



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL
EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO**

**INTERVENIDOS QUIRÚRGICAMENTE:
REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
LIC. MAYRA LORENIA VEGA NEWMAN**

Director de Tesis: Dr. Juan José Sánchez Sosa.
Jurado de Examen: Mtro. Leonardo Reynoso Erazo.
Dra. Amada Ampudia Rueda.
Dra. Lucy María Reidl Martínez.
Mtra. Ma. Cristina Bravo González.
Dr. Samuel Jurado Cárdenas.
Dra. Gabina Villagran Vázquez.

México D.F

Junio, 2006.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología por brindarme la oportunidad de formar parte de su institución.

A mi Tutor Dr. Juan José por orientar y afinar mis conocimientos a lo largo de estos dos años y medio.

A mis maestros Dra. Isabel Reyes Lagunes, Mtro. Leonardo Reynozo por sus enseñanzas y experiencias compartidas en el salón de clases.

Al Dr. Francisco García Rodríguez, le agradezco sus enseñanzas pero sobre todo la oportunidad de conocer al gran ser humano que hay en usted, con respeto, admiración y cariño.

A mis pacientes porque sin ellos no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

A las personas que les debo la vida: Mamá gracias por ser mi inspiración para concluir este trabajo, te recordaré y amaré todos los días de mi vida; Papá admiro tu fortaleza pero sobre todo tu sabiduría, gracias por su amor incondicional, sin su apoyo mi sueño no hubiera sido una realidad.

A mis hermanos: Rosa Isela y Regino por su alianza, apoyo y motivación, los quiero mucho.

A Luis Alonso por formar parte de mi familia.

A mis sobrinos Luis Alonso, Jesús Francisco, Litzy Gabriela y Angel, gracias por su cariño.

A mis tíos abuelos Yolanda y José por su hospitalidad.

A mi tío José Gabriel por su apoyo, confianza y cariño.

A Teresa y Santiago, gracias por permitirme compartir con ustedes gratos e inolvidables momentos.

A Graciela y Raúl por su amistad.

A Rosita por escucharme y formar parte de mi familia en México.

A Marlen, Sarita y Pilar por sus muestras de cariño .

A Arturo y Carlos por darme la oportunidad de conocerlos, siempre recordaré nuestra amistad como una de las cosas más valiosas que he encontrado en la vida.

A mis amigos Sonorenses Reyna, Luis Alberto, Rocío, Fernanda, Griselda y Versa, gracias por mantener nuestra amistad a pesar del tiempo y la distancia.

ÍNDICE

	PÁGINA
RESUMEN	6
1. CÁNCER	7
1.1. Definición	7
1.2. Factores de riesgo	8
1.3. Tipos de Cáncer	10
1.3.1. Cáncer de Cabeza y Cuello	11
1.3.1.1. Epidemiología y Etiología	11
1.3.1.1.1. Cavidad Oral	11
1.3.1.1.2. Orofaringe	12
1.3.1.1.3. Laringe	12
1.3.1.1.4. Nasofaringe	13
1.3.1.1.5. Hipofaringe	13
1.3.1.1.6. Fosas Nasales y Senos Paranasales	14
1.3.1.1.7. Glándulas Salivales	14
1.4. Tratamientos	15
2. CALIDAD DE VIDA	17
2.1. Definición	17
2.2. Calidad de Vida y Cáncer	18
2.3. Cáncer e Imagen Corporal	21
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
3.1. Fundamentación.....	25
3.2. Objetivo	25
3.3. Hipótesis	25
3.4. Variables: definición conceptual y operacional	26
3.4.1. Variables Dependientes	26
3.4.2. Variable Independiente	29
4. MÉTODO	30
4.1. Participantes	30
4.2. Diseño	31
4.3. Escenario	31
4.4. Instrumentos	31
4.5. Procedimiento	31
4.6. Intervención	32
5. RESULTADOS	35
6. DISCUSIÓN	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	65
Anexo 1. Inventario de Calidad de Vida y Salud	66
Anexo 2. Registro Conductual	71
Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck	73

Anexo 4. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado	76
Anexo 5. Consentimiento Informado	78
Anexo 6. Carnet de Citas	79
Anexo 7. Datos Sociodemográficos	80
Anexo 8. Ejercicio de Conductas y Emociones Disfuncionales	82
Anexo 9. Ejercicio A-B-C	83
Anexo 10. Ejercicio de Autoaceptación	84
Anexo 11. Cuestionario de Autoayuda Racional	85
Anexo 12. Ejercicio Zig-Zag	87
7. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL	88
7.1. Características de la Sede: Hospital Juárez de México	88
7.2. Ubicación del Residente de Medicina Conductual en la Sede	90
7.3. Actividades Desarrolladas en la Sede	93
7.3.1. Justificación Teórica	93
7.3.2. Actividades Diarias	97
7.3.3. Consultas Realizadas Primer Año	99
7.3.4. Consultas Realizadas Segundo Año	103
7.3.5. Protocolos Complementarios de Investigación	107
A) Mitos Conceptuales del Cáncer	107
Objetivo	107
Participantes	107
Procedimiento	108
Resultados	109
B) Elaboración de un Instrumento de Locus de Control	113
Objetivo	113
Participantes	113
Procedimiento	114
Resultados	118
Conclusión	118
7.3.6. Actividades Académicas	119
7.3.7. Otras Actividades	120
7.3.7.1. Asistencia a Eventos Académicos	121
7.4. Evaluación	122
7.4.1. De la Sede: Hospital Juárez de México, Unidad de Oncología.	122
7.4.2. De las actividades y programas desarrollados en la Sede	123
7.4.3. Del Sistema de Supervisión	124
7.4.3.1. Supervisor In Situ	124
7.4.3.2. Supervisor Académico	125
7.4.3.3. Tutor Académico	125
7.4.4. De las Competencias Profesionales Alcanzadas	125
7.5. Conclusiones y Sugerencias	127
GLOSARIO	128

RESUMEN

El cáncer es una enfermedad crónica degenerativa ocasionada por células del organismo que pierden sus mecanismos de control y presentan un crecimiento desordenado. Como toda enfermedad crónica degenerativa, el cáncer implica una modificación en el estilo de vida del paciente dado que es un padecimiento que es probable que persista por largo tiempo, provocando daños en el funcionamiento biológico, psicológico y/o social de una persona, los pacientes tienen dificultades en la adaptación social, son personas que se aíslan, la actividad sexual se vuelve nula, la actividad laboral se ve interrumpida o hay dificultad para conseguir empleo. Así, se ha considerado trascendente estudiar la calidad de vida en estos pacientes, por lo que el propósito del presente estudio consiste en mejorar la calidad de vida, disminuir la sintomatología depresiva, ansiosa y comportamientos desadaptativos de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello a través de un programa de intervención cognitivo-conductual. Para la evaluación de calidad de vida se utilizó el Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa), para la sintomatología depresiva el Inventario de Depresión de Beck, la ansiedad se evaluó mediante el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y finalmente se empleó un Registro Conductual para monitorear la frecuencia de algunos comportamientos. La intervención se realizó en modalidad individual en 12 sesiones con una duración de una hora y media cada una y con una frecuencia de una vez a la semana. El estudio se realizó con cuatro pacientes de la Unidad de Oncología del Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital Juárez de México. Se utilizó un diseño de N = 1 con mediciones antes y después de la intervención. Los resultados revelaron que la mayor parte de los participantes mostraron ganancias notorias en el mejoramiento de la calidad de vida. Los hallazgos nos muestran un aumento en las actividades social, laboral, sexual y en la conducta de “verse al espejo”. Así como también una disminución de síntomas de depresión y ansiedad. Los resultados indican que la calidad de vida es una variable susceptible al cambio a través de intervenciones cognitivo-conductuales.

