

01968

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

4

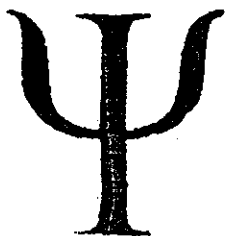


FACULTAD DE PSICOLOGIA

"REPORTE DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA  
MAESTRÍA DE MEDICINA CONDUCTUAL CON  
ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD  
Y RESIDENCIA EN DIFERENTES HOSPITALES  
DEL DISTRITO FEDERAL".

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
LIC. ANA MARÍA BALBOA VERDUZCO

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. DOLORES MERCADO CORONA  
COMITE TUTORIAL: DR. SAMUEL JURADO CARDENAS  
DR. ARTURO MARTÍNEZ LARA  
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO  
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA  
DRA. LAURA HERNÁNDEZ.  
DR. HÉCTOR AYALA VELÁZQUEZ.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F. A 8 DE NOVIEMBRE DE 2002



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.

FIRMA: [Firma]  
FECHA: 25-NOV-2007  
NOMBRE: Balboa Verdugo  
Autoriza a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

## RESUMEN

La Psicología de la Salud es una rama de la Psicología que se vincula con la medicina; y en particular con la Medicina Conductual esto es un alcance interdisciplinario no solo de técnicas y métodos en psicología, sino del equipo que interviene de las diferentes especialidades. Debido a ello logramos realizar un reporte de las actividades realizadas en la Maestría de Medicina Conductual con especialidad en Psicología de la Salud y residencia en diferentes hospitales del Distrito Federal. Con el fin de prevenir y solucionar problemas tanto a nivel de salud mental como de enfermedades físicas y enfermedades crónico degenerativas. El desarrollo y la aplicación de programas de intervención para los pacientes oncológicos, son de gran utilidad debido a la gran demanda de pacientes en las diferentes instituciones en las cuales tuvimos la oportunidad de tener una intervención psicológica con pacientes con enfermedades crónico degenerativas y emplear las técnicas de relajación y respiración terapia individual con enfoque cognitivo-conductual. Consiguiendo con nuestra intervención mejorar la comunicación médico-paciente la adherencia terapéutica de los pacientes hacia el tratamiento y la aceptación de su enfermedad. La Secretaría de Salud en convenio con las diferentes instituciones de salud, han logrado que se motiven a los estudiantes de psicología para continuar realizando investigaciones y aportando nuevos conocimientos para brindar una mejor calidad de vida y aceptación de un final inmediato en los pacientes con enfermedad crónico degenerativa.

**Reporte de actividades: primero y segundo en el Hospital Juárez de México; tercero en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición “Salvador Zubirán”; cuarto en el (Departament of Psychiatric Queen’s Medical Centre University of Nottingham). Inglaterra, U.K.**

## ÍNDICE

Agradecimientos y dedicatorias .....	8
Pensamientos:	
o “El hombre y la mujer” anónimo.....	10
o “Recolección de frutas” Radindranath Tagore.....	11
<b>Primer y segundo reporte en el Hospital Juárez de México:</b>	
o Síntesis histórica del Hospital Juárez de México.....	12
Introducción al Programa de residencia en Psicología de la Salud:	
o Ubicación.....	16
o Nivel de atención.....	16
o Servicios de la sede.....	16
o Recursos Humanos.....	17
o Líneas de autoridad.....	17
o Supervisor <i>in situ</i> .....	17
Desarrollo de los antecedentes teóricos .....	18
Definiciones:	
➤ Salud.....	19
➤ Promoción de la salud.....	19
➤ Medicina Conductual.....	19
➤ Psicología de la Salud.....	20
Psicología de la Salud:	
▪ Suposiciones básicas .....	20
▪ Área de estudio y aplicación.....	21
▪ Cómo se centra en la actualidad .....	21
Prevención de la enfermedad:	
➤ Promoción.....	21
➤ Educación .....	23
➤ Detección y manejo oportuno de casos .....	24
Atención primaria de salud .....	24
Doce pasos de la comunicación para la salud (UNICEF).....	25

Agentes de la salud .....	26
<b>Comportamientos de riesgos de salud:</b>	
➤ Conductas alimentarias .....	27
➤ Drogas .....	27
➤ Actividad .....	28
➤ Descanso .....	28
➤ Higiene personal .....	28
➤ Trabajo .....	28
➤ Pareja y Familia .....	28
➤ Amigos y Entorno social .....	28
➤ Relaciones sexuales .....	28
➤ Otros comportamientos de riesgo .....	29
Actividades desarrolladas en la sede .....	29
<b>Etapas de duelo:</b>	
➤ Fase de negación .....	34
➤ Fase de ira .....	34
➤ Fase de negociación .....	34
➤ Fase de depresión .....	34
➤ Fase de aceptación .....	34
<b>Reporte de Goodkin:</b>	
➤ Espíritu luchador .....	34
➤ Evitación .....	34
➤ Fatalismo .....	35
➤ Preocupación ansiosa .....	35
➤ Desesperanza .....	35
Intervenciones con el paciente y familiares .....	36
Nota de evolución .....	37
<b>Técnicas psicológicas:</b>	
○ Factores sociales y factores personales .....	39
<b>Técnicas de relajación:</b>	
➤ Relajación completa .....	40
➤ Entrenamiento autógeno .....	41

➤ Meditación.....	41
➤ Imaginación.....	42
➤ Imágenes dirigidas.....	42
Principales inductores de estrés.....	44
Factores de riesgo en cáncer:	
➤ Cervicouterino.....	45
➤ Mama.....	45
➤ Próstata.....	45
➤ Gástrico.....	45
Terminología oncológica.....	45
Actividades académicas dentro de la sede:	
□ Universidad Nacional Autónoma de México (Facultad de Psicología).....	46
□ Hospital Juárez de México.....	47
Explicación y concientización de las características del tratamiento con quimioterapia.....	48
Programa de prevención en pacientes oncológicos.....	51
<b>Tercer reporte en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición “Salvador Zubirán”:</b>	
□ Síntesis Histórica del Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición “Salvador-Subirán”. Sección de CLÍNICA DEL DOLOR.....	54
Departamentos de investigación:	
➤ Médico.....	55
➤ Nutrición.....	55
➤ Enseñanza.....	55
➤ Enfermería.....	55
Actividades programadas.....	56
<b>Cuarto reporte del Departament of Psychiatric Queen’s Medical Centre-University of Nottingham, Uk in England:</b>	
□ Síntesis histórica Queen’s Medical Centre-University of	

Nottingham, Uk en Inglaterra.....	59
<b>Actividades programadas:</b>	
❖ Revisión de casos en la Clínica Neuropsiquiatría.....	60
❖ Valoración de pacientes.....	60
❖ Reportes supervisados.....	60
❖ Tutorías y discusión con supervisión.....	60
 Plan de actividades para el periodo de noviembre 2000 a febrero 2001.....	60
 Rubros indispensables en la valoración del protocolo:	
• Pruebas neuropsicológicas y psicométricas.....	61
 Otras actividades profesionales no programadas pero realizadas:	
• Descripción de actividades y asistencia a eventos académicos.....	64
 Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.....	65
 Evaluación.....	66
 Sugerencias y conclusiones.....	67
 Referencias bibliográficas.....	68
 <b>Anexo:</b>	
Lista de pacientes en las diferentes sedes; con edad y diagnóstico.....	70
 Caso clínico #1 de la paciente C.S D.....	77
Caso clínico #2 de la paciente M T R.C.....	82
 Publicaciones de las diferentes investigaciones en las que he participado.....	88



## AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Agradezco a Dios por darme salud, paciencia y tolerancia para poder alcanzar mis metas profesionales y personales.

A mi abuelita Mimita + por sus valiosos consejos que me enriquecieron y me hicieron crecer como ser humano. Ella al igual que mis pacientes mencionados en este reporte, sufrió y padeció la difícil enfermedad de cáncer. Mi abue y mis pacientes me enseñaron, que en la vida las pruebas son duras y hay que soportar las adversidades cuando no dependen de nosotros, sino hasta que Dios diga. Abue mi admiración, respeto y todo mi cariño. Te extraño mucho.

En memoria de mi abuelito Ignacio Verduzco Tapia +

A mis pacientes a los que ya no están y a los que siguen luchando con su enfermedad, aquellos que el cáncer los mutiló, mi admiración por haber encontrado la manera de enfrentar su enfermedad y su dolor con paciencia y dignidad. Que Dios les bendiga.

A mi tío Ignacio Verduzco por su apoyo y comprensión; por compartir e intercambiar opiniones conmigo del maravilloso campo de la Psicología. Gracias por el entusiasmo, que me brindaste para concluir satisfactoriamente mi tesis. Dios te bendiga.

A mi hermano Alfonso y a mi cuñada Lauris por su gran apoyo moral en momentos difíciles para mí. Gracias.

Agradezco a la Dra Dolores Mercado Corona por su valioso tiempo para la supervisión de mi reporte de experiencia profesional, así como de sus aportaciones y sugerencias para una mejor redacción de este trabajo. Gracias.

Agradezco al Dr Samuel Jurado, Lic. Rebeca Sánchez, y Mtro. Isaac Seligson, por sus valiosos comentarios en mi estancia en los hospitales, además de prestarme material bibliográfico para adentrarme más al campo de Psicología de la Salud.

SESAME (Secretaría de Salud Mental) y a la Secretaría de Salud les agradezco por brindarme la oportunidad de poder laborar en las diferentes sedes donde fui asignada, porque de esa manera continuo transmitiendo y aplicando mis conocimientos a pacientes en donde su vida es limitada y en donde hay mucho por aprender, siempre y cuando nos den la oportunidad de trabajar.

CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología) le agradezco, la beca que me otorgaron. Aproveche esa valiosa oportunidad para una mejor preparación y ténganlo por seguro que no los defraudare Gracias.

Agradezco a mis amigas: Maru Juárez, Rosy Alcántara, Vanesa Drí, Tony Iglesias, Alejandra Morales; y amigos: Miguel Martínez, Damián Alquicira, Alberto Valencia, Francisco Tejeda, Omar Gómez, Javier García, Francis I Caza, Raúl Orozco, Gerardo Chávez, Carlos Venancio. Por sus consejos, su apoyo moral y su valiosa amistad, los quiero mucho. Mil gracias.

## “El hombre y la mujer”

El hombre es la más elevada de las criaturas. La mujer es la más sublime de los ideales.

El hombre es el cerebro. La mujer es el corazón.

El hombre fabrica la luz, el corazón fabrica el amor; la luz fecunda, el amor resucita.

El hombre es un código. La mujer es un Evangelio. El código corrige; el Evangelio perfecciona.

El hombre es un templo. La mujer es el sagrario. Ante el templo nos descubrimos; ante el sagrario nos arrodillamos.

El hombre piensa. La mujer sueña; pensar es tener en el cráneo una semilla; soñar es tener en la frente una aureola.

El hombre es un océano. La mujer es el lago. El océano tiene la perla que adorna; el lago, la poesía que deslumbra.

El hombre es el águila que vuela. La mujer es el ruiseñor que canta. Volar es dominar el espacio, cantar es conquistar el alma.

En fin, el hombre está colocado donde termina la tierra, la mujer donde comienza el cielo.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Anónimo

## “RECOLECCIÓN DE FRUTAS”

No me dejes pedir protección ante los peligros,  
sino valor para afrontarlos.

No me dejes suplicar que se calme mi dolor,  
sino que tenga ánimo para dominarlo.

No me dejes buscar aliados en el campo de batalla de la vida,  
como no sea mi propia fuerza

No me dejes anhelar la salvación lleno de miedo e inquietud,  
sino desear la paciencia necesaria para conquistar mi libertad.

Concédeme no ser un cobarde,  
experimentar tu misericordia sólo en mi éxito;  
pero déjame sentir que tu mano me sostiene en mi fracaso.

**Radindranath Tagore**

## ÍNDICE

Agradecimientos y dedicatorias .....	8
Pensamientos:	
o “El hombre y la mujer” anónimo.....	10
o “Recolección de frutas” Radindranath Tagore.....	11
<b>Primer y segundo reporte en el Hospital Juárez de México:</b>	
o Síntesis histórica del Hospital Juárez de México.....	12
Introducción al Programa de residencia en Psicología de la Salud:	
o Ubicación.....	16
o Nivel de atención.....	16
o Servicios de la sede.....	16
o Recursos Humanos.....	17
o Líneas de autoridad.....	17
o Supervisor <i>in situ</i> .....	17
Desarrollo de los antecedentes teóricos .....	18
Definiciones:	
➤ Salud.....	19
➤ Promoción de la salud.....	19
➤ Medicina Conductual.....	19
➤ Psicología de la Salud.....	20
Psicología de la Salud:	
▪ Suposiciones básicas .....	20
▪ Área de estudio y aplicación.....	21
▪ Cómo se centra en la actualidad .....	21
Prevención de la enfermedad:	
➤ Promoción.....	21
➤ Educación .....	23
➤ Detección y manejo oportuno de casos .....	24
Atención primaria de salud .....	24
Doce pasos de la comunicación para la salud (UNICEF).....	25

Agentes de la salud .....	26
Comportamientos de riesgos de salud:	
➤ Conductas alimentarias .....	27
➤ Drogas .....	27
➤ Actividad .....	28
➤ Descanso .....	28
➤ Higiene personal .....	28
➤ Trabajo .....	28
➤ Pareja y Familia .....	28
➤ Amigos y Entorno social .....	28
➤ Relaciones sexuales .....	28
➤ Otros comportamientos de riesgo .....	29
Actividades desarrolladas en la sede .....	29
Etapas de duelo:	
➤ Fase de negación .....	34
➤ Fase de ira .....	34
➤ Fase de negociación .....	34
➤ Fase de depresión .....	34
➤ Fase de aceptación .....	34
Reporte de Goodkin:	
➤ Espíritu luchador .....	34
➤ Evitación .....	34
➤ Fatalismo .....	35
➤ Preocupación ansiosa .....	35
➤ Desesperanza .....	35
Intervenciones con el paciente y familiares .....	36
Nota de evolución .....	37
Técnicas psicológicas:	
○ Factores sociales y factores personales .....	39
Técnicas de relajación:	
➤ Relajación completa .....	40
➤ Entrenamiento autógeno .....	41

➤ Meditación.....	41
➤ Imaginación.....	42
➤ Imágenes dirigidas.....	42
Principales inductores de estrés.....	44
Factores de riesgo en cáncer:	
➤ Cervicouterino.....	45
➤ Mama.....	45
➤ Próstata.....	45
➤ Gástrico.....	45
Terminología oncológica.....	45
Actividades académicas dentro de la sede:	
□ Universidad Nacional Autónoma de México (Facultad de Psicología).....	46
□ Hospital Juárez de México.....	47
Explicación y concientización de las características del tratamiento con quimioterapia.....	48
Programa de prevención en pacientes oncológicos.....	51
<b>Tercer reporte en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición “Salvador Zubirán”:</b>	
□ Síntesis Histórica del Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición “Salvador-Subirán”. Sección de CLÍNICA DEL DOLOR.....	54
Departamentos de investigación:	
➤ Médico.....	55
➤ Nutrición.....	55
➤ Enseñanza.....	55
➤ Enfermería.....	55
Actividades programadas.....	56
<b>Cuarto reporte del Department of Psychiatric Queen’s Medical Centre-University of Nottingham, Uk in England:</b>	
□ Síntesis histórica Queen’s Medical Centre-University of	

Nottingham, Uk en Inglaterra.....	59
<b>Actividades programadas:</b>	
❖ Revisión de casos en la Clínica Neuropsiquiatría.....	60
❖ Valoración de pacientes.....	60
❖ Reportes supervisados.....	60
❖ Tutorías y discusión con supervisión.....	60
 Plan de actividades para el periodo de noviembre 2000 a febrero 2001.....	60
 Rubros indispensables en la valoración del protocolo:	
• Pruebas neuropsicológicas y psicométricas.....	61
 Otras actividades profesionales no programadas pero realizadas:	
• Descripción de actividades y asistencia a eventos académicos.....	64
 Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades.....	65
 Evaluación.....	66
 Sugerencias y conclusiones.....	67
 Referencias bibliográficas.....	68
 <b>Anexo:</b>	
Lista de pacientes en las diferentes sedes; con edad y diagnóstico.....	70
 Caso clínico #1 de la paciente C.S D.....	77
Caso clínico #2 de la paciente M T R.C.....	82
 Publicaciones de las diferentes investigaciones en las que he participado.....	88



## AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

Agradezco a Dios por darme salud, paciencia y tolerancia para poder alcanzar mis metas profesionales y personales.

A mi abuelita Mimita + por sus valiosos consejos que me enriquecieron y me hicieron crecer como ser humano. Ella al igual que mis pacientes mencionados en este reporte, sufrió y padeció la difícil enfermedad de cáncer. Mi abue y mis pacientes me enseñaron, que en la vida las pruebas son duras y hay que soportar las adversidades cuando no dependen de nosotros, sino hasta que Dios diga. Abue mi admiración, respeto y todo mi cariño. Te extraño mucho.

En memoria de mi abuelito Ignacio Verduzco Tapia +

A mis pacientes a los que ya no están y a los que siguen luchando con su enfermedad, aquellos que el cáncer los mutiló, mi admiración por haber encontrado la manera de enfrentar su enfermedad y su dolor con paciencia y dignidad. Que Dios les bendiga.

A mi tío Ignacio Verduzco por su apoyo y comprensión; por compartir e intercambiar opiniones conmigo del maravilloso campo de la Psicología. Gracias por el entusiasmo, que me brindaste para concluir satisfactoriamente mi tesis. Dios te bendiga.

A mi hermano Alfonso y a mi cuñada Lauris por su gran apoyo moral en momentos difíciles para mí. Gracias.

Agradezco a la Dra Dolores Mercado Corona por su valioso tiempo para la supervisión de mi reporte de experiencia profesional, así como de sus aportaciones y sugerencias para una mejor redacción de este trabajo. Gracias.

Agradezco al Dr Samuel Jurado, Lic. Rebeca Sánchez, y Mtro. Isaac Seligson, por sus valiosos comentarios en mi estancia en los hospitales, además de prestarme material bibliográfico para adentrarme más al campo de Psicología de la Salud.

SESAME (Secretaría de Salud Mental) y a la Secretaría de Salud les agradezco por brindarme la oportunidad de poder laborar en las diferentes sedes donde fui asignada, porque de esa manera continuo transmitiendo y aplicando mis conocimientos a pacientes en donde su vida es limitada y en donde hay mucho por aprender, siempre y cuando nos den la oportunidad de trabajar.

CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología) le agradezco, la beca que me otorgaron. Aproveche esa valiosa oportunidad para una mejor preparación y ténganlo por seguro que no los defraudare Gracias.

Agradezco a mis amigas: Maru Juárez, Rosy Alcántara, Vanesa Drí, Tony Iglesias, Alejandra Morales; y amigos: Miguel Martínez, Damián Alquicira, Alberto Valencia, Francisco Tejeda, Omar Gómez, Javier García, Francis I Caza, Raúl Orozco, Gerardo Chávez, Carlos Venancio. Por sus consejos, su apoyo moral y su valiosa amistad, los quiero mucho. Mil gracias.

## “El hombre y la mujer”

El hombre es la más elevada de las criaturas. La mujer es la más sublime de los ideales.

El hombre es el cerebro. La mujer es el corazón.

El hombre fabrica la luz, el corazón fabrica el amor; la luz fecunda, el amor resucita.

El hombre es un código. La mujer es un Evangelio. El código corrige; el Evangelio perfecciona.

El hombre es un templo. La mujer es el sagrario. Ante el templo nos descubrimos; ante el sagrario nos arrodillamos.

El hombre piensa. La mujer sueña; pensar es tener en el cráneo una semilla; soñar es tener en la frente una aureola.

El hombre es un océano. La mujer es el lago. El océano tiene la perla que adorna; el lago, la poesía que deslumbra.

El hombre es el águila que vuela. La mujer es el ruiseñor que canta. Volar es dominar el espacio, cantar es conquistar el alma.

En fin, el hombre está colocado donde termina la tierra, la mujer donde comienza el cielo.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Anónimo

## “RECOLECCIÓN DE FRUTAS”

No me dejes pedir protección ante los peligros,  
sino valor para afrontarlos.

No me dejes suplicar que se calme mi dolor,  
sino que tenga ánimo para dominarlo.

No me dejes buscar aliados en el campo de batalla de la vida,  
como no sea mi propia fuerza

No me dejes anhelar la salvación lleno de miedo e inquietud,  
sino desear la paciencia necesaria para conquistar mi libertad.

Concédeme no ser un cobarde,  
experimentar tu misericordia sólo en mi éxito;  
pero déjame sentir que tu mano me sostiene en mi fracaso.

**Radindranath Tagore**

## **PRIMER Y SEGUNDO REPORTE DE ACTIVIDADES EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO EN EL ÁREA DE ONCOLOGÍA. Iniciando el primero de marzo de 1999 al 28 de febrero de 2000.**

### **Breve introducción y Características de la sede:**

#### **Síntesis histórica del Hospital Juárez de México.**

En el año de 1847, durante la invasión norteamericana; después de la toma del puerto de Veracruz, las tropas invasoras comandadas por el general Scott, derrotaron a Santa Ana, ocuparon Puebla y se disponían a marchar sobre la capital de México, por tal motivo el ayuntamiento metropolitano se vio en la necesidad de dictar una serie de medidas para hacer frente a esta situación. Una de ellas consistió en integrar una comisión especial, encabezada por el regidor de hospitales Lic. Don José Urbano Fonseca. Con el propósito de que se establecieran hospitales de sangre que pudieran prestar auxilio y asistencia a los heridos.

En oficio con fecha 16 de Agosto de 1847 del general Manuel María Lombardini dirigido a Don José Urbano Fonseca, le informa que ha girado ordenes para que el ayuntamiento pueda disponer del edificio del colegio de los agustinos de San Pablo, que venían funcionando como cuartel, para que fuera destinado como hospital de sangre.

Don José Urbano Fonseca, pidió a las hermanas de la caridad, que tomaran la dirección del nuevo establecimiento, con el objeto de que atendieran a los heridos más graves; es así como el viejo edificio se transforma en un hospital de campaña dentro de los muros del claustro. Con la madera de las puertas y lumbreras de la plaza de toros contigua, se construyeron las camas que se requerían para alojar a los enfermos.

El 20 de agosto de 1847, tuvieron lugar las batallas de Padierna y de Churubusco; sin embargo, se considera que fue hasta el 23 cuando llegaron los primeros heridos al nuevo hospital de campaña y es por eso que el día 23 de agosto se considera como la fecha de fundación.

Desde su fundación la historia del Hospital Juárez ha estado ligada estrechamente a grandes acontecimientos de la historia de México, y el impacto de estos se ha reflejado en el hospital

La dirección del nuevo hospital se le encomendó a sor Micaela Ayanz (de 1847 a 1869), quien con un grupo de hermanas de la caridad empezó a prestar atención a los heridos. Los primeros médicos que asistieron a los heridos en el nuevo hospital fueron el cura y el médico de la iglesia de San Pablo Don Ladislao de la Pascua, Don Guillermo Santa María y un practicante de apellido Gutiérrez; durante esta época el hospital fue designado como hospital municipal.

La primera dotación del nuevo hospital municipal fue de 60 camas, 40 para hombres y 20 para mujeres, todas destinadas a enfermos libres.

En la segunda mitad del siglo XX, siendo director del establecimiento de las ciencias médicas el Dr. José Ignacio Duran; el hospital de San Pablo, empezó a ser utilizado como campo clínico para la enseñanza; además de proporcionar cadáveres a la escuela.

Durante los enfrentamientos fratricidas de las luchas Armadas de la reforma, también se prestaron servicios a los heridos en Combate. En 1863, durante la intervención francesa después de Puebla, habrían de llegar heridos de guerra nuevamente a las puertas del hospital para ser atendidos, solo que esta vez mezclados soldados mexicanos y franceses. Para estas fechas el hospital, contaba con 213 camas y se le hicieron mejoras parciales. Tres años después, el 6 de mayo de 1869, el Dr. Ignacio Alvarado fue designado oficialmente como el primer director general del hospital de San Pablo, cargo que ocupó hasta 1875.

Durante esta época el hospital contó con una sala para la beneficencia francesa, suiza y belga y una más para la beneficencia española.

Durante la decena trágica, llegaron al hospital de San Pablo heridos para ser atendidos, así como 200 cadáveres para ser incinerados.

Desde su fundación, el hospital fue adquiriendo con el paso de los años prestigio en el campo de la cirugía; lo que ha permitido que se le considere como la cuna de la cirugía en México. Cabe señalar, que en él se realizaron algunos procedimientos quirúrgicos de gran importancia para la cirugía mundial como para la nacional. Muestra de ello son las extirpaciones del ano y una porción del recto por vía

perineal, realizada por primera vez en América en 1871 por el Dr. Luis Hidalgo Carpio, quien también realizó la ligadura del epiplón en las hernias de esta membrana por primera vez en el ámbito mundial.

