sobre los temas, compartían sus experiencias e información adicional que conocían.

Otro aspecto importante a señalar con relación a la técnica de psicoeducación es que la información que se le proporciona a la persona que será portadora de una estoma es crucial para mejorar su autoeficacia y de esta forma favorecer a una pronta aceptación y adaptación a la estoma. Durante el módulo uno se hizo evidente el malestar por parte de los asistentes respecto a que el personal de salud no les ofrece la información necesaria sobre la ostomía en el periodo pre y post quirúrgico, generando un déficit de información que a su vez ocasiona en el paciente angustia y miedo. Como argumentan Silva, Santos, Rosado, Galvao y Sonobe (2017) es recomendable que los profesionales de la salud inviertan en investigación sobre intervenciones dirigidas a atender las principales demandas psicológicas de los pacientes que serán portadores de una estoma en el período pre-operatorio, respetando su autonomía en las decisiones a tomar con respecto a su estado de salud y tratamientos, con el fin de promover una aceptación más satisfactoria de la nueva condición. Lo anterior cuando existe la posibilidad de programar con anticipación el procedimiento quirúrgico debido a que en ocasiones se tiene que realizar por urgencia porque está en riesgo la vida del paciente.

En general, se puede sugerir que las técnicas empleadas en el taller fueron satisfactorias y que resultan de utilidad para aumentar la autoeficacia en las personas portadoras de estoma, a pesar de que no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas al comparar las medidas pre y post intervención, se lograron cambios ante la observación clínica y en las puntuaciones que mostraron la mayoría de las participantes en la escala después del taller. Por todo lo anterior, se asume que el programa de intervención cognitivo-conductual resultó eficaz para mejorar la autoeficacia en personas portadoras de estoma.

Como apoyo práctico de esta investigación se tiene las siguientes aportaciones:

1. El diseño y validación del *Manual de cuidados y sugerencias para portadores de estoma* acorde a las necesidades de la población blanco. Dicho material permitió más acercamiento con los participantes, propicio una participación activa y la realización de los ejercicios reforzaba la explicación verbal de las psicólogas, a su vez la información contenida la tenían a la mano para consultarla cuando tuvieran dudas.
2. La utilización de la Escala de Autoeficacia de la Estoma, instrumento traducido y validado para población mexicana.
3. El diseño e implementación de una intervención cognitivo-conductual para personas portadoras de estoma, en formato taller, por parte de especialistas en atención psicológica, como lo es el Médico Conductual, ya que los programas que existen son realizados por personal de enfermería de instituciones de salud que solo se limitan a programas informativos o educativos para mejorar la autoeficacia.

También es importante mencionar las siguientes recomendaciones para que en futuras investigaciones similares o para replicar el taller se tengan en consideración:

1. Intentar obtener una muestra mayor a la del presente protocolo, si bien se contó en un inicio con un número considerable de participantes, la mayoría no cumplió con la asistencia mínima requerida para el taller, por lo anterior se sugiere disminuir el número de sesiones y la duración de las mismas, debido a que las sesiones fueron largas y de varios días lo que dificulta que las personas acudan a todas las sesiones. Considerando el tamaño de la muestra que compone este estudio, se tiene como limitante que los hallazgos no se pueden generalizar a una población mayor.
2. Se recomienda el empleo de otras técnicas de habilidades sociales para fortalecer más la autoeficacia de funcionamiento social, que les facilite la interacción social con otras personas, así como que puedan hablar sobre la estoma con familiares o amistades. Asimismo, incluir psicoeducación sobre actividades cotidianas, laborales, de ocio, ejercicio y deportes en las personas portadoras de estoma.
3. El obtener la muestra con los pacientes que acuden a las reuniones de la Clínica de Heridas y Estomas del Hospital Juárez de México nos permitió contar con pacientes de diferentes diagnósticos o causas por la cual se realizó la ostomía y no reducir los criterios de inclusión a sólo pacientes oncológicos favoreció a tener más de un participante, sin embargo, el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad que requirió la cirugía pueden ser factores que determinan los efectos psicológicos de la ostomía (Noda et al., 2001). Por ejemplo, que la ostomía sea temporal o permanente influye en la respuesta

emocional, así como el diagnóstico de cáncer, ya que los pacientes se enfrentan a desafíos debido a una gama de factores que incluyen la naturaleza mortal de la enfermedad y el impacto adicional de los tratamientos de quimioterapia o radioterapia, la reacción puede ser distinta en un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal.

4. Se sugiere que futuras investigaciones se centren en planificar, diseñar e implementar intervenciones psicológicas en el ambiente hospitalario que sea de utilidad en el periodo pre-operatorio, debido a que es un momento donde el paciente experimenta angustia y miedo, además de autoeficacia reducida, por lo que podría beneficiarse de una intervención que lo prepare a la ostomía. Lo anterior se sugiere debido a que se detecta como una necesidad observada en los participantes que externaron el malestar generado por desconocimiento del procedimiento quirúrgico que se les realizaría y la mayoría de los estudios se centran en intervenciones que favorecen la adaptación a la estoma después de la cirugía.
5. También se sugiere incluir otras variables que influyen en la adaptación a la ostomía y que se correlacionan con la autoeficacia: *el apoyo social percibido*, ya que si el paciente percibe apoyo por parte de la familia u otro apoyo significativo puede favorecer su autoeficacia. Durante el desarrollo del taller se observó que algunos participantes llevaron a sus familiares o cuidador primario, quienes también mostraron interés en los temas y participaron en algunos ejercicios o compartieron su experiencia como familiar de una persona portadora de estoma. Se podría considerar la inclusión de los cuidadores primarios para beneficiar aún más a los pacientes, quienes brindan un soporte indispensable recién realizada la ostomía.

6. Por último, se recomienda el empleo de la Escala de Autoeficacia de la Estoma unas semanas antes de la cirugía o una semana posterior a la misma, de tal forma que permita evaluar las áreas que se tienen que fortalecer, ya sea con respecto a los cuidados de la estoma o funcionamiento social, de preferencia que las personas que serán o son portadoras de una estoma no estén muy familiarizados con el procedimiento quirúrgico y las consecuencias.

En conclusión, la implementación de una intervención cognitivo-conductual, en modalidad taller, favorece la autoeficacia de las personas portadoras de estoma, principalmente relacionada a los cuidados de la estoma, contribuyendo a su adaptación. Este protocolo muestra el efecto de dicha intervención y toma relevancia al ser un intento de actuación psicológica por parte del Médico Conductual, siendo un parte aguas en esta área de estudio y futuras investigaciones.

Capítulo 2. Reporte de Experiencia Profesional

2.1 Medicina Conductual: Su aplicación, su relevancia internacional y nacional

El término de Medicina Conductual fue utilizado originalmente por Birk (1973, como se citó en Reynoso y Seligson, 2005) para manifestar la importancia de las técnicas conductuales, especialmente la biorretroalimentación (biofeedback) con el propósito de poder intervenir desde una perspectiva conductual en problemas como el asma, la epilepsia, dolor de cabeza tensional, migrañas y la enfermedad de Reynaud.

Sin embargo, es en 1977 que surge formalmente la Medicina Conductual, en la Conferencia de Medicina Conductual llevada a cabo en Yale y posteriormente en 1978 la Academia Nacional de Ciencias del Instituto de Medicina de los Estados Unidos reevalúa el concepto y presenta la siguiente definición:

“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).

De acuerdo con Rodríguez (2010) es a partir de entonces que el campo de la medicina conductual comenzó a crecer rápidamente, se publica en marzo de 1978 el primer número del Journal of Behavioral Medicine, así como la Revista Biofeedback and Self-Regulation, en donde se reportaban investigaciones sobre la aplicación de las técnicas y procedimientos basados en la medicina conductual a enfermedades tales como hipertensión arterial, dolor crónico, asma infantil, desordenes cardiovasculares, rehabilitación neuromuscular y cáncer.

Blanchard (1982, como se citó en Rodríguez, 2010) menciona tres acontecimientos que favorecieron el surgimiento de la medicina conductual en los años 70's: a) utilización de un conjunto de técnicas efectivas para modificar el comportamiento y que habían sido utilizadas con éxito en enfermos mentales, pero que comenzaban a ser aplicadas a pacientes con otros problemas de salud (obesidad, tabaquismo, adicciones, entre otros); b) el desarrollo del campo de la biorretroalimentación estaba demostrando que era posible efectuar cambios fisiológicos en funciones corporales, reguladas por el sistema nervioso autónomo, abriendo la posibilidad de realizar intervenciones terapéuticas efectivas para trastornos somáticos (migraña, hipertensión, cefaleas de tensión, úlceras y dolor crónico) y; c) se dirigió la atención hacia las dos principales causas de mortalidad en adultos, cáncer y enfermedades cardiovasculares, además de que se reconocía el papel importante que los cambios en el comportamiento jugaban en el tratamiento y prevención de esas enfermedades.

En resumen, la medicina conductual surge como una necesidad de atender multidisciplinariamente el campo de la salud, es entendida como el campo interdisciplinario que tiene como objetivo estudiar y modificar el comportamiento de las personas con problemas crónicos de salud que colabora con el equipo médico en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. En el siguiente apartado se mencionan brevemente algunos acontecimientos históricos que dieron origen de la Medicina Conductual en México.

2.1.1 Medicina Conductual en México

Rodríguez (2010) señala que, a través de trabajos e investigaciones, los expertos en medicina conductual en México han demostrado la importancia de diversos componentes psicológicos en las enfermedades, así como su interrelación con factores medioambientales. Asimismo, menciona que algunos acontecimientos que propiciaron el

desarrollo de la medicina conductual en México fueron: a) el inicio del análisis conductual a principios de los años 60's por Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Antonio Gago, Florente López y Serafín Mercado, impulsando un psicología científica basada en el análisis experimental de la conducta; b) la creación del Centro de Entrenamiento y Educación Especial en 1967 por Florente López y Francisco Barrera, que constituiría el primer centro de análisis de la conducta aplicada y; c) la destacada participación de B. F. Skinner en el Tercer Congreso Latinoamericano de Análisis de la Conducta.

Arroyo et al. (2014) proponen que la Medicina Conductual debe ser entendida como:

“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, supone un abordaje integral del paciente partiendo de la evidencia empírica que revela que la conducta puede generar enfermedades, así como, que las enfermedades modifican el comportamiento. Este campo se interesa de estudiar y modificar el comportamiento de la persona enferma en el contexto hospitalario; considerando sus creencias, sentimientos y pensamientos relacionados con la enfermedad, su curación, la participación de la familia, los médicos, los medicamentos, el hospital, la muerte, etcétera” (p. 217).

Actualmente, en México se realizan más investigaciones que estudian la relación de la cognición, la conducta y biología en la salud y la enfermedad, a su vez existen programas de formación profesional en medicina conductual como el Programa de Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. La Residencia en Medicina Conductual fue el primer programa que se integró al plan general de la Maestría en Psicología que se diseñó en 1998 y se aplicó por primera vez en 1999, que

implica fundamentalmente la solución de problemas bajo un enfoque cognitivo-conductual (Reynoso, Hernández, Bravo & Anguiano, 2011).

Una de las sedes participantes es la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, en esta entidad, se tiene como objetivo desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en Medicina Conductual con un enfoque cognitivo conductual y desde una perspectiva multidisciplinaria. El alumno se forma dentro de un contexto hospitalario en el que se inserta para desarrollar habilidades terapéuticas, intervenciones y aplicación de técnicas específicas para el tratamiento de los pacientes. Un elemento clave de la formación es la supervisión, que tiene como objetivo buscar que los alumnos alcancen los estándares máximos en términos de ofrecer una adecuada calidad de los servicios para los individuos y la comunidad.

De acuerdo con Reynoso (2014), actualmente el personal de los hospitales sedes de la residencia conoce en lo general el modelo de trabajo y el residente en medicina conductual es ya un personaje necesario en el contexto hospitalario. Los médicos de los distintos servicios y sedes consideran necesaria la participación del residente en las actividades diarias.

Considerando lo anterior, la labor del psicólogo especialista en medicina conductual, es parte fundamental en la atención multidisciplinaria del paciente con enfermedades crónico degenerativas, su objetivo es colaborar con el equipo de salud (médicos, enfermeras, trabajadores sociales) en la prevención de la enfermedad, adherencia al tratamiento, curación del paciente y mejorar la calidad de vida del mismo. El médico conductual se forma y desarrolla sus actividades en el contexto hospitalario, lugar donde pone en práctica las habilidades y conocimientos propios de la disciplina, y es a través de la práctica supervisada que adquieren, mejoran y fortalecen dichas

habilidades. A continuación, se describe una de las sedes en las que el especialista en medicina conductual realiza sus prácticas formativas, el Hospital Juárez de México.

2.2 Características de la Sede

El programa de residencia establece convenios con la Secretaría de Salud para que los residentes realicen sus prácticas profesionales en diferentes instituciones públicas del sector salud. Las actividades del residente en Medicina Conductual tuvieron como sede el Hospital Juárez de México (HJM), específicamente en el Servicio de Oncología, a continuación, se describe la historia, ubicación, estructura y servicios de la sede.

2.2.1 Historia

El HJM se fundó el 23 de agosto de 1847 en el edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo, destinado como Hospital de Sangre, durante la invasión norteamericana para atender a los heridos de guerra y es hasta el 19 de julio de 1872 que proponen se llame Hospital Juárez por el deceso del Benemérito de las Américas el Licenciado Benito Juárez García. A raíz del sismo de 1985, fue necesario reubicar las instalaciones debido a los daños sufridos por el sismo y el 19 de septiembre de 1989 surge el nuevo Hospital Juárez de México (Secretaría de Salud, 2014).

De acuerdo con Manrique (2014) el HJM es una de las instituciones de salud con mayor trascendencia en la historia del país, ha sido pionero en la práctica de cirugía y ha contemplado la formación de recursos humanos en el campo de las especialidades médicas, por lo que es considerado uno de los mejores hospitales escuela, así como la cuna de la cirugía en México.

2.2.2 Ubicación y Estructura

El Hospital Juárez de México se encuentra ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, C.P.

07760, Ciudad de México. Es un organismo público descentralizado, que proporciona servicios de salud particularmente en el campo de alta especialidad, considerado de tercer nivel de atención por su especialización y recursos tecnológicos. Tiene como misión ofrecer asistencia médico quirúrgica con calidad, seguridad, ética y humanismo; formar recursos humanos de excelencia y generar investigación científica alineada a las prioridades de salud nacional e internacional (Secretaría de Salud, 2016).

Actualmente el HJM cuenta con las siguientes instalaciones: 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. Actualmente tiene en operación 44 servicios médicos y 3 unidades clínicas, incluyendo el servicio de banco de ojos. Asimismo, la Dirección de Investigación y Enseñanza cuenta con 6 servicios (Secretaría de Salud, 2016).

2.2.3 Servicios

El HJM es una institución que brinda servicios de tercer nivel de atención, en la Tabla 4 se muestran las divisiones y servicios que lo componen.

Tabla 4
 Divisiones y servicios que ofrece el HJM

División	Servicios
División de Cirugía	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesiología • Angiología • Cirugía Cardiovascular • Cirugía General • Cirugía Maxilofacial • Cirugía Plástica y Reconstructiva • Endoscopía • Medicina Física y Rehabilitación • Neurocirugía • Oftalmología • Oncología • Ortopedia • Otorrinolaringología • Trasplantes • Urología
División de Medicina	<ul style="list-style-type: none"> • Alergia e Inmunología • Cardiología • Dermatología • Endocrinología • Gastroenterología • Geriátría • Hematología • Medicina Interna • Nefrología • Neumología • Neurología • Preconsulta • Psiquiatría • Reumatología • Salud Mental Comunitaria
División de Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía Pediátrica • Neonatología • Pediatría Médica • Urgencias Pediatría • Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica
División de Gineco-Obstetricia	<ul style="list-style-type: none"> • Biología de la Reproducción • Ginecología • Obstetricia
Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Anatomía Patológica • Banco de Sangre • Laboratorio Clínico • Medicina Nuclear • Neurofisiología Clínica • Radiología e Imagen
Dirección Médica	<ul style="list-style-type: none"> • Homeopatía • Toxicología • Unidad de Vigilancia Epidemiológica - Infectología

Son diversos los servicios de alta especialidad que ofrece el HJM, al ser clasificado como un hospital de tercer nivel de atención, y en algunos de ellos se encuentra presente el especialista en medicina conductual, como en el servicio de oncología y para fines del presente trabajo se centrara la atención en dicho servicio. En el siguiente apartado se describe la ubicación del residente en la sede.

2.3 Ubicación del Residente en Medicina Conductual dentro de la sede

2.3.1 Servicio de Oncología

El Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México pertenece a la División de Cirugía, se compone de cuatro clínicas acordes al tipo de cáncer, proporcionan atención a través de consulta externa y hospitalización, asimismo, brindan atención de quimioterapia, radioterapia, cuidados paliativos y urgencias oncológicas. Las clínicas son: cabeza y cuello, ginecología oncológica, mama y tumores mixtos. El organigrama del servicio se muestra en la Figura 7.

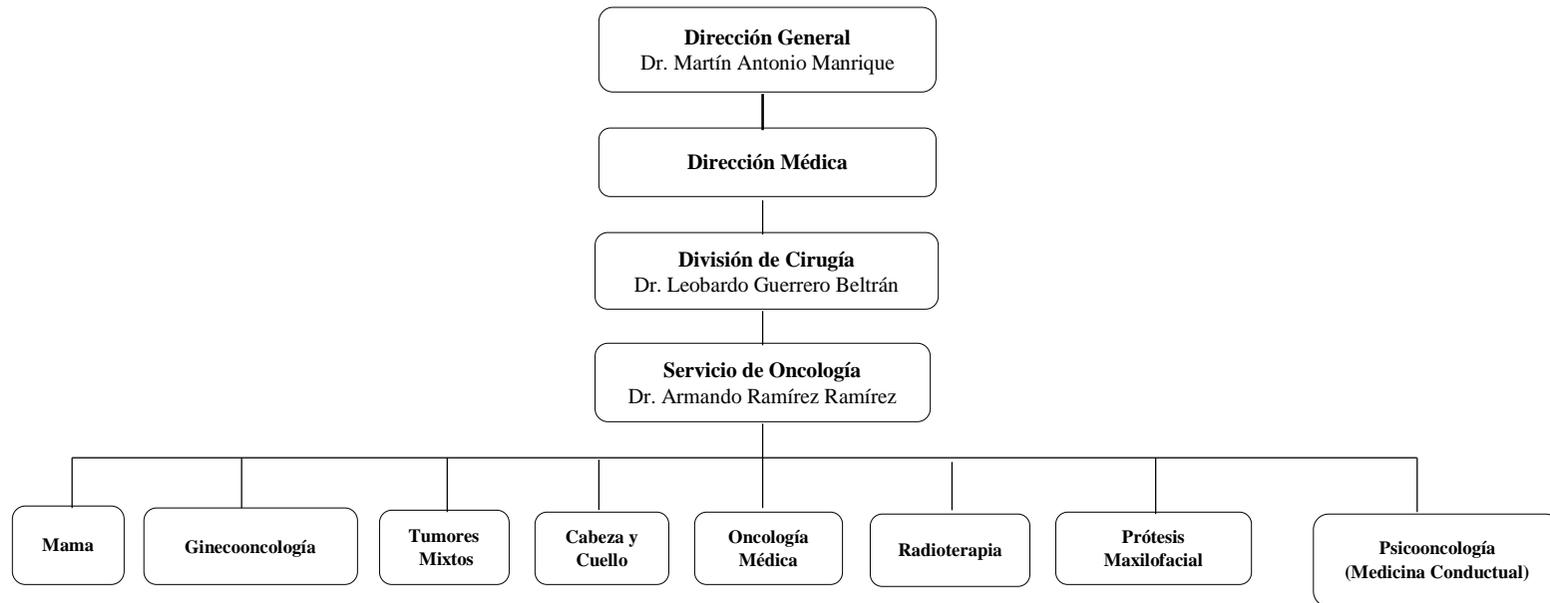


Figura 7. Organigrama del servicio de oncología del Hospital Juárez de México

Las clínicas están a cargo de un médico adscrito al hospital, a los cuales les asignan médicos residentes en formación, quienes rotan temporalmente por las distintas clínicas de acuerdo a la especialidad de la que provengan.

Los médicos adscritos desarrollan dos tipos de actividades, atención en consulta externa y procedimientos quirúrgicos. La consulta externa es una actividad que realizan de lunes a viernes en un horario aproximado de entre 9:00 am a 1:00 pm; los procedimientos quirúrgicos se realizan en un día asignado para cada clínica. Asimismo, el servicio de oncología cuenta con un área asignada para los pacientes que requieren de hospitalización, la cual se ubica en el ala norte del primer piso del edificio D. Cuenta con un total de 48 camas disponibles para el servicio, sin embargo, debido al alto número de pacientes que ingresan, en ocasiones ocupan camas de otros servicios ubicados en el cuarto piso del mismo edificio.

Las actividades que desempeñan los médicos residentes son similares a la de los adscritos, pero tienen a su cargo más responsabilidades aunado a sus actividades académicas de formación. En la Tabla 5 se muestra un listado de los médicos adscritos y las clínicas de las que están a cargo.

Tabla 5
Personal médico del Servicio de Oncología

Personal Médico	Especialidad	Áreas
Dr. Armando Ramírez Ramírez (Jefe de Servicio)	Cx. Oncólogo	Cabeza y Cuello
Dr. Francisco Varelas Rojano (subjefe del servicio)	Cx. Oncólogo	Gineco-onco
Dr. Xicotencatl Jiménez V.	Cx. Oncólogo	Gineco-onco
Dr. Omar Soto Becerril	Cx. Oncólogo	Cabeza y Cuello
Dr. Ziad Aboharp Hasan	Cx. Oncólogo	Tumores Mixtos
Dr. Erick Efraín Sosa Duran	Cx. Oncólogo	Tumores Mixtos
Dr. Jorge del Bosque Méndez	Otorrinolaringólogo	Cabeza y Cuello
Dr. Salomón Hernández B.	Cirujano	Urgencias/onco
Dra. Ángela Hernández Rubio	Cx. Oncólogo	Mama
Dra. Rebeca Gil Garcia	Onco/Radioterapia	Radioterapia
Dr. Gabriel Sánchez Marin	Onco/Radioterapia	Radioterapia

Dra. Cristina Alvarado Silva	Oncomédico	Quimioterapia
Dr. Otoniel López Rubiron	Oncomédico	Quimioterapia
Dra. Leticia Oliveros Herrera	Oncomédico	Quimioterapia
Dra. Karina Ramírez Márquez	Prótesis Maxilofacial	Cabeza y Cuello
Dra. Alma Delia Domínguez	Medicina del Dolor	Cuidados Paliativos

Como parte del servicio, se encuentra el Departamento de Psicooncología que está a cargo de los residentes de medicina conductual, en el que se brinda atención psicológica en cada una de las fases de la enfermedad: prediagnóstico, diagnóstico, tratamiento, fase libre de enfermedad, recaída y fase terminal. El servicio se encuentra supervisado por el Dr. Gallardo *in situ* y la Mtra. Cristina Bravo González como supervisora académica.

Las características de la población que atienden en el servicio son pacientes originarios y residentes de la Ciudad de México, Estado de México y otras entidades Federativas del País como Hidalgo, Puebla, Veracruz, entre otros, con nivel socioeconómico medio-bajo.

Los pacientes oncológicos atendidos en el HJM pasan por un proceso que va desde la fase diagnóstica hasta la fase de tratamiento y durante estas fases pueden presentar diversas respuestas psicológicas que interfieren en su adaptación a la enfermedad y la labor del psicólogo especialista en medicina conductual dentro del servicio es identificar comportamientos, cogniciones y respuestas fisiológicas que influyen en dicha adaptación. Por tal motivo, uno de los objetivos de la intervención psicológica es dotar al paciente de habilidades eficaces que le permitan afrontar de manera más adaptativa su condición médica. En el siguiente apartado se describen las actividades que desempeña el residente en medicina conductual dentro del servicio de oncología.