Palabras Clave: cáncer, calidad de vida, depresión, ansiedad.

1. CÁNCER

1.1. Definición

El término cáncer deriva del latino *cancrem*, cangrejo, que a su vez procede del griego *carcinós*, cangrejo de mar, por la similitud de crecimiento excéntrico, como las patas de un cangrejo, que Hipócrates, creador de la acepción médica del término, observó en la cara y mama de algunos enfermos (López-Lara, González, Santos y Sanz, 1999).

La palabra cáncer no hace referencia a una sola enfermedad como la mayoría de la gente piensa, sino que este término es usado para describir alrededor de 200 enfermedades diferentes. Sin embargo, todos los tipos de cáncer tienen en común una característica que es el incontrolable crecimiento y acumulación de células anormales (Nezu, Maguth, Friedman, Faddis & Houts, 1998). El tejido de un adulto está formado de más de 100 tipos de células diferentes, todas con su período de vida programado. Algunos tipos de células como por ejemplo las de los músculos del corazón, las del cerebro y la de los músculos voluntarios no se reproducen en los adultos, el resto de los tipos de células se reproducen pero en valores diferentes dependiendo de las necesidades del organismo (Jill, 1995). Las células normales actúan de acuerdo a un equipo genético programado, de tal forma que crecen, se dividen, maduran y mueren en forma ordenada (Nezu, et. al., 1998). La formación en el cuerpo de nuevas células está coordinada con la pérdida de células ya existentes (Jill, 1995). Sin embargo, las células cancerosas son células que están fuera de control, no se rigen por reglas biológicas, éstas se dividen más rápidamente que las comunes, crecen en una forma desordenada y no maduran adecuadamente. Las células cancerosas pueden destruir los tejidos que se encuentran alrededor expandiéndose a lo largo del cuerpo (Nezu, et. al., 1998).

En conclusión, podemos decir que el cáncer es una enfermedad crónica degenerativa ocasionada por células del organismo que pierden sus mecanismos de control y presentan un crecimiento desordenado (Huerta y Corona, 2003). Constituye un proceso que daña el funcionamiento biológico y/o psicológico y/o social de una persona y que puede llegar a conducir a la muerte (Ascencio, 2001).

1.2. Factores de Riesgo

El cáncer, que no respeta edad, sexo, especie ni raza, ha ido aumentando en incidencia en forma alarmante a pesar de todos los avances de la medicina y de la biología que tratan de combatirlo. Se supone que este aumento se debe al mayor promedio de vida de los individuos. Sin embargo, ésta no parece ser la única explicación, ya que el cáncer no afecta solamente a personas de edad avanzada, sino también a jóvenes y niños. Actualmente se enfatiza la importancia de factores derivados de la contaminación ambiental que acompaña a la civilización moderna.

No existe un factor etiológico único para el cáncer en general ni para un determinado tipo de neoplasia en particular. Se habla de factores predisponentes que aumentan la probabilidad de que un determinado individuo sea afectado por un determinado tipo de cáncer.

Estos factores se relacionan con el medio ambiente (ubicación geográfica, hábitos, alimentación y ocupación) o con características propias del individuo (dotación genética, edad, sexo y estado hormonal). Por lo tanto en la etiología del cáncer intervienen factores endógenos o propios del individuo y exógenos o derivados del medio ambiente, los que llevan a través de un proceso gradual, a múltiples alteraciones genéticas sucesivas que otorgan independencia proliferativa y fenotipo agresivo a un grupo de células.

Factores del Medio Ambiente

- Distribución Geográfica.- Existen diferencias significativas en la incidencia de formas específicas de cáncer entre los distintos países del mundo, por ejemplo, el cáncer en la cavidad oral es mucho menos frecuente en India, mientras que Francia es una población con alta incidencia en este tipo de cáncer; el cáncer de laringe presenta una incidencia bastante mayor en Brasil que en el resto del mundo (Pepper, 1997).

- Hábitos.- Los estilos de vida no saludables tales como el consumo del tabaco y alcohol se han asociado con el desarrollo del cáncer. El consumo del tabaco, es sin duda el caso más claro de factor de riesgo externo ya que el tabaco contiene un elevado número de sustancias tóxicas (Muñoz, 1997). La mayoría de los cánceres de pulmón, así como una gran porción de los cánceres de labio, cavidad oral, faringe, laringe, esófago, páncreas, cuello uterino, vejiga urinaria y riñón, se pueden atribuir al hábito de fumar cigarrillos (Sociedad Americana del Cáncer, 2003).

- Alimentación.- Existe una serie de alimentos o más bien condiciones ligadas a la preservación y consumo de los alimentos que han sido relacionadas con la incidencia del cáncer, en especial cáncer del sistema digestivo. Existen elementos de la dieta que han sido relacionados con cáncer por su posible participación como promotores de células transformadas por otros cancerígenos. Así, una dieta rica en lípidos se relaciona con cáncer de mama, al ser el tejido adiposo un lugar de almacenamiento de estrógenos. Por otro lado, una dieta pobre en fibras ha sido relacionada con cáncer de colon, dado que se postula que la ausencia de fibras hace permanecer las fecas por más tiempo en contacto con el epitelio del colon, permitiendo que los ácidos biliares presentes en ellas actúen sobre este tejido, ejerciendo una acción carcinogénica (Pepper, 1997).

- Ocupación.- Se han descrito casos muy bien documentados de asociación entre una muy alta incidencia de un determinado cáncer y un tipo de trabajo en particular. Esto se explica porque el grupo de trabajadores afectados está más expuesto que la población general a determinadas sustancias químicas o procesos industriales, por ejemplo, se reportó una alta incidencia de cáncer de la piel en hombres que durante su infancia fueron deshollinadores dado que la presencia continua de hollín en contacto con la piel de estos trabajadores, producía el desarrollo de este tipo de cáncer. Asimismo, al iniciarse la práctica de la radiología, se observó una mayor incidencia de cáncer de piel en las manos de los radiólogos (Pepper, 1997).

Características del Individuo.

- Predisposición Genética.- Existe una alta probabilidad que una persona desarrolle cáncer cuando ésta presenta antecedentes familiares con esta enfermedad, por ejemplo la hija de una mujer que tiene cáncer de mama tiene una probabilidad mayor de desarrollar cáncer de mama que una persona en cuya familia no se ha presentado esta enfermedad (Nezu, et. al., 1998). Dicho de otro modo, un agente cancerígeno encuentra un terreno más apropiado para desarrollar un cáncer en algunos individuos genéticamente predispuestos que en la población en general.