El Dr. José María Barceló de Villagran, en 1857 realizó la construcción de un ano artificial en la ingle izquierda, precedido en América únicamente por el cirujano norteamericano Philip Syng padre de la medicina de aquel país. Realizó la primera resección de hombro en América el 13 de agosto de 1869; y el primero en América latina en practicar una desarticulación coxo-femoral el 11 de mayo de 1864. Por lo antes expuesto se considera dentro de la historia de la medicina en México al periodo comprendido entre 1869 y 1880 como la edad de oro de la cirugía mexicana

Otros hechos relevantes en la historia del hospital son: la realización de la primera radiografía mexicana, que tomo en el Hospital Juárez el 1° de octubre de 1896 el Dr. Tobías Núñez en la sala 11 con fines diagnósticos a una mujer que sufrió traumatismo de codo. El Dr. Barceló y Villagran fue el segundo en hacer una transfusión sanguínea en América en 1860, y en este establecimiento se fundó el primer banco de sangre del país en 1942. En la misma década de los 40's se abrió el banco de huesos, rebasando nuestras fronteras exporto huesos al vecino país del norte, tal como lo señalo en su libro "Recuerdos de mi vida muerta" el Dr. Rene Leriche quien trabaja en el banco de huesos del Hospital Juárez

El 18 de Julio de 1872, al deceso del benemérito de las Américas el Lic. Benito Juárez, hizo la propuesta al regidor García López para que el hospital de San Pablo se llamara Hospital Juárez; propuesta probada por el cabildo de la ciudad de México el 19 de Julio del mismo año.

En 1874 el Hospital Juárez, sufrió una enorme perdida con la salida de Sor Micaela Ayanz y el resto de las hermanas de la caridad quienes regresaron a Europa.

Siendo director del Hospital Juárez Don Adrián Segura, en 1881 se realizó la remodelación del hospital al que se le doto de nuevas salas y se reacondicionaron las existentes para poder prestar un mejor servicio a la comunidad.

Con motivo de los festejos del centenario en 1947, se inició una remodelación global del hospital y la construcción del edificio anexo. El 20 de noviembre de 1970 se realizó la restauración del centenario del Claustro del colegio de los agustinos de San Pablo, restituyéndole al viejo convento su aspecto original; quedando integrado con los siguientes edificios: consulta externa, servicios generales, torre de hospitalización unidad de enseñanza, cuerpo de gobierno (en el claustro), servicio de cirugía experimental e investigación clínica y residencia de médicos. El aspecto del hospital fue modificado lamentablemente en forma drástica por la naturaleza en septiembre de 1985, fecha que quedo grabado con sangre en los anales de la historia y en la mente del pueblo mexicano; con el terremoto que derribó la torre de hospitalización, convirtiéndose en la tumba de muchos médicos, estudiantes de medicina, enfermeras y enfermos. En el pasado el Hospital Juárez había sufrido daños de consideración en su edificio, con los temblores de 1899 y 1900 ambos en el mes de enero, que quedó casi desmoronándose; pero en el de 1985 la familia juarista perdió a muchos de sus hijos

Como resultado de este lamentable acontecimiento fue necesario desalojar la centenaria casa de San Pablo, y para poder continuar sirviendo a la sociedad, el hospital se dividió en 4 unidades que mientras funcionaron se les conoció como Juárez I, II, III, y IV. El gobierno de la República ante esta tragedia, destinó fondos para que la Secretaría de Salud construyera una nueva casa para la familia juarista; es así como en 1989 en el mes de septiembre abrió sus puertas el nuevo Hospital Juárez de México, al que se le dotó de todos los adelantos de la medicina moderna, podemos decir con orgullo que desde los cuatro puntos cardinales regresaron sus hijos y se volvió a reunir a la familia juarista para beneficio de la sociedad que lo vio nacer hace 150 años.

Esta breve síntesis de lo que fue el Hospital Juárez de México es una de las muchas historias que encontramos de los hospitales de mayor prestigio en nuestro México. No sólo por la riqueza cultural de su estructura sino que además, dicho hospital es la escuela de entrenamiento de muchos estudiantes, médicos y residentes en cualquiera de los servicios señalados anteriormente. Es un gran orgullo para quienes tuvimos la oportunidad de aprender y laborar en el Hospital Juárez de México.



### **Ubicación:**

Hospital Juárez de México se encuentra ubicado en Av Politécnico Nacional s/n.

Teléfono del área de oncología: 5747-7560 ext. 433 piso  
ext 254 urgencias

### **Nivel de atención:**

En el Hospital Juárez de México el nivel de atención es primaria que está estrechamente vinculada con la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a nivel secundaria y terciaria.

### **Servicios de la sede:**

Oncología	Infectología
Nefrología	Psicología
Ortopedia	Radiología
Maxilofacial	Urología
Terapia Intensiva	Dietología
Urgencias	Enfermería
Hospitalización	Epidemiología
Otorrino	Fisioterapia
Anestesiología	Patología
Cardiología-Vascular	Reumatología
Dermatología	Medicina Nuclear
Endoscopia	Nutrición
Hematología	Quimioterapia

Mi ubicación como residente de medicina conductual en el Hospital Juárez de México fue en el área de Oncología, en los servicios de consulta externa, quimioterapia, hospitalización y terapia intensiva entre otras.

Como Psicóloga de la Salud con residencia en Medicina Conductual primeramente labore en el servicio de Oncología en el área de quimioterapia en la consulta externa durante 3 meses.

Posteriormente rote en primer piso de hospitalización del mismo servicio brindando atención psicológica de 15 a 20 pacientes diarios, esto por espacio de 3 meses. Combinando mi ubicación además en el área de radioterapia en consulta externa. Después de estos 6 meses, tuve la oportunidad de continuar rotando por el Hospital Juárez de México, y tome la decisión de permanecer otros 6 meses en el área de hospitalización. Combinando esto con las interconsultas de los siguientes servicios de urgencias, terapia intensiva, maxilo-facial y cardio-vascular

**Recursos humanos:**

Médico: 1500 de todas las especialidades y servicios.

Enfermeras: 1000 para todos y cada uno de los servicios

Residentes: 10 para cada uno de los servicios cada año.

Estudiantes: 10 para los servicios que lo solicitaban

Otros:

**Líneas de autoridad:** director del hospital, subdirector, coordinador médico, coordinador de enfermería, jefe de servicios, responsables de áreas, residentes, estudiantes.

**Supervisor *in situ*:** nosotros como psicólogos de la salud, con especialidad en medicina conductual contamos con un supervisor *in situ* que era un psicólogo del hospital, sin embargo, sólo nos supervisor en 3 ocasiones, la razón por la que no continuó realizando dicha supervisión la desconozco.

Así que preferíamos mis compañeros y una servidora, acercarnos a Lic Isaac Seligson, quien con su profesionalismo nos orientaba, nos resolvía nuestras dudas, nos proporcionaba libros y bibliografía. Quien además acudía a supervisarnos por parte de la Facultad de Psicología de la UNAM una vez a la semana, y tenía comunicación con el jefe de servicios de oncología quien es el Dr. Francisco García Rodríguez.

## DESARROLLO DE LOS ANTECEDENTES TEÓRICOS:

Con el propósito de desarrollar mayores habilidades, destrezas, competencias profesionales, actitudes y comportamiento ético, aunado con la conciencia social y el compromiso que está vinculado a las acciones profesionales; apoyadas principalmente por Universidad Nacional Autónoma de México (Facultad de Psicología) en conjunto con diferentes instituciones de salud de mayor prestigio, me causó gran inquietud de pertenecer al Programa de Residencia Profesional en Psicología de la Salud

Durante la licenciatura tuve la oportunidad de laborar en diferentes ámbitos de la Psicología, desde hospitales psiquiátricos, reclusorio hasta hospitales de salud. Me percaté que con esta maestría y residencia ampliaba mis conocimientos en el área de la salud, y que además, con la constante presencia de los Psicólogos de la Salud en los diferentes Centros de Salud, Hospitales e Instituciones privadas y del gobierno en el primer, segundo y tercer nivel de atención; se promovía la calidad de todos y cada uno de los servicios de salud en el desempeño cotidiano y el trabajo arduo, dado que dicho programa de Residencia Profesional tiene como objetivo el combinar la relación docencia – servicio de salud – investigación; bajo un enfoque cognitivo – conductual, con una perspectiva multidisciplinaria.

Con el fin de prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos ideales que sustenten la labor disciplinaria, tanto en el ámbito individual como grupal.

Al inicio de la rotación en el Hospital Juárez de México, fue de un gran reto, debido a que por ser la primera generación que iniciábamos una maestría con especialidad en Psicología de la Salud y Medicina Conductual respectivamente, logre percatarme que era un campo nuevo y desconocido para los médicos y especialistas. Así que nuestra labor fue ardua pero con grandes satisfacciones. Nuestros proyectos y expectativas con calidad y ética profesional fueron muchas en esa sede y desde mi particular punto de vista si se cumplieron.

Al estar laborando en un hospital con una gran afluencia de pacientes y que en su mayoría son pacientes con múltiples

enfermedades, nos centramos a investigar más de nuestro servicio en donde nos encontrábamos inmersos como lo fue el servicio de Oncología, de ahí que nos adentráramos de primera instancia a revisar los conceptos con los que tendríamos que entender mejor al paciente de ahí iniciamos con lo que es la:

*Salud*: "Estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades" OMS (Organización Mundial para la Salud, 1982).

En el contexto de la promoción de la salud, se considera a ésta no tanto como un estado abstracto, sino sobre todo como la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente. La salud se considera como un recurso para la vida diaria, pero no como el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que hace hincapié en los recursos sociales y personales, así como en las capacidades físicas.

Los recursos básicos para la salud son: la genética, la higiene, los hábitos, el ejercicio, los ingresos, la vivienda y la alimentación. Tomando en cuenta al individuo y a su entorno en el cual se desenvuelve. Pero además de estos recursos hay que prevenir los comportamientos de riesgos de salud, que más adelante en este reporte se mencionan por (Rodríguez-Marín y García-Rodríguez, 1995). La mejora de salud requiere alcanzar un nivel satisfactorio en estos aspectos fundamentales, pero supone también de disponer de información y habilidades personales; requiere así mismo un entorno que la promueva y ofrezca oportunidades para poder realizar elecciones saludables entre los bienes de consumo, los servicios y demás posibilidades. Se necesitan finalmente, condiciones que favorezcan la salud en el entorno económico, social y físico (OMS, 1984).

Otro de los términos relevantes es *Medicina Conductual*, dicho término es introducido por Birk en 1973 para expresar el esfuerzo interdisciplinario de integración de principios y técnicas de Psicología experimental en especial de Psicología del aprendizaje y de la conducta, con el método médico en investigación de campo, dentro de la Psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, y cómo responde una persona cuando está enferma (Taylor,

1986).

La *Psicología de la Salud* es una rama de la Psicología que se vincula con la medicina. Sus objetivos son: promover la salud, a través de la intervención directa sobre la población, educando para la salud y estableciendo las condiciones necesarias para que se mantenga. Detectar y atacar oportunamente problemas de salud. Rehabilitar a personas o comunidades que padecen algún tipo de enfermedad, minimizando las secuelas y desarrollando capacidades alternativas (Taylor, 1986)

Matarazzo, (1980) señala que la Psicología de la Salud es la suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias.

Reig, Rodríguez y Mirá (1987) señalan que la Psicología de la salud se basa en *cuatro suposiciones básicas*:

- 1- Que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades o, que la conducta es un factor de riesgo
- 2- Que la modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud
- 3- Que el comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad.
- 4- Que las intervenciones psicológicas pueden resistir con resultados favorables un análisis de costo-utilidad/ eficacia.

Taylor (1986) señala que las distintas *áreas de estudio en donde se aplica la Psicología de la Salud*, se resume en los siguientes puntos:

- 1- El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.
- 2- Los psicólogos de la salud estudian los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad
- 3- Los psicólogos de la salud enfocan su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones.
- 4- Los psicólogos de la salud están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el

comportamiento de los pacientes; y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del paciente con los profesionales y el sistema sanitario.

La **Psicología de la Salud**, surge de la década de los 70's. El termino empieza a ser aceptado por un gran número de psicólogos para determinar la actividad de la Psicología y de sus profesionales en el área de la salud. El concepto tiene como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud (Ribes, 1990)

Como podremos darnos cuenta, la Psicología de la Salud, es una especialidad, que abarca un campo muy amplio para poder ser estudiado e investigado, de lo más reciente Weinman (1990) señala que la Psicología de la Salud se *centra en la actualidad*, en el estudio teórico y aplicado de los siguientes temas:

- 1-. Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
- 2-. El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos.
- 3-. Las cogniciones acerca de la salud-enfermedad.
- 4-. La comunicación, toma de decisiones y adherencia.
- 5-. El medio ambiente en el que se produce el tratamiento quirúrgico o no a los pacientes que son sometidos a cualquier tipo de tratamiento.
- 6-. El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

Es relevante mencionar que como psicólogos en el área de la salud en la residencia estuvimos capacitados para promover la salud, que es un proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar el estado de salud.

Es por ello que, se debe de laborar de manera interdisciplinaria debido a que el promover la salud constituye una estrategia, que vincula a la gente con sus entornos y que, con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social. Y de esta manera encontramos que el concepto de la *promoción de la salud*, como principio, abarca a toda la población en el contexto de su vida cotidiana; para ello es fundamental que exista una participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud. En otras palabras, la

promoción se refiere al fomento y mantenimiento de las actividades como:

- ✓ Participación de personas bien dispuestas y capaces dentro del grupo social, para realizar tareas colectivas con beneficio de la salud del grupo y del individuo.
- ✓ Discusión dirigida de los problemas de salud mental de la comunidad, para conocer sus posibilidades y limitaciones
- ✓ Apoyo a las actividades de los grupos de autoayuda
- ✓ Fomento de las actividades educativas, recreativas y cívicas que fortalecen y enriquecen la vida de la comunidad.

Dicha *promoción de la salud* constituye una nueva estrategia dentro del campo de la salud y el ámbito social. Esta estrategia se puede considerar, por un lado política, en tanto que está dirigida hacia la elaboración de planes de actuación concretos, y por el otro como un enfoque que promueve la salud y está orientando hacia los estilos de vida. Es decir, lograr concientizar a los pacientes que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir. Cabe señalar que para la promoción de la salud, implica laborar con los pacientes, encaminando las causas de la salud; analizar las dimensiones positivas de la salud, que afecta e involucra a los sectores de la sociedad y el medio ambiente. (Nutbeam, 1996).

Para llevar a cabo una buena, favorable y satisfactoria promoción de la salud, hay que tomar muy en cuenta lo que se refiere a la educación para la salud, ya que se utiliza para designar a las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada. La educación para la salud ha estado hasta ahora, estrechamente ligada con la prevención de la enfermedad, como medio susceptible para modificar los comportamientos identificados como factores de riesgo de determinadas enfermedades (Nutbeam, 1996).

Es fundamentalmente una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promuevan la salud. Esto con el fin de concientizar sobre las causas económicas y ambientales de la salud y la enfermedad. Con el propósito de desarrollar actitudes que promueven la salud mental tomemos en cuenta las siguientes acciones:

- ✓ Discusión en grupo, acerca de los conceptos fundamentales de la salud mental en el área de desarrollo psicológico del niño y sus desviaciones en:
- ✓ El retraso mental, en las dificultades para el aprendizaje y los problemas de conducta.
- ✓ Los problemas de los adolescentes en relación con la violencia, consumo de drogas, abuso del alcohol y tabaco, en el manejo de vehículos y procreación irresponsable.
- ✓ Examen de los problemas de convivencia y relación en el seno de las familias, las consecuencias del abandono, el maltrato y la explicación de los menores
- ✓ Problemas de salud mental del climaterio y la senectud.
- ✓ Otros problemas de salud mental como son: epilepsia, neurosis, psicosis, etc

Recordemos que la OMS en recientes fechas ha manifestado que para el año 2015 la primera enfermedad a nivel mundial será la depresión.

Anteriormente la educación para la salud estuvo limitada fundamentalmente a cambiar las conductas de riesgo de los individuos; dando lugar a un potente instrumento para el cambio. Dicha educación se proporciona por el personal de salud capacitando en temas de salud mental, dirigiéndose a la comunidad en general y grupos específicos de padres, parejas, maestros, adolescentes, etc.

Debemos enfatizar que la promoción de la salud depende, en esencia de la participación activa de una población bien informada en el proceso del cambio. La educación para la salud es una herramienta de vital importancia en este proceso. (Nutbeam, 1996)

Al estar laborando tanto en Clínicas de Salud como en Hospitales Públicos y Privados, era importante conocer las diferentes maneras de cómo prevenir las múltiples enfermedades a las cuales, todos los seres humanos estamos expuestos, de cualquier manera nuestra vida cotidiana nos mueve a estar en contacto con la gente, en la calle, en ambientes tóxicos y contaminados, etc. De ahí que sea sumamente relevante mencionar que, la *prevención de la enfermedad* se utiliza para designar a las estrategias, para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o bien para reforzar los factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. Dicha prevención puede incluir actividades o estrategias encaminadas a reducir las



consecuencias de la enfermedad, una vez establecida. Lo que concierne a la salud mental, con respecto a las actividades preventivas son:

- ✓ Promoción.
- ✓ Educación.
- ✓ Detección y manejo oportuno de casos

Puesto que la *prevención primaria* es prevenir la aparición inicial de una enfermedad o dolencia. La *prevención secundaria* pretende detener o retardar una enfermedad ya existente, mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado; o reducir la frecuencia de las recaídas y el establecimiento de condiciones crónicas, por ejemplo: mediante programas de modificación de conducta, técnicas de relajación (que se mencionan más adelante en este reporte), de estrés, de adherencia terapéutica, medidas de rehabilitación o cirugía reparadora desde el punto de vista médico, entre otras.

El objetivo de la prevención de la enfermedad es mantener el estado de salud de las personas. La *promoción de la salud* es el conjunto de la población en el ámbito de su vida diaria, y de grupos e individuos determinados. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se pueden considerar como dos actividades distintas, pero complementarias, que se superponen en una serie de situaciones y circunstancias (OMS, 1984).

El promover la salud y prevenir cualquier tipo de enfermedad, como psicólogos de la salud hay que concientizar en cuanto a los posibles riesgos de padecer alguna enfermedad crónico-degenerativa a la población en general. Y una de las estrategias, es precisamente a través de la atención primaria de salud, que es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y técnicas prácticas, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, a un costo que la comunidad y el país puedan aceptar. Y una de sus actividades que debe incluir en la atención primaria de salud, es la educación para la salud de los individuos y del conjunto de la población.

Las actividades esenciales de atención primaria de salud son: promover la disponibilidad de suministros suficientes de alimentos y una nutrición apropiada; asegurar un abastecimiento suficiente de agua potable y un saneamiento básico; prestar atención de salud materno-infantil, incluida la planificación familiar; vacunar contra las

principales infecciones y enfermedades y facilitar el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes, así como suministrar los medicamentos esenciales. (OMS, 1978).

Es por ello que, la atención primaria de salud está estrechamente vinculada con la promoción de salud y la prevención de la enfermedad. El contacto diario del personal de atención primaria, con las personas de su comunidad, brinda enormes posibilidades de acción para la promoción de la salud. Dicha atención primaria es el conjunto de actividades llevadas a cabo por el personal de salud en el seno de la comunidad, con la participación activa de sus miembros, en el contexto de la atención primaria integral y con una orientación predominante de carácter preventivo. Y comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación psicosocial.

El personal de atención primaria, al actuar como defensor y promotor de la salud, está en una favorable situación para influir en la formulación de las políticas sanitarias que afectan a la salud de la comunidad u hospital en el cual se esté brindando en esos momentos la atención (Nutbeam, 1996).

Si brindamos atención de calidad a nuestros pacientes, debemos de tomar en cuenta, el saber comunicar temas respecto a la salud, mencionando los pasos de la UNICEF

#### *Doce pasos en la comunicación para la salud (UNICEF).*

- 1-. Definir claramente el comportamiento de salud que se requiere promover.
- 2-. Decidir exactamente a qué grupo de población se intenta influir
- 3-. Preguntarse si el nuevo comportamiento de salud requiere nuevas técnicas.
- 4-. Informarse sobre los actuales conocimientos, creencias y comportamientos del público destinatario
- 5-. Averiguar si el comportamiento de salud que se intenta promover está ya introducido en la comunidad.
- 6-. Investigar las fuentes de información sobre la salud del público destinatario.
- 7-. Seleccionar los canales y medios de comunicación idóneos para influir en el público destinatario
- 8-. Elaborar mensajes de salud que sean: fáciles de entender, mediante el uso de las lenguas o dialectos locales y de expresiones coloquiales, cultural y socialmente adecuados, prácticos, breves,

pertinentes, técnicamente correctos, positivos.

9- Elaborar materiales educativos y comprobar su eficacia

10- Sincronizar el programa educativo con otros programas de salud y de desarrollo.

11- Evaluar el grado de aplicación práctica del nuevo comportamiento que se intenta fomentar

12- Repetir y adaptar periódicamente los mensajes durante varios años

Para fomentar la participación debemos de: (Rodríguez, 1991).

- ✓ Mantener a la población informada sobre las actividades que se planean
- ✓ Fijar tareas y trabajos concretos para todo el mundo. Necesitamos explicar las tareas y organizar ciertos adiestramientos.
- ✓ La población debe entender la importancia de su propia tarea para el éxito de todo el proyecto
- ✓ Averiguar la fecha en que habrá más gente disponible para participar.
- ✓ Elogiar y manifestar agradecimiento a todos los que ayuden.

La participación de la comunidad suele ser relevante para transmitir dicha inquietud al resto de la población. Cabe señalar que, *los agentes de salud* pueden utilizar con éxito la educación sanitaria: (Rodríguez, 1991)

Hablando con la gente y escuchando sus problemas.

- ✓ Reflexionando sobre el comportamiento o los actos que pueden causar, curar o prevenir esos problemas
- ✓ Hablando las razones del comportamiento de la gente (creencias, ideas de amistades, falta de recursos económicos, etc.).
- ✓ Ayudándoles a comprender los motivos de sus actos y de sus problemas de salud.
- ✓ Pidiéndoles que expongan sus propias ideas, para resolver los problemas.
- ✓ Ayudándoles a analizar sus ideas para ver, cuáles son las más útiles y más fáciles de poner en práctica.
- ✓ Alentándoles a elegir la mejor idea adaptada a sus

circunstancias.

Si logramos tomar en cuenta los agentes de salud, podemos concluir que, existen tres maneras en que, las personas pueden intentar ayudar a los demás a llevar una vida más sana: (Rodríguez, 1991)

- ✓ Proporcionarles ideas o información, con la esperanza de que las utilicen para mejorar sus vidas.
- ✓ Reunirse con ellos para examinar sus problemas y fomentar su interés y participación en la elección de las soluciones más adecuadas.
- ✓ Obligarles o empujándoles a cambiar, y amenazarlos con un castigo sino introducen los cambios

Estas son algunas de las maneras de poder ayudar, pero no sin antes prevenir los comportamientos de riesgos de salud (Rodríguez-Marín y García-Rodríguez, 1995). Iniciando por:

### **CONDUCTAS ALIMENTARIAS**

- ✓ Comer en exceso
- ✓ Dejar de comer (saltar comidas)
- ✓ Abusar de lo dulce o lo salado
- ✓ Comer demasiado rápido
- ✓ Picar entre comidas
- ✓ Efectuar un número inadecuado de comidas (por ejemplo, no desayunar).
- ✓ Abusar de elementos grasos
- ✓ Tomar bebidas gaseosas
- ✓ No seguir una dieta equilibrada
- ✓ No vigilar el peso

### **DROGAS**

- ✓ Fumar
- ✓ Beber alcohol
- ✓ Consumir medicamentos sin prescripción médica
- ✓ Consumir drogas: cocaína, heroína, cannabis, etc.

