



## **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

MAESTRIA EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

### ***“CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON CÁNCER EN CUIDADOS PALIATIVOS: UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN”***

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:  
**DIANA SALAZAR DÍAZ**

TUTORA: DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

#### **MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR**

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

SECRETARIA: DRA. PATRICIA HERNÁNDEZ SOLIS  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SUPLENTES: DRA. MARÍA ROSA ÁVILA COSTA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑÓN  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, ESTADO DE MÉXICO, OCTUBRE 2019



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer profundamente a todas las personas que me han acompañado en este proceso que sin duda no ha sido fácil, pero gracias a su apoyo, consejos y conocimientos hoy puedo concluir una meta más en mi carrera profesional.

**A mis padres**, sin duda sin ustedes no hubiera podido llegar hasta aquí. Gracias por siempre confiar en mí y apoyarme en cada uno de mis proyectos. No tengo como agradecerles todo lo que me han dado, sobre todo su amor incondicional.

**A la Dra. Sandra**, por su dedicación, paciencia, apoyo y orientación para que este proyecto pudiera salir adelante.

**A la Mtra. Ana Leticia**, gracias por todos tus consejos, por compartirme tus conocimientos y estar conmigo en los momentos más complicados de este proyecto.

**A la Dra. Paty y todo el equipo de Clínica del Dolor**, gracias por abrirme las puertas de su clínica y recibirme con esa calidez y confianza para trabajar de su mano.

**A mis amigas Diana Karen, Damaris, Diana, Pamela, Andrea, Daniela y Ximena** gracias por hacer este proceso más ligero, por las risas y su compañía.

**Arely** gracias por el apoyo tanto personal como profesional que me brindaste en el hospital

**A mis pacientes**, gracias por todo lo que me enseñaron. Sin duda me hicieron crecer de manera profesional pero también de manera personal.

**A mi comité tutor**, gracias por aceptar ser parte de este proyecto y guiarme en este proceso.

## ÍNDICE

### Parte 1: “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer en cuidados paliativos: una propuesta de intervención”

1.2 Resumen.....	1
1.2 Marco teórico.....	2
1.2.1 El cáncer y sus implicaciones psicosociales.....	2
1.2.1.1 Aspectos psicosociales del cáncer.....	4
1.2.1.2 Atención psicológica en pacientes con cáncer.....	6
1.2.2 Cuidados Paliativos.....	8
1.2.2.1 Cuidados Paliativos en México.....	10
1.2.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud.....	12
1.2.3.1 El Modelo de Calman.....	14
1.2.3.2 El Modelo de Wilson y Cleary.....	16
1.2.3.3 La Clasificación Internacional de Funcionalidad (CIF).....	17
1.2.3.4 Conceptualización del estado de salud .....	19
1.2.4 Intervención Cognitivo-Conductual en pacientes con cáncer .....	21
1.2.4.1 Psicoeducación.....	22
1.2.4.2 Solución de problemas.....	23
1.2.4.3 Planificación de actividades.....	24
1.3 Justificación.....	25
1.4 Método.....	27
1.4.1 Pregunta de investigación.....	27
1.4.2 Objetivos.....	27
1.4.3 Hipótesis.....	27
1.5 Diseño.....	28
1.5.1 Participantes.....	28
1.5.2 Espacio físico.....	29
1.5.3 Materiales.....	29
1.5.4 Variables.....	30

1.5.5 Instrumentos.....	31
1.5.6 Procedimiento.....	33
1.6 Conclusiones.....	35
2. Reporte de experiencia.....	41
2.1 Marco teórico.....	42
2.1.1 Medicina Conductual.....	42
2.2 Sede Hospitalaria.....	45
2.4 Servicio de Clínica del Dolor.....	48
2.4 Descripción de actividades.....	49
2.4.1 Actividades académicas.....	50
2.4.2 Otras actividades.....	53
2.5 Datos de productividad.....	55
2.6 Casos clínicos.....	60
2.7 Evaluación del Servicio.....	61
2.8 Evaluación del Programa de Residencia.....	64
2.9 Competencias alcanzadas.....	65
2.10 Comentarios finales y sugerencias.....	68
Referencias.....	70
Anexos.....	77

***“Calidad de vida relacionada con la salud en  
pacientes con cáncer en cuidados paliativos: una  
propuesta de intervención”***

## 1.1 Resumen

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad en México, el cual se caracteriza por la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden propagarse a otros órganos. Genera cambios en el estilo de vida que incluyen actividades cotidianas, funcionamiento en el soporte económico, hábitos alimenticios, espacios de ocio, trabajo, entre otras. Los Cuidados Paliativos (CP) son programas de asistencia que nacen a partir de atención de los pacientes con cáncer en fase terminal. Constituyen un planteamiento que mejora la Calidad de Vida (CV) de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. La terapia cognitivo-conductual (TCC) en el tratamiento psicosocial de pacientes oncológicos, ha mostrado efectos positivos consistentes. Dentro del trabajo realizado con pacientes con cáncer en cuidados paliativos, se han utilizado técnicas como psicoeducación para afrontar la ausencia de información vital, se han desarrollado capacidades de solución de problemas y se ha trabajado en la planeación de actividades generales, metas y tareas diarias las cuales son acordes al estado físico del paciente. Con base en lo anterior, se realizó una propuesta de investigación que tiene como objetivo identificar las diferencias en los niveles de CVRS en pacientes con cáncer en CP antes y después de una intervención cognitivo-conductual.

**Palabras clave:** cáncer, cuidados paliativos, calidad de vida, terapia cognitivo-conductual.

## 1.2 Marco Teórico

### 1.2.1 El cáncer y sus implicaciones psicosociales

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2018) menciona que *cáncer* es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de tumores malignos o neoplasias malignas. Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, un proceso que se denomina *metástasis*. La metástasis es la principal causa de muerte por cáncer.

El cáncer es la principal causa de muerte a nivel mundial. En 2015 se calcula que provocó 8,8 millones de defunciones, y se identifican cinco tipos de cáncer responsables del mayor número de fallecimientos: cáncer pulmonar (1,69 millones de muertes), cáncer hepático (788 000 defunciones), cáncer colorrectal (774 000 muertes), cáncer gástrico (754 000 defunciones) y de mama (571 000 muertes) (OMS, 2018).

El cáncer se produce debido al daño que se ocasiona a los genes, lo que a su vez altera el ciclo celular, propiciando el crecimiento descontrolado de las células. Estadísticas de la OMS apuntan que 40% de los tipos de cáncer se pueden prevenir con medidas como dejar de fumar, beber, exponerse al sol, hacer ejercicio, contaminación del aire de las ciudades, llevar una dieta balanceada y mantener un peso adecuado (Zárate, 2011).

De acuerdo a la OMS (2018), para prevenir el cáncer se pueden adoptar las siguientes medidas:

- Evitar en lo posible los factores de riesgo recién mencionados;

- Vacunarse contra los papilomavirus humanos y contra el virus de la hepatitis B;
- Controlar los riesgos profesionales;
- Reducir la exposición a la radiación ultravioleta;
- Reducir la exposición a la radiación ionizante (por motivos profesionales o durante la realización de pruebas de diagnósticos por la imagen).

La vacunación contra los papilomas virus humanos y contra el virus de la hepatitis B podría prevenir 1 millón de casos de cáncer cada año. De acuerdo con la American Cancer Society (2015) los tipos comunes de tratamiento para el cáncer incluyen:

- Cirugía: Se puede utilizar este método para extirpar el tumor junto con cualquier tejido alrededor que pudiera contener células cancerosas.
- Radioterapia: se usa principalmente para tratar cánceres localizados (los que se encuentran en un área). La radiación destruye o daña las células cancerosas para impedir su crecimiento. Puede usarse por sí sola, en conjunto con la cirugía o quimioterapia.
- Quimioterapia: Consiste en tratar el cáncer con medicamentos de acción fuerte que por lo general se inyectan a través de una vena o se administran oralmente. Estos medicamentos pueden tratar el cáncer que se ha propagado.
- Terapias biológicas llamadas inmunoterapia: utilizan el sistema inmunológico para luchar contra el cáncer o para disminuir los efectos secundarios de algunos tratamientos.

- Terapias dirigidas: son medicamentos que atacan a cambios genéticos específicos que contribuyen al crecimiento de las células cancerosas. Estas terapias atacan el funcionamiento interno de las células cancerosas; las partes que hacen que éstas sean diferentes de las células normales y sanas.

La Secretaría de Salud (2019) menciona que, en México, el control de esta enfermedad crónico degenerativa tiene grandes avances en la calidad de años que el paciente vive con la enfermedad. Dado que el cáncer es un padecimiento que tiene un impacto psicológico, social y económico, es preciso que las políticas públicas permitan un adecuado control de programas para la detección temprana, el tratamiento, los cuidados paliativos y la rehabilitación del paciente.

#### **1.2.1.1 Aspectos psicosociales del cáncer**

Orozco y Castiblanco (2015) mencionan que es necesario tener en cuenta el rol que juega la enfermedad en la dinámica familiar. La interacción presenta tensiones asociadas a la presencia continua de síntomas, las condiciones emocionales, dependencia, disminución en la productividad, entre otras. Las interferencias en la vida de los pacientes tienen que ver con factores tales como el dolor, fatiga y la discapacidad, o los efectos secundarios de los medicamentos.

Debido a la complejidad de la enfermedad y su tratamiento, el momento del diagnóstico resulta un impacto a nivel emocional para el paciente y su familia (Robert, Álvarez & Valdivieso, 2013). Se generan cambios en el estilo de vida, que incluyen actividades cotidianas, funcionamiento en el soporte económico, hábitos alimenticios, espacios de ocio, trabajo, entre otras. La persona tiene que enfrentarse a múltiples situaciones estresantes, que comienzan cuando se presentan los

primeros síntomas y el miedo a que el diagnóstico se confirme y, posteriormente, la asunción del mismo (Alonso & Bastos, 2011). Algunos aspectos psicológicos que pueden presentarse en pacientes con cáncer son:

*Distrés psicosocial:* el distrés se define como una experiencia emocional displacentera, de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual y emocional) social y/o espiritual que interfiere con la habilidad de afrontar efectivamente el cáncer y su tratamiento. Abarca sentimientos de vulnerabilidad, tristeza y miedo hasta problemas incapacitantes de depresión, ansiedad, pánico, aislamiento social y crisis espirituales (Holland et al., 2015).

*Trastornos psiquiátricos:* aun cuando las personas con cáncer sólo cursan con una reacción “normal”, el resto presenta trastornos de adaptación (32%), trastornos depresivos (6%), trastornos mentales orgánicos (4%), trastornos de personalidad (3%) y trastornos de ansiedad (2%) si están hospitalizados, Dicha prevalencia cambia un tanto en pacientes ambulatorios: 22% presenta trastorno depresivo mayor; 17% trastorno de adaptación mixto; 14% trastorno de adaptación con depresión, 12% trastorno afectivo secundario a cáncer y 8% presenta distimia (Almanza, Romero & Holland, 2000).

*Trastornos de ansiedad:* suele ser de cuatro tipos: a) ansiedad situacional; b) manifestación de la enfermedad; c) síntoma resultante del tratamiento; y d) exacerbación de un trastorno de ansiedad pre-existente. La ansiedad situacional se presenta antes o durante el proceso canceroso, al final del tratamiento y como preocupación por una posible recurrencia. La ansiedad relacionada con problemas médicos se debe a dolor, estados metabólicos anormales (hipoxia, émbolos pulmonares, sepsis, delirium, sangrado, arritmia cardíaca e hipoglicemia), o tumores

secretoras de hormonas. Entre las causas de ansiedad más común es la relacionada con procedimientos atemorizantes o dolorosos. Medicamentos como corticosteroides, neurolépticos, broncodilatadores, tiroxina y estimulantes provocan ansiedad (Almanza et al.,2000).

*Trastornos depresivos:* los síntomas característicos incluyen: tristeza, insomnio, cansancio, lentitud psicomotora, desesperanza e ideación suicida (ideas delirantes o de culpa se parecen menos frecuentemente). La exploración del estado psicológico debe incluir la búsqueda de antecedentes psiquiátricos (depresión, trastorno bipolar, abuso de sustancias), y riesgo suicida. Asimismo, la depresión aparece como parte del cuadro metabólico de falla de órganos y con complicaciones nutricionales, endocrinas y neurológicas del cáncer (Breitbart & Holland, 1993).

#### **1.2.1.2 Atención psicológica en pacientes con cáncer**

En 1950, los trabajadores sociales junto a las enfermeras fueron los primeros en atender los problemas psicológicos y sociales de los pacientes con cáncer y sus familias. Ellos han sido la primera línea en la atención clínica y en las investigaciones de psicooncología. En 1955 el grupo psiquiátrico del Hospital General de Massachusetts realizó los primeros informes de adaptación psicológica al cáncer y su tratamiento. Estos grupos comenzaron a forjar lazos clínicos y de investigación con cirujanos, radioterapeutas y oncólogos, estableciendo así los primeros elementos de lo que más tarde se llamó psicooncología. Esta especialidad se inició formalmente a mediados de 1970, cuando la barrera para revelar el diagnóstico se cayó y se hizo posible hablar con los pacientes respecto de éste y de las implicancias del cáncer para sus vidas (Holland, 2002).

Posteriormente, comienza a abrirse un campo de investigación en relación a las reacciones de los pacientes oncológicos. Estas investigaciones incluyen adaptación a la enfermedad, intervenciones médicas y psicológicas encaminadas a la prevención y a los procesos de adaptación del enfermo al cáncer, investigación de las variables inmunológicas y neuroendocrinas que median en los procesos de aparición de la enfermedad hasta los cuidados paliativos, los problemas psicofarmacológicos y los dilemas éticos. Los pacientes que son diagnosticados y reciben tratamiento oncológico plantean problemas que implican dificultades cognitivas, emocionales, motivacionales y de comunicación que no son subsanables únicamente desde un punto de vista médico (Robert et al., 2013).

Para Alonso y Bastos (2011) el tratamiento psicológico implica una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente. La intervención puede darse en distintos contextos, según el momento de la enfermedad y las necesidades del paciente:

- Apoyo en el proceso de adaptación en distintas fases de la enfermedad
- Preparación para intervenciones quirúrgicas
- Adaptación a cambios en la imagen corporal provocados por los tratamientos
- Reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas
- Promover un sentido de control personal y participación activa en todo el proceso
- Proporcionar información al paciente o ayudarlo a buscarla
- Facilitar una adecuada comunicación con la familia y equipo asistencial

- Ayudar al paciente a expresar y manejar sus miedos, revisar sus valores, el sentido de su vida y aprender a controlar su sufrimiento.

La intervención en los procesos de fin de vida supone una gran tensión emocional, especialmente los primeros momentos, en los que el psicólogo contacta con los pacientes y las familias. Las intervenciones que se realizan en cuidados paliativos tienen la particularidad de que intentan no abrir nada que pueda ser problemático, es decir, tratan de disminuir la ansiedad o depresión en el paciente sin profundizar demasiado (Fernández-Alcántara, García-Caro, Pérez-Marfil & Cruz-Quintana, 2013). La atención paliativa es un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familiares, quienes se están enfrentando a los problemas asociados a una enfermedad potencialmente mortal. Estos objetivos se alcanzan a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, al identificar de manera temprana las necesidades del paciente y la familia (Allende-Pérez et al., 2013).

### **1.2.2 Cuidados Paliativos**

El origen etimológico de la palabra paliativo proviene del latín *pallium*, que significa manto o cubierta, haciendo alusión al acto de curar síntomas o sufrimiento. Son un tipo especial de cuidados diseñados para proporcionar bienestar o confort, soporte a los pacientes y sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal oncológica o no oncológica (Domínguez-Marín, 2016). En 1967, en Inglaterra un grupo de profesionales sanitarios liderados por la Dra. Cicely Saunders abrieron la primera unidad de CP, el llamado Saint Christopher's Hospice, con el que pretendían conseguir un lugar para los enfermos y sus familias. A partir de su fundación se extendió en todo el mundo el movimiento hospice, convirtiéndose en

la base del desarrollo de los cuidados paliativos en el mundo. En 1975, se estableció en Estados Unidos el primer equipo soporte hospitalario para cuidados terminales en el Hospital St. Luke's de Nueva York. Esta idea se traslada al Hospital St. Thomas de Londres para incorporar la asistencia domiciliaria con equipos de control de síntomas (Ortega & López, 2005).

La OMS adoptó el término de cuidados paliativos en 1980, la Organización Panamericana de la Salud lo hizo 15 años después (Domínguez-Marín, 2016). La OMS (2018) menciona que los CP constituyen un planteamiento que mejora la CV de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. Enumera las siguientes características de los CP:

- Alivian el dolor y otros síntomas angustiantes;
- Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal;
- No intentan ni acelerar ni retrasar la muerte;
- Integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente;
- Ofrece un sistema de apoyo para que los pacientes vivan tan activamente como sea posible hasta la muerte;
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante a la enfermedad del paciente y en su propio duelo;

- Utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo. Cuando esté indicado;
- Mejoran la calidad de vida, y pueden influir positivamente en el curso de la enfermedad;
- Pueden aplicarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y controlar mejor las complicaciones clínicas angustiosas.

Las complejas necesidades de los pacientes con cáncer avanzado y sus cuidadores surgen muchos meses antes de que el paciente muera. La participación temprana de los CP especializados se está convirtiendo en un estándar de calidad para los pacientes con cáncer, pero en la actualidad se utiliza poco o si se hacen suelen presentar algunas deficiencias en la asistencia. La OMS ha recomendado que todos los países implementen programas integrales para mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer u otras enfermedades que amenazan la vida (Zimmermann et al., 2014).

#### **1.2.2.1 Cuidados Paliativos en México**

Los CP en México son programas de asistencia que nacen a partir de la atención de los pacientes con cáncer en fase terminal. Con el aumento de la esperanza de vida y de las enfermedades crónico-degenerativas, se hace necesario diseñar clínicas para cubrir las necesidades del enfermo terminal (González et al., 2012). En los 60's se inició la Fundación de Clínicas de Dolor, comandada por el Dr.

Vicente García Olivera quien fue entrenado en Estados Unidos por el Dr. John Bonica, a su regreso aplicó su aprendizaje con la apertura de Clínicas de Dolor e inició el entrenamiento a nuevos médicos en el Hospital General de México (Domínguez-Marín, 2016).

En 1981, se inicia la primera clínica multidisciplinaria del dolor en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) y en noviembre de 1988, se introduce a México el primer embarque de morfina, procedente de Alemania, bajo el cargo del Dr. Juan Ignacio Romero Romo, médico psiquiatra, quien desarrolla en 1989 el primer programa académico de cuidados paliativos en el INCan. Este primer programa es apoyado por la OMS. Se firma la declaración mexicana de alivio del dolor en cáncer y en 1990, se le reconoce como política oficial de importancia dentro de la salud pública (González et al., 2012).

En 1992, se crea la Unidad de CP en el Hospital Civil de Guadalajara y la del Centro Médico 20 de noviembre del ISSTE. En 1999 en la Clínica del Dolor del Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, crea la clínica de cuidados paliativos, atendiendo principalmente a pacientes oncológicos y realizando visita domiciliaria durante un breve tiempo. Para el 2002, en el Hospital de Oncología del Centro Médico Siglo XXI del IMSS, se conforma el programa de cuidados paliativos que incluye el apoyo domiciliario. La inclusión de los CP dentro de la Legislación Federal se presenta hasta 2009, estableciéndose en la Ley General de Salud. Finalmente, en diciembre de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana, Nom-011 SSA3-2014, criterios para la atención en enfermos en situación terminal a través de CP (Domínguez-Marín, 2016).

La creación de unidades de tratamiento del dolor y manejo de enfermos terminales, donde sólo se les puede dar CP a través de los años, ha sido una respuesta a esa otra parte de la medicina donde no se cura, si no se mitiga el sufrimiento y dar alivio al ser humano en todas las partes que lo constituyen. Esta visión tiene que ir en aumento aunada al cambio en las pirámides poblacionales, a la presencia de enfermedades crónico-degenerativas y la esperanza de vida. Por lo tanto, las personas deben estar enteradas de esta alternativa viable para mitigar el sufrimiento (Montes de Oca, 2006).

El término de calidad de vida en oncología está cobrando un mayor auge como consecuencia de la aparición de tratamientos altamente agresivos y de la capacidad de decisión del propio enfermo sobre su autonomía. Actualmente, se considera que debería añadirse a los objetivos la repercusión del tratamiento o estrategia terapéutica sobre la calidad de vida del paciente, es decir, cómo la intervención médica afecta al bienestar físico, mental y social del individuo (Lisart, Almiñana & Gil, 1995).

### **1.2.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud**

Definir el concepto de calidad de vida, ha sido un tema con implicaciones económicas, políticas, sociales, filosóficas, psicológicas y médicas. En términos generales, cuando hablamos de la calidad de vida de un paciente, engloba la perspectiva que tiene la persona y la visión de las personas cercanas a ella. La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una alternativa de los investigadores de la época para conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. Su uso extendido

es a partir de los sesentas, cuando los científicos sociales iniciaron investigaciones recolectando información y datos objetivos como el estado socioeconómico, nivel educacional o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012).

La OMS (1995) define la *salud* como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Posteriormente, definió la CV como la percepción por parte de una persona de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y los sistemas de valores, enfatizando la multidimensionalidad. Se reconocen seis dominios principales que reflejan el concepto (figura 1). Otros dominios específicos se refieren o se dirigen a determinadas poblaciones o personas que viven en situación vulnerable y/o aquellas que padecen enfermedades crónicas.



Figura 1. Dominios principales sobre calidad de vida según la definición de la OMS. Adaptado de “Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico” por C.Castañeda, G. J. O’Shea, M. A. Narváez, J. Lozano, Castañeda, G. y J. J. Castañeda, 1995, *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14(3), p.151.

Los intentos por delimitar el concepto de CV llevaron a H. Schipper (1999 como se citó en Juczynsky, 2006), a la formulación del concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), que la define como un efecto funcional de la enfermedad y su tratamiento según lo percibe el paciente. Es un concepto multidimensional que abarca componentes físicos, emocionales y sociales relacionados con la enfermedad y su tratamiento.

El concepto de CVRS apareció como palabra clave en las bases de datos de la literatura médica en 1975, se puede rastrear su origen hasta la definición de la salud de la OMS de 1946 y 1948. Inicialmente, se utilizó para llamar la atención sobre el hecho de que no solo la cura o la supervivencia de los pacientes debe ser considerada, sino también el bienestar de la persona. Su interés se relaciona con el examen de las consecuencias médicas y no médicas de la enfermedad, en la evaluación de los efectos del cuidado de la salud y el tratamiento sobre el bienestar del paciente en ramas de la medicina como la oncología (Tobias-Adamczyk como se citó en Juczynsky, 2006).

Lisart et al. (1995) señalan la CV, como parámetro de las ciencias de la salud. La mayoría de los expertos la perciben como una estructura multidimensional, que estaría a su vez constituida por una serie de dimensiones o factores. A continuación, se presentan algunos modelos que explican la CV.

### **1.2.3.1 El modelo de Calman**

Calman lo propuso en 1984, basado en tres aspectos: *multidimensionalidad* de la existencia humana, la *valoración subjetiva* a partir de la perspectiva de la persona enferma, los *elementos dinámicos* surgidos del proceso de afrontamiento de la situación de enfermedad con sus componentes psicológicos, sociales y culturales.

Desde esta perspectiva, la CV alcanza el reconocimiento del paciente como individuo. Se debe valorar el espectro de facetas, habitualmente llamadas dimensiones, áreas o dominios (tabla 1).

### **Tabla 1**

*Dimensiones de calidad de vida según Calman.*

---

***Dimensiones relacionadas con los problemas físicos***

---

Dimensión física: Presencia o ausencia de síntomas físicos.

Dimensión de toxicidad: Incluye efectos tóxicos y secundarios de los tratamientos.

Dimensión de la imagen corporal y movilidad: Se producen como consecuencia tanto de la enfermedad como de los tratamientos.

---

***Dimensiones relacionadas con los factores psicológicos, sociales y espirituales***

---

Dimensión psicológica: Capacidad del sujeto de afrontar la situación.

Dimensión interpersonal: Se extiende a los familiares y redes sociales inmediatas.

Dimensión de la felicidad: Se utilizan palabras como satisfacción, realización, alegría de vivir, capacidad de sentir placer y proporcionar placer.

Dimensión espiritual: Implica un sistema de creencias en la persona, que constituye una fuente de fortaleza, apoyo, filosofía central, percepción de sentido y paz consigo mismo.

Dimensión económica: Incluye costos del tratamiento, pérdida de ingresos, preocupaciones con la seguridad económica y del hogar a largo plazo.

---

***Dimensiones más amplias***

---

Dimensión individual: Incluyen expectativas y prioridades, trabajo, pasatiempos y logros.

Dimensión cultural: Abarca diferencias entre grupos de una misma nacionalidad y variaciones en el nivel socioeconómico.

Dimensión política: Incluye el empleo, salario, vivienda, servicios sociales y de salud.

Dimensión filosófica: Incluye dos escuelas filosóficas, 1) El utilitarismo y 2) Las teorías deontológicas.

Dimensión temporal: A medida que una persona envejece, sus esperanzas y aspiraciones cambian.

---

Nota: Adaptado de "Quality of life in cancer patients-an hypothesis" por K. Calman, 1984, p .124.

Calman (1984) señala que se puede decir que existe una buena calidad de vida en el momento presente cuando las esperanzas y expectativas de la persona se ven acompañadas y satisfechas por la experiencia.

### 1.2.3.2 El modelo de Wilson y Cleary

Wilson y Cleary (1995) parten de la integración de los dos paradigmas o modelos de salud: uno sostenido por los clínicos e investigadores de las ciencias básicas y otro por los científicos sociales. El paradigma de las ciencias sociales focaliza las dimensiones del funcionamiento y del bienestar global. El objetivo es establecer modos de medir adecuadamente las conductas y sentimientos complejos. Propone no solo identificar las dimensiones de la salud, sino que describe e identifica una serie de conceptos críticos en una cadena de causalidad, en la cual se sigue un orden de complejidad biológica, psicológica y social creciente (figura 2).

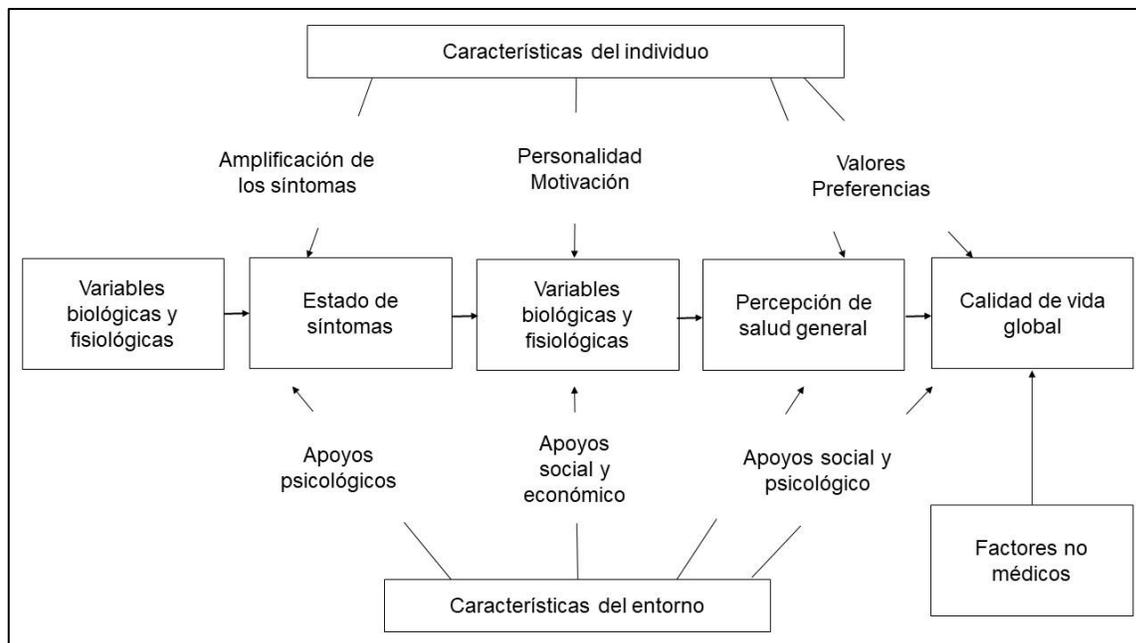


Figura 2. Relaciones entre las medidas de resultados en un modelo conceptual de calidad de vida relacionada con la salud según Wilson y Cleary. Adaptado de "Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes" por I. Wilson & P. D. Cleary, 1995, *The Journal of the American Medical Association*, 273(1) p.60.

Los *factores biológicos y fisiológicos* llegan hasta el nivel genético y molecular, estos son los determinantes fundamentales del estado de salud. El *nivel de los síntomas* tiene una jerarquía especial. A los efectos de incluir los síntomas físicos, psicológicos y los psicofísicos, se define síntoma como la percepción del paciente de un estado físico, emocional o cognitivo anormal.

En cuanto al *nivel de funcionamiento*, evalúan la capacidad de la persona de desarrollar tareas particulares definidas. En el nivel de las *percepciones de la salud general* aparece en forma separada, como una instancia de integración superior, en la que entran en juego, otros como la salud mental. De acuerdo con los autores, la importancia de este nivel de percepciones de salud general radica en que es el mejor predictor de la utilización de los servicios de medicina general, salud mental y mortalidad después de controlar otros factores clínicos. El modelo ubica las evaluaciones subjetivas de bienestar a través de medidas generales de felicidad o de satisfacción con la vida como un todo (Wilson & Cleary, 1995).

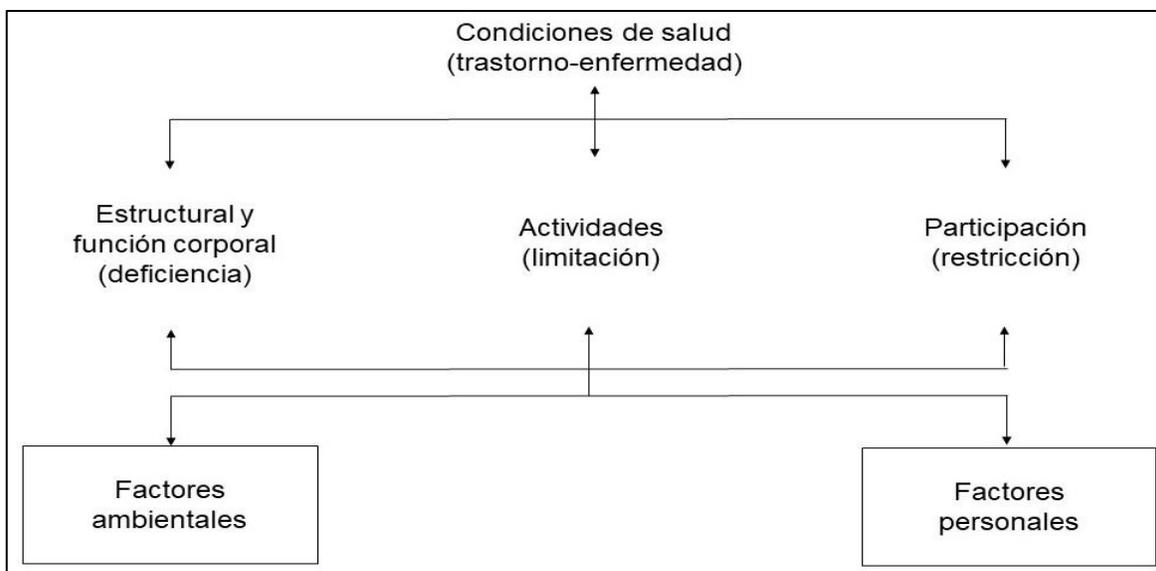
### **1.2.3.3 La Clasificación Internacional de Funcionalidad (CIF)**

La CIF es una clasificación que pertenece a la familia de la OMS que fue diseñada para registrar y organizar de manera estandarizada una amplia gama de información acerca de la salud, con un lenguaje común entre disciplinas y campos científicos a escala mundial (Dapueto, 2013).

Consta de dos componentes: 1) reúne información sobre funcionamiento y discapacidad, la que incluye los componentes *funciones corporales* (funcionamiento fisiológico y psicológico), *estructura corporal* (incluye al cuerpo y sus componentes), *actividades* (todas las acciones y tareas que realiza la persona) y *participación* (tiene que ver con la posibilidad de que la persona tome parte en las

situaciones vitales); 2) cubre los factores del contexto, que incluyen los factores *ambientales* (consisten en el entorno físico, social y actitudinal en el que se desarrolla la vida de la persona) y *personales* (características que influyen en la salud: la edad, la raza, el estado físico, los estilos de vida, los mecanismos de afrontamiento, las creencias, las experiencias pasadas de salud y de enfermedad).

La CIF propone un esquema (figura 3) por el cual estos factores interactúan llevando a que determinadas alteraciones del funcionamiento físico o de las estructuras corporales (deficiencias) que interfieran con las actividades y la participación (discapacidad) y, a la inversa, ciertas limitaciones en las actividades o restricciones en la participación pueden determinar cambios en el funcionamiento o en la estructura corporal. Todo ello modulado por factores ambientales y personales (Dapueto, 2013).



*Figura 3. Interacciones entre los componentes de la CIF. Adaptado de “La Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud (CIF) y la CVRS” por J.J. Dapueto, 2013, Calidad de vida. Marco conceptual, operacionalización y aplicaciones clínicas, p.42.*

### 1.2.3.4 Conceptualización del estado de salud

Durante los últimos años, la perspectiva del paciente con respecto a su salud y la enfermedad ha ganado considerable credibilidad. La atención de la sociedad, el gobierno y los proveedores de atención médica se ha ampliado más allá de la supervivencia y el estado biomédico en las áreas de resultados conductuales y psicosociales. La CV abarca el estado de salud personal y otros aspectos de la existencia humana. Algunas enfermedades y tratamientos pueden cambiar completamente la forma de vivir y pensar de un individuo (Ware, 1984).

John E. Ware (1984 como se citó en Dapuetto, 2013) propuso un modelo sobre la conceptualización del estado de salud. Para Ware, la salud implica: 1) completitud: la persona está completa; 2) funcionamiento adecuado: todo está trabajando de manera diferente y 3) bienestar: la salud es más que la ausencia de enfermedad. El desafío en cuestión es identificar un conjunto básico de conceptos de estado de salud y calidad de vida que justifiquen la medición de rutina en la atención del paciente (Ware, 1984).

A partir de esto, se diseñó el cuestionario Medical Outcome Study Short Form 36 (MOS SF-36), más conocido como SF-36 el cual es un instrumento genérico del estado de salud. Ware agrega el hecho de que la salud tiene dos componentes, el físico y el mental. Ejemplifica el concepto de estado de salud y calidad de vida con una serie de cajas que implican algo acerca de las prioridades de la evaluación de los cuidados en salud y de cómo los individuos experimentan la enfermedad, el tratamiento y los cambios de la salud a lo largo del tiempo (figura 4).

*La enfermedad* está en el centro porque la atención médica se centra en la enfermedad, específicamente, en los parámetros fisiológicos. El *funcionamiento*

*personal* es la capacidad para desempeñar la clase de tareas que la mayoría de las personas hacen en el día a día, incluyendo el autocuidado, la movilidad y las actividades físicas. La *salud mental* (distrés psicológico y bienestar psicológico), se considera como una categoría diagnóstica mayor debido a que se ve alterada por la enfermedad y el tratamiento.

La *percepción de la salud general*, abarca la evaluación personal de los tres conceptos de salud precedentes (enfermedad, funcionamiento personal y salud mental). El *funcionamiento del rol* se refiere a la capacidad de realizar actividades habituales asociadas con el rol individual tales como el empleo, las actividades escolares o tareas del hogar (Ware, 1984).

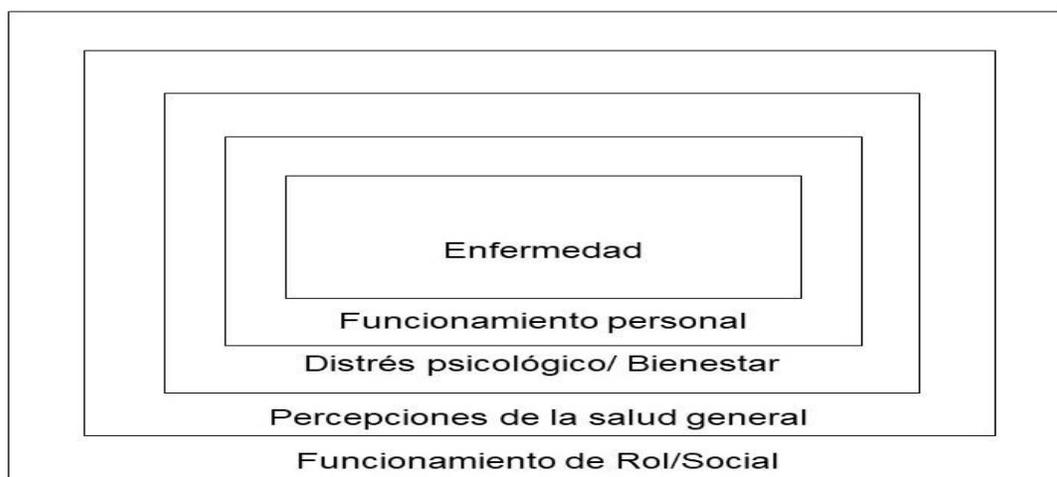


Figura 4. Conceptualización sobre el estado de salud. Adaptado de “Conceptualizing Disease Impact and Treatment Outcomes” por J. E. Ware, 1984, *Cancer*, 53, p. 2317.

La propuesta de Ware es eminentemente práctica. Busca generar un modelo de medida de estados de salud que permita a los investigadores seleccionar el o los instrumentos con mayor probabilidad de proporcionar información relevante. Aunque se refiere a su propuesta como medidas genéricas del estado de salud y

calidad de vida, elude incorporar una dimensión de calidad de vida dentro de los conceptos de salud que incluye su modelo (Dapueto, 2012).

La conceptualización de CVRS, se ha convertido en un tema de interés, no solo por la implicación que tienen en el mismo paciente, sino los efectos que pueden generar en la familia y en su entorno. Anteriormente, la evaluación de los tratamientos para el cáncer se había dirigido a medidas de evaluación desde la parte biológica, la enfermedad y la supervivencia. A partir de los años 90 aumentó el interés por evaluar otras dimensiones de carácter subjetivo y relacionado a la percepción del paciente sobre la CV con el fin de proporcionar mejor cuidado (Cruz, Moreno & Angarita, 2013).

Castañeda et al. (2015) señalan que la calidad de vida en el paciente oncológico y con enfermedades crónico-degenerativas en fase avanzada es para la medicina y los CP la parte central de su atención. Pero a pesar de los avances logrados en el diagnóstico y tratamiento de todos los tipos de cáncer en las últimas dos décadas, solo una pequeña porción (menos de 50%) de los pacientes oncológicos son curados. Una porción muy alta de estas curaciones ocurre en pacientes con etapas clínicas tempranas que reciben tratamientos basados en cirugía o radioterapia y solo una fracción muy baja es curada con quimioterapia y otros agentes como los modificadores de la respuesta biológica.

#### **1.2.4 Intervención Cognitivo-Conductual en pacientes con cáncer**

De acuerdo a Trull y Phares (2003), la TCC busca modificar las cogniciones y conductas que complican los problemas de salud a través de técnicas basadas en la investigación científica. Se han usado intervenciones cognitivo-conductuales sobre componentes psicológicos de problemas de salud, incluyendo el distrés

relacionado con el cáncer y sus tratamientos. La presencia y la intensidad de las alteraciones psicológicas de estos pacientes, dependerá de diversos factores como pueden ser, las variables anteriores a la enfermedad, los recursos de afrontamiento, sistema de creencias, soporte social, familiar y también las diversas etapas de la enfermedad, tratamiento médico, entre otros (González, González & Estrada, 2015).

Los objetivos de la TCC en cáncer se dividen en dos grupos: 1) abordaje de problemas psicológicos asociados al diagnóstico, tratamiento, período de seguimiento y, 2) manejo de efectos secundarios del tratamiento oncológico como náusea, vómito, dolor, insomnio, incontinencia y disfunción sexual. La TCC ha mostrado eficacia disminuyendo niveles de estrés, ansiedad, depresión, dolor, fatiga, insomnio y promoviendo estrategias de afrontamiento más adaptativas en el paciente oncológico (Galindo et al., 2013). Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa (2010) señalan que la TCC busca modificar las cogniciones y conductas que complican los problemas de salud a través de técnicas basadas en la investigación científica. Algunas técnicas que se han utilizado para trabajar con pacientes oncológicos en cuidados paliativos son:

#### **1.2.4.1 Psicoeducación**

La psicoeducación es un proceso educativo mediante el cual el facilitador detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y óptimo abordaje de un padecimiento desde su entorno, e implica también consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema (Anderson, Reiss & Hogarty, 2001). Albarrán y Macías (2007) mencionan que la psicoeducación se plantea como un modelo de intervención en el tratamiento integral de las enfermedades mentales. Surge del trabajo con familias y sujetos

diagnosticados con esquizofrenia y su primera articulación se encuentra en los trabajos de George Brown (1972), en particular su concepto de Emoción Expresada, acuñado en base a la observación de la interacción de familiar en la que alguno de sus miembros presentaba un cuadro diagnosticado de esquizofrenia.

En el campo de la salud, la psicoeducación ayuda a los pacientes a afrontar la ausencia de información vital para la toma de decisiones y comprensión, la aceptación del tratamiento médico y las preocupaciones (Phillips et al., 2008).

#### **1.2.4.2 Solución de problemas**

D' Zurilla y Nezu (2010) mencionan que la terapia en solución de problemas es una dirigida a incrementar la habilidad de un individuo para generar alternativas de resolución, es decir, para afrontar las experiencias estresantes de la vida, poder identificar y poner en marcha las opciones de afrontamiento más adaptativas y eficientes. Los objetivos son reducir la psicopatología, optimizar el funcionamiento psicológico y conductual, maximizando a su vez la CV. Las fases propuestas son:

1. Orientación hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de alternativas de solución.
4. Toma de decisiones.
5. Implementación de la solución y verificación.

Se ha observado que los enfermos oncológicos con escasas capacidades de solución de problemas suelen presentar niveles más altos de síntomas depresivos, ansiosos y más problemas relacionados con su enfermedad. De este modo, el malestar psicológico y los problemas emocionales a los que se podrían enfrentar

serían más fácil de resolverse si se desarrollan sus capacidades de solución de problemas y esto les permitiría tratar eficazmente con las demandas de la enfermedad y desarrollar métodos para alcanzar sus metas personales y satisfacer sus necesidades. Además, la solución de problemas va a permitir contrarrestar los efectos negativos del estrés, restablecer el control y fomentar el bienestar subjetivo del paciente (Marrero & Carballeira, 2002).

#### **1.2.4.3 Planificación de actividades**

Landa-Ramírez, Greer, Vite-Sierra, Sánchez-Román y Riveros-Rosas (2014) mencionan que en pacientes oncológicos se considera indispensable trabajar en la planeación de actividades generales, metas y tareas diarias las cuales son acordes al estado físico del paciente. Uno de los principales problemas identificados es que, debido al avance de la enfermedad, los pacientes se fatigan y dejan de hacer actividades en su día a día, fomentando el desarrollo de ansiedad y depresión.

Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, & Pagoto (2011) señalan que el enfoque de este tratamiento es aumentar el comportamiento saludable. Se pide al paciente que, durante una semana, registre todas las actividades que realiza. Esto es útil porque nos ayudará a identificar el patrón de sus conductas y estados de ánimo. Además, nos proporcionará una medida de su nivel de actividad actual, que luego se puede comparar con el nivel de actividad más adelante en el tratamiento.

Esta información, permitirá evaluar el nivel de agrado, importancia y dificultad utilizando de cada actividad. También, ayudará al paciente a pensar en las diferentes áreas de su vida (relaciones, educación/carrera, recreación/intereses, mente/cuerpo/espiritualidad y responsabilidades diarias) y las actividades que puede hacer para vivir de acuerdo a sus valores. Con esta información, el paciente

podrá realizar una selección y clasificación de actividades para poder comenzar con las más fáciles. Las posibilidades de mejorar su estado de ánimo son más probables cuando cuenta con el apoyo de otros para sus actividades saludables. Pedir ayuda a integrantes de su red de apoyo probablemente le permitirá realizar actividades saludables de la manera en que el paciente lo necesite (Lejuez et al., 2011).

### **1.3 Justificación**

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía ([INEGI], 2018) durante el 2017, el 88.6% de las defunciones se debieron a enfermedades y problemas relacionados con la salud. Las tres principales causas de muerte son: enfermedades del corazón (141 619, 20.1%), diabetes mellitus (106 525, 15.2%) y tumores malignos (84 142, 12%). La acelerada transición demográfica, epidemiológica y nutricional que vive el país, hace susceptible a la población de presentar diversos factores de riesgo para cáncer, como el envejecimiento, fumar, consumir alcohol, consumo bajo de frutas y vegetales, entre otros, lo que puede conllevar al incremento en el número de casos y fallecimientos debidos a neoplasias malignas (Reynoso-Noverón & Torres-Domínguez, 2018).

Un porcentaje considerable de las personas diagnosticadas con cáncer se ven afectadas por problemas psicológicos. Los resultados de un reciente metaanálisis, basado en estudios que utilizaron entrevistas clínicas estructuradas, mostraron que la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con cáncer alcanza el 32% (Aguirre-Camacho & Moreno-Jiménez, 2017). Para poder realizar una intervención psicológica que tenga efecto en el paciente, es necesario realizar una adecuada evaluación, en donde se identifiquen y cuantifiquen factores conductuales,

cognitivos, afectivos y sociales que puedan interferir en su tratamiento, en la adaptación a la enfermedad y las consecuencias de la misma (Sierra, 2017).

La Organización Europea para el Estudio y Tratamiento del Cáncer, ([EORTC] como se citó en Aaronson, et al., 1993) inició un programa de investigación (protocolo EORTC 15861) para desarrollar un sistema de medición integrado para evaluar la CV de los pacientes. La intención era generar un cuestionario que incorporara una gama de problemas de salud física, emocional y social relevantes para pacientes con cáncer. La EORTC creó el cuestionario general QLQ-C30 que además de ser específico para cáncer, cubriera al menos cuatro dimensiones básicas: síntomas de la enfermedad y toxicidad, funcionamiento físico, rol psicológico y social (Arraras, Martínez, Manterota & Laínez, 2004).

La TCC es una de las intervenciones psicológicas más usadas, debido a que se ha demostrado ser efectiva para reducir malestar emocional y controlar síntomas físicos en el paciente con cáncer y puede ser administrada por periodos breves (Garnefski, Grol, Kraaij & Hamming, 2009; Greer, Park, Prigerson & Safren, 2010; Murillo & Pedraza, 2006; Wojtyna, Zycinnska & Stawiarska, 2007). La TCC ha mostrado eficacia disminuyendo niveles de estrés, ansiedad, depresión, dolor, fatiga, insomnio y promoviendo estrategias de afrontamiento más adaptativas en el paciente oncológico (Galindo, et al., 2013; Villoria, Fernández, Padierna & González, 2015).

A continuación, se presenta una propuesta metodológica la cual se encuentra redactada para ser aplicada por futuros residentes que trabajen con pacientes con cáncer en CP.

## 1.4 Método

### 1.4.1 Pregunta de investigación.

¿Cuáles serán las diferencias en los niveles de CVRS en pacientes con cáncer en CP antes y después de una intervención cognitivo-conductual?

### 1.4.2 Objetivos

#### ***Objetivo general***

Identificar las diferencias en los niveles de CVRS en pacientes con cáncer en CP antes y después de una intervención cognitivo-conductual.

#### ***Objetivos específicos***

- Describir los niveles de dolor percibido en pacientes con cáncer en CP, antes, durante y después de la intervención.
- Describir los niveles de depresión, ansiedad y CVRS previos a la intervención cognitivo-conductual en pacientes con cáncer en CP.
- Describir los niveles de depresión, ansiedad y CVRS posteriores a la intervención cognitivo-conductual en pacientes con cáncer en CP.
- Describir las posibles diferencias entre los niveles de depresión, ansiedad y CVRS, previo y posterior a la intervención cognitivo-conductual en pacientes con cáncer en CP.

### 1.4.3 Hipótesis

#### **Hipótesis de investigación**

Existirá diferencias entre el pre-test y pos-test en el nivel de la CVRS con la implementación de la intervención cognitivo-conductual.

## **Hipótesis estadísticas**

Hi: Habrá diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y pos-test en el nivel de la CVRS con la implementación de la intervención cognitivo-conductual.

Ho: No habrá diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y pos-test en el nivel de la CVRS con la implementación de la intervención cognitivo-conductual.

### **1.5 Diseño**

La presente investigación parte de la *metodología cuantitativa*, debido a que se espera que los resultados sean procesados bajo un análisis estadístico, se basa en el *paradigma experimental*, ya que se propone una intervención psicoterapéutica. Se plantea un diseño pre-experimental con pre-test y pos-test, dadas las condiciones de la población, solamente se espera trabajar con un grupo (sin grupo comparativo) para poder medir el efecto de la variable independiente (Intervención cognitivo-conductual), sin alcanzar un nivel de control elevado (sin aleatorización).

#### **1.5.1 Participantes**

Se realizó un cálculo de muestreo para población conocida con un nivel de confianza del 95% y un error  $\pm 5$ , por lo que se requerirían de 33 pacientes con cáncer en cuidados paliativos de la Clínica del Dolor del Hospital Juárez de México. De realizarse este estudio en un futuro, es necesario considerar adversidades que se presentaron dentro del servicio y del hospital, los cuales son detalladas en las conclusiones.

### Criterios de inclusión

- a) Pacientes de cualquier sexo
- b) Pacientes con un rango de edad entre 30 a los 55 años
- c) Pacientes que tengan una puntuación Karnofsky de 60-70
- d) Pacientes que tengan una puntuación ECOG de 2
- e) Pacientes diagnosticados con cáncer y se encuentre en cuidados paliativos

### Criterios de exclusión

- a) Pacientes con puntuaciones de Karnofsky menores a 60
- b) Pacientes con puntuaciones de ECOG mayores a 2
- c) Pacientes que se encuentren en un tratamiento psicológico
- d) Pacientes que tengan otro tipo de enfermedad crónica

### Criterios de eliminación

- a) No cumplir con las normas establecidas por el programa
- b) No completar el programa de intervención psicológica (mínimo en un 90%)
- c) El paciente ya no pueda acudir porque empeore su estado de salud
- d) El paciente fallezca durante el proceso

### **1.5.2 Espacio físico**

Consultorio de la Clínica del Dolor que se encuentra en el primer piso del Hospital Juárez de México.

