



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

INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA FATIGA RELACIONADA CON CÁNCER Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

REPORTE DE EXPERIENCIA
PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIC. ROCÍO DANIELA RAMÍREZ MONTALVO

TUTORA PRINCIPAL:

DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACA

MIEMBROS DEL COMITÉ:

DRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DR. CARLOS NARCISO NAVA QUIROZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑÓN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. MA. DE LOURDES DIANA MORENO RODRÍGUEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO, ENERO, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

A todos los pacientes que me permitieron brindarles atención durante mi estancia en la maestría.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por darme la oportunidad de continuar con mi desarrollo profesional.

Al Hospital Juárez de México, a los médicos, enfermeras y trabajadores sociales con los que logré formar un equipo.

A mi tutora y revisora, Dra. Sandra Angélica Anguiano Serrano, Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez, por su apoyo y esfuerzo en la supervisión de este manuscrito.

A la Mtra. Cristina Bravo por su paciencia y dedicación durante mi formación profesional.

A Andrea y Cristian por el apoyo incondicional, las enseñanzas, el trabajo cooperativo, pero sobre todo por las infinitas risas.

A mis padres, Leticia y Francisco, por impulsar mi desarrollo profesional y brindarme todas las facilidades para lograrlo.

A Uriel y Yael por ser mi sostén en los momentos de crisis y siempre creer en mí.

ÍNDICE

1. MEDICINA CONDUCTUAL	1
1.1 MEDICINA CONDUCTUAL EN MÉXICO	3
2. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO	4
2.1 HISTORIA	4
2.2 UBICACIÓN	4
2.3 SERVICIOS DE LA SEDE.....	5
3. SERVICIO DE ONCOLOGÍA	5
4. ACTIVIDADES DESARROLLAS EN LA SEDE	6
4.1. CONTEXTO PSICOLÓGICO DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO.....	6
4.2 EVALUACIÓN INICIAL DEL SERVICIO	7
4.3 ACTIVIDADES DIARIAS.....	7
4.4 ACTIVIDADES ACADÉMICAS	8
4.5. OTRAS ACTIVIDADES	9
5. ESTADÍSTICAS DE LOS PACIENTES ATENDIDOS.	10
6. EVALUACIÓN FINAL.....	15
6.1 SERVICIO ASIGNADO.....	15
6.2 COMPETENCIAS DESARROLLADAS	16
6.3 RESIDENCIA.....	16
7. PROTOCOLO: INTERVENCIÓN EN FATIGA RELACIONADA CON CÁNCER Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD DURANTE QUIMIOTERAPIA	19
7.1 RESUMEN	19
7.2 MARCO TEÓRICO.....	20
7.3 JUSTIFICACIÓN	34
7.4 OBJETIVOS.....	35
7.5 MÉTODO	36
7.6 RESULTADOS	39
7.7 DISCUSIÓN.....	47
8. REFERENCIAS	50
9. APÉNDICES 1	55

1. Medicina conductual

La medicina conductual (MC) es un campo interdisciplinario que surgió en el siglo XX, como resultado de cuestionar el modelo médico, la creación de organizaciones de salud y el cambio en el panorama epidemiológico (Reynoso, 2014).

En primer lugar, Engel (1997) manifestó que la medicina estaba en crisis por la conceptualización de la enfermedad en términos físicos, dejando de lado los factores psicosociales. Es decir, se consideraba las enfermedades como una desviación de lo normal, se partía del dualismo mente-cuerpo, por consiguiente, el modelo era reduccionista, y aunque tenía como base científica la biología molecular, estaba orientada bajo un modelo no científico, ya que dependía de la propia perspectiva cultural. Aunado a lo anterior, el modelo biomédico es un dogma porque trata de ajustar los síntomas o enfermedades a un daño físico y aquellas que no se ajustan, como las enfermedades mentales, no son tratadas por médicos. De modo que el cuerpo era tratado como una máquina que, cuando se “descomponía” el médico la podía “reparar”.

Ante los problemas del modelo, surge la propuesta del modelo biopsicosocial, el cual permite reorientar las perspectivas científicas de forma holística, considerando a los pacientes como sistemas, manifestando funciones y propiedades en un nivel específico de un todo. Siguiendo con esta línea, el conocimiento médico debe abarcar el ámbito social, psicológico y biológico, y las decisiones a favor de los pacientes deberían involucrar estos aspectos (Engel, 1977).

En segundo lugar, en 1948 se crea la Organización Mundial de la Salud, y con ella se define a la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social que solamente se logra con el acceso y eficacia de la atención proporcionada por un equipo multidisciplinario capaz de atender todas las áreas que se ven afectadas por la presencia de una enfermedad (Reynoso, 2014).

En tercer lugar, Omran (1971) destaca que las enfermedades y la salud de la población han sufrido una transición que corresponde a factores demográficos, biológicos, sociales, económicos y psicológicos; a la que denominó transición epidemiológica, además, reconoce la importancia de factores como la modernización, la incursión de la mujer en la fuerza de trabajo, los patrones de consumo, los avances de la medicina, el aumento en la expectativa de vida, la supervivencia de los niños y las mujeres, reflejado en los cambios de las enfermedades infecciosas como cólera, tuberculosis a enfermedades degenerativas.

A partir de estos acontecimientos se reconoce la importancia del comportamiento en el continuo salud-enfermedad; se comienza a integrar al campo de la salud la labor del psicólogo y surgen interdisciplinas como la medicina conductual.

Como antecedente, podemos encontrar que durante 1970 se formó un grupo interesado con la MC en la *Association for the Advancement of Behavior Therapy*, que para 1978 se convirtió en *Society of Behavioral Medicine*. Por otra parte, en 1977 en la Universidad de Yale se realiza la *Primera Conferencia en Medicina Conductual*.

La MC fue definida por Swartz y Weiss como el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales, a la aplicación clínica de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual en la evaluación, tratamiento y prevención de desórdenes físicos (Reynoso, 2014).

Al respecto Reynoso (2014) afirma que esta interdisciplina permite entender la salud-enfermedad y aplicar los conocimientos y técnicas en los diferentes niveles de prevención. De igual manera, Arroyo et al. (como se citó en Reynoso, 2014) añade que el estudio de la relación entre el ambiente físico, social, psicológico y biológico en la salud y la enfermedad permite brindarle al paciente un

abordaje integral, haciendo uso de la modificación del comportamiento en el ámbito hospitalario. A continuación, se abordará el desarrollo de la MC en el país.

1.1 Medicina conductual en México

Los antecedentes de la MC en México datan de 1978 con el posgrado en modificación de la conducta, en el cuál existía un área dedicada a estrés, retroalimentación biológica y enfermedades crónicas. Posteriormente, en 1981 el Primer Simposio Internacional sobre MC, organizado por Seligson, generó en la comunidad universitaria gran interés por este campo (Reynoso, 2014).

Es también, cuando en la UNAM se reorganiza el programa de posgrados, se crea el programa de maestría y doctorado en Psicología, desaparece el doctorado en psicología, la cancelación de la maestría en farmacología conductual, y de planes de estudio de especializaciones.

Después, se desarrolló la maestría en psicología general experimental con énfasis en la salud, donde los psicólogos se integraban a un centro de salud de la Ciudad de México para desarrollar diversas actividades que no estaban estructuradas dentro de un plan de trabajo, y desvinculadas de las clases teóricas.

Para finalizar, en 1984 la Ley General de Salud reconoce la importancia de que otros profesionales de salud se inserten al ámbito hospitalario, tanto para realizar investigación, como para la formación de alumnos. Los acontecimientos anteriores culminaron con la formación de la maestría en psicología con residencia en MC, cuyo objetivo es formar profesionales capaces de colaborar en la curación o rehabilitación del paciente, o bien en la mejora de la calidad de vida del paciente terminal (Reynoso, 2014).

El plan de estudios fue diseñado para que los estudiantes inscritos realizaran una práctica supervisada en los hospitales, después de recibir una formación teórico-metodológica. Los residentes de la maestría colaboran en el Hospital Juárez de México y el Hospital General de Atizapán, por mencionar aquellos de la FES Iztacala.

En siguiente apartado se describirán las características del Hospital Juárez de México, sede asignada a la residente que suscribe.

2. Descripción de la sede Hospital Juárez de México

2.1 Historia

Fue fundado en 1847, cuando se dispuso del Colegio de San Pablo como hospital tras la invasión estadounidense. Posteriormente, el 19 de julio de 1872 en homenaje al fallecimiento de Benito Juárez se cambió su nombre al que conocemos actualmente. Desde sus comienzos sirvió para la formación de profesionales como cirujanos, especialistas, enfermeras, entre otros.

El 19 de septiembre de 1985, se derrumbó durante el terremoto de la Ciudad de México, después se construyó un nuevo nosocomio en el norte de la ciudad (ubicación actual), pero la sede original sigue funcionando como el Hospital Juárez del Centro (Rojas, 2008).

El Hospital Juárez de México inició sus actividades el 19 de septiembre de 1989, no sólo en la atención a pacientes, sino, también, como un ámbito de enseñanza para la formación de médicos especialistas altamente capacitados y con una notable producción científica (Zaldívar y Rodríguez, 2014).

2.2 Ubicación

El Hospital Juárez de México se encuentra ubicado en Avenida Instituto Politécnico Nacional 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, CP. 07760, Ciudad de México.

Las instalaciones se conforman de seis edificios, divididos en consulta externa; imagenología, servicios médicos y administración, urgencias, oncología, medicina física, rehabilitación, anatomía patológica, quirófanos, hemodinámicas, terapia intensiva y coronaria, tococirugía, laboratorio de terapia y transoperatorio; área de hospitalización; investigación y enseñanza; y servicios generales.

2.3 Servicios de la sede

Es una institución de tercer nivel de atención por su especialización y recursos tecnológicos. Tiene como misión ofrecer asistencia médica quirúrgica con calidad, seguridad, ética y humanismo.

Sus divisiones son:

1. División de cirugía
2. División de medicina
3. División de pediatría
4. División de gineco-obstetricia
5. División médica
6. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

3. Servicio de oncología

El servicio de oncología pertenece a la división quirúrgica del nosocomio, a su vez se encuentra dividido en diversas clínicas para la atención especializada de los diferentes tipos de cáncer (*Figura 1*).

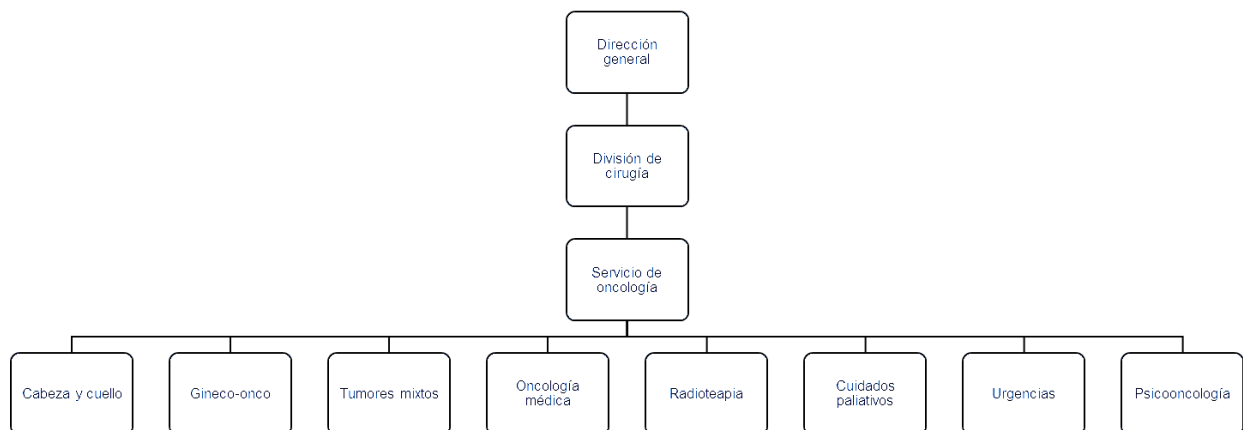


Figura 1. Organigrama del servicio de oncología del Hospital Juárez de México. Elaboración propia

Cada clínica se encuentra a cargo de médicos adscritos, como se puede observar en la Tabla 1, quienes se encargan de proporcionar atención de los pacientes en consulta externa y hospitalización.

Tabla 1

Personal médico del servicio de oncología

Personal médico	Área
Dr. Armando Ramírez Ramírez	Jefe del servicio
Dr. Francisco Varelas Rojano	Gineco-onco
Dr. Xicoténcatl Jiménez V.	Gineco-onco
Dr. Edgar Soto Becerril	Cabeza y cuello
Dr. Jorge del Bosque Méndez	Cabeza y cuello
Dra. Karina Ramírez Márquez	Prótesis maxilofacial
Dr. Ziad Aboharp Durna	Tumores mixtos
Dr. Erick Efraín Sosa Durán	Tumores mixtos
Dra. Ángela Hernández Rubio	Tumores de mama
Dr. Dennys Delgado Amador	Tumores de mama
Dra. Rebeca Gil García	Radioterapia
Dr. Gabriel Sánchez Marín	Radioterapia
Dra. Cristina Alvarado López	Oncología médica
Dra. Leticia Oliveros Herrera	Oncología médica
Dr. Otoniel López Rubiron	Oncología médica
Dra. Alma Delia Domínguez Marín	Cuidados paliativos

Nota: Elaboración propia.

4. Actividades desarrolladas en la sede

4.1. Contexto psicológico de los pacientes del servicio

Becerra (2014) afirma que los pacientes con cáncer se enfrentan a una gran cantidad de problemas psicosociales que afectan de manera significativa su estilo y calidad de vida, dependiendo de la edad, sexo, lugar de la neoplasia, estadio clínico de la enfermedad, cursos y efectos de los tratamientos, así como el pronóstico médico. Específicamente, durante el periodo del tratamiento, los pacientes pasan gran parte del tiempo en el hospital, experimentan una sensación

de pérdida de control debido a los efectos secundarios de los procedimientos médicos.

4.2 Evaluación inicial del servicio

Al ingresar al servicio, se observa que las actividades del residente están organizadas y bien estructuradas a cargo de la Mtra. María Cristina Bravo González, supervisora académica, y de los residentes que han estado durante un año en el servicio, quienes fomentan el trabajo en equipo, la comunicación y organización para el buen desempeño de las labores en el hospital.

En relación con el personal de salud, el trabajo del psicólogo es reconocido por médicos adscritos y residentes, a menudo refieren pacientes que enfrentan situaciones difíciles relacionadas con su enfermedad. Lo anterior, permite colaborar en equipo y proporcionar una atención multidisciplinaria a los pacientes.

4.3 Actividades diarias

En la Tabla 2 se muestra el horario de las actividades realizadas por el residente de MC en el servicio de oncología.

Tabla 2

Horario de las actividades desarrolladas por el residente en medicina conductual

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7:00 a 7:30	Clase de oncología				
7:30 a 8:00	Clase de oncología	Cada 15 días plática psicoeducativa/ seminario en TCC		Clase de oncología	
8:00	Pase de visita		Sesión general	Pase de visita	
9:00			Pase de visita		Consulta externa
10:00	Consulta externa		Sesión de casos clínicos	Consulta externa	Sesión bibliográfica
11:00					
12:00	Atención a pacientes en hospitalización		Supervisión académica	Atención a pacientes en hospitalización	
13:00					
14:00					

Las actividades asistenciales son:

- *Pase de visita:* donde se escucha la información médica más relevante de los pacientes hospitalizados para identificar información relevante que permite planear las intervenciones psicológicas.
- *Consulta externa médica:* en la que se identifican malos pronósticos médicos, conductas no verbales o información referida por el paciente que podría ser signo de alguna comorbilidad psicológica. Para la asistencia a consulta externa se realiza un rol mensual en las diferentes clínicas.
- *Hospitalización:* de acuerdo con el censo diario de pacientes, se asignan entre los compañeros un número equitativo de pacientes para brindar atención psicológica, tanto a pacientes, como a familiares.
- *Pláticas psicoeducativas:* cada quince días los residentes asignados brindan en la sala de espera del servicio de oncología una breve exposición sobre temas relacionados con la enfermedad, tratamientos, efectos secundarios y aspectos psicológicos.

4.4 Actividades académicas

Por otra parte, las actividades académicas del residente son las siguientes:

- *Clase de oncología:* los médicos residentes exponen generalidades y tratamientos de los diferentes tipos de cáncer.
- *Seminario de TCC:* alternando con las pláticas psicoeducativas, de enero a diciembre, los residentes del servicio exponen temas sobre terapia cognitivo-conductual y su aplicación en el ámbito hospitalario.
- *Sesión general del hospital:* se asiste junto con todo el personal de salud, para escuchar acerca de temas médicos y enfermedades específicas.
- *Sesión de casos clínicos:* de acuerdo con un rol previamente establecido cada uno de los residentes de la maestría expone un caso difícil o de éxito de su labor en el hospital, el cual se discute con el resto de los compañeros. A lo largo de la maestría se presentaron tres casos clínicos de pacientes con cáncer de mama (ver Apéndices 1, 2, 3).

- *Supervisión académica:* al término de la sesión de casos clínicos, los residentes del servicio de oncología se reúnen con la Mtra. María Cristina Bravo González con el fin de revisar bibliografía específica para pacientes con cáncer, discutir casos difíciles, revisar los protocolos de investigación y coordinar las actividades del servicio.
- *Sesión bibliográfica:* se revisa con el supervisor in situ, Dr. Ricardo Gallardo Contreras, un artículo científico de las aplicaciones y aportaciones de la terapia cognitivo-conductual al contexto hospitalario.
- *Productividad:* diariamente se realiza la productividad de los pacientes atendidos, en un formato que se entrega al hospital y un reporte mensual que se entrega al personal administrativo del servicio.

4.5. Otras actividades

Como parte del programa de clases, se impartieron dos seminarios sobre la comunicación médico-paciente, el primero en agosto del 2018 y el segundo fue en marzo del 2019, cuyo objetivo fue que los médicos residentes aprendieran a comunicar malas noticias y estrategias asertivas con pacientes difíciles.

Además de eso, a petición del jefe de servicio, se evaluó a todos los residentes del servicio mediante el Perfil de Estrés (Nowack, 1999, traducido por Jiménez 2002) y el Inventario Maslach de Burnout Human Service Survey (MBI-HSS, Maslach & Jackson, 1986; versión española en TEA Ediciones, 1997). A partir del cual, se implementó un taller para la reducción del estrés y la prevención del síndrome Bourn Out con los residentes de cirugía oncológica y cirugía de cabeza y cuello (Ver Apéndice 4).

También se expuso el tema *Intervención cognitivo-conductual para Trastorno de Angustia y Trastorno Depresivo Mayor en paciente con cáncer de mama*, correspondiente a mi primer caso clínico (ver Apéndice 1), presentado en el 9° Congreso Nacional de Investigación UVM, que se llevó a cabo del 18 al 20 de octubre del 2018.

5. Estadísticas de los pacientes atendidos.

A continuación, se presentan las estadísticas de los pacientes atendidos en el período del 4 de enero del 2018 al 30 de abril del 2019, en el servicio de oncología del Hospital Juárez de México por la residente en medicina conductual, la Lic. Rocío Daniela Ramírez Montalvo.

Se realizaron alrededor de 868 intervenciones con pacientes oncológicos, como se muestra en la Tabla 3, cabe resaltar que se atendieron más pacientes de primera vez.

Tabla 3

Pacientes atendidos de acuerdo con el sexo y tipo de consulta

Tipo de Consulta	Hombres	Mujeres	Total
Primera vez	162	375	537
Subsecuente	119	212	331

En la Tabla 4 se puede observar que durante la hospitalización se realizaron más intervenciones en comparación con las demás áreas, sobre todo con pacientes femeninas. Además, en urgencias de oncología sólo se realizaron seis intervenciones con un paciente hombre y cinco mujeres, debido a que sólo se atienden pacientes a petición del personal médico.

Tabla 4

Pacientes atendidos distribuidos por género y área de atención

Área de atención	Hombres	Mujeres	Total
Hospitalización	194	290	484
Consulta externa	81	251	332
Quimioterapia	4	28	32
Interconsultas	1	13	14
Urgencias	1	5	6

Ahora bien, en la Tabla 5 podemos observar los diez diagnósticos más frecuentes de los pacientes atendidos, entre los cuales destaca el cáncer de mama, el cual corresponde a uno de los más comunes en la población mexicana,

específicamente en las mujeres. Empero existe un gran número de pacientes que se han atendido con tipos de cáncer poco comunes como esófago, glándula salival, entre otros. Por otra parte, de las interconsultas se realizaron intervenciones a pacientes con epilepsia, diabetes mellitus, fibromialgia y cirrosis hepática.

Tabla 5

Diagnóstico médico de los pacientes atendidos

Diagnóstico médico	n	%
Cáncer de mama	179	20.62
En estudio	129	14.86
Cáncer de colon	69	7.95
Cáncer cervicouterino	69	7.95
Cáncer de ovario	57	6.57
Cáncer de testículo	51	5.88
Cáncer de tiroides	29	3.34
Cáncer de recto	28	3.23
Cáncer de gástrico	26	3.00
Sarcoma	23	2.65

En la Tabla 6 se muestran las principales diez problemáticas psicológicas de los pacientes atendidos, destaca que más del 30% de los pacientes no manifiestan ninguna sintomatología psicológica de relevancia. Por otra parte, se han atendido pacientes con problemas en la interacción con el médico, rasgos de personalidad que afectan en estado físico, incumplimiento terapéutico, entre otras.

Tabla 6*Problemas psicológicos de los pacientes atendidos*

Diagnóstico psicológico	n	%
Sin trastorno psicológico aparente	270	31.11
Síntomas de ansiedad	177	20.39
Síntomas de depresión	145	16.71
Reacción de estrés agudo	105	12.10
Sintomatología mixta	46	5.30
Déficit de información que afecta estado físico	37	4.26
Estilo de afrontamiento que afecta esto físico	30	3.46
Aplazado	24	2.76
Problemas relacionados con el grupo de apoyo	8	0.92
Trastorno de estrés postraumático	8	0.92

En la Tabla 7 se puede observar que la residente brindó atención psicológica a pacientes, familiares y en conjunto de personas que viven con cáncer.

Tabla 7*Modalidades de intervención psicológica*

Modalidad de atención psicológica	n	%
Atención individual	678	78.11
Atención familiar	113	13.02
Atención individual y familiar	77	8.87

Como ya se mencionó, se atendieron a más pacientes de primera vez, entonces, en los acercamientos con los pacientes se realizaron más de 50% de entrevistas iniciales (ver Tabla 8).

Tabla 8

Ocurrencia de las clases de intervención psicológica de los pacientes atendidos

Clase de atención psicológica	n	%
Entrevista inicial	482	55.53
Intervención	177	20.39
Intervención en crisis	97	11.18
Monitoreo	70	8.06
Entrevista de detección de necesidades	20	2.42
Seguimiento	19	2.30
Evaluación	1	0.12

En las diferentes clases de intervención se hizo uso de diferentes técnicas de intervención psicológica, como se puede observar en la Tabla 9, en las que predominan las técnicas de psicoeducación, ejercicios de terapia cognitiva y la respiración pasiva.

Tabla 9*Frecuencia del uso de técnicas de intervención psicológica.*

Técnica psicológica	n	%
Psicoeducación	76	18.45
Terapia cognitiva	75	18.20
Respiración pasiva	58	14.08
Solución de problemas	48	11.65
Entrenamiento en habilidades sociales	38	9.22
Orientación	26	6.31
Activación conductual	20	4.85
Imaginación guiada	18	4.37
Información	10	2.43
Relajación muscular progresiva	10	2.43
Detención del pensamiento	7	1.70
Distracción cognitiva	6	1.46
Manejo de contingencias	4	0.97
Respiración diafragmática	4	0.97
Control de estímulos	4	0.97
Componentes de relación	3	0.73
Autoverbalizaciones	3	0.73
Economía de fichas	2	0.49

A manera de conclusión, se atendieron una gran cantidad de pacientes en el servicio de oncología, en el que cerca del 70% mostraron alguna comorbilidad psicológica, a la que no siempre se le pudo dar un seguimiento adecuado por diversas razones, por lo tanto, en el siguiente apartado se describe la evaluación final del servicio, y la maestría en general, en el cual se sugieren algunas áreas de oportunidad.

6. Evaluación final

A continuación, se describe una evaluación personal del servicio asignado, el programa de residencia y mis características personales y profesionales.

6.1 Servicio asignado

El servicio de oncología es particular en comparación del resto, es una subespecialidad, que atiende un gran número de pacientes, eso hace que la interacción entre el médico y el paciente, en la mayoría de los casos, sea ineficiente.

Sin embargo, el trabajo de los residentes en MC es bien reconocido, aunque depende de los componentes de relación que cada uno de ellos establezca con los diferentes médicos. El trabajo generación a generación ha dado lugar a que la mayoría de ellos refiere a pacientes y familiares que han recibido una mala noticia, con incumplimiento terapéutico o que presentan alguna dificultad psicológica evidente.

El Dr. Armando Ramírez Ramírez, reconoce como un punto importante del psicólogo en oncología, el trabajo con los residentes, por eso se han realizados dos pláticas psicoeducativas sobre la comunicación asertiva con los pacientes y un taller para la reducción del estrés y la prevención del Bourn Out, aunque es un buen comienzo, es necesario que este tipo de intervenciones se continúen en el servicio, facilitando tiempo y recursos para realizar intervenciones más detalladas, que permitan a los médicos desarrollar habilidades de autocuidado y sociales que mejorarán su calidad de vida y la atención con los pacientes.

Otra de las áreas de oportunidad en el servicio es el espacio asignado a psicología, ya que durante los semestres pares, hay más residentes de MC que dificulta la atención de pacientes en el consultorio. Además, el Dr. Ramírez indicó compartir el consultorio con la tanatóloga adscrita al servicio por tres días para atender sólo a los pacientes de cuidados paliativos. Lo anterior dificultó que se brindará atención de calidad a los pacientes, porque los días establecidos (martes y viernes había menos consultas médicas.

6.2 Competencias desarrolladas

La gran afluencia de pacientes hospitalizados y en consulta externa, me permitió desarrollar habilidades de carácter clínico. Entre las cuales destacan las de evaluación, mediante el uso de la entrevista, durante el primer semestre con la orientación de los residentes que llevaban más tiempo en el servicio.

También, hacer uso de instrumentos adaptados a la población mexicana, para poder identificar los síntomas que los pacientes presentaban. En ese sentido, amplíe de manera significativa mi conocimiento y uso de los criterios de diagnósticos nosológicos del DSM-IV y 5.

De igual manera, las características del servicio y los pacientes me permitieron desarrollar las competencias necesarias para planear intervenciones de acuerdo con el criterio de gravedad, considerando la evolución médica de los pacientes. Cabe destacar que se adquirieron y desarrollaron habilidades para la intervención en crisis, con las que no se contaba.

Finalmente, se generó un conocimiento invaluable sobre las características del cáncer, su tratamiento y efectos secundarios, las comorbilidades psicológicas de esta enfermedad tanto para el paciente, como para los cuidadores, y sobre todo, de la terapia cognitivo conductual.

6.3 Residencia

Respecto al programa de residencia, podríamos dividir entre las actividades académicas realizadas en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la Facultad de Psicología, y las actividades prácticas realizadas en la sede.

En relación con las actividades académicas, el plan de estudio y los profesores que lo imparten, tienen el objetivo de dotarnos de herramientas para nuestro trabajo en el campo clínico y, en menor medida, la investigación, sin embargo, existen dos áreas importantes a mejorar.

La primera de ellas tiene que ver con el orden en el cual se presentan los contenidos, por ejemplo, el examen mental se enseña a finales del semestre,

cuando ya se ha visitado la sede en más de una ocasión, teniendo que evaluar a los pacientes en ese aspecto, sin un conocimiento sólido de cómo hacerlo.

En segundo lugar, la falta de práctica, durante el taller de técnicas, se realizan dos ejercicios por clase, entonces en ocasiones no todos los alumnos pueden practicar, por otra parte, en el taller de entrevista sólo se revisa la parte teórica. En ese sentido, práctica y retroalimentación en el salón de clases podría mejorar la autoeficacia de los estudiantes, y su desempeño en el hospital desde las primeras visitas.

Por otra parte, las actividades en la sede comienzan a cargo de los residentes de la generación anterior, si bien esto brinda mucho aprendizaje por la retroalimentación y la orientación, en ocasiones se confunde con una persona de autoridad, como en el modelo médico que puede causar diferencias entre los compañeros.

En ese sentido, la Mtra. María Cristina Bravo González fomentó el trabajo en equipo y el diálogo entre compañeros, aunque no todas las supervisiones procuraron esta comunicación, causando algunas diferencias con los compañeros de otros servicios.

El caso clínico es una actividad que permite el diálogo sobre la evaluación y tratamiento de un paciente, desafortunadamente, algunos de los comentarios realizados por compañeros de la residencia, no estaban fundamentados en la teoría, por lo que sería conveniente que exista otra dinámica, que permita que todos los alumnos participen.

