



Universidad Nacional Autónoma de México

PROGRAMA DE MAESTRÍA PROFESIONAL
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
PSIC. ARACELI ROLDAN FLORES

Director del Reporte:
MAESTRO ARTURO MARTÍNEZ LARA

Comité Tutorial:
DRA. ISABEL REYES LAGUNES
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMAN
MTRO. FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

Suplentes
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
DRA. SANDRA ANGUIANO SERRANO

MÉXICO, D.F.

AGOSTO, 2005

m 346987



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

Introducción general.....	5
Primera rotación: Hospital Juárez de México.....	9
Características de la sede.....	9
Ubicación de la sede.....	9
Nivel de atención.....	9
Servicios de la sede.....	9
Ubicación del residente de medicina conductual en la sede.....	9
Servicio de oncología.....	10
Recursos humanos.....	10
Líneas de autoridad.....	12
Supervisor en situ.....	12
Actividades desarrolladas en el Hospital Juárez de México.....	12
Programas de investigación.....	12
Intervención cognitivo-conductual en síntomas físicos y psicológicos provocados por la quimioterapia. N= 1 con réplicas.....	13
Actividades académicas en el Hospital Juárez de México.....	61
Clases.....	61
Tutorías.....	61
Sesiones psicológicas.....	61
Presentación de un caso clínico.....	61
Sesiones médicas.....	65
Pase de visita médica.....	65

Elaboración de notas clínicas psicológicas.....	65
Atención psicológica en el Hospital Juárez de México.....	66
Pacientes vistos en el Hospital Juárez de México.....	66
Intervención en crisis.....	71
Apoyo psicológico.....	71
Psicoterapia.....	74
Evaluación de la rotación en el Hospital Juárez de México.....	75
Segunda rotación: Hospital de la mujer.....	77
Características de la sede.....	77
Ubicación de la sede.....	77
Nivel de atención.....	77
Servicios de la sede.....	77
Ubicación del residente de medicina conductual en la sede.....	77
Servicio al que se encuentra adscrito el residente.....	78
Servicio de Puerperio complicado.....	78
Servicio de tumores de ovario, de cirugía, de cuidados intensivos e intermedios.....	78
Recursos humanos.....	79
Líneas de autoridad.....	79
Supervisor en situ.....	80
Actividades desarrolladas en el Hospital de la Mujer.....	80
Programas de investigación.....	80
Manejo de adherencia médica en pacientes con diagnóstico de Virus de Papiloma Humano (VPH) a través de la técnica psicoeducativa: comparación de tres grupos.....	81

Actividades académicas en el Hospital de la Mujer.....	99
Clases.....	99
Tutorías.....	99
Pase de visita médica.....	99
Elaboración de notas clínicas psicológicas.....	99
Atención psicológica en el Hospital de la Mujer.....	100
Pacientes vistos en el Hospital de la Mujer.....	100
Intervención en crisis.....	112
Apoyo psicológico.....	112
Psicoterapia.....	114
Evaluación de la rotación en el Hospital de la Mujer.....	116
Asistencia a eventos académicos.....	118
Ponencias.....	118
Evaluación general.....	119
Bibliografía.....	121
Anexo 1.....	125
Anexo 2.....	126
Anexo 3.....	127
Anexo 4.....	128
Anexo 5.....	129
Anexo 6.....	130
Anexo 7.....	132
Anexo 8.....	136
Anexo 9.....	138

Introducción general

Buceta, Bueno y Mas, (2000) refieren que, hasta mediados de los años setenta, el papel del psicólogo clínico se centraba en la evolución y el tratamiento de los trastornos mentales (alteraciones emocionales, trastornos psicóticos, deficiencia mental, etc.); sin embargo, se empezó a presentar un interés en el campo de la salud en un sentido más amplio como:

- El aumento de la salud y el bienestar de las personas.
- La prevención y modificación o alivio de enfermedades vinculadas a aspectos psicosociales que puedan ser controlados.
- En el caso de trastornos crónicos, la secuencia del mejor funcionamiento y el máximo bienestar posible, tanto de los enfermos que lo padecen como de las personas más allegadas a éstos en cuanto a la interacción con ellos.

Superando con esto la atención presentada a los trastornos más tradicionales y aumentando el interés en la aplicación de técnicas de modificación de conductas. Que contribuye a la observación de que en la sociedad contemporánea los trastornos que afectan gravemente ya no son mayormente infecciones malignas; si no, trastornos que se relacionan con un estilo de vida poco saludable, tanto para sus demandas personales y sociales como por sus déficits o excesos comportamentales.

En general, las alteraciones de salud como: trastornos cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, cáncer, etc. Han sido denominadas alteraciones biopsicosociales, trastornos psicofisiológicos o más tradicionalmente enfermedades psicosomáticas, haciendo referencia a la importancia de las cuestiones ambientales y psicológicas en su etiología, mantenimiento y/o tratamiento.

Otra contribución del campo de la salud, es la preocupación, cada vez mayor, no sólo por la curación de las enfermedades ya consolidadas, si no por su prevención antes de

desarrollarse o en sus fases más tempranas y en el creciente interés por el aumento de la calidad de vida de las personas, tanto a través de la promoción de la salud, como de la mejora del funcionamiento y el bienestar de los que padecen enfermedades crónicas. Lo cual se ha logrado a través de la utilización de habilidades terapéuticas que contribuyen al aprendizaje o eliminación de comportamientos habituales específicos, la alteración de condiciones ambientales, o la forma habitual de percibir y afrontar las exigentes demandas del medio.

El peso específico de estas nuevas aplicaciones de intervención psicológica en el área de la salud, fundamentalmente de la intervención conductual, ha supuesto el desarrollo de una especialidad, *la medicina conductual*. Los objetivos fundamentales de *la medicina conductual* quedaron definidos tras la celebración de dos importantes reuniones que tuvieron lugar en los E.U. : la de Yale en 1977 y la del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de las Ciencias en 1978.

La *medicina conductual* fue definida como: “ el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas propias de las ciencias comportamentales y biomédicas, relacionadas con la salud y la enfermedad, y de la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.” (Schwartz y Weiss, 1978 en Buceta, Bueno, y Mas, 2000, p. 40).

Así la medicina conductual abarca tanto la prevención como el tratamiento de las alteraciones biopsicosociales o psicosomáticas y de sus consecuencias perjudiciales para la salud y el bienestar. Sin embargo, según Matarazzo (1980 en Buceta et al., 2000), la definición de esta especialidad no acentúa suficiente la importancia del mantenimiento de la salud y de la prevención de la enfermedad, haciendo necesaria la subespecialidad de la salud comportamental o psicología de la salud.

De este modo, la salud comportamental o psicología de la salud se ocupa más específicamente del campo de la salud y de la prevención de la enfermedad, mientras que la

medicina conductual, sin olvidar esta área, contempla el tratamiento de las enfermedades consolidadas y la mejora de la calidad de vida, tanto en los enfermos como e las personas más allegadas a ellos.

En su conjunto la intervención conductual puede dirigirse hacia cuatro objetivos:

- a) Prevención primaria: incluye la aplicación de estrategias conductuales para fortalecer la salud y prevenir la aparición de enfermedades que todavía no están presentes (ejemplo: la utilización regular de la relajación para reducir la activación general del organismo y contribuir a prevenir trastornos asociados al estrés).
- b) Prevención secundaria: contempla el empleo de estrategias para eliminar o controlar situaciones de alto riesgo y manifestaciones leves antes de que el problema sea grave (ejemplo: aplicación de un tratamiento para dejar de fumar antes de que desarrolle un cáncer).
- c) Tratamiento de enfermedades: se refiere al uso de programas de intervención para la modificación de alteraciones ya consolidadas (ejemplo: La utilización de un paquete de técnicas conductuales para superar el dolor crónico de cabeza).
- d) Prevención terciaria: abarca la aplicación de estrategias con dos objetivos fundamentales; reducir la probabilidad de las recaídas en alteraciones ya superadas (ejemplo: tras la recuperación de una lesión deportiva, el uso de estrategias apropiadas para controlar el estrés y prevenir una reaparición de la lesión) y aliviar los efectos perjudiciales que se derivan de los trastornos crónicos.

Reynoso y Seligson, (2002) mencionan que en la actualidad se acepta que diversos profesionales de la salud actúen para atacar los problemas desde diferentes perspectivas. De esta forma, en el campo de la salud, que se consideraba terreno de los médicos, enfermeras y odontólogos actualmente se encuentran trabajando psicólogos, sociólogos, biólogos, trabajadores sociales, antropólogos y otros profesionales. Formando con ello una red de trabajo multidisciplinaria.

Desde el punto de vista de un trabajo multidisciplinario, se va a intentar contribuir al mejoramiento del paciente, en donde cada profesional de la salud va a tener la meta de la disminución o desaparición de síntomas, cada uno desde su propio campo; es decir, el médico actuará desde la parte orgánica, la trabajadora social desde la parte social y el psicólogo desde la parte psicológica, conductual y cognoscitiva del paciente.

Todo ello para obtener la efectividad del tratamiento y reducir los costos que se dan si nada más se actúa desde un solo campo de la salud.

Tomando la bases teóricas de lo que es medicina conductual se hizo un reporte en el que se conjuntó la literatura con la experiencia que se tuvo como estudiante de la maestría en esta rama, con el objetivo de plasmar las competencias profesionales que se adquirió durante los dos años de residencia correspondientes al Hospital Juárez de México y Hospital de la Mujer.

En dicho reporte se puede observar: las características de la sede, la ubicación del residente de psicología en ésta, las actividades desarrolladas, así como las investigaciones y una evaluación como residente.

Primera rotación: Hospital Juárez de México

Introducción

Características de la sede.

Ubicación.

El hospital Juárez de México se encuentra ubicado en avenida Politécnico Nacional s/n.

Nivel de atención.

El hospital es una institución pública de segundo nivel; donde se brinda el servicio de diversas especialidades médicas, a la gente que no es derechohabiente de ninguna otra institución de salud pública.

Servicios de la sede.

Cuenta con veinticinco servicios de especialidad, los cuales son: 1) Biología de la reproducción, 2) Transplantes, 3) Nefrología, 4) Medicina interna, 5) Oftalmología, 6) Maxilofacial, 7) Cirugía general, 8) Cirugía de tórax, 9) Cirugía reconstructiva, 10) Oncología, 11) Pediatría, 12) Cardiología, 13) Hematología, 14) Anestesiología, 15) Terapia intensiva, 16) Ortopedia, 17) Ginecología, 18) Urgencias, 19) Endocrinología, 20) Neurología, 21) Rehabilitación, 22) Clínica del dolor, 23) Patología, 24) Psiquiatría y 26) Psicología.

Ubicación del residente de medicina conductual en la sede

El residente se encuentra ubicado en uno de los servicios de especialidad, en donde esta bajo cargo del jefe del servicio médico de dicha especialidad, el cual marca junto con los médicos adscritos las actividades que hay que cubrir de acuerdo con las necesidades

psicológicas que ellos creen conveniente de la población. A su vez son una extensión del departamento de psicología esto fue determinado en el mismo año que se inició la residencia en el hospital Juárez, el cual fue en Marzo del 2001 por el coordinador de la maestría el Dr. Leonardo Reynoso Erazo, en donde participamos en actividades psicológicas señaladas por la supervisora in situ la maestra en psicología Bertha Molina Zepeda, las cuales son de carácter: pedagógico y práctica clínica.

Servicio al que se encuentra adscrito el residente.

Se cubrió el servicio de oncología del 1 de Marzo de 2001 al 28 de Febrero de 2002. Este servicio cuenta a su vez con cuatro subservicios los cuales son:

- a) Cáncer de mama. Como su nombre lo indica, atiende a pacientes tanto de sexo femenino como masculino que presentan tumores malignos de seno, siendo la población femenina la más frecuente.
- b) Cáncer ginecológico. Atiende a la población de sexo femenino que presenta tumores malignos de ovario y cervicouterino, siendo este último el más frecuentes.
- c) Tumores mixtos. Atiende tanto población de sexo femenino como masculino que padecen tumores de gastro, estómago, hígado, pene, próstata, piel, extremidades, pulmón, páncreas.
- d) Tumores de cabeza y cuello. Atiende a pacientes tanto de sexo femenino como masculino que tengan cáncer ubicado del cuello hacia la cabeza.

Así mismo existen dos servicios mas, los cuales son parte de los tratamientos médicos que se les dan a los pacientes, dichos servicios son:

- a) Quimioterapia. El tratamiento consiste en aplicarles por vía intravenosa un medicamento altamente tóxico que actúa quemando a las células malignas sin descartar las no malignas por lo que es muy agresivo para el paciente tanto para su estado físico como psicológico y emocional.

b) Radioterapia es otro de los tratamientos utilizados, el cual consiste en quemar las células malignas a través de radiaciones. También es un tratamiento agresivo.

A pesar de que la cirugía no es un servicio en sí, si es otro tratamiento que consiste en extirpar el tumor maligno a través de la operación.

Recursos humanos.

Médicos: El servicio cuenta con nueve oncólogos adscritos, entre los cuales se encuentra el jefe de servicio el Dr. Francisco García Rodríguez.

Enfermeras: El personal de enfermería está dividido en dos áreas, la primera es hospitalización que cuenta con una jefa de enfermeras y seis enfermeras adscritas. La segunda área es consulta externa que también cuenta con una jefa de enfermeras y seis enfermeras adscritas.

Residentes: La plantilla de residentes cuenta con doce médicos, los cuales están distribuidos en cuatro residentes de primer año, cuatro de segundo y cuatro de tercer año.

Por otra parte se cuenta con residentes de Medicina Conductual, los cuales son asignados por el coordinador de la maestría en Psicología Profesional impartida por la UNAM. El número de estos varía, ya que depende de las necesidades que se van creando en cada año de residencia.

Estudiantes: Solo hay estudiantes de enfermería, ya que no hay internos. Sin embargo existen rotantes de otras especialidades como cirugía general, ginecólogos, médicos internistas y maxilofaciales.

Otros: Se cuenta con tres secretarías, una trabajadora social, tres radiólogos, dos camilleros y con personal de intendencia.

Línea de autoridad.

La primera línea de autoridad de oncología es el jefe de servicio el Dr. Francisco García Rodríguez, seguido por el subjefe de servicio el Dr. Francisco Varela, continúan los médicos adscritos y por último los residentes.

Supervisora en situ.

La supervisora en situ es la coordinadora del departamento de psicología la maestra en psicología Berta Molina Zepeda.

Actividades desarrolladas en la sede

I. Programas de investigaciones desarrollados

El programa de investigación desarrollado en el Hospital Juárez de México fue:

Intervención cognitivo conductual en síntomas físicos y psicológicos provocados por la quimioterapia. N= 1 (tres casos).

La investigación se desarrolla a continuación.

1-. Proyecto de investigación.
Intervención cognitivo conductual en síntomas físicos y
psicológicos provocados por la quimioterapia. N=1
(tres casos)

JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico de cáncer implica una serie de reacciones psicológicas ante la posibilidad de una muerte cercana y ante los propios tratamientos médicos de la enfermedad, debido a la agresividad de estos.

Gómez (2000). Dentro de los tratamientos de cáncer más aversivo se encuentra la quimioterapia debido a que las reacciones secundarias causan síntomas físicos como cansancio, vómito, náusea, dolor de cabeza, pérdida del apetito, malestar estomacal entre otros, lo anterior puede hacer que se desarrollen síntomas de origen psicológico, cognitivo-conductuales y emocionales como son: ansiedad, depresión, pensamientos automáticos negativos y emociones desadaptativas entre otros.

Estos síntomas se pueden exacerbar o mediar dependiendo de factores que se encuentran alrededor de la enfermedad como son: la red de apoyo familiar, la pérdida o mantenimiento del trabajo, la etapa de la enfermedad, el pronóstico de vida, el costo económico del tratamiento y el costo – beneficio de la salud.

Se encontró que los factores psicológicos pueden contribuir favorablemente o desfavorablemente a la presencia de estos síntomas. Debido a que consideramos que una buena reacción ante este tratamiento puede promover por un lado una adecuada adherencia y disminución del abandono y por otro favorecer el sistema inmune y fisiológico ante los efectos secundarios de los esquemas de quimioterapia, se estableció la propuesta de un programa de intervención integral, tomando en cuenta cogniciones, emociones y conductas. Por lo que fue de interés controlar el grado de la náusea y el vómito así como modificar los aspectos psicológicos (pensamientos distresantes, ansiedad y emociones negativas) relacionados con estos síntomas, a través de las técnicas cognitivo-conductuales como son la relajación, manejo de pensamientos automáticos y manejo de emociones.

Al favorecer los efectos contra laterales de la quimioterapia se podrá promover una mejor adherencia al tratamiento de cáncer y evitar la presencia de falsas creencias que generalmente son comunicadas de un paciente a otro en la sala de espera y que predisponen automáticamente al rechazo o inadecuada aceptación del mismo.

MARCO TEORICO

Las causas de mortalidad en el mundo por enfermedades varían de acuerdo con las diferentes circunstancias de cada nación, sin embargo el cáncer es una de las más importantes debido a su alta incidencia en la mayoría de los países. La Organización Mundial de la Salud estima que esta enfermedad produce anualmente 6 millones de muertes en el mundo. Gómez (2000), refirió que el cáncer está relacionado con la presencia de factores de riesgo como: el tabaquismo, exposición de tóxicos específicos ambientales y ocupacionales, uso de medicamentos y aspectos nutricios.

Hay variaciones considerables en las tasas de mortalidad relacionado con la estructura por grupos de edad de cada población.

Gómez (2000), mencionó que la tasa de mortalidad por cáncer ha crecido en los últimos años. En México el cáncer ocupó, en 1994, el segundo lugar como causa de mortalidad general y generó 11.1% del total de muertes ocurridas en ese año. Al analizar las tendencias presentadas en este periodo, se observa que la curva es ascendente para el cáncer cervicouterino y el de mama, en cuanto al grupo de varones es ascendente en la leucemia.

En 1994 en México se notificó un total de 62 725 casos nuevos de neoplasias malignas con predominio en el sexo femenino (64.7%). Respecto de los grupos de edad, los más afectados fueron el de 75 años o más (10%) y después el de 60 a 64 años (8%). Los primeros cinco lugares sin importar el sexo fueron: cuello del útero (23.2%), mama (10.2%), próstata (4.9%), y estómago (3.7%). Para el sexo masculino los primeros lugares fueron: próstata (13.9%), linfoma (7.3%), estómago (6.1%), pulmón (4.5%) y vejiga (4.2%); en lo que respecta al sexo femenino, se reportó predominancia de cuello de útero(35.9%), mama (15.8%), ovario (3.3%), linfoma (2.9%) y cuerpo del útero (2.6%).

El cáncer parece surgir de los efectos carcinógenos en dos diferentes clases de genes. La primera comprende agentes que dañan los genes involucrados en el control de proliferación celular (proto oncogenes), la otra categoría incluye agentes que no dañan los genes pero selectivamente potencian el crecimiento de las células tumorales.

El cáncer surge cuando una sola célula acumula varias mutaciones, usualmente a lo largo de varios años, y al final escapa de las restricciones de la proliferación; las mutaciones permiten a las células y sus descendientes acumular alteraciones adicionales y perpetuarlas en un número creciente de células formando un tumor. A los factores que mutan estas dos categorías de genes se les conoce genéricamente como factores iniciadores y factores promotores.

El principal peligro de las neoplasias malignas es su capacidad de generar metástasis, es decir, permiten que algunas de estas células emigren y, por tanto, transporten la enfermedad a otras partes del cuerpo. Finalmente la enfermedad puede alcanzar y deteriorar alguno de los órganos vitales del cuerpo.

Los detalles de cómo la exposición da origen al daño son poco claros, una teoría sostiene que muchos agentes ambientales, así como el envejecimiento y otros procesos vitales participan incrementando la generación de radicales libres en el cuerpo. Los radicales libres son fragmentos de moléculas químicamente reactivas que, mediante reacciones con el ácido desoxirribonucleico (ADN), pueden dañar y mutar al gen de modo permanente. Otros agentes que causan cáncer como los virus aceleran la tasa de división celular. Las mutaciones que ocurren de una célula madura se llaman mutaciones somáticas.

Los genes heredados también tienen influencia en el desarrollo del cáncer. Las mutaciones presentes en todas las células se conocen como mutaciones germinales, las cuales son raras, causan menos de 5% de neoplasias fatales.

Desde el punto de vista clínico el cáncer "es un termino genérico de muchas enfermedades que tienen en común la proliferación sin restricciones de una clona con

capacidad para destruir los tejidos sanos con los que interacciona, o la capacidad de diseminarse a distancia o ambas cosas” (Gómez 2000, p.34), en consecuencia no existe una manifestación típica de cáncer. La diseminación del cáncer a sitios distantes es lo que lo hace tan letal. Las metástasis y la invasión de los tejidos normales son las marcas de malignidad. Para que un tumor origine metástasis eficazmente, algunas células se deben desprender de su ubicación original, e invadir los vasos sanguíneos y linfáticos, viajar a través de la circulación a distancia y establecerse como una nueva colonia celular y, en cada uno de estos pasos debe escapar a los mecanismos de control normales.

Los objetivos generales del tratamiento oncológico son: la curación es decir la completa erradicación de la enfermedad. Si esto no es posible, la segunda prioridad es el mantenimiento de una buena calidad de vida.

De manera tradicional el tratamiento del cáncer ha sido sobretodo quirúrgico; sin embargo, el advenimiento de nuevas modalidades terapéuticas como, radioterapia o quimioterapia, han modificado de forma radical el tratamiento inicial.

El agente quimioterapéutico tiene un efecto variable que dependerá de varios factores:

1. Los inherentes al paciente como: sexo, edad, grado de actividad, estado nutricional y enfermedades concomitantes.
2. Los propios del tumor, como el tipo histológico, cinética celular, presencia de moléculas de resistencia celular, distribución intratumoral del fármaco, etc.
3. Aquellos inherentes al medicamento, como intensidad de dosis, vía de administración (oral o intravenosa, venoclisis continua o en carga rápida), especificidad sobre un tipo de medicamento sobre una neoplasia determinada, variación farmacocinética interpersonal y tratamientos previos con fármacos antineoplásicos.