### **ACTIVIDAD**

- ✓ No llevar a cabo ningún tipo de ejercicio físico
- ✓ Realizar esfuerzos físicos bruscos

- ✓ Llegar al agotamiento físico

## **DESCANSO**

- ✓ Trasnuchar
- ✓ Dormir pocas horas
- ✓ Dormir en exceso (incluso de día)

## **HIGIENE PERSONAL**

- ✓ No usar la ducha diariamente
- ✓ Descuidar la higiene del cabello, ojos, nariz y pies
- ✓ No lavarse las manos antes de comer
- ✓ No cepillarse los dientes después de cada alimento
- ✓ Descuidar la limpieza de la ropa

## **TRABAJO**

- ✓ Deficiente organización del tiempo en el trabajo
- ✓ Falta de comunicación con los compañeros de trabajo
- ✓ Participar en conflictos laborales
- ✓ Desarrollar una actividad laboral que genere insatisfacción
- ✓ Deterioro en la comunicación con mandos y/o empleados

## **PAREJA Y FAMILIA**

- ✓ Falta de comunicación
- ✓ Entablar discusiones frecuentes
- ✓ Incompatibilidad de aficiones para el tiempo libre
- ✓ No afrontar los problemas cotidianos

## **AMIGOS Y ENTORNO SOCIAL**

- ✓ No disponer de tiempo para las relaciones sociales
- ✓ Ruptura en la comunicación con vecinos y conocidos
- ✓ Desinterés por las actividades de tipo lúdico

## **RELACIONES SEXUALES**

- ✓ Relaciones poco placenteras (insatisfacción sexual)
- ✓ Mala planificación de las relaciones sexuales
- ✓ Inestabilidad y falta de seguridad e higiene
- ✓ Promiscuidad sexual

## **OTROS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO**

- ✓ Conducción temeraria de vehículo

- ✓ Falta de medidas de seguridad en el trabajo
- ✓ Comportamientos de riesgo domestico (electricidad, productos tóxicos, etc )
- ✓ Divorcio
- ✓ Desempleo

Lo antes mencionado son los comportamientos de riesgos de salud, que debemos de tomar en cuenta para una mejor salud hacen falta quizá mencionar algunos otros; pero estos son los más representativos debido a que se han mencionado en varios congresos nacionales de oncología. Y de esta manera poder crear mayores programas de prevención para brindárselos a las escuelas, hospitales, centros de salud, etc. Esto con el fin de tener informada a la población y lograr mayores aportaciones al campo de la Psicología de la Salud

### **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE:**

En el Hospital Juárez de México las actividades se inician a las 7:00 AM con el pase de visita, dirigido por el Dr. Francisco García Rodríguez; quién es el Jefe de Servicio en el área de Oncología, donde además participa el equipo médico integrado por: residentes médicos, adscritos, enfermeras, y psicólogos de la salud. Antes de dar inicio al pase de visita, todo el equipo médico y por supuesto nosotros como psicólogos de la salud, debemos de tener conocimiento respecto a los antecedentes e historia clínica completa con diagnóstico, de la enfermedad de cada uno de los pacientes que se encontraban hospitalizados. Variaba el número de pacientes en hospitalización de 15 a 20 pacientes diarios únicamente en el piso de oncología. Algunos pacientes permanecían por un día, debido a que la quimioterapia les había causado y generado algunos efectos colaterales, otros pacientes se encontraban en espera de su próxima intervención quirúrgica y otros más en un estudio para análisis de gabinete, con el fin de que los médicos llegaran a un diagnóstico y tratamiento más preciso

Como psicólogos de la salud, es de suma importancia, estar presentes en los llamados pases de visita, ya que nos podemos percatar de los pacientes que más requieren de nuestra ayuda. El tener conocimiento de la historia clínica de cada paciente, como psicólogos de la salud, nos permitía detectar a los pacientes que

requerían de una inmediata intervención psicológica. Debido a que se encontraban nerviosos y ansiosos por diferentes causas: por su próxima intervención quirúrgica, otros no sabían cuál era el objetivo de un sin fin de análisis de gabinete, y cada estudio al que se sometían era un reto para cada uno de los pacientes, y un mayor número de pacientes se encontraban deprimidos, por una mutilación física a la que estaban por someterse o bien que ya se habían sometido, porque el cáncer había invadido alguna zona o área de su cuerpo; por ejemplo: las mujeres mutilación de una o ambas mamas, o alguna extremidad inferior o superior.

En los varones una mutilación de testículo, o alguna de las extremidades inferior o superior. Además, en el pase de visita el Dr. García, preguntaba al paciente de cómo se sentía, de cómo era el trato de los médicos tratantes. Y nunca faltaba la pregunta de qué psicólogo estaba tratando a ese paciente en particular, y es en esos momentos como psicólogos de la salud, teníamos que saber la evolución de ese paciente del día anterior con respecto al día que se nos preguntaba. Si por alguna razón el psicólogo tratante no asistía ese día a laborar, por estar de vacaciones o por incapacidad; el resto de los psicólogos deberían de saber todo del paciente que le correspondía al psicólogo que se ausentó.

Por lo tanto, antes de iniciar abordar a un paciente, nos debemos de tomar el tiempo necesario para leer el expediente; rescatar los datos más relevantes que nos sirvan a nosotros como psicólogos, con el fin de lograr una buena transferencia durante la entrevista y sesiones subsecuentes. Si logramos esto también conseguiremos realizar un buen rapport con el paciente (relación ya sea favorable o no); lograr identificar los mecanismos de defensa para con el paciente, así mismo el insight (qué es la posibilidad de que el paciente logre identificar en el proceso terapéutico los elementos que no le están permitiendo darse cuenta de poder avanzar y lograr modificar algunos aspectos de su vida) Debido a que solamente permanecen los pacientes por 2 o 3 días, el tiempo es muy valioso pero limitado, y debemos lograr que el paciente colabore tanto con nosotros como psicólogos, como con el resto de los médicos que están atendiendo su caso

Permanecer en el área de hospitalización requiere que como psicólogos de la salud debemos de estar bien informados y actualizados con los conocimientos de Psicología, psiquiatría, medicina, oncología; aunado a esto de mucha paciencia, humanidad por parte del psicólogo, vocación al trabajo, ética profesional y amor a los pacientes. Nuestra comunicación con el paciente es la posibilidad de que él o ella descarguen sus inquietudes, preocupaciones, tristezas, entre otras emociones trabajándolas en la sesión terapéutica, siendo nosotros empáticos con el paciente. Brindándole de esa manera al paciente, las herramientas necesarias para enfrentar su situación personal con respecto a su enfermedad. Quizá una confrontación que lo lleve a vivir con su enfermedad y de una vida más digna, despejando sus dudas, preocupaciones y ansiedades.

Debido a que por la gran demanda de pacientes y más en las instituciones públicas, encontramos una elevada deshumanización en el personal, esto desde mi particular punto de vista, tiene que ver con ética y profesionalismo. Quizá se deba a que muchos médicos realizan su trabajo de manera mecánica, repitiendo lo mismo con cada paciente, y no se dan tiempo para esclarecer las dudas de los pacientes, o bien, la sutileza con que manifiestan el diagnóstico al paciente es muy agresivo y despectivo. Que realmente para cualquier paciente, recibir un diagnóstico de cáncer es muy desalentador, para sus expectativas de vida que el mismo paciente se había propuesto a realizar y llevar a cabo su proyecto de vida.

De ahí que nuestra labor como psicólogo de la salud consiste en desarrollar programas con enfoque cognitivo conductual para que, sea el mismo paciente con cualquier enfermedad crónico-degenerativa que logre concientizar su enfermedad y todo el proceso de dolor, cansancio, estrés, agotamiento, cambios de humor y estados de ánimo, por el que tiene que atravesar el paciente, logrando que el paciente lleve una vida más digna y aceptable, dentro de lo más favorable que parezca, con paciencia y tolerancia. Además de implementar las técnicas psicológicas de respiración, relajación, autocontrol, etc. según lo requiera el caso. Y dedicarle el tiempo que el paciente esté dispuesto a cooperar.

Además de brindar apoyo a los pacientes hospitalizados o de consulta externa, debemos también de brindar apoyo psicológico a los



familiares del paciente y concientizarlos de la gravedad del problema Y prepararlos, para que inicien a lograr el proceso de la aceptación de la enfermedad de su familiar, que el cáncer es una enfermedad agresiva para el ser humano y se puede controlar si se encuentra en las primeras fases, pero si esta avanzado son: bajas las probabilidades de una vida a largo plazo, pero en esos casos la calidad de vida del aquí y el ahora del paciente es lo más importante, y no solo en su estancia dentro del hospital, sino también en su hogar. Debemos de conseguir que tanto el paciente como sus familiares elaboren y procesen las etapas de duelo por la que atraviesan. De esta manera se les puede ayudar a los familiares a superar la etapa psicológica debido a su gran preocupación con respecto a la situación, por la que atraviesa actualmente su paciente.

Hay que tomar en cuenta que, son los familiares quienes nos pueden proporcionar información más precisa respecto al paciente, sobre todo en cuanto a los antecedentes patológicos y los no patológicos. Es interesante saber, que en la gran mayoría de las ocasiones se observa que los pacientes sí aceptan su diagnóstico y su tratamiento, señalado por su médico tratante y por el equipo médico, sin embargo, son sus mismos familiares quienes se niegan a aceptar la pérdida inminente de su paciente, pero sobre todo el espacio que dejará dentro del hogar, porque no es lo mismo que fallezca el padre de familia, la madre de familia o algunos de los hijos(as), la abuelita(o) o el tío(a) Y mucho menos que fallezcan en su hogar o en el hospital

Ambos sitios tienen connotaciones diferentes hay más prejuicios para muchos de los familiares si fallece su paciente en su hogar, a que si fallece en el hospital Y que piensan que su fallecimiento se debió a un mal cuidado por el familiares que sé hacia responsable, sin embargo, cuando es en el hospital, pueden decir que fueron fallas medicas, o que los médicos hicieron lo posible pero todo se complico. Como que las justificaciones cuando un familiar fallece en el hospital son más aceptadas por la sociedad

Para una madre de familia con cáncer en la fase terminal, estará preocupada por sus hijos, ¿qué será de ellos?, ¿Quién se encargara de ellos?, ¿Por su pareja, si tendrá tiempo para cuidar de sus hijos y sacarlos adelante?. Si es el esposo con cáncer en la fase terminal, estará preocupado de ¿qué va ser en un futuro de su esposa e

hijos?¿, ¿Quiénes verán por ellos?¿, ¿Quién los ayudará?. Si son los hijos con cáncer en la fase terminal, estarán preocupados por el dolor que dejan en sus padres y de ¿cómo lo superaran?¿, ¿Qué pasará con sus compañeros de clase o del trabajo?, ¿Con su novio(a)? Si es la abuelita(o) o tía(o) con cáncer en la fase terminal, estarán preocupados por sus familiares y el dolor que causará su muerte al resto de la familia, ¿quiénes cubrirán los gastos y si realmente no habrá problemas en cuanto al testamento o herencia?.

De ahí que incluyéramos en nuestras sesiones terapéuticas las Etapas de Duelo propuestas por Elizabeth Kubler-Ross, 2001 Las etapas son de suma importancia, que se logren no solamente desarrollar en los pacientes oncológicos, sino también que, se logren manejar, que el paciente y sus familiares contacten con la enfermedad de cáncer como tal y sus consecuencias en el paciente. Ciertamente al inicio es muy difícil, pero no imposible lograr que los pacientes, nos permitan como Psicólogos de la Salud poder abordar estos puntos sensibles en ellos. A continuación expondremos de manera concisa las *Etapas de Duelo* y su relación con la enfermedad crónico degenerativa:

**FASE DE NEGACIÓN:** Al conocer que tienen una enfermedad mortal, la mayoría de los enfermos reaccionan rechazando la verdad. En consecuencia se aíslan, y utilizan la negación como mecanismo de autodefensa. Piensan que el diagnóstico es erróneo, y no contemplan la posibilidad de que su problema sea insoluble. Generalmente la negación es una defensa provisional y pronto será sustituida por una aceptación parcial de la realidad en donde el enfermo tendrá otra actitud como lo es la siguiente fase.

**FASE DE IRA:** Cuando no se puede conseguir el lograr desahogarse manteniendo la primera actitud de negación, es sustituida por sentimientos de ira, coraje, rabia, envidia y resentimiento. El enfermo se vuelve intolerante, y acusa injustamente a los demás de su situación. Está fase es muy difícil de afrontar por la familia y el personal sanitario, ya que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta sobre todo lo que rodea al paciente, a veces casi al azar.

**FASE DE NEGOCIACIÓN:** Durante esta fase, el paciente ofrece determinadas contrapartidas, si se le conceden algunos deseos. Lo que más suele desear es una prolongación de la vida, o por lo menos, pasar algunos días sin dolor o molestias físicas. Este pacto se refiere habitualmente a promesas de tipo religioso, y los enfermos pueden "regatear" y hacer ofrendas de sacrificio personal. En realidad, esta negociación es un intento de posponer los hechos durante algún tiempo.

**FASE DE DEPRESIÓN:** Cuando el enfermo terminal se da cuenta del avance de su enfermedad y de lo inútil de su esperanza, aparece en él una intensa sensación de pérdida. Se trata de una reacción depresiva de la que forma parte importante el dolor preparatorio por el que ha de pasar el paciente desahuciado. Es un tipo de depresión que no tiene que ver con la pérdida de algo pasado, sino que tiene como causa pérdidas inmediatas. Los problemas personales, familiares o de orden económico suelen contribuir a esta respuesta depresiva.

**FASE DE ACEPTACIÓN:** El paciente, como una muestra de madurez, se hace consciente de que no hay solución y se prepara digna y serenamente para el final de su vida, la lucha incesante del paciente con su enfermedad está por finalizar teniendo que afrontar el momento final. Cuando el enfermo moribundo ha encontrado cierta paz y aceptación, su interés por lo que le rodea disminuye, y a menudo desea estar solo. Y es cuando generalmente la familia necesita más ayuda, comprensión y apoyo.

En una de las *investigaciones de Goodkin et al. (1986)* acerca de la evolución de la enfermedad respecto a la forma de afrontarla que llega a adoptar el paciente reportó lo siguiente:

**Espíritu luchador:** significativamente relacionado con mejor evolución (mayor sobrevida). Una respuesta activa en la cual el paciente acepta completamente el diagnóstico y adopta una actitud optimista, decide luchar contra la enfermedad y decide participar en la toma de decisiones del tratamiento.

**Evitación (negación):** se relaciona con la mejor evolución, aunque ha habido descripciones opuestas. El paciente rechaza el diagnóstico de cáncer o minimiza la seriedad evitando pensar acerca de la

enfermedad.

**Fatalismo** (aceptación estoica): esta forma de reaccionar se ha visto relacionada con una peor evolución. Y se da cuando el paciente acepta el diagnóstico y adopta una actitud fatalista y resignada.

**Preocupación ansiosa:** asociada a una peor evolución. El paciente está constantemente preocupado con su cáncer; con miedo de que cualquier dolor indique una recurrencia o diseminación de la enfermedad.

**Desesperanza:** relacionado también con una mala evolución del paciente. Individuos que adoptan una actitud totalmente pesimista, se rinden ante la enfermedad, sienten desesperanza.

En conclusión Goodkin et al (1986) reportan que las enfermedades malignas de los pacientes que reaccionan pasivamente (con fatalismo, preocupación ansiosa y desesperanza) se asocian con una mala evolución, mientras que no queda claro que ocurre con la evitación, pero siempre es mejor cuando los pacientes adoptan una actitud luchadora.

En varias ocasiones pudimos percatarnos que había pacientes que nos abordaban para expresar y manifestar que sus familiares no los visitan, o que había dificultades familiares para elegir quién de ellos pasaría la noche en el hospital. Durante el año que rote como residente de Medicina Conductual en el Hospital Juárez de México, tuve conocimiento de 8 casos de pacientes que fallecieron en ese momento que llegaban sus familiares a visitarlos, a llevarles algún objeto que el paciente les había solicitado. Sin embargo, cuando el paciente fallecía los mismos familiares lloraban inconsolables, pero con una carga emocional de sentimientos de culpa que no sabían cómo manejar, esto los familiares lo manifestaban cuando el área de psicólogos de la salud intervenía, para que ante el dolor de los familiares no alteraran el orden del hospital, y fueran a inquietar a los otros pacientes internados. Fueron varias ocasiones en que los familiares en ocasiones no se prestaban en el hospital, ni los visitaban, algunos se les inicio la búsqueda de sus familiares por el servicio de Locatel

Nuestro trabajo como Psicólogos de la Salud en una Institución, como lo es el Hospital Juárez de México, es reconocido y respetado, por supuesto que esto nos llevo tiempo, debido insisto a que para los médicos y especialistas la Psicología de la Salud es un área desconocida. Pero con nuestra ardua labor, ellos se dieron la oportunidad de conocer otro enfoque de la Psicología; y que además el trabajo interdisciplinario y multidisciplinario favorecían en gran medida la calidad del paciente, debido a la adherencia terapéutica, apoyo familiar y un mejor puente de comunicación con el equipo de médico y los familiares.

Cada paciente tiene una historia diferente, no podemos abordar a todos los pacientes de la misma manera, pero sí con mucho respeto. Esto es que, había pacientes con mutilación de mamas, o de testículo, o de alguna de las extremidades inferiores o superiores. Y que a partir de su mutilación su vida había cambiado por completo, la mayoría de ellas(os) perdieron a sus parejas, debido a que no podían hacer frente a la situación que estaba viviendo el paciente. Y se les hacía más fácil renunciar a una gente mutilada. Para otros, su cáncer era interno, invadido su estómago, páncreas, intestino, y otros órganos internos. Se empeoraba su situación y los despidieron del trabajo, ya no podían comer, ni sostenerse solos. Para otros la imagen corporal de aumento de varias zonas de su cuerpo, tipo hematomas en los brazos, piernas, ojos, quijada, cráneo, piernas, abdomen, era muy penoso, vergonzoso y evitaban a toda costa cualquier acercamiento con la gente, ya sea equipo médico para revisarla, compañeras de habitación o sus mismos familiares

Con lo anteriormente expuesto en lo que se refiere a lo que es el plan de tratamiento con los pacientes oncológicos nuestros *programas de intervención y las técnicas* empleadas fueron:

**Intervenciones con el o la:  
PACIENTE**

Intervención psicológica

Adherencia terapéutica

Mejorar la comunicación

**Intervenciones con los:  
FAMILIARES**

Se establecieron redes de apoyo

Advertencia de los efectos colaterales.

Prepararlos en las etapas de

Aceptación de su enfermedad.

duelo.  
Transmitirles una conciencia para la calidad de vida de su paciente, a partir de ese momento y durante la enfermedad.

Comprensión del paciente con respecto a cómo quiere morir y lo que esto repercute.

Las *técnicas y métodos de intervención* empleados:

- ✓ Terapia Individual con enfoque cognitivo conductual.
- ✓ Técnicas de relajación y respiración.
- ✓ En escasas ocasiones pruebas proyectivas, ya que el mismo paciente deseaba escribir y utilizar sus manos.

Posterior al plan de tratamiento realizado en nuestra sesión terapéutica con el paciente, se deben de realizar las notas de evolución en el expediente, seguido de las notas emitidas por el médico tratante. Es necesario y de suma importancia que, anotemos en el expediente del paciente lo que observamos durante la terapia y/o entrevista. Con el fin de que los médicos de guardia y los médicos tratantes, tomen en cuenta nuestro enfoque e interpretación de los eventos ocurridos con el paciente. Esta nota evolución que debemos transcribir en el expediente, debe de ser con todos y cada uno de los pacientes a los cuales les estamos atendiendo. Y debe de contener los siguientes datos.

## **NOTA DE EVOLUCIÓN**

Nota de Psicología de la Salud:

- ✓ Fecha del día que estamos redactando la nota
- ✓ Breve ficha de identificación y diagnóstico médico (máximo 3 renglones).
- ✓ **S:** se anota todo lo que el paciente nos esté manifestando con respecto a su enfermedad, ya sea emocional o físico, pero con las palabras exactas del paciente.
- ✓ **O:** se anota el examen mental completo o lo que más evaluemos del paciente. Dicho examen mental consta de los siguientes elementos:

- ✓ Aspecto general: disposición corporal, aliño e higiene personal.
- ✓ Actitud: grado de colaboración, cooperación, participación e interés libremente escogida a expensas de dolor (mal o bien conformado).
- ✓ Conducta motora: movimientos involuntarios, poses, tics, manías, etc.
- ✓ Afecto: expresión facial (angustia, indiferencia, sin fascies características), gestos, características del habla ( tono, volumen).
- ✓ Edad: aparentemente igual, mayor o menor a la cronológica
- ✓ Constitución: endomórfica (alto, flaco); mesomórfica (normal); ectomórfo (chaparro, gordo)
- ✓ Movimientos y Marcha: anormales, normales, sin movimientos anormales.
- ✓ Orientación en sus esferas: tiempo (fecha), espacio (lugar), circunstancia (ubicación).
- ✓ Atención: dispersa, atento, alterada, disminuida, aumentada, conservada.
- ✓ Concentración: comprensión del interrogatorio.
- ✓ Memoria: disminuida, conservada.
- ✓ Percepción: sensaciones, ve o escucha algo.
- ✓ Juicio: coherente, congruente, buen o mal juicio moral y social.
- ✓ Pensamiento: concreto, abstracto.
- ✓ Inteligencia: impresiona clínicamente como promedio, alta, o baja
  
- ✓ **A:** se anota el diagnóstico inicial que como psicólogos consideramos es correcto. Basándonos en el CIE-10 y/o DSM-IV
- ✓ **P:** se anota el plan de tratamiento, con el cual vamos a iniciar a laborar alguna de las técnicas. A partir de la segunda sesión que es cuando ya ampliamos nuestro horizonte con los datos obtenidos de la entrevista con el paciente y de haber leído cuidadosamente el expediente.

Al final de la Nota de Evolución se anota el nombre del psicólogo que esta redactando dicha nota con su firma.

En la nota de evolución es muy preciso señalar los datos de mayor relevancia (cualquier información que sea de gran ayuda para

el resto de los médicos tratantes) que encontramos en la sesión terapéutica o bien al trabajar con el paciente alguna técnica de relajación o respiración ( como puede ser algún dolor o queja del paciente con respecto a su cirugía realizada); y por lo cual encontramos indicadores que al médico tratante le pueden ser de gran utilidad para abordar en su momento al mismo paciente, no porque las utilice sino para que el médico este informado de cuál es nuestro trabajo como psicólogos de la salud

A continuación se describen de manera amplia las técnicas psicológicas empleadas para los pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

### **TÉCNICAS PSICOLÓGICAS**

Una cuestión importante en cuanto a las técnicas psicológicas son los determinantes de las conductas de salud, con respecto a los factores que influyen en la práctica de la conducta de los pacientes. Entre los determinantes de origen social, se hace referencia a las siguientes:

- 1-. Es indudable que algunos comportamientos de salud están determinados por las primeras experiencias de socialización, vinculadas con el contexto familiar. Los padres inculcan determinados comportamientos que paulatinamente se convierten en verdaderos hábitos que tienden a perdurar toda la vida y que son resistentes al cambio. Ejemplo: asistir regularmente al médico para una revisión general.
- 2-. Los valores asociados con una cultura particular o con un grupo socioeconómico. Esto se refiere a que, ciertos tipos de normas explícitas, que incluyen desde los valores estéticos hasta el papel que deben jugar, los diferentes miembros de la comunidad (Langlie, 1977) Ejemplo: El ser de la religión testigos de Jehová les impide tener transfusiones de sangre.
- 3-. La influencia de los grupos, es decir, que la presión del grupo social los lleva a caer fácilmente en los factores de riesgo, respecto al problema de cáncer que estamos abordando.
- 4-. Acceso algún sistema sanitario, esto es que, podemos tener acceso a las campañas de vacunación o a someternos a exámenes periódicos.



### **Factores Sociales**

Acceso al sistema sanitario.

Hábitos de socialización.

Valores culturales.

Influencia de grupo.

### **Factores Personales**

Autoconcepción de los síntomas.

Creencias y actitudes.

Reacciones emocionales.

Lo anterior confirma los comportamientos de riesgos de ahí que dividamos los sociales de los personales. Es decir, los sociales son los comportamientos que utilizamos al ser bien vistos y aceptados por la sociedad en general. Y los personales tiene que ver con los aspectos y entorno en los cuales se desenvuelve el ser humano.

Una de las técnicas de mayor éxito entre los pacientes hospitalizados y/o de consulta externa en el área de oncología y en el área de cardio-vascular fue precisamente, la Técnica de Relajación. Los primeros modelos teóricos empleados en el tratamiento de las ansiedades (Wolpe, 1958), postulaban que, generar respuestas fisiológicas antagónicas a la ansiedad, debilitaría el impacto de las situaciones que la provocan. Así, es como la relajación se ha convertido en un componente básico de los tratamientos (conductuales), para todos los trastornos con una base de ansiedad.

Algunos investigadores, han demostrado la eficacia de los procedimientos (muscular, meditación, entrenamiento autógeno, hipnosis, etc), en el tratamiento de muchos problemas relacionados con la tensión, con el insomnio, la hipertensión esencial, los dolores tensionales de cabeza, al asma bronquial, las fobias, etc. Los métodos de relajación, se utilizan como tratamiento coadyuvante en muchas condiciones, como la ansiedad de hablar en público, el síndrome del colon irritable, el dolor crónico, las fobias y las disfunciones sexuales.

**La Relajación Completa** Dicha técnica, está basada en la estrategia de la relajación muscular progresiva iniciada por Jacobson (1974), y ampliamente utilizada en psicoterapia conductual. Consiste en tensar y relajar los diferentes conjuntos musculares del cuerpo. Consta de varias etapas, la primera de las cuales están diseñada para calmar el ritmo respiratorio sin esfuerzo. Posteriormente se utiliza la técnica de meditación, utilizando una imagen visual, como punto de concentración para la exploración sensorial, cuando se está

físicamente relajado. Y es una manera idónea para trasladar la atención donde los pensamientos positivos y agradables se utilizan, para disminuir la tensión y los miedos que producen los pensamientos negativos del paciente.