### **1.5.3 Materiales**

- 1) Consentimiento informado elaborado de acuerdo a los lineamientos de la Clínica del Dolor del Hospital Juárez de México (anexo 3)

- 2) Material de apoyo (anexo 8) el cual se utilizará durante el proceso de intervención con material psicoeducativo para los temas de CVRS, CP, Planeación de Actividades y Solución de Problemas.

#### **1.5.4 Variables**

VD: Calidad de vida relacionada con la Salud

Definición conceptual: efecto funcional de la enfermedad y su tratamiento según lo percibe el paciente. Es un concepto multidimensional que abarca componentes físicos, emocionales y sociales relacionados con la enfermedad y su tratamiento (Schipper, 1999 como se citó en Juczynsky, 2006).

Definición operacional: Puntuación del cuestionario QLQ-C30, que es un cuestionario específico para cáncer que valora la Calidad de Vida.

VD: Dolor

Definición conceptual: experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión (The International Association for the Study of Pain [IASP], 1994).

Definición operacional: Puntuación de EVA de dolor

VI: Intervención cognitivo-conductual

Definición operacional: Basada en psicoeducación, entrenamiento en elementos de solución de problemas y planeación de actividades.

### **1.5.5 Instrumentos**

#### Escala Karnofsky

Valora el estado funcional de pacientes oncológicos, muestra el valor asignado a cada paciente de acuerdo con su grado de enfermedad y estado funcional. Es una tabla descendiente que va de la normalidad a la muerte. Los pacientes con un valor igual o superior a 60 son capaces de satisfacer la mayoría de sus necesidades, mientras que aquellos con un valor igual o inferior a 30 están totalmente incapacitados y necesitan tratamiento de soporte activo (Puiggro, Lecha, Rodríguez, Pérez-Portabella & Planas, 2009) (anexo 1).

#### ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)

Se trata de una escala de medida de la repercusión funcional de la enfermedad oncológica en el paciente como criterio de progresión. Calibra de cero a cinco los descriptores que caracterizan cada categoría (Nabal, Pascual & Llombart, 2006) (anexo 2)

#### Cuestionario QLQ-C30

Mide calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer, consta de dos escalas funcionales (física, de rol, cognitiva, emocional y social), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náusea/vómito), escala global de estado de salud, seis escalas de un solo ítem (disnea, insomnio, pérdida de estreñimiento, diarrea y dificultades financieras). Validado para uso en población mexicana por Oñate-Ocaña et al. (2009) mostrando un coeficiente de alfa de Cronbach mayor a .70 y adecuadas propiedades psicométricas en esta población (Sierra, 2017) (anexo 4).

### Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

Tiene como fin identificar la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en el contexto hospitalario, es una herramienta conformada por 14 ítems que considera dimensiones cognitivas y afectivas, que omite aspectos somáticos y así evita atribuirlos a la enfermedad. Consta de dos subescalas de siete ítems intercalados. Cada ítem tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de cero a tres, para un total de 0 a 21. 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 (Galindo et al., 2015) (anexo 5).

### Entrevista conductual

Es un procedimiento de evaluación que permite recolectar datos. Sirve para definir, analizar tanto los problemas como los comportamientos positivos del paciente. Además, cumple, en mayor o menor medida, otras funciones: ofrecer la oportunidad para establecer una buena relación terapéutica, reestructurar el modo que tiene el paciente de ver sus problemas, aliviar su tensión, motivarle hacia el tratamiento, aumentar sus expectativas de éxito, establecer objetivos del tratamiento y evaluar los resultados de la intervención (Bados & García, 2014) (anexo 6).

### Escala Visual Analógica (EVA) de dolor

Serrano-Atero et al. (2002) señalan que esta escala permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones externas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide

al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad (anexo 8-sección tareas). La valoración será:

1. Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de tres.
2. Dolor moderado si la valoración se sitúa entre cuatro y siete.
3. Dolor severo si la valoración es igual o superior a ocho.

### **1.5.6 Procedimiento**

#### Fase 1: Identificación de los pacientes

Se identificarán en el área de consulta externa de la Clínica del Dolor el/la paciente que sea posible candidato al programa. Se hará una valoración de su estado funcional con las escalas Karnofsky y ECOG (anexo 1 y 2). Se realizará la invitación al paciente que cumpla con los criterios establecidos.

#### Fase 2: Evaluación

Se llevará a cabo una evaluación de tres sesiones semanales con una duración de una hora cada una. Se aplicará el cuestionario QLQ-C30, HADS (anexo 4 y 5) y la entrevista conductual (anexo 6). Durante esta fase, se explicará a el/la paciente en qué consiste el protocolo de investigación y se le pedirá que firme el consentimiento informado (anexo3). Así mismo, se le proporcionará el material de apoyo que se utilizará durante el proceso de intervención (anexo 8). Durante todo el proceso de evaluación e intervención el/la paciente llevará a cabo un registro diario de dolor. Las sesiones serán individuales y se llevarán a cabo en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México.

#### Fase 3: Intervención Cognitivo-Conductual

La intervención consistirá de cinco sesiones semanales con una duración de hora y media. Se utilizarán las siguientes técnicas: Psicoeducación, Solución de

Problemas y Planificación de Actividades (anexo 7). En la sesión 8 se realizará nuevamente una valoración del estado funcional de los pacientes, de acuerdo a las escalas Karnofsky y ECOG y se aplicará nuevamente el cuestionario QLQ-C30 y HADS.

#### Fase 4: Seguimiento

Una vez que termine el proceso de intervención, se llevará a cabo la última evaluación vía telefónica, en aplicará el cuestionario QLQ-C30, HADS y evaluación de la semiología del dolor.

#### Fase 5: Análisis de datos

Con la obtención de datos se pretende realizar un análisis descriptivo con los datos sociodemográficos. Así mismo, hace la comparación de los resultados pre-test y pos-test a través de una prueba no paramétrica T de Wilcoxon. Finalmente, hacer una descripción con las puntuaciones obtenidas con los registros de dolor.

## **1.6 Conclusiones**

El objetivo del presente trabajo fue elaborar una propuesta metodológica el cual se cumplió, sin embargo, su implementación no pudo llevarse a cabo por las siguientes causas:

Se tenía contemplado el período de enero de 2018 a junio de 2019. Los primeros meses, permiten al médico conductual conocer el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México, las necesidades de los pacientes y la manera en que pueden beneficiarse con la atención psicológica. Posteriormente, se comienza a diseñar el protocolo de investigación de la mano de la tutora y supervisora. Finalmente, se selecciona al o los participantes que pueden ser candidatos a colaborar en el proyecto y se aplica el protocolo.

A pesar de que se diseñó un cronograma de actividades, durante este período se presentaron inconvenientes ajenos al investigador. En primer lugar, los problemas internos entre la administración del Hospital Juárez de México, el servicio de salud mental, la coordinación de la residencia en Medicina Conductual y el supervisor in situ. La falta de acuerdos, provocó en primer lugar que, a partir del mes de abril de 2019 comenzará a prohibirse la atención psicológica a pacientes en consulta externa. Posteriormente, la rotación culminó antes del tiempo establecido a principios del mes de mayo.

Otra de las complicaciones fue que, a pesar de que en el servicio de Clínica del Dolor el trabajo del médico conductual es reconocido por parte del equipo médico, aún se tienen limitaciones como es el uso de un espacio físico exclusivo del psicólogo. Esto resultó un problema, debido a que el espacio es compartido con las citas médicas de los pacientes de la clínica, por lo cual se tenían establecidos ciertos

días y horarios para la atención psicológica que a veces no coincidía con los pacientes que fueron invitados al proyecto.

El servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos es un servicio interconsultante, lo cual implica que muchos pacientes tengan un servicio base como es el caso del servicio de Oncología. Esto implicaba, que algunos pacientes ya estuvieran en un tratamiento psicológico. Por otra parte, en el servicio de Oncología existía otra doctora que se encargaba de atender a pacientes paliativos de dicho servicio. Todo esto provocó, durante la estancia del médico conductual el número de pacientes oncológicos disminuyera. La cantidad de pacientes que se atendían en enero de 2018 al mes de abril 2019 era mucho menor. Lo cual provocó que las necesidades que se presentaron al inicio, fueran cambiando con el transcurso del tiempo.

Debido a las condiciones físicas de los pacientes con cáncer en CP como dolor, mareos, náuseas, complicaciones para caminar, limitaciones económicas para asistir al hospital y falta de apoyo social, fue complicado que algunos pacientes quisieran participar en el protocolo, debido a esta situación solamente se invitó a dos participantes que cumplían con los criterios de inclusión establecidos. El primer paciente firmó el consentimiento informado y contestó el primer cuestionario de evaluación, sin embargo, mostró poca disponibilidad para continuar con el protocolo. Por ejemplo, se presentaron dificultades para contactar al paciente, asistir a las sesiones psicológicas y durante ese período el paciente mostró molestias físicas como la presencia de dolor que lo incapacitaba para asistir al hospital.

La segunda paciente fue detectada por el equipo médico en consulta externa, sin embargo, en primera instancia fue complicado ponerse en contacto con ella.

Posteriormente, la paciente acudió al taller anual para cuidadores en donde se le comentó y explicó en qué consistía el protocolo de investigación al cual acepto participar, pero fue complicado adaptarse a los horarios disponibles de la paciente, debido a que no coincidían con los que se tenían establecidos en la clínica para poder atenderla. Al presentarse la prohibición por parte del hospital para atender pacientes en consulta externa, se tuvo que explicar a los pacientes y darles las gracias por su cooperación.

Por otra parte, el tema de CVRS puede resultar complejo debido a que no existe una definición establecida, esto se debe a que existen diversos marcos teóricos y su estudio a través de los años ha hecho que el concepto vaya teniendo variaciones. Por ejemplo, en un principio se estableció el concepto de CV para hablar de una buena vida en un sentido de consumidor. Posteriormente, se fueron agregando valores como libertad, satisfacción y esferas de vida, lo cual ya implicaba que se tomará en cuenta la percepción de la persona.

La introducción del concepto de CV en el campo de la salud, analiza el impacto de las enfermedades y su tratamiento sobre el bienestar y la satisfacción de los pacientes. Para la propuesta de este protocolo, se tomó como base las definiciones establecidas por la OMS, tanto para el concepto de salud como para el de calidad de vida, debido a que se consideran cuestiones como el bienestar físico, mental y social. En pacientes oncológicos resulta relevante hablar de los efectos tanto de la enfermedad como de los tratamientos. Dentro del aspecto de CV, debe considerarse aspectos como la subjetividad de la evaluación, temporalidad, la relación con el estado de salud.

Otro punto, es la creación de diversos instrumentos y cuestionarios para medir la CVRS. Cuestionarios como WHOQOL, SF-36, MQOL, HQLI, entre otros, han mostrado ser válidos y confiables en este campo, para fines de este protocolo se decidió utilizar el QLQ-C30 debido a que es el único cuestionario validado con pacientes oncológicos (diversos tipos de enfermedades oncológicas) en México. Además, se contemplaron los índices Karnofsky y ECOG los cuales son utilizados en las consultas médicas para medir el nivel de funcionalidad de los pacientes, sin embargo, también se han utilizado como instrumentos de medición de la CV.

Otro aspecto es la percepción que el paciente tiene sobre su estado emocional. A pesar de que el cuestionario QLQ-C30 aborda este punto en una de sus dimensiones, se decidió complementar con la entrevista conductual y la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la cuál ha sido utilizada con este tipo de población. Como se ha mencionado a lo largo del texto, es necesario contemplar dentro de la evaluación de la CVRS el aspecto emocional en el proceso de enfermedad del paciente.

El apoyo psicológico en pacientes con cáncer en cuidados paliativos, puede ser una parte fundamental para mejorar su calidad de vida. La TCC ha resultado efectiva en la práctica clínica en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas por el sustento tanto teórico como empírico que ha demostrado. En estudios revisados como el de Albarrán, 2007; Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa, 2010; Greer et al., 2010; Landa-Ramírez et al., 2014; Marrero y Carballeira, 2002; Phillips et al., 2008; Wojtyna et al., 2007; Zimmermann et al., 2014; las técnicas seleccionadas mostraron efectividad en este tipo de pacientes. La psicoeducación

es fundamental debido al desconocimiento de información relacionada con la enfermedad o posibles tratamientos.

Durante esta fase, los pacientes pueden presentar diversas problemáticas relacionadas con el final de la vida, por lo que, la técnica de solución de problemas puede permitirles tomar la decisión más adecuada ante su problemática principal. Finalmente, cuando los pacientes comienzan a presentar complicaciones físicas dejan de realizar actividades, lo cual también puede traer como consecuencia que su estado de ánimo decaiga, por lo tanto, la planeación de actividades permite a los pacientes encontrar actividades que sean de agrado y se acoplen de acuerdo a sus necesidades y limitaciones físicas que van presentando.

Uno de los principales objetivos de los cuidados paliativos es el manejo del dolor, en donde pueden utilizarse diversas medidas farmacológicas o intervenciones para el control del mismo. La presencia de dolor puede ser una variable que complique el proceso de la intervención psicológica. En este proyecto únicamente se propone realizar una evaluación (EVA de dolor) para observar si se encuentra controlado.

A pesar de que esta propuesta se encuentra dirigida a los pacientes, se puede considerar trabajar con los cuidadores, ya que ellos son una parte fundamental en este proceso. Cuando un paciente se encuentra en CP, afecta tanto a él/ella como a su entorno social. El asistir al hospital, puede resultar cada vez más complicado para el paciente, debido a las limitaciones físicas como emocionales. El trabajo en equipo puede facilitar su intervención tanto médica como psicológica.

Como sugerencia para los próximos médicos conductuales que trabajen con este tipo de pacientes, es considerar en primera instancia las necesidades del servicio, las cuales desafortunadamente puede ir cambiando con el transcurso de los meses.

Otro punto es contemplar dentro de los criterios de inclusión el tipo de cáncer que tenga el paciente debido a que esto puede ser una variable que influya. Dentro de la estancia en el hospital, se observó que en ciertos pacientes el transcurso de la enfermedad progresaba más rápidamente, por ejemplo, en pacientes con cáncer gástrico. Finalmente, contemplar el número de pacientes que pueden ser candidatos a participar en el proyecto de investigación para ver si puede ser viable o no.

## ***Reporte de experiencia profesional***

## **2.1 Marco Teórico**

### **2.1.1 Medicina Conductual**

Nakao (2016) y Ayers, Althouse & Dredze (2014) señalan que la medicina conductual es un campo interdisciplinario que combina la medicina, la psicología y la ciencia social, que observan los factores psicológicos y conductuales que son relevantes para algunas de las enfermedades crónicas más comunes, por ejemplo, cáncer, dolor crónico, enfermedades cardiovasculares, diabetes, entre otras. Con un mayor reconocimiento y apoyo empírico para la contribución de variables psicológicas y conductuales en el desarrollo, mantenimiento, y/o exacerbación de enfermedades viene la necesidad de incrementar las opciones de tratamiento que incorpora el conocimiento de la ciencia bioconductual (Trask, Schwartz, Deaner & Paterson, 2002). La medicina conductual incorpora las aportaciones científicas, tecnológicas y profesionales de otros campos, pues reconoce que las aportaciones de diversas disciplinas, es necesaria para comprender la naturaleza multifacética de los problemas de salud en el mundo contemporáneo, demostrando así su éxito (Rodríguez, 2010).

El término Medicina Conductual fue utilizado inicialmente por Birk (1973 como se citó en Reynoso y Seligson, 2005) para señalar el uso de la retroalimentación biológica (biofeedback) como una terapia de aprendizaje para el tratamiento de algunos desordenes médicos, con la finalidad de poder intervenir desde una perspectiva conductual en problemas como la epilepsia, el dolor de cabeza tensional, las migrañas y la enfermedad de Reynaud.

El surgimiento formal de la Medicina Conductual fue durante la conferencia de Yale de 1977, en el cual se establecieron dos acuerdos relevantes para el desarrollo

del área: 1) la necesidad de contar con una definición inicial y 2) que permitiera clarificar el accionar de los psicólogos conductuales. Con base en lo anterior, se estableció la primera definición de medicina conductual:

“Medicina conductual es el campo enfocado en el desarrollo de conocimiento y técnicas de las ciencias conductuales relevantes para la comprensión de la salud y enfermedades físicas y la aplicación de ese conocimiento y esas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación” (Schwartz y Weiss, 1978, p. 249).

Con el paso del tiempo, gran cantidad de investigadores de la medicina conductual, propusieron modificaciones para dar cuenta a los elementos que consideraban relevantes. A continuación, se presenta una definición más reciente:

**“Medicina Conductual** es un campo interdisciplinario de investigación y de práctica clínica que se enfoca en las interacciones entre el ambiente físico y social, la cognición, conducta y biología en la salud y la enfermedad, supone un abordaje integral del paciente partiendo de la evidencia empírica que revela que la conducta puede generar enfermedades, así como que las enfermedades modifican el comportamiento. Este campo se interesa en estudiar y modificar el comportamiento de la persona enferma en el contexto hospitalario; considerando sus creencias, sentimientos y pensamientos relacionados con la enfermedad, su curación, la participación de la familia, los médicos, los medicamentos, el hospital, la muerte, etc. (Reynoso, 2013)”.

El médico conductual puede intervenir en diversas áreas del ámbito hospitalario como: clínica del dolor, hematología, medicina interna, oncología, pediatría, trasplantes, entre otros.

Ortega y López (2005) mencionan que la aportación del psicólogo en el área de clínica del dolor, incluye aspectos relativos a la atención tanto de pacientes con enfermedad terminal y a sus familiares, como a los diferentes miembros del equipo multidisciplinario. La actuación psicológica puede llevarse a cabo en cuatro periodos tanto con los pacientes con los familiares: 1) antes del impacto ocasionado por la aparición de la enfermedad, 2) tras el diagnóstico de la enfermedad y el comienzo de la intervención, 3) durante el avance de la enfermedad y el proceso de muerte, 4) tras la muerte del paciente.

Bader et al. (2009) afirma que las intervenciones cognitivo-conductuales ayudan a que en algunos pacientes disminuya la percepción de angustia generada por el dolor mediante el desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento y modificación de pensamientos, sentimientos y conductas. Las técnicas de relajación pueden reducir la tensión muscular, la excitación emocional o incrementar la tolerancia al dolor. Otros métodos disminuyen la ansiedad de anticipación, que puede llevar a conductas de evitación, o reducen la angustia asociada al dolor.

En el abordaje de problemas crónicos la implicación de la familia, es esencial para que el tratamiento psicológico funcione correctamente. El desarrollo de programas específicos relacionados con la sobrecarga de trabajo e impacto emocional que se produce como consecuencia de la cercanía del paciente en el proceso de enfermedad se han mostrado útiles. Dichos programas muestran un beneficio tanto para los cuidadores como para los pacientes. La intervención debe apoyar la adaptación natural que el paciente debe hacer a su vida (Vallejo, 2005).

Con base a lo anterior, podemos resaltar que la medicina conductual es un campo que ha tenido grandes aportaciones en aspectos conductuales y sociales

que influyen en el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas. El dolor puede ser un factor que provoque malestar físico y emocional en los pacientes, por lo que es de suma importancia realizar una intervención multidisciplinaria con médicos, enfermeras y el servicio de psicología para mejorar la calidad de vida de los pacientes. A continuación, se presenta una breve descripción de la sede hospitalaria donde se realizan las prácticas profesionales por parte de los residentes de medicina conductual particularmente en el servicio de Clínica del Dolor.

## **2.2 Sede Hospitalaria**

La residencia en Medicina Conductual lleva a cabo sus actividades en el Hospital Juárez de México (HJM), la cual es una institución adscrita a la Secretaría de Salud, incluida dentro de los Hospitales Federales de Referencia; brinda servicios en nivel de alta especialidad a la población del Distrito Federal y Estados Cercanos. Se encuentra ubicado en el norte de la ciudad, en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Delegación A. Madero, CP. 07760 (Hospital Juárez de México, 2015b).

El HJM cuenta con siete edificios en los cuales se encuentran distribuidos los diferentes servicios, *edificio A*: consulta externa, *edificio B1 y B2*: imagenología, servicios médicos y administración, *edificio C*: urgencias, oncología, medicina física y rehabilitación, quirófanos, hemodinamia, terapia intensiva, tococirugía y helipuerto, *edificio D*: hospitalización, *edificio E*: investigación y enseñanza, *edificio de servicios generales*. El hospital tiene una dotación de 535 camas, además de 69 consultorios de diferentes servicios para la consulta externa (Quintero, 2014).

El HJM (2012a), derivado de las facultades conferidas por su Decreto de Creación tiene entre otras funciones:

- 1) Contribuir al cumplimiento del derecho a la protección de la salud.
- 2) Prestar servicios de Hospitalización y de consulta en las especialidades que cuenta.
- 3) Diseñar y ejecutar programas y cursos de capacitación, enseñanza y especialización de personal profesional, técnico y auxiliar.
- 4) Impulsar a la realización de estudios de investigación básica, clínica y experimental.
- 5) Apoyar la ejecución de los programas sectoriales, especiales y regionales de salud.
- 6) Difundir información técnica y científica sobre los avances que en materia de salud registre, así como publicar resultados de las investigaciones.
- 7) Impulsar la participación ciudadana en el autocuidado de la salud.
- 8) Proporcionar servicios de salud, particularmente en el campo de alta especialidad de la medicina.
- 9) Formar recursos humanos en el campo de las especialidades médicas con que cuenta el hospital.
- 10) Promover y realizar reuniones y eventos de intercambio científico, de carácter tanto nacional como internacional y celebrar convenios de intercambio con instituciones afines.

El HJM es una institución que brinda diversos servicios de salud, incluyendo las siguientes especialidades, las cuales se presentan de acuerdo a la división administrativa que correspondan (figura 5):

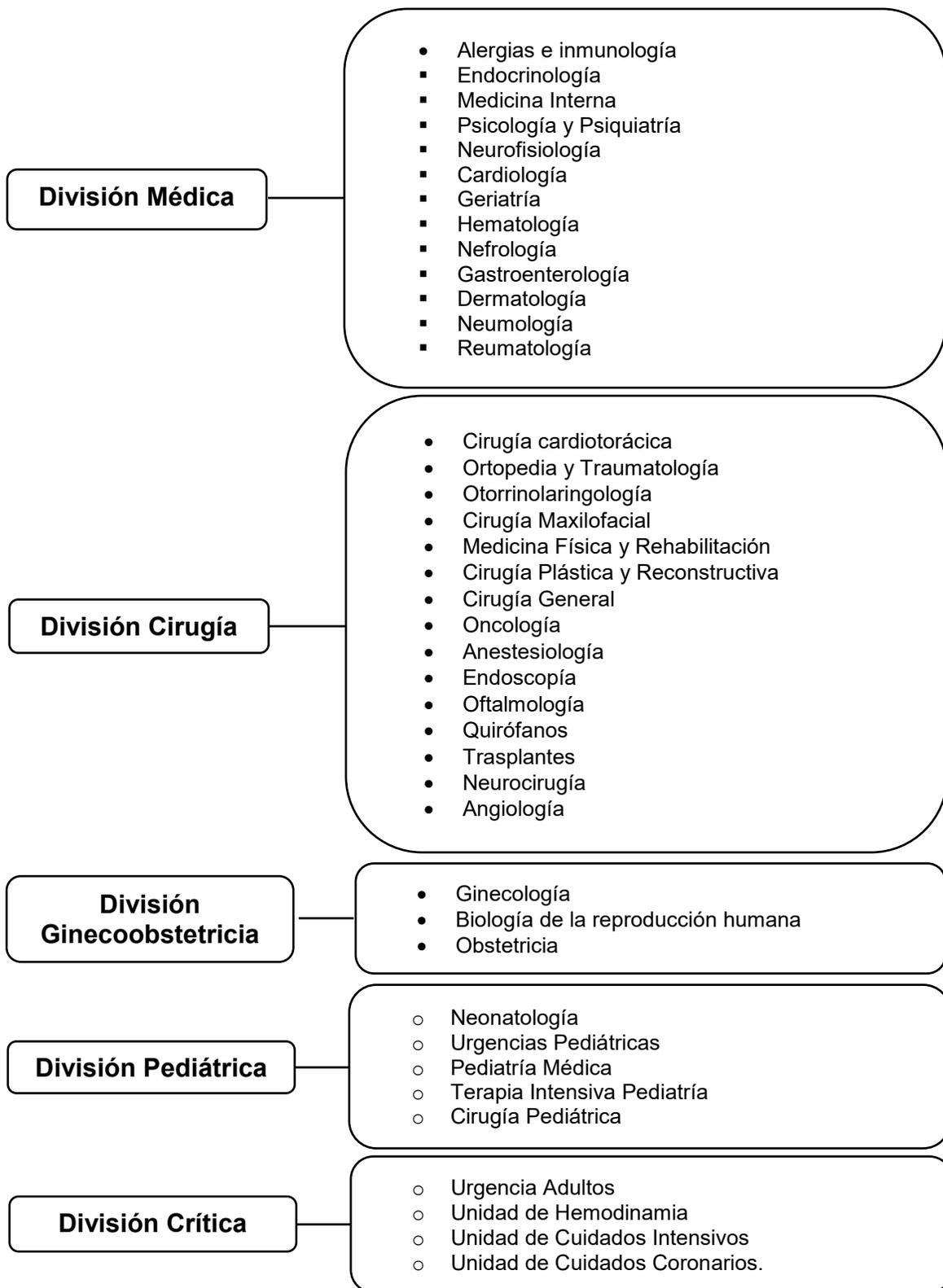


Figura 5. Especialidades y servicios del HJM agrupados de acuerdo a la División administrativa que pertenecen. Adaptado de de <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx>

### **2.3 Servicio de Clínica del Dolor**

El servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos (CdDyCP) del HJM, inició sus actividades en el año de 1995, es una unidad multidisciplinaria de carácter especializado, que brinda atención a pacientes con síndromes dolorosos derivados de diversas enfermedades, cuando otras posibilidades quirúrgicas o farmacéuticas no han funcionado y el dolor afecta de manera significativa la calidad de vida de los pacientes (Hernández, 2005). Algunos de los padecimientos atendidos en este servicio se encuentran, principalmente síndromes dolorosos asociados con enfermedades crónico- degenerativas como: dolor oncológico, osteorcoma, amputaciones, dolor lumbar, esclerosis, fibromialgia, cefalea y pacientes en etapa terminal. Los objetivos de CdD son tratar el dolor y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El tratamiento incluye fármacos potentes (AINES, Opoides) y bloqueos en aquellos casos en los que los fármacos no tienen resultados significativos; la atención se realiza principalmente en consulta externa, la mayoría de los procedimientos son ambulatorios. Se reciben interconsultas de otros servicios que se encuentran en el área de hospitalización, se realiza atención por vía telefónica para poder resolver dudas y brindar estrategias de actuación a los cuidadores ante una situación particular de un paciente debido a la dificultad de algunos pacientes para movilizarse (Quintero, 2014).

La CdDyCP realiza sus actividades bajo un enfoque biopsicosocial, atención individualizada mediante una evaluación exhaustiva y tratamiento personalizado de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Debido a las repercusiones de los síndromes dolorosos en diferentes áreas, los tratamientos son de carácter

multidisciplinar, requiriendo el apoyo de diferentes especialidades como enfermería, anestesiología, medicina física, rehabilitación y psicología (Hernández, 2005). El área de Clínica del Dolor se encuentra a cargo por la especialista en algología Dra. Patricia Hernández Solís, el servicio se encuentra distribuido como se muestra en la figura 6:

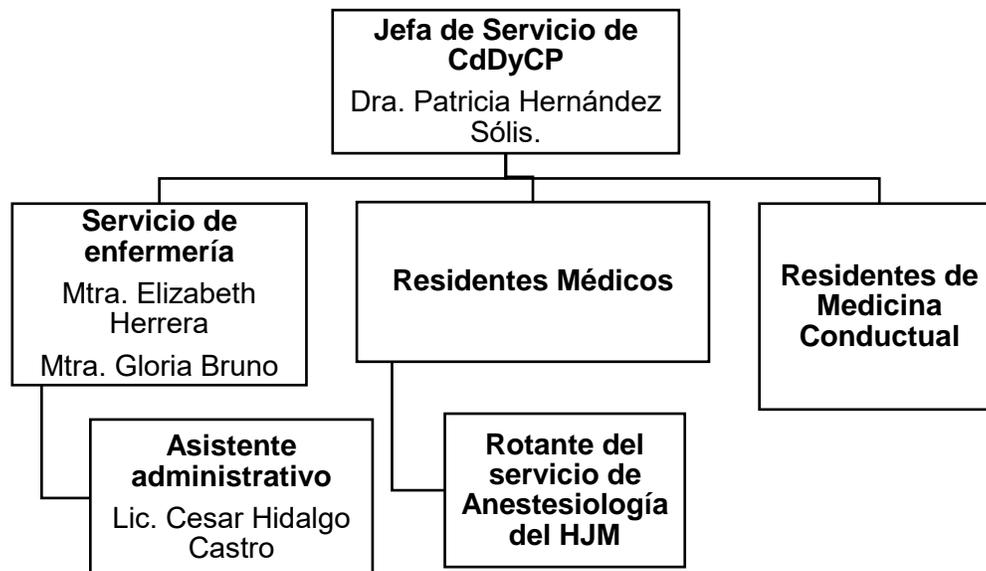


Figura 6. Organigrama del servicio de Clínica del Dolor. Elaboración propia

## 2.4 Descripción de actividades

Las actividades realizadas por el residente de Medicina Conductual del área de Clínica del Dolor, son las siguientes:

- **Pase de visita con el equipo multidisciplinario:** Esta actividad se realiza todos los días con el equipo de CdDyCP, donde se da respuesta a interconsultas solicitadas por otros servicios, la valoración de pacientes ya conocidos para observar las respuestas al tratamiento. La asistencia al pase permite al residente de Medicina Conductual familiarizarse con términos médicos e identificar las necesidades de intervención en los pacientes, en caso de presentarse una crisis en ese momento.

- **Consulta externa médica:** En la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, los médicos residentes otorgan consultas de primera vez o subsecuentes. El residente de Medicina Conductual permanece en esta consulta para detectar necesidades psicológicas que presenten los pacientes o familiares.
- **Atención a pacientes:** Una vez que se identifican a los pacientes que requieren atención psicológica, las actividades a seguir son las siguientes:
  - Hospitalización: Se realiza entrevista inicial para recolectar datos sociodemográficos, datos de percepción del dolor, ubicación física del dolor, evaluación del estado emocional y aspectos de la estancia intrahospitalaria que puedan intervenir con el plan terapéutico. La intervención psicológica es dirigida hacia los pacientes y/o familiares.
  - Consulta externa: La atención se lleva a cabo en los consultorios de la CdDyCP al finalizar la consulta médica, ante las necesidades psicológicas que se detectan por el diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico de la enfermedad, tanto en el paciente como en familiares. Si se presenta una crisis, se da atención inmediata. Se proporcionan citas para dar continuidad al caso y se da la opción del servicio de atención psicológica vía telefónica, en caso de que no puedan asistir al hospital.

#### **2.4.1 Actividades académicas**

Parte de la formación del residente en Medicina Conductual consiste en llevar a cabo las siguientes actividades:

- **Supervisión académica:** Durante la supervisión se examina material teórico relacionado a temas de Dolor y Geriátría, aspectos metodológicos de los protocolos de investigación y se analizan casos clínicos difíciles, además se proporciona asesoría ante problemáticas que puedan presentarse en el servicio. En la tabla 2 se muestran las clases impartidas en supervisión  
Responsable: Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez.

**Tabla 2**

*Clases impartidas en supervisión académica*

Título de ponencia	Fecha
1. DSM-5. Introducción y generalidades.	12/02/2018
2. Cuidados Paliativos Pediátricos: Intervención Conductual.	21/05/2018
3. Cuidados Paliativos: Papel del Médico Conductual.	04/06/2018
4. Síndrome del miembro fantasma: generalidades y tratamiento cognitivo-conductual.	20/08/2018
5. Técnicas cognitivas: objetivo y uso en pacientes con dolor.	08/10/2018
6. ¿Cómo hablar de muerte con los hijos de los pacientes antes y después del fallecimiento?	04/03/2019
7. Diseños experimentales.	29/04/2019

Nota: Elaboración propia

- **Clases médicas relacionadas al Dolor:** Los residentes médicos, abordan temas relacionados a Dolor y Cuidados Paliativos con el objetivo de ampliar conocimientos referentes a síndromes dolorosos y su tratamiento. El residente de Medicina Conductual participa con temas relacionados a implicaciones psicológicas para el trato digno del paciente y estrategias para mejorar situaciones complicadas con los pacientes.

Responsable: Dra. Patricia Hernández Solís.

- **Sesión general:** Esta actividad se realiza en el auditorio principal del HJM con todo el personal de salud del Hospital. Se exponen temas de innovación médica, temas socioculturales y de labor médica en distintas especialidades y contextos.
- **Sesión de caso clínico de Medicina Conductual:** Esta actividad es llevada a cabo con todos residentes de Medicina Conductual, supervisoras académicas y supervisor in situ. En cada sesión se presenta un caso clínico realizado por un residente de Medicina Conductual en donde se presenta la historia clínica del paciente, motivo de consulta, diagnóstico, hipótesis, objetivos terapéuticos, intervención psicológica, resultados y conclusiones. Al término de cada caso se proporciona retroalimentación al residente.  
Responsables: Dr. Ricardo Gallardo Contreras, Mtra. Cristina Bravo González y Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo.
- **Sesión bibliográfica:** Los residentes de Medicina Conductual exponen artículos científicos recientes relacionados a la aplicación de la terapia Cognitiva-Conductual en enfermedades crónico degenerativas. El responsable académico y residentes de Medicina Conductual discuten la metodología, hacen aportaciones y sugerencias de posibles replicas en pacientes del HJM sobre el tema visto.  
Responsable: Dr. Ricardo Gallardo Contreras

En la tabla 3 se muestra el horario de las actividades realizadas en el área clínica y académicas.

**Tabla 3***Horario semanal de actividades*

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 a 9:00		Clase médica	Sesión General	Pase de visita	Clase médica
9:00 a 10:00	Supervisión académica				
10:00 a 11:00			Revisión de caso clínico		Pase de visita
11:00 a 12:00	Pase de visita	Pase de visita		Atención a pacientes en hospitalización	Sesión bibliográfica
12:00 a 14:00	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes consulta externa	Atención a pacientes en hospitalización		Atención a pacientes consulta externa

Nota. Elaboración propia

**2.4.2 Otras actividades**

A petición de la jefa de servicio de CdDyCP, se llevaron a cabo clases para residentes médicos del mismo servicio, del área de anestesiología y estudiantes de medicina. Así mismo, se realizaron los talleres anuales para cuidadores. A continuación, se detallan todas las actividades que se llevaron a cabo durante el periodo de enero 2018 al mes de abril 2019.

Durante los meses de abril y mayo de 2018, en conjunto con la R2 del servicio de Medicina Conductual de Clínica del Dolor, se llevó a cabo el taller “Cómo dar malas noticias y habilidades de comunicación en la relación médico-paciente”, dirigido para residentes médicos del servicio de Clínica del Dolor, donde se realizó una evaluación previa que consistió de tres sesiones semanales. De manera individual, se presentaba a cada participante un caso hipotético a través de un role-

playing con un máximo de 15 minutos. Posteriormente, se llevó a cabo la implementación del taller que consistió en tres sesiones semanales de dos horas. Finalmente, en la fase de seguimiento que consistió en un role-playing tres meses después, solamente pudieron evaluarse a dos médicos residentes, debido a las rotaciones en otros hospitales de las demás participantes.

Durante el mes de mayo 2018, se llevó a cabo el taller “Métodos psicoterapéuticos del dolor”, dirigido para residentes médicos del servicio de anestesiología (R2), el cuál consistió en una sesión de dos horas.

En el mes de junio 2018, se llevó a cabo el 1er Coloquio de Medicina Conductual: 2º años de experiencia en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, donde se presentó el cartel “Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer en cuidados paliativos: una propuesta de intervención”.

En este mismo mes, en conjunto con la R2 de Medicina Conductual de Clínica del Dolor, se organizó el 4to. Curso anual para cuidadores de pacientes crónicos, participando con la ponencia “Cuidados básicos del cuidador primario y habilidades de comunicación”, en el Hospital Juárez de México.

Durante el mes de enero 2019, en conjunto con la R1 del servicio de Medicina Conductual de Clínica del Dolor, se realizó el taller “Métodos psicoterapéuticos del dolor” dirigido para estudiantes del 4to año de medicina, que consistió en una sesión de dos horas.

En el mes de marzo 2019, en conjunto con la R1 del servicio de Medicina Conductual de Clínica del Dolor, se llevaron a cabo los talleres “Cómo dar malas noticias y habilidades de comunicación en la relación médico-paciente” y “Control de estrés y ansiedad en residentes médicos” dirigidos para médicos residentes del

servicio de Clínica del Dolor. Los dos talleres se llevaron en una sesión respectivamente con una duración de dos horas cada uno.

En el mes de abril 2019, en conjunto con la R1 del servicio de Medicina Conductual de Clínica del Dolor, se llevó a cabo el 5to. Curso anual para cuidadores de pacientes crónicos, participando con la ponencia “Cuidados básicos del cuidador primario y habilidades de comunicación”. El curso consistió de cuatro sesiones semanales de tres horas cada una, donde participaron el servicio de medicina, enfermería y psicología. Durante las dos últimas sesiones que estuvieron a cargo por el área de psicología, se aplicaron cuestionarios realizados por las residentes del servicio de Medicina Conductual para evaluar a los participantes, sobre la información proporcionada.

Asistencia al XXXVII Congreso Interamericano de Psicología en el mes de Julio 2019, con la ponencia “Intervención Cognitivo-Conductual en una paciente con depresión en etapa pre diagnóstica”.

Finalmente, durante la rotación se desarrolló el “Manual de procedimientos en la atención hospitalaria del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos” (Anexo 9), donde se explica la labor del médico conductual de dicho servicio en el área de hospitalización y consulta externa, bajo la supervisión de la Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez.

## **2.5 Datos de productividad**

Durante el periodo comprendido del día 8 de enero de 2018 al 30 de abril de 2019 fueron atendidos 226 pacientes con un total de 448 intervenciones. Los pacientes atendidos tenían un rango de edad que iba desde los 3 hasta los 91 años, con una media de 48 años. Entre las características sociodemográficas más importantes,

predominan pacientes del sexo femenino, casados y residentes de la Ciudad de México y Zona Metropolitana. El principal motivo de atención médica fue el dolor de tipo no oncológico. Finalmente, los principales servicios tratantes fueron Clínica del Dolor, Oncología y Hematología. Estos datos se muestran en la tabla 4.

**Tabla 4**  
*Características de los pacientes atendidos*

	<b>Características</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Sexo	Mujer	163	72.13
	Hombre	63	27.87
Origen	Local	197	87.16
	Foráneo	26	11.50
	No disponible	3	1.34
Estado Civil	Casado/Unión libre	103	45.58
	Soltero	51	22.57
	No disponible	46	20.35
	Separado/Divorciado	14	6.20
	Viudo	12	5.30
Tipo de dolor	No oncológico	153	67.70
	Oncológico	73	32.3
	Clínica del Dolor	54	23.89
	Oncología	37	16.38
	Hematología	30	13.27
	Medicina interna	25	11.06
	Servicio tratante	Ortopedia	21
	Otros servicios	15	6.64
	Servicios quirúrgicos	12	5.31
	Neurocirugía	9	3.99
	Neumología	8	3.53
	Oncopediatría	6	2.66
	Reumatología	5	2.21
	Infectología	4	1.77

Nota: Elaboración propia

De los 226 pacientes vistos por primera vez, 80 personas (35%) recibieron seguimiento durante este periodo. De las 448 intervenciones realizadas, 258 fueron en consulta externa (57.6%), mientras que 190 fueron realizadas en hospitalización

(42.4%). En relación a la modalidad de intervención, se realizaron mayoritariamente intervenciones de tipo individual, como podemos ver en la tabla 5 que se presenta a continuación.

**Tabla 5**  
*Relación de modalidad de intervención psicológica*

<b>Modalidad</b>	<b>No. de intervenciones</b>	<b>Porcentaje</b>
Individual	355	79.25%
Familiar	61	13.61%
Individual y familiar	29	6.47%
Grupal	3	0.67%
Total	448	100%

Nota: Elaboración propia

Dentro de las clases de intervención psicológica realizadas con los pacientes de Clínica del Dolor, se encuentran en primer lugar el seguimiento (intervención). Los datos se reportados se muestran en la tabla 6.

**Tabla 6**  
*Porcentaje por clase de intervención psicológica realizada*

<b>Clase de intervención</b>	<b>No. de intervenciones</b>	<b>Porcentaje</b>
Seguimiento (intervención)	251	56.02%
Entrevista inicial	126	28.13%
Monitoreo	32	7.15%
Intervención en crisis	23	5.13%
Entrevista de detección de problemas	16	3.57%
Total	448	100%

Nota: Elaboración propia

Durante la evaluación psicológica, los pacientes presentaron diversos diagnósticos psicológicos según los criterios del DSM-IV. Los porcentajes de los diagnósticos psicológicos se presentan en la tabla 7.

**Tabla 7***Diagnósticos psicológicos presentados por los pacientes atendidos*

<b>Diagnóstico psicológico</b>	<b>No. de pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
Síntomas de ansiedad	76	33.63%
Trastorno adaptativo con síntomas de depresión	38	16.83%
Reacción de estrés aguda	30	13.27%
Sin trastorno psicológico aparente	28	12.38%
Síntomas de depresión	28	12.38%
Trastorno adaptativo mixto	7	3.09%
Trastorno somatomorfo	7	3.09%
Aplazado	5	2.21%
Episodio depresivo	4	1.77%
Trastorno de ansiedad	1	0.45%
Incumplimiento terapéutico	1	0.45%
Trastorno de estrés post-traumático	1	0.45%
Total	226	100 %

Nota: Elaboración propia

Por último, la técnica más empleada durante las intervenciones psicológicas fue psicoeducación con el 29.70%, como se muestra en la tabla 8, debido a que muchos pacientes desconocían la relación entre el proceso de enfermedad y estado de ánimo.

**Tabla 8**  
*Relación de técnicas psicológicas empleadas*

<b>Técnica psicológica</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Psicoeducación	210	29.70%
Respiración pasiva	160	22.63%
Información	74	10.46%
Distracción cognitiva	65	9.19%
Establecimiento de componentes de relación	34	4.80%
Solución de problemas	32	4.52%
Respiración diafragmática	25	3.53%
Orientación	19	2.68%
Terapia Racional-Emotiva	15	2.12%
Autocontrol	13	1.83%
Imaginería guiada	13	1.83%
Activación conductual	12	1.70%
Evaluación	10	1.41%
Autoinstrucciones	8	1.13%
Habilidades sociales	5	0.70%
Entrenamiento en habilidades asertivas	4	0.56%
Paro de pensamiento	4	0.56%
Entrenamiento en manejo de contingencias	3	0.42%
Relajación Muscular Progresiva	1	0.14%
<b>Total</b>	<b>707</b>	<b>100%</b>

Nota: Elaboración propia

Con base a anterior, podemos darnos cuenta que la labor del médico conductual dentro del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos es parte fundamental para apoyar al equipo multidisciplinario de este servicio, esto se debe a la intervención que se ofrece tanto a los pacientes como a los cuidadores dentro del proceso salud-enfermedad, ya que, esto permite que los pacientes tengan mejor

adherencia a los tratamientos médicos empleados y Quimioterapia: Consiste en tratar el cáncer con medicamentos de acción fuerte que por lo general se inyectan a través de una vena o se administran oralmente. Estos medicamentos pueden tratar el cáncer que se ha propagado.

- Terapias biológicas llamadas inmunoterapia: utilizan el sistema inmunológico para luchar contra el cáncer o para disminuir los efectos secundarios de algunos tratamientos.

mejorar el estado de ánimo que puede verse afectado a consecuencia del dolor.

Cabe señalar, que la atención psicológica por parte del médico conductual dentro del Hospital Juárez de México se vio afectada durante los últimos meses de la rotación, esto es debido a problemas internos por parte del servicio de Salud Mental, el Director del hospital y el Dr. Ricardo Gallardo Contreras supervisor in situ del hospital. Debido a que Medicina Conductual no es reconocido como un servicio y los alumnos como residentes dentro del hospital, provocó la interrupción de seguir recibiendo interconsultas, así como la prohibición de la atención psicológica en el área de consulta médica y hospitalización, lo cual trajo como consecuencia que la rotación se viera finalizada dos meses antes del tiempo establecido.

## **2.6 Casos clínicos**

Como parte del desarrollo académico del médico residente del servicio de Clínica del Dolor dentro del hospital, durante la residencia se expusieron 3 casos clínicos, los cuales eran revisados por el supervisor académico. Los casos clínicos presentados fueron: caso 1) Paciente femenino de 53 años de edad con diagnósticos médicos de Hipertrigliceridemia, 3 hernias lumbares, fibromialgia y

gastropatía crónica, con diagnóstico psicológico de Trastorno de ansiedad generalizada, caso 2) Paciente femenino de 38 años de edad, con diagnóstico médico de PO CATVP (Conexión Anómala Total de Venas Pulmonares) intracardiaca a seno coronario, síncope, lipotimia y rinorragia, con diagnóstico psicológico de Trastorno depresivo persistente, caso 3) Paciente femenino de 62 años de edad, con diagnóstico médico de Neuralgia posherpética T12 derecha e Hipertensión Arterial Sistémica que presenta sintomatología depresiva (anexo 10).

## **2.7 Evaluación del Servicio**

Como parte de la rotación en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México se tuvieron tanto limitaciones como beneficios.

En primera instancia, el R1 desconoce el trabajo con pacientes con dolor crónico y cuidados paliativos, por lo que fue fundamental la presencia del R2 de Medicina Conductual, debido a que gracias al apoyo brindado tanto en la fase de inducción como al comienzo de la rotación pudo proporcionar información acerca de la dinámica de trabajo tanto con el personal médico como con pacientes y familiares de la Clínica del Dolor. Asimismo, el R2 acompañó y orientó en las primeras intervenciones psicológicas, además compartió experiencias sobre el trabajo con dichos pacientes y apoyo en la realización de talleres tanto con el personal médico como con los familiares. Finalmente, proporcionó información sobre la dinámica en el hospital y con el personal de otros servicios.

Otro de los beneficios dentro del servicio, fue el apoyo brindado principalmente por parte de la jefa de servicio de CdDyCP y todo el personal de salud de la Clínica. Esto favoreció el trabajo realizado dentro de la Clínica, así como el reconocimiento

ante otras instancias del hospital sobre la importancia de la labor del médico conductual dentro del servicio.

Una de las limitaciones dentro del hospital, fue la falta de un espacio exclusivo para el servicio de Medicina Conductual. Dentro del hospital, se encontraba un consultorio que era utilizado únicamente por los residentes de Medicina Conductual de los servicios de Hematología y Medicina Interna. El residente de Clínica del Dolor, únicamente pudo utilizarlo en el periodo donde se recibían interconsultas por parte de otros servicios (Enero-Agosto 2018). En la Clínica del Dolor, se cuenta con dos consultorios donde los residentes médicos daban consulta.

En algunas ocasiones, debido a la carga de trabajo por parte del servicio se limitaba el espacio al médico conductual, por lo que fue necesario establecer horarios los días martes y viernes en un horario de 12:00 a 14:00 hrs. A pesar de este ajuste, siguieron existiendo complicaciones debido a que en primera instancia en algunas ocasiones los médicos residentes no querían proporcionar el espacio y en segundo lugar porque algunos pacientes no podían asistir en esos horarios, por lo que esto provocó que muchos pacientes no pudieran continuar con un proceso terapéutico.

Otra de las complicaciones que se encontraron, fue en el área de hospitalización. Debido a que la Clínica del Dolor es un servicio interconsultante, en varias ocasiones existían coincidencias de la atención psicológica tanto con otros residentes de Medicina Conductual como con el área de Salud Mental, esto limitaba al residente de Medicina Conductual de Clínica del Dolor a únicamente realizar intervenciones relacionadas con dolor crónico o tener que suspender procesos

terapéuticos cuando los pacientes eran dados de alta dentro del censo de Clínica del Dolor.

Sin embargo, dentro de los beneficios de ser un servicio interconsultante permitió conocer diversos padecimientos en diferentes servicios del hospital, desde un paciente recién nacido hasta uno geriátrico. Así mismo, se atendían pacientes tanto con dolor oncológico como no oncológico, y una de las labores fundamentales ser llevaban a cabo durante los procedimientos médico-invasivos que se realizaban constantemente en la Clínica del Dolor.

Una de las ventajas dentro del servicio, es que la demanda de los pacientes permite realizar una evaluación más detallada y eficaz. Así mismo, el trabajo es dividido únicamente entre dos residentes, lo cual permite una mejor organización entre ambos para ofrecer una atención de calidad.

En un ambiente hospitalario, comúnmente se utilizan términos médicos con los cuales el médico conductual no está familiarizado. Al inicio de la rotación, es necesario estar al pendiente e investigar muchos términos para la comprensión de los casos. Una de las cosas que puede ayudar con esto, es acudir a los pases de visita y asistir a las clases médicas que se imparten en el servicio, sin embargo, muchas veces resulta complejo comprender en su totalidad las problemáticas médicas del paciente que son fundamentales al momento de realizar la intervención psicológica.

Finalmente, una de las mayores complicaciones que se presentaron en el hospital y que afectó la labor del médico conductual dentro del Hospital Juárez de México, fueron las diferencias entre la jefa de servicio de Salud Mental, el Director del Hospital y el supervisor in situ del servicio de Medicina Conductual. A pesar de

que estas diferencias se han presentado de años atrás, en el último año de la rotación comenzaron hacerse más evidentes perjudicando directamente las labores del servicio de Medicina Conductual dentro del Hospital. En primera instancia se retiraron las interconsultas recibidas; posteriormente, el ingreso al área del comedor y finalmente la limitación de realizar intervenciones psicológicas tanto en el área de consulta externa como de hospitalización, provocando el término de la rotación antes de tiempo.

## **2.8 Evaluación del Programa de Residencia**

El Programa en Residencia Conductual ofrece herramientas que ayudan a la preparación profesional del psicólogo dentro del área de la salud. En primera instancia, se da mayor peso en los conocimientos teóricos, lo cual permite tener una fase de inducción dentro del hospital. Una de las ventajas, es que proporciona la oportunidad de ir conociendo poco a poco la dinámica dentro del hospital y las problemáticas de los pacientes dentro de cada servicio. Sin embargo, la carga de trabajo en los primeros semestres es intensa. Una de las cosas que dificulta este proceso, es la clase impartida en Ciudad Universitaria, debido al tiempo invertido por la lejanía y las dificultades de salud que presentó la Dra. que imparte la materia.