2.4 Actividades desarrolladas en la sede

2.4.1 Justificación

El cáncer es una de las principales enfermedades denominadas no transmisibles, que provoca cerca de ocho millones de muertes al año, lo que la convierte en la principal causa de muerte a nivel mundial (INEGI, 2016). Los cánceres que causan un mayor número anual de muertes son el cáncer de pulmón hígado, estómago, colon y mama (OMS, 2016).

Cruzado (2010) señala que el cáncer es una enfermedad con grandes costes personales y sociales, que somete a las personas afectadas y su familia a un gran número de sucesos estresantes asociados al diagnóstico y tratamiento. Por tanto, la experiencia de estar enfermo de cáncer representa un gran reto para los pacientes que son diagnosticados con este padecimiento, ya que se enfrentan a una gran cantidad de problemas psicosociales que afectan de manera significativa su calidad de vida (Becerra, 2014).

De acuerdo con Becerra (2014) el cáncer es una enfermedad que coloca al paciente ante situaciones complejas, las cuales producen pensamientos y emociones negativas que requieren de intervenciones psicológicas eficaces centradas en el aprendizaje y aplicación de estrategias de afrontamiento útiles para él y su familia.

Ante esta nueva situación de salud, el paciente debe generar conductas más adaptativas que le permitan enfrentarla de manera adecuada y es por esta razón que la intervención del residente en medicina conductual es fundamental para ayudar en el proceso de adaptación.

2.4.2 Evaluación inicial del servicio

Al incorporarme al servicio se encontró con funciones y actividades estructuradas y organizadas, a cargo de dos residentes de medicina conductual y coordinadas por una

Supervisora Académica, la Mtra. Cristina Bravo González. Las dos residentes se encargaron de la inducción a la totalidad de las actividades a realizar en el servicio, mostraron disposición para el trabajo en equipo y de enseñar a los nuevos residentes (cuatro) las actividades del servicio. Se dispone de un consultorio de Psicooncología, en adecuadas condiciones, en el cual se brinda atención psicológica a los pacientes de consulta externa. En general se observó que las actividades del servicio son diversas y están muy organizadas.

Respecto al personal médico, se observó que la mayoría de los médicos adscritos y residentes identificaban y conocían el trabajo de los residentes de medicina conductual, lo cual se hizo evidente porque solicitaban el apoyo psicológico para pacientes en los que identificaban alguna problemática psicológica que interviene en su tratamiento.

Con relación al trabajo que efectúa el residente en medicina conductual, se encontraron organizadas y establecidas las actividades que desempeñan cada uno de los seis residentes, que van desde el trabajo en conjunto hasta tareas individuales. En el siguiente apartado se describen las funciones que realiza el residente en medicina conductual en el servicio de oncología.

2.4.3 Actividades diarias

Las actividades diarias que realiza el residente de medicina conductual de primer y segundo año en el servicio de oncología se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6
Actividades del residente en medicina conductual en el servicio de oncología

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7:00	Clase de Oncología	Clase de Oncología	Clase de Oncología	Clase de Oncología	Clase de Oncología
7:30		Plática cada 15 días / Seminario TCC cada 15 días			
8:00	Pase de visita	Pase de visita	Sesión General HJM	Pase de visita	Pase de visita
9:00	Consulta externa	Consulta externa	Pase de visita (de acuerdo a 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

A continuación, se presenta una descripción más detallada de las actividades diarias del residente en medicina conductual. Como actividades asistenciales, entendidas como las tareas de atención psicológica a los pacientes, se tienen las siguientes:

-Realizar el pase de visita diario con el equipo multidisciplinario (jefe de servicio, médicos adscritos y residentes) con el objetivo de observar e identificar problemáticas psicológicas que requieran intervención en los pacientes hospitalizados.

-Brindar apoyo psicológico a pacientes en consulta externa conforme a la rotación en las clínicas del servicio: cabeza y cuello, mama, oncología médica, tumores mixtos, urgencias, ginecooncología y radioterapia; así como a las pequeñas clínicas (cuidados paliativos, catéteres y urgencias). Se atienden a los pacientes y familiares que requieran de atención psicológica.

-Brindar atención psicológica a pacientes hospitalizados: El residente de Medicina Conductual también proporciona asistencia psicológica a los pacientes hospitalizados, atiende necesidades psicológicas identificadas durante el pase de visita o por rutina del servicio o para dar continuidad a la labor realizada en consulta externa. El trabajo se caracteriza principalmente por realizar entrevista inicial e intervenciones cognitivo conductuales. Asimismo, se realizan las notas clínicas en el formato SOAP de los pacientes atendidos y se suben al expediente.

-Impartir pláticas psicoeducativas. Es una actividad que tiene como propósito brindar psicoeducación en temas relacionados con la enfermedad, tanto a pacientes como a familiares. El residente a cargo de la plática es quien prepara e imparte el tema y otro residente apoya con la invitación a pacientes y familiares, entrega el material a los asistentes y toma evidencias de la actividad. Se imparten quincenalmente los días martes.

-Interconsultas. Es una actividad asistencial en la que participan todos los residentes de Medicina Conductual que se encuentran en los distintos servicios de tiempo completo (Oncología, Medicina Interna, Geriatría, Hematología, Trasplante Renal y Clínica del Dolor). Consiste en atender las interconsultas o pases a consulta externa que sean solicitadas por otros servicios y brindar atención psicológica que implica realizar entrevistas e intervención cognitivo conductual. Si se valora que la problemática corresponde a un problema clínico no relacionado con la salud, el residente tiene que referir al paciente al servicio de Salud Mental del HJM.

-Participar en la inducción progresiva de los nuevos residentes (R1) a la sede y el servicio asignado. Es una actividad que solo se realiza en el tercer semestre de la residencia por parte de los residentes de primer grado que se lleva a cabo a través de un programa de actividades que contiene un calendario e indicaciones generales. Tiene como

finalidad que los nuevos residentes se puedan adaptar a las características y condiciones del contexto hospitalario, que incluye al personal de salud, pacientes y familiares. En la Tabla 7 se muestra las actividades relacionadas al periodo de inducción.

Tabla 7
Actividades correspondientes al periodo de inducción de los R1 y R2.

Sede servicio	Etapa	Actividades R1	Actividades R2
HJM Oncología Ambos días entrarán a clase con los médicos	2 ^a 7 a 10 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> • Observar actividades • Hacer y contestar preguntas 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir a clase • Asistir al pase de visita • Explicar de rutina del servicio • Mostrar instalaciones importantes del hospital y servicio Realizar entrevistas de 1^a vez • Realizar Notas clínicas • Asistir a la consulta externa
	3 ^a 7 a 11 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar necesidades de pacientes en hospitalización • Realizar entrevistas de primera vez con observación del R2 • Realizar nota SOAP (a mano) revisada y aprobada por R2 • Asistir a consulta externa con R2 correspondiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir a clase • Asistir al pase de visita • Instigar la identificación de casos problemas • Asignar pacientes para realización de entrevistas de 1^a vez, presenciar dicha entrevista • Retroalimentar ejecución al término de la entrevista • Supervisar realización de nota SOAP • Asistir a la consulta externa <ul style="list-style-type: none"> ○ El R1 será coterapeuta en esas sesiones.
	4 ^a 7 a 12 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar necesidades de pacientes en hospitalización • Realizar entrevistas de primera vez solos, se comentan al final con R2 • Realizar nota SOAP (a mano) revisada y aprobada por R2 • Seguimiento de pacientes de hospitalización (intervención planeada previamente con R2) 	<ul style="list-style-type: none"> • Asistir a clase • Asistir al pase de visita • Instigar la identificación de casos problemas • Asignar pacientes para realización de entrevistas de 1^a vez. • Monitorear y supervisar realización de entrevistas. • Supervisar realización de notas SOAP • Aprobar, planear y supervisar seguimiento de pacientes de hospitalización (implica revisar y corregir notas SOAP).

Posteriormente, en una segunda etapa el R1 se encuentra de tiempo completo en la sede hospitalaria y las actividades del R2 consisten en la revisión y asesoría en la elaboración de las notas clínicas en formato SOAP, para lo cual se trabaja mediante un rol para realizar dicha revisión.

2.4.4 Actividades académicas

-Médicas. Los días lunes, martes, jueves y viernes se asiste a clase con los médicos oncólogos, adscritos y residentes, en donde exponen temas relacionados a los padecimientos oncológicos. Asimismo, los días miércoles se asiste a la sesión general, que acude todo el personal de salud del hospital de 8:00 a 9:00 hrs., en la cual se abordan diversos temas médicos.

-Académicas. Los días martes de 8:00 a 9:00 hrs., mediante seminario, se discuten textos de terapia cognitivo conductual, con el objetivo de ayudar a la comprensión de algunas técnicas y procedimientos, así como su aplicación al contexto hospitalario. Los días miércoles de 10:30 a 11:30 hrs. se asiste a sesión de caso clínico con todos los residentes de medicina conductual, con el Dr. Gallardo, la supervisora académica Mtra. Cristina Bravo y demás integrantes del claustro de profesores de la residencia, en donde se discute sobre el diagnóstico, elaboración de historia clínica e intervención del caso clínico. En los Anexos 9, 10 y 11 se describen los tres casos clínicos que se presentaron durante la residencia.

-Actividades administrativas. Es necesario recabar la productividad conjunta de los residentes en el servicio, por lo que diariamente se llena un formato de registro del hospital al finalizar las actividades y se entrega a las secretarías del servicio de psiquiatría. Adicional al reporte diario, cada mes se entrega un reporte mensual de la productividad.

Existe un rol establecido para la elaboración y entrega de dicho reporte al personal administrativo del servicio de oncología y archivar el acuse correspondiente.

-*Supervisión in situ.* El supervisor in situ es el Dr. Gallardo, quien es el encargado de brindar asesoría al residente de medicina conductual en la sede y apoyar ante cualquier eventualidad. Los días viernes de 11:00 a 12:00 hrs. se tiene sesión bibliográfica con el Dr., en la que el residente expone un artículo científico y se discute las aplicaciones y aportaciones desde la terapia cognitivo conductual.

-*Supervisión académica.* Los días miércoles a las 11:30 hrs, se asiste a supervisión académica, en la que se realizan actividades encaminadas a la orientación de la dinámica del servicio. Presentación y discusión de casos complicados, sesión bibliográfica, presentación de avances del protocolo de investigación, así como los reportes de productividad y de experiencia profesional.

2.4.5 Otras actividades no programadas

Durante la residencia se realizaron actividades que no estaban contempladas en el programa de actividades, a continuación, se describen.

-Se participó en la interpretación y elaboración del reporte de resultados de dos pruebas psicológicas, el Cuestionario de Creencias de Personalidad (PBQ por sus siglas en inglés) y el Cuestionario Burnout de Maslach, aplicadas al personal adscrito y residentes del servicio de oncología.

-*Asistencia a Congresos.* Participación como autora con el trabajo “Adaptación y validación del Stoma Self-Efficacy Scale (SSES) para pacientes ostomizados” en el XXVII Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta, que se celebró del 24 al 27 de noviembre del 2017 en la Ciudad de Aguascalientes.

-Participé como *ponente* en la clase de Bioética, impartida a los residentes del servicio de oncología del HJM en el mes de agosto de 2017.

Como se puede observar son diversas las actividades que realiza el residente en medicina conductual dentro del servicio de oncología, de las cuales tiene que estar atento y mostrar un alto compromiso al realizarlas. En el siguiente apartado se presentan las estadísticas relacionadas con las actividades asistenciales, específicamente la atención psicológica brindada hasta junio del 2018.

2.5 Productividad de pacientes atendidos

Durante el periodo *del 09 de enero de 2017 al 22 de junio de 2018* se realizaron un total de 800 intervenciones psicológicas en los pacientes que acudían a las clínicas de consulta externa que componen el servicio de oncología, los pacientes de hospitalización e interconsultas (Ver Tabla 8).

Tabla 8
Intervenciones y pacientes atendidos

Total de intervenciones	Pacientes		Total
	Femenino	Masculino	
800	348	103	451

La cobertura de la atención psicológica en dicho periodo fue mayor a pacientes de primera vez. La Figura 8 muestra el porcentaje de atención psicológica.

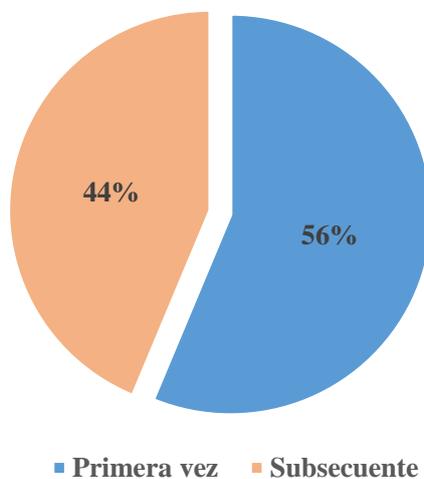


Figura 8. Porcentaje de atención psicológica en el servicio de oncología

En la atención psicológica, la predominancia del género femenino fue mayor que el género masculino. En la Figura 9 se muestra los porcentajes por género.

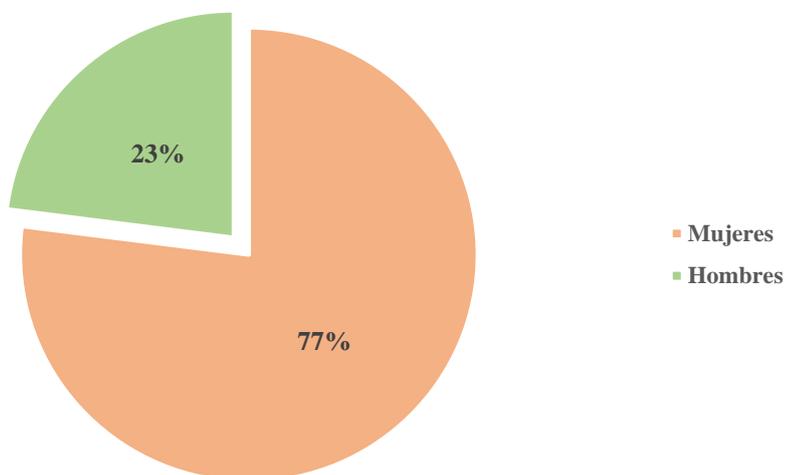


Figura 9. Porcentaje por género de la atención psicológica proporcionada

Con respecto al área de atención, el mayor número de pacientes atendidos fue de hospitalización (Ver Figura 10).

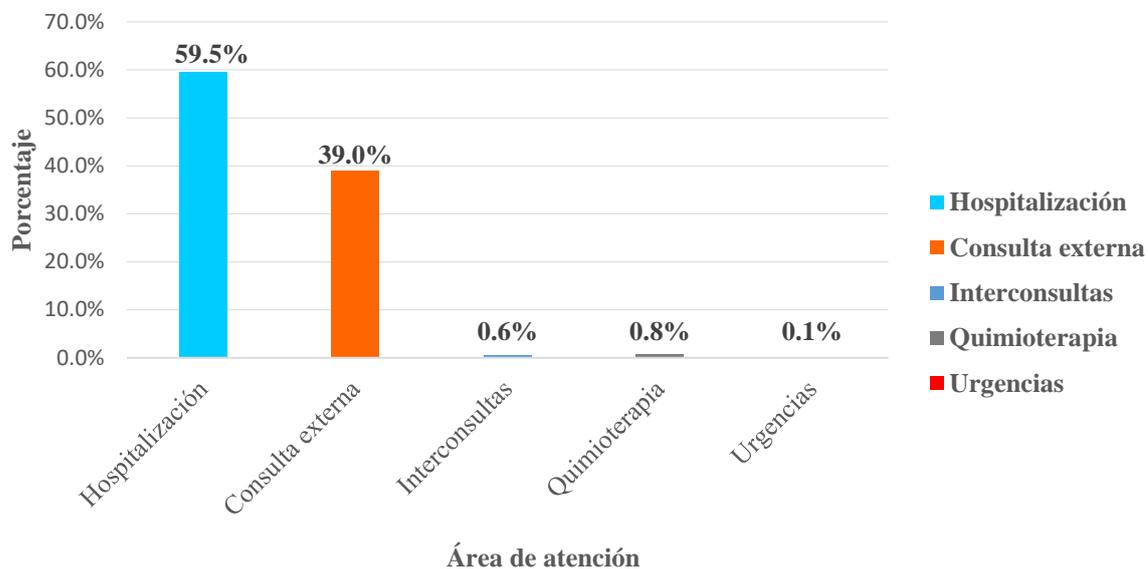


Figura 10. Porcentaje de pacientes atendidos por área de atención psicológica

La atención psicológica brindada en su modalidad individual fue el más frecuente, seguido de modalidad familiar y en menor número del modo individual y familiar (Ver Figura 11).

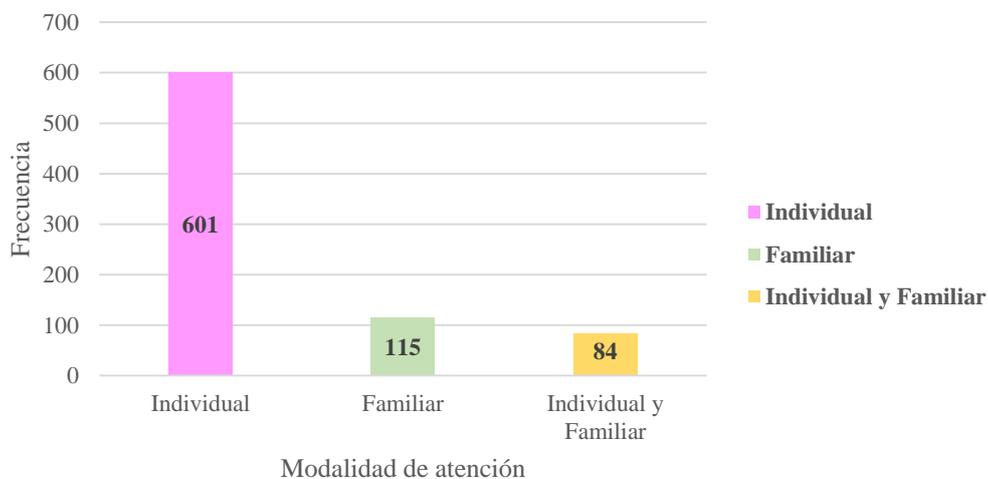


Figura 11. Frecuencia de la modalidad de atención psicológica

Con relación a la clase de atención psicológica, el mayor número de veces lo obtuvo la entrevista inicial, seguida de intervención y con menor número monitoreo, intervención en crisis y entrevista de detección de problemas (Ver Figura 12).

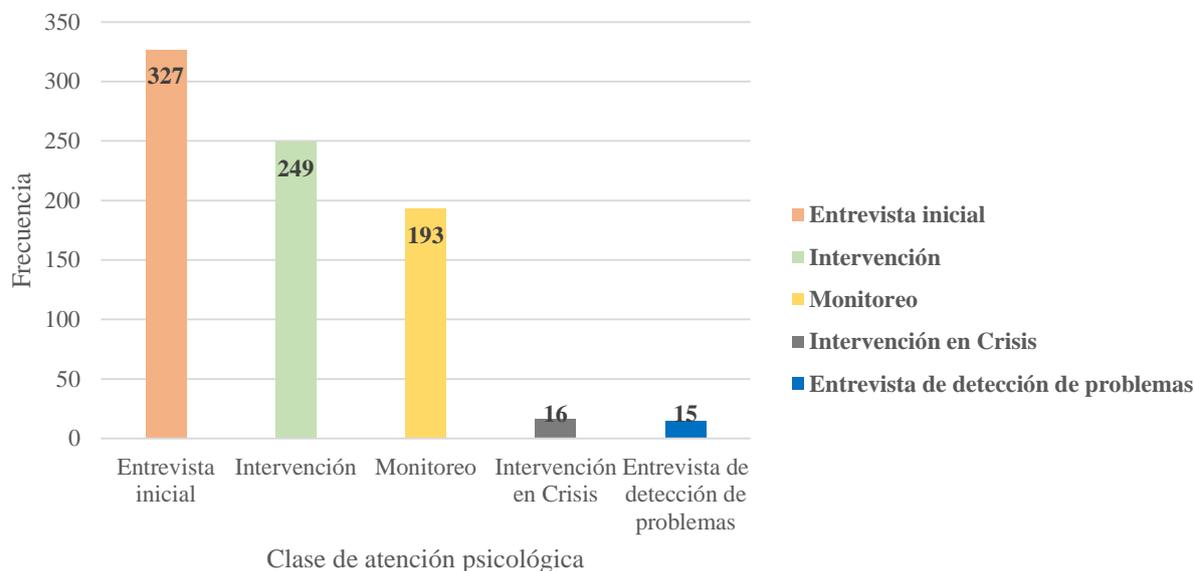


Figura 12. Frecuencia de la clase de atención psicológica

Con respecto al diagnóstico médico del total de pacientes atendidos, los de mayor incidencia fue el cáncer de mama y los que se encuentran “En estudio”, categoría que hace referencia a aquellos pacientes que fueron atendidos durante la fase de diagnóstico médico. La categoría correspondiente de “Otros” concentra aquellos padecimientos oncológicos que representan menos del 1% de la población atendida, otros diagnósticos médicos de las interconsultas (Ver Tabla 9).

Tabla 9
Diagnóstico médico de los pacientes atendidos de enero de 2017 a junio de 2018

Diagnóstico médico	N	%
Cáncer de mama	147	18.3
En estudio	105	13.1
Cáncer cervicouterino	77	9.6
Otros	75	9.3
Cáncer gástrico	52	6.5
Cáncer de recto	49	6.1
Cáncer de ovario	45	5.6
Cáncer de colon	30	3.7
Cáncer de endometrio	28	3.5
Cáncer de tiroides	26	3.2
Cáncer de testículo	24	3.0
Sarcomas de partes blandas	24	3.0
Benigno	14	1.7
Cáncer de próstata	13	1.6
Cáncer renal	13	1.6
Linfoma no Hodgkin	13	1.6
Sarcoma uterino	13	1.6
Cáncer de hígado	11	1.3
Linfoma de Hodgkin	11	1.3
Sin diagnóstico	11	1.3
Colangiocarcinoma	10	1.2
Cáncer de cavidad oral	9	1.1

Por otra parte, con relación a los problemas psicológicos que presentan los pacientes atendidos, el de mayor frecuencia fue sin trastorno psicológico aparente, seguido de sintomatología ansiosa y factor psicológico que afecta condición médica (Ver Tabla 10).

Tabla 10
Problemáticas psicológicas de los pacientes atendidos de enero de 2017 a junio de 2018

Diagnóstico psicológico	N	%
Sin trastorno psicológico aparente	279	34.9
Sintomatología ansiosa	243	30.4
Factor psicológico que afecta condición médica	86	10.8
Sintomatología depresiva	72	9.0
Reacción de estrés aguda	41	5.1
Diagnóstico Aplazado	33	4.1
No valorable debido a condición médica	15	1.9
Problemas conyugales	8	1.0
Sintomatología mixta	6	0.8
Problemas de relación (paterno-filial)	5	0.6
Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo	5	0.6
Incumplimiento terapéutico	3	0.4
Capacidad intelectual límite	2	0.3
Problemas de aculturación	2	0.3

Por último, se presenta en la Tabla 11 la frecuencia de las técnicas psicológicas empleadas en las diferentes áreas de atención, la mayormente empleada fue psicoeducación, seguida de información y establecimiento de componentes de relación.