- Agentes Biológicos.- Se han descrito y estudiado la participación del virus DNA y RNA en diversas neoplasias. El virus de la hepatitis B (HBV) participa como factor etiológico en el cáncer hepático, siendo, entre otros factores de riesgo la ingestión de alcohol, el hábito de fumar, algunas toxinas de hongos y otros virus. El virus del papiloma humano (HPV) se relaciona con cáncer cervicouterino, de vulva y de piel. El virus Epstein-Barr (EBV) interviene en distintos tipos de cáncer que afectan al tejido linfoide, tales como el linfoma de Burkitt y el linfoma inmunoblástico, asimismo, es factor etiológico del carcinoma nasofaríngeo. Existen una gran cantidad de virus RNA o retrovirus asociados con diversos tipos de cáncer en distintas especies. Solo uno ha sido relacionado con cáncer humano, el virus de la leucemia de células T (HTLV), que sería responsable de leucemias y linfomas de células T (Pepper, 1997).

1.3. Tipos de Cáncer

Los cánceres se clasifican en categorías según el órgano o tejido en el que se originan, con subdivisiones de acuerdo con el tipo específico de célula, su localización en el organismo y la estructura del tumor. Así se consideran un centenar de cánceres, cuya clasificación no tendría sentido si no fuera por el hecho de que cada tipo tiene una entidad distinta. Los distintos cánceres presentan características y comportamientos específicos, lo cual hace que sean en realidad enfermedades diferentes. Ello se debe no sólo al tipo celular en el que se originan, sino también a las causas que lo produjeron (Muñoz, 1997).

1.3.1. Cáncer de Cabeza y Cuello

Las neoplasias de cabeza y cuello comprenden un grupo heterogéneo de lesiones. El tumor se origina en diversas zonas dando lugar a patrones de comportamiento y pronóstico distintos que requieren un tratamiento también distinto. Las zonas del área de cabeza y cuello se clasifican en cavidad oral, orofaringe, laringe, nasofaringe, hipofaringe, fosas nasales y senos paranasales, y glándulas salivales, las cuales son consideradas por separado (Casciato y Bennett, 1990).

1.3.1.1. Epidemiología y Etiología

Se estima que 4 de cada 10 mexicanos desarrollarán alguna forma de cáncer y 1 de cada 5 morirá por esta causa. Desafortunadamente, la frecuencia y mortalidad del cáncer es creciente. En México, la tasa de mortalidad fue de 14.2/100,000 habitantes en 1992 y para 1994 había aumentado a 40/100,000. En este último año ocupó el segundo lugar como causa de muerte después de las enfermedades cardiovasculares y representó el 11% del total de muertes ocurridas (44,423) (Instituto Nacional de Cancerología, 2003). Aproximadamente 67,000 cánceres de cabeza y cuello se diagnostican cada año en los Estados Unidos, lo que representa el 2 ó 3% de todos los tumores malignos diagnosticados en este país. La frecuencia por localizaciones es como sigue: 40% en la cavidad oral, 25% en laringe, 15% en orofaringe, 7% en glándulas salivales mayores y 13% en otras localizaciones (Anderson, 2000).

1.3.1.1.1. Cavidad Oral

El cáncer de cavidad oral representa una multitud de enfermedades. La epidemiología se relaciona con cada uno de estos procesos de igual manera que difiere (DeVita, Hellman & Rosenberg, 2000). En general, el cáncer de la cavidad oral afecta anualmente a aproximadamente 30,000 personas, causando unas 10,000 muertes al año. Los hombres tienen una incidencia del doble que las mujeres (Anderson, 2000).

La relación entre la exposición al tabaco y el desarrollo de la enfermedad ha sido claramente demostrada. El alcohol ha sido identificado como un coagente, probablemente mediante su efecto tópico. Las áreas de la mucosa que están expuestas a contacto prolongado con el alcohol, tienen un mayor riesgo del desarrollo del cáncer.

El fumar cigarrillos no puede ser considerado el único agente etiológico del cáncer de la cavidad oral debido a que el porcentaje total de la población que está utilizando el tabaco en sus diversas formas es incluso más grande. Por lo tanto deben tenerse en cuenta otros factores. Puede ser discutible si la susceptibilidad genética es el más importante. Entre los factores de riesgo adicionales del cáncer de la cavidad oral se incluye la dieta. Los pacientes con deficiencia de la vitamina A han sido considerados en alto riesgo de transformación maligna de la mucosa oral. El consumir gran cantidad de frutas y verduras se ha encontrado que proporciona un efecto protector. Se han considerado como factor etiológico los irritantes crónicos, la limpieza de la boca, la mala higiene dental y la sífilis. En informes recientes se ha incriminado el fumar marihuana como factor que contribuye al cáncer de la cavidad oral. El virus simple del herpes tipo 1 (HSV-1) ha sido considerado un agente etiológico (De Vita, et al., 2000).

1.3.1.1.2. Orofaringe

Se espera que el cáncer de orofaringe se produzca en aproximadamente 4,000 pacientes anualmente en los Estados Unidos. Generalmente, la enfermedad afecta a pacientes entre la quinta y sexta décadas de la vida. Los hombres se afectan con una frecuencia de tres a cinco veces mayor que las mujeres. La etiología de la enfermedad, en su mayor extensión, no puede ser diferenciada de otros cánceres de la cavidad bucal. El tabaco y el consumo de alcohol constituyen los más importantes factores de riesgo (De Vita, et al., 2000).

1.3.1.1.3. Laringe

El cáncer de laringe es la enfermedad que afecta más comúnmente a los hombres de mediana edad o mayores que ha fumado tabaco y han bebido alcohol. El cáncer de laringe raramente se produce en las personas que no han hecho ninguna de las dos cosas. En los Estados Unidos durante 1994 se diagnosticaron más de 12,500 nuevos cánceres de laringe y 10,000 de ellos fueron hombres. Esta enfermedad ha sido más común en los hombres, estudios actuales muestran una relación de 4.5: 1 entre hombres y mujeres. En comparación con los blancos, los negros en América tienen una incidencia significativamente más alta de cáncer de laringe. La incidencia máxima de cáncer de laringe está en la sexta década. La enfermedad ocurre raramente en los jóvenes.

Los factores etiológicos que han sido implicados en el cáncer de laringe son el abuso de la voz y la laringitis crónica, ciertos factores de la dieta, el reflujo gastroesofágico crónico y la exposición al polvo de la madera, la mostaza nitrogenada, los asbestos y la radiación ionizante. Sin embargo lo que se ve más constantemente es la asociación entre cáncer de laringe y fumar. Parece existir una asociación entre la fuerte ingesta de alcohol y el cáncer de laringe y un aumento de los factores de riesgo ya presentes asociados con fumar (DeVita, et al., 2000).