También, la supervisión a cargo de la Mtra. María Cristina Bravo González, sirvió para revisar temas específicos de la atención a pacientes, relacionados con el servicio, con el desarrollo de casos clínicos y la elaboración del protocolo, por lo que sería conveniente que se continúe con este tipo de dinámicas.

Por último, y como área de oportunidad más importante, durante mi estancia en el hospital existieron algunas dificultades entre los directivos del hospital y la supervisión in situ respecto a la manera de trabajar, causando la

prohibición del uso de papelería del hospital, la atención a pacientes en consulta externa, después en hospitalización y finalmente nuestra baja del hospital antes del período establecido. Ante esta situación, la coordinación de la maestría no asistió a la sede, brindó poca información sobre lo que estaba ocurriendo y hasta quince días después de nuestra salida decidió qué pasaría con nosotros. Se recomienda establecer, de acuerdo con el convenio, las condiciones necesarias para favorecer la labor y el aprendizaje de los participantes de posgrado.

7. Protocolo: Intervención en fatiga relacionada con cáncer y calidad de vida relacionada con salud durante quimioterapia

A lo largo de la residencia en el área de Oncología en el Hospital Juárez de México, como se mencionó anteriormente, una de las quejas más frecuentes en los pacientes que viven con cáncer es el “cansancio” que experimentan, producto de la enfermedad o el tratamiento de esta. Tomando en cuenta lo anterior, se desarrolló un protocolo de investigación, desde la terapia cognitivo-conductual para la fatiga relacionada con cáncer y la calidad de vida en pacientes que se encuentran en tratamiento de quimioterapia para cáncer colorrectal.

7.1 Resumen

El cáncer colorrectal es el cuarto más frecuente en el mundo, en México se diagnostican alrededor de siete mil casos cada año. Dependiendo de la progresión de la enfermedad se puede requerir cirugía, quimioterapia y radioterapia. Estos tratamientos causan diversos efectos secundarios, uno de los más comunes es la fatiga relacionada con el cáncer (FRC), la cual se define como una sensación subjetiva de cansancio físico, emocional o cognitivo persistente y estresante, que no es proporcional a la actividad realizada recientemente, interfiere con la funcionalidad usual y no se alivia con el descanso. El objetivo del presente estudio fue analizar el efecto de una intervención cognitivo conductual en la percepción de FRC y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento de quimioterapia. Se planearon cinco sesiones de intervención con las técnicas de psicoeducación, planeación de actividades y terapia cognitiva. Se incluyeron cuatro pacientes, de los cuales tres presentaban niveles de FRC de baja a moderada. Se concluye la importancia de desarrollar intervenciones oportunas para el tratamiento de la FRC que tomen en cuenta las características del fenómeno y las variables perpetuadoras.

Palabras clave: Fatiga relacionada con cáncer, calidad de vida relacionada con la salud, cáncer colorrectal, quimioterapia, tratamiento cognitivo-conductual.

7.2 Marco teórico

El cáncer es un conjunto de enfermedades que se caracterizan por el crecimiento descontrolado de las células, puede ocurrir en cualquier tejido del cuerpo formando un tumor; con la capacidad de invadir y desprenderse de algunas células para alojarse en otra parte del cuerpo, lo cual dificulta que éste desempeñe sus funciones de manera adecuada (American Cancer Society, 2016; Instituto Nacional del Cáncer [NIH], 2015a; OMS, 2017).

Actualmente es una de las principales enfermedades a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) estima que es la segunda causa de muerte. Ahora bien, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s/f) en 2008 se registraron 1.2 millones de muertes en América Latina y el Caribe, se espera que para 2030 esta cifra aumente hasta 3.1 millones. En México en el año 2010 murieron 33 263 hombres con cáncer y 34 745 mujeres (INEGI, 2017; OPS, s/f).

Según el Global Cancer Observatory (OMS, 2018) el cuarto tipo de cáncer más común en el mundo es colorrectal, existen 1, 849, 518 (10.2%) casos nuevos y 880, 729 (9.2%) muertes por este tipo de cáncer. En México se reporta una incidencia de 14 900 (7.8%), con una mortalidad de 7 084 (8.5%). Es más frecuente en hombres (7 795 nuevos casos) en comparación con las mujeres (7 105 nuevos casos).

Existen varios tratamientos para el cáncer colorrectal, su indicación depende de la progresión de la enfermedad para poder determinar cuáles serán los adecuados para el paciente. Dos de los tratamientos más empleados son la quimioterapia y la radioterapia. La primera se caracteriza por el uso de fármacos, mientras que en la segunda se utilizan altas dosis de radiación, ambas con el fin de destruir las células malignas. Dichos tratamientos se acompañan de la presencia de efectos secundarios, como son náuseas, vómito, diarrea, caída de vello corporal, fatiga, entre otros (NIH, 2015 b, c, d).

Aunado a los síntomas físicos como resultado de la historia natural de la enfermedad y los tratamientos, los pacientes oncológicos se enfrentan a una gran cantidad de problemas psicosociales que afectan de manera significativa su estilo y calidad de vida, desde antes de conocer el diagnóstico de cáncer, dependiendo de la edad, sexo, lugar de la neoplasia, estadio clínico de la enfermedad, cursos y efectos de los tratamientos, así como el pronóstico médico (Becerra, 2014).

Específicamente, se estima que la prevalencia de fatiga relacionada con cáncer (FRC) es de 25 a 99% dependiendo la población, el tipo de tratamiento (Hilfiker et al., 2018; Mohandas, Jaganathan, Mani, Ayyar & Rohin, 2017), por ejemplo, Kwekkeboom (2012) menciona que más del 50% de los pacientes en tratamiento adyuvante presentan fatiga, de los cuales, de 80 a 96% durante la quimioterapia y 60 a 93% durante radioterapia (Zhang, Li, Zhang, Yu & Cong, 2018), del 25 al 30 % de los pacientes presentarán fatiga después del tratamiento y hasta cinco años después (Brower, 2014).

La FRC se ha definido por diversos autores, Font, Rodríguez y Buscemi (2004) mencionan que se caracteriza por falta de energía, deterioro cognitivo, somnolencia, alteraciones del estado de ánimo o debilidad muscular. Juárez, Landero, González, Jaime y Téllez (2015) afirman que se trata de una experiencia de cansancio crónico, anormal, en todo el cuerpo, que disminuye la capacidad física y mental por el persistente agotamiento desproporcionado, en relación con el esfuerzo y no se alivia con el reposo.

Sin embargo, la definición más aceptada ha sido propuesta por la National Comprehensive Cancer Network (Abrahams, Glielissen, Schmits, Verhagen & Rovers, 2016; Mohandas et al., 2017; Hilfiker et al., 2018; Zhang et al., 2018; Vargas, Uclés, Argüelles & González, 2015) que define a la fatiga como una sensación subjetiva de cansancio físico, emocional o cognitivo persistente y estresante relacionada al cáncer o su tratamiento, que no es proporcional a la actividad realizada recientemente, por lo tanto, interfiere con la funcionalidad usual y no se alivia con el descanso.

Además, Brower (2014) menciona que en 1998 se propusieron los criterios diagnósticos para el síndrome de fatiga relacionada con cáncer, aunque actualmente no son utilizados por el personal de salud. Para fines de la presente investigación se considerará esta definición debido a que es compatible con el modelo conceptual (que se describe más adelante), que reconoce la subjetividad del constructo, las áreas de impacto y las afectaciones a la funcionalidad del concepto.

La etiología de la FRC es multifactorial, es decir, se ve influenciada por una variedad de elementos como demográficos, médicos, psicosociales, comportamentales y biológicos. Entre los factores demográficos se ha observado que ser soltero, tener un nivel socioeconómico bajo (Brower, 2014), la juventud y el bajo nivel educativo (Abrahams et al., 2016) se han correlacionado con niveles altos de fatiga.

Por otra parte, los factores médicos que se han relacionado con fatiga severa son la anemia, la desregulación de las citocinas, desregulación del eje suprarrenal pituitario hipotalámico, desregulación del neurotransmisor 5-hidroxitriptófano, alteraciones en el ATP, alteraciones en el metabolismo muscular, desincronización del ritmo circadiano, pérdida del músculo, desregulación genética y menopausia o andropausia prematura (Brower, 2014; Hilfiker et al., 2018; Mohandas et al., 2017).

Según Brower (2014) estos factores biológicos están relacionados porque se involucran en el proceso inflamatorio, es decir, las citocinas inflamatorias periféricas pueden señalar el sistema nervioso central y generar síntomas de fatiga. Los tumores y el tratamiento contra el cáncer activan un mecanismo proinflamatorio de citocinas que puede persistir hasta mucho después del tratamiento. Incluso antes del tratamiento los marcadores de inflamación severa y factor de necrosis tumoral están relacionados con la presencia de fatiga. Además, se asocia la quimioterapia y radioterapia con prevalencia de fatiga y niveles de ciertos factores inflamatorios.

Igualmente, se ha identificado como factores de riesgo la presencia de polimorfismos de nucleótidos en genes relacionados con la inflamación, así como, si el paciente presentaba fatiga antes de recibir el tratamiento, trastornos depresivos previos al tratamiento, alteraciones en el sueño, inactividad física como predictor de la persistencia de la fatiga, alto índice de masa corporal (IMC), tendencia a catastrofizar y pensamientos disfuncionales sobre la fatiga (Brower, 2014).

Gilissen, Verhagen, Witjes y Bleinjenberg (2006) mencionan que estos factores pueden identificarse como precipitantes y perpetuadores de la fatiga severa, donde los primeros son el tipo de cáncer y el tratamiento para el mismo y los perpetuadores son: el miedo excesivo a la recurrencia, pobre estilo de afrontamiento del cáncer y del tratamiento, irregularidades en el ciclo sueño-vigilia, desregulación de la actividad física, pensamientos disfuncionales sobre la fatiga y pobre apoyo social.

Cabe señalar que la mayoría de estos factores relacionados ya se han estudiado en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Abrahams y colaboradores (2016) realizaron un metaanálisis, el cual tuvo el objetivo de determinar cuáles características demográficas, de la enfermedad y del tratamiento son factores de riesgo para estimar la prevalencia y describir el curso de la fatiga severa en cáncer de mama.

Se incluyeron 27 estudios, con muestras en un rango de 67 a 3088 pacientes por estudio, 14 diferentes instrumentos, ocho con diseños longitudinales, 10 de ellos con alta calidad metodológica, Se determinaron como factores de protección para la fatiga severa en sobrevivientes de cáncer de mama contar con una pareja, y ser diagnosticada en etapa I o II, por el contrario, el riesgo aumenta en pacientes tratadas con quimioterapia, o bien, con tratamiento multicomponente (cirugía, quimioterapia, radioterapia). Por lo que se sugiere que la prevalencia de fatiga decrementa en los primeros seis meses de completar el tratamiento.

Asimismo, Juárez, Landero, González, Jaime y Téllez (2015) realizaron un estudio con el objetivo de examinar la relación entre fatiga, depresión, alteraciones en el sueño e índices de cortisol y su relación con los estadios de la enfermedad, en mujeres que padecían cáncer de mama en tratamiento de quimioterapia, se utilizó el Inventario Multidimensional de Fatiga, Inventario de Depresión de Beck, el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburg y se midió el cortisol salival. Una vez obtenidas las medidas, se calcularon las relaciones con las pruebas Kruskal Wallis, coeficiente de Spearman y regresión múltiple. Se encontró que existe una relación estadísticamente significativa y positiva de la pendiente diurna de cortisol con la fatiga en general, a menor calidad subjetiva del sueño y latencia del sueño menor calidad en la reducción del sueño global, a menor eficacia y calidad de sueño mayor fatiga mental, por lo tanto, la fatiga mental fue explicada en un 41.7% por la difusión diurna y la reducción de la actividad explicada en un 48.8% por la latencia del sueño.

Ahora bien, los síntomas de la FRC pueden dividirse en físicos y mentales, los primeros tienen que ver con que no se alivia con el reposo, disminución de vigor y estrés. Los mentales son: falta de motivación, incapacidad de concentración, pérdida de memoria a corto plazo y problemas de aprendizaje (Torres & Alós, 2015; Mohandas et al., 2017).

A su vez, el grupo *Assessing the Symptoms of Cancer using Patient Reported Outcomes (ASCPRO)* establecieron un modelo conceptual (Figura 2) que resalta las palabras claves del concepto y las relaciones que existen entre estos elementos. Los pacientes con FRC reportan una sensación física de cansancio, poca energía, agotamiento emocional y mental, dificultad para motivarse, deterioro en el funcionamiento físico y deterioro en el funcionamiento cognitivo, por ejemplo, problemas para recordar, inhabilidad para concentrarse. Es decir, las personas con fatiga relacionada con el cáncer presentan una inusual sensación de cansancio que tiene como consecuencia limitaciones en la funcionalidad habitual (Barsevick et al., 2010).

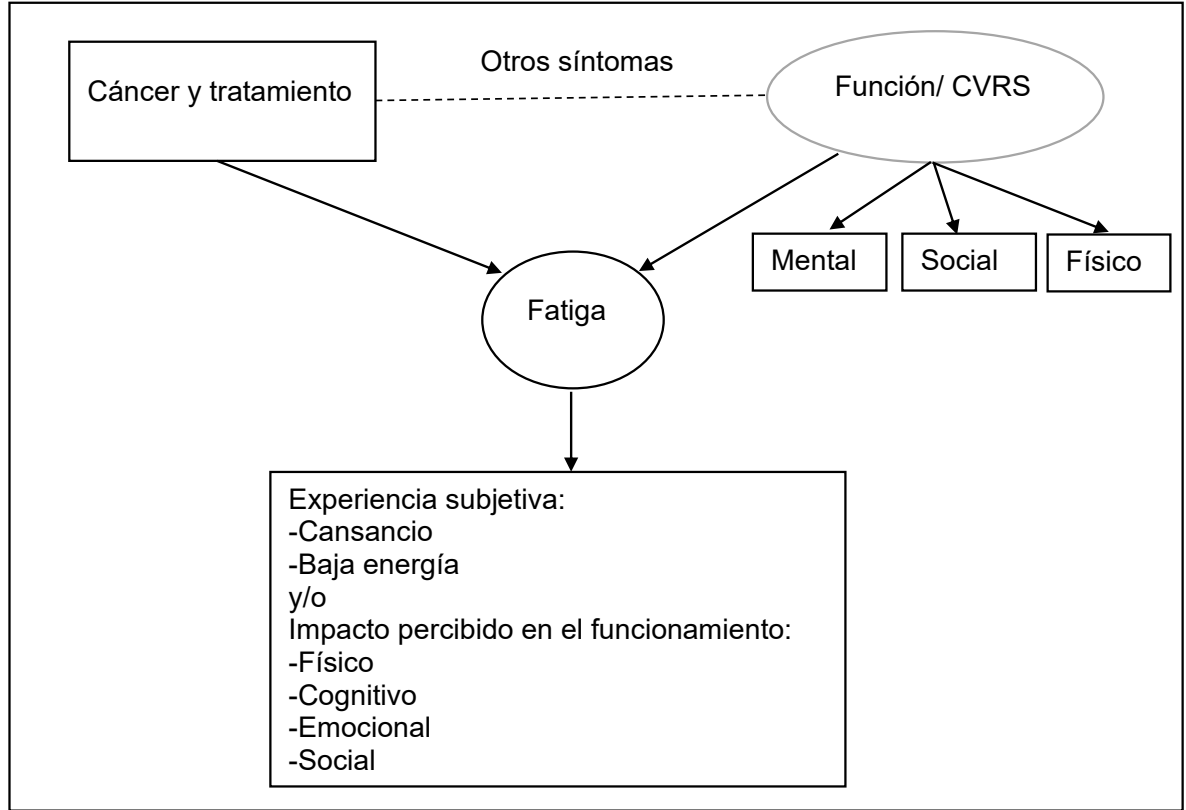


Figura 2. Modelo conceptual de fatiga relacionada con cáncer de ASCPR. Traducido de: "ASCPRO Recommendations for the assessment of fatigue as an outcome in clinical trials", Barsevick, A. et al., (2010). *Journal of Pain Symptom Manage*, 39 (6), 1086-1099.

En consecuencia, la FRC provoca peor calidad de vida, falta de un adecuado apoyo social y otros síntomas psicológicos, por ejemplo, ansiedad, depresión, alteraciones en el sueño, siendo incluso el motivo de incumplimiento terapéutico o abandono del tratamiento oncológico y está asociada a peores pronósticos de supervivencia (Font, Rodríguez & Buscemi, 2004; Torres & Alós, 2015; Mustian et al., 2017).

De acuerdo con la NCCN la evaluación y tratamiento de la FRC debe llevarse a cabo en cuatro frases: 1) Tamizaje, con instrumentos estandarizados, 2) Evaluación primaria, considerar la historia clínica, exploración física y evaluación del tratamiento, 3) Tratamiento, en acuerdo con el paciente y 4) Reevaluación (Mohandas et al., 2017).

Dentro de los instrumentos estandarizados para evaluar la fatiga, Milton y Stone (2009) mencionan que se han utilizado instrumentos de autoreporte, como *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality Life (EORTC-QLQ)* (Aaronson et al., 1993), *The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI)* (Smets, Garssen, Bonke & De Haes, 1995), *Piper Fatigue Scale (PFS)* (Piper, 1998), entre otros. Sin embargo, Mohandas et al. (2017) argumentan que los instrumentos se clasifican en unidimensionales, como la *Escala Visual Análoga*, *Brief Fatigue Inventory*, *MD Anderson Symptom Inventory*, *Cancer Related Fatigue Distress Scale*, y en multidimensionales, como el *Functional Assessment of Cancer Therapy Fatigue (FACT-F)*, *Fatigue Symptom Inventory* y *Cancer Fatigue Scale*. Cabe señalar que en el meta-análisis realizado por Abrahams et al. (2016) concluyen que utilizar instrumentos unidimensionales podría ser inadecuado porque la FRC es un constructo multidimensional.

En relación a los tratamientos, Mohandas et al., (2017) consideran que se han propuesto diversos tratamientos para combatir la FRC, los cuales podemos dividir en farmacológicos y no farmacológicos. Los tratamientos farmacológicos se emplearon desde 1980, agentes estimulantes eritropoyetina y darbepoetina (ESAs, por sus siglas en inglés) y psicoestimulantes han sido los más estudiados. Diversos ensayos controlados aleatorizados y metaanálisis han demostrado que la

eritropoyetina ha mejorado la fatiga relacionada con cáncer en pacientes con anemia causada por quimioterapia (tamaño del efecto -0.30 y -0.13, respectivamente) (Brower, 2014).

El metilfenidato y dexmetilfenidato también, ha sido probado en pacientes después de la quimioterapia ($p=.02$), con una duración prolongada, más efectivo que el efecto placebo (tamaño del efecto -0.28), sin embargo, los pacientes han reportado como efectos secundarios vértigo, ansiedad, anorexia y náuseas (Brower, 2014; Mohandas et al., 2017).

También, Mohandas et al. (2017) menciona un estudio de tres brazos aleatorizado placebo-controlado doble-ciego que concluye que el uso de Modafinil es útil controlando la fatiga severa, al igual que Brower (2014) propone un ensayo multicentro que demostró efectos benéficos para los pacientes durante la quimioterapia, aunque se mencionan que no son concluyentes.

De igual modo se ha buscado el efecto de la L-carnitina en pacientes con cáncer de páncreas en combinación con otras medicinas encontrando buenos resultados (Mohandas et al., 2017), pero no han sido generalizados en pacientes con enfermedad metastásica en tratamiento de radioterapia con fatiga de moderada a severa (Brower, 2014).

Por otra parte, entre los tratamientos no farmacológicos, se ha demostrado que el ejercicio decrementa la FRC, mejora la condición física y la calidad de vida, la Guía Práctica Clínica del Colegio Americano de Medicina del Deporte recomienda 150 minutos por semana de actividad moderada en pacientes con cáncer y sobrevivientes (Mohandas et al., 2017), incluso Cramp y Byron; Brown et al. y Puetz y Herring (2008; 2011; 2012 como se citó en Brower 2014) afirman que programas de ejercicios son eficaces para reducir la FRC durante y después del tratamiento (tamaño del efecto de -0.27 a -0.38 , efecto moderado).

Otros tratamientos que se han probado son las sesiones de sueño conductual en pacientes con cáncer de mama e insomnio después de la quimioterapia, acupuntura en pacientes que recibieron quimioterapia, sin embargo,

no se cuenta con la evidencia científica necesaria para establecer el efecto de dichos tratamientos en los pacientes (Brower, 2014; Mohandas et al., 2017).

Ahora bien, los tratamientos psicológicos para la fatiga relacionada con el cáncer han sido estudiados por diversos autores, Jacobsen, Donovan, Vadaparampil y Small (2007 como se citó Brower 2014) concluyen que las intervenciones psicosociales tienen un tamaño del efecto de -0.10 a -0.30 en la reducción de la fatiga, Mohandas et al. (2017) expresan que diversos ensayos clínicos aleatorizados han demostrado una efectividad moderada de intervenciones psicosociales en pacientes que padecen fatiga relacionada con el cáncer.

Una de las que ha destacado son las técnicas informativas, Brower (2014) comenta que la NCCN reconoce como uno de los tratamientos para la fatiga los programas de educación por internet. Howell et al. (2015) enfatiza que, en fatiga relacionada con cáncer, la psicoeducación al paciente, así como las terapias multicomponentes desde la terapia cognitivo conductual (TCC) que incluyen entrenamiento en afrontamiento de las emociones, información sobre fatiga, higiene del sueño, reforzamiento positivo, superar barreras y la oportunidad de compartir experiencias.

Cabe mencionar que al margen de la TCC se han desarrollado diferentes intervenciones que han demostrado su eficacia para contrarrestar la fatiga en diferentes tipos de cáncer a largo plazo (Galindo et al., 2014; Torres & Alós, 2015). Gielissen, Verhagen, Witjes y Bleijenberg (2006) realizaron un ensayo clínico aleatorizado para estudiar la efectividad de la terapia cognitivo conductual sobre los factores perpetuadores de fatiga post-cáncer, en un grupo de pacientes libres de enfermedad. El programa de tratamiento consistió en seis módulos de acuerdo a los factores perpetuadores (insuficiente afrontamiento de la experiencia del cáncer, miedo a la recurrencia de la enfermedad, condiciones disfuncionales relacionadas con la fatiga, irregularidades en el sueño, desregulación del sueño, desregulación de la actividad y bajo apoyo social e interacciones sociales negativas), los cuales se impartieron a los pacientes de acuerdo a sus

necesidades obtenidas por cuestionarios. La evaluación se realizó con la subescala de fatiga de Checklist Individual Streght (CIS), Sickness Impact Profile-8 y Symptom Checklist 90, además de un cuestionario sobre la utilidad de la intervención. Los resultados mostraron que los pacientes de la condición de intervención decrementaron su severidad de fatiga de 47.6 a 29.0, deterioro funcional de 1029.6 a 607.4 y distrés psicológico de 143.6 a 123.2, es decir mejoraron más respecto al grupo en lista de espera.

Siguiendo con el modelo de los factores perpetuadores de fatiga, Abraham et al. (2015) desarrollaron un ensayo clínico aleatorizado para examinar la eficacia de TCC vía web para fatiga severa en pacientes sobrevivientes de cáncer de mama. Una vez reclutados los participantes se aleatorizaron en el grupo control y de intervención. El grupo de intervención tuvo una sesión cara a cara con un terapeuta, posteriormente continuaron su proceso en la página Web “On the road to recovery”. Mientras que el otro grupo permaneció en lista de espera. Aunque los autores aún no reportan los resultados del programa de intervención concluyen en que la intervención fue efectiva para reducir FRC, pero que es necesario buscar nuevas maneras de atención accesibles para los pacientes.

Posteriormente, Abrahams et al. (2017) realizaron un ensayo clínico aleatorizado multicentro para examinar si la TCC por internet es superior al cuidado usual reduciendo la severidad de FRC en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. Se eligió a las pacientes que tuvieran fatiga severa de acuerdo al Checklist Individual Stregth- Fatigue Severity y se asignaron al grupo de intervención o lista de espera. La intervención consistió en tres sesiones cara a cara y 8 módulos vía internet en los que se trabajaron el pobre afrontamiento del cáncer, miedo a la recurrencia, pensamientos disfuncionales relacionados con la fatiga, ritmo de sueño desregulado, patrón de actividad desregulado e interacciones negativas y apoyo social disminuido. Se utilizó el Sickness Impact Profile, Brief Symptom Inventory y EORTC-QLQ-C30. Se encontró que, en comparación con el grupo en lista de espera, el grupo de intervención tuvo menores niveles de fatiga ($d=1.0$, intervalo de confianza 95%), menos impacto en

el funcionamiento, distrés psicológico y mejor calidad de vida ($d= 0.6, 0.8$ y 0.7 , respectivamente), el 73% de los pacientes que recibieron la intervención mejoraron su nivel de FRC. Por lo que los autores concluyen que los programas en línea son igual de efectivos que las intervenciones cara a cara, sin embargo, los resultados no pueden ser generalizados a otros pacientes.

Otra propuesta de intervención por internet para reducir FRC es de Wolvers et al. (2015) desarrollaron un protocolo de tres brazos controlado aleatorizado para estudiar la efectividad, los mediadores y los predictores de efectos de dos intervenciones diferentes en internet. Los tratamientos son: 1) intervención de gestión de actividad móvil: terapia de retroalimentación de actividad ambulante, consiste en un sistema de entrenamiento de actividad ambulante en el que se fijan metas con el respaldo de una sesión semanal con un fisioterapeuta; y 2) TCC, mindfulness (atención plena) basada en la web, la cual es un programa de nueve semanas en las que se utilizan audios de ejercicios y textos informativos. Hasta ahora sólo se han descrito el plan de análisis de los datos, por lo que se desconoce los resultados de la aplicación de la intervención.

Como se mencionó anteriormente, los pacientes de cáncer pueden presentar diferentes síntomas como el dolor, trastornos del sueño y la fatiga, Kwekkeboom et al. (2012) realizaron un ensayo controlado aleatorizado para probar la eficacia sobre la gravedad y la interferencia en la vida cotidiana de un grupo de síntomas durante el tratamiento para cáncer. Se seleccionaron pacientes en tratamiento adyuvante (quimioterapia y radioterapia) para el cáncer que hayan experimentado dolor, fatiga y trastornos del sueño, se asignaron aleatoriamente al grupo control y experimental. Los componentes de la intervención fueron: información acerca de las causas del dolor, fatiga y trastornos del sueño durante el tratamiento adyuvante, funcionamiento de las estrategias cognitivo-conductuales que se utilizarán (estrategias de relajación enfocadas a los síntomas, a la naturaleza, ejercicios de relajación y sonidos de la naturaleza), y recomendaciones específicas para cada caso. Las variables dependientes fueron la severidad del grupo de síntomas, la interferencia de los síntomas en la vida diaria, otros

síntomas, ansiedad y depresión. Se obtuvieron los resultados de 36 participantes del grupo de intervención y 42 del grupo en lista de espera, mostraron que las estrategias más utilizadas fueron los sonidos de tormentas, imaginación enfocada a fatiga e imaginación en la playa, además, se mostró que la severidad del grupo de síntomas fue menor en la posevaluación del grupo de la intervención en comparación con el otro grupo, pero no hubo diferencias respecto a la interferencia en la vida diaria.

Por otra parte, Sandler et al. (2017) utilizaron TCC y terapia de ejercicio gradual en comparación con la educación en un diseño aleatorizado para un grupo de pacientes con cáncer de mama y colón que han completado la terapia adyuvante y que reportan fatiga clínicamente significativa. El grupo de educación recibió un manual con los principales puntos de la del programa de terapia y una sesión con la especialista, mientras que en el grupo de intervención se abordaron los módulos: ritmo de actividad, terapia gradual de ejercicio, psicoeducación, manejo del ciclo del sueño y manejo de las alteraciones neurocognitivas, más tres módulos opcionales para depresión, ansiedad y afrontamiento. Para evaluar se utilizó Somatic and Psychological Health Report, Pittsburgh Sleep Quality Index, 36-Items Short form Health Survey, Endocrine Symptom del Functional Assessment of Cancer Therapy e International Physical Activity Questionnaire. Se observó que siete de los 22 pacientes de la intervención tuvieron una mejoría clínica significantes, en contraste con los dos pacientes de los 24 que la presentaron en el grupo de educación, por lo tanto, se encontró un tamaño de efecto mayor ($d=0.79$), en comparación con grupo de educación ($d=0.04$). Aunque no hubo diferencias significativas en las demás medidas, se mejoraron en la mayoría de los pacientes el funcionamiento social, actividad física, calidad de sueño.