Tabla 11
Técnicas y procedimientos de intervención psicológica utilizados

Técnica empleada	N	%
Psicoeducación	239	28.58
Información	226	22.04
Establecimiento de componentes de relación (incluye escucha activa)	193	18.82
Orientación	131	12.78
Solución de Problemas	72	7.02
Respiración Pasiva	47	4.58
Terapia cognitiva de Beck	24	2.34
Evaluación	21	2.04
Imaginería Guiada	18	1.75
Distracción cognitiva	13	1.26
Respiración diafragmática	9	0.87
Distracción instrumental	8	0.78
Terapia Racional-Emotiva	7	0.68
Activación conductual	7	0.68
Entrenamiento en habilidades asertivas	4	0.39
Entrenamiento en manejo de contingencias	3	0.29
Aproximaciones sucesivas a la ansiedad	2	0.19
Entrenamiento en habilidades sociales	1	0.09

2.6 Evaluación final

2.6.1 Servicio Asignado

Actualmente el servicio de oncología del HJM presenta una mejora importante y conveniente para la actuación del Residente de Medicina Conductual/Psicooncólogo, ya

que el jefe del servicio el Dr. Armando Ramírez Ramírez muestra aceptación y reconocimiento del trabajo cotidiano realizado por el equipo de psicología en el servicio. La incorporación del psicólogo en las actividades diarias se ve reflejada en la petición o solicitud de apoyo que realizan los médicos adscritos y residentes cuando identifican alguna dificultad emocional en el paciente. Asimismo, se obtuvo aceptación por parte del personal de enfermería quienes también solicitan el apoyo del psicólogo para los pacientes, principalmente en el área de quimioterapia ambulatoria, consulta externa y hospitalización. También se logró el trabajo colaborativo con el personal de trabajo social en consulta externa y hospitalización, en este último se establecieron excelentes componentes de relación con la Lic. T. S. Mayra Guadalupe Luna Luna quien al entrevistar a los familiares de los pacientes hospitalizados tenía conocimiento de algunas problemáticas emocionales e inmediatamente nos informaba al respecto, lo que permitió brindar una mejor atención y orientación en beneficio de los pacientes.

Otra área en la cual se tuvo una favorable aceptación e inclusión fue en Cuidados Paliativos a cargo de la Dra. Alma Delia Domínguez, quien al brindar pláticas sobre lo qué son los cuidados paliativos a los residentes médicos, manifestaba la importancia de la intervención psicológica en los pacientes en etapa terminal y lo indispensable de contar con un equipo multidisciplinario de salud. En lo personal, el brindar atención psicológica a pacientes al final de la vida fue una gran experiencia, de muchos aprendizajes, principalmente porque posibilitó identificar y atender las necesidades psicológicas de los familiares y pacientes en fase terminal de la enfermedad, asimismo, contribuir a que encontraran la tranquilidad necesaria.

Otro aspecto a considerar, que facilitó el adecuado funcionamiento del servicio de psicooncología, fue la organización y estructura de las funciones y actividades que desempeña el residente de medicina conductual en el servicio de oncología, lo que

permitió se satisficiera la demanda de atención del gran número de pacientes que acuden al HJM, tanto de consulta externa como de hospitalización. Se logró que las actividades permanecieran de forma organizada y estructurada, asimismo, se realizaron los ajustes necesarios a las mismas para mantener la coordinación con las actividades del personal médico. Otro elemento a considerar que favoreció el adecuado funcionamiento del servicio fue el ambiente de trabajo en equipo, colaboración y disposición que se dio entre los residentes de primer y segundo año. En lo personal en todo momento traté de generar ese ambiente y mostré disposición a enseñar y aprender de mis compañeros.

En conclusión, durante mi estancia en el servicio de oncología no se presentaron dificultades para poder desempeñar las diversas actividades y existían cambios que favorecieron la práctica del médico conductual.

2.6.2 Actividades diarias y académicas

El servicio de oncología es un escenario grande que permite la actuación del médico conductual en diversos espacios dentro del mismo. Con relación a las actividades asistenciales, en un inicio me generaron incertidumbre debido a que me percibía con poco dominio de las técnicas cognitivo conductuales que el paciente oncológico pudiera demandar y poder brindarle una atención adecuada que cubriera sus necesidades psicológicas; sin embargo, conforme avanzaba la inserción al servicio, los primeros contactos con los pacientes, junto con las actividades académicas en supervisión y un aprendizaje autodidacta enriquecieron el conocimiento y brindaron mayor seguridad para la práctica apropiada de las técnicas en beneficio de los pacientes.

El poder realizar el pase de visita con los médicos me permitió tener conocimiento de la condición de salud del paciente en hospitalización, asimismo, posibilitó la observación e identificación oportuna de problemáticas psicológicas que requerían de una

intervención, ya que los pacientes al escuchar el informe médico pueden manifestar ciertas reacciones emocionales, dudas e inquietudes sobre su condición de salud.

La presencia en consulta externa y en hospitalización fue muy enriquecedora debido a que permitió realizar diversas intervenciones dirigidas a: intervención en crisis posterior a la notificación de diagnóstico o comunicación de malas noticias como procedimientos médicos invasivos e inicio de tratamientos, detección de necesidades de atención psicológica en los pacientes y cuidadores, asimismo, acompañamiento terapéutico durante la consulta para promover la expresión de dudas y la programación de sesiones en el consultorio de psicooncología con aquellos pacientes que requerían de un proceso terapéutico debido a que presentaban mayores dificultades para adaptarse al proceso de la enfermedad. El proporcionar asistencia psicológica en hospitalización facilitó dar atención a pacientes en seguimiento desde la consulta externa.

De las actividades que son parte importante para la formación del Residente de Medicina Conductual corresponden a las académicas como lo fue las sesiones de seminario que consistieron en la revisión y discusión de textos referentes a las técnicas cognitivo conductuales y a las problemáticas psicológicas que más presentan los pacientes, entre residentes de segundo y cuarto semestre de la maestría, que permitió compartir opiniones y experiencias prácticas en el contexto hospitalario. También la revisión y discusión de artículos científicos entre los residentes de Medicina Conductual de otros servicios y el supervisor *in situ*, la cual tiene el objetivo de aportar conocimiento a los demás compañeros de la evidencia empírica existente sobre intervenciones cognitivo conductuales dependiendo del servicio al que pertenecen, si bien es una actividad donde se comparten opiniones, considero que puede estructurarse mejor para un mayor provecho.

La actividad, que desde mi punto de vista es la más relevante y significativa para el aprendizaje del residente de Medicina Conductual, es la presentación de casos clínicos. Tuve la oportunidad de presentar tres casos clínicos y fue muy beneficioso para mi aprendizaje. Es una actividad conveniente para conocer las diversas intervenciones que realizan los demás residentes de Medicina Conductual pertenecientes a los otros servicios, a través del análisis, discusión y retroalimentación da la oportunidad de mejorar las intervenciones e incrementar la experiencia práctica.

También puede obtener conocimiento médico al asistir a las clases con los médicos cirujanos oncólogos, adscritos y residentes, a través de sus exposiciones pude conocer sobre los distintos tipos de cáncer, incidencia, factores de riesgo y tratamientos. El comprender elementos básicos del cáncer me facilitó brindar una mejor psicoeducación y orientación sobre términos y procedimientos médicos a los pacientes, que se adecuaban a sus propias palabras.

2.6.3 Protocolo

Una de las habilidades esenciales en la formación del psicólogo son las relacionadas a la investigación, mismas que considero se fortalecieron al diseñar e implementar un protocolo de investigación en el campo de la salud. En un inicio no tenía claro el tema ni la población con la que deseaba trabajar, al ser la oncología un área poco conocida para mí, tenía una postura abierta para desarrollar una investigación que cubriera las necesidades de los pacientes oncológicos y es a través de una invitación que le hacen al equipo de Psicooncología/Medicina Conductual que acepto participar en un protocolo de investigación que tenía como objetivo conocer las variables sociodemográficas y psicológicas de los pacientes oncológicos o no, portadores de una estoma. El proyecto está dirigido por el Dr. Carlos Álvarez residente de 7° grado de Cirugía Oncológica y el Dr. Armando Ramírez Ramírez jefe del servicio de oncología.

Como primer paso me di a la tarea de buscar variables que se han estudiado en población con estoma de eliminación y fue como me interesé por la autoeficacia debido a que se ha considerado como un factor que influye en la adaptación a la estoma. Asimismo, tuve la oportunidad de conocer a la encargada de la Clínica de Heridas y Estomas del HJM, la E. T. E. Ana F. Cruz García, quien nos compartió algunas de las problemáticas que ha identificado que presentan los pacientes y fue cuando me convencí en diseñar un plan de intervención que beneficiara a este tipo de población y contribuir a la mejora de su calidad de vida y autoeficacia. Además, este proyecto me dio la oportunidad de trabajar en conjunto con mi compañera de servicio la residente Denisse Campos, cada una con su variable de interés, con la cual forme un excelente equipo y ambas trabajamos para el diseño y aplicación del taller en beneficio de los pacientes portadores de estoma.

2.6.4 Sistema de supervisión *in situ* y académica

-*In situ*. Principalmente se tuvo apoyo por parte del Dr. Gallardo en evaluación psiquiátrica y orientación respecto a ciertos trastornos psicológicos, y aportaciones con comentarios en los casos clínicos y en las sesiones de artículo. Sin embargo, el que el supervisor *in situ* no tenga la misma formación académica (psicólogo) no favorece del todo en la formación profesional del Médico Conductual, debido a que no permite proporcione una supervisión adecuada, en la que conozca sobre las problemáticas de los pacientes e intervención cognitivo conductual, de tal forma que auxilie ante dificultades de cómo abordar ciertas problemáticas psicológicas.

-*Académica*. A cargo de la Mtra. María Cristina Bravo González, que consistió en trabajar mediante un programa de actividades estructurado, lo que le facilitó la organización del servicio. Se caracterizó por ser muy oportuno y constante, y fue una pieza fundamental para la formación de los residentes de Medicina Conductual

pertenecientes al servicio de oncología. Dicha supervisión facilitó la adquisición de conocimientos, mediante la revisión de textos relacionados a las necesidades del servicio de oncología, también sobre técnicas cognitivo conductuales y otros temas que atendían nuestras necesidades para adquirir habilidades que mejoraran nuestro actuar como terapeutas. Asimismo, se discutían los casos considerados como “difíciles”, en donde se aportaban alternativas de abordaje y brindaba retroalimentación. Se mantuvo una comunicación y asesoría constante mediante el uso de plataformas electrónicas, se encontraba disponible a través de WhastApp ante cualquier problemática en el servicio. En lo personal fue satisfactoria y enriquecedora, me brindó muchos aprendizajes para mejorar en el ejercicio de la terapéutica. La supervisión evidenció un interés en el aprendizaje del médico conductual y preocupación por brindar una atención de calidad, adecuada a las necesidades psicológicas del paciente oncológico.

2.6.5 Competencias profesionales alcanzadas

La formación recibida en la residencia en Medicina Conductual me permitió conocer un campo más de acción del psicólogo, es decir aplicada a la salud y bajo un modelo cognitivo conductual. A continuación, se enumeran las habilidades alcanzadas durante mi estancia en la residencia:

1. *Realizar una evaluación mediante un modelo conductual.* A mi ingreso carecía de conocimiento sobre la evaluación conductual (análisis funcional de la conducta). Así como conocimiento sobre otros modelos teóricos explicativos de los problemas psicológicos.
2. *Detectar problemas y necesidades psicológicas en el paciente oncológico.* Fue muy enriquecedor trabajar con esta población y poder contribuir a su adaptación a la enfermedad o brindarles sencillas herramientas para su afrontamiento.

3. *Mejore algunos comportamientos que propician una adecuada relación terapeuta-paciente.*
4. *Un incremento en el conocimiento y dominio de las técnicas cognitivo conductuales.* Dada las características de la población que se atendía en el servicio de oncología, en ocasiones uno se ve en la necesidad de adaptar las técnicas al tipo de población, también por el tiempo que se tenía para intervenir y las características del ambiente hospitalario y esto repercutiera en no cumplir con el objetivo de la técnica. Realizar la adaptación no perdiendo de vista el fundamento teórico de la técnica.
5. *Adequar la intervención a las necesidades del paciente.* Es decir, me siento capaz de mejorar el plan de intervención.
6. *Elaboración de material psicoeducativo.* Material que se ajuste a las necesidades de información de la población de interés.
7. *Desarrollar y aplicar un protocolo de investigación en el ambiente hospitalario.*
8. *Relacionarme y colaborar con el personal de salud.*

En conclusión, la formación que recibí por parte de la residencia de Medicina Conductual, dentro del servicio de oncología, principalmente por parte de la supervisión académica, me permitió adquirir conocimientos que fortalecieron y enriquecieron las habilidades y destrezas que se requieren en el trabajo frente al paciente y aprender sobre la práctica clínica en el ambiente hospitalario. Así como mejorar las capacidades y competencias profesionales para la evaluación, diagnóstico e intervención de problemas en personas con enfermedades crónico degenerativas.

2.7 Conclusiones y sugerencias

El haber sido alumna de la residencia en Medicina Conductual fue muy gratificante y más aún realizar la residencia en el servicio de Oncología, por la formación

profesional y personal que obtuve a través de ella. A lo largo de este documento se mencionaron las diversas actividades que realiza el residente y se puede notar que son muy diversas y que en ocasiones resultan tener cierto grado de dificultad debido a las características de la población, aunado a la dificultad que tiene el atender las problemáticas psicológicas en el paciente oncológico, que demandaba un mejoramiento de las habilidades y adquisición de nuevos conocimientos para dar solución a las mismas y brindar una atención oportuna y de calidad.

La residencia me permitió aprender más sobre la práctica clínica en el ambiente hospitalario, mejorar mis habilidades terapéuticas e investigación, de análisis y evaluación, adquirir nuevos conocimientos con respecto al abordaje bajo el modelo cognitivo conductual y aplicar las diferentes técnicas de intervención. El servicio de Oncología es un contexto de aprendizaje constante en el que intervienen como fuentes del mismo el personal de salud y los pacientes, estos últimos fueron parte fundamental para que mi formación profesional se completara. A su vez, el aprendizaje obtenido de la supervisión y profesorado (talleres) de la residencia fueron parte esencial en mi desarrollo académico proporcionando las habilidades necesarias para enfrentarme a la práctica clínica en el ambiente hospitalario, cumpliendo con su misión de formar especialistas en escenarios aplicados.

Si bien se recibió una apropiada formación profesional por parte de la residencia de Medicina Conductual, existen áreas de oportunidad a mejorar que le permitan aumentar su calidad en desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional, se sugieren las siguientes:

-Enriquecer la supervisión *in situ*, debido a que la residencia está definida por la práctica profesional supervisada en un escenario donde se realiza el actuar del Médico

Conductual, tiene que tener una relación más estrecha con las actividades diarias del residente y principalmente brindar un mayor soporte teórico y práctico ante situaciones consideradas “difíciles”. Considerando que es a través de la práctica supervisada que el residente adquiere y fortalece las habilidades necesarias para su ejercicio profesional.

-Mejorar la primera etapa de formación, específicamente en los talleres sobre técnicas de intervención, considero que como parte del entrenamiento del residente se emplee el “modelado” de las técnicas por parte del profesorado experto, de tal forma que permita por medio de la observación e imitación del comportamiento aprender las habilidades que no tengamos en nuestro repertorio.

Referencias

- Arroyo, C., Becerra, A. Fuentes, F., Lugo, I., Pérez, B., Reséndiz, A., Rivera G., Rivera L. & Reynoso, L. (2014). *El análisis conductual aplicado: casos clínicos en medicina conductual*. En L. Sánchez-Carrasco & J. Nieto (Eds.), *Tendencias actuales en aprendizaje y memoria: Memorias de la 1ª reunión satélite de aprendizaje y memoria* (pp.214-255). México: Facultad de psicología, UNAM.
- Bados, A. & García, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%
c3%b3n.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%c3%b3n.pdf)
- Bados, A. & García, E. (2014). *Resolución de Problemas*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Recuperado de [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%
c3%b3n%20problemas.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54764/1/Resoluci%
c3%b3n%20problemas.pdf)
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Medien Psychology*, 2, 23-43.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Becerra, A. L. (2013). *Manejo de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con cáncer torácico*. Reporte de experiencia profesional. UNAM.
- Becerra, A. L. (2014). Medicina Conductual aplicada en pacientes oncológicos. En L. Reynoso & A. L. Becerra (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 313-332). México:Quartuppi.
- Bekkers, M. J. T. M., Van Knippenberg, F. C. E., Van Den Borne, H. W. & Van Berge-Henegouwen, G. P. (1996). Prospective Evaluation of Psychosocial Adaptation to Stoma Surgery: The Role of Self-Efficacy. *Psychosomatic Medicine*, 58(2),183-191.
- Benassini, F. (2002). *Trastornos de la atención: origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo*. México: Trillas.
- Campos, G. K. D. (2019). *Calidad de vida en pacientes ostomizados: taller de intervención*. Tesis maestría. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

- Carrasco, S. (2017). *Cáncer en México: estadísticas y panorama actual*. sumedico.com. Recuperado de <https://sumedico.com/cancer-mexico-estadisticas-panorama-actual-2017/>
- Centro de Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC) (2013). *Guía de Práctica Clínica. Tratamiento médico-nutricional del paciente con estomas de eliminación de tubo digestivo*. Recuperado de http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/imss_646_13_txmedicoynutric_estomasdeeliminacion/imss_646_13_txmedicoynutric_estomasdeeliminacionger.pdf
- Charúa, L., Benavides, C. J., Villanueva, J. A., Jiménez, B., Abdo, J. M. & Hernández, E. (2011). Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cirugía y Cirujanos*, 79(2), 149-155.
- Cheng, F., Xu, Q., Dai, X. & Yang L. (2012). Evaluation of the Expert Patient Program in a Chinese Population with Permanent Colostomy. *Cancer Nursing*, 35(1), 27-33.
- Clínica de Heridas y Estomas (octubre 2016). *Info Digital. Boletín Informativo HRAE Ixtapaluca*, 50. Recuperado de <http://hraei.gob.mx/infodigital/documentos/boletin%202016/octubre2016.pdf>
- Collado, E. J. (2014). Autocuidados y calidad de vida en pacientes enterostomizados. Tesis Doctoral. Universidad Cardenal Herrera. Valencia
- Cooper, G. & Hausman, R. (2007). *La célula*. Madrid: Marbán.
- Cruz, O., Cano, M. A., Pat, L., Sánchez, M. P., Espinosa, J. M., Rivas, J. G. & Hernández, S. (2009). Epidemiología de ostomías de eliminación en diferentes unidades de salud del Distrito Federal. *Revista CONAMED*, 15-19.
- Cruzado, J. A. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. España: Editorial Síntesis.
- De la Garza, J. G. & Juárez, P. (2014). *El cáncer*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Faury, S., Koleck, M., Foucaud J., M'Bailara, K. & Quintard, B. (2017). Patient education interventions for colorectal cancer patients with stoma: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.034>

- Flores, A. (2016). *Efecto de una intervención cognitivo-conductual en la autoeficacia, adherencia terapéutica y calidad de vida de niños y adolescentes con cáncer*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología, UNAM.
- González, Q. H. & Bahena, J. A. (2010). Cáncer de colon. *Revista de Gastroenterología de México*. 1(75), 65-68.
- Huitzil, N. L. & Molina, L. (2018). Características de pacientes ostomizados de una clínica de heridas y ostomías en Ciudad de México. *Revista Mexicana de Enfermería*, 6, 55-60.
- Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) (2017a). *Infografía de Cáncer de Colon y Recto*. Recuperado de <http://www.infocancer.org.mx/infografa-cncer-colon-y-recto-con975i0.html>
- Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) (2017b). *Acerca del cáncer*. Recuperado de <http://www.infocancer.org.mx/acerca-del-cncer-con2i0.html>
- Instituto Nacional de Cancerología (INCAN) (2017c). *Tratamientos*. Recuperado de <http://www.infocancer.org.mx/tratamientos-con454i0.html>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2016). *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el cáncer (4 de febrero)*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/cancer2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2018). *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el cáncer (4 de febrero)*. Recuperado de http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_Nal.pdf
- Krouse et al. (2016). A Chronic Care Ostomy Self-Management Program for Cancer Survivors. *Psychooncology*, 25(5), 574-581. doi: 10.1002/pon.4078.
- Juárez, F., López, J. & Salinas, V. (2014). *Apuntes para la investigación en salud*. México: UNAM.
- Labrador, F. J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lim, S. H., Chan, S. W. C., Lai, J. H. & He, H. G. (2014). 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*, 1-14. doi: 10.1111/jan.12595

- Maddux, J. (1995). *Self-efficacy, Adaptation, and Adjustment. Theory, research, and application*. New York: Plenum Press.
- Manrique, M A. (2014). Una mirada a la investigación del Hospital Juárez de México. *Cirugía y Cirujanos*, 82, 1-2. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66230723001>
- Marventano et al. (2013). Health related quality of life in colorectal cancer patients: state of the art. *BMC Surgery*, 13(2), S15. doi: 10.1186/1471-2482-13-S2-S15
- Medrano, L (2015). *Autoeficacia y Adherencia Terapéutica en Pacientes con Diabetes Tipo Dos. Una propuesta de intervención*. Tesina. Facultad de Psicología, UNAM.
- Muñoz, P R. & Pilamunga, G. F. (2014). *Calidad de vida de los pacientes ostomizados, egresados del servicio de cirugía del Hospital Provincial General Docente de Riobamba y su relación con la atención de enfermería en el periodo de enero a junio del 2013*. Tesina. Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería, Universidad Nacional de Chimborazo.
- Neuman, H. B., Park, J., Fuzesi, S. & Temple, L.K. (2012). Rectal cancer patients quality of life with a temporary stoma: shifting perspectives. *Diseases of the Colon & Rectum*, 55(11), 1117-1124. doi: 10.1097/dcr.0b013e3182686213
- Nezu, A., Maguth, C. & Salber, K. (2013). Problem-Solving Therapy for Cancer Patients. *Psicooncología*, 10(2-3), 217-231.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Datos y cifras sobre el cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/about/facts/es/>
- Richbourg, L. Thorpe, J. M. & Rapp, C. G. (2007). Difficulties Experienced by the Ostomates After Hospital Discharge. *Journal Wound Ostomy & Continence Nursing*, 34(1): 70-79.
- Reyes Lagunes, I. L., & García y Barragán, L. F. (2008). Procedimiento de Validación Psicométrica Culturalmente Relevante: Un ejemplo. En S. Rivera Aragón, R. Díaz Loving, R. Sánchez Aragón & I. Reyes Lagunes (Eds). *La Psicología Social en México, Vol. XXI* (pp. 625-636). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.