1.3.1.1.4. Nasofaringe

El cáncer de nasofaringe es una patología rara en la mayor parte del mundo. La incidencia más elevada se registra en China y África (Anderson, 2000). La incidencia máxima de la enfermedad se produce en la cuarta y quinta década. La relación hombre/mujer es de 2.2: 1. La etiología de este cáncer sugiere que existen múltiples determinantes entre los que se incluyen la dieta, agentes vírales y la susceptibilidad genética. Las dietas de las áreas endémicas en donde se presenta con mayor frecuencia esta enfermedad es la que contribuye al desarrollo de la misma, ya que se caracterizan por la toma de pescado y carne curados con sal, al cocinar dichos alimentos se liberan nitrosaminas volátiles que se distribuyen mediante el vapor por la mucosa nasofaríngea. Además de la dieta, existe el Virus Epstein-Barr (EBV), los avances mas recientes en la biología molecular ha provisto una prueba más directa de las propiedades carcinogénicas del virus Herpes, incluyendo la identificación de péptidos relacionados con el EBV capaces de inducir la transformación maligna de las líneas celulares linfoblastoídes (De Vita, et al., 2000). Finalmente los determinantes genéticos potenciales del carcinoma nasofaríngeo han sido sugeridos por el aumento de la incidencia de la enfermedad en individuos con perfiles específicos del complejo mayor de histocompatibilidad.

1.3.1.1.5. Hipofaringe

Existen aproximadamente 2,500 nuevos cánceres de hipofaringe diagnosticados en los Estados Unidos cada año. Aproximadamente el 70% de las lesiones hipofaríngeas se producen en los senos piriformes y del restante 20% al 30% se producen en la pared faríngea posterior y en el área postericoida.

En total el cáncer de hipofaringe se produce más a menudo en hombres, pero parece haber una incidencia más alta de cánceres de la parte inferior de la hipofaringe o poscricoides en mujeres. Las lesiones hipofaríngeas más altas son más comunes en los hombres. Las lesiones más bajas están asociadas con anormalidades nutricionales, mientras que las lesiones del resto de la hipofaringe parecen estar asociadas con fumar y beber mucho. Estas relaciones varían a nivel internacionalmente y cambian de acuerdo con las deficiencias de vitaminas (De Vita, et al., 2000).

1.3.1.1.6. Fosas Nasales y Senos Paranasales

Los cánceres de la cavidad nasal y senos paranasales son tumores relativamente poco frecuentes con una incidencia del 0.75 por 100,000 individuos en los Estados Unidos. La enfermedad se produce con más frecuencia en hombres que en mujeres (relación 2:1) y principalmente afecta a individuos en la sexta década de la vida. Se ha apuntado que el cáncer de los senos paranasales se observa con más frecuencia en otras regiones del mundo, entre las que se incluyen Japón y Sudáfrica. Los factores etiológicos implicados en el desarrollo de esta enfermedad son múltiples. Las ocupaciones asociadas con una alta incidencia de cánceres en la cavidad nasal incluyen las relacionadas con la industria del mueble, textil y las del calzado. Otros trabajadores considerados en riesgo incluyen aquellos ocupados en la producción de cromo, gas mostaza, alcohol isopropílico y radio. Cuando se habla sobre los cánceres de los senos paranasales, el agente citado con más frecuencia ha sido el Thoratrast (DeVita, et al., 2000).

1.3.1.1.7. Glándulas Salivales

Las glándulas parótida, submandibular y sublingual son las glándulas salivales mayores, y, las tres representan más del 95% de los tumores de las glándulas salivales. El 5% restante son tumores que afectan a las glándulas salivales menores. Los tumores de glándulas salivales suponen el 5 ó 10% de todos los cánceres de cabeza y cuello. Las neoplasias de la glándula parótida representan el 90% de todos los tumores que se originan en las tres glándulas mayores. Los tumores de las glándulas submandibulares son menos frecuentes (10%) y los de las glándulas sublinguales son extraordinariamente raros (< 1%) (Anderson, 2000).

Las causas del cáncer de la glándula salival no han sido determinadas. Se han asociado los siguientes factores: radiación ionizante con todos los cánceres salivales, una predisposición familiar en el cáncer parotideo y la asociación entre la inhalación del polvo de la madera y el desarrollo de adenocarcinoma de las glándulas salivales menores en la nariz y en los senos paranasales, sin embargo, no existe una prueba causa-efecto y la mayoría de los cánceres de las glándulas salivales no pueden asociarse a factores etiológicos obvios (DeVita et. al., 2000).

1.4. Tratamientos

El tratamiento de pacientes con neoplasias de cabeza y cuello requiere un enfoque multidisciplinario. El intercambio de ideas que surja debe promover un plan integrado y racional que considere no sólo la probabilidad de supervivencia, sino también la calidad de vida después del tratamiento (Casciato y Bennett, 1990).

El tratamiento y las perspectivas (pronóstico) son determinados principalmente por el estudio de la gravedad del cáncer y su extensión a otros órganos. A continuación se mencionan los principales tipos de tratamiento que existen para combatir la enfermedad:

1. Cirugía.- La cirugía es una de las formas más antiguas de terapia del cáncer. Algunos cánceres pueden curarse con solo cirugía cuando se tratan en sus estadios iniciales.
2. Radioterapia.- La radiación destruye sobre todo las células que se dividen rápidamente, pero también puede dañar los tejidos normales, especialmente aquellos en los cuales las células se reproducen normalmente de forma rápida. La radioterapia se lleva a cabo habitualmente con un equipo denominado acelerador lineal. Los rayos se aplican muy cerca del tumor y el grado en que los rayos afectarán adversamente a los tejidos normales depende del tamaño del área irradiada y de su proximidad a esos tejidos (Hosfeld, Sherman, Love & Busch, 1992).

La radioterapia es una modalidad terapéutica eficaz para el tratamiento de los tumores de cabeza y cuello. Tiene la ventaja de preservar las estructuras anatómicas, consiguiendo a la vez el control local (Anderson, 2000).

3. Quimioterapia.- Constituye una forma de tratamiento a base de fármacos anticancerosos, los cuales se usan en forma combinada con el objetivo de que actúen sobre diferentes partes del proceso metabólico de las células, incrementando así la probabilidad de que puedan morir muchas más células cancerosas (Hosfeld, et. al., 1992).

La cirugía y la radioterapia o ambas son el tratamiento convencional de los tumores de cabeza y cuello. La mayoría de los cirujanos prefieren que la radioterapia sea administrada postoperatoriamente, ya que esta modalidad parece estar asociada con mejores tasas de respuesta comparada con la radioterapia preoperatoria (Anderson, 2000).

2. CALIDAD DE VIDA

2.1. Definición

En las ciencias de la salud en general, y en psicología de la salud en particular, se dice que el estudio de la calidad de vida es un constructo o construcción hipotética que, constituye un campo abordado desde las diversas perspectivas de las disciplinas sociales que han intentado ofrecer una definición operacional para este constructo. Sin embargo, hasta el momento no existe una definición suficientemente fundamentada del término “calidad de vida” (Iseminger, 1994; Nussbaum & Amartya, 1993; en Sánchez-Sosa y González, 2002).

El concepto “calidad de vida” ha presentado considerables variaciones a lo largo del tiempo. La mayoría de las veces se han dado ampliaciones de la definición del concepto. Primero el término se refería al cuidado de la salud personal, después se adhirió la preocupación por la salud e higiene públicas, se extendió entonces a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continuó sumándose la capacidad de acceso a los bienes económicos y finalmente se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto sobre su vida social, su actividad cotidiana y su propia salud (Moreno y Ximénez, 1996).