Igualmente, Zhan, Li, Zhang, Yu y Cong (2018) afirman que el ejercicio y la TCC han demostrado eficacia durante y después del tratamiento de cáncer para decrementar los efectos adversos de FRC, por eso proponen un estudio piloto para investigar la viabilidad de un tratamiento con estos componentes en el hogar para mujeres con cáncer de ovario y observar efectos secundarios en trastornos

del sueño y depresión. Se formaron dos grupos (de intervención y en lista de espera) de 36 participantes que respondieron un paquete de cuestionarios para la medición de cada variable antes y después del tratamiento y 3 meses de seguimiento. Los participantes del grupo de intervención recibieron un manual educativo, la parte de ejercicios incluyeron actividades aeróbicas y de resistencia diseñadas para cada participante; mientras que en la TCC, la primera fase se utilizó para establecer componentes de relación, la segunda fase se centró en la evaluación de la fatiga y el reconocimiento del pensamiento negativo, y la tercera fase se centró en establecer nuevas metas y mejorar las estrategias de resolución de problemas, así como reforzar estrategias de afrontamiento físicas, emocionales y espirituales. El grupo de comparación estuvo en lista de espera. Los resultados confirmaron que los puntajes de fatiga general disminuyeron en el grupo experimental y se mantuvieron hasta tres meses posteriores a la intervención, A su vez, demostraron menos síntomas depresión y mejoraron su calidad de sueño, en comparación con el grupo de comparación.

Como se describió anteriormente, existen diversas opciones de tratamiento para FRC, Hilfiker et al. (2018) realizó un metaanálisis de comparaciones indirectas para evaluar los efectos relativos de diferentes tipos de ejercicio y otras intervenciones no farmacéuticas. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados o cuasi-aleatorizados de intervenciones no farmacéuticas en pacientes durante o después del tratamiento. Se evaluó el riesgo de sesgo utilizando las calificaciones publicadas en la base de datos PEDro. También se extrajeron los datos para calcular el tamaño del efecto para la fatiga. Además, se realizó el metaanálisis de la red bayesiana (modelos de efectos aleatorios) para comparar la efectividad relativa de las diferentes intervenciones bajo investigación.

El metaanálisis incluyó 245 estudios para el análisis de la red, 112 durante el tratamiento del cáncer, 133 después y 5 ambos. La duración de la intervención varió de tres a 52 semanas y el seguimiento de ninguna a 12 semanas después. 126 estudios con mujeres con cáncer de mama, 52 grupos mixtos, 18 de próstata, diez de trasplante de células madre hematopoyéticas y siete de cáncer colorrectal.

La red consistió en 103 estudios con dos brazos y nueve estudios con tres brazos que informaron sobre 13 intervenciones diferentes. Durante el tratamiento del cáncer, la relajación (-0.77; 95% CrI -1.22 a -0.31), el masaje (-0.78, -1.55 a -0.1), la terapia cognitiva conductual combinada con la actividad física (-0.72 con 95% CrI -1.34 a -0.09), el entrenamiento aeróbico y de resistencia (-.67; -1.01 a -0.34) y el yoga (-0.51; -1.01 a 0.00) fueron capaces de reducir la FRC, mostrando efectos de tamaño moderado a grande. Sin embargo, estos tratamientos después del cáncer no mostraron un gran efecto.

Por otra parte, Mustian, et al. (2017) desarrollaron un metaanálisis con el objetivo de determinar una estimación de los tamaños de los efectos ponderados para tratamientos no farmacológicos (programa de ejercicio, psicológico, ambos en el mismo programa) y una intervención farmacéutica, siguiendo los elementos de PRISMA. Se incluyeron los estudios con diseño de ensayo clínico aleatorizado, en adultos, con medición de la gravedad de la fatiga y se excluyeron estudios con uso de eritropoyetina y tratamientos alternativos y complementarios.

Para evaluar la calidad metodológica de los estudios, se desarrolló una versión modificada de la escala de la base de datos basada en evidencia de fisioterapia (PEDro), desarrollada utilizando una técnica de consenso de expertos de Delphi. Los tamaños del efecto (Cohen d) se calcularon como la diferencia media en el cambio del pretratamiento al postratamiento entre los grupos experimentales y de control. La prueba de diferencias significativas entre grupos utilizó un modelo de efectos fijos para variables independientes categóricas. Se realizaron análisis de sensibilidad debido a estudios con múltiples condiciones de tratamiento que resultaron en dos o más comparaciones de intervención del mismo estudio. Para examinar la estabilidad del efecto general, se calculó el número a prueba de fallas para determinar el número de estudios con un tamaño de efecto nulo que se necesitaba para reducir el efecto general sin importancia.

Se incluyeron un total de 127 efectos, de los cuales, 69 eran intervenciones con ejercicio, 34 psicológicas, diez multicomponente y 14 farmacéuticas. Con una muestra total de 11525 participantes. En relación al diagnóstico, 53 fueron en

pacientes con cáncer de mama. En 54 estudios sólo eran mujeres y en diez sólo hombres. La edad media de los participantes fue de 54 años. Con respecto a la etapa del cáncer 50 estudios reclutaron pacientes con cáncer no metastásico. Tomando en cuenta el tratamiento, 51 estudios en tratamiento primario, 45 con tratamientos primarios completos, 15 estudios incluyeron pacientes con estado mixto. La duración media de las intervenciones fue de 14 semanas, con una media de 43 sesiones. Por otra parte, 77 estudios utilizaron el control de la lista de espera, mientras que 36 utilizaron un grupo con efecto placebo. De las intervenciones farmacológicas dos estudios probaron hidroclicloruro de paroxetina, cuatro modafinilo, cinco metilfenidato y un metilprednisolona. Del tratamiento con ejercicio fueron 36 aeróbicos, 13 anaeróbicos y 20 ambos. En los tratamientos psicológicos, 19 fueron de terapia cognitivo conductual, 14 psicoeducativos y un ecléctico.

La escala media de PeDro para todos los estudios fue de 8-2, lo que sugiere que los estudios fueron de buena calidad. Los estudios que utilizaron un programa de ejercicio demostraron la mejoría general más grande con efectos moderados significativos (WE, 0,30; IC del 95%, 0,25-0,36; $p < .001$). Los estudios que utilizan intervenciones psicológicas exhibieron mejoras similares (WES, 0.30; IC 95%, 0.21-0.38; $p < .001$). Las intervenciones farmacéuticas produjeron mejoras significativas, pero muy pequeñas (WES 0.09; IC 95%, 0.00-0.19, $p = .05$). Los resultados sugieren que la capacidad de intervención está asociada con las siguientes 8 variables: estadio del cáncer, estado del tratamiento al inicio del estudio, formato de tratamiento experimental, modo de administración primaria del tratamiento experimental, modo psicológico, tipo de condición de control, uso de análisis por intención de tratar y escala de fatiga utilizada.

7.3 Justificación

De acuerdo con la información anterior, FRC es uno de los efectos secundarios más importantes en pacientes oncológicos, debido a su prevalencia, severidad, duración e implicaciones para la calidad de vida del paciente, incluso cuando se

encuentra libre de enfermedad. Aunando en la opinión, se recomienda que los profesionales de la salud realicen un screening para su tratamiento oportuno.

No obstante, existen contradicciones respecto a las variables predisponentes, las variables perpetuadoras y los tratamientos que la mejoran. Aunque la mayoría de las intervenciones se han realizado utilizando planes de ejercicio y tratamiento psicológico, en el que destaca la TCC y la psicoeducación. Empero, gran parte de los estudios se han realizado en sobrevivientes y en pacientes con cáncer de mama. Por lo que no se tiene la certeza que los tratamientos puedan replicarse en pacientes durante tratamiento y en con otros tipos de cáncer.

En ese sentido, es importante que los profesionales de la salud, entre ellos el médico conductual diseñen intervenciones eficaces para disminuir los síntomas desde las primeras manifestaciones, y con ellos, disminuir la percepción del paciente este malestar, su duración y prevenir la aparición de comorbilidades psicológicas como la depresión, ansiedad, el incumplimiento terapéutico, entre otros. Además de favorecer la adaptación del individuo ante esta nueva condición.

Por lo que se pretende que esta intervención pueda contribuir al estudio de dicho fenómeno en una población con características particulares como enfermedad en estadios avanzados, bajo nivel de escolaridad, bajos recursos económicos, entre otras. En consecuencia, generar una estrategia de intervención para la atención de pacientes durante el tratamiento en la sede.

7.4 Objetivos

General

Analizar el efecto de una intervención cognitivo conductual en la percepción de fatiga y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento de quimioterapia.

Específicos

- Identificar la relación entre fatiga y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento de quimioterapia.
- Comparar los niveles de fatiga antes y después de la intervención en pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento de quimioterapia.
- Comparar la calidad de vida relacionada con la salud antes y después de la intervención en pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento de quimioterapia.

7.5 Método

Participantes

Un grupo de pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento de quimioterapia de 20 a 60 años, que cuenten al menos escolaridad primaria.

Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico incidental

Criterios de inclusión

- Tener un diagnóstico confirmado de cáncer colorrectal
- Estar dentro de los primeros dos ciclos de quimioterapia.
- Saber leer y escribir.
- Tener de 20 a 60 años.

Criterios de exclusión

- Pacientes después del segundo ciclo de quimioterapia.
- Pacientes fuera del rango de edad.
- Pacientes que no sepan leer ni escribir.
- Pacientes en tratamiento psicológico dentro o fuera de la institución.
- Pacientes con alguna otra comorbilidad psicológica.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no deseen participar en el estudio.
- Pacientes que no completen las evaluaciones.
- Pacientes que no asistan al 90% de las sesiones.
- Pacientes que abandonen el tratamiento de quimioterapia.
- Pacientes en tratamiento psicológico o psiquiátrico dentro o fuera del hospital
- Pacientes que fallezcan.

Instrumentos

- Consentimiento informado (ver Apéndice 5).
- Hoja de datos generales (Sexo, edad, escolaridad, estado civil, residencia, estadio clínico, tiempo desde el diagnóstico, ECOG, hemoglobina, peso, medicamentos, comorbilidades, otros síntomas) (ver Apéndice 6)
- EORTC QLQ C30, calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer, consta de escalas funcionales (física, de rol, cognitiva, emocional y social), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náusea/vómito), escala global de salud, seis escalas de un solo ítem (disnea, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras).
- Apartado de EORTC QLQ C29, evalúa síntomas y funciones específicas de pacientes con cáncer colorrectal, las subescalas de síntomas son: frecuencia urinaria, incontinencia urinaria, disuria, dolor abdominal, dolor rectal, hinchazón, sangre y/o mocos en las heces, boca seca, pérdida de cabello, alteraciones en el sabor, gases, incontinencia fecal, inflamación piel o ano, frecuencia de heces, vergüenza, problemas con el cuidado de la bolsa e impotencia sexual o dispareunia. Las subescalas de funcionalidad son: ansiedad, peso, imagen corporal e interés sexual.
- Apartado de EORTC QLQ FA12, identifica fatiga física, fatiga emocional, fatiga cognitiva, interferencia con la vida diaria y secuela social (Friedrich et al., 2018)
- Registro diario de fatiga y funcionalidad, fue adaptado del Pictograma de fatiga (Fich, Bunson & Mings, 2012). (ver Apéndice 7)

- Registro de actividades diarias (ver Apéndice 8)
- Registro de pensamientos relacionados con la fatiga (ver Apéndice 9)

Definición de variables

- Conceptuales

Fatiga: sensación subjetiva de cansancio físico, emocional o cognitivo persistente y estresante relacionada al cáncer o su tratamiento, que no es proporcional a la actividad realizada recientemente, por lo tanto, interfiere con la funcionalidad usual y no se alivia con el descanso (Vargas, Uclés, Argüelles & González, 2015).

Calidad de vida relacionada con la salud: percepción que la persona tiene del impacto que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación (funcionalismo). Estas dimensiones básicas deben ser analizadas tanto en los dominios físico, emocional y social (Urzúa, 2010)

- Operacionales

Fatiga: percepción subjetiva del cansancio y nivel de funcionamiento, evaluado en una escala tipo Likert 1-5 del registro diario.

Calidad de vida relacionada con salud: puntuación total del EORTC QLQ-C30.

Intervención cognitivo conductual: Tratamiento multicomponente de cinco sesiones basado en psicoeducación, planeación de actividades y ejercicios de la terapia cognitiva.

Diseño

Preexperimental, pretest-posttest con seguimiento.

GE O₁ X O₂ O₃

Procedimiento

Se invitó a los pacientes con cáncer colorrectal que cumplieran con los criterios de inclusión que se detectaron durante el pase de visita y la consulta externa que estaban iniciando tratamiento de quimioterapia.

Fase 1: Pretest

A los pacientes seleccionado se explicó brevemente el objetivo y se entregó un consentimiento informado (Ver Apéndice 5), posteriormente se realizó una entrevista breve con el objetivo de llenar la hoja de datos generales, se proporcionó psicoeducación en el llenado del registro de fatiga (ver Apéndice 7), y se contestó el resto de los instrumentos.

Fase 2: Intervención

Se planearon cinco sesiones de aproximadamente treinta minutos de duración, con el objetivo de identificar los síntomas de la fatiga relacionada con cáncer y estrategias para enfrentarla, las cuales se llevarían a cabo dentro de los dos primeros días de hospitalización por quimioterapia. La tabla descriptiva de las sesiones se muestra en el Apéndice 10.

Fase 3: Postest y Seguimiento

Al término de la intervención psicológica, es decir, durante el séptimo u octavo ciclo de quimioterapias y en el décimo segundo ciclo (mes y medio posterior al postest), se aplicará el instrumento EORTC QLQ y se recolectarían algunas medidas antropométricas (ECOG, hemoglobina, peso, medicamentos, comorbilidades, otros síntomas).

7.6 Resultados

Se identificaron cuatro pacientes durante el pase de visita que cumplían los criterios de selección para la intervención. Sin embargo, debido a cuestiones ajenas a mi voluntad, las cuales se mencionaron anteriormente, el protocolo de investigación no se completó con los participantes. Por lo tanto, en la siguiente descripción se abordarán los datos correspondientes al pretest de cada uno de los participantes de manera individual con el objetivo de evitar sesgos.

Participante 1

Paciente femenina de 46 años, escolaridad de preparatoria trunca, soltera, reside en el Estado de México. Fue diagnosticada en diciembre del 2018 con cáncer de colon (T3 N2 M1), estadio clínico IV (por metástasis a hígado), se encuentra en el primer de doce ciclos de quimioterapia a base de Folfox 6 durante el pretest. Se

llevaron a cabo tres sesiones con ella, en las cuales mantuvo un peso de 67 kg, sus niveles de hemoglobina se muestran en la *Figura 3*.

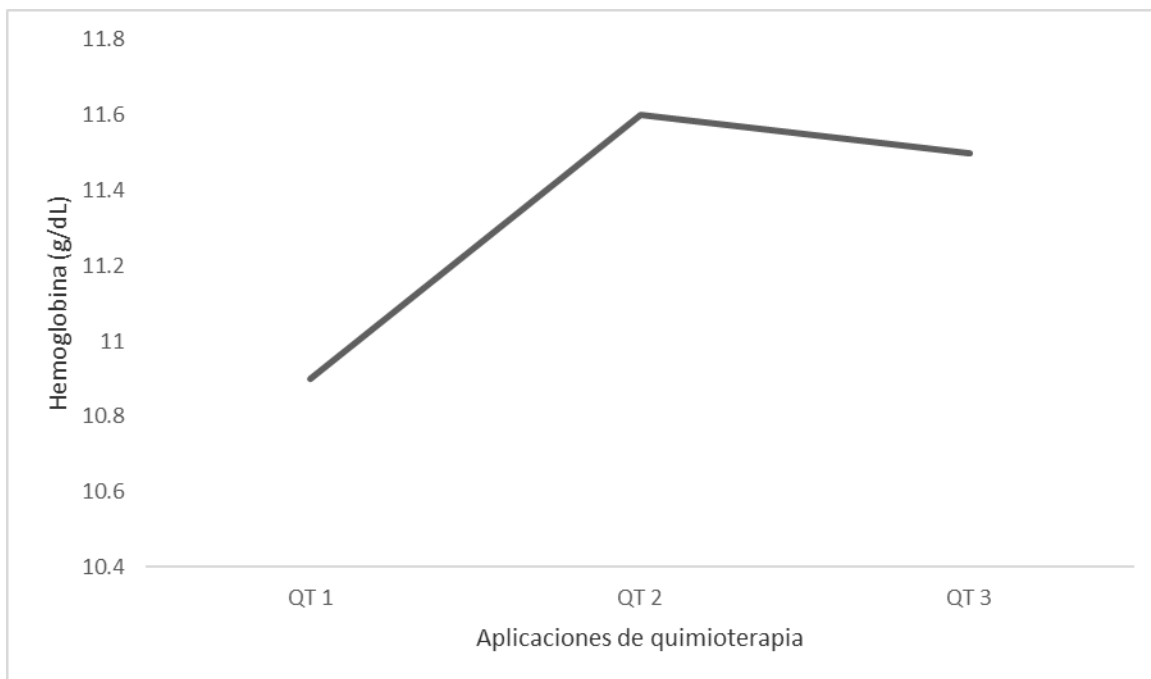


Figura 3. Nivel de hemoglobina durante las tres primeras aplicaciones de quimioterapia de la participante 1.

Por otra parte, el cuestionario EORTC QLQ C30, identificó un alto nivel de funcionalidad en la participante (como se muestra en la *Figura 4*), una calidad de vida muy buena (91.66%), y se encontraron los siguientes síntomas: insomnio (33.33%) y dificultades financieras (33.33%). Adicionalmente, el cuestionario C29 señaló que la paciente manifiesta incontinencia fecal moderada (66.66%), como síntomas leves, boca seca (33.33), pérdida de cabello (33.33%) y vergüenza (33.33%). Los resultados de las subescalas de funcionalidad mostraron que la paciente muestra una ansiedad moderada en relación con su salud (66.66%) y que mantiene su interés sexual (66.66%). Por último, el cuestionario FA 12, demostró que la participante tiene un nivel bajo de fatiga cognitiva (33.33%) y emocional (22.22%).

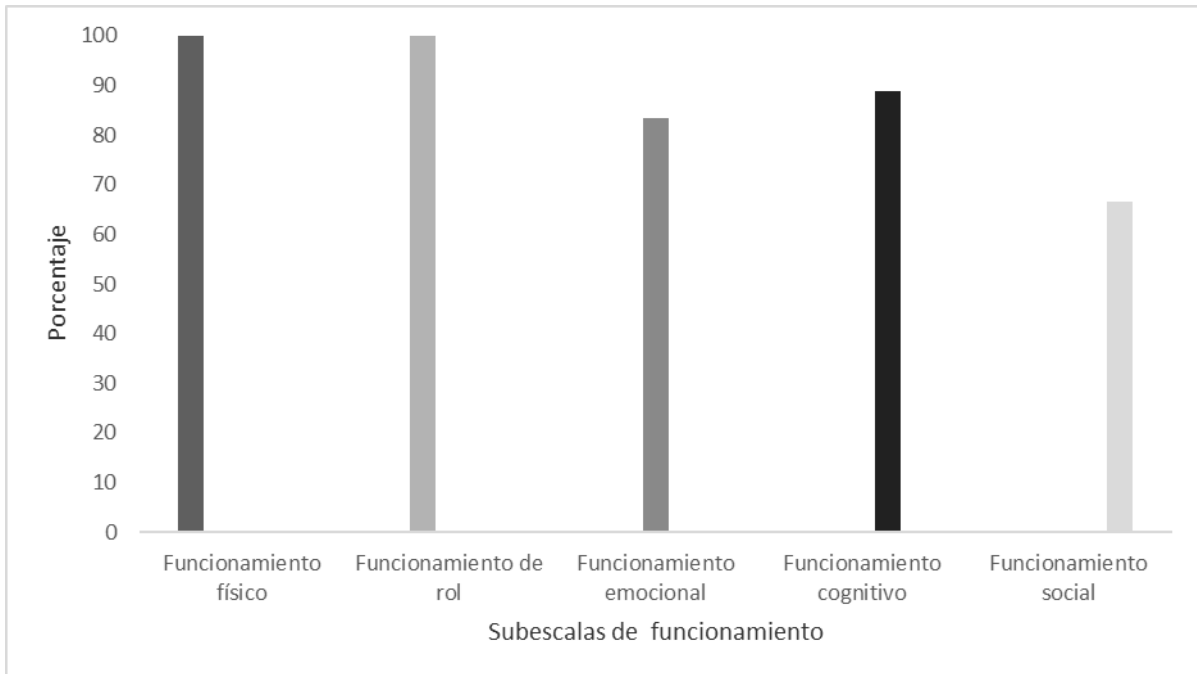


Figura 4. Porcentaje de funcionamiento de las subescalas del cuestionario EORTC QLQ C30 de la participante 1.

En los registros diarios de fatiga, se observa que durante los tres primeros ciclos de quimioterapia la paciente no percibió niveles de fatiga y realizó casi todas las actividades que normalmente hacía.

Participante 2

Paciente masculino de 54 años, soltero, reside en Puebla, escolaridad secundaria, diagnosticado en enero del 2019 con cáncer de colon etapa clínica IV B (por hígado, pulmón y ganglios), se realiza el pretest en su segundo ciclo de quimioterapia paliativa a base de FOLFOX 6. Su peso es de 50 kg, y su hemoglobina de 9.1 g/dL, por lo que se le transfundió un concentrado eritrocitario previo a la segunda aplicación de quimioterapia.

En relación con el cuestionario EORTC QLQ C30, el participante evaluó su calidad de vida como excelente (100%). Sin embargo, su nivel de funcionamiento era moderado en todas las áreas (como se muestra en la *Figura 5*). Presentaba los siguientes síntomas leves: dolor, disnea, insomnio, pérdida de apetito,

estreñimiento, diarrea, dificultades financieras (33.33%) y en menor medida, fatiga (11.11%).

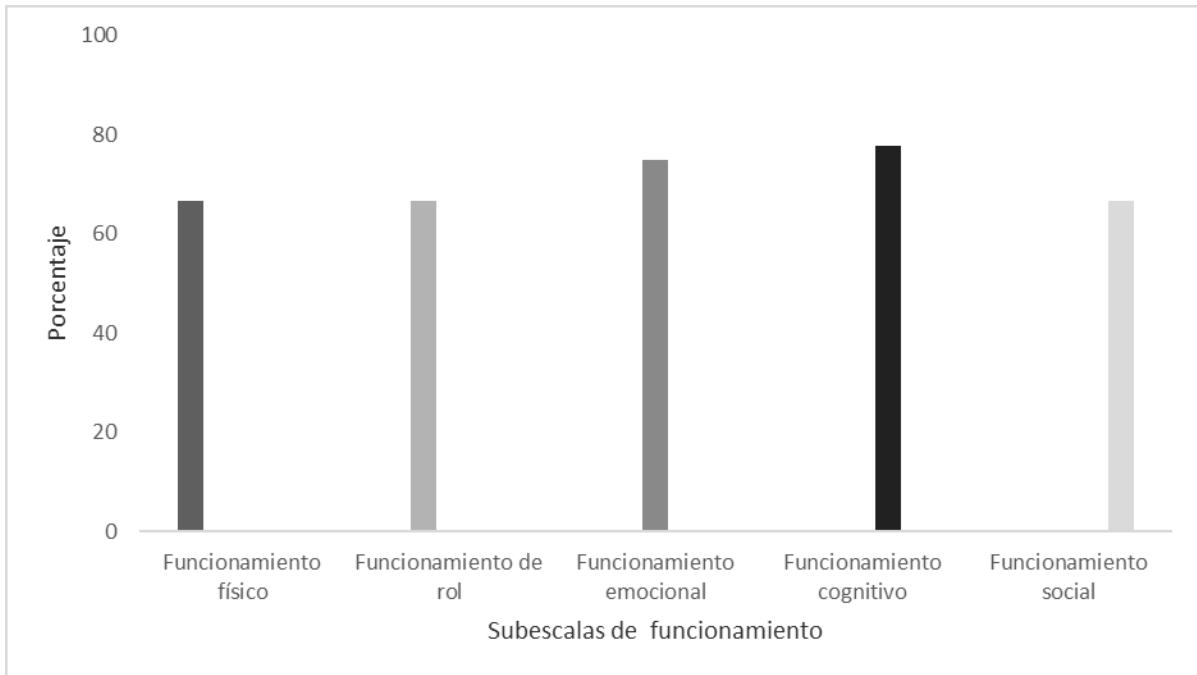


Figura 5. Porcentaje de funcionamiento de las subescalas del cuestionario EORTC QLQ C30 del participante 2.

De igual forma, el C29, identificó la frecuencia urinaria, el dolor rectal, la hinchazón, sangre y/o moco en las heces, boca seca, gases, incontinencia fecal, inflamación de la piel, problemas en el cuidado de la bolsa, e impotencia sexual (33.33%), y como moderado la vergüenza (66.66%). Respecto a la funcionalidad, presenta niveles bajos de ansiedad, preocupación por el peso, alteraciones en la imagen corporal y el interés sexual (33.33 %).

De igual manera, el cuestionario FA12, mostro que el participante tiene una fatiga física leve (26.66%), en menor medida fatiga cognitiva (16.66%) y emocional (11.11%), así como, ha interferido poco con su vida cotidiana (33.33%).

En relación con lo anterior, el participante percibió en el registro diario de fatiga su nivel de cansancio de nada cansado (1) a un poco cansado (2), sin embargo, la mayoría de los días realizó muy pocas actividades al día (5), con

excepción del día 4,8 y 11 en los que hizo las cosas que normalmente hacía (3), como se muestra en la *Figura 6*.

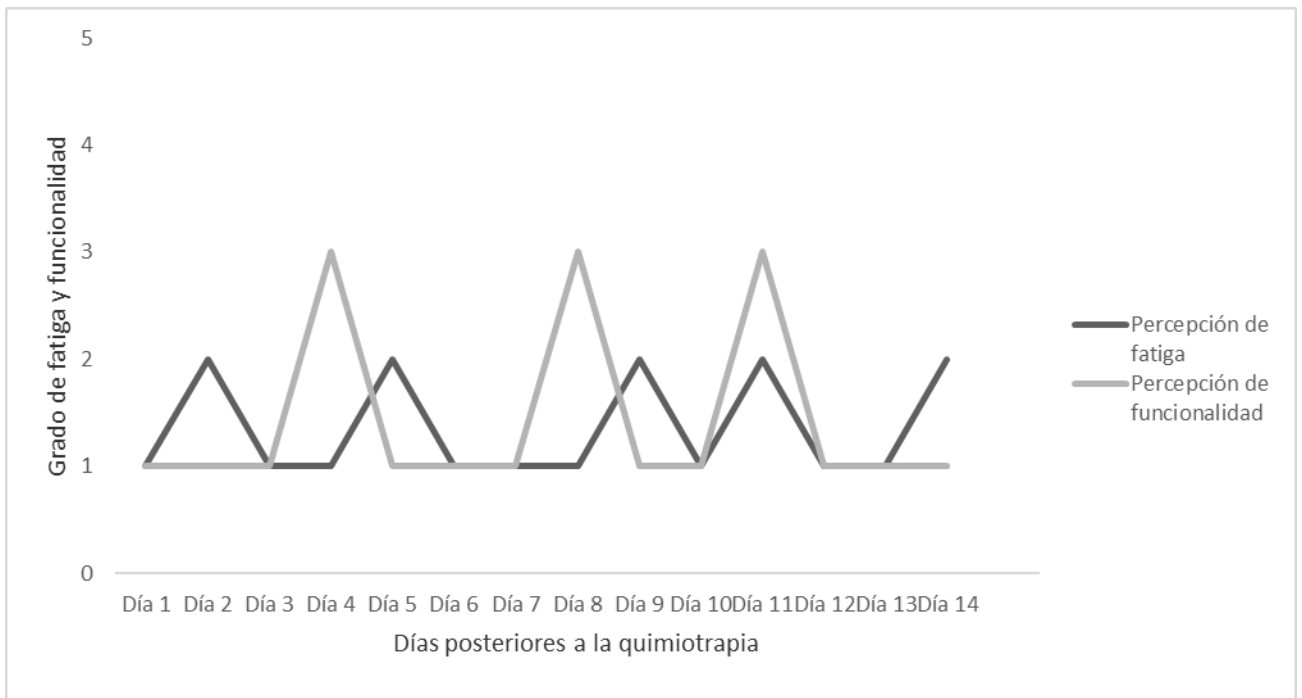


Figura 6. Percepción del grado de fatiga y funcionalidad del participante 2.

Participante 3

Paciente femenina de 33 años, escolaridad secundaria, soltera, residente del Estado de México, fue diagnosticada con cáncer de colon no etapificable en enero de 2019. Se realiza el pretest en el segundo ciclo de 12 quimioterapias en el esquema de Folfox 6, pesa 49 kg y su hemoglobina es de 12.9 g/dL, refiere presentar náuseas, mareo y vómito después de la primera aplicación.

De acuerdo con el cuestionario EORTC QLQ C30 tiene una calidad de vida buena (83.33%), un funcionamiento emocional medio, como se muestra en la *Figura 7*, y presenta como síntomas leves dificultades financieras (33.33%) y fatiga (22.22).