En lo que respecta a las clases proporcionadas en la FES Iztacala, algunas fueron de gran apoyo para mayor conocimiento sobre el manejo de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Así mismo, nos mostraron y comprobamos la afectividad de la Terapia Cognitivo Conductual en el ámbito hospitalario. Aunque algunas técnicas requieren de un entrenamiento de varias sesiones, en algunas ocasiones solamente se implementaron elementos de estas técnicas, debido a que

en el hospital solamente se podía hacer una o pocas intervenciones con los pacientes y/o familiares.

En lo que respecta al trabajo realizado por la Dra. Sandra Angélica Anguiano Serrano, fue fundamental para el diseño y revisión del protocolo de experiencia profesional, aportando conocimientos teóricos y prácticos en la metodología, así como retroalimentación continua del avance obtenido en el desarrollo del protocolo.

Finalmente, en lo que respecta a la supervisión académica por parte de la Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez, fue primordial para el crecimiento profesional dentro del hospital, debido a que existió apoyo tanto de conocimientos como motivación para la investigación sobre diversas temáticas relacionadas con la TCC, atención de los pacientes con dolor y cuidados paliativos, casos complicados en el servicio, desarrollo de casos clínicos, diseño del protocolo y la resolución de problemas presentados durante la rotación. Por otra parte, las supervisiones se llevaban en conjunto con médicos conductuales del servicio de Geriátrica lo cual permitió enriquecer conocimientos relacionados con pacientes geriátricos.

## **2.9 Competencias alcanzadas**

Durante la formación académica que se lleva a cabo como parte del programa de la residencia en Medicina Conductual, se desarrollan y refuerzan habilidades que ayudan al crecimiento profesional como psicológico, esto permite alcanzar nuevas competencias como profesional de la salud. El formar parte del servicio de Medicina Conductual de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, también brinda la oportunidad de poder adquirir nuevas competencias y habilidades en el ámbito hospitalario, particularmente con pacientes con dolor crónico, en cuidados paliativos

o fase terminal, el apoyo con los familiares y el trabajo con el personal médico de este servicio.

Algunas de las habilidades que fueron reforzadas y desarrolladas durante la residencia son:

- **Habilidad en el proceso de evaluación:** Parte fundamental dentro del proceso terapéutico, es la evaluación. Esta nos permite conocer y comprender la problemática principal del paciente, desarrollando un programa eficaz que lo ayude en el proceso de salud-enfermedad. Así mismo, la evaluación también puede ayudarnos con el trabajo de familiares y personal médico.
- **Habilidad para realizar diagnósticos psicológicos:** Una vez que termina el proceso de evaluación, es necesario realizar el diagnóstico psicológico. Para poder hacerlo, es necesario basarnos en los criterios nosológicos del DSM-IV TR y DSM 5, esto nos permitirá dirigir nuestro proceso de intervención de una manera eficaz.
- **Habilidad en el proceso de intervención:** En el contexto hospitalario, muchas ocasiones no es posible llevar a cabo un proceso de evaluación detallado, debido a diversas circunstancias que los pacientes presentan como vivir lejos, la gravedad de su enfermedad, el costo que genera acudir al hospital, entre otros. Por lo que, muchas veces es necesario realizar intervenciones breves y eficaces para los pacientes.
- **Habilidad en el manejo de técnicas:** De acuerdo a las necesidades de los pacientes y familiares, es necesario implementar herramientas que los

ayuden a la solución de su problemática, por lo que la implementación correcta de las técnicas psicológicas es de suma importancia.

- **Habilidad para formular casos clínicos:** Como parte de la formación académica dentro de la sede hospitalaria, se encuentra la formulación de casos clínicos, esto permite analizar a detalle la problemática de los pacientes considerando aspectos tanto médicos como psicológicos. Así mismo, permite conocer opiniones tanto de las supervisoras como de otros médicos conductuales. Debido a que las sesiones de casos, se desarrollan con todo el equipo de Medicina Conductual, esto permite conocer y analizar casos de otros servicios.
- **Habilidades de comunicación con el personal de salud:** En algunas ocasiones, la mala comunicación entre médico-paciente puede perjudicar la intervención psicológica y el trabajo del médico conductual, por esto es fundamental apoyar y ayudar tanto al personal médico como a los pacientes y familiares a mejorar la comunicación. Asimismo, como médico conductual, es fundamental tener una comunicación eficaz con el personal de salud, para poder realizar un trabajo multidisciplinario y mejorar la atención al paciente.
- **Habilidades de investigación:** Como parte del trabajo de supervisión, se motiva al residente a desarrollar e implementar investigaciones. Esto permite, tener más herramientas para el crecimiento profesional y ayuda a tener más evidencia científica, sobre la labor del médico conductual en el ámbito hospitalario.

- Habilidades en el manejo de talleres: Parte de las necesidades del servicio, estuvieron dirigidas a la implementación de talleres tanto para el personal de salud como para cuidadores de los pacientes del servicio de Clínica del Dolor.

## **2.10 Comentarios finales y sugerencias**

El formar parte de la residencia en Medicina Conductual brinda la oportunidad de crecer tanto profesional como personalmente. Las habilidades adquiridas durante este periodo, se debieron principalmente al apoyo proporcionado tanto por la tutora, supervisora académica y jefa de servicio de Clínica del Dolor.

El poder contar con diversas personas que supervisan y apoyan el trabajo, proporciona una nueva visión y conocimiento para poder llevarlo a cabo tanto en el momento de la formación como en un futuro, sin este trabajo y apoyo puede resultar complicado desarrollarse tanto en el ámbito académico como profesional dentro del hospital. Algunas de las cuestiones que podrían facilitar aún más el trabajo una mayor coordinación entre las supervisoras y coordinador académico de la residencia, debido a que existen diferentes formas de trabajar que en algún momento pudieran dificultar el trabajo de los alumnos. Otra cuestión, sería la asistencia de todos los supervisores académicos en las sesiones de casos clínicos, debido a que esto facilitaría las críticas constructivas hacia la persona que expone en el caso.

Es importante una participación más activa por parte del coordinador de la residencia en el Hospital Juárez de México, debido a los problemas que se presentaron durante este periodo, tener mayor comunicación y apoyo hacia los alumnos.

En cuanto a las clases, sugiero una valoración de las clases que pueden ser de utilidad en la estancia hospitalaria y utilizar modelamiento en la clase de técnicas para un mejor aprendizaje de las mismas. Proporcionar más información sobre la atención psicológica con pacientes con trastornos de personalidad y abordar con mayor medida problemáticas relacionadas con suicidio, debido a que es algo que se presenta constantemente con los pacientes del hospital.

En cuanto a la supervisión in situ, existieron muchas deficiencias por la falta de experiencia del Dr. Gallardo en el ámbito de la Medicina Conductual, sin embargo, en las últimas instancias existió un apoyo hacia los alumnos ante los problemas generados con el servicio de Salud Mental.

También es necesario contar con mayor apoyo instrumental y económico para la realización de talleres dentro del hospital, desde la planeación hasta la implementación del mismo. Finalmente, cabe señalar que en muchos servicios dentro del hospital es reconocida la labor del psicológico, por lo que es necesario continuar trabajando para realizar una mejor intervención como equipo multidisciplinario.

## Referencias

- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberti, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., de Haes, J., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. & Takeda, F. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality of Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85(5), 365-376.
- Albarrán, A. J. y Macías, M. A. (2007). Aportaciones para un modelo psicoeducativo en el servicio de psiquiatría del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde en Guadalajara, Jalisco, México. *Investigación en Salud*, IX (2), 118-124.
- Allende-Pérez, S., Verástegui-Avilés, E., Mohar-Betancourt, A., Arrieta-Rodríguez, O. G., Barrera-Franco, J. L. y Castañeda- de la Lanza, C. C. (2013). Incorporación de los cuidados paliativos al Plan Nacional de Cáncer: consenso. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(4), 213-222.
- Almanza, J., Romero, J. I. y Holland, J. (2000). Psico-oncología: abordaje psicosocial del paciente con cáncer. *Revista de sanidad militar*, 54(5), 261-273.
- Alonso, C. y Bastos, A. (2011). Intervención psicológica en personas con cáncer. *Clínica Contemporánea*, 2(2), 187-207.
- American Cancer Society. (30 de marzo de 2015). Tipos comunes de tratamiento para el cáncer. Recuperado el 24 de marzo de 2019 de: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/despues-del-diagnostico/tratamientos-comunes-contra-el-cancer.html>
- Anderson, C. M., Reiss, D. y Hogarty, G. (2001). *Esquizofrenia y familia: guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A. y Laínez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, 1(1), 87-98

- Ayers, J. W., Althouse, B. M. & Dredze, M. (2014). Could Behavioral Medicine Lead the Web Data Revolution?. *JAMA*, 311(14), 1399-1400. doi:10.1001/jama.2014.1505
- Bader, P., Echtele, D., Fonteyne, V., Livadas, K., De Meerleer, G., Paez Borda, A., Papaioannou, E.G. y Vranken J. M. (2009). *Guía clínica sobre el tratamiento del dolor*. Recuperado de <https://uroweb.org>.
- Bados, A. y García, E. (2 de junio de 2014). La entrevista clínica. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54766/1/Entrevista.pdf>
- Breitbart, W. & Holland, J.C. (1993). *Psychiatric aspects of symptom management cancer patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Calman, K. (1984). Quality of life in cancer patients-an hypothesis. *Journal of medical ethics*, 10, 124-127.
- Castañeda, C., O' Shea, G. J., Narváez, M. A., Lozano, J., Castañeda, G. y Castañeda, J. J., (2015). Calidad de vida y control de síntomas en el paciente oncológico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 14 (3), 150-156.
- Dapueto, J. (2013). *Calidad de vida. Marco conceptual, operacionalización y aplicaciones clínicas*. Uruguay: Bibliotecaplural.
- Domínguez-Marín, A. D. (2016). Cuidados paliativos. Sus orígenes y su llegada a México. *Revista Hospital Juárez de México*, 83(3), 64-65.
- D' Zurilla, T. J. & Nezu. A. M. (2010). Problem-solving therapy. En K. S. Dobson (Ed.): *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 197-225). Nueva York: Springer.
- Fernández-Alcántara, M., García-Caro, M. P., Pérez-Marfil, M. N. & Cruz-Quintana, F. (2013). Experiencias y obstáculos de los psicólogos en el acompañamiento de los procesos de fin de vida. *Anales de psicología*, 29(1), 1-8. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.1.139121>
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, R., Aguilar, J. L., Álvarez, M. Á. 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. DOI: 10.17711/SM.0185-3325-2015.035

- Galindo, O., Pérez, H., Alvarado, S., Rojas, E., Álvarez, M. Á. y Aguilar, J. L. (2013). Efectos de la terapia cognitivo conductual en el paciente oncológico: una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 12(2), 108-115.
- Garduño, C., Riveros, A., y Sánchez-Sosa. J. J. (2010). Calidad de Vida y cáncer de mama: efectos de una Intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 69-80.
- Garnefski, N., Grol, M., Kraaij, V. & Hamming, J. F., (2009). Cognitive coping and goal adjustment in people with Peripheral Arterial Disease: Relationships with depressive symptoms. *PubMed*, 76(1), 132-137. DOI: 10.1016/j.pec.2008.11.009
- González, A. L., González, A., y Estrada, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), 129-140. DOI: 10.5209/rev\_PSIC.2015.v12.n1.48908
- González, C., Méndez, J., Romero, J. I., Bustamante, J., Castro, R. y Jiménez, M. (2012). Cuidados paliativos en México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 75(3), 173-179.
- Greer, J. A., Park, E. R., Prigerson, H. G. & Safren, S. A. (2010). Tailoring Cognitive-Behavioral Therapy to Treat Anxiety Comorbid with Advanced Cancer. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(4), 294-313. doi: 10.1891/0889-8391.24.4.294
- Hernández, P. (2005). La clínica del dolor del Hospital Juárez de México, mejora la calidad de vida de los pacientes. *Diario de la Salud de Medicina Digital*. Recuperado de <http://184.106.112.70/sitios/medicinadigital/159/index>.
- Holland, J. (2002). History of Psycho-Oncology: Overcoming attitudinal and Conceptual Barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64, 206-221.
- Holland, J., Breitbart, W., Butow, P., Jacobsen, P. Loscalzo, M. & Mccorkl, R. (2015). *Psycho-Oncology*. New York: Oxford.
- Hospital Juárez de México. (31 de Julio de 2012a). *Funciones*. Recuperado de <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx>.
- Hospital Juárez de México. (17 de Noviembre de 2015b). *Mapa de localización*. Recuperado de <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx>.

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (31 de Octubre 2018). *Principales causas de muerte*. Recuperado <https://www.inegi.org.mx>.
- Juczynsky, Z. (2006). Health-Related Quality of Life: theory and measurement. Recuperado de <http://yadda.icm.edu.pl>
- Landa, E., Greer, J. A., Vite, A., Sánchez, S. y Riveros, A. (2014). Descripción de la Terapia Cognitivo-Conductual para la ansiedad en pacientes con cáncer terminal. *Psicooncología*, 11(1), 151-162.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten years revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behavior Modification*, 35, 111-161. doi:10.1177/0145445510390929.
- Lisart, F., Almiñana, A. y Gil, M. (1995). Calidad de vida en oncología clínica. *Farmacia Hospitalaria*, 19(6), 315-322.
- Marrero, R. J., Carballeira, M. (2002). Terapia de solución de problemas en enfermos de cáncer. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2(1), 23-39.
- Montes de Oca, G. A. (2006). Historia de los Cuidados Paliativos. *Revista Digital Universitaria*, 7(4), 1-9.
- Murillo, M. y Pedraza, J. D. (2006). Trastornos psicológicos y calidad de vida en pacientes de cáncer de pulmón. *Psicooncología*, 3(2), 377-392.
- Nabal, M. Pascual, A. y Llombart, A. (2006). Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. *Atención Primaria*, 38(2), 21-28.
- Nakao, M. (2016). Key aims of the special series “the meaning of behavioral medicine in the psychosomatic field. *BioPsychoSocial Medicine*, 10(3), 1. doi: 10.1186/s13030-016-0055-7
- Nezu, A., Nezu, C. & D’Zurilla T. (2013). *Problem-Solving Therapy. A treatment manual*. New York: Springer Publishing Company.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (19 de febrero de 2018). *Cuidados Paliativos*. Recuperado el 29 de Mayo de 2019 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (12 de septiembre de 2018). *Cáncer*. Recuperado el 24 de marzo de 2019 de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Orozco, Á., M. & Castiblanco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 203-217. doi: 10.15446/rcp.v24n1.42949
- Ortega, C. y López, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y Salud*, 16(2), 143-160.
- Phillips, K. M., Antoni, M. H., Lechner, S. C., Blomberg, B. B., Llabre, M. M., Avisar, E., Glück, S., DerHagopian, R. & Carver, C. S. (2008). Stress management intervention reduces serum cortisol and increases relaxation during treatment for nonmetastatic breast cancer. *Psychomatic Medicine*, 70(9), 1044- 1049.
- Puiggro, C., Lecha, M., Rodríguez, T., Pérez-Portabella, C. y Planas, M. (2009). En índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en paciente con nutrición enteral domiciliaria. *Nutrición Hospitalaria*, 24(2), 156-160.
- Quintero, Y. A. (2014). *Intervención grupal cognitivo-conductual para cuidadores primarios de pacientes oncológicos en cuidados paliativos* (Tesis de posgrado). Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. Distrito Federal, México: El Manual Moderno.
- Reynoso, L. (2013). *Medicina Conductual* (Iztacala). Recuperado de <http://psicologia.posgrado.unam.mx>.
- Robert, V., Álvarez, C. & Valdivieso, F. (2013). Psicooncología: un modelo de intervención y apoyo psicosocial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(4), 677-684.

- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12.
- Schwartz, G. E. & Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(3), 249-251.
- Secretaria de Salud. (5 de febrero de 2019). *Avances en la prevención y control del cáncer*. Recuperado el 24 de marzo de 2019 de <https://www.gob.mx/salud/articulos/avances-en-la-prevencion-y-control-del-cancer?idiom=es>
- Serrano-Atero, M. S., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P.L., Serrano-Álvarez, C. y Prieto, J. (2002). Valoración del dolor. *Revista de Sociedad Española de Dolor*, 9 (94), 52-66.
- Sierra, M. A. (2017). Instrumentos de evaluación psicológica para pacientes oncológicos mexicanos. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 7(1), 44-50.
- The International Association for the Study of Pain (1994). Classification of Chronic Pain. Recuperado de <http://www.iasp-pain.org>.
- Trask, P. C., Schwartz, S. M., Deaner, S. L. & Paterson, A. G. (2002). Behavioral Medicine: The Challenge of Integrating Psychological and Behavioral Approaches into Primary Care. *Effective Clinical Practice*, 5(2), 75-83.
- Trull, T. J. y Phares, E. J. (2003). *Psicología clínica*. México: Thomson.
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Vallejo, M. A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de psicología*, (84), 41-58.
- Villoria, E., Fernández, C., Padierna, C. y González, S. (2015). La intervención psicológica en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura (2000-2014). *Psicooncología*, 12(2-3), 207-236. DOI: 10.5209/rev\_PSIC.2015.v12.n2-3.51005
- Ware, J. E. (1984). Conceptualizing disease impact and treatment outcomes. *Cancer*, 53, 2316-2323.

- Wilson, I. & Cleary, P. (1995). Linking Clinical Variables with Health-Related Quality of Life. *The Journal of the American Medical Association*, 273(1), 59-65.
- Wojtyna, E., Zycinska, J. & Stawiarska, P. (2007). The influence of cognitive-behaviour on quality of life and self-esteem in woman suffering from breast cancer. *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*, 12(2) 109-117.
- World Health Organization. (1995). World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Posicion paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Zárate, Y. (2011). Mitos y verdades sobre el cáncer. *El faro, la luz de la ciencia*, XI (124-125), 3-5.
- Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Hannon, B., Leighl, N., Oza, A., Moore, M., Rydall, A., Rodin, G., Tannock, I., Donner, A. & Lo, C. (2014). Early palliative care for patients with advanced cancer: a cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 382, 1721-1730. doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62416-2

# ANEXOS

## Anexo 1

### Escala Karnofsky

Puntuación	Situación clínico-funcional
<b>100</b>	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
<b>90</b>	Capaz de llevar a cabo actividad normal pero con signos o síntomas leves.
<b>80</b>	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
<b>70</b>	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
<b>60</b>	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
<b>50</b>	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
<b>40</b>	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
<b>30</b>	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
<b>20</b>	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
<b>10</b>	Moribundo irreversible.
<b>0</b>	Muerto

## Anexo 2

### ECOG

<b>0</b>	<b>Asintomático; Actividad normal</b>
<b>1</b>	Sintomático; ambulatorio, realiza actividades cotidianas
<b>2</b>	Sintomático, en cama menos del 50% del día
<b>3</b>	Sintomático, en cama más del 50% del día
<b>4</b>	No se levanta y puede necesitar hospitalización
<b>5</b>	Muerto

### Anexo 3



Universidad Nacional Autónoma de México  
Facultad de Estudios Superiores Iztacala  
Programa de Maestría en Psicología  
Residencia en Medicina Conductual



### Carta de consentimiento informado para participación en proyecto de investigación clínica

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Por medio de la presente acepto participar voluntariamente en el estudio de investigación titulado “**Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer en cuidados paliativos: una intervención**”. El objetivo de este estudio es evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual en los niveles de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer en cuidados paliativos.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar cuestionarios de evaluación, asistir a 8 sesiones (una sesión por semana), tres sesiones con una duración de una hora y cinco sesiones con una duración de hora y media cada una, así como contestar una evaluación final vía telefónica un mes después de terminar la intervención presencial. Será una intervención basada en técnicas psicológicas de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), para mejorar mi calidad de vida en la etapa de cuidados paliativos.

La investigadora se ha comprometido a darme información oportuna, así como a responder cualquier pregunta y resolver cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que mi participación activa es fundamental para mi aprovechamiento. También comprendo que, en cualquier momento puedo revocar el consentimiento que ahora presento. Así mismo, he sido informado (a) que mis datos personales serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de formación y desarrollo profesional.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, consiento que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir objetivos especificados en el documento.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del participante

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo

## Anexo 4

### Cuestionario QLQ-C30

Estamos interesados en algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor conteste todas las preguntas usted mismo/a marcando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay respuestas “correctas” ni “incorrectas”. La información que nos proporcione se mantendrá estrictamente confidencial.

Por favor, escriba sus iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha del día de hoy (día, mes, año): \_\_\_\_\_

	<b>Para nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
1. ¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieran un gran esfuerzo como llevar una bolsa de compras pesadas o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para salir a caminar por largo tiempo?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para salir a caminar por corto tiempo fuera de la casa?	1	2	3	4
4. ¿Necesita quedarse en cama o en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, bañarse o ir al baño?	1	2	3	4

#### Durante la última semana:

	<b>Para nada</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastante</b>	<b>Extremadamente</b>
6. ¿Estuvo limitado/a al hacer su trabajo y otras actividades diarias?	1	2	3	4
7. ¿Estuvo limitado/a al hacer sus pasatiempos u otras actividades de tiempo libre?	1	2	3	4
8. ¿Le faltó el aire?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido problemas para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha sentido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñado/a?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado/a?	1	2	3	4

19. ¿Interfirió el dolor con sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas como leer el periódico o ver televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió tenso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se preocupó?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable (enojado/a)?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su condición física o su tratamiento médico con su vida familiar?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su condición física o su tratamiento médico con sus actividades sociales?	1	2	3	4
28. ¿Le ha causado su condición física o su tratamiento médico dificultades económicas?	1	2	3	4

**Para las siguientes preguntas, por favor marque con un círculo el número del 1 al 7 que mejor se aplique a su caso**

29. ¿Cómo calificaría su salud en general durante la última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Muy mala						Excelente

30. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en general durante la última semana?

1	2	3	4	5	6	7
Muy mala						Excelente

## Anexo 5

### Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS)

A continuación, se presenta una lista de frases acerca de cómo se siente emocionalmente. Marque la respuesta que se acerque más a describir cómo se ha sentido durante el último mes.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)  
Todo el día                      Casi todo el día                      De vez en cuando                      Nunca
  
2. Sigo disfrutando con las mismas cosas que siempre  
No, en absoluto                      Rara vez                      Frecuentemente                      Casi siempre
  
3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder  
Si, muy intenso    Si, pero no muy intenso    Si, pero no me preocupa    No siento nada así
  
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas  
No, en absoluto                      Rara vez                      Frecuentemente                      Casi siempre
  
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones  
Todo el día                      Casi todo el día                      De vez en cuando                      Nunca
  
6. Me siento alegre  
No, en absoluto                      Rara vez                      Frecuentemente                      Casi siempre
  
7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquilo(a) y relajadamente  
No, en absoluto                      Rara vez                      Frecuentemente                      Casi siempre
  
8. Me siento lento(a) y torpe  
Todo el día                      Casi todo el día                      De vez en cuando                      Nunca
  
9. Experimento una sensación de nervios y vacío en el estómago  
Casi siempre                      Frecuentemente                      Rara vez                      No, en absoluto
  
10. He perdido el interés por mi aspecto personal  
Casi siempre                      Frecuentemente                      Rara vez                      No, en absoluto
  
11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme  
Casi siempre                      Frecuentemente                      Rara vez                      No, en absoluto
  
12. Espero las cosas con ilusión  
No, en absoluto                      Rara vez                      Frecuentemente                      Casi siempre
  
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor  
Casi siempre                      Frecuentemente                      Rara vez                      No, en absoluto
  
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión, etc.  
No, en absoluto                      Rara vez                      Frecuentemente                      Casi siempre

## Anexo 6

### ENTREVISTA CONDUCTUAL

Fecha:	Entrevistador:
--------	----------------

#### 1. Paciente

Nombre:	Edad:	Sexo:
Estado civil:	No. de hijos:	
¿Con quién vive?		
Ocupación:	Religión:	
Escolaridad:	Nivel socioeconómico:	
Teléfono de contacto:	Fuente de referencia:	
Tipo de tumor:	Etapa clínica I( ) II( ) III( ) IV( ) Desconoce( )	
¿Tiene otros tumores?	¿Dónde?	
Comorbilidades	Toxicomanías	
¿Terapia psicológica previa?	¿De qué tipo? ¿Cuánto tiempo?	
Medicación actual		

¿Qué pretende lograr con el protocolo?
--

## 2. Cuidador

¿Tiene cuidador primario? Si ( ) No ( )	Nombre:	
Edad:	Ocupación	Teléfono de contacto:
Parentesco:	No. de horas de cuidado	Tipo de apoyo:

## 3. Presentación del problema

Queja principal (en términos del paciente):	
---	--

Historia inmediata de desarrollo del problema:	
--	--

Definición del problema:	
--------------------------	--

Antecedentes	
--------------	--

Consecuentes	
--------------	--

Duración del problema	
-----------------------	--

Frecuencia del problema	
-------------------------	--

Intentos anteriores por solucionarlo:	
---------------------------------------	--

Intentos anteriores por solucionar otros problemas:	
---	--

#### 4. Impresión clínica

Apariencia física:	
--------------------	--

Conductas durante la entrevista:	
----------------------------------	--

Orientación:	
--------------	--

Habilidades sociales:	
-----------------------	--

Cooperación y motivación para el tratamiento:	
---	--

\*Retomado y modificado de Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual (Reynoso & Seligson, 2005, p.215-220).

## Anexo 7

Número de sesión	Técnica	Objetivo	Procedimiento/duración	Actividad		Tarea
				Terapeuta	Usuario	
1	Presentación del Médico Conductual de Clínica del Dolor	El/la paciente identificará las características del protocolo	-Explicar cuál es la labor del Médico Conductual de Clínica del Dolor - Exponer en qué consiste el protocolo de investigación -Firmar consentimiento informado (Anexo 3) 20 min	-Explicar generalidad del protocolo -Resolver dudas -Recabar la firma del consentimiento	- Prestar atención a la información proporcionada Preguntar en caso de dudas -Firmar consentimiento informado	No aplica
	Aplicación de escalas de medición	El/la paciente contestará los instrumentos de evaluación	-Aplicar el cuestionario QLQ-C30 y HADS (Anexo 4 y 5) 25 min.	-Evaluar -Resolver dudas	-Contestar los cuestionarios -Preguntar en caso de dudas	
	Entrevista datos sociodemográficos	-Responderá datos sociodemográficos	-Entrevista datos sociodemográficos  -Entrega del material de apoyo	-Preguntar datos sociodemográficos -Entrega de material de apoyo -Explicación del registro diario de dolor	-Responder preguntas  -Preguntar en caso de dudas	-Registro diario de dolor (Tarea sesión 1)
2	Entrevista conductual	El/la paciente responderá la entrevista conductual	-Se revisará tarea sesión 1  -Se comenzará entrevista conductual	-Revisar tarea  -Aplicar entrevista conductual	-Preguntar en caso de dudas  -Responder preguntas	-Registro diario de dolor (Tarea sesión 2)
3			-Se revisará tarea sesión 2  -Se continuará entrevista conductual			-Registro diario de dolor (Tarea sesión 3)

Número de sesión	Técnica	Objetivo	Procedimiento/ duración	Actividad		Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea
				Terapeuta	Usuario			
4	Devolución de resultados de evaluación	El/la paciente entenderá la relación entre su estado de salud actual y su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)	-Se revisará tarea sesión 3 -Se mostrará mediante diagramas los resultados del proceso de evaluación y su relación con la CVRS del paciente. 20 minutos	-Revisar tarea -Explicar los resultados del proceso de evaluación -Resolver dudas referentes a la información proporcionada	-Escuchar los resultados -Preguntar en caso de dudas	No aplica		
	Psicoeducación Cuidados Paliativos (CP) y CVRS	El/la paciente identificará los principios básicos de los CP y CVRS en pacientes con cáncer	-Explicar qué son los CP y CVRS en pacientes con cáncer, así como los derechos generales para pacientes (Material de apoyo 1, 2 y 3) 50 min.	-Explicar generalidades sobre CVRS y CP en pacientes con cáncer -Resolver dudas -Pedir un ejemplo	-Atender a la información proporcionada -Preguntar en caso de dudas -Responder la actividad correspondiente -Seguir instrucciones	-Responder al menos tres preguntas correctamente  -Decir un ejemplo sobre CVRS	1. Cuestionario de Cuidados Paliativos (Actividad 1) 2. Decir un ejemplo sobre CVRS	-Registro diario de dolor (Tarea sesión 4)
	Entrenamiento en autorregistro de monitoreo diario	El/la paciente registrará sus actividades diarias	-Se proporcionará información sobre cómo llenar el autorregistro de monitoreo diario (material de apoyo 4) 20 min	-Explicar qué es un autorregistro y cómo llenarlo -Resolver dudas -Poner un ejemplo	-Atender a la información proporcionada -Preguntar en caso de dudas	-Registrar al menos 10 actividades realizadas durante la semana.	Autorregistro de monitoreo diario de actividades	-Llenar el autorregistro de las actividades realizadas durante la semana (Tarea sesión 4)

Número de sesión	Técnica	Objetivo	Procedimiento/duración	Actividad		Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea
				Terapeuta	Usuario			
5	Planeación de actividades (Áreas de vida, valores y actividades)	<p>-El/la paciente identificará los pasos de la técnica planeación de actividades</p> <p>-Agrupará sus actividades de acuerdo al área de vida que corresponde</p> <p>-Evaluará cada actividad</p>	<p>-Se revisará tarea sesión 4</p> <p>-Se explicará en qué consisten las áreas importantes de la vida, valores y actividades (Material de apoyo 5)</p> <p>-Se seleccionarán 15 actividades (3 por cada área de vida y se agregará un valor por cada área. Cada actividad se evaluará de acuerdo a su nivel de agrado, importancia y dificultad (Actividad 2). 90min</p>	<p>-Revisar tarea</p> <p>-Explicar las áreas importantes de la vida, valores y actividades</p> <p>-Resolver dudas</p> <p>-Poner un ejemplo de cada área de la vida</p>	<p>-Atender a la información proporcionada</p> <p>-Preguntar en caso de dudas</p> <p>-Responder las actividades</p>	<p>-Seleccionar un valor por cada área de la vida</p> <p>-Escribir de 3 actividades por área</p> <p>-Evaluar 5 actividades de acuerdo a su nivel de agrado, importancia y dificultad</p>	<p>Llenar: Formato de evaluación de áreas de la vida (Actividad 2)</p>	<p>-Registro diario de dolor (Tarea sesión 5)</p> <p>-Evaluar 5 actividades de acuerdo a su nivel de agrado, importancia y dificultad (Actividad 2)</p>

Número de sesión	Técnica	Objetivo	Procedimiento/duración	Actividad		Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea
				Terapeuta	Usuario			
6	Planeación de actividades (Clasificación de actividades y planeación)	<p>-El/la paciente clasificará las actividades de acuerdo a sus responsabilidades, dificultad y eventos placenteros</p>	<p>-Se revisará tarea sesión 5</p> <p>-Se clasificarán las actividades de acuerdo a su nivel de dificultad, responsabilidad y eventos placenteros (Material de apoyo 6, Actividad 3)</p> <p>-Se comenzará con la planeación de actividades (Material de apoyo 7, Actividad 4) 90min</p>	<p>-Revisar tarea</p> <p>-Explicar cómo se clasificarán las actividades</p> <p>-Resolver dudas</p> <p>-Comenzar con la planeación de actividades</p>	<p>-Atender a la información proporcionada</p> <p>-Preguntar en caso de dudas</p> <p>-Clasificar las actividades</p> <p>-Comenzar con planeación de actividades</p>	<p>-Clasificar las actividades de acuerdo a su nivel de dificultad</p> <p>- Planificar de 3 a 5 actividades por día</p>	<p>Llenar: Formato selección de actividades (Actividad 3)</p> <p>- Autorregistro de planeación de actividades (Actividad 4)</p>	<p>-Registro diario de dolor (Tarea sesión 6)</p> <p>-Encerrar actividades realizadas en la semana (Actividad 4)</p>

Número de sesión	Técnica	Objetivo	Procedimiento/duración	Actividad		Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea
				Terapeuta	Usuario			
7	Planeación de actividades (Acuerdos)	El/la paciente pedirá apoyo para la realización de actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Se revisará tarea sesión 6 y actividad 4</li> <li>-Se explicará la importancia llegar acuerdos como parte de la planeación de actividades (Material de apoyo 8) y cómo realizarlo (Actividad 5)</li> </ul> 30 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Revisar tarea</li> <li>-Explicación de acuerdos</li> <li>-Resolver dudas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Prestar atención a la información</li> <li>-Completar actividades</li> <li>-Preguntar en caso de dudas</li> </ul>	Pedir apoyo a 2 personas	Llenar formato de acuerdos	-Pedir apoyo a 2 personas para la realización de actividades complicadas
	Solución de problemas (Orientación y definición del problema)	El/la paciente identificará los elementos de la técnica de solución de problemas  Definirá situaciones problemáticas que pueden presentarse en esta etapa	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explicación de la técnica de solución de problemas</li> <li>-Jerarquización de situaciones problemáticas para evaluación de abordaje (Material de apoyo 9)</li> </ul> 60 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Explicar la técnica de solución de problemas</li> <li>-Resolver dudas</li> <li>-Poner ejemplos sobre situaciones problemáticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atender la información proporcionada</li> <li>-Preguntar en caso de dudas</li> <li>-Participaren caso de dudas</li> <li>-Resolver las actividades</li> </ul>	-Contestar todo el formulario de Solución de problemas	Llenar formulario de solución de problemas (Actividad 6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Escribir una problemática a la que se haya enfrentado anteriormente y cómo la solucionó (Tarea sesión 7)</li> <li>-Registro diario de dolor (Tarea sesión 7)</li> </ul>

Número de sesión	Técnica	Objetivo	Procedimiento/duración	Actividad		Criterio de cambio	Técnica de evaluación	Tarea
				Terapeuta	Usuario			
8	Solución de problemas (generación de alternativas, toma de decisiones)	-Generar junto con el/la paciente un proceso de búsqueda de alternativas (lluvia de ideas) -Evaluar las ventajas y desventajas de la probable solución	-Se generará junto con el/la paciente un proceso de búsqueda de alternativas de solución a un problema real que lo aqueje (lluvia de ideas) (Actividad 7)  -Evaluar las ventajas y desventajas de la probable solución a la problemática real ya evaluada (Actividad 8) 50 min.	-Revisar tarea -Generar junto al paciente alternativas de solución -Resolver dudas -Poner ejemplos sobre información proporcionada	-Generar alternativas de solución -Preguntar en caso de dudas -Valorar ventajas y desventajas de cada alternativa	-Generar de 3 a 5 alternativas de solución -Evaluar al menos una ventaja y desventaja de cada alternativa -Elegir una opción de acuerdo a las alternativas empleadas	Complementar formularios de solución de problemas	Poner en práctica la solución que haya elegido
	Psicoeducación	El/la paciente comprenderá la importancia del apoyo social durante los CP	-Se explicará la importancia del apoyo social durante la etapa de los CP. (Material de apoyo 10 y 11) 15 min.	-Proporcionar material de ayuda -Explicar la importancia del apoyo social durante los CP	-Atender a la información proporcionada -Preguntar en caso de dudas		No aplica	
	Aplicación de escalas de medición	El/la paciente contestará los instrumentos de evaluación	-Aplicar el cuestionario QLQ-C30 y HADS (Anexo 4 y 5) 25 min.	-Evaluar -Resolver dudas	-Contestar los cuestionarios -Preguntar en caso de dudas			



# Sesión 4



## MATERIAL DE APOYO 1

### Intervención psicológica

Puede llevarse tanto con los pacientes como con los familiares

- 1) Antes del impacto ocasionado por la aparición de la enfermedad.



- 2) Tras el diagnóstico de la enfermedad y comienzo de la intervención.



- 3) Durante el avance de la enfermedad y proceso de muerte.



- 4) Tras la muerte del paciente.



Para cualquier duda respecto al uso de medicamento o cuidados en casa, puede comunicarse con nosotros



**Dra. Patricia Hernández Solís**  
Jefa de servicio Clínica del Dolor



**Mtra. Elizabeth Herrera Gil**  
Enfermera especialista



**Lic. Diana Salazar Díaz**  
Psicóloga

Teléfono 57 47 75 60 ext. 7320  
Lunes a viernes de 8:00am a 2:00pm

## CUIDADOS PALIATIVOS



**Material elaborado por:**

Lic. Psic. Diana Salazar Díaz

**Revisado por:**

Dra. Patricia Hernández Solís

Mtra. Elizabeth Herrera Gil

Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Los **cuidados paliativos** ayudan a los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo y es primordial el control del dolor y otros síntomas físicos, así como, de los problemas psicológicos, sociales y espirituales.



Tienen como objetivo tratar de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.



## Características de los Cuidados Paliativos

- Aminoran el dolor y otros síntomas (fatiga, falta de aire, insomnio, náusea, estreñimiento, diarrea, falta de apetito, entre otros) que producen sufrimiento.



- Consideran la muerte como un proceso natural.



- No aceleran el proceso de morir ni lo retrasan.



- Integran los aspectos sociales (el impacto de los síntomas en el paciente y la situación familiar en ese momento).



- Ayudan a los pacientes a vivir de la manera más activa posible.



- Ofrecen apoyo a los familiares y a los allegados durante la enfermedad y el duelo.



- Consideran los aspectos espirituales (necesidades de las personas a la búsqueda del sentido de la vida y la muerte).



- Se espera que puedan ser aplicados desde fases tempranas de la enfermedad



## MATERIAL DE APOYO 2

En pacientes con cáncer la calidad de vida es un proceso de adaptación que está influenciado por características médicas y sociodemográficas que facilitarán o dificultarán el proceso de la enfermedad.



El **autocuidado** incluye actividades diarias que realiza una persona para atender su salud, ayudándole a mejorar su calidad de vida.



Para cualquier duda respecto al uso de medicamento o cuidados en casa, puede comunicarse con nosotros



**Dra. Patricia Hernández Solís**  
Jefa de servicio Clínica del Dolor



**Mtra. Elizabeth Herrera Gil**  
Enfermera especialista



**Lic. Diana Salazar Díaz**  
Psicóloga

Teléfono 57 47 75 60 ext. 7320  
Lunes a viernes de 8:00am a 2:00pm

## CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD



**Material elaborado por:**

Lic. Psic. Diana Salazar Díaz

**Revisado por:**

Dra. Patricia Hernández Solís

Mtra. Elizabeth Herrera Gil

Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

La **salud** es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.



La **Calidad de Vida Relacionada con la Salud** es la valoración que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud actual.



La calidad de vida relacionada con la salud puede verse reflejada en diversos aspectos de la vida del paciente, por ejemplo:

**Funcionamiento físico:** Es la capacidad para desempeñar actividades físicas o de autocuidado como vestirse, ir al baño, bañarse, caminar o comer.



**Funcionamiento del rol:** Es la capacidad de realizar actividades habituales con el rol individual como trabajar, tareas del hogar o actividades en el tiempo libre.



**Funcionamiento emocional:** Puede verse alterado por la enfermedad y su tratamiento. Algunos ejemplos pueden ser ansiedad, depresión, estrés e irritabilidad.



**Funcionamiento cognitivo:** Como la dificultad para concentrarse o recordar cosas.



**Funcionamiento social:** Es la interacción con otras personas como familia o amigos.



**Estado global de salud:** Incluye la percepción del paciente sobre su estado de salud actual y calidad de vida.



**Síntomas:** fatiga, dolor, náusea y vómito, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico.



## MATERIAL DE APOYO 3

10

### Derechos generales de los pacientes

---

01



Recibir atención médica adecuada

---

02



Recibir trato digno y respetuoso

---

03



Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz

---

04



Decidir libremente sobre tu atención

05



Otorgar o no tu consentimiento

---

06



Ser tratado con confidencialidad

---

07



Contar con facilidades para obtener una segunda opinión

---

08



Recibir atención médica en caso de urgencia

---

09



Contar con un expediente clínico

---

10



Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida

**Referencia**  
Secretaría de Salud. (11 de febrero de 2016). Conoce los 10 derechos generales de los pacientes. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-los-10-derechos-generales-de-los-pacientes>  
Elaborado por:  
Lic. Pável Osorio Salazar Díaz  
Revisado por:  
Dra. Patricia Hernández Salda  
Mtra. Elizabeth Herrera Gil  
Mtra. Ana Leticia Becerra Galván



HOSPITAL GENERAL DE MÉDICO  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y ODONTOLÓGICAS  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

## ACTIVIDAD 1

### Cuestionario de Cuidados Paliativos

**Instrucciones:** De acuerdo a la información proporcionada, responda las siguientes preguntas:

1. ¿Qué son los Cuidados Paliativos?

---

---

---

---

---

2. Mencione dos características de los Cuidados Paliativos

---

---

---

3. ¿Qué es la Calidad de Vida Relaciona con la Salud?

---

---

---

---

4. Mencione dos aspectos de la vida en la que puede verse reflejada la Calidad de Vida

---

---

---

5. Mencione dos derechos para los pacientes

---

---

---

## MATERIAL DE APOYO 4

### Autorregistro de monitoreo diario

El objetivo de esta actividad es aumentar su comportamiento saludable, por lo que, es importante tomar conciencia de lo que hace cada día. Esto nos ayudará a identificar el patrón de sus conductas y estado de ánimo. Además, nos dará una idea de su nivel de actividad actual, que luego podremos comparar con su nivel de actividad más adelante en el tratamiento. Para monitorear sus actividades actuales, es necesario tener un registro detallado (hora por hora) de todas las actividades que realiza, incluidas aquellas que parecen insignificantes, como dormir o mirar televisión. Deberá completar el autorregistro por cada día, tratando de ser lo más preciso y completo posible.

### Calificaciones de agrado, importancia y dificultad

Una vez que haya registrado la actividad, califíquela en términos de tres cosas: agrado, importancia y dificultad.

<b>Agrado</b>	<b>Importancia</b>	<b>Dificultad</b>
Escala: 0-10 0= No es agradable 10= Le agrada mucho	Escala: 0-10 0= No tiene ninguna importancia 10= Mayor importancia	Escala: 0-10 0= Ninguna dificultad 10= Mayor dificultad
<b>Ejemplo:</b> Un picnic puede considerarse una actividad muy agradable (10), mientras que lavar platos puede considerarse que no agradable (0).	<b>Ejemplo:</b> Asistir al médico puede ser una actividad muy importante (10). Por otro lado, mirar televisión podría no serlo (2).	<b>Ejemplo:</b> Cortar verdura puede ser una actividad fácil de realizar (0), mientras que trapear puede tener mayor nivel de dificultad (10).

Además de las clasificaciones de agrado, importancia y dificultad para cada actividad, también debe indicar su estado de ánimo general.

### ¿Cuándo debe completar el autorregistro de monitoreo diario?

Puede elegir registrar sus actividades a medida que avanza el día o puede preferir esperar hasta el final del día para hacerlo todo de una vez. Puede hacer lo que prefiera. Sin embargo, es mejor registrar sus actividades el día en que se produjeron, en lugar de varios días después.

# Sesión 5



## MATERIAL DE APOYO 5

### Planeación de actividades

Observe los tipos de actividades que está realizando, si son agradables, importantes o difíciles, todas o ninguna. Preste atención sobre cómo es su vida todos los días, lo que está haciendo y hasta qué punto estas actividades lo llevan a sentirse mejor o peor.

#### Áreas de vida, valores y actividades

Áreas de la vida. Un paso importante consiste en pensar en las áreas más importantes de su vida. Piense por un momento en cada una de las siguientes áreas de la vida.

1. *Relaciones:* esta área involucra a la familia, amigos y/o pareja romántica.
2. *Educación/carrera:* esta área se refiere al tiempo dedicado a desarrollar su educación y carrera. Puede incluir educación formal como la universidad o informal como leer libros sobre un tema en particular, seguir trabajando o encontrar un nuevo trabajo.
3. *Recreación/intereses:* Se refiere al tiempo libre, cuando puede divertirse y/o relajarse.
4. *Mente/ Cuerpo/ Espiritualidad:* se refiere tanto a la salud física y mental como a la religión o espiritualidad.
5. *Responsabilidades diarias:* esta área se refiere a sus obligaciones y responsabilidades.

Valores. Un valor es una creencia ideal, de calidad o fuerte en cierta forma de vida. En otras palabras, ¿qué es importante para usted cada una de estas áreas de la vida? ¿Cuáles son las cualidades de esa área de vida que son importantes para usted? Un valor es algo que es importante para usted, en su corazón, sobre esa área de la vida. Asegúrese de que los valores que identifique sean muy personales y no necesariamente de otras personas.

Actividades. Las actividades son cosas que puedes hacer para vivir de acuerdo con los valores. Por ejemplo, si “ser buen esposo/a” es algo que usted valora, enumere algunas actividades que cree que son consistentes con ser buen esposo/a. Es importante mencionar que la actividad debe tener dos características específicas: deben ser observables por los demás y medibles. Son mucho más fáciles de realizar si se dividen en partes. Para mejorar la probabilidad de éxito inicial y para ayudarlo a comenzar este programa, algunas de las actividades que elija deben ser actividades que ya realiza con regularidad, pero le gustaría aumentar la frecuencia o la duración.

## ACTIVIDAD 2

### Evaluación de áreas de la vida

**Instrucciones:** Describa actividades que le gustaría conseguir en cada área

#### 1. Relaciones

<b>Valor:</b>	<b>Agrado (0-10)</b>	<b>Importancia (0-10)</b>	<b>Dificultad (0-10)</b>
Actividad 1:			
Actividad 2:			
Actividad 3:			

#### 2. Educación/carrera

<b>Valor:</b>	<b>Agrado (0-10)</b>	<b>Importancia (0-10)</b>	<b>Dificultad (0-10)</b>
Actividad 1:			
Actividad 2:			
Actividad 3:			

#### 3. Recreación/intereses

<b>Valor:</b>	<b>Agrado (0-10)</b>	<b>Importancia (0-10)</b>	<b>Dificultad (0-10)</b>
Actividad 1:			
Actividad 2:			
Actividad 3:			

#### 4. Mente/ Cuerpo/ Espiritualidad

<b>Valor:</b>	<b>Agrado (0-10)</b>	<b>Importancia (0-10)</b>	<b>Dificultad (0-10)</b>
Actividad 1:			
Actividad 2:			
Actividad 3:			

#### 5. Responsabilidades diarias

<b>Valor:</b>	<b>Agrado (0-10)</b>	<b>Importancia (0-10)</b>	<b>Dificultad (0-10)</b>
Actividad 1:			
Actividad 2:			
Actividad 3:			

# Sesión 6



## MATERIAL DE APOYO 6

### Selección de actividad y clasificación

En este momento, habrá identificado muchas actividades para cada uno de los valores en sus áreas de vida. Elegiremos algunas actividades para usar como punto de partida. Cuanto más se vinculen sus actividades diarias con sus valores, más probable será que experimente las actividades como placenteras y significativas. Enumérelas de acuerdo al número de actividades que eligió, donde 1 será la más fácil de realizar y el último número la más difícil de lograr. En la planificación de actividades, comenzará con las actividades más fáciles y gradualmente trabajará hacia las más difíciles.





## MATERIAL DE APOYO 7

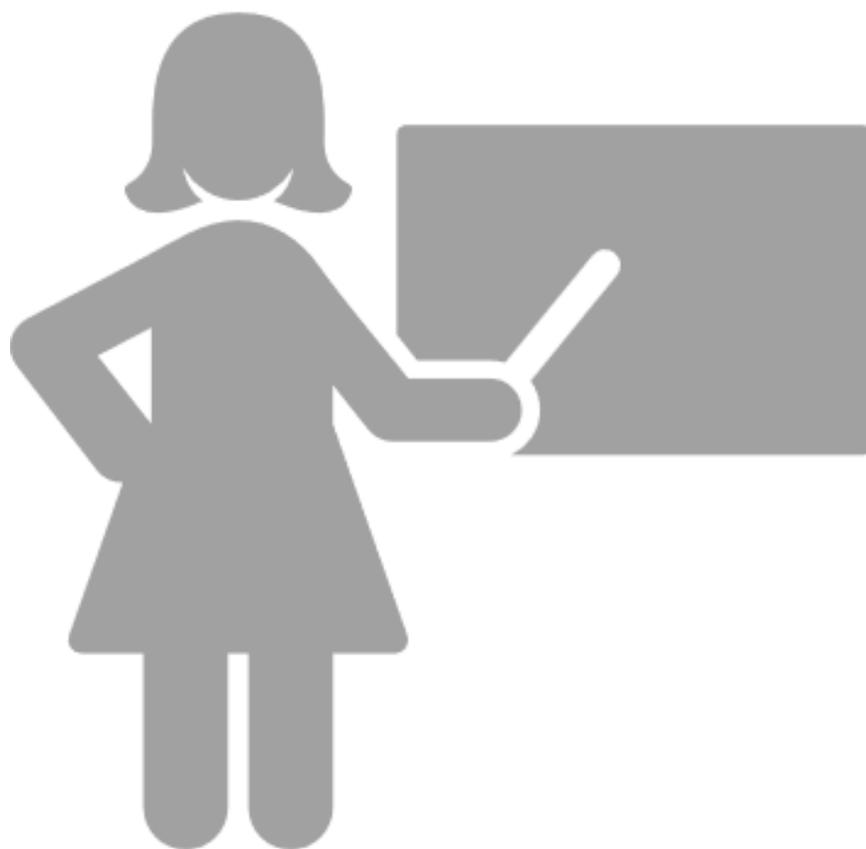
### Monitoreo diario con planeación de actividades

Necesitará un plan sobre cómo incluirá estas actividades en su programa diario. El enfoque más simple es comenzar con 3-5 de las actividades más fáciles. Cuando tenga dificultades con una actividad, puede ser útil considerar si realmente ha dividido la actividad lo suficiente. Un aspecto clave de este tratamiento es planificar el día y la hora específicos en que realizará cada actividad. Esto requerirá que realmente piense en dónde puede adaptar de manera realista la actividad a su horario. Al hacer esto, encontrará que es más probable que logre la actividad. Ponga un círculo a cada actividad planificada en su formulario si la completó. Asegúrese de darle una calificación de agrado, importancia y dificultad en este momento también. Si no completó la actividad a la hora programada, póngale una línea (pero no la borre) y escriba la actividad que realizó en ese momento. Si es posible, intente volver a planificar la actividad perdida para otro momento esa semana (o incluso ese día) y asegúrese de rodearla si la completa.





# Sesión 7



## MATERIAL DE APOYO 8

### Acuerdos

Sus posibilidades de mejorar su estado de ánimo son más fáciles cuando cuenta con el apoyo de otros para sus actividades saludables. La familia y/o los amigos pueden ser un gran apoyo en nuestras vidas. Los acuerdos lo ayudarán a pedir ayuda a las personas de apoyo para sus actividades saludables de la manera que lo necesite. Identifiquemos hasta 3 personas que podrían ayudarlo y las formas específicas en que podrían hacerlo. Una vez que haya identificado la actividad, y las personas que pueden ayudar, el siguiente paso es decirle a cada persona lo que está tratando de lograr y cómo puede ayudarlo exactamente. Involucrar a otros también puede fortalecer sus relaciones.



