



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
MEDICINA CONDUCTUAL**

**TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE PARA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA Y  
ACTIVIDAD MOTORA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS DE NOVO HOSPITALIZADOS**

## **TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**LINDSAY CARRILLO VALDEZ**

**TUTOR: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:  
MTRA. MAETZIN ITZEL ORDAZ CARRILLO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**DRA. GEORGINA LETICIA ÁLVAREZ RAYÓN  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**DRA. MARÍA ROSA ÁVILA COSTA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO. SEPTIEMBRE 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

Al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)** por el financiamiento recibido, a través del programa de becas nacionales, sin el cual no hubiera sido posible el desarrollo de la investigación y práctica asistencial cuyos resultados se consolidan en el presente trabajo.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** y a la **Facultad de Estudios Superiores Iztacala** por formarme con excelencia, competencia, calidad, crítica, creatividad, compromiso social y una ética profesional incorruptible.

Mención especial merecen el **Mtro. Leonardo Reynoso Erazo** y la **Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo**, así como el resto de los **miembros del comité tutor**, por su tiempo para guiar, colaborar, corregir y enriquecer con su experiencia cada etapa del proyecto.

Mi profunda admiración y respeto a mis **padres** y **hermana** por instruirme en los más altos valores que me han permitido alcanzar cada objetivo y meta propuesta. Mis logros son por y para ustedes.

A mis **amigos cercanos** por las conversaciones, debates y consejos invaluable.

Al **equipo de Hematología** liderado por el **Dr. Jorge Cruz Rico** por todas las atenciones y facilidades recibidas y demostrar con hechos que el trabajo multi e interdisciplinario en salud es posible y necesario.

Finalmente, pero no menos importante, agradezco a los **pacientes** y a sus **cuidadores** por permitirme ser parte de su proceso, algunos incluso hasta el final de sus vidas. Su fortaleza fue mi fortaleza en los momentos más difíciles, ¡gracias totales!

---

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>CAPÍTULO 1: TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE PARA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA Y ACTIVIDAD MOTORA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS DE NOVO HOSPITALIZADOS</b> .....	10
1.1 MARCO TEÓRICO .....	11
1.1.1 Epidemiología de las enfermedades hematológicas.....	11
1.1.2 Características del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oncohematológicas.....	13
1.1.3 Características psicológicas del paciente oncohematológico .....	16
1.1.4 Síntomas de ansiedad y depresión: definiciones y modelos teóricos ....	21
1.1.5 Tratamiento psicológico para síntomas de ansiedad y depresión .....	23
1.1.6 Comparación entre opciones terapéuticas.....	23
1.1.7 Principales técnicas psicológicas para el tratamiento de síntomas de ansiedad y depresión.....	26
1.1.8 Programas de intervención para sintomatología ansioso-depresiva en pacientes oncohematológicos.....	29
1.2. JUSTIFICACIÓN .....	32
1.3 OBJETIVOS.....	33
1.3.1 Objetivos generales .....	33
1.3.2 Objetivos particulares .....	33
1.4 HIPÓTESIS.....	34
1.4.1 Hipótesis de investigación .....	34
1.4.2 Hipótesis nula y alternativa .....	34
1.5. MÉTODO .....	35
1.5.1 Participantes .....	35
1.5.3 Diseño.....	37
1.5.4 Muestreo .....	37
1.5.5 Escenario.....	38
1.5.6 Materiales .....	38
1.5.7 Instrumentos .....	38
1.5.8 Definición de variables.....	40
1.5.9 Procedimiento.....	44
1.5.10 Consideraciones éticas.....	46
1.6 RESULTADOS.....	46
1.7 DISCUSIÓN .....	57

<b>CAPÍTULO 2. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL</b> .....	66
2.1 BREVE CONTEXTUALIZACIÓN DE LA MEDICINA CONDUCTUAL A NIVEL MUNDIAL Y EN MÉXICO .....	67
2.1.1 Contextualización de la Medicina Conductual a nivel mundial.....	67
2.1.2 Contextualización de la Medicina Conductual en México .....	73
2.2 CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE.....	79
2.2.1 Ubicación .....	79
2.2.2 Historia.....	80
2.2.3 Nivel de atención .....	85
2.2.4 Servicios de la sede.....	86
2.3 UBICACIÓN DEL RESIDENTE DE MEDICINA CONDUCTUAL EN LA SEDE .....	86
2.3.1 Servicio asignado.....	86
2.3.2 Historia.....	87
2.3.3 Recursos humanos .....	88
2.3.4 Líneas de autoridad y organización general del servicio .....	88
2.4.5 Organigrama .....	89
2.4 ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE.....	89
2.4.1 Contexto psicológico de los pacientes del servicio .....	89
2.4.2 Evaluación inicial del servicio .....	90
2.4.3 Actividades diarias .....	91
2.4.4 Actividades académicas .....	97
2.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....	100
2.6 OTRAS ACTIVIDADES NO PROGRAMADAS .....	101
2.6.1 Capacitación y desarrollo.....	101
2.6.2 Manual de procedimientos de Medicina Conductual en Hematología .	104
2.6.3 Diseño y validación de material psicoeducativo.....	105
2.6.5 Asistencia a cursos especializados y congresos .....	106
2.6.6 Atención psicológica a médicos residentes .....	108
2.6.7 Aplicación de pruebas para adaptación y validación .....	108
2.7 REPORTE DE PRODUCTIVIDAD .....	109
2.8 COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS.....	118
2.8.1 Actividades diarias .....	119
2.8.2 Actividades académicas .....	120
2.8.3 Protocolo de intervención .....	122
2.8.4 Supervisión in situ y académica.....	122
2.9 EVALUACIÓN .....	123
2.9.1 Servicio asignado.....	123
2.9.2 Actividades diarias y académicas .....	124
2.9.3 Protocolo.....	125
2.9.5 Competencias profesionales alcanzadas.....	126
2.10 CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	126
<b>CONCLUSIONES GENERALES</b> .....	130

<b>REFERENCIAS</b> .....	133
<b>ANEXOS</b> .....	157
ANEXO A. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	157
ANEXO B. AUTORREGISTROS PARA LAS CONDUCTAS META.....	158
ANEXO C. MODELO SECUENCIAL INTEGRATIVO Y ANÁLISIS FUNCIONAL DE LOS PACIENTES .....	161
ANEXO D. CHECKLIST DE CONOCIMIENTOS, DESEMPEÑO Y CUESTIONARIO.....	186
ANEXO E. MATERIAL PSICOEDUCATIVO.....	189
ANEXO F. CARTAS DESCRIPTIVAS DE SESIONES DE TRATAMIENTO.....	196

## RESUMEN

La transición epidemiológica que atraviesa México plantea la necesidad de respuestas eficaces, multi e interdisciplinarias ante los altos índices de incidencia, prevalencia y mortalidad tanto para enfermedades agudas, como para enfermedades crónico-degenerativas. La investigación científica en materia de salud-enfermedad ha permitido reconocer que la conducta afecta a la salud y la enfermedad afecta a la conducta; por tanto, la intervención del especialista en Medicina Conductual está plenamente justificada, principalmente en patologías que requieren un proceso de adaptación constante, como es el caso de las enfermedades oncohematológicas que cada vez afectan a más mexicanos. Así, el presente trabajo tiene dos objetivos: 1) describir los resultados de un programa de intervención multicomponente dirigido a la disminución de síntomas de ansiedad y depresión y aumento de la actividad motora en pacientes oncohematológicos de novo, a través de un diseño N=1; A-B de línea base múltiple y su correspondiente análisis visual y cuantitativo; y 2) reportar las actividades realizadas por el especialista en formación de Medicina Conductual en el Servicio de Hematología, orientadas al desarrollo de competencias profesionales. A partir de los resultados, se concluye que el comportamiento media, regula, facilita y magnifica el proceso de salud-enfermedad. De ahí que la formación de médicos conductuales y su participación en escenarios de salud favorezcan los procesos de adaptación y calidad de vida de los pacientes diagnosticados con enfermedades biológicas, específicamente hematológicas, y sus familias, por lo que las líneas de investigación e intervención son múltiples y variadas para las generaciones venideras.

**Palabras clave:** medicina conductual; hematología; investigación aplicada; competencias profesionales.

## ABSTRACT

The epidemiological transition that get through Mexico raises the need for effective, multi and interdisciplinary responses to high rates of incidence, prevalence and mortality for both acute diseases and chronic-degenerative diseases. Scientific research in health-disease has allowed to recognize that behavior affects health and disease affects behavior. Therefore, the intervention of the specialist in behavioral medicine is fully justified, mainly in pathologies that require a process of constant adaptation, as is the case of oncohematological diseases that increasingly affect more Mexicans. Thus, the present work has two objectives: 1) to describe the results of a multicomponent intervention program aimed at reducing symptoms of anxiety and depression and increasing motor activity with de novo oncohematological diseases patients, through a design N=1; A-B multiple baseline and its corresponding visual and quantitative analysis; and 2) report the activities carried out by the specialist in medicine behavior training, in the hematology service, aimed at the development of professional skills. From the results, it is concluded that the behavior mediates, regulates, facilitates and magnifies the health-disease process. Hence, the training of behavioral doctors and their participation in health scenarios favor the processes of adaptation and quality of life of patients diagnosed with biological diseases, specifically, hematological diseases, and their families, so the lines of research and intervention are multiple and varied for generations to come.

**Keywords:** behavioral medicine; hematology; applied research; professional skills.



## INTRODUCCIÓN

La modernización, el acceso a la tecnología y sus constantes avances, además de la disminución de las tasas de natalidad y el aumento en la esperanza de vida con la consiguiente variación etaria han generado cambios en los patrones de salud-enfermedad, índices de morbilidad y mortalidad de las poblaciones, sus determinantes y consecuencias demográficas, sociales y económicas, así como en las demandas de atención para el diagnóstico y tratamiento de las patologías. Dichos cambios, se conocen como transición epidemiológica, en la cual las enfermedades crónico-degenerativas desplazan a las agudas (Omran, 1971; Frenk, Lozano y Bobadilla, 1994; Kuri-Morales, 2011).

Los países en vías de desarrollo, como México, se encuentran en proceso de transición epidemiológica (Omran, 1971), esto significa que su sistema de salud aún debe responder a la atención y control de enfermedades agudas; pero, cada vez es más alto el índice de enfermedades crónico-degenerativas, entre las que destacan las neoplasias malignas. De acuerdo con la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), tan solo en 2018 se registraron 1603399 nuevos casos de cáncer en México (International Agency for Research on Cancer, 2018).

Entre las enfermedades neoplásicas que más afectan a la población mexicana se encuentran las oncohematológicas. Por lo menos el 10.8% de los tumores malignos detectados anualmente afectan a los órganos linfáticos y hematopoyéticos (Unidos Trasplante de Médula Ósea, Francisco Cásares Cortina, 2019), de tal manera que las leucemias, linfomas y mieloma múltiple se encuentran entre las primeras veinticinco causas de morbilidad por cáncer (IARC, WHO, GCO, 2018) y afectan, principalmente, a poblaciones pediátricas y adultos jóvenes (Báez, 2015; Reynoso-Noverón y Torres-Domínguez, 2017; Tirado-Gómez y Mohar, 2007).

Evidentemente, se reconoce que toda afección física deriva de procesos de orden biológico y fisicoquímico; no obstante, en su prevención, etiología, mantenimiento, recuperación y/o rehabilitación operan factores psicológicos,

sociales y culturales. Por consiguiente, las patologías biológicas comparten como elemento común, la conducta, reguladora de los efectos biológicos del ambiente sobre el organismo. De esta forma, lo que el individuo hace o deja de hacer define la dimensión psicológica de los procesos que resultan en enfermedad o salud (Ribes, 2008).

Hoy, se acepta que muchas enfermedades biológicas se pueden prevenir a través de la promoción de conductas saludables y modificación de conductas de riesgo. Los pacientes ya diagnosticados pueden aspirar a una mejor calidad de vida a través de la atención psicológica durante la enfermedad e incluso en el proceso de muerte (Ardila, 2000; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Buela-Casal, Sierra y Carrobles, 1995; Mars, 2002; Mucci y Benaim, 2005; Oblitas, 2008; Ortiz y Ortiz, 2007). Lo anterior es particularmente importante en el caso de las enfermedades crónico-degenerativas, como el cáncer hematológico, que exigen la adaptación constante del paciente, su familia, cuidadores y, en general, del equipo de salud, ya que impacta en todas las dimensiones de la calidad de vida (Bravo, 2014).

Surge entonces la Medicina Conductual como campo interdisciplinario e integrador de los conocimientos y técnicas biomédicos, así como de aquellos derivados de los enfoques sociocultural, psicosocial y conductual, que se dirige a la comprensión del proceso salud-enfermedad, promoción, génesis, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Gellman, 2013). En México, la formación en este campo se desarrolla a través de un programa de residencia único en su tipo (Reynoso-Erazo, 2011, 2014; Reynoso-Erazo, Bravo-González, Anguiano-Serrano y Mora-Miranda, 2012), del cual deriva el presente trabajo cuyos objetivos son 1) describir los resultados de un programa de intervención multicomponente dirigido a la disminución de síntomas de ansiedad y depresión y aumento de la actividad motora en pacientes oncohematológicos de novo, a través de un diseño N=1; A-B de línea base múltiple y su correspondiente análisis visual y cuantitativo; y 2) reportar las actividades realizadas por el especialista en formación de Medicina Conductual en el Servicio de Hematología, orientadas al desarrollo de competencias profesionales propias del psicólogo inserto en escenarios de salud.

## **CAPÍTULO 1: TRATAMIENTO MULTICOMPONENTE PARA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO-DEPRESIVA Y ACTIVIDAD MOTORA EN PACIENTES ONCOHEMATOLÓGICOS DE NOVO HOSPITALIZADOS**

El presente capítulo describe el diseño de un protocolo de intervención dirigido a pacientes hospitalizados que se enfrentan por primera vez a un diagnóstico y tratamiento oncohematológico. Los objetivos de la intervención fueron disminuir los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes y aumentar el nivel de actividad motora prescrita por el médico.

En primer lugar, se describe brevemente la evolución de la epidemiología, a través de estadísticas nacionales, y las particularidades de las enfermedades hematológicas para, posteriormente, abordar las características psicológicas del paciente oncohematológico hospitalizado, así como las principales líneas de investigación e intervención psicológica, en términos de opciones y estrategias terapéuticas, orientadas a esta población.

La revisión de la literatura y su contraste con un análisis de viabilidad realizado en la sede hospitalaria derivó en la elección de la metodología N=1; A-B de línea base múltiple. Participaron 4 pacientes diagnosticados con Leucemia Aguda, 2 de tipo Mieloide y 2 de tipo Linfoide. Se aplicó la prueba HADS y se emplearon EVA's para la intensidad de los síntomas percibidos de ansiedad y depresión. Se registraron las conductas de interés durante línea base y fase experimental. La fase experimental tuvo una duración de 7 sesiones individuales, realizadas dos veces a la semana, en las que se entrenó en respiración pasiva, distracción instrumental, control de estímulos, manejo de contingencias y detención del pensamiento. Una vez concluida la intervención, se aplicó nuevamente la prueba HADS y se realizaron sesiones de resumen hasta el término del internamiento.

Respecto de los resultados obtenidos, en la fase de tratamiento se observó disminución en las puntuaciones de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión y de las Escalas Visuales Analógicas, mientras que se obtuvo aumento de la actividad motora prescrita por el médico y de actividades de distracción en comparación con la línea base.

## 1.1 Marco teórico

En los últimos años, la morbilidad y mortalidad por cánceres hematológicos han aumentado en México, principalmente por leucemia en sus diferentes estirpes (Báez, 2015; Noverón y Torres-Domínguez, 2017; Tirado-Gómez y Mohar, 2007). El diagnóstico de una enfermedad oncohematológica tiene un gran impacto emocional y social en los pacientes, sus familias y cuidadores. Desde el ingreso a un hospital, los cambios en la rutina diaria, la exposición a procedimientos médicos invasivos y las estancias hospitalarias prolongadas en las que los pacientes reciben indicaciones médicas precisas, como el reposo absoluto, tienen lugar reacciones emocionales y cambios en la vida de los enfermos y sus familias. De esta manera, la sintomatología ansioso-depresiva tiende a agudizarse. No es de extrañar que la depresión y la ansiedad tengan prevalencias altas en contextos médicos y aunque se trata de dos aspectos psicológicos diferentes, generalmente coexisten y comparten algunos síntomas. Además, se les ha relacionado de forma negativa con el curso y pronóstico de las enfermedades físicas (López, 2007), por lo tanto, su estudio y tratamiento resultan tareas prioritarias para el médico conductual.

### 1.1.1 *Epidemiología de las enfermedades hematológicas*

La hematología es la especialidad médica que tiene como objeto de estudio los elementos que conforman la sangre y sus precursores, además de alteraciones funcionales y estructurales que derivan en enfermedades denominadas hematológicas, las cuales incluyen un amplio espectro de padecimientos que han sido clasificados, en función de su histopatología, en oncológicos, por ejemplo, leucemias, linfomas y mieloma; benignos, entre ellos la púrpura trombocitopénica inmune, hemofilia, anemia hemolítica, anemias carenciales; y, benignos-oncológicos (antesalas de cánceres hematológicos) tales como la anemia aplásica, síndrome mielodisplásico, anemia de Fanconi, entre otros (Feliu, 2010; Rivera-Fong, 2014).

En México, desde hace poco menos de tres décadas, los índices de incidencia, prevalencia y mortalidad de padecimientos hematológicos han ido en

aumento, principalmente, en poblaciones pediátricas y jóvenes (Báez, 2015; Covarrubias, Sotelo y Hurtado, 2004; Duque, 2002; Federación de Hemofilia de la República Mexicana, 2016; Herrera, 2016; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017; Licona, 2017; Martínez, 2009; Shamah-Levy, Villalpando, Mundo-Rosas, De la Cruz-Góngora, Mejía-Rodríguez y Méndez, 2013; Rosas, 2014; Tirado-Gómez y Mohar, 2007). El incremento ha sido de tal magnitud que se calcula que, cada año, unos 30 mil mexicanos son diagnosticados con enfermedades de la sangre (Unidos Trasplante de Médula Ósea, Francisco Cásares Cortina, 2019).

En lo que respecta a las enfermedades oncohematológicas, entre 1993 y 2002 se observó un incremento de los casos de patología ganglionar neoplásica. La tasa de 3.9 reportada para 1993 aumentó a 4.5 en el 1997 y a 5.8 por cada 100 mil habitantes en 2002. Para 1998 se registraron 1444 casos de muerte ocasionados por leucemia linfoblástica aguda con una tasa de 1.5; 1054 muertes por leucemia mieloide aguda y una tasa de 1.1; mientras que 595 casos se reportaron por mieloma; por enfermedad de Hodgkin 446 muertes y 1426 por linfoma no Hodgkin. Así, en este año, la mortalidad por cáncer hematológico ya ocupaba el séptimo lugar a nivel nacional (Duque, 2002).

En cuanto a incidencia, igualmente en 1998, se registraron 87910 casos nuevos de neoplasias; de ellos, 3431 correspondieron a Linfoma no Hodgkin de los cuales 52% correspondieron al sexo masculino y 48% al sexo femenino, con una tasa de 5.8 y un ligero predominio en grupos mayores de 60 años; se registraron 1736 casos de leucemia, el 40% afectó a edades menores de 20 años y con una relación hombre-mujer 2:1; para enfermedad de Hodgkin se reportaron 913 casos, mientras que 400 correspondieron a mielomas predominando en grupos de edad mayores de 40 años, el 41.2% de sexo femenino y 58% de masculino (Duque, 2002).

En años más recientes, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017), durante 2014 el cáncer en órganos hematopoyéticos fue el de mayor presencia en mujeres (61.1%) y hombres (59.2%) menores de 20 años de edad. Por cada 100 mil habitantes menores de 20 años, 3 fallecieron por tumores

malignos en órganos hematopoyéticos. Los hombres superaron a las mujeres (tres contra dos defunciones por cada 100 mil habitantes para cada sexo). En los varones, el segundo lugar de mortalidad lo ocuparon los tumores malignos del sistema linfático y tejidos afines (8.6%), mientras que para las mujeres fue el tercer lugar (5.9%). Finalmente, se identificó que a partir de los 20 años disminuye la prevalencia de cáncer en órganos hematopoyéticos.

Las estadísticas nacionales no han cambiado mucho en los últimos cinco años. En 2018, de acuerdo con la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), en México, las leucemias, linfomas y mieloma múltiple se encuentran entre las primeras veinticinco causas de morbilidad por enfermedades neoplásicas (IARC, WHO, GCO, 2018), esto significa que 10.8% de los tumores malignos detectados afectan a los órganos linfáticos y hematopoyéticos.

Por otro lado, Báez (2015) y Ruiz-Argüelles y Ruiz-Reyes (1996) sostiene que de las enfermedades hematológicas la que desde hace varios años ha presentado tasas más altas de morbilidad y mortalidad en México es la leucemia; incluso se han reportado los índices más altos en América Latina. Además, la Ciudad de México es la región que presenta mayor frecuencia de leucemias a nivel mundial. Esta observación concuerda con datos presentados por Martínez (2009), Rosas (2014) y Herrera (2016) quienes sostienen que la leucemia linfoide aguda es la que presenta mayor prevalencia entre pacientes que acuden a centros de referencia de la Ciudad de México.

### *1.1.2 Características del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades oncohematológicas*

El diagnóstico médico y tratamiento de una enfermedad hematológica, principalmente aquellas clasificadas como oncológicas, tienen peculiaridades que resulta importante comentar, ya que permite la identificación de los cambios y procesos a los que se enfrentan los pacientes. En primer lugar es importante señalar que, por su fisiopatología, la evolución de la mayoría de las enfermedades

hematológicas es súbita y tórpida. Se trata de padecimientos complejos cuya manifestación es difícil de detectar por el paciente debido a la poca especificidad de los síntomas; no es hasta la realización de análisis clínicos que aparecen los signos que hacen sospechar de una enfermedad hematológica e inicia propiamente el proceso de diagnóstico (Provan, Baglin, Dokal y De Vos, 2017).

En lo que respecta al proceso de estudio Legues, Risueño, Castillo, Leiva y Palomo (2009) refieren que en el diagnóstico y control de las patologías oncohematológicas las metodologías frecuentemente utilizadas son histoquímica, a través de métodos citoquímicos como peroxidasa, esterasa, fosfatasa ácida, fosfatasa alcalina de los neutrófilos y tinción de Perls para hierro; estudio citogenético clásico y de hibridación *in situ* con fluorescencia (FISH); biología molecular para leucemias agudas, leucemia mieloide crónica y linfomas no Hodgkin mediante la reacción de polimerasa en cadena (PCR) y sus modificaciones (RT-PCR y Q-PCR); citometría de flujo para leucemias, linfomas y gammopatías monoclonales e inmunológica aplicada a gammopatías monoclonales por medio de la búsqueda y estudio de las proteínas monoclonales.

Generalmente, el diagnóstico se fundamenta en aspectos clínicos, así como en el estudio citológico de sangre periférica y de médula ósea (hemograma y mielograma) y/o biopsia de médula ósea y/o ganglios linfáticos, de acuerdo con el tipo de patología (Legues *et al*, 2009). Cabe señalar que el aspirado y biopsia de médula ósea son métodos absolutamente necesarios para el diagnóstico, seguimiento y pronóstico de las neoplasias malignas de la sangre; aunque para los médicos hematólogos, principalmente aquellos con amplia experiencia, es un procedimiento rutinario cuyas complicaciones difícilmente llegan a ser graves, para la mayoría de los pacientes resulta una prueba molesta y dolorosa (Raya, 2006).

Es importante mencionar que para la mayor parte de las enfermedades oncohematológicas, el proceso de diagnóstico confirmatorio tiene lugar en hospitalización, pero un número considerable de pacientes ha recibido una sospecha diagnóstica de parte de algún médico general con base en resultados de una biometría hemática básica.

Sobre el tratamiento, Campbell y Alfaro (2009) sostienen que muchas veces se recurre a la quimioterapia como primera línea. La quimioterapia es de tipo mielosupresora intensa con la finalidad de erradicar la mayor cantidad de células enfermas antes de que las clonas desarrollen resistencia a los fármacos (Barr y Rivera, 1996). Ahora bien, existen varios esquemas o protocolos de tratamiento para las diferentes enfermedades oncohematológicas que se han desarrollado en centros médicos de diversos países y se han adaptado a las necesidades y particularidades de los pacientes mexicanos. La prescripción de un protocolo de tratamiento se basa en el diagnóstico preciso que permite la clasificación de la patología y así reducir el riesgo de recibir un tratamiento inadecuado (Ruiz-Argüelles y Ruiz-Reyes, 1996).

Independientemente del protocolo, para las leucemias agudas, el tratamiento consta de las fases de inducción a la remisión, intensificación o consolidación, tratamiento del sistema nervioso central y terapia de continuación. Las primeras etapas requieren vigilancia en hospitalización para minimizar el riesgo de infecciones, hemorragias, hiperleucocitosis, complicaciones metabólicas e infiltración leucémica de los órganos no hematopoyéticos. Por otro lado, para la mayoría de los linfomas y mieloma múltiple la quimioterapia está conformada por ciclos que tienen lugar aproximadamente cada 21 días y se prefiere la administración ambulatoria aunque en algunos casos el paciente debe internarse para vigilancia de citopenias (Campbell y Alfaro, 2009).

Finalmente, otra forma de tratamiento, cuya práctica ha incrementado en los últimos años por la reducción de costos, pero todavía se encuentra limitada, es el trasplante de células hematopoyéticas progenitoras (TCPH) que permite ubicar células pluripotenciales sanas en la médula ósea. Para dicho procedimiento el paciente requiere remisión completa, por lo que se emplea quimioterapia o radioterapia. Por su complejidad, demanda una hospitalización prolongada, con el fin de vigilar y brindar tratamiento de soporte, motivo por el cual exige además una evaluación y preparación biopsicosocial exhaustiva (Ascencio, 2011; Campbell y Alfaro, 2009; Ruiz-Argüelles y Ruiz-Reyes, 1996). Generalmente, esta forma de



tratamiento no se ofrece a los pacientes de novo, se reserva para pacientes refractarios, o bien, aquellos que han concluido el tratamiento sistémico y el equipo médico considera que los beneficios para la calidad de vida superan los riesgos para el paciente (Alarcón-Prada y Millán-González, 2009; Krauskopf, 2017).

### *1.1.3 Características psicológicas del paciente oncohematológico*

Enfrentarse al diagnóstico y tratamiento de una enfermedad crónico-degenerativa, como un cáncer hematológico, no resulta sencillo. La experiencia de estar enfermo no está exenta de respuestas psicológicas, desde aquellas que son de poca gravedad, transitorias e incluso favorecen el proceso de adaptación hasta las duraderas y graves que obstaculizan dicho proceso. Está claro que las afecciones físicas siempre tienen un gran impacto emocional y social en la vida de un paciente y exigen el ajuste constante por parte éste, su familia, cuidadores y, en general, del equipo de atención sanitaria (Bravo, 2014; Carvajal, 2017; Rivera-Fong, 2014).

De acuerdo con López (2007) el ingreso al hospital, así como la exposición a procedimientos médicos invasivos, favorece la presencia de reacciones emocionales y todo tipo de cambios en la vida del paciente. Durante la hospitalización se le despoja de su ropa, pierde privacidad, comparte la habitación con otros enfermos -algunos de los cuales mueren en su presencia-, debe adaptarse a una nueva rutina de alimentación, sueño, higiene, visitas, disminución de otras actividades cotidianas, flujo constante de personas extrañas y procedimientos clínicos de diagnóstico y tratamiento desconocidos y, muchas veces, dolorosos.

Es común que los pacientes manifiesten ansiedad, tristeza y miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de tener una enfermedad para la que no haya cura, al deterioro progresivo del cuerpo, a la pérdida de funcionalidad e incluso se plantean la posibilidad de su muerte. No es de extrañar que los síntomas de ansiedad y depresión tengan prevalencias altas en contextos médicos (López, 2007) como se ha demostrado ampliamente en estudios con pacientes

diagnosticados con insuficiencia cardiaca (Eisele *et al*, 2013), pacientes quirúrgicos (Shoar *et al*, 2016) y de medicina interna (Pérez, 2015).

Estas investigaciones han permitido identificar que los síntomas de depresión y ansiedad aparecen en promedio 38 días después del internamiento (Pérez, 2015), así como que la sintomatología aumenta desde el momento del ingreso hasta una estancia hospitalaria más prolongada, que los efectos psicológicos de la hospitalización resultan más intensos para los pacientes con historial de trastornos del estado de ánimo, que los pacientes con una estancia hospitalaria más prolongada, en particular, aquellos con enfermedades subyacentes, complicaciones postoperatorias, falta de apoyo familiar y la necesidad de re-operación tienen un riesgo mayor de desarrollar síntomas de ansiedad y depresión (Shoar *et al*, 2016) que afectan forma negativa con el curso y pronóstico de la enfermedad física (López, 2007). Asimismo, se ha reconocido que difícilmente se encuentra ansiedad sin depresión, que existen diferencias de género discretas y, de lo más preocupante, que muchas veces estos síntomas son infravalorados por el personal de salud (Eisele *et al*, 2013; Mitchell *et al*, 2011; Pérez, 2015).

En lo que respecta a la ansiedad y depresión en enfermedades oncológicas, Valencia (2006) destaca que el paciente diagnosticado con cáncer presenta frecuentemente síntomas propios de ambas entidades. De hecho, la mayor parte de las investigaciones que involucran a pacientes con neoplasias se centra en estas variables (Martínez, Loy y Romero, 1995). Alrededor del mundo, los diferentes estudios realizados han demostrado que la depresión afecta entre el 9% y 58% de los enfermos de cáncer y se ha relacionado con los tratamientos a los que son expuestos, tales como quimioterapia, y la radioterapia, los cuales son procedimientos invasivos que alteran la vida de los pacientes y les recuerda constantemente su enfermedad.

Un buen número de investigaciones respaldan la prevalencia de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos, por ejemplo, en un estudio integrado por 838 pacientes con diagnóstico probable de cáncer se tomaron medidas iniciales de ansiedad y depresión, como resultado los participantes

obtuvieron puntuaciones similares. No obstante, después de recibir el diagnóstico y separar al grupo oncológico del no oncológico, los investigadores encontraron una prevalencia alta de ansiedad en el grupo oncológico, mientras que en el no oncológico disminuyó tras conocer que no tenían cáncer. Asimismo, en cuanto a las puntuaciones de depresión los investigadores mencionan que fueron más bajas que las puntuaciones de ansiedad (Moseholm *et al*, 2016).

Igualmente, en una revisión sistemática y meta-análisis de 17 estudios con un total de 3497 participantes, se analizó la prevalencia de depresión y ansiedad entre adultos chinos con cáncer. Se encontró que los índices de ansiedad y depresión son más altos en pacientes con cáncer que en aquellos que no cuentan con este diagnóstico (Yang *et al*, 2013). Por otro lado, Mitchell *et al* (2011) realizaron un meta-análisis que incluyó 4007 personas con diagnósticos oncológicos y en cuidados paliativos y encontraron una prevalencia alta para los distintos trastornos del estado de ánimo y ansiedad de acuerdo con los criterios del DSM y CIE.

En el caso específico del cáncer hematológico, Pérez (2015) registró que los pacientes diagnosticados con enfermedades de la sangre, obtuvieron la mayor frecuencia de depresión. De forma similar, Dogu *et al* (2017), quienes trabajaron con 21 pacientes recién diagnosticados con leucemia aguda, reportaron tasas de ansiedad del 45.5% en mujeres y del 30% en hombres. La depresión se registró en el 81% de los pacientes, 81.8% en mujeres, y 80% en los pacientes masculinos.

Con un enfoque diferente, Martínez, Loy y Romero (1995) realizaron un estudio con 63 pacientes leucémicos adultos (32 hombres y 31 mujeres). Aplicaron pruebas de personalidad, ansiedad y una entrevista individual. En las mujeres encontraron mayor compromiso psíquico, el cual es un perfil frecuente en pacientes con depresión, angustia, ligera pérdida de control, dificultades en sus relaciones sociales, problemas en la concentración, actitudes de desconfianza, sensibilidad elevada y rasgos hipocondríacos. En los hombres hallaron un perfil característico de personas con depresión, tristeza, necesidad acentuada de simpatía, inseguridad, con reacciones a la frustración de tipo intrapunitivas y marcada necesidad de afecto.

En un contexto más cercano y conocido, Martínez (2009) y Rosas (2014) encontraron que el diagnóstico psicológico prevalente en pacientes hematológicos que acuden al Hospital Juárez de México, sede hospitalaria de la Residencia en Medicina Conductual, es el trastorno adaptativo, seguido de estrés y ansiedad; mientras que Herrera (2016) no halló trastornos clínicos en la mayor parte de la población; no obstante, identificó síntomas de ansiedad, estrés y depresión. Hacia 2017, Anguiano, Mora, Reynoso-Erazo y Vega evaluaron ansiedad y depresión de 111 pacientes hematológicos y de Medicina Interna, también del Hospital Juárez de México, y encontraron que el 53% de los participantes presentaba síntomas de ansiedad y el 47% de depresión. Asimismo, hallaron una relación positiva y alta entre ansiedad y depresión.

Es importante mencionar que la población hematológica que ha recibido mayor atención por parte de los investigadores de ansiedad y depresión es la sometida a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). Gaston-Johnsson (1992, en Corona, Rojas, Alvarado, Calderón y Ochoa, 2008) encontró síntomas de ansiedad y depresión en 17 pacientes sometidos a TCPH autólogo. Llegó a la conclusión de que los pacientes que presentaban estos síntomas empleaban estrategias inadecuadas de afrontamiento y poca habilidad en el control del sufrimiento.

En la misma línea Grassi, Rosti, Albertazzi y Marangolo (1996, en Corona *et al*, 2008) evaluaron la prevalencia de síntomas depresivos en 44 pacientes sometidos a TCPH autólogo, pre y postrasplante. El 40.95% de los pacientes presentaron depresión previa al trasplante, mientras que sólo 27.7% posterior al trasplante. De igual forma, en 2008, Corona *et al* evaluaron la ansiedad y depresión en 7 pacientes, los cuales presentaron mayor depresión al inicio del trasplante y esta disminuyó durante el proceso.

Como se ha visto hasta ahora, la recepción de un diagnóstico oncológico y la hospitalización por sí mismas constituyen factores que favorecen la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en el paciente oncohematológico, No obstante, se ha prestado poca atención a una particularidad de la hospitalización en

hematología que es la indicación de reposo absoluto debido a las citopenias propias de las hematopatologías y su tratamiento y que muchas ocasiones es interpretado de forma errónea por parte del paciente que limita todo movimiento y permanece en inactividad prácticamente a lo largo del día.

Sobre los efectos de la inactividad no se cuenta con estudios específicos en poblaciones hospitalizadas, mucho menos hematológicas, y en aquellos que se han llevado a cabo con otro tipo de participantes los resultados no han sido concluyentes (Dimec, Tušak & Dolenc, 2015; Dolenc, Dimec, Tušak & Pišot, 2009; Dolenc & Petrič, 2013; Dolenc & Pišot, 2011). La mayoría de los estudios se ha realizado con muestras pequeñas (N=10) de participantes sanos a los que se le solicita permanecer en cama entre 15 y 45 días, un lapso similar al de la hospitalización hematológica. En los resultados no se ha encontrado ninguna alteración cognitiva, ni afectiva o relacionada con síntomas de depresión y ansiedad. No obstante, los investigadores reconocen que los participantes tuvieron acceso a televisión, música, computadoras con conexión a internet, lectura y visitas, lo que les permite concluir que las condiciones estimulantes del ambiente en las que se llevaron a cabo los experimentos, así como la cantidad y la calidad de las interacciones sociales durante el período de prolongación de la inactividad física explican la falta de alteraciones.

Es importante señalar que en una de las investigaciones sí se encontró un efecto perjudicial del reposo prolongado en la cama sobre el funcionamiento ejecutivo y el afecto positivo, es decir, los participantes, aun sin tener morbilidades previas, comenzaron a mostrar retardar en su tiempo de respuesta, así como referir síntomas de ansiedad y depresión, es este experimento las condiciones de aislamiento descritas por los investigadores fueron más restrictivas en cuanto a estimulación y contacto social (Liu, Zhou, Chen & Tan, 2012). Este estudio puede constituir una base para entender el desarrollo de los síntomas de ansiedad y depresión en pacientes oncohematológicos hospitalizados relacionados con el reposo absoluto, ya que un contexto hospitalario restringe el acceso a contacto social y actividades estimulantes de ocio y tiempo libre que han mostrado ser un factor protector para la

ansiedad y depresión en poblaciones sanas (Herrera-Gutiérrez, Brocal-Pérez, Sánchez y Rodríguez, 2012).

#### *1.1.4 Síntomas de ansiedad y depresión: definiciones y modelos teóricos*

Las investigaciones con pacientes hospitalizados, oncológicos, y hematológicos aportan evidencia suficiente para reconocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión como característica psicológica del paciente oncohematológico en internamiento. Ahora, resulta conveniente abrir un espacio para definir a la ansiedad y la depresión como variables psicológicas y, posteriormente, entender su etiología y mantenimiento, así como tratamiento psicológico en la población de interés.

En primer lugar, se entiende por ansiedad a la respuesta multidimensional (emocional, cognitiva, conductual y somática) caracterizada por la preocupación constante por causas aparentemente desconocidas por la persona ansiosa. Entre los síntomas de ansiedad se encuentran la indecisión, falta de atención y concentración, deterioro de la memoria, sentimientos de miedo y temor, anticipación de resultados negativos, sesgos en el procesamiento de la información y creencias distorsionadas, nerviosismo, enojo, tristeza, rigidez muscular, alteraciones del sueño, dolor corporal, presión arterial alta, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración, mareos, temblores, boca seca, impulsividad, evasión y compulsiones (Chouhan & Sharma, 2017; Gellman & Turner, 2013).

Por otra parte, la depresión, no solo es tristeza aislada, consiste en un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de desaliento, inutilidad y desesperanza son constantes e intensos; el afecto triste es persistente, no hay interés por las actividades que antes resultaban placenteras y se experimenta fatigabilidad. La presencia de estos síntomas y otros adicionales como los cambios en los patrones de sueño, alteraciones del apetito, problemas de concentración e ideación suicida, afectan el funcionamiento biopsicosocial del paciente (Calderón, Cortés, Durán, Martínez, T., Ramírez y Garavito, 2012; Chouhan & Sharma, 2017; Gellman & Turner, 2013).

Para dar cuenta del origen y mantenimiento de los síntomas de ansiedad y depresión, o bien, de los trastornos como tales, existen múltiples modelos psicológicos, entre ellos destacan los conductuales, cognitivos, psiquiátricos y psicodinámicos (Abreu & Santos, 2008; Butcher, Mineka y Hooley, 2007, Carrasco, 2017; Chouhan & Sharma, 2017; Rehm, 2015; Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz & Lewinsohn, 2011; Martínez, 2008). Para fines de este trabajo, y por congruencia con los principios básicos de la conducta y propios de la Medicina Conductual, se retoma el modelo de Ferster para depresión, y el bifactorial de Mowrer para ansiedad, cuales se describen a continuación.

Ferster (1973) propone que la depresión, así como su sintomatología característica, tiene una estrecha relación con las conductas de evitación y escape ante estímulos aversivos, las cuales muestran una frecuencia alta en las personas deprimidas y se manifiestan en forma de quejas y solicitudes de apoyo. La constante evitación favorece la disminución de acceso a fuentes de refuerzo positivo. Por tanto, en el origen y mantenimiento de la depresión, existe una menor frecuencia de conductas, disminuye el contacto con el entorno y se exhibe un repertorio conductual inadecuado que derivan en mayor reforzamiento negativo con la consecuente disminución de reforzamiento positivo, lo que explica que los reforzadores sean menos en cantidad y efectividad y las contingencias no sean consistentes (Abreu y Santos, 2008; Carrasco, 2017; Chouhan & Sharma, 2017; Dougher & Hackbert, 1994; Ferster, 1973; Kanter & Callaghan, 2004; Pérez y García, 2001; Veale, 2008).

Sobre la ansiedad, De Ansorena, Cobo y Romero (1983) señalan que el modelo bifactorial o de los dos procesos, propuesto por Mowrer explica las respuestas de ansiedad mediante los procesos de aprendizaje por condicionamiento clásico y operante. De esta forma, Mowrer considera que las respuestas de ansiedad son aprendidas por condicionamiento pavloviano, que la ansiedad es la motivación para el aprendizaje por ensayo y error y que la reducción de la ansiedad es posible por la evitación instrumental. Resulta evidente que la etiología es con contigüidad E-E y su mantenimiento deriva de las propiedades

reforzantes de la reducción de la ansiedad por acción de la evitación, por tanto, intervienen principios del condicionamiento instrumental.

#### *1.1.5 Tratamiento psicológico para síntomas de ansiedad y depresión*

Una vez que se han descrito las definiciones y modelos explicativos de la ansiedad y depresión, se puede abordar el tratamiento psicológico. La revisión de la literatura indica que existen múltiples opciones terapéuticas (Pérez y García, 2001; Borda, Pérez y Blanco, 2000), pero los tratamientos psicológicos que se utilizan con mayor frecuencia son la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual y la conductual (Valencia, 2006); no obstante, prevalecen otras corrientes teóricas.

#### *1.1.6 Comparación entre opciones terapéuticas*

Para fines del presente protocolo de intervención, resulta importante presentar los resultados de investigaciones que han comparado las distintas opciones de terapia y técnicas con el fin de justificar las que se han elegido de acuerdo con su efectividad y congruencia con los modelos teóricos empleados para caracterizar los síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes oncohematológicos de novo.

Algunos investigadores no han encontrado diferencias significativas entre los diferentes tratamientos psicológicos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014), mientras que otros destacan la necesidad de transitar hacia una combinación de técnicas terapéuticas que den lugar a tratamientos de cuarta generación (Abreu y Silvério, 2017) e implementar el uso de la tecnología (Ly *et al*, 2014; Vázquez, Torres, Blanco, Otero y Hermida, 2015).

En una revisión sistemática que incluyó 955 participantes se compararon las terapias conductuales (cognitiva-conductual y de tercera ola cognitiva-conductual) con otras terapias psicológicas (psicodinámica, humanística e integradora) para la depresión aguda en adultos. No se encontraron diferencias significativas,



aparentemente, todas son igualmente efectivas de acuerdo con los investigadores (Shinohara *et al*, 2013).

En otro meta-análisis donde se contemplaron 7181 pacientes en el grupo experimental, y 6858 pacientes en el grupo control, se evaluaron intervenciones psicológicas de corte cognitivo-conductual que incluían técnicas de psicoeducación, relajación/imaginería, apoyo familiar y social, musicoterapia; intervenciones de enfermería y otras orientadas a la disminución de la ansiedad y depresión. En todas las intervenciones se encontraron efectos considerables sobre la depresión y la ansiedad (Yang *et al*, 2014).

En cambio, en otros estudios, la intervención conductual es la que ha mostrado resultados favorables en varias poblaciones y escenarios desde hace décadas ya que se basa en la adquisición de habilidades, especialmente sociales, y en el enriquecimiento del ambiente mediante la identificación, planeación y compromiso en la realización de actividades potencialmente reforzantes (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005). Por ejemplo, Lewinsohn, Clarke, Hops, & Andrews (1990) implementaron una intervención dirigida a 59 estudiantes de secundaria que mejoraron medidas en sintomatología depresiva en comparación con los sujetos de la lista de espera; además, los cambios se mantuvieron a los dos años de post-tratamiento.

En otras revisiones y meta-análisis se ha corroborado la efectividad de las intervenciones conductuales y cognitivo conductuales. Entre estas, se puede citar un meta-análisis que incluyó un total de 5486 pacientes adultos, y 110 comparaciones entre el tratamiento cognitivo-conductual y un grupo control para ansiedad y depresión, los investigadores comprobaron la afectividad de la terapia cognitivo conductual (TCC). Empero, el tamaño del efecto fue más grande para la depresión que para la ansiedad (Cuijpers, Cristea, Weitz, Gentili & Berking, 2016).

Con el advenimiento de la tercera generación de terapias también se han estudiado otras opciones como las terapias de aceptación y han demostrado

efectividad en estudios de caso relacionados con ansiedad y depresión (Dougher & and Hackbert, 1994).

A la par, se ha comparado la TCC y la activación conductual, una terapia de tercera generación, en la disminución de pensamientos automáticos negativos detonados ante situaciones que propician ansiedad. La muestra incluyó 42 estudiantes. Se encontró que ambas terapias son eficaces para la reducción de la intensidad de la respuesta de ansiedad (Nieto & Barraca, 2017). En cambio, en un ensayo clínico aleatorizado con 440 pacientes ansiosos se comprobó la eficacia de la activación conductual sobre la TCC para el manejo de la ansiedad, debido a que es más simple y puede llevarse a cabo por profesionales con menor especialización (Rhodes *et al*, 2014).

La activación conductual como opción terapéutica también ha sido comparada en sus formatos breve y convencional. Un meta-análisis, en el que se incluyeron más de 1088 pacientes, ha demostrado la efectividad de ambos formatos para la depresión (Ekers *et al*, 2014) Cabe señalar que la activación conductual se ha ajustado a las características culturales de los pacientes, así lo demuestra el desarrollo de una terapéutica dirigida a las personas latinas (Kanter *et al*, 2014; Santosa *et al*, 2017).

Cabe señalar que la activación conductual es la opción con mayor índice de empleo para los pacientes oncológicos (Becerra, Reynoso-Erazo, Bravo y Ordaz, 2017). En las investigaciones que se han llevado a cabo para evaluar los efectos de la terapia de activación conductual, se le ha comparado con otras intervenciones psicológicas y demostrado su capacidad para tratar los síntomas de ansiedad y depresión, pero también, en muchos casos, su superioridad, por lo que los expertos consideran que en poco tiempo se podrá posicionar con tratamiento de primera línea (Barraca, 2016; Bianchi y Henao, 2015; Dimidjian *et al*, 2006; Hopko *et al*, 2003; Hopko, Ryba, McIndoo & File, in press; Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001; Kanter, Manos, Bowe, Baruch, Busch & Rusch, 2010; Kanter, Puspitasari, Santos & Nagy, 2012; Nagy *et al*, 2018; Veale, 2008).

Entre los estudios que han comparado la activación conductual en pacientes oncológicos, se encuentra el de González-Fernández, Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero y Pérez (2018) quienes compararon las terapias de tercera generación, activación conductual y terapia de aceptación y compromiso en un total de 52 supervivientes de cáncer. Encontraron que la activación conductual tiene mayores beneficios debido a que considera dos factores importantes, la activación como tal y la disminución de la evitación como mecanismos responsables de los cambios.

Finalmente, en lo que respecta al uso de medicación como opción terapéutica para los síntomas y/o trastornos de ansiedad y depresión, los hallazgos obtenidos muestran resultados diferentes; tal es el caso de una revisión sistemática que incluyó 6767 pacientes jóvenes, en la que se encontró que el uso de antidepresivos se relacionó con el aumento de manía-hipomanía, por lo que sugieren que el uso de medicación debe tomarse con reservas (Offidani, Fava, Tomba & Baldessarini, 2013). No obstante, en otra revisión sistemática con 932 pacientes aleatorizados a farmacoterapia solo y 910 a tratamiento combinado con psicoterapia, el grupo combinado mostró mejoras significativas en comparación con aquellos que reciben tratamiento farmacológico o psicológico solos (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick & Munizza, 2004).

### *1.1.7 Principales técnicas psicológicas para el tratamiento de síntomas de ansiedad y depresión*

#### *Respiración*

Sobre el control de la ansiedad a través de técnicas de respiración la revisión de la literatura ha permitido identificar que la respiración disfuncional se relaciona con factores psicológicos como la ansiedad. La evaluación e intervención para la disminución de la respiración errónea mitiga parcialmente las respuestas fisiológicas negativas. Así, en una revisión sistemática y meta-análisis de 36 ensayos controlados aleatorizados que incluyeron 2466 pacientes que reportaron algún grado de ansiedad y el uso de la respiración para su control, se encontró que la respiración es un elemento básico en cualquier ejercicio orientado a la reducción

de ansiedad (Chen *et al*, 2012). Además, se ha constatado que la respiración lenta o nasal, que no implica movimientos diafragmáticos de gran amplitud, también puede ser empleada (Russo, Santarelli & O'Rourke, 2017; Vidotto, Bigliassi, Jones, Harvey & 2018).

En una revisión sistemática realizada por Zaccaro *et al* (2018) se concluyó que las técnicas de respiración lenta tienen efectos en el sistema nervioso central y autónomo que favorecen el incremento de la comodidad, la relajación, la amabilidad, el vigor y estado de alerta, y reducen los síntomas de excitación, ansiedad, depresión, ira y confusión.

Otras investigaciones han reportado que el ejercicio de respiración lenta es más eficaz para controlar la frecuencia respiratoria (Paprika, Gingl, Rudas & Zöllei, 2014; Zhang *et al*, 2016). Además, el nivel de excitación fisiológica disminuye cuando se respira en 6 veces por minuto en comparación con 12 inhalaciones por minuto. Así, la respiración lenta (6/min) puede mejorar los síntomas de hiperactividad fisiológica (Van Diest *et al*, 2014).

### *Programación de actividades*

Una de las técnicas más estudiadas, basada en la activación conductual, es la programación de actividades. En un meta-análisis de ensayos aleatorizados en los que participaron 780 pacientes, quedó demostrada su efectividad como tratamiento para la depresión debido a su sencillez, no implica el uso de tiempo excesivo y no requiere habilidades complejas de los pacientes o terapeutas. Los investigadores concluyen que la programación de actividades es efectiva en el tratamiento de la depresión en adultos (Cuijpers, Van Straten & Warmerdam, 2004).

La actividad motora o física puede considerarse en un plan de programación de actividades. Al respecto, se ha encontrado que aquella que dura entre 5 y 30 minutos y que tiene una intensidad entre 30 y 60% de lo permitido por la persona, favorece una reducción significativa de los estados de ansiedad y de sus correlatos fisiológicos. Asimismo, el sedentarismo constituye un factor de riesgo para la

depresión, por lo que en algunos contextos como el médico, el aumento en actividades físicas ha sido empleado y ha mostrado efectividad contra la sintomatología ansiosa y depresiva (Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz y Salazar, 1991, en Herrera-Gutiérrez, Brocal-Pérez, Sánchez y Rodríguez, 2012; Weyerer, 1992, en Herrera-Gutiérrez et. al., 2012; De Vries y Housh, 1994, en Herrera-Gutiérrez; Martinsen, 1994, en Herrera-Gutiérrez et. al., 2012; Knapen, Vancampfort, Schoubs, Probst, Sienaert, Haake, Peuskens y Pieters, 2009, en Herrera-Gutiérrez et. al., 2012; Villegas, 2010).

### *Manejo de contingencias*

El elemento más importante de la programación de actividades en el tratamiento de la depresión y ansiedad es la contingencia ambiental más que la cantidad de actividades realizadas. De hecho, en un estudio con 22 pacientes diagnosticados con cáncer de mama no se encontraron relaciones significativas entre cantidad de y efectividad en la disminución de los síntomas de depresión (Ryba, Lejuez & Hopko, 2013). En cambio, en el estudio de la relación entre la recompensa ambiental media, la evitación y depresión, en un estudio que consideró 158 estudiantes de psicología se encontró que en las mujeres la recompensa diaria medió la relación entre la evitación cognitiva y la depresión. Mientras que en los hombres la recompensa diaria era un mediador con la evitación en todas sus dimensiones y depresión. Además, se constató que el refuerzo es un mediador significativo entre la evitación y la depresión (Carvalho & Hopko, 2011).

### *Control de estímulos*

Sobre el control de estímulos para reducir los síntomas relacionados con la ansiedad, el estado de ánimo y el sueño. McGowan (2008) realizó una intervención con 53 estudiantes divididos en un grupo de intervención que recibió entrenamiento en preocupación enfocada y un grupo control. El control de estímulos demostró ser superior a la preocupación enfocada en la reducción en las medidas de preocupación, ansiedad, efecto negativo e insomnio, pero no en medidas de depresión o efecto positivo.

### *Detención de pensamiento*

Se ha comprobado que el pensamiento rumiativo es un mediador para el control de la atención y la presencia de síntomas de ansiedad y depresión. Los 51 pacientes incluidos en el reporte recibieron algún tipo de psicoterapia (cognitivo-conductual o bien dialéctica) o tratamiento farmacológico. Se encontró que el control deficiente de la atención se asoció con más rumiación y, en consecuencia, síntomas más graves de depresión y ansiedad, lo que sugiere que las intervenciones se orienten al control de la atención para disminuir los procesos rumiante poco adaptativos, lo que conduce a una mejor regulación de la emoción y una menor sintomatología clínica (Hsua *et al*, 2015).

#### *1.1.8 Programas de intervención para sintomatología ansioso-depresiva en pacientes oncohematológicos*

Con base en la literatura revisada se observa evidencia basta sobre las terapias conductual y cognitivo-conductual como las que han mostrado mayor beneficio para los pacientes en materia de ansiedad y depresión. En pacientes oncológicos la intervención psicológica busca favorecer la adaptación a la enfermedad y al tratamiento, además de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia mediante el favorecimiento de la sensación de control a través del desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y conductuales (Bellver y Moreno, 2009).

En particular para los pacientes oncohematológicos, Bellver y Moreno (2009) sostienen que la intervención psicológica de enfoque cognitivo-conductual ha resultado eficaz en el control de la ansiedad, depresión, dolor y otros trastornos. El trabajo con técnicas de intervención cognitivo-conductual permite la adopción de actitudes y conductas útiles para adaptarse a alguna situación médica, por ejemplo, el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas al que se someten algunos pacientes hematológicos. Entre dichas técnicas se encuentran la relajación muscular progresiva, técnicas de distracción, detención del pensamiento (Lozano, Rubio y Pérez, 1999; Ramírez, 1977), entrenamiento en autoinstrucciones,

imaginación guiada y visualización, terapia racional emotiva de Ellis, terapia cognitiva de Beck, la terapia de solución de problemas, inoculación de estrés de Meichenbaum, entre otras.

Entre los estudios llevados a cabo destaca el dirigido por Saw, Curry, Ehlers, Scanlon, Bauer, Rian, Larson & Wolanskyj (2018) quienes probaron la eficacia de las intervenciones breves realizadas a pie de cama en 21 pacientes oncohematológicos hospitalizados. La intervención consistió en sesiones de 30 minutos en las que se les enseñaron técnicas artísticas. Los investigadores observaron una mejora significativa en las puntuaciones positivas de estado de ánimo y dolor, ambas medidas con escalas visuales analógicas, así como una disminución en el estado de ánimo negativo y la ansiedad.