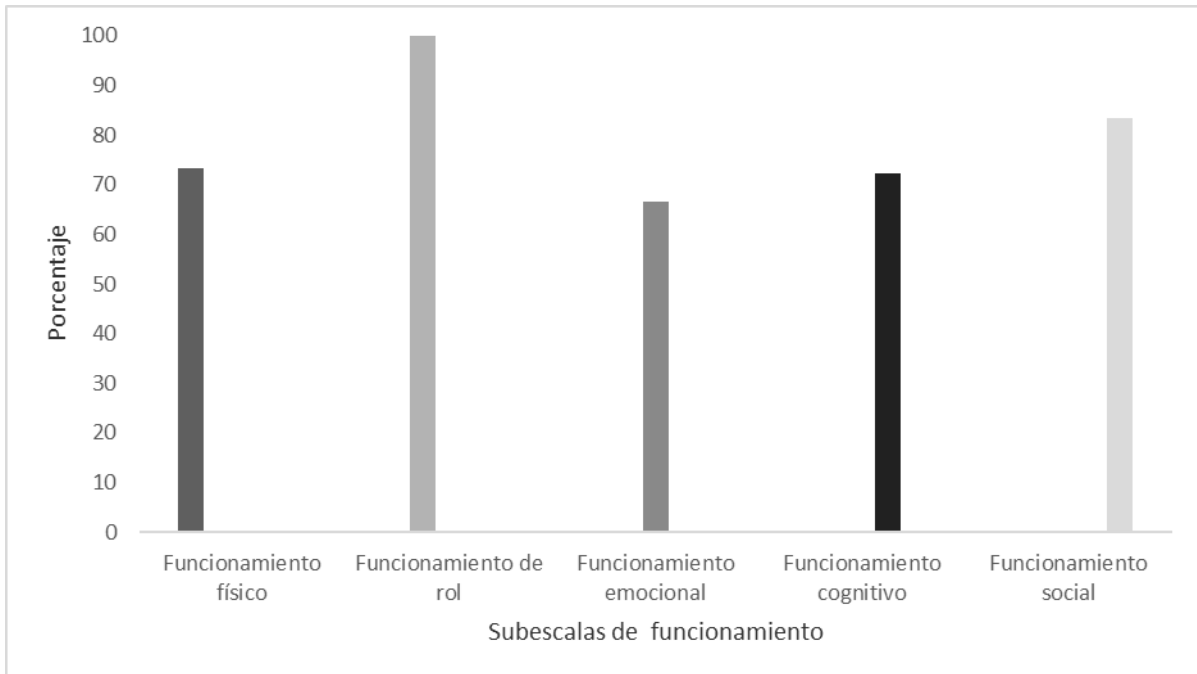


Figura 7. Porcentaje de funcionamiento de las subescalas del cuestionario EORTC QLQ C30 de la participante 3.

En adición, el cuestionario C29, señala como síntomas moderados los gases (66.66%) y la frecuencia urinaria (50%), como síntomas leves, la pérdida de cabello, incontinencia fecal, inflamación de la piel y vergüenza (33.33%). Respecto a la funcionalidad, presenta niveles bajos de ansiedad, preocupación por el peso, alteraciones en la imagen corporal y el interés sexual (33.33 %).

Específicamente, de acuerdo con el cuestionario FA 12, se caracteriza como fatiga física baja (20%), fatiga emocional baja (11.11%) e interferencia con la vida cotidiana (33.33%).

Más aún, en el registro diario de fatiga se puede observar que los primeros días posteriores a la quimioterapia se presentan altos niveles de fatiga y bajos en funcionalidad, pero a partir del décimo día la percepción de fatiga disminuye y aumenta la funcionalidad (como se muestra en la *Figura 8*).

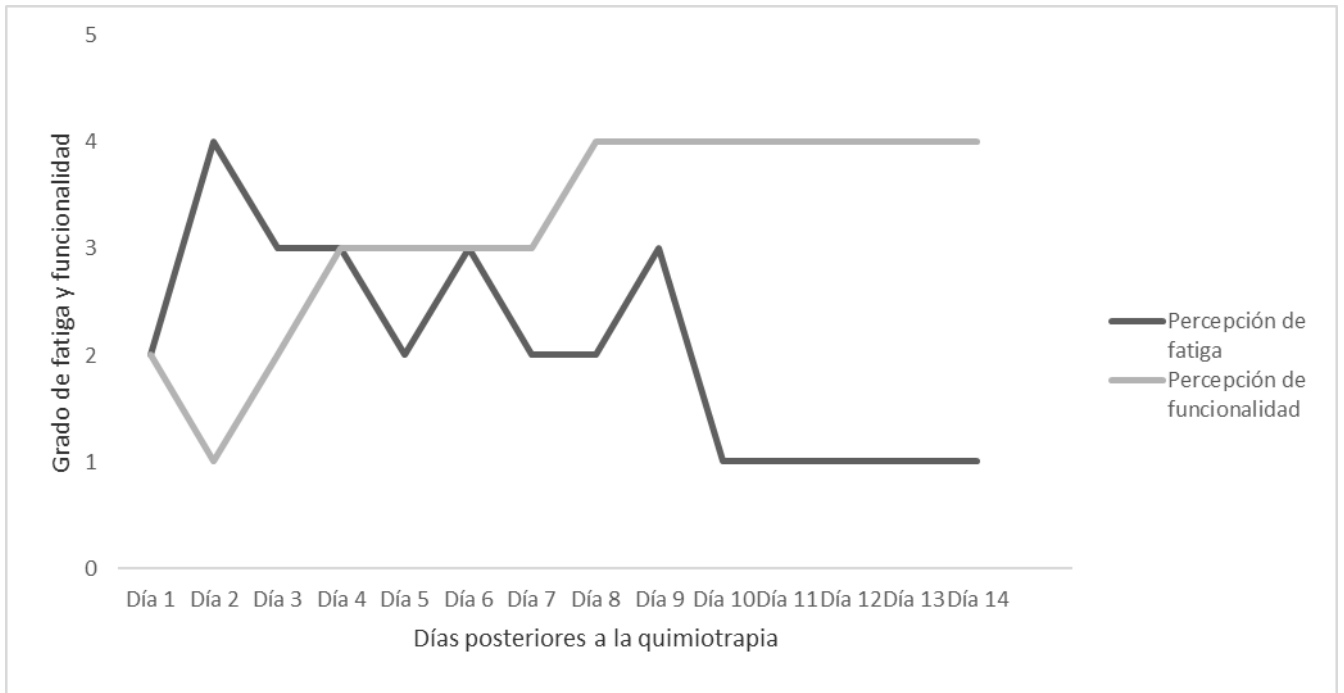


Figura 8. Percepción del grado de fatiga y funcionalidad del participante 3.

Participante 4

Paciente femenina de 55 años, escolaridad secundaria, divorciada, reside en Hidalgo, fue diagnosticada en noviembre de 2018 con cáncer de colon etapa clínica IIIB. Se realiza el pretest en el segundo ciclo de doce quimioterapias del esquema Folfox 6, pesa 63 kg, su hemoglobina es de 13.5 g/dL, posterior a la primera aplicación refiere presentar náuseas y vómito.

Con relación al cuestionario EORTC QLQ C30, la calidad de vida de la paciente es media (50%), su funcionamiento emocional muy bajo, el funcionamiento cognitivo y social bajo (como se muestra en la Figura 9), también, síntomas graves de dificultades financieras (100%), moderados de estreñimiento, insomnio, pérdida de apetito y estreñimiento (66.66%) y náuseas y vómito (50%), leves de fatiga (33%) y dolor (16.66%).

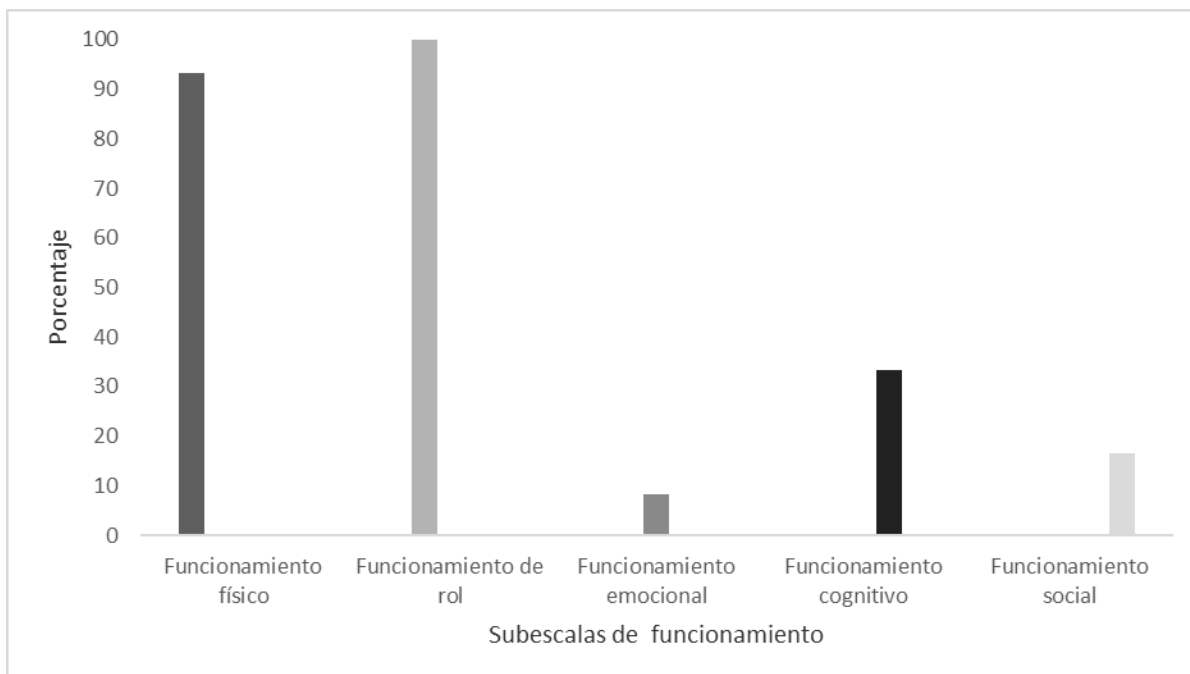


Figura 9. Porcentaje de funcionamiento de las subescalas del cuestionario EORTC QLQ C30 de la participante 4.

Por otra parte, el cuestionario C29, mostró síntomas moderados como hinchazón, boca seca, gases, inflamación de la piel o recto (66.66%) y frecuencia urinaria (50%), y síntomas leves como sangre y moco en heces, alteraciones en el sabor, dispareunia (33.33 %) y frecuencia de heces (16.66%). De acuerdo con los niveles de funcionalidad, se encontró un nivel alto de ansiedad (100%) y alteraciones en la imagen corporal (77.77%), un poco de preocupación por el peso (33.33%) y disminución en el interés sexual (33.33%).

Todavía cabe señalar, los resultados del cuestionario FA 12, indican baja fatiga física (26.66%), media fatiga emocional (55.55%) y alta fatiga cognitiva (83.33%), e interferencia con la vida diaria y secuela social poca (33.33%).

En la *Figura 10*, se muestra que la percepción de fatiga disminuye conforme pasan los días y la percepción de funcionalidad aumenta.

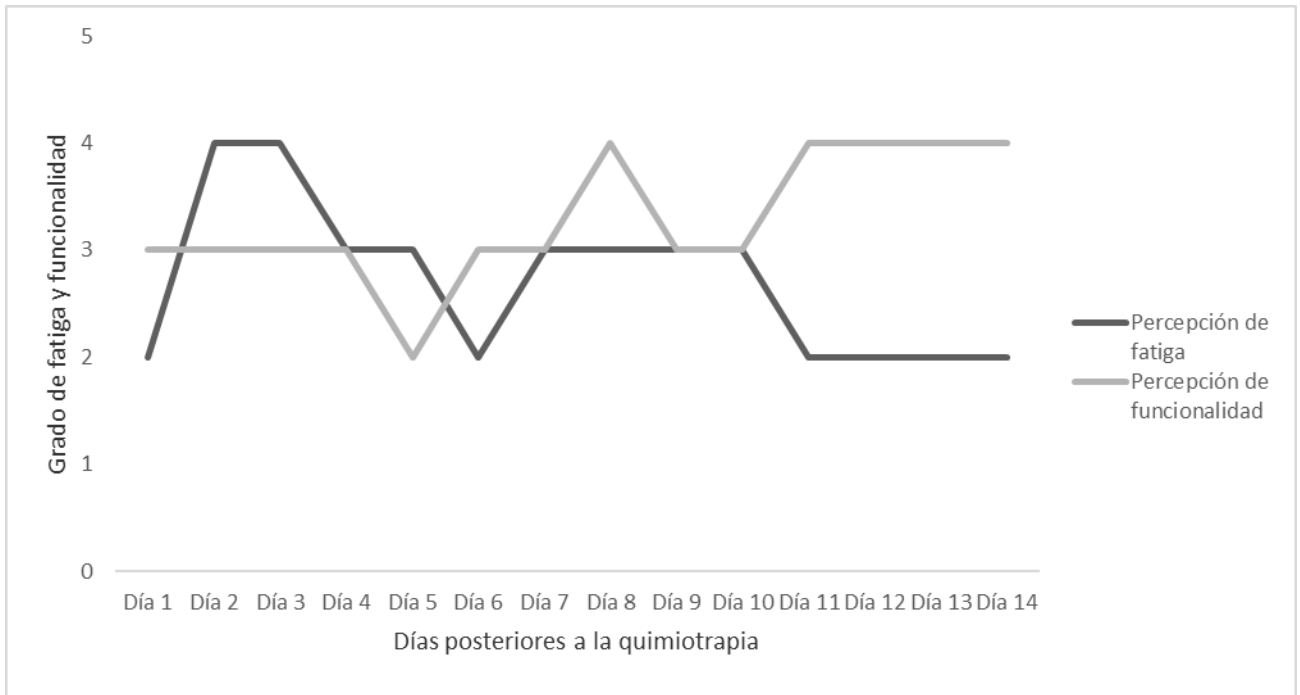


Figura 10. Percepción del grado de fatiga y funcionalidad del participante 4.

7.7 Discusión

El objetivo de este estudio fue analizar el efecto de una intervención cognitivo conductual en la percepción de fatiga y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento de quimioterapia. Debido al término de mi labor en el Hospital Juárez de México antes de la fecha preestablecida, no se logró completar la intervención con los pacientes identificados, aunque se avanzó hasta la tercera sesión de intervención con una de las pacientes.

En términos generales, los instrumentos de evaluación de autorreporte son sensibles para evaluar la presencia de fatiga en este estudio, como se ha reportado en la literatura (Milton & Stone 2009). Diversos autores como Brower, (2014) mencionan que la prevalencia de fatiga es hasta del 99% en los pacientes con cáncer, en el caso de los pacientes evaluados, todos presentaron niveles bajos de fatiga en cualquiera de los ámbitos: físico, emocional y cognitivo, cabe destacar que se estaban iniciando el tratamiento.

Por otra parte, Font, Rodríguez y Buscemi (2004); Torres y Alós (2015) mencionan que la presencia de fatiga se puede asociar con otras comorbilidades psicológicas, como ansiedad, depresión, escaso apoyo social. Tal es el caso de la paciente 4, quien presentó los niveles más altos de fatiga y más bajo de funcionalidad en comparación con el resto de los participantes evaluados. En este caso, la fatiga podría ser uno de los síntomas de un problema psicológico que requiera una intervención diseñada ad hoc, de acuerdo con el análisis funcional de la conducta problema del paciente.

También, se utilizó una adaptación del Pictogram of Fatigue (Fich, Bunson & Mings, 2012), como registro diario, que permitió identificar el patrón de fatiga y funcionalidad, con el objetivo de que los pacientes fueran capaces de definir y emplear estrategias para disminuir la interferencia con la vida diaria, el cual podría considerarse como una estrategia que facilite a los profesionales de la salud, detectándola oportunamente.

Respecto a la intervención, Galindo et al., 2014 afirman que las intervenciones desde el enfoque cognitivo conductual han demostrado su eficacia a largo plazo. De igual modo, Torres y Alós, (2015); Howell et al. (2015) comentan que estas intervenciones deben incluir técnicas de psicoeducación y que permitan que los pacientes establezcan hábitos de descanso, actividades lúdicas, además de identificar sus recursos. En ese sentido, la intervención que se planeó cumple con los objetivos de enseñar al paciente con cáncer a identificar las características de la fatiga, higiene del sueño y generar estrategias para planear actividades y modificar pensamientos relacionados.

Por otro lado, se considera que este estudio tuvo diversas limitaciones, respecto a la selección de participantes, ya que en la literatura la mayoría de los estudios son realizados con pacientes con cáncer de mama o bien, sobrevivientes que presenten niveles de fatiga de medios a alto; todas estas observaciones también se relacionan con que no se consideró el nivel de fatiga como un criterio de inclusión, de completarse la intervención pudo arrojar resultados falsos

positivos, porque aunque la prevalencia de fatiga es alta en los pacientes, depende de diversos factores.

Siguiendo con lo anterior, no se consideraron como variables: el índice de masa corporal, la calidad del sueño, el apoyo social y la medición de comorbilidades psicológicas como la depresión y la ansiedad que se ha encontrado que modifican la severidad de la FRC (Mohandas et al., 2017).

Aunque el objetivo del estudio no se cumplió en su totalidad, el presente estudio es un precedente en la investigación de FRC, por lo que se sugiere que futuras investigaciones continúen el trabajo realizado, considerando una evaluación que descarte otro tipo de psicopatologías en el paciente oncológico, así como incluir otro tipo de registros diarios que consideren otro tipo de fatiga, no sólo la física. Finalmente, considerar una intervención breve de manera preventiva, que pueda aplicarse durante la hospitalización y no sólo en pacientes con cáncer colorrectal.

8. Referencias

- Abrahams, H. J., et al. (2015). A randomized controlled trial of web-based cognitive behavioral therapy for severely fatigued breast cancer survivor (CHANGE-study): study protocol. *BMC Cancer*, 15 (765), 170. DOI: 10.1186/s12885-015-1787-7.
- Abrahams, H. J., Glielissen, M., Schmits, I., Verhagen, C., Rovers, M. & Knoop, H. (2016). Risk factors, prevalence and course of severe fatigue after breast cancer treatment: a meta-analysis involving 12 327 breast cancer survivors. *Annals of Oncology*, 27, 965-974. DOI: 10.1093/annoc/mdw099.
- Abrahams, H. J., et al. (2017). The efficacy of internet-based cognitive behavioral therapy for severely fatigued survivors of breast cancer compared with care as usual: a randomized controlled trial. *Cancer Wiley Online Library*, 3825-3834. DOI:10.1002/cncr.30815.
- American Cancer Society. (2016). *¿Qué es cáncer?* Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>.
- Barsevick, A., Cleeland, C., Manning, D., O'mara, A., Reeve, B., Scott, J. & Sloan, J. (2010). ASCPRO Recommendations for the assessment of fatigue as an outcome in clinical trials. *Journal of Pain Symptom Manage*, 39 (6), 1086-1099. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2010.02.006
- Becerra, A. L. (2014). Medicina conductual aplicada en pacientes oncológicos. En L. Reynoso y A. L. Becerra (coord.). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (p.313-332). México: FESI-Qartuppi.
- Bower, J. E. (2014). Cancer-related fatigue: Mechanisms, risk factors, and treatments. *Nature Reviews. Clinical Oncology*, 11 (10), 597-609. DOI:10.1038/nrclinonc.2014.127.

- Engel, G. (1977). The need for a new medical model a challenge for a biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Font, A., Rodríguez, E. & Buscemi, V. (2004). Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *Psicooncología*. 1 (2-3), 45-56.
- Friedrich, M., Nowe, E., Hofmeister, D., Kuhnt, S., Leuteritz, K., Sender, A., Stöbel-Richter, Y., & Geue, K. (2018). Psychometric properties of the fatigue questionnaire EORTC QLQ-FA12 and proposal of a cut-off value for young adults with cancer. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 125. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0949-0>.
- Galindo, O., Rojas, E., Benjet, C., Meneses, A., Aguilar, J. y Alvarado, S. (2014). Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología*, 11 (2-3), 233-241.
- Glielissen, M., Verhagen, S., Witjes, F. & Bleijen, G. (2006). Effects of cognitive-behavioral therapy in severely fatigue disease-free cancer patients compared with patients waiting for cognitive behavior therapy: a randomized controlled trial. *Journal of clinical Oncology*, 24 (30), 4882-4887. DOI: 10.1200/JCO.2006.06.8270.
- González, M., Andreu, M. & Ordoñez, A. (2001). La astenia en el paciente con cáncer. *Revista Oncológica*. 3 (6), 292-299.
- Hilfiker, R., Meichtry, A., Eicher, M., Nilsson, L., Knols, R., Verra, M. & Taeymans, J. (2018). Exercise and other non-pharmaceutical interventions for cancer-related fatigue in patients during or after cancer treatment: a systematic review incorporating an indirect-comparison meta-analysis. *British Journal Sports Medicine*, 52, 651-658. DOI: 10.1136/bjsports-2016-096422.
- Instituto Nacional de Cáncer (NIH), (2015a). *¿Qué es el cáncer?* Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>.
- Instituto Nacional de Cáncer (NIH), (2015b). *Quimioterapia*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/quimioterapia>.

- Instituto Nacional de Cáncer (NIH), (2015c). *Radioterapia*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos/radioterapia>.
- Instituto Nacional de Cáncer (NIH), (2015d). *Tratamientos*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). *Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf.
- Juárez, D., Landero, R., González, L., Jaime, M. & Téllez, A. (2015). Variables asociadas a fatiga en mujeres con cáncer de mama. *Anuario de Psicología*, 45 (1), 101-113. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=970/97041174007>
- Kwekkeboom, K., Abbott, K., Cherwin, C., Roiland, R., Serlin, R. & Ward, S. (2012). Pilot randomized controlled trial of a patient-controlled cognitive-behavioral intervention for the pain, fatigue and sleep disturbance symptom cluster in cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44 (6), 810-822. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2011.12.281
- Meneses, J., González, E., Correa, J., Schmidt, J., & Ramírez, R. (2015). Efectividad del ejercicio físico en la fatiga de pacientes con cáncer durante el tratamiento activo: revisión sistemática y metaanálisis. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(4), 667-681. DOI:10.1590/0102-311X00114414
- Minton, O. & Stone, P. (2009). A systematic review of the scales used for the measurement of cancer-related fatigue (CRF). *Annals of Oncology*, 20 (1), 17-25. DOI:10.1093/annonc/mdn537
- Mohandas, H., Jagnathan, S. K., Mani, M. P., Ayyar, Rohinithevi, G. V. (2017). Cancer related fatigue treatment: an overview. *Journal of Cancer Research and Therapeutics*, 13 (6), 916-929. DOI: 10.4103/jcrt.JCRT_50_17.
- Moreno, J. & Cruz, J. (2010). Correlación entre la fatiga y la calidad de vida en sujetos con diversos tipos de cáncer. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 9, 78-83. DOI:10.30788/RevColReh.v9.n1.2010.202

- Mustian, K., et al. (2017). Comparison of pharmaceutical, psychological and exercise treatments for cancer-related fatigue: a meta-analysis. *JAMA Oncology*, 3 (7), 961-968. DOI:10.1001/jamaoncol.2016.6914.
- Omran, A. (1971). The epidemiologic transitions: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4), 509-538.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Cáncer: Acta descriptiva*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cancer Today*. Recuperado de: <http://gco.iarc.fr/>.
- Organización Panamericana de la Salud (s/f). *El cáncer en la región de las Américas*. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=2&Itemid=40735&lang=es.
- Reynoso, L. (2014). Medicina conductual: Introducción. En: L. Reynoso, A. L. Becerra (coord). *Medicina conductual: Teoría y práctica*, (pp. 11- 26). México: Qartuppi.
- Rojas, C. (2008). El Hospital Juárez de San Pablo. *Revista del Hospital Juárez de México*. 75 (2), 81-82. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2008/ju082a.pdf>
- Sandler, C. X. et al. (2017). Randomized evaluation of cognitive-behavioral therapy and graded exercise therapy for post-cancer fatigue. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54 (1), 74-84. DOI: 1.1016/j.jpainsymman.2017.03.015.
- Torres, F & Alós, F. (2015). Tratamientos psicológicos eficaces para reducir la fatiga en los supervivientes al cáncer: estado de la cuestión y perspectivas y perspectivas a futuro. *Papeles del psicólogo*, 36 (3), 182-188. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77842122003>.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138 (3), 358-365. DOI: 10.4067/S0034-98872010000300017.

- Vargas, C., Uclés, V., Argüelles, A. y González, P. (2015). Síndrome de fatiga relacionado con cáncer. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR-HSJD*, 5 (4), 32-38. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2015/ucr154f.pdf>.
- Wolvers, M. D. J., et al. (2015). Effectiveness mediators and effect predictors of internet interventions for chronic cancer-related fatigue: the design and an analysis plan of a 3-armed randomized controlled trial. *JIMR Res Protoc*, 4 (2). Recuperado de: <http://www.researchprotocols.org/2015/2/e77/>.
- Zaldivar, O. y Rodríguez, U. (2014). El Hospital Juárez de México: 25 años en sus nuevas instalaciones. *Revista del Hospital Juárez de México*, 81 (3), 140. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2014/ju143a.pdf>.
- Zhang, Q., Li, F., Zhang, H., Yu, X., & Cong, Y. (2018). Effects of nurse-led home-based exercise & cognitive behavioral therapy on reducing cancer-related fatigue in patients with ovarian cancer during and after chemotherapy: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 78 (2018), 52-60. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.010.



9. Apéndices 1
Hospital Juárez de México
Medicina Conductual
Servicio de Oncología
Presentación de caso clínico



Lic. Psic. Rocío Daniela Ramírez Montalvo

Ficha de identificación

Nombre: Lucero	Sexo: Femenino
Edad: 64 años	Estado civil: Casada
Ocupación: Ama de casa	Escolaridad: Analfabeta
Religión: católica	Lugar de origen/residencia: Estado de México
No. de hijos: Cinco	Dx. médico: Cáncer de mama EC III A T3 N1 M0

Selección del caso

El presente caso tiene como objetivo ejemplificar una intervención cognitivo-conductual en una paciente con cáncer de mama recurrente que presenta crisis de angustia y sintomatología depresiva.

Motivo de consulta

La paciente acude al servicio de Psicooncología/Medicina Conductual a solicitar una cita y menciona: *“Desde que me operaron me siento muy mal, estoy muy triste... esto ya me había pasado antes es depresión, otra vez necesito pastillas por eso vengo para que me ayude”* (sic. pac.).

Antecedentes

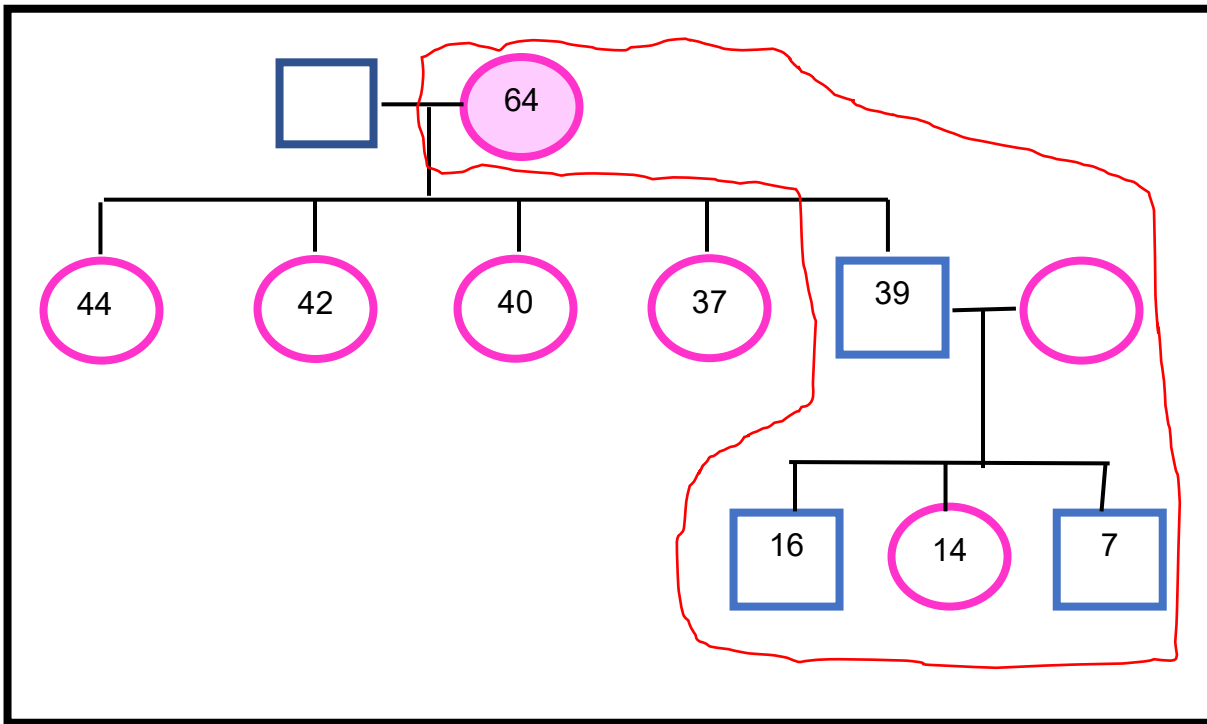
- Heredofamiliares: Padre finado por cirrosis hepática a causa de alcohol. Madre con HAS.
- Personales no patológicos: Lucero reside en casa propia, con todos los servicios de urbanización: agua, luz y drenaje, construida con materiales perdurables. Alimentación adecuada en higiene, adecuada en calidad y cantidad. Hábitos de

higiene adecuados, con baño y cambio de ropa diario. Zoonosis positiva a razón de un cotorro.