De acuerdo con la relación temporal con el tratamiento principal, la quimioterapia se clasifica como:

1. *quimioterapia neoadyuvante*. Esta se proporciona antes del tratamiento radical llámese radioterapia o cirugía, permite valorar in vivo la sensibilidad del tumor al esquema (combinación de medicamentos), disminuir la masa tumoral, lograr el control local del modo más eficaz, atacar tempranamente las micrometástasis y preservar órganos. La desventaja es que al faltar la respuesta se retrasa el control local.
2. *Quimioterapia adyuvante*. Esta se administra después de un tratamiento local. Ataca las micrometástasis y refuerza el control local. Su desventaja es que no se conoce a priori la sensibilidad del tumor y puede ocurrir toxicidad innecesaria.
3. *Quimioterapia concomitante*. Este nombre se aplica tanto a la quimioterapia como a la radioterapia en conjunto, ya que se aprovechan los efectos citotóxicos directos y radiosensibilizadores de la primera, lo cual potencia la acción de la segunda. Quizá se mejore el control local y se genere un efecto sistémico. Su inconveniente es que los efectos de toxicidad se incrementan de modo notable.
4. *Quimioterapia paliativa*. Se usa para aliviar síntomas o prolongar el periodo libre de enfermedad.

Un importante aspecto a considerar en la quimioterapia es la toxicidad. Los agentes quimioterapéuticos se encuentran en todo el organismo y afectan por igual a células enfermas y células sanas. Sin embargo la toxicidad específica varía de acuerdo con el medicamento administrado.

La toxicidad a la quimioterapia se puede dividir en:

1. *Toxicidad a corto plazo*. En esta hay náusea y vómito las cuales pueden aumentar durante la primera semana después de la aplicación de la quimioterapia.

2. *Toxicidad a mediano plazo.* Comprende básicamente mielosupresión, mucositis y diarrea, que pueden poner en peligro la vida.
3. *Toxicidad a largo plazo o tardía.* Depende del tipo de medicamento que se use.

En general se ha visto que el tratamiento quimioterapéutico actual produce en algunos pacientes efectos secundarios: pérdida del cabello, esterilidad, diarrea, etc. Sin embargo, Fernández, Guerrero y Duque(1988), mencionaron que los efectos tóxicos de los fármacos más intolerantes en los pacientes con cáncer son las náuseas y los vómitos. Algunos pacientes pueden encontrar estos efectos tan aversivos que abandonan el tratamiento a pesar de que esto pueda significar la muerte.

Dentro de la prevención del cáncer se considera o se estima que los estados emocionales pueden tener influencia tanto en la génesis del cáncer como en la evolución tratamiento del cáncer.

Al ser el cáncer un fenómeno multicausal se requiere la interacción de varios factores en una compleja y desconocida combinación de secuencias, intensidad, tiempo de exposición y estados bioquímicos del organismo para que un cáncer sea diagnosticado clínicamente, por lo tanto parece plausible que aunque el estrés no sea la causa primaria del cáncer, Miller y Cohen (2000) mencionaron que constituye la circunstancia responsable de una interacción fisiológica y bioquímica del organismo que permite su aparición y favorece su desarrollo.

Sí consideramos que el estrés dentro del padecimiento cancerígeno provoca síntomas físicos que exacerban las molestias emocionales del paciente, especialmente en el tratamiento quimioterapéutico los pacientes están predispuesto doblemente a la presencia de estos síntomas físicos, por un lado el efecto bioquímico del tratamiento y por el otro el estado emocional que es alterado por los efectos secundarios del mismo.

Riley (1975) presenta una serie de investigaciones llevadas a cabo con una cepa especial en ratones que de forma característica desarrolla tumores mamarios entre los ocho y los dieciocho meses después del nacimiento. A pesar de ello este investigador consiguió modificar la incidencia de dichos tumores a los cuarenta días como resultado de situar a los ratones en condiciones diferenciales de estrés ambiental, obteniendo resultados que oscilaban entre un 92% de tumores en el grupo que había vivido en condiciones de estrés crónico y un 7 % de incidencia en el grupo que se encontraba protegido de las fuentes detectables de estrés ambiental.

De acuerdo con Riley el estrés produce activación de las glándulas adrenales, lo cual supone un incremento en la producción de corticoesteroides que, a su vez tiene como consecuencia una involución en el timo y ganglios encargados de la producción de linfocitos y, por lo tanto un debilitamiento del sistema inmunitario encargado de proteger al organismo. En un meta-análisis relacionado con los efectos de las intervenciones psicológicas sobre el sistema inmune Miller y Cohen (2001) reportan que cuatro son las técnicas que han generado resultados favorables, la evidencia más consistente emerge de los estudios con hipnosis y condicionamiento, la relajación la reportan con poca capacidad para provocar un cambio inmune; no obstante, produce cambios favorables.

Ellos explican que las intervenciones en el manejo del estrés intentan aliviar la desregulación del sistema inmunológico que acompaña al estrés, la intervención existente en el manejo de estrés enfoca exclusivamente a enfermedades como el cáncer, SIDA, artritis reumatoide, este trabajo es guiado bajo el supuesto de que la enfermedad representa una forma profunda de estrés psicológico. Existen tres grandes componentes para este manejo, educación acerca de la enfermedad, reestructuración cognoscitiva, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, provisión de apoyo psicológico.

Asimismo existen evidencias en la literatura sobre los efectos bioquímicos de la quimioterapia, la cual además de afectar el sistema inmunológico altera y predispone otras funciones del organismo, por ejemplo Fernández, Guerrero y Duque, (1988) manifiestan que son diversos los aspectos psicológicos de la enfermedad cancerosa como reacciones

ante la enfermedad y los tratamientos, factores que influyen en la evolución de la neoplasia, dentro de estos se encuentran los vómitos y náuseas anticipatorias, en un estudio realizado por estos autores en 72 pacientes tratados con quimioterapia encontraron que 20 pacientes no presentaban náusea y vómito, 52 experimentaban náusea y vómito tras la quimioterapia, y 22 pacientes tuvieron náusea y vómito antes y después de la quimioterapia, ellos describen que los estímulos desencadenantes de estos síntomas fueron el recuerdo del tratamiento así como del hospital. En sus resultados reportan que encontraron diferencias significativas entre los grupos de enfermos sin náusea y vómito posquimioterapia y, con náusea y vómito pre y pos quimioterapéutico con relación a la variable del conocimiento del diagnóstico ya que este los favorece de algún modo, mismos que parecen estar relacionados con la ansiedad y la depresión que son acompañados de rechazo, miedo, inseguridad e impotencia, por lo que el nivel de distres provoca más alteraciones en el tratamiento de quimioterapia. Por otro lado encontraron que las actitudes con las que el paciente responde al conocimiento están relacionadas con la estructura psicológica.

Sí partimos que el cáncer y sus tratamientos tienen numerosas consecuencias psicológicas para los pacientes. Las consecuencias están relacionadas a la fase y el tipo de enfermedad; y el tipo y duración del tratamiento. Todos estos factores influyen en la aparición de la dificultad desajuste o de desorden.

La responsabilidad de los mecanismos psicológicos en algunos de los desagradables efectos secundarios producidos por la quimioterapia han sido estudiados desde los trabajos de Berenstein en 1978, Bernstein y Webster en 1980, y Redd y Andrykowski 1982 entre otros, los cuales han demostrado la validez del paradigma pavloviano para explicar la aparición de aversiones gustativas nuevas y de vómitos anticipatorios.

Sin embargo Ibáñez (1984), y Fernández et al. (1988) mencionan que no existe condicionamiento único y específico si no que el desencadenamiento del cuadro emético participan múltiples y variados estímulos y en este mismo sentido Almaier y cols (1984) piensan que pueden ser reforzados y mantenidos por la ansiedad y depresión (actitudes depresivas) de los pacientes.

Ravizi y Delvaux (1988). Mencionan que debido a los diversos factores que están involucrados en la enfermedad del cáncer uno de los más relevantes y que competen a nuestra área de formación son los factores o aspectos psicológicos de orden cognitivo conductual, es por ello que el tratamiento cognitivo-conductual puede contribuir al mejoramiento del estado físico y mental de los pacientes, lo cual parte según lo refiere Zumaya (1993), desde las bases teóricas de dos dominios, el llamado constructivista radical, en donde se plantea que la realidad es construida por los seres humanos, la cual sigue reglas y métodos delimitados solo por el componente biológico, y una vez que podamos inferir en la organización de cómo ordenamos al mundo a través de nuestras experiencias, será la conciencia de ésta acción, la que podrá auxiliarnos en el logro de una mayor adecuación tanto cognitiva como conductual. El segundo dominio considera que la presencia de la alteración psicológica se debe, en la distorsión en el procesamiento de la información procedente tanto del interior como del exterior del individuo, de esta manera es la forma de que el individuo interpreta la realidad, más que la realidad misma la que produce los diferentes estados emocionales y por último la conducta misma, por lo tanto la intervención está en caminata a la corrección de las distorsiones cognitivas y por otro a la modificación de los patrones de conducta.

En referencia a lo anterior se dan a conocer una serie de investigaciones donde se utilizaron diversas técnicas cognitivo-conductuales para el mejoramiento de los pacientes oncológico, como es la técnica de relajación.

Caballo (1995) mencionó que la relajación constituye un típico proceso psicofisiológico, dicho proceso está orientado a la observación de los cambios que se producen en la actividad fisiológica de una persona; como consecuencia de una actividad psicológica es decir, esta orientada a la observación de los cambios que se producen en la actividad fisiológica de una y que proporciona una información que se integra en el conjunto de datos que forman el análisis de conducta de esa persona. Dentro de las evaluaciones psicofisiológicas se encuentra la temperatura periférica que es una de las respuestas fisiológicas que se ha utilizado para medir la temperatura de la piel que

depende principalmente del flujo de sangre a través de las arterias y arteriolas de la misma, es decir el volumen sanguíneo, la temperatura aumenta con el volumen sanguíneo y este se incrementa con el diámetro de los vasos sanguíneos.

La temperatura corporal para la mayoría de los mamíferos y aves se mantiene generalmente dentro de un margen alrededor de 36-38 °C lo que corresponde a 93 a 95°F aproximadamente. Por otro lado en una investigación realizada por Freedman en 1983 reportó una media de temperatura periférica de 30.28°C que equivale a 87.28°F aproximadamente en personas sanas.

Pérez-Mega (1999) realizaron un estudio en mujeres con cáncer de mama para identificar los efectos producidos por medio de intervenciones psicológicas en un grupo de 80 mujeres divididas en grupo control y experimental sometidas a tratamiento quimioterapéutico. A través de la combinación de técnicas psicológicas con enfoque cognitivo-conductual, como la relajación muscular, respiración abdominal e imaginería ellos encontraron que la ansiedad mostraba niveles similares en la línea base tanto en el grupo experimental como en el grupo control, posteriormente se presentó un descenso de ansiedad al final del tratamiento en el grupo experimental, asimismo la depresión en ambos grupos no mostraba diferencias significativas, sin embargo se apreció un descenso de los niveles de depresión al final del tratamiento en el grupo experimental. En relación a la calidad de vida en la primer fase no se encontraron evidencias en tanto que en la fase final se identificaron diferencias significativas. La combinación de las técnicas de relajación generó a partir del cuarto mes diferencias significativas en el grupo experimental que alcanzó mayores niveles de relajación. En esta intervención lograron modificar la presencia de náuseas y vómito pre y pos quimioterapia, disminuyendo considerablemente en el grupo experimental, los autores concluyen que con este tipo de tratamientos se puede colaborar con los medicamentos antieméticos beneficiando considerablemente el estado emocional del paciente. De esta manera se puede concluir que la relajación es una técnica que puede contribuir a la calidad de vida del paciente que se encuentra sometido a tratamientos de quimioterapia, por lo que es importante conocer dicha técnica.

Morales, Medina y Jurado (1998) reportaron una investigación a través del uso de un paquete de técnicas cognitivo-conductuales (terapia racional emotiva, solución de problemas, control de respiración a través de relajación autógena) para abordar el componente psicológico que forma parte del vértigo, en donde siete personas formaron el grupo experimental y siete el control. La duración del estudio fue de siete semanas, durante las cuales el grupo control participó en sesiones informativas que no se relacionaban con el tratamiento, al término de la misma dichos sujetos recibieron el mismo tratamiento cognitivo-conductual que el grupo experimental. Hubieron diferencias significativas para los reportes de intensidad, duración y frecuencia de los síntomas de vértigo.

Otra técnica psicológica que puede contribuir al mejoramiento del paciente oncológico es la reestructuración cognitiva que presupone que las respuestas manifiestas y las emociones desajustadas están influidas o mediatizadas por las creencias, actitudes y percepción de la realidad que uno se crea (por las cogniciones de la persona).

Al respecto Beck (1995) mencionó que las personas con desajustes psicológicos (como el estrés) hacen predecibles los errores en sus pensamientos, la terapia cognitiva enseña a los pacientes a identificar sus pensamientos disfuncionales, después evaluarlos y modificarlos. El proceso comienza con el reconocimiento de los pensamientos automáticos en una situación específica (como la quimioterapia). Identificar los pensamientos automáticos es una habilidad que viene fácilmente y naturalmente para algunos pacientes y puede ser más difícil para otros.

Beck (1964) refiere que es la forma de pensar con una mayor manifestación de torrentes de pensamientos. Estos pensamientos no son peculiares para la gente con estrés psicológico. La mayor parte del tiempo estamos a penas conscientes de estos pensamientos, aunque con un entrenamiento pequeño podemos traer fácilmente estos pensamientos conscientemente. Cuando llegamos a ser conscientes de nuestros pensamientos, quizá hagamos una revisión realmente si no sufrimos de alguna disfunción psicológica.

Esponáneamente respondemos al pensamiento en una forma productiva.

Esta clase de realidad prueba y responde a pensamientos negativos, es una experiencia común ejemplo: cuando alguien esta leyendo algo que no entiende, puede llegar a un extremo de pensamiento "yo nunca voy a entender eso" se acepta a este último pensamiento como correcto y hay un sentimiento de tristeza pero se puede enseñar a través de la terapia cognitiva a utilizar las emociones negativas como señales para buscar, identificar y evaluar sus pensamientos, de este modo se desarrolla una mayor respuesta adaptativa, ejemplo "esperen un momento, no es necesariamente verdad, que yo nunca pueda entender esto, solo estoy teniendo problemas ahora. Por lo que voy a releer el texto o volveré a este cuando este más fresca y quizá entienda más".

Aunque los pensamientos automáticos son espontáneos, pueden llegar a ser predictibles una vez que el paciente identifique sus creencias.

Estos pensamientos son disfuncionales, esto es que distorsionan la realidad, son emocionalmente distresante y/o interfieren con las habilidades del paciente para llegar a sus metas.

Los pensamientos automáticos son usualmente breves y los pacientes son con frecuencia más conscientes de sus emociones que sienten como resultado del pensamiento a comparación con el pensamiento mismo por ejemplo: un paciente puede ser consciente de sus sentimientos ansiedad, tristeza, irritabilidad, etc. Pero es inconsciente de sus pensamientos automáticos hasta que el terapeuta le pregunte a la paciente.

Las emociones de los pacientes que sienten, son automáticamente conectados al contexto de los pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos con frecuencia son de forma "Telegráficos" pero pueden ser fácilmente explicados claramente cuando el terapeuta pregunta el significado del pensamiento.

Los pensamientos automáticos pueden ser en forma verbal, visual (imágenes) o ambos. Pueden ser evaluados de acuerdo a su validación y a su utilidad. El tipo más común de pensamiento automático es la distorsión en alguna forma y la ocurrencia a pesar de la

evidencia contraria del objetivo, el segundo tipo de pensamiento automático es exacto, pero la conclusión del paciente quizá este distorsionada por ejemplo “no cumplí mi promesa (acuerdo)” es un pensamiento válido pero la conclusión “soy unas mala persona” no es correcta. El tercer tipo de pensamiento automático es también exacto pero decididamente disfuncional por ejemplo: cuando uno va a tener examen y piensa que le va a llevar varias horas (es exacto) pero esto incrementa la ansiedad y decrementa la concentración y la motivación, una respuesta razonable a esto direccionaría a algo útil.

Evaluar la validación y/o la utilidad, para la adaptabilidad va a responder de forma positiva en los pensamientos.

Los pensamientos automáticos no son basados sobre la reflexión o la deliberación.

Los pensamientos relevantes para las personas con problemas, son asociados con emociones específicas dependiendo de su contenido o el significado.

Ante los pensamientos automáticos se reacciona como si fueran de verdad.

Existen tres pasos para el manejo de estos pensamientos automáticos:

1.- Enseñar a identificar el pensamiento automático. Se debe de anotar el pensamiento. Cuando se piensa algo se genera un sentimiento, por lo tanto, tiene que tomarse en cuenta que está influyendo al sentimiento.

2.- Enseñar a evaluarlos. Ver la relación entre pensamiento y sentimiento, cambiar el pensamiento si no es correcto.

3.- Hacer el problema solucionable. Enseñar la utilidad para la adaptabilidad. Desarrollar sus repuestas adaptativas.

Al revisar la literatura consideramos que un paquete de técnicas psicológicas podría ser una adecuada intervención, ya que podría por un lado favorecer el estado emocional de los pacientes, favorecer la adherencia terapéutica, y quizás en menor medida cambiar la percepción de los efectos aversivos de tratamiento

Roscoe, Hickok y Morrow (2000) describen una relación significativa entre las expectativas y las creencias de los pacientes que puede predecir y explicar el grado de variación de la náusea y del vómito entiendo por expectativa una cognición que a su vez actúa como predictor confiable en la presencia de estos síntomas. Es decir, en la medida en que estas expectativas se encuentren basadas en juicios e información errónea provee una oportunidad para una intervención psicológica que ayude a la reducción de los mismos, asimismo las expectativas están relacionadas con la ansiedad y que como cogniciones negativas son un factor instrumental en el desarrollo de la ansiedad.

Por lo tanto, tomando como referencia la literatura reportada se pretendió intervenir el los síntomas físicos y psicológicos de pacientes sometidas a quimioterapia a través de un paquete de técnicas cognitivo-conductual.

Objetivos.

General:

Disminuir el grado de náusea y vómito, así como modificar las emociones desadaptativas, pensamientos disfuncionales, relajación y ansiedad, mediante un paquete de técnicas cognitivo-conductual.

Específicos:

Generar en el paciente un estado de relajación.

Disminuir la ansiedad relacionada con el tratamiento.

Contribuir a los efectos del medicamento antiemético.

Evitar el abandono al tratamiento médico.

Contribuir a que el paciente aumente su estado de bienestar durante el tratamiento médico.

Pregunta de investigación.

¿Es posible disminuir el grado de náusea y vómito provocados por la quimioterapia, a través de la técnica de relajación y manejo de emociones mediante la modificación de pensamientos automáticos?

¿Es posible modificar los aspectos psicológicos relacionados con la quimioterapia como son: estado de relajación a través de la temperatura periférica, ansiedad, pensamientos automáticos funcionales y disfuncionales y emociones adaptativas y desadaptativas; mediante la técnica de relajación y el manejo de emociones mediante la modificación de pensamientos automáticos?

Variables.

Variables independientes.

1.- Técnica de relajación.

a) Definición Conceptual. Caballo (1995), mencionó que es la inclusión de técnicas psicofisiológicas como:

Imaginería. Producción de una representación ecubierta o mental de un estímulo externo.

Autógena. Es el autocondicionamiento mediante el cual se consigue introducir en la mente.

Respiración Diafragmática. La influencia del bienestar físico y psicológico a través de las respiración profunda diafragmática.

b) Definición Operacional. Proceso de veinte minutos combinando las técnicas; respiración diafragmática, imaginería y autógena.

2.- Manejo de pensamientos automáticos y emociones.

a) Definición Conceptual. Beck (1995), mencionó que es el proceso cognitivo que modifica los pensamientos negativos por positivos a través de identificarlos y evaluarlos.

b) Definición Operacional. Proceso cognitivo para la modificación de pensamientos disfuncionales y funcionales y emociones desapadtativas y adaptativas de cada paciente.

Variables dependientes.

1.- Nausea

a) Definición Conceptual. Roscoe, Hickok y Morrow (2000), mencionaron que son sentimiento displacentero subjetivo que señala vómito gástrico disminuido y reducido de peristalsis.

b) Definición Operacional. Autoreporte de la severidad de nausea.

2.- Vómito

a) Definición Conceptual. Roscoe, Hickok y Morrow (2000), mencionaron que es la presión causada por acumulación de contenido gástrico a través de la acción sometida de los músculos abdominales y la apertura de la cardia gástrica.

b) Definición Operacional. Autoreporte del número de episodios de vómito

3.- Ansiedad

a) definición Conceptual.(Beck 1995), mencionó que es la tensión emocional que resulta cuando las personas piensan que su valor como individuo está siendo amenazada.

b) Definición Operacional. Respuestas de la escala de ansiedad de Beck

4.-Pensamientos automáticos

a) Definición Conceptual. Beck (1995), mencionó que es la forma de pensar con una mayor manifestación de excesivos pensamientos, los cuales no tenemos presentes de

una manera conciente. El tipo más frecuente de pensamientos automáticos son los disfuncionales, los cuales distorsionan en alguna forma, la realidad.

b) Definición Operacional. Registro de pensamientos funcionales y disfuncionales (según la clasificación de Beck)

5.- Emociones

a) Definición Conceptual. Greenberg y Paivio (2000), mencionaron que las emociones no son ni racionales, ni irracionales, son adaptativas, son señales internas que nos dirigen para poder mantenernos vivos. Necesitamos de la emoción, para que sepamos que es lo que nos está afectando y para establecer una meta de modo que podamos alcanzarla.. Las emociones pueden ser conceptualizadas como :

Primarias adaptativas.- son estados fundamentales en los que el valor adaptativo está claro, como la tristeza ante una pérdida, miedo ante un peligro.

Primarias desadaptativas.- son respuestas que se han vuelto disfuncionales como el fracaso, sentirse inútil, etc.

Emociones secundarias desadaptativas.- son respuestas secundarias ante ciertas respuestas emocionales primarias, tales como expresar enfado secundario cuando lo primero que se sintió fue miedo.

b) Definición Operacional. Registro de emociones primarias y secundarias adaptativas- desadaptativas

(según la clasificación de Greenberg)

6.- Temperatura periférica

a) Definición Conceptual.- Es la manifestación de la actividad vasomotora y de las glándulas ecrinas cuando el cuerpo reacciona ante un estímulo.

b)Definición Operacional. Registro de temperatura periférica a través de termómetro digital.