Igualmente, Arranz, Coca, Bayés, Del Rincón y Hernández-Navarro (2003) desarrollaron e implementaron un programa de intervención psicoeducativa en candidatos a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas y sus familiares con el objetivo de facilitar la adaptación a lo largo del proceso. El programa consistía en proporcionar información en los temas educación para la salud, habilidades de afrontamiento, manejo del estrés y prevención de respuestas y manejo de dificultades específicas. Además, trabajaron reestructuración cognitiva y llevaron a cabo entrenamientos en relajación, solución de problemas, autorreforzamiento, asertividad con la familia y realización de actividades gratificantes. Los autores sostienen que el programa es eficaz para favorecer la adaptación al proceso de la enfermedad, disminuir el impacto psicológico y el sufrimiento asociado, potenciar los recursos que permiten al paciente reducir, en lo posible, efectos negativos tales como ansiedad, depresión, dolor, vómitos, entre otros. El programa se ha aplicado a 450 pacientes y sus familiares; no obstante, destacan la necesidad de personalizar el tratamiento.

Por otro lado, en 2007, De Linares *et al* desarrollaron programa psicológico dirigido también a candidatos a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas. Dicho programa contemplaba cuatro sesiones que incluían análisis y manejo de la información, habilidades de afrontamiento, manejo del estrés y preparación para el

aislamiento a nivel familiar, además de entrenamiento en relajación diafragmática. Realizaron medición de las variables de ansiedad y depresión y el nivel de información. Los participantes fueron asignados a dos grupos, uno control (N=6) y otro de intervención (N=10). Los resultados mostraron que los pacientes del grupo de intervención obtuvieron niveles menores en ansiedad y depresión y mostraron un nivel de información más elevado que los del grupo control, niveles que se mantuvieron en el seguimiento.

Con base en los resultados reportados por los investigadores, se identifica que aquellos programas en los que se combinan varias técnicas de intervención cognitivo-conductuales, incluso de tercera generación, han demostrado efectividad en pacientes con cáncer. Dichos programas multicomponentes incluyen, la mayoría de las veces un entrenamiento en relajación, psicoeducación sobre la enfermedad, tratamiento, cuidados paliativos, un contexto de apoyo emocional donde se puede abordar la ansiedad y miedo relacionados con la enfermedad, estrategias de afrontamiento conductuales y cognitivas, tales como identificación y reestructuración de pensamientos negativos, planeación de actividades, así como intervenciones orientadas a los problemas específicos de la enfermedad y apoyo social, que varía a lo largo del proceso en función de las necesidades y demandas del paciente (Bellver y Moreno, 2009; Landa-Ramírez, Greer, Vite-Sierra, Sánchez-Román y Riveros-Rosas, 2014).

De acuerdo con la revisión de la literatura aquí expuesta, el diseño de un programa de intervención orientado a la sintomatología ansioso-depresiva y actividad motora prescrita por el médico con pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados cuya base teórica se encuentra en los modelos de Ferster y Mowrer debe incluir técnicas de evaluación que permitan el registro de la conducta manifiesta del paciente, incluida la conducta verbal, y sus diferentes parámetros y un análisis funcional, no solo para guiar la intervención psicológica, sino para que el paciente con síntomas ansioso-depresivos identifique cómo funciona el ambiente, observe su propia conducta y hable sobre ello. Mientras que la intervención debe dirigirse, primordialmente, al aumento de la actividad, cambios en el ambiente y



programas de reforzamiento (Ferster; 1973; Kanter & Callaghan, 2004; Kanter, Busch, Weeks & Landes, 2008; Ramírez, 1977). Además, por las condiciones físicas del paciente y el ambiente hospitalario es conveniente realizar la intervención a pie de cama (Saw *et al*, 2018).

## 1.2. Justificación

El aumento de enfermedades neoplásicas hematológicas en México, especialmente entre los residentes y aledaños de la Ciudad de México, las características de la hospitalización, que van desde el ingreso generalmente de urgencia; el reposo absoluto; los procedimientos diagnósticos invasivos, molestos y dolorosos; la recepción del nombre de la enfermedad y su tratamiento, sistémico y de soporte, en internamiento; la estancia prologada y restrictiva, así como las implicaciones psicológicas del proceso que afectan la funcionalidad y calidad de vida del paciente, su familia y cuidadores e influye en la presencia de respuestas emocionales, así como la pérdida de fuentes de refuerzo positivo y la presencia de comportamientos evitativos que favorecen el origen y mantenimiento de conductas depresivas y ansiosas (Anguiano, Mora, Reynoso-Erazo y Vega, 2017; Becerra, Reynoso-Erazo, Bravo, Ordaz, 2017; Dogu *et al*, 2017; Campbell y Alfaro, 2009; Ferster, 1973; María de Paula, Sonobe, Nicolussi, Zago y Sawada, 2012; Legues *et al*, 2009; López, 2007), justifica la pertinencia de la investigación aplicada que favorezca la adaptación y tránsito del paciente por las primeras etapas del camino de una enfermedad oncológica de la sangre, a través de la aplicación de los conocimientos y herramientas de la ciencia psicológica que resulten eficientes de acuerdo con los recursos humanos y de contexto disponibles.

Particularmente, el Hospital Juárez de México, sede del programa de posgrado en el que se realizó el presente trabajo, brinda atención a pacientes con diagnósticos hematológicos diversos. Todos los meses se reportan entre 15 y 30 pacientes hospitalizados, cuya estancia es, en la mayoría de los casos, prolongada, debido al tiempo que transcurre entre el internamiento, el proceso de diagnóstico definitivo, así como la prescripción de tratamiento y vigilancia de sus efectos; además dicha estancia es restrictiva en cuanto a estimulación y contacto social. Es

en estas fases, pre-diagnóstico, diagnóstico y tratamiento, en las que aumenta la probabilidad de desarrollar sintomatología ansiosa y depresiva (Rivera-Fong, 2014), no es de extrañar que el diagnóstico psicológico que muestra mayor frecuencia, entre los pacientes atendidos entre enero de 2018 y abril de 2019, es la sintomatología ansioso-depresiva. Así, se plantea al especialista en Medicina Conductual la necesidad de implementar protocolos que le permitan al paciente el control de sus síntomas psicológicos en esta primera etapa; pero que, a largo plazo, le brinden recursos personales y sociales para el resto del tratamiento que puede extenderse, si sobrevive, hasta tres años posteriores a la primera hospitalización.

### **1.3 Objetivos**

#### *1.3.1 Objetivos generales*

El diseño y aplicación del protocolo de intervención se orientó a:

- Disminuir niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados mediante un programa de intervención multicomponente.
- Aumentar nivel de actividad motora prescrita por el médico en pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados mediante un programa de intervención multicomponente.

#### *1.3.2 Objetivos particulares*

Se plantearon los siguientes objetivos particulares para la investigadora:

- Identificar nivel de sintomatología ansiosa en pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados.
- Identificar nivel de sintomatología depresiva en pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados.
- Identificar nivel de actividad motora prescrita por el médico en pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados.

Mientras que para los participantes se formularon los siguientes objetivos particulares:

- Que los pacientes disminuyan el nivel de sintomatología ansiosa relacionada con la hospitalización y diagnóstico oncohematológico de novo mediante aplicación de técnicas de respiración, distracción instrumental, control de estímulos, manejo de contingencias y detención del pensamiento.
- Que los pacientes disminuyan el nivel de sintomatología depresiva relacionada con la hospitalización y diagnóstico oncohematológico de novo mediante aplicación de técnicas de distracción conductual, control de estímulos, manejo de contingencias y detención del pensamiento.
- Que los pacientes incrementen la frecuencia y duración de la actividad motora prescrita por el médico mediante manejo de contingencias y control de estímulos.

#### **1.4 Hipótesis**

Se plantearon hipótesis de investigación, así como las hipótesis nula y alterna con base en las estimaciones de los resultados esperados tras la intervención psicológica.

##### *1.4.1 Hipótesis de investigación*

La aplicación de un programa multicomponente disminuirá los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva y aumentará el nivel de actividad motora prescrita por el médico en pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados.

##### *1.4.2 Hipótesis nula y alternativa*

- **Hi:** La aplicación de un programa multicomponente disminuirá la sintomatología ansiosa y depresiva y aumentará la actividad motora prescrita por el médico relacionada con la hospitalización y diagnóstico oncohematológico de novo.

- **Ho:** La aplicación de un programa multicomponente mantendrá igual o aumentará la sintomatología ansiosa y depresiva y mantendrá igual o disminuirá la actividad motora prescrita por el médico relacionada con la hospitalización y diagnóstico oncohematológico de novo.

## 1.5. Método

### 1.5.1 Participantes

Entre los meses de febrero y abril de 2019, se detectaron 11 pacientes con recién diagnóstico de enfermedad neoplásica de la sangre, de los cuales se consideraron 4 pertenecientes al servicio de Hematología del Hospital Juárez de México, hospitalizados, en diagnóstico de padecimiento oncológico en sangre u otros órganos hematopoyéticos de novo hasta el momento de la evaluación; mayores de edad, sin experiencia previa en tratamiento psicológico, que cumplieron los criterios de inclusión y no presentaron de exclusión ni eliminación. En la Figura 1 se observa el procedimiento para la aceptación de los pacientes en el protocolo de investigación.

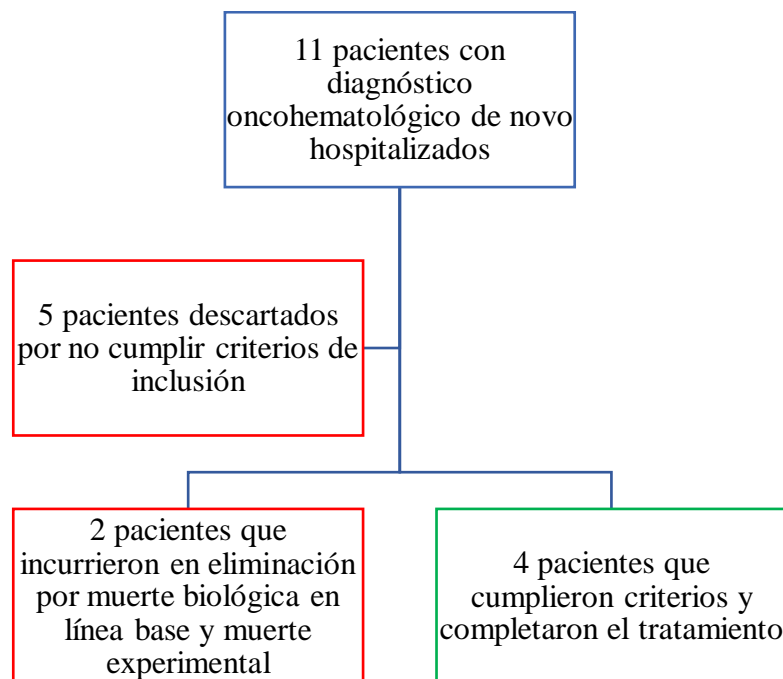


Figura 1. Procedimiento de inclusión de pacientes al protocolo de investigación.

### *Criterios de inclusión, exclusión y eliminación*

- **Criterios de inclusión:** 1) Encontrarse en diagnóstico de leucemia aguda o linfoma no Hodgkin con opción terapéutica en hospitalización; 2) reporte de sintomatología ansiosa y depresiva que constituya un problema clínico susceptible de intervención psicológica sin intervención psiquiátrica, de acuerdo con puntuaciones en Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Escalas Visuales Analógicas y entrevista; 3) mayor de edad; 4) que sepa leer y escribir; 5) que cuente con cuidador primario al momento del tratamiento; 6) que proporcione su consentimiento informado, por lo menos de forma verbal.
- **Criterios de exclusión:** 1) Presentar trastorno psiquiátrico, de personalidad o retraso en el desarrollo con base en entrevista clínica y/o reporte verbal o en expediente clínico de encontrarse bajo tratamiento psiquiátrico; 2) presentar estado de salud agravado por infecciones o hemorragias al momento de la selección, 3) reporte de sintomatología ansiosa y depresiva severas, de acuerdo con puntuaciones en Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, Escalas Visuales Analógicas y entrevista que requirieran manejo conjunto con Psiquiatría, 5) que no sepa leer y escribir; 6) que no cuente con cuidador primario al momento del tratamiento y 7) que no proporcione su consentimiento informado, por lo menos de forma verbal.
- **Criterios de eliminación:** 1) identificación de problemas psicológicos que requieran atención clínica; 2) abandono voluntario del tratamiento psicológico y/o médico por parte del paciente; 3) diagnóstico de patología no hematológica durante la intervención y 4) fallecimiento.

Ahora bien, se describen las principales características sociodemográficas de los 4 participantes.

- **Paciente 1:** Femenino de 55 años de edad, originaria del Estado de Hidalgo, casada, madre de 5 hijos mayores de edad, ama de casa, nivel de estudios

secundaria; diagnosticada con Leucemia Mieloide Aguda, M6, bajo esquema de tratamiento 7+3. Su hija fungía cuidador primario.

- **Paciente 2:** Masculino de 31 años de edad, originario del Estado de México, casado, padre de 2 hijos menores de edad, conductor de transporte particular, nivel de estudios bachillerato; diagnosticado con Leucemia Linfocítica Aguda, L1 Pre-B1, bajo esquema de tratamiento Larson. Su esposa desarrollaba el papel de cuidador primario.
- **Paciente 3:** Femenino de 47 años de edad, originaria de la Ciudad de México, casada, madre de 3 hijos, uno de los cuales ha sido diagnosticado con espectro autista y retardo en el desarrollo psicomotor, oficinista, nivel de estudios bachillerato con formación en cuidados paliativos; diagnosticada con Leucemia Mieloide Aguda, M2, bajo esquema de tratamiento 7+3. Su esposo y prima fungían como cuidadores primarios.
- **Paciente 4:** Femenino de 23 años de edad, originaria del Estado de México, soltera, sin hijos, encargada de farmacia, nivel de estudios bachillerato con conocimientos de Enfermería; diagnosticada con Leucemia Linfocítica Aguda, L2, Pre-B1, bajo esquema de tratamiento San Judas. Su madre desarrollaba el papel de cuidador primario.

### *1.5.3 Diseño*

Se empleó un diseño N=1; de tipo A-B, de línea base múltiple (Frías, s/f), que consistió en la observación y medición de conductas en periodos sucesivos de tiempo, en sujetos diferentes, durante línea base y fase experimental. La validez del diseño ha sido ampliamente confirmada en los ámbitos clínicos y los relacionados con la salud biológica (Chávez, Tron, Ávila y Vaquero, 2007; Ramírez, 1977).

### *1.5.4 Muestreo*

Se recurrió a un muestreo intencional, no probabilístico (Hernández, Fernández-Collado y Baptista, 2006).

### 1.5.5 Escenario

El protocolo se llevó a cabo en el área de hospitalización, tercer piso del edificio D, del Hospital Juárez de México. Salas asignadas al Servicio de Hematología en el lado sur y salas periféricas del lado sur y norte.

### 1.5.6 Materiales

- *Consentimiento informado.* Para fines del mantenimiento de la confidencialidad de los datos, no se solicitó firma autógrafa de los pacientes debido a que algunos emplean su nombre. Únicamente se leyó el documento y se marcó si aceptaban participar en el programa de tratamiento, o bien, se dejó la hoja en blanco si no se encontraban interesados (Ver Anexo A).
- *Autorregistros de las conductas meta* (Ver Anexo B).
- *Entrevista conductual.*
- *Análisis funcional* (Ver Anexo C). Se empleó en conformidad con lo expuesto por Abreu y Silvério (2017), Kanter & Callaghan (2004) y Kanter, Busch, Weeks & Landes (2008) quienes sostienen que las intervenciones psicológicas que parten de una concepción funcional, deben ser ideográficas y, por tanto, individualizadas en cuanto a contenido.
- *Checklist de conocimientos, desempeño y cuestionario* (Ver Anexo D).
- *Utensilios para distracción conductual requeridos por los pacientes de acuerdo con sus preferencias*, por ejemplo, pelotas de goma, sopa de letras, cuadernos para colorear, colores, crayolas, material de bordado, material de lectura, juegos de destreza, etcétera. La mayoría de los materiales fueron donados por el investigador.
- *Material psicoeducativo de síntomas de ansiedad y depresión, de respiración pasiva y de actividad motora prescrita por el médico* (Anexo E).

### 1.5.7 Instrumentos

Se empleó la *Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)* la cual permite la identificación de sintomatología ansiosa y depresiva en el contexto

hospitalario de atención primaria y ambientes psiquiátricos. Fue desarrollada por Zigmond y Snaith (1983, cit. en Galindo, Benjet, Juárez, Rojas, Riveros, Aguilar, Álvarez y Alvarado, 2015). Consiste en dos subescalas. La subescala de depresión se centra en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y principal diferenciador entre la ansiedad de la depresión. Se compone de 14 ítems que considera dimensiones cognitivas y afectivas y omite aspectos somáticos. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21 en cada subescala. Tanto para las puntuaciones de ansiedad como de depresión se considera normal de cero a siete, dudoso de ocho a diez y problema clínico a partir de once.

La escala original ha sido adaptada y validada en diferentes poblaciones y culturas, los resultados muestran sensibilidad y especificidad adecuada en la discriminación de sintomatología ansiosa y depresiva (Galindo *et al*, 2015). Para fines de esta investigación se empleó la versión desarrollada en 2015 por Galindo, Meneses, Herrera, Caballero y Aguilar.

*Escala Visual Analógica para Sintomatología Ansiosa:* Mide la intensidad de un síntoma, para este caso sintomatología ansiosa. Consiste en una línea horizontal recta de longitud fija, de 100 mm. Los extremos se definen como los límites extremos del parámetro sintomatología ansiosa, orientado desde la izquierda (menor) a la derecha (mayor). Es más sensible a los cambios pequeños que escalas ordinales descriptivas (Paul-Dauphin, Guillemin, Virion, y Briancon, 1999).

*Escala Visual Analógica para Sintomatología Depresiva:* Mide la intensidad de un síntoma, para este caso sintomatología depresiva. Consiste en una línea horizontal recta de longitud fija, de 100 mm. Los extremos se definen como los límites extremos del parámetro sintomatología depresiva, orientado desde la izquierda (menor) a la derecha (mayor) (Paul-Dauphin, Guillemin, Virion, y Briancon, 1999).



### 1.5.8 Definición de variables

#### *Variables dependientes*

##### *Sintomatología ansiosa*

**Definición conceptual:** Respuesta multidimensional, caracterizada por la preocupación constante por causas aparentemente desconocidas para quien la experimenta. Entre sus síntomas principales se encuentran la indecisión, falta de atención y concentración, deterioro de la memoria, sentimientos de miedo y temor, anticipación de resultados negativos, sesgos en el procesamiento de la información y creencias distorsionadas, nerviosismo, enojo, tristeza, rigidez muscular, alteraciones del sueño, dolor corporal, presión arterial alta, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, sudoración, mareos, temblores, boca seca, impulsividad, evasión y compulsiones (Chouhan & Sharma, 2017; Gellman & Turner, 2013). Dichas respuestas son condicionadas ante una situación de peligro. Tras la exposición a una situación que produce una alteración emocional las respuestas se condicionan ante señales contextuales que puede generalizarse a nuevos estímulos en función de su similitud con aquellos presentes en la situación de peligro. Watson y Rayner (1920, cit. en Oblitas, 2010) demostraron la posibilidad de aprender conductas fóbicas, en las que la sintomatología ansiosa se exagera, por condicionamiento clásico. Posteriormente, Mowrer retoma los principios del condicionamiento clásico, pero resalta el papel de los principios del condicionamiento operante en el mantenimiento de la ansiedad (De Ansorena, Cobo y Romero, 1983).

**Definición operacional:** Aumento en la frecuencia y duración de respiraciones.

Disminución de actividades intrahospitalarias de distracción.

Aumento en la intensidad de pensamientos relacionados con preocupación e incertidumbre.

Puntuaciones entre 8 y 10 para la subescala ansiedad en HADS.

Puntuación igual o mayor a 5 en Escala Visual Analógica de sintomatología ansiosa.

#### *Sintomatología depresiva*

**Definición conceptual:** Respuestas que derivan como consecuencia de un suceso que dificulta el contacto con reforzadores capitales y afectan el funcionamiento biopsicosocial del paciente (Jacobson, Martell y Dimidjian, 2001; Martell, Addis y Jacobson, 2001 y Martell, Dimidjian y Herman-Dunn, 2010, citados en Barraca, 2016). Destacan los sentimientos constantes e intensos de desaliento, inutilidad y desesperanza; afecto triste y pérdida de interés por las actividades que antes resultaban placenteras (Calderón *et al*, 2012; Chouhan & Sharma, 2017; Gellman & Turner, 2013).

**Definición operacional:** Disminución en la frecuencia y duración de actividades intrahospitalarias de distracción y reforzadores recibidos por otros.

Aumento en la intensidad de pensamientos relacionados con inutilidad y desesperanza.

Puntuaciones entre 8 y 10 para la subescala depresión en HADS.

Puntuación igual o mayor a 5 en Escala Visual Analógica de sintomatología depresiva.

#### *Actividad motora prescrita por el médico*

**Definición conceptual:** Cambios en la posición del cuerpo, así como movimientos coordinados entre ojos y manos permitidos por el médico para pacientes hematológicos en fase de diagnóstico y tratamiento (Hernández, 2011). Se recomienda una duración entre 5 y 30 minutos, así como una intensidad entre 30 y 60% de lo permitido por la persona con el fin de favorecer una reducción significativa de los estados de ansiedad y de sus correlatos fisiológicos, además de

la disminución de la sintomatología depresiva (Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz y Salazar, 1991, en Herrera-Gutiérrez, Brocal-Pérez, Sánchez y Rodríguez, 2012; Weyerer, 1992, en Herrera-Gutiérrez et. al., 2012; De Vries y Housh, 1994, en Herrera-Gutiérrez; Martinsen, 1994, en Herrera-Gutiérrez et. al., 2012; Knapen, Vancampfort, Schoubs, Probst, Sienaert, Haake, Peuskens y Pieters, 2009, en Herrera-Gutiérrez et. al., 2012; Villegas, 2010).

**Definición operacional:** Disminución en la frecuencia y duración de cambios posturales y ejercicios en reposo.

#### *Variables independientes*

##### *Distracción conductual*

**Definición conceptual:** Técnica que pretende centrar la atención del paciente en estímulos agradables versus aquellos que facilitan la aparición de respuestas condicionadas aversivas. Por el nivel de participación del paciente se pueden dividir en activas y pasivas, las primeras son las que resultan más efectivas (Borda, Pérez y Blanco, 2000). Para fines del presente protocolo, retoma elementos de la activación conductual como la programación de actividades, principalmente, en lo que respecta a la entrega contingente de reforzadores tras la realización de las actividades elegidas y programadas por el paciente (Barraca, 2016; Becerra *et al*, 2017; Bianchi y Henao, 2015; Carvalho & Hopko, 2011; Dimidjian *et al*, 2011; Hopko *et al*, 2003; Hopko *et al*, in press; Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001; Kanter, Baruch & Gaynor, 2006; Kanter *et al*, 2010; Kanter *et al*, 2012; Rhodes *et al*, 2014). No obstante, no se ha podido establecer como una programación de actividades debido a que las condiciones médicas de los pacientes oncohematológicos exigen mayor flexibilidad.

**Definición operacional:** Programa de actividades de distracción reforzantes para el paciente hospitalizado y programa de cambios posturales.

##### *Manejo de contingencias*

**Definición conceptual:** Estrategia general de tratamiento, empleada para describir toda técnica operante aplicada con el fin de modificar una respuesta, reducir un comportamiento no deseado, desarrollar nuevas conductas o mantener aquellas que resultan deseables, a través del control de sus consecuencias, es decir, los reforzadores se encuentran bajo un control sistemático y solo son administrados en momentos y situaciones determinados y después de haber ocurrido la respuesta deseada. Así, se trata de un conjunto de técnicas conductuales como reforzamiento, castigo, extinción, aproximaciones sucesivas, entre otras (Arancibia, Herrera y Strasser, 2008; Gerrig y Zimbardo, 2005, Olivares Maciá, Olivares-Olivares y Rosa, 2012; Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

**Definición operacional:** Programa de reforzamiento continuo para moldeamiento y mantenimiento de conductas.

#### *Control de estímulos*

**Definición conceptual:** Técnica que consiste en la alteración de situaciones medioambientales antecedentes de una conducta meta que permite la modificación y mantenimiento del cambio conductual. Permite la predicción del reforzador (Ferster, 1973; Reynoso-Erazo y Seligson, 2005) a través de la incitación de respuestas.

**Definición operacional:** Organización de estímulos ambientales relacionados con las conductas meta del paciente.

#### *Respiración pasiva*

**Definición conceptual:** Respiración lenta o nasal, que no implica movimientos diafragmáticos de gran amplitud y tiene efectos en el sistema nervioso central y autónomo que favorecen el incremento de la comodidad, la relajación, la amabilidad, el vigor y estado de alerta, y reducen los síntomas de excitación, ansiedad, depresión, ira y confusión (Russo, Santarelli & O'Rourke, 2017; Vidotto, Bigliassi, Jones, Harvey & 2018; Zaccaro *et al*, 2018). Por lo tanto, forma parte de

las técnicas dirigidas a la reducción de respuestas fisiológicas, afectivas y cognitivas (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

**Definición operacional:** Programa de ejercicios de respiración pasiva.

#### *Detención del pensamiento*

**Definición conceptual:** Técnica orientada a la disminución de ansiedad y otras emociones a través de la identificación de conducta verbal encubierta (pensamientos negativos) y su interrupción mediante otra conducta (Lozano, Rubio y Pérez, 1999; Ramírez, 1977).

**Definición operacional:** Programa de interrupción progresiva de pensamientos negativos asociados a sintomatología ansiosa y depresiva, por parte del participante.

#### *1.5.9 Procedimiento*

##### *Fase 1: Inclusión del participante en el estudio y evaluación*

Se revisaron censos médicos y expedientes de posibles candidatos contra criterios de inclusión y exclusión. Una vez identificados se realizó una entrevista inicial en la que se obtuvieron datos sociodemográficos y se indagó la posibilidad de sintomatología ansioso-depresiva. Posteriormente, se aplicaron la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), así como las Escalas Visuales Analógicas (EVA's) para sintomatología ansiosa y depresiva.

Para los pacientes que, de acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación por instrumentos de autoinforme, clínicamente cumplieron criterios para síntomas de ansiedad y depresión relacionada con el diagnóstico, hospitalización y tratamiento se les realizó una entrevista conductual que permitió identificar la experiencia ideográfica, mediante análisis de secuencias y análisis funcional, de los síntomas de ansiedad y depresión para cada participante.

Se determinaron como conductas meta 1) intensidad de sintomatología depresiva; 2) intensidad de la sintomatología ansiosa; 3) frecuencia de la actividad motora prescrita por el médico; 4) duración de la actividad motora prescrita por el médico; 5) frecuencia de ejercicios de respiración pasiva; 6) duración de ejercicios de respiración pasiva; 7) frecuencia de actividades de distracción intrahospitalarias; 8) duración de actividades de distracción intrahospitalarias; 9) intensidad de pensamientos negativos relacionados con el diagnóstico, la hospitalización y el tratamiento; 10) frecuencia de recepción de reforzadores.

Una vez que el participante fue elegido, se explicaron los objetivos de la investigación, se leyó el documento de consentimiento y se marcó en el lugar correspondiente para aceptar el inicio del tratamiento psicológico. También, se le entrenó en el autorregistro de las conductas meta, el cual se le indicó mantener a lo largo de la hospitalización.

### *Fase 2: Línea Base*

Se solicitó a los pacientes la realización de autorregistros durante 7 días para cada una de las conductas meta definidas para sintomatología ansiosa y depresiva. Cabe señalar que para cada participante se consideraron las particularidades derivadas de su análisis funcional.

### *Fase 3: Tratamiento*

En términos generales, se realizaron 7 sesiones, con duración variable entre 50 y 75 minutos. Las sesiones fueron individuales, tanto con el paciente como con el familiar/cuidador primario. Las cartas descriptivas se pueden consultar en el Anexo F para la revisión en extenso del contenido de cada encuentro con los participantes.

Cabe señalar que todos los pacientes recibieron psicoeducación sobre la enfermedad y tratamiento una vez que el personal médico proporcionó diagnóstico y prescribió tratamiento. Asimismo, a lo largo de la intervención también se empleó

esta técnica toda vez que el paciente y/o su cuidador primario referían dudas sobre las indicaciones médicas y al momento del alta médica para quienes aplicó así.

Además, dado que todos los participantes tuvieron una hospitalización más prolongada de lo previsto se continuaron mediciones de las variables y se realizaron sesiones de repaso de las técnicas empleadas.

#### *Fase 4: Evaluación post-tratamiento*

En una sesión posterior al término del tratamiento, se aplicó la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión por segunda ocasión. En todos los casos habían transcurrido más de 21 días entre la aplicación inicial del instrumento y la final.

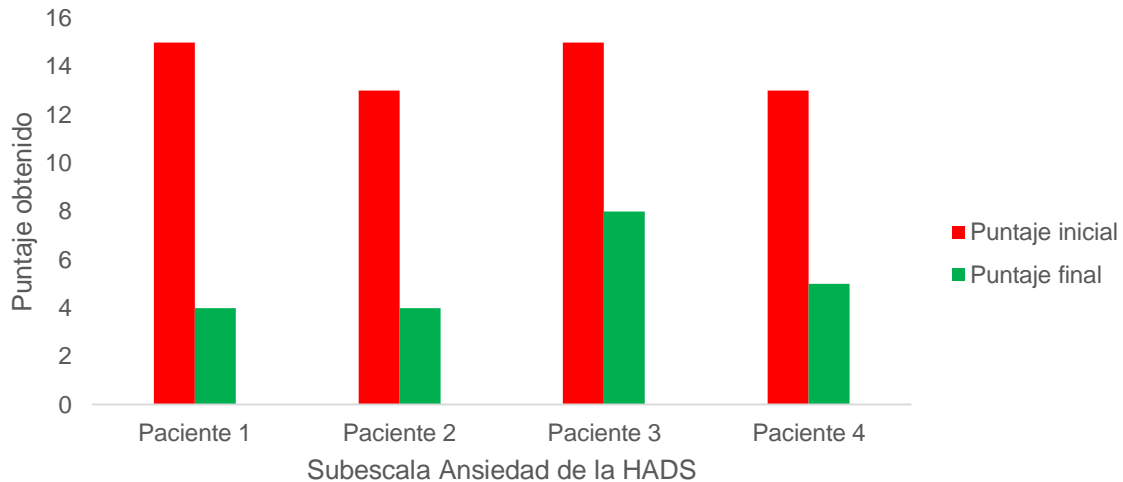
##### *1.5.10 Consideraciones éticas*

La investigación conllevó un mínimo de riesgos físicos, psicológicos y sociales para los pacientes.

## **1.6 Resultados**

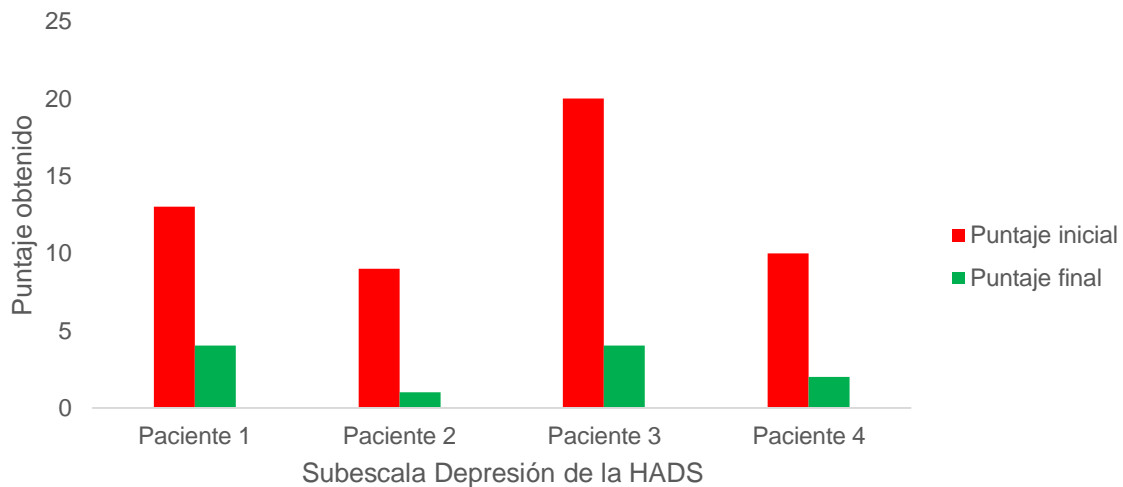
Se realizó un análisis estadístico descriptivo de los datos derivados de las mediciones en línea base y fase experimental a través de inspección visual, así como de la obtención de índices cuantitativos para diseños N=1, esto es, la estimación numérica del nivel (grado de ejecución), tendencia (dirección de los datos), estabilidad (ausencia de tendencia y variabilidad mínima) y variabilidad (fluctuación entre datos sin dirección definida). Así, se presenta en, primer lugar, la apreciación visual y, posteriormente, la apreciación cuantitativa para ambas fases.

De acuerdo con la Figura 2, en las puntuaciones de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para ansiedad se observa una disminución en los puntajes obtenidos por todos los pacientes al término del tratamiento en comparación con los obtenidos en la evaluación inicial.



*Figura 2.* Puntajes iniciales y finales obtenidos por los pacientes en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), subescala ansiedad.

En la Figura 3, se muestran las puntuaciones de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) para depresión, igualmente, se observa una disminución en los puntajes obtenidos por todos los pacientes al término del tratamiento en comparación con los obtenidos en la evaluación inicial.



*Figura 3.* Puntajes iniciales y finales obtenidos por los pacientes en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), subescala depresión.



En cuanto a las Escalas Visuales Analógicas (EVA's) también se encontró la reducción de los valores asignados por los pacientes a la intensidad de su sintomatología ansiosa y depresiva en la fase de tratamiento respecto de los puntajes obtenidos en línea base (Ver figuras 4 y 5). En ambas, se puede observar que el nivel en línea base era alto, mientras que en fase experimental fue bajo; sin embargo, se detecta cierta variabilidad en los resultados de ambas fases.

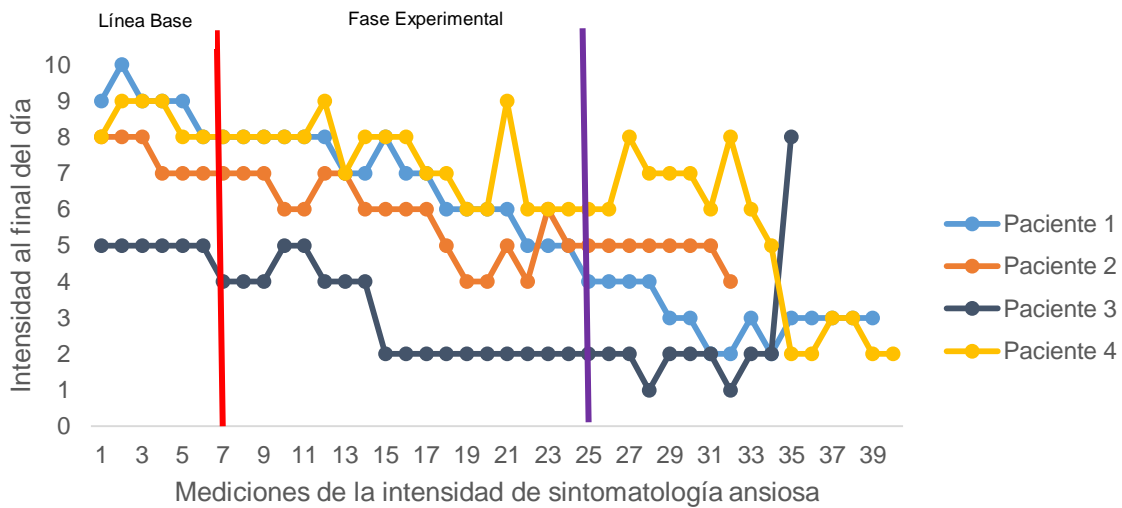


Figura 4. Intensidad de la sintomatología ansiosa, medida por EVA's, en línea base y tratamiento.

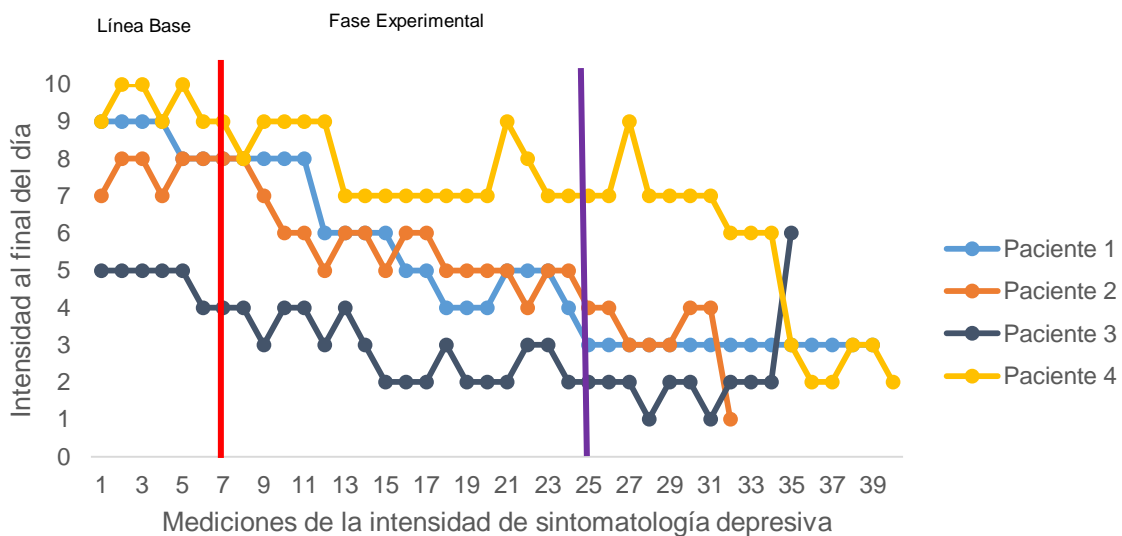


Figura 5. Intensidad de la sintomatología depresiva, medida por EVA's, en línea base y tratamiento.

Para la frecuencia y duración de actividad motora prescrita por el médico se encontró que en línea base el nivel era mínimo. Tras el tratamiento los pacientes mostraron un aumento progresivo, esto es, con tendencia positiva; sin embargo, se observa cierto grado de variabilidad en los datos (Ver figuras 6 y 7).

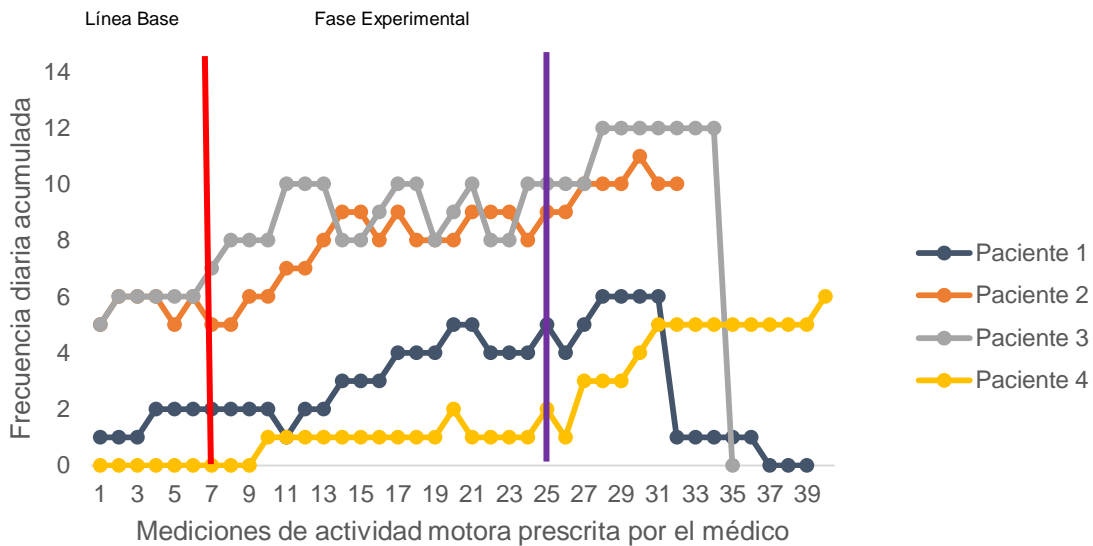


Figura 6. Frecuencia de la actividad motora prescrita por el médico realizada por los pacientes durante la hospitalización.

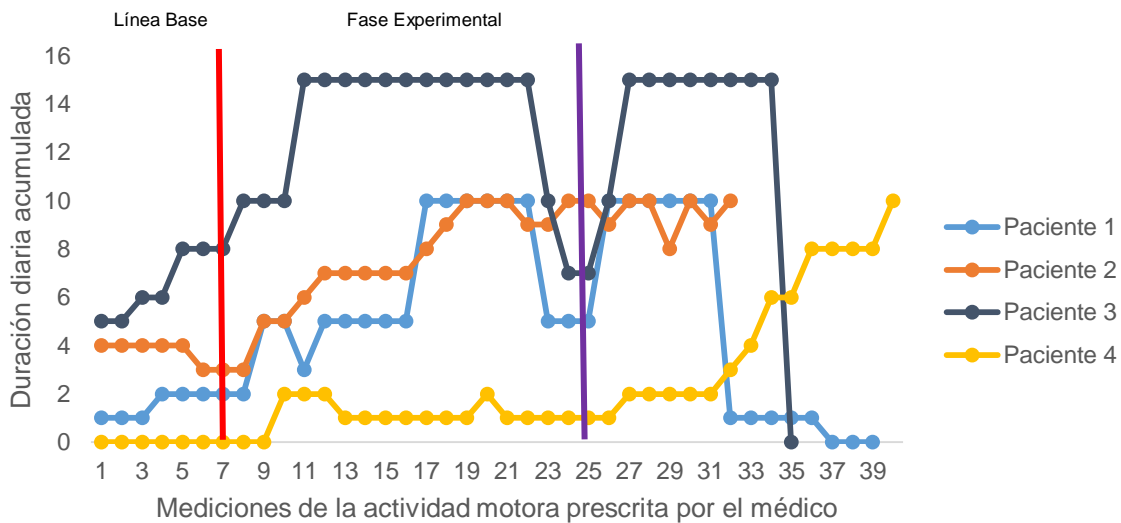


Figura 7. Duración de la actividad motora prescrita por el médico realizada por los pacientes en hospitalización.

Sobre el número de respiraciones pasivas realizadas en línea base se observa un nivel bajo en todos los pacientes en comparación con un nivel mayor y tendencia positiva en la fase de tratamiento (Ver Figuras 8 y 9).

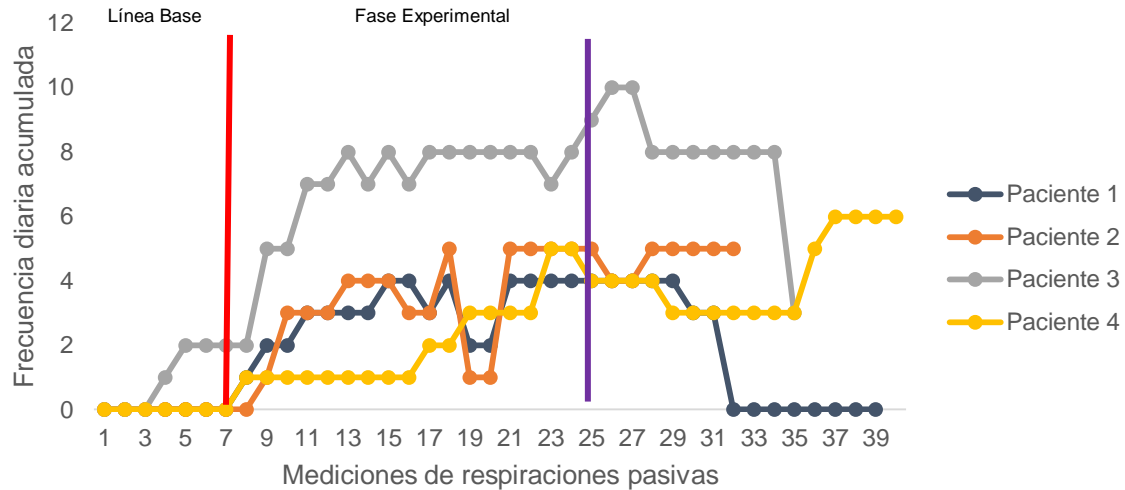


Figura 8. Frecuencia de respiraciones pasivas realizadas por los pacientes en hospitalización.

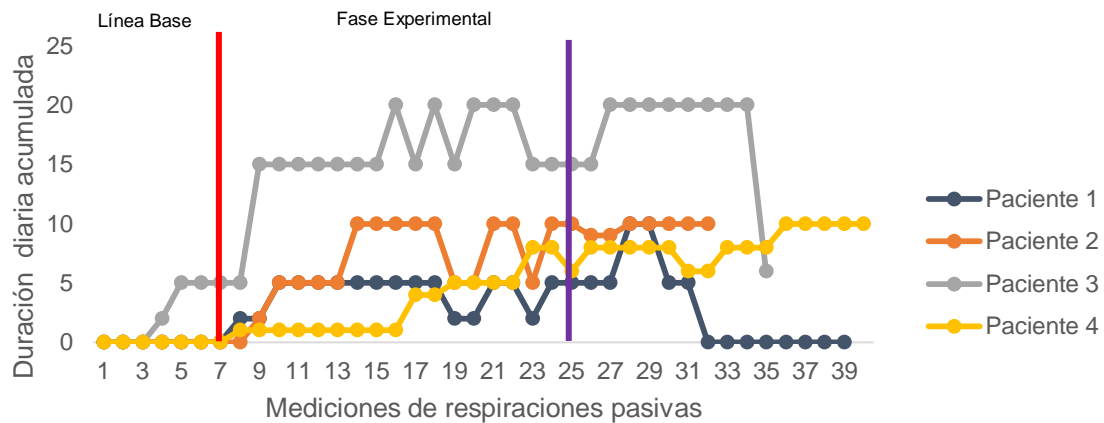


Figura 9. Duración de respiraciones pasivas realizadas por los pacientes en hospitalización.

Para la frecuencia y duración de actividades de distracción se encontró que en línea base el nivel era muy bajo; tras el tratamiento, los pacientes mostraron nivel alto y tendencia positiva (Ver figuras 10 y 11).

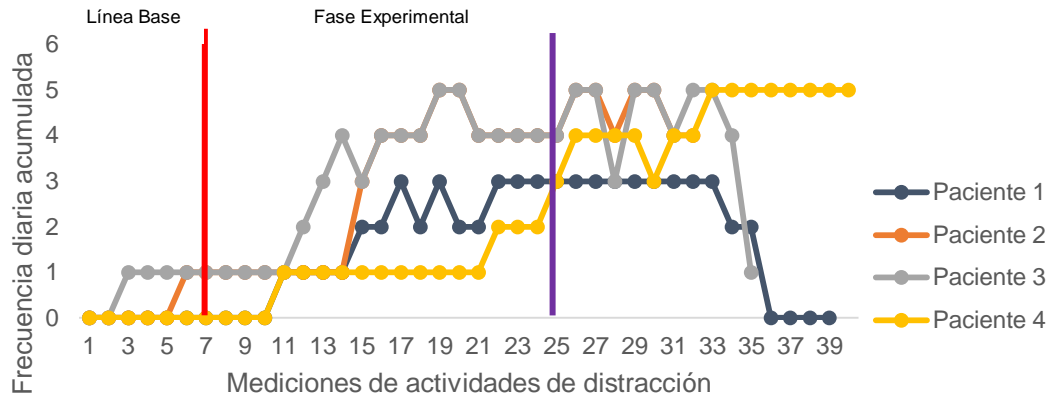


Figura 10. Frecuencia de las actividades de distracción realizadas por los pacientes en hospitalización.

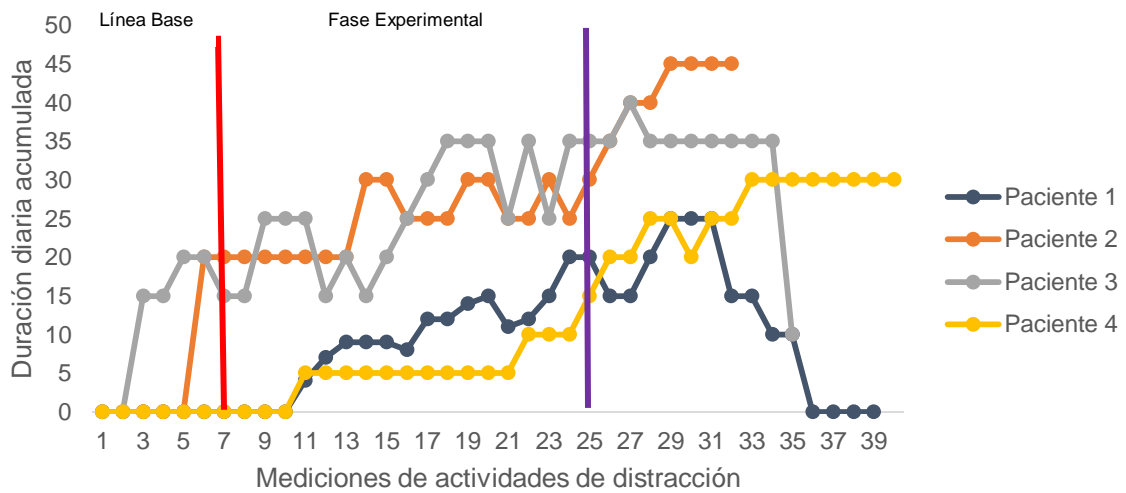


Figura 11. Duración de las actividades de distracción realizadas por los pacientes en hospitalización.

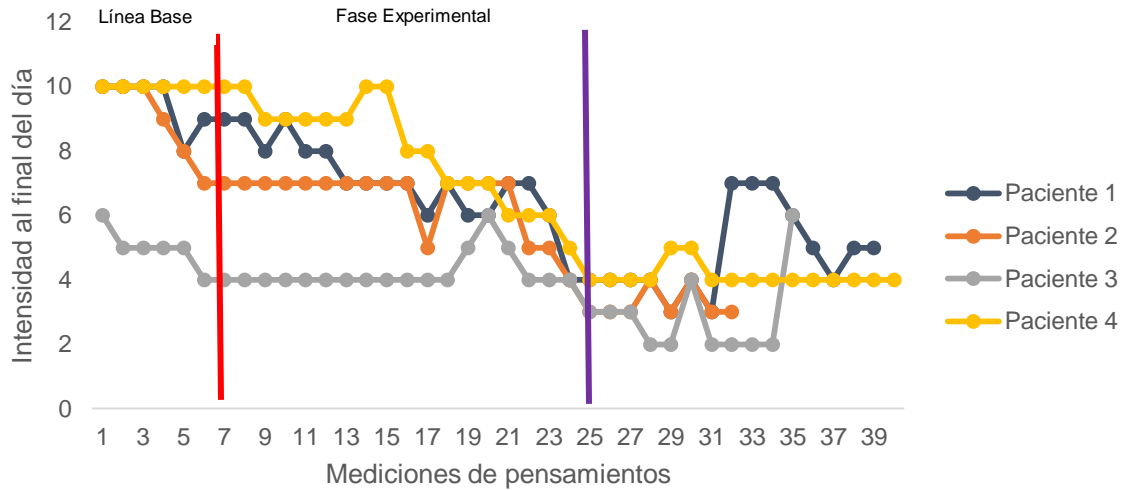


Figura 12. Duración diaria acumulada de las actividades de distracción realizadas por los pacientes en hospitalización.

Finalmente, se presenta la frecuencia de reforzadores administrados por los cuidadores primarios de los pacientes. La Figura 13 muestra el nivel extremadamente bajo de reforzadores entregados ante conductas de distracción, de respiración pasiva y actividad motora en la línea base. Aunque se observa un nivel más alto en la fase experimental, la variabilidad de los datos es evidente.

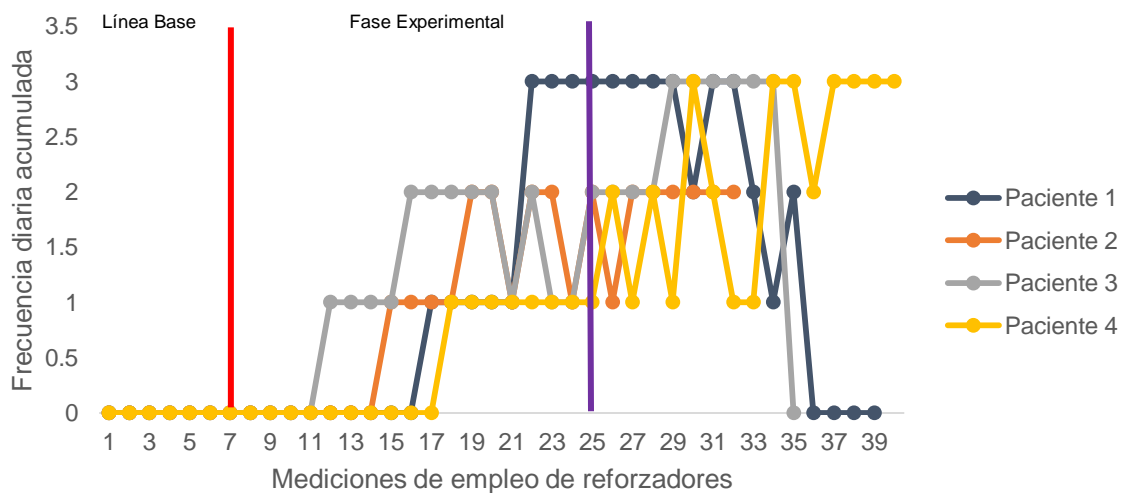


Figura 13. Frecuencia diaria acumulada de entrega de reforzador posterior a la realización de conductas esperadas por los pacientes en hospitalización.

La estimación cuantitativa de los índices nivel, tendencia, variabilidad y estabilidad para las distintas conductas meta contempladas en este trabajo deja ver que para la intensidad de sintomatología ansiosa y depresiva reportada por los pacientes con diagnóstico oncohematológico de novo y hospitalizados se encontró nivel alto, la mayoría con tendencia positiva, estabilidad y baja variabilidad, mientras que en la fase experimental se encontró nivel bajo, en la mayoría de los casos tendencia negativa, mayor variabilidad y relativa estabilidad de los datos (Ver Tablas 1 y 2).

Tabla 1

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para intensidad de sintomatología ansiosa en línea base y fase experimental*

Participante	Índices descriptivos							
	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Estabilidad	
	Fase							
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
Paciente 1	9.000	5.121	-0.229	-0.008	0.577	2.100	-8.750	188.025
Paciente 2	7.429	5.440	-0.012	-0.012	0.495	0.941	12.984	130.113
Paciente 3	5.000	2.900	0.000	-0.006	0.000	1.531	5.303	109.618
Paciente 4	8.600	7.280	2.150	0.008	0.490	2.980	-367.195	159.836

Nota: LB = Línea Base; FE = Fase Experimental.