- Reynoso, L., Hernández, M. E., Bravo, M. C. & Anguiano, S. A. (2011). Panorama de la Residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49.
- Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En A. L. Becerra y L. Reynoso & (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 11-26). México:Quartuppi.
- Reynoso, N. & Torres, J. A. (2017). Epidemiología del cáncer en México: carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 8(1), 9-15.
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12.
- 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>
- Silva, N.M., Santos, M. A., Rosado, S. R., Galvao, C. M. & Sonobe, H.M. (2017). Psychological aspects of patients with intestinal stoma: integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, 1-11. doi: 10.1590/1518-8345.2231.2950
- Simmons, K.L., Smith, J. A., Bobb, K. A. & Liles, L. L. M. (2007). Adjustment to Colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing* 60(6), 627–635. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04446.x
- Simmons, K. L., Smith, J. A. & Maekawa, A. (2009). Development and Psychometric Evaluation of the Ostomy Adjustment Inventory-23. *Journal Wound Ostomy & Continence Nursing*, 36(1), 69-76.
- Schwarzer, R. (1992). *Self-Efficacy: Thought Control of Action*. USA: Taylor & Francis Freie. University Berlin.
- Schwartz, G. & Weiss, S. (1978). Behavioral Medicine Revisited: An Amended Definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(3), 249-250.
- Soad M., Zeinab H. A., Amal S. M. & Ahmed A. (2014). Outcomes of Educational Guidelines on Awareness and Self-Efficacy among Patients with Permanent Colostomy. *New York Science Journal*, 7(3):25-32.
- Su, X., Qin, F., Zhen, L., Ye, X., Kuang, Y., Zhu, M., Yin, X. & Wang, H. (2016). *Self-efficacy and Associated Factors in Patients with Temporary Ostomies*. *Journal of*

- Wound Ostomy Continence Nursing*, 43(6), 623-629.
doi:10.1097/won.0000000000000274
- Vironen, H., Kairaluoma, M., Aalo A. M., & Kellokumpu I. H. (2006). Impact of functional results on quality of life after rectal cancer surgery. *Diseases of the Colon & Rectum*, 49(5), 568-578.
- Von-Klaassen, S., De Vocht, H., Den Ouden, M., Hans, E. & Schuurmans, M. J. (2015). 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. DOI: 10.1007/s11136-015-1050-3
- Wu, H. K., Chau, J. P. & Twinn, S. (2007). Self-efficacy and Quality of Life Among Stoma Patients in Hong Kong. *Cancer Nursing*, 30(3), 186-193.
- Zárate, Y. (2011). *Mitos y verdades sobre el cáncer*. El Faro. La luz de la ciencia. Recuperado de http://elfaro.cic.unam.mx/wp-content/uploads/2018/03/elfaro_125.pdf
- Zhang, J., Kam, F., Zheng, M., Hu, A. & Zhang, H. (2015). Psychometric Evaluation of the Ostomy Adjustment Scale in Chinese Cancer Patients with Colostomies. *Cancer Nursing*, 38(5), 395-405. doi: 10.1097/NCC.0000000000000213

Anexos

Escala de Autoeficacia del Estoma

Anexo 1

MARQUE con una X el recuadro con el que IDENTIFIQUE SU situación. (Solo una respuesta).

Qué tan seguro está de que usted puede:

1.- Colocar la bolsa de recolección antes de que haya fugas.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

2.- Prevenir que tenga fugas (dejar de lado defectos de fabricación).

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

3.- Cuidar el estoma de forma correcta en casa.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

4.- Prevenir problemas en la piel.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

5.- Prevenir daño y/o sangrado del estoma.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

6.- Colocar los materiales de la bolsa en la forma que aprendió.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

7.- Prevenir obstrucciones.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

8.- Seguir las instrucciones del médico o enfermera para el manejo del estoma.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

9.- Seguir los consejos del médico para cuidar el estoma y la dieta.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

10.- Cuidar del estoma de forma correcta fuera de casa.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

11.- Cuidar del estoma en caso de enfermarse.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

12.- Usar la ropa que le gusta.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

13.- Llevar a cabo labores en casa (por ejemplo, lavar los platos y regar las plantas).

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

14.- Hacer nuevos amigos o conocidos.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

15.- Viajar en transporte público (metro, camión, combi o taxi).

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

16.- Hablar con sus amigos cercanos sobre el estoma.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

17.- Contarle a otras personas sobre el estoma.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

18.- Ir de compras (al mercado, tianguis, tienda, plaza comercial) o visitar personas.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

19.- Ir a lugares como lo hacía antes de tener el estoma.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

20.- Dormir fuera de casa, en la casa de un amigo que sabe sobre el estoma.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

21.- Dormir fuera de casa, en la casa de una persona que no sabe sobre el estoma.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

22.- Ir de vacaciones.

Nada seguro Poco seguro Bastante seguro Muy seguro Completamente seguro

Anexo 2**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

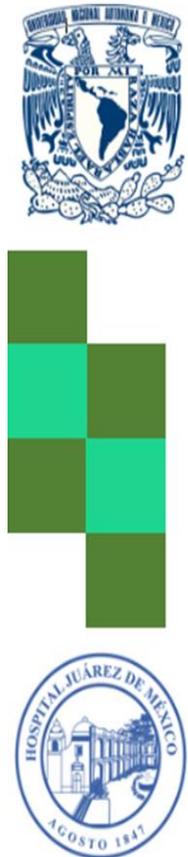
Nombre y Firma del Testigo

**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. Manual



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.

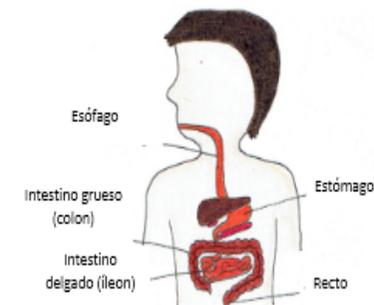
Tema 1. Recomendaciones para la higiene y cuidado general de la estoma

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.

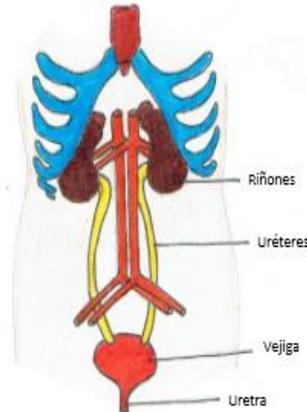
El intestino grueso y el recto absorben sales, minerales y vitaminas que no fueron absorbidas por el intestino delgado. Los restos de alimentos no digeridos por el cuerpo adquieren una consistencia firme, éstos reciben el nombre de heces. En la figura puede observar los componentes del aparato digestivo.



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.



¿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.

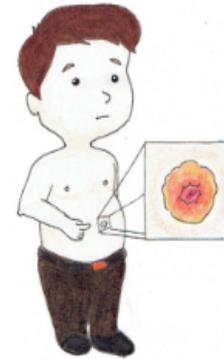
Hasta ahora hemos aprendido sobre dos aparatos importantes de nuestro cuerpo: el aparato _____ y el aparato _____.

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

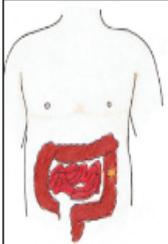
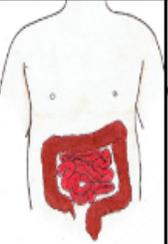
Cuando una persona tiene problemas en las funciones del intestino o la vejiga puede ser necesario que le realicen una ostomía. Si la ostomía se realiza en los uréteres o en la vejiga ya no podrá expulsarse la orina por la uretra, y en ambos casos las heces u orina se evacuarán por la estoma.



¿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:

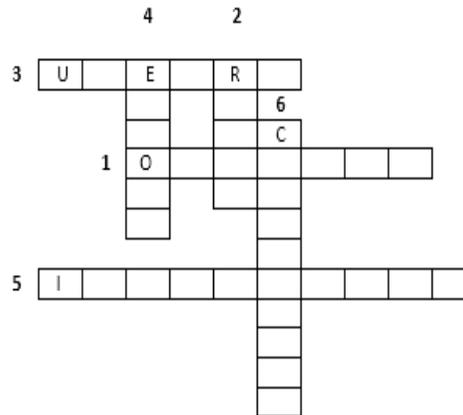
		
Colostomía Se une al exterior un tramo del intestino grueso o colon. Las heces son sólidas o semi-sólidas.	Ileostomía Se une a la pared abdominal un tramo del intestino delgado o íleon. Las heces son líquidas y más frecuentes.	Urostomía Se conectan los uréteres a una porción del intestino delgado o grueso. 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:

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

Verticales:

- El intestino grueso y el _____ absorben sales, minerales y vitaminas.
- Abertura. Consecuencia de la ostomía.
- 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.



13

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

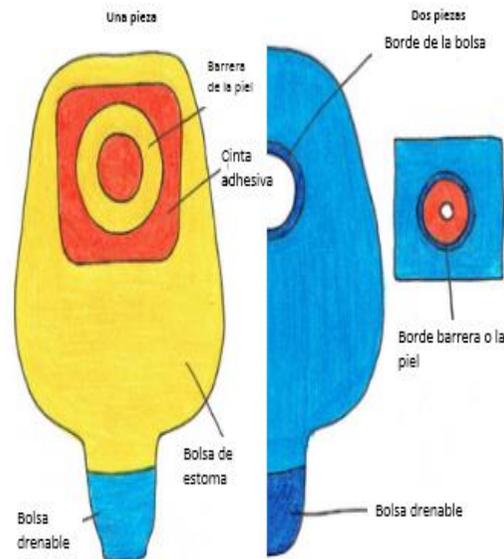
- No tienen abertura.
- Debe cambiarse cada vez que se llena.

14

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.



15

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.

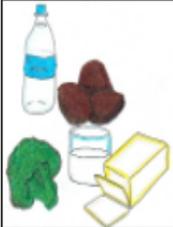
Se recomienda que cuando la bolsa se encuentre a un 75% de su capacidad se cambie.

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*

19

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.

20

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.

21

¿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.



Llémoslo a la práctica.

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

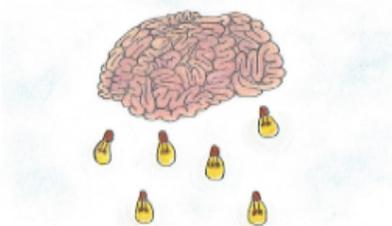


Paso 3. Generación de alternativas de solución

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

Empty rectangular box for writing the alternative to be evaluated.

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:

Large empty rectangular box for listing obstacles to the plan.

Y ahora pregúntese si podrá llevar a cabo la solución.

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

¿Por qué?

Five horizontal lines for writing the answer to '¿Por qué?'.

¿Qué me lo impide?

Five horizontal lines for writing the answer to '¿Qué me lo impide?'.

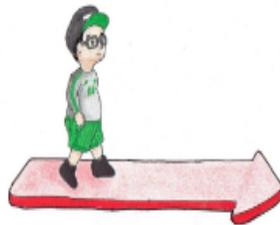
Si su respuesta es **SI** responda lo siguientes:

¿Qué necesito para realizarlo?

Five horizontal lines for writing the answer to '¿Qué necesito para realizarlo?'.

31 **¿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 pasó?

32 **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



33 **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:

"Voy hacer todo mal"

"No podré"

"No soy bueno"

"No soy capaz"



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. **Autorrefuerzo:** 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"

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 _____”

40

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.

41

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.

42

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:

- a) No decir nada y usar el vaso sucio, aunque a disgusto.
- b) Armar un gran escándalo en el local y decir al camarero que nunca volverá a ir a ese lugar.

c) 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.

46

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?



47

4.3 Formas de decir no

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

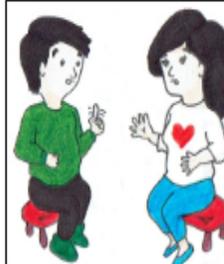


Disco rayado: Se trata de repetir una y otra vez nuestra petición (o rechazo) hasta que es aceptada por el interlocutor.

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 quiero.



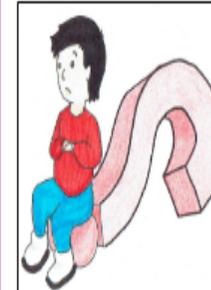
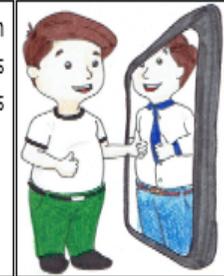
Aserción negativa: Asumir los propios errores reconociendo las críticas y nuestra voluntad de corregirlos sin adoptar actitudes defensivas.

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

48

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.

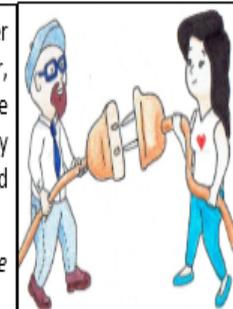


Interrogación negativa: Tiende a desarrollar en los demás la crítica para obtener más información y a aclarar si son constructivas o manipulativas.

¿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 ya...



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-recto.html>

-<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-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 4



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 5

Cuidados y Sugerencias para portadores de estomas



Nombre

Cuidados y Sugerencias para portadores de estomas



Nombre

Anexo 6**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 7

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 StomaQoL, 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 StomaQoL 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 ubican en las páginas 8, 11 y 17. 7. Manifestará sus dudas.

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Aplicará los cuestionarios StomaQoL 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>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 al 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>	Respiración superficial Autoinstrucciones	<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	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>point sobre comunicación asertiva, sobre 1) tipos de comunicación, 2) la conducta no verbal, 3) asertividad, 4) 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 8



**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



Hospital Juárez de México
 Residencia en Medicina Conductual /
 Psicooncología
 Lic. Psic. Karen Jazmín Amaro Salinas
 1er Caso clínico



Presentación del caso:

Nombre: Beatriz
 Edad: 42 años
 Sexo: Femenina
 Estado civil: Casada
 Escolaridad: Secundaria
 Ocupación: Ama de casa
 Religión: Católica
 Lugar de origen: Estado de México
 Lugar de residencia: Estado de México, Huehuetoca.
 Diagnóstico médico: Cáncer de mama izquierda T3N0M0 IIB

SELECCIÓN DEL CASO:

La presentación del siguiente caso tiene por objetivo ilustrar la presencia de sintomatología depresiva como resultado de la notificación del diagnóstico y tratamiento en una paciente con cáncer de mama y las habilidades necesarias del médico conductual para enfrentar las demandas que se van agregando como parte de las fases del proceso de la enfermedad que pueden incrementar la problemática.

MOTIVO DE CONSULTA

Beatriz acude por primera vez al servicio de Psicooncología/ Medicina Conductual el día 14 de Marzo del 2017 después de aceptar iniciar un proceso terapéutico, mismo que se le propuso el día 16 de Enero cuando le notificaron el diagnóstico de cáncer y realización de mastectomía. La paciente refiere: “Me siento deprimida, me paso todo el día acostada “(sic.pac).

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Tía paterna con cáncer de mama. Por línea materna HAS.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

La paciente habita en casa propia construida de materiales perdurables, que cuenta con todos los servicios de urbanización: luz, agua, drenaje. Alimentación regular en cantidad y calidad, hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diario.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

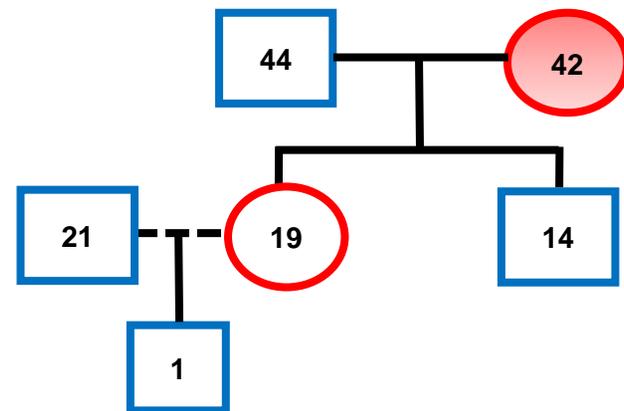
- Crónico-degenerativos: Interrogados y negados.
- Infecto contagiosas: Interrogados y negados
- Antecedentes quirúrgicos: Interrogados y negados
- Toxicomanías: Interrogados y negados

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS PATOLÓGICOS:

La paciente niega haber recibido atención psicológica y/o psiquiátrica con anterioridad.

DINÁMICA FAMILIAR Y FAMILIOGRAMA

Beatriz es casada, tiene dos hijos, Jessica de 19 años (con un hijo) y Eduardo de 14 años, actualmente vive en casa propia con su esposo y su hijo el menor. La paciente refiere tener buena relación con esposo e hijos. Recibe apoyo emocional e instrumental por parte de sus hijos y familiares (hermanas y familia de su esposo).



HISTORIA DEL PROBLEMA

Médica

La paciente a principios de Diciembre del 2016 acude a ginecólogo particular al sentirse una “bolita” y dolor en la mama izquierda, quien envía se realice un ultrasonido que reporta una lesión en mama izquierda por lo cual es referida al Hospital Juárez de México.

El 15 de Diciembre del 2016 es vista por primera vez en la clínica de onco mama, donde se comienza valoración y realizan toma de biopsia.

El 16 de Enero del 2017 acude para reporte de patología, el cual es concluyente de carcinoma invasor. Se le informa sobre tratamiento consistente en mastectomía más ganglio centinela simple.

El 30 de Enero del 2017 acude para firma de consentimiento informado, entrega de orden de internamiento y fecha de cirugía.

El 03 de Febrero del 2017 se lleva acabo cirugía mastectomía más ganglio centinela simple, sin complicaciones.

El 06 de Marzo del 2017, acude a onco mama para retiro de puntos y se envía a oncología médica para valoración.

El 10 de Marzo del 2017 es valorada por oncología médica en donde le explican los riesgos y beneficios del tratamiento, el cual inicia el día 13 de Marzo del 2017. Actualmente lleva dos quimioterapias de dieciséis.

Concluyendo tratamiento de quimioterapia será enviada a radioterapia por lecho quirúrgico positivo y permeación vascular plurineural positiva.

Psicológica

El día 16 de Enero del 2017, se ve por primera vez a Beatriz, en

consulta externa de onco mama, ese día le comunicaron su diagnóstico de cáncer y la realización de mastectomía. Ante la noticia la paciente mostró facie triste, por lo que se decide salir con ella una vez terminada la consulta. Beatriz presentó llanto excesivo y bloqueo cognitivo, ante lo cual se realizó intervención en crisis con el objetivo de regular la respuesta, se inició con instrucciones para la respiración pasiva con la cual la paciente disminuyó notablemente el llanto; posteriormente se realizó una evaluación de la información que le proporciono la Dra. Hernández. La paciente verbalizó que presentía que era cáncer y que no quiere morir, que es algo que no soportara, se procedió a normalizar reacción ante la noticia y escucha activa. Se le propone la atención psicológica debido a que se observaron respuestas emocionales significativas que podrían obstaculizar la adaptación a la enfermedad, entre las cuales destacaron la ansiedad (llanto excesivo, temblor en pies) y pensamientos desadaptativos (visión catastrófica), negación y pensamientos anticipatorios respecto a la enfermedad.

Asimismo, se decide proponer la atención psicológica debido a que la paciente, al presentar una reacción de crisis ante la notificación del diagnóstico, dio muestra de su forma de responder a situaciones de estrés y es un punto clave a considerar porque la paciente se iba a enfrentar a la cirugía en el futuro próximo.

La paciente acepta iniciar un proceso terapéutico y se acordó brindarle la atención psicológica en consulta externa, posteriormente se agenda la cita.

Beatriz comenta, “desde que me sentí la bolita, presentía que algo andaba mal, pensé qué tal si es cáncer y me dio mucho miedo” (sic pac.).

PROBLEMÁTICA ACTUAL

Beatriz comenta que se siente “deprimida”, que se la pasa todo el día acostada, tiene pensamientos recurrentes sobre los efectos de la quimioterapia (caída del cabello, cejas), asimismo, refiere: “Aun

es difícil verme al espejo...ver que me quitaron un seno...tal vez es por vanidad, pero yo me veo deforme”, “Oigo cáncer y pienso en muerte”, “Me hago la fuerte por mi familia, pero si por mi fuera yo me dejo caer, me dicen que me ven muy bien, que le eche ganas y tal vez aparento estar bien, pero por dentro me siento mal” (sicpac).

También comenta: “Como estoy sola mucho tiempo en casa, no me dan ganas de hacer cosas, me la paso durmiendo, acostada viendo la tele, sí hago mi quehacer pero pocas cosas, no pesadas” (sicpac). A su vez, reporta que el tener la enfermedad ya no es lo mismo, su vida cambió, piensa en que si realmente el tratamiento le va a funcionar y le va a dar una calidad de vida.

Refiere que le afecta no poder hacer las cosas como estaba acostumbrada, que le gusta tener su casa ordenada y limpia, y que con los efectos de la quimioterapia no es lo mismo; sin embargo, una vez que estos pasan comenta: “a veces quisiera volver a hacer mi quehacer como de costumbre, pero mi esposo y mis hermanas me dicen que no haga nada, que mejor descanse y disfrute, ellos piensan que debo estar tranquila... eso me hace sentir inútil” (sic pac.).

Por otro lado, refiere que antes de ir a dormir siente un dolor en la planta de los pies y se truena los dedos de las manos, y que se despierta a las dos de la mañana y no logra volver a dormirse por estar pensando, esto sólo se presenta días antes de sus citas médicas.

Reporta que piensa muchas cosas cuando hace su quehacer, cuando está acostada y en las noches cuando se despierta y no logra conciliar el sueño nuevamente: “Qué tal si tengo cáncer en otras partes”, “Me voy a quedar sin cabello y eso me aterroriza”, “Me faltan quince quimios, cómo me voy a sentir, no lo voy aguantar”, “Mi marido se aburrirá de mí, lo desesperaré y me va a dejar”, “Qué pasará con mis hijos y mi nieto si hago falta”. Estos pensamientos le generan un sentimiento de tristeza y preocupación.

Beatriz reitera que le es difícil el meterse a bañar y verse incompleta, aunque su esposo le diga que se ve hermosa, no se siente tranquila consigo misma. Con respecto a la caída del cabello por la quimioterapia comenta que le preocupa el qué dirán sus familiares y la gente cuando la vea, piensa que la rechazarán.

Finalmente, comenta: “Esto ha sido muy difícil para mí, siempre he sido muy preocupada y dramatizo mucho las cosas... lo que quiero es asimilarlo, que me ayude a aceptar la enfermedad” (sicpac.).

IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente de complejión ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño, se muestra interesada y cooperadora a la entrevista.

EXAMEN MENTAL

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica. Orientada en cuatro esferas (TEPC). Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Atención concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente y congruente, llanto contingente al tema de tratamientos. Pensamiento abstracto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Con conciencia de enfermedad. Afecto hipotímico.

PERSONALIDAD PREVIA

Beatriz se define como: “Soy muy preocupada, me altero fácilmente y me imagino lo peor”, “Soy muy chillona...muy sentimental”, “Soy bien negativa” (sic pac.).

FACTORES PSICOLÓGICOS

- Locus de control interno
- Estilo de afrontamiento centrado en el problema
- Redes de apoyo existentes y percibidas como funcionales
- Apoyo social de tipo instrumental y emocional percibido como existentes y adecuados

SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

- Entrevista conductual, exploración de antecedentes de la problemática y conductas actuales
- Aplicación de pruebas psicométricas: Inventario de Depresión de Beck,
- Registros de actividades diarias
- Registro de pensamientos (versión ABC)

LISTA DE CONDUCTAS PROBLEMA

- Cambios en el estilo de vida, reducción de actividades gratificantes, así como de actividades diarias.
- Estar acostada, dormir y ver televisión en exceso.
- Distorsiones cognitivas de tipo anticipatorias catastróficas.