Método.

Sujetos

Tres pacientes de sexo femenino.

Criterios de inclusión:

- Edad entre 30 y 38 años
- Estado civil indistinto
- Escolaridad mínima de primaria
- Diagnóstico de cáncer de mama localmente avanzado en estadio III de tamaño dos (T2), sin nódulos (N0)
- Tipo de tratamiento quimioterapia neo-adyuvante
- Tratamiento ambulatorio

Criterios de exclusión:

- Sin diagnóstico de enfermedad mental
- No estar internadas en el hospital

Situación de aplicación

La intervención se realizó en el servicio de oncología del Hospital Juárez de México.

Instrumentos

- ❖ Escala de ansiedad de Beck. Es un instrumento autoaplicable que mide ansiedad, consta de 21 reactivos, cada uno de los cuales se califican en una escala de 4 puntos, en donde cero significa “poco o nada” y tres “severamente” del síntoma en cuestión. Presenta una alta consistencia interna (alfa .84 y .83), en población mexicana (anexo 1). (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998).
- ❖ Hojas de registro de pensamientos automáticos disfuncionales y emociones desadaptativas. (anexo 2)

- ❖ Hoja de registro de pensamientos automáticos funcionales y emociones adaptativas. (anexo 3)
- ❖ Hoja de autoregistro de náusea y vómito. (anexo 4)
- ❖ Hoja de registro de temperatura periférica. (anexo 5)
- ❖ Termómetro digital de temperatura periférica.

Diseño

Uno de los diseños en los que se puede observar tanto cambios conductuales como clínicos en las personas son los llamados “diseños individuales” (Doménech 1993, p..3), ya que el sujeto es su propio control por tal razón, se utilizó el diseño para un solo sujeto $n= 1$ (tres casos), A-B. Para las variables de pensamientos, emociones, temperatura periférica, vómito y náusea.

Por otro lado para la variable de ansiedad se utilizó Pre-Post, debido a que no se puede utilizar un instrumento para medir, en periodos cortos y para medir dicha variable se utilizó el instrumento de la escala de ansiedad de Beck.

Procedimiento

La investigación se llevó a cabo durante cuatro meses, lo cual está basado en el tiempo que duró el tratamiento quimioterapéutico.

Se acudió a consulta externa del servicio de mama de oncología con la finalidad de captar a los pacientes a quienes se les había dado en el momento, el diagnóstico de cáncer, así mismo se procedió a escoger a aquellas pacientes que cubrieran con los criterios de exclusión, quedando la muestra conformada por tres pacientes, cabe mencionar que cada una de las mujeres fue captada en diferentes días. Una vez que se tuvo contacto con cada una de ellas se les invitó a participar en la investigación. Posteriormente se citó a las pacientes de manera individual a acudir a un consultorio de consulta externa de oncología, para desarrollar el proyecto.

El procedimiento se dividió en tres etapas, las cuales se describen a continuación:

ETAPA I. LINEA BASE.

La línea base estuvo conformada por tres registros de cada una de las variables dependientes.

El primer registro, se tomó dos días antes de que la paciente acudiera a su primer tratamiento de quimioterapia; cabe mencionar que en este mismo día se realizó el pretest para la variable de ansiedad, por lo que se le dio a contestar a la paciente, la Escala de Ansiedad de Beck. El segundo registro fue un día antes del primer ciclo de quimioterapia, el tercero fue durante dicho ciclo, además de que en esta fase se inició el registro de línea base para las variables de náusea y vómito, los dos registros restantes fueron obtenidos a través del autoregistro de la paciente en los dos días siguientes a su quimioterapia.

Para obtener el registro de la variable de temperatura periférica, a la paciente se le colocó entre el dedo pulgar y el índice de su mano derecha, el termómetro digital de temperatura periférica y se procedió a registrar cada tres minutos durante veinte minutos su temperatura, pidiéndole que se le relajara, como ella supiera.

Para las variables de pensamientos automáticos, así como de emociones, se tuvo una entrevista con la paciente y durante está, el investigador detectó y anotó en el formato de pensamientos automáticos (ver anexo 1), tanto negativos como positivos, y lo mismo realizó para las emociones.

Para las variables de náusea y vómito, se le entregó y se le explicó a la paciente como deberían de llenar el formato de registro de dichas variables (ver anexo 4 y 5) , con la finalidad de que ellas mismas lo realizaran.

ETAPA II. ENTRENAMIENTO.

Ésta etapa se dividió en dos periodos. El primero fue una semana después del primer ciclo de quimioterapia y dos semanas antes de su segundo ciclo. El periodo dos se llevó a cabo una semana después de su segunda quimioterapia y dos semanas antes del tercer tratamiento.

Cada periodo de entrenamiento se desarrolló durante dos semanas, en donde cada una de estas, se dividió en una sesión de dos horas, por lo que en total se dieron cuatro sesiones (es importante mencionar que tanto el tiempo como los periodos de distribución estuvieron sujetos a la disponibilidad de la paciente, así como a los ciclos de quimioterapia, estos últimos se daban cada 28 días), hasta completar cuatro tratamientos de quimioterapia.

En cada sesión se estableció rapport con la finalidad de que se diera un ambiente de confianza. Durante la primera fase de entrenamiento se le enseñó y se le aplicó a la paciente la técnica de relajación (ver anexo 6), mientras esto sucedía se le registro su temperatura periférica cada tres minutos durante veinte minutos, además se le dejó la labor de que ella practicara en su casa lo que aprendió.

Para los pensamientos automáticos y emociones; se llevó a cabo la primera, la segunda y tercera parte del programa de actividades en cuestión (ver anexo 7), en donde se introdujo al tema de pensamientos automáticos, se le relacionó con las emociones, se enseñó la identificación de ambas variables y se le explicó la etapa de hacerlos solucionables; mientras se le dio a la paciente todo este proceso, al mismo tiempo se registró en base a los formato diseñados para este fin (ver anexos 1, 2, y 3), los P.A y las emociones, además de que se le indicó como hacerlo en su casa..

En la segunda fase del entrenamiento, se reforzó la técnica de relajación a través de monitoreo y se registró su temperatura periférica.

Con respecto a los pensamientos automáticos y emociones, se llevó a cabo la etapa 4, 5, 6, 7 y 8 del programa de actividades (ver anexo 7), en donde se reforzó lo aprendido, se realizó el monitoreo y el modelamiento y se realizó el registro.

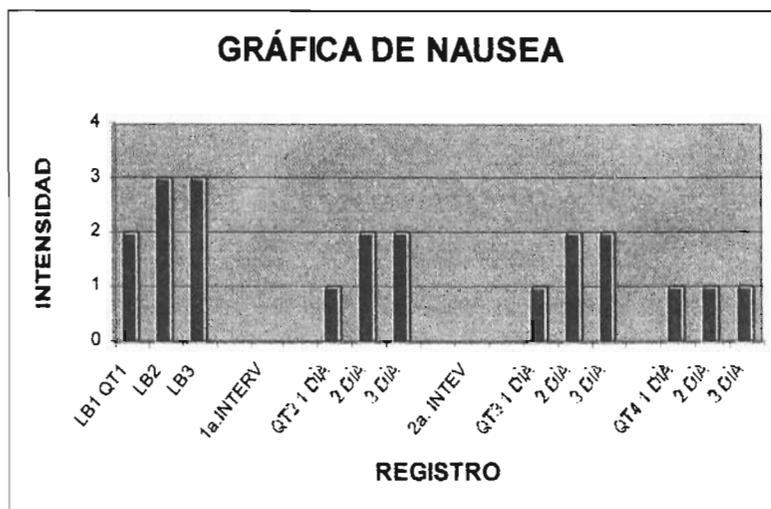
La paciente se sometió al segundo y tercer ciclo de quimioterapia, en esta segunda etapa de la investigación, por lo que se procedió a registrar la temperatura periférica obtenida de la relajación de la paciente, los pensamientos automáticos y la emociones durante estos dos ciclos, por otra parte se le solicitó a la paciente que registrara en los formatos para tal efecto (ver anexos 4 y 5), su frecuencia de vómito e intensidad de náusea el día que se le aplicó su tratamiento y dos días posteriores a esto.

ETAPA III. SEGUIMIENTO.

Se llevó a cabo el seguimiento de las variables dependientes después de haber concluido la fase de entrenamiento, por lo que en el cuarto ciclo de quimioterapia, solo se le registró la temperatura periférica obtenida de la relajación de la paciente, los pensamientos automáticos y la emociones, por otra parte se le solicitó a la paciente que registrara en los formatos para tal efecto (ver anexos 4 y 5), su frecuencia de vómito e intensidad de náusea en día que se le aplicó su tratamiento y dos días posteriores. Y por último se obtuvo el posttest de la variable ansiedad, a través de la segunda aplicación del inventario de ansiedad de Beck.

RESULTADOS

PACIENTE A



1 Sin nausea

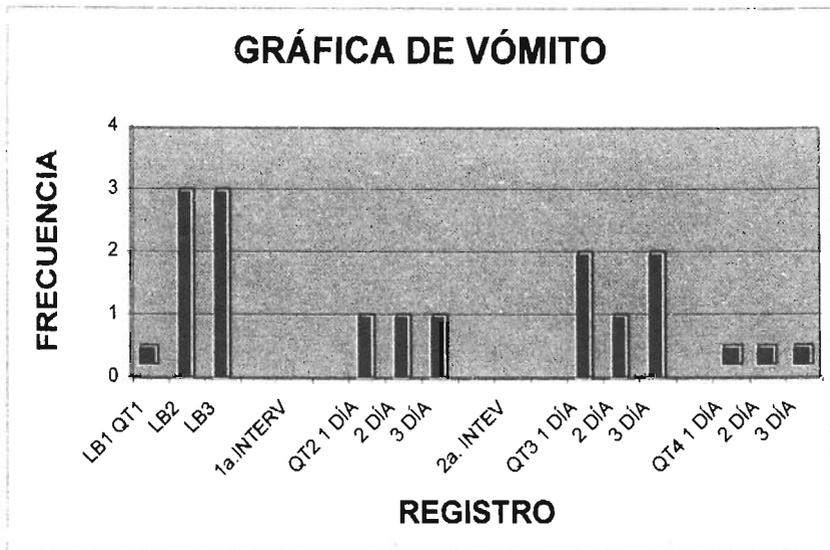
2 Poca nausea

3 Mucha nausea

La paciente mostró en la línea base, un aumento de nausea; el cual consistió en que del primer registro a los otros dos siguientes cambió de no presentar nausea a tener mucha nausea.

Después de la primera y segunda intervención (segundo y tercer ciclo de quimioterapia), la nausea de la paciente, se presentó de la misma manera, es decir, paso de no tener nausea a presentar poca nausea.

Posteriormente a las dos intervenciones y durante el seguimiento (cuarto ciclo de quimioterapia), la paciente dejó de presentar nausea por completo.

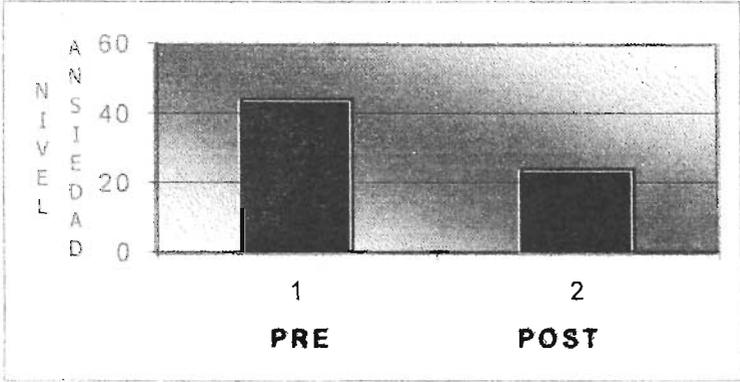


En esta gráfica la paciente la paciente mostró en la línea base, un aumento de vómito; el cual consistió en que del primer registro a los otros dos siguientes, cambió de cero vómito a tres por día.

Después de la primera intervención y durante el segundo ciclo de quimioterapia, la frecuencia de vómito se mantuvo en uno.

Posterior a la segunda intervención y durante el tercer ciclo de quimioterapia, la frecuencia oscilo entre uno y dos episodios de vómito.

Durante la fase de seguimiento y durante el cuarto ciclo de quimioterapia, la paciente dejó de presentar por completo vómito.



Se observa claramente el decremento del nivel de ansiedad en el pretest al posttest indicando ansiedad moderada a ansiedad leve.

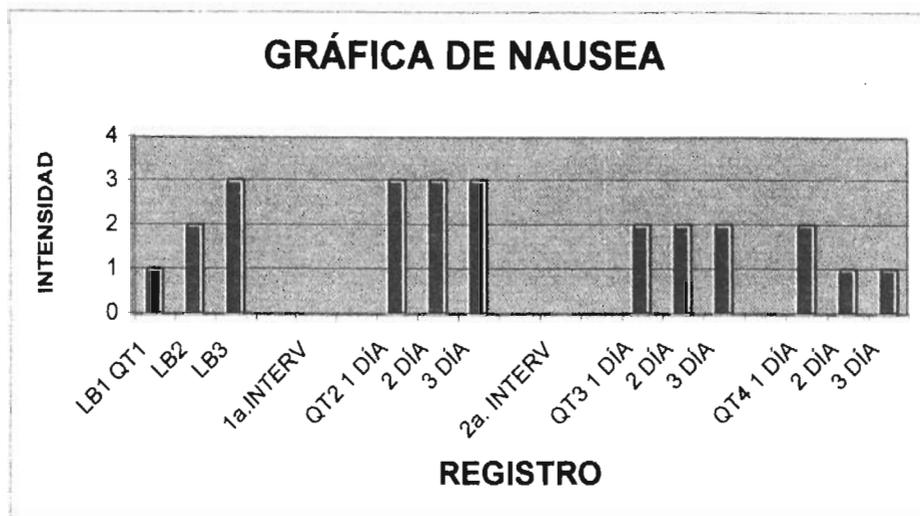
	EMOCION PRIMARIA ADAPTATIVA	EMOCION PRIMARIA DESAPTATIVA	EMOCION SECUNDARIA DESADTATIV
LB1	1 tristeza por pérdida	2 vergüenza, miedo	3 indefensión, desesperanza, enojo
LB2	0	1 vergüenza	2 desesperanza, indefensión
LB3QT1	0	0	3 desesperanza, indefensión, deseperación
INTERV1	0	1 vergüenza	0
QT2	1 control de situación	0	1 desesperanza
INTERV2	1 control de situación	0	1 indefensión
QT3SEG	1 control de situación	0	0
QT4SEG	3 control de situación, esperanza	0	1 indefensión

En esta tabla se muestra que las emociones primarias adaptativas van en aumento a partir de la intervención, alcanzando un número máximo de tres. Por otro lado se observa una disminución de las emociones primarias y secundarias desadaptativas a partir del mismo momento que aumentan las adaptativas.

REGISTRO	PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES	PENSAMIENTOS FUNCIONALES
LB1	3	2
LB2	4	0
LB3QT1	3	0
INTERVENCION1	1	2
QUIMIOTERAPIA2	1	1
INTERVENCION2	1	2
QUIMIOTERAPIA3	1	2
QUIMIOTERAPIA 4 SEGUIMIENTO	0	3

Esta tabla muestra una disminución de los pensamientos disfuncionales e incremento de los funcionales a partir de la intervención.

PACIENTE B



1 Sin nausea

2 Poca nausea

3 Mucha nausea

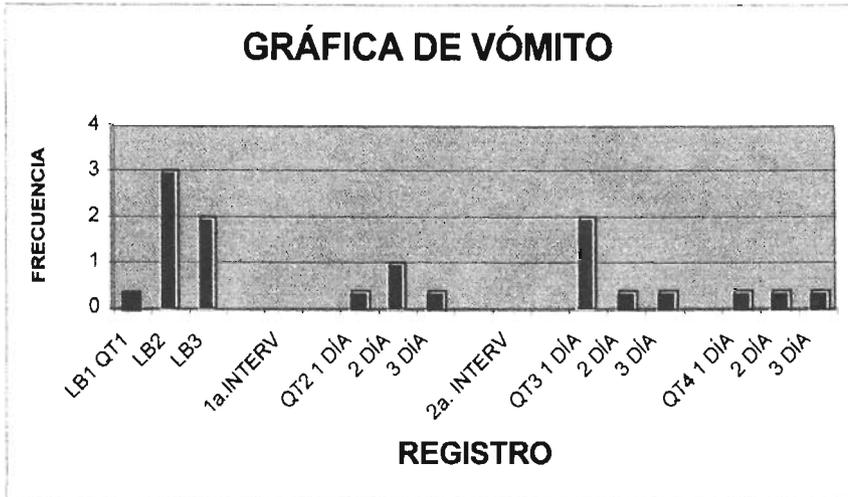
La paciente mostró un aumento progresivo de nausea, el cual consistió en que en el primer registró no manifestó ninguna intensidad, en el segundo tuvo poca nausea y en el tercero mucha.

Después de la primera intervención (segundo y tercer ciclo de quimioterapia), la nausea de la paciente la intensidad en mucha nausea.

Posterior a la segunda intervención se volvió a dar una intensidad uniforme, pero en esta ocasión fue de poca nausea.

Y por último durante la fase de seguimiento (cuarto ciclo de quimioterapia), hubo una disminución de poca nausea a no presentarla.

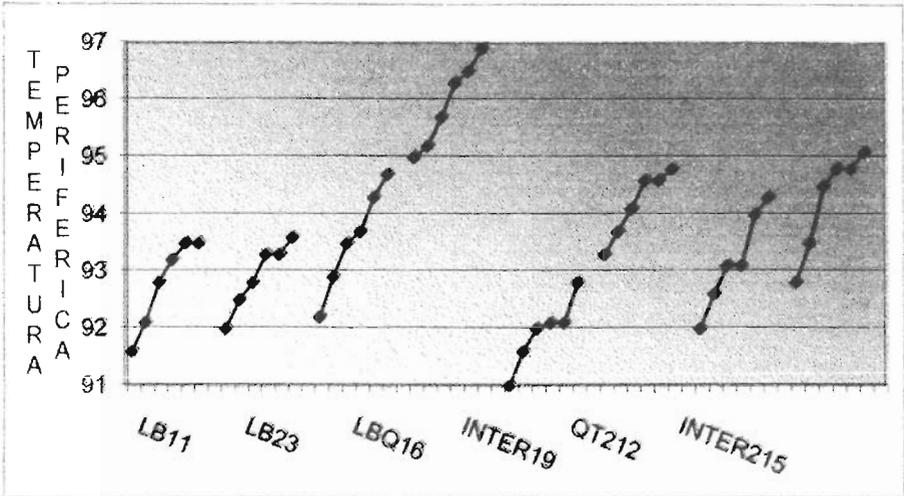
En general esta paciente a pesar de que después de la primera intervención se mantuvo con mucha nausea, su intensidad disminuyó al finalizar todo el procedimiento.



En esta gráfica la paciente mostró en la línea base un aumento, el cual consistió en que en el primer registro no presentó vómito, en el segundo tuvo tres episodios de vómito y en el tercero disminuyó a dos.

Después de la primera intervención y durante el segundo y tercer ciclo de quimioterapia, la frecuencia de vómito osciló entre cero vómito a uno.

Posterior a la segunda intervención la paciente pasó de tener dos episodios de vómito a ninguno y de esta manera se mantuvo en el seguimiento, quedando eliminado por completo la frecuencia de vómito.



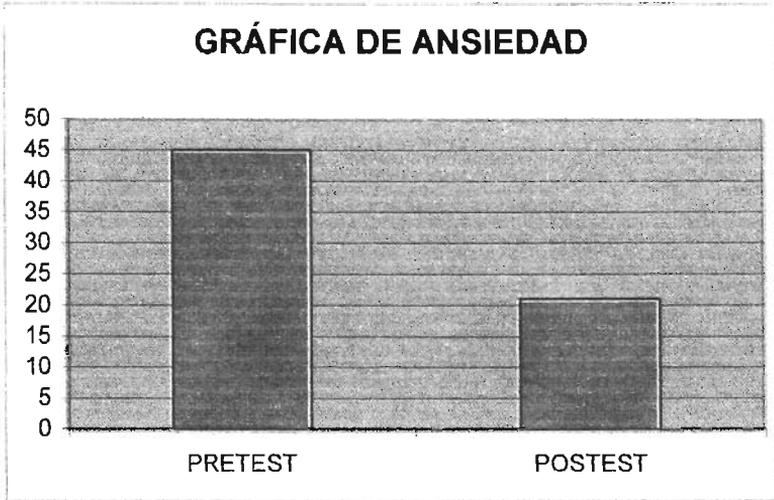
Las temperaturas alcanzadas en las líneas bases en general son menores al resto del registro, comenzando con la primera intervención, en donde la paciente empieza con un registro elevado y alcanza uno mayor. Cabe señalar que después de su primera intervención hay un inicio de temperatura baja y aunque logra elevarla hay un descenso en su segundo ciclo de quimioterapia; no obstante, en el resto de sus ciclos, su temperatura se vuelve a elevar.