Tabla 2

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para intensidad de sintomatología depresiva en línea base y fase experimental*

Participante	Índices descriptivos							
	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Estabilidad	
	Fase							
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
Paciente 1	8.667	4.545	-0.229	-0.007	0.471	1.794	7.656	187.129
Paciente 2	7.714	4.840	0.107	-0.001	2.129	1.433	-10.733	130.113
Paciente 3	5.000	2.742	0.000	-0.006	0.000	1.135	5.303	106.845
Paciente 4	9.600	6.657	2.425	0.008	0.489	2.110	-580.814	166.375

Nota: LB = Línea Base; FE = Fase Experimental.

De acuerdo con las Tablas 3 y 4, en actividad motora prescrita por el médico, tanto en frecuencia como duración, se encontraron niveles bajos, tendencia positiva en la mayoría de los casos, poca variabilidad y relativa estabilidad de línea base, en comparación con la fase experimental en la cual el nivel fue más alto; sin embargo, la tendencia fue positiva para algunos participantes y negativas para otros, la variabilidad fue más alta y la estabilidad de los datos fue menor. Lo mismo se observa para frecuencia y duración de las respiraciones pasivas (Ver Tablas 5 y 6) y actividades de distracción (Ver Tablas 7 y 8).

Tabla 3

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para frecuencia de actividad motora prescrita por el médico en línea base y fase experimental.*

Participante	Índices descriptivos							
	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Estabilidad	
	Fase							
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
Paciente 1	1.500	3.000	0.257	-0.005	0.500	1.875	10.500	165.088
Paciente 2	5.571	8.480	-0.036	0.001	0.495	0.000	-28.622	130.113
Paciente 3	5.750	9.200	0.058	-0.019	0.433	2.429	4.803	75.893
Paciente 4	0.000	2.370	0.000	0.005	0.000	1.929	0.000	182.331

*Nota:* LB = Línea Base; FE = Fase Experimental.

Tabla 4

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para duración de actividad motora prescrita por el médico en línea base y fase experimental.*

Participante	Índices descriptivos							
	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Estabilidad	
	Fase							
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
Paciente 1	1.500	5.515	0.257	-0.009	0.500	1.630	10.500	168.653
Paciente 2	3.714	8.200	-0.179	0.001	0.452	0.976	6.440	76.185
Paciente 3	5.500	12.510	0.077	-0.026	0.500	3.741	4.327	19.622
Paciente 4	0.000	2.628	0.000	0.006	0.000	2.726	0.000	171.068

*Nota:* LB = Línea Base; FE = Fase Experimental.

Tabla 5

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para frecuencia de respiraciones pasivas en línea base y fase experimental.*

Participante	Índices descriptivos							
	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Estabilidad	
	Fase							
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
Paciente 1	0.000	2.364	0.000	-0.004	0.000	1.630	0.000	168.653
Paciente 2	0.000	3.720	0.000	0.001	0.000	1.510	0.000	78.789
Paciente 3	0.250	6.871	0.058	-0.014	0.433	2.282	-2.448	120.863
Paciente 4	0.000	2.880	0.000	0.005	0.000	1.753	0.000	163.539

*Nota:* LB = Línea Base; FE = Fase Experimental.

Tabla 6

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para duración de respiraciones pasivas en línea base y fase experimental.*

Participante	Índices descriptivos							
	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Estabilidad	
	Fase							
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
Paciente 1	0.000	3.485	0.000	-0.006	0.000	2.721	0.000	145.806
Paciente 2	0.000	7.800	0.000	0.002	0.000	2.966	0.000	130.113
Paciente 3	0.500	15.516	0.115	-0.032	0.866	5.073	-2.448	72.792
Paciente 4	0.000	5.280	0.000	0.011	0.000	3.427	0.000	176.794

*Nota:* LB = Línea Base; FE = Fase Experimental.

Tabla 7

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para frecuencia de actividades de distracción en línea base y fase experimental.*

Participante	Índices descriptivos							
	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Estabilidad	
	Fase							
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
Paciente 1	0.000	1.818	0.000	-0.003	0.000	1.217	0.000	171.438
Paciente 2	0.286	3.400	0.179	0.001	0.452	1.546	6.440	130.113
Paciente 3	0.500	3.320	0.077	-0.007	0.500	1.532	2.121	109.679
Paciente 4	0.000	2.485	0.000	0.005	0.000	1.857	0.000	184.836

*Nota:* LB = Línea Base; FE = Fase Experimental.



Tabla 8

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para duración de actividades de distracción en línea base y fase experimental.*

Participante	Índices descriptivos							
	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Estabilidad	
	Fase							
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
Paciente 1	0.000	10.667	0.000	-0.017	0.000	7.768	0.000	175.686
Paciente 2	5.714	29.800	3.571	0.006	9.035	8.658	6.440	130.113
Paciente 3	7.500	27.740	1.154	-0.058	7.500	8.312	2.121	49.265
Paciente 4	0.000	14.280	0.000	0.031	0.000	11.411	0.000	187.356

*Nota:* LB = Línea Base; FE = Fase Experimental.

Como se observa en la Tabla 9, en la intensidad de pensamientos negativos reportada por los pacientes en línea base se encontró nivel alto, la mayoría con tendencia negativa, estabilidad y baja variabilidad, mientras que en la fase experimental se encontró nivel bajo, en la mayoría de los casos tendencia negativa, mayor variabilidad y relativa estabilidad de los datos.

Tabla 9

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para intensidad de pensamientos negativos en línea base y fase experimental.*

Participante	Índices descriptivos							
	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Estabilidad	
	Fase							
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
Paciente 1	9.500	6.061	-0.314	-0.010	0.764	1.722	4.038	159.474
Paciente 2	8.714	5.440	-0.607	-0.001	6.702	1.722	20.601	130.113
Paciente 3	5.250	3.740	-0.058	-0.008	0.433	1.077	5.736	19.523
Paciente 4	10.000	6.310	0.000	0.005	0.000	2.339	0.000	186.374

*Nota:* LB = Línea Base; FE = Fase Experimental.

Finalmente, en lo que respecta a la entrega de reforzadores, se encontró en línea base un nivel bajo, tendencia negativa, estabilidad y baja variabilidad. En cambio, en la fase de tratamiento se halló un nivel más alto, tendencia positiva, mayor variabilidad y relativa estabilidad (Ver Tabla 10).

Tabla 10

*Estimación cuantitativa de índices descriptivos para frecuencia de entrega de reforzadores en línea base y fase experimental.*

Participante	Índices descriptivos							
	Nivel		Tendencia		Variabilidad		Estabilidad	
	Fase							
	LB	FE	LB	FE	LB	FE	LB	FE
Paciente 1	0.000	1.273	0.000	-0.002	0.000	1.286	0.000	170.333
Paciente 2	0.000	1.160	0.000	0.001	0.000	0.833	0.000	130.113
Paciente 3	0.000	1.450	0.000	-0.003	0.000	1.073	0.000	98.321
Paciente 4	0.000	1.170	0.000	0.003	0.000	1.108	0.000	148.611

*Nota:* LB = Línea Base; FE = Fase Experimental.

## 1.7 Discusión

Los objetivos del protocolo de investigación desarrollado fueron disminuir los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, así como aumentar el nivel de actividad motora prescrita por el médico en pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados mediante un programa de intervención multicomponente.

Las puntuaciones iniciales en la HADS, el nivel alto, estabilidad y baja variabilidad de los datos que se encontraron en línea base para la intensidad de la sintomatología ansiosa y depresiva medida por EVA's, así como en pensamientos negativos relacionados con la hospitalización, diagnóstico y tratamiento, y asociados, según Calderón *et al* (2012), Chouhan & Sharma (2017) y Gellman & Turner (2013) al nivel cognitivo de la ansiedad y depresión, son congruentes con la literatura científica, según la cual los pacientes hospitalizados (Eisele *et al*, 2013; López, 2007; Pérez, 2015; Rivera-Fong, 2014; Shoar *et al*, 2016), específicamente los oncológicos (Mitchell *et al*, 2011; Moseholm *et al*, 2016; Reyes; 2006; Valencia, 2006; Yang *et al*, 2013) y hematológicos (Corona *et al*, 2008; Gaston-Johnsson, 1992, en Corona *et al*, 2008; Grassi, Rosti, Albertazzi y Marangolo, 1996, en Corona *et al*, 2008; Herrera, 2016; Martínez, 2009; Martínez, Loy y Romero, 1995; Pérez, 2015 y Rosas, 2014), presentan síntomas de ansiedad y depresión, principalmente en la fase de diagnóstico (Dogu *et al*, 2017). No obstante, el que la tendencia de la

intensidad de los síntomas se reporte negativa y cada vez más estable, sugiere que los pacientes por sí mismos ponen en marcha sus recursos de afrontamiento ante el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad. Incluso, Pelechano (2005) sostiene que, en enfermedades crónicas, entre los primeros 8 y 15 días posteriores al diagnóstico, la conducta entra en estabilización.

Igualmente, el nivel bajo, estabilidad y baja variabilidad en los datos relativos a la actividad motora prescrita por el médico, respiraciones pasivas y actividades de distracción que se encontró en línea base es acorde con la literatura previa que indica que el paciente interno experimenta cambios en sus respuestas fisiológicas y ve disminuidas sus actividades diarias (López, 2007), entre ellas el ejercicio físico entendido como movimientos propios de la función motora y permitidos durante el reposo absoluto u otras actividades de ocio, tiempo libre y relajación.

Aunque la literatura destaca que es muy posible que el sedentarismo propiciado por las indicaciones médicas recibidas durante la primera hospitalización para diagnóstico y tratamiento de una enfermedad oncológica de la sangre, constituye un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología ansiosa y depresiva (Brocal-Pérez, Sánchez y Rodríguez, 2012, en Herrera-Gutiérrez *et. al*, 2012; De Vries y Housh, 1994, en Herrera-Gutiérrez *et. al*, 2012; Knapen, Vancampfort, Schoubs, Probst, Sienaert, Haake, Peuskens y Pieters, 2009, en Herrera-Gutiérrez *et. al*, 2012; Martinsen, 1994, en Herrera-Gutiérrez *et. al*, 2012; Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz y Salazar, 1991, en Herrera-Gutiérrez *et. al*, 2012; Weyerer, 1992, en Herrera-Gutiérrez *et. al*, 2012; Liu *et al*, 2012; Villegas, 2010), ante la falta de indagaciones orientadas a la población específica hematológica y por las limitaciones metodológicas del presente protocolo que no permiten establecer relaciones entre variables, no se puede concluir que la disminución en la actividad motora se relacione con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión de los pacientes contemplados en este estudio. No obstante, las relaciones entre variables pueden ser abordadas en futuras investigaciones e intervenciones. Así, se propone que la actividad motora o física constituya el objeto de estudio de investigaciones e intervenciones posteriores que permitan identificar

la frecuencia, duración, intensidad y otros parámetros que resulten los ideales para el paciente oncohematológico.

De igual manera, debido a las limitaciones del protocolo para establecer comparaciones entre las diferentes técnicas de intervención y al no ser el objetivo de la presente investigación, se propone que en el futuro cada una sea estudiada por separado. A manera de ejemplo, se sugiere que la técnica de respiración pasiva se investigue con diversas frecuencias y duraciones de inhalaciones; que cuando forme parte de programas multicomponentes se le entrene en un orden diferente y se le combine con otras estrategias terapéuticas. De esta forma se posibilitaría la identificación de aquella estrategia o combinación que resulte en mayores beneficios para los pacientes oncohematológicos sin dejar a un lado sus características biológicas.

Ahora bien, los cambios reportados por los pacientes durante la fase experimental y hasta el término de su hospitalización, tanto en la HADS, EVA's, intensidad de pensamientos negativos, como en frecuencia y duración del resto de las conductas meta, permiten aceptar la hipótesis alternativa planteada para este trabajo y concluir que la implementación de un tratamiento multicomponente cognitivo-conductual resulta efectivo en la disminución de sintomatología ansiosa y depresiva y el aumento de actividad motora prescrita por el médico relacionada con la hospitalización y diagnóstico oncohematológico de novo; principalmente en lo que respecta al nivel comparado con el observado en línea base, tal como han demostrado intervenciones previas en pacientes oncológicos hematológicos (Arranz *et al.*, 2003; Bellver y Moreno, 2009; De Linares *et al.*, 2007; Saw *et al*, 2018).

Para algunos autores, la implementación de técnicas terapéuticas cognitivo-conductuales y conductuales clásicas ha derivado en mejores resultados (Arranz *et al.*, 2003; Bellver y Moreno, 2009; De Linares *et al.*, 2007; Landa-Ramírez *et al*, 2014; Saw *et al*, 2018; Rhodes *et al*, 2014); en cambio, otros sostienen que las técnicas relacionadas con la activación conductual y otras técnicas de tercera generación resultan igual o más efectivas que las tradicionales para la disminución de síntomas de ansiedad y depresión (Barraca, 2012; Becerra *et al*, 2017); Cuijpers,

Van Straten & Warmerdam, 2004; Cuijpers, Cristea, Weitz, Gentili & Berking, 2016; Dougher & and Hackbert, 1994 Ekers *et al*, 2014 Nieto & Barraca, 2017).

En este estudio se emplearon técnicas de intervención clásicas del enfoque cognitivo-conductual y al mismo tiempo se retomaron aportaciones de una de las terapias de tercera generación, la activación conductual, bajo uno de los principios fundamentales del enfoque conductual, el reforzador, mediante la realización de actividades que acercaron a los pacientes a las fuentes de reforzamiento disminuidas por la hospitalización (Abreu y Santos, 2008; Carrasco, 2017; Chouhan & Sharma, 2017; Dougher & Hackbert, 1994; Ferster, 1973; Kanter & Callaghan, 2004; Pérez y García, 2001; Veale, 2008). Resulta importante mencionar que la activación conductual no se puede aplicar sin modificación a los pacientes hematológicos debido a las características de su proceso salud-enfermedad. La activación conductual requiere mucha estructura y seguimiento, de parte del paciente, de un plan bien delimitado de actividades que para una persona hospitalizada, canalizada, expuesta a múltiples procedimientos, fiebre, infecciones, citopenias, etcétera, sería sencillamente imposible de seguir; no obstante, es posible que la versión breve propuesta por Ekers *et al* (2014) resultara adecuada a las características de los pacientes y su contexto, de manera que constituye una línea de investigación futura.

Respecto de la entrega de reforzadores por parte de los cuidadores los resultados no pueden ser concluyentes sobre su papel en la manipulación de las variables dependientes. Si bien se reportó un aumento en el nivel de línea base a fase experimental, la entrega no siempre fue contingente a la realización de las actividades de distracción debido a las características de la interacción paciente-cuidador (el paciente busca distraerse cuando se encuentra solo mientras el cuidador realiza cambios con otros familiares o visitas, o bien, se retira a comer y realizar pagos), esto pone los resultados en tela de juicio, ya que, de acuerdo con Ryba, Lejuez & Hopko (2013), no es la cantidad de actividades sino la contingencia la que favorece la disminución de los síntomas psicológicos e impide concluir que la distracción conductual y el manejo de contingencias empleadas haya tenido un

papel clave en la disminución de síntomas. Además, es de subrayar la importancia de la contigüidad en la entrega de reforzador, como lo señala Skinner (1938), misma que no se puede verificar en este protocolo por la limitación de los registros empleados. Además, es probable que otros programas de reforzamiento se hayan implementado tanto por el cuidador, las visitas, personal sanitario, e incluso, la misma investigadora, por lo tanto, también es un tema que requiere indagación y mayor control.

Es importante señalar que aunque de acuerdo con la comparación entre niveles obtenidos en línea base comparados con los de la fase experimental permiten observar los cambios esperados por la implementación del tratamiento, no se debe perder de vista el señalamiento de Pelechano (2005) sobre la estabilización de la conducta como una propiedad que no necesariamente requiere intervención. Lo anterior se pudo constatar a través de la obtención de índices cuantitativos para la tendencia de las variables medidas que dejó ver que desde la línea base la mayoría de los pacientes ya reportaban tendencias esperadas solo tras la implementación del tratamiento, por eso es muy importante no dejarse engañar por la inspección visual de los resultados (Frías, s/f). Tampoco se puede hacer caso omiso a la advertencia de Pérez (2015) sobre la aparición de síntomas después de 38 días de hospitalización, por tanto, no se puede asegurar si los resultados se hubieran mantenido de haber continuado el internamiento y las mediciones.

No está de más puntualizar que el presente protocolo es uno de los pocos estudios con pacientes de novo, y que además procuró rescatar el análisis idiográfico y la medición de los parámetros de las conductas meta recomendado por los expertos en modificación del comportamiento (Abreu y Silvério; 2017), Kanter & Callaghan, 2004; Kanter, Busch, Weeks & Landes, 2008), ya que la mayor parte de la investigación en la población blanco solo se ha centrado en pacientes planamente diagnosticados, en tratamiento curativo, de rescate o paliativo (Arranz *et al*, 2003; De Linares *et al*, 2007; Saw *et al*, 2018), muy pocos reportan estudios en las fases iniciales del diagnóstico (Dogu *et al*, 2017), cuando incluso es nuevo para ellos escuchar la palabra cáncer. De esta manera, es necesario desarrollar un

mayor número de intervenciones, caracterizadas por su especificidad para los diversos tipos de pacientes oncohematológicos, además de considerar los diferentes momentos del proceso de enfermedad, desde el prediagnóstico hasta los cuidados paliativos. Lo anterior constituye una línea de investigación adicional y muy amplia que puede ser retomada en futuros estudios.

Hasta este momento se ha dejado ver entre líneas la existencia de algunos errores y limitaciones metodológicas del presente protocolo; pero se cree igualmente conveniente destacar varias fuentes de invalidez interna y externa que pudieron afectar los resultados y es necesario rectificar en futuras investigaciones. Así, sobresalen las variables relativas a la historia tales como los cambios en el estado de salud, los cambios de cuidadores, el cambio del médico tratante durante la hospitalización, entre otros. Este punto, fue evidente en los pacientes 1 y 3. El paciente 1, a partir del día 32 de hospitalización, presentó complicaciones médicas que derivaron en colocación de sonda nasogástrica, fiebre, ayuno prolongado y, finalmente, fallecimiento. Mientras que el paciente 3, el día 30 de hospitalización, recibió la noticia de posible refractariedad al tratamiento médico, además de la probabilidad de que la enfermedad que cursaba en ese momento no fuera de novo, sino secundaria a algún síndrome mielodisplásico, noticia confirmada en el día 35, mismo en el que recibió pre-alta para continuar con otro esquema de tratamiento, ahora denominado de rescate.

A pesar de la muerte de uno de los pacientes y la probabilidad de que la enfermedad de otro no fuera de novo se consideraron los datos debido a que ambos pacientes completaron la fase de tratamiento y evaluación final; en el caso del paciente 3 no era una condición conocida al inicio del tratamiento médico, ni psicológico, pero, evidentemente, se observa la alteración en las variables medidas en el día que las condiciones médicas se modificaron.

En cuanto a la maduración como fuente de invalidez, trascienden los efectos del tiempo de hospitalización. Todos los pacientes estuvieron más de 35 días en internamiento, mientras la duración común es de 21 a 28 días, en este punto cobran relevancia las posibles alteraciones en los síntomas de ansiedad y depresión de

haber continuado hospitalizados, ya que, según Pérez (2015) la sintomatología se presenta en promedio a partir de los 38 días de hospitalización.

También pueden estar jugando un papel importante la inestabilidad por el empleo de autorregistros, la exposición a información de otros pacientes en el pase de visita o en pláticas informales entre los mismos pacientes y cuidadores, el egreso de otros pacientes por fallecimiento y/o alta médica o voluntaria; sesgos en la instrumentación al usar EVA's al final de día en lugar de promedios diarios; invalidez por regresión estadística al realizar la medición de variables pocos días después del ingreso al hospital, de la recepción del diagnóstico; además de haber realizado las últimas mediciones hacia el egreso del hospital, por mejoría, refractariedad o fallecimiento cercano.

Otro punto que debe señalarse como área de oportunidad metodológica es la selección de los participantes. Al no considerar variables como los conocimientos y experiencia previa en cuidados paliativos, enfermería y otros, como criterios de exclusión, es muy probable que hayan afectado los resultados. Igualmente, las diferencias en edad, estirpe de la enfermedad, protocolo de tratamiento, sensibilidad al dolor y evolución de la enfermedad pudieron sesgar los resultados de la intervención.

En cuanto a las fuentes de invalidez externa, se pudo haber incurrido en el efecto de interacción de pruebas al utilizar primero la HADS y después las EVA's. El contenido de la prueba HADS pudo sensibilizar a los pacientes. Por otro lado, sobre la interacción de tratamientos múltiples, en primer lugar es importante señalar que al tratarse de un tratamiento multicomponente su eficacia depende de la organización e interacción de las diferentes técnicas en su conjunto, por lo que la identificación de la técnica terapéutica que tuvo mayor peso en la modificación de las variables dependientes no constituye el objetivo, pero sí una línea de investigación abierta que requerirá otro tipo de diseños orientados a determinar la eficacia diferencial de cada técnica. También, el hecho de emplear psicoeducación sobre los aspectos médicos a lo largo de la hospitalización, así como continuar con repases y revisión de registros después de haber concluido la intervención



propriadamente dicha constituye un sesgo importante para los resultados, es posible que la estabilidad que se observa hacia el final de las mediciones, además de asociarse con el fin de la hospitalización y posible egreso, puede haberse derivado de la intervención prolongada, ya que la psicoeducación es la base de toda intervención (Bellver y Moreno, 2009).

Por si fuera poco, se debe hacer mención a otra posible interacción de tratamientos, debido a que dos de los participantes tuvieron contacto con terapeutas de Clínica de Dolor (paciente 3 y 4). En palabras de los pacientes no recibieron técnicas similares o adicionales, incluso uno de ellos mencionó haber aplicado las técnicas entrenadas en las sesiones de tratamiento durante el procedimiento realizado en Clínica de Dolor; no obstante, no hay manera de corroborar si se trató de una interferencia o no.

Una fuente de invalidez más fue el efecto de la interrupción de actividades, aquí se considera que el error principal del protocolo fue la medición exhaustiva de conductas propiciada por la facilitadora a través del uso de registros múltiples. Aunque se diseñaron registros sencillos, el número de estos resultó tedioso y llegó a interrumpir las actividades cotidianas de los participantes, especialmente los cuidadores, quienes compartieron que se trata de una tarea poco agradable; por tanto, se sugiere implementar registros de menor dificultad e incluso el desarrollo y uso de tecnologías mediante la generación de aplicaciones amigables y lúdicas que además consideren el estado físico del paciente, por un lado, así como las responsabilidades de los cuidadores.

Asimismo, se subraya la posibilidad de que la investigadora-facilitadora haya actuado como reforzador y/o estímulo discriminativo. Aunque por razones extraacadémicas existió un periodo de ausencia de 7 días, en los cuales no se reportaron cambios drásticos en las mediciones de las conductas meta, es muy posible que desde el inicio del tratamiento se hayan implementado programas de reforzamiento no considerados que pudieron tener un papel importante en los resultados obtenidos; así, estas fuentes que escaparon al control del presente protocolo tendrán que ser estudiados con mayor detalle.

En términos de generalización de resultados, la disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva y el aumento de la actividad motora prescrita por el médico tras la implementación de un tratamiento multicomponente no pueden ser generalizados a la diversidad de pacientes oncohematológicos de novo. Se requiere que el protocolo sea replicado en diferentes sujetos, en diversas condiciones médicas, en distintos momentos del proceso de enfermedad, etcétera, o bien, que se desarrollen intervenciones que contemplen diseños de investigación que permitan un mayor control de variables, una muestra de mayor tamaño y permitan así la generalización de resultados.

En vista de los resultados y las limitaciones metodológicas, se concluye que el programa multicomponente aquí presentado contribuye a la adopción de una conducta útil para adaptarse a una situación médica (Bellver y Moreno, 2009) que, se espera, impacte en la búsqueda de atención médica, la adherencia terapéutica, la calidad de vida y el pronóstico de cada paciente (Eisele *et al*, 2013; Tang, 2012); no obstante, no se le pueden atribuir por completo los resultados, ha de tomarse en cuenta que entre más específicos son los resultados menos generalizables son sus conclusiones (Gérvas y Pérez, 2008). Por tanto, queda un largo camino por recorrer en materia de investigación aplicada a la salud que resulte en conocimiento científico válido.

## **CAPÍTULO 2. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

El presente capítulo tiene como objetivo reportar las actividades realizadas por el especialista en formación de Medicina Conductual en el Servicio de Hematología, orientadas al desarrollo de competencias profesionales propias del psicólogo inserto en escenarios de salud. Cabe mencionar que las actividades asistenciales, académicas y extraacadémicas se realizaron el periodo comprendido entre enero de 2018 y abril de 2019.

La Residencia en Medicina Conductual es un programa de posgrado profesionalizante que busca la formación de recursos humanos especializados que contribuyan a la generación de soluciones ante las necesidades psicológicas de pacientes afectados por enfermedades crónico-degenerativas. Retoma un marco teórico-metodológico cognitivo conductual con el fin último de brindar atención integral al paciente a través de la evaluación e intervención derivadas de la investigación básica y aplicada, así como la colaboración con el equipo médico (Reynoso-Erazo, 2011).

La Residencia se distingue de otros programas de posgrado por un enfoque de práctica profesional supervisada en escenarios reales, lo que favorece el desarrollo de habilidades y competencias teóricas, metodológicas y personales para el desempeño de las funciones profesionales que no son diferentes a las de otros sectores, pero sí deben ajustarse a las necesidades del campo de inserción (Reynoso-Erazo, 2011, 2014; Reynoso-Erazo, Bravo-González, Anguiano-Serrano y Mora-Miranda, 2012; Rodríguez, 2003).

Así, se presenta, en primer lugar, una breve contextualización de la Medicina Conductual a nivel mundial y en México. Posteriormente, se describen las características de la sede hospitalaria y el servicio asignado, así como las actividades diarias y aquellas no programadas realizadas durante la estancia hospitalaria para, finalmente, presentar una evaluación y análisis crítico de las competencias alcanzadas y sugerencias para la mejora.

## **2.1 Breve contextualización de la Medicina Conductual a nivel mundial y en México**

### *2.1.1 Contextualización de la Medicina Conductual a nivel mundial*

La Psicología es la ciencia que estudia el comportamiento en situaciones controladas, así como en condiciones naturales y sociales. Aunque se investigan los mismos procesos en todos los sectores, en cada uno se genera conocimiento científico y tecnología psicológica que permite el diseño de metodologías definidas, orientadas a la identificación y modificación de formas concretas de actividad humana. Es así como un determinado sector se convierte en un campo de incidencia profesional (Rodríguez, 2003). Ejemplo de lo anterior es el sector salud y el ejercicio específico de la Medicina Conductual.

Los antecedentes de la Medicina Conductual se pueden trazar desde Hipócrates (500 a. C.), con la teoría de los humores, y Galeno (siglo II, A.D.) quien postuló que la enfermedad física se deriva del órgano o sistema de origen (Stone, 1979, citado en Felgoise, 2005). Varios siglos después, entre 1600 y 1800, la Medicina inicia su etapa pre-científica, el modelo de la enfermedad dominó el enfoque de la salud y la atención médica. En estos siglos destacan los trabajos de William Harvey, Vesalius, Columbus, Stephen Hales, entre otros. Además, los supuestos y metodologías de Thomas Sydenham, respecto de la observación clínica, y John Gregory, sobre el dolor, también dejaron ver el interés por los aspectos psicológicos (Reynoso-Erazo, 2002; Shorter, 1991, citado en Felgoise, 2005).

Para 1800 y hacia finales del siglo XIX, los trabajos de Wilhelm Wundt, Emil Kraepelin y Edward B. Titchener hicieron evidente la integración de la psicología en el entorno médico. Asimismo, con la distinción entre los orígenes físicos y psicológicos de la desadaptación a los síntomas de enfermedades orgánicas, se comenzaron a emplear términos como *psicógeno*, *psiconeurosis*, *neurastenia* e *histeria*. Por otro lado, Walter Cannon, sostuvo que las disfunciones digestivas se debían al carácter nervioso de las personas; mientras que para 1865, Iván

Sechenov publicó *Los reflejos cerebrales* (Felgoise, 2005; Reynoso-Erazo y Seligson, 2002).

Durante la década de 1900 prevaleció el modelo médico caracterizado por la fe incuestionable por parte de los pacientes hacia los médicos, incluso en problemas psicológicos. No obstante, a partir del siglo XX se observa un mayor interés por parte de los psicólogos en temáticas relacionadas con la salud. Algunos autores consideran que esto se debió a las aportaciones de Pavlov respecto a las respuestas fisiológicas, los laboratorios experimentales, el surgimiento de la técnica de biofeedback, el Análisis Experimental de la Conducta y el Análisis Conductual Aplicado. Además, desde 1912, Watson, Franz y Southard defendieron la inserción de los psicólogos en las escuelas de medicina; sin embargo, no sucedió hasta fines de la década de 1940 (Ardila, 2000; Bazán, 2003; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2008; Buela-Casal, 2004; Buela-Casal, Sierra y Carroble, 1995; Contreras, Londoño, Vinaccia y Quinceno, 2006; Felgoise, 2005).

Ahora bien, tras la Segunda Guerra Mundial los psicólogos fueron requeridos para brindar tratamiento y prevención de trastornos psiquiátricos posbélicos. También, en el modelo Boulder de 1949 se reconocieron las funciones del psicólogo en escenarios como hospitales, clínicas, prisiones, etcétera, trabajando con poblaciones infantiles y de adultos. No obstante, la importancia del rol de la psicología en la medicina se vuelve evidente en la década de 1950 con la presentación de varias conferencias y la incorporación de los psicólogos a programas médicos. Se tiene conocimiento de que uno de los primeros artículos que trataba temas que ahora se relacionan con Medicina Conductual fue "*Premedical school education in the social and behavioral sciences*", publicado por Lidz y Pilot en 1956 en *Journal of Medical Education* (DeAngelis, 1992, citado en Joseph, Gierlach, Houseley y Beutler, 2005; Felgoise, 2005; Gellman, 2013; Mars, 2002).

A partir de los años sesenta se incrementa el interés profesional y de investigación en el sector salud. En los Estados Unidos de Norteamérica se fundó la Asociación para el Avance de la Terapia del Comportamiento (AABT, actualmente denominada ABCT por sus siglas en inglés) (Reynoso-Erazo, 2014);

aparecen trabajos que incrementan la visibilidad del potencial de las aplicaciones de las técnicas conductuales (p.e. Ayllon y Azrin, 1968; Bandura, 1969; Eysenck, 1964; Franks, 1969; Ullmann y Krasner, 1965; Wolpe y Lazarus, 1966, citados en McNamara, 1979) y se dedicó más tiempo a entender las relaciones entre las variables psicológicas y la salud. Así, la psicoterapia conductual fue reconocida como auxiliar en el tratamiento médico que podría beneficiar a los pacientes que enfrentan una enfermedad aguda o crónica (McNamara, 1979).

En la década de los setenta los profesionales de la psicología contaban con cierta reputación; empero, muchos psiquiatras monopolizaron la atención de pacientes, por lo que se buscó legitimar la inserción de los psicólogos y establecer oportunidades formales para la comunicación interdisciplinaria y la colaboración relacionada con la atención de salud y el tratamiento de la enfermedad (Ardila, 2000; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Mars, 2002; Perés y Márquez, 2000; Stone, 1979, citado en Felgoise, 2005).

La década de los setenta resulta relevante en la historia de la Medicina Conductual debido al interés demostrado en su definición, investigación y aplicación. En 1973 Lee Birk utilizó por primera vez el término *Medicina Conductual*, que apareció en el título de su libro *Biofeedback: Behavioral Medicine* (Felgoise, 2005; Flórez; 1991). Desde su publicación se homologó, erróneamente, a la Medicina Conductual con el biofeedback (Gentry, 1984, citado en Felgoise, 2005). En ese mismo año la Asociación Estadounidense de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) reconoce la legitimidad de la práctica de la terapia de conducta en la psiquiatría. De manera similar, el aumento en la comprensión de los hábitos, comportamientos y estilos de vida defectuosos como componentes causales de trastornos físicos favoreció el empleo de la psicoeducación (McNamara, 1979).

En 1977, en la Conferencia de Yale, se define oficialmente a la Medicina Conductual; sin embargo, es hasta 1978 que la definición es revisada por el Instituto de Medicina de la Academia Nacional de la Ciencias de Estados Unidos y se conceptualiza como el “campo interdisciplinario preocupado con el desarrollo y la integración del comportamiento y ciencia biomédica, conocimiento y técnicas relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y

estas técnicas para la prevención, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación" (Schwartz y Weiss, 1978, p. 250, citado en Felgoise, 2005, p. 209). Es explícito en la definición que lo que marca las diferencias con otros campos relacionados unidisciplinarios como la psicología de la salud o la psicología médica, es su enfoque inter y multidisciplinario.

En ese mismo año se funda la *Revista de Medicina Conductual* y el Instituto Nacional de Salud establece una sección de estudio sobre Medicina Conductual. Asimismo, cobra relevancia el nombre de Neal Miller a quien se le considera fundador de la Medicina Conductual por sus contribuciones al campo. En 1979, Ovide Pomerleau y Paul Brady, establecen uno de los dos primeros centros de Medicina Conductual en la Universidad de Pennsylvania, Filadelfia. El segundo, el Laboratorio del Estudio de Medicina Conductual, se ubicó en la Universidad de Stanford, California (Agras, 1982, citado en Felgoise, 2005; Gellman, 2013). Poco después, Brady y Pomerleau establecieron la primera Sociedad de Medicina Conductual (Gentry, 1984, citado en Felgoise, 2005; Gellman, 2013; Reynoso-Erazo, 2014).

Cabe señalar que, de acuerdo con Reynoso-Erazo (2011; 2014), entre los factores que contribuyeron al surgimiento formal de la Medicina Conductual en los años setenta, destacan 1) la propuesta de Engel (1977) sobre el hombre como unidad biopsicosocial, las limitaciones del modelo biomédico y la necesidad de un modelo médico congruente en el que el profesional de la salud considere lo social, psicológico y biológico en la evaluación y pronóstico de un problema; 2) la teoría de la transición epidemiológica, en la que las enfermedades degenerativas desplazan las pandemias infecciosas como causa primaria de morbilidad y mortalidad (Omran, 1971); 3) el descontento hacia las prácticas terapéuticas tradicionales que no mostraron éxito para responder a las problemáticas sociales e interpersonales (McNamara, 1979); 4) los resultados derivados de la aplicación de la tecnología de biofeedback, relajación y desensibilización; la modificación del comportamiento y las relaciones entre el comportamiento, estrés y enfermedad (Felgoise, 2005).

De forma similar, Arias (1988) destaca que fue la crisis de la medicina psicosomática en la década de los sesenta y setenta, aunado al desarrollo de

modelos multifactoriales explicativos de la patogénesis de las enfermedades crónico degenerativas, lo que permitió que el estudio y comprensión de los factores que intervienen en la etiología y mantenimiento de los padecimientos comenzaran a abordarse en conjunto, tanto por los expertos en biomedicina como por los de la conducta. Así, la sinergia entre la biomedicina y la psicología de la salud contribuyó, y contribuye, al desarrollo de la Medicina Conductual; además, le confiere su característica principal, la multi e interdisciplinariedad.

Hacia 1980, Matarazzo define las diferencias entre Medicina Conductual, salud conductual y psicología de la salud. En lo que respecta a Medicina Conductual es definida como un amplio campo interdisciplinario de investigación, educación y práctica preocupado por la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, en el que, en palabras de Arias (1988), el enfoque conductual de la evaluación, intervención, promoción y prevención tienen un papel fundamental. Por otro lado, para Matarazzo, la salud conductual denota una subespecialidad interdisciplinaria en la Medicina Conductual, específicamente preocupada por el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la disfunción en personas actualmente sanas; mientras que la psicología de la salud es un conglomerado de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la identificación de la etiología y diagnóstico y las correlaciones de salud, enfermedad y disfunción, orientadas a las mejoras del sistema de salud mediante la participación en la generación de políticas de salud (Arias, 1988).

Desde entonces, la definición de Medicina Conductual ha permanecido relativamente sin cambios, de esta manera, Gellman y Turner (2013) consideran que se trata de un campo interdisciplinario e integrador de los conocimientos y técnicas biomédicos, así como de aquellos derivados de los enfoques sociocultural, psicosocial y conductual, que se dirige a la comprensión del proceso salud-enfermedad, promoción, etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

A finales de la década de los ochenta se fundó la Sociedad Internacional de Medicina Conductual (ISBM, por sus siglas en inglés), que inicialmente reunió a seis sociedades miembro. No obstante, las organizaciones de Medicina Conductual



se han multiplicado, de forma tal que en la actualidad la ISBM registra más de 25 sociedades afiliadas de distintos países entre los que se encuentran Australia, Brasil, Chile, China, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Hungría, Italia, Japón, México, Países Bajos, Noruega, Rumania, Eslovaquia, Sudáfrica, Corea del Sur, España, Suecia, Tailandia, Reino Unido y Venezuela. Además, la ISBM realiza un congreso cada dos años, el primero de ellos realizado en 1990 en Uppsala, Suecia, lo que ha favorecido la formación de más sociedades (Gellman, 2013; Reynoso-Erazo, 2014).

En 1992 se publica *Psico-oncología*; en 1994 se publica la *Revista Internacional de Medicina Conductual*; mientras que en 1996 se publica *Psicología, Salud y Medicina*. En el año 2000 tiene lugar la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de la Salud en México y en 2002 el Consejo de la División de Psicología de la Salud de la APA incluye la promoción de la salud, educación y bienestar humano como misiones de la división. Además, a partir de 2004, las universidades estadounidenses que imparten medicina han incluido temas que involucran a la Medicina Conductual, entre ellos destacan el comportamiento del paciente, rol y conducta del médico, relación médico-paciente, problemas sociales y culturales en el cuidado de la salud, además, de política de salud y economía (Ardila, 2000; Arrivillaga-Quintero 2007; Bazán, 2003; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Buela-Casal, 2004; Buela-Casal, Sierra y Carrobles, 1995; Contreras y cols., 2006; Domínguez, Morales y Landeros 1999; Gellman, 2013; Joseph y cols., 2005; Londoño, Valencia y Vinaccia 2006; Mars 2002; Mucci y Benaim, 2005); Nunes, García y Alba, 2006; Péres y Márquez, 2010).

Con la inserción de profesionales de la psicología en el sector salud, los psicólogos se han preocupado por la formulación de modelos y categorías que permitan la explicación de la interacción de los aspectos psicológicos con el fenómeno salud-enfermedad. De esta forma el enfoque conductual, que originalmente constituyó la base de la Medicina Conductual, ha evolucionado a cognitivo-conductual desde la integración de los modelos cognitivos tanto en psicología como en psiquiatría. Desde entonces, los investigadores sociales, conductuales y cognitivos, así como los clínicos, dedican cada vez más atención a

la salud física y enfermedad médica, pero es evidente que todavía queda espacio para mejorar su posición y visibilidad dentro de la comunidad médica (Alonso y Cifre, 2002; Ardila, 2000; Arrivillaga-Quintero, 2007; Arias; 1988; Ballesteros, 2002; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Contreras y cols., 2006; González, 2008; Martín, 2003; Mucci y Benaim, 2005; Nunes, García y Alba, 2006; Oblitas, 2008; Suls & Rothman, 2004).

### *2.1.2 Contextualización de la Medicina Conductual en México*

La observación y análisis de los índices de mortalidad del país para las últimas décadas permiten identificar cambios radicales en las principales morbilidades que afectan a la población y la llevan a la muerte. Así, se ha transitado de índices altos en muertes de madres e infantes en el primer año posterior al parto, por enfermedades infecciosas y sus complicaciones, en las cuales se puede identificar fácilmente a los agentes causales; a enfermedades crónico degenerativas, cuyos detonantes no se identifican rápidamente hasta que se les relaciona con la conducta y los estilos de vida de los enfermos. En la actualidad enfermedades como la diabetes mellitus, infarto miocárdico, enfermedad cerebrovascular, enfermedades hipertensivas, nefritis, cáncer y más, son las principales causas de mortalidad de los mexicanos (Reynoso-Erazo, 2011).

Respecto de esta transición epidemiológica, Reynoso-Erazo y Seligson (2005) resaltan que actualmente en varios países se reconoce que hay conductas que promueven la salud, otras que constituyen factores de riesgo y es bien conocido que la enfermedad altera el comportamiento y que las conductas resultan en enfermedad (Reynoso-Erazo, 2011). Por tanto, los modelos de salud de estos países tienden a ser integrales, en los que coexisten la ciencia médica y la conductual, lo que permite entender y atender las relaciones entre conducta y el proceso salud-enfermedad. Lamentablemente, en México no existe el reconocimiento total del papel del psicólogo en el sector salud. Bajo este contexto se entiende que el desarrollo de la Medicina Conductual en México es reciente y no puede ser equiparable al de países como Estados Unidos de América (Camacho, 2013).

De esta forma, contrario a lo que ocurre en otros países, Camacho (2013) y Reynoso-Erazo (2011) coinciden en que en México el manejo de las cuestiones relacionadas con la salud y la enfermedad siguen estando en manos de los profesionales de la medicina, los cuales se han caracterizado por guiar su práctica bajo un enfoque reduccionista y el modelo biomédico unicausal, centrado en la enfermedad, particularmente en el nivel terciario de la prevención, es decir, la rehabilitación. Esto genera costos elevados y la permanente conceptualización del paciente como una enfermedad, no como una persona, de tal manera que los aspectos psicológicos se dejan al margen de la medicina y se cree que deben ser tratados aparte.

Lo anterior se suma a la escasa conformación de grupos multidisciplinarios de profesionales de la salud; por tanto, los espacios destinados para los psicólogos, con formación en Medicina Conductual, en escenarios de salud como clínicas y hospitales de primer, segundo y tercer nivel de atención, es muy reducido, lo que ha dificultado que los resultados obtenidos por los psicólogos insertos puedan trascender y así demostrar la capacidad de trabajo multi e interdisciplinario, así como las aportaciones de la disciplina en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde fases tempranas (Camacho, 2013).

A pesar de ello Reynoso-Erazo (2011) identifica cuatro acontecimientos que contribuyeron al surgimiento y desarrollo de la psicología en México y de aquella interesada en el campo de la salud. El primero se refiere a las modificaciones curriculares que personajes importantes como Emilio Ribes realizaron en Veracruz; el segundo alude al cambio de plan de estudios de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala (ENEPI); el tercero es la creación del plan de estudios de un programa de posgrado en modificación de la conducta, el primero en su tipo; finalmente, el cuarto acontecimiento fue el Primer Simposio Internacional sobre Medicina Conductual en México, realizado en 1981, en la ENEPI.

Se observa entonces que fue en el ámbito académico mexicano en el que se ubican los inicios de la Medicina Conductual, debido a que, según Bazán (2003), es el que ha mostrado mayor interés por las temáticas de salud biológica y su relación con la psicología. Así, en 1978 se introduce al país el modelo biopsicosocial

a través de su integración a los planes de estudios de algunos programas de medicina, por ejemplo, en la carrera de médico cirujano de la entonces ENEPI. Aunque el objetivo de la inclusión del nuevo modelo se orientó a la mejora de la atención médica mediante la escucha y obtención de información del paciente, no se han logrado avances significativos en la praxis médica debido a que para el médico puede resultar complejo debatir las expresiones verbales, respuestas emocionales y otras conductas de los pacientes, por lo que se requiere de un profesional especializado, el psicólogo con formación específica en temas de salud. Sin embargo, dicha formación solo tiene lugar en programas de posgrado (Camacho, 2013; Reynoso-Erazo, 2011; Oblitas, 2008; Piña, 2005).

En este sentido, aunque desde 1970 surgen programas de posgrado referentes a problemáticas de salud y psicología; por un lado, la Maestría en Psicología General Experimental con énfasis en Salud de la Facultad de Psicología, y a través del cual se ubicó a los psicólogos estudiantes en Centros de Salud del entonces Distrito Federal; y, por otro lado, el programa de Modificación de la Conducta de la ENEPI; ninguno contaba con programas precisos, ni supervisión. Fue hasta fines del siglo XX que se reorganizaron bajo el liderazgo del Dr. Héctor Enrique Ayala Velázquez. De esta manera, en 1986 se crea el primer programa de posgrado de Psicología y Salud en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), mientras que en 1992 la Secretaría de Salud establece el programa de Residencia de Atención Integral a la Salud (Bazán, 2003; Reynoso-Erazo, 2014).

Actualmente, varias universidades mexicanas brindan algún tipo de formación en temáticas de salud para psicólogos (Oblitas, 2008; Piña, 2005), empero la Residencia en Medicina Conductual, es única en su tipo por un enfoque de tres niveles relacionados (docencia-servicio-investigación) que favorece la práctica profesional supervisada en un escenario de ejercicio de la profesión. Esta residencia, diseñada en 1998, fue el primer programa que se incorporó al Plan General de la Maestría en Psicología (Reynoso-Erazo, 2011, 2014; Reynoso-Erazo, Bravo-González, Anguiano-Serrano y Mora-Miranda, 2012).

Inició su funcionamiento en marzo de 1999. En un principio bajo el control académico-administrativo de los psiquiatras debido al convenio con la Dirección

General de Educación en Salud de la Secretaría de Salud, que a su vez procedía de un acuerdo entre la Facultad de Psicología y los Servicios de Salud Mental de la Secretaría de Salud. Es de destacar que desde el inicio de actividades, mediante la Norma Operativa de Residencias Médicas, los alumnos se ubicaron en diferentes hospitales y se designaron supervisores académicos universitarios. Hacia 2004 se canceló el convenio y el control académico-administrativo de los alumnos depende completamente del responsable académico de la residencia (Reynoso-Erazo, 2014).

El objetivo del programa permanece sin cambios desde su fundación, a saber: la formación de recursos humanos especializados que contribuyan a la búsqueda de soluciones de las problemáticas psicológicas de pacientes afectados por enfermedades crónico degenerativas. Para ello se toma como base el supuesto de que las personas enfermas poseen un determinado sistema de creencias relacionado con su enfermedad, tratamiento, sistema sanitario, curación y muerte; además de estar expuestas a situaciones estresantes que generan una amplia gama de respuestas emocionales que tienen la capacidad de favorecer o interferir con el tratamiento de la patología médica. A partir de la Medicina Conductual, y bajo un marco teórico-metodológico cognitivo conductual, se pretende la atención integral del paciente mediante la evaluación e intervención derivada de la investigación básica y aplicada, así como la colaboración con el equipo médico (Reynoso-Erazo, 2011).

Respecto del nacimiento académico de la Medicina Conductual en México, Camacho (2013) indica que lamentablemente gran parte de su desarrollo se ha limitado al ámbito universitario y no solo eso, sino que geográficamente se ha concentrado en la Ciudad de México; además, los resultados de las investigaciones solo se comparten entre especialistas, de forma que el potencial de sus conocimientos teórico-metodológicos no ha trascendido lo suficiente como para generar espacios que permitan la implementación masiva del análisis conductual aplicado a la salud y más personas se vean beneficiadas.

No obstante, el desarrollo de la Medicina Conductual ha continuado su curso, por ello resulta importante señalar otros acontecimientos relevantes para su

desarrollo en el país como son: 1) el Primer Simposio Internacional sobre Medicina Conductual en México, que tuvo lugar en 1981; 2) la publicación de la Ley General de Salud en 1984, la cual favorece y norma la inserción de alumnos de disciplinas distintas a la medicina en el ámbito hospitalario (Reynoso-Erazo, 2014); 3) el desarrollo, en 1990 por Emilio Ribes, de un modelo psicológico teórico que sugiere la delimitación de la dimensión psicológica de la salud a través de dos categorías descriptivas, procesos psicológicos y sus resultados (Oblitas, 2008; Piña; 2005; Piña y Rivera, 2006; Reynoso-Erazo y Seligson, 2005; Ribes, 2008); 4) investigaciones aplicadas sobre factores físicos, conductuales y ambientales en la salud-enfermedad, desde líneas tan diversas como pacientes oncológicos, evaluación de sistemas de salud, tabaquismo, entre otras (Seligson, 1991); y 5) la creciente cantidad de publicaciones que abordan tópicos de salud, tanto libros impresos y electrónicos, como artículos publicados en revistas tales como Psicología y Salud, fundada en 1988, Enseñanza e Investigación en Psicología, Revista Médica del IMSS, Revista Mexicana de Psicología, Psicología Social y Personalidad y Salud Pública en México y otras (Bazán, 2003; Oblitas, 2008; Piña, 2005).

Sobre la inserción de psicólogos en escenarios de salud, en los años noventa el Secretario de Salud, quien había sido Rector de la UNAM, mostró interés por las aportaciones de la psicología a la salud e inició un programa piloto en el que se abrieron 50 plazas en el IMSS para psicólogos especializados; infortunadamente, no fue posible completar la cantidad de profesionales y el programa se dio por finalizado (Camacho, 2013). Sin embargo, a finales de esta década el número de psicólogos en el sector salud había aumentado, Rodríguez y Rojas (1998, citados en Reynoso-Erazo y Seligson, 2002) y Urbina y Rodríguez (1993, citados en Reynoso-Erazo y Seligson, 2002) destacan la presencia de 1546 psicólogos en los primeros años de la década de los noventa; sin embargo, un porcentaje alto (28%) ejercía funciones distintas a las de Psicología.

Al respecto, Reynoso-Erazo y Seligson (2002) sostienen que existe falta de información sobre los psicólogos en este campo; no obstante, el número de psicólogos sigue creciendo y el interés por incluirlos en equipos y programas

multidisciplinarios también ha evidenciado un aumento. Con todo, es importante señalar que la mayoría de las veces, la inserción tiene lugar mediante convenios institucionales, sin creación de plazas debido a que se ha arraigado la idea circular de que no hay plazas porque no hay profesionales preparados y no hay profesionales preparados porque no hay plazas (Bazán 2003; Camacho, 2013).

Ante el panorama del desarrollo de la Medicina Conductual en México, es evidente que el ejercicio profesional del psicólogo en el ámbito hospitalario y otros escenarios de salud debe centrarse en la demostración de la manera en que los cambios conductuales reducen la probabilidad de riesgo de ciertas enfermedades y que la conducta, así como los factores ambientales aumentan el riesgo de otras. El trabajo debe hacer constar que el empleo de técnicas conductuales favorece la modificación, sistematización y mantenimiento de cambios. Finalmente, entre las principales áreas de investigación han de incluirse el estilo de vida, el estrés, la relación entre el medio ambiente y las neoplasias, la alimentación y actividad física, la intervención orientada a cambios conductuales, la adherencia terapéutica, la prestación de servicios médicos y la prevención de la enfermedad (Reynoso-Erazo y Seligson, 2005).

Adicionalmente, Camacho (2013) propone la necesidad de aumentar el número de asociaciones que sirvan como medio para la trascendencia de los resultados obtenidos en investigaciones e intervenciones en salud; demostrar que las intervenciones psicológicas son complementarias a los esquemas médicos e incluso favorecen la adecuada administración de recursos y minimización de costos; considerar que las conductas asociadas a estilos de vida tienen lugar en un contexto sociocultural específico; priorizar las funciones y actividades de promoción y prevención sobre las que se dirigen únicamente a las de rehabilitación; estar preparado para la certificación de la profesión y, finalmente, continuar con las labores académicas de compilación y publicación en revistas especializadas que aseguren la producción de conocimientos, así como la formación a través de la creación de posgrados en toda la República Mexicana.

## **2.2 Características de la sede**

### *2.2.1 Ubicación*

El Hospital Juárez de México es una institución gubernamental, descentralizada de la Administración Pública Federal desde 2005, cuyo objetivo es ofrecer asistencia médico-quirúrgica de calidad a la población abierta, formar recursos humanos médicos, paramédicos y administrativos de excelencia y generar investigación científica, básica y aplicada, de acuerdo con las prioridades de salud nacional e internacional. Destaca su trascendencia en la Historia de México como pionero en la práctica de la cirugía y uno de los mejores hospitales escuela (Manrique, 2014a; 2014b; 2015; Vargas, 2000).

Desde su reubicación y reconstrucción obligada por efectos del sismo de 1985, se encuentra físicamente en Avenida Politécnico Nacional 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, Ciudad de México, C.P. 07760. Acosta-Garcés (2011), Manrique (2014a) y Vargas (2000; 2002) sostienen que cuenta con una superficie total de 61500 m<sup>2</sup>, 48000 m<sup>2</sup> de construcción y 30000 m<sup>2</sup> de áreas verdes. Está integrado por seis edificios, identificados a través de letras, y un estacionamiento de dos niveles. El acceso tiene lugar en el edificio A, que a su vez alberga la consulta externa, archivo clínico y cajas; en el edificio B se encuentran rayos X, cirugía refractiva, hemodiálisis, nefrología, trasplantes, oficinas de gobierno y auditorio; en el edificio C se ubican los quirófanos, terapia intensiva, urgencias, patología, medicina nuclear, oncología, rehabilitación y medicina física; el edificio D está destinado para hospitalización, admisión, trabajo social, banco de ojos, escuela de enfermería y laboratorio clínico; en el edificio E se encuentra Enseñanza e Investigación y el aula magna; mientras que el edificio F está destinado a servicios generales y mantenimiento, cocina, comedor, lavandería, etcétera (Ver Figura 1).





Figura 14. Croquis del Hospital Juárez de México. Tomado de Souza (2011).

## 2.2.2 Historia

El Hospital Juárez de México es un hito en la Historia del país. Incluso, no se puede hablar de los antecedentes de la cirugía en México o de los mejores hospitales escuela dedicados a la formación de recursos humanos en especialidades médicas, sin hacer referencia a este hospital. No es de extrañar que para Manrique (2014a; 2015) su historia como institución no puede desvincularse de la Historia del país, los momentos difíciles y célebres que ha atravesado a la par de las diferentes períodos históricos de México (Rojas, 2008).

Acosta-Garcés (2011) sostiene que la historia del Hospital Juárez de México puede dividirse en cinco etapas. La primera comprende de 1847 a 1875; la segunda de 1910 a 1919; la tercera abarca de 1920 a 1971; la cuarta de 1971 a 1985; y la quinta de 1985 a 1989.

### *Etapa I (1847 a 1875)*

Debido a la inminente invasión de Estados Unidos de América tras la toma del puerto de Veracruz, la ocupación de Puebla y la derrota de Santa Ana a manos del General Scott, se buscaron medidas que permitieran enfrentar las circunstancias que atravesaba el país. Entonces, se integró una comisión, liderada

por José Urbano Fonseca, cuyo objetivo era el establecer hospitales de sangre o guerra que dieran atención a los heridos. El 16 de agosto de 1847, Urbano Fonseca recibió un oficio del General Manuel María Lombardini a través del cual recibió la orden de disponer del Colegio de los Agustinos de San Pablo y utilizarlo como hospital de campaña. Así, por medio del Excelentísimo Ayuntamiento de la Ciudad, el colegio pasó de cuartel a hospital (Acosta-Garcés, 2011; Manrique, 2014a, 2014b, 2015; 2017; Fajardo, 2003; Peñuelas, 2001; Rojas, 2008).