La calidad de vida es un juicio subjetivo del grado en el que se ha alcanzado la felicidad, satisfacción o un sentimiento de bienestar personal. Este juicio subjetivo estará estrechamente relacionado con determinados indicadores objetivos, biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales (Diener, 1995; en Oblitas, 2004).

La calidad de vida no es el reflejo de las condiciones reales y objetivas sino de la evaluación de éstas por parte del individuo. Desde el campo de la Psicología, la calidad de vida es un concepto básicamente referido al tipo de respuesta individual y social ante un conjunto de situaciones reales de la vida diaria. Así, aunque se evalúan los componentes de bienestar objetivo, se considera primordial la percepción y estimación de ese bienestar objetivo, el análisis de los procesos que conducen a esa satisfacción y los elementos integrantes de ésta (Andrews y Withey, 1976; en Oblitas, 2004).

Actualmente el concepto hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: salud, alimentación, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio y derechos humanos, además puede ser definido, en términos generales, como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo (Levi y Anderson, 1980; en Oblitas, 2004).

El concepto de calidad de vida se derivará de la interacción entre los aspectos objetivos y subjetivos que la conforman y por lo tanto no puede reducirse a solo una de estas condiciones (Oppong, Ironsidge y Kennedy, 1988; Rubin, 2000; en Del Castillo, 2005).

2.2. Calidad de vida y Cáncer

Las enfermedades crónicas y terminales son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos que las padecen. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida. En el campo de la salud, la definición de la calidad de vida coincide con el concepto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) ésta se define como el estado de completo bienestar físico, mental, y social de una persona, y no sólo la ausencia de síntomas o de una afección determinada (Oblitas, 2004).

Las investigaciones enfocadas a evaluar la calidad de vida en relación con la salud han incluido el estudio de los efectos de las enfermedades crónicas en el estado emocional de los pacientes, los efectos secundarios de los tratamientos y las habilidades funcionales del paciente, así como las incapacidades que producen algunos trastornos. Estas investigaciones identifican algunas de las principales áreas afectadas en el ajuste y la adaptación ante la enfermedad, entre éstas se destacan problemas derivados del tratamiento, problemas asociados con la rehabilitación física y la adherencia terapéutica, problemas de rendimiento académico y laboral, problemas asociados con relaciones interpersonales, de comunicación con otros y de la dinámica familiar, problemas vinculados con la autoimagen y la autoestima, así como los problemas económicos (Friedman & DiMatteo, 1989; en Sánchez-Sosa y González, 2002).

Estudios recientes en los que se han incluido muestras de pacientes con trastornos crónicos degenerativos (Faugstad & Hanestand, 1994; Ferrell, Hassey & Grant, 1995; Wredling et. al., 1995; en Sánchez Sosa y González, 2002) han permitido conocer el proceso de deterioro en el bienestar que se inicia con la enfermedad y que progresivamente se generaliza, incluyendo la salud mental, la que afecta, a su vez, a todo el funcionamiento humano, cerrando así un círculo vicioso que tiende a auto mantenerse (Sánchez-Sosa, 1984; en Sánchez-Sosa y González, 2002).

En virtud de que la mayoría de los pacientes con cáncer sobrevive un período significativo como resultado de los avances en el diagnóstico y tratamiento oportunos, los profesionales de la salud deben ocuparse –además de prolongar la vida del paciente- en reducir los síntomas asociados con la enfermedad, de no causar efectos secundarios indeseables y de transmitir habilidades para que la persona regrese a un estilo de vida normal (Moinpour, Savage, Hayden, Sawyers y Upchurch, 1995; en Oblitas, 2004).

Los pacientes con cáncer sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, en el curso del trastorno crónico implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. El diagnóstico y el tratamiento del cáncer suele provocar en el paciente un gran impacto emocional, e incluso serios problemas psicológicos y sociales. El diagnóstico produce con frecuencia un fuerte impacto emocional en el paciente. La perplejidad y desorientación que surgen como consecuencia del diagnóstico inicial, hacen imposible que los pacientes puedan darse cuenta inmediatamente del alcance de los cambios que con toda probabilidad se van a producir en su vida, así, pueden aparecer como paralizados e incapaces de reaccionar ante la nueva situación. Las emociones que más frecuentemente surgen en esta fase inicial de desorientación son la negación y el miedo, más tarde pueden aparecer la depresión y la ira (Latorre y Beneit, 1994).

- Negación.- Mediante ésta los individuos evitan las implicaciones de la enfermedad. Así, pueden actuar como si la enfermedad no fuera grave, pensando que ésta desaparecerá o que tendrá consecuencias solo a corto plazo. En casos extremos el paciente puede pensar que realmente no está enfermo, a pesar de que se le haya proporcionado información muy clara sobre el diagnóstico.

- Miedo.- Después del diagnóstico el temor es también una respuesta frecuente. Muchos pacientes pueden sentirse abrumados por el cambio que va a experimentar su vida y por la posibilidad de la muerte.
- Depresión.- La depresión es una respuesta emocional que suelen experimentar los pacientes como consecuencia del proceso de adaptación de la enfermedad. Esta reacción aparece habitualmente de forma retardada. En algunos pacientes la depresión puede ser grave y prolongada con intensos sentimientos de indefensión y desesperanza, dependencia con respecto a los demás y una innecesaria restricción de actividades.
- Ira.- La ira al igual que la depresión suele aparecer después de transcurrido algún tiempo desde el diagnóstico inicial. A medida que la negación o el miedo van remitiendo, el paciente puede empezar a sentir que la enfermedad es algo injusto y consiguientemente experimentar reacciones más o menos intensas de ira y hostilidad (Latorre y Beneit, 1994).

Los problemas psicosociales que experimentan los pacientes con cáncer son los siguientes:

1. Problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés, etcétera.).
2. Problemas derivados de la sintomatología física (efectos directos de la enfermedad, como el dolor; efectos colaterales de los tratamientos como por ejemplo los pacientes que reciben quimioterapia experimentan con frecuencia, náuseas, vómito, la pérdida del cabello y otros efectos desagradables).
3. Problemas derivados de la ruptura de los modelos de vida cotidianos
 - a) Laborales.- Se presentan problemas profesionales y de cambio en la situación laboral, por ejemplo, los pacientes pueden ser discriminados en su lugar de trabajo, después de reincorporarse al mismo.

- b) **Interacción Social.**- Los pacientes suelen tener dificultades para reestablecer sus relaciones interpersonales anteriores, en muchas ocasiones se quejan de la compasión o rechazo que suscitan en los demás, algunos pacientes se aíslan socialmente o por el contrario se aventuran a una actividad social desmesurada sin estar todavía preparados para ello.
- c) **Familia.**- Uno de los problemas que se presenta es un incremento de la dependencia del paciente con respecto a otros miembros de la familia. Éstos, además, asumen muchas de las responsabilidades que antes correspondían al paciente, lo que puede provocar importantes perturbaciones en el funcionamiento familiar.

El cáncer suele ser sinónimo de dolor, incapacidad y muerte derivados de la evocación de recuerdos de casos de cáncer en conocidos, familiares o amigos cercanos y del olvido de los casos curados, surgen los mitos y aparece la idea del castigo divino por una culpa antigua (Instituto Nacional de Cancerología, 2003).