	EMOCION PRIMARIA ADAPTATIVA	EMOCION PRIMARIA DESAPTATIVA	EMOCION SECUNDARIA DESADTATIV
LB1	0	0	2 rabia, desesperanza
LB2	0	0	3 Culpabilidad, inseguridad, indefención
LB3QT1	1 miedo ante la pérdida	0	2 rabia, desesperación
INTERV1	1 control de situación	0	2desesperación desesperanza
QT2	0	0	1
INTERV2	2 control de situación, esperanza	0	1 indefención
QT3SEG	3 control de situación, esperanza, tranquilidad	0	1 indefención
QT4SEG	2 control de situación, esperanza	0	1 inseguridad

En esta tabla se muestra que las emociones primarias adaptativas van en aumento, alcanzando un número máximo de dos. Por otro lado se observa una disminución de las emociones primarias y secundarias desadaptativas

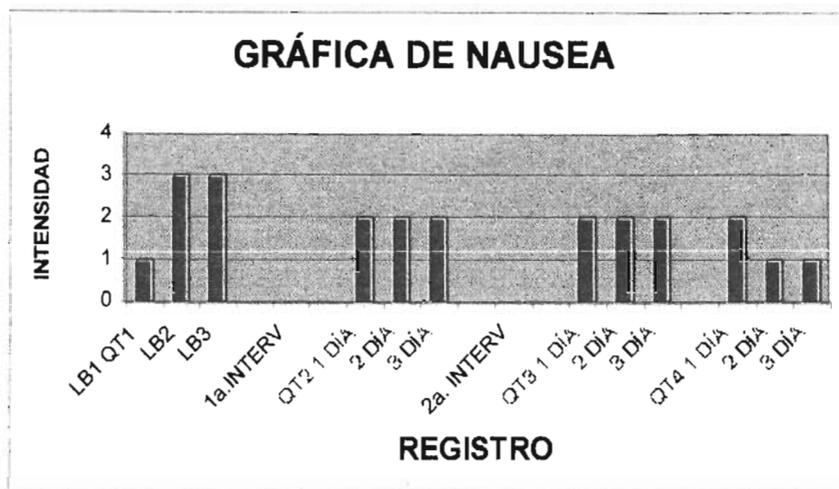
REGISTRO	PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES	PENSAMIENTOS FUNCIONALES
LB1	2	0
LB2	3	0
LB3QT1	2	1
INTERVENCION1	2	1
QUIMIOTERAPIA2	1	0
INTERVENCION2	1	2
QUIMIOTERAPIA3	2	3
QUIMIOTERAPIA 4 SEGUIMIENTO	0	2

En esta tabla se puede observar la disminución de los pensamientos negativos y el aumento de los positivos al final, lo cual se efectuó en el transcurso de la investigación.



Se observa claramente el decremento del nivel de ansiedad en el pretest al posttest indicando ansiedad moderada a inexistente.

PACIENTE C



1 Sin nausea

2 Poca nausea

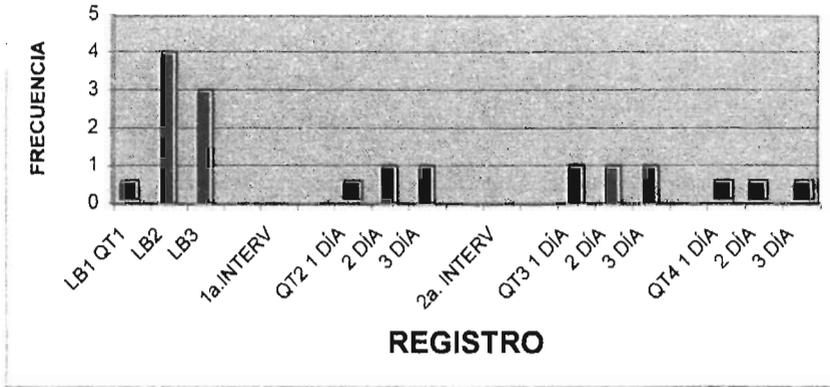
3 Mucha nausea

La paciente mostró un aumento de la intensidad de nausea, el cual consistió en que en el primer registró no manifestó ningún malestar y en el segundo y tercero se elevó a mucha nausea.

Después de la primera intervención (segundo y tercer ciclo de quimioterapia), así como posterior de la segunda la nausea todo el tiempo se mantuvo en poca intensidad.

Y por último durante la fase de seguimiento (cuarto ciclo de quimioterapia), pasó de poca nausea no manifestar ningún malestar.

GRÁFICA DE VÓMITO

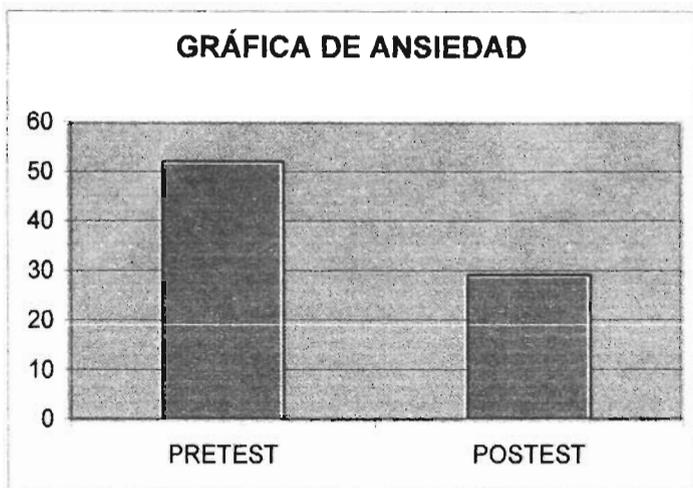


Durante el registro de línea base, la paciente se condujo de la siguiente manera: durante el primer día no manifestó malestar de este tipo, después tuvo cuatro episodios de vómito y durante el tercer registro vomitó tres veces.

Posterior a la primera intervención y durante el segundo ciclo de quimioterapia, la paciente pasó de no tener ningún vómito el primer día a presentar un episodio durante los dos restantes días.

Después de la segunda intervención y durante el tercer ciclo de quimioterapia, la frecuencia del vómito se mantuvo en un episodio por día.

Por último durante la fase de seguimiento, se dejó de presentar por completo el vómito.



Se observa claramente el decremento del nivel de ansiedad en el pretest al posttest indicando ansiedad moderada a ansiedad leve.

	EMOCION PRIMARIA ADAPTATIVA	EMOCION PRIMARIA DESAPTATIVA	EMOCION SECUNDARIA DESADTATIV
LB1	1 tristeza ante la pérdida	2 verguenza, miedo	0
LB2	1 tristeza ante la pérdida	1 vergüenza	0
LB3QT1	0	0	2 rabia, desesperanza
INTERV1	0	1 miedo	3 rabia, desesperanza, indefención
QT2	4 control de situación, esperanza, tranquilidad	0	3deseperación, desesperanza, miedo
INTERV2	3 control de situación, esperanza, tranquilidad	0	1 rabia
QT3SEG	2control de situación, esperanza	0	0
QT4SEG	3 control de situación, esperanza, tranquilidad	0	0

En esta tabla se muestra que las emociones primarias adaptativas van en aumento, alcanzando un número máximo de tres. Por otro lado se observa una disminución de las emociones primarias y secundarias desadaptativas

REGISTRO	PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES	PENSAMIENTOS FUNCIONALES
LB1	3	1
LB2	1	1
LB3QT1	2	0
INTERVENCION1	4	0
QUIMIOTERAPIA2	3	4
INTERVENCION2	1	3
QUIMIOTERAPIA3	0	2
QUIMIOTERAPIA 4 SEGUIMIENTO	1	3

En esta tabla se puede observar la disminución de los pensamientos negativos y el aumento de los positivos al final, lo cual se efectuó en el transcurso de la investigación.

CONCLUSIONES

Es evidente que los efectos bioquímicos del tratamiento quimioterapéutico producen síntomas físicos, como son la náusea y vómito entre otros, ya que se llega a afectar tanto a las células malas (cáncer) como a las buenas, no obstante, el estado emocional contribuye en el aumento o disminución de estos, al respecto Almaier, et al (1984) mencionó que la ansiedad refuerza dichos síntomas, lo cual se corroboró en esta investigación, ya que a través de la combinación de las técnicas de relajación y el manejo de las emociones a través del manejo de los pensamientos automáticos se produjeron cambios clínicos; es decir, en los tres casos reportados la ansiedad se redujo, en el primer y tercer caso fue de moderada a leve, y en el segundo de moderada a inexistente, por lo que al disminuir dicho síntoma psicológico se pudo contribuir a la reducción de las náuseas y vómitos de las tres pacientes.

Así mismo a pesar de que Millar y Cohen (2001), manifestaron que la técnica de relajación tiene poca capacidad de efecto favorable para un cambio de síntomas, en el presente estudio se pudo observar que en la utilización de dicha técnica surtió efecto en el estado de relajación de las pacientes, lo cual se pudo comprobar tanto con el aumento de temperatura periférica que se registraba en cada sesión, así como en la disminución de ansiedad.

Otro factor importante que ayuda al mejoramiento psicológico y físico del cáncer, según reportaron Millar y Cohen (2001), es la reestructuración cognoscitiva, Zumaya (1993) y Beck (1995) la cual propone que las respuestas manifiestas y emociones desajustadas están influidas o mediatizadas por las creencias que uno tiene de acuerdo a la realidad que interpretamos, por lo que al modificar esa realidad a través de los pensamientos, por ende cambiamos lo que sentimos y la conducta hacia lo que nos daña, de esta manera en esta investigación se modificó los pensamientos automáticos y emociones, lo anterior dio como resultado la disminución de pensamientos automáticos disfuncionales, el aumento de los funcionales, así como la reducción de las emociones desadaptativas y el aumento de las adaptativas.

Cabe mencionar que los tres casos marcaron una tendencia similar en cada uno de los registros; es decir, la mejoría de los resultados no se dio inmediatamente después de las intervenciones, si no se observaron un tiempo después, ya que los cambios se muestran con mayor claridad en los últimos registros, lo cual puede deberse a que el aprendizaje y la modificación de la conducta requiere de tiempo para llevarse a cabo.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Debido a que el diseño es A-B, se considera un estudio correlacional, según Barlow y Hersen (1973). Citado en Doménech (1993), la introducción de las variables independientes manejadas en este estudio, no garantizan que fueron las únicas en producir efectos, por lo que se sugiere un diseño A-B-A, lo cual no se pudo realizar por falta de control de variables como: espacio físico, ruido, tiempo. Para obtener resultados cuantitativos y no solo cualitativos.

Se sugiere realizar un estudio por cada variable dependiente con la misma combinación de técnicas con la finalidad de observar con mayor precisión la interacción de cada variable dependiente con la independiente.

II. Actividades académicas

Clases. Durante los primeros meses se acudió a clases junto con los residentes de oncología y rotantes de otros servicios, impartidas por el jefe de servicio de oncología el Dr. Francisco García Rodríguez, donde se obtuvieron los conocimientos básicos acerca de la etiología del cáncer, la epidemiología, los diferentes tratamientos que existen para el cáncer.

Tutorías. Las tutorías se impartieron cada jueves de manera grupal de todos los residentes de medicina conductual y/o en ocasiones de manera individual. Dichas tutorías las realizaba la supervisora in situ Bertha Molina Zepeda.

Se revisaban material de lectura con enfoque cognitivo, se realizaban exposiciones de temas cognitivo-conductual, así mismo se revisaban casos clínicos.

Sesiones psicológicas. Cada miembro del departamento de psicología, así como cada uno de los residentes de medicina conductual participaban presentando un caso clínico psicológico, los días miércoles en donde se expone un caso por cada sesión, siendo cuatro sesiones por mes.

A continuación se presenta el caso clínico que se expuso en una de las sesiones psicológicas, con el fin de ilustrar como se trabajaba en dicha sesiones; y obtener de esta manera la retroalimentación del equipo de psicólogos; cabe mencionar que cuando se presentó este, aún se estaba trabajando con la paciente; sin embargo, no se pudo continuar el trabajo y obtener resultados porque la paciente ya no pudo acudir.

Ficha de identificación

Nombre: B.E.C.R

Edad: 29 años

Fecha de nacimiento: 10 de mayo de 1971

Ocupación : Secretaria de escuela primaria

Escolaridad: Bachillerato/carrera técnica de secretariado en computación.

Edo. Civil: Soltera

Religión: Católica.

Lugar de origen: Toluca Edo. De México.

Lugar de residencia: El mismo.

Diagnóstico médico:

Quiste de ovario

Motivo de consulta:

Pensamientos de muerte por su intervención quirúrgica y miedo por la misma situación.

Impresión general:

Al momento de la entrevista la paciente se encuentra orientada, en tiempo, espacio y persona. Físicamente aparenta menor edad a la cronológica. Se muestra cooperadora. Impresiona como una persona con adecuados recursos intelectuales. Su lenguaje es fluido y su discurso congruente y lógico, sin embargo hay pensamientos automáticos frecuentes de catastrofización y muerte, los cuales generalmente están acompañados de llanto. Se muestra conducta evitativa en cuanto a temas personales. En general predomina una actitud fatalista ante su vida y se observa que sus estrategias de afrontamiento son evitativas.

Antecedentes:

La paciente empezó a presentar alteraciones en su menstruación hace cinco años, las cuales se manifestaban con dolor e irregularidad en el ciclo, no tomó en cuenta estas molestias y tampoco las refirió por temor a que le dijeran que tenía algo malo, así se mantuvo hasta hace un mes que se agudizaron sus molestias, presentando síntomas de vómito cuando

ingería alimentos, a partir de ese momento solicita a un médico quien la revisa y le diagnostica un quiste en el ovario. Por tal motivo la internan en el hospital Juárez de México para llevarla a cirugía. Cuando la paciente se entera de dicho internamiento refiere que empieza a despedirse de sus familiares con la idea de que ya no iba a regresar a verlos, creyendo que se iba a morir en la cirugía.

Una vez hospitalizada y antes de la cirugía se le entrevista en hospitalización como parte de la consulta interna con la finalidad de cubrir la atención psicológica que se le proporciona a las pacientes del servicio de oncología.

Durante la entrevista se detectaron ideas catastrofizantes y temor a morir en la cirugía, presentando llanto al momento de referirse a esto. Así mismo se identificó que la paciente no estaba conforme con su estilo de vida actual. Al momento de su discurso se presentaron conductas de ansiedad caracterizados por: frote de manos constantes y llanto fácil.

Antecedentes personales:

Área académica laboral.

Cursó todos sus estudios con buenas calificaciones sin reprobar, sin embargo cuando intento estudiar la licenciatura de ingeniería en computación tuvo problemas con las matemáticas, manifestando que es y fue la materia que más trabajo le cuesta, motivo por el cual decidió salirse de la licenciatura. Posteriormente trabajo en el negocio de su papá (una tapicería), después de esos tres años inició la carrera técnica de secretariado en computación, llevándola a término, inmediatamente trabajo en SEDESOL como secretaria donde duro dos años y medio debido a que el tiempo de traslado a su hogar era mucho. Actualmente trabaja como secretaria en una escuela primaria.

Área familiar.

La paciente es la cuarta de diez hijos de los cuales la mayoría están casados a excepción de los más chicos y ella. Refiere que últimamente ha habido más convivencia con sus padres y principalmente con la madre, lo cual no se daba anteriormente debido a que eran muchos en la familia por lo que la comunicación no era muy frecuente. Menciona que en cierta ocasión

le confesó a su mamá algo que le había sucedido cuando tenía ocho años, pero su mamá no le hizo caso (la paciente no quiso hablar del evento).

Refiere que, en las ocasiones en las que se ha disgustado con su madre es porque las cosas de su casa no están acomodadas de acuerdo a como la paciente las dejó, dice que se angustia mucho a ver desorden y se pone a gritar, lo cual no lo puede evitar.

Área social y sexual.

La paciente refiere solo haber tenido dos novios, uno en la preparatoria con el cuál duró dos años y medio pero terminó con él porque le empezó a hablar de matrimonio y ella no quería casarse. Posteriormente, cuando trabajó en SEDESOL, tuvo un novio con el cual duró un año y terminó por la misma razón que el anterior. Ella manifiesta tener miedo de estar con un hombre por lo que no ha tenido relaciones sexuales.

Actualmente menciona que los hombres que la pretenden son más chicos que ella y eso no le agrada.

Impresión diagnóstica psicológica.

Eje I.

- 1.- Trastorno de ansiedad generalizada
- 2.- Trastorno de estrés postraumático

Eje II.

Patrón de personalidad por evitación.

Eje III.

Quiste ovárico

Eje IV.

Problemas relativos a relaciones interpersonales.

Eje V.

51-60 Síntomas moderados y dificultad en la actividad social.

Tratamiento:

Manejo conductual para los pensamientos negativos.

Manejo conductual a través de la relajación para la ansiedad

Manejo de emociones para las relaciones interpersonales.

Resultados:

No se obtuvieron resultados ya que la paciente después de que se le dio de alta no acudió a las sesiones terapéuticas debido a que residía en Toluca.

Sesiones médicas. Dichas sesiones estaban realizadas por los médicos del área de oncología junto con el área de cirugía reconstructiva, con la finalidad de llegar a un acuerdo a través de las diversas opiniones de los médicos, de la cirugía que se le practicaría al paciente para extraer el tumor maligno o reconstruirlo posoperado. Dichas sesiones se realizaban en presencia del paciente, lo cual provocaba la ansiedad del paciente requiriendo en varias ocasiones la intervención psicológica.

Pase de visita médica. Se realizaba todos los días junto con el equipo médico de oncología, en donde se discutían los casos y se veía la evolución de la enfermedad tanto médico, social y psicológico.

Elaboración de notas clínicas psicológicas. Se realizaba cada nota después de haber intervenido con el paciente. El formato que se utilizaba era el SOAP:

Subjetivo.- lo que reporta el paciente.

Objetivo.- lo que observa el terapeuta.

Análisis.- la conclusión de lo subjetivo con lo objetivo, en donde se ponía el probable diagnóstico.

Plan.- la intervención que se realizó y/o la que se iba a realizar.

Nota psicológica clínica

Paciente de sexo masculino de 42 años de edad, casado, con tres hijos; el cual cursa con diagnóstico de cáncer de laringe.

S: el paciente menciona tener un tumorcito maligno que sabe que lo pueden operar y que no va a poder hablar nada más que con el estómago, pero que prefiere eso que morir ya que tiene una familia por quien responder.

O: se encuentra ubicado en tiempo, espacio y persona, su discurso es congruente con sus emociones, su pensamiento es lógico, no se observan alteraciones sensoriales, ante la entrevista se muestra cooperados. Hay conciencia de enfermedad, su proceso cognoscitivo domina sobre su expresión emocional. Su red de apoyo familiar es adecuada.

A: Hay supresión emocional.

P: Manejo de emociones.

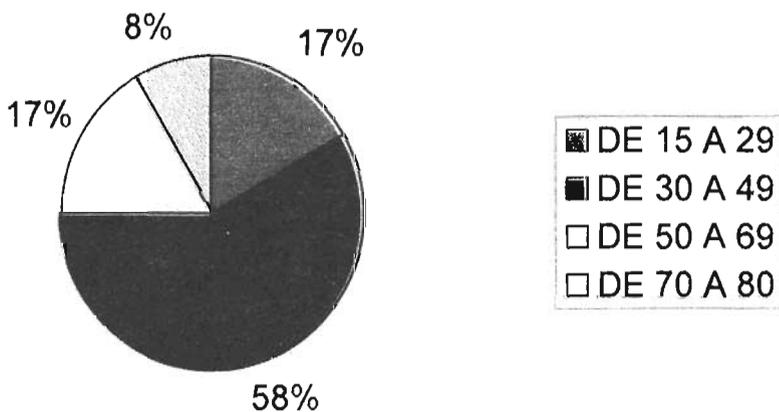
III. Atención psicológica

Se atendieron aproximadamente 180 pacientes. A continuación se presenta las características sociodemográficas, los diagnósticos médicos y psicológicos más frecuentes, así como los tratamientos manejados en el área de psicología.

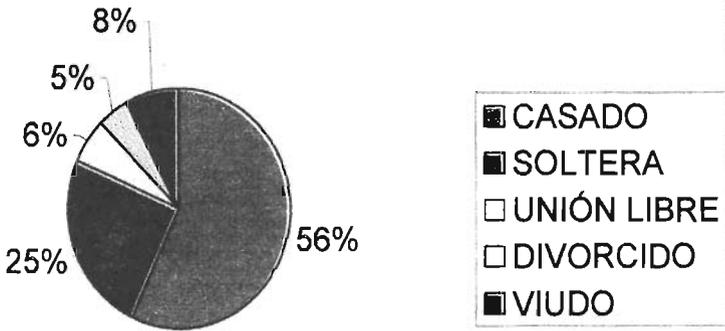
SEXO DE LOS PACIENTES



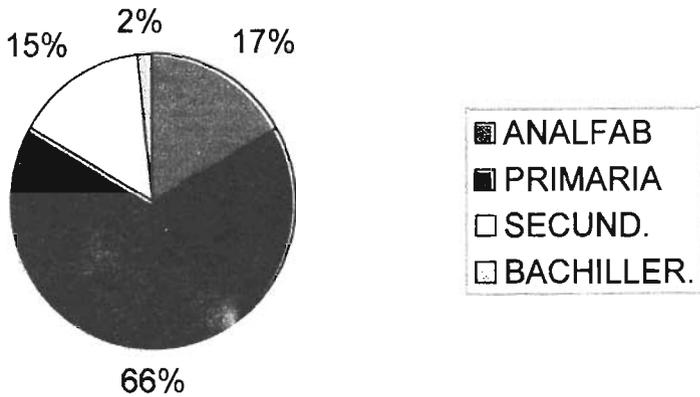
RANGO DE EDAD



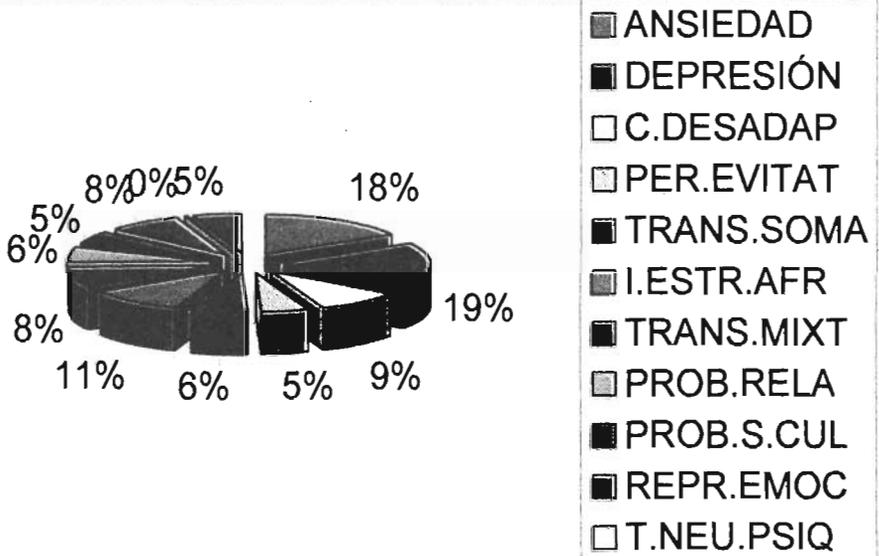
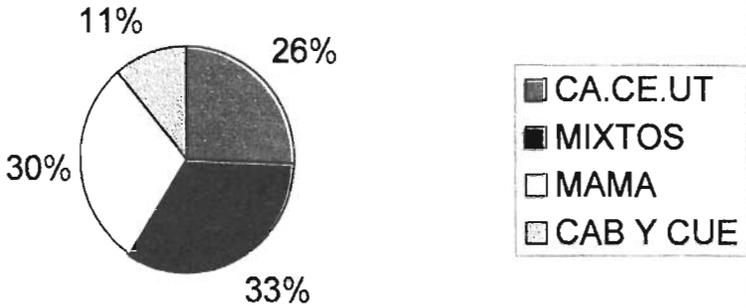
ESTADO CIVIL



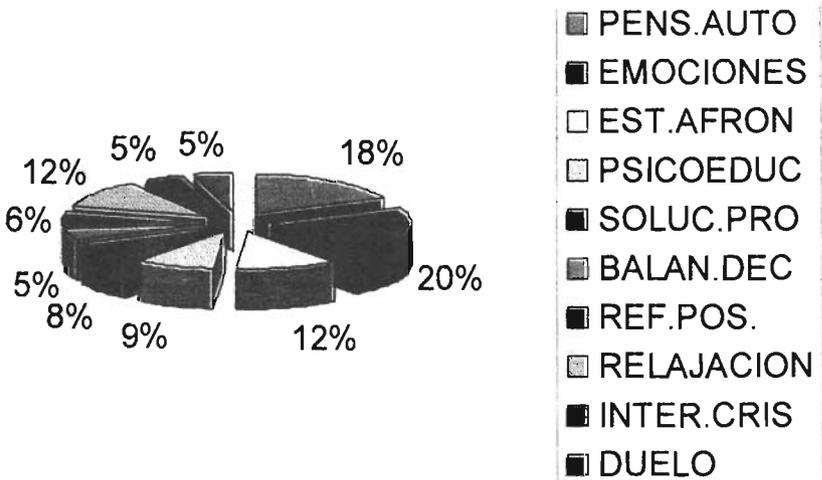
ESCOLARIDAD



DIAGNÓSTICO MÉDICO



TX. PSICOLOGICO



Los pacientes con los que se trabajó estaban distribuidos en consulta externa y en hospitalización del área de oncología y ocasionalmente se atendían interconsultas de clínica de dolor y cirugía de tórax. El número de sesiones variaba de acuerdo al diagnóstico médico, psicológico y al tratamiento de este último, el cual se clasificó en: a) Intervención en crisis, b) Apoyo psicológico y c) Psicoterapia.

a) Intervención en crisis.