MODELO SECUENCIAL INTEGRATIVO

Estímulos	Organismo	Respuestas	Consecuencias
<p><u>Externos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vomitar <p><u>Internos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensar en los efectos secundarios de la quimioterapia • Pensar en lo que puede suceder con su esposo • Pensar que tiene cáncer en otras partes del cuerpo <p><u>Historia Contemporánea:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir noticia de diagnóstico de cáncer, mastectomía e iniciar tratamiento de quimioterapia 	<p><u>Variables biológicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama T3N0M0 IIB 	<p><u>Problemática principal:</u></p> <p><i>“Me siento deprimida, me la paso todo el día acostada”</i></p> <p><u>Motoras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de actividades gratificantes, estar acostada, dormir y ver televisión en exceso. <p><u>Cognitivas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensar que pueda tener problemas de la enfermedad 	<p><u>Inmediatas individuales Internas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de tristeza y preocupación • No poder conciliar el sueño nuevamente <p><u>Externas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenerse acostada <p><u>Mediatas individuales Internas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentirse inútil <p><u>Mediatas de otros externas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Que su esposo le diga que no haga nada, que tiene que estar descansando para que esté tranquila • Sus hermanas le dicen que no haga nada, que disfrute descansar

ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Paciente femenina de 42 años de edad, con diagnóstico de Cáncer de mama T3N0M0 IIB, se encuentra en etapa de tratamiento. La paciente acude al servicio de psicooncología / medicina conductual, al aceptar iniciar con un proceso terapéutico, la principal queja de Beatriz es que refiere sentirse “deprimida”. La problemática de la paciente se caracteriza principalmente por respuestas a nivel motor por disminución de actividades gratificantes, el estar acostada la mayor parte del día, ver televisión o dormir en exceso; a nivel cognitivo por pensamientos anticipatorios de tipo catastrófico “Qué tal si tengo cáncer en otras partes”, “Me faltan quince quimios, cómo me voy a sentir, no lo voy aguantar” “Mi marido se aburrirá de mí, lo desesperaré y me va a dejar”.

Lo anterior es altamente probable que ocurra cuando se encuentra sola en casa, al no poder dormir y cuando piensa que no aguantará los efectos secundarios de la quimioterapia, cuando piensa en lo que pasará con su esposo e hijos, y cuando piensa que tiene cáncer en otras partes del cuerpo.

Esta situación probablemente se encuentra mantenida por la presencia de sentimientos de tristeza y preocupación, así como la disminución de la conducta motora al mantenerse acostada. Por otro lado, estas conductas son reforzadas por su esposo y hermanas quienes le dicen que tiene que descansar y no realice actividades en casa.

De acuerdo con el análisis anterior, se considera que la intervención se dirija a los estímulos antecedentes internos con relación a la enfermedad, el tratamiento y relación con su esposo, así como en las respuestas a nivel motor y cognitivo, a través de un entrenamiento en ejercicios de activación conductual y Terapia Cognitiva con lo que se espera la disminución de la sintomatología depresiva.

HIPÓTESIS FUNCIONAL

Si la problemática se caracteriza por presentar sintomatología de tipo depresiva a nivel motor mediante la disminución de actividades gratificantes, estar acostada, dormir y ver televisión en exceso ya nivel cognitivo mediante la presencia de distorsiones cognitivas de tipo catastróficas, entonces si se realizan ejercicios de activación conductual y terapia cognitiva disminuirá la sintomatología depresiva asociada a las ideas relacionadas a la enfermedad, tratamiento y relación con su esposo y obtendrá reforzamiento positivo al realizar actividades de agrado.

DIAGNÓSTICO DSM-IV-TR

Eje I: F32.0 Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve [296.21]

Eje II: Sin trastorno

Eje III: Cáncer de mama izquierda T3N0M0 IIB

Eje IV: Sin diagnóstico

Eje V: EEAG 71-80

Criterios DSM IV

A) Presencia de un único episodio depresivo mayor

- 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto
- 2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades
- 3) Hipersomnia
- 4) Sentimientos de inutilidad

B) El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C) Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco.

DIAGNÓSTICO DSM 5

Trastorno depresivo mayor 296.21 (F32.0). Cáncer de mama izquierda T3N0M0 IIB. WHODAS (Aplicación por el entrevistador 12 preguntas): 21

Criterios DSM 5

A) Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva.

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

3. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

4. Sentimiento de inutilidad

B) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D) El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E) Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaniaco.

OBJETIVO GENERAL

- Que la paciente modifique su sintomatología depresiva en los niveles de respuesta motora y cognitiva mediante la planificación y puesta en marcha de actividades de agrado, así como ejercicios de terapia cognitiva.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- La paciente identificará actividades gratificantes.
- La paciente realizará actividades gratificantes (de agrado y dominio).
- La paciente identificará la relación entre pensamientos y el malestar emocional que le generan.
- La paciente identificará los pensamientos que le generan malestar emocional.

SELECCIÓN DE TÉCNICAS

- Elementos de activación conductual
 - Lista de actividades de agrado y dominio
 - Planeación de actividades de agrado y dominio
- Elementos de Terapia Cognitiva:
 - Identificación de pensamientos automáticos
 - Detención de pensamientos automáticos/Paro de pensamiento
 - Autoverbalizaciones

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES Y RESULTADOS

Sesiones y Fechas	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 1 14/03/2017</p> <p>Consulta externa</p>	<p>Entrevista Conductual</p> <p>Establecimientos de componentes de relación</p> <p>Escucha activa</p>	<p>Se inicia la sesión con entrevista conductual, se establecen componentes de relación y se exploran los antecedentes y conductas actuales de la problemática psicológica. Se normaliza respuesta de llanto contingente al tema de tratamientos oncológicos.</p> <p>Se explica la forma de trabajo.</p> <p>Se hace un ejemplo y de tarea se le pide que realice un registro de actividades diarias.</p>	<p>Puntuación</p> <p>Beck Depresión=11 Depresión Leve</p> <p>Durante la entrevista la paciente comenta: <i>“me siento deprimida, me la paso todo el día acostada...pienso en los efectos de la quimioterapia... en que se me va a caer el cabello, las cejas...Aun es difícil verme al espejo...ver que me quitaron un seno...tal vez es por vanidad, pero yo me veo deforme”</i> <i>“Oigo cáncer y pienso en muerte”</i> <i>“Me hago la fuerte por mi familia pero si por mi fuera yo me dejo caer, me dicen que me ven muy bien que le eche ganas y tal vez aparento estar bien pero por dentro me siento mal”</i> (sicpac.).</p> <p>Al término de la sesión refirió: <i>“Esto ha sido muy difícil para mí, siempre he sido muy preocupada y dramatizo mucho las cosas... lo que quiero es asimilarlo, que me ayude a aceptar la enfermedad”</i> (sicpac.).</p>
<p>Sesión 2 23/03/2017</p> <p>Consulta Externa</p>	<p>Entrevista Conductual</p> <p>Psicoeducación</p>	<p>Se continúa la entrevista con respecto a la problemática y se revisa tarea, sin embargo, la paciente refiere que se le olvidó por salir a prisa de casa. Se recalca la importancia de cumplir con la tarea y se procede a realizar el ejercicio en la sesión solicitándole que describa las actividades que realiza en un día.</p>	<p>La paciente refiere: <i>“Como estoy sola mucho tiempo en casa, no me dan ganas de hacer cosas, me la paso durmiendo, acostada viendo la tele, sí hago mi quehacer pero pocas cosas, no pesadas”</i> (sicpac).</p> <p>Agrega: <i>“Me afecta no poder hacer las cosas como estaba acostumbrada, me gusta tener la casa ordenada y limpia y por los efectos de la quimioterapia no es lo mismo”</i> (sicpac.), sin embargo una vez que estos pasan comenta <i>“a veces quisiera volver hacer mi quehacer como de costumbre, pero mi esposo y mis hermanas me dicen que no haga nada, que mejor</i></p>

	Escucha Activa	<p>Se psicoeduca sobre qué hacer para disminuir los efectos secundarios de la quimioterapia.</p> <p>Se identifica que durante el día mientras hace su quehacer, está acostada y en las noches cuando no logra conciliar el sueño, están presentes de forma recurrente, pensamientos anticipatorios de tipo catastrófico, pero debido al tiempo no se procede a psicoeducar respecto a la relación entre pensamientos y el malestar emocional.</p> <p>Nuevamente, de tarea se le pide continuar con el registro de actividades diarias que se revisará la próxima sesión.</p>	<p><i>descanse y disfrute, ellos piensan que debo estar tranquila... eso me hace sentir inútil" (sic.pac.).</i></p> <p>La paciente refiere después de la psicoeducación: <i>"Si tengo claro los efectos secundarios del tratamiento, y la Dra. me dijo algunas cosas que podía hacer para disminuirlos, pero con esto que me dice entiendo que puedo hacer varias cosas para no pasarla tan mal, apenas llevo una quimio y tengo que estar preparada para las que faltan" (sic pac.).</i> Agrega: <i>"Me sentí mejor después de platicar, el hablar sobre lo que me sucede y ser escuchada me dio mucha tranquilidad" (sic pac.).</i></p>
<p>Sesión 3 31/03/2017</p> <p>Consulta Externa</p>	<p>Planeación de actividades</p> <p>Psicoeducación en el Modelo</p>	<p>Se da inicio la sesión con la revisión de la tarea encargada, en esta ocasión se evidencia el compromiso de la paciente ante la actividad por lo que se refuerza positivamente los avances obtenidos (ver Anexo 1).</p>	<p>Al revisar la tarea la paciente señala: <i>"Me doy cuenta que le dedico muchas horas a estar acostada, a dormir y ver televisión, y aunque sí hago mis labores de la casa, que me gustan, es muy rutinario mi día y eso sólo hace que esté pensando en mi enfermedad y me sienta triste" (sic pac.).</i></p> <p>Al proponerle la realización de actividades de agrado la</p>

	ABC	<p>Se explica el objetivo de la identificación y planeación de actividades y se procede a su realización.</p> <p>Se psicoeduca en el Modelo ABC para la identificación de la relación que tienen sus pensamientos y el malestar emocional que le generan.</p> <p>Se queda de tarea la realización de las actividades planeadas (salir a caminar por la mañanas o tardes, hacer postres para su esposo e hijos y leer un libro) cada actividad la realizará dos días a la semana. Asimismo, se hace un ejemplo y se encarga realice el registro de pensamientos versión ABC.</p>	<p>paciente comenta: <i>“Creo que es muy buena idea realizar actividades que me agradan para mantenerme activa y me ayudará a sentirme mejor y no estar pensando en mi enfermedad” (sicpac.).</i></p> <p>Después de la psicoeducación la paciente comenta: <i>“Echo a volar mi imaginación y eso me hace sentir triste y preocupada, y tal vez tenga que ver las cosas diferentes sobre mi enfermedad y mi proceso de tratamiento para no sentirme así” (sicpac.).</i></p>
<p>*El lunes 3 de abril la paciente acudió a cita a onco médica para fecha de aplicación de su segunda quimioterapia ,traía una chalina que le cubría la cabeza, me acerqué para saludarla y me comentó que decidió raparse el domingo porque ya fue mucho el cabello que se le cayó, refiere: “Fue mucho cabello y dije ya tengo que hacerlo y ese día en la noche lloré mucho...ni siquiera me he visto al espejo” (sicpac).</p>			
<p>*Se había programado la cuarta sesión para el día 06 de abril, sin embargo, la paciente canceló debido a malestares por la quimioterapia pero se acordó vía telefónica que seguiría realizando las actividades programadas y el registro que se había dejado de tarea la sesión anterior.</p>			
<p>Sesión 4 18/04/2017</p>	Escucha	<p>Para esta sesión se tenía planeado la revisión de las actividades planeadas y el efecto de las mismas, así como revisar los registros de</p>	<p>La paciente refiere: <i>“Mi compadre está muy grave en el hospital y me duele mucho que esté en esa situación”, “Me hace ver que yo a pesar de la enfermedad, me encuentro</i></p>

	activa	<p>pensamientos, y abordar lo sucedido el día 03 de abril con relación a decidir raparse; sin embargo, el paciente mostro llanto excesivo debido a que un familiar cercano se encontraba grave en el hospital, por lo que se procede a efectuar escucha activa y atender la necesidad de la paciente.</p> <p>Se refuerza autoeficacia relacionada a la adherencia al tratamiento, debido a que al comparar su situación con la de su familiar, resalta la importancia de adaptarse al nuevo estilo de vida y apegarse a los tratamientos. Asimismo, se prepara a la paciente ante posible fallecimiento de familiar.</p> <p>Se aborda brevemente las tareas encargadas. Nuevamente se evidencia el compromiso ante las actividades y se refuerzan los avances obtenidos y cumplimiento de ambas tareas (ver Anexo 2 y 3).</p> <p>Se acuerda que continuará con la realización de las mismas actividades de agrado dado que ya no se tenía tiempo para comentar otras actividades que pudiera realizar. Asimismo, se le pide que continúe con el registro de pensamientos.</p>	<p><i>bien, si estoy incompleta, y ha sido difícil la quimioterapia, pero a pesar de eso estoy bien” (sic pac.).</i></p> <p>Después de reforzar autoeficacia: <i>“Tiene razón, mi compadre no se apegó a su tratamiento y su situación es consecuencia de esa decisión...y aunque me ha sido muy difícil el proceso de mi tratamiento lo estoy tomando y estoy agradecida porque a pesar de eso estoy bien” (sicpac.).</i></p> <p>Con respecto a las actividades programadas la paciente refiere: <i>“Si las realice y me agradó mucho, me hicieron sentir tranquila y contenta, ocupada para no pensar en mi enfermedad y proceso de tratamiento” “Este puente me fui con mi familia a Veracruz y lo disfruté mucho...hasta mis familiares me dijeron que me porté muy bien, porque pensaron que iba a estar molesta por los efectos, pero me cuidé y la verdad disfrute mucho el convivir con mi familia” (sic pac).</i></p>
--	--------	---	--

RESULTADOS

El caso aún se encuentra en curso, son pocas las sesiones, sin embargo, clínicamente se han observado algunas mejoras. En la segunda sesión la paciente reportó que se sintió mejor después de platicar, el hablar de lo que le sucede y ser escuchada la hizo estar tranquila. Mostró su compromiso al realizar la tarea asignada, misma que le hizo notar que es muy rutinario su día y que destina mucho tiempo en ver la televisión y dormir, expresando que le parece buena la idea de comenzar hacer actividades agradables para sentirse activa. A su vez, con la psicoeducación ABC, logró identificar la relación que tienen sus pensamientos y el malestar emocional que le generan.

Cabe mencionar que aún no se pueden reportar avances significativos en la problemática debido al poco tiempo en el que se ha intervenido con la paciente, asimismo, la presencia de un evento importante para la paciente (familiar grave en hospital) dirigió la sesión más reciente a atender la necesidad, lo cual no permitió cumplir con los objetivos de la sesión y evaluar posibles avances con las técnicas empleadas.

En las siguientes sesiones se planea, por un lado, evaluar el efecto de las actividades de agrado planeadas y valorar el cambio de las mismas y que la paciente obtenga reforzamiento contingente al involucrarse en ellas, y, por otro lado, continuar con la identificación de pensamientos y el malestar emocional que le generan, para de esta forma implementar las técnicas como paro de pensamiento y autoverbalizaciones para que disminuya el malestar emocional.

Otro aspecto a trabajar, es lo referente a la dificultad que tiene la paciente para poder verse al espejo y aceptar su nueva imagen corporal, se considera que puede utilizarse la técnica de exposición gradual hasta lograr tal conducta, y con apoyo de la terapia cognitiva trabajar los pensamientos relacionados con la imagen corporal.

Conclusiones

Este caso ejemplifica cómo durante las fases que conforman el proceso de la enfermedad se agregan elementos que pueden incrementar la problemática de los pacientes oncológicos, mismas en las que el médico conductual tiene que poner en marcha habilidades efectivas para obtener resultados óptimos.

Considerando los resultados antes mencionados no se puede afirmar que la intervención ha resultado exitosa, dado el tiempo que se lleva trabajando con la paciente y por la presencia de necesidades diferentes a la problemática inicial que tuvieron que atenderse. Como área a mejorar se identifica que no se cuentan con parámetros que permitan mostrar los cambios generados por las técnicas, por ejemplo, se pudo utilizar desde un inicio escala referencial análoga, mediante un registro y monitorear la emoción de tristeza. Asimismo, se resalta la importancia de hacerle ver a la paciente de continuar con los objetivos planteados para las sesiones y si tuviera algún tema de importancia que quisiera tratar se comente al inicio de la sesión para dedicarle un breve tiempo para atenderlo, pero dándole prioridad a los objetivos de la sesión.

Por último, considerando el evento en el que la paciente decide raparse, nos hace dirigir la atención a una necesidad reiterada por la misma con relación a su imagen corporal, específicamente a la extirpación de la mama, y que sería conveniente replantearse los objetivos y considerar áreas que no se evaluaron a profundidad, para atender esta demanda, aunado a ello, el avance del tratamiento con quimioterapia generará cambios más evidentes en su imagen por lo que podrían exacerbar la sintomatología depresiva.

Vale la pena preguntarse ¿Las técnicas empleadas hasta el momento son las idóneas para atender la problemática de la paciente? ¿Qué técnicas pudieron haber mostrado resultados rápidos y beneficiosos para la paciente?

Anexo 2. Registro de actividades planeadas

Actividad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Leer	x			x			
Caminar		x			x		
Hacer postres			x			x	

Anexo 3. Registro ABC

Situación	Pensamiento	Emoción
Acostada viendo televisión	“No podré aguantar todo lo que me falta del tratamiento”	Tristeza y angustia
Platicando con mi esposo	“Seguro se aburrirá de mí, lo desesperaré y me dejará”	Tristeza y angustia

Anexo 10**Hospital Juárez de México****Residencia en Medicina Conductual/
Psicooncología****Psic. Karen Jazmín Amaro Salinas****Presentación de caso:**

Nombre: Rosa	Originaria y residente: Estado de México
Sexo: Femenina	Religión: Católica
Edad: 53 años	Diagnóstico Médico: Cáncer gástrico de tipo difuso T4a, N2, M1 EC IV
Estado Civil: Casada	Escolaridad: Carrera técnica en comercio
Ocupación: Hogar	

Selección del caso

En cada una de las fases que conforman el proceso de la enfermedad, los pacientes pueden presentar una serie de problemáticas psicológicas características a cada una de las fases. La presentación del siguiente caso tiene como objetivo ilustrar la presencia de sintomatología depresiva de una paciente como resultado de una probable recurrencia de la enfermedad, posterior a la fase de tratamiento.

Motivo de consulta

Acude el día 14 de agosto de 2017 la familiar (hija) al servicio de Psicooncología/Medicina Conductual a solicitar atención psicológica para la paciente debido a que la notan “deprimida”, deja número de contacto para confirmar el día de la cita. Rosa acude por primera vez el día 17 de agosto de 2017, quien refiere: “Estoy desesperada, hace cuatro meses comencé a vomitar, me siento agotada, quisiera ser como antes...me siento más mal [físicamente] de cuando me dieron las quimioterapias” (sic pac).

Antecedentes Heredofamiliares.

Hermana con cáncer renal, primo hermano con cáncer gástrico.

Antecedentes personales no patológicos.

La paciente habita en casa propia construida con materiales perdurables, cuenta con los servicios básicos de urbanización. Actualmente vive con esposo e hijos. Alimentación adecuada en cantidad y calidad, hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa.

Antecedentes personales patológicos.

Alergias: Interrogadas y negadas

Crónicos degenerativos: Interrogados y negados.

Infecto contagiosas: Negados

Antecedentes quirúrgicos: 2 Cesáreas

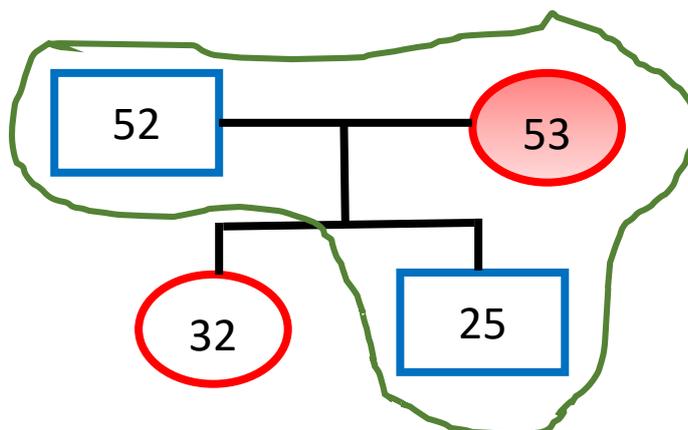
Toxicomanías: Interrogadas y negadas

Antecedentes psicológicos patológicos.

La paciente refiere que una semana antes de su primera cita en el servicio de Psicooncología/Medicina Conductual, su hijo le pagó una consulta con una psicóloga particular y aceptó porque él le dijo que le haría bien hablar con un psicólogo, Rosa comenta: "Sólo fui esa vez, porque la verdad no me sentí en confianza y preferí venir aquí" (sic pac).

Dinámica familiar y familiograma

Rosa es casada, actualmente vive con su esposo y su hijo menor. Refiere tener buena relación con esposo e hijos. Recibe apoyo emocional e instrumental por parte de esposo, hijos y familiares (hermanas, sobrinos y familia de esposo).



Historia del Problema

Médica

En el 2014 inicia con enfermedad de reflujo gastroesofágico que no cedió por lo que acude con médico externo quien inicia estudios y el día 05 de mayo de 2016 le realizan gastrectomía subtotal más omentectomía más disección ganglionar niveles I y II, el reporte histopatológico indica un adenocarcinoma de tipo difuso. Asimismo, recibió siete aplicaciones de quimioterapia (Oxaliplatino más Capecitabine) que finalizan en noviembre de 2016. A nueve meses de seguimiento con médico particular presenta vómitos, pérdida de peso (8kg) e intolerancia a la vía oral, por lo que solicita traslado al Hospital Juárez de México.

El día 14 de agosto de 2017 es vista por primera vez en la clínica de tumores mixtos, se comienza valoración, solicitan TAC, laboratorios completos y panendoscopia.

El día 01 de septiembre de 2017 acude para realización de endoscopia, sin embargo, es referida a urgencias debido a que no contaba con vaciamiento gástrico.

El día 13 de septiembre de 2017 acude a la clínica de tumores mixtos para revisión de estudios, la TAC reporta estómago retencionista y probables metástasis hepáticas. Deciden ingresarla para mejorar condiciones (hidratarla) y continuar protocolo de estudio.

El día 23 de septiembre de 2017 se encuentra hemodinámicamente estable, con tolerancia a la vía y el estudio baritado sin alteraciones por lo que deciden su egreso.

El día 04 de octubre de 2017 acude a la clínica de tumores mixtos, se le informa que se descarta por TAC datos de actividad tumoral y por endoscopia con adecuado paso, sin evidencia de células neoplásicas. Continua en vigilancia, se le da cita en tres meses.

Psicológico

Rosa refiere que cuando le dieron el diagnóstico de cáncer fue una situación muy difícil pero el apoyo de su familia le dio ánimos para salir adelante, comenta: “Lloré mucho cuando me dijo el doctor que tenía cáncer y me preocupaba los gastos de la operación pero mi esposo y mis hijos me dijeron que harían todo lo necesario para que yo estuviera bien...gastamos mucho dinero, buscamos apoyo en asociaciones pero nos rechazaban y tuvimos que hipotecar la casa con un familiar y tener el dinero para la operación” (sic.pac). Asimismo, agrega: “Fue necesario que me dieran quimioterapias, me aplicaron siete y no la pase tan mal...me sentía con ánimos de echarle ganas” “En diciembre del

año pasado el doctor me dijo que ya tenía controlado el cáncer y sólo iba a consultas para revisión...y hace cuatro meses comencé a vomitar y me preocupé mucho...el doctor particular me mandó hacer en mayo una endoscopia y salió que tenía una hernia y no reportaba tumor...pero yo seguía con los vómitos y como gastamos mucho en lo privado, estamos mal económicamente, por eso decidimos regresar a que me atendieran aquí en el hospital” (sic pac.).

Problemática actual

Rosa menciona “Estoy desesperada, hace cuatro meses comencé a vomitar, me siento agotada, quisiera ser como antes...me siento más mal [físicamente] de cuando me dieron las quimioterapias”, “Ni siquiera vomito la comida sino puro líquido y sangre...me preocupa que pueda volver a recaer, que tenga otra vez problemas de la enfermedad...me siento débil y me da coraje no poder hacer cosas y no comer bien...me cuesta mucho trabajo verme así tan flaca”, “Mi hija me dice que ya me dejé, pero no me dan ganas de salir, no sé a qué se deba” (sic pac.). También menciona: “Mi familia me dice que le eche ganas...y yo le echo muchas ganas, pero siento que no puedo con esto...para ellos es fácil decirme, pero no saben que por dentro me siento muy mal” (sic pac.).