- Personales patológicos:
 - Crónico-degenerativos: HAS desde hace 3 años, controlada con metoprolol una pastilla cada doce horas. DM2 de dos años de diagnóstico controlada con metformina. Dislipidemia tratada con pravastatina y bezafibrato.
 - Quirúrgicos: Cuadrantectomía derecha y ganglio centinela (2009).
 - Alérgicos: Neomelubrina y buscapina.
 - Toxicomanías: Interrogadas y negadas.
- Psicológicos patológicos: La paciente refiere haber recibido atención “psicológica” en facultativo hace veintitrés años por depresión, refiere: *“en aquella ocasión fui porque mi hija se embarazó y yo me enteré por otra persona”* (sic. pac.). Además, la paciente comenta tener un intento de suicidio frustrado. Añade tomar una pastilla de Topranil de 25 mg por tres meses, posteriormente reajustar la dosis a 10 mg hasta completar un año y suspender.
- Tras notificación de diagnóstico de cáncer de mama (Septiembre 2009) acude al servicio de tanatología de Oncología y trata miedos sobre el diagnóstico y el tratamiento (según el expediente clínico).

Dinámica familiar y familiograma

Lucero es una mujer casada, madre de cinco hijos (cuatro mujeres y un hombre), respecto a la relación con sus hijas Lucero menciona: *“Ellas no saben cómo me siento, no me comprenden, no me apoyan, me rechazan”* (sic. pac.). Actualmente vive con su esposo en el mismo terreno que su hijo, nuera y nietos, y menciona: *“Mi hijo si me entiende, habla conmigo y me dice que le eche ganas... mi nieta de la secundaria es la única que me apoya”* (sic. pac.).



Historia del problema

Médica

Septiembre, 2009. Diagnóstico de Adenoma canalicular infiltrante

Octubre, 2009. Cirugía cuadrantectomía derecha más ganglio centinela.

Diciembre, 2009. Es valorada por el servicio de RT. La nota en el expediente está inconclusa, por lo tanto, se desconoce qué se le propuso. La paciente refiere que por complicaciones en la herida quirúrgica no inició tratamiento de RT.

Abril 2010. Nota de oncomama a cuatro meses de seguimiento.

Octubre, 2011. Nota del servicio de oncomama menciona que la paciente acude nuevamente, después de perderse tres años. Sin embargo, ella menciona: “no he dejado perder ninguna cita” (sic. pac.).

Octubre, 2011. Diciembre, 2017. La paciente se mantiene en seguimiento tras no recibir adyuvancia.

Diciembre, 2017. Se realiza toma de biopsia, por mastografía BIRADS 5.

Enero, 2018. Diagnóstico de Carcinoma invasor sin patrón específico.

Febrero, 2018. Cirugía de Mastectomía radical modificada.

Marzo, 2018. Es valorada por Oncología médica, le proponen 16 ciclos de quimioterapia.

Psicológica

En 2009, tras recibir el diagnóstico de cáncer de mama, la paciente acude al servicio de tanatología, ella refiere no recordar detalles de su atención y dejar de asistir. De acuerdo con el expediente clínico se tratan miedos sobre el diagnóstico y el tratamiento.

La paciente es atendida por el servicio de Psicooncología/Medicina conductual el 15 de enero del 2018 tras notificación de recurrencia y propuesta de tratamiento, la paciente menciona: *“Me siento muy triste, muy deprimida, no creí que esto me pasaría, pero Dios es el que sabe”* (sic. pac.), muestra llanto contingente durante la entrevista.

El 6 de febrero del 2018 se realiza monitoreo en la sala de espera y la paciente refiere: *“Ya me siento más tranquila, hablé con mis hijos y ellos me van a apoyar para tratarme”* (sic. pac.).

El 9 febrero del 2018 la paciente fue sometida a una mastectomía radical, menciona: *“Desde entonces ya no soy la misma, me siento muy mal, como te dejan los drenajes ya no puedes hacer nada”* (sic. pac.).

En marzo del 2018: inicia tratamiento con quimioterapia y refiere: *“Ahora con la quimioterapia y el catéter me tengo que cuidar mucho. Por el catéter no puedo hacer esfuerzo, no me dejan ni lavar los platos. Por la quimioterapia no puedo salir mucho, ni al sol, ni con la lluvia, porque se me pueden bajar las defensas, ¿y si me pongo mal?, yo ya no quiero que esto se retrase más”* (sic. pac.).

Padecimiento actual

La paciente menciona: *“Esto es depresión, ya me había pasado antes, tengo los mismos síntomas, otra vez necesito pastillas. No me importa ni de bañarme, ni comer, no puedo tejer, he descuidado mis plantas, ya no me puedo valer por mí misma. No soporto el ruido, cada que mis nietos prenden la televisión, les pido que la apeguen o le bajen, o me voy a*

acostar. Ni siquiera puedo dormir bien, me la paso dando vueltas en la cama, cuando finalmente logro dormir me despierto como a las 4 de la mañana y no me vuelvo a dormir” (sic. pac.).

Sobre todo, después de que me ponen la quimio y tengo náuseas, me da una desesperación, me la paso entrando y saliendo de mi cuarto al patio, me falta el aire, me mareo, me tiemblan las piernas, siento una presión en el pecho. Pienso todo el tiempo en lo mal que me siento, que de esta no voy a salir, no voy a aguantar la quimioterapia, me voy a morir, quisiera ya no venir al hospital. Lo único que hago es ponerme a rezar y pedirle a Dios que por favor me ayude” (sic. pac.).

Además, menciona tener un intento de suicidio hace quince días, especifica: *“hace quince días me sentía muy mal, me faltaba el aire, como si me estuvieran ahorcando, tenía tanta desesperación que vi mis pastillas y pensé con estas pastillas voy a acabar con esto de una vez, en ese momento llegó mi esposo, me dijo ‘¿qué estás haciendo?’, me quitó las pastillas y cosas con las que pueda cortarme. Habló con mi hijo, me quitaron todas las pastillas que tengo en mi cuarto y no me dejan sola. Sigo pensando que es mejor morirme” (sic. pac.).* A la interrogación la paciente niega identificar algún otro método o tener un plan para terminar con su vida.

La paciente también refiere percepción disminuida del apoyo social por parte de sus hijos: *“mis hijas no me apoyan, no están conmigo. Cuando van a verme para darme de comer o bañarme, les digo que me siento mal, me regañan, así que termino bañándome y comiendo sin decirles nada. Cuando me ven entrando y saliendo, o les comento que me siento mal solo me dicen ‘ya cálmate’. Yo pienso que me rechazan, ojalá comprendieran cómo me siento. Él único que me ayuda es mi hijo, a él le cuento cuando me siento mal, me dice ‘Échale ganas’ y se pone a llorar conmigo.” (sic. pac.)*

Impresión y actitud general

Paciente femenina de complexión mesomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño al contexto hospitalario. Facie triste.

Examen mental

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica. Orientada en cuatro esferas (TEPC). Alerta, consciente y con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y fluido con llanto contingente durante la entrevista. Pensamiento concreto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Impresiona clínicamente con inteligencia menor al promedio. Afecto hipotímico. Con noción de la enfermedad.

Factores psicológicos complementarios

Paciente con locus de control externo. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo existentes y funcionales, percibidas por la paciente como existentes de tipo instrumental y disminuidas de tipo emocional.

Personalidad previa

Lucero menciona: “yo era muy trabajadora, siempre me ha gustado trabajar, yo podía hacer mis cosas sola, no me gustaba tener nada sucio” (sic. pac.).

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

- Inventario de depresión de Beck (IDB)
- ENA de tristeza

Análisis y descripción de conductas problema

Lista de conductas problema

Crisis de angustia:

- Entrar y salir del cuarto.
- Sentimientos de desesperación.
- Pensamientos catastróficos.
- Presión en el pecho.
- Sensación de falta de aire.
- Temblor de piernas.

Sintomatología depresiva:

- Decir “me siento muy mal”.
- Pérdida de actividades de la vida cotidiana.
- Sentimientos de tristeza.
- Pensamientos relacionados con las actividades de la vida cotidiana.
- Dificultad para conciliar y mantener el sueño.

Modelos secuenciales integrativos:

E	O	R	C
<p><u>Externos:</u> Estar en su casa</p> <p><u>Internos:</u> Efectos secundarios de la quimioterapia (náuseas, mareo y falta de apetito).</p> <p><u>Historia</u></p> <p><u>Contemporánea:</u> Recurrencia de cáncer de mama (enero, 2018). Mastectomía radical modificada (febrero, 2018). Tratamiento de quimioterapia (marzo).</p> <p><u>Pasada:</u> La paciente abandonó el tratamiento oncológico y deja de asistir al hospital de 2009 al 2011. Por no recibir ayuda la paciente pasa a seguimiento desde 2011 hasta 2017.</p>	<p><u>Biológico:</u> Diagnóstico de cáncer de mama (enero), tratada con quimioterapia (marzo).</p> <p><u>Historia de reforzamiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de afrontamiento centrado en la emoción. 	<p>F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia (300.01)</p> <p><u>Motora:</u> Entrar y salir de su cuarto al patio.</p> <p><u>Cognitivas:</u> Sentimientos de desesperación.</p> <p>Pensamientos catastróficos como: “<i>de esta no voy a salir</i>”, “<i>no voy a aguantar la quimio</i>”, “<i>me voy a morir</i>”.</p> <p><u>Fisiológicas:</u></p> <p>Presión en el pecho. Sensación de falta de aire. Temblor de piernas.</p>	<p><u>Inmediatas:</u></p> <p><u>Individuales Internas:</u> Pensamientos como “<i>Dios mío, por favor ayúdame</i>”.</p> <p><u>Externos:</u> Rezar</p> <p><u>De otros:</u> Nietos e hijas le dicen “<i>ya cálmate</i>”.</p> <p><u>Mediatas</u></p> <p><u>Individuales Internas:</u> Sentimientos de tristeza. Pensamientos relacionados con el grupo primario de apoyo, como “<i>ellos no me comprenden</i>”. Pensamientos relacionados con las crisis de angustia “<i>me siento mal</i>”</p> <p><u>Externos</u> Pérdida de actividades de la vida cotidiana. Acostarse.</p>

E	O	R	C
<p><u>Externos:</u> Estar en casa</p> <p><u>Internos:</u> Pensar en las crisis de angustia</p> <p><u>Historia</u> <u>Pasada:</u> Depresión (23 años antes). Diagnóstico de cáncer de mama (2009).</p>	<p>Biológico: Diagnóstico de cáncer de mama (enero), tratada con quimioterapia (marzo).</p> <p>Habilidades y déficits Habilidad para tejer Habilidad para el cuidado de plantas</p> <p>Historia de reforzamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de afrontamiento centrado en la emoción. 	<p>Trastorno depresivo mayor</p> <p><u>Motoras:</u> Acostarse</p> <p>Decir “me siento muy mal” (relacionado a las crisis de angustia)</p> <p>Pérdida de actividades de la vida cotidiana (quehaceres del hogar, tejer y cuidado de plantas).</p> <p>Intentar ingerir muchas pastillas (evento único)</p> <p><u>Cognitivas:</u> Sentimientos de tristeza. Pensamientos relacionados con las actividades diarias, como “<i>ya no me valgo por mí misma</i>”, “<i>ya no me importa comer ni bañarme</i>”, “<i>no soporto el ruido</i>”.</p> <p>Pensamientos sobre la conservación de la vida: “<i>sigo pensando que es mejor morirme</i>”</p> <p><u>Fisiológicas:</u> Dificultad para conciliar y mantener el sueño.</p>	<p><u>Inmediatas</u> <u>Individuales</u> <u>Externas:</u> Permanecer acostada</p> <p>De otros: Hijas la regañan. Esposo evita que se tome las pastillas</p> <p><u>Mediatas</u> <u>Individuales</u> <u>Externas:</u> Platicar con su hijo de lo “mal” que se siente</p> <p><u>Internas:</u> Pensamientos relacionados con sus hijas: “<i>me rechazan</i>”.</p> <p>Crisis de angustia</p> <p><u>De otros:</u> Retirar de su cuarto las pastillas y objetos punzocortantes. Estar siempre acompañándola. Hijo le dice “échale ganas” y llora.</p>

Análisis funcional

Paciente femenina de 64 años, originaria y residente del Estado de México. Casada, vive con su esposo, hijo, nuera y nietos, ama de casa, católica, escolaridad secundaria. Diagnóstico cáncer de mama, en tratamiento de quimioterapia. La paciente acude al servicio de psicooncología/ medicina conductual y refiere: *“Desde que me operaron me siento muy mal, estoy muy triste... esto ya me había pasado antes, es depresión, otra vez necesito pastillas”* (sic. pac.). La conducta problema de la paciente se conceptualiza de acuerdo con los criterios del DSM como un Trastorno de Angustia sin Agorafobia/ Trastorno de Pánico y un Trastorno Depresivo Mayor.

El Trastorno de Angustia sin Agorafobia/ Trastorno de Pánico se caracteriza a nivel motor por entrar y salir del cuarto, a nivel cognitivo con sentimientos de desesperación, pensamientos catastróficos como *“de esta no voy a salir”, “no voy a aguantar las quimioterapias”, “me voy a morir”* (sic. pac.), a nivel fisiológico con sensaciones de presión en el pecho, falta de aire y temblor en las piernas.

Lo anterior se hace altamente probable cuando Lucero está en casa y tiene efectos secundarios de la quimioterapia (náuseas, mareos y falta de apetito). Por otra parte, dicha conducta se ve mantenida en el tiempo por reforzamiento negativo porque de manera inmediata Lucero se reza, piensa *“Dios mío por favor ayúdame”* (sic. pac.) y sus hijas y nietos le dicen *“ya cálmate”* (sic. pac.); de igual manera, de forma mediata Lucero, vuelve a presentar malestar caracterizado por sentimientos de tristeza y pensamientos relacionados con el grupo primario de apoyo, como *“ellos no me comprenden”* (sic. pac.) y relacionados con las crisis de angustia *“me siento mal”* (sic. pac.), de forma externa con la pérdida de actividades cotidianas, y la paciente se acuesta, es decir, a mediano plazo se genera como malestar sintomatología depresiva.

Dicho malestar se conceptualiza como un Trastorno Depresivo Mayor, el cual se caracteriza a nivel motor con la pérdida de actividades de la vida cotidiana (quehaceres, tejer y cuidado de plantas), decir *“me siento muy mal”* (sic. pac.) acostarse durante el día e intentar ingerir muchas pastillas (evento único), a nivel cognitivo con sentimientos de tristeza y pensamientos relacionados con la pérdida de actividades como: *“ya no me valgo por mí misma”, “ya no me importa comer, ni bañarme”, “no soporto el ruido”* (sic. pac.).

pac.), así como relacionados con la conservación de la vida “*sigo pensando mejor morirme*” (*sic. pac.*), y a nivel fisiológico con dificultad para conciliar y mantener el sueño.

Lo anterior se presenta después de que la paciente presenta crisis de angustia o piensa en éstas. Por otra parte, se ve mantenido en el tiempo porque de manera inmediata Lucero permanece acostada, sus hijos la regañan, su esposo le pregunta “¿*Qué estás haciendo?*” y de manera mediata, Lucero le platica a su hijo lo mal que se siente, piensa que sus demás hijas “*la rechazan*”, presenta nuevas crisis de angustia, pero obtiene un refuerzo positivo por parte de su hijo cuando él le dice “*échale ganas*” y llora, así como cuando su familia le retira las pastillas y objetos punzocortantes de su cuarto y no la dejan sola.

Por otra parte, ambas conductas se ven mediadas por el estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Lucero cuenta con una habilidad para tejer y el cuidado de las plantas.

Con base en el análisis anterior, el malestar de la paciente se caracteriza por un Trastorno de Angustia sin Agorafobia/ Trastorno de Pánico y un Trastorno Depresivo Mayor que funcionan como antecedente y consecuente uno del otro, por lo tanto, si se proporciona una intervención en las respuestas cognitivas y fisiológicas de las crisis de angustia mediante respiración pasiva y detención del pensamiento, así como en las respuestas a nivel motor del trastorno depresivo mayor mediante el uso de activación conductual, la paciente logrará regular y disminuir la presencia de las crisis de angustia e incrementar actividades de agrado y dominio que proporcionan fuentes de reforzamiento primario.

Hipótesis funcional

Si la paciente recibe una intervención cognitivo conductual para modificar sus respuestas cognitivas y fisiológicas del trastorno de angustia sin agorafobia, y al mismo tiempo, para el trastorno depresivo mayor se expone a fuentes de reforzamiento primario disminuirá su sintomatología y logrará una mejor adaptación a la enfermedad y los efectos del tratamiento.

Diagnóstico multiaxial DSM IV

Eje 1: F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia + F33 Trastorno depresivo mayor

Eje 2: Sin diagnóstico

Eje 3: Cáncer de mama +HAS+ DMT2+ Dislipidemia

Eje 4: Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo

Eje 5: 50-41

Criterios diagnósticos:

Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (panic attack)

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. Palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca.
2. Sudoración.
3. Temblores o sacudidas.
4. Sensación de ahogo o falta de aliento.
5. Sensación de atragantarse.
6. Opresión o malestar torácico.
7. Náuseas o molestias abdominales.
8. Inestabilidad, mareo o desmayo.
9. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
10. Miedo a perder el control o volverse loco
11. Miedo a morir
12. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. Escalofríos o sofocaciones

Criterios para el diagnóstico de F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia

A. Se cumplen 1 y 2:

1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes
2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
 - (a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis
 - (b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")
 - (c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

Criterios para el episodio depresivo mayor

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

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Diagnóstico DSM 5

300.001 (F41.0) Trastorno de pánico +300.4 (F32.3) Trastorno depresivo mayor, cáncer de mama. HAS, DMT2, Dislipidemia, problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, WHODAS 20 puntos (12 preguntas administradas por el entrevistador).

Criterios diagnósticos para el Trastorno de pánico

A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes:

Nota: La aparición súbita se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad.

1. Palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca.
2. Sudoración.
3. Temblor o sacudidas.
4. Sensación de dificultad para respirar o de asfixia.
5. Sensación de ahogo.
6. Dolor o molestias en el tórax.
7. Náuseas o malestar abdominal.
8. Sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo.
9. Escalofríos o sensación de calor.
10. Parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo).
11. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo).

12. Miedo a perder el control o de “volverse loco.”

13. Miedo a morir.

B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes:

1. Inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias (p. ej., pérdida de control, tener un ataque de corazón, “volverse loco”).
2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (p. ej., comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares).

C. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo, trastornos cardiopulmonares).

D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., los ataques de pánico no se producen únicamente en respuesta a situaciones sociales temidas, como en el trastorno de ansiedad social; en respuesta a objetos o situaciones fóbicas concretos, como en la fobia específica; en respuesta a obsesiones, como en el trastorno obsesivo-compulsivo; en respuesta a recuerdos de sucesos traumáticos, como en el trastorno de estrés postraumático; o en respuesta a la separación de figuras de apego, como en el trastorno de ansiedad por separación).

Criterios diagnósticos para el Trastorno depresivo mayor

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

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

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

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

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

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Objetivo general

La paciente utilizará respiración pasiva, detención del pensamiento y realizará actividades de agrado para lograr una mejor adaptación a la enfermedad.

Objetivos específicos

Trastorno de angustia sin agorafobia/ Trastorno de pánico

La paciente:

- Realizará ejercicios de respiración pasiva.
- Utilizará respiración pasiva ante crisis de angustia.
- Identificará los pensamientos relacionados con las crisis de angustia.

Trastorno Depresivo Mayor

La paciente:

- Identificará actividades de dominio y agrado.
- Realizará actividades de dominio y agrado.

Selección de técnicas

Trastorno de angustia sin agorafobia/Trastorno de pánico

- Respiración pasiva
- Detención del pensamiento

Trastorno Depresivo Mayor

- Activación conductual

Intervención

Sesión	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
15.01.2018	Intervención en crisis	<p>La paciente es atendida después de la notificación de la recurrencia y propuesta de tratamiento: <i>“me siento muy triste, muy deprimida, no creí que esto me volvería a pasar, solamente Dios es el que sabe. Yo ya había pasado por esto, pero ahora es diferente, me tendrán que quitar el seno, no sé si podré aguantar el tratamiento... fue como si me dijeran que pronto me voy a morir”</i> (sic. pac.). Muestra llanto contingente.</p> <p>Se normaliza la respuesta de llanto.</p> <p>Se realiza ejercicio de respiración pasiva.</p>	<p>La paciente interrumpe el llanto y menciona: <i>“ya me siento más tranquila, es algo muy duro lo que estoy pasando, voy a platicar con mi familia”</i> (sic. pac.).</p>
06.02.2018	Monitoreo	<p>Se aborda a la paciente en la sala de espera para realizar un monitoreo.</p>	<p>La paciente comenta: <i>“Ya me siento más tranquila, hablé con mis hijos y ellos me van a apoyar para tratarme”</i> (sic. pac.).</p>
<p>Nota: Se pierde el contacto con la paciente, es llevada a una mastectomía radical modificada e inicia tratamiento de quimioterapia. En el segundo ciclo de quimioterapia la paciente acude nuevamente al consultorio de</p>			

Psicooncología/Medicina Conductual a solicitar una cita.

<p>24.04.2018</p>	<p>Entrevista inicial Psicoeducación</p>	<p>La paciente acude nuevamente a solicitar una cita al consultorio de psicooncología. A la entrevista menciona: <i>“esto es depresión, ya me había pasado antes, tengo los mismos síntomas, por eso vine para que me ayude creo que necesito tomar pastillas otra vez”</i> (sic. pac.).</p> <p>Se realiza entrevista de primera vez, la paciente menciona: <i>“después de que me ponen la quimio, me desespero, me la paso entrando y saliendo del patio, siento una presión en el pecho, me falta el aire, me mareo y me tiemblan las piernas. Pienso... muchas cosas malas, que me voy a morir, que no voy a aguantar la quimio, Lo único que hago es ponerme a rezar y pedirle a Dios que me ayude”</i> (sic. pac.)</p> <p>La paciente refiere que tener un gran malestar a causa de esto que hace quince días tuvo un intento de suicidio con pastillas que fue interrumpido por su esposo. Se</p>	<p>A la interrogación la paciente menciona: <i>“sigo pensando que es mejor morirme”</i> (sic. pac.). Sin embargo, niega identificar algún otro método o tener un plan para terminar con su vida.</p> <p>ENA de tristeza 10/10 IDB= 58 Depresión grave</p> <p>Después de la psicoeducación la paciente menciona: <i>“Sí, voy a seguir viniendo con usted, pero también voy a sacar mi cita en psiquiatría porque creo que si necesito un medicamento que me ayude”</i> (sic. pac.)</p>
-------------------	--	---	---

		<p>evalúa ideación suicida presente.</p> <p>Además, la paciente refiere sentirse “triste”, después de la presencia de las crisis y menciona perder el interés por las actividades cotidianas: <i>“No me importa ni de bañarme, ni comer, no puedo tejer, he descuidado mis plantas, no soporto el ruido”</i> (sic. pac.). Se evalúa un episodio previo de depresión hace 23 años, de acuerdo con la paciente: <i>“fue porque una de mis hijas salió embarazada y me enteré por otra persona”</i> (sic. pac.)</p> <p>Se aplica el Inventario de Depresión de Beck.</p> <p>Se brinda psicoeducación sobre la terapia cognitivo conductual y la consulta psiquiátrica.</p> <p>Se deja de tarea solicitar cita en psiquiatría e indagar si la ‘falta de aire’ es un efecto secundario de la quimioterapia.</p>	
02.05.218	Entrevista de	Se realiza entrevista de devolución de	La paciente menciona: <i>“Yo sé que esto</i>

	<p>devolución de información.</p> <p>Revisión de tarea.</p> <p>Respiración pasiva</p>	<p>de información.</p> <p>Se revisa la tarea.</p> <p>Se moldean y modelan ejercicios de respiración pasiva, la paciente refiere: “<i>me siento más relajada</i>” (sic. pac.).</p> <p>Se deja de tarea realizar los ejercicios de respiración pasiva dos veces al día.</p>	<p><i>es depresión, porque la vez pasada me sentía igual que ahora, y las pláticas de la psicóloga y las pastillas me sacaron adelante</i>” (sic. pac.).</p> <p>La paciente menciona: “<i>ya tengo mi cita en psiquiatría, es el 31 de mayo</i>”, “<i>le dije a la doctora lo que me pasaba, me mandó a hacer un electro para ver si mi corazón estaba bien</i>” (sic. pac.).</p> <p>ENA de tristeza 10/10</p>
08.05.2018	<p>Revisión de tarea</p> <p>Respiración pasiva</p> <p>Detención del pensamiento.</p> <p>Activación conductual</p>	<p>La paciente acude a consulta después de realizarse el electrocardiograma, y refiere “<i>el doctor que me hizo el estudio me dice que todo está bien con mi corazón</i>” (sic. pac.).</p> <p>Revisión de tarea.</p> <p>Se le pide a la paciente que realice un ejercicio de respiración pasiva, se refuerza.</p> <p>La paciente menciona: “<i>En la noche es cuando más me desespero, no puedo dormir, me la paso dando vueltas en la</i></p>	<p>La paciente menciona: “<i>Si he realizado los ejercicios de respiración, me han servido mucho, me ayudan a estar más tranquila</i>”. (sic. pac.).</p> <p>La paciente refiere: “<i>cuando me siento triste es porque me siento mal, me dan náuseas, no me importa comer, ni me importa bañarme, nadie está conmigo</i>”, “<i>pienso que no voy a aguantar la quimioterapia, de esta no voy a salir, me voy a morir. Ni siquiera puedo</i></p>

		<p><i>cama, y me despierto muy temprano” (sic. pac.)</i></p> <p>Se deja de tarea realizar el ejercicio de respiración pasiva antes de dormir.</p> <p>Se le pide a la paciente que identifique los pensamientos relacionados con la tristeza y menciona <i>“es que cómo le diré señorita, son muchas cosas malas” (sic. pac.)</i></p> <p>Se le pide a la paciente que identifique actividades de agrado y menciona:</p> <p><i>“Me gustaría hacer algo, en el DIF que está por mi casa dan zumba y otras clases” (sic. pac.)</i></p> <p>Se le deja de tarea a la paciente que investigue sobre las clases a las que podría asistir.</p>	<p><i>valerme por mí misma” (sic. pac.)</i></p> <p>La paciente comenta: <i>“a mi antes me gustaba mucho tener y bordar, tengo una bolsa abandonada de que ahora ya no puedo hacerlo”, “yo tenía mis plantas, pero ahora las riega mi nieto”, “a veces me salgo a caminar, pero con este clima no puedo hacerlo siempre porque me puedo enfermar y me retrasan la quimio”</i></p> <p><i>“yo quisiera lavar cuando menos un plato, pero mis hijos me regañan, dicen que no me cuido”, “lo único que hago ahora es poner a mi cotorro, y le platico lo mal que me siento” (sic. pac.)</i></p> <p>ENA de tristeza 10/10</p>
15.05.2018	<p>Revisión de tarea</p> <p>Detención del pensamiento</p> <p>Activación conductual</p>	<p>Se revisa la tarea de respiración pasiva e investigar sobre las clases del DIF.</p> <p>Se comienzan con ejercicios de detención del pensamiento, la paciente refiere: <i>“si puedo dejar de pensar en eso” (sic. pac.)</i>.</p> <p>Se deja de tarea realizar el ejercicio de</p>	<p>Respecto a la respiración pasiva la paciente menciona: <i>“si los he seguido haciendo, me tranquilizan cuando me falta el aire, así que los hago varias veces al día” (sic. pac.)</i>.</p> <p>Con relación a activación conductual</p>

		<p>detención del pensamiento una vez al día.</p> <p>La paciente refiere: <i>“Ya quiero que me den pastillas, no soporto el ruido, ahora hasta le pido a mi nieto que encierre al cotorro en su cuarto”</i> (sic. pac.).</p> <p>Se le pide a la paciente que identifique tres actividades de agrado que podría hacer en casa.</p>	<p>afirma: <i>“Si fui a investigar, pero todas las clases son muy pesadas para que yo pueda hacerlas”</i> (sic. pac.).</p> <p>La paciente comenta: <i>“le voy a pedir a mi nieta que me ayude a aplaudir, le voy a explicar cómo lo hicimos aquí. Yo creo que, si me va a ayudar, es la única a la que le preocupo”</i> (sic. pac.).</p> <p>La paciente identifica como actividades que puede hacer en casa:</p> <ul style="list-style-type: none">• Regar las plantas• Lavar un plato• Poner al cotorro <p>ENA de tristeza 10/10</p>
--	--	--	---

Resultados

El presente caso se encuentra en curso. En la Tabla 1 se muestran verbalizaciones de los resultados de cada técnica:

Tabla 1

Resultados de Lucero de acuerdo con las técnicas utilizadas

Técnica	Resultado
Respiración pasiva	<i>“Si he realizado los ejercicios de respiración, me han servido mucho, me ayudan a estar más tranquila”. (sic. pac.).</i>
Detención del pensamiento	<i>“Si puedo dejar de pensar en eso” (sic. pac.).</i>
Activación conductual	<i>“Yo creo que puedo regar las plantas, porque mis hijas me acaban de plantar unas... Yo quisiera lavar, aunque sea una cuchara... Puedo seguir poniéndole comida y agua a mi cotorro” (sic. pac.)</i>

Sin embargo, en todas las sesiones la paciente refiere una ERA de tristeza 10/10, es decir no identifica una mejoría.