De acuerdo a Slaikev (1999), es el estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particularmente utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas.

La crisis se da desde una perspectiva cognoscitiva ya que cada individuo percibe como el suceso que da lugar a la crisis, incide en su estructura existencial acerca de su vida lo que hace que la situación sea crítica.

La intervención en crisis se puede realizar en dos aspectos: 1.- primeros auxilios psicológicos o de primer instancia y 2.- seguimiento, el cual se daría en más sesiones.

El trabajo realizado en el Hospital Juárez se basó en los primeros auxilios psicológicos o de primer instancia, actuando en el momento de la crisis con lo que se impidió que el paciente o la paciente se pusiera en riesgo. Dicha intervención se dio en pacientes a los que el médico daba a conocer su diagnóstico, en los que había metástasis o en aquellos que se les había muerto su familiar. Se siguió los cinco pasos marcados por Slaikev (1999).

1.- Contacto psicológico, 2.- Examinación de las dimensiones del problema, 3.- Analizar posibles soluciones, 4.- Asistir a la ejecución de acción concreta y 5.- Seguimiento (si se requería o podía).

b) Apoyo psicológico.

Se basó en psicoterapia cognitiva conductual, que de acuerdo a Brewin (1996). Citado en Lega, Caballo y Ellis (1995). Se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las

conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior esta produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseada desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas.

El proceso cognitivo conductual se ajusto a los tiempos de la estancia hospitalaria de los pacientes, así como a la demanda excesiva de la población; trabajando de una a cinco sesiones máximo.

Las técnicas cognitivo conductuales utilizadas más frecuentes fueron:

*Solución de problemas. De acuerdo a Nezu (2001). Es un enfoque terapéutico cognitivo conductual que consiste en enseñar habilidades de afrontamiento que ayudan a los individuos a enfrentarse con mayor efectividad a situaciones estresantes, tales como los problemas médicos, financieros, psicosociales, sexuales e interpersonales asociados con el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

El trabajo realizado fue basado en los cuatro pasos manejados por el ya mencionado autor:

1.-Enseñanza de la orientación al problema, 2.- Enseñanza de la definición y formulación de problemas, 3.- Enseñanza de generación y alternativas, 4.- Enseñanza de la toma de decisiones.

*Manejo de pensamientos automáticos negativos. De acuerdo a Beck (1995). Son pensamientos disfuncionales, esto es; distorcionan la realidad, son emocionalmente distresantes y/o infieren en las habilidades para llegar a sus metas.

Existen tres pasos para el manejo de dicho pensamiento, mismos que se utilizaron para el manejo de los pacientes: 1.- Enseñar a identificar el pensamiento automático negativo,

2.- Enseñar a evaluarlo y 3.- Hacer el problema solucionable.

*Relajación. Caballo (1995), refiere que la relajación constituye un típico proceso psicofisiológico, dicho proceso está orientado a la observación de los cambios que se producen en la actividad fisiológica de una persona, como consecuencia de una actividad psicológica.

Las técnicas de relajación que se utilizaron se basó en la investigación realizada por Pérez-Mega(1999), en donde compararon la efectividad de la combinación de las técnicas de respiración diafragmática, relajación autógena e imaginación.

*Psicoeducación. Vallejo y Gasto (2000) Mencionan que se utiliza para obtener un rendimiento máximo de un tratamiento y mejorar los aspectos psicosociales de la enfermedad se ha ido imponiendo en los últimos años, el abordaje psicoeducativo. Inspirado en el modelo médico intenta mejorar el cumplimiento del tratamiento, facilitar la identificación precoz de síntomas de recaída, afrontar las consecuencias psicosociales de los episodios previos y prevenir la de los futuros, y dotar en definitiva a los pacientes y a sus familiares de habilidades en el manejo de la enfermedad, con el objetivo de mejorar su curso.

Su impacto se da positivamente sobre aspectos del cumplimiento y la adaptación psicosocial.

*Manejo de emociones. Esta área se trabajó en el esquema terapéutico establecido por Greenberg y Paivio (1997). El cual señala tres fases:

Fase I: Creación del vínculo.

1. Atender y validar sentimientos
2. Establecer y desarrollar un foco de colaboración

Fase II: Evocación y exploración.

3. Evocar y activar
4. Explorar/desplegar las secuencias cognitivo afectivo de la experiencia dolorosa, o aquellas que generan los sentimientos de malestar.

Fase III: Reestructuración emocional.

5. Acceder al esquema emocional desadaptativo central y/o a la experiencia emocional primaria
6. Reestructurar.
7. Apoyar y validar la postura más autoafirmativa que emerge.
8. Crear un nuevo significado.

*Reforzamiento positivo. Geldard (1976). Aumento de la probabilidad de una respuesta que tiene lugar cuando un estímulo sigue a dicha respuesta.

El reforzamiento positivo se llevaba a cabo en los pacientes que tenían adecuadas estrategias de afrontamiento con la finalidad de conservar esta conducta.

* Adherencia: Puente (1998) llevar las indicaciones terapéuticas y/o médicas de forma correcta para el mejoramiento de su salud. Dichas indicaciones podrían implicar un cambio de conducta o el mantenimiento de esta.

La adherencia por parte de los pacientes en los tratamientos oncológicos como: radioterapia, quimioterapia o cirugía fue la consecuencia de llevar a cabo el trabajo de las diversas técnicas cognitivo-conductuales

c) Psicoterapia . Se trabajó solo con seis casos, debido a la falta de espacios físicos apropiado para sesiones terapéuticas. Dichos casos se utilizaron como investigación, por lo que el proceso así como los resultados se mostraron en la parte de las investigaciones realizadas en el Hospital Juárez de México.

Evaluación de la rotación en el Hospital Juárez de México

El participar en las clases, las sesiones de los residentes y los médicos adscritos; así como en el pase de la visita médica, dio la oportunidad de adquirir conocimientos sobre los temas oncológicos que estaban involucrados con el diagnóstico de los pacientes con los que se trabajó, alcanzando con ello el entendimiento necesario de la problemática psicológica desencadenada por el padecimiento físico y de esta manera se pudo realizar la valoración conductual, diagnóstico y tratamiento cognitivo-conductual adecuado para cada paciente.

Este aspecto que es parte del trabajo de un equipo interdisciplinario, permitió el desarrollo de habilidades para el manejo de las técnicas cognitivo-conductuales en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas, así como el enriquecimiento de las capacidades psicológicas con las que ya se contaban.

Las metas alcanzadas fueron dos: Keller (2003) y Frank., Prien y Jarret(1991),

a) Respuestas. Disminución de síntomas, se mantiene los síntomas de una manera moderada y b) Remisión de síntomas, la desaparición de los síntomas originales.

Así mismo el poder involucrarse en el trabajo del equipo de psicólogos del hospital, brindó un panorama más amplio para trabajar la parte psicológica, ya que había diferentes corrientes psicológicas como: cognoscitiva, psicoanalistas, humanistas e incluso psiquiátrica. Esta última fue de gran necesidad cuando se detectaban pacientes con algún trastorno psiquiátrico y que requerían medicamento, de esta manera se podía continuar con la intervención cognitiva-conductual sin que se viera obstaculizada.

Otro aspecto importante fue el poder realizar investigaciones en donde se combinó la teoría con la práctica dentro del hospital.

La participación como profesora dentro de las actividades de enfermería es otro factor que nos habla de un trabajo interdisciplinario que se logró.

Por otro lado lamentablemente se puede hablar de aspectos negativos dentro de esta rotación, tales como el no haber contado con un espacio físico para trabajar, el cual hubiera podido contribuir a una mejor calidad de atención. Otro aspecto es que a pesar de que se dio el trabajo interdisciplinario, no se llegó a profundizar desde un aspecto en el que se tratara conjuntamente la problemática de cada paciente desde lo médico, psicológico y social; si no, se realizaba por separado, respetando el trabajo de cada uno. Esto está involucrado con otro factor negativo que es la falta de tiempo; ya que por exceso de la demanda de enfermos no se puede realizar un trabajo con mayor calidad, con esto no estoy diciendo que el trabajo realizado en el Hospital Juárez de México no se de calidad. Es decir desde la perspectiva del tratamiento cognitivo-conductual no se pudo trabajar con aspectos de: Keller (2003) y Frank., Prien y Jarret(1991), recaída (reaparición de los síntomas en el mismo nivel del inicio, sigue a un periodo de remisión), recuperación (ausencia prolongada de los síntomas, aún los más moderados) y recurrencia (reaparición cíclica de los síntomas, en un contexto de recuperación)

El no haber contado con una supervisión académica por parte de la UNAM dentro del hospital, fue un obstáculo para el enriquecimiento del aprendizaje.

Segunda rotación: Hospital de la mujer

Características de la sede.

Ubicación.

El hospital de la mujer se encuentra ubicado en prolongación Salvador Díaz Mirón No. 374 Col. Casco de Sto. Tomas.

Nivel de atención.

El hospital es una institución de segundo nivel dedicada a atender problemas gineco-obstétricos.

Servicios de la sede.

Cuenta con dieciséis servicios de especialidad, los cuales son: 1) Urgencias, 2) Consulta externa, 3) Unidad de cuidados intensivos, 4) Unidad de cuidados intermedios, 5) Oncología, 6) Trofoblasto, 7) Clínica de esterilidad, 8) Alojamiento conjunto, 9) Embarazo de alto riesgo, 10) Puerperio complicado, 11) Cuneros, 12) Genética, 13) Pediatría, 14) Medicina preventiva, 15) Endocrinología y 16) Psicología.

Ubicación del residente de medicina conductual en la sede.

El residente se encuentra ubicado dentro del departamento de psicología el cual está regido a su vez de la subdirección médica y de la división de enseñanza.

El residente se encuentra bajo las ordenes de la jefa del departamento de psicología la Lic. Diana Lilia Gutiérrez quien se basa en los lineamientos marcados por la división de enseñanza para guiar al residente de medicina conductual.

Las actividades llevadas a cabo por los residentes de psicología son de carácter: pedagógico y de práctica clínica.

Servicio al que se encuentra adscrito el residente.

Se realizaron dos rotaciones en el Hospital de la Mujer durante el año de residencia. (Marzo 2002 -Febrero 2003).

A) La primera fue de Marzo a Octubre del 2002, en el servicio de Puerperio complicado, el servicio consta de seis áreas, las cuales son:

1.- Aislamiento estricto y aislamiento inverso.

En donde se encuentran las pacientes con infecciones como: SIDA, Hepatitis, Varicela entre otras. Por otra parte las pacientes con alguna enfermedad de fármaco dependencia o psiquiátrica también son aisladas en esta área.

2.- Condilomas. El diagnóstico manejado es: Condilomatosis.

3.- Endometritis. Los diagnósticos manejados en esta área son: endometritis, infecciones, absceso de pared.

4.- Puerperio complicado. Los diagnósticos manejados son: ruptura temprana de membranas, óbitos, abortos, legrados, partos fortuitos, partos fisiológicos con complicaciones

5.- Cirugía general . Los diagnósticos manejados son: cirugías de hernia, cirugía hepática, cálculos.

B) La segunda rotación fue de Noviembre del 2002 a Febrero del 2003, en el servicio de cuidados intensivos, cuidados intermedios, cirugía y tumores de ovario.

Los diagnósticos médicos manejados en el área de Cuidados intensivos son: preeclampsia severa, eclampsia, choque hipovolemico, sepsis, cardiopatía y embarazo, tromboembolia pulmonar, hipertensión arterial y embarazo, choque anafiláctico, cetoacidosis diabética, feocromositoma y embarazo y cáncer de ovario.

Los diagnósticos manejados en terapia intermedia: se atienden los padecimientos descritos en terapia intensiva pero cuando la gravedad es menor.

Los diagnósticos médicos manejados en el área de cirugía son: Miomatosis uterina, Vejiga caída, histerectomía y quistes.

Los diagnósticos médicos manejados en el área de tumores de ovario son: tumores de ovario.

Cabe mencionar que el servicio de alojamiento conjunto se atendió por quincenas cubriendo una quincena por mes, así mismo sucedió con el servicio neonatal.

Los diagnósticos médicos son pospartos; es decir las pacientes en recuperación ya sea de parto natural o cesaria que no tenían ninguna complicación médica.

Los diagnósticos que se manejan en el servicio de neonatología son: malformaciones congénitas, bebés con diabetes, bebés con infecciones, entre otros.

Recursos humanos.

El Hospital de la mujer cuenta con médicos adscritos, residentes médicos, psicólogas adscritas, residentes de psicología, enfermeras, trabajadoras sociales, estudiantes de enfermería, laboratoristas, personal administrativo y de intendencia.

Línea de autoridad.

La primera línea de autoridad que compete directamente al residente de psicología es la división de enseñanza junto con la subdirección médica, posteriormente se encuentra la jefa del departamento de psicología la Lic. Diana Lilia Gutiérrez y por último la adscrita de psicología la Lic. Isabel Del Palacio.

Supervisora en situ.

La supervisora en situ es la jefa del departamento de psicología la Lic. Diana Lilia Gutiérrez.

Actividades desarrolladas en la sede

I. Programa de investigación desarrollado

Dentro del hospital de la mujer se desarrolló una investigación, a pesar de las condiciones poco favorables con las que se encontraron, como fueron: tiempo reducido, ambiente poco propicio, obstaculización del personal de la salud, entre otros.

A continuación se presenta dicha investigación.

Manejo de adherencia médica en pacientes con diagnóstico de Virus de Papiloma Humano (VPH) a través de la técnica psicoeducativa: comparación de tres grupos.

JUSTIFICACIÓN.

Durante la residencia en el Hospital de la Mujer, se detectó la falta de importancia que la paciente le daba a padecer la enfermedad de Virus de Papiloma Humano, ante esto se pudo observar que era por el desconocimiento de lo que implica dicha enfermedad, la cual es que la gran mayoría de los casos de cáncer cervical está causado por VPH y la mayoría de los investigadores piensan que la infección por VPH es necesaria para el desarrollo de cáncer cervical. Al menos en el 92 % de los carcinomas cervicales invasivos se detecta DNA de VPH genital. (“Virus de Papiloma Humano y el Cáncer”, 2002).

Así mismo, se percibió que dicho Desconocimiento llevaba a la paciente a no asistir a la consulta médica para el tratamiento del VPH, por lo que la presente investigación pretendió observar si la paciente a través de obtener la información correcta de la enfermedad, tendría mayor adherencia, en cuanto a la asistencia a sus citas médicas.

INTRODUCCIÓN

El virus del papiloma humano (VPH) incluye una familia de mas de 80 tipos diferentes de papilomavirus, denominados así porque ciertos tipos pueden causar verrugas que son tumores benignos, no cancerosos, de la piel. (“Virus de Papiloma Humano y el Cáncer”, 2002).

Diferentes tipos de VPH causan las verrugas comunes de las manos y los pies y aquellas que se desarrollan en la boca y en el área genital. (“Virus de Papiloma Humano y el Cáncer”, 2002).

Unos 30 tipos de VPH tienen la habilidad de infectar el tracto genital y producir las verrugas genitales que se llaman también condilomas acuminados y que están generalmente producidos por dos tipos de VPH, el número 6 y el número 11. En la actualidad se sabe que el VPH interviene como causa mayor de cáncer del cuello del útero “cérvix”. (“Virus de Papiloma Humano y el Cáncer”, 2002).

Los tipos de VPH más importantes transmitidos sexualmente, asociados con el cáncer en hombres y mujeres incluyen los VPH 16, VPH 31 y VPH 45. (“Virus de Papiloma Humano y el Cáncer”, 2002)

La asociación entre el virus del papiloma humano (VPH) y el cáncer de cuello uterino es completa. La gran mayoría de los casos de cáncer cervical está causado por VPH y la mayoría de los investigadores piensan que la infección por VPH es necesaria para el desarrollo de cáncer cervical. Al menos en el 92 % de los carcinomas cervicales invasivos se detecta DNA de VPH genital. (“Virus de Papiloma Humano y el Cáncer”, 2002).

La infección por VPH puede resultar en latencia y transformación maligna. En la latencia los cambios histopatológicos son ausentes y ninguna partícula viral es producida. La integración del DNA del VPH en el genoma de la célula huésped se asocia con la progresión de una neoplasia intraepitelial de alto grado a cáncer. La integración es rara en lesiones benignas o premalignas. (“Virus de Papiloma Humano y el Cáncer”, 2002)

Todos los tipos de VPH pueden producir alteraciones celulares del cuello del útero, vulva y pene. (“Virus de Papiloma Humano y el Cáncer”, 2002).

La forma de diagnosticar las lesiones causadas por el VPH es la biopsia. Lo más recomendable es una revisión periódica. (“Virus de Papiloma Humano y el Cáncer”, 2002).

El tratamiento del condiloma ha sido diferente:

- Preparados con resina.
- 5-fluoracil.
- Medios físicos como la Crioterapia.
- La escisión simple con bisturí, láser y electrocoagulación.
- Antiviricos.
- Iniquimod.

Es de suma importancia prevenir el cáncer producido por el virus de papiloma humano mostrando el siguiente aspecto:

Posibilidades en el estudio de VPH en la prevención de cáncer cervical

1) La presencia de **células atípicas de significado desconocido (ASCUS) en la citología** requiere un seguimiento de la mujer que puede ser evitado dependiendo del resultado de estudio de HPV y su tipado. La ausencia de HPV sobre el frotis cervical presenta un riesgo bajo de desarrollo de CIN (10 % en el seguimiento de 4 años) aunque todavía hay mucha incertidumbre sobre el valor predictivo negativo y la seguridad de una vigilancia reducida en la mujer HPV-negativa.

2) La interpretación **del Papanicolaou** es muy variable. El estudio de HPV y tipo puede servir como un **control de calidad**. Los frotis citologías negativas que son HPV positivo deben volver a reexaminarse. Sin embargo el estudio de HPV no puede recomendarse de manera general en todas las mujeres para el screening del cáncer cervical. La citología sigue siendo actualmente considerada por los especialistas el punto de partida en el screening del cáncer cervical a pesar de que reconocen que posee una sensibilidad muy baja como método de screening. Una sensibilidad del 80 % y una especificidad del 99,4% hace de la citología un producto imperfecto para el screening del cáncer cervical. La gran baza de la citología como método de screening es su bajo coste y su facilidad de obtener. Al hablar de la detección de HPV por métodos moleculares sobresale siempre como inconveniente su altísimo coste, impidiendo actualmente su utilización en masa.

Actualmente se publican trabajos donde se señala el desarrollo de cáncer cervical en mujeres con citología negativa pero positivas para HPV de alto riesgo. El factor fundamental en estos casos es la cronicidad de la infección por HPV, con desarrollo del cáncer cervical tras el mantenimiento del mismo tipo de HPV durante 5-6 años. Para detectar esta cronicidad se ha sugerido la repetición del estudio de HPV a los 6 meses o al año en la mujer positiva para HPV de alto riesgo. Estos trabajos están aún en proceso de confirmación. La investigación en este campo es actualmente muy activa con la adquisición continua de nuevos datos sobre este tema de tal manera que la literatura actual rápidamente quedará obsoleta.

3) **Vigilancia post-tratamiento de CIN** y cáncer para monitorización de una escisión completa. Los primeros estudios parecen muy prometedores en este aspecto.

Conclusión: el determinar la presencia de la infección por HPV y, de manera más específica, el tipo de HPV puede pronto llegar a ser fundamental en el manejo de la enfermedad cervical y para la prevención de cáncer cervical. ("Virus de Papiloma Humano y el Cáncer", 2002).