José Urbano Fonseca solicitó a la hermanas de la caridad encargarse de la dirección del lugar, específicamente a Sor Micaela Ayanz. Las hermanas procedieron a la construcción de camas con la madera de las puertas y lumbreras de la plaza de toros que se localizaba al lado del hospital. Las batallas de Padierna y Churubusco acontecieron el 20 de agosto de 1847; no obstante, los primeros heridos comenzaron a llegar el 23 de agosto, fecha en la que se considera su fundación (Acosta-Garcés, 2011; Manrique, 2014a, 2014b, 2015; 2017; Fajardo, 2003; Peñuelas, 2001; Rojas, 2008).

Además de recibir asistencia por parte de las hermanas, el sacerdote y médico de la Iglesia de San Pablo, Ladislao de la Pascua, acompañado por Guillermo Santa María y un practicante de apellido Gutiérrez fueron los primeros médicos en atender a los heridos de guerra. Durante esta época el hospital recibió el nombre de Hospital Municipal de San Pablo. En ese primer momento estaba constituido por 60 camas, 40 para hombres y 20 para mujeres. Hacia la segunda mitad del siglo XIX, bajo la dirección de José Ignacio Durán en el Establecimiento de las Ciencias Médicas, el Hospital de San Pablo empezó a posicionarse como centro de enseñanza. Además, durante los enfrentamientos derivados de La Reforma también se prestó asistencia a los heridos de combate en el hospital (Acosta-Garcés, 2011; Manrique, 2014a, 2014b, 2015; 2017; Fajardo, 2003; Peñuelas, 2001; Rojas, 2008).

En 1863, nuevamente se brindó atención a heridos de guerra durante la intervención francesa después del sitio de Puebla. En ese momento el hospital contaba con 213 camas y se le realizaron algunas remodelaciones menores.

Posteriormente, recibió apoyo de distintas organizaciones internacionales de beneficencia, entre los que destacan la francesa, suiza y belga. El 6 de mayo de 1869, el Dr. Ignacio Alvarado recibió el nombramiento oficial de primer Director General del Hospital de San Pablo, cargo que ocupó hasta 1875. Es importante señalar que en 1872, debido a la muerte del presidente Benito Juárez, se cambió el nombre de Hospital San Pablo a Hospital Juárez (Acosta-Garcés, 2011; Manrique, 2014a, 2014b, 2015; Fajardo, 2003; Peñuelas, 2001; Rojas, 2008).

Cabe resaltar que entre 1869 y 1880 el prestigio del hospital en el campo de la cirugía fue creciendo, se le consideró la Cuna de la Cirugía Mexicana, los médicos de la época realizaron relevantes procedimientos, no solo a nivel nacional, sino mundial, por ejemplo, se realizó la primera extirpación del ano y una porción del recto por vía perineal en América y la primera ligadura del epiplón en las hernias de esta membrana por primera vez en el mundo; también, se realizó la construcción de un ano artificial en la ingle izquierda, la primera resección de hombro y desarticulación coxo-femoral en el continente americano. Los avances demostrados llevaron a considerar el periodo entre 1869 y 1880 como la época de oro de la cirugía mexicana (Acosta-Garcés, 2011; Manrique, 2014a, 2014b, 2015; Fajardo, 2003; Peñuelas, 2001; Rojas, 2008).

En esta misma época se tomó la primera radiografía mexicana, se realizó la segunda transfusión sanguínea en América, se fundó el primer Banco de Sangre y el Banco de Huesos, todo ello en el Hospital Juárez. Finalmente, hacia 1881 tuvo lugar una remodelación del hospital dirigida por Adrián Segura, así aumentó el número de salas y se acondicionaron con la finalidad de que mejorar la calidad en el servicio prestado a la comunidad (Acosta-Garcés, 2011; Manrique, 2014a, 2014b, 2015; Fajardo, 2003; Peñuelas, 2001; Rojas, 2008).

### *Etapa II (1910 a 1919)*

La época de la revolución significó una serie de alternancias y ocupaciones recurrentes por parte de grupos armados que derivaron en escases de recursos, administraciones complicadas, exceso de enfermos y personal insuficiente. Destacó

la participación del Dr. Adrián de Garay, quien fundó el periódico de la Escuela de Medicina, organizó ciclos de conferencias e hizo uso de su crédito personal para la compra de insumos hospitalarios. En 1912 se creó la Revista del Hospital Juárez de México, la cual, hasta la fecha, es referencia para la actualización, investigación, ponencias, revisión y obtención de sustento para casos clínicos. Hacia 1919 se creó el Consejo Médico, aunque fue constituido hasta 1920. Además, durante esta época se implementó la vestimenta blanca, distintiva del profesional médico (Acosta-Garcés, 2011, 2012; Fajardo, 2003; Vargas, 2002).

### *Etapa III (1920 a 1971)*

A inicios de la década de 1920 la situación para Hospital Juárez era difícil. Aún era un hospital de sangre. Su aspecto simulaba una prisión que recibía soldados y víctimas de accidentes, riñas y otros tipos de violencia, esta característica constituyó para los médicos una oportunidad para formarse como excelentes cirujanos. Para 1930 se creó la Sociedad de Cirugía de México. En 1934 se llevaron a cabo las Asambleas Nacionales de Cirujanos; se fundó el Instituto Nacional de Asambleas, la Sociedad Mexicana de Transfusión de Sangre, la Sociedad de Traumatología y Ortopedia, el Colegio Indolatino de Cirujanos y la Asociación Nacional de Hospitales. Además, es en esta época se le clasificó como Hospital General. El 20 de noviembre de 1970 se restauró el Claustro del Colegio de los Agustinos de San Pablo, el aspecto original del convento fue rescatado y quedó integrado por 9 edificios: consulta externa, servicios generales, torre de hospitalización, unidad de enseñanza, cuerpo de gobierno, servicio de cirugía experimental e investigación clínica y residencia de médicos (Fajardo; 2003; Manrique, 2014b; 2017).

### *Etapa IV (1971 a 1985)*

Con los temblores de 1899 y 1900 ambos en el mes de enero, el Hospital Juárez había sufrido daños considerables en su edificio; sin embargo, en el de 1985 la pérdida fue mucho mayor, además de irreparable. El sismo de 8.1 grados Richter del 19 de septiembre derivó en el colapso de la torre de hospitalización y el deceso

de médicos, estudiantes de medicina, enfermeras, pacientes y familiares. La ubicación de la torre dificultó el acceso a los sobrevivientes; no obstante, gracias a las labores de rescate del Dr. Jesús Aguilar Rodríguez y las Damas Voluntarias del Hospital, muchos médicos residentes sobrevivieron. Ante la tragedia, fue necesario desalojar y plantearse la reubicación debido a las características del terreno en el que se encontraba. De esta manera, en la ubicación original permaneció en funciones el Hospital Juárez del Centro, el cual se orientó a la Consulta Externa de Especialidades y a la cirugía ambulatoria, un concepto novedoso, mientras que en el Claustro, que no sufrió daños derivados del terremoto, se instaló el Consejo de Salubridad General y posteriormente la Comisión Nacional de Bioética (Acosta-Garcés, 2011; Manrique, 2017; Rodríguez-Wong, 2010; Rojas, 2008; Zaldívar y Rodríguez, 2014).

#### *Etapa V (1985 a 1989)*

Después del sismo, los empleados del Hospital Juárez, encabezados por el Dr. Jesús Aguilar Rodríguez, comenzaron la reconstrucción de las instalaciones del hospital. En primer lugar, el hospital se dividió en 4 pequeñas unidades o sedes, denominadas Juárez I a IV. Es en 1986 que tienen lugar los primeros proyectos de reconstrucción en un área geográfica diferente. Entre dos posibles opciones, se eligió la Avenida Instituto Politécnico Nacional. Los trabajos de reconstrucción fueron concluidos por el Dr. José Manuel Velasco Suárez y el día 19 de septiembre de 1989 se inauguró el nuevo Hospital Juárez. A partir de esta fecha surgieron una gran cantidad de congresos y eventos que excedieron las instalaciones.

Ahora bien, Manrique (2015; 2017) sostiene que a partir de la década de 1990 tuvieron lugar importantes acontecimientos, tales como el inicio de trasplantes de riñón en 1992; la inauguración del Banco de Ojos en 1993. La implementación del módulo de vacunación y el inicio de operaciones del área de urgencias ginecológicas en 1995. Además, en 1996 el servicio hemodinamia empezó a realizar procedimientos de diagnóstico de alta especialidad; también en este año se obtuvo el reconocimiento de la UNAM para los cursos de la especialidad en diferentes tipos de cirugía. En 1998 se utilizó por primera vez el Equipo de Resonancia Magnética

y se inauguró la Clínica de Diabetes Mellitus y Resistencia a la Insulina; además, se instaló el Módulo de Atención a la Queja Médica con el fin de garantizar la calidad en el servicio y resolver conflictos entre el personal, pacientes y familiares (Vargas, 2000). En 1999 se puso en funcionamiento la Clínica de Diabetes y el primer Centro de Farmacovigilancia.

En el año 2000 se abrió la Clínica de Terapia Familiar. En 2001 se inauguró la Clínica de VIH. En 2005 se reconoció al Hospital Juárez de México como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal. Hacia 2008 el hospital impulsó la investigación básica, clínica y experimental en las distintas especialidades. Desde 2009 se propuso priorizar la investigación relacionada con las enfermedades crónicas y degenerativas. En este mismo año iniciaron operaciones clínicas de alta especialidad, tales como la Policlínica de Diabetes Mellitus y las Clínicas para la atención de la Obesidad y Trastornos Metabólicos, del Adulto Mayor y la de Enfermedades del Tórax (Manrique, 2015; 2017).

En 2012 se celebró el 165 aniversario del Hospital Juárez de México con actividades científicas, culturales y sociales. En 2015 varias clínicas, servicios, consultorios y salas de espera fueron remodelados; se adquirió nuevo equipo para tomografía y resonancia magnética e inició actividades una central de mezclas externa para la dotación de medicamentos oncológicos, antibióticos y nutrición parenteral. También, se implementó el sistema de farmacia hospitalaria subrogada que funciona 24 horas los 365 días del año, mientras que para 2016 destaca la implementación del Programa del Catálogo Universal de Servicios de Salud (Manrique, 2015; 2017).

### *2.2.3 Nivel de atención*

De acuerdo con Manrique (2014a) la actual ubicación del Hospital Juárez de México, en términos del fácil acceso a otros estados, la proximidad con instalaciones hospitalarias de los municipios aledaños del Estado de México, además de contar con una red de seis hospitales de segundo nivel alrededor y 187 Centros de Salud de primer nivel, tanto de la Ciudad de México como del Estado

de México, hacen del Hospital Juárez de México una institución de tercer nivel para la población abierta y, principalmente, un centro de referencia, con una cobertura proyectada de 3 millones de habitantes y 400 camas censables más 125 no censables, 16 de terapia intensiva de adultos y 14 de terapia intensiva para infantes. De esta manera, sus instalaciones físicas, el personal, así como a la tecnología de su equipo permiten considerarlo de tercer nivel (Manrique, 2015).

#### *2.2.4 Servicios de la sede*

La organización del Hospital Juárez de México contempla una Dirección General, de la cual dependen la Dirección Médica, la Dirección de Investigación y Enseñanza y la Dirección de Administración (Manrique, 2015). Por otro lado, la Dirección Médica está integrada por diferentes divisiones, entre ellas, Medicina Crítica, Pediatría, Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Ciencias Neurológicas, Cirugía General, Servicios Paramédicos y Servicios Auxiliares de Diagnóstico. De cada una de las divisiones se desprenden los diferentes servicios de atención médica y quirúrgica en las áreas de hospitalización, consulta externa y urgencias. Así, entre los servicios médicos y especialidades que se ofrecen en el hospital se encuentra Alergia e Inmunología, Bariatría, Clínica del Dolor, Imagenología, Hematología, Medicina Interna, Oncología, Ortopedia y Traumatología, Trasplantes, entre otros (Souza, 2011).

### **2.3 Ubicación del residente de Medicina Conductual en la sede**

#### *2.3.1 Servicio asignado*

La Hematología es la especialidad médica que se ocupa del 1) estudio de la fisiología de la sangre y órganos hematopoyéticos; 2) estudio clínico-biológico y tratamiento de las patologías de la sangre y de los órganos hematopoyéticos; 3) realización e interpretación de las pruebas clínicas derivadas de enfermedades hematológicas u otras alteraciones sanguíneas; 4) ejercicio de la medicina transfusional, desde la obtención y control de la sangre y hemoderivados, hasta la obtención de progenitores hematopoyéticos y su uso terapéutico (Feliu, 2010).

### 2.3.2 Historia

La sangre siempre ha ocupado un lugar especial en la historia de la humanidad. Su importancia atraviesa el misticismo, religión, literatura, fisiología y la patología. Desde la época de Hipócrates y Galeno se hacía uso de las sangrías con fines terapéuticos, las cuales tuvieron su apogeo durante el Renacimiento. Además, como antecedente directo de las transfusiones sanguíneas se observa que desde el tiempo de los romanos e incluso algunos pueblos mesoamericanos ingerían sangre. Sin embargo, fue Richard Lower, en el siglo XVII, el primero en realizar una transfusión con apoyo de tubos; mientras que se considera a Jean-Baptiste Denis como el primero en realizar una transfusión humana exitosamente. Durante los siglos XVII y XIX se descubrió que la sangre transporta el oxígeno y que puede hacerse incoagulable mediante extracción de fibrina. Asimismo, en 1910 Landsteiner describió los tipos A, B, y 0 de los hematíes, posteriormente el tipo AB y, junto a Wiener, el factor Rhesus (Rh) con lo da inicio la etapa científica del estudio de la sangre y la medicina transfusional (Gomis, 2001; Góngora-Biachi, 2005).

En el Hospital Juárez de México, el servicio de Hematología inició sus labores en marzo de 1994. En 1996 se incorporó la Unidad de Aféresis (hoy, dependiente de Banco de Sangre), en ese momento el servicio se encargaba de la obtención de plaquetas, así como realizar pruebas en el laboratorio de investigación y criopreservación celular, lo que permitió la realización del primer trasplante de células hematopoyéticas en 1997. Para 1999 se amplió el servicio de consulta externa y se dividió en a) primera vez, b) subsecuentes, c) procedimientos, d) padecimientos onco-hematológicos, e) benignos y f) hemostasia. Asimismo, desde 2004, trabaja en conjunto con el servicio de Oncología Pediátrica. Hacia 2014 la atención diaria promedio era de 24 pacientes hospitalizados y 250 consultas mensuales. Se trata de un servicio que destaca por su participación en eventos académicos y de investigación; asesora tesis; publica en revistas; imparte dos cursos de pregrado y, desde 2013, cuenta con la aprobación de la UNAM para impartir la especialidad en Hematología (Manrique, 2014a). Incluso, en 2018 incorporó a su primer residente con beca nacional.



### *2.3.3 Recursos humanos*

El servicio se compone por un Jefe, el Dr. Jorge Cruz Rico; tres médicos adscritos, el Dr. Faustino Leyto Cruz (turno vespertino), la Dra. Mónica Tejeda Romero (turno matutino) y la Dra. Andrea Milán Salvatierra, experta en Trasplantes (turno matutino); tres residentes de Hematología, Dra. Carolina Moreira, R3, la Dra. Ivonne Camacho, R2 y la Dra. María Luisa Alcívar, R1. Asimismo, cada dos meses, se integran uno o dos médicos residentes de Medicina Interna, además de médicos internos de pregrado que realizan rotación cada dos semanas. Igualmente, cada año, son asignados entre uno y dos residentes de Medicina Conductual que inician labores asistenciales diarias en el mes de enero. Cabe señalar que para el área de hospitalización, también se cuenta con el apoyo de una trabajadora social y que el Jefe de Servicio dispone de dos secretarios, uno ubicado en Consulta Externa y otro en Hospitalización.

### *2.3.4 Líneas de autoridad y organización general del servicio*

La principal autoridad es el Jefe de Servicio, seguido en la línea jerárquica por los médicos adscritos. En el turno matutino, el Jefe de Servicio y los médicos adscritos realizan rotación mensual en hospitalización, las actividades académicas, el laboratorio, las interconsultas hospitalarias y la consulta externa. Son quienes proporcionan atención a los pacientes, realizan trámites administrativos y supervisan a los médicos residentes. Otro médico de base se encuentra asignado al turno vespertino y tiene las mismas funciones y atribuciones que los médicos del turno matutino. La residente de la especialidad de Hematología de mayor grado (R3) trabaja en conjunto con las residentes de menor grado (R2 y R1) y con los residentes de Medicina Interna. Los médicos residentes supervisan en conjunto a los médicos internos de pregrado, mientras que los residentes de Medicina Conductual trabajan en multi e interdisciplinariedad y siguen indicaciones del Jefe de Servicio y Médicos Adscritos.

### 2.4.5 Organigrama

En la Figura 15 se muestra el organigrama del Servicio de Hematología del Hospital Juárez de México y representa visualmente las jerarquías del servicio.

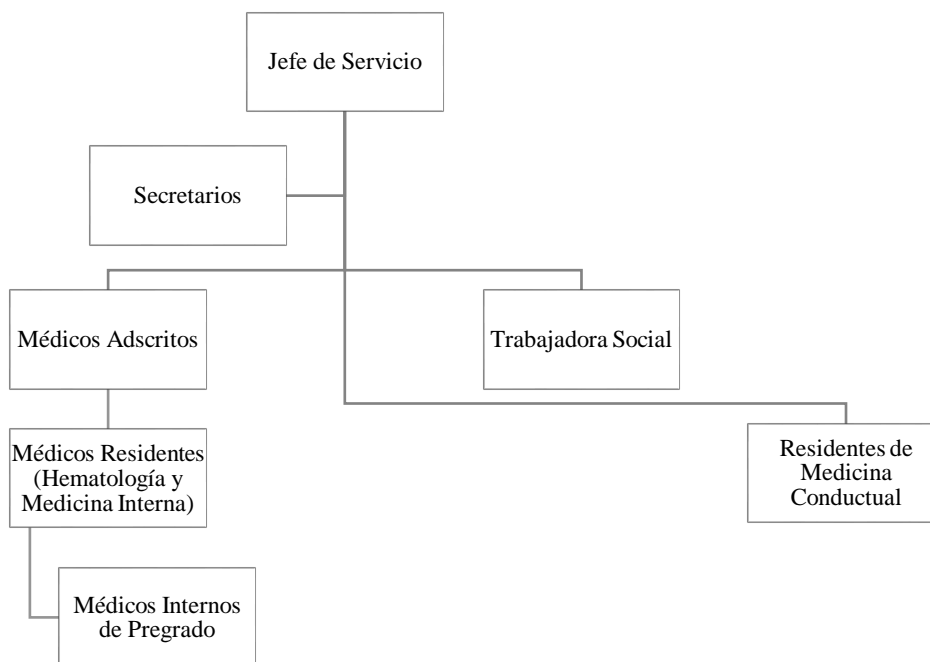


Figura 15. Organigrama del Servicio de Hematología del Hospital Juárez de México.

## 2.4 Actividades desarrolladas en la sede

### 2.4.1 Contexto psicológico de los pacientes del servicio

El ingreso a un hospital, así como la exposición a procedimientos médicos invasivos durante el diagnóstico de una enfermedad hematológica favorecen la presencia de reacciones emocionales y cambios en la vida de los pacientes. Es común que los pacientes manifiesten ansiedad, tristeza y miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de tener una enfermedad para la que no haya cura, al deterioro progresivo del cuerpo, a la pérdida de funcionalidad e incluso se plantean la posibilidad de su muerte. No es de extrañar que la depresión y ansiedad tengan prevalencias altas (López, 2007).

Por tanto, la mayor parte de la investigación psicológica en pacientes hematológicos se centra en las variables de ansiedad y depresión. En dichos

pacientes se ha observado además disminución del rendimiento en algunas funciones cognitivas, agresividad, preocupaciones hipocondríacas y tendencias paranoides, así como mecanismos inadecuados de adaptación, sentimientos de soledad y frustración (Martínez, Loy y Romero, 1995). Ante esta demanda y necesidad se han desarrollado intervenciones psicológicas para favorecer adaptación a la enfermedad y al tratamiento, además de la mejorar la calidad de vida del paciente y su familia a lo largo del proceso. El tratamiento psicológico pretende favorecer la sensación de control por parte del paciente mediante el desarrollo de habilidades de autocontrol, afrontamiento de tipo cognitivo, emocional y conductual, así como resolución de problemas (Bellver y Moreno, 2009).

Bellver y Moreno (2009) sostienen que la intervención psicológica de enfoque cognitivo-conductual en pacientes con cáncer ha resultado eficaz en el control de la ansiedad, depresión, dolor y otros trastornos. El trabajo con técnicas de intervención cognitivo-conductual permite la adopción de actitudes y conductas útiles para adaptarse a alguna situación médica. Entre dichas técnicas se encuentran la relajación muscular progresiva, técnicas de distracción, detención del pensamiento, entrenamiento en autoinstrucciones, imaginación guiada y visualización, terapia racional emotiva de Ellis, terapia cognitiva de Beck, la terapia de solución de problemas, inoculación de estrés de Meichenbaum, entre otras.

#### *2.4.2 Evaluación inicial del servicio*

El Hospital Juárez de México brinda atención a pacientes con diagnósticos hematológicos diversos. Diariamente se reportan entre 15 y 30 pacientes hospitalizados, cuya estancia es, en la mayoría de los casos, larga, debido al tiempo que transcurre entre el internamiento, el diagnóstico, la administración de tratamiento, vigilancia de los efectos del tratamiento y estabilización.

El diagnóstico y tratamiento de una enfermedad crónico-degenerativa no resulta sencillo. El paciente experimenta respuestas psicológicas diversas, desde aquellas que son de poca gravedad, transitorias e incluso favorecen el proceso de adaptación hasta las duraderas y graves que obstaculizan dicho proceso. Está claro

que las afecciones físicas siempre tienen un gran impacto emocional y social en la vida de un paciente y exigen el ajuste constante por parte éste, su familia, cuidadores y, en general, del equipo de atención sanitaria (Bravo, 2014; Carvajal, 2017; Rivera-Fong, 2014).

López (2007) sostiene que con frecuencia los pacientes reportan preocupación, tristeza y miedo a lo desconocido, al dolor, a la posibilidad de tener una enfermedad para la que no haya cura, al deterioro progresivo del cuerpo, a la pérdida de funcionalidad e incluso se plantean la posibilidad de su muerte. No es de extrañar que los síntomas de ansiedad y depresión tengan prevalencias altas en contextos médicos (Eisele *et al*, 2013; Pérez, 2015; Shoar *et al*, 2016).

En pacientes oncológicos, se ha encontrado índices altos de ansiedad y depresión (Reyes, 2006; Valencia, 2006), principalmente en las fases de prediagnóstico, diagnóstico y tratamiento, caracterizadas por el seguimiento estricto de indicaciones durante el internamiento, por ejemplo, el reposo absoluto, máximas medidas higiénicas, etcétera (Rivera-Fong, 2014). De hecho, la mayor parte de las investigaciones que involucran a pacientes con neoplasias se centra en estas variables (Martínez, Loy y Romero, 1995). Por tanto, constituyen una línea de investigación frecuente.

### *2.4.3 Actividades diarias*

#### *Pase de visita*

Laucirica (2012) considera que el pase de visita es una actividad médica cotidiana en la que se desarrollan los pasos del método científico para la toma de decisiones diagnósticas y médicas con base en la evolución diaria del paciente, por tanto, es una forma de enseñanza didáctica. Esta bondad es igualmente aplicable para los residentes de Medicina Conductual, ya que permite la observación conductual, la detección de necesidades psicosociales, la referencia por parte del equipo médico, así como la familiarización con la terminología médica.

En el servicio de Hematología dicha actividad tiene lugar en hospitalización, cinco veces a la semana, esto es, de lunes a viernes. Inicia entre las 7:45 horas y 9:00 horas. Es dirigido por el Jefe de Servicio, o bien, un médico adscrito, de acuerdo con la rotación mensual, y participan los médicos residentes, médicos internos, residentes de Medicina Conductual y la trabajadora social. Inicia en la sala de mujeres, ubicada en el lado sur de hospitalización, seguido de la sala de hombres y, al final, se visita a los pacientes ubicados en las salas periféricas de tercer piso lado norte, segundo piso y primer piso, en ese orden.

Se revisa la evolución de cada uno de los pacientes a través de las notas clínicas realizadas por los médicos residentes; se identifican necesidades y se solicita a los pacientes la expresión de dudas para finalizar con la prescripción de indicaciones. Al término del pase de visita en cada sala, el médico tratante reporta a los cuidadores el estado de salud y otros informes. Su duración varía en función del número de pacientes, así como las características del médico tratante, en promedio tiene una duración 3 horas.

Se considera parte del pase de visita el llenado del listado de pacientes para recabar firma de recepción de informes por parte de familiares. Esta es una actividad de colaboración hacia el equipo médico que el residente en Medicina Conductual realiza diariamente y que posibilita la identificación inicial de pacientes de primera vez, reingresos, altas, cambios de cama y/o servicio, defunciones y datos preliminares de evolución médica de los pacientes, de esta forma, desde los primeros minutos de su jornada puede realizar proyecciones sobre la organización sus labores diarias de acuerdo con el nivel de prioridad de cada paciente. Cabe señalar que toda información preliminar se complementa con la obtenida de la observación directa y escucha del pase de visita. Adicionalmente, el recabado de las firmas de familiares y cuidadores posibilita su identificación, pero también favorece el establecimiento de componentes de relación y facilita la prevención y contención en situaciones críticas. De igual manera, se apoya en el llenado del reporte de larga estancia hospitalaria los días martes de cada semana.

### *Hospitalización*

Puede definirse como el espacio físico y/o condición en la que un paciente permanece interno durante las 24 horas del día y es atendido por un equipo multidisciplinario (médicos, enfermeras, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos y otros). Por las características de las enfermedades hematológicas, su diagnóstico y tratamiento, el servicio se caracteriza por reportar largas estancias hospitalarias (más de 14 días) que implican la exposición a situaciones estresantes (visitas recurrentes de personas desconocidas, uso de ropa especial, convivencia con otros pacientes, entre otras) y el aislamiento de familiares y conocidos (Reynoso-Erazo y Ávila-Costa, 2014).

Por esta razón, la hospitalización constituye el espacio/actividad de mayor demanda y productividad para el residente de Medicina Conductual quien se encarga de identificar necesidades psicológicas relacionadas con el proceso salud-enfermedad, realizar evaluación conductual, diseñar intervenciones cognitivo-conductuales, evaluar los resultados de la intervención, ajustar de acuerdo con las necesidades cambiantes del paciente y dar seguimiento, preferentemente a un mes, tres, seis e incluso un año. Asimismo, debido a la frecuencia con la que se realizan procedimientos médicos invasivos, el residente de Medicina Conductual debe brindar una intervención breve, oportuna y eficaz. Cabe señalar que la atención puede ser de tipo individual y orientada exclusivamente hacia el paciente, dirigida al familiar o cuidador (por ejemplo, cuando por condición médica es imposible abordar al paciente), involucrar a ambos, o bien, desarrollar intervenciones grupales.

### *Consulta externa hematológica*

A partir de febrero de 2018, uno de los médicos de base permitió el ingreso de los residentes de Medicina Conductual al consultorio de Hematología mientras tiene lugar la revisión clínica del paciente, así como la realización de procedimientos médicos invasivos programados (aspirado y biopsia de médula ósea). Al igual que en el pase de visita, la inserción en este espacio posibilita la observación

conductual, la detección de necesidades psicosociales, la referencia por parte del equipo médico, la familiarización con la terminología médica; además, favorece la agenda y atención de pacientes en la Consulta Externa de Medicina Conductual.

### *Consulta en Medicina Conductual*

El consultorio de Medicina Conductual se ubica en el edificio A, Planta Baja y forma parte del Servicio de Psiquiatría. Se dirige a los pacientes y cuidadores del servicio de Hematología que no se encuentran hospitalizados y son referidos por los médicos hematólogos tratantes, médicos residentes o han solicitado atención por sí mismos, ya sea tras el egreso hospitalario, o detectados en la consulta externa hematológica. También se da atención a pacientes de otros servicios médicos que son referidos a través de una interconsulta o un pase médico. Esta actividad permite la evaluación exhaustiva, intervención psicológica sistemática y seguimiento a un plazo más amplio.

### *Atención de interconsultas y pases*

Díaz y Gallego (2005) destacan que conforme los médicos van adquiriendo conocimientos más especializados les resulta más complicado atender las múltiples demandas y problemáticas que presentan los pacientes, por lo tanto, hacen uso de la interconsulta y la referencia. En la interconsulta, el médico tratante genera una hipótesis diagnóstica que lo lleva a establecer comunicación con colegas u otros profesionales de la salud con el fin de solicitar su opinión y plan de acción bajo un enfoque multidisciplinario. En cambio, en la referencia, el médico identifica un aspecto que requiere la atención de otro profesional por un lapso definido, ya sea corto o incluso a lo largo del curso de la enfermedad. Tanto la interconsulta como la referencia constituyen un medio para establecer comunicación entre especialistas y de esta forma brindar atención integral y de calidad a los pacientes.

Así, durante el periodo comprendido entre enero y agosto de 2018 se recibieron interconsultas y pases/referencias de distintos servicios de la sede hospitalaria, diferentes al asignado, entre los cuales destacan Psiquiatría, Traumatología y Ortopedia, Neurología, Neurocirugía, Reumatología, Nefrología,

Nutrición Hospitalaria y Cirugía Cardiorácica. Para la correcta y equitativa asignación de los pacientes referidos entre el equipo de residentes de Medicina Conductual, se conformó un rol que tuvo vigencia hasta febrero de 2019.

### *Quimioterapia ambulatoria*

Ante las dificultades para encontrar espacios en hospitalización, la demanda de administración de tratamiento oncológico (quimioterapia) del creciente número de pacientes solo puede ser respondida a través del modelo de atención ambulatoria, en el cual un equipo multidisciplinario (enfermeras, infectólogos, oncólogos y especialistas en catéteres) administran medicamentos en infusión rápida, por periodos de 30 minutos a 4 horas, con ello se evita la hospitalización del paciente y se promueve la reincorporación paulatina a sus actividades cotidianas (Volkow, 2000). Para el residente de Medicina Conductual este espacio constituye un escenario para la identificación de pacientes que habían permanecido en calidad de no conocidos debido a las características de sus protocolos de tratamiento; asimismo, permite detectar necesidades, brindar intervenciones rápidas y eficaces en casos necesarios, agendar citas para consulta externa y dar seguimiento a pacientes de egreso reciente de hospitalización.

### *Notas de evolución*

Vázquez y Justo (2014) sostienen que el expediente clínico orientado por problemas es una metodología basada en los pasos del método científico. Fue desarrollada en 1969, en Estados Unidos de América, por Leed. Considera la obtención de datos claves, la formulación del problema en términos subjetivos y objetivos, análisis y el plan a seguir. Una de sus ventajas principales es la promoción de la comunicación entre profesionales de la salud de distintas disciplinas, de ahí que el residente de Medicina Conductual deba realizar el reporte de sus intervenciones con pacientes en notas de evolución (Reynoso-Erazo, 2011), ya sean de primera vez, subsecuentes o resumen, redactadas bajo el formato SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis del problema y Plan/Pronóstico). De esta manera, organiza la información de forma lógica y concisa y deja evidencia en el



expediente clínico del trabajo realizado con el paciente, sus alcances y limitaciones. Es importante mencionar que las intervenciones con familiares que lo ameriten también pueden ser anexadas al expediente clínico; sin embargo, se les considera notas informativas y son de menor extensión que las notas de evolución del paciente.

### *Protocolo de investigación*

El protocolo de investigación es un documento que guía y dirige, de forma clara, concreta y completa, la ejecución de una investigación desde el planteamiento hasta el informe final de resultados (González, 2010). Cada residente de Medicina Conductual desarrolla, con base en la revisión de literatura científica, una propuesta de investigación aplicada, esto es, una intervención dirigida a la población del servicio médico asignado. La propuesta es revisada y autorizada por su tutor y supervisor académico y se lleva a cabo en el momento en que se obtiene visto bueno de ambos revisores. El propósito de la ejecución del protocolo es, además de la formación en habilidades de investigación, aumentar el conocimiento científico psicológico en materia de salud y contar con herramientas validadas y comprobadas para las futuras intervenciones.

### *Protocolo Tratamiento Multicomponente para sintomatología ansioso-depresiva y actividad motora en pacientes onco-hematológicos de novo hospitalizados*

En los últimos años, la morbilidad y mortalidad por cánceres hematológicos han aumentado en México, principalmente la leucemia (Báez, 2015). El diagnóstico de una enfermedad oncohematológica tiene un gran impacto emocional y social en los pacientes, sus familias y cuidadores. Desde el ingreso a un hospital, los cambios en la rutina diaria, la exposición a procedimientos médicos invasivos y las estancias hospitalarias prolongadas en las que los pacientes reciben indicaciones médicas precisas, como el reposo absoluto, tienen lugar reacciones emocionales y cambios en la vida de los pacientes. De esta manera, la sintomatología ansioso-depresiva tiende a agudizarse. No es de extrañar que la depresión y la ansiedad tengan prevalencias altas en contextos médicos y aunque se trata de dos aspectos

psicológicos diferentes, generalmente coexisten y comparten algunos síntomas. Además, se les ha relacionado de forma negativa con el curso y pronóstico de las enfermedades físicas (López, 2007).

Con el fin de responder a las necesidades de los pacientes hospitalizados que se enfrentan por primera vez a un diagnóstico y tratamiento oncohematológico se diseñó un protocolo de intervención con los objetivos de disminuir niveles de sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes y aumentar nivel de actividad motora prescrita por el médico. El protocolo en extenso puede ser consultado en el Capítulo 1 del presente trabajo.

#### *Registro de productividad*

Con el fin de evaluar cuantitativamente los pacientes atendidos por cada residente de Medicina Conductual, así como los recursos empleados, se lleva a cabo un registro diario de pacientes y cuidadores que reciben atención psicológica en los diversos escenarios del servicio asignado, así como las interconsultas y seguimiento de pases. Dicho registro se actualiza de manera constante y se presenta al supervisor académico de forma mensual, bimestral y al final de la residencia. Adicionalmente, se realiza un reporte mensual de productividad en el servicio asignado que es entregado a la secretaria de hospitalización del Jefe de Servicio de Hematología.

#### *2.4.4 Actividades académicas*

##### *Sesiones médicas*

##### *Sesión general*

La sesión general forma parte del Programa Académico Anual de la sede hospitalaria. Tiene el propósito de incidir en la formación de médicos residentes, en las actividades clínicas, de investigación y planeación, además de contribuir al avance diario de la ciencia médica en beneficio de los pacientes (Manrique, 2018). Se trata de una actividad obligatoria para la totalidad del personal médico, principalmente para los médicos residentes e internos de pregrado, quienes deben

registrar su asistencia a través de una firma autógrafa. El residente de Medicina Conductual no realiza dicho procedimiento; no obstante, tanto el supervisor *in situ*, como el Jefe del Servicio de Hematología han indicado que se trata de una actividad imprescindible; al mismo tiempo, es una oportunidad para aumentar el nivel de comprensión de la terminología médica, identificar metodologías de investigación propias de la medicina y establecer posibles relaciones con factores psicosociales.

#### *Sesiones del servicio asignado*

Las sesiones del servicio de Hematología se realizan tres veces a la semana en la Sala de Juntas del Tercer Piso, Norte. Tienen lugar los días martes, jueves y viernes y asisten el Jefe de Servicio, los médicos adscritos del turno matutino, los médicos residentes de Hematología y Medicina Interna y los médicos internos de pregrado. Como menciona Manrique (2014a), desde 2004, participa el servicio de Oncopediatría, por lo que se cuenta con la presencia del equipo de dicho servicio.

El Jefe de Servicio de Hematología diseña el temario con base en conocimientos y aprendizajes esperados de los residentes de Hematología y Oncopediatría. Los residentes de ambos servicios son los encargados del desarrollo y presentación de los temas, bajo la coordinación de un médico adscrito quien durante la disertación ofrece y modula comentarios sobre el contenido y la forma (habilidades de enseñanza de los presentadores). Los días martes y jueves se desarrollan sesiones monográficas, mientras que los días viernes se realiza la revisión y discusión de artículos científicos. Igualmente, se agendan participaciones de servicios invitados como Diagnóstico Molecular y Laboratorio, así como laboratorios farmacéuticos. Los residentes de Medicina Conductual tienen la responsabilidad de presentarse puntualmente.

#### *Supervisión in situ*

El supervisor *in situ* es el Dr. Ricardo Gallardo Contreras, Jefe del Servicio de Psiquiatría. Su función es orientar las actividades de los residentes de Medicina Conductual en el interior de la sede hospitalaria. Así, realiza funciones de tipo

administrativo como revisar el registro de asistencia y productividad; y funciones académicas tales como comentar la presentación de casos clínicos el día académico (miércoles) y participar en las sesiones bibliográficas de los días viernes. En la presentación de casos clínicos, su intervención favorece el análisis crítico y retroalimentación de la ejecución teórica y metodológica del residente frente al paciente, principalmente, al tratarse de casos difíciles o fallidos, y propicia la identificación de los elementos que conforman un caso clínico desde la perspectiva médica. Asimismo, participa activamente en las sesiones bibliográficas, que consisten en la revisión y exposición breve de un artículo actual, preferentemente aplicado y relacionado con la práctica hospitalaria y servicio asignado, a través del análisis crítico y generación de debate entre los participantes, se contribuye a la praxis actualizada y basada en evidencia. Cabe señalar que tanto el rol de presentación de casos clínicos como el de artículos científicos para la revisión bibliográfica son diseñados por los supervisores académicos y autorizados por el responsable académico de la residencia.

### *Supervisión académica*

La supervisión académica en el escenario en el que se desarrolla el ejercicio profesional es lo que define a una residencia (Reynoso-Erazo, 2014) y la distingue de otros programas académicos. Para los residentes de Medicina Conductual asignados a Hematología, se lleva a cabo los días miércoles en conjunto con los compañeros residentes asignados a Medicina Interna y Trasplantes. Se trata de un espacio para la consolidación, grupal y personalizada, de conocimientos y habilidades teóricas y metodológicas del residente de Medicina Conductual, de acuerdo con las demandas de cada servicio. Lo anterior se logra a través del trabajo estrecho con el supervisor académico, quien favorece la revisión de literatura especializada, la identificación de necesidades y propuestas de solución del servicio asignado, así como el diagnóstico psicológico de los pacientes; además, participa de forma activa en el proceso de conformación de casos clínicos (elección, objetivos, diseño de intervención, resultados, discusión, reflexión y conclusiones);

al mismo tiempo, posibilita la toma de decisiones clínicas, académicas, e incluso, personales (Reynoso-Erazo, 2011).

A partir del segundo semestre se desarrollan y presentan tres casos clínicos, los cuales pueden derivar de las intervenciones hospitalización, o bien, de consulta externa, que se consideren de éxito o complejos. Pueden hacer referencia a la atención de pacientes del servicio asignado o alguna asignación por referencia médica. El caso clínico psicológico tiene una estructura similar al caso clínico médico, lo cual homologa y facilita la comunicación entre especialistas.

Es importante señalar que la residencia ha establecido una serie de criterios mínimos que debe cumplir el caso clínico para ser evaluado, entre ellas se destaca el de la supervisión, lo que significa que si el caso no fue debidamente expuesto al supervisor, no se tendrá derecho a evaluación, no obstante, la presentación es inapelable. Además, si los supervisores concuerdan en que el caso no reúne los requisitos especificados están facultados para la asignación de una calificación equivalente a cero, así como la presentación de un caso clínico adicional (Residencia en Medicina Conductual, 2019a).

## **2.5 Cronograma de actividades**

Mientras las actividades académicas del residente de Medicina Conductual son diseñadas por el Jefe de Servicio, y los supervisores *in situ* y académico, el resto de las actividades, como la consulta externa de Medicina Conductual, quimioterapia ambulatoria, hospitalización y protocolo de investigación dependen de sus habilidades de administración del tiempo y trabajo orientado por objetivos. De manera general, las actividades se pueden presentar gráficamente como se observa en la Tabla 11.

Tabla 11. Cronograma de actividades del residente de Medicina Conductual asignado al Servicio de Hematología.

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
08:00 09:00	Pase de Visita / Consulta Externa Hematológica	Pase de Visita / Consulta Externa Hematológica	Sesión General	Pase de Visita / Consulta Externa Hematológica	Pase de Visita / Consulta Externa Hematológica
09:00 10:00			Pase de Visita / Consulta Externa Hematológica		
10:00 11:00		Sesiones del Servicio	Supervisión in situ (caso clínico)	Sesiones del Servicio	Sesiones del Servicio
11:00 12:00	Hematológica	Pase de Visita / Consulta Externa Hematológica	Supervisión académica	Pase de Visita / Consulta Externa Hematológica	Supervisión <i>in situ</i> (sesión bibliográfica)
12:00 13:00	Hospitalización / Consulta Externa de Medicina Conductual / Interconsultas en Hospitalización		Programa de psicoeducación continua	Hospitalización / Consulta Externa de Medicina Conductual / Interconsultas en Hospitalización	
13:00 14:00			Supervisión académica		

## 2.6 Otras actividades no programadas

### 2.6.1 Capacitación y desarrollo

De acuerdo con Rodríguez (2003), una de las funciones del psicólogo es la de desarrollo, esto es, la capacitación de otras personas, colegas o no. En esta misma línea, Piña (2010) sostiene que la docencia es una función del psicólogo inserto en escenarios de salud. De esta manera, bajo el enfoque biopsicosocial de la salud y la multidisciplinariedad, el residente de Medicina Conductual está facultado y justificado para la impartición de ponencias, clases y cursos. Estas actividades no solo contribuyen a la difusión del saber científico de la psicología, sino también a la práctica de competencias para saber enseñar, a partir de la identificación de lo que se quiere enseñar, cómo, a quién y para qué, y así centrarse en el aprendizaje de los participantes (Torres, Badillo, Valentín y Ramírez, 2014).

#### *Ponencias*

En el marco del Día Mundial de Mieloma Múltiple, el Jefe de Servicio de Hematología preparó un programa multidisciplinario, dirigido a pacientes

diagnosticados y tratados en la sede hospitalaria, así como sus familiares. Mediante el programa se desarrollaron generalidades biopsicosociales de esta enfermedad hematológica, la cual, lamentablemente, no tiene cura.

Pacientes, familiares y cuidadores se mostraron atentos a la explicación, por parte del Dr. Jorge Cruz Rico, de los signos, síntomas y tratamiento de la enfermedad. Asimismo, la Dra. Patricia Hernández Solís, Jefa de la Clínica de Dolor y Cuidados Paliativos, destacó la importancia del manejo del dolor como parte inherente del tratamiento médico. Finalmente, las residentes de Medicina Conductual desarrollaron el tema *“Mi vida con Mieloma Múltiple”*, orientado a la identificación de recursos psicológicos y sociales de pacientes, familiares y cuidadores para adaptarse positivamente a la enfermedad y aspirar a una mejor calidad de vida. Cabe señalar que la ocasión constituyó un espacio para la convivencia y acercamiento entre los pacientes, personal de salud y laboratorios farmacéuticos.

#### *Programa de psicoeducación continua para cuidadores de pacientes hematológicos*

El personal médico, de enfermería y trabajo social es el responsable de brindar información sobre la enfermedad, tratamiento y cuidados médicos/administrativos del paciente; no obstante, es bien conocido que, debido a las características del paciente hematológico, como el estado de salud delicado con evoluciones tórpidas frecuentes y las hospitalizaciones prolongadas que constituyen verdaderas fuentes de estrés, las alteraciones cognitivas y emocionales por las que atraviesan el paciente, su familia y cuidadores, en muchas ocasiones la comprensión de la información se muestra disminuida; por tanto, el psicólogo tiene como función maximizar el grado de comprensión de los datos recibidos para asegurar las conductas de cuidado (Alarcón-Prada y Millán-González, 2009). Este trabajo es de vital importancia para los cuidadores primarios informales, casi siempre familiares directos del paciente, que han de comprender la información médica y administrativa recibida, pero también manejar de forma adecuada la situación para evitar complicaciones médicas, psicológicas y sociales que ponen en riesgo no solo la salud e integridad de sí mismos como cuidadores, sino también la del paciente (Rangel-Domínguez, 2014).

Así, con el fin de favorecer el desarrollo de estrategias y habilidades de afrontamiento entre los cuidadores, se diseñó el programa de psicoeducación continua “*Si te cuidas, me cuidas*”. La primera entrega de este curso se basó en el *Manual de Apoyo para Cuidadores Primarios* de Rangel-Domínguez (2014) y se orientó al desarrollo de habilidades de expresión emocional y solución de problemas para favorecer el afrontamiento del cuidado del paciente hematológico. Tuvo lugar a lo largo de tres sesiones semanales, con una duración de 60 minutos por sesión. Asistieron hasta 9 cuidadores, los cuales reconocieron y agradecieron la existencia de espacios para compartir experiencias y aprender a realizar con mayor cuidado su función.

Adicionalmente, el Jefe de Servicio de Hematología planea que todos los miércoles se realice esta actividad, se busque la participación de otros profesionales como trabajadores sociales, enfermeras, personal de catéteres, médicos residentes, entre otros y se desarrollen temas de importancia como donación de sangre, efectos secundarios de la quimioterapia, cuidado del catéter y más, en los que los residentes de Medicina Conductual apliquen técnicas orientadas a favorecer los cambios conductuales en pacientes y cuidadores en un marco de trabajo multidisciplinario. Durante el mes de marzo de 2019 se establecieron enlaces con médicos residentes, trabajo social y clínica de catéteres, por lo que para las siguientes generaciones es importante dar continuidad a la actividad.

#### *Sesiones psicológicas en programa de sesiones médicas de Hematología*

Hasta mayo de 2018 la participación de los residentes de Medicina Conductual en las sesiones médicas de Hematología se había limitado a la presentación de la propuesta de protocolo de investigación aplicada y sus resultados. En junio de 2018 el Jefe de Servicio indicó a las residentes de Medicina Conductual, en ese entonces de primer año, la preparación de un tema que, de acuerdo con su perspectiva, mostraba implicaciones para la conducta médica, asimismo, indicó la coordinación por parte de uno de los médicos adscritos al servicio. La presentación tuvo lugar en junio de 2019 y a partir de allí se asignó una fecha para la sesión de psicología en el programa bimestral de sesiones médicas.



Para abril de 2019 se había llevado a cabo 9 sesiones psicológicas cuyas temáticas se enlistan a continuación:

- Objeción de conciencia en la práctica médica. Concepto y marco legal para el México del Siglo XXI.
- Ortotanasia.
- Comunicación de malas noticias. Habilidades de comunicación como una competencia del profesional de la salud.
- Tratamiento multicomponente para sintomatología ansioso-depresiva y actividad motora en pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados (Protocolo de investigación aplicada).
- Autocuidado del médico.
- Manejo psicológico del síndrome de caquexia por cáncer.
- Intervención cognitivo-conductual para factores psicológicos de un paciente hematológico (Caso clínico).
- Medicina Conductual. Generalidades, funciones y alcances.
- Obstinación vs adecuación del esfuerzo terapéutico. El médico del Siglo XXI frente a un dilema bioético.

Cabe resaltar que para las sesiones, excepto las de protocolo de intervención y presentación del caso clínico, se proporcionó a los asistentes un artículo actual, en inglés o español, preferentemente de revisión sistemática y meta-análisis, autorizado por el médico de base y coordinador de la presentación. El artículo era enviado, varios días antes de la presentación, al médico residente de Hematología encargado de su distribución electrónica, de esta forma se favoreció la difusión de los conocimientos y tecnología psicológicos entre médicos internos, residentes y adscritos de Hematología y Oncopediatría, además de la participación activa, resolución de dudas, desmitificación del rol del médico conductual y crítica constructiva para la mejora.

### *2.6.2 Manual de procedimientos de Medicina Conductual en Hematología*

Los manuales de procedimientos son guías para la operatividad de los procesos realizados en una organización que aseguran la eficiencia y posibilitan el

control interno (Vivanco, 2017). Con el propósito de contar con una guía administrativa que facilite la identificación de tareas, funciones y la toma de decisiones, a través de su descripción sistemática y esquemática; además de orientar y servir de apoyo para la capacitación continua de los estudiantes de posgrado que ejercen actividades asistenciales en el hospital, así como para los estudiantes de posgrado de nuevo ingreso, en octubre de 2018, las residentes de Medicina Conductual asignadas a Hematología, diseñaron la primera propuesta del *Manual de Procedimientos para la Práctica Hospitalaria del Programa de Residencia en Medicina Conductual, Sede Hospital Juárez de México, Servicio de Hematología*, el cual contempla 23 procedimientos. En la primera fase, se desarrollaron 18 procedimientos, por lo que es importante que las generaciones venideras den seguimiento a la actividad.

### *2.6.3 Diseño y validación de material psicoeducativo*

La Organización Panamericana de la Salud (2006) señala que la modificación de la conducta individual, así como los cambios en los sistemas e instituciones que moldean la vida de la gente, son imprescindibles. Compartir los conocimientos y prácticas que puedan conducir a una mejor salud es una de las formas a través de las cuales se contribuye a la modificación de hábitos y estilos de vida, por tanto, el diseño y validaciones de materiales para la educación cobra relevancia.

Un material psicoeducativo debe contar con criterios mínimos de calidad y efectividad (OPS, 2006), es decir, debe ser validado antes de manufacturarse y presentarse de forma masiva a la población meta. La validación de materiales consiste en la investigación realizada con los representantes del grupo objetivo, la finalidad es que ellos opinen sobre la atractividad, entendimiento, identificación y aceptación de los instrumentos (Ziemendorff y Krause, 2003).

Ahora bien, residentes de Medicina Conductual de generaciones anteriores han diseñado y validado material psicoeducativo para el Servicio de Hematología, entre estas herramientas destaca el alusivo a cuidados básicos del paciente hematológico, dentro y fuera del hospital. Este material ha sido bien recibido tanto

por médicos como por pacientes; no obstante, se identificó que en la sección *alimentación*, los pacientes referían un gran número de dudas y creencias mitificadas que ponen en riesgo su estado nutricional durante el tratamiento médico. Cabe subrayar que aunque el personal de salud siempre muestra disposición para proporcionar datos sobre hábitos de alimentación, la mayoría de los pacientes percibe la necesidad de contar con más información y apoyo (Hopkinson, 2018). Además, los pacientes buscan que dicha información sea de fácil acceso y comprensión. Así, se diseñó y validó el material “*Recomendaciones para la alimentación del paciente hematológico*”. Tanto para médicos como para pacientes y familiares resultó un material atractivo, fácil de entender, novedoso y adecuado.

#### *2.6.4 Elaboración de artículos científicos*

El conocimiento generado a través de la investigación adquiere la categoría de conocimiento científico hasta que es publicado. Es por ello que, entre la comunidad de ciencias, el artículo científico es el medio de comunicación que permite a los autores de una investigación describir sus resultados para su divulgación y contrastación con aquellos que han sido expuestos antes (Lam, 2016).

Con base en las experiencias de investigación teórica y práctica que tuvieron lugar a partir de las actividades asistenciales y académicas realizadas en la sede hospitalaria, se desarrollaron artículos en los que colaboraron los tutores, supervisores, profesores, médicos y compañeros de la residencia. Actualmente, se han enviado a revisión de revistas arbitradas e indexadas con el fin de favorecer la difusión de los resultados obtenidos a lo largo del curso de la residencia, así como promover la necesidad de más psicólogos capacitados en el campo.

#### *2.6.5 Asistencia a cursos especializados y congresos*

Los cursos extracurriculares y congresos son eventos especializados que permiten la formación y actualización continua del estudiante de la Maestría en Psicología, Residencia en Medicina Conductual. Al tratarse de actividades que guardan estrecha relación con las funciones asistenciales del psicólogo, así como con las características de la población de la sede hospitalaria y del servicio

asignado, favorecen la calidad en la atención integral del paciente (Residencia en Medicina Conductual-FES Iztacala, 2019).

En agosto de 2018 y febrero de 2019 se realizaron dos cursos especializados que consistieron en la asistencia a las sesiones académicas de la Asociación Mexicana para el Estudio de la Hematología, A.C. (AMEH). La sesión académica mensual de la AMEH consta de cuatro partes: 1) caso clínico; 2) comentario al caso clínico; 3) conferencia; 4) mesa de discusión y conclusiones. Las primeras dos secciones son desarrolladas por médicos residentes de Hematología, mientras que la tercera sección está a cargo de un médico hematólogo con reconocimiento nacional y/o internacional.

En la sesión de Anemia Aplásica, realizada en agosto de 2018, la Dra. Carolina Moreira, residente de Hematología del Hospital Juárez de México, presentó un caso clínico, actualmente en seguimiento. A través de la participación de los expertos, se generaron propuestas de tratamiento para el paciente que posteriormente fueron consideradas por el equipo médico y, por supuesto, para el manejo psicológico.

En la sesión de Mieloma Múltiple, que tuvo lugar en febrero de 2019, el Dr. Gregorio Ignacio Ibarra destacó la importancia del trasplante de células progenitoras hematopoyéticas como tratamiento ante una enfermedad crónica y hasta el momento incurable. Asimismo, la Dra. Aline Guillermina Ramírez Alvarado presentó un proyecto para la generación de una base de datos que permita el análisis estadístico de la población mexicana que vive con mieloma múltiple a través de una plataforma web.

El beneficio de asistir a esta clase de cursos no solo radica en la obtención de constancias con valor curricular, sino en que el residente de Medicina Conductual dispone de información objetiva y actualizada que posibilita la psicoeducación de los pacientes y familiares del servicio, es decir, para poder educar a los pacientes en sus padecimientos y tratamientos es imprescindible que el médico conductual conozca profundamente las características de las patologías.

Por otro lado, se asistió a un congreso internacional, el XVI Congreso Caribeño de Psicología, realizado por la Fundación para Desarrollo de la Psicología

en el Caribe (FUNDEPSIC) en abril de 2019, en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana. En dicho evento se desarrolló la conferencia “*Intervención cognitivo-conductual para factores psicológicos de un pacientes hematológico*” y se dio una entrevista en la que se destacó el papel del psicólogo en hospitales y se resaltó el trabajo y logros de la Residencia en Medicina Conductual. El intercambio de conocimientos teórico-metodológicos con los participantes de distintos países hizo posible la actualización y el establecimiento de relaciones intra e interdisciplinarias. Además, se tuvo la oportunidad de conocer y presenciar la participación de la Dra. Rosie Phillips Davis, Presidenta de la APA, quien rescató la importancia del psicólogo en el desarrollo de los países en vías de desarrollo.