Por otra parte, la paciente mostró adherencia a las sesiones y cumplía con las tareas que se dejaban sesión a sesión, incluso mostraba iniciativa para la realización de estas, ejemplo de esto se presentó en la última sesión cuando se indica la tarea de detención del pensamiento y ella refiere *“le voy a pedir a mi nieta que me ayude a aplaudir, le voy a explicar cómo lo hicimos aquí. Yo creo que, si me va a ayudar, es la única a la que le preocupó” (sic. pac.)*. Respecto a los objetivos específicos que se plantearon para cada uno de los trastornos se logró que la paciente realizara ejercicios de respiración pasiva de dos a tres veces por día, ante crisis de angustia e identificara los pensamientos relacionados con las crisis de angustia y actividades de agrado y dominio.

Conclusiones

De acuerdo con Lara (2006) cuando las personas son diagnosticadas con cáncer se presenta una respuesta emocional que comprende tres fases: 1) las personas reaccionan con incredulidad, rechazo y desesperación, 2) se presentan reacciones de tipo ansiosas, depresivas, alteraciones a la vida cotidiana, insomnio, anorexia, irritabilidad, y 3) una adaptación donde las personas se muestran más optimistas y reanudan sus actividades cotidianas.

Sin embargo, existe un gran número de pacientes que no logran una adaptación a la enfermedad y presentan trastornos ansiosos y depresivos. Uno de los factores que contribuyen a la presencia y mayor gravedad de estos trastornos es el uso de estrategias centradas en la emoción (Ortiz et al., 2014).

Aunado a lo anterior, las relaciones familiares afectan la manera en la que se manifiestan sintomatologías ansiosas y depresivas, debido a que las pacientes con cáncer de mama tienden a buscar constantemente apoyo, el cual, al no ser proporcionado, o bien ser percibido como disminuido favorece niveles más altos de estos trastornos (Parra, García & Insuasty, 2011).

En el presente caso se ilustra una reacción exacerbada ante la notificación de la recurrencia con antecedentes de poca noción de enfermedad e incumplimiento terapéutico del tratamiento adyuvante en la primera ocasión y que actualmente cursa con sintomatología de tipo ansiosa y depresiva, la cual, se ha visto agravada por un estilo de afrontamiento centrado en la emoción y una percepción disminuida del apoyo social.

La sintomatología presente en la paciente requiere de una evaluación exhaustiva, ya que, por una parte, las respuestas relacionadas con las crisis de angustia podrían confundirse con efectos secundarios del tratamiento de quimioterapia. Por otra parte, ambas sintomatologías se caracterizan de diferente manera, pero tiene una relación recíproca donde una es antecedente y consecuente de la otra. De esta manera, una intervención cognitivo conductual en ambas sintomatologías podría favorecer a la paciente para lograr una adaptación a la enfermedad y los tratamientos, que incluye el retorno a la rutina normal y la aparición del “optimismo” (Meza, Espíndola, Mota, Rodríguez & Díaz, 2005).

Áreas de oportunidad

Se reconocen como áreas de oportunidad las siguientes:

- Realizar un mejor seguimiento después de la presencia de una crisis.
- Utilizar medidas de evaluación adecuadas a la escolaridad e inteligencia de la paciente. Porque los datos del Inventario de Depresión de Beck y Escala Referencial Análoga pueden ser no comprendidos por la paciente.
- También, realizar una evaluación más amplia de las conductas problema, considerando la más reciente, la más grave y los parámetros de la conducta (frecuencia, intensidad y duración).
- Utilizar una medida (ERA e Inventarios) para ambas conductas de interés, ya que solo se presentan los datos relacionados con la depresión.
- Priorizar con la paciente las conductas problemas para comenzar la intervención.
- Corroborar la información con algún cuidador, en especial de la ideación suicida. Además, brindar una intervención relacionada con la misma.
- Completar la evaluación del apoyo social, definir de manera operacional qué es lo que la paciente espera de su familia, qué ha hecho para conseguirlo y cómo se han comportado ellos, para poder realizar una intervención capaz de modificar la percepción que tiene del apoyo social.

Referencias

- Lara, S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2 (2), 241-257.
- Meza, M., Espíndola, J., Mota, C., Rodríguez, M. & Díaz, E. (2005). Factores que inciden en la adaptación a la enfermedad en mujeres con cáncer de mama. *Psicología Iberoamericana*, 13 (1), 43-47.
- Ortiz, E., Méndez, L., Camargo, J., Chavarro, S., Toro, G. & Vernaza, M. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión, autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia*, 8 (1), 77-83.
- Parra, C., García, L. & Insuasty, J. (2011). Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40 (1), 65-84.



Apéndice 2

Hospital Juárez de México

Medicina Conductual

Servicio de Oncología

Presentación de caso clínico



Lic. Psic. Rocío Daniela Ramírez Montalvo

Ficha de identificación

Nombre: Sara	Sexo: Femenino
Edad: 47 años	Estado civil: Casada
Ocupación: Enfermera	Escolaridad: Técnica en enfermería
Religión: católica	Lugar de origen/residencia: Hidalgo/ Estado de México
No. de hijos: Tres	Dx. médico: Cáncer de mama derecha ECIIIA (T2 N2 M0)

Selección del caso

Se estima que el cáncer de mama tendrá una incidencia de 27 283 mujeres en 2018, de las cuales fallecen 6 884 pacientes (Organización Mundial de la Salud, 2018). La mayoría de las mujeres son diagnosticadas ante la aparición de algún síntoma, es decir, en estadios avanzados de la enfermedad, con pronósticos menos favorables para lograr períodos libres de enfermedad y menor sobrevida global (Maffus, Labastida, Espejo & Rodríguez, 2017).

Valderrama y Sánchez (2018) mencionan que en pacientes con enfermedad neoplásica avanzada se asocia con alta frecuencia de síntomas depresivos y ansiosos. Tomando en cuenta todo lo anterior, se pretende mostrar la intervención cognitiva en un caso con dichas sintomatologías en una paciente con cáncer de mama en un estadio avanzado.

Motivo de consulta

La paciente es entrevistada por el servicio de Medicina Conductual después de la una consulta de consulta en la clínica de onco-mama tras la notificación del diagnóstico, en el

cual se identificó una probable sintomatología ansiosa y se dio una cita en consulta externa con otro residente.

En la consulta de primera vez en el consultorio, Sara comenta: “*quiero mantenerme emocionalmente mejor, desde que me diagnosticaron siento miedo, angustia y tristeza, no sé qué va a pasar conmigo, sí tengo metástasis o sí voy a estar muy mal*” (sic.pac.)

Antecedentes

Heredofamiliares: Madre con diabetes mellitus tipo 2, padre finado por hipertensión arterial sistémica y cáncer de próstata. Tía materna y hermana con cáncer de mama. Tía materna con cáncer cervicouterino.

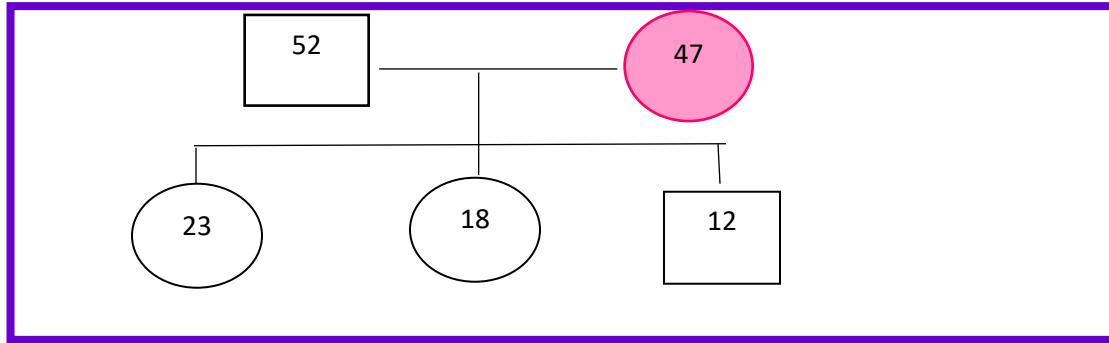
Personales no patológicos: Habita casa construida con materiales perdurables, techo y paredes de cemento, cuenta con todos los servicios de urbanización. Realiza aseo personal y cambio de ropa exterior e interior diariamente. Zoonosis negativa. Alimentación adecuada en cantidad y calidad.

Personales patológicos: Crónico-degenerativos, alérgicos, transfusiones interrogados y negados. Quirúrgicos: ooforectomía bilateral en 2012, histerectomía en 2016. Traumáticos: fractura de miembro torácico izquierdo a los 24 años. Toxicomanías: Tabaquismo negado, alcoholismo ocasional.

Psicológicos patológicos: la paciente niega haber recibido atención psicológica o psiquiátrica previa.

Dinámica familiar y familiograma

Sara es una mujer casada desde hace 23 años. Su esposo es campesino, sus hijos son estudiantes de universidad, preparatoria y secundaria. Añade: “*mi relación con ellos es buena, no solemos ser muy cariñosos, pero nos apoyamos cuando lo necesitamos*” (sic pac.).



Historia del problema

Médica

13/05/2018. Primera vez en la clínica de Oncología-mama. La paciente inicia su padecimiento con aumento en la región axilar derecha. Acude con mastografía con reporte BIRRADs 4C. Se solicita biopsia y se inicia protocolo de estudios.

01/06/2018. Reporte de patología BJ4014-18 Carcinoma invasor sin patrón específico, grado histológico 2 y carcinoma ductal in situ extenso, receptores estrogénicos 60%, receptores de progesterona 40%. Gamagrama óseo sin evidencia de lesiones. Resultados de TAC cuello, tórax y abdomen: nódulos subsólidos en ambos hemitórax. Granuloma calcificado en hemitórax derecho y hepáticos. Adenomalgias axilares derechas. Hernia hiatal. Litiasis vesicular. La paciente es personal del Hospital Juárez de México, cuenta con servicio médico ISSSTE, razón por la cual no puede solicitar gastos catastróficos e inicia atención en dicha institución.

26/06/2018. Colocación de catéter puerto con complicación (disnea y dolor pleurítico a la inspiración). Se decide su ingreso al piso para vigilancia.

27/06/2018. Alta por mejoría del servicio de oncología. Realización de PET-CT, sin reporte de metástasis.

07/2018 Inicia quimioterapia neoadyuvante en el ISSSTE.

12/08/18. Homeopatía. No se encuentra nota de primera vez en el servicio, la nota subsecuente refiere diagnóstico de Ca de mama, depresión asociada al cáncer y síndrome

del climaterio posmenopáusica consecuencia de cirugía. Se brinda tratamiento a base de ignatia 200 ch cada 12 horas por 10 días y continuar mac 30 cc.

19/09/18. Homeopatía. Tratamiento a base de natrmur 1000 ch cada 12 horas y contu mac 30 ch cada 48 horas.

Psicológica

Al inicio del padecimiento oncológico la paciente menciona: *“En cuanto me palpé la axila, fui a hacerme una mastografía, sabía que podría ser cáncer”* (sic pac.).

Ante la notificación del diagnóstico la paciente comenta: *“Yo me tocaba, pero al parecer no lo hacía bien, me siento impotente, no sé qué va a pasar conmigo”* (sic pac.).

Acerca de la sospecha de metástasis Sara refiere: *“si ya tengo metástasis no voy a vivir mucho tiempo, no estoy preparada para la muerte”* (sic pac.).

Padecimiento actual

La primera vez en el consultorio, Sara comenta: *“Hace dos semanas me dijeron que tengo cáncer de mama, me siguen haciendo estudios porque probablemente tengo metástasis pulmonares. Me siento impotente, porque yo me exploraba, al parecer no lo hacía bien, no sé qué va a pasar conmigo”* (sic pac.).

Asimismo, menciona que al pensar en su estado de salud: *“me siento angustiada, tengo mucho miedo, pienso en qué va a pasar conmigo, ¿sí tengo metástasis?, ahorita solo sospechan del pulmón y descartaron hueso, pero se me puede ir a sistema nervioso, tal vez voy a estar muy mal, a lo mejor no voy a vivir mucho y no estoy preparada para la muerte. También creo que ya tendría que haber iniciado un tratamiento con quimioterapia, pero no sé qué reacciones voy a tener”* (sic pac.).

Refiere sentirse preocupada por su situación laboral: *“mi esposo es campesino, su ingreso es anual, nosotros nos mantenemos de mi sueldo, si mi salud se complica ya no podré venir, no sé cuántas incapacidades puedo pedir sin que baje mi sueldo. ¿Y si vengo?, a lo mejor los pacientes no quieren que yo los atienda cuando pierda el cabello... no sé si podré hacer todas mis actividades, yo soy encargada de un área, creo que le diré a la jefa que ya no podré”* (sic pac.).

Añade manifestar temblores, presión en el pecho, tensión muscular, dificultades para mantener el sueño y llanto. Para sentirse mejor la paciente: *“respiro, me digo ‘tranquila, debo de aceptar’, ‘a lo mejor yo no tengo efectos secundarios’ y me pongo a hacer mis cosas”* (sic pac.).

Sara tiene como conocimiento previo: *“hace algunos años mi hermana también tuvo cáncer de mama, ahora sólo se realiza estudios. Sé que el cáncer se puede tratar, pero no sé cómo me va a ir a mí”* (sic pac.).

Sara comenta: *“mi familia me ha apoyado en esto, todos saben por lo que estoy pasando, me dicen que piense positivo y que primero Dios todo va a salir bien”* (sic pac.). También menciona: *“he cambiado mucho con mi familia desde entonces, trato de regañar menos a mi hijo, de decirle a mi familia cuánto los quiero”* (sic pac.)

Impresión y actitud general

Paciente femenina de complexión ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acordes al contexto hospitalario. Presenta facie triste. Se muestra cooperadora a la entrevista.

Examen mental

Paciente de edad aparente igual a la cronológica. Orientada en las cuatro esferas (TEPC), alerta, consciente, con adecuada respuesta al ambiente. Muestra facie triste. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y fluido. Pensamiento abstracto. Sin alteraciones aparentes en la sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente con inteligencia promedio. Estado de ánimo “angustiada”. Muestra consciencia de enfermedad.

Desde la segunda sesión (19/06/18) muestra llanto contingente ante los temas relacionados con su enfermedad.

Factores psicológicos complementarios

Locus de control interno. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo percibidas como existentes y funcionales. Apoyo social de tipo emocional e instrumental.

Personalidad previa

Sara se define como: “Yo era una persona fuerte, nunca lloraba en frente de nadie” (sic pac.).

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

- Entrevista conductual
- ERA de tristeza
- ERA de angustia
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado
- Inventario de Depresión de Beck

Análisis y descripción de conductas problema

Lista de conductas problema

Cognitivas:

- Sentimientos de angustia
- Sentimientos de tristeza
- Sentimientos de miedo
- Pensamientos anticipatorios relacionados con su condición médica
- Pensamientos anticipatorios relacionados con su situación laboral

Fisiológicas

- Temblor
- Presión en el pecho
- Tensión muscular
- Dificultad para mantener el sueño
- Llorar

Modelo secuencial integrativo:

E	O	R	C
<p><u>Externos:</u> Cuando no está realizando actividades. Al terminar su jornada laboral y sentarse. En el camino del trabajo a casa. En casa cuando está sentada o parada sin realizar actividades. Cuando despierta en la noche.</p> <p><u>Internos:</u> Pensar en que tiene cáncer</p> <p><u>Historia Contemporánea:</u> Diagnóstico de cáncer de mama derecha (mayo, 2018) Inicio de tratamiento de quimioterapia (Julio, 2018)</p> <p><u>Pasada:</u> Hermana con cáncer de mama.</p>	<p><u>Biológico:</u> Diagnóstico de cáncer de mama (mayo), tratada con quimioterapia (Julio).</p> <p><u>Historia de reforzamiento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de afrontamiento centrado en la emoción. • Locus de control externo. <p><u>Habilidades y competencias:</u> Conocimientos de enfermería</p>	<p>F43.22 Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28].</p> <p><u>Motora</u></p> <p><u>Cognitivas:</u> Sentimientos de angustia, tristeza, miedo. Pensamientos anticipatorios sobre su estado de salud: “¿si tengo metástasis?”, “sospechan del pulmón, pero se me puede ir a sistema nervioso central”, “si ya tengo metástasis no voy a vivir mucho tiempo”, “¿quién sabe cuánto tiempo me quede?”, “no estoy preparada para la muerte”, “ya tenía que iniciar tratamiento” “no sé qué efectos va a tener la quimio en mí”</p> <p>Pensamientos relacionados con sus actividades: “si mi salud se complica no podré seguir trabajando, ¿qué vamos a hacer?, yo mantengo a mi familia”, “a lo mejor los pacientes no quieren que los atienda cuando ya no tenga pelo”, “no sé si podré hacer todas mis actividades, hablaré con la jefa para ya no ser la encargada”</p> <p><u>Fisiológicas:</u> Temblor Presión en el pecho Tensión muscular Dificultad para mantener el sueño Llanto</p>	<p><u>Inmediatas:</u></p> <p><u>Individuales Internas:</u> Pensamientos como “Tranquila, debo de aceptar” “Yo no sé ni cómo voy a reaccionar, a lo mejor a mí no me pasa”</p> <p><u>Externas:</u> Respirar</p> <p><u>De otros:</u> Su esposo le dice “primero Dios todo va a salir bien”</p> <p><u>Mediatas Individuales</u></p> <p><u>Externas:</u> Realizar actividades para distraerse Intentar dormir</p> <p><u>De otros:</u> Le dicen “piensa positivo”</p>

Análisis funcional

Sara es una paciente femenina de 47 años, originaria de Hidalgo y residente del Estado de México. Casada, vive con su esposo e hijos, católica, técnica en enfermería. Con diagnóstico de cáncer de mama derecha EC IIIA. Acude a consulta de medicina conductual/psicooncología después de la atención en crisis ante la notificación del diagnóstico. Sara menciona: “quiero mantenerme emocionalmente mejor, desde que me diagnosticaron siento angustia, tristeza y miedo, no sé qué va a pasar conmigo, si tengo metástasis, si voy a estar muy mal” (sic pac.).

La conducta problema de Sara se caracteriza a nivel cognitivo con sentimientos de angustia, tristeza y miedo, pensamientos relacionados con su estado de salud como: “¿si tengo metástasis?”, “sospechan del pulmón, pero se me puede ir a sistema nervioso central”, “si ya tengo metástasis no voy a vivir mucho tiempo”, “¿quién sabe cuánto tiempo me quede?”, “no estoy preparada para la muerte”, “ya tenía que iniciar tratamiento” “no sé qué efectos va a tener la quimio en mí” (sic pac.), y pensamientos relacionados con sus actividades con sus actividades: “si mi salud se complica no podré seguir trabajando, ¿qué vamos a hacer?, yo mantengo a mi familia”, “a lo mejor los pacientes no quieren que los atienda cuando ya no tenga pelo”, “no sé si podré hacer todas mis actividades, hablaré con la jefa para ya no ser la encargada” (sic pac.); igualmente, a nivel fisiológico muestra temblor, presión en el pecho, tensión muscular, dificultad para mantener el sueño y llanto.

La presencia del malestar descrito anteriormente se hace más probable cuando Sara termina sus actividades laborales y se sienta a descansar, en el camino del trabajo a casa, en casa cuando está sentada o parada sin realizar actividades y cuando despierta en la noche.

Por otro lado, Sara logra disminuir dicho malestar cuando de manera inmediata piensa “*Tranquila, debo de aceptar*”, “Yo no sé ni cómo voy a reaccionar, a lo mejor a mí no me pasa”, respira o su esposo le dice “primero Dios todo va a salir bien”. Como consecuencia mediata realiza alguna actividad para distraerse, intenta dormirse y otros le dicen “piensa positivo”.

Como parte de la historia de Sara, ella fue diagnosticada en mayo, y tiene una hermana con cáncer de mama de la que refiere tener información de la enfermedad y el tratamiento. Finalmente, como variables mediadoras de la conducta problema son el locus de control externo y el estilo de afrontamiento centrado en la emoción y sus conocimientos sobre enfermería.

Por lo tanto, el objetivo del tratamiento cognitivo conductual fue modificar las respuestas fisiológicas (llanto, temblor, presión en el pecho y tensión muscular) mediante relajación muscular progresiva, y cognitivas, es decir, los pensamientos relacionados con la enfermedad y la situación laboral, mediante elementos de terapia cognitiva, debido a que son los que generan mayor malestar, para que la paciente logre una mejor adaptación a la enfermedad y su tratamiento.

Hipótesis funcional

Si se realiza una intervención basada en relajación muscular progresiva y ejercicios de la terapia cognitiva la paciente mejorará su adaptación a la enfermedad y el tratamiento.

Diagnóstico multiaxial DSM IV

Eje I: F43.22 [309.28] Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo.

Eje II: Sin trastorno.

Eje III: Cáncer de mama derecha ECIIIA.

Eje IV: Sin trastorno.

Eje V: EEAG 70-61.

Criterios diagnósticos:

A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.

B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:

- 1. Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.**
- 2. Deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica).**

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.

D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

E. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

Diagnóstico DSM 5

309.28 (F43.23) Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido + Cáncer de mama derecha EC IIIA. WHODAS: 32 (versionaras de 12 preguntas administradas por el entrevistador).

Criterios diagnósticos

A. Desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor o factores de estrés identificables que se producen en los tres meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.

B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. Malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas.
- 2. Deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.**

C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.

D. Los síntomas no representan el duelo normal.

E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.

309.28 (F43.23) Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido: Predomina una combinación de depresión y ansiedad.

Objetivo general

La paciente modificará su respuesta fisiológica y generará pensamientos alternativos relacionados con su enfermedad para lograr una mejor adaptación a la enfermedad y sus tratamientos.

Objetivos específicos

La paciente:

- Identificará los estados de tensión-distensión.
- Realizará ejercicios de relajación muscular progresiva.
- Identificará los pensamientos relacionados con su estado de salud que generan ansiedad y tristeza.
- Identificará las respuestas emocionales de los pensamientos relacionados con su estado de salud.
- La paciente pondrá a prueba los pensamientos relacionados con su estado de salud.
- La paciente buscará explicaciones alternativas a sus pensamientos.
- La paciente reenfocherà los pensamientos relacionados con su salud.

Selección de técnicas

- Relajación muscular progresiva
- Elementos de la terapia cognitiva

Intervención

Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 1. 11/06/2018		
Evaluación conductual	<p>Se realiza entrevista inicial</p> <p>Se aplica el Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado e Inventario de Depresión de Beck</p> <p>Se evalúa Escala Referencial Análoga de tristeza y angustia</p>	<p>Sara menciona <i>“vengo para mantenerme emocionalmente mejor”</i> (sic pac.).</p> <p>Comenta que desde la notificación de su diagnóstico: <i>“me siento angustiada, triste, tengo miedo”</i> (sic pac.).</p> <p>Además, menciona preocupación por la economía: <i>“Mi esposo es campesino, su ingreso es anual. Yo quería atenderme aquí, pero no puedo entrar al programa de gastos catastróficos porque tengo ISSSTE... No sé qué va a pasar conmigo, tengo que venir a trabajar”</i> (sic pac.)</p> <p>Estado: 63 ALTO</p> <p>Rasgo: 36 MEDIO</p> <p>BDI: 16 Depresión leve</p> <p>ERA de tristeza 9/10</p> <p>ERA de angustia 8/10</p>

Sesión 2 (19/06/218)		
Evaluación conductual	Se continua con la evaluación inicial	<p>Sara comenta: “he seguido pensando en mi salud, la vez pasada que vine venía de una tomografía, ya fui a la consulta con la doctora, tengo unos nódulos en el pulmón, ella dice que no es metástasis, pero tengo que llevar los estudios al ISSSTE para ver qué me dicen... si ya tengo metástasis al pulmón, también se me puede ir al cerebro, quién sabe cuánto tiempo más me quede, qué va a ser mis hijos sin mamá, sólo voy a dar tristeza...tampoco sé cómo me va a ir con la quimioterapia” (sic pac.). Añade tener dificultades para mantener el sueño.</p> <p>Finalmente, refiere: “trato de intentar dormir, o cuando es de día intento distraerme haciendo cualquier cosa... pienso que ni yo sé cómo voy a reaccionar, a lo mejor a mí no me pasa” (sic pac.)</p>
	Se evalúa Escala Referencial Análoga de tristeza y ansiedad	<p>ERA de tristeza 9/10</p> <p>ERA de angustia 8/10</p>
<p>26/06/2018 Sara no acude a su cita debido a que es hospitalizada debido a complicaciones de la colocación del catéter puerto. En el área de hospitalización se reagenda la cita, pero debido a vacaciones del terapeuta y de la paciente se programa hasta el 7 de agosto.</p>		

Sesión 3 (7/08/2018)

Entrevista de devolución de información	<p>Se realiza una breve entrevista.</p> <p>Se le brinda información a la paciente de su conducta problema.</p>	<p>Sara comenta: “Me hice un PET en el que dice que no tengo metástasis en el pulmón, pero en el ISSSTE no lo tomaron en cuenta y ya me están dando tratamiento cómo si tuviera metástasis... eso me preocupa porque no sé si me va a funcionar” (sic pac.).</p> <p>Sara menciona: “a mí me gustaría que trabajáramos con la tristeza que tengo. Ya le había dicho que yo no solía llorar, y ahora cada que alguien me pregunta cómo estoy me pongo a llorar y les respondo que bien, pero pienso ‘por ahora, después no sé’” (sic pac.).</p>
Relajación Muscular Progresiva	<p>Se inician ejercicios de relajación muscular progresiva y se deja realizar de tarea una vez al día los ejercicios.</p> <p>Se evalúa la tristeza y angustia mediante Escala Referencial</p>	<p>Sara comenta: “siento mucha más tensión en la espalda... puedo realizar los ejercicios en la noche cuando no puedo dormir” (sic pac.).</p> <p>ERA tristeza 5/10</p> <p>ERA angustia 5/10</p>

	Análoga.	
Sesión 4 (21/08/2018)		
Relajación muscular progresiva	Se revisa la tarea	Sara menciona: “Si he realizado los ejercicios, de hecho, me siento menos tensa” (sic pac.).
Elementos de la terapia cognitiva	Se realiza psicoeducación de la relación entre los pensamientos y las emociones. Se deja de tarea realizar un autorregistro de pensamientos	La paciente menciona: “cuando estoy en el trabajo realizando mis actividades, ni me acuerdo de que tengo cáncer y me siento contenta. Pero cuando alguien me pregunta cómo me siento, me pongo triste y empiezo a llorar porque gracias a Dios por ahora estoy bien, pero después no sé” (sic pac.).
Sesión 5 (04/09/2018)		
Elementos de la terapia cognitiva	Se revisa la tarea Se realiza ejercicio de búsqueda de	El registro tiene como pensamientos: <ul style="list-style-type: none"> • No sé cómo voy a responder al tratamiento • No sé si voy a poder seguir trabajando • Mi familia se va a cansar de mi • Mis compañeras me van a dejar de apoyar Se identificó como evidencias: <ul style="list-style-type: none"> • Mi esposo e hijos diario me preguntan cómo estoy

	<p>evidencias para los pensamientos relacionados con la pérdida del apoyo social.</p> <p>Se deja de tarea recordar las evidencias ante los pensamientos relacionados con la pérdida de apoyo social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mi esposo me acompaña al doctor • Mis compañeras se pusieron de acuerdo para que yo no suba a piso • Mis compañeras me han dicho que cuando me sienta mal ellas me pueden apoyar con el trabajo • Me cubren cuando yo vengo con usted.
--	--	---

Sesión 6 (18/09/2018)

<p>Elementos de la terapia cognitiva</p>	<p>Se le brinda información a Sara sobre la comunicación hacia terceras personas.</p>	<p>Sara comenta: “Las compañeras del hospital me preguntan cómo estoy, cómo me ha ido en la quimioterapia, a algunas sólo les comento cómo estoy, pero a otras les platicó más cosas, a veces ellas me asustan... me han dicho que el nuevo medicamento de la quimioterapia da más efectos secundarios... he estado preocupada, hasta ahora me ha ido bien, pero después no sé” (sic pac.).</p> <p>Después de la información, Sara refiere: “no siempre tiene ventaja para mi comentarles la información, a veces sólo me asustan... pero, una vez le dije a una de ellas y me recomendó un medicamento que si me funcionó” (sic pac.).</p>
---	---	---