## ACTIVIDAD 5

Actividad:

Persona que puede ayudarle con esta actividad:

Cuáles son las formas en que esta persona puede ayudarle con esta actividad:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Actividad:

Persona que puede ayudarle con esta actividad:

Cuáles son las formas en que esta persona puede ayudarle con esta actividad:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Actividad:

Persona que puede ayudarle con esta actividad:

Cuáles son las formas en que esta persona puede ayudarle con esta actividad:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

# ¿Cómo puedo solucionar mis problemas?

Los problemas son situaciones de la vida cotidiana que pueden generar preocupación y estrés. A veces es inevitable sentirnos sobrepasados por ellos, por eso a continuación te daremos algunas recomendaciones para crear y escoger soluciones efectivas para problemas de la vida cotidiana.

- 1 Pregúntate:**
  - ¿Cuál es mi problema?
  - ¿Puedo hacer algo para solucionarlo?
  - ¿Puedo hacerlo solo?
  - ¿Para qué quiero solucionarlo?
  - ¿Qué espero que pase cuando lo solucione?
- 2 Crea alternativas de solución:**
  - Mientras más ideas mejor.
  - No hay opciones buenas ni malas.
  - ¡No importa que suene descabellada!
  - Contempla diferentes opciones, por ejemplo lugares, personas, actividades, entre otras.

¡Escribe tus ideas, todas pueden servir para solucionar tu problema!
- 3 Elige la mejor opción:**
  - Evalúa las ventajas y desventajas de cada alternativa de solución.
  - Identifica la viabilidad de cada alternativa.
  - Evalúa entre las alternativas si se pueden complementar con otra.
  - De todas las alternativas, elige la que tenga mayor posibilidad de éxito.

No olvides enlistar las alternativas de mayor a menor viabilidad ¡Será más fácil decidir!
- 4 Desarrolla un plan de acción:**
  - ¿Qué puedes hacer para llevar a cabo la alternativa de solución?
  - ¿Cómo podrás lograrlo?
  - ¿Necesitas ayuda de alguien?
  - ¿Cuándo y dónde comenzarás a implementar la alternativa de solución?
- 5 ¡Manos a la obra, echa a andar la solución!**
  - Comprueba si el resultado de implementar la solución fue acorde a lo que esperabas.
  - Si no se lograron los resultados esperados, hay que analizar ¿qué sucedió?, si lo detectas puedes regresar al paso 3 para elegir la mejor opción, si no detectas el contratiempo, comienza con el paso 1.

Bibliografía:  
D'Zurilla, T., Nezu, A. & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social Problem Solving: Theory and Assessment. In: E. Chang; T. D'Zurilla & L. Sanna (Eds). Social problem solving: Theory, research, and training. Cap. 1. Washington, DC, US: American Psychological Association.  
D'Zurilla, T. & Nezu, A. (2010). Handbook of cognitive-behavioral therapies (3rd Ed, Edited by K. S. Dobson). USA: The Guilford Press, pp. 197-225.



Residencia en Medicina Conductual, UNAM  
Sede Hospital Juárez de México  
Creado por Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez

\*Retomado de protocolo de investigación: Adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en un grupo de pacientes con dolor crónico (Hernández, 2019).

**ACTIVIDAD 6**

**Formulario de Solución de Problemas**

1. ¿Qué es un problema para usted?

---

---

---

---

---

2. Mencione al menos tres pasos de la terapia en solución de problemas

---

---

---

---

---

3. Señale al menos dos problemáticas a las que se esté enfrentando actualmente.

---

---

---

---

4. Elija la problemática más significativa que tenga en estos momentos

---

---

---

# Sesión 8



## ACTIVIDAD 7

**Instrucciones:** Genere un listado de tres alternativas de solución al problema

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ACTIVIDAD 8**

**Instrucciones:** Escriba las ventajas y desventajas (costos y beneficios) para cada una de las soluciones propuestas.

SOLUCIONES	VENTAJAS		DESVENTAJAS	
	Corto Plazo	Largo Plazo	Corto Plazo	Largo Plazo
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				

A continuación, escriba la solución(es) que usted considera más eficaz ante la problemática:

---

---

¿Qué necesita hacer para poner en marcha la solución?

---

---

---

# ¿Cómo me pueden ayudar los demás?

## Necesitas saber que...

1.- Una red social esta conformada por aquellas personas que nos rodean.

2.- El apoyo social son todas aquellas acciones que realizan las personas que te rodean.

Por ejemplo:



## ¿En qué me apoyan los demás?

- 1.- Te proporcionan información, orientación o consejos.
- 2.- Te dan ánimo y afecto, escuchan tus preocupaciones, miedos o problemas.
- 3.- Te ayudan a disminuir la sobrecarga de tus actividades diarias.
- 4.- Te proporcionan ayuda económica.
- 5.- Te proporcionan medicamentos o alimento.
- 6.- Te acompañan a tus citas médicas.
- 7.- Te ayudan a tomar decisiones difíciles y te dan su opinión.



## ¿Cómo se relaciona el apoyo que me proporcionan con mi salud?

- 1.- Aumenta tu seguridad y autoestima.
- 2.- Te ayuda a ver menos amenazante el proceso de tu enfermedad.
- 3.- Disminuyen tus niveles de estrés y ansiedad.
- 4.- Te ayuda a liberar tus emociones y pensamientos.
- 5.- Te permite resolver problemas relacionados con tu enfermedad.
- 6.- Cumplir con tu tratamiento médico.



Bibliografía:  
Ikeda, A. & Kawachi, I. (2010). Social Networks and Health, in Steptoe, A. (Editor). Handbook of Behavioral Medicine. Cap. 18, pp. 237-261 Nueva York: Springer.  
Tardy, Ch. (1985). Social Support Measurement. American Journal of Community Psychology, 13(2), 187-202.



Residencia en Medicina Conductual. UNAM  
Sede Hospital Juárez de México  
Creado por Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez

\*Retomado de protocolo de investigación: Adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en un grupo de pacientes con dolor crónico (Hernández, 2019).



# ¿Porqué es importante contar con el apoyo de personas cercanas a mi durante la enfermedad?

Tener una enfermedad crónica puede generarme tristeza o ansiedad, sin embargo, tener apoyo de mis seres queridos, me permite:

Sentirme querido y pleno aún con la enfermedad.

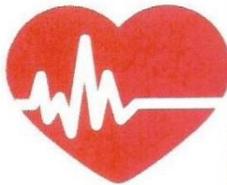
Tener un mejor nivel de salud.

Enfrentar de mejor forma mi malestar físico y emocional.

Tener mejor calidad de vida.

Expresar mis sentimientos, emociones y deseos.

Me motiva a continuar con mi tratamiento.



Ante el dolor crónico, el tener apoyo me da los siguientes beneficios:

Mejora el curso y recuperación de mi enfermedad.

Realizo las actividades que me gustan.

Minimiza mis malestares y síntomas de la enfermedad.

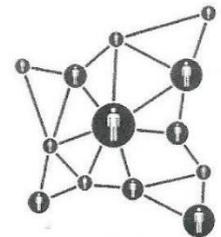
Me ayuda a no pensar constantemente en el dolor.



El tamaño de mi red de apoyo puede relacionarse con:

Si es grande y funcional aumenta la supervivencia en pacientes cáncer.

Si es pequeña aumenta el riesgo de mortalidad en pacientes con enfermedades del corazón.



En algunas ocasiones puedes pensar que no tienes apoyo pero intenta observar las acciones de los que te rodean, por ejemplo:

Hay alguien que te acompaña, sabes que ante una situación difícil cuentas con alguien.

Esa persona te escucha, tiene intereses en común contigo, te acepta, comprende y te orienta.

Es alguien con quien puedes platicar, te motiva, te distrae y se preocupa por ti.



Bibliografía:  
 Arroyo, M.C. y Castillo, G.M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico. *Revista Aquichan*, 10(4), 461-470.  
 Wada, A. & Kawachi, I. (2010). Social Networks and Health. In Sleptice, A. (Editor), *Handbook of Behavioral Medicine: Coping*, 18, 116, 237-267) Nueva York: Springer.  
 Pérez-García, A.M., Oliván, S. & Bover, R. (2012). Life-satisfaction, depressive symptoms and perceived social support in



Residencia en Medicina Conductual, UNAM  
 Sede Hospital Juárez de México  
 Creado por Lic. Psic. B. Arely Hernández Gálvez

\*Retomado de protocolo de investigación: Adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en un grupo de pacientes con dolor crónico (Hernández, 2019).

# Tareas

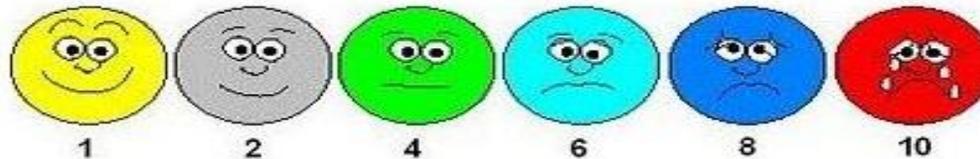


## SESIÓN 1

### Registro de dolor

**Instrucciones:** A continuación, se muestra una tabla que nos permitirá llevar un registro diario de su dolor. Por favor elija un momento del día para poder llenarlo. Observe el ejemplo

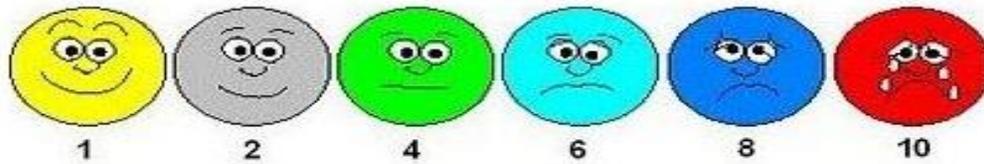
Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?
15/Abril/2019	Pierna derecha desde la ingle hasta la punta del pie.	Ardor	8	Movimiento de pierna	Medicamento	Morfina 15mg, 1 tableta cada 8 horas.



Evaluación para intensidad del dolor

### Registro de dolor

Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



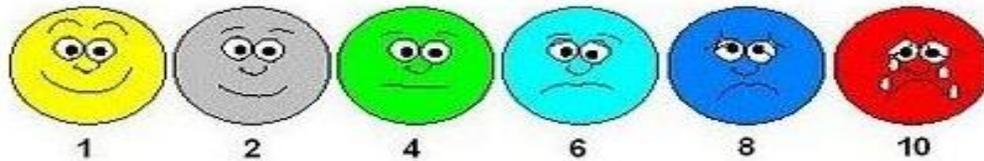
Evaluación para intensidad del dolor

## SESIÓN 2

### Registro de dolor

**Instrucciones:** A continuación, se muestra una tabla que nos permitirá llevar un registro diario de su dolor. Por favor elija un momento del día para poder llenarlo.

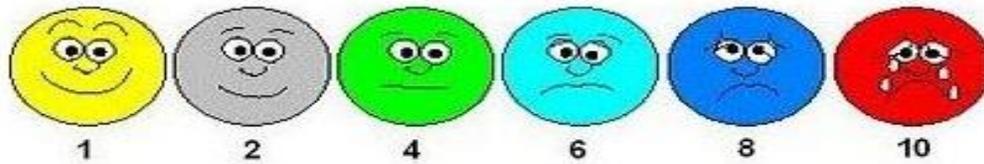
Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



Evaluación para intensidad del dolor

### Registro de dolor

Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



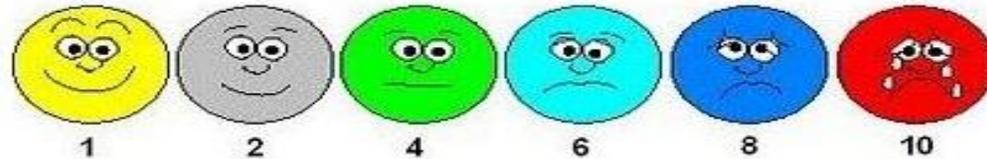
Evaluación para intensidad del dolor

### SESIÓN 3

#### Registro de dolor

**Instrucciones:** A continuación, se muestra una tabla que nos permitirá llevar un registro diario de su dolor. Por favor elija un momento del día para poder llenarlo.

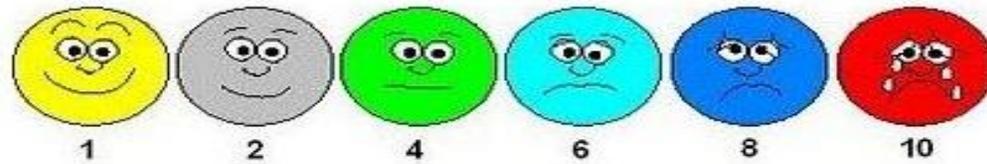
Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



Evaluación para intensidad del dolor

### Registro de dolor

Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



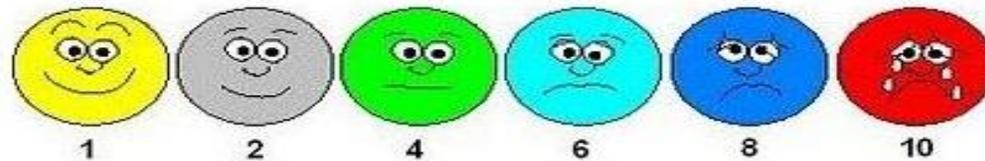
Evaluación para intensidad del dolor

## SESIÓN 4

### Registro de dolor

**Instrucciones:** A continuación, se muestra una tabla que nos permitirá llevar un registro diario de su dolor. Por favor elija un momento del día para poder llenarlo.

Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



1

2

4

6

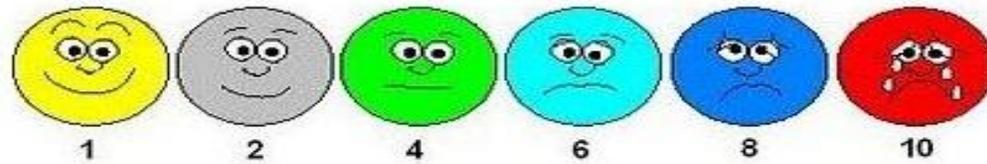
8

10

Evaluación para intensidad del dolor

### Registro de dolor

Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



Evaluación para intensidad del dolor

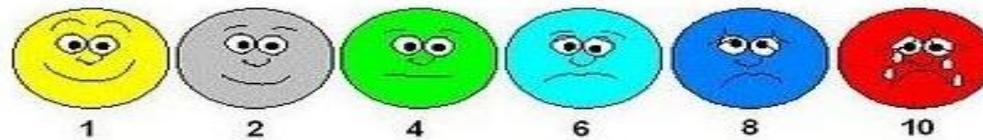


## SESIÓN 5

### Registro de dolor

**Instrucciones:** A continuación, se muestra una tabla que nos permitirá llevar un registro diario de su dolor. Por favor elija un momento del día para poder llenarlo.

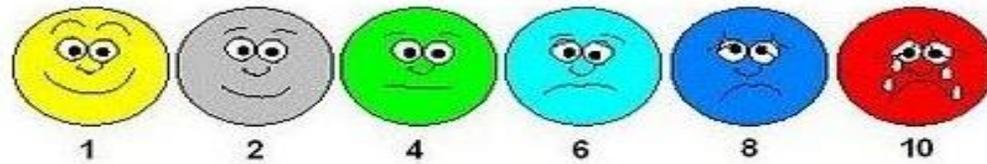
Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



Evaluación para intensidad del dolor

### Registro de dolor

Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



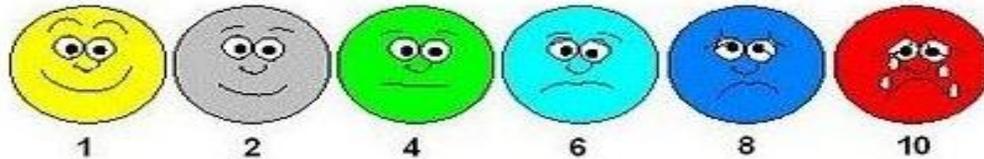
Evaluación para intensidad del dolor

## SESIÓN 6

### Registro de dolor

**Instrucciones:** A continuación, se muestra una tabla que nos permitirá llevar un registro diario de su dolor. Por favor elija un momento del día para poder llenarlo.

Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



1

2

4

6

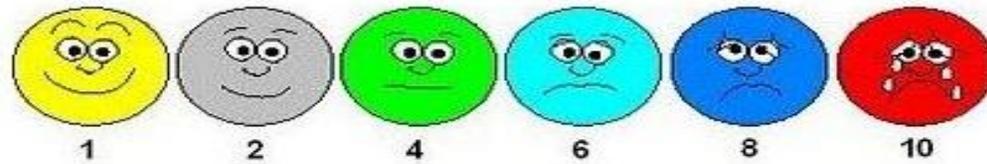
8

10

Evaluación para intensidad del dolor

### Registro de dolor

Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



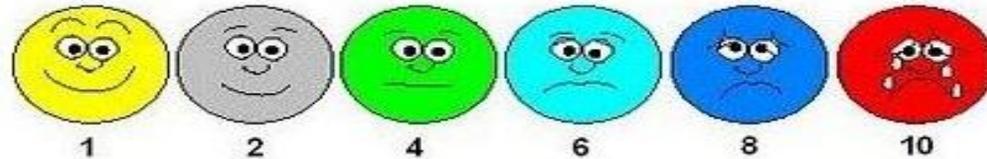
Evaluación para intensidad del dolor

## SESIÓN 7

### Registro de dolor

**Instrucciones:** A continuación, se muestra una tabla que nos permitirá llevar un registro diario de su dolor. Por favor elija un momento del día para poder llenarlo.

Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



1

2

4

6

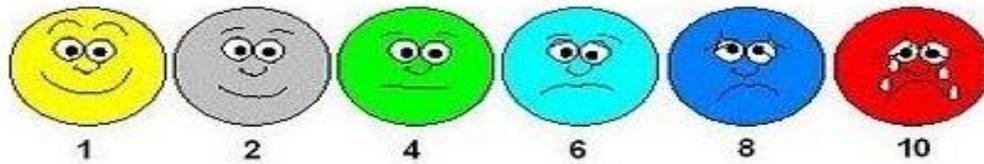
8

10

Evaluación para intensidad del dolor

### Registro de dolor

Fecha	¿Qué parte de su cuerpo duele?	¿Cómo es su dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le daría a su dolor?	¿Hubo algo que provocará su dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar su dolor?	¿Qué medicamentos tomo para el dolor?



Evaluación para intensidad del dolor

**Instrucciones:** Escribe una problemática a la que te hayas enfrentado anteriormente y cómo la solucionaste

Problemática

---

---

---

¿Cómo la solucionaste?

---

---

---

---

---

---

---

---

**Anexo 9**



*HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO*  
**ORGANISMO DESCENTRALIZADO**



# **MANUAL DE PROCESOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA**

**Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos**

**NOVIEMBRE, 2018**

# ÍNDICE

---

	<b>HOJA</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>2</b>
<b>I OBJETIVO DEL MANUAL</b>	<b>16</b>
<b>II MARCO JURIDICO</b>	<b>16</b>
<b>III PROCEDIMIENTOS</b>	
<b>1) Procedimiento para la atención del paciente en Hospitalización</b>	
1. Interconsultas	3
2. Pase de visita	5
3. Evaluación psicológica por parte del Médico Conductual de Clínica del Dolor	7
4. Intervención del Médico Conductual de Clínica del Dolor con otros servicios de psicología del HJM	9
5. Enlace con otros servicios	11
6. Intervención psicológica en hospitalización	13
<b>2) Procedimiento para la atención del paciente en la Consulta Externa</b>	
1. Consulta externa Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos	17
2. Intervencionismos	19
3. Cuidados Paliativos y sedación paliativa	21
<b>Talleres</b>	<b>23</b>

## INTRODUCCIÓN

### **Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos**

Nakao (2016) y Ayers, Althouse y Dredze (2014) señalan que la medicina conductual combina medicina, psicología y la ciencia social, que observan factores psicológicos y conductuales que son relevantes para algunas de las enfermedades crónicas más comunes. Una de las definiciones más recientes es la siguiente:

**Medicina Conductual** es un campo interdisciplinario de investigación y de práctica clínica que se enfoca en las interacciones entre el ambiente físico y social, la cognición, conducta y biología en la salud y la enfermedad, supone un abordaje integral del paciente partiendo de la evidencia empírica que revela que la conducta puede generar enfermedades, así como que las enfermedades modifican el comportamiento. Este campo se interesa en estudiar y modificar el comportamiento de la persona enferma en el contexto hospitalario; considerando sus creencias, sentimientos y pensamientos relacionados con la enfermedad, su curación, la participación de la familia, los médicos, los medicamentos, el hospital, la muerte, etc. (Reynoso, 2013).

El médico conductual puede intervenir en diversas áreas del ámbito hospitalario como: clínica del dolor, hematología, medicina interna, oncología, pediatría, trasplantes, entre otros. Una de las principales consecuencias derivadas de las enfermedades crónico degenerativas es el dolor. El dolor es definido por la International Association for the Study of Pain [PAIN] (1994) como “una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión presente o potencial”.

Ortega y López (2005) mencionan que la aportación del psicólogo en el área de clínica del dolor, incluye aspectos relativos a la atención tanto de pacientes con enfermedad terminal y a sus familiares, como a los diferentes miembros del equipo multidisciplinario. La actuación psicológica puede llevarse a cabo en cuatro periodos tanto con los pacientes con los familiares: 1) antes del impacto ocasionado por la aparición de la enfermedad, 2) tras el diagnóstico de la enfermedad y el comienzo de la intervención, 3) durante el avance de la enfermedad y el proceso de muerte, 4) en el proceso de muerte del paciente.

## **CONSIDERACIONES OPERATIVAS Y SUPERVISIÓN**

**Nombre del Curso:** Programa de Residencia en Medicina Conductual

**Institución de Educación Superior que avala el curso:** Universidad Nacional Autónoma de México.

**Sede Hospitalaria:** Hospital Juárez de México.

**Servicio Médico:** Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

**Horario:**

Lunes a viernes de 8:00 am a 2:00 pm.

### **Supervisión**

**Jefa de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos**

Dra. Patricia Hernández Solís

### **Supervisor in situ**

Dr. Ricardo Gallardo Contreras

**Adscrita a la Unidad de Salud Mental**

Mtra. Cintia Tamara Sánchez Cervantes

### **Supervisor Académico**

Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez

## Responsabilidades diarias del Médico Conductual de Clínica del Dolor y

### Cuidados Paliativos:

1. Firmar de lunes a viernes la lista de asistencia a la hora de entrada (8:00 am) y hora de salida (2:00 pm). La lista se encuentra en el consultorio de Medicina Conductual, y es necesario tomar foto de ambas firmas en el día para ser enviada a la supervisora académica.
2. Hacer nota en formato SOAP de todos los pacientes vistos en el día. Las notas deben llevar el nombre y firma del supervisor *in situ*, jefa de servicio de Clínica del Dolor y residente de Medicina Conductual. Los días martes, la Mtra. Cintia Tamara Sánchez Cervantes, adscrita de la Unidad de Salud Mental, es la encargada de firmar notas. La dinámica consiste, en qué cada semana un residente de Medicina Conductual (de acuerdo a un rol establecido) tiene que entregar a las 12:00 hrs, las notas a la Mtra. Cintia para que puedan ser revisadas y firmadas. Así mismo, en caso de que no se encuentre el supervisor *in situ*, la adscrita de Salud Mental puede firmar notas. Una vez que la nota contiene las tres firmas, puede ser ingresada en el expediente del paciente.
3. Todos los días, es necesario entregar al supervisor *in situ* una hoja de productividad de los pacientes vistos en consulta externa. En esta hoja, debe anotarse los datos del residente de Medicina Conductual (nombre, curp, cédula profesional), así como del paciente (nombre, curp o lugar de nacimiento, fecha de nacimiento, edad, talla, peso y registrar si es paciente de primera vez o subsecuente) (Ver anexo 1).

### **Sede Hospitalaria**

El Hospital Juárez de México (HJM) es una institución adscrita a la Secretaría de Salud, brinda servicios en nivel de alta especialidad. Se encuentra ubicado en el norte de la ciudad, en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Delegación A. Madero, CP. 07760 (Hospital Juárez de México, 2015).

## Servicio de Clínica del Dolor

El servicio de Clínica del Dolor (CdD) del HJM, inició sus actividades en el año de 1995, es una unidad multidisciplinaria de carácter especializado, que brinda atención a pacientes con síndromes dolorosos derivados de diversas enfermedades, cuando otras posibilidades quirúrgicas o farmacéuticas no han funcionado y el dolor afecta de manera significativa la calidad de vida de los pacientes. Sus actividades son bajo un enfoque biopsicosocial, atención individualizada mediante una evaluación exhaustiva y tratamiento personalizado de acuerdo a las necesidades de cada paciente. Debido a las repercusiones de los síndromes dolorosos en diferentes áreas, los tratamientos son de carácter multidisciplinar, requiriendo el apoyo de diferentes especialidades como enfermería, anestesiología, medicina física, rehabilitación y psicología (Hernández, 2005).

## Organigrama

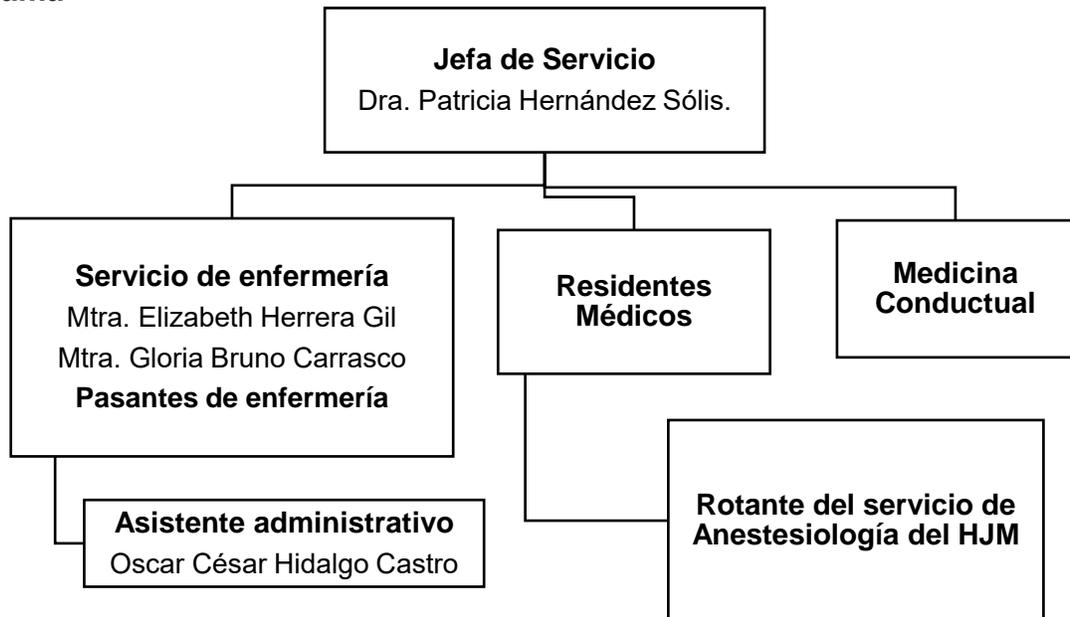


Figura 1. Organigrama de Clínica del Dolor

## PRÁCTICA EN EL HOSPITAL

### Fase 1. Inducción al hospital (Septiembre-Diciembre)

El taller está dividido en cuatro etapas:

- **1ª etapa:** Dirigido por la Mtra. Cristina Bravo González en la FES Iztacala. Se realiza una clase general sobre características de la sede hospitalaria, presentación de plan de inducción progresivo y lineamientos generales de conducta. En esta sesión se valora seguimiento de normatividad de vestimenta y arreglo personal de los residentes.
- **2ª etapa:** El residente de Medicina Conductual acude al Hospital Juárez de México al servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Se realiza una inducción general al servicio y observación de actividades del R2, ***durante esta etapa queda estrictamente prohibido realizar cualquier clase de intervención por parte de los R1***, en caso de que tenga comentarios éstos se reservan para el final de las intervenciones de los residentes que están a cargo de la inducción; los R2 evalúan y retroalimentan a cada R1 y entregan un reporte por escrito, de acuerdo con el formato elaborado para tal fin, la semana siguiente en su supervisión académica (ver anexo 1). Al término de esta etapa, podrá realizarse la primera permuta de servicio (de hacerse en este momento, pierde la oportunidad de hacerla al término de la tercera etapa), para realizarla, los residentes involucrados deben comunicar su decisión por escrito al claustro de profesores de la residencia, ambos deben manifestar su acuerdo voluntario y que con esa permuta comprenden que pierden la oportunidad de regresar al primer servicio asignado o hacer una segunda permuta.
- **3ª etapa:** Se comienza a realizar actividades bajo supervisión de R2; al finalizar esta etapa, nuevamente los R2 evalúan y retroalimentan a cada R1 y entregan un reporte por escrito en la siguiente supervisión académica. De no haber realizado la permuta de servicio en la etapa anterior, se está en posibilidad de hacerlo al concluir esta 3ª etapa, de igual modo, los residentes involucrados deben comunicar su decisión por escrito al claustro de profesores de la residencia, ambos deben manifestar su acuerdo voluntario y que con esa permuta comprenden que el servicio a donde están

decidiendo cambiar será el definitivo donde realizarán sus actividades como estudiantes de la residencia.

- **4ª etapa:** Se comienza con la realización de actividades e intervenciones individuales bajo supervisión de R2, al concluir esta etapa, los R2 evalúan y retroalimentan a cada R1 y entregan un reporte por escrito en la siguiente supervisión académica.

A continuación, se muestra una tabla con las actividades específicas que se realizan en la etapa 2, 3 y 4.

Tabla 1.

*Actividades de inducción progresiva HJM Clínica del Dolor*

Etapa	Actividades R1	Actividades R2
2ª 8 a 11 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar las características generales del servicio: miembros del equipo, esquemas de trabajo, actividades a desarrollar como servicio y actividades que realiza el residente en MC.</li> <li>• Observar las intervenciones psicológicas del R2 en las diferentes áreas de trabajo (consulta externa, hospitalización e interconsultas). Durante este período el R1 no podrá participar durante las intervenciones, sin embargo, al término deberá comentar sus sugerencias y dudas con el R2.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asistir al pase de visita</li> <li>• Explicar de rutina del servicio</li> <li>• Mostrar instalaciones importantes del hospital y servicio</li> <li>• Identificar y evaluar las habilidades comunicativas del R1.</li> <li>• Modelar intervenciones en las diferentes áreas de trabajo.</li> <li>• Realizar en conjunto notas en formato SOAP, ayudando al R1 a identificar cada uno de los componentes.</li> <li>• Entrenar al R1 en el adecuado manejo de expediente clínico interno y externo.</li> <li>• Entrenar al R1 en el uso de los formatos de entrevista diseñados para cada una de las áreas de trabajo.</li> <li>• <b>NO PUEDE ASIGNAR casos ni pacientes a entrevistar</b></li> </ul>
3ª 8 a 12 hrs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar entrevistas de primera vez con observación del R2</li> <li>• Realizar (a mano) nota SOAP revisada por R2, en última instancia éste la aprobará y asentará su firma en el expediente</li> <li>• Asistir a consulta externa con R2 correspondiente.</li> <li>• De presentarse alguna crisis el alumno podrá atenderla con apoyo del R2.</li> <li>• Elaborar a mano las notas SOAP correspondientes a los casos donde se proporcionó apoyo y de contar con</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelar intervenciones en las diferentes áreas de trabajo.</li> <li>• El R1 será coterapeuta en esas sesiones.</li> <li>• <b>Instigar la identificación de casos problemas</b></li> <li>• Asignar pacientes para realización de entrevistas de 1ª vez, presenciar dicha entrevista (no casos difíciles)</li> <li>• Retroalimentar ejecución al término de la entrevista</li> <li>• Supervisar realización de nota SOAP</li> </ul>

	<p>todos los elementos (visto bueno del R2) podrá escribirse directamente en el expediente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar al R1 en el llenado de algunos formatos de entrevista en los cuales se participó como coterapeuta.</li> <li>• Auxiliar al R1 durante la atención de alguna crisis</li> <li>• Revisar y explicar a detalle los componentes del examen mental de las notas de primera vez.</li> </ul>
<p>4ª 8 a 13 hrs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar entrevistas de primera vez solos, se comentan al final con R2 (se sugiere que las intervenciones se realicen en casos sencillos y conocidos por el R2)</li> <li>• Realizar nota SOAP -hechas a mano- con el visto bueno del R2 escribirse directamente en el expediente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignar pacientes para realización de entrevistas de 1ª vez (no casos difíciles).</li> <li>• Monitorear y supervisar realización de entrevistas.</li> <li>• Supervisar realización de notas SOAP</li> <li>• Aprobar, planear y supervisar seguimiento de pacientes de hospitalización (implica revisar y corregir notas SOAP).</li> <li>• Apoyar al R1 en el llenado de algunos formatos de entrevista en los cuales se participó como terapeuta.</li> <li>• Revisar y explicar a detalle los componentes del examen mental de las notas de primera vez.</li> <li>• Revisar y comentar respecto a los posibles diagnósticos psicológicos, así como el plan de tratamiento tentativo.</li> </ul>

Modificado del manual Práctica en el Hospital (Bravo, Ordaz, Becerra, Reynoso y Miguel, 2017).

## **Fase 2. Práctica en el hospital (Enero-Junio)**

Una vez terminada la fase de inducción, el residente de Medicina Conductual (R1), comienza con las prácticas en el hospital en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Durante esta fase, se encuentran a cargo dos residentes en el servicio (R1 y R2), por lo que es necesario dividir las actividades. Cada mes, se realiza una rotación en el área de hospitalización y consulta externa. Las actividades que realiza el residente que se encuentra en el área de hospitalización son las siguientes:

- Acudir al pase de visita con el equipo multidisciplinario.
- Realizar la evaluación de todos los pacientes que se encuentran en el censo de Clínica del Dolor.
- Atención psicológica de los pacientes, cuidadores y/o familiares que lo requieran.

- Intervención en crisis en el área de hospitalización.
- Acompañar a los pacientes hospitalizados, que acuden a Clínica del Dolor para la realización de un procedimiento médico invasivo (simpatectomía, quimioterapia intratecal, toma de líquido cefalorraquídeo o bloqueo para control de dolor).
- Atender a los pacientes que se encuentran agendados previamente por el médico conductual en consulta externa de Clínica del Dolor.

Para el caso del residente que se encuentre a cargo de consulta externa, sus actividades consisten en:

- Acompañar a la jefa de servicio y/o médicos residentes en la consulta externa de Clínica del Dolor.
- Acompañar a los pacientes que acuden a consulta externa de Clínica del Dolor para la realización de un procedimiento médico invasivo (simpatectomía, quimioterapia intratecal o bloqueo para control de dolor).
- Intervención en crisis en el área de consulta externa.
- Evaluación y terapia psicológica de los pacientes que son derivados por los residentes médicos y/o jefa de servicio.
- Apoyar al equipo médico en procesos médico invasivos que son realizados en la Clínica.

El primer lunes de cada mes se realizan procedimientos médico invasivos para control de dolor (un mes radiofrecuencia, un mes ozonoterapia), ambas residentes apoyan a los pacientes y a los médicos durante el procedimiento.

### **Fase 3. Práctica en el hospital (Julio-Diciembre)**

En esta fase únicamente se encuentra un residente de Medicina Conductual en el servicio de Clínica del dolor y Cuidados Paliativos por lo que es necesario cubrir el área de hospitalización y consulta externa con las actividades mencionadas anteriormente. Una vez que el médico conductual comienza a realizar sus prácticas en el hospital en el mes de enero, comienza acudir en un horario de Lunes a Viernes de 8:00 a 14:00 hrs. El residente podrá disponer de 30 minutos para desayunar. Así mismo, complementando las actividades que se realizan dentro del servicio de Clínica

del Dolor, parte de la formación del residente en Medicina Conductual consiste en llevar a cabo las siguientes actividades académicas:

- **Clases médicas relacionadas al Dolor:** Los residentes médicos, abordan temas relacionados a Dolor y Cuidados Paliativos con el objetivo de ampliar conocimientos referentes a síndromes dolorosos y su tratamiento.  
Responsable: Dra. Patricia Hernández Solís.
- **Sesión general:** Esta actividad se realiza en el auditorio principal del HJM con todo el personal de salud del Hospital. Se exponen temas de innovación médica, temas socioculturales y de labor médica en distintas especialidades y contextos.
- **Sesión de caso clínico de Medicina Conductual:** En cada sesión se presenta un caso clínico realizado por un residente de Medicina Conductual en donde se presenta la historia clínica del paciente, motivo de consulta, diagnóstico, hipótesis, objetivos terapéuticos, intervención psicológica, resultados y conclusiones. Al término de cada caso proporciona retroalimentación del caso.  
Responsables: Dr. Ricardo Gallardo Contreras, Mtra. Cristina Bravo González y Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo.
- **Sesión bibliográfica:** Los residentes de Medicina Conductual exponen artículos científicos recientes relacionados a la aplicación de la terapia Cognitiva-Conductual en enfermedades crónico degenerativas. Junto con el supervisor in situ se discute la metodología, hacen aportaciones y sugerencias de posibles replicas en pacientes del HJM sobre el tema visto.  
Responsable: Dr. Ricardo Gallardo Contreras
- **Supervisión académica:** Durante la supervisión se examina material teórico relacionado a temas de Dolor, Geriatria y Hematología, también aspectos metodológicos de los protocolos de investigación y se analizan casos clínicos difíciles, además la supervisora proporciona asesoría ante problemáticas que puedan presentarse en el servicio ya sea con el equipo médico, los pacientes o cuidadores.  
Responsable: Mtra. Ana Leticia Becerra Gálvez.
- **Actividades de Investigación:** El residente debe identificar las necesidades de los pacientes atendidos en la Clínica del Dolor, para así diseñar y si es

posible implementar un protocolo de investigación en apego a el método científico y considerando la viabilidad y temporalidad requerida para el estudio.

## HORARIO

Tabla 2.

### *Horario semanal de actividades*

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 a 9:00	Supervisión académica	Clase médica	Sesión General	Pase de visita	Clase médica
9:00 a 10:00			Pase de visita		
10:00 a 11:00		Pase de visita	Revisión de caso clínico		Atención a pacientes en hospitalización
11:00 a 12:00	Clase médica y atención a pacientes	Atención a pacientes en consulta externa	Atención a pacientes en hospitalización	Sesión bibliográfica	
12:00 a 14:00					

## EVALUACIÓN

La evaluación de los residentes se lleva a cabo de conformidad con lo señalado en la Normatividad de la Residencia y el Programa Operativo al año correspondiente y se modificará de acuerdo a las indicaciones de la UNAM y las necesidades académicas de los servicios. Los criterios de evaluación serán:

1. Supervisor Académico (valor 60%), el cual constará de las siguientes áreas
  - a) Entrega de tareas (5%)
  - b) Avances del protocolo (25%)
  - c) Presentación y discusión de casos clínicos (20%)
  - d) Entrega de reportes de productividad (10%)
2. Presentación de casi en la sesión Conjunta de Casos Clínicos (20%) evaluada por dos docentes de la residencia (Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo y Mtra. Cristina Bravo González).
3. Tutor (20%).

## **I.- OBJETIVO DEL MANUAL**

Proporcionar una descripción de las actividades del Médico Conductual realizadas con los pacientes que son interconsultados por otros servicios y son atendidos por Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México.

### **Objetivos Específicos**

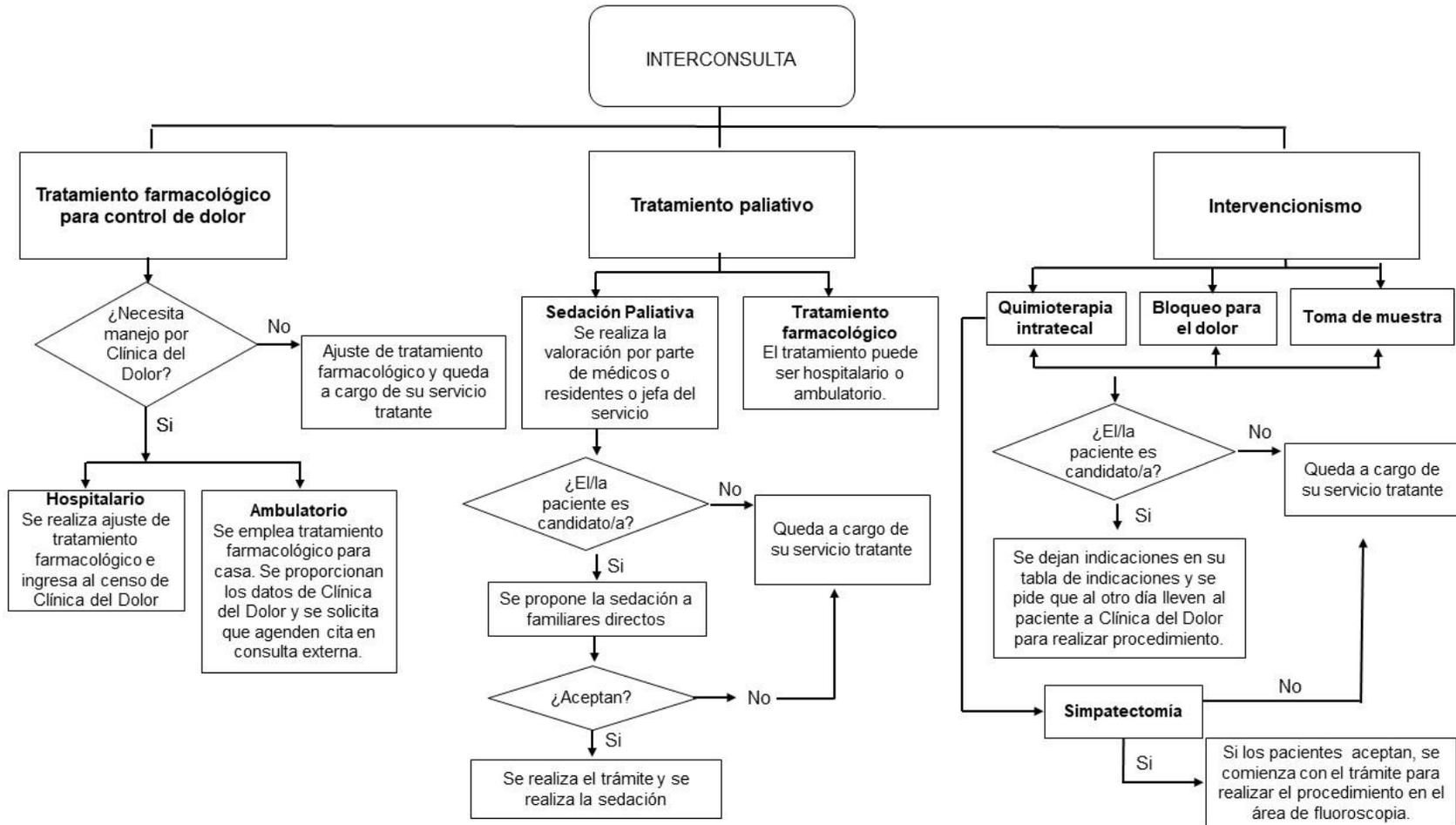
- ✚ Conocer las generalidades del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.
- ✚ Identificar aspectos operativos y de supervisión.
- ✚ Familiarizarse con la inducción y práctica hospitalaria.
- ✚ Conocer los procedimientos realizados en el área de hospitalización y consulta externa.
- ✚ Conocer los talleres que se llevan a cabo en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.

## **1. PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN HOSPITALIZACIÓN**

## INTERCONSULTAS

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Servicio Interconsultante	1	La Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos recibe interconsultas de otros servicios del HJM, que requieran valoración y/o tratamiento de pacientes con dolor, tratamiento paliativo o algún tipo de intervencionismo (bloqueos para dolor, quimioterapia intratecal, simpatectomía o toma de muestras).	
Jefa del servicio o médico residente de Clínica del Dolor	2	Las interconsultas se reciben de Lunes a Viernes de 7:00 a 12:00 hrs y son atendidas por la Jefa del servicio o médicos residentes de la Clínica del Dolor. Se realiza la evaluación de acuerdo a lo que el servicio de base solicita (Ver diagrama de flujo).	
Médico conductual de Clínica de Dolor	3	Durante las interconsultas, el médico conductual acompaña a la jefa del servicio o médico residente de Clínica del Dolor para conocer y observar al paciente. Si durante la valoración se presenta alguna crisis, se realiza la intervención en ese momento. Si el paciente va a ser atendido por la Clínica del Dolor, se realiza una entrevista de evaluación para valorar si requiere tratamiento psicológico.	

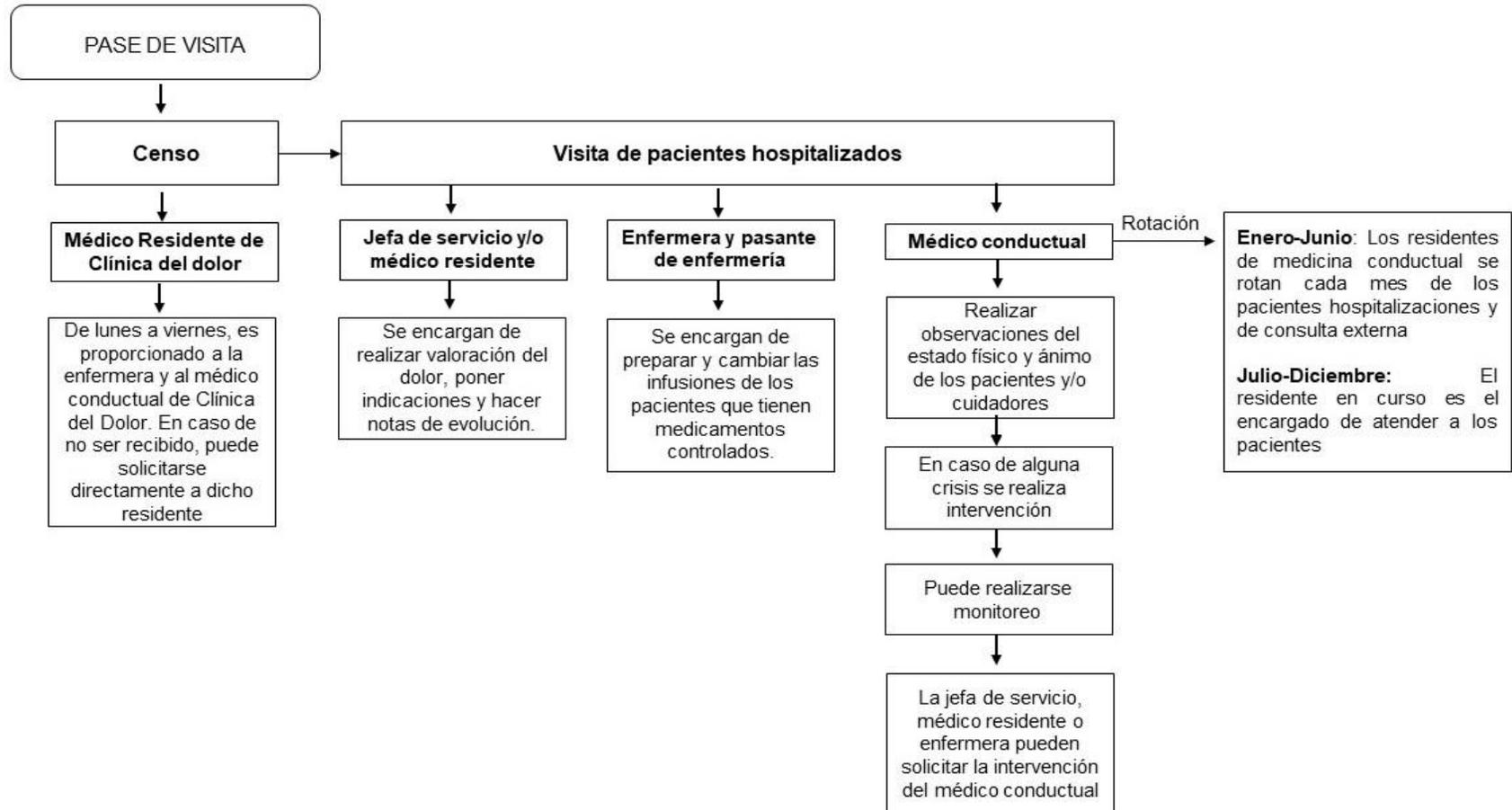
## 5 DIAGRAMA DE FLUJO



## 6. PASE DE VISITA

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico residente de Clínica del Dolor	1	De Lunes a Viernes la residente que se encuentra a cargo de los pacientes hospitalizados, proporciona el censo al médico conductual y enfermera del mismo servicio. En caso de no recibir el censo, puede solicitarse directamente con la misma residente.	
Servicio de Clínica del Dolor	2	Todos los días, el residente de Medicina Conductual, médico residente y/o jefa del servicio, enfermera y pasante de enfermería de Clínica del Dolor acuden al pase de visita que se realiza con los pacientes hospitalizados.	
Jefa de servicio y/o médico residente		Se encargan de realizar la valoración del dolor de los pacientes, así como escribir indicaciones y realizan notas de evolución de los pacientes que se encuentran en el censo de Clínica del Dolor.	
Enfermera y pasante de enfermería		Se encargan de preparar y cambiar las infusiones de los pacientes que tienen medicamentos controlados.	
Médico conductual de Clínica del Dolor	3	Realiza observaciones del estado físico y ánimo de los pacientes. En caso de que se presente alguna crisis en ese momento se realiza la intervención. Puede realizar monitoreo de pacientes y/o cuidadores. En algunas ocasiones, no acude al pase de visita por actividades académicas o atención psicológica en consulta externa. Si la jefa del servicio, médico residente o enfermera del servicio detectan que algún paciente o cuidador requieren de atención psicológica, solicitan al médico conductual la intervención. Durante los meses de Enero a Junio, los residentes del servicio de Medicina Conductual de Clínica del Dolor, se rotan un mes en hospitalización y otro mes en consulta externa. Del mes de Julio a Diciembre el residente de Medicina Conductual cubre ambas áreas de atención.	