#### *2.6.6 Atención psicológica a médicos residentes*

Vèrges (2017) señala que los médicos son seres humanos y como tales, dadas las situaciones constantes de estrés a las que se ven sometidos, en algún momento pueden presentar conductas relacionadas con alguna morbilidad psicológica. La detección oportuna posibilita la prevención de episodios agudos que incluso lleven al médico a solicitar una licencia y postergar el curso de sus estudios de especialidad; además asegura que el desempeño asistencial del médico no resulte afectado. Así, queda justificado como medida de protección que un especialista en Psicología atienda algunas necesidades psicológicas de los médicos residentes.

Durante el periodo comprendido entre enero de 2018 y abril de 2019, se brindó atención psicológica a médicos residentes de la sede hospitalaria, que lo solicitaron voluntariamente. Por lo general, la intervención tuvo lugar en momentos críticos y se orientó a la contención, así como al entrenamiento sencillo y rápido en técnicas y estrategias de afrontamiento de situaciones estresantes. No obstante, también tuvieron lugar intervenciones más estructuradas y supervisadas

#### *2.6.7 Aplicación de pruebas para adaptación y validación*

El desarrollo de pruebas psicométricas es una de las principales actividades desarrolladas por los psicólogos; no obstante, la mayoría se encuentra validada para contextos y poblaciones específicas (Reyes-Lagunes y García y Barragán, 2008), por lo que es vital desarrollar, adaptar y validar estos instrumentos a la

población hematológica. De esta forma, se adaptó y validó el Cuestionario de Conductas ante la Enfermedad de mediante la aplicación a 239 pacientes del servicio.

## 2.7 Reporte de productividad

Desde hace varios años se ha mostrado interés por la medición del desempeño hospitalario como un indicador de calidad en la atención del sistema de salud que busca homogeneizar la prestación de servicios y los resultados gerenciales o clínicos generados en miras a la reducción de costos. De ahí que surja la necesidad de hablar de productividad hospitalaria como la relación entre los recursos empleados y los productos obtenidos. Así, el análisis de la productividad permite la administración y gestión racional de los esfuerzos que aseguran la constante mejora de los procesos de atención (Secretaría de Salud, 2013).

Bajo este enfoque se presentan la productividad de atención psicológica comprendida para el periodo correspondiente a enero de 2018 a abril de 2019, para pacientes hematológicos y no hematológicos de la sede hospitalaria.

Entre el 08 de enero de 2018 y el 30 de abril de 2019 se brindó atención a 291 pacientes, además de sus familiares o cuidadores. En la Figura 16 se observa que la distribución de los pacientes de acuerdo con su sexo fue de 162 pacientes femeninos (56%) y 129 masculinos (44%).

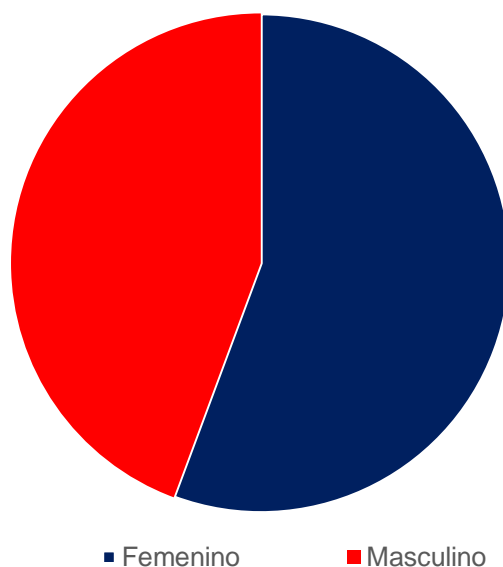
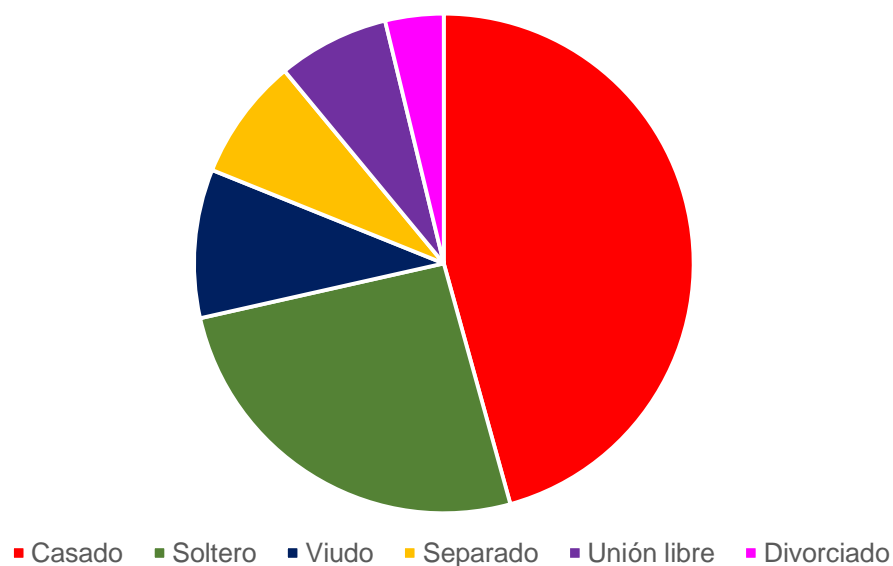


Figura 16. Sexo de los pacientes atendidos en el periodo de enero 2018 a abril 2019.

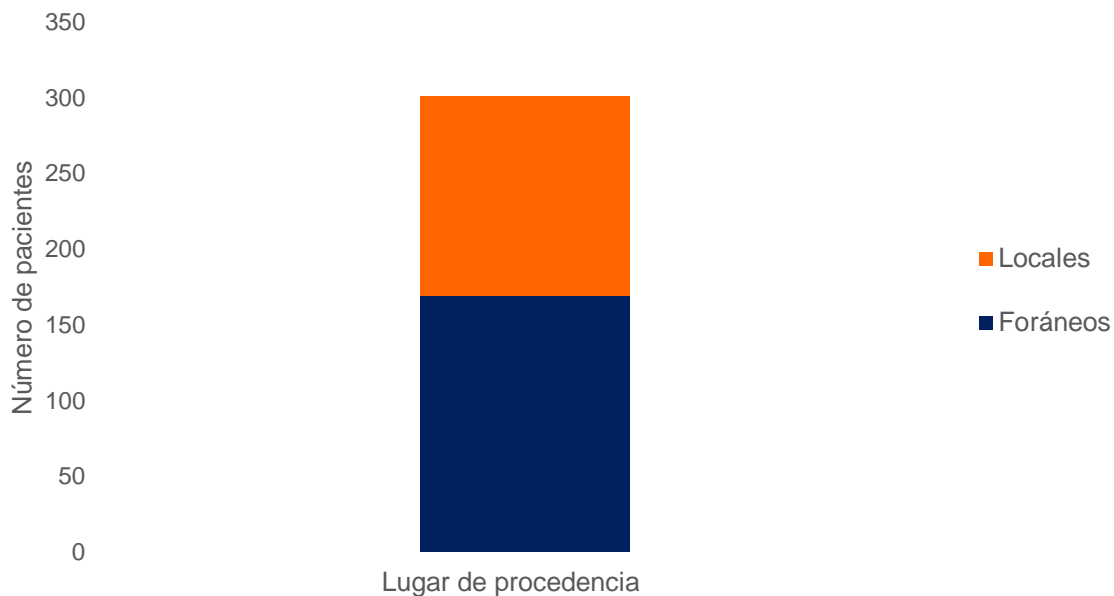
El rango de edad de los pacientes fue de 17 a 90 años, la edad promedio fue de 46.2 años, mientras que la edad que se presentó con mayor frecuencia fue 44 años.

En cuanto al estado civil, como se observa en la Figura 17, la mayoría, 133 pacientes, reportó estar casado (45.8%), 75 soltero (25.7%), 28 viudo (9.6%), 23 dijeron estar separados (8%), 21 en unión libre (7.2%) y 11 reportaron ser divorciados (3.7%).



*Figura 17.* Estado civil de los pacientes atendidos en el periodo de enero 2018 a abril 2019.

De acuerdo con la Figura 18, la mayoría de los pacientes, 169 (54.6%), mencionaron provenir de regiones diferentes a la Ciudad de México, mientras que 132 aseguraron ser locales (45.4%). Los estados de la República Mexicana que prevalecen como lugar de origen y residencia son Hidalgo, Oaxaca, Guerrero, Veracruz y Morelos.



*Figura 18.* Lugar de procedencia de los pacientes atendidos en el periodo de enero 2018 a abril 2019.

Por otro lado, en la Figura 19 se puede observar que 287 pacientes (98.6%) indicaron el idioma español como nativo, solo 3 pacientes (1%) dijeron ser bilingües y 1 únicamente hablaba lengua indígena (.4%). Entre los idiomas diferentes al español se encontraron el amuzgo y el mixteco.

El grueso de la población atendida pertenecía al servicio asignado, Hematología, en el que se registraron 281 pacientes (96.5%). El resto (3.5%) pertenecía a servicios distintos (Ver Figura 20). Dichos servicios fueron: Medicina Interna y Traumatología y Ortopedia, 2 pacientes respectivamente, Cirugía General, Gastroenterología, Oncología, Psiquiatría, Neurología y Reumatología, 1 paciente respectivamente.



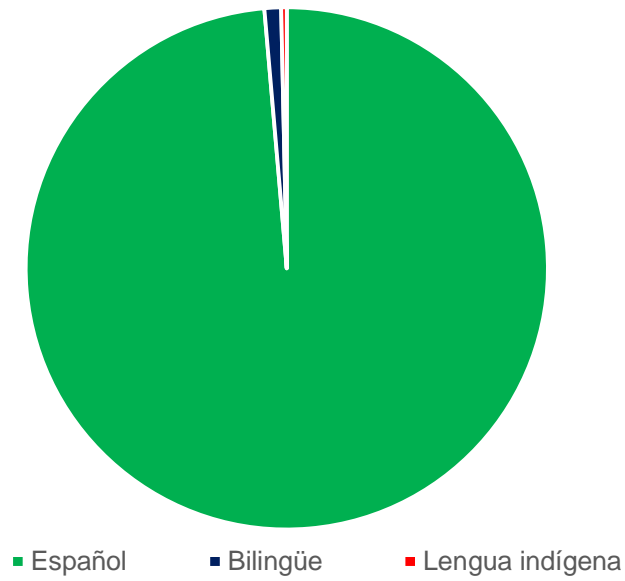


Figura 19. Idioma de los pacientes atendidos en el periodo de enero 2018 a abril 2019.

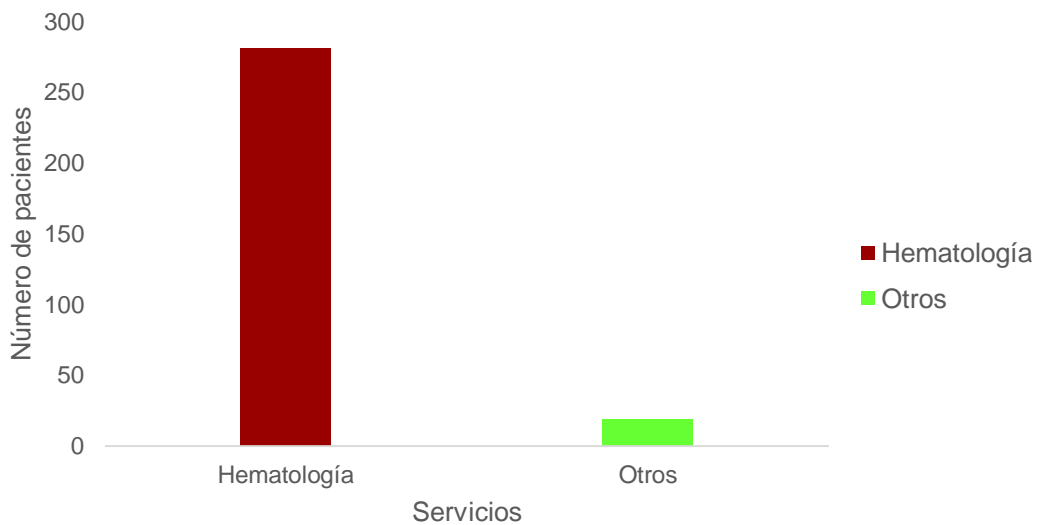
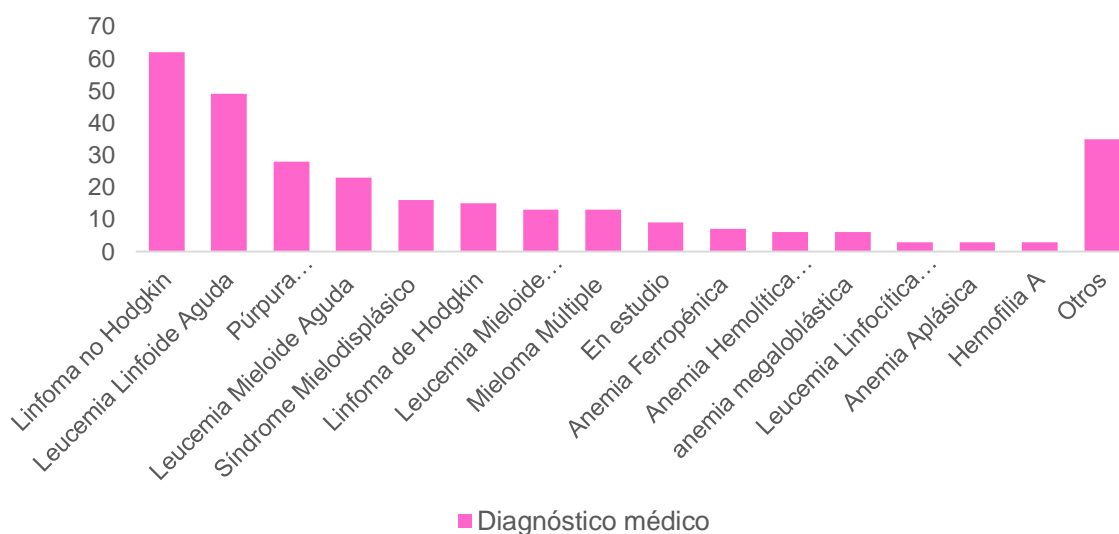


Figura 20. Servicios de procedencia de los pacientes atendidos en el periodo de enero 2018 a abril 2019.

La Figura 21 muestra los principales diagnósticos médicos de los pacientes atendidos. La mayoría cursó con Linfoma no Hodgkin (62, lo que equivale al 21.3%); 49 pacientes fueron diagnosticados con Leucemia Linfoide Aguda (16.84%), 28 con

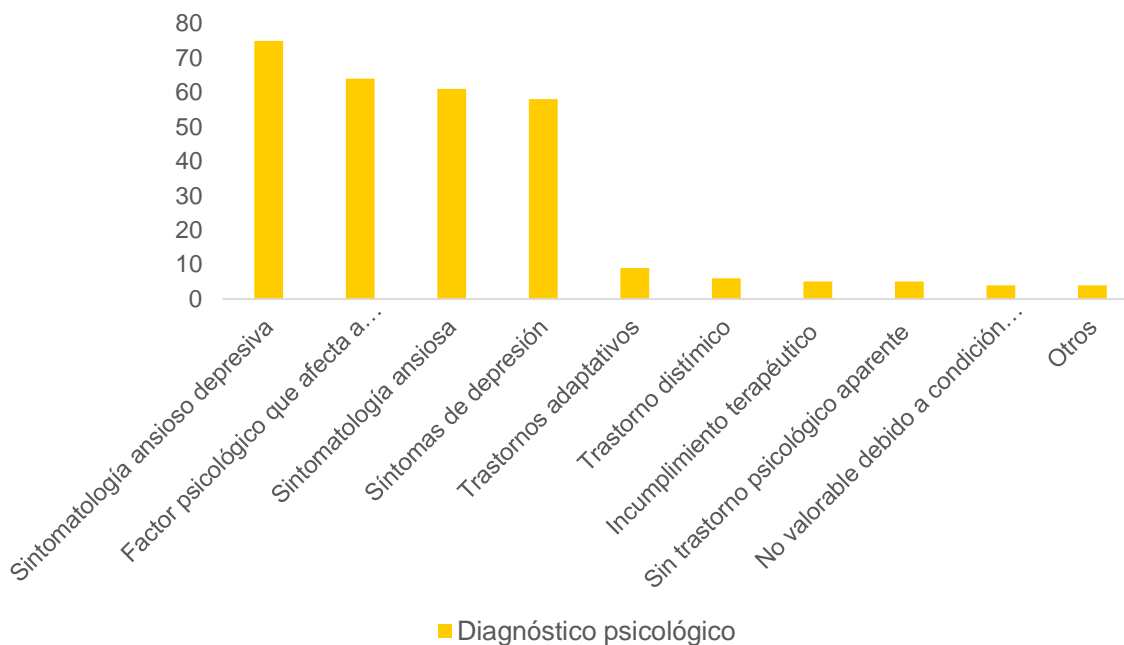
Púrpura Trombocitopénica Inmune (9.62%), 23 con Leucemia Mieloide Aguda (7.9%), 16 Síndrome Mielodisplásico (5.5%), 15 con Linfoma de Hodgkin (5.2%), 13 con Leucemia Mieloide Crónica (4.5%), 13 con Mieloma Múltiple (4.5%), 9 en estudio (3.1%) 7 con Anemia Ferropénica (2.4%), 6 con Anemia Hemolítica Autoinmune (2.1%), 6 con anemia megaloblástica (2.1%), 3 con Leucemia Linfocítica Crónica, 3 con Anemia Aplásica y 3 más con Hemofilia A (1.1%) respectivamente. El resto (35 pacientes, es decir el 12%) mostró frecuencia igual a uno en diagnósticos diversos, tanto hematológicos como no hematológicos, entre los que destacan Enfermedad de Castleman, Anemia de Fanconi, Trombosis Esencial, Síndrome de Evans, Policitemia Vera, Sarcoma de Cuello, Lupus Eritematoso, Deterioro Cognitivo Leve, entre otros.



*Figura 21.* Principales diagnósticos médicos de los pacientes atendidos en el periodo de enero 2018 a abril 2019.

El diagnóstico psicológico que mostró mayor frecuencia entre los pacientes atendidos fue la sintomatología ansioso depresiva, la cual se encontró en 75 pacientes (25.8%). El diagnóstico de factor psicológico que afecta a condición médica se reportó para 64 pacientes (22%); cabe señalar que entre los factores psicológicos que se presentaron destacan los déficit de información, habilidades sociales y de solución de problemas (41 pacientes, 68.3%), rasgos de personalidad (10 pacientes, 16.7%) y estilo de afrontamiento 9 pacientes, 15%). La

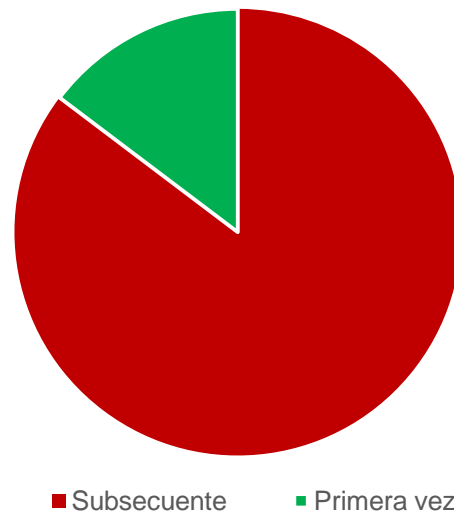
sintomatología ansiosa se reportó presente en 61 pacientes (21%). Los síntomas de depresión fueron reportados por 58 pacientes (20%). Con menor frecuencia se presentaron diagnósticos como trastornos adaptativos (9 pacientes, 3.1%, de los cuales 4 presentaron estado de ánimo depresivo, esto es el 44.5%, 2, el 22.2%, no presentaron más alteraciones; 2 más, esto es otro 22.2%, mostraron síntomas ansiosos, y 1, el 11.1%, fue reportado como mixto). En 6 pacientes se reportó trastorno distímico (2.1%), en 5 incumplimiento terapéutico (1.7%), en 5 más sin trastorno psicológico aparente (1.7%), 4 no valorables debido a condición médica (1.4%). Por otro lado, el trastorno de la erección en el varón, el trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia, mostraron 1 paciente (.3%), respectivamente, como frecuencia (Ver Figura 22).



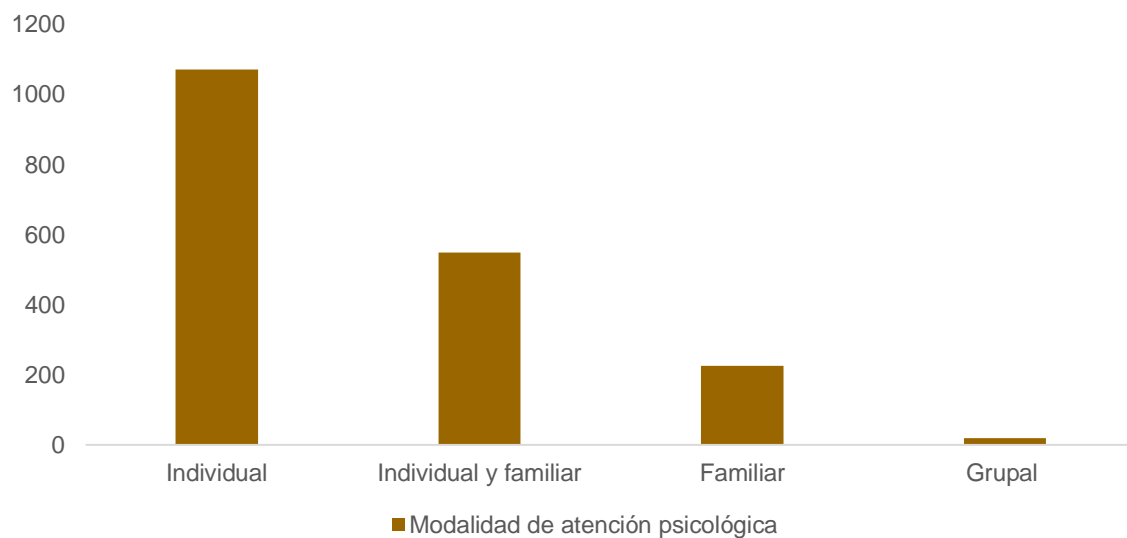
*Figura 22.* Principales diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos en el periodo de enero 2018 a abril 2019.

A lo largo de 15 meses se realizaron 1863 intervenciones, por tipo de consulta realizada se reportaron 274 de primera vez (14.7%) y 1589 subsecuentes (85.3%) (Ver Figura 23). 17 pacientes no fueron registrados como de primera vez debido a que se encontraban asignados a otros residentes de Medicina Conductual y únicamente en periodos programados de ausencia se brindaba atención.

Asimismo, respecto de la modalidad de atención psicológica, en la Figura 24 se observa que 1071 intervenciones fueron de tipo individual (57.5%), 548 individual (29.4%) y familiar, 225 familia (12.1%) y 19 grupal (1%).

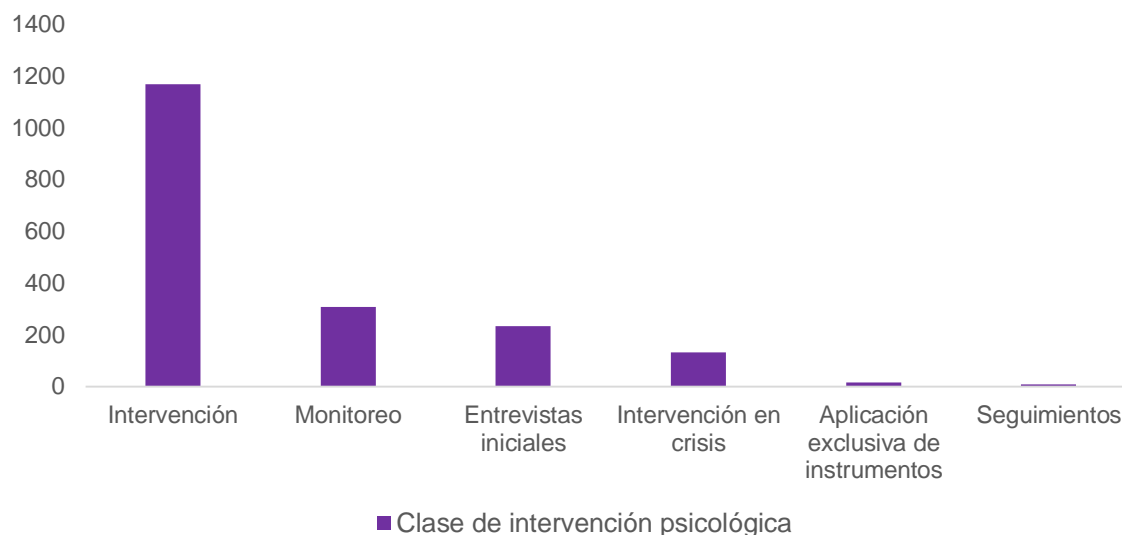


*Figura 23.* Tipo de consulta realizada a los pacientes atendidos en el periodo de enero 2018 a abril 2019.



*Figura 24.* Modalidad de atención psicológica de las intervenciones con pacientes en el periodo de enero 2018 a abril 2019.

De acuerdo con la Figura 25, en lo que respecta a la clase de intervención psicológica se realizaron 1167 intervenciones o terapias psicológicas (62.6%), 307 monitoreos (16.5%), 234 entrevistas iniciales (12.6%), 131 intervenciones en crisis (7%), y se dedicaron 15 sesiones exclusivamente a la aplicación de instrumentos (.8%) y se realizaron 9 seguimientos (.5%).



*Figura 25.* Clase de intervención psicológica de pacientes atendidos en el periodo de enero 2018 a abril 2019.

En cuanto a las técnicas de intervención es importante señalar que durante los monitoreos no se hace uso de técnicas. Por lo tanto, según la Figura 26, en 1556 ocasiones se empleó alguna herramienta psicológica relacionada con la resolución de la problemática psicológica del paciente. Así, se recurrió al uso psicoeducación en 599 ocasiones (38.5%), elementos de activación conductual en 233 (15%), 149 elementos de solución de problemas (9.6%), 134 respiración pasiva (8.6%), 82 distracción cognitiva (5.3%), 76 elementos de entrenamiento en manejo de contingencias (4.9%), 62 elementos de entrenamiento en habilidades sociales (4%), 56 ejercicios derivados de terapias cognitivas (3.4%), 35 relajación autógena (2.3%), 30 elementos de autocontrol (2%), 27 de información y orientación (1.7%), 20 elementos de autoinstrucciones (1.3%), 14 imaginación guiada (.9%), 14 respiración diafragmática (.9%), 13 componentes de relación (.83%), 5 relajación muscular progresiva (.32%), 4 aproximaciones sucesivas a la ansiedad (.26%), 2

inoculación de estrés (.13%) y 1 desensibilización sistemática (.06%). Cabe señalar que en ocasiones se empleaba más de una técnica de acuerdo a las necesidades de los pacientes y/o familiares.

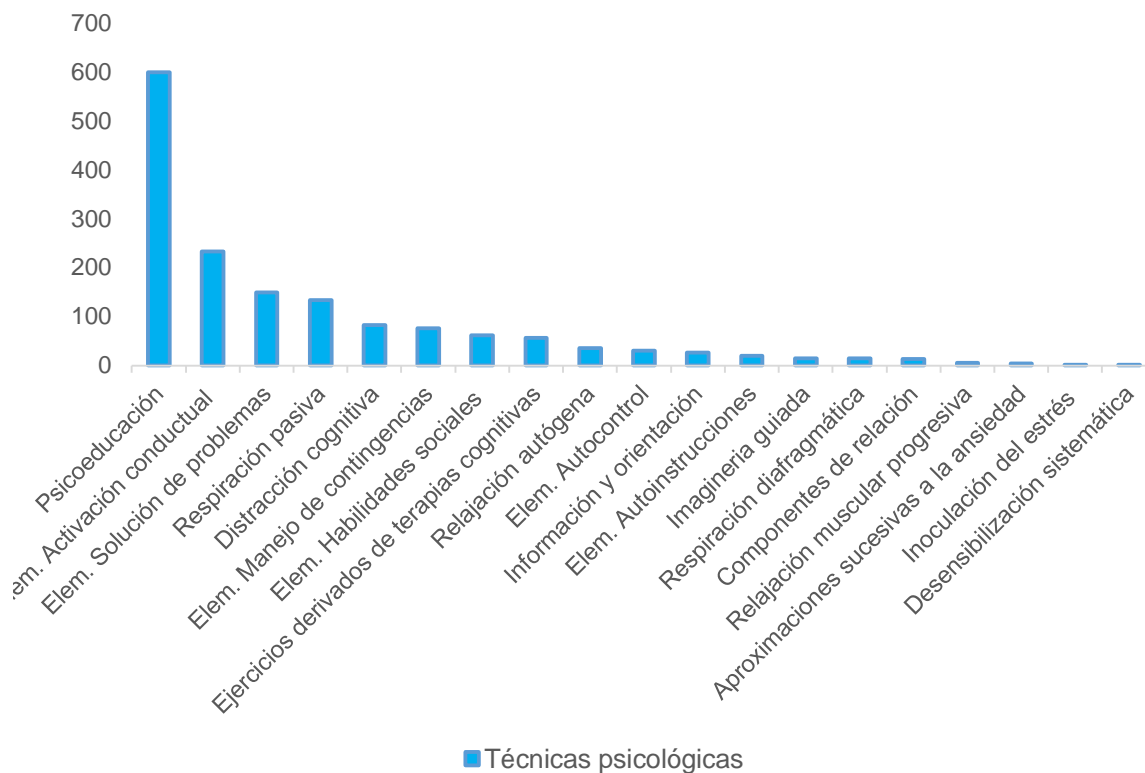


Figura 26. Técnicas psicológicas empleadas con los pacientes atendidos en el periodo de Enero 2018 a Abril 2019.

Finalmente, en la Figura 27 se observa la distribución de la atención en los diferentes espacios de trabajo. Hospitalización fue el área de atención con mayor demanda, se registraron 1510 intervenciones (81%), en consulta externa 285 (15.3%), 50 en quimioterapia ambulatoria (2.7%), 9 en urgencias (.5%), 5 en procedimientos programados (.3%) y 2 pacientes por interconsulta (.2%).



*Figura 27.* Áreas de atención en el periodo de enero 2018 a abril 2019.

## 2.8 Competencias profesionales alcanzadas

El propósito de los programas de maestría profesionalizantes es lograr la especialización de los recursos humanos a través de la profundización de conocimientos y competencias propias de un campo aplicado. Las competencias se alcanzan mediante la acumulación de experiencias, el desarrollo y reporte de intervenciones y tratamientos que demuestren el saber y el hacer (Sánchez, 2008).

En conformidad con Reynoso-Erao (2011), durante los dos años que dura la Residencia en Medicina Conductual el alumno desarrolla saberes, habilidades, experiencias y competencias para tratar con enfermos, familiares y cuidadores, evaluar sus conductas, desarrollar estrategias de intervención que favorezcan la resolución de sus problemáticas psicológicas y trabajar en equipos multidisciplinarios de salud. A continuación, se destacan las competencias desarrolladas de acuerdo con las actividades que se realizaron en la sede hospitalaria.

### *2.8.1 Actividades diarias*

La participación activa en las actividades asistenciales (pase de visita, hospitalización, consulta externa, quimioterapia ambulatoria, atención de interconsultas y pases, realización de notas de evolución y registro de productividad) posibilitaron el afianzamiento de las habilidades y competencias asociadas al empleo del método científico en la atención de necesidades psicosociales. Dichas competencias son la observación, generación de hipótesis o sospechas diagnósticas psicológicas y sociales, experimentación-intervención, análisis y obtención de conclusiones.

Los métodos de enseñanza de los médicos, quienes priorizan la práctica de conocimientos además del intercambio continuo de ideas, revisiones teóricas y experiencias, resultaron idóneos para mejorar las habilidades y destrezas para el trabajo en equipo intra, inter y multidisciplinario; escuchar, entender y manejar, aunque sea en un nivel muy superficial y práctico, la terminología médica, comprender fisiopatología de las enfermedades médicas y detectar diferencias entre los signos y síntomas biológicos esperados y justificados por efectos de la patología y aquellos que son estrictamente psicosociales.

El cronograma de actividades diarias del servicio de Hematología fue una herramienta esencial para poner en práctica habilidades y competencias para la administración del tiempo y recursos. El seguimiento del cronograma permitió, desde los primeros minutos de la jornada, la detección de prioridades y posibles complicaciones en cada una de las áreas de trabajo (hospitalización, consulta externa y quimioterapia ambulatoria), que llevaron a una adecuada organización de las horas efectivas de trabajo que incrementó la productividad en el servicio, así como la detección de pacientes añosos que nunca habían sido identificados ni atendidos por los residentes de Medicina Conductual; por supuesto, este aspecto se vio positivamente afectado por la comunicación asertiva y efectiva que se estableció con cada uno de los integrantes del equipo sanitario y administrativo.

El contacto constante con los pacientes y sus cuidadores que permitieron las actividades diarias favoreció el establecimiento de componentes de relación, rapport y alianzas terapéuticas que resultaron esenciales para la adherencia al tratamiento



psicológico durante la hospitalización y tras el egreso, pero que además son de gran ayuda en momentos críticos que requieren contención psicológica inmediata, tal es el caso de los decesos de pacientes o las molestias de los cuidadores derivadas de malos entendidos y/o procedimientos administrativos. Cabe señalar que en reportes orales de los pacientes, sus familias y cuidadores, así como escritos de felicitaciones y reconocimientos entregados en los buzones de la sede hospitalaria y conocidos tras la recepción de oficio, en la Jefatura del Servicio, ha quedado evidencia de que la atención brindada cumplió y superó sus expectativas y reconocen que la participación del psicólogo en el Servicio de Hematología no solo está justificada, sino es muy importante en el proceso de adaptación a la enfermedad.

Por otro lado, a través de las actividades asistenciales, se pudieron ratificar las características biopsicosociales del paciente hematológico y considerarlas para la aplicación flexible de la evaluación conductual, el diseño de intervenciones cognitivo-conductuales, la evaluación de los resultados de la intervención y el ajuste de acuerdo con las necesidades cambiantes del paciente y sus familiares.

En cuanto a la atención de interconsultas y pases se puede decir con toda certeza que fue una actividad que consolidó las competencias para la comunicación transdisciplinaria y el trabajo en equipo para la atención integral y de calidad del paciente y sus allegados. Además, al responsabilizar al residente de Medicina Conductual de la evolución psicológica de un paciente de un servicio diferente al asignado, se favorecieron las competencias autodidactas y de gestión del propio aprendizaje.

### *2.8.2 Actividades académicas*

La asistencia a las sesiones médicas, generales y del servicio, constituyó otra oportunidad para aumentar el nivel de comprensión de la terminología médica, con el uso constante de la terminología médica, la comunicación entre especialistas se homologó y se caracterizó por la fluidez y asertividad de los integrantes del equipo multidisciplinario, incluso derivó en la consulta psicológica de algunos de ellos para cuestiones personales, por lo que el residente además fungió como agente de

contención y prevención dentro de los márgenes permitidos por la ética, la confidencialidad y privacidad.

Asimismo, a través de la asistencia asidua y puntual a las sesiones académicas de la sede hospitalaria, así como a cursos especializados de Hematología, fue posible identificar metodologías de investigación propias de la medicina, que se ajustan a las realizadas desde psicología y establecer relaciones con factores psicosociales que a su vez permitieron guiar las intervenciones psicológicas de los pacientes internos y externos.

La presentación de los casos clínicos de los residentes de Medicina Conductual favoreció, para el presentador, el desarrollo de competencias de evaluación, intervención, difusión de resultados en un formato muy conocido por la comunidad médica; además de la aceptación de retroalimentación de pares y supervisores, con el fin de mejorar áreas de oportunidad y rectificar errores metodológicos; mientras que para el resto de los participantes constituyó un espacio para la reflexión y crítica, así como la generación de competencias sociales para ofrecer comentarios derivados del análisis objetivo de la información presentada. Por otro lado, las sesiones bibliográficas de los días viernes contribuyeron a la consolidación de las habilidades de búsqueda de información, comprensión de lectura en inglés, síntesis, exposición, análisis crítico, argumentación y debate, lo que aseguró la praxis actualizada y basada en evidencia.

Finalmente, a través de las actividades académicas no programadas se ejercitó, en primer lugar, la competencia para la resolución de problemas, ya que, al no estar contempladas requirieron la puesta en marcha de múltiples habilidades, principalmente relacionadas con la organización y administración del tiempo y otros recursos, que permitieron su realización sin descuidar las actividades calendarizadas y propias del servicio asignado. Asimismo, las habilidades para la enseñanza fueron probadas con éxito en distintos contextos y con diferentes receptores (médicos especialistas y en formación, pacientes y cuidadores), al igual que la redacción de artículos científicos, el diseño de materiales visuales psicoeducativos y de manuales de procedimientos, lo que facilitó la divulgación de

la tecnología psicológica disponible para el campo de la salud, de esta manera han llegado a convertirse en competencias del residente de Medicina Conductual.

### *2.8.3 Protocolo de intervención*

Con el diseño y aplicación del protocolo de intervención se fortalecieron las habilidades de investigación aplicada propias del psicólogo inserto en el sector salud, así como las competencias orientadas a la planeación, administración del tiempo y los recursos disponibles, flexibilidad para el ajuste de la intervención, el reporte de resultados y análisis objetivos de los alcances y limitaciones de la metodología elegida. A la par, se logró contribuir al aumento del conocimiento científico psicológico en lo que respecta a la salud biológica y brindó la validación de herramientas e intervenciones que pueden ser retomadas en el futuro por otros profesionales de la salud.

### *2.8.4 Supervisión in situ y académica*

El contacto con un supervisor altamente especializado y experimentado permitió la construcción de un espacio de trabajo orientado al desarrollo de competencias profesionales del supervisado en cuanto a la evaluación, detección, capacitación, planeación, intervención, rehabilitación, docencia y seguimiento de disposiciones de tipo administrativo. En un ambiente de respeto mutuo se facilitó el análisis crítico de la praxis del residente de Medicina Conductual y mediante la identificación de áreas de oportunidad y el señalamiento de errores se promovió el desarrollo de la confianza profesional objetiva en los saberes teóricos y prácticos del alumno que derivó el afinamiento del denominado “*ojo clínico*”, sin perder de vista el sentido de lo humano y el trato digno al paciente.

Por otro lado, la principal competencia desarrollada por las características de la supervisión *in situ* se refiere al fortalecimiento de la alianza psiquiatría-psicología en un marco de manejo conjunto en beneficio del paciente. Así, se ejerció la habilidad y destreza para la presentación concisa, verbal y en interconsulta, de casos cuya etiología mantenimiento del problema psicológico ameritaba la valoración psiquiátrica. Es de destacar que en todo momento se recibió en todo momento el apoyo solicitado, esto contribuyó a la desmitificación del

psicólogo como profesional independiente y renuente al trabajo con personal de psiquiatría.

Finalmente, pero no menos importante, se resaltan bondades de la supervisión académicas que trascienden aquellas que estrictamente tienen que ver con el desempeño hospitalario y que facilitaron la adaptación del supervisado al contexto hospitalario, así como las relaciones sociales entre compañeros de residencia. La intervención sagaz y puntual del supervisor académico favoreció el establecimiento de límites para la subjetividad humana en las relaciones interpersonales y la práctica de habilidades sociales, se obtuvo así una sana convivencia entre profesionales de Medicina Conductual.

## **2.9 Evaluación**

### *2.9.1 Servicio asignado*

Por su complejidad, el Servicio de Hematología resulta una oportunidad para el residente de Medicina Conductual en el desarrollo de conocimientos, habilidades y competencias teóricas y metodológicas de una diversidad muy amplia. El psicólogo inserto en este servicio tiene acceso al trabajo con pacientes, internos y externos, diagnosticados con enfermedades benignas, de manejo y recuperación relativamente sencillas; patologías benignas de manejo complicado; preoncológicas o antesalas de cáncer y aquellas que son estrictamente oncológicas, en diferentes áreas de trabajo (piso de hospitalización, consulta externa, urgencias, quimioterapia ambulatoria, entre otras). Además, los pacientes y cuidadores provienen de distintos lugares de centro y sur del país, se encuentran en diferentes etapas etarias, distintos niveles de educación y cuentan con sistemas de creencias y respuestas particulares.

Por tanto, siempre habrá necesidades específicas a las cuales responder y ajustar el ejercicio profesional; sin embargo, la diversidad exige que el residente en Medicina Conductual, en primer lugar, sea director de su propio aprendizaje, tanto médico como psicológico; cuente con habilidades cognitivas de análisis, abstracción, síntesis, entre otras, que le posibiliten la organización de la información derivada de su evaluación e intervención multidisciplinaria; posea habilidades

emocionales que favorezcan respuestas adecuadas antes situaciones críticas como el fallecimiento de un paciente, altas voluntarias, respuestas de ira, etcétera, sin perder la sensibilidad ante la condición humana de todos los que involucrados en el proceso salud-enfermedad.

Cabe señalar que se trata de un servicio en el que el personal médico, de enfermería y de trabajo social reconoce la importancia de la inserción del residente en Medicina Conductual, brindan apoyo para la realización de las intervenciones y se muestran interesados en las aportaciones teóricas y metodológicas de la psicología a la atención integral y de calidad a los pacientes. En palabras del Jefe de Servicio, el residente de Medicina Conductual es y será tratado como un residente médico, con el mismo nivel de actuación y atribuciones, de acuerdo con su campo, y responsabilidades semejantes respecto del aprendizaje y asistencia hospitalaria.

### *2.9.2 Actividades diarias y académicas*

El diseño y organización de las distintas actividades que realiza el residente en Medicina Conductual de acuerdo con el periodo de formación (semestral o anual), es el correcto, ya que permite la aproximación sucesiva al contexto hospitalario, la mayoría de las veces desconocido, así como el desarrollo y consolidación progresiva de competencias.

En múltiples ocasiones se escucha que la aparente falta de tiempo es lo que impide al residente de Medicina Conductual realizar la totalidad de actividades contempladas y aquellas definidas por las necesidades del servicio, en especial uno de alta exigencia como Hematología; no obstante, se considera que se debe a un déficit en habilidades de organización y gestión de recursos, por tanto, habrá que colocar especial atención en estos aspectos en las generaciones venideras.

Igualmente, es necesario señalar que cuando por algún motivo no es posible la asignación de residentes de primer año a un servicio, es imperativo que se determinen soluciones que no comprometan la estabilidad biopsicosocial de los residentes de segundo año por el desgaste físico y psicológico excesivo y

prolongado, esto se percibe como un área de oportunidad del proceso de asignación de residentes.

### *2.9.3 Protocolo*

La adecuada puesta en práctica de habilidades para la organización, planeación y ejecución de la investigación aplicada, así como el diseño de una propuesta desde primer semestre, el sistema de tutorías y la supervisión académica, hicieron posible la aplicación del protocolo y obtención oportuna de resultados que engrosan el número de intervenciones sistemáticas disponibles para los especialistas en Medicina Conductual interesados en los pacientes oncohematológicos con diagnóstico de primera vez.

En este punto se considera como área de oportunidad el lapso que transcurre entre el visto bueno de los revisores y la autorización formal para la puesta en marcha, ya que disminuye la optimización del tiempo, reduce el número de pacientes beneficiados con la intervención y con ello la obtención de mayor cantidad de datos que aporte evidencia a la efectividad de la intervención. Por supuesto, se trata de un área de oportunidad compartida a la que habrá que encontrar soluciones desde la tutoría, la supervisión y, principalmente, el alumnado.

### *2.9.4 Sistema de supervisión in situ y académica*

A partir de la experiencia a lo largo de los dos años que tiene como duración el programa de maestría, se reconoce el sistema de supervisión como una de las fortalezas de la Residencia en Medicina Conductual. Lo anterior se relaciona con la programación de actividades, derivada de los objetivos específicos para cada periodo académico, que los supervisores realizan y comparten con los alumnos supervisados; pero es importante señalar que las habilidades de autoaprendizaje y autocontrol que posea el alumno juegan un papel importante para el logro de los fines perseguidos. Así, es importante mencionar que el alumno no puede esperar de la supervisión, *in situ* o académica, elimine deficiencias y resuelva problemáticas que no son propias del nivel posgrado y de las cuales solo el alumno es responsable para su trabajo y mejora.

### *2.9.5 Competencias profesionales alcanzadas*

Si se considera que el fin último del programa de Residencia en Medicina Conductual es el desarrollo de competencias profesionales, hasta aquí ha quedado corroborado el logro del objetivo. Cabe señalar que el programa no solo impacta en la consolidación de conocimientos, habilidades y competencias del psicólogo que decidió insertarse en el sector salud, sino que contribuye al desarrollo de una identidad profesional que, además, alcanza a las características personales. De esta manera, la experiencia en la Residencia en Medicina Conductual contribuye al desarrollo de sensibilidad social, convicción, autonomía, habilidad para motivar al cambio, empatía, preocupación por el impacto de las decisiones y acciones, así como responsabilidad por los efectos secundarios, positivos y adversos; estos y más factores personales alcanzados por la experiencia median el ejercicio profesional.

### **2.10 Conclusiones y sugerencias**

A partir de las experiencias reportadas se concluye que las funciones profesionales del psicólogo, reportadas por Rodríguez (2003), no cambian de un escenario a otro. Así, el residente de Medicina Conductual evalúa, detecta, planea, capacita, investiga, interviene, rehabilita y desempeña la docencia en un campo aplicado determinado, la salud; sin embargo, el programa de la residencia, su organización y estructura le permite ajustar las habilidades necesarias para facilitar el desempeño de las funciones genéricas en el contexto hospitalario, lo que, con el paso del tiempo y práctica, las convierte en competencias.

Compartir las generalidades, alcances, funciones y resultados de la residencia de Medicina Conductual con el resto del personal que conforma el equipo multidisciplinario de salud, así como la convivencia cotidiana, facilitan la adaptación del alumno al contexto hospitalario, además de la desmitificación de las funciones del psicólogo en este escenario. El que el equipo sanitario entienda que el psicólogo no es un mensajero de malas noticias; el último de los recursos; ni un bombero que controla situaciones conflictivas (Mucci y Benaim, 2005; Suárez, 2002), genera

expectativas reales sobre sus alcances y limitaciones y reduce los obstáculos para su intervención.

Merece atención especial la metodología empleada para el diseño de intervenciones hospitalarias. Mientras para muchos el escenario hospitalario dificulta el desarrollo de evaluaciones y tratamientos sistemáticos, la experiencia sugiere que el empleo de los pasos básicos del método científico es viable y que depende de las capacidades del residente en Medicina Conductual en lo que respecta a la observación, evaluación y planeación lo que permite que las intervenciones no surjan sin evaluación minuciosa previa.

Mediante los resultados obtenidos, individuales y grupales, se constata que el enfoque cognitivo conductual se adecua a las necesidades de un campo de alta complejidad como es un hospital, sus técnicas de evaluación e intervención proporcionan respuestas a las necesidades de una población con las particularidades de la encontrada en la sede hospitalaria y servicio asignado (Bellver y Moreno, 2009).

Dado que toda experiencia y práctica humana se caracterizan por ser perfectibles, se considera importante señalar una serie de sugerencias que permitirán la mejora constante del programa, así como el desempeño de los estudiantes y la atención de necesidades psicosociales de la población.

- Identificar y considerar en los temarios de Teorías y Modelos la revisión de aquellos relacionados con la atención familiar, esto es, abordar de forma teórico-práctica uno o más modelos de Terapia Familiar desde el enfoque cognitivo-conductual. Si se efectúa esta propuesta se estará en condiciones de responder a las demandas de la población meta de que se caracteriza por un sistema familiar cambiante, pero en el que los cuidadores casi siempre provienen de este grupo primario (Rangel-Domínguez, 2014).
- Ante la complejidad y demanda del Servicio de Hematología, es importante considerar la asignación de más residentes de Medicina Conductual. Aunque el número más alto de pacientes hospitalizados



registrado ha sido de 32, las largas estancias hospitalarias y otras características del servicio (procedimientos médicos invasivos de diagnóstico y tratamiento, esquemas de quimioterapia agresivos, cambios en la condición médica, entre otros), derivan en necesidades de atención psicológica constante que lleva a que las sesiones psicológicas sean más cercanas en el tiempo.

- El protocolo de investigación aplicada tiene bondades para el residente que consisten en la consolidación, perfeccionamiento y desarrollo de habilidades de búsqueda, análisis, síntesis, argumentación, intervención y presentación de resultados. El inicio temprano de la propuesta de protocolo permite la implementación y obtención de resultados favorables en los tiempos establecidos; no obstante, un área de mejora se encuentra en el tiempo que transcurre entre su realización como propuesta y autorización, por parte de tutores y supervisores y la autorización formal para su implementación. Por lo tanto, se sugiere que desde la primera sesión de tutoría y supervisión se esbozen propuestas de protocolos, derivadas de la revisión previa de literatura especializada, que poco a poco, y por la acumulación de experiencia, sean susceptibles de modificación y enriquecimiento con la consiguiente optimización del tiempo.
- Si bien es cierto que la pertinencia del conocimiento y tecnología psicológicos en el sector salud está plenamente demostrada, es una realidad que la inserción en clínicas, hospitales y otros escenarios de salud obedece a una demanda socio-histórica más que a una justificación científica (Piña, Ybarra, Alcalá y Samaniego, 2010; Rodríguez, 2003). De allí la necesidad de favorecer la articulación entre los niveles básico y aplicado de la investigación que dé sustento a la participación del experto en Medicina Conductual. Así, se sugiere que durante la maestría se considere con mayor profundidad las aportaciones de la investigación básica al campo aplicado de la salud, de manera que el egresado

mantenga interés y desarrolle investigación básica al finalizar el programa.

- Finalmente, ante la gran cantidad de datos obtenidos derivados de las múltiples actividades asistenciales y académicas, se propone que tutores, supervisores y profesores incentiven la redacción y publicación de artículos científicos, así como la participación en congresos nacionales e internacionales que promuevan la divulgación del conocimiento científico, que no es tal hasta que se encuentra en medios de difusión (Lam, 2016).

## CONCLUSIONES GENERALES

La experiencia hospitalaria en una institución de tercer nivel, que además constituye un centro de referencia para la Ciudad de México y estados cercanos, permite ver de cerca el “mosaico epidemiológico” (Kuri-Morales, 2011, p. 453) que caracteriza a México y determina las formas de enfermar y morir. Las patologías transmisibles coexisten con las enfermedades crónico-degenerativas; en conjunto demandan una gran cantidad de recursos económicos y humanos del sistema de salud que se orienta con mayor frecuencia a la atención y control integrales a través de la formación de equipos multi e interdisciplinarios. La premisa es sencilla, el individuo que enferma es una unidad biopsicosocial que se comporta, por lo tanto el comportamiento facilita u obstaculiza el proceso salud-enfermedad (Engel, 1977; Ribes, 2008). La participación del psicólogo, como experto en el estudio de la conducta en ambientes experimentales y aplicados (Rodríguez, 2003), está justificada.

La tarea del médico conductual consiste entonces en promover conductas de salud entre la población sana, diseñar intervenciones para modificación de conductas de enfermedad que posibiliten la prevención de padecimientos en la población en riesgo potencial; intervenir con los pacientes diagnosticados para favorecer una mejor calidad de vida, prevenir secuelas y recaídas e incluso facilitar la adaptación al proceso de muerte (Ardila, 2000; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Buela-Casal, Sierra y Carrobes, 1995; Mars, 2002; Mucci y Benaim, 2005; Oblitas, 2008; Ortiz y Ortiz, 2007). Para ello desarrolla funciones generales propias del perfil del psicólogo, tales como detectar, evaluar, capacitar, investigar, intervenir y rehabilitar; pero las adapta a las necesidades del campo (Rodríguez, 2003).

El tránsito por la Residencia en Medicina Conductual posibilitó el desarrollo de dichas funciones, la identificación de las particularidades del sector salud, así como de las necesidades de ajuste del perfil profesional. De esta manera, a través de la realización de actividades asistenciales supervisadas y de investigación aplicada se concluye que los pacientes que reciben un diagnóstico oncohematológico experimentan reacciones emocionales relacionadas con ansiedad y depresión, que resultan naturales ante una situación altamente

demandante como es una enfermedad que requiere hospitalización prolongada, tratamiento intensivo y vigilancia por varios años en caso de sobrevivencia, pero que, en caso de dejarlos a libre evaluación, estos síntomas podrían agudizarse y derivar en problemáticas que obstaculizarían la adaptación a la enfermedad biológica y, por tanto, afectarían el pronóstico y calidad de vida del paciente y las personas que lo rodean.

Por otro lado, se corrobora que los modelos, estrategias terapéuticas y técnicas del enfoque cognitivo-conductual, que conforman la tecnología científica psicológica, facilitan la adaptación del paciente oncohematológico, ya que el comportamiento es un mediador en el proceso de salud-enfermedad (Ribes, 2008). Además, se considera que este tipo de intervenciones tienen un amplio alcance de forma tal que a largo plazo, los sobrevivientes que continúan la práctica de las habilidades entrenadas aspiran a una mejor calidad de vida al recuperar el control de sus reacciones emocionales, conductuales y cognitivas y, en general, de sus vidas independientemente de la evolución de la enfermedad oncohematológica.

Además, el análisis crítico y reflexivo de las actividades asistenciales, académicas y extraacadémicas deja ver que para que un psicólogo se inserte en escenarios de salud y desarrolle las funciones propias de su profesión con los conocimientos, habilidades y competencias exigidas por el campo, es necesaria la formación específica y en ambientes reales que acredite el ajuste del perfil profesional y personal. Así, queda constatada la pertinencia del Programa de Maestría en Medicina Conductual y se entiende la larga trayectoria que lo respalda.

Solo a través de la práctica supervisada en escenarios reales, el médico conductual potencial puede relacionar las variables biológicas y socioculturales de la enfermedad y la epidemiología; diseñar maneras y elegir momentos para modificar el proceso salud-enfermedad mediante las conductas individuales y de grupo y guiar acciones e intervenciones prácticas y breves orientadas a la prevención, recuperación y rehabilitación de las alteraciones nocivas del estado biológico del organismo (Ardila, 2000; Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000; Buela-Casal, 2004; Buela-Casal, Sierra y Carrobles, 1995; Mars, 2002; Mucci y Benaim, 2005; Nunes, García y Alba, 2006; Oblitas, 2008; Ribes 2008; Rodríguez, 2003).

Es mediante este programa que se asegura que, de presentarse una oportunidad para la inserción laboral en el campo de la salud, el psicólogo, ahora médico conductual, brindará una atención especializada sin perder de vista que la formación profesional en un continuum que requiere actualización constante y que de los resultados de sus intervenciones dependerá la creación de plazas que culminarán en la consolidación de la salud biológica como campo aplicado de la psicología. Por tanto, estudiar un posgrado profesionalizante es tan solo una de las múltiples acciones que un profesional de la psicología puede realizar para asegurar el desarrollo de su ciencia, disciplina y profesión.