El cáncer cervical es la segunda causa de muerte femenina por cáncer en el mundo entero. "New England Journal of Medicine" dice que más de 450,000 casos de cáncer uterino se diagnostican anualmente en el mundo entero y que de esa cifra mueren casi 250,000 mujeres. ("Virus de Papiloma Humano y el Cáncer", 2002).

En México la secretaria de salud reportó que en el año 2000 la mortalidad o cáncer cervical ocupaba el décimo lugar en nuestro país. ("Virus de Papiloma Humano y el Cáncer", 2002).

Un abordaje para contribuir a prevenir dicha situación se puede dar a través de técnicas psicológicas como es la psicoeducación, Vallejo y Gaston (2000). Mencionan que se utiliza para obtener un rendimiento máximo de un tratamiento y mejorar los aspectos psicosociales de la enfermedad se ha ido imponiendo en los últimos años, el abordaje psicoeducativo. Inspirado en el modelo médico intenta mejorar el cumplimiento del tratamiento, facilitar la identificación precoz de síntomas de recaída, afrontar las consecuencias psicosociales de los episodios previos y prevenir la de los futuros, y dotar en definitiva a los pacientes y a sus familiares de habilidades en el manejo de la enfermedad, con el objetivo de mejorar su curso.

Su impacto se da positivamente sobre aspectos del cumplimiento y la adaptación psicosocial.

Desde el punto de vista del cumplimiento por parte del paciente a prevenir enfermedades como es el cáncer cervical se encuentra la adherencia, Puente (1998). Es el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del médico o terapeuta según sea el tratamiento en el que se encuentra sometido. El éxito definitivo de cualquier tratamiento depende de la cooperación y cumplimiento del paciente, por lo que la falta de adherencia nos describe aquella situación en la que el paciente no sigue, por alguna razón, el programa o las indicaciones establecidos por su médico o terapeuta para el manejo de alguna enfermedad o padecimiento.

Los factores que se consideran predictivos para la adherencia son:

- 1.- Consolidación y reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento así como de sus consecuencias.
- 2.- Grado de estabilidad familiar.
- 3.- El grado de cumplimiento del sujeto en otras áreas de su vida.
- 4.- Grado de satisfacción del paciente con los resultados obtenidos del tratamiento.
- 5.- Supervisión cercana del médico o terapeuta.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Habrá mayor adherencia en el grupo con manejo psicoeducativo en comparación con los grupos sin manejo psicoeducativo?

OBJETIVOS:

Objetivo General.

Conocer si hay mayor adherencia médica del grupo con manejo psicoeducativo en comparación con los otros dos grupos sin manejo psicoeducativo

Objetivos específicos.

- Ver los alcances de la técnica psicoeducativa sobre la adherencia médica.
- Contribuir a la prevención de cáncer provocado por condilomas.
- Contribuir al apego médico por parte del paciente.
- Concientizar al paciente de su padecimiento.

TIPO DE ESTUDIO

Preexperimental.

METODOLOGÍA.

Variable Independiente:

Técnica psicoeducativa. Vallejo y Gaston (2000), Técnica psicológica que se utiliza para obtener un rendimiento máximo de un tratamiento y mejorar los aspectos psicosociales de la enfermedad

Variable Dependiente:

Adherencia médica. Puente (1998), refiere que es el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del médico o terapeuta según sea el tratamiento en el que se encuentra sometido.

SUJETOS.

30 sujetos de sexo femenino de 13 a 30 años de edad, con diagnóstico de condiloma. Las cuales fueron divididas en tres grupos: el primer grupo fue constituido por diez pacientes a las que no se les informó nada acerca de la enfermedad, el segundo grupo se conformó por diez mujeres a las que se les informó parcialmente acerca de su enfermedad y el tercer grupo fue formado por diez pacientes a las que no se les informó nada acerca de la enfermedad pero fueron sometidos a la técnica psicoeducativa.

INSTRUMENTOS

Cuestionario explorativo. (ver anexo 8).

MATERIAL

Papel bon, rotafoleo, lápices, hojas blancas, cartulina de colores.

PROCEDIMIENTO

Se detectó a las pacientes con diagnóstico de condilomas en el área de hospitalización del servicio de puerperio complicado, ahí se le aplicó de forma individual a cada paciente el cuestionario explorativo (VER ANEXO 8) las respuestas dadas por la paciente fueron registradas por la investigadora. Este cuestionario fue aplicado con la finalidad de investigar que información tenía la paciente acerca del virus del papiloma humano o condilomas, una vez contestado el cuestionario se procedió a conformar tres grupos.

El grupo 1 se integró por las pacientes que no tenían ningún tipo de conocimiento de lo que es el VPH o condilomas, el grupo 2 fueron aquellas pacientes que tenían un conocimiento parcial de dicha información y por último el grupo 3 lo formaron aquellas pacientes que no tenían ningún conocimiento de la enfermedad y que se les dio la técnica psicoeducativa, siendo este último grupo el experimental.

En el grupo experimental, se le dio a cada paciente de manera individual la técnica psicoeducativa, para lo cual se les citó una sola sesión después de darse de alta de hospitalización y antes de que se le cumpliera la fecha de la cita de la clínica de displasias, a donde las mandaban para atención médica del VPH o condilomas.

La técnica psicoeducativa constó de dos horas en una sesión, tratando aspectos de información de el VPH o condilomas y aspectos psicosociales (VER ANEXO 9).

Una vez terminada la sesión con el grupo experimental se les volvió a dar a contestar el cuestionario explorativo, siendo en esta ocasión contestado por ellas mismas, lo cual fue con la finalidad de asegurar el entendimiento por parte de la paciente acerca de lo que es el VPH o condiloma.

Posteriormente se les dio seguimiento para observar si acudían a las citas de displasias llevando a cabo las ordenes del médico de que acudieran. Así mismo a los dos grupos controles se les dio seguimiento con la finalidad de observar si siguen las indicaciones médicas aún sin tener información o teniendo información parcial y sin haberles dado la técnica psicoeducativa.

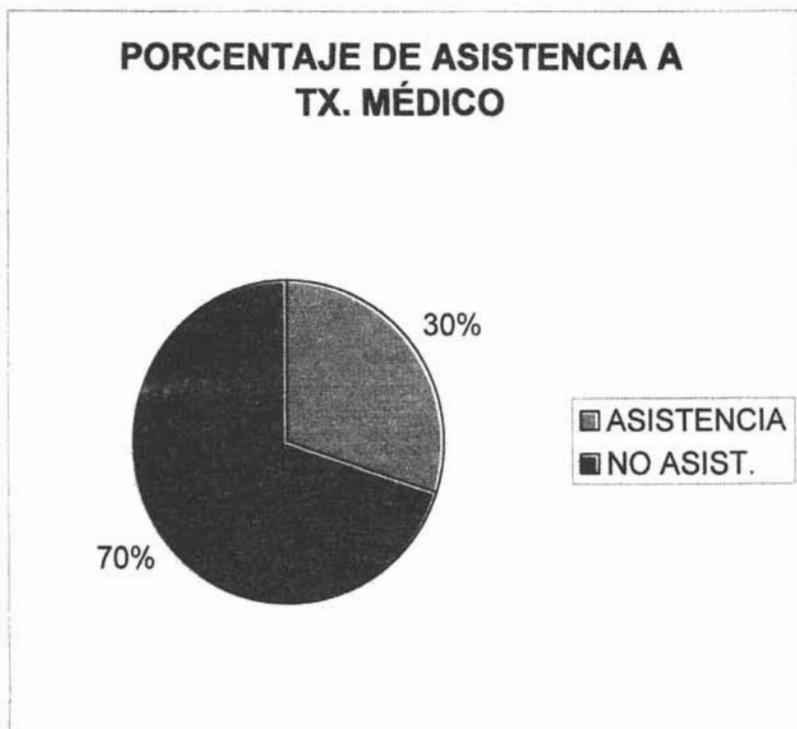
El seguimiento constó de ver la fecha de la cita en la clínica de displasias de cada paciente a través del registro de estadística o con el personal del consultorio y posteriormente se acudió dicho día para corroborar si acudieron o no.

RESULTADOS

A continuación se presenta la tabla de la relación de asistencia por parte de la paciente a su tratamiento médico, así como las características sociodemográfica de cada grupo.

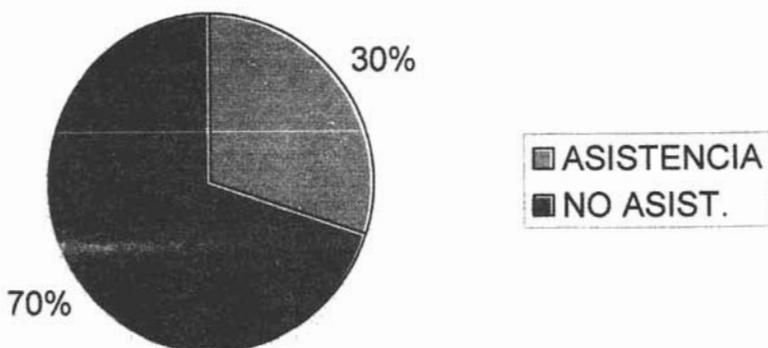
GRUPO	TX. MÉDICO	EDAD	EDO CIVIL	ESCO.	OCUPAC.	# DE A. PAR	
1	NO	21	Unión Libre	Secundaria	Hogar		1
1	NO	31	Casada	Analfabeta	Comerciante		3
1	NO	19	Soltera	Primaria	Domestica		0
1	NO	16	Unión Libre	Secundaria	Hogar		1
1	SI	30	Soltera	Bacillerato	Empleada		0
1	NO	19	Unión Libre	Secundaria	Hogar		1
1	NO	29	Unión Libre	Primaria	Hogar		1
1	SI	30	Casada	Bacillerato	Empleada		2
1	NO	17	Soltera	Secundaria	Hogar		0
1	NO	18	Unión Libre	Secundaria	Hogar		2
1	SI	20	Unión Libre	Bacillerato	Empleada		1
1	NO	21	Soltera	Secundaria	Hogar		0
1	NO	22	Casada	Primaria	Hogar		3
1	NO	25	Unión Libre	Primaria	Hogar		2
2	NO	24	Casada	Bacillerato	Hogar		1
2	NO	19	Unión Libre	Secundaria	Hogar		1
2	SI	33	Soltera	C. Técnica	Enfermera		0
2	SI	29	Soltera	Primaria	Domestica		1
2	NO	16	Unión Libre	Secundaria	Hogar		1
2	NO	20	Casada	Secundaria	Hogar		2
2	NO	30	Unión Libre	Secundaria	Hogar		1
2	SI	29	Unión Libre	Bacillerato	Empleada		2
2	NO	22	Soltera	Primaria	Hogar		3
2	NO	25	Soltera	Primaria	Hogar		1
3	SI	28	Unión Libre	Secundaria	Hogar		5
3	SI	25	Soltera	Licenciatura	Hogar		4
3	NO	22	Soltera	Secundaria	Comerciante	10 meses	
3	SI	21	Unión Libre	Licenciatura	Hogar	9 meses	
3	NO	34	Soltera	Primaria	Domestica		0
3	SI	21	Soltera	Secundaria	Empleada		0
3	SI	21	Soltera	Secundaria	Empleada		0
3	SI	17	Unión Libre	Bacillerato	Estudiante		1
3	SI	20	Soltera	Bacillerato	Hogar		0
3	NO	21	Unión Libre	Secundaria	Hogar		3

El primer grupo conformado por las pacientes que presentaban diagnóstico de virus de papiloma humano y no tenían ninguna información acerca de lo que implicaba tener dicho diagnóstico, resultó que el 30% acudieron a consulta de displasias.

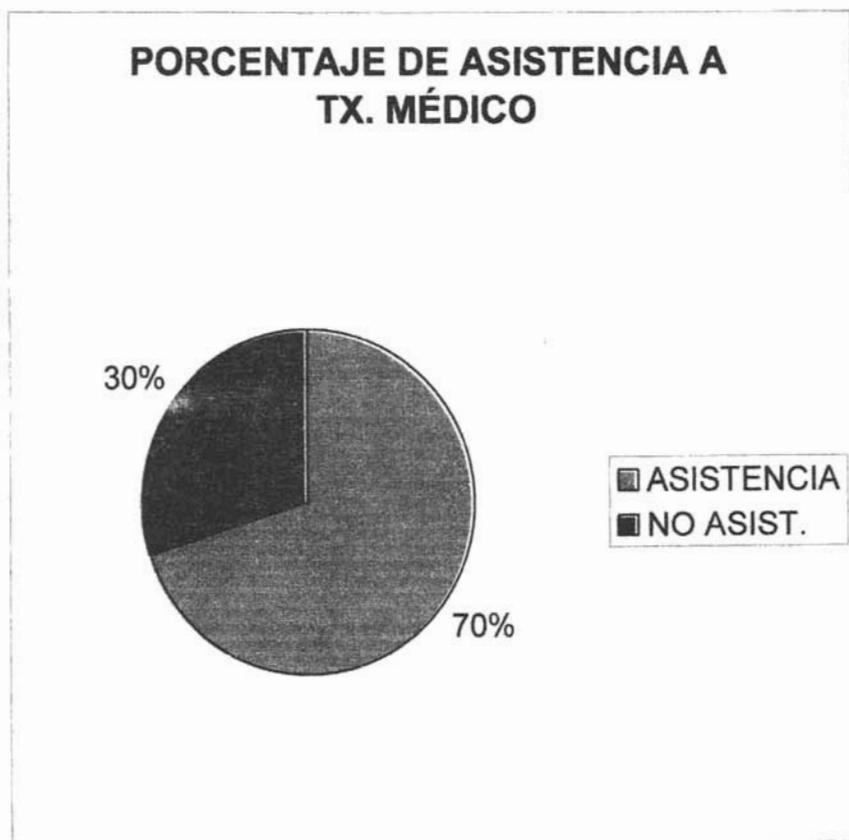


El segundo grupo estaba integrado por pacientes con el mismo diagnóstico pero tenían información parcial de lo que era el virus de papiloma humano, mostró de igual manera que el primer grupo un 30 % de asistencia a consulta de displasias.

PORCENTAJE DE ASISTENCIA A TX. MÉDICO



Y por último el tercer grupo con el diagnóstico de virus de papiloma humano pero que se les brindo la técnica psicoeducativa mostró un 70 % de asistencia a la consulta de displasias.



De acuerdo a los resultados obtenidos se observan diferencias. Dichos resultados consistieron en que tanto el primer grupo como el segundo se comportaron de la misma manera a diferencia del grupo al que se le dio la técnica de psicoeducación en el cuál hubo mayor asistencia a las citas de la clínica de displasias.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

La técnica psicoeducativa puede contribuir a la prevención de enfermedades, ya que, se utiliza para obtener un rendimiento máximo de un tratamiento y mejorar los aspectos psicosociales de la enfermedad intenta mejorar el cumplimiento del tratamiento, facilitar la identificación precoz de síntomas de recaída, afrontar las consecuencias psicosociales de los episodios previos y prevenir la de los futuros, y dotar en definitiva a los pacientes y a sus familiares de habilidades en el manejo de la enfermedad, con el objetivo de mejorar su curso (Vallejo y Gaston, 2000)

En esta investigación se utilizó dicha técnica con el objetivo de que las pacientes tuvieran los suficientes conocimientos acerca de su padecimiento, de tal manera que tomaran conciencia de que, el descuidar su enfermedad las puede llevar a presentar otra enfermedad de mayor gravedad, como es el Cáncer Cervico-uterino (“Virus de Papiloma Humano y el Cáncer”, 2002). Por lo que la asistencia a su consulta médica era de vital importancia, como se pudo observar en los resultados, el mayor porcentaje de asistencia la obtuvo las pacientes a las que se le aplicó la técnica psicoeducativa.

Cabe mencionar que los resultados no están basados en una estadística, más bien, se encuentran plasmados desde un punto de vista de relaciones funcionales; es decir, a medida de que se utilizó la técnica psicoeducativa para informar a cerca de lo que era el virus de papiloma humano mayor fue la asistencia a la consulta de displacias.

Por otro lado, sería importante aumentar la población en estudio, así como homogeneizar los grupos en cuanto a las variables sociodemográficas y tomar más en consideración la relación de pareja para contrarrestar lo que pudiera ser amenazante en la relación, ya que en varias ocasiones se encontró que la paciente le restaba importancia a su padecimiento por no enfrentarse a lo que pudiera ser amenazante para mantener su relación con su pareja.

LIMITACIONES

El personal médico manifestó poca inferencia para indicarles; así como, para referir a las pacientes que acudieran a sacar cita en la clínica de displasias, una vez dada de alta del servicio de puerperio complicado. Por lo que es de sumo interés observar la poca importancia que se le da, no sólo al hecho de informar a la paciente a que se está enfrentando al contraer el virus de papiloma humano, si no peor aún al no facilitar el camino para que las pacientes acudan a su cita en la clínica de displasias y con ello contribuir a la prevención de contraer un cáncer cervical, lo cuál demuestra que no se toma en cuenta la prevención primaria y por ende se está contribuyendo a que no surjan dos de los factores predictivos importantes para que se de la adherencia; los cuales son, la consolidación y reconocimiento del paciente de la gravedad de su padecimiento así como de sus consecuencias y la supervisión cercana del médico.

Las condiciones hospitalarias formaron un obstáculo, ya que en una misma sala juntaban a todas las pacientes con diagnóstico de VPH, por lo que no se pudo recolectar de manera individual a la población, situación que era necesaria para conformar a los tres grupos.

Para recolectar la población era necesario que los médicos les proporcionaran a las pacientes su cita para acudir a la clínica de displasias, situación que no siempre fue de esta manera, por lo que se llegó a perder a muchas pacientes para conformar a la muestra y se tuvo que trabajar con la población que pudo obtener, con lo cual fue difícil controlar estrictamente las variables sociodemográficas.

En varias ocasiones no se contó con el espacio necesario para aplicar la técnica psicoeducativa, por lo que se tuvo que volver a citar a la paciente.

II. Actividades académicas.

Clases. Durante el año de residencia en el hospital de la mujer se recibieron clases los días Miércoles de 7:30 a.m a 9:30 a.m por parte de la supervisora académica la Dra. Cecilia.

En dichas clases se revisaban tanto temas médicos como psicológicos acerca de los padecimientos más frecuentes en el hospital tales como: Esterilidad, infertilidad, cáncer, trastornos alimenticios, virus de papiloma humano, anatomía de la mujer, enfermedades trofoblásticas, aborto, óbito, histerectomía, miomatosis, etc.

Tutorías. Las tutorías se daban ocasionalmente cuando no se impartían las clases los días Miércoles de 7:30 a.m. a 9:30 a.m. Estas tutorías eran llevadas a cabo por la supervisora académica la Dra. Cecilia. Se revisaban casos clínicos psicológicos en donde se tuvieran dudas acerca del tratamiento psicológico.

Pase de visita médica. Se realizaba todos los días junto con el equipo médico, en los servicios por lo que se rotó, los cuales fueron: Puerperio complicado, cirugía, tumor de ovario, unidad de cuidados intensivos y unidad de cuidados intermedios. Por este medio se intentaba ver a la paciente de forma integral y se adquirieron conocimientos del área médica de las pacientes con las que se intervenía psicológicamente.

Elaboración de notas clínicas. Se realizaba cada nota después de haber intervenido con la paciente. El formato que se utilizó fue el SOAP:

Subjetivo.- lo que el paciente reporta.

Objetivo.- lo que observa el terapeuta.

Análisis.- la conclusión de lo subjetivo con lo objetivo, aquí se ponía el probable diagnóstico.

Plan.- La intervención que se realizó y/o la que se iba a realizar.

Nota psicológica.

Paciente de sexo femenino de 14 años de edad, soltera, estudiante de secundaria, la cual cursa con diagnóstico de amenorrea y síndrome anémico.

S: Menciona estar preocupada por su peso porque está gorda y a consecuencia de esto se burlan de ella tanto en su casa como en la escuela.

O: Se encuentra orientada en sus tres esferas, su discurso es congruente con sus emociones, hay alteraciones preceptuales de su imagen corporal, sus emociones son desadaptativas, su red de apoyo familiar y social son inadecuadas.

A: Trastorno alimenticio

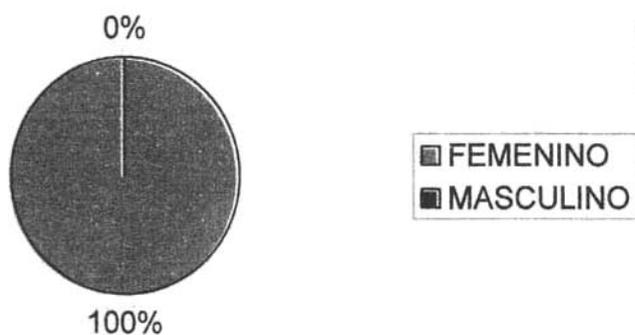
P: Tratamiento cognoscitivo, desensibilización sistemática, manejo de contingencias y entrenamiento en habilidades sociales. Lo cual será llevado a través de psicoterapia.

III. Atención psicológica.

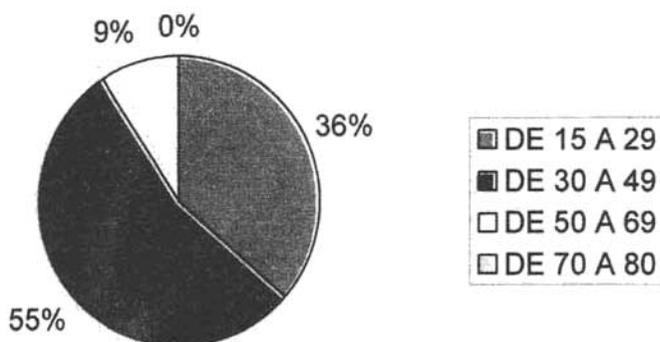
Se proporcionó atención psicológica tanto en consulta externa como en hospitalización de todos los servicios en los que se rotó, por lo que se atendieron aproximadamente 107 pacientes. A continuación se describe las características de estas.