2.3. Cáncer e Imagen Corporal

La imagen corporal es una especie de “fotografía” mental que nosotros tenemos y que puede estar alterada en los pacientes con cáncer por los diferentes tratamientos (quimioterapia, radioterapia y cirugía) que se emplean para combatir esta enfermedad. Las investigaciones desde 1950 indican que los tratamientos o enfermedades que alteran la imagen corporal provocan aislamiento social, dificultades sexuales o maritales, ansiedad y depresión. La imagen corporal está relacionada con el autoconcepto, autoestima y con la identidad personal (Jill, 1995).

Con el cáncer pueden ocurrir trastornos de autopercepción por cambios físicos, psicológicos y sociales transitorios o permanentes, a mayor cambio se espera un trastorno mayor de auto imagen, lo cual a su vez afecta varias áreas de la vida del paciente (Instituto Nacional de Cancerología, 2003).

El cáncer de cabeza y cuello está considerado por los pacientes como más amenazante en comparación con otros tipos de cáncer en el sentido de que el área de cabeza y cuello juega un rol fundamental en la identidad y autoexpresión de las personas (Holland, 1998).

Se ha propuesto que el cuerpo es una expresión social, es decir, una forma de existir en el mundo. Normalmente la región de cabeza y cuello es extremadamente significativa con el esquema de imagen corporal, físicamente esta área es la parte más visible del cuerpo ya que la gran mayoría de los individuos no la cubren con prendas de vestir y por lo tanto es un área que nos proporciona identidad (Cohen, Kahn, Steeves, 1998; en Drobkin, 1999). Funcionalmente involucra el intelecto, emoción, comunicación y la presentación de uno mismo, en esta área se encuentran los sentidos de la vista, oído, gusto y olfato (Drobkin, 1999).

Los pacientes con cáncer en el área de cabeza y cuello manifiestan fuertes respuestas emocionales y sociales. Los cambios psicosociales empiezan al momento del diagnóstico, dado que los pacientes empiezan a tenerle miedo a la muerte, a la pérdida o al dolor, por lo que una primera respuesta en ellos puede ser de shock o distress. En el período entre el diagnóstico inicial y el tratamiento suelen manifestarse sentimientos de ansiedad y tristeza asociados con la anticipación de la pérdida de las funciones físicas. La crisis ante el diagnóstico se origina por anticipar una desfiguración física, la cual provoca una reacción emocional grave que se puede ver manifestada en una depresión o en ideación suicida. Esta última es mayor en estos pacientes en comparación con los pacientes que presentan cáncer en algún otro sitio del cuerpo, un factor que contribuye a la ideación suicida se debe a las secuelas del tratamiento. Para algunos pacientes las secuelas psicosociales relacionadas con la enfermedad y con los tratamientos se pueden presentar meses o años después de que el tratamiento ha finalizado. Se dan cambios negativos en la autoimagen, incluyendo la pérdida de autoestima y de la autopercepción de ser atractivos. La mayoría de los pacientes después de someterse a tratamientos como cirugía se encuentran preocupados por la reacción que van a tener terceras personas hacia ellos, le temen a la soledad y al rechazo (Holland, 1998).

Los tratamientos del cáncer llevan consigo daño físico irreparable que puede imponer cambios en las pautas de actividad, hábitos de vida diaria, percepciones de uno mismo, etc. (Cooper, 1984).

Algunos pacientes, además de que se altera su apariencia facial, tienen que enfrentarse con la pérdida de funciones como el habla. Al inicio algunos pacientes presentan problemas para aceptar su apariencia física, lo cual los lleva a conductas desadaptativas como evitar verse en el espejo, tocar el área post-operada, dichas conductas refuerzan la autoevaluación negativa la cual incrementa el distress emocional e insatisfacción social.

Los pacientes con cáncer en cabeza y cuello tienden a tener dificultades especiales en la adaptación social e interpersonal. Algunos pacientes pueden empezar a retraerse socialmente mientras que otros pueden generar una gran necesidad de dependencia. Dentro de los comportamientos emitidos por estos pacientes se encuentran aislarse o evitar que los observen, reducir la frecuencia de actividades como comer en restaurantes, visitar amigos o a la familia, participar en eventos sociales. La actividad sexual se vuelve prácticamente nula, la actividad laboral se puede ver afectada dado que estos pacientes pueden perder el empleo o tienden a tener problemas para que les contraten. Los efectos psicológicos que sufren este tipo de pacientes se entienden por los efectos físicos que experimentan. La desfiguración de la cara resulta de la eliminación de una porción significativa de la estructura ósea y de tejidos blandos como por ejemplo, la mandíbula, ojos, lengua, entre otros, en donde el contorno de la cara queda permanentemente alterado (Holland, 1998).

La disfunción suele incluir deficiencia sensoriomotor como el habla, o deficiencias para consumir alimentos, entre otros. La cirugía, radioterapia y quimioterapia pueden provocar deficiencias en algunas de las funciones físicas de los pacientes como por ejemplo problemas en la vista, oído, gusto, olfato, habla, respiración y alimentación, además de algunos síntomas físicos como resequead de labios, hemorragia, tos, sensación de frío o calor, fatiga, dolor (Drobkin, 1999).

Existen mayores probabilidades de experimentar problemas sociales aquellos pacientes que tienen un grado mayor de desfiguración (deformidad facial) o disfunción (deficiencia o pérdida del habla), es decir, un alto grado de desfiguración o disfunción está asociado con una pobre recuperación, aislamiento social, baja autoestima y con depresión (Drobkin, 1999).

En la literatura de la psicología de la salud, se han descrito algunos estudios que abordan este tema, por ejemplo, en una muestra de 75 pacientes que iban a ser sometidos a una cirugía de cabeza y cuello se determinaron los niveles de ansiedad antes y después de dicho procedimiento a través de la aplicación del inventario de ansiedad rasgo-estado previo y posterior (cuatro días) a la cirugía. Dentro de los resultados se observó que la anticipación a la desfiguración facial fue asociada con altos niveles de ansiedad, se concluye que la reintegración de la imagen corporal reduce los niveles de ansiedad (Drobkin, 1999).

En otro estudio más reciente realizado en la región central de Brasilia, se analizó la calidad de vida de 190 portadores de neoplasias de cabeza y cuello en la fase diagnóstica. Los datos se obtuvieron por medio de la escala análogo-visual de calidad de vida de Costa Neto y Calvancanti, 2002. Los hallazgos encontrados fueron que hubo una pérdida de 23.4% a 31.4% en la calidad de vida general y se concluye que las dimensiones de síntomas, relaciones familiares y sociales y calidad de vida global fueron las que ejercieron el impacto más fuerte en la calidad de vida (op. cit).