## REFERENCIAS

- Abreu, P. R. & Santos, C. E. (2008). Behavioral Models of Depression: A Critique of the Emphasis on Positive Reinforcement. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2), 130-145.
- Abreu, P. R. y Silvério, J. H. S. (2017). La cuarta generación de terapias conductuales. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19(3), 190-211.
- Acosta-Garcés, R. (2011). Celebración del 22 Aniversario del Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 78(3), 138-139.
- Acosta-Garcés, R. (2012). Cien años de historia de la Revista del Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 79(4), 288-298.
- Alarcón-Prada A. y Millán-González, R. (2009). Intervención psiquiátrica previa al trasplante renal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(4), 654-668.
- Alonso, M. y Cifre, E. (2002). Teletrabajo y salud: un nuevo reto para la Psicología. *Papeles del Psicólogo*, (83), 55-61.
- American Psychological Association. (2019). Más allá de la preocupación. Cómo ayudan los psicólogos a las personas con trastornos de ansiedad. Obtenido desde <https://www.apa.org/centrodeapoyo/preocupacion.pdf>
- Anguiano, S. A., Mora, M. A., Reynoso-Erazo, L. y Vega, C. Z. (2017). Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados. *Eureka*, 14(1):24-38.
- Arancibia, V., Herrera, P. y Strasser, K. (2008). Teorías conductuales del aprendizaje. En V. Arancibia, P. Herrera y K. Strasser (edits.), *Manual de Psicología Educativa* (pp. 45-82). Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

- Ardila, R. (2000). Prevención primaria en Psicología de la salud. En L. Oblitas Y E. Becoña (coords.). *Psicología de la Salud* (pp. 53-65). México: Plaza y Valdés.
- Arias, E. (1988). Medicina conductual y terapia cognitiva: ¿paradigmas complementarios o rivales? *Boletín Dominicano de Medicina Conductual*, 2(1), 22-25.
- Arranz, P., Coca, C., Bayés, R., Del Rincón, C. y Hernández-Navarro, F. (2003). Intervención psicológica en pacientes que deben someterse a un trasplante de médula ósea. *Psicooncología*, 0(1), 93-105.
- Arrivillaga-Quintero, M. (2007). Psicología y Salud Pública: tensiones, encuentros y desafíos. *Universitas Psychologica*, 8(1), 137-148.
- Ascencio, L. (2011). Evaluación psicológica para protocolo de trasplante de células hematopoyéticas en adolescentes. *Psicología y Salud*, 21(2), 253-263.
- Báez, C. (2015). Estudian incremento de la mortalidad por leucemia linfoblástica en México. Obtenido desde <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/3628-incrementa-la-mortalidad-por-leucemia-linfoblastica-aguda-en-mexico>
- Barr, R. D. y Rivera, G. K. (1996). Quimioterapia de las leucemias agudas linfoblásticas. En G. J. Ruiz-Argüelles y J. F. San-Miguel (comps.) *Actualización en leucemias* (pp. 51-64). México: Panamericana.
- Barraca, J. (2012). «Mental control» from a third-wave behavior therapy perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(1), 109-121.
- Barraca, J. (2016). La Activación Conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 42(166), 15-33.
- Bazán, G. (2003). Contribuciones de la Psicología de la Salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y Ciencia Social*, 5(1), 20-26.

- Becerra, A. L., Reynoso-Erazo, L., Bravo, M. C. y Ordaz, M. I. (2017). Activación conductual para el control de la depresión en pacientes oncológicos: una revisión. *Psicooncología*, 14(2-3): 203-216. doi: 10.5209/PSIC.57080
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2000). Psicología de la Salud: antecedentes, estado actual y perspectivas. En L. Oblitas y E. Becoña (coords.). *Psicología de la Salud* (pp. 11-52). México: Plaza y Valdés.
- Bellver, A. y Moreno, P. (2009). Riesgos psicosociales e intervención psicológica en los pacientes trasplantados de médula ósea. *Psicooncología*, 6(1), 65-81.
- Bianchi, J. y Henao, Á. M. (2015). Activación conductual y depresión: conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 69-79.
- Borda, M., Pérez, M. A. y Blanco, A. (2000). *Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Bravo, M. C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En L. Reynoso-Erazo y A. L. Becerra-Gálvez (coords.). *Medicina Conductual: teoría y práctica* (pp. 43-64). México: Qartuppi.
- Buela-Casal, G. (2004). La Psicología: ¿una profesión sanitaria con distintas especialidades? *Infocop*, (número extraordinario), 103-111.
- Buela-Casal, G. Sierra, J. y Carroble, J. (1995). Psicología Clínica y de la Salud en España: su estado actual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 25-40.
- Butcher, J. N., Mineka, S. y Hooley, J. M. (2007). Trastornos del estado de ánimo y suicidio. En J. N. Butcher, S. Mineka y J. M. Hooley (eds.) *Psicología Clínica* (pp. 215-266), Madrid: Pearson Educación.



- Calderón, M., Cortés, A., Durán, E., Martínez, T., Ramírez, L. y Garavito, C. (2012). Depresión: Recorrido histórico y conceptual. Contextos. *Revista Virtual del Programa de Psicología*, 4(7), 1-12.
- Camacho, E. (2013). La medicina conductual en México: un breve análisis histórico e historiográfico. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 3(1), 1-4.
- Campbell, M. y Alfaro, J. (2009). Leucemias agudas. En I. Palomo, J. Pereida y J. Palma (edits), *Hematología. Fisiopatología y Diagnóstico* (pp. 299-320). Chile: Editorial Universidad de Talca.
- Carrasco, A. (2017). Modelos psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. *Interamerican Journal of Psychology*, 51(2), 181-189.
- Carvajal, C. (2017). El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas reflexiones. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(6), 841-848. doi: 10.1016/j.rmclc.2017.10.010
- Carvalho, J. P. & Hopko, D. R. (2011). Behavioral theory of depression: Reinforcement as a mediating variable between avoidance and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 154-162.
- Chávez, M., Tron, R., Ávila, E. y Vaquero, J. E. (2007). *Índices cuantitativos para diseños N=1*. UNAM: México.
- Chen, K. W., Berger, C. C., Manheimer, E., Forde, D., Magidson, J., Dachman, L. & Lejuez, C. W. (2012). Meditative therapies for reducing anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depression and Anxiety*, 29, 545–562. doi: 10.1002/da.21964
- Chouhan, V. L. & Sharma, P. (2017). Psychological Models of Depression and Anxiety: Counselor's Perspectives. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(85), 117-128.

- Contreras, F., Londoño, C., Vinaccia, S. y Quinceno, J. (2006). Perspectivas de la Psicología de la Salud en Colombia. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 120-129.
- Cornado, A. y Marcos, J. M. (2009). Cuadro respiración. Obtenido desde <https://elsonidodelahierbaelcrecer.blogspot.com/2009/03/ejercicios-de-respiracion.html>
- Corona, L. R., Rojas, C. E., Alvarado, A. S., Calderón, F. E., Ochoa, A. S. (2008). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes en aislamiento por trasplante de médula ósea. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 7(2), 40-44.
- Covarrubias, R., Sotelo, N. y Hurtado, J. G. (2004). Púrpura trombocitopénica autoinmune. Informe de 108 casos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 61(2), 119-127.
- Cuijpers, P., Cristea, I. A., Weitz, E., Gentili, C. & Berking, M. (2016). The effects of cognitive and behavioural therapies for anxiety disorders on depression: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 46, 3451–3462. doi: 10.1017/S0033291716002348
- Cuijpers, P., Van Straten, A. & Warmerdam, L. (2004). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318–326. doi: 10.1016/j.cpr.2006.11.001
- De Ansorena, A., Cobo, J. y Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Estudios de Psicología*, 16, 32-45.
- De Linares, S., Moratalla, A., Romero, A., De Pablos, J. M., López, P., Navarro, P., Almagro, M. y Jurado, M. (2007). Información, ansiedad y depresión en pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) en un estudio de intervención psicológica. *Psicooncología*, 4, 97-109.

- Díaz, J. y Gallego, B. (2005). La interconsulta y la referencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(3-4). Obtenido desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000300020&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300020&lng=es&tlng=es)
- Dimec, T., Tušak, M. & Dolenc, P. (2015). Changes in mental health and satisfaction with life during physical inactivity induced by bed rest experiment. *Annales Kinesiologiae*, 6(1), 28-38.
- Dimidjian, S. Barrera, M., Martell, C., Muñoz, R. F. & Lewinsohn, P. M. (2011). The Origins and Current Status of Behavioral Activation Treatments for Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1–38.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalings, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. & Jacobson, N. S. (2006). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7(44), 658–670.
- Dogu, M., Eren, R., Yilmaz, E., Nizam, N., Aslan, C., Yokus, O., Suyani, E. & Gedik, H. (2017). Are We Aware of Anxiety and Depression in Patients with Newly Diagnosed Acute Leukemia? *Journal of General Practice*, 5(5). doi: 10.4172/2329-9126.1000335
- Dolenc, P. & Petrič, M. (2013). The effects of prolonged physical inactivity induced by bed rest on cognitive functioning in healthy male participants. *Annales Kinesiologiae*, 4, 129-143.
- Dolenc, P. & Pišot, R. (2011). Effects of long-term physical inactivity on depressive symptoms, anxiety, and coping behaviour of young participants. *Kinesiology* 43(2), 178-184.

- Dolenc, P., Dimec, T., Tušak, M. & Pišot, R. (2009). Psychological aspects of prolonged head down bed rest in healthy male subjects. *Exercise and Quality of Life*, 6, 69-74. Obtenido desde [http://www.eqoljournal.com/wp-content/uploads/2017/06/EQOL\\_1\\_1\\_1.pdf](http://www.eqoljournal.com/wp-content/uploads/2017/06/EQOL_1_1_1.pdf)
- Dougher, M. J. & Hackbert, L. (1994). A Behavior-Analytic Account of Depression and a Case Report Using Acceptance-Based Procedures. *The Behavior Analyst*, 17(2), 321-334
- Duque, J. (2002). Factores ambientales, neoplasias hematológicas y mecanismos moleculares. *Gaceta Médica de México*, 138(S1), 13-14.
- Eisele, M., Blozik, E., Störk, S., Träder, J. -M., Herrmann-Lingen, C. & Scherer, M. (2013). Recognition of depression and anxiety and their association with quality of life, hospitalization and mortality in primary care patients with heart failure – study protocol of a longitudinal observation study. *BMC Family Practice*, 14(180). doi: 10.1186/1471-2296-14-180
- Ekers, D., Webster, L., Van Straten, A., Cuijpers, P., Richards & D. Gilbody, S. (2014). Behavioural Activation for Depression: An Update of Meta-Analysis of Effectiveness and Sub Group Analysis. *PLOS One*, 9(6). doi: doi: 10.1371/journal.pone.0100100
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Fajardo, G. (2003). *Del Hospital de Jesús a Institutos, Centros Médicos y Albergues. Historia de los Hospitales de la Ciudad de México. 1521-2003*. México: Glaxo Smith Kline.
- Federación de Hemofilia de la República Mexicana. (2016). Federación de Hemofilia de la República Mexicana. Nuestra Historia. 25 años trabajando por nuestra comunidad. Obtenido desde <http://www.hemofilia.org.mx/web16/nuestra-historia/>

- Felgoise, S.H. (2005). History of Behavioral Medicine. In A. Freeman, S. H. Felgoise, A. M. Nezu, C. M. Nezu & M. A. Reinecke (Eds). *Encyclopedia of Cognitive and Behavior Therapies* (pp. 209-214). New York: Springer.
- Feliu, E. (2010). Definición de la especialidad y contenidos. En C. Burgaleta (coord.) *Libro blanco de la Hematología y Hemoterapia en España* (pp. 17-26). España: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia.
- Ferster, C. B. (1973). A functional Analysis of Depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870.
- Flórez, L. (1991). La Psicología de la Salud y sus relaciones con la Medicina Conductual. *Revista de Psicología*, 26, 13-30.
- Frenk, J., Lozano R. y Bobadilla, J. L. (1994). La transición epidemiológica en América Latina. *Notas de Población*, 60, 79-101.
- Frías, D. (s/f). Diseños de N=1. Obtenido desde <https://www.uv.es/~friasnav/Nigualuno.pdf>
- Galindo, Ó., Benjet, C., Juárez F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J. L., Álvarez, M. A. y Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38 (4), 253-258.
- Galindo, Ó., Meneses, A., Herrera, Á., Caballero, M. R. y Aguilar, J. L. (2015). Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en cuidadores primarios informales de pacientes con cáncer: propiedades psicométricas. *Psicooncología*, 12(2-3). 383-392. doi: 10.5209/rev\_PSIC.2015.v12.n2-3.51016
- Gellman, M. D. & Turner, J. R. (2013). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer Science: New York.

- Gerrig, R. J. y Zimbardo, P. G. (2005). Terapias conductuales. En R. J. Gerrig y P. G. Zimbardo (edits.), *Psicología y Vida* (pp. 520-522). México: Prentice Hall.
- Gérvás, J. y Pérez, C. (2008). Evaluación de las intervenciones en salud: la búsqueda del equilibrio entre la validez interna de los resultados y la validez externa de los resultados. *Revista Española de Salud Pública*, 82 (6), 577-579.
- Gomis, A. (2001). Landsteiner y el descubrimiento de los grupos sanguíneos. Obtenido desde [https://www.researchgate.net/publication/311589119\\_Landsteiner\\_y\\_el\\_descubrimiento\\_de\\_los\\_grupos\\_sanguineos](https://www.researchgate.net/publication/311589119_Landsteiner_y_el_descubrimiento_de_los_grupos_sanguineos)
- Góngora-Biachi, R. A. (2005). La sangre en la historia de la humanidad. *Revista Biomédica*, 16, 281-288.
- González, H. (2008). Un paseo por la Psicología Clínica y de la Salud: entrevista a Helio Carpintero. *Clínica y Salud*, 19(1), 121-129.
- González, I. (2010). Partes componentes y elaboración del protocolo de investigación y del trabajo de terminación de la residencia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 26(2), 387-406.
- González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, M. D. & Pérez, M. (2018). Treating anxiety and depression of cancer survivors: behavioral activation versus acceptance and commitment therapy. *Psicothema*, 30(1). doi: 10.7334/psicothema2017.396.
- Hernández, L. P. (2011). *Desarrollo cognitivo y motor*. Madrid: Paraninfo.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). Selección de la muestra. En R. Hernández, C. Fernández y P. Baptista (edits.). *Metodología de la Investigación* (pp. 235-270). México: McGraw-Hill Interamericana.

- Herrera, A. (2016). *Eficacia de un programa multicomponente para el manejo de la fatiga relacionada al cáncer* (Tesis de Maestría no publicada). UNAM: México.
- Herrera-Gutiérrez, E., Brocal-Pérez, D., Sánchez, D. J. y Rodríguez, J. M. (2012). Relación entre actividad física, depresión y ansiedad en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12 (S2), 31-38.
- Hopkinson, J. (2018). Psychosocial support in Cancer Cachexia Syndrome: the evidence for supported self-management of eating problems during radiotherapy or chemotherapy treatment. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(4), 358-368. doi: 10.4103/apjon.apjon\_12\_18
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., James P., Lepage, J. P., Hopko, S. D. & Mcneil, D. W. (2003). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression A Randomized Pilot Trial Within an Inpatient Psychiatric Hospital. *Behavior Modification*, 27(4), 458-469. doi: 10.1177/0145445503255489
- Hopko, D. R., Ryba, M. M., McIndoo, C., & File, A (in press). Behavioral Activation. In A. M. Nezu and C. M. Nezu (Eds.), *The Oxford Handbook of Cognitive and Behavioral Therapies*. New York: Oxford University Press
- Hsua, K. J., Bearda, C., Rifkina, L., Dillonb, D. G., Pizzagallib, D. A. & Björgvinsson, T. (2015). Transdiagnostic mechanisms in depression and anxiety: The role of rumination and attentional control. *Journal of Affective Disorders*, 188, 22–27. doi: 10.1016/j.jad.2015.08.008
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). Estadísticas a propósito del... día mundial contra el cáncer (4 de febrero) Datos nacionales. Obtenido desde [http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017\\_Nal.pdf](http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf)
- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (2015). Guía para la Prevención y Manejo de la UPP y Heridas Crónicas. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

International Agency for Research on Cancer. (2018). Cancer today. Obtenido desde [https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=population&mode\\_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population\\_group=0&ages\\_group%5B%5D=0&ages\\_group%5B%5D=17&nb\\_items=5&group\\_cancer=1&include\\_nmsc=1&include\\_nmsc\\_other=1&projection=natural-earth&color\\_palette=default&map\\_scale=quantile&map\\_nb\\_colors=5&continent=0&rotate=%255B10%252C0%255D](https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-map?v=2018&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=5&group_cancer=1&include_nmsc=1&include_nmsc_other=1&projection=natural-earth&color_palette=default&map_scale=quantile&map_nb_colors=5&continent=0&rotate=%255B10%252C0%255D)

Jacobson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral Activation treatment for depression: returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270.

Joseph, L., Gierlach, E. Houseley, J. y Beutler, L. (2005). La evolución de un campo: examen del desarrollo y la aceptación de la Psicología Clínica de la Salud. *Papeles del Psicólogo*, 21(91), 39-46. Mars, V. (2002). Aportaciones de las intervenciones y tratamientos psicológicos a la psicopatología y la Medicina Comportamental. Obtenido desde, <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/vmars/medicina.shtml>

Kanter, J. W., Baruch, D. E. & Gaynor, S. T. (2006). Acceptance and commitment therapy and behavioral activation for the treatment of depression: description and comparison. *Behavioral Analysis*, 29(2): 161–185.

Kanter, J. W. y Callaghan, G. M. (2004). Behavior analytic conceptualization and treatment of depression: traditional models and recent advances. *The Behavior Analyst Today*, 5(3), 225-274.

Kanter, J. W., Busch, A. M., Weeks, C. E. & Landes, S. J. (2008). The nature of clinical depression: symptoms, syndromes, and behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 31, 1-21.



- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 30*, 608–620. doi: 10.1016/j.cpr.2010.04.001
- Kanter, J. W., Puspitasari, A. J., Santos, M. M & Nagy, G. A. (2012). Behavioural activation: history, evidence and promise. *The British Journal of Psychiatry, 200*, 361–363. doi: 10.1192/bjp.bp.111.103390
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Santos, M. M., Nagy, G., López, M., Diéguez, G. & West, P. (2014). A randomized hybrid efficacy and effectiveness trial of behavioral activation for latinos with depression. *Behavior Therapy, 46*(2). doi: 10.1016/j.beth.2014.09.011
- Korman, G. P. y Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para la conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 15*(1), 119-145.
- Krauskopf, V. (2017). Evaluación psiquiátrica en trasplantes. *Revista Médica Clínica Las Condes, 28*(6), 849-854.
- Kuri-Morales, P. A. (2011). La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. *Gaceta Médica de México, (147)*, 451-454.
- Lam, R. M. (2016). La redacción de un artículo científico. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia, 32*(1), 57-69.
- Landa-Ramírez, E., Greer, J. A., Vite-Sierra, A., Sánchez-Román, S. y Riveros-Rosas, A. (2014). Descripción de la terapia cognitivo-conductual para la ansiedad en pacientes con cáncer terminal. *Psicooncología, 11*(1), 151-162.
- Laucirica, C. (2012). El pase de visita: consideraciones sobre su importancia en las asignaturas de Propedéutica Clínica y Medicina Interna. *Revista Médica Electrónica, 34*(3), 389-394. Obtenido desde [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242012000300013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000300013)

- Legues, M. E., Risueño, C., Castillo, A. L., Leiva, E. y Palomo, I. (2009). Estudio de laboratorio de enfermedades oncohematológicas. En I. Palomo, J. Pereida y J. Palma (edits), *Hematología. Fisiopatología y Diagnóstico* (pp. 717-744). Chile: Editorial Universidad de Talca.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. M., Hops, H. & Andrews, J. (1990). Cognitive-Behavioral Treatment for Depressed Adolescents, *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Licona, I. (2017). Leucemia y Linfoma no-Hodgkin, frecuentes en población mexicana. Obtenido desde <http://www.puntoporpunto.com/opinion/hablemos-de-cancer-sin-miedo/leucemia-y-linfoma-no-hodgkin-frecuentes-en-poblacion-mexicana/>
- Liu, Q., Zhou, R., Chen, S. & Tan, C. (2012). Effects of head-down bed rest on the executive functions and emotional response. *PLOS One*, 7(12). doi: [10.1371/journal.pone.0052160]
- López, M. I. (2007). Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad. *Anales de Medicina Interna*, 24(5), 209-211.
- Lozano, J. F., Rubio, E. M. y Pérez, M. A. (1999). Eficacia de la técnica de detención del pensamiento en diferentes trastornos psicopatológicos. *Psicología Conductual*, 7(3), 471-499.
- Ly, K. H., Trüschel, A., Jarl, L., Magnusson, S., Windahl, T., Johansson, R., Carlbring, P. & Anderson, G. (2014). Behavioural activation versus mindfulness-based guided self-help treatment administered through a smartphone application: a randomized controlled trial. *BMJ Open*, 4. doi: 10.1136/bmjopen-2013-003440
- Manrique, M. A. (2018). Programa de Actividades Académicas 2018. Obtenido desde <https://view.joomag.com/programa-de-actividades-2018-programa-de-actividades-2018/0185042001516300836?short>

- Manrique. M. A. (2014a). *HJM. Los primeros 25 años. 1989-2014. La sede actual: el recuento de sus protagonistas*. México: Hospital Juárez de México.
- Manrique. M. A. (2014b). Una mirada a la investigación del Hospital Juárez de México. *Cirugía y Cirujanos*, 82, 1-2.
- Manrique. M. A. (2015). Manual de organización específico del Hospital Juárez de México. Obtenido desde [http://46409\\_Manual\\_Organizacion\\_Especxfico\\_2015\\_Hospital\\_Juarez.pdf](http://46409_Manual_Organizacion_Especxfico_2015_Hospital_Juarez.pdf)
- María de Paula, J., Sonobe, A. M., Nicolussi, A. D., Zago, M. M. F. y Sawada, N. O. (2012). Síntomas de depresión en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello en tratamiento radioterápico: un estudio prospectivo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(2). Obtenido desde [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_20.pdf)
- Mars, V. (2002). *Aportaciones de las intervenciones y tratamientos psicológicos a la psicopatología y la Medicina Comportamental*. Obtenido el día 30 de agosto de 2011, desde <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/vmars/medicina.shtml>
- Martin, L. (2003). Aplicaciones de la Psicología en el proceso de salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3), 275-281.
- Martínez, A. (2008). Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión (tesis licenciatura). Universidad de las Américas Puebla: México.
- Martínez, R. (2009). *Reporte de Experiencia Profesional* (Tesis de Maestría). UNAM: México.
- Martínez, R. Loy, A. y Romero, H. (1995). Aspectos psicológicos en leucémicos adultos. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 11(1). Obtenido desde [http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol11\\_1\\_95/hih02195.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol11_1_95/hih02195.htm)

- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine. Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologists*, 35(9), 807-817.
- McGowan, S. K. (2008). The Efficacy of Stimulus Control Training for Worry (thesis). Northwestern University Illinois: USA.
- McNamara, J. R. (1979). Behavioral Psychology in Medicine: an introduction. En J. R. McNamara (ed.). *Behavioral Approaches to Medicine: Application and Analysis* (pp.1-8). New York: Springer.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia: España.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C. & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncology*, 12, 160–74. doi: 10.1016/S1470-
- Moseholm, E., Rydahl-Hansen, S., Overgaard, D., Wengel, H. S., Frederiksen, R., Brandt, M. & Lindhardt, B. O. (2016). Health-related quality of life, anxiety and depression in the diagnostic phase of suspected cancer, and the influence of diagnosis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(80). doi: [10.1186/s12955-016-0484-9]
- Mucci, M. y Benaim, D. (2005). Psicología de la Salud: calidoscopio de prácticas diversas. *Revista Psicodebate 6. Psicología y Salud*, (6), 123-137.
- Nagy, G. A., Cernasov, P., Pisoni, A., Walsh, E., Dichter, G. S. & Smoski, M. J. (2018). Reward network modulation as a mechanism of change in behavioral activation. *Behavior Modification*, 00(0), 1–28. doi: 10.1177/0145445518805682

- Nieto, E. & Barraca, J. (2017). Behavioral activation versus cognitive restructuring to reduce automatic negative thoughts in anxiety generating situations. *Psicothema*, 29(2), 172-177. doi: 10.7334/psicothema2016.325
- Nunes, M. García, C. y Alba, S. (2006). Evaluación psicológica en la salud. *Estudios Sociales*, 15(28), 139-161.
- Oblitas, L. (2008). Panorama de la Psicología de la Salud. *Revista Psicología Científica.com*, 10. Obtenido desde <http://www.psicologiacientifica.com/psi-24-volumen-10.html>
- Oblitas, L. A. (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: CENGAGE.
- Offidani, E., Fava, G. A., Tomba, E. & Baldessarini, R. J. (2013). Excessive mood elevation and behavioral activation with antidepressant treatment of juvenile depressive and anxiety disorders: a systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 132–141. doi: 10.1159/000345316
- Olivares, J., Maciá, D., Olivares-Olivares, P. y Rosa, A. I. (2012). Concepto de problemas y trastorno psicológico. En J. Olivares, D., Maciá, A. I., Rosa y P. Olivares-Olivares (edits), *El ejercicio de la Psicología Aplicada, el papel del psicólogo* (pp. 80-110). Madrid: Pirámide.
- Omran, A. R. (1971). The Epidemiology Transition: A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quartely*, 49(4), 509-538. Obtenido desde, <http://www.jstor.org/stable/3349375>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión: qué debe saber. Obtenido desde <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know-es.pdf?ua=1>
- Organización Panamericana de la Salud. (2006). Herramientas de comunicación para el desarrollo de entornos saludables. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

- Ortiz, M y Ortiz, E. (2007). Psicología de la Salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica de Chile*, (135), 647-652.
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B. & Munizza, C. (2004). Combined Pharmacotherapy and Psychological Treatment for Depression a Systematic Review. *Archives of General Psychiatry*, 61, 714-716.
- Paprika, D., Gingl, Z., Rudas, L. & Zöllei. É. (2014). Hemodynamic effects of slow breathing: Does the pattern matter beyond the rate? *Acta Physiologica Hungarica*, 101(3), 273–281. doi: 10.1556/APhysiol.101.2014.3.2
- Paul-Dauphin, A., Guillemin, F., Virion, J. & Briancon, S. (1999). Bias and Precision in Visual Analogue Scales: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Epidemiology*, 150(10), 1117-1127.
- Pelechano, V. (2005). Acerca de «afrentamiento» y «enfermedad crónica»: una reflexión ¿fundada?, con alguna sugerencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(1), 3-14.
- Peñuelas, J. (2001). Algunos aspectos históricos del Hospital Juárez de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 68(2), 92-94.
- Péres, L. y Márquez, L. (2000). La Psicología de la Salud: una perspectiva con futuro. *Revista de Psicología Liberabit*, 6, 61-68.
- Pérez, E. y Fernández, A. M. (2015). Posiciones corporales. En E. Pérez y A. M. Fernández (eds.). *Auxiliar de enfermería* (pp. 91). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Pérez, M. y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.
- Pérez, O. A. (2015). Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados (tesis de especialidad). Universidad de Carabobo: Maracay.

- Piña, J. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2), 233-255.
- Piña, J., Ybarra, J., Alcalá, I. y Samaniego, R. (2010). Psicología y Salud [I]: la importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2(1), 21-29.
- Provan, D., Baglin, T., Dokal, I. y De Vos, J. (2017). Enfoque clínico. En D. Provan, T. Baglin, I. Dokal y J. De Vos (eds.) *Manual de Hematología Clínica* (pp. 1-30). Barcelona: Elsevier.
- PsychologyTools. (2018). Cómo la respiración afecta los sentimientos. Obtenidos desde <https://www.psychologytools.com/>
- PsychologyTools. (2018). Respiración relajada. Obtenidos desde <https://www.psychologytools.com/>
- Ramírez, L. H. (1977). La técnica del control del pensamiento en terapia comportamental. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 9(2), 213-229.
- Rangel-Domínguez, N. E. (2014). Manual de apoyo para Cuidadores Primarios. Obtenido desde <https://cuidadospaliativos.org/uploads/2014/10/guia-de-solucion-de-problemas.pdf>
- Raya, J. M. (2006). Técnica de obtención de la biopsia de médula ósea. En L. Hernández (dir.) *Biopsia de la médula ósea. Perspectiva clínico-patológica* (pp. 5-14). Madrid: Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia.
- Rehm, L. P. (2015). *Cognitive and Behavioral Theories of Depression*. International Psychotherapy Institute: United States of America.
- Residencia en Medicina Conductual-FES Iztacala. (2019a). Criterios para la presentación de casos 2019-2. Obtenido desde <https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org/>

- Residencia en Medicina Conductual-FES Iztacala. (2019b). Normatividad 2019-2. Obtenido desde <https://www.medicinaconductual-unam-fesi.org/>
- Reyes, M. (2006). Depresión en pacientes oncológicos (Tesis de Licenciatura). Universidad de la Sabana: Colombia.
- Reynoso-Erazo, L y Seligson, I. (2002). Psicología y Salud en México. En L. Reynoso-Erazo e I. Seligson (coords.). *Psicología y Salud* (pp. 13-32). México: UNAM.
- Reynoso-Erazo, L. (2011). El trabajo de los psicólogos especializados en medicina conductual en México. Obtenido desde, [https://www.researchgate.net/publication/264001348\\_El\\_trabajo\\_de\\_los\\_psicologos\\_especializados\\_en\\_medicina\\_conductual\\_en\\_Mexico](https://www.researchgate.net/publication/264001348_El_trabajo_de_los_psicologos_especializados_en_medicina_conductual_en_Mexico)
- Reynoso-Erazo, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso-Erazo e A. L. Becerra (coords.). *Medicina Conductual: teoría y práctica* (pp. 11-26). México: Qartuppi.
- Reynoso-Erazo, L. y Ávila-Costa, M. R. (2014). Estrés y enfermedad crónica. En L. Reynoso-Erazo e A. L. Becerra-Gálvez (coords.). *Medicina Conductual: teoría y práctica* (pp. 129-146). México: Qartuppi.
- Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Reynoso-Erazo, L., Bravo-González, M. C., Anguiano-Serrano, S. A. y Mora-Miranda, M. A. (2012). La evaluación de la residencia en Medicina Conductual. ¿La historia se repite? *Revista de Educación y Desarrollo*, 23, 44-53.
- Reynoso-Noverón, N. y Torres-Domínguez, J. A. (2017). Epidemiología del cáncer en México. Carga global y proyecciones 2000-2020. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 8(1), 9-15.



- Rhodes, S., Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Byford, S., Farrand, P. A., Gilbody, S., Hollon, S. D., Kuyken, W., Martell, M., O'Mahen, H. A., O'Neil, E., Reed, N., Taylor, R. S., Watkins, E. R. & Wright, K. A. (2014). Cost and outcome of behavioural activation versus cognitive behaviour therapy for depression (COBRA): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15(29). doi: 10.3310/hta21460
- Ribes, E. (2008). *Psicología y Salud. Un análisis conceptual*. México: Trillas.
- Rivera-Fong, L. M. L. (2014). Medicina Conductual y Hematología. En L. Reynoso-Erazo y A. L. Becerra-Gálvez (coords.) *Medicina Conductual. Teoría y Práctica* (pp. 333-350), México: Qartuppi.
- Rodríguez, M. (2003). La inserción del psicólogo en el campo aplicado. *Psicología y Ciencia Social*, 5(1), 11-19.
- Rodríguez-Wong, U. (2010). El Hospital Juárez de México a 25 años del terremoto de 1985 en la ciudad de México. *Revista del Hospital Juárez de México*, 77(4), 264-267.
- Rojas, C. A. (2008). El Hospital Juárez de San Pablo. *Revista del Hospital Juárez de México*, 75(2), 81-82
- Rosas, J. H. (2014). *Reporte de Experiencia Profesional* (Tesis de Maestría). UNAM: México.
- Ruiz-Argüelles, G. J. y Ruiz-Reyes, G. (1996). El tratamiento de las leucemias en países en desarrollo. El caso de México. En G. J. Ruiz-Argüelles y J. F. San-Miguel (comps.) *Actualización en leucemias* (pp. 147-151). México: Panamericana.
- Russo, M. A., Santarelli, D. M. & O'Rourke, D. (2017). The physiological effects of slow breathing in the healthy human. *Breathe*, 13(4), 298-309.

- Ryba, M. M., Lejuez, C. W. & Hopko, D. R. (2013). Behavioral activation for depressed breast cancer patients: the impact of therapeutic compliance and quantity of activities completed on symptom reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(2), 325–335. doi: 10.1037/a0035363
- Sánchez, J. (2008). Una propuesta conceptual para diferenciar los programas de postgrado profesionalizantes y orientados a la investigación. Implicaciones para la regulación, el diseño y la implementación de los programas de postgrado. *Ciencia y Sociedad, 33*(3), 327-341.
- Santosa, M. M., Raeb, J. R., Nagya, G. A., Manbeckb, K. E., Diéguez G., Westc, P., Santiago-Riverad, A. & Kanter, J. W. (2017). A Client-Level Session-by-Session Evaluation of Behavioral Activation's Mechanism of Action. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 54*, 93–100. doi: 10.1016/j.jbtep.2016.07.003.
- Saw, J.J., Curry, E.A., Ehlers, S.L., Scanlon, P.D., Bauer, B.A. J. Rian, J., Larson D.R. & Wolanskyj, A.P. (2018). A brief bedside visual art intervention decreases anxiety and improves pain and mood in patients with haematologic malignancies. *European Journal of Cancer Care. 27*(4), doi: 10.1111/ecc.12852
- Secretaría de Salud. (2003). Desempeño hospitalario. Obtenido desde <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2003/capitulo3.pdf>
- Seligson, I. (1991). Una aproximación interdisciplinaria para problemas de salud desde la perspectiva de la medicina conductual. En V. A. Colotla (comp.) *La investigación del comportamiento en México* (pp. 329-348). México: UNAM.
- Shamah-Levy T., Villalpando, S., Mundo-Rosas, V., De la Cruz-Góngora, V., Mejía-Rodríguez, F., Méndez, I. (2013). Prevalencia de anemia en mujeres mexicanas en edad reproductiva, 1999-2012. *Salud Pública de México, 55*(S2), 190-198.

- Shinohara, K., Honyashiki, M., Imai, H., Hunot, V., Caldwell, D. M., Davies, P., Moore, T. H. M., Furukawa, T. A. & Churchill, R. (2013). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD008696.pub2.
- Shoar, S., Naderan, M., Aghajani, M., Sahimi-Izadian, E., Hosseini-Araghi, N. & Khorgami, Z. (2016). Prevalence and Determinants of Depression and Anxiety Symptoms in Surgical Patients. *Oman Medical Journal*, 31(3), 176-181.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms. An experimental analysis*. New York: Appleton Century Crofts.
- Souza, E. (2011). Papel del ingeniero biomédico en el ambiente hospitalario (tesis de ingeniería). Instituto Politécnico Nacional: México.
- Suárez, A. (2002). La verdadera función del psicólogo en el área de salud. *Psicoinformación*, (10), 4-5.
- Suls, J. & Rothman, A. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model: prospects and challenges for Health Psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.
- Tang, L. (2012). The patient's anxiety before seeing a doctor and her/his hospital choice behavior in China. *BMC Public Health*, 12(1121). doi: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/1121>
- Tirado-Gómez, L. L. y Mohar, A. (2007). Epidemiología de las neoplasias hematológicas. *Cancerología*, 2, 109-120.
- Torres, A. D., Badillo, M., Valentín, N. O. y Ramírez, K. E. T. (2014). Las competencias docentes: el desafío de la educación superior. *Innovación Educativa*, 14(66), 129-146.
- Unidos Trasplante de Médula Ósea. Francisco Cásares Cortina. (2019). Un problema de salud. Obtenido desde [http://uni2.org.mx/problema\\_salud.php](http://uni2.org.mx/problema_salud.php)

- Valencia, S. C. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Revista Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 2(2), 241–257.
- Van Diest, I., Verstappen, K., Aubert, A. E., Widjaja, D., Vansteenwegen, D. & Vlemincx, E. (2014). Inhalation/exhalation ratio modulates the effect of slow breathing on heart rate variability and relaxation. *Applied Psychophysiology and Biofeedback Journal*, 39(3-4), 171-180. doi: 10.1007/s10484-014-9253-x
- Vargas, C. (2000). Secretaría de Salud. Hospital Juárez de México. 11 años de operación. *Revista del Hospital Juárez de México*, 67(3), 136-136.
- Vargas, C. (2002). *Reseña Histórica del Hospital Juárez de México*. México: Formex Impresores.
- Vázquez, F. L., Torres, Á., Blanco, V.; Otero, P. y Hermida, E. (2015). Intervenciones psicológicas administradas por teléfono para la depresión: una revisión sistemática y meta-análisis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(1), 39-52.
- Vázquez, J. y Justo, J. (2014). *Expediente clínico orientado por problemas. Expediente clínico electrónico*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Veale, D. (2008). Behavioural activation for depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14, 29–36. doi: 10.1192/apt.bp.107.004051.
- Vergès, C. (2017). ¿Qué hacer cuando un médico tiene problemas de salud que afectan su desempeño clínico? *Revista de Bioética y Derecho*, 40, 83-100.
- Vidotto, L. S., Bigliassi, M., Jones, M. O., Harvey, A. & Carvalho, C. R. F. (2018). Stop thinking! I can't! Do attentional mechanisms underlie primary dysfunctional breathing? *Frontiers in Physiology*, 9(782). doi: 10.3389/fphys.2018.00782

- Villegas, F. (2010). Ejercicio y depresión. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (4), 732-748.
- Vivanco, M. E. (2017). Los manuales de procedimientos como herramientas de control interno de una organización. *Universidad y Sociedad*, 9(2), 247-252.
- Volkow, P. (2000). Modelo de atención médica ambulatoria en el paciente con cáncer. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46(1), 7-9.
- Yang, Y. -L., Liu, L., Wang, Y., Wu, H., Yang, X. -S., Wang, J. -N. & Wang, L. (2013). The prevalence of depression and anxiety among chinese adults with cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC Cancer*, 13(393). doi: 10.1186/1471-2407-13-393
- Yang, Y. -L., Sui, G. -Y., Liu, G. -C., Huang, D. -S., Wang, S. Ml. & Wang, L. Yang. (2014). The effects of psychological interventions on depression and anxiety among Chinese adults with cancer: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC Cancer*, 14(956). doi: 10.1186/1471-2407-14-956
- Zaccaro, A., Piarulli, A., Laurino, M., Garbella, E., Menicucci, D., Neri, B. & Gemignani, A. (2018). How breath-control can change your life: a systematic review on psycho-physiological correlates of slow breathing. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12(353). doi: 10.3389/fnhum.2018.00353
- Zaldívar, O. y Rodríguez, U. (2014). Hospital Juárez de México: 25 años en sus nuevas instalaciones. *Revista del Hospital Juárez de México*, 81(3), 140.
- Zhang, Z., Wang, B., Wu, H., Chai, X., Wang, W. & Peng, C. -K. (2016). Effects of slow and regular breathing exercise on cardiopulmonary coupling and blood pressure. *Medical & Biological Engineering & Computing*. doi: 10.1007/s11517-016-1517-6
- Ziemendorff, S. y Krause, L. (2003). *Guía de validación de materiales educativos (con enfoque en materiales de Educación Sanitaria)*. Chiclayo: Programa de Agua y Saneamiento PROAGUA/GT

## ANEXOS

### Anexo A. Formato de consentimiento informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
SERVICIO DE HEMATOLOGÍA**



La Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Residencia en Medicina Conductual, le invita a participar en el proyecto “*Tratamiento para síntomas de ansiedad y depresión y actividad motora en pacientes hematológicos hospitalizados*”.

El estudio tiene como finalidad conocer la experiencia de los pacientes del servicio durante su hospitalización, identificar aspectos psicológicos importantes, así como entrenar en habilidades que pueden ayudar a que el internamiento sea más llevadero.

Su participación consistiría en completar un par de cuestionarios, registrar datos importantes y realizar una serie de actividades y tareas durante y después de las sesiones que se llevarían a cabo al lado de su cama.

Su participación es voluntaria y en cualquier momento puede decidir abandonar el estudio, o bien, no realizar alguna de las actividades solicitadas.

Toda la información obtenida permitirá identificar las mejores herramientas psicológicas para responder mejor a las necesidades los pacientes del servicio y así mejorar la calidad en la atención.

Además, esta información será confidencial y se preservará en todo momento el anonimato. Si acepta participar, coloque una X en el recuadro correspondiente. Si no quiere participar entregue esta hoja en blanco.

Sí, deseo participar

Fecha: \_\_ / \_\_ / 2019.

## Anexo B. Autorregistros para las conductas meta

Registro de Intensidad de Síntomas de Ansiedad y Depresión					
El presente formato le permitirá registrar la intensidad de sus síntomas de ansiedad y depresión al final del día.					
<b>Instrucciones:</b> Por las noches, antes de dormir, califique del 0 al 10, sus síntomas de ansiedad y depresión considerando todo lo ocurrido durante el día. Puede guiarse en la siguiente imagen.					
Recuerde que 0 es nada en absoluto y 10 es la intensidad insoportable. En Observaciones anote cualquier dificultad o duda que haya experimentado durante el ejercicio.					
<b>Nombre del paciente:</b>					
No. Progresivo	Fecha	Hora	Intensidad de Síntomas de Ansiedad 0 al 10	Intensidad de Síntomas de Depresión 0 al 10	Observaciones
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Registro de Actividad Motora Prescrita por el Médico			
El presente formato le permitirá registrar el número de veces que realizó ejercicios de actividad motora prescrita por el médico, así como su duración.			
<b>Instrucciones:</b> Cada vez que realice alguno de los ejercicios prescritos por el médico, anote fecha, hora y duración. En Observaciones anote cualquier dificultad o duda que haya experimentado durante el ejercicio.			
<b>Nombre del paciente:</b>			
<b>Fecha:</b>			
No. Progresivo	Hora	Duración	Observaciones
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Registro de Respiración Pasiva			
El presente formato le permitirá registrar el número de veces que realizó ejercicios de respiración pasiva, así como su duración.			
<b>Instrucciones:</b> Cada vez que realice alguno de los ejercicios de respiración pasiva, anote fecha, y duración. En Observaciones anote cualquier dificultad o duda que haya experimentado durante el ejercicio.			
<b>Nombre del paciente:</b>			
<b>Fecha:</b>			
No. Progresivo	Hora	Duración	Observaciones
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

Autorregistro de Actividades de Distracción durante la Hospitalización						
El siguiente autorregistro le permitirá evidenciar la frecuencia y duración de las actividades de distracción que realice durante la hospitalización.						
<b>Instrucciones:</b> Cada vez que realice alguna actividad de distracción durante el día, anote fecha, hora, el nombre de la actividad, su duración, la emoción que experimentó y la intensidad de ésta. En Observaciones anote cualquier dificultad o duda que haya experimentado durante el ejercicio.						
<b>Nombre del paciente:</b>						
<b>Fecha:</b>						
No. Progresivo	Hora	Actividad	Duración	Emoción	Intensidad de la emoción 0 al 10	Observaciones
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						



### Registro de Detención de Pensamiento

El presente formato le permitirá registrar el número de veces que realizó ejercicios de detención de pensamiento durante el día.

**Instrucciones:** Cada vez que realice algún ejercicio de detención de pensamiento, anote fecha y hora, así como el contenido del pensamiento. Marque con una X si logró o no detenerlo y continuar con sus actividades. En Observaciones anote cualquier dificultad o duda que haya experimentado durante el ejercicio.

**Nombre del paciente:**

No. Progresivo	Fecha	Hora	Pensamiento de ansiedad y/o depresión	Intensidad del pensamiento 0 al 10	Detuve el Pensamiento		Continué mis actividades		Observaciones
					Sí	No	Sí	No	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

### Registro de Entrega/Omisión de Reforzadores

El siguiente registro le permitirá evidenciar la entrega/omisión de reforzadores ante las conductas que realice su paciente durante la hospitalización.

**Instrucciones:** Cada vez que realice entrega/omisión de reforzadores durante el día, anote fecha, hora, la conducta de su paciente, el reforzador y señale si se entregó o no. En Observaciones anote cualquier dificultad o duda que haya experimentado durante el ejercicio.

**Nombre del paciente:**

**Nombre del cuidador:**

**Fecha:**

No. Progresivo	Hora	Conducta del paciente	Reforzador	Entrega de reforzador		Observaciones
				Sí	No	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

## Anexo C. Modelo secuencial integrativo y análisis funcional de los pacientes

### Modelo Secuencial Integrativo para Síntomas de Ansiedad del Paciente 1

Paciente 1			
Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
<p><b>Externos</b> Cambio de servicio a Hematología. Ver al médico (adscrito) en el pase de visita. Ver a la residente que le realizará el Aspirado y Biopsia de Médula Ósea (AMO/BMO). Ver al personal de enfermería, laboratorio y/o médicos de pregrado. Procedimientos (canalización, AMO, BMO, toma de muestras de sangre, etc.). Ausencia de cuidador. Ruido de enfermería.</p> <p><b>Internos</b> Pensar: "El doctor me dirá algo malo, lo presiento" (sic. pac). "Mi cuerpo está tan débil desde hace mucho" (sic. pac.). "Yo solo tenía anemia" (sic. pac).</p> <p><b>Historia Pasada</b> 2017 y previo: Diagnósticos de comorbilidades, lesión renal y anemia. <b>Contemporánea</b> 02/02/19: Hospitalización en Medicina Interna, recibió IDx. Pb Leucemia Aguda.</p>	<p><b>Biológico</b> Femenino. 55 años de edad. Originaria y residente del Estado de Hidalgo. Dx médico. Leucemia Mieloide Aguda, M6. Tx. médico: Esquema 7+3.</p> <p><b>Variables cognitivo-culturales:</b> "La quimioterapia es un tratamiento muy agresivo y me causará mucho dolor" (sic. pac.). "Las personas enfermas están débiles, no pueden hacer nada" (sic. pac.).</p> <p><b>Excesos, déficits y habilidades:</b> <b>Habilidades:</b> Cosér, tejer, bordar.</p> <p><b>Déficits:</b> Déficit de información sobre la enfermedad y tratamiento.</p> <p><b>Historia de reforzamiento</b> Locus de control externo. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.</p>	<p><b>Conducta de interés</b> Síntomas de ansiedad ante hospitalización, diagnóstico y tratamiento médico</p> <p><b>Motoras</b> Apretar los puños. Estirar la sábana entre sus pies y barbilla. Mover las piernas repetidamente. Responder "¡ay, no!" (sic. pac.), a las preguntas del médico.</p> <p><b>Cognitivas</b> Preocupación. Pensar: "Algo malo me está pasando" (sic. pac.). "Mi familia no está comiendo ni durmiendo bien por estar aquí" (sic. pac.). "Estoy muy delgada, no tengo hambre, ¿cómo me darán la quimio?" (sic. pac.).</p> <p><b>Fisiológicas</b> Aumento en frecuencia respiratoria. Sensación de ahogo. Tensión muscular. Sensación de aleteo en el estómago No dormir en la noche.</p>	<p><b>Inmediatas</b> <b>Individuales</b> <b>Internas</b> Pensar: "No podré con esto, mi cuerpo es muy débil" (sic. pac.). <b>Externas</b> Permanecer con los ojos cerrados. Mantenerse despierta por las noches</p> <p><b>De otros</b> Sus cuidadores y visitas le dicen que solo se preocupe por recuperarse. Sus cuidadores platican con ella a altas horas de la noche El médico deja de hablar ante la expresión ¡ay, no!</p> <p><b>Mediatas</b> <b>Individuales</b> <b>Internas</b> Pensar: "Quiero luchar para vivir" (sic. pac). <b>Externas</b> Ver y sentir su cuerpo deteriorado.</p> <p><b>De otros</b> Le piden que sea fuerte para curarse. Le insisten en que necesita quimioterapia.</p>

## **Análisis Funcional Paciente 1 (Síntomas de Ansiedad)**

Paciente femenino de 55 años de edad, originaria y residente del Estado de Hidalgo, casada, madre de 5 hijos, ama de casa. Actualmente hospitalizada para diagnóstico y tratamiento de Leucemia Mieloide Aguda, M6, con esquema de quimioterapia 7+3. Refiere *“llevo más de un mes internada y no me hicieron nada, ahora me siento más nerviosa porque dicen que tal vez tengo algo grave”* (sic. pac). A nivel motor la conducta problema se expresa como apretar los puños, estirar la sábana entre sus pies y barbilla, mover las piernas repetidamente y responder *“¡ay, no!”* (sic. pac.), a las preguntas del médico. A nivel cognitivo se expresa con preocupación y pensamientos como *“algo malo me está pasando”* (sic. pac.), *“mi familia no está comiendo ni durmiendo bien por estar aquí”* (sic. pac.) y *“estoy muy delgada, no tengo hambre, ¿cómo me darán la quimio?”* (sic. pac.). Mientras que a nivel fisiológico reporta aumento en frecuencia respiratoria, sensación de ahogo, tensión muscular, sensación de aleteo en el estómago y no dormir en la noche.

Lo anterior es más probable que suceda ante estímulos externos como el cambio de servicio a Hematología, ver al médico [adscrito] en el pase de visita, ver a la residente que le realizará el Aspirado y Biopsia de Médula Ósea (AMO/BMO), ver al personal de enfermería, laboratorio y/o médicos de pregrado, cuando le realizan procedimientos (canalización, AMO, BMO, toma de muestras de sangre, etc.), cuando se ausenta su cuidador, cuando enfermería hace ruido, así como pensar *“el doctor me dirá algo malo, lo presiento”* (sic. pac), *“mi cuerpo está tan débil desde hace mucho”* (sic. pac.), *“yo solo tenía anemia”* (sic. pac).

La conducta problema probablemente esté mantenida por consecuencias inmediatas tales como pensar *“no podré con esto, mi cuerpo es muy débil”* (sic. pac.), permanecer con los ojos cerrados y mantenerse despierta por las noches. También se identifican consecuencias mediatas como pensar *“quiero luchar para vivir”* (sic. pac), además de ver y sentir su cuerpo deteriorado. Asimismo, es probable que estén interviniendo conductas de otros (cuidadores, visitas y médico de base) al decirle que solo se preocupe por recuperarse, platicar con ella a altas horas de la noche, el médico

deja de hablar ante la expresión “¡ay, no!” (sic. pac.), le piden que sea fuerte para curarse y le insisten en que necesita quimioterapia.

Por otro lado, dentro de las variables organísmicas, que moderan y median la conducta problema, se encontró el diagnóstico y tratamiento médico, creencias sobre la enfermedad y el tratamiento “*la quimioterapia es un tratamiento muy agresivo y me causará mucho dolor*” (sic. pac.), “*las personas enfermas están débiles, no pueden hacer nada*” (sic. pac.); déficit de información y habilidades para tejer, bordar y coser. Sobre su historia de reforzamiento presenta locus de control externo y estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Así, se considera que la intervención se dirija a los tres niveles de la conducta de interés, así como a los antecedentes y consecuentes internos y conductas de otros. Por lo tanto, se propone psicoeducación continua sobre aspectos médicos de la enfermedad y tratamiento, así como una intervención multicomponente que conste de respiración pasiva, dirigida a nivel fisiológico de la respuesta, distracción conductual, dirigida al nivel motor y cognitivo de la respuesta; detención del pensamiento orientada al nivel cognitivo de antecedentes, respuestas y consecuentes; además de control de estímulos, dirigido a los antecedentes y manejo de contingencias orientado a las consecuencias de los cuidadores.

Modelo Secuencial Integrativo para Síntomas de Depresión del Paciente 1.

Paciente 1

Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
<p><b>Externos</b> Cambio de servicio a Hematología. Escuchar la palabra cáncer. Ausencia de cuidador. Ver a su cuidador dormitando en las mañanas. Verse desarreglada. Personal sanitario le pide moverse de posición. Cuidador le pide moverse para asearla.</p> <p><b>Internos</b> Pensar: "El hospital es un lugar muy triste" (sic. pac). "Estar enferma es lo peor que me ha pasado" (sic. pac.).</p> <p><b>Historia Pasada</b> 2017 y previo: Diagnósticos de comorbilidades, lesión renal y anemia.</p> <p><b>Contemporánea</b> 02/02/19: Hospitalización en Medicina Interna, recibió IDx. Pb Leucemia Aguda.</p>	<p><b>Biológico</b> Femenino. 55 años de edad. Originaria y residente del Estado de Hidalgo. Dx médico. Leucemia Mieloide Aguda, M6. Tx. médico: Esquema 7+3.</p> <p><b>Variables cognitivo-culturales:</b> "La quimioterapia es un tratamiento muy agresivo y me causará mucho dolor" (sic. pac.). "Las personas enfermas están débiles, no pueden hacer nada" (sic. pac.).</p> <p><b>Excesos, déficits y habilidades:</b> <b>Habilidades:</b> Cosér, tejer, bordar.</p> <p><b>Déficits:</b> Déficit de información sobre la enfermedad y tratamiento.</p> <p><b>Historia de reforzamiento</b> Locus de control externo. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.</p>	<p><b>Conducta de interés</b> Síntomas de depresión ante hospitalización, diagnóstico y tratamiento médico</p> <p><b>Motoras</b> Estar acostada boca arriba durante todo el día. No asearse. Decir "no puedo moverme" (sic. pac.).</p> <p><b>Cognitivas</b> Tristeza. Pensar: "Este es el final de mi vida" (sic. pac.). "¿Por qué a mí?" "Me siento culpable por dar molestias a mi familia" (sic. pac.). "Aquí no puedo hacer nada, el tiempo pasa lento" (sic. pac.).</p> <p><b>Fisiológicas</b> Llanto. No dormir en la noche.</p>	<p><b>Inmediatas Individuales Internas</b> Pensar: "Moriré muy pronto" (sic. pac.). "No me gusta verme así, sin peinar, sin arreglar" (sic. pac.). "Ya no disfruto nada de la vida" (sic. pac.).</p> <p><b>Externas</b> Permanecer sin arreglar. Permanecer acostada. Permanecer con los ojos cerrados. No hablar con su cuidador durante las mañanas y tardes. Mantenerse despierta por las noches.</p> <p><b>De otros</b> Sus cuidadores, visitas y enfermería le ayudan a moverse y asearla, le dicen que ellos lo harán por ella (reforzamiento negativo). Sus cuidadores y visitas le dicen que no llore. Sus cuidadores platican con ella a altas horas de la noche.</p> <p><b>Mediatas Individuales Internas</b> Pensar: "No lo voy a lograr" (sic. pac.)</p> <p><b>Externas</b> Disminución progresiva de actividades y movimiento.</p> <p><b>De otros</b> Disminución progresiva de reforzamiento positivo.</p>

## **Análisis Funcional Paciente 1 (Síntomas de depresión)**

Paciente femenino de 55 años de edad, originaria y residente del Estado de Hidalgo, casada, madre de 5 hijos, ama de casa. Actualmente hospitalizada para diagnóstico y tratamiento de Leucemia Mieloide Aguda, M6, con esquema de quimioterapia 7+3. Refiere “*es muy triste que te digan que tienes cáncer*” (sic. pac). A nivel motor la conducta problema se expresa como estar acostada boca arriba durante todo el día, no asearse y decir “*no puedo moverme*” (sic. pac.). A nivel cognitivo se expresa con tristeza y pensamientos como “*este es el final de mi vida*” (sic. pac.), “*¿por qué a mí?*”, “*se siento culpable por dar molestias a mi familia*” (sic. pac.), y “*aquí no puedo hacer nada, el tiempo pasa lento*” (sic. pac.). Mientras que a nivel fisiológico refiere llanto y no dormir en la noche.