El proceso completo requiere de aproximadamente 25 minutos.

Cabe señalar que esta técnica de Relajación Completa, se emplea en los pacientes sobre todo antes de su intervención quirúrgica, debido a que la gran mayoría de los pacientes que entran al quirófano y no necesariamente los de primera vez, sus niveles de ansiedad y tensión son elevados: llegan muy nerviosos, con miedos, entre otras sensaciones y sentimientos (emociones). Llegó a suceder en varias ocasiones que por lo antes mencionado, el médico tratante decidió suspender la operación y darle al paciente una nueva cita para su intervención. Ya que el mismo equipo médico al percatarse de que el paciente en esos momentos su glucosa y su presión están siendo elevados, ellos lo relacionan con una carga de ansiedad tan extrema que maneja el paciente; y es por ello que prefieren suspender una operación a arriesgarse a que el paciente no coopere al inicio de la anestesia. Y es en esas condiciones, que los médicos tratantes recurren a solicitar la intervención del Psicólogo de la Salud de manera inmediata, para no demorar demasiado la nueva cita de intervención del paciente al quirófano.

**Entrenamiento Autógeno.** Fue desarrollado por Schultz y Luthe (1969). Dicho entrenamiento implica, el uso de fórmulas autógenas en un estado de concentración pasiva, para inducir la relajación y el control voluntario sobre los procesos del Sistema Nervioso Autónomo.

Es un proceso breve y simple, al mismo tiempo que, mantiene la participación cognitiva activa del sujeto en todas sus etapas. A dicho entrenamiento también se le ha descrito como auto hipnosis o autosugestión. Se hará una serie de afirmaciones, de un modo pausado y sosegado. Concentrarse en las afirmaciones es alterar las sensaciones del cuerpo. Cada afirmación se debe repetir mentalmente 5 veces antes de pasar a la siguiente afirmación. Se debe de tomar el tiempo necesario y disfrutar de la nueva sensación de relajación y paz que se produce (Carnwath y Miller, 1989).

**La Meditación.** Durante siglos, los miembros de diferentes culturas han entendido la paz interior y la armonía a través de una u

otra fórmula de meditación. La meditación se ha asociado con doctrinas, religiones, disciplinas; sin embargo, puede practicarse independientemente de una orientación religiosa o filosófica, puramente como medio para reducir el estrés, los conflictos interiores, o aumentar el conocimiento de uno mismo.

Esta técnica no se puede realizar en un ambiente hospitalario, por las molestias constantes en cuanto a la cirugía que presentan los pacientes. Esta no se llevó a cabo con los pacientes del Hospital Juárez de México.

A través de la meditación se puede aprender a enfocar la atención de una cosa. Es un tipo de autodisciplina, que aumenta la efectividad en fijar y conseguir un objetivo y en mejorar la autoestima de cada uno.

Realizar los ejercicios en un lugar silencioso, en el que se reduzca el máximo de estímulos extremos, que pueden facilitar la distracción. Adoptar una posición cómoda, en la que debemos poder mantenernos 15 minutos sin sentir molestias. Elegir un elemento en que concentrarnos (palabra, sonido, objeto, sensación, etc.) y mantener una actitud pasiva, en la que se incluye una falta de conciencia de sí se está haciendo bien o mal.

**Imaginación.** La utilización del pensamiento para el tratamiento de los síntomas físicos fue popularizada por Emil Cou, hacia finales del siglo pasado. A principios de este siglo, Carl Jung utilizó una técnica de imaginación activa para curar. Entre las distintas modalidades de desarrollar la imaginación podemos citar la visualización, las imágenes dirigidas y escuchar música.

**Imágenes Dirigidas.** Dicha técnica consiste en que, el paciente debe seguir mentalmente las indicaciones del psicólogo. Esta técnica representa otra forma de emplear la imaginación para lograr la relajación. La técnica denominada "El sendero de la montaña", es la que a los pacientes más les atrae.

Todas las técnicas antes mencionadas con respecto a la relajación tienen sus ventajas de ser breves, que se les aplica a los pacientes estando en su cama, se puede aplicar en cualquier horario, el paciente no se tiene que desgastar físicamente ni hacer esfuerzo.

físico, sino simplemente colaborar con el psicólogo y seguir sus instrucciones.

Cada miércoles en la sala de juntas, se analizaban los casos más difíciles para los médicos, tanto del área de Oncología como del área de Cardio-Vascular y Maxilo-Facial, desde las 10:00am hasta las 14:00pm. Todos los médicos y psicólogos ahí presentes, podíamos abordar a los pacientes, y emitir nuestro punto de vista, llegándose a una conclusión aceptada por el jefe de servicio el Dr. García Rodríguez. Posterior a la revisión multidisciplinaria se le daba cita al paciente en el servicio que los médicos hayan evaluado, como el más competente para el caso particular con el fin de estudiar el caso con los estudiantes de medicina y en ocasiones poderlo presentar en sesiones médicas, y así se continuaba con este mismo procedimiento con cada uno de los 10 pacientes que se revisaban a profundidad cada miércoles.

Hasta el momento hemos descrito de manera detallada, las actividades que realizamos en el Programa de Residencia Profesional de Psicología de la Salud, durante nuestra rotación en el Hospital Juárez de México.

Durante el año que rote en el Hospital Juárez de México, pese a que mi área de ubicación siempre fue el área de Oncología, participe en otra área que fueron: Cardiovascular, Terapia Intensiva y Maxilofacial. En todas las áreas llegue a emplear varias de estas técnicas obteniendo resultados satisfactorios en la gran mayoría de los pacientes, sin que algún paciente se rehusara a trabajar alguna de las técnicas. Cabe señalar que primero evaluábamos el padecimiento del paciente y lo entrevistábamos, esto con el propósito de adecuar la técnica que mejores resultados y beneficios le traerían al paciente.

Todas y cada una de las técnicas señaladas, así como las entrevistas y sesiones terapéuticas que, como Psicólogos de la Salud trabajábamos con nuestros pacientes en el Hospital Juárez de México, y en un ambiente hospitalario, coinciden con la descripción que señalé

Phillips en 1975:

- ✓ Ansiedad o miedo.
- ✓ Incremento de la irritabilidad.
- ✓ Pérdida del interés del medio exterior.
- ✓ Infelicidad.
- ✓ Preocupación por los procesos corporales

Los principales eventos señalados como *inductores de estrés* son:

- ❖ El paciente llega al hospital con mucha preocupación, ansiedad, miedo y/o depresión como consecuencia de estar enfermo y con todas las obligaciones de los diferentes roles sociales que deja de cumplir.
- ❖ Los procedimientos de admisión, anulan todas las características que son identificadores sociales de la persona (ropa, pertenencias, etc )
- ❖ Cuando se conduce el paciente a piso a ocupar una cama en el área de hospitalización para ser internado y ser valorado por el equipo médico, desaparece su mundo privado e íntimo y se torna accesible a un conjunto de personas totalmente desconocidas para el paciente.
- ❖ El paciente tiene que renunciar a la iniciativa, a sus derechos y a la reclamación activa. Aprende que sus emociones y pensamientos no son tan relevantes para los médicos como sus síntomas corporales. También aprenden que sus necesidades se verán atendidas si se pueden transformar en quejas físicas.

Ya que la gran mayoría de los pacientes y más en instituciones públicas desconocen que existen instituciones que cuentan con Psicólogos que pueden atender a sus demandas emocionales de los pacientes tanto hospitalizados como los ambulantes. Y logramos identificar que el tener psicólogos en una clínica, hospital o institución de salud, permite al paciente disminuir su ansiedad, estrés, su coraje, su tristeza, entre otros sentimientos conjugados

Tomando en cuenta lo anterior, para una prevención secundaria y terciaria de la terrible enfermedad como lo es el cáncer, así como cualquier otra enfermedad crónico degenerativa, que ataca a cualquier ser humano sin importar sexo, edad, profesión, ocupación, religión,

nivel socioeconómico, etc ; les presento algunos factores que son de riesgo, pero que teniendo previo conocimiento de los mismos, podremos estar a tiempo de no llegar a la fase IV y estar bajo control y tratamiento médico antes de cualquier tipo de intervención quirúrgica. Dichos datos se rescatan del III Curso de Psicooncología.

Los factores de riesgo del *cáncer cervicouterino*:

- ✓ Se presenta en mujeres, por promiscuidad o por llevar una vida sexual activa desde la adolescencia (inicio precoz).
- ✓ Por tener un número mayor de hijos
- ✓ Tabaquismo

Los factores de riesgo de *cáncer de mama*:

- ✓ Herencia familiar
- ✓ Alimentación elevada en grasas
- ✓ Menarca precoz
- ✓ Menopausia tardía
- ✓ Exposición a estrógenos
- ✓ Obesidad
- ✓ Por no tener hijos
- ✓ Tener hijos después de los 35 años

Los factores de riesgo de *cáncer de próstata*:

- ✓ Mayor índice en el DF.
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Alimentación elevada en grasas
- ✓ Exposición al hule, cadmio, fumigaciones, etc.

Los factores de riesgo de *cáncer gástrico*:

- ✓ Por dietas sumamente rigurosas
- ✓ Comer comida vegetariana sin estar desinfectada o exceso de fibras en los alimentos.

El cáncer es una enfermedad que hace que las células se desarrollen en lugares indebidos y migren a tejidos donde no deberían estar. Normalmente las células del cuerpo operan en comunidades que presentan un crecimiento rigurosamente regulado; cada célula tiene una función especial. En todo tipo de cáncer cualquiera que sea la causa, las restricciones normales del crecimiento se pierden y las células ya no funcionan como deberían

### *Terminología oncológica común.*

- ✓ Cáncer: término general para designar a unas 200 enfermedades que presentan un crecimiento celular incontrolado.
- ✓ Carcinoma: cánceres que afectan a membranas superficiales.
- ✓ Leucemias: cánceres de los leucocitos de la médula ósea.
- ✓ Linfomas: cánceres de los tejidos linfoides.
- ✓ Mielomas: cánceres de las células plasmáticas de la médula ósea.
- ✓ Oncología: estudio de los tumores malignos y benignos.
- ✓ Sarcomas: cánceres originados en los tejidos musculares, de sostén y conjuntivos.

Ahora bien con lo anterior, podemos transmitir lo que aprendimos en la practica profesional, pero la teoría de algunas de las situaciones en las cuales nos enfrentábamos en el hospital estaban reforzadas en nuestras clases en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

### **ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE:**

#### **En la Universidad Nacional Autónoma de México (FACULTAD DE PSICOLOGÍA):**

Se nos impartieron varios cursos y talleres en la Facultad de Psicología de la UNAM, brindados por diferentes profesores y doctores del área de Psicología de la Salud

“Entrevista y habilidades clínicas básicas” impartido por Lic. Rebeca Sánchez y Mtro. Fernando Vázquez (moderador). Dicho curso para mí fue de suma importancia, el poder conocer los componentes de la relación paciente – terapeuta, cómo indagar más a fondo el problema del paciente, la evaluación del tratamiento psicológico, así como un análisis a través de un video con el cual evaluaban nuestras habilidades y destrezas como terapeutas de la salud.

“Programas de intervención en Medicina Conductual” impartidas por el Dr. Héctor Ayala Velázquez, en ocasiones invitaba al Dr. Juan José Sánchez Sosa, al Dr. William Reed (N. Y.), Dr. Ovide Pomerlau (Minnesota), Dr. Douglas Ferraro (Nuevo México), entre otros. Dicho

curso fue realmente interesante ya que nos planteaban diferentes programas con sus respectivas técnicas para combatir y prevenir los diferentes factores de riesgo como son: el fumar, beber alcohol, obesidad, enfermedades crónico-degenerativas, diabetes, entre muchos otros factores

“Diagnóstico del campo clínico y nosología” impartido por Lic. Isaac Seligson y Mtro. Leonardo Reynoso Este taller fue importante por que nos explicaban los niveles de atención a la salud, así como los niveles de prevención.

“Métodos de investigación aplicada I y II” impartido por el Dr. Florente López, muy interesante curso, sin embargo, el grado de dificultad con que explica implica mayor dificultad en el aprendizaje. Pero fue enriquecedor aprender los diferentes programas con que se puede llegar a un análisis estadístico complejo y profundo a través de la computadora.

“Teorías y modelos de intervención I, II, y III” impartido por las Dras. Isabel Reyes, Dra Lucy Reidel y Dra. Patricia Andrade Una clase estupendamente bien dirigida, nos transmitieron sus conocimientos en cuanto a saber realizar una escala psicológica con sus pro y sus contra, de poder validar y estandarizar una prueba, lograron transmitir y compartir la gran mayoría de sus conocimientos con el grupo.

### **En el Hospital Juárez de México:**

Las clases fueron impartidas tanto por el jefe de servicio como por médicos adscritos al área de oncología.

“Medicina Nuclear”; “Etapas del tumor”; “Tratamiento de cáncer de mama”; “Proliferación reparadora”; “Melanoma de piel”; entre otras, impartidas por el Dr. Noel Castañeda, adscrito al servicio de Quimioterapia.

Durante los meses que laboré en hospitalización asistí a las clases que impartía el jefe de servicio de quimioterapia con los residentes médicos. En donde se nos explicaban los métodos de tratamiento contra el cáncer como son las quimioterapia, radioterapia, cirugía y hormonoterapia. En ciertos casos, el tratamiento implica la



utilización de una secuencia de todas estas técnicas

La quimioterapia consiste en la inyección o ingestión oral de medicamentos anticancerosos que destruyen a las células malignas o impiden su multiplicación. Estos medicamentos ejercen efectos perjudiciales sobre las células sanas y producen graves efectos secundarios, pero los avances han permitido su adaptación a tipos específicos de células cancerosas, con menos daños para los tejidos circundantes.

La radioterapia aprovecha las propiedades de la radiación ionizante para destruir las células cancerosas que se multiplican en el tumor. Este tratamiento está asociado con lesiones de tejidos circundantes. En la actualidad es posible dirigir las radiaciones, principalmente contra el tumor localizado. El poder dirigir los medicamentos como las radiaciones contra la localización específica del tumor minimiza los efectos secundarios de estos tratamientos en el paciente.

A continuación redacto breve información de una clase que se nos impartió el 7 de abril de 1999 titulada "Etapas del tumor o Tipificación". Con el fin de proporcionar algunos términos médicos que fueron utilizados con los pacientes y entender con mayor precisión el vocabulario del oncólogo, y sea de mayor entendimiento, para los que no están familiarizados con dichos términos.

**Etapas I** →T1 No Mo (40% tratamiento con quimioterapia).  
Radioterapia, observación, quimio y radioterapia  
Simultáneamente.

**Ila** T2 No Mo (40% tratamiento con quimioterapia).  
Radioterapia, observación, quimio y radioterapia  
Simultáneamente. Son operables.

**Etapas II**

**Ilb**

IIIa (se puede operar técnicamente, quimioneo-Adyuvante).

**Etapa III**      Cáncer localmente avanzado

IIIb (no se puede operar)

**Etapa IV**      Cáncer avanzado

**N:** se refiere a ganglios. Y esto es lo que nos da el factor pronóstico.

**M:** se refiere a metástasis.

Menor a 2cm. de diámetro el tumor es T1.

Nota: El cáncer de mama afecta a pulmón, huesos e hígado  
Posterior a la cirugía viene la quimioterapia o radioterapia.

Las <b>recaídas</b> son:	Local	Sistémica
En cero ganglios, el diagnóstico es bueno		
De 1 a 3 ganglios el diagnóstico es bueno con quimioterapia	10%	50%
De 4 a 10 ganglios el diagnóstico es malo con quimio y radioterapia	50%	80%
Más de 10 ganglios positivos diagnóstico muy malo con radioterapia	60%	90%

La quimioterapia sólo da resultado para las pacientes premenopáusicas. Términos utilizados por los médicos de oncología:

**Adyuvancia:** se le da el tratamiento al paciente, sin ninguna evidencia de quimioterapia.

**Neoadyuvante:** la quimioterapia es previa al tratamiento locorregional

**Paliativo:** se le brinda tratamiento al paciente pero no se va a curar, por tener un cáncer avanzado y en Etapa IV

El tema de la "Proliferación reparadora", consistió en una explicación de que siempre que las células son destruidas y con enfermedad, las células vivas tienen la facultad de dividirse para sustituir a las pérdidas.

Los tumores pueden ser benignos o malignos. La diferenciación celular es la madurez que tiene una célula, esta bien diferenciada o el tumor es atípico. El tumor benigno crece lentamente.

CARACTERÍSTICAS	BENIGNO	MALIGNO
Diferenciación	Bien diferenciada	Atípico
Velocidad de crecimiento	Lenta	Errático
Mitosis	Escasa	Numerosos
Invasión local	Expansiva	Infiltración
Metástasis	No	Frecuentes

Algunas definiciones:

**Miomatosis:** división que presentan las células

**Hipertrofia:** aumenta el tamaño de las células

**Hiperplasia:** aumenta el número de células

**Metaplasia:** sustitución de un tipo de células adultas por otro tipo de células adultas.

**Displacia:** pérdida de la regularidad de células y pérdida de la orientación y estructura de las mismas.

Tumor	Tiempo de doblamiento	Fracción de crecimiento
Embrionarios	27 días	90%
Linfomas	29	90%
Sarcomas	41	11%
Carcinomas escamosa	68	25%
Adenocarcinomas	83	6%

La fracción de crecimiento se refiere a cual es el porcentaje de células que están en ciclo celular

*Agentes Carcinogénicos:*

Físico: como el sol.

Químicos: como el tabaco, nicotina.

Biológicos: virus.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Con el paso de nuestra rotación en el Hospital Juárez de México, nos percatábamos cada vez más de la gran necesidad de los psicólogos sobre todo en el área de Quimioterapia, en donde el paciente llega con el médico adscrito, pero ignorando a lo que se va enfrentar. Ahí logramos diseñar un método para que el paciente se previniera antes de esa cita a quimioterapia.

Programa de prevención y atención primaria para los pacientes oncológicos y sus familiares ante las consecuencias del tratamiento con quimioterapia.

A los pacientes de primera vez en el área de quimioterapia, se les realizaba una entrevista, posteriormente se les preguntaba de qué servicio lo referían a dicha área de quimioterapia y cuál era el motivo de su intervención. Y de esa manera podíamos percatarnos, hasta dónde realmente el paciente y sus familiares tenían conocimiento de lo que realmente consistía la quimioterapia. Con lo anterior se corrobora que la mayoría de los pacientes de primera vez, que acuden a quimioterapia se dejan llevar por prejuicios o bien por lo que alcanzan a escuchar en la sala de espera de otros pacientes con cáncer.

Lo que nosotros les explicábamos de manera pausada, clara, precisa pero con un lenguaje que el paciente alcanzará a percibir la problemática de su enfermedad como lo es el cáncer. Podían interrumpir cuando a ellos no les quedaran claro algunos de los puntos del *Programa de prevención para los pacientes oncológicos*:

- ✓ Que la quimioterapia era una sustancia que se les aplicaba a los pacientes con cáncer por vía intravenosa, con el fin de atacar el cáncer es decir, para disminuir el tumor de tamaño para poderlo operar, o bien después de una cirugía para atacar a los "hijitos" que el cáncer había dejado en caso de que el tumor hubiera dejado ramificaciones.
- ✓ Que el medicamento administrado era un medicamento muy agresivo debido a que el cáncer también es una enfermedad muy agresiva

- ✓ Que a partir de la segunda semana se le iba a empezar a caer el cabello, paulatinamente, pero que esto no ocurría con todos los pacientes.
- ✓ Que las uñas tanto de la mano como los del pie se le pondrían de color oscuro
- ✓ Que se agudizaría el sentido del olfato, pero que el sentido del gusto iba a disminuir.
- ✓ Que no iba a llevar ninguna dieta, solamente que se cuidara el paciente de no comer en la calle, ya que todos los alimentos podrían estar contaminados para él o ella, debido a que cualquier paciente con cáncer y recibiendo quimioterapia sus alimentos deben de estar más limpio y tener todos los cuidados higiénicos en la elaboración de sus alimentos. Que lo más conveniente y recomendable era que todos sus alimentos estuvieran preparados en casa de manera higiénica, ya que dichos pacientes podían estar propensos a contraer infecciones respiratorias y gastrointestinales.
- ✓ Que podían comer lo que apetecieran a la hora que ellos tuvieran hambre
- ✓ Que tendrían nauseas y vómito, pero que había un medicamento para controlar esos efectos.
- ✓ Que se iba a sentir cansada pero que de ser posible, continuara con su vida normal, sin realizar esfuerzos o movimientos bruscos, y mucho menos del lado donde le aparece el tumor o cáncer.
- ✓ Que todos estos efectos mencionados eran transitorios y que cuando concluyeran sus ciclos de quimioterapia recuperaría nuevamente sus sentidos del gusto y olfato, el cabello les va ir creciendo y el color de sus uñas volvería a lo habitual.
- ✓ Que el tratamiento de quimioterapia era muy costoso alrededor de \$800 y \$1500 (cantidades en 1999). Actualmente sabemos que esas cifras se han elevado notablemente.
- ✓ Que las citas serían cada 15 o 20 días según se lo indicara su médico tratante, pero que cada 8 días se le pondría un refuerzo de quimioterapia.

Se les concientizaba a los pacientes hacer un esfuerzo mayor para el control de su enfermedad, y que su adherencia terapéutica en estos momentos de su enfermedad era uno de los objetivos centrales de ellos como pacientes y aceptación congruente de su enfermedad y los

cambios observados durante el seguimiento de su tratamiento, sin embargo, hubo pacientes que no aceptaron dicho tratamiento de quimioterapia. Que preferían acudir a otro tipo de medicina alterna porque ese tratamiento les había resultado favorable a otros pacientes (ya que algunos de ellos opinaban, que esos medicamentos naturistas estaban en auge y había testimonios de personas que se habían curado del cáncer al consumir dichos medicamentos).

Cabe mencionar que algunos de los pacientes eran foráneos, y que preferían gastar en transporte público, dormir en el hospital, levantarse en la madrugada, etc. esto con el fin de que, fueran los primeros pacientes en obtener las primeras fichas para su consulta, para frenar cuanto antes su enfermedad. Puesto que en su pueblo o ciudad, no habían logrado obtener buenos resultados, sino únicamente más gastos médicos en cuanto a estudios de gabinete y gastos de consultas.

**Tercer reporte de actividades en la residencia de Psicología de la Salud en el INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICIÓN “Salvador Zubirán”. Sección de CLÍNICA DEL DOLOR a partir del primero marzo al 30 de agosto del 2000.**

**Síntesis histórica:**

El Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ, INNSZ) es uno de los Institutos Nacionales de Salud dependientes de la Secretaría de Salud. Es una de las instituciones médicas de mayor prestigio asistencial y científico en México.

Se inauguró el 12 de Octubre de 1946 con el nombre de Hospital de Enfermedades de la Nutrición. Al extenderse sus funciones hacia otros campos, en 1978 se le cambió el nombre por el de Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán que se realizó hasta junio de 2000, fecha en que se le dio el nombre actual. Su fundador y primer director fue el Dr. Salvador Zubirán, quien dirigió la institución hasta 1980. El Director actual es el Dr. Donato Alarcón Segovia.

Desde sus inicios, el instituto se planteó como una institución médica modelo en que las actividades asistenciales sirvieran como sustento de las educativas y de investigación, pensando que sólo se puede dar buena asistencia en un ambiente académico que propicie la enseñanza e investigación científica.

Los objetivos iniciales fueron cumplidos con amplitud y en sus más de 50 años de existencia el número de departamentos médicos creció de 3 a más de 40 abarcando casi todas las especialidades de la medicina.

Desde el punto de vista asistencial, se dispone las 167 camas para internación de enfermos y una amplia consulta externa que da servicio a 135,000 pacientes al año. Se atienden pacientes con una gran gama de padecimientos y se dispone del equipo de laboratorio y gabinete más moderno como auxiliares diagnósticos.

Su personal médico es de 176 especialistas, todos con varios años de entrenamiento en el país o en el extranjero. Son la Dirección de Medicina y la Dirección de Cirugía quienes tienen a su cargo la actividad asistencial en la institución.

El instituto a través de su Dirección de Enseñanza, ofrece en la actualidad 17 cursos de posgrado avalados por la Universidad Nacional Autónoma de México, en que se forman especialistas en distintos campos de la medicina y cirugía. Los egresados del sistema docente están distribuidos por todo el país y son líderes de la medicina académica nacional, ocupando cargos directivos en universidades y hospitales de enseñanza.

Su desempeño frente a las sociedades científicas es también muy destacado. Es la institución médica con mayor número de investigadores y con mayor producción científica en el país, siendo también la de mayor índice de impacto. Esta actividad está coordinada por la Dirección de Investigación de la que dependen los departamentos de investigación básica y de investigación médica. Como ejemplo de los éxitos en este campo, se pueden mencionar que tres de sus miembros ingresaron a El Colegio Nacional y seis han obtenido el Premio Nacional de Ciencias.