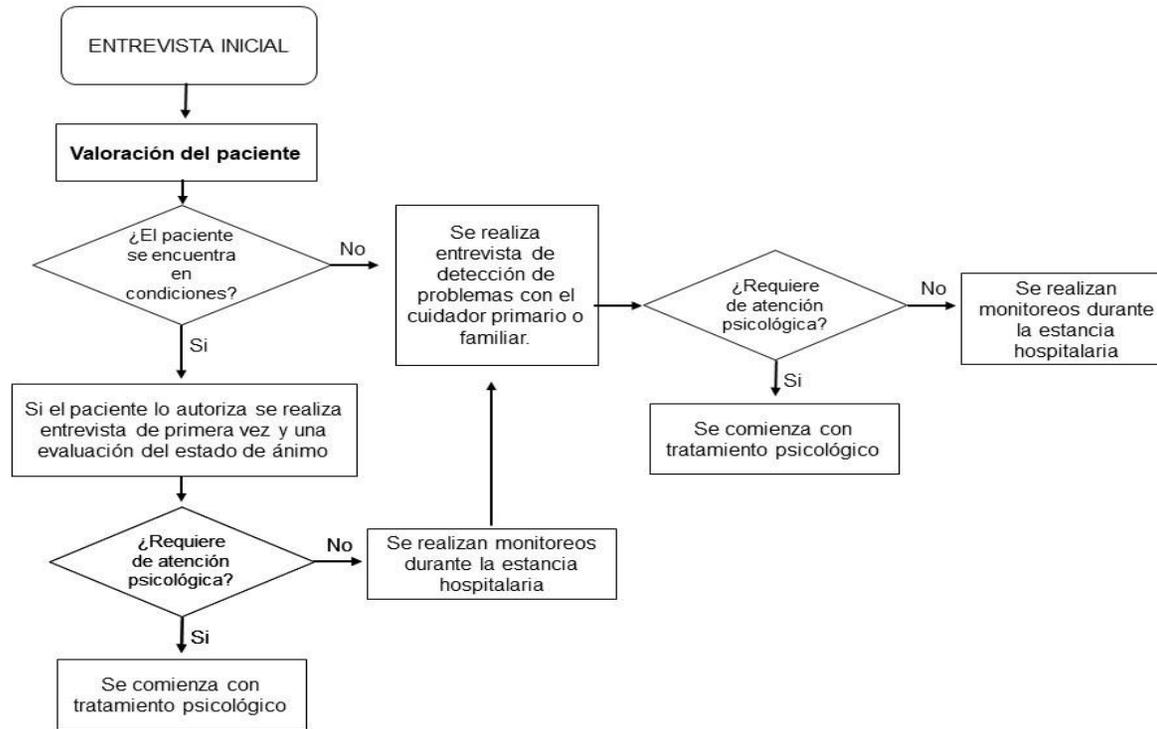
## 7 DIAGRAMA DE FLUJO



## 8. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA POR PARTE DEL MÉDICO CONDUCTUAL DE CLÍNICA DEL DOLOR

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico conductual de Clínica de Dolor	1	Todos los pacientes hospitalizados que se encuentran en el censo de Clínica del Dolor son evaluados por el médico conductual del mismo servicio. Así mismo, se puede realizar una entrevista con los cuidadores para detectar problemas que puedan perjudicar o beneficiar el estado de salud del paciente.	

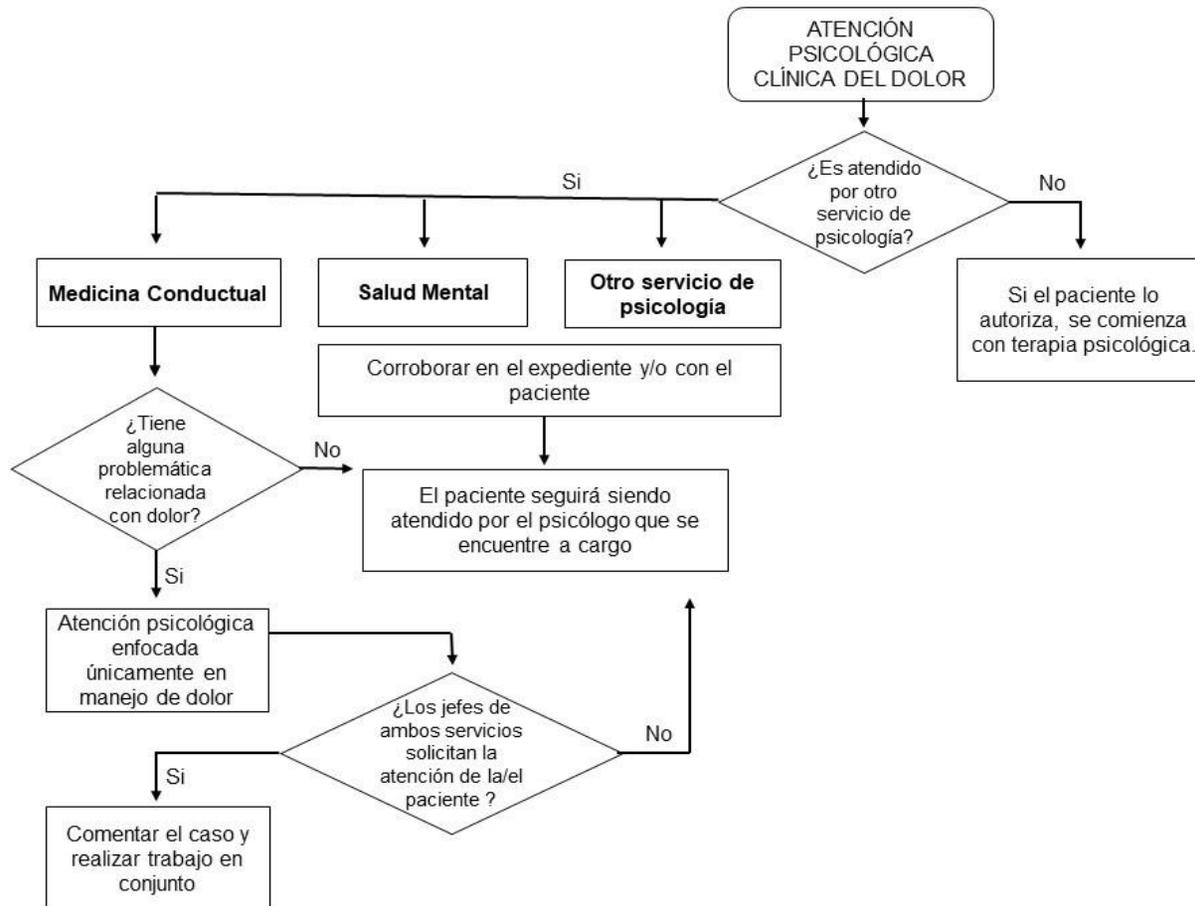
## 9 DIAGRAMA DE FLUJO



## 10 INTERVENCIÓN DEL MÉDICO CONDUCTUAL DE CLÍNICA DEL DOLOR CON OTROS SERVICIOS DE PSICOLOGÍA DEL HJM

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico conductual de Clínica de Dolor	1	La Clínica del Dolor al ser un servicio interconsultante, puede coincidir con la atención psicológica de otros servicios como el caso de Medicina Conductual (Oncología, Hematología, Trasplantes, Medicina Interna y Geriatría), salud mental u otro servicio de psicología del HJM. En el caso del trabajo con otro residente del servicio de Medicina Conductual, es necesario firmar el acuerdo entre residentes.	Anexo 2

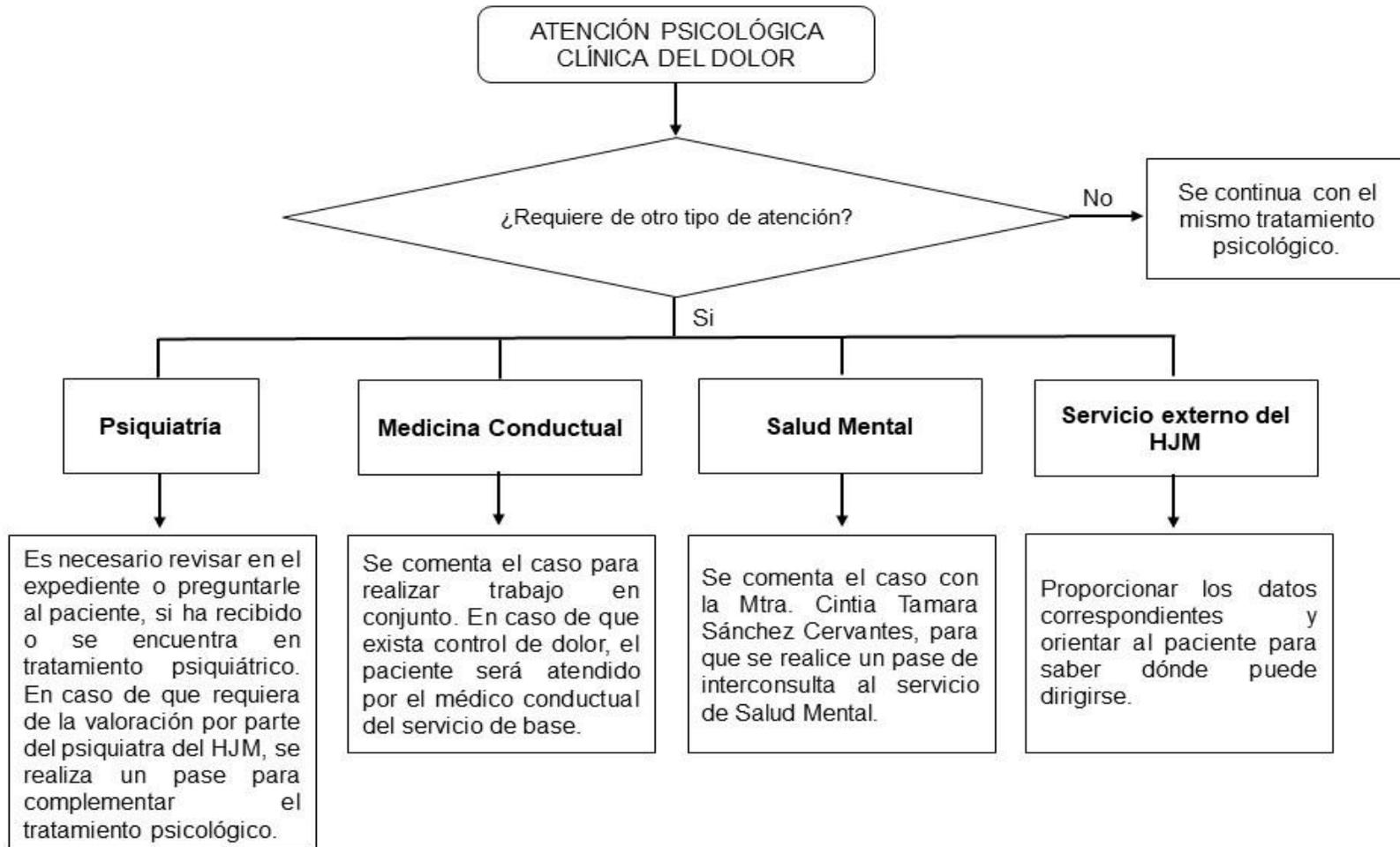
## 11. DIAGRAMA DE FLUJO



## 12. ENLACE CON OTROS SERVICIOS

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Médico conductual de Clínica de Dolor	1	<p>Durante la entrevista de evaluación del médico conductual de Clínica del Dolor, se pueden detectar necesidades que requieran del apoyo de otros servicios del HJM o externos. Este puede ser el caso de los pacientes que necesitan de atención psiquiátrica, de otro servicio de psicología del HJM o de otro médico conductual. Si este fuera el caso, es necesario realizar el procedimiento correspondiente para la derivación. En el caso de los pacientes que comienzan el tratamiento psicológico con el médico conductual de Clínica del Dolor, pero son derivados a otro servicio donde se encuentra otro médico conductual (Oncología, Hematología, Trasplantes, Geriátrica o Medicina Interna), se realiza el procedimiento ya mencionado. En el caso de los pacientes que presenten problemas clínicos de otra índole (p.ej. problemas de violencia, duelo, trastornos psiquiátricos) que no afecten directamente el proceso de enfermedad, los pacientes son derivados al servicio de salud mental. Finalmente, cuando se detectan problemas clínicos como trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, ideación o intento suicida u otro trastorno que requiera del apoyo del servicio de psiquiatría, se realiza un pase para dicho servicio, complementando el tratamiento psicológico que se lleva a cabo con el médico conductual de clínica del dolor.</p>	

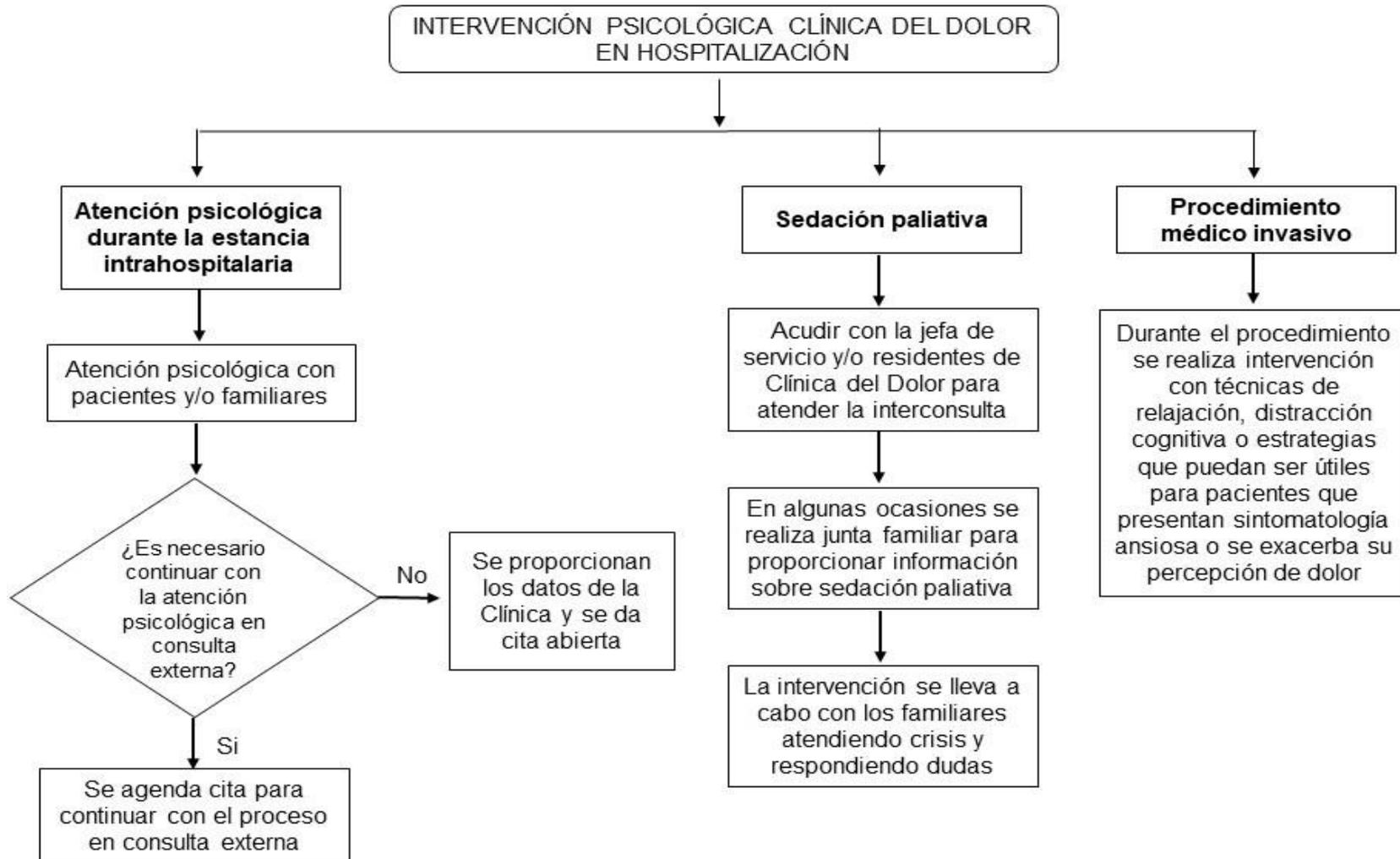
### 13 DIAGRAMA DE FLUJO



#### 14. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN HOSPITALIZACIÓN

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Document o o anexo
Médico conductual de Clínica de Dolor	1	Una vez realizada la evaluación, se comienza con el proceso de tratamiento psicológico por parte del médico conductual de clínica del dolor durante la estancia intrahospitalaria. Una vez que el paciente es dado de alta y quiere continuar con el tratamiento psicológico se agenda una cita para ser visto en consulta externa.	
Jefa de servicio, médico residente y médico conductual de Clínica del Dolor	2	En el caso de los pacientes que requieren de sedación paliativa, se acompaña a la jefa de servicio y/o médico residente a contestar la interconsulta. En algunas ocasiones, se realizan juntas en consulta externa de Clínica del dolor con los familiares del paciente para explicarles el proceso. El médico conductual interviene de acuerdo a las necesidades de cada caso.	
Jefa de servicio, médico residente, enferma y médico conductual de Clínica del Dolor	3	Cuando se realiza algún tipo de procedimiento médico invasivo por parte de Clínica del Dolor, el médico conductual interviene en dicho procedimiento, aportando al paciente estrategias que puedan serle de utilizar durante el proceso, como entrenamiento en relajación para pacientes que presentan sintomatología ansiosa o se exagera su percepción de dolor, si el paciente así lo desea y lo requiere.	

## 15 DIAGRAMA DE FLUJO

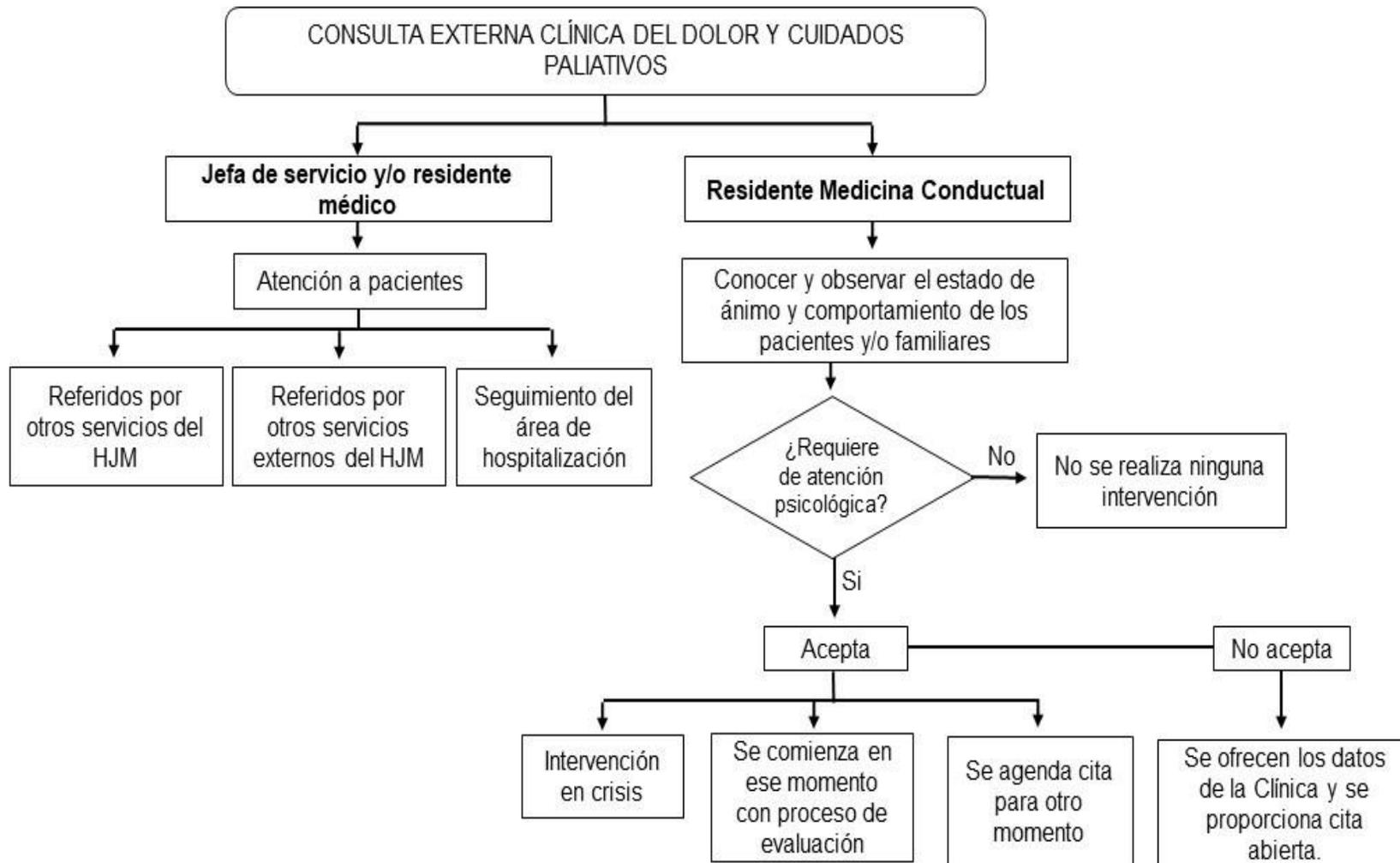


## **2.PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE EN LA CONSULTA EXTERNA**

#### 4. CONSULTA EXTERNA EN CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Document o o anexo
Jefa de servicio y/o residentes médicos	1	De Lunes a Viernes de 8:00 a 14:00 hrs, se atienden a pacientes en consulta externa de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Los pacientes que acuden son referidos por otros servicios (ej. Ortopedia, Oncología, Reumatología, Hematología, entre otros) del HJM, así mismo, se da seguimiento a las personas atendidas en el área de hospitalización o pacientes referidos por servicios externos al HJM.	
Médico Conductual Clínica del Dolor	2	<p>El residente de Medicina Conductual acompaña al residente médico y/o jefa de servicio de Clínica del Dolor durante la consulta médica para conocer y observar el estado de ánimo y comportamiento de los pacientes y/o familiares. Si en ese momento se presenta alguna crisis, se interviene inmediatamente. Si se observa alguna alteración en el estado de ánimo (ej. ansiedad, depresión, o algún problema psicológico que puede afectar su estado de salud del paciente y/o familiar) se brinda información sobre el servicio de Medicina Conductual y se ofrece la atención psicológica. De acuerdo con el paciente y/o familiar, se puede comenzar la evaluación en ese momento o agendar una cita. Si el paciente y/o familiar no aceptan la atención psicológica, se ofrece cita abierta y los datos de la Clínica por si deciden tomar el apoyo más adelante.</p> <p>El equipo de Clínica del Dolor (Jefa de servicio, residente médico o enfermera) puede solicitar el apoyo del médico conductual en caso de que este no se encuentre presente y algún paciente y/o familiar requiera de la atención psicológica.</p>	

## 5 DIAGRAMA DE FLUJO



## 6.INTERVENCIONISMOS

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo
Jefa de servicio y/o residentes médicos, enfermería y psicología	1	<p>El primer lunes de cada mes se citan aproximadamente de 10 a 15 pacientes para realizar intervencionismos (un mes ozonoterapia y un mes radiofrecuencia) para control de dolor.</p> <p>Durante el procedimiento participan el equipo de enfermería, medicina y psicología de Clínica del Dolor.</p> <p>Otro tipo de intervencionismos que se realizan en consulta externa, es el bloqueo para control de dolor, quimioterapia intratecal ambulatoria y simpatectomía este último se lleva a cabo en el área de fluoroscopia.</p>	
Médico Conductual Clínica del Dolor	2	<p>Los pacientes pueden presentar sintomatología ansiosa ante el procedimiento, así mismo, se exagera su percepción del dolor, por lo que el residente de Medicina Conductual, apoya al paciente con técnicas de relajación (respiración superficial o diafragmática) o distracción cognitiva durante el procedimiento si el paciente lo permite.</p>	

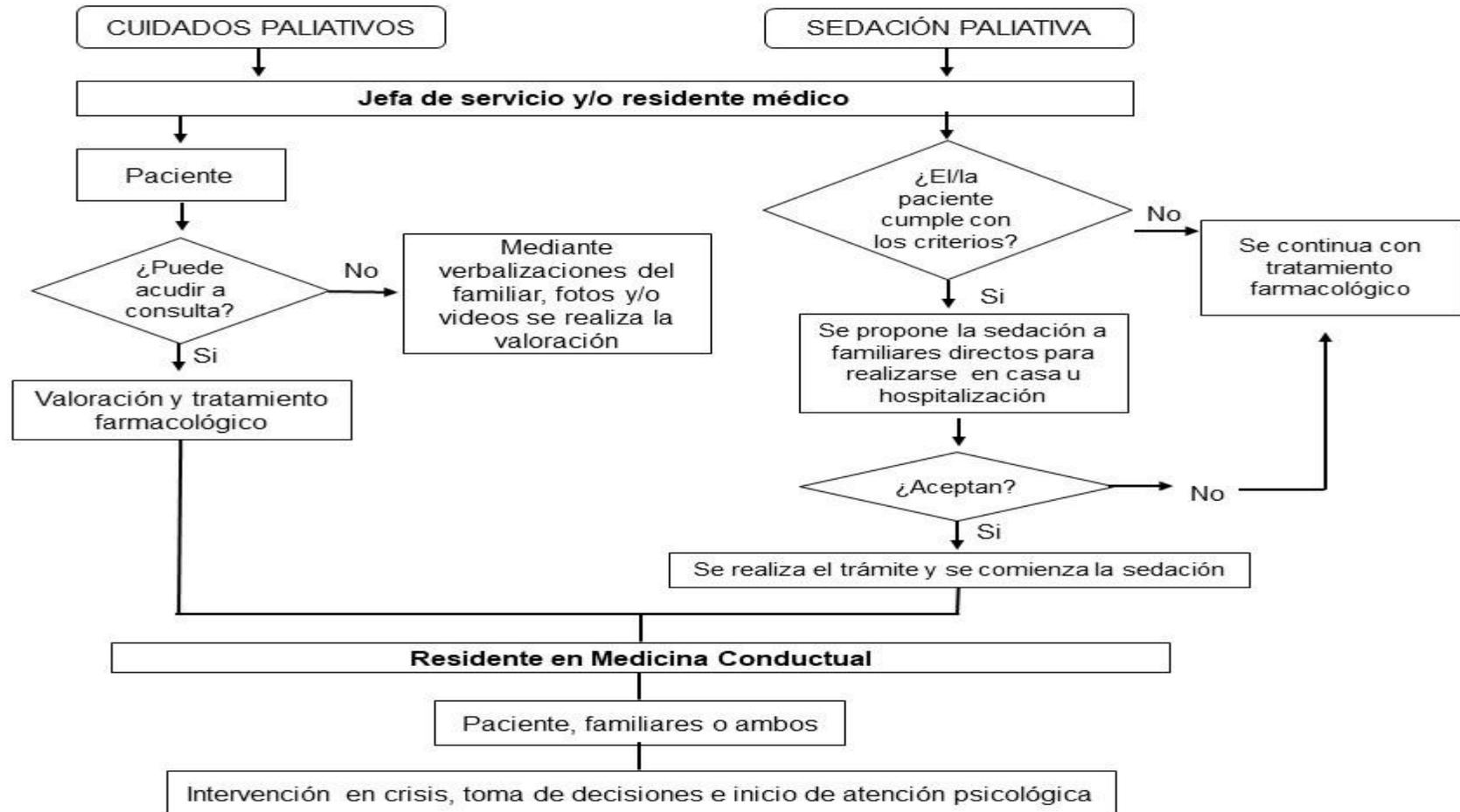
## 7 DIAGRAMA DE FLUJO



## 8. CUIDADOS PALIATIVOS Y SEDACIÓN PALIATIVA

Responsable	No. Act.	Descripción de actividades	Documento o anexo	
Jefa de servicio y/o residentes médicos	1	Uno de los tratamientos que se ofrece en la Clínica del Dolor, son los cuidados paliativos. En algunas ocasiones, algunos pacientes ya no pueden acudir a la Clínica debido al avance de la enfermedad, por lo que se les pide a los familiares que acudan con fotos o videos para valorar el tratamiento, así mismo se ofrece la atención vía telefónica y de acuerdo a las necesidades se orienta o se pide que lleven a los pacientes al hospital.		
Médico Conductual Clínica del Dolor		Apoya a la jefa de servicio o residente médico cuando se da la noticia a los pacientes y/o familiares sobre la condición del paciente (comienzo de cuidados paliativos o fase terminal). Se puede brindar intervención en crisis al paciente, familiar o ambos de acuerdo a las necesidades de cada caso, así mismo, se les ofrece el apoyo psicológico.		
Jefa de servicio, residentes médicos		2	Cuando los pacientes que se encuentran en fase terminal y cumplen con los criterios, se ofrece a los pacientes la sedación paliativa. Esta puede llevarse a cabo hospitalizando al paciente o con tratamiento ambulatorio. Se pide que acudan a una junta a todos los familiares interesados para explicar el procedimiento y en caso de aceptar comenzar con los trámites necesarios. Si el paciente no cumple con los criterios, se continua con tratamiento farmacológico y se realiza la valoración más adelante para la sedación.	
Médico Conductual Clínica del Dolor			El residente en Medicina Conductual, apoya a la jefa de servicio y residentes médicos en el momento que se ofrece la sedación paliativa y en juntas familiares. En algunas ocasiones se realiza intervención en crisis y también se apoya a los familiares para la toma de decisiones durante este proceso.	

## 9 DIAGRAMA DE FLUJO



## TALLERES

### 1. Curso anual para cuidadores de pacientes crónicos

Desde el año 2015, se realiza una convocatoria a través de Comunicación Social del Hospital Juárez de México y Clínica del Dolor para acudir al curso anual de cuidadores formales e informales de pacientes crónicos. El curso es llevado a cabo en el mes de Junio, el cual consiste en cuatro sesiones semanales con una duración de tres horas cada una. Es organizado y dirigido por las residentes de Medicina Conductual (R1 y R2), participan la jefa de servicio y jefa de enfermería de Clínica del Dolor. En la última sesión, se proporciona a los asistentes información sobre asociaciones donde apoyan a pacientes con cáncer, así mismo, a las personas que acudan a tres sesiones mínimo, se proporciona un reconocimiento. El temario es presentado a continuación:

Tabla 3.

#### *Organización del taller*

Sesión	Tema	Ponente
1	Conociendo la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos	Dra. Patricia Hernández Solís
	Cuidados básicos de pacientes en Cuidados Paliativos	Mtra. Elizabeth Herrera Gil
2	Aprendiendo a cuidar a mi paciente	Dra. Patricia Hernández Solís
3	Cuidados básicos del cuidador primario y habilidades de comunicación	Residentes Medicina Conductual
4	¿Cómo soluciono mis problemas? ¿Cómo hablar de la muerte con mi paciente y familiares?	

### 2. Taller “Métodos psicoterapéuticos del dolor”

Cada año, se realiza un taller dirigido para residentes de anestesiología (R2) a petición de la jefa de servicio de Clínica del Dolor. El taller consiste en una sesión de tres horas en la oficina de anestesiología, los temas que se abordan son:

- Definición de dolor
- Presentación de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos
- Definición de Medicina Conductual
- Intervención Cognitivo-Conductual

- Psicología y dolor
- Evaluación de dolor
- Emociones y dolor
- Consecuencias del dolor
- Técnicas para control de dolor

### **3. Taller “Cómo dar malas noticias y habilidades de comunicación en la relación médico-paciente”**

En el mes de marzo ingresan a Clínica del Dolor, los médicos residentes que realizan el curso de alta especialidad en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos. A petición de la Jefa de Clínica, se realiza un taller en cómo dar malas noticias y habilidades de comunicación en la relación médico-paciente, el cual consiste en tres sesiones diarias de dos horas. Los temas que se abordan en el taller son:

Tabla 4.

#### *Organización del taller*

Sesión	Tema	Ponente
1	Entrevista inicial Relación médico-paciente Habilidades comunicativas en la entrevista médica	Residentes Medicina Conductual
2	¿Qué es la comunicación? Estilos de comunicación Lenguaje verbal y no verbal	
3	Protocolo para dar malas noticias (EPICEE)	

## REFERENCIAS

- Ayers, J. W., Althouse, B. M. & Dredze, M. (2014). Could Behavioral Medicine Lead the Web Data Revolution?. *JAMA*, 311(14), 1399-1400.  
doi:10:10.1001/jama.2014.1505
- Hernández, P. (2005). La clínica del dolor del Hospital Juárez de México, mejora la calidad de vida de los pacientes. *Diario de la Salud de Medicina Digital*. Recuperado de <http://184.106.112.70/sitios/medicinadigital/159/index>.
- Hospital Juárez de México. (17 de Noviembre de 2015b). *Mapa de localización*. Recuperado de <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx>.
- International Association for the Study of Pain. (1994). *Pain Terms, A Current List with Definitions and Notes on Usange*. Seattle: IASP.
- Nakao, M. (2016). Key aims of the special series "The meaning of behavioral medicine in the psychosomatic field". *BioPsychoSocial Medicine*, 10(3), 1.  
doi: 10.1186/s13030-016-0055-7
- Ortega, C. y López, F. (2005). Intervención psicológica en cuidados paliativos: revisión y perspectivas. *Clínica y Salud*, 16(2), 143-160.
- Reynoso, L. (2013). Medicina Conductual (Iztacala). Recuperado de <http://psicologia.posgrado.unam.mx>.

# Anexo 1

SINBA-SIS-03-I

HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA DE SALUD MENTAL										FECHA: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="font-size: 8px;">DIA</td><td style="font-size: 8px;">MES</td><td style="font-size: 8px;">AÑO</td><td style="font-size: 8px;"></td></tr></table>								DIA	MES	AÑO	
DIA	MES	AÑO																			
CIUES:	NOMBRE UNIDAD:	CURP: NOMBRE DEL PRESTADOR DE SERVICIO:	TIPO DE PERSONAL:	CÉDULA PROFESIONAL:	SERVICIO:																
<p><b>TIPO DE PERSONAL:</b> 1. PASANTE DE PSICOLOGÍA, 2. PSICÓLOGO, 3. PASANTE DE PSIQUIATRÍA, 4. PSIQUIATRA, 5. MÉDICO GENERAL HABILITADO PARA SALUD MENTAL, 88. OTROS</p> <p><b>SERVICIO:</b> 1. PRECONSULTA, 2. PSICOLOGÍA, 3. PAIDOPSIQUIATRÍA, 4. PSIQUIATRÍA, 5. PSICOPSIQUIATRÍA, 6. ATENCIÓN A LA VIOLENCIA, 7. ATENCIÓN A ADICCIONES, 88. OTROS</p> <p><b>RT (RELACION TEMPORAL POR MOTIVO):</b> 1. PRIMERA VEZ, 2. SUBSECUENTE</p> <p><b>1. CLAVE DE LA EDAD:</b> M, MENOR, A, AÑOS</p> <p><b>2. SEXO:</b> 1. HOMBRE, 2. MUJER</p> <p><b>3. DERECHOHABIENTA:</b> 1. INSD, 2. USSTE, 3. OTRA</p> <p><b>4. DIFICULTAD PARA: (DISCAPACIDAD)</b></p> <p>a: 1. VER, 2. ESCUCHAR, 3. CAMINAR, 4. USAR BRAZOS/MANOS, 5. APRENDER/RECORDAR, 6. CUIDADO PERSONAL, 7. HABLAR/COMUNICARSE, 8. EMOCIONAL/MENTAL, 9. NINGUNA</p> <p>b: 1. POCA DIFICULTAD, 2. MUCHA DIFICULTAD, 3. NO PUEDE HACERLO, 4. SIN DIFICULTAD</p> <p>c: 1. ENFERMEDAD, 2. EDAD AVANZADA, 3. NACIO ASI, 4. ACCIDENTE, 5. VIOLENCIA, 6. OTRA CAUSA, 9. SIN DIFICULTAD</p> <p><b>5. DERIVACIÓN PRECONSULTA:</b> 1. CONSULTA EXTERNA, 2. URGENCIAS, 3. DOMICILIO, 4. OTRA UNIDAD</p>																					
No.	IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE				DIAGNÓSTICO	PRIMERA VEZ EN EL AÑO	DERIVACIÓN PRECONSULTA	ENTREVISTA	ESTUDIO PSICOMETRICO	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	ATENCIÓN POR ADICCIONES				PROMOCIÓN DE LA SALUD		REFERIDO	CONTRAREFERIDO			
	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CLAVE DE LA EDAD	SEXO							INDIGENA	SEGURO POPULAR	PROSIFERA	DERECHOHABIENTA	MEDICIONES PESO/TALLA	DIFICULTAD PARA DISCAPACIDAD			ALCOHOL	TABACO	CANNABIS
	CURP: Ciudad de nacimiento				Peso																
	Nombre (Nombres), Primer Apellido, Segundo Apellido				Talla																
	No. de Afiliación																				
	CURP: Ciudad de nacimiento				Peso																
	Nombre (Nombres), Primer Apellido, Segundo Apellido				Talla																
	No. de Afiliación																				
	CURP: Ciudad de nacimiento				Peso																
	Nombre (Nombres), Primer Apellido, Segundo Apellido				Talla																
	No. de Afiliación																				
	CURP: Ciudad de nacimiento				Peso																
	Nombre (Nombres), Primer Apellido, Segundo Apellido				Talla																
	No. de Afiliación																				

SIS-

## Anexo 2



## Residencia en Medicina Conductual

### Evaluación por pares de la Práctica en Hospital

---

Nombre del alumno a evaluar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

COMPORTAMIENTOS DEL RESIDENTE	Muy bien	Regular	A mejorar	No aplica
1. Asistes con puntualidad a las actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tu presentación y arreglo personal son adecuados para el contexto hospitalario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Realizas en tiempo y forma las actividades que se solicitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tomas la iniciativa para resolver problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Te conduces con respeto durante las sesiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Te muestras interesado ante los casos que se presentan en el servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Propones alternativas de tratamiento ante los casos presentados en el servicio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Lees los materiales que se asignan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pides ayuda en casos difíciles o complicados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Consultas las dudas que tienes sobre situaciones asistenciales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Realizas comentarios y/o preguntas pertinentes a los casos de tus compañeros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Priorizas las necesidades de intervención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Detectas necesidades de intervención en los pacientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Te integras con el equipo médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Comentarios adicionales

---

Nombre y firma del residente que evalúa \_\_\_\_\_

## Anexo 3



HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



### Residentes de Medicina Conductual

#### P R E S E N T E S

Con el propósito de dar una atención de calidad y evitar doble atención en los pacientes que son derivados a Clínica del dolor, se establecen los siguientes lineamientos para la atención asistencial de los pacientes por parte de los Residentes de Medicina Conductual en los diferentes servicios:

- 1.- Los pacientes con interconsulta a Clínica del dolor podrán ser evaluados por el residente de Medicina Conductual asignado a ese servicio. Si en la interconsulta se detecta alguna problemática no relacionada al mismo, el residente de Clínica del dolor verificará si el paciente está siendo atendido actualmente, corroborando nota en expediente y de ser así, notificará a su homólogo en el servicio al que pertenezca el paciente.
- 2.- El residente Clínica del dolor podrá realizar intervención con pacientes que estén siendo atendidos por otro residente, pero esta será exclusivamente para manejo de dolor y en todo caso deberá elaborar una nota clínica y firmarse de manera conjunta con el residente de responsable del caso. El seguimiento que pueda hacer el residente de clínica del dolor se realizará exclusivamente en concordancia con motivos de consulta asociados a dolor.
- 3.- Los pacientes que requieran intervención psicológica de primera vez o que estén siendo atendidos por otro residente de Medicina Conductual, continuarán su atención con éste, hasta que se conviertan en pacientes permanentes de Clínica del dolor.
- 4.- El residente de Medicina Conductual en Clínica del dolor, podrá intervenir con un paciente que esté siendo atendido por otro servicio cuando exista una urgencia psicológica (crisis, ansiedad ante procedimiento médico inmediato, toma de decisiones inminentes donde no se pueda posponer la intervención). Al finalizar dicha intervención, deberá notificar al residente tratante lo sucedido para que éste dé seguimiento, además de asentar su nota clínica en el expediente correspondiente. Sesiones posteriores se realizarán por el psicólogo a cargo del servicio de base.
- 5.- Si el jefe de servicio indica que un residente en particular es encargado de la atención psicológica de un paciente se considera una orden directa y ningún otro residente puede intervenir con ese paciente, salvo por el visto bueno del jefe de servicio. Si ambos jefes de servicio solicitan la atención del mismo paciente, es responsabilidad de los residentes comentar el caso y hacer nota conjunta.

---

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo  
Coordinador de la Residencia en Medicina Conductual

## Anexo 10

### 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Mariana  
Sexo: Femenino  
Edad: 53 años  
Estado civil: Divorciada  
Escolaridad: Preparatoria  
Ocupación: Desempleada  
Religión: Católica  
Lugar de origen: Puebla  
Lugar de residencia: Ciudad de México  
N° de hijos: 2  
Dx médico: Hipertrigliceridemia, 3 Hernias Lumbares, Fibromialgia y Gastropatía crónica

### 2. PRESENTACIÓN DEL CASO:

El presente caso tiene como objetivo mostrar el trabajo realizado con una paciente con dolor crónico (fibromialgia y lumbalgia), que además presenta trastorno de ansiedad e incumplimiento terapéutico. Se considera como un caso difícil debido a que no se han obtenido los avances esperados durante las sesiones presentadas.

### 3. MOTIVO DE CONSULTA

El día 30 de noviembre de 2017, Mariana acude a su cita en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, durante la consulta presenta llanto contingente a verbalizaciones referentes a su estado de salud actual, muestra facie de enojo ante la opción de una posible cirugía propuesta por el servicio de Ortopedia, por lo tanto, la jefa de servicio de Clínica del Dolor solicita la intervención del Médico Conductual. Ante la entrevista Mariana menciona *“voy agotar todos los recursos que tenga antes de hacerme una operación, ya estoy cansada que los médicos me digan cosas diferentes cada que vengo”, “me da miedo operarme porque siento que me voy a ir y todavía tengo pendientes”, “mi hermano falleció aquí por negligencia médica, por eso me dan desconfianza los médicos”* (sic. pac.).

## 4. ANTECEDENTES

### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre- Finado por EVC

Hermano- Finado por infección pulmonar

Madre- HAS. Finada desconoce la causa

Hermana- Finada por paro respiratorio

### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Habita en casa propia, construida a base de materiales perdurables, con todos los servicios intra y extra domiciliarios. Zoonosis negativa. Alimentación adecuada en cantidad y calidad. Higiene general adecuada, con baño y cambio de ropa exterior e interior diario.

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Hipertrigliceridemia desde 2008, en tratamiento con Atorvastatina 1 tableta de 40 mg vía oral cada 24 horas.

3 Hernias Lumbares desde 2013, en seguimiento por Ortopedia y Clínica del Dolor, en tratamiento con ácido tióctico 1 tableta de 600 mg vía oral cada 24 horas.

Fibromialgia diagnosticada en 2015 sin tratamiento actual y en vigilancia.

Gastropatía crónica desde Octubre 2017, sin tratamiento actual.

Antecedentes quirúrgicos: prótesis coclear oído izquierdo, cornetes, Oclusión Tubaria Bilateral (OTB).

Alergias: Interrogadas y negadas

Toxicomanías: Interrogadas y negadas

### ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS PATOLÓGICOS:

Marina refiere que en 2012, debido a que falleció su hermano (Abril), mamá (Abril), hermana (Mayo) y cuñado (Septiembre), acudió con la trabajadora social para solicitar ayuda, por lo que fue referida al servicio de Tanatología del HJM. Posteriormente, cuando la

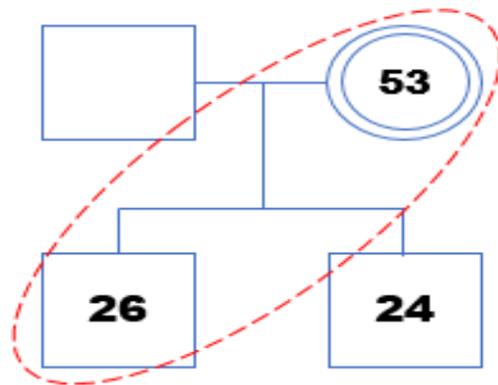
Tanatóloga la dio de alta, Mariana comenzó a tomar pastillas para la depresión que un amigo médico le recomendó. Sin embargo, ella decidió solicitar ayuda al servicio de psiquiatría del HJM, donde comenzó con tratamiento por síntomas de ansiedad y depresión con Victan 2mgs-00-1 y Paroxetina 25 mgs 1-00.

En 2016, por recomendación de una amiga comenzó acudir a sesiones de constelaciones familiares. El 8 de Marzo de 2018, fue dada de alta del servicio de psiquiatría con la indicación de la disminución gradual del Victan.

### 5. DINÁMICA FAMILIAR Y FAMILIOGRAMA

Mariana es una mujer de 53 años, divorciada desde Agosto de 2007 “*me fue infiel con mi amiga, no me llevo bien con él sólo le pedí que fuera responsable con sus hijos*” (sic. pac.). Actualmente, es madre de 2 varones de 26 y 24 años. La paciente tenía un negocio de productos de Ortopedia, que cerró por la disminución de ventas. Tiene comunicación constante con su hijo de 26 años que vive en Puebla. Actualmente vive con su hijo de 26 años con quien mantiene una buena relación “*se preocupa por mí, se lo agradezco porque él me ayuda a levantarme*” (sic. pac.).

### FAMILIOGRAMA



### 6. HISTORIA DEL PROBLEMA

**Médica:** El padecimiento de Mariana comenzó en 2008, cuando fue diagnosticada con Hipertrigliceridemia.

Se encuentra apertura de expediente en el Hospital Juárez de México el 17/01/2011, en el servicio de Ortopedia por enfermedad discal degenerativa.

7/01/2016: Fue atendida en el servicio de Reumatología por fibromialgia. En expediente se encuentra última nota del 25/04/2016, donde se menciona que la paciente suspendió Pregabalina por somnolencia.

Del 07/01/2016 al 11/10/2016: acudió al servicio de nutrición por problema de Hipertrigliceridemia.

18/05/2017: el servicio de Ortopedia envía pase a Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos por enfermedad degenerativa discal y dolor intenso.

26/06/2017: Mariana acude al servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Es diagnosticada con síndrome doloroso neuropático, discopatía L3-L4, L4-L5, L5-S1. El tratamiento comenzó con baclofeno 10 mg, ½ tableta por la noche y Núcleo CMP forte, 1 tableta por la mañana. Actualmente, es tratada con Ácido tióctico 600mg, 1 tableta cada 24 horas.

04/12/2017: Realizan bloqueo facetario con ozonoterapia

26/02/2018: Realizan bloqueo facetario con radiofrecuencia

03/10/2017: Diagnosticada con gastropatía crónica por el servicio de Gastroenterología.

12/03/2018: Acude al servicio de Medicina Interna para dar seguimiento al problema de Hipertrigliceridemia. Se proporciona tratamiento de Atorvastatina 1 tableta de 40 mg vía oral cada 24 horas.

### **Psicológica:**

En Abril, Mayo y Septiembre de 2012, Mariana perdió a su hermano, mamá, hermana y cuñado, *“todos fallecieron aquí en el hospital Juárez”, “me deprimí mucho, deje de comer, quería dormir todo el tiempo y me la pasaba llorando”* (sic. pac.).

En Abril 2012, Mariana acude al servicio de tanatología del HJM. Un mes después, la tanatóloga la dio de alta mencionándole que ya no era posible continuar con la terapia. Ante esta situación, la paciente refiere *“fue algo que me dejó en shock”*. Posteriormente, menciona *“un amigo me había recomendado tomarme unas pastillas para no sentirme tan triste, pero sabía que tenía que pedir ayuda, así fue como llegué al servicio de psiquiatría”* (sic. pac.).

En el año 2012, Mariana acudió al servicio de psiquiatría donde recibió tratamiento por síntomas de ansiedad y depresión, *“llevo mucho tiempo tomando medicamento y no me gusta porque ya me hice dependiente”, “cada que intento dejarlo me pongo mal”* (sic. pac.).

En 2016, la paciente comenzó acudir a sesiones de constelaciones familiares *“ha sido un trabajo muy duro, pero me ha ayudado a sentirme mucho mejor”* (sic. pac.).

El 8 de Marzo de 2018, fue dada de alta del servicio de psiquiatría con la indicación de la disminución gradual del Victan, la paciente refiere *“no quiero pensar en lo que me ha pasado antes, es algo que había esperado desde hace mucho tiempo”, “me siento apoyada por ti, voy hacer todo lo posible para poder superar esto”* (sic. pac.).

### **7. PADECIMIENTO ACTUAL**

El 30 de Noviembre de 2017, Mariana acude a consulta de seguimiento de Clínica del Dolor, donde se le informa que no es candidata al procedimiento médico invasivo de discolisis (para control de dolor lumbar) debido a que la paciente padece dislipidemia severa, sin embargo, se retoma la posibilidad de someterse a cirugía propuesta por el servicio de Ortopedia (tratamiento para hernia discal). La paciente muestra facie de enojo y comenta *“ya estoy cansada de que los médicos me digan cosas diferentes cada que vengo”, “no me*

*gusta estar sin hacer nada, yo sé que eso me perjudica para poder bajar mis triglicéridos”, “me da miedo operarme porque siento que me voy a ir y todavía tengo pendientes”, “ahorita no quiero hablar de la operación”, “voy agotar todos los recursos que tenga antes de hacerme una operación”, “si encontrará un médico que me de confianza, si me operaría”* (sic. pac.).

Mariana menciona que se encuentra en tratamiento psiquiátrico (con ansiolítico) desde hace seis años (2012), y refiere tener dudas sobre los efectos secundarios del tratamiento y cuánto tiempo tiene que tomarlos.

### **8. IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL**

Paciente de complexión mesomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acordes al contexto. Presenta facie de enojo, muestra llanto contingente a verbalizaciones referentes a su estado de salud. Se muestra cooperadora a la entrevista.

### **9. EXAMEN MENTAL**

Paciente de edad aparente igual a la cronológica. Orientada en cuatro esferas (T-E-P-C). Conciente y alerta, con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y verborreico. Pensamiento concreto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Afecto irritable. Con conciencia de enfermedad.

### **10. FACTORES PSICOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS.**

- Locus de control externo.
- Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.
- Redes de apoyo social reducidas y percibidas como poco funcionales con apoyo social de tipo instrumental, emocional y económico.

### 11. PERSONALIDAD PREVIA

Mariana se define como *“Yo era la fuerte de mi casa, no me gusta depender de nadie”, “cuando no puedo controlar algo, me pongo nerviosa”* (sic. pac.).

### 12. SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

- Entrevista conductual.
- Observación clínica.
- HADS.
- Escala Numérica Análoga de ansiedad (ENA).
- Escala Visual Análoga de dolor (EVA).
- Autorregistros de situaciones de ansiedad.

### 13. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA

#### LISTA DE CONDUCTAS PROBLEMA

Nivel motor

- Dejar de tomarse el medicamento por parte del servicio de psiquiatría (Victan).
- Cambiar dosis de Victan (de 1 a ½ pastilla) por decisión propia.
- Evitar hablar de la probable cirugía de columna lumbar.
- Discutir con los médicos por incongruencias en los tratamientos ofrecidos.