Lo anterior es más probable que suceda ante estímulos externos como el cambio de servicio a Hematología, escuchar la palabra cáncer, ante la ausencia de su cuidador, al ver a su cuidador dormitando en las mañanas, verse desarreglada, cuando el personal sanitario le pide moverse de posición y cuando su cuidador o visita le pide moverse para asearla; así como pensar “*el hospital es un lugar muy triste*” (sic. pac) y “*estar enferma es lo peor que me ha pasado*” (sic. pac.).

La conducta problema probablemente esté mantenida por consecuencias inmediatas tales como pensar “*moriré muy pronto*” (sic. pac.), “*no me gusta verme así, sin peinar, sin arreglar*” (sic. pac.), “*ya no disfruto nada de la vida*” (sic. pac.), permanecer sin arreglar, acostada y con los ojos cerrados, no hablar con su cuidador durante las mañanas y tardes y mantenerse despierta por las noches. También se identifican consecuencias mediatas como pensar “*no lo voy a lograr*” (sic. pac.) y disminución progresiva de actividades y movimiento. Asimismo, es probable que estén interviniendo conductas de otros (cuidadores, visitas y enfermería) al ayudarle a moverse y asearla, decirle que ellos lo harán por ella (reforzamiento negativo), que no lllore, platican con ella a altas horas de la noche, con la consecuente disminución progresiva de reforzamiento positivo.

Por otro lado, dentro de las variables organísmicas, que moderan y median la conducta problema, se encontró el diagnóstico y tratamiento médico, creencias

sobre la enfermedad y el tratamiento “*la quimioterapia es un tratamiento muy agresivo y me causará mucho dolor*” (sic. pac.), “*las personas enfermas están débiles, no pueden hacer nada*” (sic. pac.); déficit de información y habilidades para tejer, bordar y coser. Sobre su historia de reforzamiento presenta locus de control externo y estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Así, se considera que la intervención se dirija a los tres niveles de la conducta de interés, así como a los antecedentes y consecuentes internos y conductas de otros. Por lo tanto, se propone psicoeducación continua sobre aspectos médicos de la enfermedad y tratamiento, así como una intervención multicomponente que conste de respiración pasiva, dirigida a nivel fisiológico de la respuesta, distracción conductual, dirigida al nivel motor y cognitivo de la respuesta; detención del pensamiento orientada al nivel cognitivo de antecedentes, respuestas y consecuentes; además de control de estímulos, dirigido a los antecedentes y manejo de contingencias orientado a las consecuencias de los cuidadores.

Modelo Secuencial Integrativo para Síntomas de Ansiedad del Paciente 2.

Paciente 2			
Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
<p><b>Externos</b> Ver a su cuidador sin hacer nada (actividad económica). Ver las fotografías de sus hijos en el teléfono móvil. Video llamar a sus hijos. Escuchar al médico adscrito decir que el tratamiento es costoso. Escuchar que se le realizará AMO y BMO.</p> <p><b>Internos</b> Pensar: “Ese piquete debe doler <i>muchísimo</i>” (sic. pac.). “Yo no estaba enfermo y resulta que ahora soy diabético y tengo <i>cáncer, esto no real</i>” (sic. pac). “Me siento bien, me quiero ir” (sic. pac.).</p> <p><b>Historia Pasada</b> No referida.</p> <p><b>Contemporánea</b> 03/19: Diagnóstico de diabetes e IDx. Pb Leucemia Aguda por médico facultativo.</p>	<p><b>Biológico</b> Masculino. 31 años de edad. Originario y residente del Estado de México. Dx médico. Leucemia Linfoide Aguda, L1 Pre-B1. Tx. médico: Esquema Larson.</p> <p><b>Variables cognitivo-culturales:</b> “Los hombres no podemos <i>enfermarnos</i>” (sic. pac.). “El hombre debe ser el <i>proveedor</i>” (sic. pac.). “Un padre no puede estar lejos de sus hijos” (sic. pac.).</p> <p><b>Excesos, déficits y habilidades:</b> <b>Excesos:</b> Conducta motora.</p> <p><b>Habilidades:</b> Leer, resolver acertijos cognitivos.</p> <p><b>Déficits:</b> Déficit de información sobre la enfermedad y tratamiento.</p> <p><b>Historia de reforzamiento</b> Locus de control interno. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.</p>	<p><b>Conducta de interés</b> Síntomas de ansiedad ante hospitalización, diagnóstico y tratamiento médico</p> <p><b>Motoras</b> Mover repetidamente piernas y brazos. Preguntar si ya puede levantarse. Preguntar si ya se puede ir. Decir “<i>ya no aguanto la cama</i>” (sic. pac.). Decir que no sabe si aceptará el procedimiento.</p> <p><b>Cognitivas</b> Preocupación. Desesperación. Pensar: “¿<i>Qué será de mis hijos?, ellos necesitan comer, necesitan verme y no sé para cuándo saldré de aquí</i>” (sic. pac.). “<i>Mi esposa nunca ha trabajado, ¿cómo le haremos con los gastos?</i>” (sic. pac.). “<i>La quimio me costará mucho dinero</i>” (sic. pac.). “<i>No quiero que me piquen, no es necesario</i>” (sic. pac.).</p> <p><b>Fisiológicas</b> Aumento en frecuencia respiratoria. Aumento en frecuencia cardiaca. Tensión muscular.</p>	<p><b>Inmediatas Individuales Internas</b> Pensar: “<i>No me dejaré picar, gritaré, me moveré</i>” (sic. pac.). “<i>Mis niños se olvidarán de mí en poco tiempo</i>” (sic. pac.). “<i>No tendré dinero para nada</i>” (sic. pac.).</p> <p><b>Externas</b> Sentarse en la cama (no permitido en su condición).</p> <p><b>De otros</b> Su cuidador llora y le dice que no se preocupe y que los niños están sanos y seguros. Sus hijos le dicen que se apure. El médico adscrito le dice que se prepare para la larga estancia y dejar de trabajar un tiempo considerable. El médico asignado para el AMO y BMO retrasa el procedimiento.</p> <p><b>Mediatas Individuales Internas</b> Pensar: “<i>Apenas salga, veré a mis hijos y después me iré a trabajar</i>” (sic. pac). “<i>Entiendo las indicaciones, pero es demasiado, me quiero levantar aunque sea un poco o salir un fin de semana, no pasará nada, solo quiero salir</i>” (sic. pac.).</p> <p><b>Externas</b> Preguntar costos del tratamiento. Preguntar si pueden ingresar sus hijos.</p> <p><b>De otros</b> Su cuidador le dice que tal vez busque empleo y ya no podrá cuidarlo mucho tiempo. Los hijos le dicen que quieren verlo físicamente.</p>



## **Análisis Funcional Paciente 2 (Síntomas de Ansiedad)**

Paciente masculino de 31 años de edad, originario y residente del Estado de México, casado, padre de 2 hijos menores de edad, conductor de transporte particular. Actualmente hospitalizado para diagnóstico y tratamiento de Leucemia Linfocítica Aguda, L1, Pre-B1, con esquema de quimioterapia Larson. Refiere “*nunca había estado enfermo, menos hospitalizado (...), no me gusta, me desespera y no aguantaré*” (sic. pac). A nivel motor la conducta problema se expresa como mover repetidamente piernas y brazos, preguntar si ya puede levantarse, preguntar si ya se puede ir, decir “*ya no aguanto la cama*” (sic. pac.) y que no sabe si aceptará el procedimiento (AMO/BMO). A nivel cognitivo se expresa con preocupación, desesperación y pensamientos como “*¿qué será de mis hijos?, ellos necesitan comer, necesitan verme y no sé para cuándo saldré de aquí*” (sic. pac.), “*mi esposa nunca ha trabajado, ¿cómo le haremos con los gastos?*” (sic. pac.), “*la quimio me costará mucho dinero*” (sic. pac.), “*no quiero que me piquen, no es necesario*” (sic. pac.). Mientras que a nivel fisiológico reporta aumento en frecuencia respiratoria, cardíaca y tensión muscular.

Lo anterior es más probable que suceda ante estímulos externos como ver a su cuidador sin hacer nada (actividad económica), ver las fotografías de sus hijos en el teléfono móvil, video llamar a sus hijos, escuchar al médico adscrito decir que el tratamiento es costoso, escuchar que se le realizará AMO y BMO; así como pensar “*ese piquete debe doler muchísimo*” (sic. pac.), “*yo no estaba enfermo y resulta que ahora soy diabético y tengo cáncer, esto no real*” (sic. pac) y “*me siento bien, me quiero ir*” (sic. pac.).

La conducta problema probablemente esté mantenida por consecuencias inmediatas tales como pensar “*no me dejaré picar, gritaré, me moveré*” (sic. pac.), “*mis niños se olvidarán de mí en poco tiempo*” (sic. pac.) y “*no tendré dinero para nada*” (sic. pac.); además de sentarse en la cama (no permitido en su condición médica). También se identifican consecuencias mediatas como pensar “*apenas salga, veré a mis hijos y después me iré a trabajar*” (sic. pac), “*entiendo las indicaciones, pero es demasiado, me quiero levantar aunque sea un poco o salir un fin de semana, no pasará nada, solo quiero salir*” (sic. pac.), preguntar costos del tratamiento y preguntar si pueden ingresar sus hijos.

Asimismo, es probable que estén interviniendo conductas de otros (médico de base, médico asignado para la realización del AMO/BMO, cuidador e hijos), por ejemplo su cuidadora al llorar y decirle que no se preocupe, que los niños están sanos y seguros, sus hijos le dicen que se apure [a salir del hospital], el médico adscrito le dice que se prepare para la larga estancia y dejar de trabajar un tiempo considerable, el médico asignado para el AMO/BMO retrasa el procedimiento, su cuidadora le dice que tal vez busque empleo y ya no podrá cuidarlo mucho tiempo y sus hijos le dicen que quieren verlo físicamente.

Por otro lado, dentro de las variables orgánicas, que moderan y median la conducta problema, se encontró el diagnóstico y tratamiento médico, creencias sobre la masculinidad y paternidad “*los hombres no podemos enfermarnos*” (sic. pac.), “*el hombre debe ser el proveedor*” (sic. pac.) y “*un padre no puede estar lejos de sus hijos*” (sic. pac.); déficit de información; excesos en conducta motora y habilidades para leer y resolver acertijos cognitivos. Sobre su historia de reforzamiento presenta locus de control interno y estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Así, se considera que la intervención se dirija a los tres niveles de la conducta de interés, así como a los antecedentes y consecuentes internos y conductas de otros. Por lo tanto, se propone psicoeducación continua sobre aspectos médicos de la enfermedad y tratamiento, así como una intervención multicomponente que conste de respiración pasiva, dirigida a nivel fisiológico de la respuesta, distracción conductual, dirigida al nivel motor y cognitivo de la respuesta; detención del pensamiento orientada al nivel cognitivo de antecedentes, respuestas y consecuentes; además de control de estímulos, dirigido a los antecedentes y manejo de contingencias orientado a las consecuencias de los cuidadores.

Modelo Secuencial Integrativo para Síntomas de Depresión del Paciente 2.

Paciente 2			
Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
<p><b>Externos</b> Hablar con sus hijos por vídeo llamada. No encontrar algo para hacer. Ver al médico que le dijo que no trabajará en un buen tiempo.</p> <p><b>Internos</b> Pensar: "Aquí no hay nada que me guste" (sic. pac). "Nada me divierte" (sic. pac.). "Debería estar trabajando" (sic. pac.). "Debería estar jugando con mis hijos" (sic. pac.).</p> <p><b>Historia Pasada</b> No referida.</p> <p><b>Contemporánea</b> 03/19: Diagnóstico de diabetes e IDx. Pb Leucemia Aguda por médico facultativo.</p>	<p><b>Biológico</b> Masculino. 31 años de edad. Originario y residente del Estado de México. Dx médico. Leucemia Linfoide Aguda, L1 Pre-B1. Tx. médico: Esquema Larson.</p> <p><b>Variables cognitivo-culturales:</b> "Los hombres no podemos enfermarnos" (sic. pac.). "El hombre debe ser el proveedor" (sic. pac.). "Un padre no puede estar lejos de sus hijos" (sic. pac.).</p> <p><b>Excesos, déficits y habilidades:</b> <b>Excesos:</b> Conducta motora.</p> <p><b>Habilidades:</b> Leer, resolver acertijos cognitivos.</p> <p><b>Déficits:</b> Déficit de información sobre la enfermedad y tratamiento.</p> <p><b>Historia de reforzamiento</b> Locus de control interno. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.</p>	<p><b>Conducta de interés</b> Síntomas de depresión ante hospitalización, diagnóstico y tratamiento médico</p> <p><b>Motoras</b> No hacer actividades en el hospital.</p> <p><b>Cognitivas</b> Tristeza. Aburrimiento. Irritabilidad. Pensar: "Mis hijos ya no me quieren" (sic. pac.). "Me aburro mucho, aquí no se puede hacer nada de provecho". "Me siento inútil, todo me hacen" (sic. pac.). "Mi niña me necesita y yo estoy aquí sin hacer nada" (sic. pac.). "No trabajar me entristece" (sic. pac.).</p> <p><b>Fisiológicas</b> No referidas.</p>	<p><b>Inmediatas Individuales Internas</b> Pensar: "Debo ser fuerte por mis hijos" (sic. pac.). "No me gusta sentirme inútil" (sic. pac.). "No quiero sentirme un mantenido" (sic. pac.).</p> <p><b>Externas</b> Vídeo llamar a sus hijos. Sentarse sobre la cama con las piernas cruzadas. Llorar.</p> <p><b>De otros</b> Su cuidadora le dice que su familia lo ama. Su cuidadora reproduce mensajes de voz de sus hijos. Sus hijos le dicen que se apure.</p> <p><b>Mediatas Individuales Internas</b> Pensar: "Mis hijos se olvidarán de mí, me dirán que ya no quieren hablar conmigo porque ya no me quieren" (sic. pac). "No soy nada sin mis hijos" (sic. pac.). "Ya no trabajaré, seré un bueno para nada" (sic. pac.).</p> <p><b>Externas</b> Disminución progresiva de actividades. Aumento de movimientos no permitidos por el médico.</p> <p><b>De otros</b> El médico le recuerda que no podrá trabajar. Su cuidador le dice que tal vez busque empleo y ya no podrá cuidarlo mucho tiempo. Los hijos le dicen que quieren verlo físicamente.</p>

## **Análisis Funcional Paciente 2 (Síntomas de depresión)**

Paciente masculino de 31 años de edad, originario y residente del Estado de México, casado, padre de 2 hijos menores de edad, conductor de transporte particular. Actualmente hospitalizado para diagnóstico y tratamiento de Leucemia Linfocítica Aguda, L1, Pre-B1, con esquema de quimioterapia Larson. Refiere “aquí *me hacen falta mis hijos, no soy nada sin ellos [...]. Dicen que no podré trabajar, no me gustaría ser un mantenido*” (sic. pac). A nivel motor la conducta problema se expresa como no hacer actividades en el hospital. A nivel cognitivo se expresa con tristeza, aburrimiento, irritabilidad, pensar “*mis hijos ya no me quieren*” (sic. pac.), “*me aburro mucho, aquí no se puede hacer nada de provecho*”, “*me siento inútil, todo me hacen*” (sic. pac.), “*mi niña me necesita y yo estoy aquí sin hacer nada*” (sic. pac.) y “*no trabajar me entristece*” (sic. pac.).

Lo anterior es más probable que suceda ante estímulos externos como hablar con sus hijos por video llamada, no encontrar algo para hacer [en hospitalización] y ver al médico adscrito que le mencionó que no trabajar por un buen rato; así como pensar “*aquí no hay nada que me guste*” (sic. pac), “*nada me divierte*” (sic. pac.), “*debería estar trabajando*” (sic. pac.) y “*debería estar jugando con mis hijos*” (sic. pac.).

La conducta problema probablemente esté mantenida por consecuencias inmediatas tales como pensar “*debo ser fuerte por mis hijos*” (sic. pac.); “*no me gusta sentirme inútil*” (sic. pac.), “*no quiero sentirme un mantenido*” (sic. pac.), así como video llamar a sus hijos, sentarse sobre la cama con las piernas cruzadas y llorar. También se identifican consecuencias mediatas como pensar “*mis hijos se olvidarán de mí, me dirán que ya no quieren hablar conmigo porque ya no me quieren*” (sic. pac), “*no soy nada sin mis hijos*” (sic. pac.), “*ya no trabajaré, seré un bueno para nada*” (sic. pac.), la disminución progresiva de actividades y el aumento de movimientos no permitidos por el médico. Asimismo, es probable que estén interviniendo conductas de otros (cuidador, hijos y médico adscrito) al decirle que su familia lo ama, reproducirle mensajes de voz de sus hijos, que sus hijos le digan que se apure, su cuidador le dice que tal vez busque empleo y ya no podrá cuidarlo mucho tiempo, los hijos le dicen que quieren verlo físicamente y el médico le recuerda que no podrá trabajar.

Por otro lado, dentro de las variables organísmicas, que moderan y median la conducta problema, se encontró el diagnóstico y tratamiento médico, creencias sobre la masculinidad y paternidad “*los hombres no podemos enfermarnos*” (sic. pac.), “*el hombre debe ser el proveedor*” (sic. pac.) y “*un padre no puede estar lejos de sus hijos*” (sic. pac.); déficit de información; excesos en conducta motora y habilidades para leer y resolver acertijos cognitivos. Sobre su historia de reforzamiento presenta locus de control interno y estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Así, se considera que la intervención se dirija a los tres niveles de la conducta de interés, así como a los antecedentes y consecuentes internos y conductas de otros. Por lo tanto, se propone psicoeducación continua sobre aspectos médicos de la enfermedad y tratamiento, así como una intervención multicomponente que conste de respiración pasiva, dirigida a nivel fisiológico de la respuesta, distracción conductual, dirigida al nivel motor y cognitivo de la respuesta; detención del pensamiento orientada al nivel cognitivo de antecedentes, respuestas y consecuentes; además de control de estímulos, dirigido a los antecedentes y manejo de contingencias orientado a las consecuencias de los cuidadores.

Modelo Secuencial Integrativo para Síntomas de Ansiedad del Paciente 3.

Paciente 3			
Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
<p><b>Externos</b> Escuchar el timbre del celular. Ver en el identificador de llamadas el nombre su hijo con necesidades educativas especiales. Ver en el identificador de llamadas el nombre de su prima (cuidadora de su hija menor). Escuchar a su hija mayor quejarse por las tareas del hogar. Ver y escuchar a su cuidador. Hablar con su prima</p> <p><b>Internos</b> Pensar: “No tarda en marcar mi hijo, él quiere saber cómo está su mamá y cuándo la verá” (sic. pac.). “Seguro es mi hijo” (sic. pac.). “A mi hija no le gusta tanto estar en otra casa, pronto comenzará a preguntar por su mamá y no sabrán qué decirle” (sic. pac.).</p> <p><b>Historia Pasada</b> 2018: Colilestectomía. <b>Contemporánea</b> 01/19: Muerte del padre biológico por cáncer e IDx. Pb Leucemia Aguda por médico general.</p>	<p><b>Biológico</b> Femenino. 47 años. Originaria de la Ciudad de México, residente del Estado de México. Dx médico. Leucemia Mieloide Aguda, M2. Tx. médico: Esquema 7+3.</p> <p><b>Variables cognitivo-culturales:</b> “Las madres de hijos especiales no podemos dejarlos solos” (sic. pac.). “Las mujeres somos fuertes, soportamos todo” (sic. pac.). “Una mujer siempre conserva algo de vanidad” (sic. pac.). “Es esperado que si uno de tus padres murió de cáncer, tú lo desarrolles en algún momento” (sic. pac.).</p> <p><b>Excesos, déficits y habilidades:</b> <b>Excesos:</b> Conducta motora. Conducta verbal.</p> <p><b>Habilidades:</b> Leer, cantar, iniciar y mantener conversaciones.</p> <p><b>Déficits:</b> Déficit de información sobre la enfermedad y tratamiento.</p> <p><b>Historia de reforzamiento</b> Locus de control interno. Estilo de afrontamiento centrado en el problema.</p>	<p><b>Conducta de interés</b> Síntomas de ansiedad ante hospitalización, diagnóstico y tratamiento médico</p> <p><b>Motoras</b> Mover repetitivamente las manos. Interrumpir a los médicos. Interrumpir a sus cuidadores. Hablar muy rápido.</p> <p><b>Cognitivas</b> Preocupación. Pensar: “Mi hijo me necesita, nunca me había ausentado tanto tiempo” (sic. pac.). “Cuando sepa que es cáncer no lo entenderá [su hijo con NEE]” (sic. pac.). “Acaba de morir su abuelo y ahora su mamá [hija menor]” (sic. pac.). “Seguro ya va empezar con sus cosas” [el cuidador] (sic. pac.).</p> <p><b>Fisiológicas</b> Aumento en frecuencia respiratoria.</p>	<p><b>Inmediatas Individuales Internas</b> Pensar: “Debo pensar, tener la cabeza fría para solucionar” (sic. pac.). “Necesito soluciones reales para ver a mis hijos y que ellos me sientan cerca aunque esté lejos” (sic. pac.). “Si hablo con mi bebé en este momento, es probable que no aguante y quiera irme con ella, mejor me espero” (sic. pac.).</p> <p><b>Externas</b> Realizar llamadas para asignar tareas. No hablar con su hija menor. Decirle a su cuidador que ya no quiere escuchar sus quejas.</p> <p><b>De otros</b> Su cuidador le dice que su hija mayor se está encargando de todo. Su cuidador le dice que no debió enfermarse, que ahora no hay quien lo pueda atender. Su cuidador le dice que cuando ve a la hija pequeña no sabe qué decirle y la evita. Su cuidador le dice que su hijo está inquieto. Su prima le dice que no se preocupe, que todos están bien. Su hija mayor le dice que ya no puede con toda la responsabilidad de la casa (lavar, planchar, sacudir, etc.)</p> <p><b>Mediatas Individuales Internas</b> Pensar: “Me necesitan en casa, espero que nada retrase mi salida” (sic. pac.). “Si solo pudiera entrar mi hijo” (sic. pac.).</p> <p><b>Externas</b> Solicitar que le permitan el ingreso a su hijo. Pedirle a su hija que se rebele y no atienda todas las solicitudes del padre (lavar, planchar, cocinar, cuidar al hermano)</p> <p><b>De otros</b> Su cuidador le habla del cáncer y sus consecuencias. Sus hijos le piden recuperarse para que vuelva a casa.</p>

### **Análisis Funcional Paciente 3 (Síntomas de Ansiedad)**

Paciente femenino de 47 años de edad, originaria de la Ciudad de México y residente del Estado de México, casada, madre de 3 hijos, una hija de 17 años, un varón de 16 años con necesidades educativas especiales y una menor de 4 años, conductor de transporte particular. Actualmente hospitalizada para diagnóstico y tratamiento de Leucemia Mieloide Aguda, M2, con esquema de quimioterapia 7+3. Refiere *“no soy una persona que se enferme, mis últimos chequeos estuvieron bien, pero ahora resultó esto, no me da miedo morir, pero sí me preocupan mis hijos porque son pequeños. Tengo una niña de 4 años que todavía me necesita y un niño con espectro autista y retraso psicomotor”* (sic. pac). A nivel motor la conducta problema se expresa como mover repetitivamente las manos, interrumpir a los médicos, interrumpir a sus cuidadores y hablar muy rápido. A nivel cognitivo se expresa con preocupación y pensamientos como *“mi hijo me necesita, nunca me había ausentado tanto tiempo”* (sic. pac.), *“cuando sepa que es cáncer no lo entenderá [hijo con NEE]”* (sic. pac.), *“acaba de morir su abuelo y ahora su mamá”* [hija menor] (sic. pac.) y *“seguro ya va empezar con sus cosas”* [el cuidador] (sic. pac.). Mientras que a nivel fisiológico reporta aumento en frecuencia respiratoria.

Lo anterior es más probable que suceda ante estímulos externos como escuchar el timbre del celular, ver en el identificador de llamadas el nombre su hijo con necesidades educativas especiales, ver en el identificador de llamadas el nombre de su prima (cuidadora de su hija menor), escuchar a su hija mayor quejarse por las tareas del hogar, ver a su cuidador y hablar con su prima; así como pensar *“no tarda en marcar mi hijo, él quiere saber cómo está su mamá y cuándo la verá”* (sic. pac.), *“seguro es mi hijo”* (sic. pac.), *“a mi hija no le gusta tanto estar en otra casa, pronto comenzará a preguntar por su mamá y no sabrán qué decirle”* (sic. pac.).

La conducta problema probablemente esté mantenida por consecuencias inmediatas tales como pensar *“debo pensar, tener la cabeza fría para solucionar”* (sic. pac.), *“necesito soluciones reales para ver a mis hijos y que ellos me sientan cerca aunque esté lejos”* (sic. pac.) y *“si hablo con mi bebé en este momento, es probable que no aguante y quiera irme con ella, mejor me espero”* (sic. pac.), además de realizar

llamadas para asignar tareas, no hablar con su hija menor, decirle a su cuidador que ya no quiere escuchar sus quejas. También se identifican consecuencias mediatas como pensar *“me necesitan en casa, espero que nada retrase mi salida”* (sic. pac), *“si solo pudiera entrar mi hijo”* (sic. pac.), solicitar que le permitan el ingreso a su hijo y pedirle a su hija que se rebele y no atienda todas las solicitudes del padre (lavar, planchar, cocinar, cuidar al hermano). Asimismo, es probable que estén interviniendo conductas de otros (cuidador, primas e hijos) al decirle que su hija mayor se está encargando de todo, que no debió enfermar, que no hay quien lo pueda atender, que cuando ve a la hija pequeña no sabe qué decirle y la evita, que su hijo está inquieto, su prima le dice que no se preocupe, que todos están bien, su hija mayor le dice que ya no puede con toda la responsabilidad de la casa (lavar, planchar, sacudir, etc.), su cuidador le habla del cáncer y sus consecuencias y sus hijos le piden recuperarse para que vuelva a casa.

Por otro lado, dentro de las variables orgánicas, que moderan y median la conducta problema, se encontró el diagnóstico y tratamiento médico, creencias sobre la maternidad, feminidad y factores de riesgo del cáncer, por ejemplo, *“las madres de hijos especiales no podemos dejarlos solos”* (sic. pac.), *“las mujeres somos fuertes, soportamos todo”* (sic. pac.), *“una mujer siempre conserva algo de vanidad”* (sic. pac.), *“es esperado que si uno de tus padres murió de cáncer, tú lo desarrolles en algún momento”* (sic. pac.), déficit de información; excesos en conducta motora y verbal y habilidades para leer, cantar, iniciar y mantener conversaciones. Sobre su historia de reforzamiento presenta locus de control interno y estilo de afrontamiento centrado en el problema.

Así, se considera que la intervención se dirija a los tres niveles de la conducta de interés, así como a los antecedentes y consecuentes internos y conductas de otros. Por lo tanto, se propone psicoeducación continua sobre aspectos médicos de la enfermedad y tratamiento, así como una intervención multicomponente que conste de respiración pasiva, dirigida a nivel fisiológico de la respuesta, distracción conductual, dirigida al nivel motor y cognitivo de la respuesta; detención del pensamiento orientada al nivel cognitivo de antecedentes, respuestas y consecuentes; además de control de estímulos, dirigido a



los antecedentes y manejo de contingencias orientado a las consecuencias de los cuidadores.

Modelo Secuencial Integrativo para Síntomas de Depresión del Paciente 3.

Paciente 3			
Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
<p><b>Externos</b> Ver las fotografías de su hija menor que le manda su prima. Escuchar y ver a su hijo por video llamada. Ver su cabello desarreglado. Ver sus cejas sin arreglar. Ver vello en sus piernas y axilas. Escuchar la indicación de reposo absoluto. Ver a otras pacientes agravarse.</p> <p><b>Internos</b> Pensar: "Mi bebé está creciendo y yo aquí metida" (sic. pac). "Yo debería estar cuidando a mis hijos, aún son pequeños" (sic. pac.). "Me da vergüenza que me vean con estos pelos" (sic. pac.). "Extraño el baño en regadera" (sic. pac.). "No se me ha ocurrido qué puedo hacer aquí para ser más productiva" (sic. pac.).</p> <p><b>Historia Pasada</b> 2018: Colectomía. <b>Contemporánea</b> 01/19: Muerte del padre biológico por cáncer e IDx. Pb Leucemia Aguda por médico general.</p>	<p><b>Biológico</b> Femenino. 47 años. Originaria de la Ciudad de México, residente del Estado de México. Dx médico. Leucemia Mieloide Aguda, M2. Tx. médico: Esquema 7+3.</p> <p><b>Variables cognitivo-culturales:</b> "Las madres de hijos especiales no podemos dejarlos solos" (sic. pac.). "Las mujeres somos fuertes, soportamos todo" (sic. pac.). "Una mujer siempre conserva algo de vanidad" (sic. pac.). "Es esperado que si uno de tus padres murió de cáncer, tú lo desarrolles en algún momento" (sic. pac.).</p> <p><b>Excesos, déficits y habilidades:</b> <b>Excesos:</b> Conducta motora. Conducta verbal.</p> <p><b>Habilidades:</b> Leer, cantar, iniciar y mantener conversaciones.</p> <p><b>Déficits:</b> Déficit de información sobre la enfermedad y tratamiento.</p> <p><b>Historia de reforzamiento</b> Locus de control interno. Estilo de afrontamiento centrado en el problema.</p>	<p><b>Conducta de interés</b> Síntomas de depresión ante hospitalización, diagnóstico y tratamiento médico</p> <p><b>Motoras</b> Tocar su cabello. Tocar sus piernas y cejas. Señalar sus axilas. No hacer nada (actividades intrahospitalarias de ocio). Pedir que le permitan el uso de la regadera, depiladores y estilista.</p> <p><b>Cognitivas</b> Tristeza. Pensar: "Mi pequeña se ve triste, su mirada no es la misma" (sic. pac.). "Mi niño no puede estar sin mí, yo soy todo para él". "Me siento improductiva" (sic. pac.). "Me siento poco atractiva, hasta sucia" (sic. pac.). "Me entristece ver a las vecinas empeorar, quisiera poder hacer algo por ellas, pero no puedo" (sic. pac.).</p> <p><b>Fisiológicas</b> No referidas.</p>	<p><b>Inmediatas Individuales Internas</b> Pensar: "Yo sé de cuidados paliativos, sé que debo movilizarme, estar activa y no se me ocurre nada" (sic. pac.). "Sé qué debo hacer con lo que me está pasando, pero nunca me imaginé que me pasaría a mí" (sic. pac.). "Quiero seguir sintiéndome bonita" (sic. pac.). "Quiero ayudar con lo sé a mis compañeras" (sic. pac.).</p> <p><b>Externas</b> Decirle a su hijo que lo extraña y debe ser fuerte para que ella lo sea. Pedirle a su familia que cuide de la hija menor. Decir "¡Ay, por qué!" (sic. pac.), al no obtener autorización médica para el uso de regadera y depiladores.</p> <p><b>De otros</b> Un médico interno le dice que para qué se quiere arreglar si con el cáncer y la quimio quedará peor. El médico de base le dice que no es posible introducir ningún material depilador. Que puede empezar a recortar su cabello o retirarlo por completo y le repite que no puede usar la regadera. Su hijo le dice que ya quiere abrazarla. Su cuidador le dice que el físico no importa.</p> <p><b>Mediatas Individuales Internas</b> Pensar: "Con mis conocimientos y experiencia no debía sentirme así" (sic. pac.).</p> <p><b>Externas</b> Disminución progresiva de actividades.</p> <p><b>De otros</b> El personal la deja hablando solo cuando explica sus motivos para ir a la regadera. Disminución de reforzamiento positivo.</p>

### **Análisis Funcional Paciente 3 (Síntomas de depresión)**

Paciente femenino de 47 años de edad, originaria de la Ciudad de México y residente del Estado de México, casada, madre de 3 hijos, una hija de 17 años, un varón de 16 años con necesidades educativas especiales y una menor de 4 años, conductor de transporte particular. Actualmente hospitalizada para diagnóstico y tratamiento de Leucemia Mieloide Aguda, M2, con esquema de quimioterapia 7+3. Refiere “*no creo estar sumida en depresión, pero sí me afecta estar sin mis hijos, ver a las compañeras y verme así, en fachas*” (sic. pac). A nivel motor la conducta problema se expresa a través de tocar su cabello, tocar sus piernas y cejas, señalar sus axilas, no hacer nada (actividades intrahospitalarias de ocio), pedir que le permitan el uso de la regadera, depiladores y estilista. A nivel cognitivo refiere tristeza y pensamientos como “*mi pequeña se ve triste, su mirada no es la misma*” (sic. pac.), “*mi niño no puede estar sin mí, yo soy todo para él*”, “*me siento improductiva*” (sic. pac.), “*me siento poco atractiva, hasta sucia*” (sic. pac.) y “*me entristece ver a las vecinas empeorar, quisiera poder hacer algo por ellas, pero no puedo*” (sic. pac.).

Lo anterior es más probable que suceda ante estímulos externos ver las fotografías de su hija menor que le manda su prima, escuchar y ver a su hijo por vídeo llamada, ver su cabello desarreglado, ver sus cejas sin arreglar, ver vello en sus piernas y axilas, escuchar la indicación de reposo absoluto, ver a otras pacientes agravarse y pensar “*mi bebé está creciendo y yo aquí metida*” (sic. pac), “*yo debería estar cuidando a mis hijos, aún son pequeños*” (sic. pac.), “*me da vergüenza que me vean con estos pelos*” (sic. pac.), “*extraño el baño en regadera*” (sic. pac.), “*no se me ha ocurrido qué puedo hacer aquí para ser más productiva*” (sic. pac.).

La conducta problema probablemente esté mantenida por consecuencias inmediatas tales como pensar “*yo sé de cuidados paliativos, sé que debo movilizarme, estar activa y no se me ocurre nada*” (sic. pac.), “*sé qué debo hacer con lo que me está pasando, pero nunca me imaginé que me pasaría a mí*” (sic. pac.), “*quiero seguir sintiéndome bonita*” (sic. pac.), “*quiero ayudar con lo sé a mis compañeras*” (sic. pac.); decirle a su hijo que lo extraña y debe ser fuerte para que ella lo sea, pedirle a su familia que cuide de la hija menor y decir “*¡Ay, por qué!*” (sic. pac.), al no obtener autorización

médica para el uso de regadera y depiladores. También se identifican consecuencias mediatas como pensar “*con mis conocimientos y experiencia no debía sentirme así*” (sic. pac) y disminución progresiva de actividades. Asimismo, es probable que estén interviniendo conductas de otros (médicos y cuidador). Los médicos le mencionan para qué se quiere arreglar si con el cáncer y la quimio quedará peor, que no es posible introducir ningún material depilador, que puede empezar a recortar su cabello o retirarlo por completo y le repite que no puede usar la regadera, su hijo le dice que ya quiere abrazarla, su cuidador le dice que el físico no importa, el personal la deja hablando solo cuando explica sus motivos para ir a la regadera y se presenta la consecuente disminución de reforzamiento positivo.

Por otro lado, dentro de las variables orgánsmicas, que moderan y median la conducta problema, se encontró el diagnóstico y tratamiento médico, creencias sobre la maternidad, feminidad y factores de riesgo del cáncer, por ejemplo, “*las madres de hijos especiales no podemos dejarlos solos*” (sic. pac.), “*las mujeres somos fuertes, soportamos todo*” (sic. pac.), “*una mujer siempre conserva algo de vanidad*” (sic. pac.), “*es esperado que si uno de tus padres murió de cáncer, tú lo desarrolles en algún momento*” (sic. pac.), déficit de información; excesos en conducta motora y verbal y habilidades para leer, cantar, iniciar y mantener conversaciones. Sobre su historia de reforzamiento presenta locus de control interno y estilo de afrontamiento centrado en el problema.

Así, se considera que la intervención se dirija a los tres niveles de la conducta de interés, así como a los antecedentes y consecuentes internos y conductas de otros. Por lo tanto, se propone psicoeducación continua sobre aspectos médicos de la enfermedad y tratamiento, así como una intervención multicomponente que conste de respiración pasiva, dirigida a nivel fisiológico de la respuesta, distracción conductual, dirigida al nivel motor y cognitivo de la respuesta; detención del pensamiento orientada al nivel cognitivo de antecedentes, respuestas y consecuentes; además de control de estímulos, dirigido a los antecedentes y manejo de contingencias orientado a las consecuencias de los cuidadores.

Modelo Secuencial Integrativo para Síntomas de Ansiedad del Paciente 4.

Paciente 4			
Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
<p><b>Externos</b> Ausencia de cuidador en pase de visita. Ver a los médicos residentes en el pase de visita. Escuchar la indicación y explicación de AMO/BMO.</p> <p><b>Internos</b> Pensar: “Los piquetes son muy dolorosos, me dolerá mucho” (sic. pac.). “Los doctores vienen a decir lo malo, nunca dicen nada bueno” (sic. pac.).</p> <p><b>Historia Pasada</b> Abandono de estudios de Enfermería por sensación de miedo/asco (controlado, según la paciente) a las inyecciones y la sangre.</p> <p><b>Contemporánea</b> 02/19: Caída desde su propia altura e IDx. Pb Leucemia Aguda por médico facultativo.</p>	<p><b>Biológico</b> Femenino. 23 años de edad. Originaria y residente del Estado de México. Dx médico. Leucemia Linfóide Aguda, L2 Pre-B1. Tx. médico: Esquema San Judas.</p> <p><b>Variables cognitivo-culturales:</b> “Los padres deben cuidar a sus hijos cuando están enfermos” (sic. pac.). “Son los padres los que heredan las enfermedades” (sic. pac.). “Los hospitales son deprimentes, la gente viene a morir” (sic. pac.).</p> <p><b>Excesos, déficits y habilidades:</b> <b>Excesos:</b> Pensamiento mágico y conductas supersticiosas.</p> <p><b>Habilidades:</b> Leer, resolver sopa de letras.</p> <p><b>Déficits:</b> Déficit de información sobre la enfermedad y tratamiento.</p> <p><b>Historia de reforzamiento</b> Locus de control externo. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.</p>	<p><b>Conducta de interés</b> Síntomas de ansiedad ante hospitalización, diagnóstico y tratamiento médico</p> <p><b>Motoras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interrumpir a los médicos en el pase de visita.</li> <li>• Preguntar si le dolerá el AMO/BMO.</li> </ul> <p><b>Cognitivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación.</li> <li>• Percepción de dolor aumentada.</li> <li>• Pensar: ¿Por qué me dejan sola cuando me dan estas noticias? Yo quiero a mi mamá conmigo” (sic. pac.). “Siento que me van a decir cosas malas” (sic. pac.). “Siento que algo muy malo me va a pasar” (sic. pac.).</li> </ul> <p><b>Fisiológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para respirar.</li> <li>• Tensión muscular.</li> <li>• Aleteo en el estómago.</li> </ul>	<p><b>Inmediatas Individuales Internas</b> Pensar: “¿Y si ese piquete me deja sin caminar?” (sic. pac.). “¿Y si después salgo de aquí en silla de ruedas?” (sic. pac.). “¿Y si no salgo del hospital?” (sic. pac.). Sentirse tranquila cuando hablan de Clínica del Dolor.</p> <p><b>Externas</b> Solicitar que le posterguen el procedimiento un día más. Solicitar que lo hagan expertos.</p> <p><b>De otros</b> Su cuidadora le dice que no se preocupe, que todo estará bien. El médico residente le dice que el procedimiento puede ser más doloroso por la gruesa capa de grasa en su cadera. El médico residente le dice que serán más piquetes en todo el mes, debe ser valiente. Médico adscrito posterga procedimiento y le dice que llamarán a Clínica del Dolor, los expertos.</p> <p><b>Mediatas Individuales Internas</b> Pensar: “¿Cuántos piquetes más me darán? No aguantaré ni uno” (sic. pac). “Solo me quedo porque me tengo que quedar” (sic. pac.).</p> <p><b>Externas</b> Agradecer al médico adscrito que le cumpla sus peticiones.</p> <p><b>De otros</b> Médicos le cumplen peticiones. Su cuidadora se ausenta más tiempo.</p>

## **Análisis Funcional Paciente 4 (Síntomas de Ansiedad)**

Paciente femenino de 23 años de edad, originaria y residente del Estado de México, soltera, sin hijos, empleada de farmacia. Actualmente hospitalizada para diagnóstico y tratamiento de Leucemia Linfocítica Aguda, L2, Pre-B1, con esquema de quimioterapia San Judas. Refiere “*desde que entré estoy muy tensa, tengo mucho dolor, solo pienso en los piquetes, piquetes y más piquetes*” (sic. pac.). A nivel motor la conducta problema se expresa como interrumpir a los médicos en el pase de visita y preguntar si le dolerá el AMO/BMO, a nivel cognitivo presenta preocupación, percepción de dolor aumentada y pensamientos como “*¿por qué me dejan sola cuando me dan estas noticias, yo quiero a mi mamá conmigo?*” (sic. pac.), “*siento que me van a decir cosas malas*” (sic. pac.), “*siento que algo muy malo me va a pasar*” (sic. pac.). Mientras que a nivel fisiológico refiere dificultad para respirar, tensión muscular y aleteo en el estómago.

Lo anterior es más probable que suceda ante estímulos externos ausencia de cuidador en pase de visita, ver a los médicos residentes en el pase de visita, escuchar la indicación y explicación de AMO/BMO; además de pensar “*los piquetes son muy dolorosos, me dolerá mucho*” (sic. pac.) y “*los doctores vienen a decir lo malo, nunca dicen nada bueno*” (sic. pac.).

La conducta problema probablemente esté mantenida por consecuencias inmediatas tales como pensar “*¿y si ese piquete me deja sin caminar?*” (sic. pac.), “*¿y si después salgo de aquí en silla de ruedas?*” (sic. pac.), “*¿y si no salgo del hospital?*” (sic. pac.), así como sentirse tranquila cuando hablan de Clínica del Dolor, solicitar que le posterguen el procedimiento un día más y solicitar que lo hagan expertos. También se identifican consecuencias mediatas como pensar “*¿cuántos piquetes más me darán? No aguantaré ni uno*” (sic. pac) y “*solo me quedo porque me tengo que quedar*” (sic. pac.), así como agradecer al médico adscrito que le cumpla sus peticiones. Asimismo, es probable que estén interviniendo conductas de otros (médico de base, médicos residente y cuidador) al decirle que no se preocupe, que todo estará bien, el médico residente le dice que el procedimiento puede ser más doloroso por la gruesa capa de grasa en su cadera, el médico residente le dice que serán más piquetes en todo el mes y debe ser valiente, médico adscrito posterga procedimiento y le dice que llamarán a Clínica del

Dolor, los expertos, los médicos le cumplen peticiones y su cuidadora se ausenta más tiempo.

Por otro lado, dentro de las variables organísmicas, que moderan y median la conducta problema, se encontró el diagnóstico y tratamiento médico, creencias sobre los cuidados y responsabilidades paternos y la hospitalización *“los padres deben cuidar a sus hijos cuando están enfermos”* (sic. pac.), *“son los padres los que heredan las enfermedades”* (sic. pac.) y *“los hospitales son deprimentes, la gente viene a morir”* (sic. pac.); exceso de pensamiento mágico y conducta supersticiosa, déficit de información; habilidades para bordar y resolver sopas de letras. Sobre su historia de reforzamiento presenta locus de control externo y estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Así, se considera que la intervención se dirija a los tres niveles de la conducta de interés, así como a los antecedentes y consecuentes internos y conductas de otros. Por lo tanto, se propone psicoeducación continua sobre aspectos médicos de la enfermedad y tratamiento, así como una intervención multicomponente que conste de respiración pasiva, dirigida a nivel fisiológico de la respuesta, distracción conductual, dirigida al nivel motor y cognitivo de la respuesta; detención del pensamiento orientada al nivel cognitivo de antecedentes, respuestas y consecuentes; además de control de estímulos, dirigido a los antecedentes y manejo de contingencias orientado a las consecuencias de los cuidadores.

Modelo Secuencial Integrativo para Síntomas de Depresión del Paciente 4.

Paciente 4			
Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
<p><b>Externos</b> Ausencia de cuidador. Ausencia de visitas (hermanos). Ver al médico adscrito en el pase de visita. Escuchar la indicación y explicación de AMO/BMO.</p> <p><b>Internos</b> Pensar: "En el hospital solo se sufre, piquetes y piquetes, ya me tienen toda morada" (sic. pac). "Otro piquete, ya no" (sic. pac.) "No puedo hacer nada, solo platicar con mi mamá" (sic. pac.). "En este momento estaría afuera, con mis hermanos" (sic. pac.). "El golpe [de la caída] me enfermó, si no me hubiera caído no se hubiera enfermado mi sangre" (sic. pac.).</p> <p><b>Historia Pasada</b> Abandono de estudios de Enfermería por sensación de miedo/asco (controlado, según la paciente) a las inyecciones y la sangre.</p> <p><b>Contemporánea</b> 02/19: Caída desde su propia altura e IDx. Pb Leucemia Aguda por médico facultativo.</p>	<p><b>Biológico</b> Femenino. 23 años de edad. Originaria y residente del Estado de México. Dx médico. Leucemia Linfoide Aguda, L2 Pre-B1. Tx. médico: Esquema San Judas.</p> <p><b>Variables cognitivo-culturales:</b> "Los padres deben cuidar a sus hijos cuando están enfermos" (sic. pac.). "Son los padres los que heredan las enfermedades" (sic. pac.). "Los hospitales son deprimentes, la gente viene a morir" (sic. pac.).</p> <p><b>Excesos, déficits y habilidades:</b> <b>Excesos:</b> Pensamiento mágico y conductas supersticiosas.</p> <p><b>Habilidades:</b> Leer, resolver sopas de letras.</p> <p><b>Déficits:</b> Déficit de información sobre la enfermedad y tratamiento.</p> <p><b>Historia de reforzamiento</b> Locus de control externo. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.</p>	<p><b>Conducta de interés</b> Síntomas de depresión ante hospitalización, diagnóstico y tratamiento médico</p> <p><b>Motoras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>No hacer actividades en el hospital.</li> <li>No arreglarse/asearse.</li> <li>Estar acostada boca arriba todo el día.</li> </ul> <p><b>Cognitivas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tristeza.</li> <li>Percepción aumentada de dolor.</li> <li>Pensar: "No voy a salir del hospital" (sic. pac). "No tengo ganas de hacer nada, ¿para qué?" (sic. pac.). "Solo quiero dormir, así pasará más rápido el tiempo" (sic. pac.). "Me dan muchas ganas de llorar" (sic. pac.). "Mis hermanos no quieren venir a verme". "Mi mamá se fue a pagar/desayunar, me deja sola, la necesito" (sic. pac.). "No me puedo mover" (sic. pac.). "Si estoy acostada y no me muevo me voy a curar más rápido" (sic. pac.).</li> </ul> <p><b>Fisiológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Llanto.</li> <li>Falta de apetito.</li> </ul>	<p><b>Inmediatas Individuales Internas</b> Pensar: "Si me quedo dormida todo el día, no sentiré dolor" (sic. pac.). "Mis hermanos ya se olvidaron de mí" (sic. pac.). "Lo sabía, más días aquí, siempre que viene ese doctor me dicen que me falta mucho" (sic. pac.). "No aguantaré el piquete de la espalda" (sic. pac.). Sentirse feliz cuando hablan de Clínica del Dolor.</p> <p><b>Externas</b> Permanecer todo el día acostada boca arriba. Llanto persistente.</p> <p><b>De otros</b> Su cuidadora le dice que sus hermanos no pueden visitarla por falta de dinero y deberá esperar al fin de semana. Su cuidadora seca sus lágrimas. Su cuidadora hace las actividades por ella. El médico adscrito le dice que no espere un alta pronto. El médico adscrito le dice que no encuentran razón para su dolor y solicita a Clínica del Dolor.</p> <p><b>Mediatas Individuales Internas</b> Pensar: "Cada vez estoy más y más sola" (sic. pac). "Mi mamá ya se cansó de cuidarme" (sic. pac.). "Cada día tengo más dolor" (sic. pac.).</p> <p><b>Externas</b> Disminución progresiva de actividades.</p> <p><b>De otros</b> Su cuidadora se ausenta más tiempo. Los hermanos no la visitan. Disminución progresiva de reforzamiento positivo.</p>



## **Análisis Funcional Paciente 4 (Síntomas de Depresión)**

Paciente femenino de 23 años de edad, originaria y residente del Estado de México, soltera, sin hijos, empleada de farmacia. Actualmente hospitalizada para diagnóstico y tratamiento de Leucemia Linfocítica Aguda, L2, Pre-B1, con esquema de quimioterapia San Judas. Refiere *“me siento muy triste aquí, nadie me visita”* (sic. pac). A nivel motor la conducta problema se expresa como no hacer actividades en el hospital, no arreglarse/asearse, estar acostada boca arriba todo el día. A nivel cognitivo se expresa con tristeza, percepción aumentada de dolor, pensamientos como *“no voy a salir del hospital”* (sic. pac), *“no tengo ganas de hacer nada, ¿para qué?”* (sic. pac.), *“solo quiero dormir, así pasará más rápido el tiempo”* (sic. pac.), *“me dan muchas ganas de llorar”* (sic. pac.), *“mis hermanos no quieren venir a verme”*, *“mi mamá se fue a pagar/desayunar, me deja sola, la necesito”* (sic. pac.), *“no me puedo mover”* (sic. pac.), *“si estoy acostada y no me muevo me voy a curar más rápido”* (sic. pac.). Mientras que a nivel fisiológico presenta llanto y falta de apetito.

Lo anterior es más probable que suceda ante estímulos externos como Ausencia de cuidador la ausencia de visitas (hermanos), ver al médico adscrito en el pase de visita y escuchar la indicación y explicación de AMO/BMO. Además de pensamientos como *“en el hospital solo se sufre, piquetes y piquetes, ya me tienen toda morada”* (sic. pac), *“otro piquete, ya no”* (sic. pac.), *“no puedo hacer nada, solo platicar con mi mamá”* (sic. pac.), *“en este momento estaría afuera, con mis hermanos”* (sic. pac.), *“el golpe [de la caída] me enfermó, si no me hubiera caído no se hubiera enfermado mi sangre”* (sic. pac.).

La conducta problema probablemente esté mantenida por consecuencias inmediatas tales como pensar *“si me quedo dormida todo el día, no sentiré dolor”* (sic. pac.), *“mis hermanos ya se olvidaron de mí”* (sic. pac.), *“lo sabía, más días aquí, siempre que viene ese doctor me dicen que me falta mucho”* (sic. pac.), *“no aguantaré el piquete de la espalda”* (sic. pac.), sentirse feliz cuando hablan de Clínica del Dolor; permanecer todo el día acostada boca arriba y tener llanto persistente. También se identifican consecuencias mediatas como pensar *“cada vez*

*estoy más y más sola*” (sic. pac), *“mi mamá ya se cansó de cuidarme”* (sic. pac.), *“cada día tengo más dolor”* (sic. pac.) y disminución progresiva de actividades. Asimismo, es probable que estén interviniendo conductas de otros (cuidador y médico adscrito) al decirle que sus hermanos no pueden visitarla por falta de dinero y deberá esperar al fin de semana, secar sus lágrimas, hacer las actividades por ella, el médico adscrito le dice que no espere un alta pronto, que no encuentran razón para su dolor y solicita a Clínica del Dolor, su cuidadora se ausenta más tiempo, los hermanos no la visitan y se presenta una disminución progresiva de reforzamiento positivo.

Por otro lado, dentro de las variables organísmicas, que moderan y median la conducta problema, se encontró el diagnóstico y tratamiento médico, creencias sobre los cuidados y responsabilidades paternos y la hospitalización *“los padres deben cuidar a sus hijos cuando están enfermos”* (sic. pac.), *“son los padres los que heredan las enfermedades”* (sic. pac.) y *“los hospitales son deprimentes, la gente viene a morir”* (sic. pac.); exceso de pensamiento mágico y conducta supersticiosa, déficit de información; habilidades para bordar y resolver sopas de letras. Sobre su historia de reforzamiento presenta locus de control externo y estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Así, se considera que la intervención se dirija a los tres niveles de la conducta de interés, así como a los antecedentes y consecuentes internos y conductas de otros. Por lo tanto, se propone psicoeducación continua sobre aspectos médicos de la enfermedad y tratamiento, así como una intervención multicomponente que conste de respiración pasiva, dirigida a nivel fisiológico de la respuesta, distracción conductual, dirigida al nivel motor y cognitivo de la respuesta; detención del pensamiento orientada al nivel cognitivo de antecedentes, respuestas y consecuentes; además de control de estímulos, dirigido a los antecedentes y manejo de contingencias orientado a las consecuencias de los cuidadores.