	<p>Se realiza ejercicio de terapia cognitiva (buscar pensamientos alternativos) para los temas relacionados con su estado de salud.</p> <p>Se deja de tarea utilizar los pensamientos alternativos ante aquellos relacionados con el futuro de su estado de salud.</p>	<p>Ante el pensamiento “no sé si voy a responder al tratamiento”, la paciente elige pensamiento automático “el doctor me ha dicho que ha disminuido el tamaño” (sic pac.).</p> <p>Para el pensamiento relacionado con “no sé si voy a poder seguir trabajando” (sic pac.), menciona: “hasta ahora no he tenido tantos efectos secundarios”, “si algo me pasa me pueden dar unos días para descansar”, “he podido hacer mi trabajo y mis compañeras me apoyan” (sic pac.).</p>
--	--	---

Sesión 7 (02/10/2018)		
Elementos de la terapia cognitiva	<p>Se continúan con los ejercicios de terapia cognitiva (actuar como sí...)</p> <p>Se continúa el ejercicio preguntando ¿qué le diría a alguna amiga que estuviera en la misma situación que ella?</p> <p>Se deja de tarea escribir el consejo que se trabajó durante la sesión</p>	<p>Sara menciona que sigue presentando llanto cuando algunas personas le preguntan cómo se siente, afirma: “pienso ‘gracias a Dios estoy bien ahora, pero mañana no sé’” (sic pac.)</p> <p>Posterior a realizar el ejercicio, la paciente menciona: “si yo no pensara que algo malo me puede ocurrir, no lloraría cuando me preguntan, me sentiría más tranquila” (sic pac.)</p> <p>Sara refiere: “lamento mucho por la situación que estás pasando, perder la salud es algo difícil de aceptar, pero te recomiendo que te pongas en las manos de Dios y los médicos, pídele mucho para que te mande salud y sigue las indicaciones de los médicos. Existen muchas pacientes sobrevivientes de cáncer, verás que tú serás una de ellas con la voluntad de Dios. Decreta que serás una sobreviviente del cáncer y así será porque los pensamientos tienen mucho poder sobre el cuerpo y la mente. Por eso evita pensamientos negativos que te pueden dañar” (sic pac.)</p>

Sesión 8 (16/10/2018)		
Elementos de la terapia cognitiva	<p>Revisión de tarea</p> <p>Se continua con el ejercicio de terapia cognitiva (reenfocando)</p> <p>Aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo- Estado e Inventario de Depresión de Beck y ERA de tristeza</p>	<p>Sara comenta: “Me he sentido mejor, aún lloró cuando me preguntan, pero yo creo que menos... cada que empiezo a pensar negativo trato de pensar en lo que hemos hablado, en las evidencias, en pensar positivo y utilizo el consejo... pero sigo que pensando que gracias a Dios ahora estoy bien, pero mañana no sé” (sic pac.).</p> <p>Los pensamientos relacionados con su futuro estado de salud se presentan cuando ella está en casa después del trabajo, se decide que cuando se presenten estos pensamientos Sara dirá: “Estoy teniendo pensamientos que me hacen sentir triste, mejor voy a prestar atención a otra cosa” (sic pac.), e intentará realizar alguna actividad como jugar con su hijo o realizar actividades del hogar.</p> <p>Estado: 46 ALTO Rasgo: 41 MEDIO BDI: 11 Depresión mínima ERA: 6/10</p>

Resultados

El presente caso aún está en curso, por lo tanto, se muestran los avances que ha tenido la paciente. Los objetivos específicos que se cumplieron son los siguientes:

- Identificó estados de tensión: “*siento mucha tensión en la espalda...*” (sic pac.)
- Realiza ejercicios de RMP: “*si los he hecho y me siento menos tensa...*” (sic pac.)
- Identificó los pensamientos relacionados con su estado de salud: “*no sé cómo voy a responder al tratamiento*”, “*no sé si voy a poder seguir trabajando*”, “*mi familia se va a cansar de mi*”, “*mis compañeras me van a dejar de apoyar*” (sic pac.).
- Identificó evidencias para los pensamientos relacionados con la pérdida del apoyo social: “*mi esposo e hijos diario me preguntan cómo estoy*”, “*mi esposo me acompaña al doctor*”, “*mis compañeras se pusieron de acuerdo para que yo no suba a piso*”, “*mis compañeras me han dicho que cuando me sienta mal ellas me pueden apoyar con el trabajo*”, “*me cubren cuando yo vengo con usted*” (sic pac.).
- Generó pensamientos alternativos: “*hasta ahora no he tenido tantos efectos secundarios*”, “*si algo me pasa me pueden dar unos días para descansar*”, “*he podido hacer mi trabajo y mis compañeras me apoyan*” (sic pac.).

Sin embargo, en el IDARE se no encontraron cambios significativos en el estado de 63 a 46 puntos, ambos ansiedad alta, y en el rasgo aumentó de 36 a 41, aunque no hay un cambio de nivel, en ambos momentos se mantiene en ansiedad media (Ver *Figura 1*).

Por otra parte, en el Inventario de Depresión de Beck sólo se observa una pequeña disminución en las puntuaciones de 16 a 11, sin modificar el nivel de depresión leve (Ver *Figura 2*.)

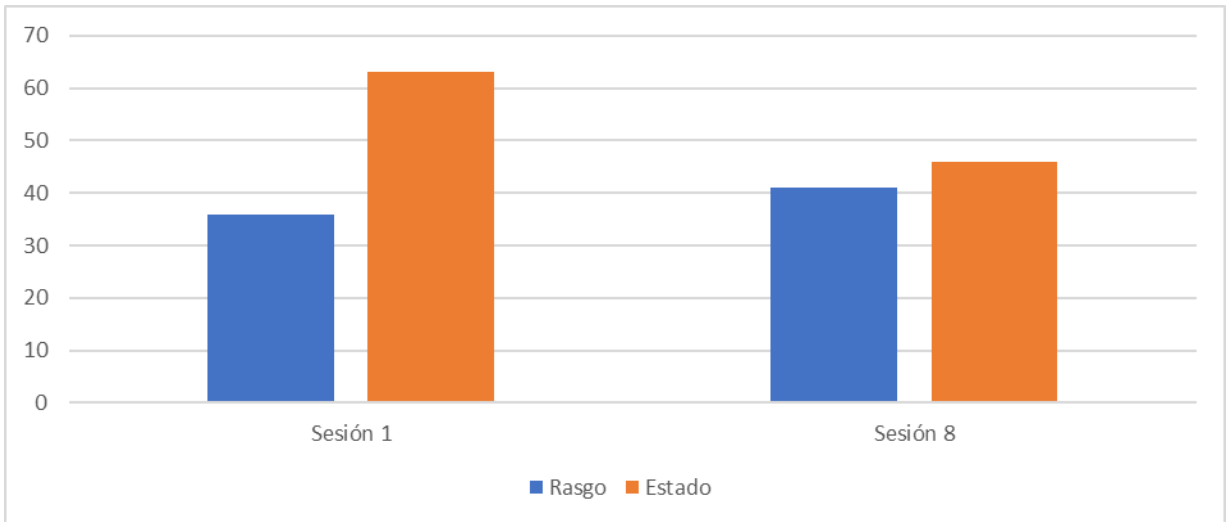


Figura 1. Puntuaciones del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de la sesión 1 y 8.

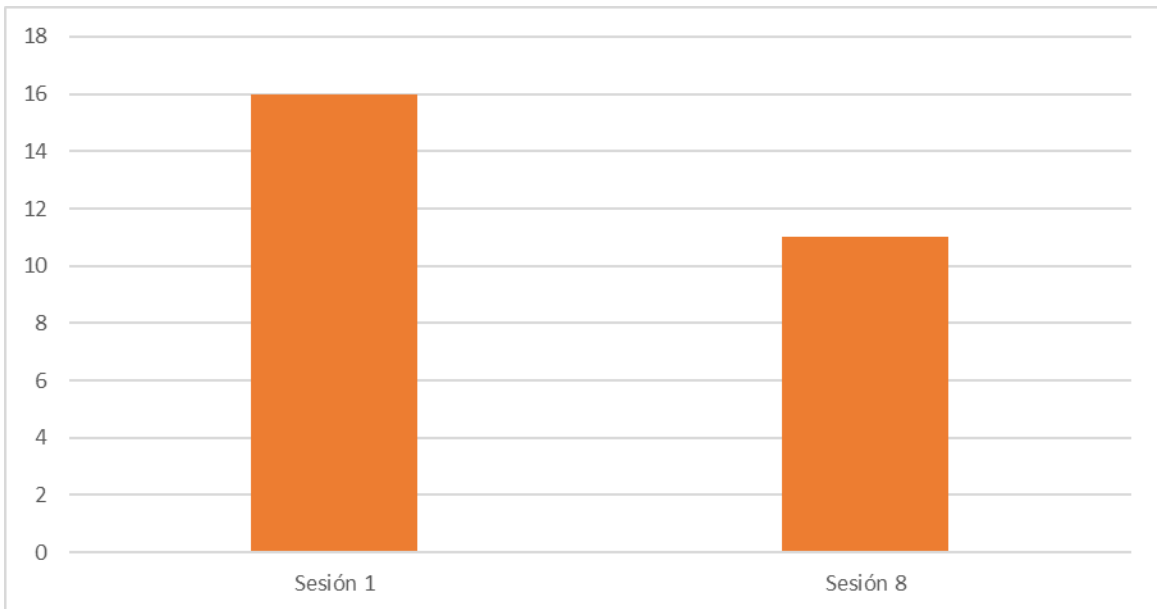


Figura 2. Puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck en la sesión 1 y 8.

Conclusiones

De acuerdo con Almanza, Rosario, Silva y Huerta (2010) el diagnóstico y tratamiento del cáncer pueden generar en los pacientes diferentes niveles de distrés, y enfrentan un proceso de adaptación, en el cual aparecen pensamientos, comportamientos y acciones orientadas a la reorganización y ajuste de las situaciones de la vida, modificadas, moduladas o perturbadas por

la aparición del cáncer. Se estima que la prevalencia de trastornos adaptativos en la población oncológica es de 5 a 20%.

Se debe agregar que para favorecer la adaptación al diagnóstico, la terapia cognitiva puede ayudar al cambio al pensamiento positivo y la esperanza, logrando que el paciente asuma que tener cáncer no es necesariamente una sentencia a muerte y que aún hay muchas posibilidades de disfrutar la vida, sin culparse del curso de la enfermedad (Prieto, 2004). En el caso de la paciente, sus pensamientos tienden a ser anticipatorios y polarizados a una visión negativa, mediante la terapia cognitiva se buscó que sus pensamientos automáticos contemplaran la evolución que ha tenido con el tratamiento.

El presente caso muestra los avances de una paciente con diagnóstico de cáncer de mama y trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad y depresión, con la cual se ha trabajado con elementos de la terapia cognitiva, ante los pensamientos relacionados con su estado de salud, en el cual se ha tomado en cuenta que la paciente puede tener un mal pronóstico a mediano y largo plazo, es decir, se ha considerado no generar expectativas irreales sobre los resultados del tratamiento, por lo tanto, la intervención que se realizó tuvo la intención de que la paciente generara diferentes pensamientos que contemplaran no sólo un mal pronóstico con la enfermedad, y pensamientos positivos, es decir, pensar un modo menos dañino, para favorecer su adaptación a la enfermedad.

Áreas de oportunidad

Se identifican como áreas de oportunidad:

- Utilizar otras estrategias de evaluación de pensamientos, no sólo preguntas directas, por ejemplo, flecha descendente, interferencia de reglas generales, para tener acceso a creencias intermedias y nucleares.
- Realizar la conceptualización del caso de acuerdo con el modelo cognitivo, ya que la respuesta de la paciente se manifiesta de mayor manera en este nivel de respuesta.
- Considerar otros diagnósticos, ya que la paciente se refiere “deprimida”, pero los instrumentos la mostraban más ansiosa.

- Uso de la Escala Referencial Análoga de tristeza y angustia en todas las sesiones.
- El uso de autorregistro y tareas para casa.
- La selección de pensamientos a trabajar con elementos de la terapia cognitiva.
- Psicoeducar en el modelo cognitivo, considerando que los pensamientos de la paciente no son irracionales, pero si desadaptativos porque generan malestar.
- El uso de los elementos de la terapia cognitiva en lugar de otros más eficaces de acuerdo con los sesgos de la paciente.

Referencias

- Almanza, J., Rosario, I., Silva, J. y Huerta R. (2010). Trastornos adaptativos en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*, 55 (1), 15-23. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2010/bc101c.pdf>.
- Maffuz, A., Labastida, S., Espejo, A. y Rodríguez, S. (2017). Características clinicopatológicas del cáncer de mama en una población de mujeres en México. *Cirugía y cirujanos*, 85 (3), 201-207.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Cancer today*. Recuperado de: <http://gco.iarc.fr>.
- Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo Conductual*, 2, 107-120.
- Valderrama, M. y Sánchez, R. (2018). Trastornos de ansiedad y depresión en relación con la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en estadio localmente avanzado o diseminado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47 (4), 211-220. DOI: 10.1016/j.rcp.2017.04.003.

Apéndice 3



Hospital Juárez de México

Medicina Conductual

Servicio de Oncología

Tercer caso clínico

Lic. Psic. Rocío Daniela Ramírez Montalvo



Ficha de identificación

Nombre: Lorena

Ocupación: Dentista

Edad: 58 años

Escolaridad: Licenciatura en cirujano dentista

Sexo: femenina

Lugar de origen: Ciudad de México

Religión: cristiana

Lugar de residencia: Estado de México

Dx. Médico: Cáncer de mama no estadificable (Tx N3 M0) Her 2

Estado civil: divorciada

Selección de caso

En general, el diagnóstico y tratamiento son experiencias estresantes, en las que no se puede identificar una delimitación temporal clara, ni un estresor único, sino uno de naturaleza interna, cuya evitación emocional es más difícil y la mayoría de los temores son anticipados en relación con la salud personal (Rodríguez, Priede, Maeso, Anrranz y Palao, 2011).

Los pacientes que han concluido el tratamiento de cáncer suelen denominarse “sobrevivientes”, tienen que adaptarse a la vida después de saberse enfermo, lo cual, puede ser un proceso complicado, en que se presenten diversas problemáticas psicológicas, como trastornos adaptativos, depresión, ansiedad y miedo a la recidiva (Becerra, 2014).

Tomando él cuenta lo anterior, los pacientes pueden presentar ansiedad por la posible recaída futura, frente a estas necesidades, el médico conductual debe

favorecer intervenciones encaminadas al ajuste y mantenimiento de estrategias de afrontamiento funcionales (Becerra, 2014). El caso que se presenta a continuación pretende ilustrar una intervención cognitivo conductual en sintomatología ansiosa ante posibles recaídas en una paciente en seguimiento de cáncer de mama.

Motivo de consulta

La paciente es entrevistada por primera vez el 20 de noviembre del 2018, después de la consulta de seguimiento en oncomama, donde mencionó tener poco control sobre sus síntomas (sudoración, bochornos) y sobre sus emociones.

Lorena menciona: *“necesito ayuda, ya no puedo seguir así, quiero controlar mis emociones... no le encuentro un sentido a mi vida, pero me da miedo morir”* (sic pac.).

Antecedentes

- Heredofamiliares: Padre y madre con HAS finados, hermana finada por evento cardiovascular cerebral.
- Personales no patológicos: Reside en casa propia con todos los servicios de urbanización (agua, luz y drenaje) construida de materiales perdurables. Alimentación adecuada en cantidad y cualidad. Hábitos de higiene adecuados, con baño y cambio de ropa diario. Zoonosis positiva a razón de dos perros.
- Personales patológicos:
 - Crónico-degenerativos: hipertensión arterial sistémica tratada con enalapril 10 mg cada 12 horas
 - Quirúrgicos: amigdalectomía hace 46 años, cesárea hace 22 años.
 - Alérgicos: interrogados y negados, mastectomía radical modificada hace un año.

- Toxicomanías: Fumó 5 cigarros al día por 20 años suspendido en 2016, alcoholismo ocasional.
- Psicológicos patológicos: niega haber recibido atención psicológica o psiquiátrica previa.

Dinámica familiar y familiograma

Cuando Lorena fue diagnosticada con cáncer de mama se mudó a casa de su mamá y hermano menor. Durante su tratamiento de quimioterapia su mamá falleció, sin embargo continuó viviendo con su hermano (*Figura 1.*) y menciona: *“mi hermano siempre fue muy consentido, él aprendió a manipular, yo trato de que no lo haga conmigo, pero ha vendido algunas de mis cosas... en esa casa no me siento cómoda, porque mi mamá se la heredó y él me ha dicho que tiene otros planes y yo me tendré que ir”* (sic pac.). Añade no tener buena relación con su hermano mayor: *“mi papá dejó una propiedad intestada, desde antes que muriera mi mamá, él tiene una demanda, no le importa nada... cuando yo estaba recién operada tuvimos un pleito, él me empujó, me tiró”* (sic pac.).

Lorena tiene un hijo de 22 años que radica en Estados Unidos y comenta: *“platicamos casi todos los días, pero no le cuento qué me pasa porque no quiero preocuparlo”* (sic pac).

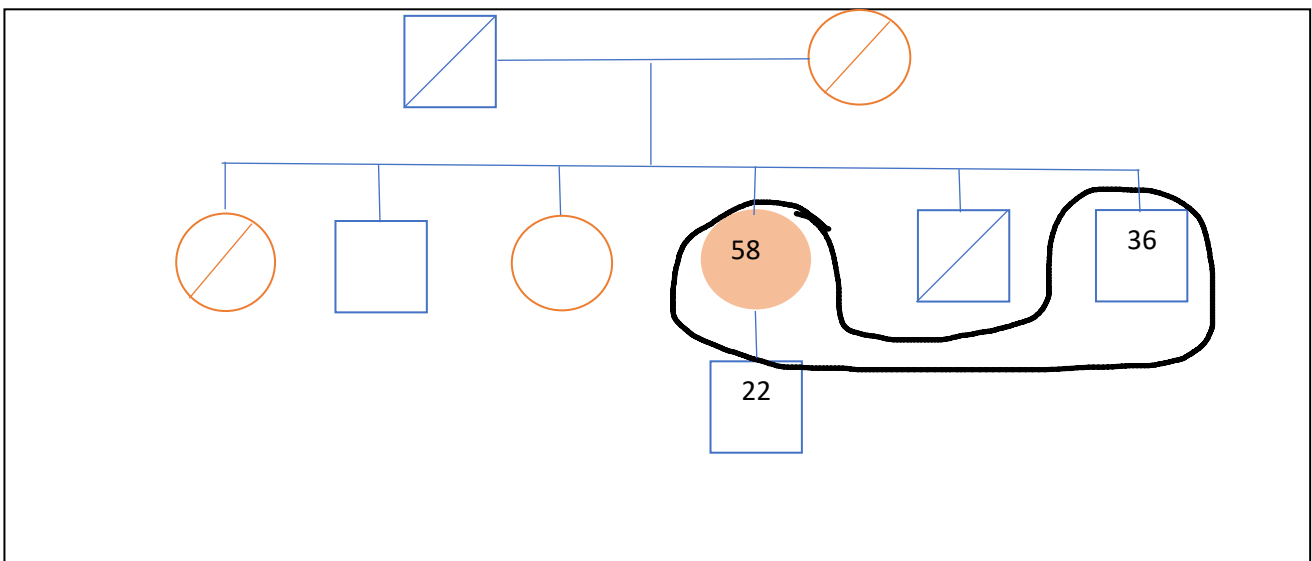


Figura 1. Familiograma de Lorena.

Historia médica

Julio 2015: detecta el tumor en el seno derecho.

Mayo 2016. Acude por primera vez a consulta de Onco-mama, referida del FUCAM con mastografía BIRADS 4 y reporte de patología de carcinoma ductual infiltrante, se solicitan estudios de extensión y revisión de laminillas.

2 junio 2016. Acude a consulta de oncomama con estudios de extensión sin evidencia de metástasis y reporte de patología de carcinoma ductual infiltrante grado 2, se propone mastectomía simple + ganglio centinela.

17 junio 2016. Se realiza procedimiento quirúrgico de mastectomía simple más ganglio centinela, el cual resulta positivo, por lo que se completa mastectomía radical modificada y se retiran 38 ganglios.

12 Julio 2016. Se revisa el reporte de patología, el cual reporta 15 de 38 ganglios positivos, etapa clínica no estadificable Tx N3 M0 Her 2 negativo.

18 Julio 2016. Primera vez en oncología médica, se propone tratamiento de quimioterapia a base de 4 ciclos de doxorrubicina, ciclofosfamida y dexrazoxano cada 21 días y 14 ciclos de paclitaxel cada semana.

20 Julio 2016. Inicia quimioterapia.

29 Septiembre 2016. Primera vez en consulta de rehabilitación para prevención de linfedema.

30 diciembre 2016. Termina quimioterapia.

05 enero 2017. Primera vez en consulta de radio oncología, se proponen 25 sesiones de radioterapia.

26 enero 2017. Inicia tratamiento de radioterapia.

28 febrero 2017. Terminan las sesiones de radioterapia.

18 marzo 2017. Consulta de oncología médica inicia tratamiento a base de letozol, y envía a oncomama para seguimiento.

Abril 2017-noviembre 2018. Asiste a citas de seguimiento a onco-mama, con estudios de control sin evidencia de enfermedad local o metástasis.

Historia psicológica

Lorena menciona: *“cuando me diagnosticaron no me sentí triste, ni preocupada... como estás con la cirugía y el tratamiento la adrenalina te mantiene a tope”* (sic pac.). Sin embargo, comenta: *“mi mamá se murió cuando estaba en el tratamiento, ella me había cuidado... después, faltando como ocho sesiones de radioterapia mi pareja me abandonó porque no podía estar con alguien sin seno... me sentía sola”* (sic pac.).

Sobre la enfermedad refiere: *“del cáncer aprendí que no soy todo poderosa, que puedo pedir ayuda”* (sic pac.).

Padecimiento actual

Lorena es una paciente en seguimiento de cáncer de mama, comenta que durante el tratamiento no presentó ningún malestar psicológico a diferencia de esta etapa y refiere: *“me siento peor ahora que cuando estaba en tratamiento... no logro controlar mis emociones... no le encuentro sentido a mi vida, porque no disfruto lo que hago hoy por pensar en las cosas que vienen... pero me da miedo morir”* (sic pac.).

Lorena ha notado que sus sentimientos de miedo se acompañan de sensaciones físicas como aumento en la sudoración, taquicardia, falta de aire, temblor, dificultades para conciliar el sueño y pesadillas. También, se dice a ella misma *“cálmate”*, se limpia el sudor con un pañuelo, se abanica y piensa: *“¿sí ya tengo la enfermedad en otro órgano?”, “¿sí algo me está pasando?”, “tal vez este es el primer síntoma”, “ya no puedo hacer las cosas de antes”* (sic pac.).

Lorena comenta: *“todo se presenta sobre todo cuando es de noche, cuando vengo a consulta o a realizarme estudios, cuando me dan ataques de tos, o algo me duele”* (sic pac.).

A su vez, menciona que para sentirse mejor: *“me pongo a leer la biblia, o a hablar con alguna de mis amigas... mi hijo no sabe nada de esto para no preocuparlo, no quiero ser una carga para él... también llego a consultar a un médico amigo mío, le preguntó y él me explica que es parte de este proceso de*

adaptación... él me recetó Tafil, sólo me llevo a tomar un cuarto cuando llevo cuatro días sin dormir... también tomo té y he optado por seguir usando estos turbantes y soberos, como cuando no tenía cabello” (sic pac.).

La paciente comenta que dos semanas previas a la entrevista presentó el episodio más grave de su ansiedad: *“era de noche y estaba en casa, estaba de pie... no sé por qué, pero empecé a sentir mucho miedo, me faltaba muchísimo el aire, pensé que algo malo me iba a pasar porque me faltaba muchísimo el aire... lo único que hice fue sentarme, y tratar de controlar mi respiración...”* (sic pac.).

Lorena comenta que estos malestares también han afectado su trabajo: *“cuando estoy con algún cliente me siento muy nerviosa, me da mucho miedo no poder realizar los procedimientos, eso hace que empiece a sudar más, trato de tranquilizarme y continuo, pero me quedo pensando que ya no soy la misma de antes o que pude haber realizado un mal trabajo y mis clientes ya no van a regresar”* (sic pac.).

Impresión y actitud general

Paciente femenina de complexión endomórfica, en condiciones de higiene y aliño de acuerdo con el contexto hospitalario, llama la atención que la paciente usa una pañoleta tipo turbante y sobrero.

Examen mental

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

Factores psicológicos complementarios

Paciente con locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo existentes, percibidas por la paciente como funcionales de tipo informativas (doctor), pero inexistentes de tipo emocional e instrumental.

Personalidad previa

Lorena refiere: *“Antes del cáncer yo era completamente diferente, quería tener el control, sobre todo, yo quería mandar hasta a Dios... era soberbia y orgullosa”* (sic pac.).

Selección y aplicación de técnicas de evaluación

- Entrevista
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)
- ERA de ansiedad
- Autorregistro de pensamientos
- Autorregistro de sensaciones físicas

Análisis y descripción de conductas problemas

Lista de conductas problema

- Sensaciones fisiológicas (aumento en la sudoración, taquicardias, temblor, falta de aire, dificultad para conciliar el sueño y pesadillas).
- Sentimientos de miedo.
- Pensamientos sobre su estado de salud.

Modelo secuencial integrativo

Estímulo	Organismo	Respuesta	Consecuencia
<p><u>Externos:</u> Asistir a consulta o estudios En la noche Realizar un procedimiento dental Tener ataques de tos</p> <p><u>Internos</u> Sentir algún dolor</p> <p><u>Historia pasada:</u> Fallecimiento de madre Abandono de pareja</p>	<p><u>Biológico</u> Cáncer de mama en seguimiento. Tratamiento con letozol Síntomas de menopausia (sudoración, bochornos) Fibrosis pulmonar post radioterapia Falta de fuerza en el brazo</p> <p><u>Variables cognitivo-culturales:</u> Creencias su relación madre-hijo: “no quiero ser una carga para él”</p> <p><u>Historia de reforzamiento:</u> Estilo de afrontamiento centrado en la emoción</p>	<p><u>Dx:</u> Síntomas de ansiedad</p> <p><u>Motoras:</u> Abanicarse</p> <p><u>Cognitivas:</u> Miedo a morir Miedo a la recidiva Pensamientos sobre su estado de salud: “¿si ya tengo enfermedad en otro órgano?, ¿si algo me pasa?, tal vez es el primer síntoma, ya no puedo hacer las cosas de antes”</p> <p>Pensamientos sobre su trabajo: “ya no tengo la misma fuerza... se me va a complicar este procedimiento, ¿y si queda mal?”</p> <p><u>Fisiológicas</u> Dificultad para conciliar el sueño Pesadillas Temblor Sudoración Taquicardia Falta de aire</p>	<p><u>Inmediatas</u> <u>Externa:</u> Decirse cálmate Limpiarse el sudor Leer la biblia Hablar con amigas Ofrecer disculpas a los clientes Encender el ventilador (consultorio)</p> <p><u>Mediatas</u> <u>Internas:</u> Pensar “¿si realicé mal el procedimiento?, el cliente ya no va a regresar” Evitar contarle a su hijo</p> <p><u>Externas:</u> Tomar té Tomar pastillas Preguntarle al doctor Usar turbante</p> <p><u>Otros</u> Amigas la invitan a salir El doctor le explica y/o receta</p>

			medicamento.
--	--	--	--------------

Análisis funcional

Lorena es una paciente femenina de 58 años, divorciada, tiene un hijo, vive con su hermano menor, es dentista, con el diagnóstico de cáncer de mama no estadificable en seguimiento. Se realiza entrevista después de su consulta de oncología-mama, donde ella menciona tener poco control sobre sus síntomas (sudoración y bochornos) y refiere: *“necesito ayuda, ya no puedo seguir así, quiero controlar mis emociones... no le encuentro un sentido a mi vida, pero me da miedo morir”* (sic pac.).

Impresiona clínicamente con síntomas de ansiedad que se caracterizan a nivel motor con abanicarse; a nivel cognitivo con sentimientos de miedo ante la muerte o volver a enfermarse, pensamientos sobre su estado de salud y sobre su trabajo; y a nivel fisiológico con dificultad para conciliar el sueño, pesadillas, temblor, sudoración, taquicardia y falta de aire.

Esta respuesta se hace más probable cuando Lorena se encuentra de noche en casa, asiste a consulta o estudios, realiza un procedimiento en su trabajo, tiene un ataque de tos, siente dolor en alguna parte de su cuerpo. Igualmente, está relacionada con la muerte de su madre y el abandono de su pareja durante el tratamiento oncológico.

Los síntomas de ansiedad probablemente se encuentran mantenidos porque de manera inmediata Lorena se dice ‘cálmate’, se limpia el sudor, lee la Biblia, habla con sus amigos, prende el ventilador de su consultorio, ofrece disculpas a sus clientes; de forma mediata, piensa en los procedimientos que realizó, evita contarle a su hijo cómo se siente, toma té, pastillas, usa turbante diario y pregunta a un doctor sobre sus malestares, también, el doctor le da una explicación o receta medicamentos, y sus amigas la invitan a salir.