Refiere: “Yo me sentía muy bien después de la operación y quimioterapias, podía comer de todo en pequeñas porciones... y ahora el sentirme mal por los vómitos, esto no me deja ser como antes, hacer lo que yo quiero, ni tener esos ánimos como antes...lloro y no quiero pensar cosas que no son, pienso que voy a fastidiar a mi familia, que me van a arrumbar”, “No tengo ganas de nada, me la paso dormida, acostada o sentada en el sillón viendo la tele...yo era muy activa, me encantaba salir y organizaba reuniones a cada rato, ahora no quiero ni salir porque si voy a tal lado y vomité me da pena que me vean, ni me dan ganas de bañarme”, “Tengo tristeza y miedo de lo que me está pasando, le pido a Dios que me de la fuerza para levantarme, que me ayude...no me quiero morir, yo le quiero echar ganas pero algo me detiene, rezo para calmarme” (sic pac.).

Por otro lado, refiere que en casa no hace nada, su hija y hermana le ayudan a hacer el quehacer y la comida. Su esposo e hijo le dicen que esté tranquila que no tiene nada malo y que todo va a salir bien.

Impresión y actitud general

Paciente de complejión ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Presenta facie triste, se muestra interesada y cooperadora a 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 a problemática actual. Pensamiento concreto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Afecto hipotímico.

Personalidad Previa

Rosase describe como: “Era muy alegre, muy vaga, me encantaba salir con mi familia y amistades”, “Soy una persona que se entrega mucho a las amistades, no soy mala onda, soy muy ayudadora, me gusta ayudar a la gente” (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 de tipo instrumental y emocional percibido como existente y adecuados.

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

- Entrevista Conductual, exploración de antecedentes de la problemática y conductas actuales.
- Aplicación de prueba psicométrica: Inventario de Depresión de Beck
- Termómetro de las emociones

Lista de conductas problema

- Disminución de actividades gratificantes y actividades diarias.
- Pensamientos relacionados a que no puede ser como era antes o que no la dejan hacer lo que quiere.
- Llanto

Modelo secuencial integrativo

<p><u>Externos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando se presentan los vómitos por la mañana y en la tarde • Permanecer inactiva en casa todo el día <p><u>Internos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación por volver a recaer y que sea otra vez problemas de la enfermedad. • Pensar el ¿Por qué me sucede esto? <p><u>Historia Contemporánea:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de vómitos hace cuatro meses. <p><u>Historia pasada</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervención quirúrgica: gastrectomía subtotal más omentectomía más disección ganglionar niveles I y II • Siete quimioterapias 	<p><u>Variables biológicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer gástrico de tipo difuso T4a, N2, M1 EC IV <p>Historia de reforzamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Locus de control externo • Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo evitativo 	<p><u>Problemática principal:</u></p> <p><i>Sintomatología depresiva</i></p> <p><u>Motoras:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducción de actividades gratificantes y actividades diarias (cocinar, quehacer, salir a pasear con esposo, hijos y amistades, organizar reuniones familiares). • Llanto <p><u>Cognitivas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Voy a fastidiar a mi familia, me van a arrumbar” • “Tengo otra vez problemas de la enfermedad” • “Esto no me deja ser como antes” “Esto no me deja hacer lo que quiero”. 	<p><u>Inmediatas individuales</u></p> <p>Internas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de tristeza, miedo y coraje • No tener ganas de nada • Deseos de no querer morir <p>Externas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dormir, mantenerse acostada o sentada en el sillón viendo televisión. • Pedirle a Dios que le de fortaleza • Rezar para calmarse <p><u>Mediatas individuales</u></p> <p>Internas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentir que no puede salir de esta situación, que algo la detiene. • Dolor de cabeza • Debilidad (agotamiento) • Le cuesta trabajo verse tan “flaca” <p>Externas</p> <ul style="list-style-type: none"> • No querer salir por pena a que la vean vomitar <p><u>Mediatas de otros</u></p> <p>externas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su hija le dice que ya se dejó • Su hermana e hija le ayudan en las labores de la casa (quehacer y comida). • Su esposo e hijo le dicen que no tiene nada malo y que todo va a salir bien. • Su familia le dice que le eche ganas
--	--	---	---

Análisis Funcional

Paciente femenina de 53 años de edad, con diagnóstico de Cáncer gástrico de tipo difuso T4a, N2, M1 EC IV, se encuentra en protocolo de estudio. La paciente acude al servicio de Psicooncología / Medicina Conductual, a petición de su hija, quien solicitó una cita para la paciente debido a que la notaban “deprimida”. La principal queja de Rosa es que refiere sentirse “desesperada” y “preocupada” a que vuelva a tener problemas de la enfermedad. La problemática de la paciente se caracteriza principalmente por respuestas a nivel motor por disminución de actividades gratificantes y diarias (cocinar, quehacer, salir a pasear con esposo, hijos y amistades, organizar reuniones familiares) y presencia de llanto; a nivel cognitivo por pensamientos como “Voy a fastidiar a mi familia”, “Tengo otra vez problemas de la enfermedad”, “Esto no me deja ser como antes” y “Esto no me deja hacer lo que quiero”.

Lo anterior es altamente probable que ocurra cuando se presentan los vómitos por la mañana y tarde, permanecer inactiva en casa todo el día, así mismo al preocuparse a que vuelva a recaer y sea otra vez problemas de la enfermedad y el pensar el ¿por qué me sucede esto?

Esta situación probablemente se encuentra mantenida por la presencia de sentimientos de tristeza, miedo y coraje, así como no tener ganas de nada, así como dormir, mantenerse acostada o sentada en sillón viendo televisión. Por otro lado, estas conductas son reforzadas por su hermana e hija quienes le ayudan en las labores de la casa (quehacer y comida) y a su vez que su esposo e hijo le digan que no tienen nada malo y que todo va a salir bien.

De acuerdo con el análisis anterior, se considera que la intervención se dirija en las respuestas a nivel motor, es decir, a aumentar el número de actividades gratificantes y que retome las actividades de su rutina diaria, así como a nivel cognitivo en los pensamientos relacionados a que no puede ser como era antes o que no la dejan hacer lo quiere, a través de un entrenamiento en elementos de activación conductual y ejercicios de terapia cognitiva con lo que se espera la disminución de la sintomatología depresiva.

Hipótesis Funcional

Si la problemática se caracteriza por presentar sintomatología de tipo depresiva a nivel motor mediante la disminución de actividades gratificantes y actividades diarias y llanto, entonces si se realizan elementos de activación conductual y terapia cognitiva disminuirá la sintomatología depresiva asociada a la presencia de vómitos y los pensamientos relacionados a que no puede ser como era antes o que no la dejan hacer lo que quiere.

Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I: Sintomatología depresiva

Eje II: Sin trastorno

Eje III: Cáncer gástrico tipo difuso T4a, N2, M1 EC IV

Eje IV: Sin diagnóstico

Eje V: 61-70

Diagnóstico DSM V

Sintomatología depresiva. Cáncer gástrico de tipo difuso T4a, N2, M1 EC IV. WHODAS (Versión de 12 preguntas administrada por el entrevistador): 21.

Objetivo General

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

Objetivos Específicos

- La paciente enlistará las emociones que conoce
- La paciente indicará la intensidad de las emociones
- La paciente identificará actividades gratificantes que puede retomar.
- La paciente realizará actividades gratificantes.
- La paciente modificará los pensamientos a través del empleo de autoverbalizaciones que faciliten una sensación de control

Selección de técnicas:

- Activación conductual
 - Lista de actividades de dominio y agrado
 - Programación de actividades
- Elementos de Terapia Cognitiva
 - Autoverbalizaciones

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES Y RESULTADOS

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 1</p> <p>17/08/2017</p> <p>Consulta externa</p>	<p>Entrevista conductual</p> <p>Establecimiento de componentes de relación</p> <p>Escucha activa</p> <p>Psicoeducación</p>	<p>Se inicia la sesión con entrevista conductual y se exploran antecedentes y conductas actuales de la problemática psicológica. Se normaliza respuesta de llanto contingente a problemática.</p> <p>Se proporciona información sobre el modelo cognitivo conductual, se explica la forma de trabajo y se acuerda un plan terapéutico.</p>	<p><i>Se obtiene la información pertinente sobre la problemática actual. La paciente comenta: “me preocupa que pueda volver a recaer, que tenga otra vez problemas de la enfermedad...me siento débil y me da coraje no poder hacer cosas y no comer bien...me cuesta mucho trabajo verme así tan flaca”, “Mi hija me dice que ya me dejé, pero no me dan ganas de salir, no sé a qué se deba” (sic pac.).</i></p> <p>Una vez que se explica la forma de trabajo comenta: <i>“Hace una semana mi hijo me pagó una consulta con una psicóloga, acepté porque me dijo que me haría bien platicar con un psicólogo, pero sólo fui esa vez, porque la verdad no me sentí en confianza y preferí venir aquí, quiero intentarlo con usted” (sic.pac.).</i></p>
<p>Sesión 2</p>	<p>Entrevista conductual</p>	<p>Se continua con entrevista conductual y se normaliza respuesta de llanto contingente a problemática actual.</p>	<p>La paciente refiere: <i>“Yo me sentía muy bien después de la operación y quimioterapias, podía comer de todo en pequeñas porciones... y ahora el sentirme</i></p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
25/08/2017 Consulta externa	Escucha activa Termómetro de las emociones Aplicación de Inventario de Beck	Se identifica que la paciente tiene dificultad para describir las emociones que siente, por lo que se procede a psicoeducar sobre las mismas y se realiza un listado de las emociones que conoce y cuáles son las que están presentes con mayor intensidad. Se deja de tarea que registre la emoción que siente en el día y con qué intensidad. Se aplica Inventario de Depresión de Beck	<p><i>mal por los vómitos, esto no me deja hacer lo que yo quiero, ni tener esos ánimos como antes...lloro y no quiero pensar cosas que no son, pienso que voy a fastidiar a mi familia, que me van a arrumbar” (sic pac.).</i></p> <p>Al cuestionar sobre qué es lo que siente señala: <i>“Pues no sé sólo que estoy desesperada, y no quiero estar así...no sé a qué se deba” (sic pac.).</i></p> <p>Posterior a la psicoeducación y listado de las emociones reporta: <i>“Si he sentido varias emociones, pero lo que más siento es tristeza y miedo...a veces enojo” (sic pac.).</i></p> <p>La paciente reporta un ENA de 9/10 de tristeza y 5/10 de miedo.</p> <p>Puntuación: Beck Depresión: 23 Depresión moderada</p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
<p>*Se había programado la tercera sesión para el día 01 de septiembre de 2017, sin embargo, la hija acude al consultorio de Psicooncología/Medicina Conductual a reprogramar la cita debido a que la paciente se encontraba en endoscopia para la realización del estudio. La hija refiere: <i>“Está bien mi mamá, sólo que ayer que vino a la endoscopia no se la pudieron hacer porque aún tenía comida, entonces la mandaron a urgencias para un vaciado gástrico y hoy le van a hacer el estudio”</i> (sicfam.). Se reprograma para el 04 de septiembre de 2017.</p>			

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 6</p> <p>18/09/2017</p> <p>Hospitalización</p>	<p>Escucha activa</p> <p>Triangulación de la información</p> <p>Psicoeducación</p>	<p>La terapeuta es abordada por la hija de la paciente cuando se pretendía acudir para continuar con trabajo psicológico. Se procede a realizar entrevista con la familiar para recabar más información.</p> <p>Se psicoeduca sobre la labor del médico conductual, así como en las reacciones emocionales esperadas en la paciente debido a condición médica. Se refuerza el compromiso con la paciente y el apoyo brindado.</p>	<p>Durante la entrevista la familiar (hija) comenta: <i>“Hoy la veo más tranquila, ya es más accesible cuando le pregunto cómo se siente...antes se enojaba con nosotros, decía que no la entendíamos” (sic fam.)</i>. Con respecto a la condición médica actual refiere: <i>“Me dijeron los doctores que hay una posibilidad que le den diálisis, que tiene estomago retencional y que hay una posibilidad de que regrese el cáncer y tenga metástasis y puede que la vuelvan a operar”, “Escuchó cuando dijo el doctor que puede que tenga cáncer otra vez...se quedó como ida” “Yo le digo que le eche ganas, que se ha dejado mucho, ya no le gusta salir, ya ni cocina...se enoja conmigo porque la regaña, yo si le hablo fuerte, mi papá y hermano son suaves con ella”, “Por eso la busqué doctora porque noté a mi mamá deprimida y creo que le ha hecho bien que la vea y tanto mi papá, como mi hermano y yo estamos dispuestos a ayudar en lo que necesite” (sic fam.)</i>.</p>
<p>*El día 20 de septiembre de 2017 se realiza un monitoreo debido a que el día anterior ocurrió un sismo, la paciente refiere: “Me asusté mucho, por suerte estaba mi esposo y me ayudo a levantarme y sólo nos pegamos hacia la pared, no pude dormir del miedo a que volviera a temblar, pero hoy ya estoy más tranquila” “Me están transfundiendo sangre y mañana me hacen el estudio de tránsito</p>			

intestinal” (sic.pac.). Reporta un ENA de 5/10 de miedo y 5/10 de tristeza. Se acuerda acudir al día siguiente para continuar con trabajo terapéutico.

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 7</p> <p>21/09/2017</p> <p>Hospitalización</p>	<p>Evaluación</p> <p>Escucha activa</p> <p>Activación conductual</p>	<p>Se inicia la sesión monitoreando la realización de estudio y al comentar la paciente que ya se lo realizaron y sentirse bien se procede con la sesión. Se indaga sobre conocimientos de condición médica actual y posible afectación, debido a que existe la posibilidad de recurrencia de la enfermedad, así mismo, conocer si tiene preocupaciones al respecto.</p> <p>Se retoma la activación conductual y se procede a la planeación de las actividades a incorporar nuevamente a su rutina diaria. De las actividades comentadas se seleccionan las que tienen mayor agrado y viabilidad para realizarlas durante la semana, una vez que la den de alta.</p>	<p>La paciente refiere: <i>“Los doctores esperan el resultado del estudio que me realizaron para decirme si me operan o qué me van hacer, decirme qué es lo que sigue...sentí miedo antes de que me realizaran el estudio, pero me dije es necesario para que sepan qué es lo que tengo” (sic.pac.).</i></p> <p>Con respecto ante la posibilidad de que sea nuevamente cáncer comenta: <i>“Pues si me da miedo, pero lo tengo que asumir...al fin de cuentas es parte de...voy a tomarlo de la mejor manera y aceptarlo...solo Dios sabe lo que tiene preparado para mí y porqué”, “Trato de no pensar en lo que puede pasar, no adelantarme...hasta que ya me digan bien que es lo que tengo”, “Me ha ayudado mucho el platicar con usted, me siento mucho mejor, el compartir con alguien lo que me pasa...usted me dio mucha confianza y me ha</i></p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
		<p>Se observa que la paciente utiliza la tablet, el celular y que junta unas como tipo pastillitas con las que dice ha jugado matatena para distraerse durante su estancia hospitalaria. Se refuerzan dichas conductas y se le deja material para colorear. Se acuerda llamar para agendar la siguiente cita.</p>	<p><i>ayudado mucho lo que me dijo de que hay cosas que uno puede hacer para afrontar esta situación de la mejor manera y que hay cosas que dependen de uno” (sic.pac.).</i></p> <p>Se evalúa el dominio y agrado de las mismas:</p> <p><i>“Puedo empezar por maquillarme, escuchar música, cantar y bailar en mi casa, organizar una reunión con mis amigas en la casa, salir a caminar con mi esposo o hijo y cocinar algo pequeño” (sic pac.).</i></p> <p><i>Se selecciona:</i></p> <p><i>Maquillarme</i></p> <p><i>Escuchar música y cantar</i></p> <p><i>Salir a caminar con mi hijo</i></p> <p><i>Reporta un ENA de 5/10 de tristeza y 4/10 de miedo.</i></p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
<p>*Se contacta vía telefónica a la hija de la paciente para programar la cita de la próxima sesión, sin embargo, no se tiene éxito en contactarla. Posteriormente el día 04 de octubre de 2017 se encuentra a la hija en la sala de espera de consulta externa, quien refiere: "Los doctores le dijeron que el estudio no reportó cáncer, que sus problemas del vómito eran por la hernia y que poco a poco iban a ir disminuyendo conforme fuera comiendo, gracias a Dios todo está bien con mi mamá, hoy tiene cita, pero mi papá la va a traer como a las 8:30 am" (sic fam.). Se programa cita para el día 06 de octubre de 2017.</p>			
<p>*La paciente no acude a la cita programada por lo que se contacta vía telefónica, sin embargo, no se obtiene respuesta y se pierde contacto con la misma. Se sabe de ella hasta el día 23 de octubre de 2017, debido a que es hospitalizada por presentar sangrado de tubo digestivo e intolerancia a la vía oral y dada las malas condiciones de la paciente no se realiza alguna intervención. Es hasta el viernes 03 de noviembre de 2017 que se puede realizar un monitoreo, en el que la paciente refiere: "Me puse muy mala, tenía dolor en el estómago y seguía vomitando...me trajeron a urgencias", "Ya me siento mucho mejor, me he sentido muy contenta porque me ha acompañado mi familia, y las tres biopsias que me realizaron salieron limpias, todo negativo...y van a probar hacerme una estimulación para ver si abre y ya pueda comer y si no se puede tengo la opción de operarme", "Tengo mucha fe en que va a funcionar la estimulación y si no también estoy abierta a la operación, creo mucho en Dios y me siento tranquila" (sic pac.). Ante esta verbalización se plantean dos escenarios, si alguna de las dos opciones funciona o ninguna de las dos, la paciente comenta: "Si no es así esperar a ver que me ofrecen los doctores...ahorita estoy viviendo el momento y el vómito no va a poder más que yo...quiero irme a Acapulco a pasar unos días con mi esposo, claro, siempre y cuando los médicos me autoricen y no interfiera en lo que me van a realizar", "Quiero continuar trabajando contigo, que me ayudes a retomar lo que estábamos haciendo, a comenzar hacer actividades que me hagan sentir bien, sentirme útil." (sic pac.). Reporta un ENA 0/10 de tristeza. Se acuerda con la paciente replantear el trabajo psicológico y que se acudirá el día lunes para iniciar. Para el día lunes 06 de noviembre de 2017 los médicos reportan la defunción de la paciente.</p>			

Resultados

El presente caso aún se encuentra en curso y dado los cambios presentados en la condición médica de la paciente no permitió tener la continuidad planeada de las sesiones de intervención, sin embargo, se lograron los dos primeros objetivos. Con relación al primero en el que la paciente enlistará las emociones que conoce y las que siente con mayor intensidad, se logró que catalogara y describiera las emociones que con mayor frecuencia e intensidad se presentan, lo que facilitó la explicación y la comprensión de su problemática psicológica. Asimismo, se logró que identificara que el realizar las actividades que son de su agrado (que le son satisfactorias) afectan en cómo se siente, mismo que ejemplificó en la sesión.

Cabe mencionar que aun con estos objetivos logrados no se pueden reportar avances significativos en la problemática debido al poco tiempo en el que se ha intervenido con la paciente, asimismo la presencia de alteraciones en su estado de salud y ante la posibilidad de recurrencia de la enfermedad hizo que se pensará en dirigir la intervención hacia la preparación de la paciente ante dicha situación y fomentar el uso de estrategias de afrontamiento dirigidas a solucionar los problemas. Otro dato a considerar es la disminución en la manifestación de tristeza en la paciente durante su estancia hospitalaria, misma que se refleja en las ENAS que reportaba, lo cual podría explicarse debido a que estaba reactiva ante las mejorías que fue mostrando en su condición de salud y no se puede afirmar que se deban a la intervención. Por último, clínicamente se observaron algunas mejorías, como el que llevara un cuaderno, sin que se le haya solicitado, con lo cual evidenció su compromiso con el proceso terapéutico y en esa misma sesión (3) refiriera que el venir a la terapia le diera ganas de bañarse, y en la sesión siete verbalizó que se sintió mucho mejor al compartir con la terapeuta su problemática, así como que ella (paciente) puede hacer cosas para afrontar su situación de la mejor manera y que dependen de ella para solucionarlas.

Conclusiones

Una vez que el paciente oncológico concluye su tratamiento médico inicia un periodo de transición que implica la incorporación a su vida "normal", sin embargo, durante esta fase existe la posibilidad de que el paciente presente recurrencia de la enfermedad y esto genere la manifestación de depresión, situación en las que el médico conductual tiene que poner en marcha habilidades efectivas para obtener resultados óptimos.

Considerando los resultados antes mencionados no se puede afirmar que la intervención ha resultado exitosa, dado el tiempo que se lleva trabajando con la paciente y por la presencia de alteraciones en el estado de salud que en un momento llevaron a dirigir la intervención a posibles necesidades diferentes a la problemática actual. En este punto es importante resaltar que la respuesta de la paciente ante la posibilidad de recurrencia no fue la que se esperaba dada su problemática, es decir que aumentara la sintomatología depresiva, esto podría explicarse por la reactividad que mostró, relacionada con los cambios en su estado de salud y posiblemente a los buenos componentes de relación que se establecieron con la paciente.

Otro punto a considerar es el empleo de las técnicas que se eligieron para intervenir en la problemática de la paciente, se cuestiona si la activación conductual es la idónea, debido a que el terapeuta suele cometer el error de recurrir a las técnicas que han

mostrado resultados eficaces y se olvida revisar otras técnicas que también pueden ser útiles y efectivas para el caso. Por tal motivo, es pertinente preguntarse si ¿Las técnicas empleadas hasta el momento son las idóneas para atender la problemática de la paciente? y ¿Qué técnicas pudieron haber mostrado resultados rápidos y beneficiosos para la paciente?

Finalmente, en las siguientes sesiones se planea, por un lado, evaluar el efecto de las actividades de agrado planeadas y valorar el cambio de las mismas y que la paciente obtenga reforzamiento contingente al involucrarse en ellas, y por otro lado, trabajar en la identificación de autoverbalizaciones que le permitan modificar los pensamientos relacionados a que no puede ser como era antes o que no la dejan hacer lo que quiere y facilitar un locus de control interno.

Anexo 11

Hospital Juárez de México
Residencia en Medicina
Conductual/Psicooncología
Lic. Psic. Karen Jazmín Amaro Salinas

**Presentación del caso clínico:**

Nombre: Alejandra	Ocupación: Ama de casa
Sexo: Femenina	Lugar de origen/residencia: Estado de México
Edad: 48 años	Religión: Católica
Estado Civil: Casada	Diagnóstico médico: Cáncer de mama izquierda ECIIA Luminal B
Escolaridad: Primaria	

Selección del caso:

En cada una de las fases que conforman el proceso de la enfermedad, el Médico Conductual puede realizar intervenciones psicológicas para atender las problemáticas psicológicas características a cada una de las fases. La presentación del siguiente caso, tiene por objetivo ilustrar la dinámica común del trabajo realizado por el Médico Conductual en el servicio de oncología, que en ocasiones suele dirigirse a dar solución a una situación problemática de urgencia.