CONSULTA EXTERNA

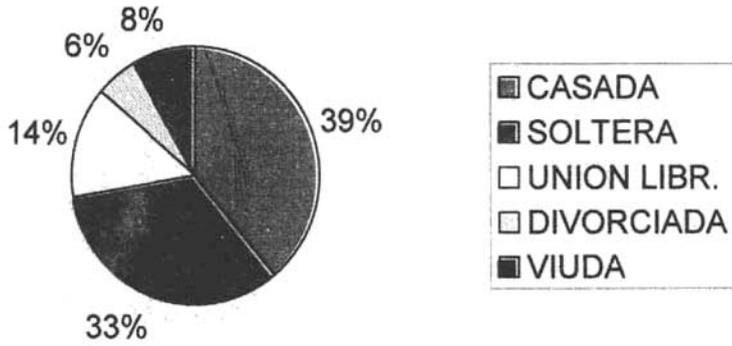
SEXO



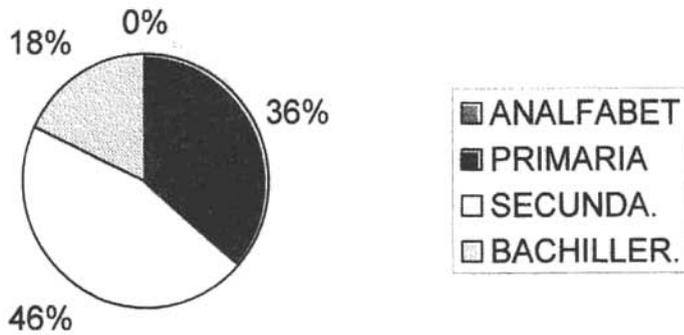
RANGO DE EDAD

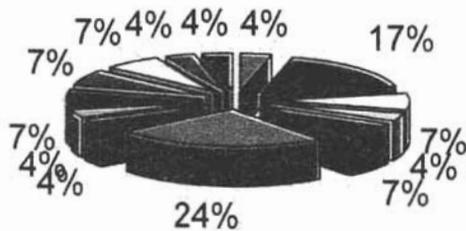


ESTADO CIVIL

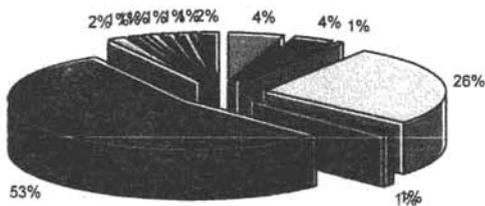


ESCOLARIDAD

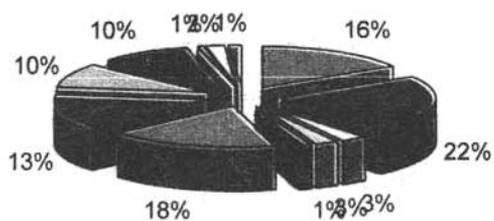




- ANAREXIA
- ESTERILID.
- ENDOMETR.
- EMB.ALT.RI
- CLIMATERIO
- MEOMATOS
- ABORTO
- MASTOPAT
- POSPARTO
- HISTEREC.
- DIABTES
- VEG.CAIDA
- AMENORRE



- ANSIEDAD
- DEPRESION
- C.DESADAP
- PERS.EVITA
- TRAS.MIXTO
- TRAS.BIPOL
- I.ESTR.AFRO
- PROB.PARE
- PROB.S.CUL
- VIOL.FAMIL
- T.NEU.PSIQ
- ESTRÉS
- TRAS.ALIM
- DISF.SEX
- TRAS.PERS



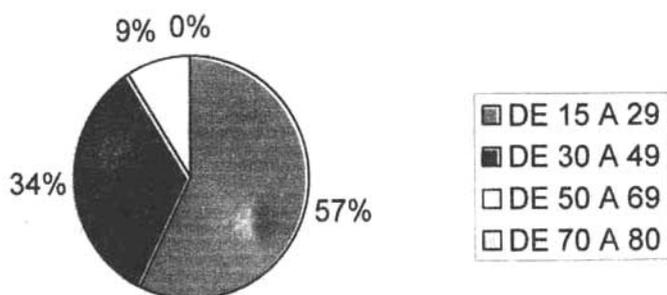
- PENS.AUTO
- EMOCIONES
- ESTR.AFRO
- ADHERENC
- PSICOEDUC
- SOLUC.PRO
- BAL.DECIS.
- REF.POS
- RELAJACIÓN
- DUELO
- CANALIZAC.
- DESEN.SIST

CONSULTA DE HOSPITALIZACIÓN

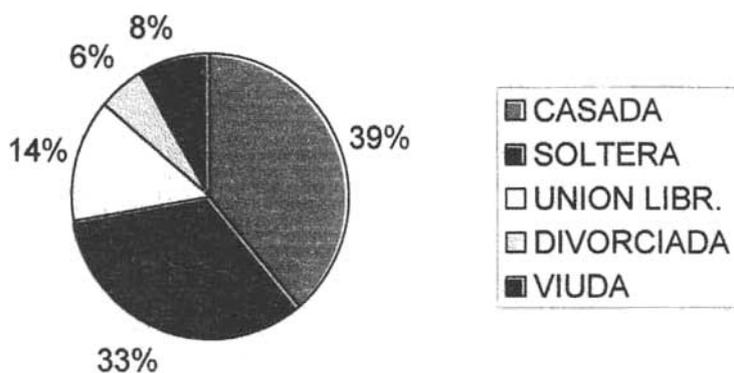
SEXO



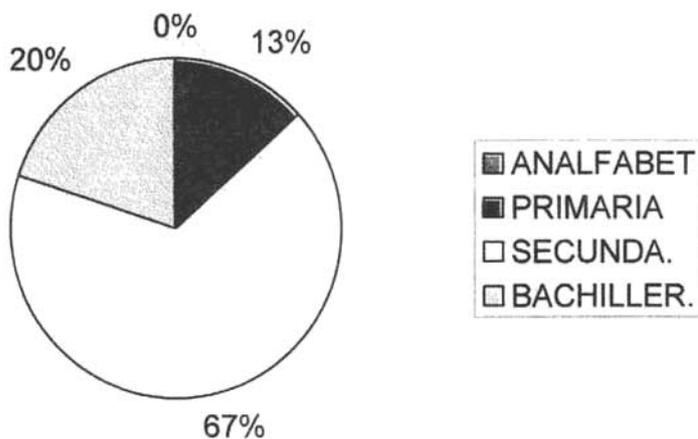
RANGO DE EDAD



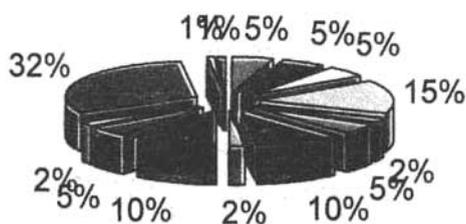
ESTADO CIVIL



ESCOLARIDAD

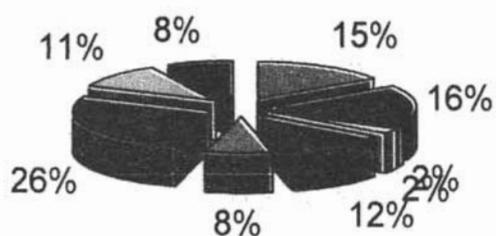


DX.MEDICO

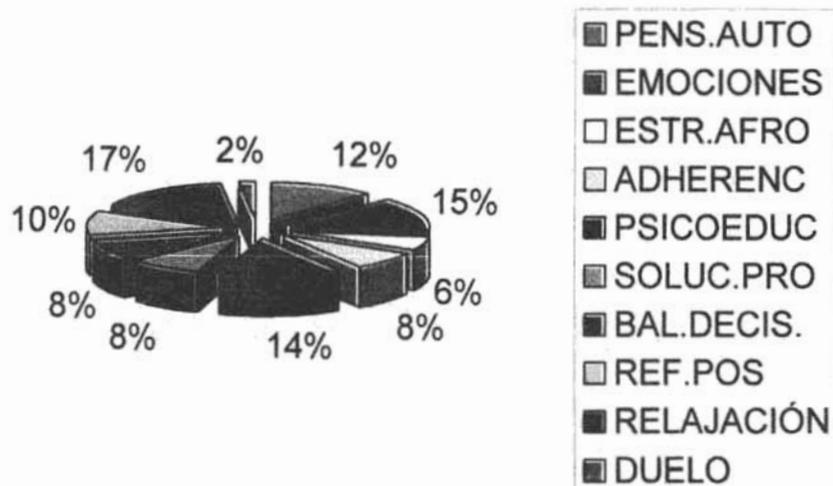


- TUMOR
- ESTERILID.
- ENDOMETR.
- EMB.ALT.RI
- CLIMATERIO
- MEOMATOS
- ABORTO
- COLECISTI
- POSPARTO
- HISTEREC.
- DIABTES
- CONDILOMA
- AMENORRE
- CA.MAMA

DX.PSICOLOGICO



TX.PSICOLOGICO



Así mismo la atención se clasificó de la siguiente manera: a) Intervención en crisis b) Apoyo psicológico y c) Psicoterapia. Además el número de sesiones varió de acuerdo al diagnóstico médico, psicológico y al tratamiento de este último, así como de los recursos intelectuales de cada paciente .

a) Intervención en crisis.

El trabajo realizado en el Hospital de la Mujer se basó en los primeros auxilios psicológicos o de primer instancia, actuando en el momento de la crisis con lo que se impidió que el paciente o la paciente se pusiera en riesgo. Dicha intervención se dio en pacientes con problemas psicosociales como: violación y farmacodependencia así como con problemas de ansiedad grave por la muerte de su bebé. Se siguió los cinco pasos marcados por Slaikeu (1999). 1.- Contacto psicológico, 2.- Examinación de las dimensiones del problema, 3.- Analizar posibles soluciones, 4.- Asistir a la ejecución de acción concreta y 5.- Seguimiento (si se requería o podía).

b) Apoyo psicológico.

El proceso cognitivo conductual se ajustó a los tiempos de la estancia hospitalaria de los pacientes, así como a la demanda excesiva de la población; trabajando de una a tres sesiones máximo, las cuales eran muy cortas.

Las técnicas cognitivo conductuales utilizadas más frecuentes fueron:

*Solución de problemas. Dicha técnica se utilizó para encontrar una solución a situaciones estresantes, tales como los problemas médicos, financieros, psicosociales, sexuales e interpersonales asociados con el diagnóstico y tratamiento.

El trabajo realizado fue basado en los cuatro pasos manejados:

1.- Enseñanza de la orientación al problema, 2.- Enseñanza de la definición y formulación de problemas, 3.- Enseñanza de generación y alternativas, 4.- Enseñanza de la toma de decisiones.

*Manejo de pensamientos automáticos negativos. Se utilizaron los tres pasos que señala Beck (1995), para el manejo de los pacientes: 1.- Enseñar a identificar el pensamiento automático negativo,

2.- Enseñar a evaluarlo y 3.- Hacer el problema solucionable.

*Relajación. Las técnicas de relajación que se utilizaron se basó en la investigación realizada por Pérez-Mega(1999), en donde compararon la efectividad de la combinación de las técnicas de respiración diafragmática, relajación autógena e imaginación.

*Psicoeducación. Se utilizó en la investigación que se desarrolló en el Hospital de la mujer.

*Manejo de emociones. Esta área se trabajó en el esquema terapéutico establecido por Greenberg, y Paivio (1997). El cual señala tres fases:

Fase I: Creación del vínculo.

9. Atender y validar sentimientos

10. Establecer y desarrollar un foco de colaboración

Fase II: Evocación y exploración.

11. Evocar y activar

12. Explorar/desplegar las secuencias cognitivo afectivo de la experiencia dolorosa, o aquellas que generan los sentimientos de malestar.

Fase III: Reestructuración emocional.

13. Acceder al esquema emocional desadaptativo central y/o a la experiencia emocional primaria

14. Reestructurar.

15. Apoyar y validar la postura más autoafirmativa que emerge.

16. Crear un nuevo significado.

*Adherencia. Se utilizó para que las pacientes llevaran a cabo o tuvieran mayor involucramiento en: toma de medicamentos, las curaciones y el acudir a sus citas fue la consecuencia de llevar a cabo el trabajo de las diversas técnicas cognitivo-conductuales

*Reforzamiento positivo. El reforzamiento positivo se llevaba a cabo en las pacientes que tenían adecuadas estrategias de afrontamiento con la finalidad de conservar esta conducta.

*Desensibilización sistemática. Desensibilización gradual ante una fobia o ansiedad intensa. Se siguieron los siguientes pasos:

- 1.- Se induce a un estado fisiológico inhibitorio a través de la relajación.
- 2.- Se expone a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad algunos segundos.
- 3.- Se repite esta situación ansiogena varias veces.
- 4.- El estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar la respuesta de ansiedad.
- 5.- Las situaciones generadoras de ansiedad más fuertes son presentadas sucesivamente manejadas de manera semejante.
- 6.- Procedimiento: Entrenamiento en relajación muscular, uso de escalas subjetivas de ansiedad, construcción de jerarquías de estímulos y contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de ansiedad.
- 7.- Experimentar dicha ansiedad sin las consecuencias fisiológicas condicionadas anteriormente, conducen a una desensibilización y la ansiedad desaparece.

Esta técnica se utilizó en pacientes de consulta externa que cursaban con diagnóstico de ansiedad.

c) Psicoterapia . Se llevo a cabo en veinte pacientes de consulta externa en donde se contaba con las condiciones para llevar un proceso psicoterapéutico (máximo de diez sesiones) el cuál estaba basado principalmente en tres tipos de terapia psicológica

La primera fue la terapia racional emotiva conductual (TREC), manejada por, Lega, Caballo y Ellis (1995). En donde se esforzaba por obtener el cambio emocional y conductual profundo del paciente fomentando un cuestionamiento activo de lo que el paciente maneja en cuanto a sus perturbaciones filosóficas, definiendo las emociones sanas discriminándolas de las emociones negativas apropiadas e inapropiadas, cuestionándole rigidamente al paciente su conducta y filosofía autoderrotista y a su vez ofreciendo un apoyo incondicional, fomentando con ello una buena relación paciente-terapeuta.

La segunda fue la terapia cognitiva-conductual, manejada por Beck (1995). Donde se centraba principalmente en la eliminación de síntomas físicos, empleando argumentos empíricos para contrarrestar las percepciones erróneas de la realidad, empleando métodos cognitivos y más suaves para cambiar los pensamientos disfuncionales y favorecer el refuerzo de la conducta, como: relajación, manejo de pensamientos automáticos, manejo de emociones, etc.

Y la tercer terapia fue el manejo conductual en donde se utilizó el reforzamiento positivo, la desensibilización sistemática, manejo de contingencias, y el autoregistro.

Cabe mencionar que en la mayoría de las ocasiones se dio una combinación de los tres tipos de terapia de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

Evaluación de la Rotación en el Hospital de la Mujer

Durante el año de rotación, se logró lo siguiente:

Un trabajo psicoterapéutico, tanto con población que presentaba enfermedad crónica degenerativa, como personas que presentaban problemas de tipo social como: problemas de pareja, problemas paterno filial, violencia intrafamiliar, abuso sexual y violación.

Dentro de este trabajo terapéutico se alcanzó la respuesta de disminución de síntomas y en ocasiones solo se llegó al mantenimiento de estos de manera moderada, en otros casos se dio la remisión, es decir, la desaparición de los síntomas originales, sin embargo no se alcanzó a trabajar con la recaída (reaparición de los síntomas en el mismo nivel de inicio), la recuperación (ausencia prolongada de síntomas, aún los más moderados) y con la recurrencia (reaparición clínica de los síntomas, en un contexto de recuperación), esto debido a la falta de tiempo y por la excesiva demanda de pacientes, a pesar de que se contaba con el espacio de un consultorio.

Por otro lado se logró un trabajo interdisciplinario, a pesar de los obstáculos encontrados, como el hecho de que el personal médico no estaba lo suficiente sensibilizado para trabajar con el psicólogo, no obstante trabajo social y enfermería colaboraba de manera conjunta con psicología. Cabe mencionar que se tubo en varias ocasiones que aclarar cual era el trabajo del psicólogo y aún más el trabajo de medicina conductual, ya que se llegó a confundir las intervenciones con las de un psiquiatra. Esta labor dio resultado en el momento que el personal de salud, principalmente los médicos, solicitaban interconsultas relacionadas con el trabajo de medicina conductual, sin dejar a un lado, desde luego las peticiones de trabajo involucradas con la problemática social, ya que es una situación primordial en dicho hospital.

En cuanto al enriquecimiento académico se obtuvo de manera parcial, debido a que nunca se tuvo el apoyo en esta área de la supervisora en situ, sin embargo la supervisora

académica por parte de la UNAM, fue la que brindó sus conocimientos y de esta manera se logró realizar una investigación.

Cabe mencionar que el trabajo del residente fue obstaculizado por la jefa de psicología, por lo que se sugiere que el personal encargado de dirigir a los residentes de medicina conductual, este relacionado con la maestría y principalmente con el área de medicina conductual, además de tener un nivel de estudios mínimo de maestría.

Asistencia a eventos académicos.

- 1.- Primer congreso Latinoamericano de Psicología de la salud, celebrado en la ciudad de Veracruz, Ver., México, del 23 al 26 de Mayo de 2001.
- 2.- Primer congreso Nacional de Psico-Oncología que se efectuó del 28 al 30 de agosto de 2001 en el Instituto Nacional de Cancerología . México.D.F.
- 3.- Curso taller de capacitación sobre Modelo de Atención Posparto (APA) y Aspiración Manual Endouterina (AMEU), llevado acabo por Ipas del 4 al 6 de Marzo del 2002 en el Hospital de la Mujer. México D.F.
- 4.-Programa de capacitación: Mujeres, Violencia y Salud que se llevo a cabo del 8 al 12 de Abril de 2002, en la ciudad de México.

Ponencias.

- 1.- Participación como profesor en el Programa de Educación para la Salud que se impartió en el servicio de ostomias del Hospital Juárez de México, el cual se llevo a cabo en Enero de 2002.
- 2.- Participación como expositor de la conferencia “ Intervención cognitiva-conductual de síntomas físicos y psicológicos de pacientes con cáncer de mama en quimioterapia”. Celebrado en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, del 14 al 18 de Octubre de 2002.
- 3.-Participación como expositora de la conferencia “ Intervención cognitiva-conductual de síntomas físicos y psicológicos de pacientes con cáncer de mama en quimioterapia”. Llevado a cabo el 29 y 30 de Noviembre de 2002 en el Hospital “Dr. Luis Sánchez Bulnes” de la Asociación para Evitar la Ceguera en México; por la Sociedad Mexicana de Medicina conductual.

Evaluación General

Los logros obtenidos así como las competencias profesionales están basados primordialmente en la práctica, sin dejar a un lado la teoría, la cual es de suma importancia para guiarnos en el proceder. De lo anterior se deriva la autopercepción del dominio en el manejo de las técnicas cognitivo-conductuales; es decir, a lo largo de los dos años de rotación, tanto en el hospital Juárez de México, como en de la Mujer, se consideró lo siguiente: la técnica de relajación, el manejo de pensamientos automáticos y de emociones; así como la entrevista fueron las estrategias psicológicas que con mayor frecuencia se utilizaron, en cuanto a solución de problemas, adherencia, manejo conductual, reestructuración cognoscitiva e intervención en crisis, se llevaron a cabo con menor frecuencia, y las técnicas que se utilizaron poco fueron las desensibilización sistemática, terapia racional emotiva y estrategias de distracción. Además, las investigaciones que se desarrollaron en cada sede, la participación como ponente a lo largo de los dos años de residencia y el trabajo interdisciplinario con el personal de salud, nos habla del desarrollo de habilidades, no solo como personal de salud, en el manejo de pacientes con enfermedad crónica degenerativa y en pacientes con problemática social, si no también como investigadores, ya que se tuvo la oportunidad de combinar la práctica con la investigación, y de esta manera obtener resultados. Así mismo se desarrollaron habilidades para la evaluación conductual y el diagnóstico psicológico.

De acuerdo a lo anterior se contribuyó a la calidad de vida del paciente, al mejorar las condiciones de este a pesar de un padecimiento físico, emocional y conductual, por lo que se adquirió un beneficio a través de un costo relacionado principalmente con tiempo.

Se sugiere que el tiempo de intervención se reduzca con el dominio de las técnicas cognitivo-conductuales, que daría como resultado realizar programas de intervención y así obtener el máximo de los beneficios reduciendo el número de sesiones.

Así mismo se recomienda que la concordancia de la teoría con la práctica sea mayor.

Las limitaciones que se encontraron a lo largo de los dos años fueron:

- El espacio físico para desarrollar el trabajo, principalmente dentro del Hospital Juárez de México.
- Un reducido fortalecimiento en la supervisión del trabajo del residente
- Obstaculización por parte de las personas encargados de los residentes por falta de preparación relacionada con el enfoque de la maestría, principalmente dentro del Hospital de la Mujer.