- No pedir apoyo social.
- Movimiento estereotipado de manos.

Nivel cognitivo

- *“Siento que me voy a morir si me opero”, “si me tomo el medicamento, siento que me vuelvo a deprimir”, “no puedo dejar de tomar las pastillas que me da el psiquiatra”, “otra vez me voy a sentir mal, ya quiero que esto acabe”* (sic. pac.).

Nivel fisiológico

- Insomnio nocturno.
- Sudoración en manos.
- Taquicardia.
- Diarrea.
- Nauseas.
- Percepción de Dolor.
- Cansancio.
- Sofocación (sentir que no puede respirar).

#### MODELO SECUENCIAL INTEGRATIVO

A continuación, se presenta el modelo secuencial integrativo:

Estímulo (2)	Organismo (4)	Respuesta (1)	Consecuencias (3)
<p><b>Estímulos Externos</b> Asistir a citas en el hospital Estar en casa Buscar y recibir información de situaciones referentes a sus enfermedades</p> <p><b>Estímulos internos</b> Pensar en: Efectos secundarios por dejar de tomar los medicamentos que le recetó el psiquiatra. Tiene que disminuir el nivel de triglicéridos. Cómo obtener dinero para sus gastos. Probable cirugía. No tener trabajo. La manera de ayudar a su hijo que vive en Puebla.</p> <p><b>Historia Extemporáneo</b> Muerte de su mamá, hermano, hermana y cuñado en HJM (2012). Dx. Dislipidemia (2008). Dx. 3 Hernias Lumbares (2013). Dx. Fibromialgia diagnosticada en 2015. 2017. Cambio en el discurso médico.</p> <p><b>Contemporánea</b> Diciembre 2017 y Febrero 2018. No se pudo controlar el dolor a través de procedimientos médicos.</p>	<p><b>Biológico</b> Dislipidemia, 3 Hernias del disco lumbar, Fibromialgia y gastropatía crónica Dx. Psiquiátrico. Cuadros de ansiedad</p> <p><b>Antecedentes culturales, sistema de valores y creencias</b> "Yo soy el pilar de la casa, tengo que ser la fuerte".  "La gente que se contradice no me da confianza".</p> <p><b>Habilidades, déficits y excesos</b> -Practicar yoga -Hacer ejercicios de respiración - Utilizar autoverbalizaciones para relajarse -Déficit en búsqueda de apoyo social</p> <p><b>Historia de reforzamiento</b> -Locus de control externo  -Estilo de afrontamiento centrado en la emoción</p>	<p>Trastorno de Ansiedad generalizada/incumplimiento terapéutico</p> <p><b>Motoras</b> -Dejar de tomarse el medicamento por parte del servicio de psiquiatría (Victan). -Cambiar dosis de Victan (de 1 a ½ pastilla) por decisión propia. -Evitar hablar de la probable cirugía de columna lumbar. -Discutir con los médicos por incongruencias en los tratamientos ofrecidos. -No pedir apoyo social. -Movimiento estereotipado de manos.</p> <p><b>Cognitivas</b> "Siento que me voy a morir si me opero", "si me tomo el medicamento, siento que me vuelvo a deprimir", "no puedo dejar de tomar las pastillas que me da el psiquiatra", "otra vez me voy a sentir mal, ya quiero que esto acabe".</p> <p><b>Fisiológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insomnio nocturno.</li> <li>• Sudoración</li> <li>• Taquicardia</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Nauseas</li> <li>• Percepción del Dolor</li> <li>• Sofocación (sentir que no puede respirar)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inmediatas</b></li> </ul> <p><b>-Individuales Internas</b></p> <p>Pensar "Nunca podré tener un empleo formal", "si pido ayuda, me siento más ansiosa", "siento que me voy a morir si me opero" Sentirse frustrada Exacerba percepción de Dolor Decirse "tranquila, todo está bien" Pensar que su mamá la abraza</p> <p><b>Externas</b></p> <p>Escuchar audios de relajación Ejercicios de respiración profunda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Mediatas</b></li> </ul> <p><b>-Individuales Internas</b></p> <p>Cansancio</p> <p><b>Externas</b></p> <p>Buscar hacer actividades como realizar sus pagos y quehaceres de la casa. Discutir con los médicos Desconocer los efectos secundarios del medicamento.</p> <p><b>-De otros</b> Verbalizaciones por parte de su hijo "actívate, no me gusta verte decaída".</p>

## ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Paciente femenina de 53 años de edad, originaria del Estado de Puebla y residente de la Ciudad de México, desempleada, divorciada, escolaridad preparatoria de religión católica, con diagnósticos médicos de Hipertrigliceridemia, 3 hernias lumbares, fibromialgia y gastropatía crónica. Atendida en consulta externa de Medicina Conductual, referida por la jefa de servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, por presentar llanto contingente a verbalizaciones referentes a su estado de salud actual y mostrar facie de enojo ante la opción de una posible cirugía propuesta por el servicio de Ortopedia.

La paciente presenta sintomatología ansiosa, que se presenta a nivel motor por dejar de tomarse el medicamento por parte del servicio de psiquiatría (Victan), cambiar dosis del Victan (de 1 a ½ pastilla) por decisión propia, evitar hablar de la probable cirugía de columna lumbar, discutir con los médicos por incongruencias en los tratamientos ofrecidos, no pedir apoyo social y movimiento estereotipado de manos. A nivel cognitivo por pensamientos como *“Siento que me voy a morir si me opero”, “si me tomo el medicamento, siento que me vuelvo a deprimir”, “no puedo dejar de tomar las pastillas que me da el psiquiatra”, “otra vez me voy a sentir mal, ya quiero que esto acabe”*. A nivel fisiológico por insomnio nocturno, sudoración, taquicardia, diarrea, náuseas, percepción del Dolor y sofocación (sentir que no puede respirar).

Es probable que estas respuestas inicien o se incrementen cuando tiene que asistir a citas en el hospital, se encuentra en casa, busca y recibe información de situaciones referentes a sus enfermedades. Así mismo, la conducta problema se ve mantenida probablemente por estímulos internos como pensamientos relacionados con los efectos secundarios por dejar de tomar los medicamentos que le recetó el psiquiatra, la disminución del nivel de triglicéridos, cómo obtener dinero para sus gastos, la probable cirugía, no tener trabajo y buscar la manera de ayudar a su hijo que vive en Puebla.

Ante estas situaciones, las respuestas inmediatas son sentirse frustrada, pensamientos como *“nunca podré tener un empleo formal”, “si pido ayuda, me siento más ansiosa”, “siento que voy a morir si me*

*opero”,* exagera su percepción de dolor, piensa que su mamá la abraza, se dice *“tranquila, todo está bien”,* escucha audios de relajación y emplea ejercicios de respiración profunda. Por otra parte, las respuestas mediatas son sentirse cansada, buscar hacer actividades como realizar sus pagos y quehaceres de la casa, discutir con los médicos y desconocer los efectos secundarios del medicamento. Su hijo utiliza verbalizaciones como *“actívate, no me gusta verte decaída”*.

Como variables mediadoras se encuentra que Mariana cuenta con un locus de control externo y un estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Por otra parte, la paciente refiere *“Yo soy el pilar de la casa, tengo que ser la fuerte”, “La gente que se contradice no me da confianza”*. Sus habilidades son practicar yoga, hacer ejercicios de respiración y utilizar autoverbalizaciones para relajarse y como déficit en la búsqueda de apoyo social.

De acuerdo con el análisis funcional se considera que la intervención debe enfocarse en la respuesta ansiosa en los tres niveles mediante una intervención basada en técnicas como psicoeducación (para la modificación de pensamientos relacionados a la ansiedad, el padecimiento y el uso del tratamiento psiquiátrico), entrenamiento en elementos en solución de problemas (para generar alternativas de solución ante problemas económicos) y un entrenamiento en técnicas de relajación (para disminuir activación fisiológica).

### - HIPÓTESIS FUNCIONAL

Si la paciente recibe una intervención cognitivo-conductual basada en psicoeducación, entrenamiento en elementos de solución de problemas, técnicas de relajación, entonces disminuirá sus niveles de ansiedad.

## 14. EVALUACIÓN MULTIAIXIAL CON DSM IV y 5

### DIAGNÓSTICO DSM-IV-TR

Eje I: F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02], Z91.1 Incumplimiento terapéutico [V15.81].

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico.

Eje III: Hipertrigliceridemia (E78.1) + 3 Hernias Lumbares (M51.2) + Fibromialgia (M79.7) + Gastropatía crónica (K29.4).

Eje IV: Problemas económicos y problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria.

Eje V: EEAG: 71-80

## **DIAGNÓSTICO DSM 5**

“Diagnostico principal” 300.02 [F41.1] Trastorno de ansiedad generalizada; V15.81 (Z91.19) Incumplimiento terapéutico. Hipertrigliceridemia + 3 Hernias Lumbares + Fibromialgia. Problemas económicos. WHODAS 24 (Versión de 12 preguntas administradas por el entrevistador).

## **15. OBJETIVO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

### **OBJETIVO GENERAL**

La paciente disminuirá sus respuestas de ansiedad a nivel fisiológico, conductual y cognitivo.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

#### **La paciente:**

- Identificará las situaciones internas y externas que le provocan

ansiedad.

- Identificará los tres niveles de respuesta que se asocian a la presencia de ansiedad.
- Identificará la relación entre su estado de salud, la sintomatología ansiosa y su percepción de dolor.
- Identificará elementos y características de la Terapia Cognitivo-Conductual.
- Enlistará alternativas de solución para sus problemas económicos.
- Identificará ventajas y desventajas de alternativas de recursos económicos.
- Empleará técnicas de relajación para disminuir respuestas de ansiedad.

## **16. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS**

### **SELECCIÓN DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

- Psicoeducación
- Entrenamiento en elementos de Solución de problemas
- Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva complementaria con Imaginación guiada propuesta por Deffenbacher (como se citó en Caballo, 2007).

- P  
s  
i  
c  
o  
e  
d  
u

### DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

Sesiones/Fecha/Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
<p><b>Sesión 1</b> <b>30/Noviembre/2017</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación clínica</li> <li>• Establecimiento de componentes de relación</li> <li>• Entrevista inicial</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Evaluación de dolor</li> </ul>	<p>Durante la consulta se comienza a realizar observación clínica, la paciente en primera instancia muestra facie de enojo ante la opción de tener que someterse a una cirugía, posteriormente la paciente muestra llanto contingente a verbalizaciones referentes a su estado de salud actual.</p> <p>Se establecen componentes de relación, se realiza rapport y se comienza a realizar la entrevista inicial.</p> <p>Se proporciona psicoeducación respecto a los procedimientos médicos propuestos por la clínica del dolor (discolisis y ozonoterapia) y la probable cirugía de columna lumbar. Explicando a detalle que los médicos sugieren un tratamiento de inicio, pero las evaluaciones y estudios clínicos de imagen y laboratorio pueden provocar cambios en la decisión (con apoyo de médico adscrito).</p>	<p><i>“Ya estoy cansada de que los médicos me digan cosas diferentes cada que vengo”, “me deje de tomar las pastillas que me provocaban sueño porque yo sabía que eso me perjudicaba para poder bajar mis triglicéridos” (sic. pac.).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 30/10/2017- Triglicéridos: 1587</li> </ul> <p><i>“No me gusta estar sin hacer nada”, “hace seis años perdí a muchas personas y me deprimí mucho”, “me da miedo operarme porque siento que me voy a ir y todavía tengo pendientes”, “no me gusta pensar en una posible cirugía, me pongo muy nerviosa” (sic. pac.).</i></p> <p>EVA de Dolor 8/10 localizado en la región lumbar</p> <p><i>“Ahorita no quiero hablar de la operación, eso es algo a futuro”, “voy agotar todos los recursos que tenga antes de hacerme una operación”, “si encontrará un médico que me de confianza, si me operaría” (sic. pac.).</i></p>
<p>El servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos ante el problema de dislipidemia severa, ofrece a la paciente un bloqueo facetario con ozono, el cual se lleva a cabo el día 4 de Diciembre de 2017.</p>		

<p><b>Sesión 2</b> <b>08/Enero/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de dolor y ansiedad</li> <li>• Entrevista de seguimiento</li> <li>• Psicoeducación</li> </ul>	<p>Se realiza entrevista de seguimiento. Debido a que la paciente refiere <i>“me siento mareada desde el día del ozono”</i> (sic. pac.), se proporciona una explicación sobre los efectos secundarios del procedimiento del bloqueo facetario con ozonoterapia y la importancia que tiene considerando el tipo de dolor que manifiesta.</p> <p>Se indaga sobre las estrategias que la paciente emplea ante las situaciones de ansiedad. Se incluye una explicación de cómo las técnicas de relajación derivadas del Modelo cognitivo-conductual coadyuvan al control de dichos síntomas.</p> <p>Se intenta realizar entrenamiento en imaginación guiada debido a que se detecta que la paciente utiliza una estrategia similar, para el control de la ansiedad y como recurso para dormir.</p>	<p><i>“Tuve un retroceso, mi psiquiatra se fue de vacaciones y me quede sin el medicamento”, “me dio mucha ansiedad en la noche y no podía dormir”, “cuando estoy ansiosa siento palpitación, sudoración, sensación de diarrea, deseo de vomitar, siento que no puedo respirar”, “pienso otra vez me voy a sentir mal, ya quiero que se acabe esto”</i> (sic. pac.).</p> <p>Respecto al procedimiento del bloqueo facetario con ozonoterapia, la paciente refiere <i>“los primeros días me sentí mejor, después comencé otra vez con el dolor”</i> (sic. pac.).</p> <p>Ante la información de los efectos secundarios de ozonoterapia, la paciente refiere <i>“no sé porque me siento todavía mareada”</i> (sic. pac.)</p> <p>EVA de dolor 8/10 localizado en la región lumbar  ENA de ansiedad 8/10  Triglicéridos: 576</p> <p><i>“Antes hacía yoga, deje de hacerlo por mi problema de la espalda”, “ahí me enseñaron a respirar, cada que me siento mal lo hago”, “una amiga me recomendó escuchar audios que me relajan, los utilizó para poder dormir”, “cuando me siento mal, me digo tranquila, todo va a estar bien”</i> (sic. pac.).</p> <p><i>“Los audios me ayudan mucho porque me siento acompañada y puedo dormirme”, “si lo intentará hacer por mi propia cuenta, me tardaría mucho más tiempo”</i> (sic. pac.).</p>
---	--	--

	<p>La paciente refiere tener dudas sobre el medicamento que está tomando por parte del servicio de psiquiatría. Por lo tanto, se proporciona psicoeducación sobre la relevancia que tiene la expresión de dudas a los médicos y la importancia que tiene en el tratamiento médico, esto porque la paciente comentó que desde hace tiempo decidió por voluntad propia bajar la dosis del Victan a ½ pastilla dado a los efectos secundarios que presenta. Por lo tanto, se realiza una lista de dudas para que pueda hacerlas al psiquiatra en su próxima consulta.</p>	<p><i>“Lo que me importa realmente es saber sobre los efectos secundarios del medicamento”</i> (sic. pac.).</p> <p>Tarea Continuar con la lista de dudas para Psiquiatría. Emplear ejercicios de respiración profunda ante situaciones de ansiedad.</p>
<p><b>Sesión 3</b> <b>26/Enero/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea</li> <li>• Refuerzo verbal positivo ante la ejecución de la tarea</li> <li>• Aplicación HADS</li> <li>• Entrevista de seguimiento</li> <li>• Psicoeducación</li> </ul>	<p>Revisión de tarea. Se proporciona refuerzo verbal positivo a la paciente por realizar la tarea.</p> <p>Aplicación de HADS</p> <p>Entrevista de seguimiento y retroalimentación del puntaje obtenido en el Inventario.</p>	<p>Listado de dudas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es mi diagnóstico?</li> <li>-Efectos secundarios a largo plazo</li> <li>- ¿Por qué tengo esos síntomas cuando baja la dosis?</li> </ul> <p><i>“Me di cuenta que cuando intentan disminuirme las dosis, es cuando empiezo a sentirme mal”, “todavía falta mucho tiempo para mi cita, pero si voy hacerlo”</i> (sic. pac.).</p> <p>En cuanto al empleo de los ejercicios de respiración</p> <p><i>“Sigo haciendo mis ejercicios de respiración, pero en las noches me levanto a cada rato y no puedo descansar”</i> (sic. pac.)</p> <p>HADS Ansiedad puntaje 13=problema clínico Depresión puntaje 8= dudoso</p> <p><i>“En general me siento mal, no puedo hacer bien mis actividades por el dolor, tengo insomnio y tengo que depender económicamente de mi hijo”</i> (sic. pac.).</p> <p>EVA de dolor 6/10 localizado en la región lumbar.</p>

	<p>Psicoeducación sobre la relación entre la sintomatología ansiosa, su estado de salud y la percepción de dolor.</p> <p>Entrenamiento en autorregistro</p>	<p><i>“No había pensado en eso, cada que me siento ansiosa aumenta mi dolor”, “también he notado que cuando me pongo hacer mis actividades, no me duele tanto”, “mi hijo me dice que me active, él es mi apoyo” (sic. pac.)</i></p> <p>Tarea Autorregistro de situaciones que provoquen ansiedad</p>
<p><b>Sesión 4</b> <b>06/Febrero/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea</li> <li>• Evaluación de dolor y ansiedad</li> <li>• Elementos de solución de problemas</li> </ul>	<p>Revisión de tarea</p> <p>Debido a que la paciente menciona <i>“tengo que buscar la manera para poder cubrir mis gastos”</i> (sic. pac), se realiza ejercicio de solución de problemas (generación de alternativas y valoración de ventajas y desventajas a cada solución). Se explica la importancia de generar un mayor número de alternativas aludiendo al principio de cantidad que sugiere la técnica.</p>	<p><i>“No hice mi tarea, lo único que me tiene preocupada es la cuestión económica”, “me pone mal pensar en que tengo que depender de alguien para tener dinero”, “tengo que buscar la manera para poder cubrir los gastos para mi salud”</i> (sic. pac.). ENA de ansiedad 7/10 EVA de Dolor 4/10 localizado en la región lumbar</p> <p>Alternativas planteadas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Cuidar enfermos</li> <li>2) Vender productos naturales</li> <li>3) Casarse con un millonario</li> </ol> <p>Valoración de ventajas y desventajas (por alternativa de solución)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>Ventajas:</b> Sentirse bien, ayudar a alguien, ayudarse a sí misma. <b>Desventajas:</b> levantar al paciente, cuidarse de no lastimarse, no tener información suficiente.</li> <li>2) <b>Ventajas:</b> ganar más dinero, conocer el producto, tener experiencia.</li> </ol>

		<p><b>Desventajas:</b> Mayor desgaste físico.</p> <p>3) <b>Ventajas:</b> Me pagaría todos los servicios médicos, compañía.</p> <p><b>Desventajas:</b> encontrarlo, empezar de cero a conocer a la persona.</p> <p>Jerarquización de alternativas 1,2,3 La paciente refiere: <i>“cuidar a alguien es lo que más me convence en este momento”, “una sobrina me comentó que existe una certificación para ser cuidadora, le voy a preguntar”</i> (sic. pac.)</p> <p>Tarea Realizar nuevamente el autorregistro</p>
<p>Se agenda cita para el día 13 de Febrero, sin embargo, la paciente no asiste a su consulta. El día 26 de Febrero, la paciente acude a un bloqueo facetario con radiofrecuencia programado en la Clínica del Dolor. Finalmente, el día 1 de Marzo la paciente llama a la Clínica del Dolor y se reagenda cita en Medicina Conductual para el día 7 de Marzo.</p>		
<p><b>Sesión 5</b> 07/ Marzo/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea</li> <li>• Entrevista de seguimiento</li> <li>• Evaluación de dolor y ansiedad</li> <li>• Imaginación guiada</li> <li>• Respiración profunda</li> </ul>	<p>Se realiza entrevista de seguimiento y se solicita autorregistro.</p> <p>Se indaga sobre las estrategias que ha utilizado la paciente para el control de las respuestas de ansiedad.</p>	<p><i>“Deje de venir porque paso lo del temblor (9/02/18) y me puse muy mal, cualquier ruido me alteraba”, “no he podido dormir bien, me despierto a cada rato”, “desde el procedimiento he tenido mucho dolor”, “ese día estuve mucho tiempo en ayuno, me empecé a marear y eso me alteró”</i> (sic. pac.) ENA de ansiedad 7/10 EVA de dolor 9/10 localizado en la región lumbar</p> <p><i>“No he utilizado las técnicas de relajación”, “lo único que me ayuda a calmarme es pensar en mi mamá, que me puede abrazar y me dice que todo está bien”</i> (sic. pac.) La paciente muestra llanto contingente a verbalizaciones referentes a su mamá.</p>

	<p>Revisión de tarea</p> <p>Se retoman ejercicios de respiración profunda y se realiza entrenamiento en imaginación guiada. Antes de comenzar el ejercicio se eligió un lugar relajante para la paciente (jardín). Durante el ejercicio de imaginación guiada, comenzó a escucharse el sonido de un respirador artificial, se observó que la paciente tenía ganas de llorar. Con verbalizaciones de la terapeuta como <i>"concéntrate, estás tranquila, te sientes relajada"</i>, se continuó con el ejercicio.</p> <p>Al final del ejercicio se habla con la paciente sobre la importancia y el compromiso de llevar las tareas para continuar con el proceso tanto psicológico como médico. Se acuerda como tarea realizar las técnicas de relajación todos los días a las 6:00 de la tarde (horario elegido por la paciente) o en el momento que se sienta ansiosa y llevar el autorregistro.</p>	<p>La paciente refiere no haber hecho los registros.</p> <p>Mariana refiere <i>"me siento muy tranquila, me relajó mucho"</i>, <i>"me estaba imaginando que estaba en un jardín, era una niña"</i>, <i>"me desconcentré un poco, pero al final pude retomar el ejercicio"</i> (sic. pac.). Se indaga sobre lo ocurrido durante el ejercicio, la paciente menciona <i>"ese sonido me recordó el día que mi hermano falleció, yo estuve con él"</i> (sic. pac.).</p> <p><i>"Entiendo, esto es un compromiso"</i>, <i>"la próxima semana traeré mi tarea"</i> (sic. pac.).</p>
<p>El 8 de Marzo de 2018, Mariana acude a Clínica del Dolor, para informar que fue dada de alta por el servicio de psiquiatría con indicaciones de la disminución gradual del gramaje del Victan (1 tableta cada 24 horas por 5 días, ½ tableta cada 24 horas por 5 días, ¼ de tableta cada 24 horas por 15 días), la paciente refiere <i>"no quiero pensar en lo que ha pasado antes, es algo que había esperado desde hace tiempo"</i>, <i>"me siento apoyada por ti, voy hacer todo lo posible"</i> (sic. pac.).</p>		
<p><b>Sesión 6</b> 16/ Marzo/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea</li> <li>• Refuerzo verbal positivo</li> <li>• Evaluación de dolor y ansiedad</li> <li>• Entrevista de seguimiento</li> <li>• Información sobre la diferencia de las Constelaciones Familiares y las</li> </ul>	<p>Revisión de tarea y refuerzo verbal positivo por realizar la tarea.</p> <p>Entrevista de seguimiento</p>	<p>En el autorregistro (tarea sesión 3), la paciente reporta dos situaciones que la hicieron sentir ansiosa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Recibir una notificación de empleo para cuidadora y no poder aceptarla por el estado de salud.</li> <li>2) Ante una cita en el hospital</li> </ol> <p>EVA de dolor 8/10 localizado en la región lumbar ENA de ansiedad 8/10</p> <p><i>"Sigo tomando el medicamento de psiquiatría como antes, pero ya tengo que comenzar a disminuirlo"</i>, <i>"ya estoy</i></p>

<p>técnicas de relajación</p>	<p>Se realiza la explicación del entrenamiento en el manejo de ansiedad propuesto por Deffenbacher (como se citó en Caballo, 2007), en donde se le explica a la paciente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Importancia del reconocimiento del aumento de ansiedad y el empleo de la relajación para reducirla.</li> <li>Dar ejemplos con situaciones que la paciente ha experimentado y sobre las habilidades que posee y puede desarrollar.</li> <li>Explicar que al principio es un trabajo entre la terapeuta y la paciente, sin embargo, conforme avanza el entrenamiento la paciente comenzará a realizarlo por sí misma.</li> <li>Se expondrá a la paciente ante una situación de ansiedad, y poder relajar hasta que la paciente logre dominarlo (ver Anexo 1)</li> </ol> <p>Se menciona a la paciente que el trabajo de las Constelaciones Familiares y las técnicas de relajación no es igual, la paciente pregunta las diferencias, por lo que se proporciona información sobre la diferencia entre ambas. Así mismo, se indaga sobre las expectativas que la paciente tiene de la terapia.</p>	<p><i>acostumbrada a vivir con dolor” (sic. pac.).</i></p> <p>Ante la explicación del entrenamiento la paciente refiere <i>“Eso ya lo he hecho en constelaciones familiares, fue un trabajo muy duro, pero me ayudó mucho”, “me he enfrentado ante situaciones complicadas, ante eso he ido aprendiendo diferentes estrategias para poder salir adelante”, “los aprendizajes solamente los obtienes ante las situaciones complicadas que te pone la vida” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“Solamente te comenté las herramientas con las que cuento, me gustaría que me ayudarás a poder reforzarlas”, “quiero intentar hacer lo que tú me dices” (sic. pac.).</i></p> <p>Tarea Se deja como tarea que la paciente continúe con ejercicios de relajación.</p>
<p><b>Sesión 7</b> 23/Marzo/2018</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Evaluación de dolor y ansiedad</li> <li>Entrevista de seguimiento</li> <li>Psicoeducación</li> <li>Relajación Muscular Progresiva, propuesta por Caballo (2007)</li> </ul>	<p>Se realiza entrevista de seguimiento</p>	<p>EVA de dolor 6/10 localizado en la región lumbar ENA de ansiedad 9/10 <i>“Ya comencé a disminuir el medicamento (1/4 de pastilla), me siento muy ansiosa”, “Sigo haciendo las respiraciones y me digo tranquila, todo va a estar bien” (sic. pac.).</i> <b>Durante la entrevista se observa a la paciente con movimiento estereotipado y sudoración de manos.</b></p> <p><i>“Me atendió otro doctor, me dijo que él</i></p>

	<p>En esta sesión se comentan las dudas o inquietudes respecto a la probable cirugía propuesta por el servicio de Ortopedia.</p> <p>Psicoeducación sobre la técnica de Relajación Muscular Progresiva propuesta por Deffenbacher (como se citó en Caballo, 2007)*.</p> <p>Se comenta nuevamente con la paciente que las técnicas de relajación no tienen como fin dormirse. Estas técnicas son utilizadas para poder relajar el cuerpo y pueden utilizarse en momentos de ansiedad o ante la presencia de dolor.</p> <p>Se comienza con el entrenamiento propuesto por Deffenbacher (como se citó en Caballo, 2007), con la técnica de Relajación Muscular progresiva (RMP). Así mismo, se pide a la paciente que indique una escena que la haga sentirse relajada. Primero se realiza la RMP, posteriormente se guía la escena relajante, se pide que se haga consciente de cada parte de su cuerpo sin volverlo a tensar. Durante el ejercicio se emplean ejercicios de respiración diafragmática.</p>	<p><i>prefería no someterme a una cirugía porque eso hacía más probable la presencia de dolor</i> (sic. pac.).</p> <p><i>“Eso ya lo hago, son los audios que te comentaba que utilizó para dormir”, “me va diciendo que tengo que hacer, voy tensando y relajando todo mi cuerpo”</i> (sic. pac.).</p> <p><i>“He buscado varias técnicas y está es la única que me ha funcionado”, “no puedes pedirme que no la utilice cuando es lo único que me funciona”, “sé que pueda utilizarla en otros momentos, cuando me sienta mal”</i> (sic. pac.).</p> <p>La escena relajante fue: Ir en un avión, entre las nubes, poder ver el mar, el agua azul, transparente, sentirse tranquila, en paz, confortable, emocionada y libre. El clima es frío y rico. Al final del ejercicio la paciente refiere <i>“me siento muy tranquila”, “me siento mucho mejor, me ayudó mucho”</i> (sic. pac.).</p> <p>Tarea: Realizar el ejercicio durante la semana y realizar un autorregistro sobre la experiencia de la relajación.</p>
--	--	---

\*Retomando del Manual para tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Deffenbacher como se citó en Caballo, 2007, p.248-251). Debido a que la paciente ya dominaba estas técnicas en relajación (relajación profunda, imaginación guiada y relajación muscular progresiva), se reforzaron y alternaron.

## 17. RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación. En la Tabla 1 se muestra la semiología del dolor referido por Mariana durante las sesiones de intervención.

Tabla 1. Semiología del dolor

Fecha	Tipo de dolor	Ubicación del dolor	EVA	Desencadenantes	Atenuantes	Medicamentos
30/11/17	Neuropático: Tipo ardoroso quemante con descargas eléctricas	Región lumbar	8/10	Aumento de triglicéridos, clima frío	Higiene postural, respiración profunda	Ácido tióctico 600 mg VO 1 c/24 hrs y Lopid 600 mg VO 1 c/24 hrs
08/01/18			8/10	Mantener una misma posición, sentirse ansiosa	Ozonoterapia, respiración profunda Pensar que su mamá esta con ella y la abraza.	Ácido tióctico 600 mg VO 1 c/24 hrs
26/01/18			6/10			
06/02/18			4/10			
07/03/18			9/10	Bloqueo facetario con radiofrecuencia	Imaginación guiada y respiración profunda	Bañarse, técnicas de relajación, clima cálido y herbolaria.
16/03/18			8/10	Estar inactiva, sentirse ansiosa		
23/03/18			6/10			

En general, la paciente reporta niveles intensos de dolor; sin embargo, los niveles reportados no corresponden a los observados clínicamente.

Tabla 2. Puntuaciones obtenidas en el instrumento HADS

Sesión	Fecha	Ansiedad	Depresión
3	26/01/2018	13 puntos= Problema clínico	8 puntos= Dudoso
8	06/04/2018	7 puntos=Dudoso	2 puntos= Trastorno ausente.

A continuación, se muestran las evaluaciones reportadas por la paciente respecto a niveles de ansiedad.

Tabla 3. ENA's de Ansiedad

Sesión	Fecha	ENA
1	30/Noviembre/2017	No se valoro
2	8/Enero/2018	8/10
3	26/Enero/2018	Aplicación de HADS
4	06/Febrero/2018	7/10
5	7/Marzo/2018	7/10
6	16/Marzo/2018	8/10
7	23/Marzo/2018	9/10

Cabe señalar, que durante el mes de Marzo la paciente fue dada de alta del servicio de psiquiatría y en la semana del 16/Marzo al 23/Marzo, comenzó a disminuir la dosis del medicamento.

## 18. CONCLUSIONES

Revueña, Segura y Paulino (2010) mencionan que la ansiedad es una respuesta del ser humano ante ciertas situaciones de la vida cotidiana que conlleva una sensación de malestar e inquietud que se generaliza a su actividad diaria y que empeora la condición dolorosa.

De acuerdo a los resultados encontrados, se puede observar que de acuerdo a los datos reportados por la paciente no se ha podido disminuir la sintomatología ansiosa. Esto puede deberse a circunstancias que han complicado el proceso, por ejemplo, el sismo del día 9/02/18, así como que haya comenzado a disminuir las dosis del ansiolítico ( $\frac{1}{2}$  tableta a  $\frac{1}{4}$ ). Otra problemática ha sido la actitud resistente de la paciente, debido a que en algunas ocasiones ha

puesto resistencia para llevar a cabo las técnicas porque menciona que ya las emplea; sin embargo, se observó que en algunas ocasiones no lo hacía de manera adecuada. A pesar de que Mariana ha tenido discusiones con los médicos debido a desacuerdos con los tratamientos que le ofrecen, ha tenido una adherencia al tratamiento psicológico, lo cual puede sugerir un cambio clínico y confianza en la terapia cognitivo-conductual. De acuerdo a las puntuaciones obtenidas en el instrumento HADS, para ansiedad disminuyó de un problema clínico a dudoso y en depresión paso de dudoso a un trastorno ausente.

Por otra parte, se encontraron varias problemáticas por abordar como: respuestas de ansiedad, percepción de dolor elevadas, problemas económicos e insomnio. Dado que prevalece el trastorno de ansiedad, se comenzó a trabajar con esta problemática, con esto se esperaba que también pudiera modificar la percepción del dolor de la paciente y con el apoyo del fármaco se controlará el insomnio.

Los pacientes con dolor crónico suelen tener niveles de ansiedad, debido a que esta disminuye el umbral y la tolerancia al dolor, ambas se asocian con la magnificación de los síntomas médicos (Morales, Alfaro, Sánchez, Guevara & Vázquez, 2008).

Respecto a la cirugía propuesta por el servicio de Ortopedia, el médico de dicho servicio consideró que no era oportuno llevar a cabo la operación debido a que podría tener complicaciones como aumento de dolor. En cuanto al servicio de Clínica del Dolor, se ofreció además del tratamiento farmacológico, bloqueo facetario con ozono y radiofrecuencia; aunque, la paciente sigue manifestando niveles elevados de dolor, existe la posibilidad de que no sea tal cual reporta por la observación clínica.

Actualmente, Mariana se inscribió al curso "Ampliando mis redes de apoyo social". En cuanto a los niveles de triglicéridos, Mariana refiere que han disminuido (1587 a 576). Así mismo, menciona que comenzó a tomar nuevamente productos herbolarios que le han ayudado a sentirse mejor físicamente. Respecto a la disminución del Victan, Mariana comenzó a tomar nuevamente  $\frac{1}{2}$  pastilla, a pesar de que ya fue dada de alta por el servicio de psiquiatría. Por lo tanto, será necesario realizar nuevamente psicoeducación sobre la importancia de llevar a cabo las indicaciones médicas. También poder solicitar nuevamente apoyo por parte del servicio de psiquiatría y en caso de

que la paciente lo considere necesario proporcionar datos de otras instituciones.

Como áreas de oportunidad se encuentran:

1. Llevar a cabo una evaluación más exhaustiva al inicio y final de cada sesión para poder realizar una comparación más detallada.
2. Complementar con evaluaciones de ansiedad como IDARE o Inventario de Ansiedad de Beck.
3. Indagar más, sobre desencadenantes y atenuantes del dolor.
4. Ser más directiva con la paciente.
5. Comentar directamente el caso al Dr. del servicio de psiquiatría.

## 19. REFERENCIAS

- Deffenbacher, J. L. (2007). Entrenamiento en el manejo de la ansiedad generalizada. En V. Caballo (dir.). *Manual para tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1). Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* (pp. 248-251). Madrid, España: Siglo XXI.
- Morales, T., Alfaro, O. I., Sánchez, S., Guevara, U. y Vázquez, F. (2008). Ansiedad y depresión por dolor crónico neuropático y nociceptivo. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 46(5), 479-484.
- Revuelta, E., Segura, E. y Paulino, J. (2010). Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la sociedad española de dolor*, 17(7), 326-332.

6. La aplicación segura de las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" en la vida diaria para controlar la ansiedad y otros estados emocionales negativos, como la ira y la depresión.

Los procedimientos clínicos para alcanzar estos objetivos se desarrollan habitualmente a lo largo de 6 a 10 sesiones, una vez a la semana, que se dedican principalmente al EMA. El pasar a una sesión con nuevo contenido se basa en el progreso individual. Teniendo en cuenta esta advertencia, se describirá el programa sesión por sesión. Después de la primera de ellas, cada una empieza habitualmente con una breve entrevista que revisa las tareas para casa y el progreso logrado entre sesiones, y finaliza con otra breve entrevista para evaluar las experiencias y el progreso dentro de la sesión. Basándose en el progreso dentro y entre sesiones, se plantea la tarea para casa a realizar durante la semana siguiente.

#### V.1. *Primera sesión*

La primera sesión se dedica a proporcionar una explicación, empezando con el desarrollo de la respuesta de relajación y continuando con el incremento del darse cuenta sobre las señales de ansiedad, aunque la evaluación previa ya habrá empezado a mejorar probablemente esa conciencia.

La explicación debería ser breve y resaltar el aspecto de colaboración, asociando el EMA a las preocupaciones presentes, a las experiencias de ansiedad y a las metáforas del paciente. Se debería describir al EMA en términos no técnicos para mejorar la comprensión y la implicación del paciente. Básicamente, se debería presentar al EMA como un procedimiento por medio del cual el paciente desarrollará la capacidad para reconocer el aumento de la ansiedad y luego empleará la relajación para reducirla. Se tendría que decir al paciente que se entrenarán las primeras habilidades de relajación y luego, dentro de las sesiones, esta relajación se empleará para reducir la ansiedad que se induce haciendo que los pacientes se imaginen situaciones que han provocado ansiedad en el pasado. Se les dice también que el nivel de ansiedad empezará a un nivel de bajo a moderado al principio y que el terapeuta les ayudará notablemente a recuperar la relajación en las primeras sesiones. Conforme pasa el tiempo y lo hacen correctamente, el nivel de ansiedad irá aumentando y la ayuda del terapeuta irá disminuyendo. Se les dice también que al ir teniendo éxito en la práctica de la relajación deberían aplicar esas habilidades cada vez más en la vida diaria para reducir la ansiedad y otras emociones negativas. Seguidamente se presenta un explicación, de muestra, realizada con un paciente con TAG.

En las dos últimas sesiones has descrito esos períodos en los que estás verdaderamente preocupado y ansioso, en los que se producen todas tus "heridas", donde te sientes muy tenso, especialmente en el estómago, la espalda y los hombros, desencadenando a veces esos episodios de diarrea y de dolores de cabeza y a veces entrando en esa especie de estado desamparado y deprimido. Has indicado también que funcionas mejor cuando eres capaz de relajarte, pero que no sabes hacerlo bien y que te gustaría aprender algunas estrategias para hacerlo mejor. Reflexioné sobre

Es una situación que ocurrió hace dos años cuando te encontrabas de vacaciones en una playa de la Costa del Sol. Son aproximadamente las 10 de la mañana, has salido a dar un largo paseo solo/a y te has sentado en un montículo de arena, una arena fina y blanca. Estás solo/a sin nadie más a tu alrededor, aunque puedes ver a otras personas que están pascando en la lejanía y observas algunos edificios lejos a tu izquierda. Te encuentras a unos veinte metros de la orilla del mar y estás mirando al agua. Las olas rompen frente a ti y el brillante azul del cielo se ve salpicado por algunas pequeñas nubes blancas que se van desplazando. Hay cuatro o cinco gaviotas planeando con la suave brisa sobre las olas y las puedes oír graznando de vez en cuando al revolotear en la brisa marina [se proporcionan detalles visuales y auditivos sobre el lugar]. Te tumbas en la arena, sintiéndote calmado/a y relajado/a, teniendo esa sensación de "armonía con el mundo". Estás muy relajado/a, mezclándole con la suave arena templada [se proporcionan detalles sobre la temperatura y las emociones]. La arena está tibia. La situación es muy agradable y con una temperatura suave, aunque puedes sentir en la cara el frescor proveniente de la brisa marina. Puedes también oler el mar: una mezcla de sal y algas en el aire y puedes oír las olas que suavemente rompen frente a ti [se proporcionan más detalles auditivos, olfativos y sobre la temperatura]. Estás tumbado/a en la arena tibia, muy tranquilo/a y relajado/a. Te sientes feliz, esa sensación de ser uno/a con la naturaleza, de no tener que preocuparte por nada en el mundo [se proporcionan más detalles afectivos].

Después de desarrollar la imagen de relajación, lo que debería llevar entre cinco y diez minutos, se proporcionaría al paciente una breve descripción de los procedimientos de relajación progresiva y una demostración de los procesos exactos de tensión-relajación por los que pasará. Se debería decir a los pacientes que tensarán cada grupo de músculos durante aproximadamente diez segundos y que tendrían que prestar atención a las sensaciones de tensión en aquellos músculos que están tensos. Luego, se les dirá que se relajen o que relajen los músculos rápidamente y que se concentren en el contraste entre las sensaciones de tensión y las sensaciones de relajación. Esto ayudará a que el paciente aumente el darse cuenta de sus sensaciones, de las áreas de tensión en el cuerpo y de la diferencia de éstas con las sensaciones de relajación. Luego, se le dice al paciente que se centre en ese contraste y en las sensaciones de relajación durante 30 segundos aproximadamente. Más tarde, se repite el proceso de tensión-relajación en ese grupo de músculos o se pasa al siguiente grupo. En general, se describe simplemente el entrenamiento en relajación progresiva como un medio de desarrollar una respuesta de relajación a partir de la cual se pueden adquirir habilidades de afrontamiento basadas en la relajación.

Después del ejercicio de tensión-relajación de la relajación progresiva, el clínico hará un repaso de los músculos haciendo que el paciente se concentre en ellos y los relaje aún más sin tensarlos. Esto podría hacerse con instrucciones como la siguiente:

Repasemos ahora los distintos grupos de músculos y aumentemos la sensación de relajación aún más, pero esta vez sin tensar para nada los músculos. Conforme describo cada grupo de músculos, quiero que centres la atención en él y hagas que se relaje un poco más. Pudiera ser una especie de ola de relajación que recorre toda esa área. Ahora, concéntrate en las manos ... deja que se suelten y relajen aún más

... que las manos se relajen cada vez más ... dejando que la sensación de relajación aumente ... y ahora sube hacia los brazos [se continúa esta clase de instrucción en los distintos grupos de músculos].

Cuando se ha completado el repaso de los músculos, se introduce la escena de relajación. Podría hacerse de la siguiente manera:

Dentro de un momento, voy a hacer que te relajés de una manera diferente, cambiando esta vez a tu escena de relajación, aquella en la que estás en una playa de la Costa del Sol [se hace una breve referencia a la escena del paciente para orientarle]. Cuando te pida que lo hagas, quiero que te metas en la escena experimentándola como si te estuviera sucediendo en estos momentos. Cuando la escena esté vivida y clara, señálole alzando tu dedo índice derecho. Ahora, cambia a la escena de relajación, métete en ella. Es una situación ... [el clínico empieza a describir la escena de relajación].

Después de que el paciente señale que la escena es clara y el terapeuta lo admite, el paciente continúa visualizando la misma durante otros treinta segundos mientras el terapeuta proporciona estímulos ocasionales de detalles emocionales y situacionales. Luego, la escena se termina con una instrucción como: «Muy bien, borra ahora esa escena de tu cabeza y vuelve a concentrar la atención en las sensaciones corporales». Si el tiempo lo permite, se repite la escena de relajación una o dos veces más intercalada, con tres o cuatro respiraciones profundas entre escenas u otro repaso de los músculos.

Cuando falten aproximadamente diez minutos para que termine la sesión, el terapeuta hace que el paciente se active y se salga de los procedimientos de relajación progresiva y le pregunta sobre las experiencias del entrenamiento en relajación. Después de esto, el terapeuta le asigna las tareas para casa que tiene que realizar durante la semana. Se instruye al paciente para que practique la relajación progresiva diariamente y registre las experiencias en una hoja de relajación. Esta hoja incluye normalmente la fecha y la hora de la práctica, zonas que eran difíciles de relajar y una evaluación de la tensión antes y después del período de relajación. Las evaluaciones se realizan normalmente sobre una escala de tensión de 0 a 100. La segunda tarea para casa es el autorregistro de la preocupación y la ansiedad a las que el paciente presta atención y el registro no sólo de los detalles situacionales externos, sino también de las señales internas cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación ansiosa. Esto se anotará también en una hoja de ansiedad en la que se incluyen los detalles situacionales y experienciales junto con una evaluación de la tensión en la misma escala de 0 a 100.

## V.2. Segunda sesión

La segunda sesión amplía la sesión primera y proporciona entrenamiento en cuatro "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación". En los primeros minutos de la sesión, el terapeuta repasa la práctica de la relajación y la hoja de autorregistro para casa, sin descuidar hacer pequeños ajustes en los pro-

## Caso 2

### 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Rocío  
Sexo: Femenino  
Edad: 38 años  
Estado civil: Unión libre  
Escolaridad: Carrera técnica (Trabajadora social)  
Ocupación: Trabajadora social en Asociación Civil y comerciante  
Religión: Católica  
Lugar de origen y residencia: Ciudad de México  
N° de hijos: 1  
Dx médico: PO CATVP (Conexión Anómala Total de Venas Pulmonares) intracardiaca a seno coronario, Síncope, Lipotimia y Rinorragia.

### 2. PRESENTACIÓN DEL CASO:

El presente caso se considera como difícil y tiene como objetivo mostrar el efecto de una intervención cognitivo-conductual en una paciente con depresión que se encuentra en una etapa de pre diagnóstico.

### 3. MOTIVO DE CONSULTA

El día 11 de Junio del 2018, la paciente fue canalizada a consulta externa de Medicina Conductual por el servicio de Cirugía Cardiorrástica con el diagnóstico de síndrome depresivo. Se atiende por primera vez a la paciente, el día 4 de Julio del 2018. Durante la consulta la paciente refiere *"El doctor no sabe cuál es mi diagnóstico, pero he tenido desmayos, sangrados y me duele todo el cuerpo"*, *"No me acepto como una persona enferma, me siento deprimida"*, *"He ido con varios especialistas, pero me sigo sintiendo mal"* (sic. pac.).

### 4. ANTECEDENTES

#### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuelo paterno- Insuficiencia renal. Finado por insuficiencia cardiaca.  
Abuela paterna y primos- Problemas del corazón  
Sobrina-Soplo en el corazón

Familia materna- Problemas mentales como bipolaridad (no específica).

#### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Habita en casa propia (compartida con su cuñada), construida a base de materiales perdurables, con todos los servicios intra y extra domiciliarios. Zoonosis negativa. Alimentación inadecuada en cantidad y calidad. Higiene general adecuada, con baño y cambio de ropa exterior e interior diario.

#### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

PO CATVP (Conexión Anómala Total de Venas Pulmonares) intracardiaca a seno coronario desde 1981 en seguimiento por Cardiología y Cirugía Cardiorrástica. Sin tratamiento actual.

Síncope desde 1979, sin tratamiento actual. Diagnosticado por Clínica 8 del IMSS.

Lipotimia diagnosticada por Cirugía Cardiorrástica (30 de Abril 2018). Rinorragia desde Mayo 2018, tratada por el servicio de Otorrinolaringología, donde le realizaron cauterización de cornetes con tratamiento de Ibuprofeno 1 c/8 horas por dos semanas (no se encuentra nota en expediente).

Antecedentes quirúrgicos:

2 de marzo de 1981- Operación CATVP (Conexión Anómala Total de Venas Pulmonares) intracardiaca a seno coronario.

Alergias: Interrogados y negados

Toxicomanías: Interrogados y negados

Antecedentes ginecológicos:

Menarca: 12 años

Abortos: Ninguno

Embarazos: 1 gemelar

Comienzo de vida sexual: 20 años

### ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS PATOLÓGICOS:

En 1992, a la edad de 13 años Rocío acudió al servicio de Psicología del Centro de Salud Tacubaya junto con su mamá y hermana, debido a que sufrían de violencia por parte de su papá.

En 2011, a la edad de 32 años comenzó a tomar terapia psicológica durante un año en CISAME (Centro Integral de Salud Mental). Ahí mismo, fue derivada al servicio de psiquiatría con diagnóstico de crónico depresiva y ansiedad donde recibió tratamiento (Diazepam) por ocho meses, el cual dejó de tomar por falta de recursos económicos.

En Junio de 2018, la paciente pidió apoyo en su trabajo para tomar terapia psicológica por problemas que tenía con su hijo y fue referida con una psicóloga con quien recibe terapia desde el enfoque de la psicología positiva.

### 5. DINÁMICA FAMILIAR Y FAMILIOGRAMA FAMILIOGRAMA

Rocío es una mujer de 38 años, casada desde 2003. Actualmente, vive con su esposo e hijo *“Mi esposo y yo tenemos problemas, pero yo quiero tener a mi familia unida”, “Mi embarazo fue gemelar, pero mi otro bebé murió dos meses después de que nació”, “Mi hijo me apoya cuando puede”* (sic. pac.).

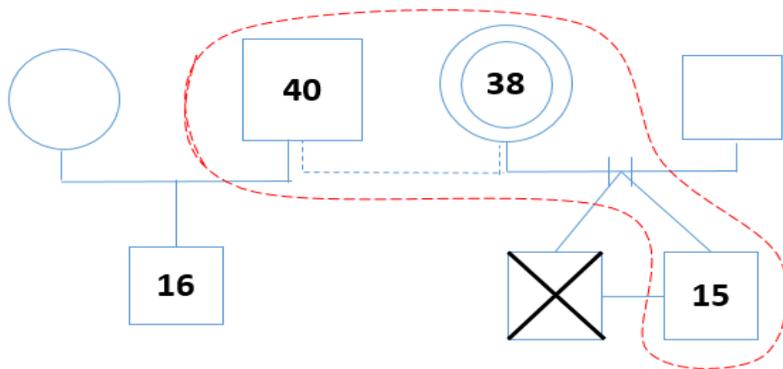


Figura 1. Famiograma Rocío. Elaboración propia

### 6. HISTORIA DEL PROBLEMA

#### Médica:

1979- Diagnosticada con síncope.

2 de marzo de 1981- Operación CATVP (Conexión Anómala Total de Venas Pulmonares) intracardiaca a seno coronario.

\*Atendida en primera instancia en la Clínica 8 del Seguro Social hasta los 20 años, posteriormente se atendía en consultorios como Farmacia del Ahorro, similares y CISAME.

#### Cardiología

A principios del año 2018, Rocío sufrió un desmayo en su trabajo el cual provocó una caída desde su propia altura la cual deja daño en mandíbula y cara. Por lo tanto, acudió con un Odontólogo que le recomendó acudir al Hospital Juárez de México, para que solicitará atención médica.

08/Febrero/2018- Apertura de expediente en el Hospital Juárez de México.

10/Abril/2018- Debido a que la paciente presenta síntomas de náuseas, cefalea, palidez y probable estado postictal, el servicio de Cardiología receta Inderalici 10 mg cada 12 horas y manda interconsulta al servicio de Neurología para valoración.

#### Cirugía Cardiotorácica

13/Abril/2018- Da indicaciones de localizar si existe fuente de marcapasos, realizar un estudio sonográfico.

30/Abril/2018- Estudio ecocardiográfico no muestra alteración estructural, ni datos de infección del marcapasos. No existe indicación para cirugía.

11/Junio/2018- Indicación de tomar placa de Rx para determinar si existe o no fuente de marcapasos.

2/Julio/2018- Acude al servicio de urgencias por desmayo, sangrado, taquicardia y temblor del cuerpo. Inyectaron Diclofenaco y Tramadol.