Recientemente, el instituto ha aumentado y remodelado sus instalaciones en varias áreas a fin de ofrecer mayor comodidad a los pacientes y al personal médico y de apoyo que ahí laboran.

#### *Departamentos Médicos y de Investigación*

- ✓ Anestesiología
- ✓ Biología de la Reproducción.
- ✓ Bioquímica.
- ✓ Cardiología.
- ✓ Cirugía Experimental.
- ✓ Clínica de Evaluación Geriátrica.
- ✓ Dermatología.
- ✓ Diabetes y Metabolismo de Lípidos.
- ✓ Endoscopia.
- ✓ Epidemiología
- ✓ Genética.
- ✓ Hematología y Banco de sangre
- ✓ Histocompatibilidad y trasplantes.
- ✓ Infectología.
- ✓ Inmunología y Reumatología.
- ✓ Investigación Experimental y Bioterio.



- ✓ Medicina Psicológica
- ✓ Medicina Nuclear
- ✓ Nutrición Clínica.
- ✓ Nefrología y Metabolismo Mineral.
- ✓ Patología y Anatomía Patológica
- ✓ Química Clínica.
- ✓ Radiología.
- ✓ Terapia Intensiva.
- ✓ Urgencias.
- ✓ Urología.

#### Nutrición:

- ✓ Ciencias y Tecnología de Alimentos
- ✓ Fisiología de la Nutrición
- ✓ Nutrición Animal
- ✓ Estudios Experimentales Rurales
- ✓ Nutrición Aplicada y Educación Nutricional.
- ✓ Vigilancia Epidemiológica.

#### Enseñanza:

- ✓ Educación Médica.
- ✓ Educación para la Salud.
- ✓ Información Bibliográfica.

#### Enfermería:

- ✓ Enfermería.
- ✓ Escuela de Enfermería
- ✓ Posgrado de Enfermería

### **ACTIVIDADES PROGRAMADAS**

Nos ubicamos en nuestra segunda rotación en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición “Salvador Subirán” en la Clínica del Dolor en Cuidados Paliativos. El responsable del servicio es el Dr. Uriah Guevara.

Iniciaba la jornada de trabajo con clases a partir de las 7:00 AM hasta las 8:00 AM. Los tópicos a tratar eran muy variados algunos temas son los siguientes: Definición de dolor, Estimación del dolor, Terminología algológica, Nocicepción, Biología celular, Exploración neurológica, Sitios de taxonomía, Modelos experimentales para dolor y

analgesia, Cuidados paliativos en pacientes terminales, Clasificación de nervios periféricos, Medición del dolor, Fibromialgias, Exploración psicológica del paciente con dolor crónico, Medicina paliativa, Medicación para pacientes con dolor crónico, Ortopedia, síntomas psicológicos en cuidados paliativos, Opioides especiales, Fisiología del dolor, Geriatria, Clasificación de analgésicos, entre otros temas, pero en su mayoría se reforzaban temas referentes al tópico de paliativos desde el punto de vista médico.

Escasos eran los temas desde el punto de vista psicológico, sin embargo, por el hecho de estar rotando en la Clínica del Dolor era indispensable que como Psicólogos de la Salud asistiéramos a dichas clases. Y además impartimos una clase titulada "las pruebas psicológicas aplicadas a pacientes con dolor". En lo personal fue muy enriquecedor ya que aprendí, la función que realizan algunos medicamentos del dolor, y que no solamente la prescripción del medicamento Dolac es para cualquier tipo de dolor.

Posterior a las clases, de 8:00 – 8:30 AM es el trabajo con el pase de visita a los pacientes que se encontraban hospitalizados en piso y/o terapia intensiva.

A las 8:30 AM se reunía el equipo médico de algólogos, anestesiólogos, psicólogos de la salud, trabajo social y enfermería, para abordar con mayor detenimiento los casos de los pacientes hospitalizados y las sugerencias tanto del tratamiento a seguir como del mismo manejo y abordaje con el paciente.

A partir de las 10:00 AM se daba inicio a la consulta externa en la Clínica de Dolor de Cuidados Paliativos. En esta área de Clínica del Dolor se le brinda apoyo médico y psicológico a los pacientes con dolor lumbar, muscular, y de Múltiple Esclerosis, siendo estos los que más presentaban los pacientes.

También se le aplicaban a algunos pacientes bloqueos, y TENS, pero estos en ocasiones son de manera paliativa, porque de esa manera cesaba el dolor mientras perduraba este tipo de tratamiento. Ya que transmiten corriente por los nervios a nivel superficial y relaja el músculo afectado.

En la Clínica del Dolor brindábamos terapia de apoyo a los pacientes, pero sobre todo las técnicas de relajación y respiración que

ayudaba mucho a los pacientes con dolor, eran sensibilizarlos con este tipo de técnicas para que en su vida diaria lograran manejar su dolor hasta su próxima cita. Puesto que el hospital tiene mucha demanda de pacientes, y por tal motivo las citas no son tan frecuentes, aunque sí se le da mucho tiempo para su atención en su consulta a los pacientes, es decir, en ocasiones, hasta una hora de consulta, no sólo por parte de área de Psicología de la Salud sino también por parte del área médica.

Fueron impartidas clases todos los miércoles, ya que era el día de que no se citaban pacientes en el hospital, por ser día académico. Se revisaban artículos en inglés de diferentes tópicos y teníamos que explicar el artículo que eligieran en la clase. Para posteriormente, responder a las preguntas que el equipo médico realizaba. Y ese mecanismo era con todos y cada uno de los alumnos que en encontrábamos rotando en Clínica del Dolor tanto los psicólogos de la salud, algólogos y anestesiólogos.

Nuevamente como psicólogos de la salud, nos enfrentamos a la etapa en que el personal médico, se familiarice con esta área de la Psicología que para ellos es desconocida y sobre todo que acepten del todo nuestro trabajo.

El jefe de servicio el Dr Uriah Guevara nos llegó a solicitar dos casos clínicos para que fueran expuestos ante el equipo médico.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**Cuarto reporte de actividades en el Departamento de Psiquiatría del QUEEN'S MEDICAL CENTRE. UNIVERSITY OF NOTTINGHAM en Inglaterra, UK. Del 1° de septiembre de 2000 a agosto del 2001.**

**Síntesis histórica del Department of Psychiatryc Queen's Medical Centre:**

El Hospital y Universidad Queen's Medical Centre, cuenta con todos los servicios hospitalarios, por mencionar algunos: anestesia, accidentes y emergencia, cardiología, clínica de neuropsicología, clínica de nutrición, dermatología, servicio de diabetes, gastroenterología, medicina general, ginecología, cuidados intensivos, hospital escuela, servicio de hotel, medicina física, neonatal, neurología pediátrica, cirugía pediátrica, medicina paliativa, manejo del dolor, patología, farmacia, fisioterapia, cirugía general, cirugía plástica, centro de posgrado en educación, psicogeriatría, psiquiatría, rehabilitación, reumatología, cirugía espinal, servicio espiritual, neurocirugía, servicio de implantes, terapia ocupacional, obstetricia, oncología, oftalmología, cirugía oral y maxilofacial, otorrinolaringólogo, teatro, trauma y ortopedía, urología, cirugía vascular, entre otros servicios y facilidades.

A su vez, el Queen's Medical Centre cuenta con una universidad propia, de ahí que los alumnos de Psicología, psiquiatría, medicina, y otras áreas medicas, así como los investigadores no se tienen que desplazar largas distancias para estudiar y realizar sus prácticas profesionales, servicio social, y/o laborar. Debido a que el hospital continuo desarrollando sus servicios basados en un grupo de especialistas los cuales son fundamentales para sus éxitos futuros. Esto con la finalidad de responder a las demandas de las emergencias

El Centro Médico de Queen, hospital universitario, afectuosamente conocido como "Queen's" por los habitantes de Nottingham; dio la bienvenida a su primer paciente en agosto de 1978. Su propósito inicial fue el de un hospital para la enseñanza en el Reino Unido; esto con la finalidad de reunir y acoger a los pacientes, además de enseñar e investigar

El Queen's ha remplazado a 5 hospitales: el general, el de mujeres, el de niños, el de los ojos y el hospital ortopédico de Harlow Wood. Todos ellos tienen una historia para los cuidados de salud en

el área de Nottingham con más de 200 años

El Queen's junto con el hospital de la ciudad de Nottingham proporciona servicios hospitalarios a 600,000 pacientes y 2 millones de gentes en los servicios de especialistas.

El Queen's con ingresos de 200 millones cuenta con 1300 camas y contrata a 6,000 empleados. Durante el año 2000/2001 dicho hospital admitió a 110, 000 pacientes y valoró a 115,000 pacientes externos.

## **ACTIVIDADES PROGRAMADAS**

### **1-. Revisión de casos en la Clínica Neuropsiquiatría.**

Discusión de nuevos casos.

Reporte de casos psiquiátricos.

Reporte de evaluaciones neuropsicológicas.

Intervención con pacientes y revisión de los casos.

Entrenamiento clínico.

(Dos horas a la semana).

### **2-. Valoración de pacientes:**

Seminarios para revisión de historia clínica y psiquiátrica con reporte por escrito de los casos.

Entrevista para diagnosticar a los pacientes con supervisión.

Aplicación de pruebas neuropsicométricas con supervisión.

Análisis de los datos psicométricos.

Preparación del reporte clínico con supervisión.

(De 1 a 3 sesiones clínicas a la semana).

### **3-. Reportes supervisados:**

Revisión de artículos clínicos de neuropsicología clínica.

Reportes escritos de resumen de las valoraciones de tópicos clínicos.

Compilación bibliográfica de tópicos clínicos.

(Una vez a la semana)

### **4-. Tutorías y discusión con supervisión:**

Semanalmente discusión de tópicos clínicos

Plan de actividades para el periodo de noviembre 2000 a febrero 2001.

- 1-. Continuar con las valoraciones neuropsicológicas de pacientes individuales.
- 2- Llevar a cabo proyecto de investigación con la cooperación de pacientes voluntarios
- 3-. Continuación del curso de Métodos Estadísticos.

Rubros indispensables en la valoración del protocolo, para el área de neuropsicología clínica en el Hospital Queen's Medical Centre. Esto con el fin, de que únicamente se realizaba diagnóstico con el paciente

- 1-. Intervención con pacientes:
  - ✓ Apariencia y comportamiento.
  - ✓ Presentación de quejas.
  - ✓ Historia de sus quejas
  - ✓ Problemas subjetivos y cognitivo (reporte del paciente)
  - ✓ Estado de ánimo reciente (reporte del paciente).
  - ✓ Estado somáticas (reporte del paciente).
  - ✓ Pensamientos y percepciones.
  - ✓ Área: Personal
  - ✓ Escolar.
  - ✓ Historia laboral.
  - ✓ Destrezas
  - ✓ Hábitos
  - ✓ Orientación
- 2- Matrices progresivas estandarizado del Raven's.
- 3-. Prueba escrita de grados de palabras Schonell.
- 4-. Prueba de memoria lógica de Wechsler (formato 1)
- 5-. Prueba de retención visual de Benton.
- 6-. Puertas y personas (Compañía de pruebas Thames Valley):
  - Prueba de la gente (recuerdo verbal inmediato)
  - Prueba de puertas (cognición visual)
  - Prueba de gente (retraso en el recuerdo verbal)
  - Prueba de la forma (recuerdo verbal inmediato)
  - Prueba de los nombres (cognición verbal)

## Prueba de las formas (retraso en el recuerdo visual)

- 7- Prueba de aprendizaje verbal y auditiva Rey (para hombre o mujeres).
- 8- Prueba de praxis construcional de tres dimensiones de Benton.
- 9- Prueba de orientación lineal de Benton.
- 10- Batería de percepción espacial y del objeto visual (VOSP):  
Forma de detección en la prueba de pantalla:
  - ✓ Letras incompletas
  - ✓ Siluetas.
  - ✓ Decisión de objetos.
  - ✓ Siluetas progresivas.
  - ✓ Punto total.
  - ✓ Discriminación de posición.
  - ✓ Localización de números.
  - ✓ Análisis de cubos.
- 11- Prueba de ejecución en pizarra.
- 12- Prueba de velocidad y capacidad de procesos del lenguaje.  
Prueba de palabras cortas (versión B).  
Prueba de velocidad de comprensión (versión D).
- 13- Prueba corta de tarjetas modificadas por Nelson
- 14- Prueba de fluidez verbal
- 15- Prueba de vocabulario de fotografías (PPVT)
- 16- Prueba de clasificación nombres.
- 17- Evaluación cualitativa de las funciones relacionadas con el lenguaje.  
Funciones receptivas:
  - ✓ Agnosis de objetos visuales y táctiles.
  - ✓ Agnosis auditiva no verbal
  - ✓ Comprensión verbal auditiva.

- ✓ Funciones expresivas:
- ✓ Articulación
- ✓ Fluidez.
- ✓ Repetición.
- ✓ Paráfrasis.
- ✓ Nombrando y encontrando palabras.
- ✓ Lectura.
- ✓ Cálculo
- ✓ Escritura.

18-. Prueba de interferencia de palabras y colores de Stroop.

- ✓ Tarea al blanco de colores
- ✓ Tarea al blanco de palabras.

19-. Tareas graduadas de discriminación condicional.

20-. Pruebas no estandarizadas:

- ✓ Coordinación.
- ✓ Movimientos en la postura.
- ✓ Orientación izquierda-derecha.
- ✓ Inatención sensorial
- ✓ Discriminación táctil.
- ✓ Agnosia táctil
- ✓ Agnosia de los dedos.
- ✓ Movimiento de los ojos
- ✓ Campo visual

20-. Lectura y revisión de artículos (de 6 a 8) artículos a la semana

21-. Participación en investigación con sujetos voluntarios para la evaluación de condiciones severas de los medicamentos como (Placebo, Ketanserina y Haloperidol) en atención selectiva y respuesta autónoma.

(diariamente era la investigación de 9:00 AM a 17:00 PM)

Cabe señalar que el listado tanto de las actividades que realice y las pruebas que fueron aplicadas e interpretadas en mi estancia en el Queen's Medical Centre. Ciertamente era con el fin de obtener un diagnóstico, ya que a partir de dichos diagnósticos se despertaban una serie de inquietudes con mis tutores ingleses y esto, daba pautas a



nuevas investigaciones tomando en cuenta la patología, enfermedades físicas del paciente, entre otros rubros de importancia

Supervisada por los tutores ingleses:

**Dr. Elemer Szabadi.**

**Dr. Chris Bradshaw.**

## **OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS PERO REALIZADAS.**

### **Descripción de actividades y asistencia a eventos académicos:**

- ✓ La jefatura de enfermería me invitó a impartir un seminario titulado "Relaciones laborales" dirigido al servicio de enfermería del área de oncología. El 4 de agosto de 1999. En el Hospital Juárez de México.
- ✓ Con el fin de ampliar mis horizontes en el área de oncología asistí al III Curso de Psicooncología en el Instituto Nacional de Cancerología, el 25 y 27 de agosto de 1999.
- ✓ Tuve la oportunidad de presenta un poster en el 29th Annual Convention of the Society for Neurosciences. En Miami, Beach, Florida De octubre 23 al 28, 1999. Título "Pshychological characteristics of child diagnosed with depression".
- ✓ Realicé durante el primer semestre de mi estancia en el Hospital Juárez de México, una pequeña investigación que consistió en la recopilación de los datos obtenidos con los pacientes oncológicos (de quimioterapia, radioterapia, consulta externa y hospitalización) titulado "Manejo terapéutico en el abordaje de pacientes oncológicos". Y presentar dichos datos en el I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, en Granada, España. Celebrado del 24 al 27 de noviembre de 1999. Con el apoyo y colaboración de Mtro. Damián Alquicira, Mtro. Isaac Seligson (supervisor de la UNAM) y Dr. Francisco García Rodríguez (Jefe de servicio de Oncología).

nuevas investigaciones tomando en cuenta la patología, enfermedades físicas del paciente, entre otros rubros de importancia

Supervisada por los tutores ingleses:

**Dr. Elemer Szabadi.**

**Dr. Chris Bradshaw.**

## **OTRAS ACTIVIDADES PROFESIONALES NO PROGRAMADAS PERO REALIZADAS.**

### **Descripción de actividades y asistencia a eventos académicos:**

- ✓ La jefatura de enfermería me invitó a impartir un seminario titulado "Relaciones laborales" dirigido al servicio de enfermería del área de oncología. El 4 de agosto de 1999. En el Hospital Juárez de México.
- ✓ Con el fin de ampliar mis horizontes en el área de oncología asistí al III Curso de Psicooncología en el Instituto Nacional de Cancerología, el 25 y 27 de agosto de 1999.
- ✓ Tuve la oportunidad de presenta un poster en el 29th Annual Convention of the Society for Neurosciences. En Miami, Beach, Florida De octubre 23 al 28, 1999. Título "Pshychological characteristics of child diagnosed with depression".
- ✓ Realicé durante el primer semestre de mi estancia en el Hospital Juárez de México, una pequeña investigación que consistió en la recopilación de los datos obtenidos con los pacientes oncológicos (de quimioterapia, radioterapia, consulta externa y hospitalización) titulado "Manejo terapéutico en el abordaje de pacientes oncológicos". Y presentar dichos datos en el I Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y de la Salud, en Granada, España. Celebrado del 24 al 27 de noviembre de 1999. Con el apoyo y colaboración de Mtro. Damián Alquicira, Mtro. Isaac Seligson (supervisor de la UNAM) y Dr. Francisco García Rodríguez (Jefe de servicio de Oncología).

- ✓ Así mismo, se han logrado publicar dos de las investigaciones en las que participe en mi estancia en Inglaterra; ambas publicaciones en la revista Journal of Psychopharmacology Vol 15 num. 3 2001 "Effects of ketanserin and haloperidol on prepulse inhibition of the acoustic startle response and N1/auditory evoked response in man"; y "Effects of quetiapine and haloperidol on prepulse inhibition of the acoustic startle response and N1/P2 auditory evoked response in man" en el Vol. 16 num. 1 march 2002, por la British Association for Psychopharmacology. Además de ser expuestas dichas investigaciones con sus respectivos resultados en el Congreso celebrado en Harrogate, England en Julio 22 al 25 del 2001. Las mencionadas investigaciones son con el fin de que a través de la inhibición prepulso que es un mecanismo desarrollado por los ingleses, puedan los pacientes esquizofrénicos el lograr recordar ciertos reflejos de sus conductas aunado con la ayuda de los medicamentos haloperidol, quetiapine y ketanserin que son neurolépticos.

**Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo de estas actividades:**

Considero que mi estancia y rotación por los diferentes hospitales e instituciones, fue para mí muy valiosa y enriquecedora. Hoy en día cuento con un cúmulo de información y conocimientos con los que puedo ayudar al paciente a enfrentar cualquier enfermedad agresiva cómo lo es el cáncer o cualquier otra enfermedad crónico degenerativa; pero sobre todo poder brindar al paciente el apoyo psicológico que requiere de acuerdo con su estado de gravedad en la enfermedad.

## EVALUACIÓN

En lo personal fue muy valioso lo que aprendí y logre transmitir a los pacientes, la información confidencial que de ellos rescate, la sintetice omitiendo datos personales y realizando investigación con los diagnósticos para poder compartir e intercambiar opiniones y datos con prestigiados colegas nacionales e internacionales.

Los programas que se fueron desarrollando durante el curso de mi rotación en los diferentes hospitales e instituciones fueron importantes para presentarlos en diferentes congresos, sin embargo, pese a que se dejó un sustento en dichos hospitales, es decir, las investigaciones que fueron presentadas en los congresos nacionales e internacionales, no se realizó mayor desarrollo a los programas. Cada institución hospital tiene sus políticas y como tal deben de adaptarse a esas reglas, es decir, que antes de iniciar cualquier investigación el jefe de servicio no sólo tendría que estar enterado de nuestra participación, sino que además, estar de acuerdo con lo que se pretendía indagar. De ahí que en la gran mayoría de las pequeñas investigaciones que realizamos y que algunas han sido publicadas, sólo el jefe de servicio y su equipo médico tenía conocimiento de que dichos programas de intervención o de prevención en los que laborábamos arduamente, tendrían trascendencia en los congresos nacionales e internacionales.

Yo en lo personal aprendí mucho más en la práctica ya que las clases en ocasiones no tenían congruencia la teoría con la práctica, pero no dejo de reconocer que la gran disposición, preparación y esfuerzos de todos los profesores que nos impartieron clases fueron de excelente calidad y compromiso hacia la residencia

El supervisor académico de la UNAM fue un excelente crítico constructivo, nos enseñaba y aprendí mucho con él. Sin embargo, el supervisor in situ, deja mucho que desear en los diferentes hospitales e instituciones donde tuve la oportunidad de rotar durante mi residencia en la Maestría de Medicina Conductual.

## SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES:

Me siento muy orgullosa de mis logros profesionales que alcance. La maestría me dio mucho en cuanto a los conocimientos y los aproveche y valore. Ciertamente cuando labore en el extranjero, así como cuando participe en los congresos internacionales, me pude percatar que la competencia es muy fuerte pero no imposible. Debido a que la Maestría es nueva en nuestro país y somos de las primeras generaciones, hay mucho por hacer en esos apoyos no sólo de intervención, sino en cuanto al diagnóstico y tratamiento. Desgraciadamente no vemos nada claro, que nos estén impulsando las sedes en donde brindamos nuestros servicios durante la maestría. Esa parte es muy lamentable, muchos son los pacientes que se encuentran en la fase terminal, otros ya se nos han adelantado en ese camino, sin embargo también, muchos somos los psicólogos de la salud que desgraciadamente estamos impacientes por seguir ayudando a los pacientes, pero no encontramos trabajo en ninguna institución. Seguimos con la esperanza que pronto vendrá la gran oportunidad para los psicólogos de la salud. Exhorto a las nuevas generaciones de psicólogo, para que continúen sus estudios de posgrado y sobre todo en esta Maestría de Medicina Conductual si la recomiendo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Birk, L. (1973) Biofeedback Behavioral Medicine. Nueva York, Grunne and Stratton.
2. Carnwath, T y Miller, D. (1989). Psicoterapia conductual en atención primaria. Barcelona, Martínez Roca.
3. Costa, M y López, E (1996). Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid, Pirámide.
4. Delucchi, G y Marmissolle F. (2001) La psico-oncología también existe. Año XII, Vol. 10, N° 1, julio de 2001.
5. Dorsch, F. (1996). Diccionario de Psicología. Herder, Barcelona.
6. Goodkin, K, Antoni, M., Blaney, P. (1986). Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix. *J. Psychosom Res* 30:67-76
7. Jacobson, E. (1974). Progressive relaxation. Chicago, The University of Chicago Press.
8. Kubler-Ross, E. (1989). Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona, Grijalbo.
9. Langlie, J.K. (1977). Social Networks, Health Beliefs, and Preventive Behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 18, 244-259.
10. Latorre P, J.M y Beneit M, P J. (1994). Psicología de la Salud: Aportaciones para los profesionales de la salud. Lumen, Argentina.
11. Pichot. P (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) (2000) Estados Unidos Masson.
12. Matarazzo, J D. (1980). Behavioral Health and Behavioral Medicine Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist*, 37, 1-4.
13. Matarazzo, J.D. (1982) Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.
14. Melamed, B. y Siegel, L (1980). Behavioral medicine Nueva York, Springer.
15. Nutbeam, D. (1996) Promoción de la salud: una antología. México, OPS. 383-402.
16. Organización Mundial de la Salud (1978) Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra, URSS, 6-13

17. Organización Mundial de la Salud. (1982). *Séptimo programa general de trabajo para el período 1984-1989*. Salud para todos, 8.
18. Organización Mundial de la Salud. (1984). *Salud para todos*. Ginebra.
19. Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento CIE-10*. Madrid. Editor.
20. Phillips, C. (1975). *Psychology and Medicine*. Londres, Temple Smith.
21. Reig, A., Rodríguez, J y Mirá, J. (1987). *Psicología de la salud: algunas cuestiones básicas*. Información psicológica, 30, 5-10.
22. Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona, Martínez Roca.
23. Rodríguez, A.M. (1991). *Enfoques de Educación para la salud*. Resumen.
24. Rodríguez-Marín y García-Rodríguez (1995). *Comportamientos de riesgos de salud*. Síntesis psicológica. Barcelona, Biblioteca Nueva.
25. Schultz, M. y Luthe, W. (1969). *Autogenic Therapy*. Nueva York, Grune and Stratton.
26. Simón, M. A. (1993). *Psicología de la Salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid, Pirámide.
27. Simón; M. A. (1999). *Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones*. Barcelona, Biblioteca Nueva.
28. Taylor, S E. (1986). *Health psychology* Nueva York, Random House.
29. Taylor, S.E. (1995). *Health psychology* 3<sup>a</sup> ed., Nueva York, McGraw-Hill
30. UNICEF(s/a) (s/f). *Todos por la salud. Guía de comunicación para la vida*. Nueva York.
31. Weinman; J. (1990). *Health psychology: progress, perspectives and prospects*. En P. Benett, J. Weinman y P. Surgeon (eds.): *Current Developments in Health Psychology*. Chur, Harwood Academic Publishers.
32. Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Stanford University Press.