BIBLIOGRAFÍA

- Ayres, Anne., Honn, Peter., Franzoni, Janet B., Mathey, Kenneth B. (1995). Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients. Journal of psychosomatic Research, 38(5) pag. 393-402.
- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological. Review.
- Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall. Cap 9.
- Bandura, A. (1995). Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Desclée de Brouwer. Biblioteca de Psicología. España.
- Bandura, A. (1998). Self-Efficacy: The exercise of control. W.H. Freeman and company. New York.
- Beck, S. J. (1995) Cognitive Therapy: Basics Beyond. Ed. Guilford.
- Buceta, J.M., Bueno, A. M., Mas, B. (2000). Intervención Psicológica en trastornos de la salud. Ed Dykinson. Madrid.
- Caballo, V. (1995) Manual de técnicas de terapia y Modificación de conducta. Ed. Siglo XXI de España México.
- D' Zurilla, T. J., and Golfried, M. R (1971). Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 78 (4) pag. 107-126.
- Fernández, A., Guerrero, J., Duque. (1988) Nausea y vómito anticipatorio en pacientes cancerosos sometidos a quimioterapia. Psicología. 8 (1) pag. 35-41.
- Frank, E., Prien, R.F., Jarret, R.B. (1991). Conceptualization and rationale for consensus definition of terms in major depression disorder. Arch. Gen.Psych., 48 (6) pag. 851-855.
- Freedman, R.,Janni. (1983). Self-control of digital temperature: physiological factors and transfer effects. Psychophysiology 20 (6) pag. 682-688.
- Geldard, A. (1976). Fundamentos de psicología. Ed.Trillas. México D.F
- Giner, J., Fdez-Arguelles, P., Iglesias, J., y Barea, J. (1983). Aspectos Médicos – psicológicos en pacientes oncológicos (personalidad previa y trastorno psicológico). Psiquis. (4) 6 pag. 37-44.
- Gómez, H.A.(2000). Manual de oncología. Ed. McGraw-Hill. México D.F

- Greenberg, L.S., y Pavio, S.C. (1997). Trabajar con las emociones en psicoterapia. Ed. Paidós. Barcelona España.
- Hernández, S.R., Fernández, C. C., y Pilar, B. L. (1991). Metodología de la investigación. Ed. McGraw-Hill. México D.F
- Jurado, S., Villega, E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena y Varela, R. (1998). La Estandarización del Inventario de depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.
- Keller, M.B. (2003) Past, present and future directions for defining optimal treatment output in depress. *Remission and beyond*. 289 (23) pag. 3152-3160.
- Miller, G. E., Cohen, S. (2000) Psychological Interventions and the Immune System: A Meta-Analytic Review and critique. *Health Psychology*. 20(1) pag. 47-63.
- Morales, T.P., M, S.M., y Jurado, C.S. (1998). Efecto del Tratamiento Cognitivo en los Síntomas y Bienestar Subjetivo de Pacientes con Problemas de Vértigo. *Revista Mexicana de Psicología*. 15 (1) pag. 49-57.
- Nezu, A., Maguth, C and Cols. (1999) Helping Cancer Patients cope. Ed. American Psychological Association. Washintong, D.C .
- Noriega Gayol Ma. Gloria (1994). Psicoterapia con análisis transaccional. Tesis-Unam.
- Pérez- Mega G. Intervención Cognitivo-Conductual en el tratamiento de las originales nauseas y vómito asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama *Psicología.COM [Online]*, 3 (3), 15 párrafos. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num2/art_6.htm [2000].
- Pierre, P., López, I.J., Valdez, M.M (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Ed. Masson, S.A. Barcelona. Madrid.
- Pinto, M., Eakin, E., Maruyama, N. (2000). Health Behavioral Changes after and cancer dianosis: Get do we know and were do we go from here. *Annals of Behavioral medicine*. 22(1) pag. 38-51.
- Puente, S.F. (1998). ¿Qué es la adherencia terapéutica?. Adherencia terapéutica implicaciones para México. Facultad de psicología. México D.F
- Razavi, D., Delvaux, N. (1988). Psychological dimensions of diagnosis and the treatmens. *Acta Psychiatrica.Belgica*. 88(1) pag. 60-79.
- Reynoso, E.L., y Seligson, N.J. (2002). *Psicología y salud en México*. Proyecto CONACYT. UNAM. Psicología y salud.

Robinson, J., Shaver, P., y Wrinhtsman. (1991). Measures of Personality and social Psychological Attitude. Academic Press, INC. San Diego California. Vol. 1

Roscoe, J. A., Hickok, J., Morrow, G. (2000). Patient expectations as predictor of chemotherapy-induced nausea. Health Psychology.

Slaieku. (1999). Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación. Ed. Manual moderno. México D.F.

Smith, C. (1992). Entrenamiento Cognitivo Conductual para la relajación. Un nuevo sistema de estrategias para el tratamiento y la evaluación. Ed. Biblioteca de Psicología España.

Vallejo, J., y Gasto, C. (2000). Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión. Ed. Masson. Barcelona España.

Virus de Papiloma Humano y el Cáncer. Disponible en [http://www.cancer.gov/clinical trials](http://www.cancer.gov/clinical_trials) [2000].

Zumaya, L.M.A., (1993). Bases Teóricas de la Psicoterapia Cognitivo-Conductual. Salud Mental. 16 (1) pag. 39-43.

V ANEXOS

NEXO 1

REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES (UNO)

Cuando note una emoción que le desagrade, pregúntese ¿qué está pasando a través de mi mente en estos momentos? Y tan pronto como sea posible coloque sus pensamientos o imágenes mentales en las siguientes columnas.

FECHA / HORA	DONDE ESTA Y QUE ESTA HACIENDO	QUE PIENSA O QUE SE IMAGINA	QUE SIENTE O COMO SE SIENTE	QUE SÍNTOMAS TIENE

ANEXO 2

REGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES (DOS)

Cuando note una emoción que le desagrada, pregúntese ¿que está pasando a través de mi mente en estos momentos? Y tan pronto como sea posible coloque sus pensamientos o imágenes mentales en las siguientes columnas.

<i>FECHA / HORA</i>	SITUACIÓN	PENSAMIENTO(S) AUTOMÁTICO (S)	EMOCION(ES)	RESPUESTA(S) ADAPTATIVA(S)	RESULTADOS

ANEXO 3

REGISTRO DE EVENTOS DISFUNCIONALES

FECHA / HORA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	EMOCION(ES)	RESPUESTAS ADAPTATIVAS	RESULTADOS
Día/mes/año Hora	1. Qué evento actual o flujo de pensamientos recolectó. 2. Qué sensación física distresante tuvo.	1. Qué pensamiento(s) y/o imagen(es) estuvieron a través de su mente. 2. Cuanto creyó de cada uno en ese tiempo (0%-100%)	1. Qué emoción(es): tristeza, ansiedad, enojo, etc. Sintió en ese tiempo. 2. Qué tan intensa fue la emoción. (0%-100%)	1. (opcional) Qué distorsión cognitiva hizo. 2. Usar las respuestas como base para sacar la respuesta adaptativa. 3. Cuanto crees de cada respuesta (0%-100%)	1. Cuanto cree ahora de cada pensamiento automático (0%-100%) 2. Qué emoción(es) siente ahora y que tan intenso es (0%-100%). 3. Qué va hacer o qué hizo.
Jueves 23/01 10 A..M.	1. Hablando por teléfono con una dama Estudiando para mi examen 2. Sudoración	1. Ya no debería gustarme 2. 90% 1. Nunca voy a aprender eso. 2. 100%	1. Triste 2. 80% 1. Deprimido. 2. 80%	1. De todo o nada 2. Puede ser de otra manera. 3. 40% 1. Catastrofizante 2. Solo estoy teniendo problemas ahora 3. 60%	1. 50% 2. esperanza 40% 3. Volver hablar con ella. 1. 40% 2. Esperanza 50% 3. voy a volver a estudiar después de refrescarme.

ANEXO 4

AUTOREGISTRO DE NAUSEA

NOMBRE:

EDAD:

CICLO DE QUIMIOTERAPIA:

Marque Con una "X" el grado de severidad de Nausea que sienta por día, a partir de la quimioterapia y cinco días después de esta.

DIA DE LA QUIMIOTRAPIA:

FECHA.

- 1) No tuve nausea.
- 2) Tuve poca nausea
- 3) Tuve mucha nausea.

SEGUNDO DIA

- 1) No tuve nausea.
- 2) Tuve poca nausea
- 3) Tuve mucha nausea.

TERCER DIA

- 1) No tuve nausea.
- 2) Tuve poca nausea
- 3) Tuve mucha nausea

CUARTO DIA

- 1) No tuve nausea.
- 2) Tuve poca nausea
- 3) Tuve mucha nausea

QUINTO DIA

- 1) No tuve nausea.
- 2) Tuve poca nausea
- 3) Tuve mucha nausea

SEXTO DIA

- 1) No tuve nausea.
- 2) Tuve poca nausea
- 3) Tuve mucha nausea

ANEXO 5

AUTOREGISTRO DE VÓMITO

NOMBRE:

EDAD:

CICLO DE QUIMIOTERAPIA

Escriba el número de veces que vomitó por día, a partir del día de la quimioterapia y los cinco días después de esta.

DIA DE LA QUIMIOTERAPIA:

FECHA :

No. De veces que vomitó:

SEGUNDO DIA

No. De veces que vomitó:

TERCER DIA

No. De veces que vomitó:

CUARTO DIA

No. De veces que vomitó:

QUINTO DIA

No. De veces que vomitó:

SEXTO DIA

No. De veces que vomitó:

ANEXO 6

RELAJACION

Respiración Diafragmática.

Siéntese con sus piernas extendidas y coloque sus brazos encima de sus piernas. Cierre sus ojos. Va a empezar a relajarse a medida que escuche mi voz.

Enfoque su atención a su respiración, respire dejando sin prisa entrar el aire por su nariz, lenta y profundamente de manera que pueda sentir cómo su estómago se va inflando, como va aumentando de tamaño, cuando deje salir el aire hágalo por la boca y de manera que dure dos veces más que el tiempo que le tomo dejarlo entrar preste atención a los momentos a los cuales la respiración entra y sale, fíjese en todo lo que sea posible acerca de su respiración, en el sonido del aire y en la sensación de entrar y salir, en el movimiento de su pecho. (repetir la respiración por lo menos dos veces más). Repita en su mente después de mí “es tan agradable relajarse tan diferente a la sensación de tensión” (dos veces repetirlo).

Ejercicio de imaginaria.

Mientras continua respirando lenta y profundamente, traiga a su memoria el recuerdo de algún lugar que le agrada, de ese lugar que le guste, que la hace sentir tranquila y relajada, observe los objetos que están alrededor de ese lugar puede ser(agua, flores, plantas, árboles, nubes, etc), ahora observe los colores de ese lugar, los colores de cada objeto que se encuentra a su alrededor, visualice la intensidad de los tonos, vuelva a recordar los ruidos de ese lugar, los olores y la temperatura, observe la textura de los objetos que hay en ese lugar, siéntala. , Mientras sigue respirando lenta y profundamente, repítase mentalmente “ES TAN AGRADABLE RELAJARSE TAN DIFERENTE A LA SENSACIÓN DE TENSIÓN”. Mientras continua visualizando ese lugar, va a dejar de escuchar mi voz por unos segundos y cuando la vuelva a escuchar no se va a asustar, a la cuenta de tres va a dejar de escuchar mi voz, uno, dos, en breve va a dejar de escuchar mi voz, tres (dejar a la persona por lo menos un minuto), va a empezar a escuchar mi voz mientras sigue respirando lenta y profundamente, ahora repítase mentalmente “es tan agradable relajarse tan diferente a la sensación de tensión”.

Frases de entrenamiento autógeno.

Repítase me siento bastante tranquila, estoy sintiéndome relajada, siento mis tobillos, rodillas y caderas relajadas y cómodas, siento mi pecho y estómago relajados y tranquilos, siento mis brazos y hombros relajados y cómodos, siento mi cuello, mandíbula y frente cómodos y suaves, siento mi cuerpo relajado, estoy bastante relajada, mis brazos y mis manos están calientes, siento que el calor fluye por todo mi cuerpo, me siento tranquila, siento mi cuerpo quieto, cómodo y relajado, me siento calmada y tranquila, traigo a mi, pensamientos de tranquilidad, mi mente está tranquila, estoy gozando de estas sensaciones de tranquilidad, siento vida y energía por: mis piernas, caderas, estómago, pecho, brazos, manos, cuello y cabeza, la energía me hace sentir ligera y llena de vida. Mientras sigue respirando lenta y profundamente repítase mentalmente “voy a estar con esta sensación de tranquilidad y paz durante todo el día”. Ahora voy a contar hasta diez mientras usted se va a ir incorporando lentamente, uno, dos, váyase moviendo poco a poco, tres, cuatro, cinco, mueva sus piernas y brazos lentamente, seis, siete, vaya abriendo sus ojos lentamente, ocho, nueve, diez.

ANEXO 7

PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS

SESION	TEMA	OBJETIVOS	PROCEDIMIENTO
Primera	<p>Inducción sobre el tema de Pensamientos Automáticos.</p> <p>Relación de Pensamientos Automáticos con las Emociones.</p> <p>Aprendizaje de la identificación de los pensamientos automáticos y emociones por parte de los pacientes.</p>	<p>Que el paciente conozca acerca de los pensamientos automáticos.</p> <p>Que el paciente conozca la asociación de los pensamientos automáticos con las emociones.</p> <p>Que el paciente tenga la habilidad para identificar sus pensamientos automáticos y sus emociones.</p>	<p>Exposición del tema a través del dialogo y ejemplificaciones de sus propios pensamientos automáticos acerca de la quimioterapia sustraídos de la línea base previa.</p> <p>Exposición del tema a través del dialogo y ejemplificaciones de sus propios pensamientos y emociones acerca de la quimioterapia manifestados en la línea base previa.</p> <p>a) Que el paciente describa la situación problemática o el periodo durante el cual se experimente una afección y hacerle las pregunta básica: “¿Qué estaba pasando a través de tu mente justo después de.... o antes de la?, también se pueden realizar estas preguntas: “¿Qué crees que estaba pasando acerca de?, ¿Qué piensas que puede haber estado pasando acerca de la.. o...? (aquí el terapeuta da un par de posibilidades), Estuvo imaginando algo que paso o recordando que hizo?, ¿Qué tuvo en mente acerca de estas situaciones?” . b) En cuanto a la emoción la pregunta básica es: ¿Qué te hizo sentir?, ¿Cómo te hace sentir emocionalmente ese pensamiento? c) Si se necesita describirle al paciente imaginariamente la situación problemática con detalle (como si eso estuviera pasando en esos momentos), y hacerle las preguntas</p>

			<p>básicas.</p> <p>d) Si se necesita o se decide hacerle al paciente el rol playing y después hacerle las preguntas básicas.</p>
Primera	<p>Aprendizaje por parte de los pacientes para evaluar y responder a los pensamientos automáticos.</p>	<p>Que el paciente evalúe y responda a los pensamientos automáticos.</p>	<p>a) Focalizar sobre el pensamiento automático: ¿Cuánto crees ahora en este o estos pensamientos automáticos (0-100%)?.</p> <p>b) ¿Cómo te hace sentir emocionalmente este pensamiento? Y ¿qué tan fuerte es esta emoción(0-100%)?</p> <p>c) Si el grado de creencias y distres es bajo, se debe de mover hacia otro terreno, pero si se considera que es alto entonces se hacen las siguientes preguntas: ¿cuándo tuviste estos pensamientos?, ¿Dónde estabas?, ¿Con qué frecuencia se presentan?, ¿Qué hiciste después de que tuviste estos pensamientos?, ¿Qué otros pensamientos e imágenes tienes en esta situación?, ¿Noto si algo pasó en su cuerpo?.</p> <p>NOTA: Hacer el registro de Pensamientos Disfuncionales(DTR) en el formato UNO en la sesión junto con el paciente para enseñarle a llenarlo y posteriormente dejárselo de tarea para casa, ver anexo ()</p>
Segunda Y Tercera	<p>Verificación de lo aprendido.</p> <p>Aprendizaje de la solución del problema a través de una respuesta adaptativa</p>	<p>Que el paciente reafirme lo aprendido.</p> <p>Que el paciente aprenda a hacer solucionable el problema.</p>	<p>Registrar los pensamientos automáticos negativos que surgieron durante el periodo que no se vio a la paciente y trabajar sobre ellos.</p> <p>a) Explorar creencias fundamentales de los pensamientos automáticos: si el pensamiento es verdad ¿qué significa para ti?</p> <p>b) Ayudar a componer una alternativa de respuesta de los pensamientos automáticos, a través de las siguientes preguntas: 1. ¿Cuál es la evidencia que sostiene esta idea?, 2. ¿Existe una explicación alternativa?, 3. ¿Cuál es lo peor o mejor que podría pasar?, 4. ¿Cuál es lo más real que podría pasar?, ¿Podría vivir con esto?, 5. ¿Cuál es el efecto de creer en mi pensamiento?, 5. ¿Qué</p>

			<p>debería hacer acerca de esto?, 6. ¿qué cosas podrías hacer acerca de esto?, ¿Cómo ha tratado antes o tocado antes esta clase de pensamientos?, ¿Qué desea poder hacer?, 6. ¿Qué le diría a mis amigos si estuviera en la misma situación?</p> <p>NOTA: Lo anterior está basado en preguntas socráticas del dialogo socrático.</p> <p>d) Identificación de la Distorsión Cognoscitiva: 1. Todo o Nada (Pensamientos dicotómicos o polarización), 2. Catastrofizante, 3. Descalificante o discontinuar lo positivo, 4. Reacciones emocionales, 5. etiquetar, 6. Magnificación / minimización, 7. Filtro Mental, 8. Lector de mente, 9. Sobregeneralización, 10. Personalización, 11. Estado de obligación "debería", 12. Visión tunel..</p> <p>e) Evaluación de su respuesta adaptativa: ¿Cuánto crees de esta respuesta? Del 0 % al 100%</p> <p><i>NOTA: Hacer el registro de Pensamientos Disfuncionales(DTR) en el formato DOS en la sesión junto con el paciente para enseñarle a llenarlo y posteriormente dejárselo de tarea para casa.</i></p>
Primera	Aprendizaje por parte de los pacientes para evaluar y responder a los pensamientos automáticos.	Que el paciente evalúe y responda a los pensamientos automáticos.	<p>f) Focalizar sobre el pensamiento automático: ¿Cuánto crees ahora en este o estos pensamientos automáticos (0-100%)?.</p> <p>g) ¿Cómo te hace sentir emocionalmente este pensamiento? Y ¿qué tan fuerte es esta emoción(0-100%)?</p> <p>h) Si el grado de creencias y distres es bajo, se debe de mover hacia otro terreno, pero si se considera que es alto entonces se hacen las siguientes preguntas: ¿cuándo tuviste estos pensamientos?, ¿Dónde estabas?, ¿Con qué frecuencia se presentan?, ¿Qué hiciste después de que tuviste estos pensamientos?, ¿Qué otros pensamientos e imágenes tienes en esta situación?, ¿Noto si algo pasó en su cuerpo?.</p> <p>NOTA: Hacer el registro de Pensamientos Disfuncionales(DTR) en el formato UNO en la sesión junto con el paciente para enseñarle a llenarlo y posteriormente dejárselo de tarea para casa, ver anexo ()</p>

<p>Segunda Y Tercera</p>	<p>Verificación de lo aprendido.</p> <p>Aprendizaje de la solución del problema a través de una respuesta adaptativa</p>	<p>Que el paciente reafirme lo aprendido.</p> <p>Que el paciente aprenda a hacer solucionable el problema.</p>	<p>Registrar los pensamientos automáticos negativos que surgieron durante el periodo que no se vio a la paciente y trabajar sobre ellos.</p> <p>a) Explorar creencias fundamentales de los pensamientos automáticos: si el pensamiento es verdad ¿qué significa para ti?</p> <p>b) Ayudar a componer una alternativa de respuesta de los pensamientos automáticos, a través de las siguientes preguntas: 1. ¿Cuál es la evidencia que sostiene esta idea?, 2. ¿Existe una explicación alternativa?, 3. ¿Cuál es lo peor o mejor que podría pasar?, 4. ¿Cuál es lo más real que podría pasar?, 5. ¿Podría vivir con esto?, 6. ¿Cuál es el efecto de creer en mi pensamiento?, 7. ¿Qué debería hacer acerca de esto?, 8. ¿qué cosas podrías hacer acerca de esto?, 9. ¿Cómo ha tratado antes o tocado antes esta clase de pensamientos?, 10. ¿Qué desea poder hacer?, 11. ¿Qué le diría a mis amigos si estuviera en la misma situación?.</p> <p>NOTA: Lo anterior está basado en preguntas socráticas del dialogo socrático.</p> <p>i) Identificación de la Distorsión Cognoscitiva: 1. Todo o Nada (Pensamientos dicotómicos o polarización), 2. Catastrofizante, 3. Descalificante o descontinuar lo positivo, 4. Reacciones emocionales, 5. etiquetar, 6. Magnificación / minimización, 7. Filtro Mental, 8. Lector de mente, 9. Sobregeneralización, 10. Personalización, 11. Estado de obligación “debería”, 12. Visión tunel..</p> <p>j) Evaluación de su respuesta adaptativa: ¿Cuánto crees de esta respuesta? Del 0 % al 100%</p> <p><i>NOTA: Hacer el registro de Pensamientos Disfuncionales (DTR) en el formato DOS en la sesión junto con el paciente para enseñarle a llenarlo y posteriormente dejárselo de tarea para casa.</i></p>
----------------------------------	--	--	--

ANEXO 8

Cuestionario explorativo

HOSPITAL DE LA MUJER DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MEDICINA CONDUCTUAL

FECHA: # EXPED: GRUPO:
NOMBRE: EDAD:
FECHA DE NAC. ESCOLARIDAD: OCUPAC:
EDO. CIVIL: # DE AÑOS CON LA PAREJA:
OCUPACIÓN DE LA PAREJA: # DE HIJOS:
DIRECCIÓN Y TELÉFONO:

1.- ¿Porqué esta hospitalizada?

2.- ¿Qué presenta y donde lo tiene localizado?

3.- ¿Porqué lo tiene o cómo lo adquirió?

4.- ¿Qué piensa acerca de la manera de adquirirlo?

5.- ¿Sabe si es peligroso y en que consiste?

*¿Sabe qué es cáncer y en donde puede darle el cáncer a consecuencia de lo que tiene?

6.- ¿Qué consecuencias puede generar en su salud?

7.-¿ Quién le informo de todo lo anterior?

8.- ¿ Qué molestias ha tenido o tiene?

9.- ¿ Piensa atenderse médicamente?

10.- ¿Le comunicaron que debe hacer para que no vuelva a tener lo mismo?

11.- ¿Su pareja sabe de esto y qué piensa?

<i>T I E M P O</i>	<i>O B J E T I V O</i>	<i>T E M A</i>
5 minutos	Dar a conocer el significado del virus del papiloma humano (VPH)	¿Qué es el virus de papiloma humano o condiloma?
10 minutos	Dar a conocer los motivos del contagio	¿Cómo se adquiere el VPH o condiloma?
40 minutos	Tratar el aspecto de pensamiento, emoción y conducta.	Sexualidad y relación de pareja
15 minutos	Dar a conocer la implicación a la que conlleva el adquirir el VPH o condilomas.	¿Qué consecuencias trae el VPH o condiloma en la salud? ¿Qué es el cáncer cervico-uterino y el cáncer de vulva?
20 minutos	Dar a conocer alternativas de control	¿Cómo se trata el VPH o condiloma? ¿Qué papel juega la pareja en el tratamiento?

ANEXO 9