Motivo de consulta:

El día 31 de octubre de 2017 el personal de enfermería acude al servicio de Psicooncología/Medicina Conductual a solicitar apoyo psicológico para la paciente, referida por médico tratante de la clínica de onco mama, por notificación de diagnóstico. Dado que previamente se estaba en sesión con paciente, se le pide a Alejandra espere un momento para poder atenderla, la cual aceptó. Ya en sesión comenta que su médico tratante le dijo que pasara a psicología, Alejandra menciona: *“Me acaban de decir que tengo cáncer en un seno y que me tienen que operar...es algo muy difícil para mí y no voy a poder salir adelante...es más fuerte que yo...no quiero que me quiten el seno” (sic pac.)*.

Antecedentes Heredofamiliares

Madre finada por cáncer gástrico hace 18 años.

Antecedentes personales no patológicos

La paciente habita en casa propia, cuenta con todos los servicios básicos de urbanización. Actualmente vive con esposo y dos de sus hijos. Alimentación adecuada en cantidad y calidad. Hábitos higiénicos adecuados.

Antecedentes personales patológicos

Alergias: Interrogadas y negadas

Crónicos degenerativos: Hipotiroidismo hace 10 años, actualmente controlado.

Infecto contagiosas: Negados

Antecedentes quirúrgicos: 26.10.2004-Resección de Adenoma Hipofisario

Toxicomanías: Interrogadas y negadas

Antecedentes psicológicos patológicos

Interrogados y negados

Dinámica familiar y familiograma

Alejandra es casada, actualmente vive con esposo y dos de sus hijos. Refiere tener buena relación con ellos. Recibe apoyo emocional e instrumental por parte de esposo, hijos, nueras y familiares (hermanas), Ver Figura 1.

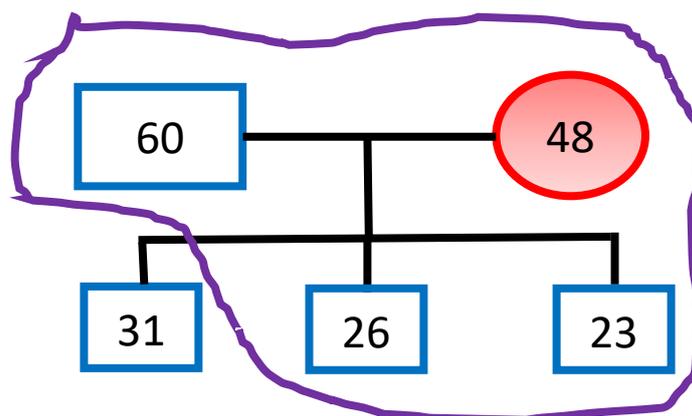


Figura 1. Familiograma de la paciente

Historia del problema

Médica

La paciente desde 2004 es atendida en el Hospital Juárez de México por un macro adenoma hipofisario y en julio de 2006 es enviada al servicio de Radioterapia por persistencia de adenoma y desde entonces acude para seguimiento y control.

En junio del 2017 inicia con dolor en mama izquierda y decide realizarse una mastografía por externo. El 09 de agosto de 2017 acude a radio oncología por control de adenoma hipofisario, muestra mastografía y deciden enviar a la clínica de onco mama por lesión BI-RADS 4b.

El 15 de agosto del 2017 es atendida por primera vez en la clínica de onco mama e inicia protocolo de estudio.

El 28 de septiembre del 2017 acude a onco mama y solicitan biopsia guiada por usg.

El 31 de octubre del 2017 acude para reporte de patología, el cual es concluyente a carcinoma invasor de mama izquierda. Le proponen manejo quirúrgico de mastectomía total y la citan en una semana para informar decisión a facultativo.

El 17 de noviembre del 2017 asiste a onco mama para informar que decide mastectomía total más ganglio centinela y se inicia tramite de cirugía.

El 03 de diciembre del 2017 se realiza mastectomía radical modificada izquierda, no se realiza ganglio centinela por no contar con gammasonda ni servicio de medicina nuclear en domingo, sin complicaciones.

El 21 de diciembre del 2017 envían a la clínica de oncología médica para tratamiento adyuvante con quimioterapia.

El 22 de diciembre del 2017 es valorada por primera vez en oncología médica en donde le explican riesgos y beneficios del tratamiento de quimioterapia (Doxorubicina+Ciclofosfamida).

El 11 de enero del 2018 acude a oncología médica para iniciar tratamiento. Recibe su primera quimioterapia (de dieciséis) el día 12 de enero del 2018.

Psicológica

El día 31 de octubre de 2017, se ve por primera vez a Alejandra en el consultorio de Psicooncología/Medicina Conductual al ser referida por médico tratante por notificación de resultado de biopsia y propuesta de manejo quirúrgico de mastectomía. Al preguntar el motivo por el cual la envían menciona: *“Me acaban de decir que tengo cáncer en un seno y que me tienen que operar...es algo muy difícil para mí y no voy a poder salir adelante...es más fuerte que yo...no quiero que me quiten el seno” (sic pac.)*. Agrega: *“Aún no lo creo, me siento en shock...tengo miedo de lo que va a pasar” (sic pac.)*.

Alejandra presenta llanto contingente al tema del diagnóstico y procedimiento quirúrgico, respiración entre cortada y volumen de voz bajo, así como respuesta de tipo ansiosa caracterizada por jugueteo con las manos. Se normalizó respuesta emocional ante la noticia e inició con instrucciones para respiración pasiva; posteriormente se realizó una evaluación de la información que le proporcionó su médico tratante. La paciente verbalizó que le dieron una semana para pensar sobre procedimiento quirúrgico y para realizar trámite de gastos catastróficos. Con respecto a cirugía menciona: *“Sé que es algo que se tiene que hacer por mi salud, ya quiero irme a mi casa, darme un tiempo para pensar...ahorita ya no quiero estar en el hospital” (sic pac)*. Se identifican familiares a los que tiene que comunicar situación médica y se brinda orientación sobre el trámite de gastos catastróficos. Se propone atención psicológica debido a la reacción de crisis ante la notificación del diagnóstico y tratamiento, considerando que posiblemente se iba a enfrentar a la cirugía en un futuro próximo, a lo cual la paciente acepta y se agenda cita.

En una segunda sesión (03 de noviembre de 2017) se procede a indagar sobre estado emocional y decisión de procedimiento quirúrgico, a lo que la paciente menciona: *“Ya estoy un poco mejor, tranquila, hablé con mi familia y lloré mucho, me abrazaron y me dijeron que soy su guerrera...sentí muy bonito por el apoyo de todos, me hicieron bromas, reí mucho y subieron mi ánimo... fue contrario a lo que me imaginaba, pensé que me iban a regañar”, “Me dijeron que un seno no hace a la persona, que si la doctora me dijo que quitarme todo el seno era la mejor opción lo aceptara, que pensara con la cabeza y no por vanidad” (sic pac.)*. Se brinda información sobre la importancia de apearse al tratamiento, a lo que la paciente refiere: *“Yo quisiera que sólo me quitaran el pezón, pero sé que puede quedar una célula y es mejor lo quiten todo”, “Voy a aceptar la operación, es lo mejor para mi salud y lo que menos quiero es preocupar a mi familia”, “Aun así me da mucha rabia, coraje con la vida...tristeza por esto que me está pasando” (sic pac.)*. Con respecto a procedimiento quirúrgico menciona: *“Me preocupa que algo se pueda complicar y me tenga que quedar más días en el hospital, como cuando me operaron del tumor en la cabeza y también el cómo me voy a ver sin un pecho” (sic pac)*. Alejandra presenta llanto contingente al tema de cirugía, se normalizó respuesta emocional, se propone trabajo terapéutico para preparación ante mastectomía.

Debido a que se ha visto a la paciente en distintas fases del proceso de la enfermedad y se han atendido las necesidades del momento, no se ha obtenido una evaluación detallada para identificar una problemática actual.

Impresión y actitud general

Paciente de complexión endomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño. Presenta facie triste y preocupada, se muestra cooperadora 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 disminuidas y memorias conservadas. Lenguaje coherente y congruente, llanto contingente al tema de diagnóstico y procedimiento quirúrgico. Pensamiento concreto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Afecto ansioso. Con noción de enfermedad.

Factores psicológicos complementarios

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

Personalidad previa

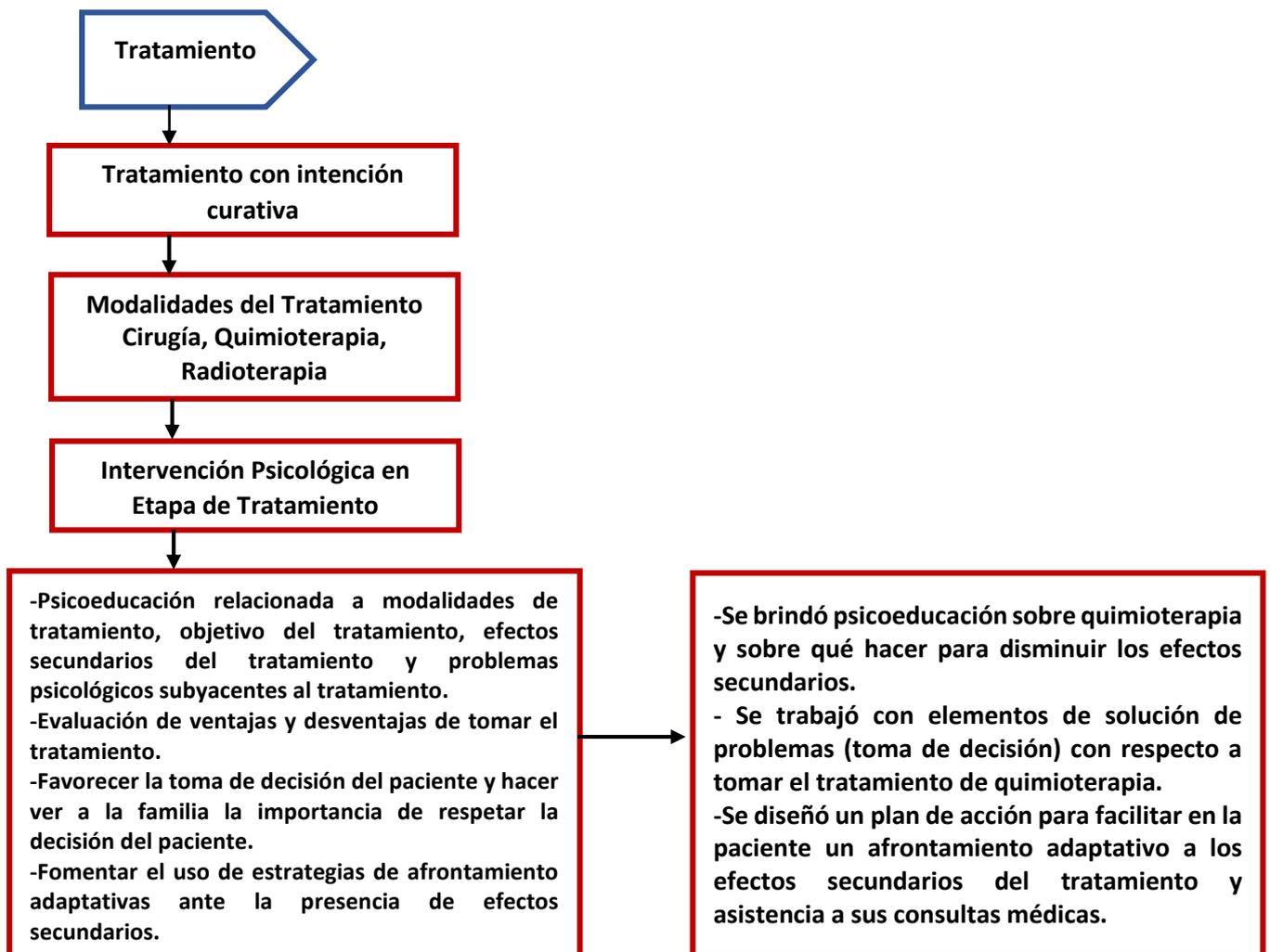
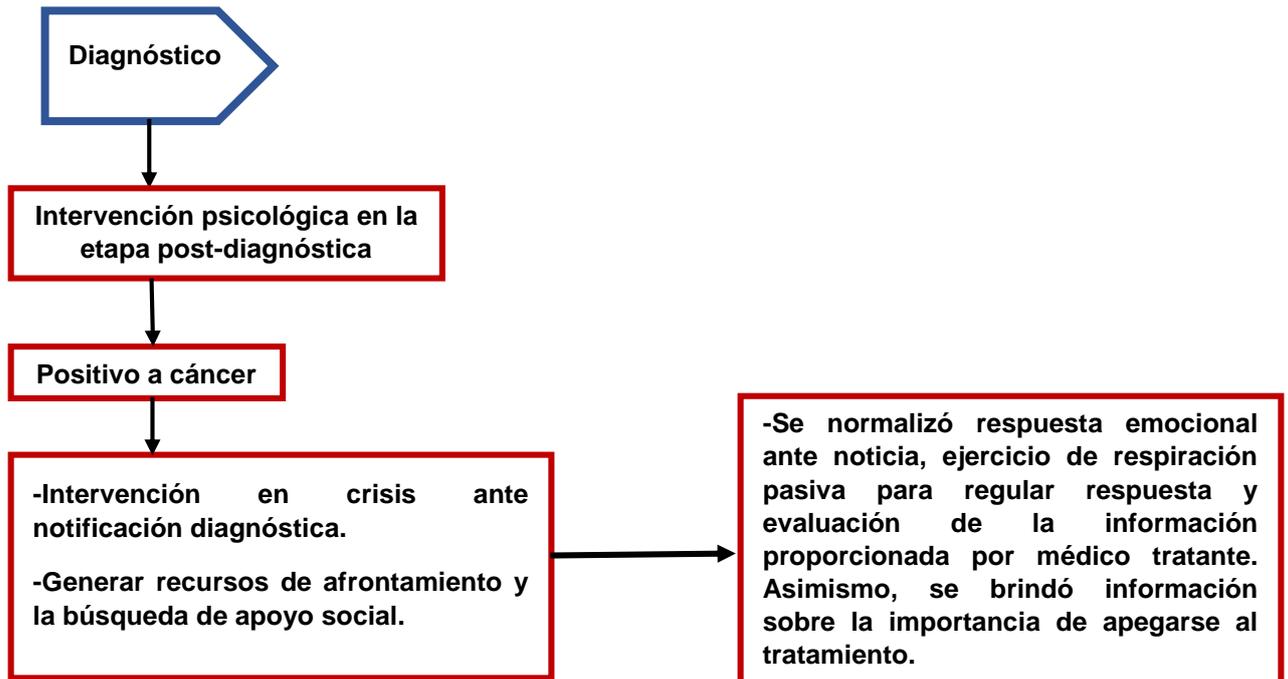
Alejandra se describe como: *“Antes era alegre, me gustaba echar relajo de todo, era muy activa, independiente, pensaba lo positivo de las cosas” (sic pac).*

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

- Entrevista conductual
- Aplicación de pruebas psicométricas: Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

Lista de conductas problemas

Considerando que no se ha realizado una evaluación detallada para identificar una conducta problema y diseñar un plan de intervención, se utilizan los diagramas planteados por Becerra (2014) para ejemplificar el trabajo realizado con la paciente en las distintas fases de la enfermedad.



El diagnóstico que a continuación se presenta corresponde a la valoración inicial con la paciente en la fase de diagnóstico (posterior a la comunicación de diagnóstico de cáncer de mama y la propuesta de tratamiento inicial con mastectomía).

Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I: Respuesta de estrés aguda

Eje II: Sin trastorno

Eje III: Cáncer de mama izquierda ECIIA Luminal B

Eje IV: Sin diagnóstico

Eje V: 71-80

Diagnóstico DSM 5

Respuesta de estrés aguda. Cáncer de mama izquierda ECIIA Luminal B. WHODAS (Versión de 12 preguntas administrada por el entrevistador): 22

Objetivo general:

Que la paciente emplee estrategias de afrontamiento adaptativas en la fase de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Objetivos específicos

1. La paciente disminuirá la respuesta fisiológica y motora exacerbada debida a notificación de diagnóstico y tratamiento inicial con mastectomía.
2. La paciente identificará a familiares que le brinden apoyo social.
3. La paciente identificará el objetivo y efectos secundarios de la quimioterapia.
4. La paciente identificará las ventajas y desventajas de tomar o no la quimioterapia.
5. La paciente realizará ejercicios de respiración pasiva para disminuir las respuestas fisiológicas de ansiedad.
6. La paciente identificará conductas que le permitan hacer frente al cambio en la imagen por la caída del cabello.
7. La paciente empleará autoverbalizaciones positivas que faciliten una sensación de control.

Selección de técnicas

- Intervención en crisis
- Respiración pasiva
- Imaginación guiada

- Psicoeducación
- Solución de problema
- Autoverbalizaciones positivas

DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES Y RESULTADOS

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 1</p> <p>31/10/2017</p> <p>Consulta externa</p>	<p>Intervención en crisis</p> <p>Escucha activa</p> <p>Respiración pasiva</p> <p>Evaluación de información proporcionada por el médico tratante</p> <p>Orientación</p>	<p>Se inicia la sesión indagando el motivo de envío al servicio de Psiconcología/Medicina Conductual. Se procede con escucha activa y normalización de la respuesta emocional de la paciente ante noticia.</p> <p>Al observar la respuesta emocional de crisis en la paciente se inicia con instrucciones de respiración pasiva; posteriormente se realiza una evaluación de la información que le proporcionó su médico tratante.</p> <p>Se identifican familiares a los que tiene que comunicar situación médica y se brinda orientación sobre el trámite de gastos catastróficos.</p> <p>Se le propone la atención psicológica debido a la reacción de crisis ante la notificación del</p>	<p>La paciente reporta: <i>“Aún no lo creo, me siento en shock...tengo miedo de lo que va a pasar” (sic pac.)</i>.</p> <p>Con respecto a procedimiento quirúrgico menciona: <i>“La doctora me dio una semana para qué pensará lo de la operación y viera los tramites de gastos catastróficos...Sé que es algo que se tiene que hacer por mi salud, ya quiero irme a mi casa, darme un tiempo para pensar...ahorita ya no quiero estar en el hospital” (sic pac)</i>.</p> <p>Tras orientación: <i>“Muchas gracias por la ayuda, ahorita mi cabeza está en otro lado y no me puedo concentrar...lo bueno que me acerqué a usted, me fue de mucha ayuda” (sic pac)</i>.</p> <p>La paciente refiere: <i>“Ya quiero llegar a casa para platicar con mi esposo, hijos, hermanas...y si quisiera regresar con usted para que me siga ayudando en esta situación tan difícil que aún no puedo creer que me está pasando” (sic pac)</i>.</p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
		diagnóstico y tratamiento, considerando que posiblemente se iba a enfrentar a la cirugía en un futuro próximo	
<p>Sesión 2</p> <p>03/11/2017</p> <p>Consulta externa</p>	<p>Escucha activa</p> <p>Establecimiento de componentes de relación</p> <p>Información</p>	<p>Se inicia la sesión indagando sobre estado emocional y decisión de procedimiento quirúrgico.</p> <p>Se brinda información sobre la importancia de apegarse al tratamiento.</p> <p>Se normaliza respuesta de llanto contingente al tema de cirugía e indaga sobre preocupaciones.</p> <p>Se propone trabajo terapéutico para preparación ante mastectomía, por</p>	<p>La paciente reporta: <i>“Ya estoy un poco mejor, tranquila, hablé con mi familia y lloré mucho, me abrazaron y me dijeron que soy su guerrera...sentí muy bonito por el apoyo de todos...Me dijeron que un seno no hace a la persona, que si la doctora me dijo que quitarme todo el seno era la mejor opción lo aceptara, que pensara con la cabeza y no por vanidad” (sic pac.).</i></p> <p>Posterior a la información menciona: <i>“Yo quisiera que sólo me quitaran el pezón, pero sé que puede quedar una célula y es mejor lo quiten todo”, “Voy a aceptar la operación, es lo mejor para mi salud y lo que menos quiero es preocupar a mi familia”, “Aun así me da mucha rabia, coraje con la vida...tristeza por esto que me está pasando” (sic pac.).</i></p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
		<p>lo que se psicoeduca en el modelo de trabajo.</p>	<p>Con respecto a cirugía comenta: <i>“Me preocupa que algo se pueda complicar y me tenga que quedar más días en el hospital como cuando me operaron del tumor en la cabeza y también el cómo me voy a ver sin un pecho” (sic pac)</i></p> <p>Posterior a la psicoeducación refiere: <i>“Qué bueno que hay personas como usted que se preocupan por ayudarnos, creo que sí necesito venir y con su ayuda enfrentar mejor esta situación tan difícil, que es más fuerte que yo...siento que no podré salir adelante” (sic pac).</i></p> <p>Reporta un ENA de tristeza: 10/10</p> <p>ENA de miedo: 10/10</p>
<p>Se había programado la tercera sesión para el día 10 de noviembre de 2017, sin embargo, no acude y se contacta vía telefónica para reprogramar y no se logra localizar. Posteriormente se ve a la paciente el día 17 de noviembre de 2017, que ya estaba por retirarse del hospital tras haber sido vista por su médico tratante de la clínica de Oncomama, quien refiere: <i>“No pude venir con usted porque nadie me pudo acompañar...si estoy interesada en la ayuda, ya me dieron fecha tentativa de cirugía para el 01 de diciembre y si quiero verla antes” (sic pac)</i>, se programa cita para el 27 de noviembre de 2017 a petición de la paciente. Debido a que la terapeuta acudiría a un evento académico en la fecha programada se contacta vía telefónica para reprogramar, pero</p>			

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
<p>nuevamente no se tiene éxito en localizarla y se pide apoyo a un compañero del servicio de hematología para acudir ese día con la paciente y reprogramar, sin embargo, no acude nuevamente a la cita acordada.</p>			
<p>Sesión 3</p> <p>01/12/2017</p> <p>Hospitalización</p>	<p>Evaluación de estado emocional</p> <p>Escucha activa</p> <p>Respiración pasiva</p> <p>Imaginación guiada</p>	<p>Se inicia la sesión preguntando sobre su inasistencia a la cita programada; posteriormente se procede a indagar sobre estado emocional previo a cirugía y preocupación referida en la sesión anterior.</p> <p>A la observación clínica no se identifica sintomatología ansiosa por procedimiento quirúrgico, sin embargo, se decide realizar ejercicios de respiración pasiva e imaginación guiada para que los practique en caso de presentar aumento de respuesta fisiológica por procedimiento y por la ENA de miedo reportada.</p>	<p>La paciente refiere: <i>“Ahorita me siento tranquila, ayer fui a la iglesia y el padre me dijo unas palabras tan bonitas que me dio mucha paz, mucho ánimo...el haber visitado la casa del santísimo me ayudó a tener tranquilidad y seguridad” (sic pac).</i></p> <p>Con respecto a procedimiento quirúrgico comenta: <i>“Me dijeron que dependiendo del estudio de tiroides me operan hoy y si no hasta mañana...sé que estoy en buenas manos y ahorita no me preocupa tanto lo que pueda pasar...no sé cómo me ponga ya en el momento de que me lleven a quirófano” (sic pac).</i></p> <p><i>Reporta un ENA de miedo 8/10 y ENA de tristeza 4/10.</i></p> <p>Posterior a los ejercicios refiere: <i>“El imaginarme de nuevo en la iglesia...volverlo a revivir me hizo sentir la paz y ánimo que necesito...sentí muy bonito” (sic pac).</i></p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
		Se acuerda contactar para programar próxima cita en consulta externa.	<i>Reporta un ENA de miedo 5/10.</i>
<p>Debido a que la terapeuta se iría de vacaciones se proporciona número de contacto a la paciente y se acuerda contactar para agendar próxima cita en consulta externa y poder continuar con trabajo psicológico. Se establece contacto con la paciente y se cita para el día 21 de diciembre de 2017 pero por cuestiones de salud por parte de la terapeuta se reprograma para el día 28 de diciembre de 2017, sin embargo, se tuvo la necesidad de reprogramar en una ocasión más para el día 03 de enero de 2018, a la cual no pudo asistir debido a que tenía estudios programados y la tardaron más tiempo del contemplado. Es hasta el día 11 de enero de 2018 que se ve nuevamente a la paciente en la sala de espera de consulta externa, acudía a cita en Oncomédica, quien comenta: <i>“De la cirugía ya me siento bien, lo que no he podido hacer es verme la herida, quien me ayuda a bañarme son mis hermanas...pensaba irte a buscar saliendo de mi consulta, vine para lo de la quimioterapia, la vez pasada me dieron estos papeles para que firmara y sobre los efectos secundarios (muestra documentos), pero tengo miedo de que me las den por los efectos” (sic pac).</i> Se le pregunta si tenía alguna duda sobre los documentos proporcionados por su médico tratante a lo que menciona que en lo único que tiene dudas es sobre los efectos secundarios, se le pregunta sobre qué de los efectos a lo que responde si es posible que le pasen todos los que dice el documento. Ante inquietud de la paciente se procede a psicoeducar sobre tratamiento de quimioterapia y efectos secundarios, cuando se pretendía evaluar respuesta sobre la información brindada, la llaman del consultorio para ser atendida. Se decide pasar con la paciente a su consulta. Ya en consulta la paciente presenta respuesta de tipo ansiosa que se manifiesta por jugueteo con las manos, postura encorvada y miraba hacia abajo, en el momento que la médica adscrita pregunta si puede acudir al día siguiente a iniciar tratamiento, volteo a ver a su acompañante (nuera de su hijo el del medio) para dar una respuesta. La médica adscrita le pregunta si tiene alguna duda, a lo que la paciente, con tono de voz baja y titubeante, contesta si le va a pasar todos los efectos que dice el documento y la doctora le explica, de forma empática y detallada, el objetivo y lo que puede pasar con el tratamiento, la paciente presenta llanto contingente a la explicación. Al momento en que el residente le va explicar lo que tiene que realizar para iniciar el tratamiento y estudios para su próxima cita, la paciente señala con la mirada a su acompañante para que sea a ella a quien le den las indicaciones y menciona: <i>“Es que ahorita no estoy bien y no puedo entender” (sic pac).</i> Al concluir la consulta se lleva a la paciente al consultorio de Psiconconlogía/Medicina Conductual.</p>			