## ANEXOS

**Lista de pacientes atendidos en el Hospital Juárez de México a los que se les brindó atención terciaria muy pocos con atención secundaria, del 1( de marzo al 30 de agosto 1999 todos con tratamiento de quimioterapia y radioterapia:**

PACIENTES	EDAD	DIAGNÓSTICO
Mayra G.Z.	32 años	Dx. Liposarcoma.
Pánfilo G.U.	89 años	Dx Orquiectomía bilateral.
Catalina M.C.	45 años	Dx. Cáncer de colon.
Estefanía H.M.	71 años	Dx. Cáncer de encía.
Ma. Del Carmen R.	66 años	Dx. Cáncer de ovario.
Natividad L.R.	82 años	Dx. Cáncer de mama derecha.
Felipa G.M.	42 años	Dx. Cáncer de ovario.
Rosa Isela C.S.	29 años	Dx. Cáncer epidermoide de encía superior.
Alicia R.C.	47 años	Dx. Adenocarcinoma gástrico.
Cruz G.M.	46 años	Dx. Sarcoma retroperitoneal.
Diego V.H.	45 años	Dx. Cáncer de esófago.
Aurelia C.M. (linfadenectomía).	57 años	Dx Sarcoma de partes blandas y alto grado de malignidad
Alicia F.P.	61 años	Dx. Cirugía vascular.
Refugio R.B.	66 años	Dx. Cáncer de endometrio
Simetría O.S	64 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Ma. Del Socorro R.P.	63 años	Dx. Cáncer de cervicouterino.
Alicia B.F.	58 años	Dx. Cáncer de páncreas.
Teresa R.M.	45 años	Dx. Cáncer de mama (fase IV).
Ma. Del Socorro R.P.	51 años	Dx. Cáncer de piel (melanoma).
Beatriz V.R.	20 años	Dx. Cáncer vaso celular.
Sergio V.G.	55 años	Dx. Tumoración abdominal
Guadalupe D.M	40 años	Dx. Metástasis cerebral.
Catalina R.C.	92 años	Dx. Merqueloma
Carmen R.V.	44 años	Dx. Cáncer de colon.
Galdino S.G	69 años	Dx. Nódulo pulmonar izquierdo.
Juana A.P.	88 años	Dx. Cáncer celular con metástasis.
María de Jesús C.M.	18 años	Dx. Fractura en piso de orbita izquierda y fractura de cuerpo y rama mandibular izquierda, con edema cerebral.
Magdalena R.G.	54 años	Dx. Cáncer cervicouterino (fase III).
Francisco P.C.	63 años	Dx. Cáncer de recto.
Daniel G.	22 años	Dx. Cáncer gástrico de colon.
Carmen R.V.	44 años	Dx. Cáncer de colon.
Francisco de Jesús M.	54 años	Dx. Cáncer de esófago.
Eudocia M.P.	55 años	Dx. Cáncer de mama izquierda.



Alejandra H.H.	30 años	Dx. Cáncer de ovario derecho.
Raymunda H.H.	44 años	Dx. Miomatosis uterina.
Felicitas V.M.	78 años	Dx. Cáncer de ovario.
Francisca R.C.	48 años	Dx. Cáncer de vesícula.
Mario A.P.	62 años	Dx. Cáncer de pulmón.
Ofelia V.	36 años	Dx. Cáncer gástrico.
Damiana V.A.	60 años	Dx. Cáncer nasofaríngeo.
Sergio V.G.	56 años	Dx. Tumor abdominal.
Eufrosia R.C.	64 años	Dx. Cáncer de mama.
Leonila M.L.	56 años	Dx. Cáncer de ovario.
Griselda B.N.	65 años	Dx. Cáncer de mama.
Juan U.I.	69 años	Dx. Cáncer de cabeza de páncreas metastásico.
Ma. Elena G.M.	29 años	Dx. Tumor benigno de mama.
Otilia M.M.	49 años	Dx. Metástasis axila derecha y mama.
Regina G.V.	48 años	Dx. Cáncer de mama.
Sofía L.A.	73 años	Dx. Cáncer de mama izquierda.
Benita C.C.	53 años	Dx. Insuficiencia renal y metástasis pulmonar.
Petra S.M.	54 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Epifanía V.O.	78 años	Dx. Cáncer cervicouterino e insuficiencia renal crónica.
Josefina S.S.	44 años	Dx. Cáncer de mama.
Tomaza C.M.	75 años	Dx. Cáncer de páncreas.
Petra C.M.	48 años	Dx. Cáncer de mama.
Santiago M.	20 años	Dx. Hemangio endotelioma en región dorsal.
Silvia P.S.	40 años	Dx. Cáncer de ovario.
Angelina C.M.	25 años	Dx. Cáncer gástrico.
José Antonio S.F.	24 años	Dx. Cáncer de testículo derecho.
Inés R.C.	75 años	Dx. Cáncer de ovario.
Gloria G.G.	45 años	Dx. Cáncer cervicouterino (fase III B).
Ana María P.M.	42 años	Dx. Cáncer de recto y cervicouterino (fase II B).
José T.H.	38 años	Dx. Linfoma
José T.G.	30 años	Dx. Cáncer gástrico.
Venancio R.D.	45 años	Dx. Linfoma.
Lorena P.H.	26 años	Dx. Nódulo tiroideo derecho.
Matilde U.O.	58 años	Dx. Cáncer de endometrio.
Columba C.H.	56 años	Dx. Cáncer de mama.
Teresa H.A.	42 años	Dx. Cáncer de ovario.
Ma. Luisa R.A.	51 años	Dx. Cáncer de colon con metástasis en ganglios.
Petra T.N.	74 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Juana N.B.	53 años	Dx. Cáncer cervicouterino
Dolores G.V.	45 años	Dx. Cáncer de mama.
Irinea G.H.	47 años	Dx. Adenocarcinoma gástrico.
Rosario H.M. metástasis cerebral.	40 años	Dx. Cáncer cervicouterino y fistula recto vaginal con
Rebeca S.M.	53 años	Dx. Síndrome Cherry.
Pablo G.R.	63 años	Dx. Cáncer epidermoide de antro-maxilar.
Ignacio G.	60 años	Dx. Cáncer de laringe.

Clara R.C.	45 años	Dx. Cáncer de endometrio.
Isabel C.D.	65 años	Dx. Cáncer cervicouterino (fase III B).
Saturnina E.G.	71 años	Dx. Cáncer de esófago.
Cutberto M.C.	80 años	Dx. Cáncer gástrico.
Aurelio O.C.	17 años	Dx. Tumor retroperitoneal.
Guadalupe C.R.	42 años	Dx. Ganglio supraclavicular.
Eleuteria C.V.	38 años	Dx. Cáncer de páncreas.
Mario A.A.	64 años	Dx. Aortoiliaca bifemoral.
Anastasio J.A.	71 años	Dx. Tumor en páncreas.
Julia H.H.	40 años	Dx. Cáncer de mama.
Gregorio G.M.	74 años	Dx. Tumor retroperitoneal.
Teresa G.D.	58 años	Dx. Cáncer de mama.
Victoria B.C.	68 años	Dx. Sarcoma uterino.
Gloria M.H.	46 años	Dx. Cáncer de mama.
Eleuteria B.T.	65 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Guadalupe M.R.	67 años	Dx. Síndrome de Ramsey.
Concepción C.A.	35 años	Dx. Sida.
Rosa G.L.	59 años	Dx. Cáncer de lengua.
Etelvina M.T.	46 años	Dx. Cáncer de colon.
Eugenio F.C.	86 años	Dx. Cáncer gástrico.
Margarito V.M	74 años	Dx. Nódulo Tiroideo.
Elitina F.M.	65 años	Dx. Cáncer de ovario
María H.H.	60 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Teresa P.V.	51 años	Dx. Cáncer de colon.
Amador S. P.	74 años	Dx. Cáncer hepático.
Guadalupe N M	50 años	Dx Cáncer de mama
Columba C.H.	56 años	Dx Cáncer de mama (fase IV)
Guillermo C B	43 años	Dx Tumor en fosa nasal
Juan Carlos R H	19 años	Dx Tumor en testículo izquierdo.
Esther M.G.	62 años	Dx Cáncer cervicouterino (fase II B)
Graciela S E	39 años	Dx Papiloma bilateral
Martha Margarita G R	30 años	Dx Cáncer de ovario
Humberta Z R.	60 años	Dx. Cáncer cervicouterino (fase II B)

**Lista de pacientes atendidos del 1° septiembre de 1999 a 28 febrero del 2000. Todos con tratamiento de quimioterapia y radioterapia.**

Alberto B.S.	28 años	Dx. Cáncer de testículo germinal y Linfoma no Hodgkin.
María Luis R.H.	50 años	Dx. Cáncer gástrico.
Juana Francisca G. T.	65 años	Dx. Cáncer de laringe e hígado.
Aidé K.R.	44 años	Dx. Sarcoma de útero y miomatosis.
Judith R.A.	25 años	Dx. Absceso submandibular.
Federico M. R.	33 años	Dx. Cáncer de vejiga.
Raúl S. G.	52 años	Dx. Cáncer de colon.
Lidia E. V.	65 año	Dx. Cáncer de mama derecha.
Reina G. C.	65 años	Dx. Cáncer de recto.
Aurora T. J.	40 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Isabel M.E.	59 años	Dx. Cáncer de mama con metástasis.
Ángela B. V.	48 años	Dx. Cáncer de mama derecha.
Federico M. R.	33 años	Dx. Cáncer de vejiga e insuficiencia renal crónica.
Beatriz M. V.	79 años	Dx. Neurofibroma parafaríngeo.
Petra O.R.	85 años	Dx. Cáncer de colon.
María Elena N. C.	44 años	Dx. Cáncer de mama izquierda.
Verónica R.F.	40 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Guadalupe C. P.	46 años	Dx. Cáncer de ovario.
Lidia de la O.	39 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Consuelo M.V.	42 años	Dx. Cáncer de mama.
Martha N.E.	64 años	Dx. Cáncer cervicouterino (fase III).
Susana Gpe. R.E.	27 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Esther R.H.	58 años	Dx. Metástasis ósea a columna.
Leonor S.P.	60 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Eduardo C.C.	28 años	Dx. Carcinoma odontogénico antro-maxilar derecho
Amalia R.S.J.	46 años	Dx. Cáncer de hernia inguinal izquierda.
Martha S.L.	65 años	Dx. Cáncer cervicouterino (fase III B)
Rosaura A.H.	27 años	Dx. Cáncer de ovario.
Hilda T.Z.	38 años	Dx. Hepatocarcinoma con obstrucción abdominal.
Patricia M.V.	39 años	Dx. Fibrosarcoma con metástasis pulmonar.
Concepción M.A.	56 años	Dx. Cáncer con metástasis a esternón.
Ana C.M.	25 años	Dx. Sarcoma maligno.
Silvia G.P.	22 años	Dx. Tumor de mama derecha.
Odórica V.	39 años	Dx. Miomatosis uterina.
María del Refugio H. S.	42 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Guadalupe F.S.	42 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
María de Jesús V.S.	72 años	Dx. Tumor en conducto anal.
María del Rosario G.G.	78 años	Dx. Cáncer cervicouterino (fase III B).
Virginia S.G.	65 años	Dx. Cáncer de ovario (fase IV)
Virginia P.M.	55 años	Dx. Cáncer cervicouterino (fase III B).
Héctor R. T.	37 años	Dx. Cáncer de esófago.

José C.C.	65 años	Dx. Cáncer gástrico con perforación.
Gloria G.T.	30 años	Dx. Trombosis venosa profunda.
Gloria G.G.	32 años	Dx. Cáncer cervicouterino (fase I B).
Juana S.M.	59 años	Dx. Cáncer de mama derecha (fase IV B).
Virginia Delfina R.V.	35 años	Dx. Cáncer de mama derecha con metástasis cerebral.
Sara N.P.	48 años	Dx. Cáncer renal derecho.
Remedios G.	43 años	Dx. Cáncer de ovario.
María Luisa R.A.	51 años	Dx. Cáncer de colon.
Yolanda V. B.	42 años	Dx. Cáncer en epitelio.
Samuel Darío S.F.	44 años	Dx. Cáncer gástrico.
Sara M.G.	34 años	Dx. Cáncer gástrico.
Estela H.C.	66 años	Dx. Cáncer de vesícula.
Florentino M.F.	65 años	Dx. Cáncer de colon.
Andrés M.M.	35 años	Dx. Enfermedad de Hodking.
Petra S. M.	54 años	Dx. Cáncer cervicouterino II B.
Lourdes C. I.	45 años	Dx. Linfoma superficial derecho.
Guillermina C.M.	48 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Natalia Y. C.	42 años	Dx. Miomatosis uterina de grandes elementos.
Guadalupe A.	60 años	Dx. Cáncer anal.
Ofelia A.R.	60 años	Dx. Tumor en ovario derecho.
Irene P.E.	40 años	Dx. Insuficiencia arterial crónica de miembro izquierdo.
María S.J.	46 años	Dx. Cáncer de mama izquierda.
Lucina M.C.	48 años	Dx. Cáncer de vejiga.
Bertha R.G.	43 años	Dx. Plasmocitoma.
Cristina R.C.	46 años	Dx. Cáncer en vulva (fase IV).
Lucrecia L.F.	45 años	Dx. Cáncer cervicouterino. (fase III B)
Irene C.R.	47 años	Dx. Cáncer de endometrio
Ángeles C.O	47 años	Dx. Cáncer de mama izquierda.
Carlos B.D.	60 años	Dx. Sarcoma de partes blandas.
Evangelina C.	80 años	Dx. Cáncer cervicouterino.
Pedro H.T	67 años	Dx. Cáncer epidermoide en pómulo izquierdo.
Raúl S. G	52 años	Dx. Cáncer de colon.
Antonio I. G.	89 años	Dx. Cáncer en intestino delgado.
Irinea G.H	45 años	Dx. Cáncer gástrico.
Juana F.J.	75 años	Dx. Cáncer de piel.
Elvia G.F.	33 años	Dx. Carcinoma papilar de tiroides.
Manuela J.O.	49 años	Dx. Cáncer de ovario.
María G T.	62 años	Dx. Cáncer mama derecha.
Enriqueta R.G.	58 años	Dx. Cáncer gástrico con metástasis hepático
Laura F.L.	88 años	Dx. Cáncer en mama y colon
Carmen A.S	61 años	Dx. Cáncer mama.
María Elena C.R.	46 años	Dx. Cáncer mama derecha.
Alicia M.T.	64 años	Dx. Cáncer mama derecha.
Graciela S	43 años	Dx. Cáncer mama izquierda.
Lucila J.J.	49 años	Dx. Cáncer de ovario
Eleuteria H.G.	60 años	Dx. Cáncer de mama.

Antonia S.E.	26 años	Dx. Cáncer papilar de tiroides.
--------------	---------	---------------------------------

Lista de pacientes atendidos en el Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición "Salvador Zubirán" durante la fase de su tratamiento en la Clínica del Dolor, algunos con tratamiento de quimioterapia o radioterapia. A partir del 1° de marzo de 2000 al 30 de agosto del 2000.

PACIENTES	EDAD	DIAGNÓSTICO
Berta	45años	Dx. Osteoporosis
Narciso	73años	Dx. Diabetes
Carmen	67años	Dx. Trastorno de columna
Josefina	67años	Dx. Osteoporosis
Margarita	39años	Dx. Trastorno de columna
Tito	48años	Dx. Osteoporosis
Isabel	79años	Dx. Trastorno den columna
José	65años	Dx. Diabetes
Evangelina	64años	Dx. Linfoma de Hodking
Elena	48años	Dx. Artritis reumatoide
Mirna	23años	Dx. Insuficiencia renal crónica
Guadalupe	45años	Dx. Insuficiencia renal crónica
Rosa	54años	Dx. Osteoporosis
Amalia	35años	Dx. Dolor en mandíbula
Víctor	58años	Dx. Hepatitis C positiva
Gustavo	50años	Dx. Cáncer de próstata
Luis	50años	Dx. Diabetes
Francisco	46años	Dx. Dolor en extremidades
Ana	80años	Dx. Neuropatía diabética
Manuel	22años	Dx. Lumbalgia
Enriqueta	82años	Dx. Trastorno de columna
Juan	30años	Dx. Rinitis
Leonila	50años	Dx. Cáncer de próstata
Calixto	18años	Dx. Artritis reumatoide
Irma	50años	Dx. Osteoporosis
Mercedes	62años	Dx. Lumbalgia
Lucía	78años	Dx. Osteoporosis
Trinidad	53años	Dx. Artritis reumatoide
Lilia	40años	Dx. Esclerosis Múltiple
Jesús	82años	Dx. Esclerosis Múltiple
Teresa	69años	Dx. Neuropatía diabética
Rosalinda	48años	Dx. Dolor en extremidades
Ulises	29años	Dx. Cáncer de colon
Angelita	48años	Dx. Osteoporosis
Regulo	66 años	Dx. Cardiopatía isquémica

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Los reportes de neuropsicología clínica de algunos pacientes en el Department of Psychiatry of Queen's Medical Centre – University of Nottingham en Inglaterra; que fueron evaluados en éste periodo de 1° septiembre a 30 de noviembre del 2000 fueron:

Pac.	Edad	Diagnóstico
A.N	23 años	Dx. Múltiple Esclerosis
M.A.	50 años	Dx. Epilepsia del lóbulo temporal con tumor cerebral.
J.A.	55 años	Dx. Problemas múltiples médicos, incluyendo Múltiple Esclerosis, Diabetes y Epilepsia del lóbulo temporal.
S.D.	42 años	Dx. Epilepsia del lóbulo temporal, bajo consideración para elección temporal lobectomía.
J.P.	50 años	Dx. Demencia con historia de alcoholismo.

**Casos Clínicos.** Los casos que se exponen a continuación ambos fueron realizados en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"

### **Caso #1**

#### **HISTORIA CLINICA**

Fecha de la entrevista: 14 de marzo de 2000. Hora de Inicio: 12:00 p.m. Hora de terminación: 13:30pm.

#### **FICHA DE IDENTIFICACION**

NOMBRE: C.S.D.

Fecha de Nacimiento: 13 de septiembre de 1939

Edad: 60 años.

Religión: Católica.

Escolaridad: Primaria concluida.

Estado Civil: Divorciada.

Número de hijos: 4

Ocupación: Empleada de tienda comercial Sears durante 27 años; actualmente al hogar.

Dirección: Atizapan, Edo. de México hasta hace 2 años; actualmente en Pachuca, Hidalgo.

Diagnóstico Médico: Artritis + Fibromialgia.

Interconsulta: Clínica del Dolor.

Motivo e interconsulta: Fuerte dolores de huesos.

**MOTIVO DE PRESENTACION:** Porque es el primer paciente con el que he podido profundizar durante la entrevista. Además, el padecimiento actual que me impactó a raíz del suceso del asesinato de su hijo. Y porque considero relevante la repercusión social de la paciente entrevistada con su propia enfermedad física y mental.

**OBJETIVO DE PRESENTACION:** Caso clínico abierto para ilustrar un Trastorno de Personalidad y ser discutido dicho caso por el equipo interdisciplinario. Los datos que se mencionan a continuación fueron extraídos del Expediente Clínico y la entrevista a C.S.D.

#### **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:**

Diabetes Mellitus + Hipertensión: tíos maternos.

Hipertensión: madre y hermana

Cáncer gástrico: hermana.



Cáncer de Próstata: padre.  
Cirrosis Hepática: tío paterno.  
Herpes Zoster: hermana.

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS:** C.S.D. reside en Pachuca, Hidalgo. Su nivel socioeconómico es medio. Vivía con una hija, pero C.S.D. decidió irse a Pachuca porque no le gustaba el D.F. Tabaquismo positivo de los 35 a los 40 años de edad fumando de 3 a 4 cigarrillos al día, actualmente lleva 18 años sin fumar. Alcoholismo negativo.

**ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:** Menarca a los 11 años de edad. IVSA a los 15 años. Parejas sexuales: dos, G5, P4, A1 este aborto fue espontáneo en el primer trimestre del embarazo. Los partos fueron eutócicos y sin complicaciones; a excepción del primer parto en donde se utilizó el fórceps. FUM hace 15 años. FUPAP 18 Junio 1997 negativo sin malignidad.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:** Desde el punto de vista médico: Extirpación de 2 masas tumorales en región de mama. Tumor benigno, hace 20 años. Colpoperineorrafia hace 4 años. Lupus Eritematoso Generalizado, diagnosticado hace 4 años; realizándose varios estudios siendo positivos para dicho diagnóstico. Artralgias de 10 años de evolución. Deformaciones articulares desde 1992.

En 1997 los síntomas de C.S.D. fueron: artralgias + astenia + adinamia + malestar general + mialgias + fiebre dudosa con predominio nocturno en forma ocasional.

Desde el punto de vista psicológico encontramos: un Trastorno Depresivo posterior al asesinato de un hijo. Caracterizado dicho trastorno con llanto fácil + ideación suicida + cansancio + temporadas de insomnio e hipersomnia + aumento de peso + no toma medicamentos + disminución del talante + dificultad para concentrarse. Los datos hasta este momento reportados son los que fueron extraídos del expediente el 10 de julio de 1997.

Fecha de la entrevista: 14 de Marzo de 2000

#### EXAMEN MENTAL:

C.S.D. es una paciente de edad aparente igual a la cronológica. Se

muestra cooperadora y participativa a la entrevista, se presenta en buenas condiciones de higiene y aliño personal, su actitud es libremente escogida. C.S.D. durante la entrevista cursa con llanto fácil, verborreica. Ubicada en sus tres esferas mentales tiempo, espacio y persona. Su lenguaje claro, su discurso coherente y congruente Su juicio conservado. Sus memorias a corto y largo plazo conservadas Su CI imprésiona clínicamente como normal, aunque su capacidad de abstracción disminuida.

#### PADECIMIENTO ACTUAL:

C.S.D. inició refiriendo que deseaba platicar con una psicóloga antes de que el médico la explorara. C.S.D. responde a los mismos datos, aunque actuales en la ficha de identificación C.S.D. centra la entrevista en torno al asesinato de su hijo en 1992 Héctor de 23 años de edad estudiaba diseño en computación en Tucson, Arizona con su hermano Oscar quien trabajaba en una oficina.

Un día al llegar Oscar a casa se encontró el carro de su hermano Héctor abierto y le faltaban algunas cosas al carro (stereo, espejo), al buscar en su casa a su hermano y no hallarlo, se comunica con la policía de Tucson. Pasaron 26 días sin tener noticias sólo llamadas anónimas que decían que Héctor estaba secuestrado y después de 26 días les comunicó la policía que habían encontrado a Héctor muerto. Al parecer lo secuestraron, lo violaron y torturaron para posteriormente asesinarlo. El hombre que lo asesinó era un asesino de alta peligrosidad y por los diversos crímenes que ha cometido fue sentenciado a cadena perpetua. Pero desde hace 1 mes el asesino amenaza con matar a varias personas y escaparse de la cárcel. Por esta y otras razones que no se han dado a conocer, el juez de Estados Unidos, después de estudiar un caso complicado por ser un delito agravado, autorizó ejecutar al asesino con una inyección letal o silla eléctrica, según lo decidan los familiares de las víctimas del agresor.

C.S.D. menciona que nunca vio las fotos, ni el video de su hijo, ella asegura que sus otros hijos tienen más información pero no se la han querido mencionar. Su dolor mayor pese a los dolores de huesos, es el que hace 1 mes el juez de E.U. le habló por teléfono para decirle que tiene que ir nuevamente a Tucson, para que ella observara y estuviera presente en la ejecución del asesino; que habrá personal del FBI que la recogerá en el aeropuerto y la llevará a su hotel y le dará

ciertas indicaciones confidenciales. Su estancia es de 13 días, este es el tercer "careo", los dos primeros fueron sus hijos y el actual ella. C.S.D. llora desesperadamente refiriendo que no desea volver a pisar E.U., que ha ido a la embajada de EU. junto a sus hijos para decirles que la familia ya no quiere ir a las entrevistas porque emocionalmente les afecta, pero la respuesta ha sido tanto aquí en el D.F. como en Tucson con el juez, que si la familia se niega a asistir a la ejecución vendrán por ellos para ir, ya que no se pueden negar a ir. Además, el cónsul de EU, cuenta con todas las direcciones de los hijos y familiares de C.S.D., de ahí que la paciente se mudara a vivir a Pachuca, vive únicamente con su perrita Leky

C.S.D. refiere que a Leky le tuvo que dar  $\frac{1}{4}$  de Paxil, para dormirla y que en la aduana no la detuvieran, ya que la perrita iba en su bolsa de mano. Refiere que duerme escasamente por las noches pero con sus pastillas se siente mejor. Siente que sus hijos la están dejando sola con los careos, uno de sus hijos tiene problemas de pareja a raíz de las entrevistas. Refiere que se ha acercado más a Dios. Que ya había superado lo de su hijo Héctor pero con los careos, las heridas se vuelven abrir. No ha tenido intentos suicidas, esta yendo con el psiquiatra. Sale de casa para lo indispensable, y menciona que después de las 17:00hr No sale de casa porque le da miedo. Siempre sale con Leky, hasta para ir a misa, al cine, entre otros lugares.