Todo lo anterior se encuentra relacionado con los padecimientos de Lorena, cáncer de mama en seguimiento, tratamiento con letozol, síntomas de menopausia, fibrosis pulmonar post radioterapia, falta de fuerza en el brazo, las creencias relacionadas sobre su relación madre-hijo y un estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Con base en el análisis anterior, se considera modificar la respuesta de la paciente a nivel fisiológico y cognitivo, para favorecer una respuesta adaptativa ante los malestares físicos que presenta como consecuencia del tratamiento oncológico, mediante las técnicas respiración rítmica y elementos de la terapia cognitiva y con ello, disminuir su sintomatología ansiosa.

Hipótesis funcional

Si la paciente recibe un tratamiento basado en ejercicios de respiración rítmica y elementos de la terapia cognitiva modificará su respuesta a nivel fisiológico y cognitiva de su sintomatología ansiosa y favorecerá una respuesta adaptativa ante los malestares físicos que presenta.

Diagnóstico multiaxial DSM IV

Eje I: Sintomatología ansiosa

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Cáncer de mama no estadificable en seguimiento, síntomas de menopausia, fibrosis pulmonar post radioterapia

Eje IV: Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo

Eje V: 70-61.

Criterios diagnósticos

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. Inquietud o impaciencia

2. Fatigabilidad fácil

3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. Irritabilidad

5. Tensión muscular

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Diagnóstico DSM 5

Cáncer de mama en seguimiento, síntomas de menopausia, fibrosis pulmonar post radioterapia, sintomatología ansiosa, problemas con el grupo primario de apoyo, WHODAS 34 (12 preguntas administradas por el entrevistador)

Criterios diagnósticos

- A. **Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente** durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. **Al individuo le es difícil controlar la preocupación.**
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Fácilmente fatigado.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. **Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).**
- D. **La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.**
- E. **La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).**
- F. **La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en**

el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Objetivo general

La paciente disminuirá su activación fisiológica y sentimientos de miedo al utilizar respiración rítmica y modificar sus pensamientos para lograr una mejor adaptación a la vida después de la enfermedad.

Objetivos específicos

La paciente:

- Identificará la activación fisiológica de su respuesta de ansiedad
- Realizará ejercicio de respiración rítmica
- Identificará las ventajas y desventajas de modificar su respuesta de ansiedad
- Identificará los pensamientos relacionados con su estado de salud
- Identificará las distorsiones cognitivas de sus pensamientos

Objetivos por cumplir

- Usará ejercicios de respiración diafragmática ante sintomatología ansiosa.
- Clasificará las distorsiones cognitivas de sus pensamientos.
- Debatirá sus distorsiones cognitivas.
- Generará pensamientos alternativos a sus distorsiones.

Selección de técnicas

- Respiración rítmica
- Terapia cognitiva

Intervención

Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 1 20/11/2018		
Entrevista	<p>Se realiza entrevista de inicial.</p> <p>Se registra la Escala Referencial de Ansiedad</p> <p>Se aplica Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria.</p> <p>Se deja de tarea anotar qué viene a su mente cuando siente miedo</p>	<p>Se identifica sintomatología ansiosa ante posible recidiva de la enfermedad.</p> <p>ERA 8/10</p> <p>Ansiedad= 14 problema clínico</p> <p>Depresión= 7 sin problemas</p>
Sesión 2 27/11/2018		
Terapia cognitiva (psicoeducación)	<p>Se registra ERA de ansiedad.</p> <p>La paciente menciona: <i>“no estaba segura de venir, he cambiado mucho... pero el cáncer me enseñó a pedir ayuda y finalmente vine”</i> (sic pac.).</p> <p>Se realiza un ejercicio de análisis de costes beneficios de acuerdo con Burns (2011).</p>	<p>Ansiedad 6/10.</p> <p>Lorena identifica como la actitud a cambiar <i>“miedo a tener volver a enfermar”</i> (sic pac.).</p> <p>Menciona que las ventajas de cambiar esa actitud son:</p> <ul style="list-style-type: none"> * <i>“Vivir mejor”</i> * <i>“Disfrutar el hoy”</i> * <i>“Sonreír”</i> * <i>“Tener confianza”</i>

	<p>Se revisa el autorregistro de pensamiento, se repiten las instrucciones.</p> <p>Se normaliza la respuesta de la paciente y se brinda información sobre los síntomas de ansiedad.</p>	<p>* <i>“No preocuparse por cosas que aún no pasan”</i></p> <p>Y como desventajas:</p> <p>* <i>“No notar que la enfermedad ha vuelto</i></p> <p>* <i>“Sobrevivir sin disfrutar los días</i></p> <p>Además, asigna un valor de 80 a las ventajas y 20 a las desventajas, a lo que refiere: <i>“paso mucho tiempo preocupada y con miedo por algo que todavía no pasa... quiero ser agradecida con Dios por los días que vivo y disfrutar a mi familia”</i> (sic pac.).</p> <p>Lorena registra como pensamientos:</p> <p>*Miedo a morir</p> <p>*Preocupación por volver a enfermar</p> <p>*No disfrutar la vida</p>
Sesión 3 04/12/2018		
Entrevista conductual	<p><i>Se registra ERA de ansiedad.</i></p> <p><i>La paciente refiere: “tuve una semana muy pesada... ¿recuerda que le mencioné de la situación de mi familia (problemas legales por propiedades intestadas)?... Ya me avisó el</i></p>	<p>Ansiedad: 6/10.</p> <p>La paciente menciona: <i>“es una situación de la que yo estaba enterada, ya sé quién va a llevar la unidad a casa... sólo estoy esperando que el abogado me diga la fecha y no debemos de tener problema en sacarla, llevaremos la orden</i></p>

<p>Respiración rítmica</p>	<p><i>abogado que necesito sacar mi unidad de la casa de mi hermano” (sic pac.).</i></p> <p>Se realiza entrevista para conocer más de la situación referida por la paciente, se identifica que la situación propicia la aparición de síntomas de ansiedad. Sin embargo, no tiene variables que puedan ser modificables, por lo que se continúa con la intervención.</p> <p>Se inician ejercicios de respiración rítmica, se pide a la paciente que identifique las sensaciones corporales.</p> <p>Se deja de tarea anotar los niveles de ansiedad y sensaciones corporales previas y posteriores al ejercicio de respiración.</p>	<p><i>del juez y creo que a un policía” (sic pac.).</i></p> <p>Posterior al ejercicio refiere una ERA de ansiedad 3/10 y menciona: <i>“antes de iniciar la respiración las manos me sudaban ligeramente y después me dejaron de sudar” (sic pac.)</i></p>
<p>Terapia cognitiva (identificar pensamientos automáticos).</p>	<p>Se brinda psicoeducación sobre el modelo cognitivo.</p> <p>Por cuestiones de tiempo, no se revisa la tarea de pensamientos automáticos.</p> <p>Lorena comenta: <i>“no sé qué día, pero me iré de vacaciones con mi hijo, quiero que él me vea bien,</i></p>	<p>Lorena comenta cómo ejemplo: <i>“es como hace poco, me enteré de que una amiga, una que me orientó cuando empecé por el cáncer porque ella también lo tenía, falleció... me sentí muy mal, me dio mucho miedo de que me pasara lo mismo, ella ya no tenía síntomas, estaba bien y el cáncer la mató... pienso que eso me puede suceder a mí también” (sic</i></p>

	<i>por eso quería preguntarle si puedo verla el jueves que vengo a limpieza de catéter” (sic pac).</i>	pac.).
Sesión 4 06/12/18		
Respiración rítmica	Se registra ERA de ansiedad Se revisa el autorregistro de sensaciones físicas y nivel de ansiedad. Se brinda información de la importancia de tarea y se solicita nuevamente.	Ansiedad: 5/10 Lorena comenta: <i>“me salí tan rápido que olvidé traer el registro, pero si estuve haciendo mi tarea, me siento más tranquila cuando la hago, mi ansiedad disminuye uno o dos puntos, igual que mi sudoración” (sic pac.).</i>
Terapia cognitiva (identificar pensamientos automáticos)	La paciente también olvidó el registro de pensamientos automáticos, por lo que se realiza durante la sesión.	Lorena enuncia como pensamientos automáticos cuando es de noche y comienza a sentir ansiedad: <i>“Hay personas a las que les regresa el cáncer, puede que a mí también me pasé... me da mucho miedo, aunque no disfruto las cosas que pasan no me quiero morir, no quiero ser una carga para mi hijo...” (sic pac.).</i>
Sesión 5 11/12/2018		
Respiración rítmica	Se registra ERA de ansiedad. Se revisa el registro de sensaciones corporales y niveles de ansiedad.	Ansiedad: 5/10. Lorena menciona: <i>“he estado haciendo los ejercicios, sobre todo en la noche para disminuir mi ansiedad, sólo el día que</i>

<p>Terapia cognitiva (identificar distorsiones cognitivas)</p>	<p>Se psicoeduca sobre las distorsiones cognitivas, se entrega una hoja con la información. Se le pide a Lorena que identifique alguna distorsión cognitiva en el ejemplo que brindó.</p> <p>Se le deja de tarea identificar las posibles distorsiones cognitivas del registro de pensamientos.</p> <p>Debido a las vacaciones de Lorena, se programa la próxima cita el 25 de enero del 2019</p>	<p><i>me habló el abogado para decirme que el 16 sacaríamos mi unidad, no pude realizarlo” (sic pac.).</i></p> <p>Lorena comenta: <i>“en esta semana me enteré de la muerte de una persona, él estaba de vacaciones, yo pensé que también me podía pasar, porque también me iba a ir de vacaciones, él estaba aparentemente sano, igual que yo, me sentí muy ansiosa” (sic pac.).</i></p> <p>Lorena concluye: <i>“cuando yo pienso que al irme de vacaciones también me voy a morir, estoy adivinando el porvenir y tengo un filtro hacia lo negativo” (sic pac.).</i></p>
---	---	--

Resultados

A continuación, se muestran algunos de los objetivos alcanzados por Lorena:

- Identificó la activación fisiológica de su respuesta de ansiedad: *antes de iniciar la respiración las manos me sudaban ligeramente y después me dejaron de sudar*” (sic pac.)
- Realizó ejercicios de respiración rítmica: *“he estado haciendo los ejercicios, sobre todo en la noche para disminuir mi ansiedad”* (sic pac.).
- Identificó las ventajas de modificar su respuesta de ansiedad: *“Vivir mejor, disfrutar el hoy, sonreír, tener confianza, no preocuparse por cosas que aún no pasan”* (sic pac.).
- Identificó las desventajas de modificar su respuesta de ansiedad: *“No notar que la enfermedad ha vuelto, sobrevivir sin disfrutar los días”* (sic pac.).
- Identificará los pensamientos relacionados con su estado de salud: *“Hay personas a las que les regresa el cáncer, puede que a mí también me pasé... me da mucho miedo, aunque no disfruto las cosas que pasan no me quiero morir, no quiero ser una carga para mi hijo...”* (sic pac.).
- Identificará las distorsiones cognitivas de sus pensamientos: *“cuando yo pienso que al irme de vacaciones también me voy a morir, estoy adivinando el porvenir y tengo un filtro hacia lo negativo”* (sic pac.).

En la *Figura 2* se muestra la Escala Referencial Análoga de Lorena, la cual ha disminuido a lo largo de las sesiones de intervención de 8 a 5 puntos

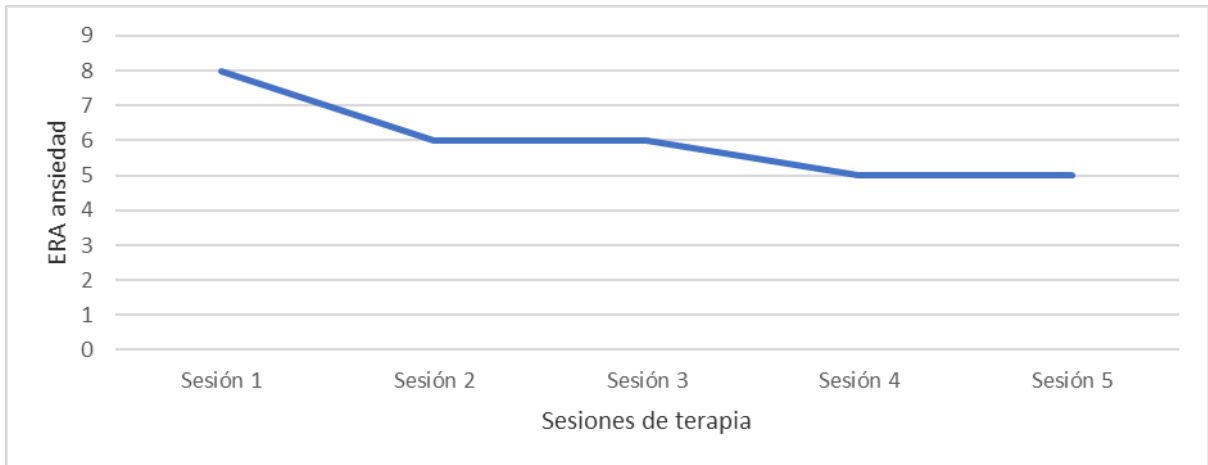


Figura 2. Escala Referencial Análoga de ansiedad de Lorena en las sesiones.

Conclusiones y áreas de oportunidad

Las personas que han tenido cáncer pueden presentar secuelas físicas que afectan su imagen corporal y su funcionalidad, que modifican su calidad de vida, a su vez la aparición de síntomas o nuevas enfermedades, asistir a consultas médicas, el tratamiento de las secuelas incrementa el miedo a las recaídas y a la muerte (Clemente, 2018).

Se estima que 6 de cada 10 sobrevivientes presentan preocupación y miedo desproporcionado sobre los riesgos del cáncer, algunos autores lo denominan “Síndrome Damocles”, por lo cual resulta relevante valorar los grados de ansiedad para identificar posibles trastornos (Clemente, 2018).

En este caso se muestran los primeros avances de una paciente que presenta síntomas de ansiedad ante la posibilidad de una recaída de la enfermedad, aunque se han cumplido los objetivos específicos propuestos hasta ahora, no se puede asegurar que la disminución de la ERA sea a causa de la intervención, ya que existen otras situaciones en la vida de la paciente, como los problemas legales en su familia, que favorecen el incremento de dichos síntomas. Se pretende continuar evaluando el apoyo que la paciente recibe por parte de su familia y dar seguimiento al trabajo realizado hasta ahora con la paciente, con el

fin de regular su activación fisiológica y modificar la respuesta a nivel cognitivo de la paciente, además incorporar diferentes estrategias que favorezcan el cumplimiento terapéutico, psicoeducación de los síntomas de una recurrencia y control de las emociones

El presente caso se encuentra en curso, por lo que es importante que se consideren como áreas de oportunidad:

- Considerar los problemas legales de la familia de la paciente dentro del modelo secuencial integrativo.
- Evaluar la sintomatología ansiosa con otros instrumentos.
- Hacer uso de técnicas más breves, debido a que la paciente se ausentaría por más de un mes de las sesiones.

Referencias

Becerra, A. (2014). Medicina conductual aplicada en pacientes oncológicos. En L. Reynoso y A. Becerra, *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp.313-332), México: Qartuppi.

Burns, D. (2011). *Adiós, ansiedad*. Barcelona: Paidós.

Clemente, G. (2018). Necesidades de los supervivientes de cáncer. Atención y seguimiento integral. *Conocimiento enfermo*, 1 (2018), 55-71.

Rodríguez, B., Priede, A., Maeso, A., Arranz, H., y Palao, A. (2011). Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología*, 8 (1), 7-20.

Apéndice 4

Resultados del taller de prevención y reducción de estrés y síndrome Born Out

Se evaluaron a 27 residentes del servicio de oncología (11 de cirugía, 10 de ginecología y 6 de cabeza y cuello), en promedio de 31 años de edad (DE= 1.63); se utilizó el Perfil de estrés (Nowack, 1999, traducido por Jiménez 2002), que consta de seis escalas: estrés, hábitos de salud (dividido en ejercicio, descanso/sueño, alimentación, prevención y conglomerado de ítems ARC), red de apoyo social, patrón de conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilo de afrontamiento (conformada por valoración positiva, valoración negativa, minimización de la amenaza y concentración en el problema) y bienestar psicológico, cuya puntuación T superior a 60 sugieren factores protectores para la salud y menores de 40 alertas de riesgo para la salud. Y el Inventario Maslach de Burnout Human Service Survey (MBI-HSS, Maslach y Jackson, 1986; versión española en TEA Ediciones, 1997) el cual se compone de tres escalas agotamiento emocional, despersonalización e ineficiencia y realización, consta de 22 ítems con cinco opciones de respuesta en escala tipo Lickert y se clasifica las respuestas como alto, medio y bajo, previo al taller.

Sólo a los residentes de cirugía y cabeza y cuello se les impartieron dos sesiones de intervención, de dos horas de duración. En la primera sesión se brindó psicoeducación sobre el estrés, el burn out y se realizaron ejercicios de respiración diafragmática, mientras que en la segunda sesión se practicaron ejercicios de solución de problemas y manejo de tiempo. Los residentes de ginecología no recibieron ningún tipo de intervención. Ninguno de los residentes fue evaluado posterior a la realización del taller debido a cuestiones administrativas.

En el Inventario Maslach de Burnout Human Service Survey (MBI-HSS), (Maslach y Jackson, 1986; versión española en TEA Ediciones, 1997) previo al taller, se encontró que los residentes presentan un agotamiento emocional alto, lo

que podría causar que no respondan adecuadamente a las demandas del servicio, despersonalización media, es decir podrían estar teniendo actitudes cínicas y de indiferencia hacia las responsabilidades o las personas. Ambas características, podrían incidir en que los residentes tengan insatisfacción y pobres expectativas personales sobre el trabajo, como muestra la ineficiencia y realización baja en la (ver Tabla 1).

Tabla 1

Promedio de las dimensiones del Inventario Maslach de Burnout Human Service Survey de los residentes de oncología

Dimensiones	Media	Desviación estándar
Agotamiento emocional	27.41	12.56
Despersonalización	7.81	5.32
Ineficiencia y realización	41.19	5.75

Por otra parte, los resultados del Perfil de estrés en los residentes de oncología sugieren un nivel de estrés medio en el trabajo y la vida, aunque muestran escasos hábitos para el mantenimiento de la salud, realizan poco ejercicio, tienen un descanso/ sueño y alimentación inadecuados, muestran pocos hábitos de salud preventiva y se observa abuso de sustancias (conglomerado ACD).

También, se encontró que tienen una red de apoyo social percibida en calidad y cantidad como regular. En ocasiones presentan conductas tipo A, como desconfianza, enojo y hostilidad. Respecto a la fuerza cognitiva, es probable que vean los cambios y los riesgos como amenazas y que sean propensos a sentir que no tienen control sobre los acontecimientos y los aspectos más relevantes e importantes de su vida, lo cual los hace vulnerables a enfermedades.

Respecto al estilo de afrontamiento, los residentes suelen usar más como estrategia concentrarse en el problema, seguido de valoración positiva, minimización de la amenaza y valoración negativa, es decir, pueden desarrollar un

plan de acción para enfrentar una situación, resaltan los aspectos positivos de un problema y en ocasiones bromean o se burla de la situación estresante como una medida para evitar la situación y sienten autculpabilidad, crítica o pensamiento catastrófico.

Por último, la puntuación de bienestar psicológico sugiere que los residentes probablemente están satisfechos consigo mismo y se consideran capaces de disfrutar la vida (ver Tabla 2).

Tabla 2

Promedio de las dimensiones del Perfil de Estrés de los residentes de oncología

Dimensiones	Media	Desviación estándar
Estrés	45.89	12.33
Ejercicio	41.93	12.08
Descanso/sueño	39.11	9.32
Prevención	43.04	9.55
Alimentación	41	11.80
Conglomerado de ítems ARC	50.56y	14.12
Red de apoyo social	54.3	13.88
Conducta tipo A	48	12.57
Fuerza cognitiva	48.74	11.67
Valoración positiva	54	12.02
Valoración negativa	47.81	13.71

Minimización de la amenaza	50.33	12.18
Concentración en el problema	57.81	13.66
Bienestar psicológico	53.67	13.08
Hábitos de salud	45.59	10.93

Apéndice 5



Hospital Juárez de México
Servicio de Oncología
Psicooncología/Medicina Conductual



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México, a ____ de _____, 201__.

Por medio de la presente, hago constar que he sido informada ampliamente sobre el proceso de evaluación e intervención del que seré participante.

Formaré parte de la investigación que tiene como objetivo analizar el efecto de una intervención cognitivo conductual en la percepción de fatiga relacionada con cáncer y la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal en tratamiento de quimioterapia.

Dicha investigación está a cargo de Lic. Rocío Daniela Ramírez Montalvo, estudiante de la Residencia en Medicina Conductual del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún propósito fuera de los que mencionados sin mi consentimiento. Es de mi conocimiento que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin comprometer mi atención en el hospital. De tener dudas sobre la intervención, puedo preguntar a la investigadora a cargo.

Con base en lo anterior, ACEPTO participar en el proceso de investigación.

ATENTAMENTE

Nombre y firma del paciente



Apéndice 6
Hospital Juárez de México
Servicio de Oncología
Psicooncología/Medicina Conductual



HOJA DE DATOS GENERALES

Sexo: _____ Edad: ____ años Escolaridad: _____

Estado civil: _____ Lugar de residencia: _____,
Cáncer de: _____ Estadio clínico: _____

Tiempo desde el diagnóstico: _____ meses Quimioterapia: _____

Medicamentos: _____ Comorbilidades: _____

Aplicación de quimioterapia	ECOG	Hemoglobina	Peso	Otros síntomas

Observaciones: _____



Apéndice 7
Hospital Juárez de México
Servicio de Oncología
Psicooncología/Medicina Conductual
REGISTRO DIARIO DE FATIGA



Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Seleccione el dibujo de acuerdo con cómo se siente hoy.

¿Qué tan cansado te sientes hoy?



Nada cansado



Un poco cansado



Algo cansado



Moderadamente cansado



Extremadamente cansado

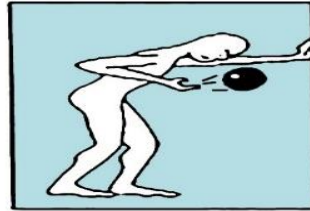
¿Qué tanto sentirse cansado impide que realice las actividades que quiere hacer?



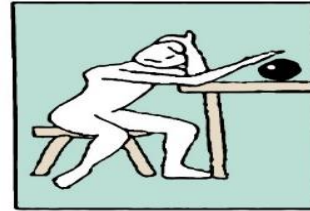
Puedo hacer todo lo que hago normalmente



Puedo hacer casi todo lo que hago normalmente



Puedo hacer algunas cosas de las que hago normalmente



Hago lo que tengo que hacer



Puedo hacer muy pocas cosas



Apéndice 8

Hospital Juárez de México
Servicio de Oncología
Psicooncología/Medicina Conductual



REGISTRO DE PENSAMIENTOS RELACIONADOS CON LA FATIGA

Fecha: _____

Instrucciones: Anote los pensamientos, ideas e imágenes que vienen a su cabeza cuando se siente fatigado y quiere realizar alguna actividad.



Apéndice 9
Hospital Juárez de México
Servicio de Oncología
Psicooncología/Medicina Conductual
REGISTRO DE ACTIVIDADES DIARIAS



Fecha: _____ al _____

INSTRUCCIONES: Anote las actividades que realizó durante la semana a cada hora.

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
6:00 a 6:59							
7:00 a 7:59							
8:00 a 8:59							
9:00 a 9:59							
10:00 a 10:59							
11:00 a 11:59							
12:00 a 12:59							
13:00 a 13:59							
14:00 a 14:59							
15:00 a 15:59							
16:00 a 16:59							
17:00 a 17:59							
18:00 a 18:59							
19:00 a 19:59							
20:00 a 20:59							
21:00 a 21:59							
22:00 a 22:59							
23:00 a 23:59							

Apéndice 10

Cartas descriptivas de la intervención del protocolo de investigación

Sesión 1					
Objetivo general: El paciente identificará la definición, causas y recomendaciones de la fatiga relacionada con cáncer.					
Temas	Técnicas	Descripción de actividades		Materiales	Duración
		Terapeuta	Paciente		
Fatiga relacionada con cáncer	Psicoeducación	<p>Brindará al paciente información sobre qué es, cuáles son las causas, y qué puede hacer para manejar la fatiga relacionada con cáncer. Preguntará si hay dudas y las responderá. Preguntará al paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué es fatiga? • ¿Por qué da fatiga? • ¿Qué puedo hacer para sentirme menos fatigado? <p>Entregará los registros de fatiga y funcionalidad. Acordará la próxima cita.</p>	<p>Escuchará la información proporcionada por el terapeuta. Observará la presentación en un dispositivo electrónico. Expresará sus dudas sobre la información proporcionada. Responderá las preguntas hechas por el terapeuta.</p>	<p>Infografía de fatiga relacionada con cáncer. Registros de fatiga relacionada con cáncer.</p>	30 min

Sesión 2

Objetivo general. El Paciente identificará medidas de higiene del sueño, así como sus actividades diarias y la importancia de estas.

Temas	Técnicas	Descripción de actividades		Materiales	Duración
		Terapeuta	Paciente		
Higiene del sueño Programación de actividades Planeación de actividades	Psicoeducación Planeación de actividades	Brindará información sobre la higiene del sueño. Preguntará dudas. Responderá las dudas. Preguntará: “Menciona algunas recomendaciones para dormir mejor”. Se informará al paciente sobre la importancia de realizar actividades. Se le pedirá al que enliste las actividades que hace durante el día. Explicará y entregará un registro de actividades diarias. Recogerá los registros de fatiga y funcionalidad y entregará los nuevos.	Escuchará la información proporcionada por el terapeuta. Expresará sus dudas. Responderá la pregunta del terapeuta. Escuchará la información brindada por el terapeuta. Enlistará las actividades que hace en los dos primeros días después de la aplicación de la quimioterapia y los dos días antes de la próxima aplicación.	Tríptico sobre la higiene del sueño. Registro de actividades diarias Registros de fatiga y funcionalidad Hojas blancas Bolígrafo	30-40 min.

Sesión 3**Objetivo general: El paciente realizará un programa de planeación de actividades para los días de fatiga moderada y otro para los días de fatiga leve.**

Temas	Técnicas	Descripción de actividades		Materiales	Duración
		Terapeuta	Paciente		
Planeación de actividades	Planeación de actividades	Revisará el registro de actividades y entregará nuevos Brindará retroalimentación del registro considerando los días buenos (cuando realiza más actividades) y días malos (cuando realiza menos actividades). Preguntará actividades que le gustaría realizar diariamente (considerando dominio y agrado). El terapeuta dará algunas opciones, entre ellas brindará un folleto con ejercicios. Seleccionará en conjunto con el paciente el tiempo que se hará cada actividad en los días con fatiga leve o moderada y	Entregará el registro de actividades. Escuchará al terapeuta. Enlistará actividades que le gustaría realizar diariamente. Seleccionará las actividades que va a realizar. Seleccionará en conjunto con el terapeuta el tiempo que se hará cada actividad en los días buenos y malos. Escribirá el plan de actividades a realizar.	Tríptico de ejercicio para pacientes con fatiga Registro de actividades diarias Registros de fatiga y funcionalidad Hojas blancas Bolígrafo	30-40 minutos

		malos con fatiga grave. Recogerá los registros de fatiga y funcionalidad y entregará los nuevos.			
--	--	---	--	--	--

Sesión 4

Objetivo general: El paciente identificará los pensamientos sobre la fatiga relacionada con cáncer

Temas	Técnicas	Descripción de actividades		Materiales	Duración
		Terapeuta	Paciente		
Pensamientos relacionados con la fatiga	Elementos de terapia cognitiva	Revisará el registro de las actividades. Preguntará: "Cuando usted se ha sentido fatiga ¿qué es lo que piensa?". Explicará la relación entre pensamientos, emociones y conductas. Entregará y explicará un registro de pensamientos. Recogerá los registros de fatiga y funcionalidad y entregará los nuevos.	Entregará el registro de actividades. Mencionará sus pensamientos relacionados con la fatiga. Explicará al menos dos ejemplos de su vida diaria en los que identifique los pensamientos, sentimientos y conductas.	Registros de fatiga y funcionalidad Registros de pensamientos	30-40 min

Sesión 5**Objetivo general: El paciente modificará sus pensamientos relacionados con fatiga que impiden la realización de actividades**

Temas	Técnicas	Descripción de actividades		Materiales	Duración
		Terapeuta	Paciente		
Pensamientos relacionados con la fatiga	Elementos de la terapia cognitiva	Revisará el registro de pensamientos. Explicará la técnica “actuar como sí...” Explicará la técnica “Reenfocando”. Recogerá los registros de fatiga y funcionalidad y entregará los nuevos.	Entregará el registro de pensamientos. Escuchará las explicaciones y responderá las preguntas que el terapeuta realice.	Registros de fatiga y funcionalidad.	30 a 40 min