17/Julio/2018- No se palpa ni se encuentra rastro de marcapasos en la placa de Rx, únicamente cuenta con el cable. Es dada de alta del servicio de Cirugía torácica

### **Otorrinolaringología**

Mayo/2018- Rinorragia con tratamiento de cauterización de cornetes e Ibuprofeno 1 c/8 horas por dos semanas (no se encuentra nota en expediente).

### **Psicológica:**

En 1992 acudió durante dos años al servicio de Psicología del Centro de Salud Tacubaya junto con su mamá y hermana, debido a que sufrían de violencia por parte de su papá. Dejaron de acudir al servicio porque no estaban satisfechas con el trabajo de la psicóloga.

En 1994 falleció su papá, por lo que su mamá le pidió que acudiera nuevamente con la misma psicóloga, sin embargo, solamente acudió por el periodo de ocho meses.

En 2009, comenzó a llevar a su hijo a CISAME por diagnóstico de TDAH. Acudió en primera instancia a escuela para padres y en 2011 comenzó a tomar terapia psicológica individual durante un año. Ahí mismo, fue derivada al servicio de y fue diagnosticada como crónico depresiva y con ansiedad donde recibió tratamiento (Diazepam) por ocho meses, el cual dejó de tomar por falta de recursos económicos.

6 de Junio de 2018, fue referida con una psicóloga por parte de su trabajo a petición de la paciente por problemas que tenía con su hijo, sin embargo, menciona ya no sentirse cómoda.

4 de Julio de 2018, primera sesión en Medicina Conductual.

## **7. PADECIMIENTO ACTUAL**

El 8 de Febrero de 2018, Rocío comenzó acudir al servicio de Cardiología en el Hospital Juárez de México por síntomas de náuseas, cefalea, palidez y probable estado postictal. El 4 de Julio es atendida por primera vez en el servicio de Medicina Conductual, por interconsulta solicitada de dicho servicio.

Ante esta situación, Rocío menciona "*Me he sentido muy mal y ningún doctor sabe lo que tengo*", "*Me siento muy deprimida, muchas veces no puedo ir a trabajar y me da miedo perder mi trabajo*", "*Me duele mucho mi cuerpo, no me acepto como una persona enferma*" (sic. pac.).

## **8. IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL**

Paciente de complexión mesomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acordes al contexto. Presenta facie de tristeza, muestra llanto contingente a verbalizaciones referentes a su estado de salud actual. Se muestra cooperadora a la entrevista.

## **9. EXAMEN MENTAL**

Paciente de edad aparente menor a la cronológica. Orientada en cuatro esferas (T-E-P-C). Conciente y alerta, con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y fluido. Pensamiento abstracto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Afecto hipotímico. Con noción de enfermedad.

## **10. FACTORES PSICOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS.**

- Locus de control externo.
- Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.
- Redes de apoyo limitadas y percibidas como poco funcionales con apoyo social de tipo instrumental y emocional.

## **11. PERSONALIDAD PREVIA**

Rocío menciona "*Nunca he sido una persona feliz, he sufrido mucho desde que era niña*", "*Siempre he sido muy dedicada a mi trabajo y a*

*los cuidados de mi hijo” (sic. pac.).*

## **12. SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN**

- Entrevista conductual.
- Observación clínica.
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).
- Inventario de Depresión de Beck.
- Escala Numérica Análoga de tristeza (ENA).
- Escala Visual Análoga de dolor (EVA).
- Autorregistros.

## **13. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA LISTA DE CONDUCTAS PROBLEMA**

Nivel motor

- Dejar de hacer sus actividades en casa (quehacer)
- Dejar de comer (en ocasiones asociado al malestar físico)
- Falta de concentración en sus actividades
- Evita hablar con los demás

Nivel cognitivo

*“Siento que no sirvo para hacer bien las cosas en mi trabajo”, “A veces tengo ganas de morirme”, “No quiero ser una persona enferma”, “No sé cómo dejar de sentirme triste”, “Me quiero dar por vencida”, “Yo tengo la culpa de que me pasen las cosas”, “No encuentro la solución para mis problemas” (sic. pac.).*

Nivel fisiológico

- Llanto
- Tensión muscular
- Insomnio
- Taquicardia
- Percepción de dolor

## **MODELO SECUENCIAL INTEGRATIVO**

A continuación, se presenta el modelo secuencial integrativo:

Estímulo (2)	Organismo (4)	Respuesta (1)	Consecuencias (3)
<p><b>Estímulos Externos</b> -Ir al hospital. -Hablar con su jefa de las faltas que tiene en su trabajo por su enfermedad. -Cuando su cuñada la corre de su casa. -Sufrir desmayos. -Problemas con su esposo e hijo</p> <p><b>Estímulos internos</b> Pensar en: -No poder ascender en su trabajo por problemas de salud. -Estar enferma. -Cuando su mamá la maltrataba. -Los problemas de su trabajo. -Sufrir un desmayo en la calle. -Sentirse ansiosa</p> <p><b>Historia</b> <b>Extemporáneo</b> PO CATVP (Conexión Anómala Total de Venas Pulmonares) intracardiaca a seno coronario (1982). Dx. Síncope (1994) Dx. 3 Hernias Lumbares (2013). Dx. Psiquiátrico. Crónica depresiva y ansiedad (2011).</p> <p><b>Contemporánea</b> Dx. Lipotimia (Abril, 2018). Dx. Rinorragia (Mayo, 2018).</p>	<p><b>Biológico</b> PO CATVP (Conexión Anómala Total de Venas Pulmonares) intracardiaca a seno coronario, Síncope, Lipotimia y Rinorragia. Dx. Psiquiátrico. Crónica depresiva y ansiedad.</p> <p><b>Antecedentes culturales, sistema de valores y creencias</b> <i>“Las personas enfermas no son felices”</i></p> <p><b>Habilidades, déficits y excesos</b> <u>Déficits</u> -Falta de habilidades de comunicación -Llegar acuerdos <u>Habilidades</u> -Búsqueda de información relacionada a problemas de salud -Búsqueda de apoyo social</p> <p><b>Historia de reforzamiento</b> -Locus de control externo  -Estilo de afrontamiento centrado en la emoción</p>	<p>Trastorno depresivo persistente</p> <p><b>Motoras</b> Dejar de hacer sus actividades en casa (quehacer) Dejar de comer Falta de concentración en sus actividades Evita hablar con los demás</p> <p><b>Cognitivas</b> <i>“Siento que no sirvo para hacer bien las cosas en mi trabajo”, “A veces tengo ganas de morirme”, “No quiero ser una persona enferma”, “No sé cómo dejar de sentirme triste”, “Me quiero dar por vencida”, “Yo tengo la culpa de que me pasen las cosas”, “No encuentro la solución para mis problemas”.</i></p> <p><b>Fisiológicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Llanto</li> <li>• Tensión muscular</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Taquicardia</li> <li>• Percepción de dolor</li> </ul>	<p>• <b>Inmediatas</b></p> <p><b>-Individuales Internas</b> No querer pensar en sus problemas Sentirse enojada Exacerba percepción de dolor</p> <p><b>Externas</b> Dormir Ir al baño a llorar Sentir falta de aire (disnea) Síncope o lipotimia</p> <p><b>-De otros</b> Besos de su hijo Comentarios de su hijo <i>“Te quiero mucho”</i></p> <p>• <b>Mediatas</b></p> <p><b>-Individuales Internas</b> Sentirse cansada</p> <p><b>Externas</b> Alejarse de su esposo Poner en el radio canciones tristes Apagar las luces de su casa</p> <p><b>-De otros</b> Su esposo intenta darle besos</p>

## ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Paciente femenino de 38 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México, trabajadora social en una asociación civil y comerciante los fines de semana, vive en unión libre, de religión católica, con diagnóstico médico de PO CATVP (Conexión Anómala Total de Venas Pulmonares) intracardiaca a seno coronario, Síncope, Lipotimia y Rinorragia. Atendida en consulta externa de Medicina Conductual, referida por el servicio de Cirugía Cardiorrástica con el diagnóstico de síndrome depresivo.

La paciente presenta trastorno depresivo persistente, que se caracteriza a nivel motor por dejar de hacer sus actividades en casa como el quehacer, dejar de comer, falta de concentración en sus actividades, evita hablar con los demás. A nivel cognitivo por pensamientos como *“Siento que no sirvo para hacer bien las cosas en mi trabajo”, “A veces tengo ganas de morirme”, “No quiero ser una persona enferma”, “No sé cómo dejar de sentirme triste”, “Me quiero dar por vencida”, “Yo tengo la culpa de que me pasen las cosas”, “No encuentro la solución para mis problemas”*. A nivel fisiológico por llanto, tensión muscular, insomnio, taquicardia y percepción de dolor.

Es probable que estas respuestas inicien o se incrementen cuando tiene que asistir al hospital, habla con su jefa de las faltas que tiene en su trabajo a causa de su enfermedad, cuando su cuñada la corre de su casa, sufre desmayos y tiene problemas con su esposo e hijo. Así mismo, la conducta problema se ve mantenida probablemente por estímulos internos como pensar en no poder ascender en su trabajo por problemas de salud, estar enferma, recordar cuando su mamá la maltrataba, los problemas que tiene en su trabajo, las probabilidades de sufrir un desmayo en la calle y sentirse ansiosa.

Ante estas situaciones, las respuestas inmediatas son no querer pensar en sus problemas, sentirse enojada, se exagera su percepción de dolor, así como ir al baño a llorar, dormir, sentir que le falta el aire (disnea) y sufrir síncope o lipotimia. Su hijo le da besos y le dice que la quiere mucho. Por otra parte, las respuestas mediatas

son sentirse cansada, poner en el radio canciones tristes, apagar las luces de su casa, su esposo intenta darle besos, sin embargo, ella prefiere alejarse de él.

Como variables mediadoras se encuentra que Rocío cuenta con un locus de control externo y estilo de afrontamiento centrado en la emoción. La paciente menciona que *“Las personas enfermas no son felices”*. Sus habilidades son búsqueda de información relacionada con problemas de salud y búsqueda de apoyo social. Como déficits encontramos la falta de habilidades de comunicación y de llegar acuerdos.

De acuerdo con el análisis funcional se considera que la intervención debe enfocarse en la respuesta depresiva en los tres niveles mediante una intervención basada en técnicas como psicoeducación (para el control de síntomas depresivos y físicos) y elementos de terapia cognitiva (para la modificación de distorsiones cognitivas relacionadas con depresión).

Un objetivo secundario que se pretende con esta intervención, es complementar con técnicas como entrenamiento en respiración superficial y autoinstrucciones (para control de episodios de síncope o lipotimia) y elementos de comunicación asertiva (para mejorar la comunicación con el personal médico, familiares y compañeros de trabajo) para favorecer el control de las respuestas físicas.

### - HIPÓTESIS FUNCIONAL

Si la paciente recibe una intervención cognitivo-conductual basada en psicoeducación, entrenamiento en respiración superficial, entrenamiento en elementos de comunicación asertiva, autoinstrucciones y elementos de la terapia cognitiva entonces disminuirá sus niveles de depresión y tendrá mayor en el control de los síntomas asociados al probable padecimiento.

## 14. EVALUACIÓN MULTIAIXIAL CON DSM IV y 5

## DIAGNÓSTICO DSM-IV-TR

Eje I: F34.1 Trastorno distímico [300.4] + F43.0 Reacción de estrés agudo.

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico.

Eje III: PO CATVP (Conexión Anómala Total de Venas Pulmonares) intracardiaca a seno coronario (Q22) + Síncope (MG45) + Lipotimia (R55) + Rinorragia (R04.0).

Eje IV: Problemas laborales, problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria y problemas relativos al grupo primario de apoyo.

Eje V: EEAG: 50-41.

## DIAGNÓSTICO DSM 5

“Diagnostico principal” 300.04 [F34.1] Trastorno depresivo persistente con ansiedad grave + F43.0 Reacción de estrés agudo. PO CATVP (Conexión Anómala Total de Venas Pulmonares) intracardiaca a seno coronario (Q22) + Síncope (MG45) + Lipotimia (R55) + Rinorragia (R04.0). V61.10 (Z63.0) Relación conflictiva con el cónyuge+ V62.29 (Z56.9) Otro problema relacionado con el empleo. WHODAS 31 (Versión de 12 preguntas administradas por el entrevistador).

## 15. OBJETIVO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

### OBJETIVO GENERAL

La paciente disminuirá sus respuestas de depresión a nivel cognitivo, conductual y fisiológico relacionadas con su estado de salud actual.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La paciente:

- Identificará las características del síncope, lipotimia y rinorragia.
- Identificará las situaciones internas y externas que le provocan depresión
- Identificará los tres niveles de respuesta que se asocian a la presencia de depresión.
- Identificará la relación entre su estado de salud, la sintomatología depresiva y su percepción de dolor.
- Empleará técnicas de relajación para disminuir respuestas de dolor y ansiedad.
- Empleará un plan de emergencia para llevar a cabo en caso de síncope o lipotimia.
- Modificará distorsiones cognitivas relacionadas con la depresión.
- Mejorará la comunicación con el personal médico, familiares y compañeros de trabajo.

## 16. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS SELECCIÓN DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

- Psicoeducación
- Entrenamiento en respiración superficial
- Autoinstrucciones
- Elementos en comunicación asertiva
- Elementos de la terapia cognitiva

- P  
s  
i  
c  
o  
e  
d

**DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES**

<b>Sesiones/Fecha/Técnica de intervención</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Resultados</b>
<p><b>Sesión 1</b> <b>4/Julio/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación clínica</li> <li>• Establecimiento de componentes de relación</li> <li>• Entrevista inicial</li> <li>• Evaluación de dolor y tristeza</li> </ul>	<p>Se establecen componentes de relación, se realiza rapport, observación clínica y entrevista inicial.</p> <p>Se proporciona información respecto a la labor del médico conductual y fibromialgia, sin embargo, se explica a la paciente que esta solamente puede ser diagnosticada por un médico especialista y que algunas veces los síntomas podrían confundirse con otros padecimientos.</p>	<p><i>“El doctor no sabe cuál es mi diagnóstico, pero he tenido desmayos, sangrados y me duele todo el cuerpo”, “No me acepto como una persona enferma, me siento deprimida”, “He ido con varios especialistas, pero me sigo sintiendo mal”, “Un doctor me dijo que a lo mejor tengo fibromialgia, busqué en internet que era eso, pero no sé si lo tengo”, “El cardiólogo me dijo que todo está bien, y me mando a otros servicios, pero ninguno me dice qué tengo” (sic. pac.).</i></p> <p>EVA de Dolor 5/10 localizado en brazos, piernas y espalda            ENA de tristeza 10/10            Tarea- Autorregistro de dolor (Ver anexo 1).</p>
<p><b>Sesión 2</b> <b>13/Julio/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de dolor y tristeza.</li> <li>• Psicoeducación sobre relación médico-paciente.</li> <li>• Entrevista de seguimiento.</li> <li>• Aplicación de HADS e Inventario de Depresión de Beck.</li> </ul>	<p>Revisión de tarea. Se proporciona refuerzo verbal positivo a la paciente por realizar la tarea.</p> <p>Se realiza entrevista de seguimiento. La paciente refiere tener dudas sobre su diagnóstico. Se proporciona psicoeducación sobre la importancia de la comunicación médico-paciente y la relevancia que tiene la expresión de dudas a los médicos. Por lo tanto, se realiza una lista para que pueda expresarlas en su próxima consulta en Cirugía Cardiorrástica.</p> <p>Aplicación del Inventario de Depresión de Beck y HADS.</p>	<p>EVA de Dolor 4/10 en brazo izquierdo, espalda, manos y cabeza.            ENA de tristeza 8/10</p> <p>Las preguntas que la paciente elabora son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es mi diagnóstico?</li> <li>- ¿Por qué cuando desayuno bien me da mucho sueño?</li> <li>- ¿Puedo hacer ejercicio?</li> <li>- ¿Por qué voy tantas veces al baño hacer pipí?</li> <li>- ¿Tengo una enfermedad crónico-degenerativa?</li> </ul> <p><b>HADS</b>            Ansiedad puntaje 19= problema clínico</p>

	<p>Después de la sesión, se comenta el caso con la Jefa de servicio de Clínica del Dolor quién refiere que la mayoría de los síntomas que la paciente se deben a su problema cardíaco descartando que tenga fibromialgia, sin embargo, otros síntomas pueden estar relacionados a su estado de ánimo.</p>	<p>Depresión puntaje 17= problema clínico  <b>Inventario de Depresión de Beck</b>  Puntaje 45= Depresión grave</p> <p>Tarea- Continuar en casa con la lista de preguntas para el médico de Cirugía Cardiorácica y realizar las preguntas en su próxima consulta el día 17 de Julio 2018.</p>
<p><b>Sesión 3</b>  <b>20/Julio/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación sobre componentes emocionales del dolor</li> <li>• Evaluación de dolor y tristeza.</li> </ul>	<p>Se realiza revisión de tarea y se proporciona refuerzo positivo por llevarla a cabo. Se acordó llevar la lista de dudas en su próxima cita de Cardiología en el mes de Octubre.</p> <p>Se realiza la entrega de resultados del Inventario de Depresión de Beck y HADS y se continua con entrevista de seguimiento.</p> <p>Se proporciona psicoeducación sobre componentes emocionales del dolor.</p>	<p><i>"Hice una lista de 15 preguntas, pero el doctor de Cirugía Torácica no quiso responderme, me dijo que estaba dada de alta y que no tengo el marcapasos", "Fui a sacar mi cita a Neurología y el Doctor me atendió de una vez, él cree que no tengo nada pero me va hacer un electroencefalograma. "A él le hice mis preguntas, me dijo que no sabía cuál era mi diagnóstico, pero que todo estaba relacionado con mi problema del corazón" (sic. pac.).</i></p> <p><i>"Cuando llevaba a mi hijo a terapia por su hiperactividad, me atendió una psicóloga y psiquiatra, ahí me atendieron por ansiedad y depresión. Me dieron tratamiento pero dejé de tomarlo porque no me alcanzaba para el medicamento", "Lo que más me preocupa es la depresión, cuando estoy ansiosa me ayuda para hacer varias cosas pero cuando me siento deprimida no puedo" (sic. pac.).</i></p> <p><i>"Si me he dado cuenta que cuando me siento triste aumenta mi dolor" (sic. pac.).</i></p> <p>EVA de dolor 6/10 en brazo izquierdo  ENA de tristeza 8/10</p> <p>Pase a psiquiatría</p>

<p><b>Sesión 4</b> <b>01/Agosto/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación sobre Síncope, Lipotimia y Rinorragia.</li> <li>• Entrenamiento en respiración superficial.</li> <li>• Evaluación de dolor y tristeza.</li> </ul>	<p>Evaluación de dolor y tristeza y revisión de pase a psiquiatría</p> <p>Se realiza psicoeducación sobre Síncope, Lipotimia y Rinorragia (Ver Anexo 2). Se lleva a cabo entrenamiento en autorregistro poniendo como ejemplo el último suceso de lipotimia que tuvo y se deja como tarea registrar eventos de síncope o lipotimia que se presenten hasta la próxima consulta en Medicina Conductual (Ver Anexo 3).</p> <p>Finalmente, se comienza con el entrenamiento en respiración superficial para que pueda ser llevado a cabo en momentos en los que la paciente tenga dolor y ansiedad.</p>	<p>EVA de Dolor 3/10 en la cabeza ENA de Depresión 8/10 <i>“Ya pedí mi cita en psiquiatría, la tengo para el mes de Noviembre” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“También había escuchado que tengo rinorragia, pero no sabía que era” “El síncope ya lo conocía, pero la lipotimia nunca lo había escuchado”, “A mí me suceden las dos cosas, la última vez sentía que quería voltear mi cabeza para el lado derecho pero mi cabeza se hizo para el lado izquierdo”, “Si no hubiera sido por una persona que me detuvo me hubiera caído”, “En esos momentos trato de poner mi cabeza en blanco y trato de respirar” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“Siento mi cuerpo más tranquilo” (sic. pac.).</i></p> <p><b>Tarea:</b> Realizar diario ejercicios de respiración pasiva (cinco minutos por las noches) una hora antes de dormir. Autorregistro de estado de ánimo de ansiedad y depresión. Autorregistro de Desmayos</p>
<p><b>Sesión 5</b> <b>10/Agosto/2018</b></p> <p>Evaluación de dolor y tristeza. Entrenamiento en el uso de Autoinstrucciones para llevar a cabo un plan de</p>	<p>Se comienza con la revisión de la tarea (ejercicios de respiración pasiva, autorregistro de estado de ánimo y desmayos). Debido a que la paciente no llena correctamente el autorregistro de estado de ánimo, se realiza nuevamente el entrenamiento y se pide que lo lleve en la próxima sesión (Ver Anexo 4).</p>	<p><i>“Los ejercicios los he estado practicando, el otro día me sentí mal en el metro”, “Pedí ayuda a un policía, comencé a respirar y me sentí mejor” (sic. pac.).</i> ENA de tristeza 4/10 EVA de dolor 4/10 en la cabeza y muela</p>

<p>emergencia. Psicoeducación sobre comunicación asertiva.</p>	<p>Se proporciona entrenamiento en el uso de autoinstrucciones para llevar a cabo un plan de emergencia en caso de síncope o lipotimia (Ver Anexo 5).</p> <p>Se retoman las situaciones que hacen sentir deprimida a la paciente. Debido a que hace referencia a las dificultades que tiene para poder comunicarse con su mamá y en el trabajo, se comienza a realizar psicoeducación sobre comunicación asertiva. La paciente refiere ya conocer el término, sin embargo, le cuesta mucho trabajo llevarlo a cabo.</p> <p>Se solicita a la paciente que valore la permanencia en la terapia con la otra psicóloga, ya que por cuestiones profesionales no siempre es apropiado ni ético, se anima a dar a conocer sus inconformidades y opiniones.</p>	<p><i>“Algunas cosas ya me las habían explicado y otras ya las había hecho antes”, “Esta información me ayuda mucho porque ya tengo otra idea de lo que puedo hacer”, “Le voy a enseñar a mi jefa esta información porque ella me ayuda mucho” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“Siento que lo que más me afecta es la relación que tengo con mi mamá, porque maneja mucho mi vida”, “Todo el tiempo se la pasa criticándome, no sé cómo hablar con ella” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“Antes de venir aquí, pedí ayuda en mi trabajo para que me enviaran al psicólogo”, “Al principio me sentía bien, pero la psicóloga me pidió no decir nada aquí (Medicina Conductual), porque ella trabaja con psicología positiva y esto es conductual y las dos me iban ayudar”, “Ahorita ya no me siento cómoda porque siento que ella le cuenta cosas a mi jefa, además solamente se enfoca en mi situación en el trabajo para que yo crezca profesionalmente”, “No sé cómo decir que ya no quiero ir porque yo fui quien pidió la ayuda” (sic. pac.).</i></p> <p>Al finalizar la sesión la paciente refiere <i>“Ahora estoy más tranquila, me ha servido mucho la información” (sic. pac.).</i></p>
<p>Se agenda cita para el día jueves 16 de Agosto de 2018, sin embargo la paciente no puede acudir a su cita debido a que acudió a la inscripción de su hijo. Se agenda cita para el día martes 21 de agosto de 2018.</p>		
<p><b>Sesión 6</b> <b>21/Agosto/2018</b> Evaluación de tristeza Intervención en crisis</p>	<p>La paciente entrega autorregistro de estado de ánimo, se proporciona refuerzo positivo por llevarla y contestarla correctamente (Ver anexo 6).</p> <p>En esta sesión se tenía contemplado llevar a cabo psicoeducación sobre depresión y terapia cognitiva, sin embargo, la paciente entra en crisis por una supuesta infidelidad por parte de su esposo, por lo cual se realiza intervención en crisis.</p>	<p>ENA de tristeza 10/10</p> <p><i>“Han sido días muy complicados, me duele mucho lo que está sucediendo con mi esposo”, “Con todo esto hablé con mi mamá y le dije todo lo que sentía, aunque se enojó conmigo creo que lo entendió”, “Me he</i></p>

		<p><i>sentido mal físicamente, pero he hecho lo que me enseñaste y me ayudó mucho porque no he sufrido ningún desmayo”, “Mi hijo me ha apoyado mucho, quiero lo mejor para los dos” (sic. pac.).</i></p>
<p><b>Sesión 7</b> <b>30/Agosto/2018</b> Evaluación de dolor</p> <p>Orientación</p> <p>Ejercicio en relajación superficial</p>	<p>Al inicio de la sesión se indaga sobre lo sucedido con su esposo.</p> <p>La paciente refiere sentirse mal físicamente, por lo que se realiza evaluación de dolor y se indaga sobre los síntomas que está presentando. Rocío menciona que, durante la semana, acudió a una comunidad alejada por cuestiones de trabajo. <i>“Las personas a las que estaba acompañando, se asustaron porque vieron que comencé a sentirme mal”, “Empezaron hacerme preguntas, pero algunas cosas se me olvidaron en ese momento y empecé a asustarme”, “Les comencé a decir que podían hacer si me desmayaba, de las cosas que me acorde en ese momento”, “Cuando me tranquilicé, me acerque a una señora que conozco y le deje el número de mi hijo porque yo voy seguido para allá” (sic. pac.).</i></p> <p>Se menciona a la paciente que durante un evento de crisis es importante tratar de mantener la calma, dejando a un lado si en ese momento no recuerda cosas, solamente tratar de seguir las autoinstrucciones.</p> <p>Se acuerda con la paciente no llevar a cabo la sesión, se acompaña al servicio de Urgencias y se menciona a la paciente que es importante que un familiar la acompañe a sus citas médicas. Durante la espera, un paciente grave llega al servicio de urgencias lo cual provoca que Rocío comience a sentir mayor taquicardia, sudoración y temblor de piernas y manos. Se pide a la paciente que cierre los ojos y se comienza a realizar ejercicio de relajación utilizando los métodos acordados en sesiones anteriores (ejercicios de respiración superficial, imaginar una pared blanca y verbalizaciones “vas a estar bien”, “te sientes tranquila”, “eres capaz</p>	<p><i>“Hablé con mi esposo y me pidió perdón, vamos a intentar seguir con la relación”, “Le dije que yo ya no podía hacer nada más, dependía de él si quería traicionar mi confianza. En estos momentos lo único que me interesa es mi salud y sentirme mejor” (sic. pac.).</i></p> <p>EVA de dolor 8/10 en cabeza y brazo izquierdo</p> <p><i>“Ya estaba más tranquila con lo de mi esposo, pero ahora no sé por qué empecé a sentirme mal, eso hace que me sienta deprimida otra vez”, “Llevó cuatro días sintiéndome mal, tengo taquicardia, sudoración, dolor, mareos, náuseas y siento que me voy a desmayar, pero no había ido al doctor porque no tenía dinero”, “Ayer tuve cita con la otra psicóloga y me dejó muy mal, dice que yo quiero chantajear a mi esposo para que se quede conmigo”, “También me dijo que era psisomático todo esto, pero le pregunté si la taquicardia también lo era y no supo que contestarme”, “Quise esperarme a venir primero contigo por lo que me dijo la psicóloga, pero la verdad me siento bastante mal, voy a ir a urgencias”.</i></p> <p><i>“Ya le llamé a mi hermana y esposo para que sepan que estoy aquí, al rato va a venir</i></p>

	<p>de mantener la calma”). Tiempo después, la paciente comienza a sentir más dolor en el brazo izquierdo (desde el hombro hasta la punta de los dedos), así como temblor de manos y piernas “<i>Ayúdame por favor, siento que me voy a desmayar</i>” (sic. pac.). Por lo cual, se realiza nuevamente ejercicios de respiración superficial. Se acompaña a la paciente hasta que entra a consulta. Por la noche la paciente envía un mensaje a la terapeuta para informar sobre lo sucedido en el servicio de Urgencias.</p>	<p><i>mi esposo para irme con él</i>” (sic. pac.).</p> <p>“<i>Ya me siento más tranquila, me doy cuenta que hay personas que vienen peor que yo</i>”, “<i>Por lo menos sé que estando aquí alguien podrá ayudarme, si estuviera en la calle ya me hubiera desmayado</i>” (sic. pac.).</p> <p>“<i>Me dijeron que me tendría que revisar un neurólogo, pero en estos momentos no hay quien</i>”, “<i>Si es lipotimia, pero el electro salió bien y me tengo que controlar yo misma</i>”, “<i>No me pueden mandar nada para la lipotimia, pero me mandaron medicamento para el mareo, náuseas y dolor, así como tener reposo</i>”, “<i>Tiene que revisarme bien el cardiólogo, por medio de un holter y no me pueden mandar nada para la taquicardia porque no saben mandarme la dosis</i>” (sic. pac.).</p> <p>Omeprazol tabletas 20 mg  -Tomar 1 tableta cada 24 horas  Dramamine tabletas con 50 mg  -Tomar 1 tableta cada 12 horas por 3-5 días</p>
<p><b>Sesión 8</b>  <b>06/Septiembre/2018</b>  Evaluación de dolor y tristeza</p>	<p>Se da seguimiento sobre su estado de salud y estado de ánimo. Así mismo, se realiza evaluación de dolor y tristeza.</p>	<p>“<i>Ya pude regresar a trabajar y me estoy tomando mi medicamento</i>”, “<i>Anoche hubo una discusión entre mi hijo y mi esposo, eso me altero mucho</i>”, “<i>En la noche me puse mal, tuve un episodio de lipotimia</i>” (sic. pac.)</p>

<p>Psicoeducación sobre Depresión y Terapia Cognitiva</p>	<p>Se proporciona psicoeducación sobre depresión y terapia cognitiva (Ver anexo 7), retomando como ejemplos situaciones que hacen sentir deprimida a la paciente.</p> <p>Ante la cognición “<i>Debería ser una buena madre</i>”, Rocío menciona que se considera una persona perfeccionista y le cuesta trabajo verlo de otra manera. Se realiza la técnica de utilizar a otra persona como punto de referencia para la modificación de creencias. Se le pregunta, a quién considera “Una buena madre” y a qué se refiere con esto.</p> <p>Se le pide a la paciente que indique los puntos que ella realiza con su hijo. Rocío menciona que todos los lleva a cabo con su hijo, solamente la comunicación es la que le cuesta más trabajo.</p>	<p>ENA de tristeza 8/10 EVA de dolor 5/10 en espalda y cabeza</p> <p><i>“Si, he notado que cuando estoy deprimida le dejo de tomar importancia a las cosas”, “Ayer platicando con mi jefa le dije que yo me consideraba como Rocío la persona enferma, ella me dijo que yo era una profesional que estoy enferma, nunca lo había visto así”, “Mis pensamientos me afectan constantemente, pero creo que también soy así, porque muchas cosas mi mamá me las decía” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“Mi amiga Elsa, veo que tiene una buena relación con sus hijos” (sic. pac.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Está al pendiente de sus hijos</li> <li>-Está al pendiente de su escuela</li> <li>-Se preocupa de que coman bien</li> <li>- Revisa sus tareas</li> <li>-Está al pendiente de las personas con las que sus hijos se juntan</li> <li>-Apoya a sus hijos</li> <li>-Tiene una buena comunicación con ellos</li> </ul> <p><i>“Yo pensaba que no era una mala madre, por no tener una buena comunicación con mi hijo, pero tienes razón puedo trabajar en ello” (sic. pac.).</i></p> <p>Se deja como tarea autorregistro ABC</p>
---	--	--

## 17. RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación. En la Tabla 1 se muestra la semiología del dolor referido por Rocío durante las sesiones de intervención.

Tabla 1. Semiología del dolor

Fecha	Tipo de dolor	Ubicación del dolor	EVA	Desencadenantes	Atenuantes	Medicamentos
04/07/18	Ardor, punzadas, rigidez, hormigueo	Brazos, piernas y espalda	5/10	Ansiedad, depresión.	Llorar, caminar, mover los músculos, tomar el medicamento y dormir.	Ibuprofeno 1 c/8 horas
13/07/18		Brazo izquierdo, espalda, manos y cabeza	4/10	Cuando le da el sol en la cara o frío en el cuerpo.	Tomar el medicamento, descansar, caminar, mover el brazo, abrir y cerrar la mano.	Ibuprofeno 1 c/8 horas
20/07/18		Brazo izquierdo	6/10	Frio	Tomar medicamento en caso de dolor, mover el brazo.	Sin medicamento
01/08/18		Cabeza	3/10	Calor	Tomar medicamento	Duloxetina tab 30 mg
10/08/18		Cabeza y muela	4/10	Presión en el trabajo, calor y sueño.	Medicamento, Poner la mente en blanco.	
30/08/18		Brazo izquierdo, cabeza y estomago	8/10	Problemas con esposo, calor.	Medicamento, ejercicios de respiración, recostarse.	Omeprazol 20 mg, 1 cada 24 horas Dramamine 50 mg, 1 cada 12 horas
06/08/2018		Espalda y cabeza	5/10	Problemas con su esposo e hijo.	Descansar y tomar medicamento.	

A continuación, se muestran las evaluaciones reportadas por la paciente respecto a niveles de tristeza.

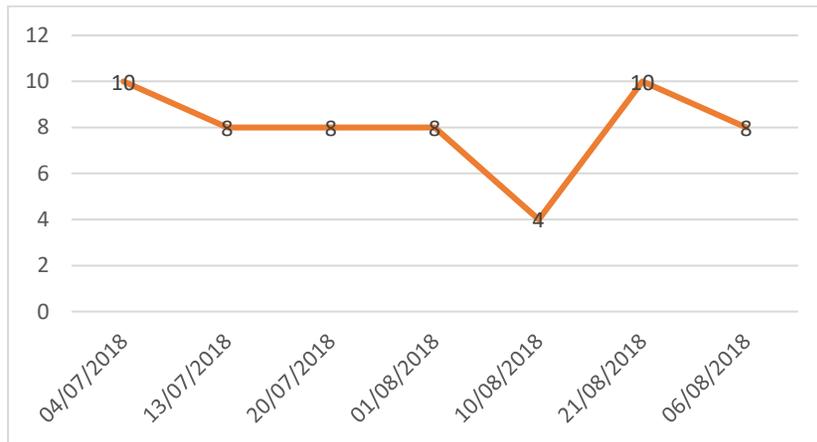


Figura 2. Puntuaciones de ENA's de tristeza, referidas por la paciente durante las sesiones.

Tabla 2. Puntuaciones obtenidas en el instrumento HADS

Sesión	Fecha	Ansiedad	Depresión
2	13/07/2018	19 puntos= Problema clínico	17 puntos= Problema clínico
7	06/09/2018	15 puntos= Problema clínico	15 puntos= Problema clínico

Tabla 3. Puntuaciones obtenidas en el Inventario de Depresión de Beck

Sesión	Fecha	Puntuación
2	13/07/2018	45 puntos= Depresión grave
7	06/09/2018	47 puntos= Depresión grave

## 18. CONCLUSIONES

Para Colquhoun et al. (2013) el diagnóstico de depresión puede ser difícil en personas con enfermedad cardiovascular, ya que los síntomas depresivos como fatiga y baja energía son comunes y pueden ser un efecto secundario de algunos medicamentos. El diagnóstico puede complicarse por las respuestas a su enfermedad, que puede incluir negación, evitación y ansiedad. Los pacientes con patologías cardíacas y depresión responden a la terapia cognitivo-conductual y al tratamiento multidisciplinar, mejorando los síntomas depresivos y la patología cardíaca.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede observar que la paciente no ha disminuido su sintomatología depresiva. Algunas de las circunstancias que han complicado el proceso terapéutico han sido problemas en su relación de pareja, así como problemas de comunicación con su mamá e hijo, los cuales pueden relacionarse al aumento de las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck, sin embargo, en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria si existió una disminución de las puntuaciones, aunque está no fue significativa.

Cabe destacar que, en cuestiones relacionadas con su estado de salud, Roció ha implementado el plan de emergencia diseñado para casos de lipotimia o síncope, ante esto menciona sentirse más tranquila. Por otra parte, en las primeras sesiones la paciente refirió tener problemas en su trabajo debido a sus constantes faltas por sus citas en el hospital y por no tener un diagnóstico definido. Actualmente, menciona tener más comprensión y apoyo por parte de su jefa, así como un mejor rendimiento laboral.

Otra cuestión a considerar es la ansiedad referida por la paciente, que se ve reflejada en la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, así como en las puntuaciones del registro del estado de ánimo. Sin embargo, se dio la prioridad a la depresión debido a que ante la observación clínica y por verbalizaciones de la misma paciente, este problema le causaba mayor malestar.

Otras de las dificultades a las que se ha enfrentado la paciente, es la atención que ha recibido por parte del servicio de Cardiología, debido que desde hace siete meses no ha recibido un diagnóstico y ha sido canalizado a diversos servicios como Cirugía Cardiorácica, Neurología, Otorrinolaringología y Urgencias, los cuales coinciden en que su problema debe ser tratado por este servicio, en donde tiene cita hasta el mes de Octubre. Así mismo, el apoyo por parte del servicio de psiquiatría será otro factor que ayudará a la paciente para mejorar su estado de ánimo, por lo que estamos en espera de los comentarios de este especialista. La cita está programada para el mes de Noviembre.

Barrón (2011) menciona que si se quiere realizar una eficaz labor preventiva de alteraciones cardiacas habrá que actuar sobre la población transmitiendo conocimientos adecuados, modificando actitudes y, evidentemente, hábitos de salud. Las intervenciones deben incluir estrategias en cuanto a control cognitivo, control de estrés o de respuestas fisiológicas y cambio de hábitos.

Actualmente, la paciente sigue acudiendo a sus consultas y ha sido adherente al tratamiento psicológico en Medicina Conductual. Así mismo, refiere continuar con el tratamiento psicológico en su trabajo, debido a que este le ha ayudado a tener mejores resultados laborales. Así mismo, está considerando la posibilidad de asegurarse con ayuda de su hermana en el IMSS, aunque quiere continuar en su tratamiento en el Hospital Juárez.

Acciones por realizar:

- 1) Mejorar el uso de la terapia cognitiva
- 2) Continuar en evaluación continua de ansiedad y depresión
- 3) Fomentar la adherencia del tratamiento psiquiátrico

## 19. REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.

- Barrón, A. (2011). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardíaca* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Colquhoun, M., Bunker, J., Clarke, M., Glozier, N., Hare, L., Hickie, B., Tatoulis, J., Thompson, R., Tofler, H., Wilson, A. & Branagan, G. (2013). Screening, referral and treatment for depression in patients with heart disease. *Medical Journal Australian* 198 (9), 483- 484. doi: 10.5694/mja13.10153
- Hernández, M., Hernández, C. & Bergeret, J. P. (2005). Epistaxis. Consideraciones generales y manejo clínico. *Cuad. Cir.*, 19, 54-59.
- Moya, Á., Rivas, N., Sarrias, A., Pérez, J. & Roca, I. (2012). Síncope. *Revista española de cardiología*, 65 (8), 755-765.
- Organización Mundial de la Salud. (Abril, 2017). *Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>.
- Re, M. (Recuperado el 31 de Julio, 2018). Lipotimia: causas, síntomas y tratamiento. En <https://www.onsalus.com/lipotimia-causas-sintomas-y-tratamiento-18053.html>
- Ruiz, M. A., Díaz, M.I. & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.

Anexo 1

Si te mantienes dentro de tu dolor y a tus medicamentos, podrás dar más información a tus médicos para juntos lograr controlar el dolor.

Fecha y Hora	¿Dónde duele?	¿Cómo es el dolor?	Del 0 al 10 ¿Qué calificación le das al dolor?	¿Cuánto tiempo dura?	¿Hubo algo que provocara el dolor?	¿Qué cosas ayudan a aliviar el dolor?
5/11/10 20:18	Consistencia de los brazos, espalda, hombros, codos, rodillas, el	Como punzadas pesadas de el	10	todo el día	ansiedad, estrés, Depresión, Ejercicio	forol, farmacia, tomar los medicamentos, tomar el
6/11/10 20:18	los rodillos, el	Como billitos, como pesadas, hormiguos y punzadas.	6	Todo el día	Depresión, El Alimento Rizado	forol, farmacia, tomar los medicamentos, tomar el
7/11/10 20:18	la cabeza, los brazos, los rodillos, el	Punzadas, hormiguos y pesadas.	8	hoyche tarde	Por el frío, el	forol, farmacia, tomar los medicamentos, tomar el
11/10 a 5:00	los rodillos, el	Punzadas, hormiguos y pesadas.	6	hoyche	Por el frío, el	forol, farmacia, tomar los medicamentos, tomar el
9/11/10 20:18	el cuello, la	Punzadas, hormiguos y pesadas.	6	hoyche	Por el frío, el	forol, farmacia, tomar los medicamentos, tomar el
11/10/2018	la cabeza, los brazos, los rodillos, el	Punzadas, hormiguos y pesadas.	10	Todo el día	Por el frío, el	forol, farmacia, tomar los medicamentos, tomar el
10/11/10 20:18	la cabeza, los brazos, los rodillos, el	Punzadas, hormiguos y pesadas.	6	Todo el día	Por el frío, el	forol, farmacia, tomar los medicamentos, tomar el
11/10/10 20:18	la cabeza, los brazos, los rodillos, el	Punzadas, hormiguos y pesadas.	6	hoyche	Por el frío, el	forol, farmacia, tomar los medicamentos, tomar el
12/11/10 20:18	la cabeza, los brazos, los rodillos, el	Punzadas, hormiguos y pesadas.	4	Todo el día	Por el frío, el	forol, farmacia, tomar los medicamentos, tomar el

0 Sin dolor

2

4

6

8

10 Máximo dolor que haya sentido

# SÍNCOPE

Pérdida transitoria de conciencia que cursa con recuperación espontánea y sin secuelas que se debe a una hipoperfusión cerebral general y transitoria.

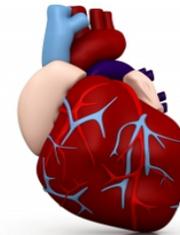


Hipoperfusión Cerebral- Falta de oxígeno al cerebro

Anexo 2

# SÍNCOPE

Los pacientes en función de la edad y el contexto, presentan síncope debido a una causa cardiaca. Pueden presentar contracciones musculares.



## LIPOTIMIA

Es un síndrome que se presenta de manera repentina y efímera, caracterizado por varios síntomas que suelen percibirse como la sensación de un inminente desmayo. Es un desvanecimiento sin pérdida de la conciencia.



## PROBABLES CAUSAS

- Calor (lugares con mala ventilación o mucha gente)
- Pasar muchas horas sin comer.
- Efectuar actividades prolongadas o de esfuerzo excesivo.
- Emociones intensas.
- Afecciones en el oído interno.
- Deshidratación



## PROBABLES CAUSAS

- Dolores agudos (quemaduras, fractura de huesos o cefalea)
- Uso de algunos medicamentos.
- Hipotensión, suele suceder cuando la persona se pone de pie rápidamente después de un tiempo prolongado en reposo.
- Hipoglucemia, el cerebro necesita glucosa para un buen funcionamiento y al no ser suficientes se produce **la lipotimia** y otras complicaciones.
- Otras enfermedades, frecuentemente problemas cardiovasculares o infecciones.



## RINORRAGIA

Fenómeno hemorrágico originado en las fosas nasales. Generalmente se trata de un proceso benigno, de fácil curación; pero a veces se trata de procesos más graves por la intensidad del sangrado.



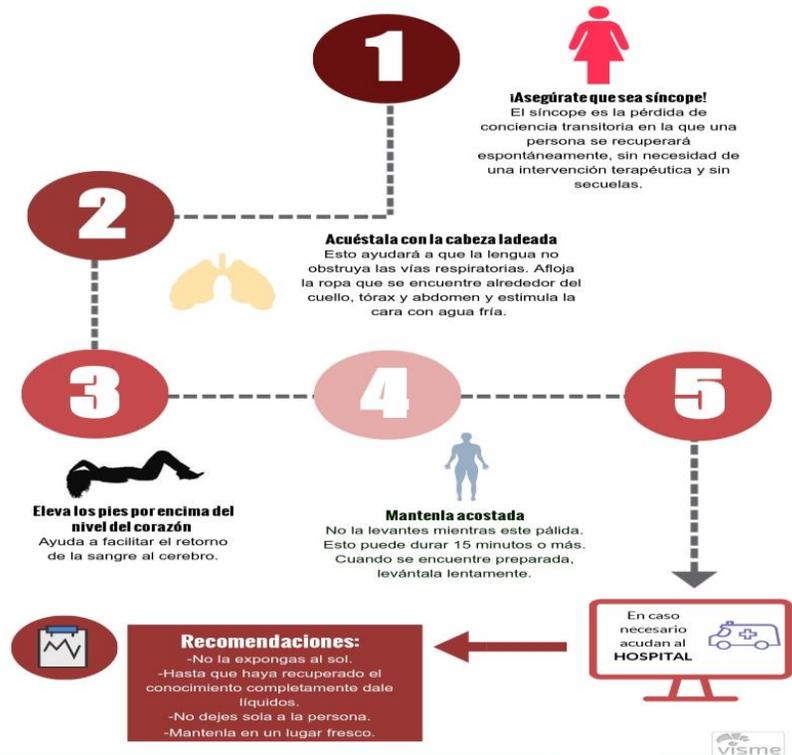
**Anexo 3. Autorregistro de desmayos realizado en la sesión**

<b>Fecha y hora</b>	<b>¿Dónde ocurrió?</b>	<b>¿Cómo sucedió?</b>	<b>¿Cuánto tiempo duró?</b>	<b>¿Qué síntomas tuviste antes?</b>	<b>¿Qué cosas ayudaron?</b>
Jueves 6:00 pm	Calle	Comencé a sentir que mi cabeza se iba hacia el lado derecho, pero giraba hacia el izquierdo. Comencé a sentir temblor, sudoración y ganas de llorar.	De media a una hora	Sueño, náuseas, calor, cansancio y me levante rápido.	Apoyo de otras personas, taparme la cara y tratar de poner mi mente en blanco, decirme tranquila y tratar de respirar. Pastillas como paracetamol y aspirina para el dolor de cabeza.

**Anexo 4. Autorregistro de desmayos realizado por la paciente**

<b>Fecha y hora</b>	<b>¿Dónde ocurrió?</b>	<b>¿Cómo sucedió?</b>	<b>¿Cuánto tiempo duró?</b>	<b>¿Qué síntomas tuviste antes?</b>	<b>¿Qué cosas ayudaron?</b>
Viernes 3 de Agosto 9:00 hrs	Calle	La cabeza se fue del lado derecho y mi cuerpo tembló, comencé a llorar, mareo, dolor ojo izquierdo, oído y estómago, sueño, náuseas. Falta de concentración y cansancio físico	Una hora	Levantarme rápido por tener prisa, náuseas, calor, somnolencia .	-Apoyo de personas, enmascarar mi cuerpo, tranquilizarme y trate de respirar. Diclofenaco y pomada.

## Anexo 5



Referencias:  
Casanova, J. E. (2015). Síncope. *Biomedicina*, 10(1), 66-85.  
Maya, A. (2009). Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de síncope. *Revista Española de Cardiología*, 62(12), 1e-52e.

Lic. Psic. Diana Salazar Díaz



<b>01</b>		<b>¡Pide ayuda!</b> Coméntale a alguien cercano a ti cómo te sientes y deja que te apoye.
<b>02</b>		<b>Busca un lugar con buena ventilación</b> Si detectas que comienzas a sentirte mal, trata de buscar un lugar fresco alejado del calor.
<b>03</b>		<b>Siéntate</b> Ponte cómoda y trata de reclinar tu cabeza hacia atrás. Pide que te ayuden a levantar un poco las piernas
<b>04</b>		<b>Afloja tu ropa</b> Todo aquello que se encuentre alrededor de tu cuello, esto te va a permitir tener buena ventilación.
<b>05</b>		<b>Comienza a respirar</b> Toma aire por la nariz y expúlsalo lentamente por tu boca.
<b>06</b>		<b>Imagina algo que te tranquilice</b> Puede ser una pared blanca o algún lugar que te haga sentir relajada.
<b>07</b>		<b>Autoverbalizaciones</b> -"Estaré bien". -"Voy a ser capaz de mantener la calma, la molestia pasará". -"Voy a estar tranquila". -"Hazlo paso a paso, despacio".
<b>08</b>		<b>En caso de desmayo...</b> Pide previamente que te acuesten, comprueben que respire y pongan tu cabeza de lado.
<b>09</b>		<b>En caso necesario...</b> Acude al hospital, no olvides cargar siempre con tu carnet y credencial de emergencia.
<b>10</b>		<b>Recomendaciones</b> -Trata de mantenerte hidratada. -Evita estar mucho tiempo en lugares calurosos. -Evita situaciones de riesgo (levantarte muy rápido, actividades que requieran mucho esfuerzo). -Buena alimentación.

Referencias:  
Prevención de lipotimias. Recuperado de: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-0kpaco04/es/contenidos/informacion/osapa\\_insuficiencia\\_cardiaca/es\\_paradaca/prev.html](https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-0kpaco04/es/contenidos/informacion/osapa_insuficiencia_cardiaca/es_paradaca/prev.html)  
Mareo, lipotimia y síncope. Recuperado de <https://salud.ccm.net/faq/10339-mareo-lipotimia-y-sincope>

Lic. Psic. Diana Salazar Díaz





# Señales

Ansiedad

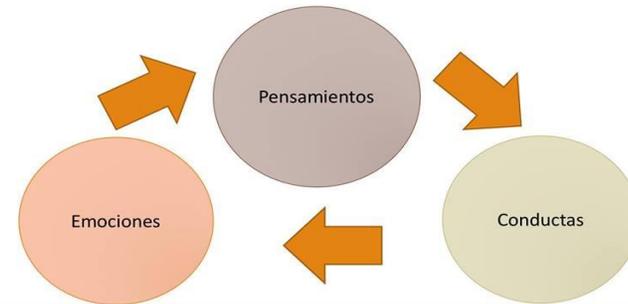
1. ¿Te sientes nerviosa o tensa?
2. ¿Te sientes habitualmente inquieta?
3. ¿Tienes dificultad para concentrarte debido a las preocupaciones?
4. ¿Tiene miedo a que pueda suceder algo terrible?
5. ¿Sientes que podrías perder el control de ti misma?

## Situaciones que me hacen sentir deprimida



# Terapia Cognitivo-Conductual

Situaciones



## Ejemplo

Tener problemas con tú jefa por faltar al trabajo



## Relación entre conductas y pensamientos

A partir de la infancia, las personas desarrollan ciertas creencias acerca de ellas mismas, las otras personas y el mundo.

**Creencias centrales:** son consideradas como verdades absolutas. Son globales, rígidas y se generalizan en exceso.

**Creencias intermedias:** consisten en actitudes, reglas y presunciones. Influyen en la forma de ver una situación, y a su vez influye en el modo como piensa, siente y se comporta.

**Pensamientos automáticos:** Palabras e imágenes que pasan por la mente de la persona, específicos para cada situación (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).