Menciona C.S.D. que tiene odio al asesino y envidia a los compañeros de su hijo Héctor porque ellos si se titularon y su hijo no. Así mismo, recuerda C.S.D. que sus padres fueron golpeadores con ella. C.S.D. se queja de dolores de huesos en los dedos de sus manos y pies, así como en la espalda y columna vertebral hasta el cóccix.

#### DIAGNÓSTICOS EN ORDEN DE APARICION AL RELATO:

- 1-. Disfunción familiar.
  - 2-. Trastorno de Personalidad del grupo A.F60.0 Trastorno Paranoide de la personalidad.
  - 3-. Duelo patológico no resuelto.
  - 4-. Trastorno del Estado de ánimo F34.1 Trastorno Distímico.
- Aunado a:
- 5-. Se puede negar a las entrevistas, quizá sea solo una invitación pero por su patología ella las asume como obligación.
  - 6-. Edad actual.

## **PRONÓSTICO**

Desfavorable, porque con su edad es proclive a desarrollar demencia, secundaria a su padecimiento actual y a su propia patología. Requiere estar en tratamiento psicológico y psiquiátrico constantemente.

## **PLAN DE TRATAMIENTO**

En la Clínica del Dolor se le ofrece a C.S.D. brindarle terapia de apoyo individual, cada 8 días, pero por la distancia de su hogar al hospital sería cada 15 días, al parecer por parte de C.S.D. no hay ningún inconveniente.

## **PONENTES:**

**PSIC. ANA MARIA BALBOA VERDUZCO.**

**DRA. ESTELA ROMANO**

## **INVITADO:**

**DR. FERNANDO LOPEZ MUNGUIA (Psiquiatría)** Subdirector del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".

**NOTA:** En la sesión de entrevista con la paciente se trabajó con enfoque cognitivo conductual, sin embargo, la manera en que se encuentra redactado este reporte del caso clínico se debe a los parámetros y políticas que exige el Jefe de servicio de la Clínica de Dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición.

## **Caso #2**

### **HISTORIA CLINICA**

Fecha de la entrevista: 3 de julio del 2000. Hora de Inicio: 12:15pm

Hora de terminación: 14:30pm.

#### **FICHA DE IDENTIFICACION**

**NOMBRE:** M.T.R.C.

**Edad:** 53 años.

**Fecha de nacimiento:** El 1º de febrero de 1947.

**Religión:** Católica.

**Escolaridad:** Quinto de primaria.

**Estado Civil:** Separada.

**Número de hijos:** 7

**Ocupación:** comerciante por muchos años, concluyó un curso de hotelería, posteriormente laboraba en el almacén del hotel Camino Real y actualmente al hogar

**Originaria de:** Celaya, Guanajuato, al año de casada se viene a vivir al D.F.

**Diagnóstico Médico:** Artropatía + AR vs. Reumatismo Psicógeno.

**Captada la paciente:** en Consulta externa

**Motivo e interconsulta:** Fuerte dolores de huesos.

**MOTIVO DE PRESENTACION:** Porque es una paciente con la que he podido profundizar durante la entrevista, ya que ella se presta Obteniendo en la misma, información relevante para ayudar a la paciente y que ella se adhiera al tratamiento.

**OBJETIVO DE PRESENTACION:** Caso clínico abierto para ilustrar un Trastorno de Depresión Mayor, así como la adherencia al tratamiento; para ser discutido dicho caso por el equipo interdisciplinario. Los datos que se mencionan a continuación fueron extraídos del Expediente Clínico, de dos entrevistas a M.T.R.C. y una entrevista con su hijo.

#### **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:**

Diabetes

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS:** M.T.R.C reside en el Distrito Federal. Su nivel socioeconómico es bajo. Vive con un hijo de 11 años de edad.

**ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:** A los 41 años de edad la paciente refiere haber tenido dispositivo, menstruación normal, dejó de menstruar y pensó que tenía diabetes y al ir al médico le reportaron que ella estaba embarazada, pensaba la paciente que su hijo iba a salir "mongolito" por todo lo que su esposo le había dado para abortar, pero en Perinatología la atendieron muy bien, siguió las instrucciones de los médicos y su hijo nació bien a excepción de la dislexia. Dos parejas sexuales. G 11, P7, A4 abortos espontáneos del primer trimestre del embarazo.

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS:** Desnutrición en su infancia Sinusitis crónica desde niña a la fecha. El 23 de agosto de 1995 llega a este instituto refiriendo que desde hace 1 año 6 meses había iniciado su padecimiento de disestesias en pies. A los 6 meses después de la afección progreso a manos, mandíbula, rodilla y hombros; presentando datos francos de Artritis con rigidez matutina y con media hora de duración. La paciente M.T.R.C. aceptó participar en un protocolo de AINE (anti-inflamatorio no esteroideo).

**PSIQUIATRÍA:** Reportan que la paciente M.T.R.C presenta gran ansiedad, así como síntomas de Depresión Mayor como: anhedonia, fatiga, llanto espontáneo e ideas obsesivas de suicidio. El sueño no es reparador. Come compulsivamente, es obesa, ansiosa, con facie dolorosa.

Otras notas de Psiquiatría:

El 8 de abril de 1999: Depresión Mayor episodio moderado único en remisión sin síntomas psicóticos, hace 25 años con ideación suicida. Sugiere el psiquiatra no darle Fluoxetina porque puede llevar a cabo la ideación suicida, y su cita es en tres meses.

El 3 de agosto de 1999: Evidencia de cuadro depresivo caracterizado por minusvalía, tristeza, llanto constante, irritabilidad, hiporexia, anhedonia, apatía, desesperanza y pensamientos de muerte aunque sin ideas suicidas. El psiquiatra menciona: resulta notable la afectación de las funciones mentales superiores, ya que la falta de atención y mala memoria han afectado el buen curso de su protocolo. Fue un error suspender Fluoxetina porque este medicamento tiene como función mejorar los síntomas afectivos y disminuir la irritabilidad y agresividad (evidentes con la paciente).

El 14 de diciembre 1999: última cita a psiquiatría

#### EXAMEN MENTAL:

M.T.R.C. es una paciente de edad aparente igual a la cronológica. Se muestra cooperadora y participativa a la entrevista, se presenta en buenas condiciones de higiene y aliño personal, su actitud es libremente escogida. M.T.R.C. durante la entrevista cursa con llanto moderado, verborreica. Ubicada en sus tres esferas mentales tiempo, espacio y persona. Su lenguaje es claro, su discurso coherente y congruente. Su juicio conservado. Sus memorias a corto y largo plazo conservadas. Su CI impresiona clínicamente como normal, aunque su capacidad de abstracción disminuida.

#### PADECIMIENTO ACTUAL:

Refiere que el dolor la frustra, que no le gusta depender de sus hijos. Refiere M.T.R.C. que es tanto su dolor que ella piensa que los medicamentos que le prescriben los médicos ya no le hacen efecto a su organismo. Así que ya acudió a un botánico, que es un hierbero que le da vitaminas para sus dolores. Le duelen las articulaciones y coyunturas desde la cabeza hasta los pies. Estos dolores le afectan porque aumentan los dolores al bañarse, preparar los alimentos, lavar ropa, planchar, lavar los trastes, hay ocasiones en que ha tenido que dejar de lavar los trastes por más de dos días consecutivos, ya que su hijo no le ayuda. M.T.R.C. asegura que ella se enoja de todo, se pone tensa, se deprime.

#### HISTORIA FAMILIAR:

M.T.R.C. refiere haberse casado hace 26 años y haber procreado 5 hijos de su primer matrimonio, pero su esposo los abandonó por irse con otra mujer. Además él no quería que la paciente diera a luz a su hijo Héctor y él le daba varias pastillas y cosas para que ella abortara, pero la paciente si quería tener a su hijo. Hoy en día ella considera que quizá los medicamentos que fueron administrados para abortar, fue un antecedente importante en la dislexia de su hijo. La paciente recuerda que fue el embarazo más difícil, ya que sus hijos siempre nacieron en su casa, " como los Tarahumaras, en el suelo, y camine después para que me viniera una hemorragia y que mi hijo le diera una pulmonía para que los dos muriéramos ya que no quería que mi esposo le hiciera daño", pero afortunadamente nada de eso paso. El esposo regresó a casa después de 3 días de nacido su hijo. El esposo

de M.T.R.C laboraba en el periódico el Financiero, y le traspasaron una casa de Infonavit, pero cuando él se fue, la paciente continuo pagando dicha casa. Después de 10 años sin pareja conoce a su segunda pareja, él le lleva por 20 años a la paciente, procrearon dos hijos pero también él se fue por “mujeriego”, se fue con su secretaria, esto fue hace 8 años

Actualmente M.T.R.C. tiene un pretendiente que le lleva a ella 26 años de diferencia, es decir, tiene 79 años este señor Trata bien a M.T.R.C., le lleva despensa, y él la lleva a pasear junto con Gilberto, y este señor los ha presentado hasta con su nieto, además le ha cubierto algunos gastos de la casa a M.T.R.C. ya que el pretendiente está separado de su esposa desde hace 30 años, tiene una casa de dos pisos y desea que la paciente se vaya a vivir con él Pero M.T.R.C. no quiere por sus dolores, ya que le preocupa cuando tenga que subir los dos pisos de la casa.

Todas las mañanas escucha en la radio al Psicoanalista Lamoglia. La paciente ve poco televisión. Hace la limpieza de la casa de sus vecinas cuando no presenta ningún dolor, y de lo que le pagan sus vecinas de eso se mantiene. Existe mala convivencia con su hijo Gilberto de 11 años de edad, porque cuando ella no le cumple sus caprichos, él le da patadas, es agresivo, y la amenaza con aventarle la televisión al piso.

Al parecer Gilberto también presenta mala conducta en la escuela, ya que durante la clase el profesor le avienta el borrador y cuando Gilberto no le da una buena respuesta en la clase el profesor le jala las patillas. M.T.R.C. comenta “mi hijo esta rebelde, por eso no he ido a hablar con el profesor por que ya no quiero saber de más travesuras” Sus hermanos le regalan a Gilberto muñecos de peluche y él se los da a su perrita para que sé los “descabeche” sic pac. Todos los domingos que salen con el pretendiente de la paciente, Gilberto le exige al señor que le compre cosas, pero el niño trata mal al señor.

La paciente se fue un año a Salamanca, Gto A vivir con uno de sus hijos pero la nuera no la trataba bien así que se regresó en febrero de este año, pero a sus citas con los médicos de este instituto nunca faltó, ella viajaba para continuar tratando su enfermedad



## FAMILIOGRAMA

Del primer matrimonio, datos de los hijos:

LUIS, 35 años de edad, comerciante, casado con tres hijos, concluyó secundaria y Turismo. Vive en Salamanca, Gto.

ROSA, 19 años falleció por parto al dar a luz hace 16 años. Ella estudiaba en Chapingo, pero por casarse dejó sus estudios. El bebé nació y el esposo de Rosa se lo llevó, él tiene 16 años estudia en una escuela particular y labora en una maderería por las tardes. Vive con sus abuelos paternos, la paciente únicamente lo ve en vacaciones, vive en el DF.

JUAN, 33 años de edad, concluyó la secundaria, es mecánico, labora en su propio negocio. Es casado sin hijos. Vive en Salamanca, Gto.

ESTHER, 31 años de edad, concluyó la secundaria, es secretaria ejecutiva, labora actualmente en un Vips de mesera. Es casada y tiene 3 hijos. Vive en Celaya, Gto.

HÉCTOR, 27 años de edad, es cocinero en Vips, soltero, actualmente estudia Administración de Empresas. Vive solo, cada año visita a M.T.R.C. Tiene dislexia mixta desde la infancia. Dejó la secundaria porque le hacían burla sus compañeros, dejó pasar tiempo y concluyó hasta la preparatoria. En su carrera lleva los primeros lugares en cuanto a calificaciones. Vive en Celaya, Gto.

Del segundo matrimonio, datos de los hijos:

OMAR, 16 años de edad, estudia la secundaria y labora en el taller mecánico de Juan allá en Salamanca, Gto. Hace dos años Juan le propuso que se fuera ya que la paciente no podía con Omar por ser rebelde. Juan lo cuida como si fuera su hijo, ellos se llevan bien. Actualmente la paciente ha visto a Omar ser más responsable.

GILBERTO, 11 años de edad, cursa el 6°. De primaria, vive con la paciente.

## DIAGNÓSTICOS EN ORDEN DE APARICIÓN AL RELATO:

1- Disfunción familiar.

2- Trastorno del Estado de ánimo. Cabe señalar que en las entrevistas no mencionó frases con ideas suicidas, y no habla con respecto a sus citas en psiquiatría, ya que ella refiere que no vio resultados satisfactorios.

3- Reestructuración cognoscitiva

## PRONÓSTICO

Favorable si continuamos brindándole a la paciente un manejo terapéutico, en donde se rescate lo positivo que ha realizado la paciente a lo largo de su vida y reforzarle esas áreas que no se encuentran deterioradas, es decir, el que ella se sienta útil para la gente, todas las actividades que ella puede realizar aunque no con la misma velocidad y fuerza.

## PLAN DE TRATAMIENTO

- Entrenamiento de relajación muscular, así como imaginería.
- Brindarle Terapia de Apoyo con sugerencias de manejo con respecto a la manera en que le favorecería la relación madre-hijo a M T R.C , ya que la paciente esta cansada de tantos médicos y solo desea platicar y externar lo que le pasa
- Brindarle Terapia Individual a su hijo Gilberto, con la finalidad de confrontarlo con la realidad que esta viviendo y sus consecuencias a futuro.

## NOTA DEL DSM-IV

En algunas culturas la depresión se experimenta en gran parte en términos somáticos, más que con tristeza o culpabilidad. La experiencia depresiva puede expresarse por las quejas de "nervios" y cefaleas ( en las cultura latina y mediterránea), de debilidad, cansancio o "falta de equilibrio " en las culturas chinas y asiáticas), de problemas en el "corazón" (en las culturas de medio oriente) o de estar "acongojado" (en los hippies). Estas presentaciones combinan características de los trastornos depresivos, de ansiedad y somatomorfo. El expresar disforia (irritabilidad) puede provocar más preocupación que la tristeza o el aislamiento. Esto se presenta más en los niños habitualmente.

Además del enfoque cognitivo conductual.

PRESENTA CASO CLINICO: PSIC. ANA MARÍA BALBOA VERDUZCO

TEJIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# 2001 Program

Society for Neuroscience 31st Annual Meeting November 10-15 San Diego Convention Center



Unraveling the Mysteries  
Delivering the Cures

POSTER

217. Neuro-oncology II

- Sun 1:00 PM - Exhibit Hall
- YY-60 1:00 217.1 3-D mapping and correlation of growth rates. MR spectroscopy and pathology in glioma patients using intra-operative MRI. A.J. FREW, J.R. ALGER, T. CLOUGHESY, G. RUBINO, L. LIAG\*, I. JOUBEN-STEEL\*, A.W. TOGA AND P.M. THOMPSON. *UCL, U.K.*
- YY-61 2:00 217.2 PET studies of [<sup>11</sup>C]- and [<sup>18</sup>F]-labeled phenylalanine for improving BNCT in brain tumors. A. STUDENOV, Y.-S. DING, R. FERRIERI, S.J. GATLEY, M. MIURA, J. CODERRE, J.R. FOWLER\* AND N.D. VOLKOW. *Brookhaven Natl Lab, NY and MIT, U.S.A.*
- YY-62 3:00 217.3 The effects of the Na<sup>+</sup>/Ca<sup>2+</sup>-exchange blocker on osmotic blood-brain barrier disruption. A.K. BHATTACHARJEE\*, T. NAGASHIMA, T. KONDOH AND N. YAMAKI. *Kobe Univ. Sch. of Med., Japan.*
- YY-63 4:00 217.4 Role of KCa and KATP channels in blood-brain tumor barrier permeability in rats. N.S. NINGARAJ\*, M.K. RAO, V. YAMAMOTO, E. TSIMERINOV, K. ASOTRA AND K.L. BLACK. *Colony Surr. Med. Ctr., Los Angeles.*
- YY-64 1:00 217.5 S-100b is a serum marker of blood-brain disruption. M. KAPURAL, G. BARNETT, I. KRIZANAC-BENGUZ, D. APOLO, J. PERL, M.R. MAYBERG, T. MASARIK AND D. JANIGRO\*. *Cleveland Clin. Fndn.*
- YY-65 2:00 217.6 Hypertonic saline ameliorates cerebral edema associated with experimental brain tumor. T.J.K. TOUNG, B. TYLER, H. BREM, R.J. TRAYSTMAN, J.R. KIRSCH, P.D. HURN AND A. BIARDVAI\*. *Johns Hopkins Univ. Sch. of Med.*
- YY-66 3:00 217.7 A novel animal model for spinal tumor by intrathecal injection of rat glioblastoma. M. TAI, C. LIN, P. WU AND S. LIN. *Kaohsiung Chang Gung Mem. Hosp., Taiwan.*
- YY-67 4:00 217.8 Neurofibromin-deficient Schwann cell xenografts as a model of plexiform neurofibroma. G. PERRIN, M. WALLACE, A. EDISON\* AND D. MUH. *Univ. of Florida Col. of Med.*
- YY-68 1:00 217.9 Paroxetine effects on the neuro-psychiatric and neurovegetative somatic symptoms induced by interferon- $\alpha$ . J.F. GUMNICK\*, L. CAPURON, D.L. MUSSELMAN, D.H. LAWSON, A. REEMSnyder, C.B. NEMEROFF AND A.H. MILLER. *Emory Univ. Sch. of Med.*
- YY-69 2:00 217.10 Development of a pain scale in terminal cancer patients. A.M. BALBOA-VERDUZCO\* AND U. GUEVARA. *Natl. Autonomous Univ. of Mexico, Natl. Univ. Inst. Salvador Zubiran Mexico City.*

POSTER

218 Psychiatric disorders: mood disorders: animal studies—gene expression

- Sun 1:00 PM - Exhibit Hall
- YY-70 1:00 218.1 Effects of deleting the mouse neurotensin receptor Ntr1 on central and peripheral responses to neurotensin. D.J. PETTIBOND\*, J.F. HESS, E.J. HEY, M.A. JACOBSON, E.V. LIS, P.J. MALORGA, D.M. PASCARELLA, M.A. SNYDER, J.B. WILLIAMS AND Z. ZENG. *West Virg. Univ. Sch. of Med., West Point, PA.*
- YY-71 2:00 218.2 Rodent studies of a novel gene implicated in bipolar disorder, approaches toward a rat validation. J.J. BYRNES\*, D. YANG, B. GEDDES, V. ONA, B. CHANG, A. GOODEARL, G. ZHENG, G. BARNES, P. DISTEFANO, K. WILLIS AND P. MCGONIGLE. *Agilent, Pharmaceut. Res., Contra Costa, CA and West Virginia Tech., WV.*
- YY-72 3:00 218.3 Close in linkage family FARS expression in the rat nervous system: studies of a novel gene implicated in bipolar disorder. F. SOTOS-SANTIAGO\*, P. DISTEFANO, A. GOODEARL, D. YANG, C. ZHENG, G. LAWSON, J. MEYER, H. CHEN, B. BARNES, L. BERGSTEIN, K. THERIAULT, K. WILLE, J. MORGENTHAU AND J. BYRNES. *West Virginia Tech., Morgantown, WV.*

- YY-73 4:00 218.4 The effects of exercise on masculinizing sexual behavior and BDNF mRNA levels: efficacy of fluoxetine in rat. J.D. VAN HOOSHUISSEN\*, H.A. O'NEAL, E.V. HOLMES AND R.K. DISHMAN. *Univ. of Georgia and Cooper Inst. Dallas.*
- YY-74 1:00 218.5 Tamoxifen regulation of BDNF mRNA, CREB mRNA, CREB phosphorylation and CRE expression in the hippocampus and nucleus accumbens. J. CAWLEY AND R.S. DUMAN. *Yale Univ.*
- ZZ-1 2:00 218.6 BDNF produces antidepressant effects through mGluR and MAPK in behavioral models of depression. Y. SHIRAYAMA\*, Y.C.H. CHEN, S. NAKAGAWA AND R.S. DUMAN. *Yale Univ. Sch. of Med.*
- ZZ-2 3:00 218.7 Altered CREB mRNA expression in the central nucleus of the amygdala in mice expressing a dominant negative variant of CREB. T.L. WALLACE\*, C.H. DUMAN, J.S. CHEN, K.E. STELLIANO, E.J. NESTLER AND R.S. DUMAN. *Yale Univ. and Univ. of Texas Southwestern Med. Ctr.*
- ZZ-3 4:00 218.8 Increased learning helplessness and decreased fear learning in mice overexpressing CREB. C.H. DUMAN\*, S.S. NEWTON, Y. SHIRAYAMA, L. SCHLESSINGER, A.L. DOW, K.E. STELLIANO, J.S. CHEN, E.J. NESTLER AND R.S. DUMAN. *Yale Univ. and Univ. of Texas Southwestern Med. Ctr.*
- ZZ-4 1:00 218.9 The novel serotonin reuptake inhibitor and potential antidepressant SS3005, increases Arc gene expression in rat cortex: comparison with ceftriaxone. M. SPRAKES, O. TELMEJ, M. HILLAN, C. ROCHAT AND I. SHARP. *Univ. of Otago, New Zealand, UK, Canada.*
- ZZ-5 2:00 218.10 The effects of antidepressant treatment with antidepressant drugs on Arc gene expression in rat brain. O. TELMEJ, M. SPRAKES, F.V. BURNETT, M. CAPOGNA\* AND I. SHARP. *Univ. of Otago, New Zealand.*
- ZZ-6 3:00 218.11 Desipramine induced inhibition of CREB/CRE-directed gene transcription: a possible mechanism of action? J.K. RICHARDS\*, S.J. HILL AND D.A. KENDALL. *Univ. of Nottingham Med. Sch.*
- ZZ-7 4:00 218.12 Desipramine induces basic fibroblast growth factor expression in cortical neurons. A. MALLAT, B. SHI AND I. MCCHELLIN. *Coventry Univ. Sch. of Med.*
- ZZ-8 1:00 218.13 Imipramine treatment upregulates CREB1 receptor signaling in the hippocampus and reduces the expression of the regulator of G-protein signaling-type 4. F. MATRICIANO, R. NGOMBA, M. STORTO, C. MOSCHELLA, M.A. CAFANIA, P. BELLERINI\*, A. DE BLASIO AND E. NICOLETTI. *Univ. of Rome, La Sapienza, P.M. Accademia dei Lincei, Univ. of Calabria, Italy, and Univ. of Calabria, Italy.*
- ZZ-9 2:00 218.14 CREB1 is a hybridoma that differentially upregulates, in rat hippocampus, treatment with fluoxetine. C. BINFETTI, C.S. LARK, R. CHIFFOLELLI, S. CUCULI, G. N. LICINIO AND M.L. WOSNITZ. *UCL, U.K. and VAMH, U.S.A.*
- ZZ-10 2:00 218.15 Valproic acid in amygdala and nucleus accumbens suppresses both genes and induces survival genes. R. ZHOU, P.S. WILLIAMS, F. YUAN, H.K. MANJI AND C. CHEN. *NIH, NIMH, Bethesda, MD, U.S.A.*
- ZZ-11 3:00 218.16 Ethanol upregulates the expression of  $\beta$ -casein in rat brain. J.L. GONCALVES, C.B. GUNDERSEN AND J.A. UMBACH. *Univ. of Guelph, Canada.*
- ZZ-12 1:00 218.17 Expression of  $\beta$ -casein in the hypothalamus of pregnant and lactating rats: effects of maternal and fetal malnutrition. J.H. K. LAKSHMI, M. YAMADA, M. HIRANO, C. NISHIKAWA, K. KURO, S. KAMHIMA, E. MIZOGUCHI AND M. YAMADA. *Univ. of Guelph, Canada and Univ. of Guelph, Canada.*
- ZZ-13 2:00 218.18 Expression of genes related to neuroendocrine regulation in the rat. S. A. KATANI, Y. BIRBAUM AND T. S. SVANBERG. *Univ. of Guelph, Canada.*

**TESIS CON FALLA DE ORGEN**

89

**MANEJO TERAPÉUTICO EN EL****MANEJO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS.**

**Ana María Balboa-Verduzco, Damián Alquicira-Palacios,**

**Isaac Seligson y Francisco García**

*Universidad Nacional Autónoma de México y*

*Hospital Juárez de México (México)*

Pocos psicólogos con especialización en Psicología de la Salud laboran en el Sector Salud, de ahí que sea relevante presentar la labor que se realiza en el Hospital Juárez de México de la Secretaría de Salud. Se presenta el trabajo con pacientes hospitalizados en el área de oncología. A dichos pacientes se les proporciona terapia basada principalmente en el modelo Cognitivo-conductual. Dentro del continuo salud-enfermedad se genera en los pacientes trastornos o alteraciones emocionales muy importantes. Las alteraciones surgen principalmente por la sospecha y/o confirmación de un diagnóstico de cáncer; pero también por someterse a alguno o varios de los tratamientos contra el cáncer (quimioterapia, radioterapia o cirugía). Usualmente las alteraciones persisten hasta estar libre de la enfermedad, durante las recaídas o hasta la muerte. Es precisamente en esos momentos donde se interviene para favorecer la adherencia a los regímenes en los varios niveles de tratamiento terapéutico con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión de los pacientes con cáncer. Se logra principalmente por medio del manejo de técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, afrontamiento, terapia racional-emotiva, relajación progresiva, relajación endógena y respiración diafragmática.