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 4</p> <p>11/01/2018</p> <p>Consulta externa</p>	<p>Entrevista conductual</p> <p>Escucha activa</p> <p>Solución de problemas</p>	<p>Se inicia la sesión preguntando sobre la respuesta emocional que presentó durante la consulta en oncomédica, a lo que refiere:</p> <p><i>“Sentí mucho miedo, yo sé a lo que vengo, pero tengo mucho miedo, sentí escalofríos, mucho sentimiento, coraje...hasta tengo mis manos frías” (sic pac).</i> Alejandra presenta llanto contingente a verbalización.</p> <p>Se normaliza respuesta emocional y se continúa indagando sobre lo ocurrido en la consulta.</p> <p><i>“Yo pensaba ya me quitaron el seno... ya pasó, pero ya viene otro golpe más fuerte, para mí las quimios es algo más fuerte” (sic pac).</i></p> <p>Ante la pregunta ¿Qué tienen las quimios que las hace muy fuerte?, responde: <i>“Los síntomas más que nada, los ascos...que me dé algo de todo lo que le[documento proporcionado por la médico tratante], me da mucho miedo, todo</i></p>	<p>Tras retomar información refiere: <i>“Sé que las reacciones, como dice, no a todas nos pueden dar, pero...no le entendí nada, ni los tramites...mi mente estaba en la quimio, dije mañana me la van hacer, cómo me voy a sentir, con mucho asco, muchas nauseas, dolor de cabeza, estando ahí sentía escalofrió, me quería salir,tenía ganas de decirle no quierohacérmelas...gritarle no quiero hacérmelas” “No quiero tomarlas, no quiero... Es una decisión muy dura...No sé qué hacer, no sé... (sic pac).</i></p> <p>Como resultados del ejercicio de solución de problemas:</p> <p>Ventajas de tomar las quimios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vivir un poco más ▪ Que mi familia este bien ▪ Que este bien yo, por mi bien, beneficio de mí misma y tratar la enfermedad <p>Desventajas de tomar las quimios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mi desgaste

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
		<p><i>eso” “Es que no me las quiero hacer...imagina todo lo que sufre uno y luego para que te vuelva a crecer [cabello]...ova a resultar otra vez el cáncer, no tiene caso...No conforme de estar toda mocha, al rato estar pelona y como oyes tantas cosas afuera, yo no quiero oír pero están enfrente y están platica y platica... yo venía tranquila, pero pues de todo lo que hablan me ponen nerviosa” (sic pac).</i></p> <p>Se pide especifique qué es lo que escucha en las pláticas: <i>“Que no se aguantan los vómitos, que sus familias les dicen que se ven chistosas pelonas” (sic pac).</i></p> <p>Ante verbalizaciones sobre los efectos secundarios se retoma la información proporcionada por la doctora de oncomédica.</p> <p>Se propone realizar un ejercicio de solución de problemas (toma de</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Me encerraría mientras pase todo esto y me va hacer daño <p>Ventajas de no tomar las quimios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ninguna, no tiene nada de ventajas <p>Desventajas de no tomar las quimios</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hacer sufrir a mi familia ▪ Irme peor porque vaya a venir una cosa más fuerte de la enfermedad ▪ Es negativo para mi salud <p>Al evaluar los resultados menciona: <i>“Es algo que no había considerado, sólo esto (señala las desventajas de tomar las quimios) ...pienso que lo más correcto es que las tome...yo creo sí tomarlas y echarle ganas, si las voy a tomar por mi familia más que nada, por ellos, me han apoyado mucho, mis hermanas, mis hijos no me han dejado, por ellos para adelante” (sic pac).</i> Agrega:</p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
		<p>decisión) ante indecisión de tomar las quimioterapias.</p> <p>Se acuerda con la paciente que se acudiría al día siguiente en la aplicación de la quimioterapia para continuar con el trabajo psicológico.</p>	<p><i>“Muchas gracias, me ha dado mucho apoyo, me ha ayudado bastante” (sic pac).</i></p>
<p>Sesión 5 12/01/2018 Sala de quimioterapia</p>	<p>Aplicación de Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)</p> <p>Entrevista conductual</p> <p>Escucha activa</p> <p>Respiración pasiva</p> <p>Autoverbalizaciones positivas</p>	<p>Se inicia evaluando estado emocional durante la aplicación de quimioterapia.</p> <p>Se retoman los ejercicios de respiración pasiva practicados.</p> <p>Se indaga sobre intentos de solución para tranquilizarse, refiere: <i>“yo misma me platico, como me dice mi esposo, mis hijos y familia, ya pasaste lo peor adelante, no quiero tener miedo ya estoy aquí, pero es más fuerte mi miedo” (sic pac).</i></p>	<p>La paciente refiere: <i>“Siento muchos nervios, no puedo...soy muy cobarde (presenta llanto)...no puedo explicarlo...siento que tiemblo por dentro...pienso en que voy a salir ahorita toda mareada, con mucho vómito...como me dice todavía no sabe uno y ya lo trae en la cabeza y es lo que no quiero...quiero echarle ganas porque ya estoy aquí”</i> <i>“Cuando me hablaron sentí que mi corazón palpitaba rápido y me dije si voy o no voy, cuando caminaba me sentí muy pesada y con el pensamiento entro o no entro, al entrar me nombraron y no conteste a la primera, me quede callada y todavía lo dudé, a la segunda vez ya conteste y ya estoy aquí” (sic pac).</i> Reporta una ENA de “nervios” 10/10.</p> <p>Posterior al ejercicio de respiración: <i>“Si me ayuda respirar, me siento un poco más tranquila...pensé cosas</i></p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
		<p>Se psicoeduca sobre autoverbalizaciones positivas y se dan algunos ejemplos de las mismas.</p> <p>Se propone continuar con trabajo psicológico para que emplee estrategias que le permitan tener confianza, sensación de control y afronte de una manera adaptativa la fase de tratamiento.</p>	<p><i>bonitas...recordé lo que me dijeron ayer que me quieren mucho, quieren ver a la guerrera arriba, vamos a echarle ganas, vamos a seguir adelante lo que tú nos has dicho, echamos relajo muy bonito” (sic pac). Reporta un ENA de “nervios” 6/10.</i></p> <p>Autoverbalizaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tranquila, respira, tú puedes. ✓ Ya pasé la operación, podré con las quimios ✓ Puedo controlar lo que siento ✓ Ya pasé lo peor, puedo con lo que sigue <p>Tras la propuesta comenta: <i>“Sí, porque me cierro, me están hablando y estoy en otro lado, como ayer que me estaba explicando la doctora, pasa todo muy rápido por mi cabeza, no le pongo atención, y cuando me dicen es que dijo eso la doctora y digo a poco...me bloqueo”</i> <i>“Antes de llegar al hospital venía muy nerviosa, caminaba muy rápido, ya quería llegar, dije que pase lo que tenga que pasar, pero llego aquí y digo no mejor no, para mí era un martirio”</i> <i>“No quiero verme así, yo quiero verme fuerte pero yo misma me estoy deteniendo” (sic pac).</i></p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
			<p>Al concluir la sesión: <i>“Le dije a mi esposo que ibas a estar conmigo y ahorita que ya te vas estarás conmigo por tus consejos” (sic pac).</i></p> <p>Resultados instrumentos</p> <p>Beck depresión: 37 Depresión grave</p> <p>IDARE</p> <p>Estado: 64 Alto</p> <p>Rasgo: 63 Alto</p>
<p>Se había agendado una cita para el día 18 de enero de 2018; sin embargo, la paciente cancelo debido a malestar físico por la quimioterapia y se reprograma.</p>			
<p>Sesión 6</p> <p>25/01/2018</p> <p>Consulta externa</p>	<p>Escucha activa</p> <p>Entrevista</p> <p>Conductual</p>	<p>Se da inicio a la sesión con escucha activa y normalización de la respuesta de llanto de la paciente. Muestra movimiento estereotipado de manos.</p> <p>Se indaga sobre la emoción de tristeza, refiere: <i>“Siento que me estoy deprimiendo cada día más, ahorita</i></p>	<p>Alejandra comenta: <i>“Vengo muy triste, se me está cayendo ya mi cabello, hoy en la mañana que me peine se me cayó un buen, muchísimo...yo pensaba que no se me iba a caer, pero no lo asimilo” (sic pac).</i></p> <p>Tras la propuesta de elaborar un plan: <i>“Me parece bien en que me ayudes a pensar que puedo hacer para no sentirme tan triste y pueda con todo esto de las quimios” (sic pac).</i></p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
	Elaboración de plan de acción	<p><i>que ya se me cayó mi cabello peor, no quiero ver a nadie, no me quiero levantar, me siento muy pesada, ya que se me pasaron los ascos dije voy hacer mis cosas poco a poco, pero mi esposo no me deja y me hace sentir inútil, en la madrugada a veces me despierto con dolor de cabeza y no puedo dormir, siento pesadez en el cuerpo... durante el día me la paso acostada...No quiero estar triste, pero me gana más la tristeza” (sic pac).</i></p> <p>Se procede a la elaboración de un plan de acción para facilitar en la paciente un afrontamiento adaptativo a los efectos secundarios del tratamiento.</p> <p>Se recuerda que algunos efectos se pueden controlar con medicamentos.</p>	<p>Para hacer frente al cambio en la imagen por la caída del cabello:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Seguir usando gorros o gorra -Ver trámite para la donación de una peluca -Maquillarme <p>Para recordar las recomendaciones:</p> <p>Con ayuda de sus nueras, anotar en cartulina (tamaño grande) las recomendaciones para que pueda controlarlos y ponerla en la pared arriba de su cama.</p> <p>Cuando se le propone la planeación de actividades comenta: <i>“Sí creo eso me ayudará mucho, porque sí hay días que me siento bien y quiero ayudar, aunque sea a picar la verdura, a algo no pesado, pero mi esposo me dice que no porque qué tal que me mareo, pero sí lo quiero hacer para no sentirme una inútil” (sic pac).</i></p> <p>Como actividades se planea:</p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
		<p>Se identifica que hay días que ya no presenta los efectos como nauseas, vómito y sensación de cansancio por lo que se procede a planear actividades como medida urgente para la paciente dada la presencia de sintomatología depresiva.</p> <p>Con respecto a afrontar de manera adaptativa la asistencia a sus consultas médicas se identifica lo que le puede solicitar el médico para la realización de la siguiente quimioterapia. Asimismo, se retoman las autoverbalizaciones positivas para emplearlas antes de pasar a la consulta en oncomédica.</p>	<p>-Ir el fin de semana, un rato a la feria del pueblo con su familia.</p> <p>-Ayudar en preparar cosas para la comida.</p> <p>-Escuchar la música que le gusta y ayudar en algunas labores del hogar que no demanden esfuerzo físico.</p> <p>-Salir a caminar al deportivo por la tarde (20 minutos).</p> <p>Lo que le puede solicitar su médico:</p> <p>-Me puede preguntar sobre cómo me he sentido</p> <p>-Mis estudios de laboratorio, tenerlos a la mano.</p> <p>-Darme la cita para las siguientes quimios.</p> <p>-Darme la cita para la siguiente consulta.</p> <p>Se propone las anote en un cuaderno y las repase antes de pasar a la consulta.</p> <p>Como autoverbalizaciones positivas:</p> <p>-Tranquila, vas a poder poner atención</p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
			<p>-Podré contestarle a la doctora</p> <p>-El miedo no me ganará, yo puedo tranquilizarme</p>
<p>Sesión 7</p> <p>01/02/2018</p> <p>Consulta externa</p>	<p>Escucha activa</p> <p>Autoverbalizaciones positivas</p> <p>Refuerzo positivo</p>	<p>Se da inicio la sesión revisando la planeación de actividades acordadas. Se evidencia el compromiso de la paciente ante las actividades por lo que se refuerza positivamente, felicitándola por el esfuerzo realizado.</p> <p>Se observa clínicamente a la paciente tranquila, no muestra movimientos estereotipados de manos ni llanto, además se maquilló.</p> <p>Se indaga estado emocional ante su asistencia a consulta en Oncomédica. Se evidencia su compromiso con el plan elaborado al traer una libreta con lo identificado en la sesión anterior. Se sugiere que no pase sola sino con su acompañante</p>	<p>Alejandra comenta: <i>“Si logré ir a la feria, solo un ratito porque había mucha gente y tenía un dolor en la espalda...en un principio no quería ir porque se me cayó una bola grande de cabello y les dije a mis hijos que ya no quería ir, pero al ver la carita de mis nietos triste porque ya no quería ir me animé y fuimos...Ya en la feria yo sentía que todos se me quedaban viendo pero me dije a mi misma tranquila y pasó”, “Y ayude en algunas cosas de la comida y el quehacer, lo que no hice fue ir a caminar al deportivo porque llegaba muy tarde a mi casa y hacia otras cosas” (sic pac).</i></p> <p>Refiere: <i>“Me siento tranquila y vengo decidida a pasar sola y ser yo quien le conteste a la doctora lo que pregunte, como me dijiste que va a pasar cuando no pueda venir alguien conmigo...Estoy tranquila y vengo con la idea de que mañana es mi quimioterapia, que voy a poner atención y me voy hacer responsable de lo que me toca” (sic pac).</i></p>

Sesiones y fechas	Técnica de Intervención	Procedimiento	Resultados
		<p>(nuera) pero que sea ella quien responda.</p> <p>Se repasan autoverbalizaciones positivas.</p> <p>Se refuerza positivamente a la paciente por lo realizado. Se interrumpe la sesión debido a que la llamaron para pasar a su consulta en oncomédica.</p>	<p>Tras repaso de autoverbalizaciones: <i>“El decirme a mí misma eso me ayuda, le tengo que echar ganas” (sic pac).</i></p> <p>Además, agrega: <i>“Ya me bañé sola, les dije a mis hermanas que no siempre van a estar para ayudarme y que yo puedo sola, aun no puedo verme la herida y quiero me ayudes en eso...También ya pensé en raparme, yo misma me digo cosas de mi cabello como ya no estás brillante, estás todo seco, y ya una de mis amigas me hizo dos gorros muy bonitos y ya vi lo de la peluca” (sic pac).</i></p>
<p>Se acompaña a la paciente a su consulta en Oncomédica en la que se observa tranquila y responde a lo que la doctora le pregunta, prestó atención a las indicaciones del residente y preguntó dudas, también realizó preguntas relacionadas a la prótesis y si podrá nuevamente realizar su deporte que practicaba (voleibol). Al salir de consulta se refuerza positivamente el esfuerzo y las conductas emitidas. Se acuerda llamar para agendar la cita y continuar con el trabajo psicológico, recalcando la importancia de acudir y ser constantes.</p>			

Resultados

A pesar de que no se obtuvo una evaluación detallada para identificar una conducta problema actual y diseñar un plan de intervención estructurado, el trabajo realizado se dirigió a brindar a la paciente estrategias de afrontamiento adaptativas en la fase de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Clínicamente se observaron las siguientes mejoras:

-Al brindar intervención en crisis, posterior a la comunicación de diagnóstico y propuesta de tratamiento inicial con mastectomía, la paciente mostró una respuesta más funcional caracterizada por la disminución de las respuestas fisiológicas y motoras iniciales e identificó recursos de apoyo social.

-Expresó la necesidad de contar con apoyo para *“enfrentar mejor esta situación tan difícil, que es más fuerte que yo...siento que no podré salir adelante” (sic pac)*.

-Logró identificar las ventajas y desventajas de tomar o no la quimioterapia: *“Es algo que no había considerado, sólo esto (señala las desventajas de tomar las quimios) ...pienso que lo más correcto es que las tome...yo creo si tomarlas y echarle ganas...” (sic pac)*.

-Reportó una disminución de la emoción de miedo y “nervios” posteriores a los ejercicios de respiración pasiva e imaginación guiada, mismo que se ve reflejado en la ENAs reportadas.

-Identificó conductas que le permitirán hacer frente al cambio en la imagen por la caída de cabello.

-Empleó autoverbalizaciones positivas que le permitieron una sensación de control y participación activa en el tratamiento y facilitó la comunicación con el personal médico.

Asimismo, durante la intervención se identificó información a nivel cognitivo relevante a considerar para una evaluación a profundidad, la mayoría relacionada con aspectos de su imagen corporal, tales como:

- *“Ahora que me hagan mis quimios no quiero ver a nadie, a nadie, porque nada más van a verte por morbo”*
- *“Nada más se me quedaban viendo, no me quitaban la vista de aquí (lado de la mastectomía), no disimulaban”*
- *“Veo a las personas y se me quedan viendo, su mirada y bajan la mirada”*
- *“Siento que les paso mi tristeza, que dicen hay pobrecita, no me gusta que me vean, que me ven con lastima”*

- *“El miedo es parte por lo que paso con mi mami, hace 18 años que falleció, eso me traumó ver como sufría, no aguantaba el dolor, se le rego el cáncer, mi miedo es por como lo vi con ella”*
- *“Digo para qué le echo ganas si ya no voy a poder salir, mi vida ya no va hacer igual, sin el seno ya no va ser igual, ya no me voy a poder mover como antes, igual siento que si salgo me van a ver como bicho raro”.*

Otro dato para considerar es la puntuación que la paciente obtuvo en los instrumentos de evaluación aplicados, en los que muestra puntuaciones altas en depresión y ansiedad (tanto estado como rasgo) y realizar una evaluación detallada en esos aspectos, centrada en la fase actual de la enfermedad.

El caso aún se encuentra en curso, por lo que se planea para las siguientes sesiones dar continuidad al plan de acción elaborado para hacer frente a los efectos secundarios de la quimioterapia y seguir fomentando una participación activa en esta fase de la enfermedad. Otro aspecto por trabajar es lo referente a la dificultad que tiene para verse la herida (cicatriz quirúrgica y ausencia del seno), así como verse al espejo sin cabello y aceptar su nueva imagen corporal. Se considera conveniente emplear la técnica de exposición gradual hasta lograr tales conductas y con apoyo de ejercicios de la terapia cognitiva trabajar los pensamientos relacionados con la imagen corporal.

Comentarios Finales

Este caso ejemplifica la dinámica común del trabajo realizado por el Médico Conductual en el servicio de oncología, que en ocasiones suele dirigirse a dar solución a una situación problemática de urgencia, asimismo, en cada una de las fases de la enfermedad, puede realizar intervenciones psicológicas para atender las necesidades características a cada una de las fases. Becerra (2013) menciona que durante el proceso de la enfermedad es esencial que el paciente comprenda el padecimiento, sus tratamientos, los efectos secundarios derivados de la terapéutica y los cambios que deben asumir en su comportamiento ante su nueva posición de enfermo por lo que el paciente debe generar conductas adaptativas y en este sentido la intervención del Médico Conductual es fundamental para facilitar un proceso adaptativo a la enfermedad.

Considerando lo anterior, el inicio de la intervención con la paciente fue después de la comunicación de una mala noticia y requirió de una intervención de urgencia y posteriormente se propone el inicio de un proceso terapéutico en consulta externa para un trabajo sistemático y estructurado, sin embargo, por intermitencias en la constancia

de las sesiones y que se atendieron las necesidades del momento en la fase de diagnóstico y tratamiento no se logró una evaluación detallada que permitiera la identificación de la conducta problema y realizar una intervención estructurada.

No obstante, se logró que la paciente empleara estrategias de afrontamiento adaptativas mismas que se evidencian en su participación activa en el tratamiento y muestra un sentido de control de la enfermedad que han fortalecido su adherencia terapéutica. Actualmente la intervención se dirige a atender la necesidad de la paciente con relación a su imagen corporal afectada por la mastectomía y los efectos secundarios de la quimioterapia, específicamente la caída del cabello y es conveniente realizar una evaluación a profundidad para atender dicha demanda y brindar una intervención estructurada en beneficio de la paciente. Como menciona Gómez (2011, como se citó en Bravo, 2013) para algunas enfermedades los tratamientos son muy agresivos, con efectos secundarios indeseables -generalmente temporales, aunque impactantes- que alteran la funcionalidad del paciente y se pueden convertir en una fuente de emociones negativas que favorecen el desarrollo de problemas psicológicos. Y en las pacientes con cáncer de mama afectan considerablemente el estado emocional las consecuencias físicas de la mastectomía (Knual, González, González y Magaña, 2010).

Por último, no se puede considerar un caso exitoso ya que se encuentra en curso y se identifican las siguientes áreas a mejorar:

- El uso de un contrato conductual para fomentar un compromiso por parte de la paciente en la asistencia y constancia en las sesiones para un proceso terapéutico sistemático y estructurado.
- El uso de medios didácticos para facilitar la psicoeducación sobre los tratamientos y efectos secundarios (videos, manuales, infografías, etc.).
- Apoyo de manuales protocolizados para pacientes con mama en fase de tratamiento (cirugía y quimioterapia) y beneficiar más a la paciente con el empleo de técnicas ya utilizadas con pacientes similares.

Referencias

- Becerra, A. L. (2014). Medicina conductual aplicada a pacientes oncológicos. En L. Reynoso y A. L. Becerra (coordinadores). *Medicina Conductual: Teoría y práctica*. Cap 15., pp 313-332. México: Qartuppi.
- Bravo, C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En L. Reynoso y A. L. Becerra (coordinadores). *Medicina Conductual: Teoría y práctica*. Cap 3., pp 43-64. México: Qartuppi.

Marie, F., González, L. M., González, M. C. y Magaña, L. (2010). *Detección temprana del cáncer de mama: una tarea de todos. Manual para personal dedicado a la salud de la comunidad*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.