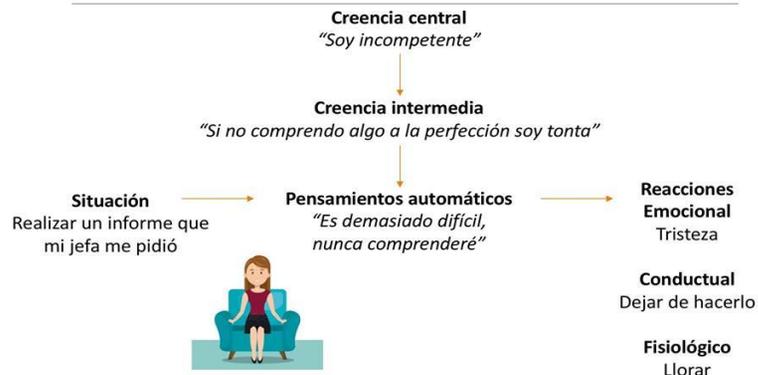


## Distorsiones cognitivas

Son errores en el pensamiento de una persona. Se mantiene la creencia de un concepto negativo, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2010).



## Ejemplo



## Distorsiones cognitivas

Distorsión cognitiva	Definición	Ejemplo
<b>Catastrofismo</b>	Considerar el peor resultado de lo que ocurrió o va ocurrir.	"Cada que salga a la calle me voy a desmayar y nadie me podrá ayudar"
<b>Pensamiento dicotómico/ blanco o negro</b>	Las experiencias de uno mismo o de los demás sólo admiten dos posibilidades opuestas (bueno/malo, positivo/negativo).	"Las personas enfermas no son felices"
<b>Descalificación de lo Positivo</b>	Rechazar o descalificar las experiencias positivas.	"Nunca he sido feliz"
<b>Razonamiento emocional</b>	Formar opiniones sobre uno mismo, los otros o situaciones basadas en las emociones que experimenta.	"No sirvo para nada"

# Distorsiones cognitivas

Distorsión cognitiva	Definición	Ejemplo
<b>Construir la valía personal con base a opiniones externas</b>	Desarrollar y mantener la valía personal en función de la opinión de los otros.	<i>"Mi jefa tiene razón al decir que no soy una persona funcional porque estoy enferma".</i>
<b>Adivinación</b>	Pronosticar o predecir el resultado negativo de conductas, emociones o acontecimientos futuros.	<i>"Mi mamá siempre piensa que está mal todo lo que hago".</i>
<b>Afirmaciones con Debería</b>	Hace referencia a las expectativas sobre las capacidades, habilidades o conductas de uno mismo o de los otros, sin analizar si son razonables.	<i>"Debería ser una buena madre" "Debería ser una buena hija"</i>

## TARJETA DE SEGURIDAD Y EMERGENCIA

Alergias y padecimientos

Tipo de sangre

En caso de emergencia llamar a:

### Caso 3

#### 1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: Cecilia  
Sexo: Femenino  
Edad: 62 años  
Estado civil: Casada  
Escolaridad: Primaria  
Ocupación: Ayudante en una estética  
Religión: Católica  
Lugar de origen y residencia: Estado de México  
N° de hijos: 3  
Dx médico: Neuralgia posherpética T12 derecha e Hipertensión Arterial Sistémica.

#### 2. PRESENTACIÓN DEL CASO:

El presente caso tiene como objetivo mostrar la aplicación del modelo de solución de problemas, en una paciente con dolor crónico que tiene problemas económicos y estado de ánimo depresivo.

#### MOTIVO DE CONSULTA

El día 22 de agosto de 2018, Cecilia acude por primera vez al servicio de Clínica del Dolor. Durante la consulta, la médico residente de Clínica del Dolor detecta estado de ánimo depresivo en la paciente, por lo que la refiere al servicio de Medicina Conductual.

El día 5 de septiembre, se realiza entrevista de primera vez. La paciente muestra facie de tristeza y llanto contingente a verbalizaciones relacionadas con su estado de salud actual, menciona *"En Mayo del año pasado, sufrí un asalto y otra vez comencé a sentir mucho dolor", "Desde mi consulta no he sentido mejoría del dolor, no he podido comprarme uno de mis medicamentos porque está muy caro", "Me siento triste todos los días, trato de aguantarme enfrente de mis hijos, le digo que me siento bien, pero en realidad quisiera llorar mucho"* (sic. pac.).

#### 4. ANTECEDENTES

##### ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Hermano-Finado por cáncer de cuello

Hermano- Cáncer pulmonar

Hijo-Cáncer de testículo

##### ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Habita en casa propia, construida a base de materiales perdurables, con todos los servicios intra y extra domiciliarios. Zoonosis positiva a dos perros. Alimentación adecuada en cantidad y calidad. Higiene general adecuada, con baño y cambio de ropa exterior e interior diario.

##### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

-Hipertensión Arterial Sistémica desde 2006, seguimiento en su centro de salud, en tratamiento con Losartan 50mg vía oral cada 12 horas; Nifedipina 10 mg vía oral cada 12 horas; Hidroclorotiazida 25 mg vía oral ½ tableta cada 24 horas; Ácido Acetilsalicílico (ASA) 150mg efervescente cada 24 horas.

-Neuralgia Posherpética desde 17 de diciembre 2015, seguimiento por Clínica del Dolor, en tratamiento con Carbamazepina 200mg vía oral cada 12 horas; Tramadol 10 gotas cada 8 horas; Amitriptilina 25mg vía oral ½ tableta cada 12 horas (por la mañana y la noche); Duloxetine 30 mg vía oral 1 cápsula cada 24 horas (por la noche).

Antecedentes quirúrgicos:

-Cesárea hace 40 años

-Exeresis lipoma izquierdo hace 20 años

-Catarata ojo izquierdo hace 20 años

Alergias: Interrogados y negados

Toxicomanías: Interrogados y negados

##### ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS PATOLÓGICOS:

Cecilia niega atención psicológica y psiquiátrica previa

#### 5. DINÁMICA FAMILIAR Y FAMILIOGRAMA

Cecilia es una mujer de 62 años, casada, con tres hijos, la paciente refiere *"Mi esposo y mis hijos me apoyan mucho, tengo buena relación con ellos", "Mi hijo el más chico es especial, tiene problemas de inteligencia y ahorita tiene cáncer de testículo, él es todo para mí"* (sic. pac.).

## FAMILIOGRAMA

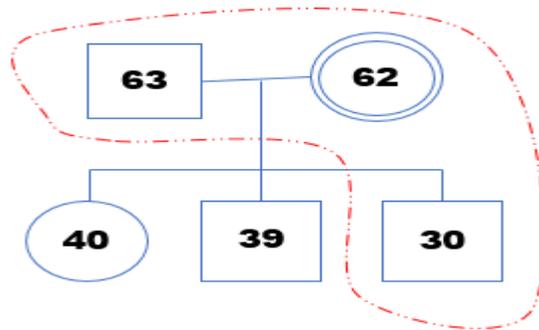


Figura 1. Familiograma de Cecilia

## 6. HISTORIA DEL PROBLEMA

### Médica:

2006: Diagnosticada con Hipertensión Arterial Sistémica, atendida en la Clínica 76 del IMSS durante 11 años.

17/12/2015: Diagnosticada con Neuralgia posherpética T12 derecha, atendida en la Clínica del IMSS durante 2 años con tratamiento de paracetamol tabletas 500 mg, 1 tableta cada 8 horas; Tramadol-paracetamol 37.5mg/325mg, 1 tableta cada 8 horas; Amitriptilina tabletas 25 mg, 1 tableta cada 24 horas; Gabapentina cápsulas 300 mg, 1 cápsula cada 12 horas.

3/03/2016: Se encuentra apertura de expediente por parte de Clínica del Dolor, sin embargo, la paciente decide atenderse en la Clínica 76 del IMSS.

22/08/2018: Primera consulta en Clínica del Dolor del HJM, con tratamiento de Amitriptilina 25mg, ½ tableta cada 24 horas por la noche; Carbamazepina 200mg, 1 tableta cada 24 horas por la noche; Tramadol gotas, 8 gotas cada 8 horas; Ácido tióctico 600mg, 1 tableta cada 24 horas.

05/09/2018: Cambio de medicamento por la Jefa de Servicio de

Clínica del Dolor del HJM, Amitriptilina 25mg, ½ tableta cada 12 horas (mañana y noche); Tramadol gotas, 10 gotas cada 8 horas; Carbamazepina 200mg, 1 tableta cada 12 horas (mañana y noche) y Gabapentina cápsulas 300mg, 1 cada 12 horas.

02/10/2018: Cita en Clínica del Dolor y cambio de medicamento para mejoría del control del dolor, Carbamazepina 200mg, 1 cada 12 horas (mañana y noche); Tramadol gotas, 10 gotas cada 8 horas; Amitriptilina 25mg, ½ tableta cada 12 horas (mañana y noche) y Duloxetina 30mg, 1 tableta cada 24 horas por la noche.

04/12/2018: Cita en Clínica del Dolor y reducción de los medicamentos para comenzar con destete por mejoría del dolor, Amitriptilina 25 mg, 1 tableta cada 12 horas (mañana y noche), Carbamazepina 200mg, 1 cada 12 horas (mañana y noche), omitir Duloxetina y Tramadol. Pase a Medicina Interna para valoración y manejo de Hipertensión Arterial Sistémica no controlada.

### Psicológica:

2016: Renunció a la fábrica de tapicería en la que trabajaba con su hermano, debido al dolor que le provocaba el herpes. Comenzó a tener problemas con su hermano debido a que no quiso pagarle su liquidación.

Mayo /2017: La paciente sufre un asalto donde es golpeada y estuvo hospitalizada durante 13 días en el Hospital de la Raza. Antes del asalto, otro de sus hermanos le ofreció trabajar con él en su fábrica de tapicería, sin embargo, cuando salió del hospital la paciente comenzó a sentir nuevamente mucho dolor y su estado de ánimo era triste (hipersomnía, comer una vez al día, bañarse dos veces a la semana).

Noviembre/2017: Comienza a trabajar con su hija en una estética como ayudante, a partir de este momento hubo una mejoría en el estado de ánimo.

05/09/2018: Acude por primera vez al servicio del Medicina Conductual de Clínica del Dolor.

## 7. PADECIMIENTO ACTUAL

En su consulta de primera vez en Medicina Conductual de Clínica del Dolor (5/ Septiembre/ 2018), Cecilia menciona “*Me siento triste, no me gusta depender de nadie, a mí me gusta trabajar y ganar mi propio dinero, ahora me siento una inútil*”, “*No me alcanza el dinero para poder comprar todos mis medicamentos, además mi hijo está enfermo y para mi él es más importante*”, “*Tengo mucho dolor, no he sentido mejoría con los medicamentos*”, “*Mi hermano me ha estado dando vueltas con lo de mi dinero, no quiere pagarme lo que me toca por trabajar tantos años con él*” (sic. pac.).

## 8. IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente de complexión endomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acordes al contexto. Presenta facie de tristeza, muestra llanto contingente a verbalizaciones referentes a su estado de salud actual. Se muestra cooperadora a la entrevista.

## 9. EXAMEN MENTAL

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

## 10. FACTORES PSICOLÓGICOS COMPLEMENTARIOS.

- Locus de control externo.
- Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.
- Redes de apoyo social existentes y percibidas como funcionales con apoyo social de tipo instrumental, emocional y económico.

## 11. PERSONALIDAD PREVIA

Cecilia menciona “*Siempre me ha gustado ser una mujer independiente, yo era la que les ayudaba a mis hijos cuando tenían problemas económicos*” “*A mí me gustaba trabajar y ganar mi propio dinero*” (sic. pac.).

## 12. SELECCIÓN Y APLICACIÓN DE TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

- Entrevista conductual.
- Observación clínica.
- HADS.
- Escala Numérica Análoga de tristeza y ansiedad (ENA).
- Escala Visual Análoga de dolor (EVA).

## 13. ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA

### LISTA DE CONDUCTAS PROBLEMA

Nivel motor

- Llorar cuando se encuentra sola

Nivel cognitivo

Pensar “*Señor acuérdate de mí y llévame*”, “*Tengo que ser fuerte frente a mis hijos*”, “*Ya no quiero saber nada de los problemas que tengo*” (sic. pac.).

- Sentirse una inútil
- Tener ganas de llorar todo el día

Nivel fisiológico

- Percepción de Dolor

### MODELO DE PATOGÉNESIS

A continuación, se presenta el modelo de patogénesis:

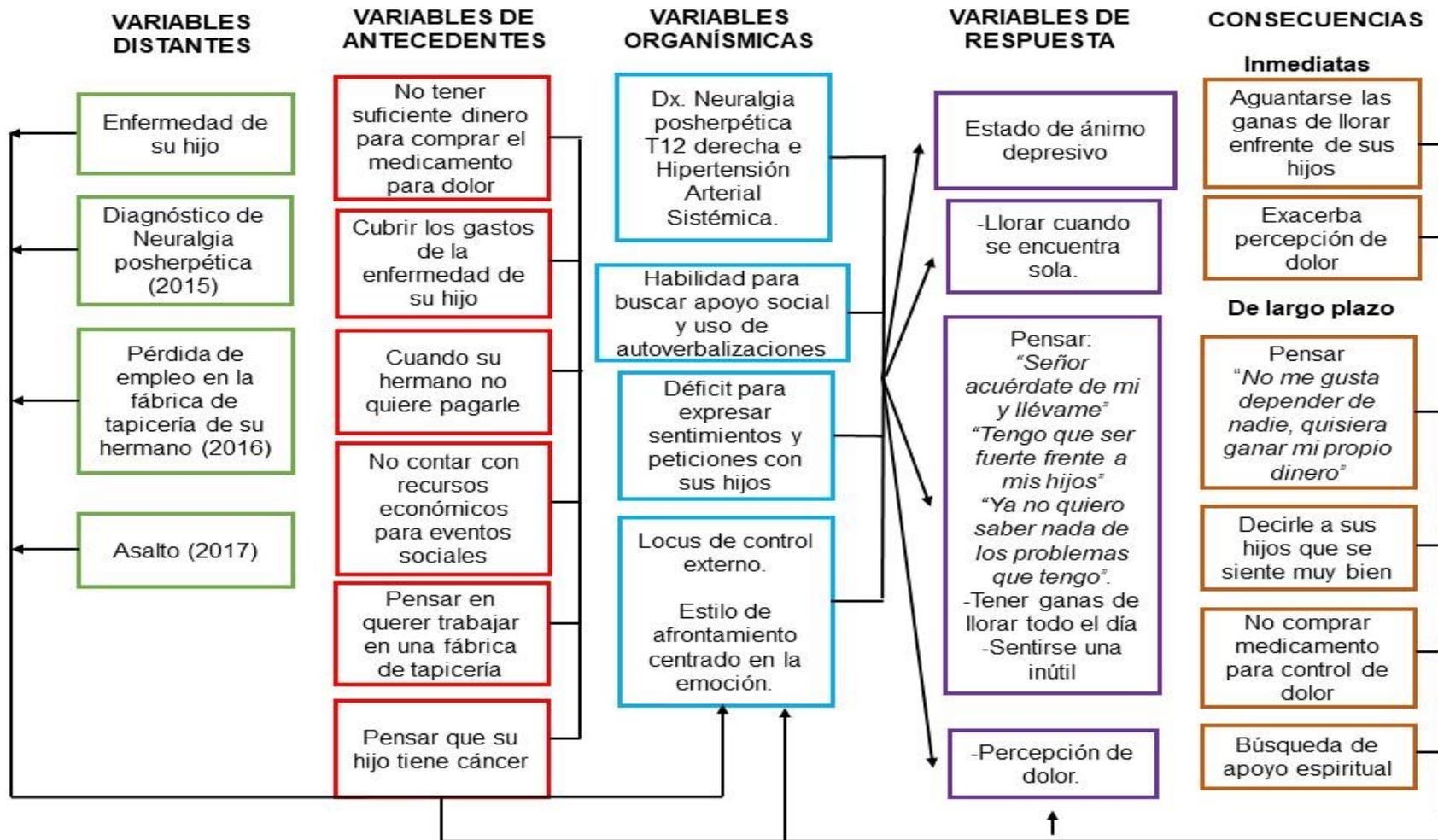


Figura 2. Mapa Clínico de Patogénesis de Cecilia

## ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Paciente femenino de 62 años de edad, originaria y residente del Estado de México, ayudante en una estética, casada, de religión católica, con diagnóstico médico de neuralgia posherpética e hipertensión arterial sistémica. Atendida en consulta externa de Medicina Conductual de Clínica del Dolor, durante la entrevista inicial la paciente muestra facie de tristeza y llanto contingente a verbalizaciones relacionadas con su estado de salud actual, menciona *“En Mayo del año pasado, sufrí un asalto y otra vez comencé a sentir mucho dolor”, “Desde mi consulta no he sentido mejoría del dolor, no he podido comprarme uno porque está muy caro”, “Me siento triste todos los días, trato de aguantarme enfrente de mis hijos, les digo que me siento bien, pero en realidad quisiera llorar mucho”* (sic. pac.).

Las situaciones distantes que anteceden las respuestas disfuncionales de la paciente, encontramos algunos eventos relacionados a: su propia salud y de un miembro de su familia (hijo), déficit para resolver problemas económicos derivados del despido laboral y el pago de medicamentos de alto costo. Otra situación que propició una respuesta depresiva y de estrés fue el asalto del cual fue víctima la paciente en 2017.

Por otro lado, las variables organísmicas: a) la neuralgia posherpética e hipertensión arterial sistémica, b) tener un déficit de habilidades sociales específicamente en la expresión de sentimientos y peticiones con sus hijos y c) tener un locus de control externo y un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, son mediadoras de la respuesta.

Ciertos acontecimientos recientes operan como estímulos detonantes, por ejemplo, no tener suficiente dinero para comprar el medicamento para dolor, cubrir los gastos de la enfermedad de su hijo, cuando su hermano no quiere pagarle, no contar con recursos económicos para eventos sociales, pensar en querer tener un trabajo fijo y en el cáncer que tiene su hijo.

Motivos por los cuales Cecilia manifiesta respuestas como: llanto cuando se encuentra sola, piensa *“señor acuérdate de mí y llévame”, “Tengo que ser fuerte frente a mis hijos”, “Ya no quiero saber nada de los problemas que tengo”,* tiene ganas de llorar todo el día, se siente inútil y percibe un dolor intenso.

Como consecuencias inmediatas nos encontramos con: aguantarse las ganas de llorar enfrente de sus hijos y se exagera su percepción de dolor, a largo plazo nos encontramos con pensar *“No me gusta depender de nadie, quisiera ganar mi propio dinero”* (sic. pac.), decirles a sus hijos que se siente muy bien, no comprar el medicamento para control de dolor y la búsqueda de apoyo espiritual.

Con base en el análisis anterior, se considera que la intervención se dirija a las variables organísmicas susceptibles de modificación que median y modulan la respuesta. Por lo tanto, se propone un tratamiento basado en psicoeducación (para la modificación de conductas relacionadas con el uso del tratamiento farmacológico para control de dolor), entrenamiento en solución de problemas (para generar alternativas de solución ante problemas económicos) y entrenamiento en habilidades de comunicación (para mejorar la expresión de sentimientos y peticiones con sus hijos de manera asertiva).

### - HIPÓTESIS FUNCIONAL

Si la paciente recibe una intervención cognitivo-conductual basada en psicoeducación, entrenamiento en solución de problemas y habilidades de comunicación disminuirá su estado de ánimo depresivo.

## 14. EVALUACIÓN MULTIAXIAL CON DSM IV y 5

### DIAGNÓSTICO DSM-IV-TR

Eje I: F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo [309.0] + Z91.1 Incumplimiento terapéutico [V15.81].

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico.

Eje III: 1E91.5 Neuralgia posherpética+ BA00.Z Hipertensión Arterial Sistémica

Eje IV: Problemas económicos

Eje V: EEAG: 70-61

- Psicoeducación
- Entrenamiento en Solución de problemas
- Entrenamiento en habilidades de comunicación

### **DIAGNÓSTICO DSM 5**

“Diagnostico principal” 309.0 (F43.21) Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido; V15.81 (Z91.19) Incumplimiento terapéutico. 1E91.5 Neuralgia posherpética+ BA00.Z Hipertensión Arterial Sistémica. Problemas económicos. WHODAS 27 (Versión de 12 preguntas administradas por el entrevistador).

## **15. OBJETIVO DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO**

### **OBJETIVO GENERAL**

La paciente adquirirá estrategias de afrontamiento que le permitan responder funcionalmente a las problemáticas económicas y de interacción con otros.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

#### **La paciente:**

- Identificará la importancia del tratamiento farmacológico en su proceso de enfermedad.
- Identificará la relación entre su estado emocional y la percepción de dolor.
- Identificará situaciones relacionadas problemáticas de carácter económico y de interacción con otros.
- Generará alternativas de solución ante problemas económicos que impiden el cumplimiento terapéutico.
- Valorará las posibles consecuencias positivas y negativas para cada alternativa de solución
- Expresará sentimientos y peticiones con sus hijos de manera asertiva.

## **16. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS**

### **SELECCIÓN DE TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

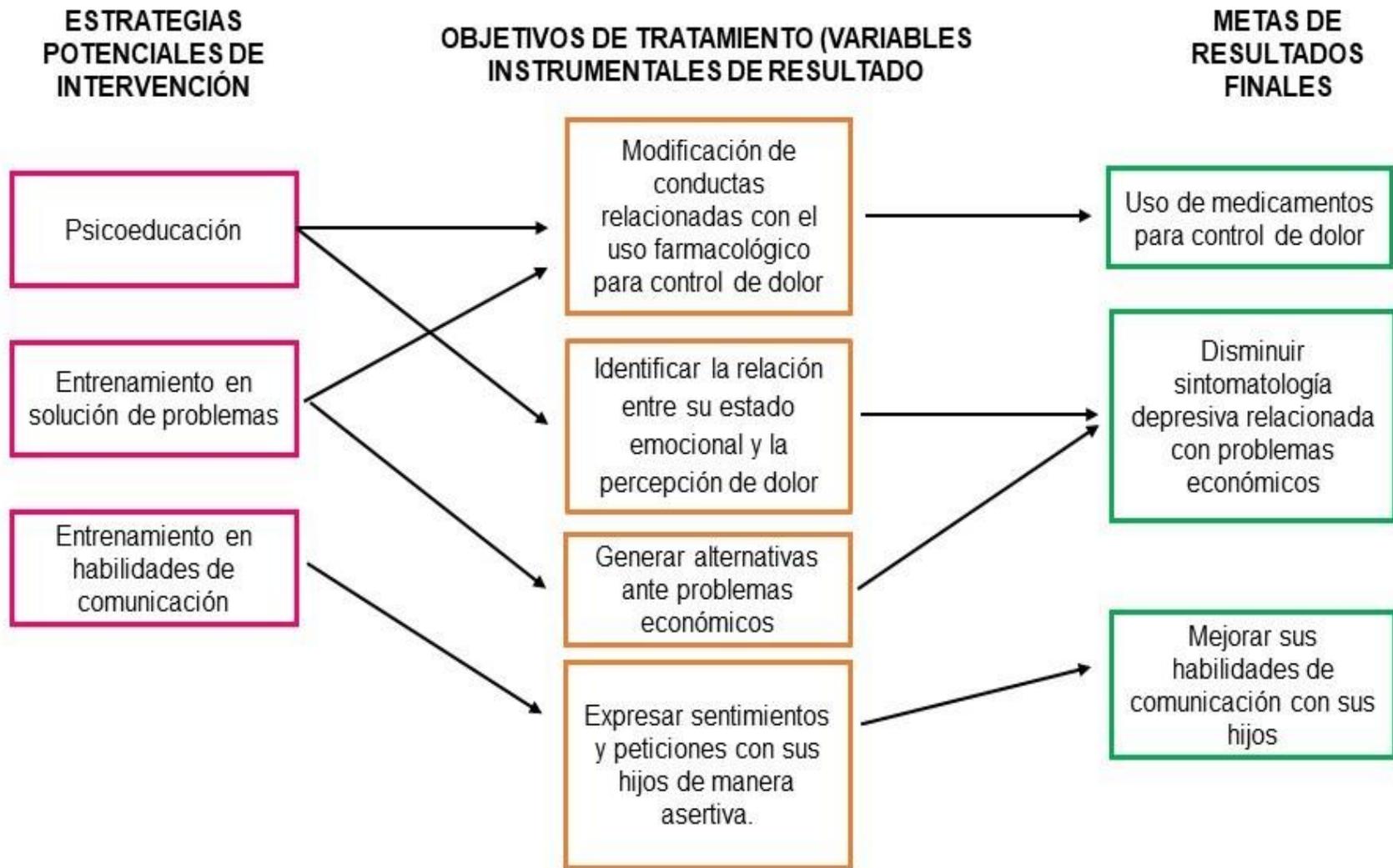


Figura 3. Mapa de alcance de metas

**DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES**

<b>Sesiones/Fecha/Técnica de intervención</b>	<b>Procedimiento</b>	<b>Resultados</b>
<p><b>Sesión 1</b> <b>05/Septiembre/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observación clínica</li> <li>• Establecimiento de componentes de relación</li> <li>• Entrevista inicial</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Evaluación de dolor y ENA de tristeza</li> </ul>	<p>Se establecen componentes de relación, se realiza rapport y se comienza a realizar la entrevista inicial.</p> <p>Se realiza evaluación de dolor y estado de ánimo</p> <p>Se proporciona información sobre la labor del Médico Conductual de Clínica del Dolor, y psicoeducación sobre componentes emocionales del dolor y la importancia del tratamiento farmacológico para el control del dolor.</p> <p>Se pide el apoyo de la Jefa del servicio de Clínica del Dolor para la revaloración del tratamiento farmacológico.</p>	<p><i>“Mi hermano tiene una fábrica de tapicería, yo trabajaba con él, pero deje de hacerlo por el dolor que me causaba mi enfermedad”,</i> <i>”Con el tratamiento del IMSS ya me sentía mejor, pero en Mayo del año pasado sufrí un asalto, tuve derrame cerebral y estuve hospitalizada 13 días en la raza”,</i> <i>“Durante el asalto me golpearon y a partir de ese día otra vez me empecé a sentirme mal físicamente”,</i> <i>“Después del asalto me sentía triste, quería dormir todo el día, me bañaba dos veces a la semana y no me daba hambre”,</i> <i>“Mi hija me invitó a trabajar con ella en la estética donde ella trabajaba y fue cuando empecé a comer y a sentirme un poco más animada”,</i> <i>“Yo quisiera volver a trabajar en una fábrica de tapicería pero con el dolor ya no puedo”,</i> <i>“A veces pienso señor acuérdate de mí y llévame”,</i> <i>“Trato de aguantarme enfrente de mis hijos, les digo que me siento bien, pero la realidad es que quisiera llorar mucho”,</i> <i>“No me gusta depender de nadie, a mí me gusta trabajar y ganar mi propio dinero, ahora me siento una inútil” (sic. pac.).</i></p> <p>EVA de Dolor 10/10 localizado en costado derecho ENA de tristeza 10/10 <i>“Le voy a ser muy sincera, no he sentido ninguna mejoría desde mi consulta, me empecé a tomar los medicamentos, pero no me alcanzó para comprarme el ácido tióctico” (sic. pac.).</i></p> <p>La jefa de servicio realiza los siguientes cambios en el tratamiento farmacológico:</p>

		<p><b>-Amitriptilina 25mg</b>, ½ tableta cada 12 horas.  <b>-Tramadol gotas</b>, 10 gotas diluidas en agua cada 8 horas.  <b>-Carbamazepina 200 mg</b>, 1 tableta cada 12 horas.  <b>-Gabapentina 300mg</b>, 1 cápsula cada 12 horas.</p>
<p>Se agenda cita para el día 19 de septiembre, sin embargo, se cancela la cita por actividades de simulacro en el hospital y se re agenda para el día 26 de septiembre.</p>		
<p><b>Sesión 2</b>  <b>26/ Septiembre/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de dolor y tristeza</li> <li>• Entrevista de seguimiento</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Entrenamiento en solución de problemas (Orientación y definición del problema)</li> <li>• Aplicación de HADS</li> </ul>	<p>Se continua con entrevista de seguimiento y proceso de evaluación.</p> <p>Evaluación de dolor</p> <p>Psicoeducación sobre la importancia de la comunicación con los médicos sobre su situación económica. Así mismo, se comienza con el entrenamiento en solución de problemas (orientación y definición del problema).</p> <p>Aplicación de HADS</p>	<p><i>“Con la modificación del medicamento me sentí mejor, pero llevé tres días sin tomarme el medicamento (Gabapentina) porque se me terminó y no tengo dinero para comprármelo, otra vez aumentó mi dolor”, “Hay días en los que no quiero levantarme ni saber nada por los problemas que tengo”, “Cuando mis hijos me preguntan qué tengo, prefiero no preocuparlos con mis problemas”, “Mi hijo está enfermo y me pidieron comprarle unos lentes, pero no sé qué decirle a la doctora porque no tengo dinero para poder comprárselos”, “Una de mis nietas está a punto de graduarse y no tengo dinero para el boleto, yo si quisiera ir” (sic. pac.).</i></p> <p>EVA de dolor 7/10 localizado en el costado derecho</p> <p><i>“La verdad si me ha preocupado cómo conseguirle sus lentes a mi hijo, pero le voy a comentar a la doctora que ahorita no tengo dinero”, “Quisiera que mi hermano me pague lo que me debe, voy a buscarlo para ver qué me dice, yo sé que con eso ya tendría para mis medicamentos y para ayudarlo a mi hijo con sus lentes” (sic. pac.).</i></p>

		<p>Definición del problema: Generar recursos comprar sus medicamentos para control de dolor.</p> <p>Ansiedad puntaje 12= Problema clínico Depresión puntaje 5= Ausencia de depresión</p> <p>Tarea Realizar una lista de posibles alternativas de solución sin valorar posibles consecuencias. Pedir ayuda con su hija para investigar sobre el apoyo de la compra de los lentes de su hijo.</p>
<p><b>Sesión 3</b> <b>09/Octubre/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea</li> <li>• Refuerzo verbal positivo ante la ejecución de la tarea</li> <li>• Evaluación de dolor, tristeza y ansiedad</li> <li>• Entrega de resultados de HADS</li> <li>• Psicoeducación sobre ansiedad y depresión</li> <li>• Entrevista de seguimiento</li> <li>• Entrenamiento en solución de problemas (generación de alternativas)</li> </ul>	<p>Evaluación del dolor y estado de ánimo</p> <p>Seguimiento de la entrevista</p> <p>Devolución del HADS. Se psicoeduca sobre ansiedad y depresión. Se indaga sobre el puntaje obtenido en ansiedad y lo referido por la paciente sobre sentirse triste</p> <p>Se retoma la definición del problema y se proporciona refuerzo verbal positivo a la paciente por realizar la tarea. Se comienza con la generación de recursos, donde la paciente lleva a consulta tres</p>	<p>EVA de dolor 7/10 localizado en el costado derecho ENA de tristeza 5/10</p> <p><i>“Vine a consulta y me cambiaron otra vez mi medicamento porque me dijeron que me iría mejor, pero le voy a ser honesta no tengo el dinero para poder comprarlo y me lo sigo tomando como antes”, “Mi hija me comentó que podía lavar toallas en la estética para tener un dinerito extra y apenas comencé, quiero ver si me funciona”, “Mi hija si me hizo favor de ayudarme, pero nos mandaron al poli pero es necesario sacar una cita”, “Le dije la verdad a la doctora y me comentó que estuvo bien porque ahorita todavía no era necesario, me siento más tranquila porque le pido a Dios que cuide e ilumine a mi hijo” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“Yo me di cuenta que cuando me trataba en el IMSS que me sentía un poco ansiosa, se lo comenté a la doctora y me dijo que probablemente era la Gabapentina”, “Ahorita si me siento un poco preocupada</i></p>

	<p>posibles alternativas de solución:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Comprar una máquina de coser</li> <li>b) Pedirle su dinero a su hermano</li> <li>c) Seguir lavando toallas</li> </ul> <p>En conjunto con la paciente, se generan tres opciones más</p> <p>Se comienza a revisar los costes y beneficios para cada opción</p>	<p><i>por no poder comprar mis medicamentos y por los gastos que tengo con mi hijo, mi esposo es taxista y también no le alcanza”, “La verdad es que, si me sentía muy triste, solamente con usted y el padre me puedo desahogar” (sic. pac.)</i></p> <p>ENA de ansiedad: 4/10</p> <p>Definición del problema: Generar recursos comprar sus medicamentos para control de dolor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Vender mole para el día de muertos</li> <li>2) Vender comida (frijoles y arroz)</li> <li>3) Comprar una máquina de coser para hacer cojines o reparar ropa</li> <li>4) Vender gelatinas</li> <li>5) Pedirle su dinero a su hermano</li> <li>6) Seguir lavando toallas</li> </ul> <p>1) Vender mole para el día de muertos: <i>“La verdad es que ahorita ya no alcanzo a prepararlo porque yo lo hago con dos meses de anticipación y ahorita ya se me fue el tiempo, probablemente para semana santa lo haga” (sic. pac).</i></p> <p>2) Vender comida (frijoles y arroz): <i>“Tengo una clienta en la estética, pero tendría que ver si hay alguien más a quien pueda venderle” (sic. pac.).</i></p> <p>3) Comprar una máquina de coser: <i>“Es muy complicado porque son muy caras y ahorita no tengo dinero, además cuando trabajaba con mi</i></p>
--	--	---

		<p><i>hermano yo hacía cojines y reparaba ropa con mis vecinas, pero a veces no me pagaban” sic. pac.).</i></p> <p>4) Vender gelatinas: <i>“Eso sería algo sencillo porque no gastaría mucho dinero, el problema es dónde las voy a vender porque en la estética ya vende alguien, tendría que ver si en algún lugar cercano” (sic. pac.).</i></p> <p>5) Pedirle su dinero a su hermano: <i>“Le he mandado mensajes, antes me ignoraba, pero ahorita dice que ya me va a pagar pronto, me citó en esta semana espero que ahora si me pague” (sic. pac.).</i></p> <p>6) Seguir lavando toallas: <i>“Me siento contenta porque me ha ido bien, mi hija me enseñó cómo hacerle para que no me cueste tanto trabajo lavarlas, espero que no me quiten este trabajo” (sic. pac.).</i></p> <p>Tarea Investigar en qué lugar podría vender gelatina o comida y traer nuevamente el listado en la siguiente sesión.</p>
--	--	---

<p><b>Sesión 4</b> <b>24/Octubre/2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea</li> <li>• Evaluación de dolor ansiedad y tristeza.</li> <li>• Elementos de solución de problemas (Generación de alternativas)</li> </ul>	<p>Entrevista de seguimiento y evaluación de ENA de ansiedad y tristeza.</p> <p>Revisión de tarea y seguimiento del entrenamiento en solución de problemas</p> <p>Se realiza refuerzo positivo por pedir apoyo social para sus medicamentos, sin embargo, se habla sobre la importancia del seguimiento del ejercicio en solución de problemas para la generación de recursos.</p>	<p><i>“Me siento muy contenta porque se me ocurrió ir a pedir ayuda a la iglesia que está cerca de mi casa y me apoyaron con uno de mis medicamentos (Amitriptilina), después fui al centro de salud donde me ayudan con mi medicamento para la hipertensión y ahí también pregunte si me podían ayudar con algún medicamento y me dijeron que sí (Carbamazepina), “Solamente tuve que comprar dos medicamentos (Tramadol y Duloxetina) y ahorita mi dolor está controlado”, “Estoy haciendo mis ahorros para poder comprarme los demás cuando se me terminen” (sic. pac.).</i></p> <p>EVA de Dolor 4/10 localizado en el costado derecho.</p> <p>ENA de tristeza y ansiedad 2/10</p> <p><i>“Me puse a investigar dónde podría vender las gelatinas, pero la verdad es que hay mucha competencia cerca”, “Estuve platicando con mi hija y me dijo que le pidiera apoyo a mi otro hijo” “Mi hermano sigue sin pagarme, me dice que le dé chance y que pronto me dará mi dinero”, “Ahorita lo único que he hecho es lavar las toallas, me ha ido muy bien” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“Yo sé que tuve suerte por conseguir mis medicamentos, por eso ahorita quiero empezar ahorrar para cuando se me terminen”, “Desde que perdí mi trabajo tuve que dejar mi casa a media construcción porque ya no tuve dinero para seguirla pagando, aunque mi prioridad es la salud de mi hijo y la mía”, “Voy hablar con mi hijo, a ver si existe la posibilidad de que él pueda apoyarme” (sic. pac.).</i></p> <p>Tarea Hablar con su hijo y traer nuevamente la lista</p>
--	--	---

<p><b>Sesión 5</b>  <b>06/ Noviembre /2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión de tarea</li> <li>• Entrevista de seguimiento</li> <li>• Evaluación de dolor, ansiedad y tristeza.</li> <li>• Información sobre comunicación asertiva.</li> </ul>	<p>Evaluación de dolor, ansiedad y tristeza</p> <p>Se realiza entrevista de seguimiento y revisión de tarea</p> <p>Se proporciona información sobre comunicación asertiva para mejorar la expresión de sentimientos con mis hijos.</p> <p>Se realiza un resumen sobre lo hecho en sesiones anteriores, ante sus problemas económicos y su estado de ánimo de tristeza.</p>	<p>EVA de dolor 8/10 localizado en el costado derecho.  ENA de tristeza y ansiedad 0/10</p> <p><i>“Con este cambio de medicamento otra vez comencé a sentir dolor, la verdad es que me sentía mejor con el tratamiento que me dio la otra doctora (jefa de servicio)”, “Iba hablar con mi hijo en la semana, pero antes de que le comentaré algo me dijo que no le estaba yendo tan bien en el trabajo, que ahorita estaba la situación muy difícil y pensé te calmas Cecilia y mejor no preocupes a tu hijo porque tú puedes hacerlo sola”, “A veces mis hijos me ponen entre la espada y la pared porque mi hijo me dice que ya no vaya a la estética porque eso me va hacer daño y mi hija insiste en qué mi hijo me tiene que apoyar” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“La verdad es que mis hijos nunca me han dado problemas y sé que se preocupan por mí”, “A mí me gusta ir a la estética porque me siento útil y no me la paso en mi casa sin nada qué hacer”, “Nunca me ha gustado preocupar a mis hijos, porque sé que ellos también tienen sus problemas” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“En estos momentos me siento muy tranquila, sin preocupaciones”, “La verdad es que solamente con usted he podido llorar y desahogarme, antes me sentía muy triste pero ahora me siento muy contenta porque también va todo muy bien con mi hijo” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“La verdad es que ahorita ya no me siento tan preocupada por el dinero, pero si quiero seguir generando otras opciones para el futuro porque sé me tengo que seguir comprando mis medicamentos, y si quisiera comprarme mi máquina de coser”, “Hace un</i></p>
--	--	---

		<p>año, otro de mis hermanos me ofreció trabajo porque él también tiene una fábrica de tapicería, pero fue cuando me asaltaron y ya no pude trabajar con él, pero si me gustaría hacerlo” (sic. pac.).</p>
<p><b>Sesión 6</b>  <b>20/ Noviembre /2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de dolor, ansiedad y tristeza</li> <li>• Entrevista de seguimiento</li> <li>• Elementos de solución de problemas (Toma de decisiones)</li> </ul>	<p>Evaluación de dolor, ansiedad y tristeza</p> <p>Entrevista de seguimiento</p> <p>Se continua con ejercicio de solución de problemas, valorando nuevamente las opciones propuestas por la paciente y realizando la toma de decisiones.</p> <p>La paciente se queda con las siguientes opciones:          -Seguir trabajando en la estética          -Seguir lavando las toallas          -Pedir apoyo en el programa de 65 y más.</p> <p>Se indaga con la paciente si su hijo recibe algún tipo de apoyo por su discapacidad.</p>	<p>EVA de dolor 4/10 localizado en el costado derecho.          ENA de ansiedad y tristeza 0/10</p> <p><i>“En estos momentos me siento muy contenta, el dolor es tolerable y yo quisiera que así siguiera”, “Yo creo que parte de mi tristeza era el dolor”, “Tengo que estar bien, para que mi hijo también pueda estar bien y seguir trabajando”, “Antes me costaba mucho trabajo aceptar que ya no podía trabajar en lo que me gustaba y me había dedicado por tantos años” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“En estos momentos disfruto trabajar en la estética y sigo lavando las toallas, ahorita ya se me están terminando dos de mis medicamentos (Tramadol y Duloxetina) y ya traigo mi dinero para comprarlos porque no quiero empezar a sentir el dolor otra vez”, “Por el momento no pienso trabajar con mi hermano mayor porque me queda muy lejos y está peligroso”, “Estuve pensando que si en algún momento me llegarán a pedir que ya no vaya a la estética, trataría de llegar a un acuerdo con mi hermano para trabajar con él”, “Me comentaron de un programa que se llama 65 y más, pero tengo que hablar con una persona para ver si existe la posibilidad de que me den el apoyo, pero no la he encontrado”, “Mi única preocupación en estos momentos, son los lentes de mi hijo que cuestan \$2,200, pero vamos a ir al poli</i></p>

		<p><i>a ver si pueden darnos un descuento”, “También sé que mis hijos no me dejarían sola, quisiera hablar con mi hijo para ver si existe la posibilidad de que pueda apoyarme” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“Ya había escuchado algo de eso, pero antes decía que no era necesario porque yo tenía como mantenerlo”, “Voy a decirle a mi hija que me ayude a checarlo” (sic. pac.).</i></p> <p>Tarea Investigar sobre apoyos para personas con discapacidad.</p>
<p><b>Sesión 7</b> <b>04/ Diciembre /2018</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de dolor, ansiedad y tristeza</li> <li>• Entrevista de seguimiento</li> <li>• Elementos de entrenamiento en habilidades de comunicación (ejercicios de respiración pasiva y role playing)</li> <li>• Acompañamiento en cita de consulta externa de Clínica del Dolor</li> <li>• Aplicación de HADS</li> </ul>	<p>Evaluación de EVA de dolor, ENA de ansiedad y tristeza</p> <p>Entrevista de seguimiento y revisión de tarea</p> <p>Al mencionar el tema de hablar con la doctora de oftalmología, la paciente comienza a presentar movimiento estereotipado de manos, y menciona sentirse nerviosa (10/10), por lo cual se decide realizar entrenamiento en ejercicios de respiración pasiva.</p> <p>Se comienza con un ejercicio de role playing, donde la paciente tiene que comentarle a la doctora la situación sobre los lentes de su hijo.</p>	<p>EVA de dolor 4/10 localizado en el costado derecho. ENA de tristeza 0/10 ENA de ansiedad 0/10 al inicio de la sesión</p> <p><i>“Estos días me he sentido muy contenta porque el dolor ya es tolerable y así deseo que siga, en general me siento muy tranquila”, “Mi hija me hizo favor de investigar sobre la ayuda que puede recibir mi hijo por ser una persona con discapacidad, pero no hemos encontrado a las personas que nos pueden ayudar para checar lo de él y lo mío”, “Fuimos al poli y le hicieron su estudio y nos dijeron que si podían ayudarnos con lo de sus lentes para que nos salgan más baratos pero que ahorita ya van a salir de vacaciones y sería hasta Enero”, “Me preocupa porque en febrero mi hijo tiene cita aquí con la oftalmóloga, no sé qué decirle, me da mucha</i></p>

	<p>Se acompaña a la paciente a su cita en consulta externa de Clínica del Dolor. Durante la consulta se encuentra la jefa de servicio y médico residente de Clínica del Dolor. La paciente refiere mejoría ante el control del dolor y ante la revisión médica de la paciente no observa eventualidades sobre el herpes, sin embargo, se observa que la presión se encuentra alta en ese momento y en consultas anteriores, por lo que la paciente solicita un pase para ser atendida para control de la hipertensión en el HJM.</p> <p>Al finalizar la consulta, se aplica nuevamente el HADS y se realiza un resumen a la paciente sobre el trabajo realizado en sesiones anteriores.</p>	<p><i>pena y creo que se va a enojar” (sic. pac.).</i></p> <p><i>“Si me pone muy nerviosa hablar con la doctora, es que me da mucha pena lo que ella vaya a pensar por el tiempo que ya ha pasado, pero realmente ha sido porque las citas así nos las han dado en el poli”</i></p> <p>ENA de ansiedad posterior a ejercicios de respiración 7/10.</p> <p><i>“La verdad es que la doctora siempre ha sido muy amable conmigo y ella fue la que me mando al poli, le diré la verdad sobre lo que ha sucedido” (sic pac.).</i></p> <p>Ante la mejoría del dolor, se realiza cambio en el medicamento con la reducción de fármacos para comenzar con el destete y si todo continuará igual poder dar de alta a la paciente en su próxima consulta. Así mismo, se proporciona el pase para Medicina Interna para valoración y control de la Hipertensión Arterial Sistémica.</p> <p>Plan: Amitriptilina 25 mg, 1 tableta cada 12 horas (mañana y noche), Carbamazepina 200mg, 1 cada 12 horas (mañana y noche), omitir Duloxetina y Tramadol.</p> <p>Ansiedad puntaje 4= Ausencia de ansiedad Depresión puntaje 2= Ausencia de depresión</p> <p>Al finalizar la sesión, la paciente menciona que quiere continuar con la terapia hasta el mes de enero para poder investigar sobre los apoyos económicos de su hijo y ella.</p>
--	---	---

## 17. RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados obtenidos durante el proceso de evaluación. En la Tabla 1 se muestra la semiología del dolor referido por Cecilia durante las sesiones de intervención.

Tabla 1. Semiología del dolor

Fecha	Tipo de dolor	Ubicación del dolor	EVA	Desencadenantes	Atenuantes	Medicamentos
05/09/2018	Ardoroso y descargas eléctricas	Región dorsal y lumbar que irradia hacia lado derecho hasta línea media anterior axilar y flanco derecho	10/10	En la noche, movimiento, no tomarse todo el medicamento	Tomarse algunos medicamentos, recostarse	-Amitriptilina 25mg, ½ tableta cada 24 horas. -Carbamazepina 200mg, 1 tableta cada 24 horas. -Tramadol gotas, 8 gotas cada 8 horas diluidas en agua. -Ácido tióctico 600mg, 1 tableta cada 24 horas.
26/09/2018			7/10			-Amitriptilina 25mg, ½ tableta cada 12 horas.
09/10/2018			7/10			
24/10/2018			4/10	Movimiento	Cambio de medicamento, sentirse más tranquila	-Tramadol gotas, 10 gotas diluidas en agua cada 8 horas. -Carbamazepina 200 mg, 1 tableta cada 12 horas. -Gabapentina 300mg, 1 cápsula cada 12 horas.
06/11/2018			8/10	Cambio de medicamentos y movimientos	Recostarse, sentirse más tranquila	-Carbamazepina 200mg, 1 tableta cada 12 horas.
20/11/2018			4/10	Caminar	Tomar el medicamento y estado de ánimo	-Tramadol gotas, 10 gotas cada 8 horas.
04/12/2018			4/10			-Amitriptilina 25 mg, ½ cada 12 horas. -Duloxetina 30mg, 1 tableta cada 24 horas.

Tabla 2. Puntuaciones obtenidas en el instrumento HADS

Sesión	Fecha	Ansiedad	Depresión
3	26/09/2018	12 puntos= Problema clínico	5 puntos= Ausente
7	04/12/2018	4 puntos= Ausente	2 puntos= Ausente

A continuación, se muestran las evaluaciones reportadas por la paciente respecto a niveles de ansiedad y tristeza.

Tabla 3. ENA's

Sesión	Fecha	ENA tristeza	ENA de ansiedad
1	05/Septiembre/2018	10/10	No se valoró
2	26/Septiembre/2018	Aplicación de HADS	
3	09/Octubre/2018	5/10	4/10
4	24/Octubre/2018	2/10	2/10
5	06/Noviembre/2018	0/10	0/10
6	20/Noviembre/2018	0/10	0/10
7	04/ Diciembre/2018	0/10	0/10

## 18. CONCLUSIONES

Los Trastornos Adaptativos (TA) constituyen un importante problema de salud por las implicaciones personales, sociales y económicas que conllevan. Tienen una alta prevalencia y provocan un elevado coste económico (asociado a la disminución del rendimiento laboral) (Baños et al., 2008).

De acuerdo con los resultados obtenidos en el HADS, se observa una mayor puntuación en ansiedad que en depresión, sin embargo, ante la observación clínica y verbalizaciones por parte de la paciente, la depresión causaba mayor malestar. Durante las sesiones se estuvo

realizando la evaluación y monitoreo constante con ENA's de ansiedad y depresión, las cuales fueron disminuyendo a lo largo de las sesiones. Sin embargo, como área de oportunidad sería importante incluir otros instrumentos para una evaluación complementaria con las variables y la edad de la paciente.

La aplicación de técnicas cognitivo-conductuales más usadas, se basan en la idea de que las manifestaciones emocionales, mentales y físicas del trastorno adaptativo se originan a partir de los propios pensamientos, emociones y conductas, resultando en una inadecuada adaptación. Las técnicas son, entre otras: ejercicios de relajación, reestructuración cognitiva, detención del pensamiento y resolución de problemas (Morera & Calvo, 2007).

Al llevar a cabo la evaluación de Cecilia, se dio prioridad a su problema económico, debido a que esto condicionaba que la paciente no pudiera comprar su medicamento, se exacerbaba su percepción dolor y se sintiera triste. Ante la toma de decisiones del entrenamiento en solución de problemas, Cecilia eligió continuar con el trabajo en la estética refiriendo que comenzaba a gustarle y sentirse más cómoda. Así mismo, se encuentra en la búsqueda de programas con apoyos económicos como el de 65 y más y de personas con discapacidad para su hijo.

En las siguientes sesiones, se dará seguimiento a la efectividad de la decisión que tomó Cecilia, así mismo, se continuará con el entrenamiento en habilidades de comunicación para que la paciente pueda mejorar la expresión de sentimientos y peticiones con sus hijos, así como, las suposiciones que hace ante la comunicación con el personal médico.

Como conclusión, se podría decir que se aconseja que el tratamiento de los trastornos adaptativos sea focal, breve y rápido, utilizando estrategias cognitivo-conductuales y considerando las dificultades de la persona para hacer frente al estrés, evaluando sus capacidades personales y brindando un contexto de apoyo y seguridad, donde se pueda facilitar la expresión emocional (Rey, Montesa, Alcañiz, Baños y Botella, 2008).

## 19. REFERENCIAS

Baños, R. M., Guillen, V., Botella, C., García, A., Jorquera, M., Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 303-316).

Morera, J. y Calvo, E. (2007). Trastornos adaptativos. En J. L. Vázquez (Eds.), *Psiquiatría en Atención Primaria* (pp. 1-13). Aula Médica.

Rey, B., Montesa, J., Alcañiz, M., Baños, R. y Botella, C. (2008). A preliminary Study on the Use of an Adaptative Display for the Treatment of Emotional Disorders. *Psychology Journal*, 3, 101-112.