El tratamiento tiene como objetivo primordial promover que el paciente decida de manera libre, razonada y con la información necesaria que le permita aceptar o rechazar dichos tratamientos; también se incluye trabajo de prevención con los pacientes que están en riesgo de padecer algún tipo de cáncer debido a sus antecedentes familiares. Lo relevante del trabajo es facilitar y mejorar la calidad de vida a los pacientes de acuerdo al estado de su enfermedad, ya sea animándolos a recuperar su salud a que luchen cuando exista la esperanza de una sobrevida prolongada y, en última circunstancia, tratar de que encuentren la paz humana y espiritual cuando solo queda proporcionar un tratamiento paliativo.

**PROBI**

Las ba  
factores endo  
como su gené  
última el fact  
el paciente y l  
de las áreas c  
psicosomático

El pre  
lizando una per  
(TREC), formi  
(Ellis, 1958) y

Establec  
«psicosomático  
rar su pensamie  
lombia. Para el  
viamente estan  
1996) y luego a

Un estud  
Frustración» (B  
cientes. Estos re  
corroborados E  
de Ansiedad del  
estudio detallad  
cerba sus síntom

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## G11

**CORTISOL, DEPRESSION, AKATHISIA AND NEGATIVE SYMPTOMS IN SCHIZOPHRENIA**

**McCleery M, White R, Mulholland C, Gallagher A.**  
Department of Mental Health, Queen's University of Belfast, White  
Medical Building 97 Lisburn Road, Belfast BT9 7BL.

**Background:** Hypercortisolism is a common finding in major depressive illness and abnormal hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis activity has also been reported in schizophrenia. The relationship between cortisol and depressive symptoms in schizophrenia remains unclear. Akathisia and negative symptoms have been associated with depression in schizophrenia.

- Aims:** 1 To determine if basal plasma cortisol concentrations differ in schizophrenic patients and healthy controls.  
2 To determine if basal cortisol concentrations in schizophrenic patients are related to depressive symptoms in schizophrenia.

**Methods:** 9a.m. plasma cortisol concentrations were determined in 85 patients with stable schizophrenia and in 85 healthy controls. Rating scales for depression, hopelessness, akathisia and negative and positive symptoms in schizophrenia were also applied.

**Results:** There was no significant difference in 9a.m. plasma cortisol concentrations in schizophrenic patients compared with healthy controls. The presence of depressive symptoms in schizophrenia (as measured by Beck Depression Inventory and Calgary Depression Scale for Schizophrenia) was not significantly correlated with basal plasma cortisol levels, although there was a trend in this direction. Ratings on Barnes Akathisia Scale were significantly correlated with 9a.m. plasma cortisol concentrations ( $p=0.010$ ). 9 a.m. plasma cortisol was negatively correlated with ratings on Scale for Assessment of Negative Symptoms ( $P=0.03$ ).

**Conclusions:** The findings suggest that HPA axis activity in schizophrenia may not be different from the general population. In this study depressive symptoms occurring in schizophrenia were not significantly associated with hypercortisolism. The relationships between akathisia and cortisol and negative symptoms and cortisol require further investigation.

Semantic memory impairment is associated with negative symptoms in schizophrenia.

**Al-Uzri M, Watson J, Reveley MA, Bruce J, Moran P**

Department of Psychiatry, University of Leicester, Leicester, UK

The association between cognitive impairment in schizophrenia and negative symptoms is well documented in the psychiatric literature. However, it is not clear which types of memory impairment are associated with different symptom profiles. In this study we examined semantic memory (knowledge about the world without time or personal non-task) and episodic memory (memories of events personally experienced).

**Method:** A sample of 27 patients suffering from schizophrenia according to DSM IV criteria, completed the memory batteries. Episodic memory was examined using the Rivermead Behavioural Memory Test (Wilson BA et al 1985, Thames Valley Test Co. 34-36), and semantic memory using Hodges' Semantic Memory Battery (Hodges JR et al 1992, *Neuropsychologia* 30 (4): 301-314). Clinical assessment was conducted using the Schedule for Assessment of Negative Symptoms (SANS) and Positive Symptoms (SAPS).

**Results:** There were significant negative correlations between ratings on the SANS and scores on the different tests of semantic memory. However, there was no correlation between SANS and episodic memory scores. Symptom ratings on the SAPS did not correlate with scores on the semantic or episodic memory batteries.

**Conclusion:** This study provides neuropsychological evidence for the association between negative symptoms and semantic memory impairment in schizophrenia. The association might have a functional neuroanatomical basis, as previous reports suggested that the frontal lobe is involved in both negative symptoms (Liddle PF et al 1992, *Br J Psych* 160:179-186) and semantic memory (Andreasen NC et al 1995, *Am J Psych* 152:1576-1585). Further research is needed to examine this association and the possible effect of pharmacological treatment on improving semantic memory through the treatment of negative symptoms.

## G12

**FUNCTIONAL NEUROANATOMY OF WORKING MEMORY IN OBLIGATE CARRIERS OF SCHIZOPHRENIA**

**Sharma T, Zacharia E, Honey GD, Kumari V.**  
Cognitive Psychopharmacology, Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AF, UK.

Working memory deficits are well documented in schizophrenia. Recent studies have investigated functional neuroanatomy of working memory in individuals with schizophrenia and also in boundary populations such as siblings of patients with the illness. We investigated the blood oxygen level dependent (BOLD) regional brain activity using functional magnetic resonance imaging during a working memory task in living, open, non-task design, in 8 obligate carriers of a psychotic illness (age range 20-37) compared to 8 age and sex-matched healthy control subjects. The task we used is known to activate network of parietal and frontal areas in normal subjects and elicits reduced prefrontal activation in schizophrenic patients, especially if treated with typical antipsychotics [1]. Behavioral data were acquired (via button presses) from all subjects during the scanning. T2\*-weighted gradient-echo echoplanar MR images depicting BOLD contrast were acquired using a 1.5 Tesla scanner from 14 near axial slices parallel to the intercommissural line. The fMRI data were analysed for task-related effects, using statistical parametric mapping software (SPM99) developed at the Wellcome Department of Cognitive Neurology, London. There were no significant differences between obligate carriers and controls for behavioural measures. A network of parietal and frontal areas were activated by the task in both groups, with some evidence for increased response in the parietal cortex in the left prefrontal cortex in obligate carriers.

[1] Honey GD et al. *Proc Natl Acad Sci* 1999; 96(23):13431-13436.

Financial Support: National Alliance for Research on Schizophrenia and Depression (NARSAD), USA. Veena Kumari holds a BHF Medical Research Fellowship.

## G14

**EFFECTS OF KETANSERIN AND HALOPERIDOL ON PREPULSE INHIBITION OF THE ACOUSTIC STARTLE RESPONSE AND N1/P2 AUDITORY EVOKED RESPONSE IN MAN**

**Graham SJ, Langley RW, Balboa Verdugo AM, Bradshaw CM & Szabadi E.**  
Psychopharmacology Section, Division of Psychiatry, University of Nottingham, Nottingham, UK.

Contraction of the orbicularis oculi muscle in response to a sudden loud sound (acoustic startle response) and the N1/P2 component of the auditory evoked potential are attenuated when a brief low-intensity stimulus is presented 30-500 ms before the 'startle-eliciting' stimulus (prepulse inhibition, PPI) [1,2]. Here we report the effects of the 5-hydroxytryptamine<sub>2</sub> (5-HT<sub>2</sub>) receptor antagonist ketanserin (KET) and the D<sub>2</sub> dopamine receptor antagonist haloperidol (HAL) on these responses.

18 Male (18-38 years) were recruited to 4 sessions at 1-day intervals, in which they received KET during N1/P2 (4 mg, 100 mg) and placebo, according to a balanced, randomised, double-blind, parallel, placebo-controlled, crossover design. PPI, muscle and N1/P2 amplitudes, ketanserin and haloperidol were recorded in a 20-min session, 3 h after ingestion of HAL or placebo. N1/P2 amplitudes of 40 trials in which 1 kHz sounds were presented 20, 40, 100, 200, 400 ms before alone trials and (a) 40 ms, 85 dB followed after 20 ms by 40 ms, 100 dB, prepulse-alone trials. Mean amplitudes of the EMG response and the N1/P2 potential are reported from the pulse-alone trials, and in each case, percent PPI was calculated. Side-effects were measured after each treatment and autonomic (heart rate, blood pressure, salivary flow) and psychological (visual analogue self-ratings of mood and alertness, arousal factor, flow) frequency) measures were taken before and after each treatment. Data were analysed by ANOVA followed by comparison of each active treatment with placebo ( $D$  test) (post-hoc,  $p < 0.05$ ).

KET 40 mg significantly increased the amplitude of the EMG response, and both doses of KET significantly suppressed PPI of the response. HAL had no effect on EMG response amplitude or PPI. Neither drug affected N1/P2 amplitude or PPI of this response. KET, but not HAL, reduced the time to achieve and the total flicker fusion frequency. HAL, but not KET, elevated serum prolactin levels.

The results contrast the different pharmacological sensitivities of PPI of the startle response and the N1/P2 complex. KET's ability to attenuate the startle response may reflect its sensitivity to its ability to suppress PPI of the muscle response is consistent with evidence for the role of 5-HT<sub>2</sub> receptor mechanisms in the regulation of PPI in man [2].

1. *Acknowledgements:* This research was supported by the Wellcome Trust.

1. Koch M, 1999, *Prog Brain Res*, 135: 113-128.

2. Phillips MA et al, 2000, *J Clin Psychopharm*, 20: 258-265.

G15

**EFFECTS OF CLOZAPINE AND HALOPERIDOL ON PREPULSE INHIBITION OF THE ACOUSTIC STARTLE RESPONSE AND N1/P2 AUDITORY EVOKED RESPONSE IN MAN**

Graham SJ, Langley RW, Bradshaw CM & Szabadi E, Psychopharmacology Section, Division of Psychiatry, University of Nottingham, Nottingham, UK

Contraction of the orbicularis oculi muscle in response to a sudden loud sound (acoustic startle response) and the N1/P2 component of the auditory evoked potentials are both attenuated when a brief low-intensity stimulus is presented 30-500 ms before the 'startle-eliciting' stimulus (prepulse inhibition, PPI) [1,2]. Here we report the effects of the 'conventional' antipsychotic haloperidol and the 'atypical' antipsychotic clozapine on these responses.

15 Males (21-53 years) participated in 4 sessions at 7-day intervals, in which they received clozapine 3 mg, clozapine 6 mg, haloperidol 3 mg, and placebo, according to a balanced double-blind design. Electromyographic (EMG) responses of the orbicularis oculi muscle and N1/P2 auditory evoked potentials were recorded in a 20-min session, 3 h after treatment. Subjects received 40 trials in which 1-kHz sounds were presented: (i) 40 ms, 115 dB ('pulse alone' trials), and (ii) 40 ms, 85 dB, followed after 120 ms by 40 ms, 115 dB ('prepulse/pulse' trials). Mean amplitudes of the EMG response and the N1/P2 potential were derived from the pulse-alone trials, and in each case, percent PPI was calculated. Serum prolactin was measured after each treatment, and autonomic (heart rate, blood pressure, salivation) and psychological (visual analogue self-ratings of mood and alertness, critical flicker fusion frequency) measures were taken before and after each treatment. Data were analysed by ANOVA followed by comparison of each active treatment with placebo (Dunnnett's test, criterion,  $p < 0.05$ ).

Clozapine 6 mg significantly reduced the amplitude of the EMG response without altering PPI of the response. Clozapine 6 mg did not affect the amplitude of the N1/P2 potential, but significantly attenuated PPI of that response. Clozapine 3 mg and haloperidol did not significantly affect either response. Clozapine 3 mg and 6 mg, but not haloperidol, reduced subjective alertness and critical flicker fusion frequency. Clozapine 6 mg reduced salivation. Haloperidol, but not clozapine, elevated serum prolactin level.

These results confirm that PPI of the startle response and of the N1/P2 complex have different pharmacological sensitivities. Clozapine's ability to attenuate the startle response may reflect its sedative action. The basis of clozapine's ability to suppress PPI of the N1/P2 potential remains uncertain.

*Acknowledgement:* This work was supported by the Wellcome Trust.

1. Koch M (1999) *Trends Neurosci* 22: 101-108
2. Phillips NA et al. (2000) *J. Psychopharmacol.* 14: 40-45

G16

**EFFECTS OF QUETIAPINE AND HALOPERIDOL ON PREPULSE INHIBITION OF THE ACOUSTIC STARTLE RESPONSE AND N1/P2 AUDITORY EVOKED RESPONSE IN MAN**

Graham SJ, Sealfon JC, Balboa Verduzco AM, Langley RW, Bradshaw CM & Szabadi E, Psychopharmacology Section, Division of Psychiatry, University of Nottingham, Nottingham, UK

Contraction of the orbicularis oculi muscle in response to a sudden loud sound (acoustic startle) and the N1/P2 component of the auditory evoked potentials are both attenuated when a brief low-intensity stimulus is presented 30-500 ms before the 'startle-eliciting' stimulus (prepulse inhibition, PPI) [1]. We report the effects of an 'atypical' antipsychotic, haloperidol (HAL) and an 'atypical' antipsychotic, quetiapine (QET) on these responses.

16 Males (19-38 years) participated in 4 sessions at 7-day intervals, in which they received QET 12.5 mg, QET 25 mg (i.e., 3 mg, and placebo), according to a balanced double-blind design. Electromyographic (EMG) responses of the orbicularis oculi and N1/P2 potentials were recorded in a 20-min session, 2.5 h after treatment. Subjects received 40 trials in which 40 ms, 115 dB sounds were presented: (i) 40 ms, 115 dB ('pulse alone' trials), and (ii) 40 ms, 85 dB, followed after 120 ms by 40 ms, 115 dB ('prepulse/pulse' trials). Mean amplitudes of the EMG response and the N1/P2 potential were derived from the pulse-alone trials, and in each case, percent PPI was calculated. Serum prolactin was measured after each treatment, and autonomic (heart rate, blood pressure, salivation) and psychological (visual analogue self-ratings of mood and alertness, critical flicker fusion frequency) measures were taken before and after each treatment. Data were analysed by ANOVA followed by comparison of each active treatment with placebo (Dunnnett's test, criterion,  $p < 0.05$ ).

QET 12.5 and 25 mg significantly reduced the amplitude of the EMG response without altering PPI of the response. Neither dose of QET affected the amplitude of the N1/P2 potential, but the response HAL did not affect the amplitude of PPI of either response. QET 12.5 and 25 mg, but not HAL, reduced subjective alertness and QET 25 mg reduced critical flicker fusion frequency. Neither drug had significant effects on autonomic measures (HAL, but not QET, elevated serum prolactin level).

These results confirm that PPI of the startle response and of the N1/P2 complex have different pharmacological sensitivities. QET's ability to attenuate the startle response may reflect its sedative action. Unlike clozapine [2], QET did not suppress PPI of the N1/P2 potential, the basis of this difference remains uncertain.

*Acknowledgement:* This work was supported by the Wellcome Trust.

1. Phillips NA et al. (2000) *J. Psychopharmacol.* 14: 40-45
2. Graham SJ et al. (2001) *Poster* at this meeting

G17

**INHIBITION OF THE ACOUSTIC STARTLE RESPONSE BY UNILATERAL AND BILATERAL PRESTIMULATION IN RECENT ONSET SCHIZOPHRENIC PATIENTS**

Kumari V, Zechin E, Fannon D, Tennakoon L, Doku VCK, O'Ceallaigh S, Savva S, Soti W, Sharma T

Section of Cognitive Psychopharmacology, Division of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry, De Crespigny Park, London SE5 8AF

The magnitude of the human eye blink reflex to a strong startle-eliciting sensory stimulus is reduced if this is preceded shortly (30-150 ms) by a near-threshold weak prestimulus. This effect, known as prepulse inhibition (PPI) of the startle reflex, is found to be reduced in patients with schizophrenia, as compared to healthy people. There is also evidence that, in normal subjects, monaural acoustic prestimuli produce more inhibition of the cutaneous eye blink reflex than binaural prestimuli. The effect of monaural prestimulation on reflex inhibition in schizophrenic patients is not known. We examined inhibition of the acoustic startle response by monaural and binaural acoustic prestimuli in 21 patients with a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder within the first episode of illness, and compared them with a group of 21 healthy subjects. We found significantly greater PPI with monaural than binaural prestimuli in both groups. Patients showed significantly less PPI than controls with binaural and also with left ear prestimulation. Patients showed impaired PPI with binaural and also with left ear prestimulation, but not with right ear prestimulation. Further studies are required to delineate precise mechanisms of PPI with monaural than binaural prestimuli in normal as well as schizophrenic populations.

Financial Support: Cognitive Therapeutics Ltd. Veena Kumari holds a BEIT Memorial Research Fellowship

**THE RELATIONSHIP BETWEEN KAMIN BLOCKING AND SCHIZOTYPY IN HEALTHY VOLUNTEERS AND SCHIZOPHRENIC PATIENTS**

Watson JB, Al-Lazi M, Reveley M, Moran PM  
School of Psychology, University of Leicester, Leicester LE1 7RH, UK.

Kamin blocking (KB) refers to an attentional phenomenon whereby prior learning about a stimulus (trial) is subsequent learning about that stimulus in a compound with new stimuli. KB has previously been shown to be disrupted in acute but not chronic schizophrenia (Jones, S.H. et al. 1992, *Biol. Psychiatry* 32: 738-755) and in non-patients but in paranoid schizophrenic patients and patients with illness duration using a different KB paradigm (Bender, S. et al. 2001, *Neuropsychol. Rev.* 1: 2-15, 2001). Using the Oades paradigm, it has been suggested that impairment (specifically dopamine D2 drug occupancy) may have significant bearing on the expression of KB (Oades, R.D. et al. 2000, *Biol. Psychiatry* 47: 117-124). It is therefore unclear whether KB deficits are due to drug treatment or to the illness itself. One experimental approach that circumvents drug treatment confounds in studying schizophrenia patients is healthy volunteers. In the present study we investigated KB using the Oades paradigm in healthy volunteers and a group of schizophrenic patients and looked at the relationship between performance in the task and a number of measures of schizophrenia traits measured using the O-LIFE questionnaire. Our results indicate a clear negative relationship between schizophrenia and KB performance. Overall using the Oades task in healthy volunteers 21 confirmed us of a deficit in KB in schizophrenia patients using the Oades task, which is particularly marked in non-patient patients and in schizophrenia patients with specific deficits in KB performance in patients with schizophrenia. No dissociable relationships between schizophrenia traits and literature on the deficit in the Oades KB procedure. These results suggest that first KB and schizophrenia measures are related in healthy volunteers suggesting that association between KB deficits and schizophrenia exist irrespective of drug treatment. Second, disrupted KB in schizophrenia has been independently replicated and that this occurs specifically in early not in late illness. There is evidence for a dissociation between early and late traits of the procedure suggesting that dissociable psychopathological processes occurring at each phase.



# Journal of Psychopharmacology

Volume 16 Number 1 March 2002

## Editorial

*D J Nutt M Sarter and J Bailey* 3

## Original Papers

Does 5-HT restrain panic? A tryptophan depletion study in panic disorder patients recovered on paroxetine

*C Bell S Forshall M Adrover J Nash S Hood S Argyropoulos A Rich and D J Nutt* 5

Effects of ketanserin and haloperidol on prepulse inhibition of the acoustic startle (eyeblick) response and the N1/P2 auditory evoked response in man

*S J Graham R W Langley A M Balboa Verduzco C M Bradshaw and E Szabadi* 15

Acute performance impairing and subject rated effects of triazolam and temazepam alone and in combination with ethanol in humans

*C A Simpson and C R Rush* 23

The atypical antipsychotic olanzapine enhances ingestive behaviour in the rat: a preliminary study

*Z Thornton Jones J C Neill and G P Reynolds* 35

Anxiogenic and depressive like effects but no cognitive deficits after repeated moderate tryptophan depletion in the rat

*A Blokland C Lieben and N E P Deutz* 39

Behavioural effects of acute phenylalanine and tyrosine depletion in healthy male volunteers

*E H Grevet M R Tietzmann F M Shinsis C Hasteenplug J C Santani L Forster F Kapczinski and L Izquierdo* 51

Effect of fenproporex and cetirizine alone and with alcohol on structural density in males and females

*A V Amico J G Rimickes and J F O'Hanlon* 57

Effects of hydrocortisone administration on cognitive function in the elderly

*R J Porter N A Barnett A Idey E A McGuckin and J T O'Brien* 65

Effects of rapid tryptophan depletion on salivary and plasma cortisol in Alzheimer's disease and the healthy elderly

*R J Porter E F Marshall and J T O'Brien* 73

Tolerance and sensitization to the hypnotic effects of alcohol induced by chronic voluntary alcohol intake in rats

*S Darbra G Pratt M Pallarés and N Ferré* 79

Effect of intracerebroventricular injection of GABA receptor agents on morphine induced antinociception in the formalin test

*M Mahmoudi and M R Zarrindast* 85

## Review

A systematic review of the use of atypical antipsychotics in autism

*L Barnard A H Young J Pearson J Geddes and G O'Brien* 93

## Letter to Editors

The BDI of the beholder

*J C Cole and H R Sumnall* 103

## Subject Index - Volume 15 2001

105

## Author Index - Volume 15 2001

109

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN





## BAP SUMMER MEETING

22-25 JULY 2001, HARROGATE

10:15 AM  
FALLA 26 ORIGIN

G14

**Graham SJ** Langley RW Balboa Verduzco AM Bradshaw CM Szabadi E  
Effects of ketanserin and haloperidol on prepulse inhibition of the acoustic startle response and N1/P2 auditory evoked response in man

G15

Graham SJ Langley RW **Bradshaw CM** Szabadi E  
Effects of clozapine and haloperidol on prepulse inhibition of the acoustic startle response and N1/P2 auditory evoked response in man

G16

Graham SJ Scaife JC **Balboa Verduzco AM** Langley RW Bradshaw CM Szabadi E  
Effects of quetiapine and haloperidol on prepulse inhibition of the acoustic startle response and N1/P2 auditory evoked response in man

G17

**Kumari V** Zachariah E Fannon D Tennakoon L Doku VCK O Ceallaigh S Savla S Soni W Sharma T  
Inhibition of the acoustic startle response by unilateral and bilateral prestimulation in recent onset schizophrenic patients

G18

**Watson JB** Al-Uzri M Reveley M Moran PM  
The relationship between kappa blocking and schizotypy in healthy volunteers and schizophrenic patients

G19

Galea A Kumari V Zachariah E Das M Taylor D Ruprah M **Sharma T**  
The effect of procyclidine on the critical flicker-fusion threshold in healthy human subjects: implications for schizophrenia

G20

**Bantick RA** Massa C de Vries MH Franklin M Grasby PM  
Investigating 5-HT<sub>2</sub> receptor/dopamine receptor interactions in the human striatum using flesinoxan and PET scanning

G21

**Bressan RA** Emswiler K Jones Hill M Mulgan PS E Pike RW LS  
Lithium and valproate D<sub>2</sub> receptor blockade in acute bipolar mania: treatment response and dopamine SRT effects

G22

**Bressan RA** Emswiler K Mulgan PS Cunningham M Emswiler M Pike RW LS  
Lithium and valproate D<sub>2</sub> receptor blockade in acute bipolar mania: treatment response and dopamine SRT effects

G23

**Law AJ** Deakin JF W  
Glutamate transporter (EAAT2) mRNA expression in the hippocampus in schizophrenia: a comparison with other brain areas

G24

**Nudaram S** et al  
Effect of the glutamate transporter EAAT2 on glutamate receptors in superior temporal cortex in schizophrenia: implications for psychosis

G25

**Sodhi MS** D'Souza N Barnes P-AJ Fannon D  
Reduction of 5-HT<sub>2</sub> receptor RNA coding in schizophrenia

G26

**Barrett SL** Bell R King DJ  
Dose and effects of clozapine and amisulpride and risperidone on lateral inhibition, executive function and eye movements in healthy male volunteers

94