## Anexo D. Checklist de conocimientos, desempeño y cuestionario

<b>Checklist de Conocimientos sobre Síntomas de Ansiedad y Depresión</b>			
La siguiente lista de chequeo permite verificar el nivel de conocimientos teóricos del paciente a partir de la explicación oral recibida y el material psicoeducativo sobre síntomas de ansiedad y depresión en el diagnóstico médico, hospitalización y tratamiento.			
Por favor, lea cada enunciado y coloque una X en la opción que considere correcta.			
<b>Conocimiento a evaluar</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>
1. La depresión es una enfermedad caracterizada por tristeza y pérdida de interés.	X		
2. Los síntomas de depresión deben durar mínimo un mes para decir que se tiene depresión.		X	
3. La depresión solo se puede tratar con medicamentos.		X	
4. Si me siento deprimido debo mantener el contacto con familiares y amigos.	X		
5. Los pensamientos suicidas son importantes como síntoma de depresión.	X		
6. La ansiedad solo tiene síntomas físicos.		X	
7. Un síntoma de ansiedad es la dificultad para concentrarse.	X		
8. Estar irritable es un síntoma que comparten la ansiedad y la depresión.	X		
9. Es natural que tenga miedo y preocupación ante mi diagnóstico médico y hospitalización.	X		
10. Muchas personas experimentan síntomas de ansiedad y depresión.	X		
	<b>Totales parciales</b>		
	<b>Total</b>		
	<b>Porcentaje</b>		
<b>¿El paciente requirió corrección de errores?</b>			
<b>Realimentación:</b>			

<b>Checklist de Conocimientos sobre Respiración y Síntomas de Ansiedad</b>			
La siguiente lista de chequeo permite verificar el nivel de conocimientos teóricos del paciente a partir de la explicación oral recibida y el material psicoeducativo sobre respiración y síntomas de ansiedad.			
Por favor, lea cada enunciado y coloque una X en la opción que considere correcta.			
<b>Conocimiento a evaluar</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>
1. Una señal de que estoy ansioso es que respiro más rápidamente.	X		
2. La respiración relajada logra un equilibrio entre el oxígeno y el dióxido de carbono de mi cuerpo.	X		
3. Respirar agitadamente no provoca ningún efecto en mi cuerpo.		X	
4. Cuando respiro rápidamente produzco menos dióxido de carbono.	X		
5. Sentir mareos, hormigueo y sudoración no tiene nada que ver con que esté respirando de forma ansiosa.		X	
6. Puedo relajar mi respiración y sentirme mejor las veces que lo necesite.	X		
	<b>Totales parciales</b>		
	<b>Total</b>		
	<b>Porcentaje</b>		
<b>¿El paciente requirió corrección de errores?</b>			
<b>Realimentación:</b>			

<b>Checklist de Conocimientos sobre Modelos Psicológicos de Síntomas de Ansiedad y Depresión</b>			
La siguiente lista de chequeo permite verificar el nivel de conocimientos teóricos del paciente a partir de la explicación oral recibida sobre los modelos psicológicos de síntomas de ansiedad y depresión.			
Por favor, lea cada enunciado y coloque una X en la opción que considere correcta.			
<b>Conocimiento a evaluar</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe</b>
1. Los síntomas de depresión aparecen cuando dejo de hacer las actividades que me gustan y de recibir atención, cumplidos, regalos y otros reforzadores de las personas que me rodean.	X		
2. Los síntomas de ansiedad que experimento en el hospital se deben solo a mi personalidad.		X	
3. Es muy importante que mi familia y visitas me feliciten y refuercen cuando hago actividades durante la hospitalización.	X		
4. Las reacciones de mi cuerpo hacen más fuerte a mi ansiedad.		X	
5. Entre más intensa es mi ansiedad, menos intensas son las reacciones de mi cuerpo.		X	
6. Evitación es lo que hago cuando enfrento mis síntomas de ansiedad.		X	
7. La distracción con actividades que me agraden ayuda a la disminución de mis síntomas de ansiedad y depresión.	X		
<b>Totales parciales</b>			
<b>Total</b>			
<b>Porcentaje</b>			
<b>¿El paciente requirió corrección de errores?</b>			
<b>Realimentación:</b>			

<b>Cuestionario de Distracción Conductual</b>	
El siguiente cuestionario permitirá identificar el nivel de conocimientos teóricos del paciente sobre la distracción conductual en el hospital.	
<b>Instrucciones:</b> Responda las siguientes preguntas.	
1. ¿Qué es la distracción conductual? <i>Realizar actividades agradables ante situaciones aversivas/difíciles/desagradables como la hospitalización.</i>	
2. ¿Cuál es el objetivo de la distracción conductual? <i>Atender estímulos agradables y tener acceso a reforzadores.</i>	
3. Enliste 3 actividades que se pueden realizar desde la cama del hospital. <i>Manualidades, lectura, dibujos, etc.,</i>	
4. ¿Cuál es la diferencia entre distracción conductual y distracción cognitiva? <i>El nivel de activación/participación motora de la persona.</i>	
5. ¿Por qué no se trata de una programación de actividades inflexible? <i>Se realiza en los tiempos establecidos por el paciente de acuerdo con su estado de salud.</i>	
6. ¿Cuál es el factor más importante de la distracción conductual durante la hospitalización? <i>Que el paciente reciba reforzadores por la realización de las actividades.</i>	
<b>Aciertos:</b>	
<b>Porcentaje</b>	
<b>***Nota:</b> El paciente puede emplear sus propias palabras en las respuestas proporcionadas.	

<b>Checklist de Desempeño en Actividades de Distracción</b>		
La siguiente lista de chequeo permite evaluar el desempeño del paciente en actividades de distracción para la disminución de síntomas de ansiedad y depresión.		
Por favor, lea cada enunciado y coloque una X en la opción que considere adecuada de acuerdo con su desempeño.		
En el apartado Observaciones, anote las dificultades que experimentó, así como las mejoras que requiere realizar para practicar la distracción conductual en su próximo internamiento o en casa.		
<b>Criterio</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. Realicé todas las actividades que consideré en la programación.		
2. Las actividades que realicé fueron adecuadas para mi estado de salud.		
3. Experimenté emociones desagradables cuando realicé las actividades de distracción.		
4. Las actividades me resultaron útiles para disminuir mis síntomas de ansiedad y depresión a lo largo de la hospitalización.		
5. Las actividades de distracción me obligaban a sobre esforzarme.		
6. Obtuve reconocimiento, halagos, felicitaciones cuando realicé las actividades de distracción.		
7. Con base en esta experiencia y mi desempeño, realizaría actividades de distracción en otro internamiento.		
8. Con base en esta experiencia y mi desempeño, realizaría actividades de distracción en otros lugares, además del hospital.		
<b>Total</b>		
<b>Observaciones:</b>		

<b>Checklist de Desempeño en Manejo de Contingencias</b>		
La siguiente lista de chequeo permite evaluar el desempeño del cuidador en el manejo de contingencias para la disminución de síntomas de ansiedad y depresión del paciente.		
Por favor, lea cada enunciado y coloque una X en la opción que considere adecuada de acuerdo con su desempeño.		
En el apartado Observaciones, anote las dificultades que experimentó, así como las mejoras que requiere realizar para practicar el manejo de contingencias en el próximo internamiento del paciente o en casa.		
<b>Criterio</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. Los reforzadores que elegí fueron adecuados de acuerdo con las características y reglas del hospital.		
2. Los reforzadores que elegí fueron adecuados de acuerdo con los gustos y preferencias de mi paciente.		
3. Los reforzadores que elegí fueron adecuados de acuerdo con el estado de salud e indicaciones médicas de mi paciente.		
4. Reforcé todas las conductas que se relacionan con la disminución de los síntomas de ansiedad, depresión y actividad motora de mi paciente.		
5. Evité reforzar aquellas conductas que se relacionan con los síntomas de ansiedad, depresión e inmovilidad de mi paciente.		
6. Compartí mi conocimiento en manejo de contingencias al resto de cuidadores y visitas.		
7. Con base en esta experiencia y mi desempeño, realizaría el manejo de contingencias en otro internamiento de mi paciente.		
8. Con base en esta experiencia y mi desempeño, realizaría el manejo de contingencias en otros lugares, además del hospital.		
<b>Total</b>		
<b>Observaciones:</b>		

# MÁS ALLÁ DE LA PREOCUPACIÓN

## CÓMO AYUDAN LOS PSICOLOGOS A LAS PERSONAS CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Todos sentimos preocupación o nerviosismo ocasionalmente. La ansiedad es una reacción humana normal ante situaciones estresantes. Sin embargo, en el caso de personas con trastornos de ansiedad, esos temores y preocupaciones no son temporales. Su ansiedad persiste, e incluso puede empeorar con el paso del tiempo.

Los trastornos de ansiedad pueden afectar seriamente nuestra capacidad de desempeño laboral, escolar y en situaciones sociales. La ansiedad también puede interferir en nuestras relaciones con familiares y amigos. Por suerte, hay tratamientos efectivos para la ansiedad.

En algunos casos los medicamentos desempeñan un papel importante en el tratamiento de trastornos de ansiedad, aunque varios estudios demuestran que el tratamiento conductual, de forma independiente o en combinación con medicamentos, es un recurso altamente efectivo para la mayoría de los pacientes con dichos trastornos.

### Entendiendo la Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se producen tanto en los adultos como en los niños. Según El Instituto Nacional de Salud Mental (National Institute of Mental Health), en los Estados Unidos cerca del 18 por ciento de los adultos y el 25 por ciento de los adolescentes de 13 a 18 años experimentarán ansiedad en alguna etapa de sus vidas. Además, aproximadamente el 4 por ciento de los niños y el 6 por ciento de los adolescentes tienen trastornos de ansiedad clasificados como severos.

Existen varios tipos principales de trastorno de ansiedad:

- **Los trastornos de ansiedad generalizados** se caracterizan por sentimientos persistentes de preocupación o ansiedad. Las personas con este trastorno se preocupan por una amplia gama de cuestiones como problemas de salud o financieros, y pueden tener la sensación de que algo malo va a suceder. Entre los síntomas que presentan están: inquietud, irritabilidad, tensión muscular, dificultades de concentración, problemas para conciliar el sueño, y generalmente una sensación de gran nerviosismo.
- **Los trastornos de pánico** se caracterizan por ataques recurrentes de pánico con síntomas como sudoración, temblores, falta de aire o sensación de ahogo, palpitaciones o aceleración del ritmo cardíaco, y sensación de pavor. Tales ataques ocurren repentinamente, sin previo aviso. Las personas que tienen ataques de pánico se sienten invadidas por el temor a cuándo y cómo se producirá el próximo episodio, lo cual les hace cambiar o restringir sus actividades normales.

- **Las fobias** son temores intensos a determinados objetos o criaturas (por ejemplo, arañas o serpientes) o situaciones (como viajar en avión) inquietantes o intrusivos.
- **El trastorno de ansiedad social** se conoce también como fobia social. Las personas que tienen este trastorno sienten temor a situaciones sociales en las que podrían sentirse avergonzados o sometidos a escrutinio. Generalmente se sienten nerviosos en entornos sociales, se cohiben cuando están frente a otras personas, y les preocupa sentirse rechazados por, u ofender a los demás. Otros síntomas que pueden presentarse son: dificultad en hacer amistades; evitar situaciones de contactos sociales; preocupación durante los días previos a un evento social; y temblores, sudoraciones o náuseas en un ambiente social.
- **El trastorno obsesivo-compulsivo** se caracteriza por sentimientos y pensamientos (obsesiones) y rutinas o rituales (compulsiones) persistentes e incontrolables. Entre los ejemplos más comunes están el lavado compulsivo de las manos en respuesta al temor de un contagio con gérmenes, o la verificación repetida de un trabajo o actividad en busca de errores.

» En los Estados Unidos cerca del 18 por ciento de los adultos y el 25 por ciento de los adolescentes de 13 a 18 años experimentarán ansiedad en alguna etapa de sus vidas.



- **El trastorno de estrés posttraumático (PTSD)** puede producirse después de un trauma físico o emocional grave como un desastre natural, un accidente serio o un crimen. Entre los síntomas que lo caracterizan están episodios de recuerdo del suceso, pesadillas o temores que interfieren con la rutina cotidiana de la persona durante los meses y años posteriores a la experiencia traumática.

### Consulte a un psicólogo en caso de trastornos de ansiedad

Aunque hay muchos tipos de trastornos de ansiedad, varios estudios sugieren que la mayoría de los mismos son provocados por procesos subyacentes similares. Las personas que tienen trastornos de ansiedad tienden a sentirse abrumados fácilmente por sus emociones, y a presentar reacciones particularmente negativas a esos sentimientos y situaciones desagradables.

Al aprender a transformar esos patrones de pensamiento, pueden reducir la posibilidad e intensidad de sus síntomas de ansiedad.

A menudo, las personas tratan de hacerle frente a esas reacciones negativas evitando las situaciones o experiencias que los provocan ansiedad. Desafortunadamente, esa actitud puede tener resultados más negativos aún, e estimular la ansiedad cuando se busca lo contrario.

*Al aprender a transformar esos patrones de pensamiento, pueden reducir la posibilidad e intensidad de sus síntomas de ansiedad.*

Los psicólogos tienen los conocimientos y entrenamiento necesarios para diagnosticar los trastornos de ansiedad y enseñarles a los pacientes formas más sanas y efectivas de afrontarlas. Una forma de psicoterapia conocida como terapia cognitiva y de conducta (CBT) es altamente efectiva en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. En la CBT, los psicólogos ayudan a sus pacientes a identificar y controlar los factores que contribuyen a su ansiedad.

Por medio del componente cognitivo de la terapia, los pacientes aprenden a entender cómo sus pensamientos contribuyen al desarrollo de los síntomas de ansiedad. Al aprender a transformar esos patrones de pensamiento, pueden reducir la posibilidad e intensidad de sus síntomas de ansiedad.

Con el componente conductual, los pacientes aprenden técnicas para reducir conductas no deseadas, asociadas con los trastornos de ansiedad.

Específicamente, se exhorta a los pacientes a enfrentar actividades y situaciones que provocan ansiedad (como hablar en público o permanecer en un espacio cerrado) para aprender que los resultados a los que temen (como perder el hilo de sus pensamientos o tener un ataque de pánico) son improbables.

### La psicoterapia en casos de trastornos: Lo que se puede esperar

La psicoterapia es un proceso de colaboración en el cual trabajan conjuntamente los psicólogos y los pacientes, para identificar preocupaciones específicas y crear destrezas y técnicas concretas para hacerle frente a la ansiedad. Los pacientes aprenderán a poner en práctica sus nuevas destrezas fuera de las sesiones de terapia, para controlar la ansiedad en situaciones que los harían sentir incómodos. Sin embargo, los psicólogos no introducen a los pacientes en esas situaciones hasta tener la seguridad de que los pacientes cuentan con las destrezas necesarias para controlar sus temores con efectividad.

En ocasiones, los psicólogos recurren a otros métodos diferentes a la CBT para darle tratamiento a los trastornos de ansiedad.

**La psicoterapia de grupo**, aplicada generalmente a varias personas que tienen trastornos de ansiedad, puede ser efectiva para el tratamiento de la ansiedad y darles apoyo a los pacientes. Además, **la psicoterapia de familia** puede ayudar a los miembros de la misma a comprender la ansiedad que siente su ser querido, y a aprender nuevas formas de interacción que no estimulen comportamientos ansiosos. **La terapia de familia** puede ser particularmente útil en casos de niños y adolescentes que sufren trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad son muy tratables. La mayoría de los pacientes que sufren ansiedad pueden reducir o eliminar los síntomas luego de varios (o escasos) meses de psicoterapia, e incluso muchos notan mejoría al cabo de unas pocas sesiones.

Los psicólogos cuentan con la preparación idónea para adaptar el plan de tratamiento a fin de satisfacer las necesidades específicas de cada paciente. Para buscar un psicólogo certificado en su localidad, visita [PsychologistLocator.org](http://PsychologistLocator.org).

*La Asociación Americana de Psicología expresa su agradecimiento a Shannon Sauer-Zavala, PhD; Lynn Bufka, PhD y C. Velle Wright, PhD por su contribución a esta hoja informativa.*

American Psychological Association. (2019). Más allá de la preocupación. Cómo ayudan los psicólogos a las personas con trastornos de ansiedad. Obtenido desde <https://www.apa.org/centrodeapoyo/preocupacion.pdf>

Depresión  
**Hablemos**

# Depresión: qué debe saber

Si cree que usted mismo o algún conocido padece depresión, siga leyendo.



**Qué es la depresión**

- Es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.
- Además, las personas con depresión suelen presentar varios de los siguientes síntomas: pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio.
- La puede padecer cualquier persona.
- No es un signo de debilidad.
- Se puede tratar con terapia de conversación, con medicación antidepresiva o con una combinación de ambos métodos.

**Qué puede hacer si cree que está deprimido**

- Hable de sus sentimientos con alguien de su confianza. La mayoría de las personas se sienten mejor tras hablar con alguien que se preocupa por ellas.

- Solicite ayuda profesional. Hablar con un profesional sanitario local o con su médico de cabecera es un buen punto de partida.
- Recuerde que puede sentirse mejor si recibe la ayuda adecuada.
- Siga realizando las actividades que le gustaban cuando se encontraba bien.
- No se aisle. Mantenga el contacto con familiares y amigos.
- Haga ejercicio regularmente, aunque se trate de un pequeño paseo.
- Mantenga hábitos regulares de alimentación y sueño.
- Acepte que puede tener depresión y ajuste sus expectativas. Tal vez no pueda llevar a cabo todo lo que solía hacer.
- Evite o limite la ingesta de alcohol y absténgase de consumir drogas lícitas, ya que estos productos pueden empeorar la depresión.
- Si tiene pensamientos suicidas, pida ayuda a alguien inmediatamente.

**RECUERDE:**  
la depresión se puede tratar. Si cree que tiene depresión, pida ayuda.

www.who.int/depression/es

# LetsTalk

Organización Mundial de la Salud

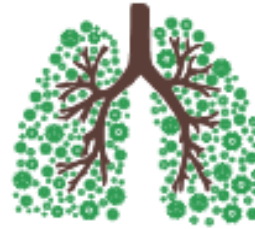
Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión: qué debe saber. Obtenido desde <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/handouts-depression/what-you-should-know-es.pdf?ua=1>



## Respiración pasiva

### Cómo la Respiración Afecta los Sentimientos

La manera en que respiramos está fuertemente relacionada a la manera en que nos sentimos. Cuando estamos relajados respiramos suavemente, y cuando estamos ansiosos respiramos más rápidamente.



#### Respiración normal

Cuando respiramos inhalamos oxígeno ( $O_2$ ) el cual es utilizado por el cuerpo. Este proceso crea dióxido de carbono ( $CO_2$ ), un producto desechable que exhalamos. Cuando nuestra respiración está relajada, los niveles de oxígeno y dióxido de carbono están equilibrados – esto le permite a nuestro cuerpo funcionar eficientemente.



#### Ejercicio de respiración

Cuando nos ejercitamos, nuestro cuerpo utiliza más oxígeno para alimentar nuestros músculos, y de esa manera producir más dióxido de carbono. Como nuestras tasas de respiración aumentan durante el ejercicio, inhalamos oxígeno extra y exhalamos dióxido de carbono extra. Esto significa que se mantiene el equilibrio entre el oxígeno y el dióxido de carbono.



#### Respiración ansiosa

Cuando estamos ansiosos nuestra tasa de respiración aumenta: inhalamos más oxígeno y exhalamos más dióxido de carbono que de costumbre. Ya que no nos estamos ejercitando, nuestro cuerpo no está utilizando oxígeno extra, así que no está produciendo ningún dióxido de carbono extra. Como el dióxido de carbono está siendo expulsado más rápidamente de lo que se está produciendo, los niveles de dióxido de carbono en la sangre disminuyen (llevando a cambios temporeros en el pH de la sangre llamado alcalosis). Esto puede llevarnos a sentir desagradables mareos, hormigueo en los dedos de nuestras manos y pies, sentirnos pegajosos y sudorosos.



Cuando nuestra respiración regresa a su tasa usual, los niveles de dióxido de carbono regresan a la normalidad y los síntomas se resuelven. Puedes relajar tu respiración para sentirte mejor cuantas veces lo necesites.

#### Instrucciones para una respiración relajada

- 1) Siéntate o acuéstate cómodamente. Cierra los ojos si así lo deseas.
- 2) Respira lenta y constantemente por la nariz contando hasta 4
- 3) Aguanta la respiración contando hasta 2
- 4) Exhala lenta y constantemente contando hasta 4
- 5) Repite durante unos minutos

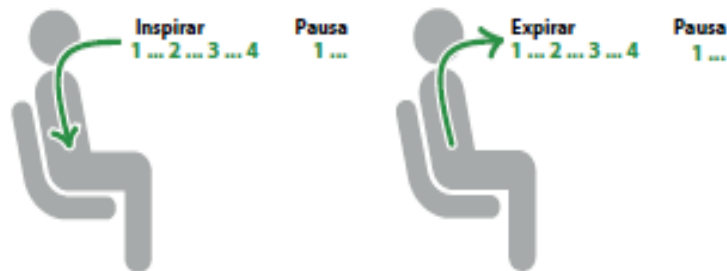
PSYCHOLOGYTOOLS\*

Copyright © 2016 Psychology Tools. All rights reserved.

PsychologyTools. (2018). Cómo la respiración afecta los sentimientos. Obtenidos desde <https://www.psychologytools.com/>

## Respiración relajada

Cuando estamos ansiosos o amenazados nuestra respiración se acelera para preparar al cuerpo para el peligro. La respiración relajada (a veces llamada respiración diafragmática) da la señal al cuerpo de que relajarse es seguro. La respiración relajada es *más lenta* y *más profunda* que la normal, y tiene lugar en una parte más baja del cuerpo (más en la barriga que en el pecho).



### Cómo respirar relajadamente

- Para practicar asegúrate de que estás sentado o estirado cómodamente
- Cierra los ojos si te parece cómodo
- Intenta respirar por la nariz, más que por la boca
- Haz que tu respiración se haga más lenta. Inspira contando hasta 4, haz una pausa un momento, entonces expira contando hasta cuatro
- Asegúrate de que tu respiración es suave, regular y continua, no errática
- Presta atención a tu aliento, asegúrate de que es suave y regular

### ¿Lo estoy haciendo bien? ¿A qué debería prestar atención?

- La respiración relajada debería localizarse abajo en la barriga, y no arriba en el pecho. Puedes comprobar esto poniendo una mano sobre el estómago y otra sobre el pecho. Intenta mantener la parte de arriba de la mano inmóvil, tu respiración debería mover sólo la mano de abajo.
- Centra tu atención en la respiración -a algunas personas les ayuda contar por dentro para empezar ("Inspiro...dos...tres...cuatro...pausa...Expiro...dos...tres...cuatro...pausa...")

### ¿Durante cuánto tiempo y con qué frecuencia?

- Intenta respirar relajadamente como mínimo unos minutos cada vez –puede llevarte unos minutos notar el efecto. Si te sientes cómodo, propónte hacer 5-10 minutos
- Intenta practicar regularmente –tal vez tres veces al día

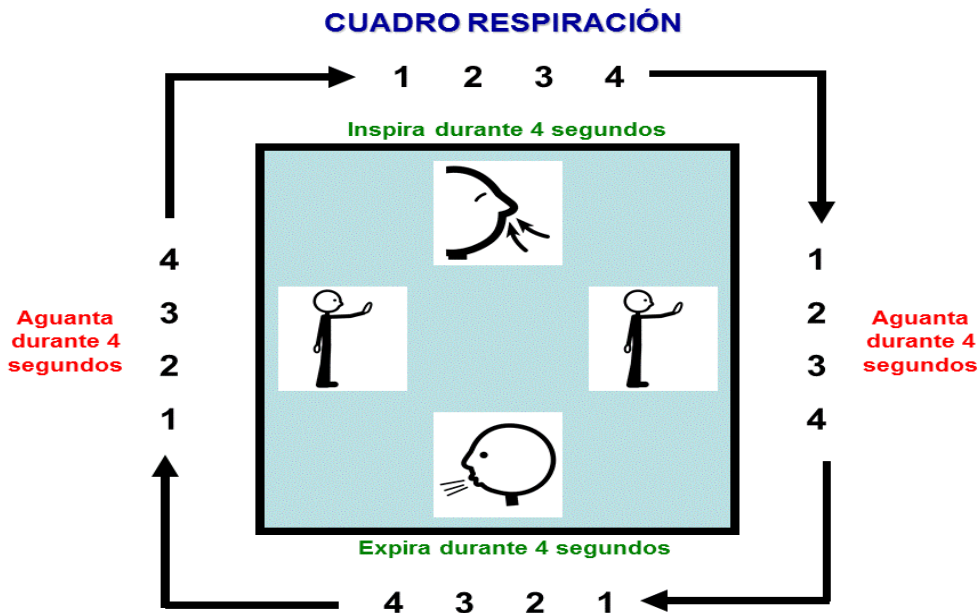
### Variaciones y solución de problemas

- Encuentra un ritmo de respiración lenta que sea cómodo para ti. Contar hasta 4 no es una norma inamovible. Intenta hasta 5 o hasta 3. Lo importante es que la respiración sea lenta y regular
- Al principio, a algunas personas la sensación de relajación les parece rara o incómoda, pero esto normalmente desaparece con la práctica. Persiste y sigue practicando

PSYCHOLOGYTOOLS\*

Copyright © 2010 Psychology Tools. All rights reserved.

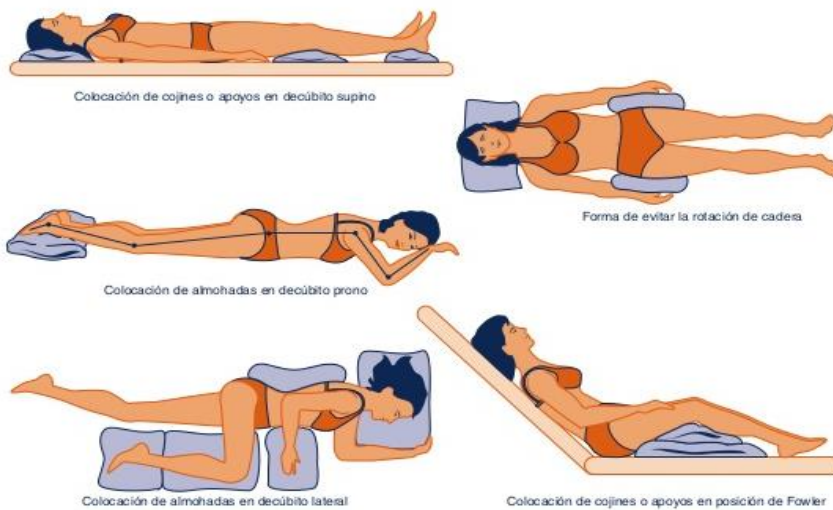
PsychologyTools. (2018). Respiración relajada. Obtenidos desde <https://www.psychologytools.com/>



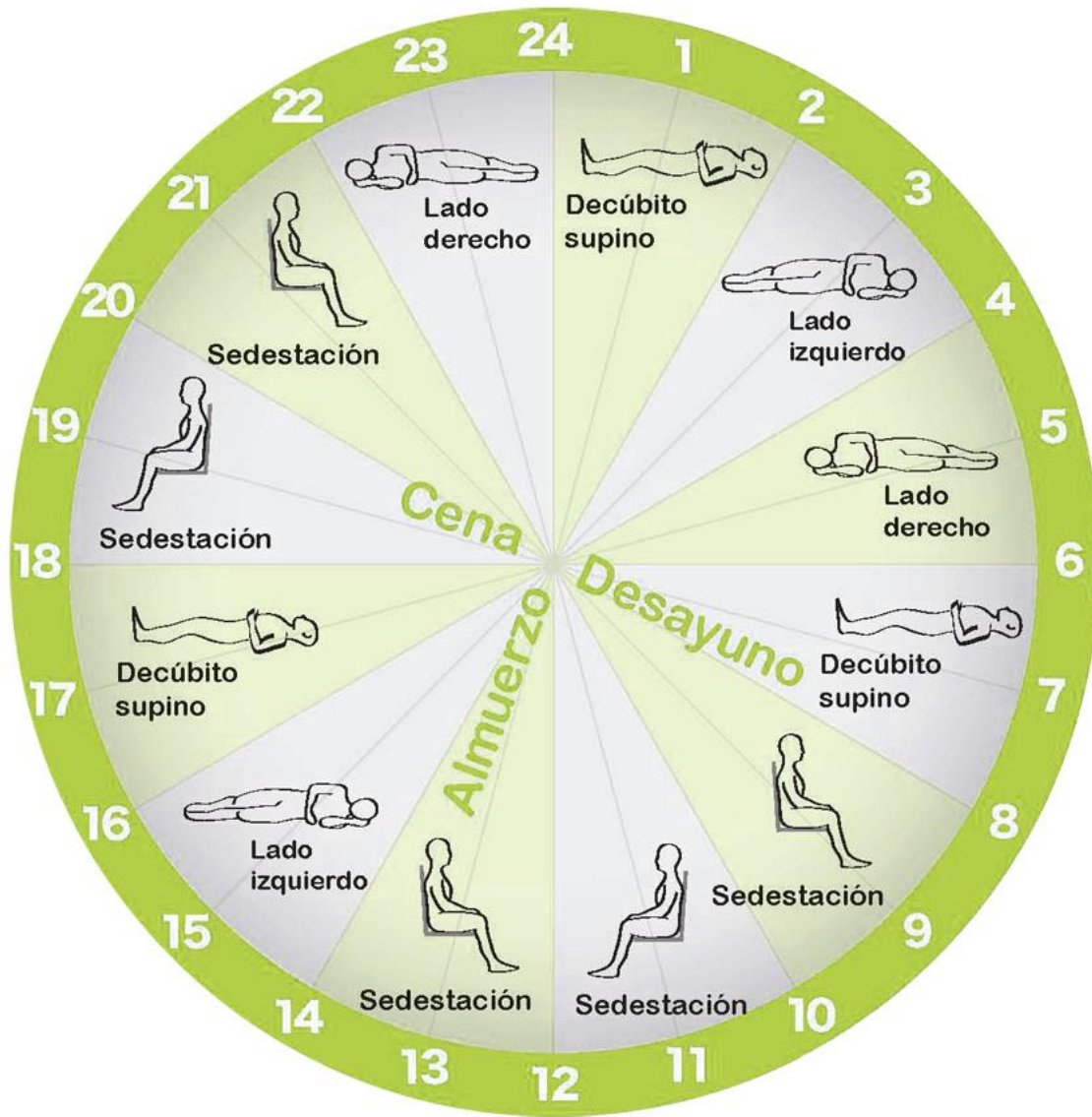
Autor Pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASAAC (<http://arasaac.org>) Licencia CC Autores: Anabel Cornago, José Manuel Marcos Idea original: <http://visuuls.autism.net>

Cornado, A. y Marcos, J. M. (2009). Cuadro respiración. Obtenido desde <https://elsonidodelahierbaelcrecer.blogspot.com/2009/03/ejercicios-de-respiracion.html>

#### Actividad motora



Pérez, E. y Fernández, A. M. (2015). Posiciones corporales. En E. Pérez y A. M. Fernández (eds.). *Auxiliar de enfermería* (pp. 91). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.



Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. (2015). *Guía para la Prevención y Manejo de la UPP y Heridas Crónicas*. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

## Anexo F. Cartas descriptivas de sesiones de tratamiento

Tratamiento multicomponente para sintomatología ansioso-depresiva y actividad motora en pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados								
Cartas Descriptivas								
<p><b>Objetivos generales:</b>            Disminuir los niveles de sintomatología depresiva en pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados, mediante un programa de intervención multicomponente.            Aumentar nivel de actividad motora prescrita por el médico en pacientes oncohematológicos de novo hospitalizados, mediante un programa de intervención multicomponente.</p>								
<b>Sesión 1</b>								
<b>Fecha:</b>								
<b>Escenario:</b> Piso de hospitalización								
<b>Duración:</b> 60 minutos								
<b>Facilitador:</b> Carrillo Valdez Lindsay								
<b>Sesión 1a: ¿Cómo se llama lo que siento?</b>								
<p><b>Objetivo específico:</b>            El paciente identificará las características y diferencias de la sintomatología ansioso-depresiva y su relación con el diagnóstico médico y hospitalización.</p>								
Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
<i>Psicoeducación</i>	Explicar las características y diferencias de la sintomatología ansioso-depresiva y su relación con el diagnóstico médico y hospitalización.	Escuchar la explicación y hacer preguntas.	NA	Folleto "Depresión, Hablemos. Depresión qué debe saber" de la OMS (2017). Lectura "Más allá de la preocupación. Cómo ayudan los	Leer material psicoeducativo y realizar un resumen oral de los aspectos importantes.	4 ejemplos correctos de síntomas de ansiedad por cada 5 expresados y 4 de 5 ejemplos correctos de síntomas de depresión	Checklist "Conocimientos sobre los Síntomas de Ansiedad y Depresión" y reporte escrito.	20 minutos

	Enunciar ejemplos de síntomas de ansiedad y depresión relacionados con un diagnóstico médico y hospitalización.			<i>psicólogos a las personas con trastornos de ansiedad</i> de la APA (2019).		relacionados con el diagnóstico médico y hospitalización. El resumen oral del material psicoeducativo debe cumplir el por lo menos el 90% de los criterios de la checklist " <i>Conocimientos sobre los Síntomas de Ansiedad y Depresión</i> ".		
	Solicitar ejemplos de síntomas de ansiedad y de depresión relacionados con el caso del paciente.	Anotar ejemplos de síntomas de ansiedad y depresión relacionados con su caso.						

**Sesión 1b:** *Respiración relajada para mi ansiedad I.*

**Objetivos específicos:**

El paciente identificará el papel de la respiración en la disminución de algunos síntomas de ansiedad.

El paciente identificará su estilo de respiración.

Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Respiración pasiva <i>Psicoeducación y Modelado</i>	Explicar el papel de la respiración en la disminución de algunos síntomas de ansiedad.	Escuchar y hacer preguntas. Proporcionar un resumen oral sobre el papel de la respiración en la disminución de algunos síntomas de ansiedad. Formular dudas.		Worksheet " <i>Cómo la respiración afecta los sentimientos</i> " de PsychologyTools (2018)		El resumen oral debe coincidir en un 90% con la información proporcionada por el terapeuta de acuerdo con la checklist " <i>Conocimientos sobre la respiración y los síntomas de ansiedad</i> ".	Checklist " <i>Conocimientos sobre la respiración y los síntomas de ansiedad</i> ".	40 minutos

	Explicar las diferencias entre 2 tipos de respiración que favorecen la relajación (pasiva y diafragmática).	Escuchar y hacer preguntas.		Worksheet "Respiración relajada" de Psychology Tools (2018).		4 diferencias expresadas de forma correcta por cada 5 enunciadas, entre respiración pasiva y diafragmática.	Reporte verbal	
	Modelar los 2 tipos de respiración que favorecen la relajación.	Observar la ejecución del terapeuta.						
	Solicitar al paciente la identificación del tipo de respiración que emplea habitualmente.	Identificar y enunciar el tipo de respiración que emplea habitualmente.						



**Sesión 2**

**Fecha:**

**Escenario:** Piso de hospitalización

**Duración:** 60 minutos

**Facilitador:** Carrillo Valdez Lindsay

**Sesión 2a: ¿Cómo explico lo que siento?**

**Objetivo específico:**

El paciente identificará los componentes de los modelos psicológicos que explican los síntomas de ansiedad y depresión durante la hospitalización y proceso de diagnóstico hematológico.

Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
<i>Psicoeducación</i>	Enunciar los componentes de los modelos psicológicos que explican los síntomas de ansiedad y depresión durante la hospitalización y proceso de diagnóstico hematológico.	Escuchar la explicación y hacer preguntas. Enumerar componentes de los modelos psicológicos que explican los síntomas de ansiedad y depresión durante la hospitalización y proceso de diagnóstico hematológico.				El resumen oral debe cumplir el por lo menos el 90% de los criterios de la checklist "Conocimientos sobre los Modelos Psicológicos de Ansiedad y Depresión".	Checklist "Conocimientos sobre los Modelos Psicológicos de Ansiedad y Depresión" y reporte escrito.	15 minutos



**Sesión 2b: Respiración relajada para mi ansiedad II.**

**Objetivos específicos:**

El paciente realizará ejercicios de respiración pasiva.

Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Respiración pasiva <i>Modelado, ejecución y corrección</i>	Modelar ejercicio de respiración pasiva (inspiración-pausa- espiración). Solicitar la ejecución del ejercicio de respiración. Corregir ejecución en caso necesario. Variar la duración de la pausa en las ejecuciones del ejercicio. Reforzar la realización de los ejercicios.	Observar la ejecución del terapeuta. Imitar la ejecución del terapeuta. Corregir errores en la ejecución. Ejecutar el ejercicio con duraciones diferentes en la pausa entre inspiración y espiración. Elegir la duración de la pausa que le resulte más cómoda de acuerdo con su estado físico. Formular dudas.	Llenar el Registro de Respiración Pasiva en caso de que el paciente muestre dificultades.	Cuadro respiración de Cornado y Marcos (2009).	Realizar ejercicios de respiración pasiva durante 10 minutos, 3 veces al día.	Ejercicios de respiración con duración mayor a 5 minutos, por lo menos 2 veces al día.	Registro de Respiración Pasiva.	20 minutos

**Sesión 2c: Mover mi cuerpo en reposo.**

**Objetivos específicos:**

El paciente identificará las características de los ejercicios de actividad motora prescrita por el médico y su relación con la disminución de síntomas de ansiedad y depresión relacionadas con la hospitalización.

El paciente realizará ejercicios de actividad motora prescrita por el médico.

Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Respiración pasiva <i>Psicoeducación y Modelado</i>	Explicar las características de los ejercicios de actividad motora prescrita por el médico y su relación con la disminución de síntomas de ansiedad y depresión relacionadas con la hospitalización.	Escuchar y hacer preguntas. Enunciar las características de los ejercicios de actividad motora prescrita por el médico y su relación con la disminución de síntomas de ansiedad y depresión relacionadas con la hospitalización.		Reloj de cambios posturales de Pacientes y cuidadores. (2014) y posiciones corporales de Pérez y Fernández (2015)		Enunciar 4 características correctas por cada 5 de los ejercicios de actividad motora prescrita por el médico.	Reporte verbal.	25 minutos
	Modelar ejercicios de actividad motora prescrita por el médico.	Escuchar y hacer preguntas.	Llenar el Registro de Actividad Motora prescrita por el médico en caso de que el paciente muestre dificultades.	Pelota de goma	Realizar ejercicios de actividad motora durante 10 minutos, 3 veces al día.	Ejercicios de actividad motora con duración mayor a 5 minutos, por lo menos 2 veces al día.	Registro de Actividad Motora prescrita por el médico.	
	Solicitar la ejecución de los ejercicios de actividad motora.	Realizar ejercicios de actividad motora modelados por el terapeuta.						
	Reforzar y corregir la ejecución en caso necesario.	Corregir errores de la ejecución.						

**Sesión 3**

**Fecha:**

**Escenario:** Piso de hospitalización

**Duración:** 50 minutos

**Facilitador:** Carrillo Valdez Lindsay

**Sesión 3a: La cama de hospital, un espacio para distraerme I.**

**Objetivo específico:**

El paciente identificará las características, elementos y el papel de la distracción conductual en la disminución de algunos síntomas de ansiedad y depresión. El paciente identificará y registrará la frecuencia con la que realiza actividades placenteras y/o de evitación y la intensidad de la emoción experimentada durante la hospitalización.

Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Distracción conductual <i>Psicoeducación y Autorregistro</i>	Explicar las características, elementos y el papel de la distracción conductual en la disminución de algunos síntomas de ansiedad y depresión.	Escuchar y hacer preguntas. Enunciar las características, elementos y el papel de la distracción conductual en la disminución de algunos síntomas de ansiedad y depresión.				Obtener 5 respuestas correctas de 6 en el cuestionario.	Cuestionario de 6 preguntas abiertas sobre características, elementos y el papel de la distracción conductual en la disminución de algunos síntomas de ansiedad y depresión.	15 minutos

	Explicar los parámetros de frecuencia e intensidad para identificar y registrar actividades placenteras y/o de evitación y la intensidad de la emoción experimentada durante la hospitalización.	Escuchar y hacer preguntas.			Autorregistros	El autorregistro debe contener al menos el reporte de 4 actividades, con duración mayor igual o mayor a 10 minutos, realizadas y la intensidad de la emoción experimentada durante 2 días diferentes.	Autorregistro de Actividades de Distracción durante la hospitalización	35 minutos
--	--	-----------------------------	--	--	----------------	---	--	------------

**Sesión 4**

**Fecha:**

**Escenario:** Piso de hospitalización

**Duración:** 50 minutos

**Facilitador:** Carrillo Valdez Lindsay

**Sesión 4a: La cama de hospital, un espacio para distraerme II.**

**Objetivo específico:**

Identificar actividades de habilidad y placer (dominio y agrado) que pueden ser realizadas durante la hospitalización.

Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Distracción conductual <i>Identificación de actividades de agrado y placer</i>	Explicar las características de las actividades de agrado de habilidad y placer (dominio y agrado) que pueden ser realizadas durante la hospitalización.	Escuchar la explicación y hacer preguntas.			Listado de 5 actividades de habilidad y placer (dominio y agrado) que puede realizar durante su hospitalización.	Expresar de forma correcta 4 actividades de habilidad y placer (dominio y agrado) que puede realizar durante la hospitalización, de un listado de 5.	Reporte verbal y escrito.	15 minutos
	Enunciar ejemplos de actividades de habilidad y placer (dominio y agrado) que pueden ser realizadas durante la hospitalización.							

	Solicitar 3 ejemplos escritos de actividades de habilidad y placer (dominio y agrado) que pueden ser realizadas durante la hospitalización	Anotar 3 ejemplos de actividades de habilidad y placer (dominio y agrado) que pueden ser realizadas durante s hospitalización.						
<b>Sesión 4b: Haciendo del hospital un espacio agradable I.</b>								
<b>Objetivo específico:</b> El paciente identificará los elementos y características del control de estímulos y su papel en la incitación de respuestas incompatibles con los síntomas de ansiedad y depresión durante la hospitalización, diagnóstico y tratamiento.								
Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Control de estímulos <i>Psicoeducación</i>	Explicar los elementos y características del control de estímulos y su papel en la incitación de respuestas incompatibles con los síntomas de ansiedad y depresión durante la hospitalización, diagnóstico y tratamiento.	Escuchar la explicación y hacer preguntas.				4 ejemplos correctos de estímulos discriminativos que incitan respuestas incompatibles con los síntomas de ansiedad y depresión durante la hospitalización y proceso de diagnóstico por cada 5 ejemplos expresados.	Reporte verbal y escrito.	15 minutos
	Enunciar y solicitar ejemplos	Anotar 5 ejemplos de						

	de estímulos discriminativos.	estímulos discriminativos que incitan respuestas incompatibles con los síntomas de ansiedad y depresión durante la hospitalización y proceso de diagnóstico.						
<b>Sesión 4c: Cuidar también significa reforzar I.</b>								
<b>Objetivo específico:</b> El cuidador identificará los elementos y características del manejo de contingencias y su papel en el aumento, disminución y/o mantenimiento de los síntomas de ansiedad y depresión del paciente durante la hospitalización y proceso de diagnóstico.								
Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Manejo de contingencias <i>Psicoeducación</i>	Explicar los elementos y características del manejo de contingencias y su papel en el aumento o disminución de los síntomas de ansiedad y depresión durante la hospitalización y proceso de diagnóstico y tratamiento.		Escuchar la explicación y hacer preguntas.			Enunciar 5 ejemplos de contingencias que se relacionan con el aumento, disminución y/o mantenimiento los síntomas de ansiedad y depresión de su paciente durante la hospitalización, proceso de diagnóstico y tratamiento.	Reporte verbal.	20 minutos

	Enunciar y solicitar ejemplos de contingencias que se pueden emplear durante la hospitalización, proceso de diagnóstico y tratamiento.		Enunciar 5 ejemplos de contingencias que se relacionan con el aumento, disminución y/o mantenimiento los síntomas de ansiedad y depresión de su paciente durante la hospitalización, proceso de diagnóstico y tratamiento.					
--	--	--	--	--	--	--	--	--



**Sesión 5**

**Fecha:**

**Escenario:** Piso de hospitalización

**Duración:** 75 minutos (30 paciente, 45 cuidador)

**Facilitador:** Carrillo Valdez Lindsay

**Sesión 5a:** *La cama de hospital, un espacio para distraerme III.*

**Objetivo específico:**

El paciente elegirá y programará una actividad de habilidad y placer que pueda ser realizada durante la hospitalización

Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Distracción conductual <i>Elección de actividad de distracción y programación</i>	Solicitar el nombre de la actividad de distracción elegida, así como el material requerido.	Expresar el nombre de la actividad elegida para distracción y material requerido. Expresar dudas.	Proporcionar el material de distracción.	Sopa de letras, manualidades, dibujos, colores, etc.	Ejecución de la actividad elegida 20 minutos por día. Autorregistro de frecuencia y duración de actividad elegida e intensidad de emoción experimentada	Realizar por lo menos un ejercicio de distracción por día con duración mínima de 15 minutos y registro de intensidad de la emoción experimentada.	Autorregistro de frecuencia y duración de la actividad elegida e intensidad de la emoción experimentada	15 minutos
	Explicar las características de la programación de actividades, de acuerdo con las particularidades del paciente hematológico.							
	Solicitar el diseño de la programación.	Diseñar la programación semanal de la actividad de distracción.						

	Explicar la posibilidad de flexibilidad de la programación con base en el estado de salud.	Hacer preguntas.						
<b>Sesión 5b: Haciendo del hospital un espacio agradable II.</b>								
<b>Objetivo específico:</b> El paciente identificará los estímulos discriminativos requeridos para la inducción situacional de conductas de distracción y actividad motora. .								
Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Control de estímulos <i>Identificación de estímulos que inducen la realización de conductas de distracción y actividad motora.</i>	Ejemplificar estímulos discriminativos que favorecen la inducción situacional.	Escuchar la explicación y hacer preguntas.	Introducir estímulos requeridos para la inducción situacional y aumento de conductas de distracción y actividad motora.	Estímulos de inducción.	Introducción de estímulos discriminativos requeridos y permitidos en el ambiente hospitalario.	4 ejemplos correctos, por cada 5 expresados, de estímulos discriminativos requeridos para la inducción situacional de conductas de distracción y actividad motora. Señalar 4 estímulos discriminativos requeridos para la inducción situacional y permitidos en el ambiente hospitalario.	Reporte escrito. Observación directa del ambiente.	15 minutos
	Solicitar ejemplos y listado de estímulos discriminativos que favorecen la inducción situacional de actividades de acuerdo con su caso.	Proporcionar ejemplos y realizar listado de estímulos discriminativos que favorecen la inducción situacional de actividades de acuerdo con su caso.						

	Solicitar la introducción de estímulos requeridos para la inducción situacional y aumento de conductas de distracción y actividad motora.	Pedir a su cuidador la instrucción de estímulos requeridos para la inducción situacional y aumento de conductas de distracción y actividad motora.						
<b>Sesión 5c: Cuidar también significa reforzar II.</b>								
<b>Objetivo específico:</b> El cuidador identificará las conductas del paciente relacionadas con síntomas de ansiedad y depresión que deben aumentar o disminuir y las características y el papel del reforzador.								
Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Manejo de contingencias <i>Contingencias Selección de las conductas y elección del reforzador Ejecución</i>	Explicar las características de los reforzadores, su papel y forma de administración.  Proporcionar ejemplos de reforzadores que mantienen los síntomas de ansiedad y depresión.		Escuchar la explicación y hacer preguntas.	Reforzadores	Administrar reforzadores ante conductas que se desean aumentar, así como la omisión de entrega de reforzador antes conductas relacionadas con ansiedad y depresión	4 ejemplos correctos, por cada 5 expresados, de reforzadores a emplear en el caso del paciente.  Administración/omisión contingente de los reforzadores en el 95% de las veces reportadas.	Registro de Entrega de Reforzadores	45 minutos

	Solicitar ejemplos de reforzadores que mantienen la sintomatología ansioso-depresiva del paciente.		Enlista 5 ejemplos de reforzadores que mantienen la sintomatología ansioso-depresiva del paciente.					
	Solicitar la identificación de conductas del paciente relacionadas con síntomas de ansiedad y depresión que se deben aumentar o disminuir.		Enlista 5 conductas del paciente relacionadas con síntomas de ansiedad y depresión.					
	Explicar diferencias y similitudes de los programas de reforzamiento intermitente y continuo.		Señala 2 diferencias entre programas de reforzamiento continuo e intermitente.					

	<p>Solicitar la administración de reforzadores ante conductas a aumentar, así como la omisión de entrega de reforzador ante conductas relacionadas con ansiedad y depresión.</p>		<p>Administra u omite reforzadores de acuerdo con el programa de reforzamiento y conductas a reforzar y extinguir.</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Sesión 6**

**Fecha:**

**Escenario:** Piso de hospitalización

**Duración:** 75 minutos (60 paciente y 15 cuidador)

**Facilitador:** Carrillo Valdez Lindsay

**Sesión 6a:** *La cama de hospital, un espacio para distraerme IV.*

**Objetivo específico:**

El paciente evaluará su desempeño en la actividad de distracción y la emoción experimentada.

Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Distracción conductual <i>Evaluación de ejecución, mantenimiento y generalización</i>	Solicitar la evaluación del desempeño en la actividad de distracción y la emoción experimentada.	Expresar evaluación.			Listado de 5 actividades de habilidad/placer adicionales) que puedan realizarse en hospitalización y en otros contextos del paciente.	4 ejemplos correctos de 5 actividades de habilidad/placer (adicionales) que puedan realizarse en hospitalización y en otros contextos del paciente, por cada 5 expresados.	Checklist de "Evaluación de Desempeño en Actividades de Distracción".	15 minutos
	Reforzar la realización del ejercicio por parte del paciente.							

	Corregir la ejecución del paciente en caso requerido.	Escuchar y expresar dudas.						
<b>Sesión 6b: Haciendo del hospital un espacio agradable III.</b>								
<b>Objetivo específico:</b> El paciente evaluará la ejecución del control de estímulos para inducir las actividades de distracción y la actividad motora.								
Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Control de estímulos <i>Evaluación de la ejecución, mantenimiento y generalización</i>	Solicitar la evaluación de la ejecución del control de estímulos para inducir las actividades de distracción y la actividad motora y ejemplos para otros escenarios.	Expresar evaluación. Anotar ejemplos de estímulos discriminativos que pueden inducir la distracción y actividad motora en otros escenarios.			Listado de 5 estímulos discriminativos que puedan inducir la distracción y actividad motora en hospitalización y en otros contextos del paciente.	4 ejemplos correctos, de 5 estímulos discriminativos que puedan inducir la distracción y actividad motora en hospitalización y en otros contextos del paciente.	Reporte verbal y escrito.	15 minutos

	Reforzar la realización del ejercicio por parte del paciente.							
	Corregir la ejecución del paciente en caso requerido.	Escuchar y expresar dudas.						
<b>Sesión 6c: Poniendo ALTO a mis pensamientos de ansiedad y depresión I.</b>								
<b>Objetivo específico:</b> El paciente identificará los elementos y características de la detención del pensamiento y su papel en la disminución de la intensidad de pensamientos que obstaculizan la distracción y actividad motora.								
Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Detención de Pensamiento  <i>Psicoeducación y entrenamiento</i>	Explicar los elementos y características del manejo de contingencias y su papel en el aumento o disminución de los síntomas de ansiedad y depresión durante la hospitalización, proceso de diagnóstico y tratamiento.	Escuchar y expresar dudas.			Realizar ejercicios de detención del pensamiento 3 veces al día con registro de intensidad de los pensamientos.	Realizar ejercicios de detención de pensamiento por lo menos 2 veces al día. Disminuir 3 puntos en la intensidad de los pensamientos identificados.	Registro de Ejercicios de Detención de Pensamiento	30 minutos



<p>Enunciar ejemplos de pensamientos que se relacionan con el aumento y/o mantenimiento los síntomas de ansiedad y depresión durante la hospitalización, proceso de diagnóstico y tratamiento.</p>							
<p>Solicitar listado de pensamientos que obstaculizan la realización de actividades de distracción y actividad motora.</p>	<p>Enlistar pensamientos 5 pensamientos que obstaculizan la realización de actividades de distracción y actividad motora.</p>						
<p>Valorar la intensidad de los pensamientos que obstaculizan la realización de actividades de distracción y actividad motora.</p>	<p>Enunciar valoración de la intensidad de los pensamientos que obstaculizan la realización de actividades de distracción y actividad motora.</p>						

	Explicar el método de detención del pensamiento.	Escuchar y expresar dudas.						
	Entrenar en detención del pensamiento y solicitar la ejecución de un ejercicio.	Realizar ejercicio de detención de pensamiento de acuerdo con su caso.						
	Reforzar y corregir ejecución en caso necesario.	Escuchar y expresar dudas.						

**Sesión 6d:** *Cuidar también significar reforzar III.*

**Objetivo específico:**

El cuidador evaluará la ejecución del manejo de contingencias para la disminución de conductas relacionadas con síntomas de ansiedad y depresión y aumento de las actividades de distracción y la actividad motora.

Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Manejo de contingencias <i>Evaluación de la ejecución, mantenimiento y generalización</i>	Solicitar la evaluación del manejo de contingencias para la disminución de conductas relacionadas con síntomas de ansiedad y depresión y aumento de las actividades de distracción y la actividad motora.		Expresar evaluación.		Listado de 5 reforzadores que disminuyan las conductas relacionadas con síntomas de ansiedad y depresión y aumenten las actividades de distracción y la actividad motora en hospitalización y en otros	4 ejemplos correctos, de 5 reforzadores que disminuyan las conductas relacionadas con síntomas de ansiedad y depresión y aumenten las actividades de distracción y la actividad motora en hospitalización y en otros	Checklist de "Evaluación de Desempeño en Manejo de Contingencias"	15 minutos

	Reforzar la realización del ejercicio por parte del cuidador.				contextos del paciente.	contextos del paciente.		
	Corregir la ejecución del cuidador en caso requerido.		Escuchar y expresar dudas.					

**Sesión 7**

**Fecha:**

**Escenario:** Piso de hospitalización

**Duración:** 50 minutos

**Facilitador:** Carrillo Valdez Lindsay

**Sesión 7a: Poniendo ALTO a mis pensamientos de ansiedad y depresión II.**

**Objetivo específico:**

El paciente identificará diferencias entre mantenimiento y generalización, así como situaciones hospitalarias y no hospitalarias en las que puede emplear la detención de pensamiento.

Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
Detención de Pensamiento <i>Mantenimiento y generalización</i>	Explicar las diferencias entre mantenimiento y generalización de la técnica de detención de pensamiento.	Enlista y anota ejemplos de mantenimiento y generalización en situaciones hospitalarias y no hospitalarias				5/5 ejemplos correctos de mantenimiento y generalización en situaciones hospitalarias y no hospitalarias.	Reporte verbal y escrito.	15 minutos
	Proporciona ejemplos de mantenimiento y generalización.							

	Solicita ejemplos de mantenimiento y generalización en situaciones hospitalarias y no hospitalarias.							
<b>Sesión 7b: Plan de Mantenimiento y Generalización.</b>								
<b>Objetivo específico:</b> El paciente diseñará un plan de mantenimiento y generalización de técnicas para el egreso de hospitalización.								
Técnica o procedimiento	Actividades			Materiales	Tareas	Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Duración
	Terapeuta	Paciente	Cuidador					
<i>Plan de Mantenimiento y Generalización Auto-reforzamiento</i>	Explicar los elementos que conforman un plan de mantenimiento y generalización.	Escuchar la explicación y hacer preguntas.	Verificar la ejecución del plan en escenarios diferentes tras recibir alta médica.	Sopa de letras, manualidades, lecturas, etc.	Ejecutar el plan en escenarios diferentes a la hospitalización cuando reciba alta médica.	80% de cumplimiento de los Criterios para el Plan de Mantenimiento y Generalización.	Checklist de "Criterios para el Plan de Mantenimiento y Generalización".	35 minutos
	Ejemplificar, con un caso similar al del paciente, un plan de mantenimiento y generalización.							

	Explicar la importancia del auto-reforzamiento en el mantenimiento de conductas contrarias a las ansiosas y depresivas, así como la generalización en otros escenarios.							
	Solicitar ejemplos de autorreforzadores específicos para el caso del paciente.	Identificar y enlistar autorreforzadores.						
	Solicitar el diseño del plan de mantenimiento y generalización del caso del paciente.	Construir el plan de mantenimiento y generalización de su caso.						