Estos estudios, sin embargo, a pesar de que evalúan la calidad de vida y ansiedad de los pacientes con cáncer en el área de cabeza y cuello post operados no brindan realmente una intervención psicológica para el mejoramiento de dicha calidad de vida, lo cual considero necesario y de suma importancia.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1. Fundamentación

El cáncer es un padecimiento que es probable que persista por largo tiempo, provocando daños en el funcionamiento biológico, psicológico y/o social de una persona, se considera trascendente estudiar la calidad de vida en estos pacientes. El estudio planteado ayudará, entre otros aspectos, a conocer si los pacientes se ven beneficiados por el programa de intervención para mejorar su calidad de vida, disminuir la sintomatología depresiva, ansiosa y comportamientos desadaptativos. Además proporcionará información que será útil para futuros investigadores. Por otra parte, la investigación contribuirá a implementar programas de intervención en el área de la salud dirigidos a brindar apoyo psicológico a pacientes con enfermedades crónico degenerativas.

3.2. Objetivo

Examinar el efecto de una intervención cognitivo conductual orientada a mejorar la calidad de vida, disminuir los niveles de ansiedad, depresión y los comportamientos desadaptativos de pacientes con cáncer de cabeza y cuello que han sido intervenidos quirúrgicamente.

Los objetivos específicos incluyen:

1. Identificar la frecuencia de conductas desadaptativas que presentan los pacientes con cáncer de cabeza y cuello posterior a la cirugía.
2. Conocer el nivel de sintomatología depresiva y ansiosa que presentan los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
3. Examinar el efecto de la intervención cognitivo-conductual para mejorar la calidad de vida en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

3.3. Hipótesis

Un programa diseñado para modificar los componentes cognitivo y conductual generará cambios en el mejoramiento de la calidad de vida, disminución de conductas desadaptativas, en los índices de sintomatología depresiva y ansiosa de pacientes con cáncer de cabeza y cuello que han sido intervenidos quirúrgicamente.

3.4. Variables: Definición Conceptual y Operacional

3.4.1. Variables Dependientes:

- Inventario de Calidad de Vida y Salud.- Es una escala que consta de 56 reactivos diseñada a partir de la revisión de diversas escalas de calidad de vida para padecimientos crónicos (Riveros, Sánchez-Sosa y Groves, 2005). Consta de doce áreas:
 1. Preocupaciones: se refiere a los cambios derivados del proceso de enfermedad que implican modificaciones en la percepción de la interacción con otros.
 2. Desempeño Físico: se refiere a la capacidad con la que se percibe el sujeto para desempeñar actividades cotidianas que requieren algún esfuerzo.
 3. Desolación: explora los sentimientos de soledad o de separación de su grupo habitual.
 4. Percepción Corporal: se refiere al grado de satisfacción-insatisfacción que se tiene con respecto al aspecto o atractivo físico con que se percibe el paciente.
 5. Funciones Cognitivas: revisa la presencia de problemas en funciones como memoria y concentración.
 6. Actitud ante el Tratamiento: revisa el desagrado que puede derivarse de adherirse a un tratamiento médico.
 7. Tiempo Libre: explora la percepción del paciente sobre su padecimiento como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas.
 8. Vida Cotidiana: revisa el grado de satisfacción-insatisfacción percibido por los cambios en las rutinas a partir de que enfermó.
 9. Familia: explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia.
 10. Redes Sociales: explora los recursos humanos con que cuenta el paciente para resolver problemas.
 11. Dependencia Médica: se refiere al grado en el que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud en el médico tratante.
 12. Relación con el Médico: se refiere al grado con que el paciente se encuentra cómodo (a) con la atención del médico tratante.

Cada una de las áreas cuenta con cuatro reactivos, los cuales se califican en una escala de opción forzosa con tres componentes: a) porcentual que va de 0% al 100%, b) cuantificable que va de nunca a siempre, y c) visual al colocarse en una recta continua que permita visualizar como extremos las respuestas del 0% (nunca) hasta 100% (siempre). Los reactivos se califican de 0 a 5 puntos. El instrumento incluye también secciones para el análisis de situaciones transitorias que pudieran estar afectando los resultados de la escala, comentarios generales sobre el padecimiento o el instrumento y una sección de datos sociodemográficos. Además contiene un reactivo (51) como el indicador general de calidad de vida y cuatro (1 al 4) referentes a la percepción general de salud. En el Anexo 1 se presenta un reactivo muestra de cada área.

La escala cuenta con un coeficiente de consistencia interna alfa de .61 y .69 para las áreas de actitud al tratamiento y relación con el médico; hasta .88 y .93 para las áreas de funciones cognitivas y vida cotidiana. En el Anexo 1 se presenta la Tabla 1 en donde se muestra más detalladamente el análisis de confiabilidad de cada una de las áreas.

- Conductas Desadaptativas.- Para evaluar los comportamientos disfuncionales se elaboró un registro conductual, el cual se diseñó en formato de cuadernillo de fácil comprensión y manejo, el cual ilustra las actividades (laboral, sexual, social y la conducta de verse en el espejo) que generalmente se ven afectadas en este tipo de pacientes. Se incluyeron cuadrículas en las cuales el paciente marca con una “X” los días en que emite dichas conductas. Este registro se realiza al inicio y al final del estudio por un período de 14 días. Fue elaborado específicamente para este estudio partiendo de las conductas disfuncionales que presentan los pacientes con cáncer de cabeza y cuello posterior a la cirugía (Holland, 1998) (Ver Anexo 2).
- Inventario de Depresión de Beck.- Se evaluó mediante la versión estandarizada y confiabilizada para población mexicana del Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Jurado, Villegas, Méndez, Rodríguez, Loperena y Varela, 1998) (Ver Anexo 3). Este inventario se diseñó para evaluar la intensidad de la sintomatología depresiva que presenta un individuo.

Consiste en un instrumento de 21 reactivos, cada uno de ellos con cuatro opciones de respuesta, las cuales describen la severidad de la categoría sintomática y conductual elevada. Las puntuaciones van de 0, que indica la ausencia del síntoma hasta 4 que representa la severidad máxima del síntoma

- | | | |
|--------------------------|---------------------|---------------------------|
| 1. Ánimo | 8. Auto-aceptación | 15. Rendimiento Laboral |
| 2. Pesimismo | 9. Ideación Suicida | 16. Trastorno Sueño |
| 3. Sensación de Fracaso | 10. Llanto | 17. Fatigabilidad |
| 4. Insatisfacción | 11. Irritabilidad | 18. Apetito |
| 5. Sentimientos de Culpa | 12. Aislamiento | 19. Pérdida de peso |
| 6. Sensación de Castigo | 13. Indecisión | 20. Preocupación Somática |
| 7. Auto-aceptación | 14. Imagen Corporal | 21. Pérdida de Libido. |

Los primeros 14 apartados se refieren a síntomas afectivo-cognitivos y los restantes a síntomas vegetativos y somáticos que regularmente se incluyen para hacer el diagnóstico de depresión mayor. Las normas de calificación del Inventario de Depresión de Beck se presentan a continuación:

Nivel de Depresión	Puntaje Crudo	Rasgo Percentilar	
		Población General	Población Estudiantil
Mínima	0 a 9	4 a 61	5 a 59
Leve	10 a 16	66 a 81	64 a 86
Moderada	17 a 29	83 a 96	88 a 97
Severa	30 a 63	97 a 99	98 a 99

Los datos de estandarización del Inventario en México muestran una consistencia interna de 0.78 además el instrumento demostró contar con adecuada validez de constructo y discriminante (Jurado et. al., 1998).

- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberg y Diaz-Guerrero (1975).- Consiste en un inventario conformado por dos escalas que evalúan dos dimensiones distintas de la ansiedad (rasgo y estado). Ambas escalas constan de 20 reactivos cada una de ellas, en la escala de estado se le solicita al paciente que describa cómo se siente en un momento dado, cabe mencionar que la ansiedad estado es una condición o estado emocional transitorio del ser humano, la cual puede variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo, y en la ansiedad rasgo se le pide al paciente que describa cómo se siente generalmente, esta última hace referencia a las diferencias individuales, relativamente estables en cuanto a la respuesta de ansiedad que suelen tener los individuos ante estímulos evaluados como amenazantes. Las opciones de respuesta de la escala estado son: 1) no en absoluto, 2) un poco, 3) bastante, 4) mucho y en la escala de rasgo son: 1) casi nunca, 2) algunas veces, 3) frecuentemente y 4) casi siempre (Ver Anexo 4).

La escala de ansiedad estado cuenta con un coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach de .83 a .92, mientras que los de ansiedad rasgo fueron de .73 a .88. En cuanto a la validez de la escala, ésta presenta altas correlaciones con otras medidas de ansiedad (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975).

3.4.2. Variable Independiente:

Programa terapéutico breve fundamentado en los principios de la psicoterapia cognitivo-conductual que consistió de 12 sesiones de una hora y media cada una, programadas con una frecuencia de una vez por semana para completar la intervención con sus correspondientes materiales de apoyo en tres meses. La intervención se llevó a cabo en 3 fases, las cuales se describen posteriormente en el método.

4. MÉTODO

4.1. Participantes

El estudio se realizó con cuatro pacientes de la Unidad de Oncología del Servicio de Cabeza y Cuello del Hospital Juárez de México. La selección de los pacientes fue no probabilística, seleccionados de forma intencional a partir de los criterios de inclusión. Inicialmente se consideró el trabajo grupal, sin embargo, la modalidad grupal no se pudo llevar a cabo debido a la dificultad que presentaron los pacientes para asistir en un mismo día y hora específica, por lo que se decidió hacer la intervención de forma individual.

Criterios de Inclusión:

- Pacientes cuyas edades oscilaban entre los 18 y 70 años de edad.
- Pacientes que cubrían los criterios diagnósticos de cáncer de cabeza y cuello en sus estadios I, II, III y IV.
- Pacientes intervenidos quirúrgicamente.
- Pacientes con ningún signo de afectación del Sistema Nerviosos Central.
- Pacientes sin padecimientos psiquiátricos.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no supieran leer ni escribir.
- Pacientes con discapacidad física, auditiva y/o de lenguaje.
- Pacientes tratados solamente con radioterapia y quimioterapia.
- Pacientes con padecimientos psiquiátricos.

Criterios de Eliminación:

- Pacientes que durante el tratamiento presenten alteraciones psiquiátricas.
- Pacientes que no cubran el 80% de asistencia a las sesiones.

4.2. Diseño

El diseño de investigación planteado en este estudio es N=1 (Kerlinger & Lee, 2001) con pretest y postest. Este esquema permitió tener un punto de referencia inicial con respecto a la calidad de vida, nivel de ansiedad y depresión en los pacientes antes de llevar a cabo la intervención y finalmente la última evaluación reveló la efectividad del programa de intervención.

4.3. Escenario

El estudio se llevó a cabo en uno de los consultorios de psicooncología de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México, el cual es un espacio pequeño que cuenta con dos sillas, una mesa y un archivero.

4.4. Instrumentos

Los instrumentos empleados fueron los siguientes:

1. Inventario de Calidad de Vida y Salud (Riveros et. al., 2005).
2. Registro de Conductas Desadaptativas, elaborado específicamente para este estudio partiendo de las conductas disfuncionales que presentan los pacientes con cáncer de cabeza y cuello posterior a la cirugía. (Holland, 1998).
3. Inventario de Depresión de Beck (Jurado et al., 1998)
4. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberg y Diaz-Guerrero, 1975).

Los cuales se describieron anteriormente en el planteamiento del problema, específicamente en la definición conceptual y operacional de las variables.

4.5. Procedimiento

Inicialmente los pacientes se identificaron tanto en la consulta médica del servicio de cabeza y cuello como en hospitalización. Después se les daba una cita a Psicología en donde se les informaba sobre la existencia de apoyo psicológico y se les invitaba para formar parte del estudio. Una vez que los pacientes aceptaban se les proporcionó un consentimiento informado (Ver Anexo 5) en el cual se les informaba sobre los objetivos del estudio, los posibles beneficios de la intervención, la duración de ésta, se hacía

énfasis en que en caso de que decidiera retirarse del programa, no tendría ninguna consecuencia como usuario del hospital, y finalmente se les entregaba un cuadernillo tipo Carnet (Ver Anexo 6) con las fechas que tendrán que asistir al servicio para las sesiones terapéuticas. En el momento de la inclusión de los sujetos en el estudio se completaba una hoja de datos sociodemográficos e historia médico psiquiátrica, con una serie de preguntas con respecto a datos personales del paciente (nombre, edad, estado civil, escolaridad, ocupación, religión, lugar de nacimiento y residencia, número de hijos, número de hermanos y posición que ocupa, etc.) e historia médico-psiquiátrica (padecimientos médicos, tratamientos recibidos) (Ver Anexo 7).

4.6. Intervención

La intervención se llevó a cabo de manera individual con cuatro pacientes del Hospital Juárez de México del servicio de cabeza y cuello de Oncología. Consistió en tres fases las cuales se describen a continuación:

Fase 1.- En la primera sesión se expusieron los objetivos y las reglas de funcionamiento de la terapia, las cuales incluían: asistencia; confidencialidad de los temas abordados; respeto hacia las emociones, pensamientos y acciones expresadas; no emitir juicios; tener un rol activo en las diferentes actividades que se llevarán a cabo y la realización de tareas para casa. Posteriormente se identificaron aquellos comportamientos y emociones disfuncionales que emitían los pacientes como consecuencia de la nueva apariencia física. Se expuso por parte del terapeuta la relación entre el componente conductual y emocional. Después se le da al paciente un ejercicio de conductas y emociones disfuncionales para que continúe identificando los comportamientos y emociones disfuncionales y observe la relación que hay entre ambos componentes (Ver Anexo 8). Al inicio de la segunda sesión se revisó la tarea de la sesión anterior y se entrena a los pacientes a generar comportamientos alternativos funcionales para aquellas acciones que generan un malestar emocional en el paciente a través del reforzamiento social de conductas funcionales. Se les solicita a los participantes que generen una lista de comportamientos alternativos y que los lleven a la práctica. En las dos últimas sesiones de esta fase se entrena a los pacientes a identificar los pensamientos que subyacen los comportamientos desadaptativos.

Se establece la relación entre los componentes cognitivo y conductual y se familiarizó al paciente con el modelo A-B-C de la terapia racional emotivo conductual para que continuarán identificando los pensamientos que desencadenaban los comportamientos disfuncionales, finalmente se asignó de nuevo tarea para casa que consistió en continuar elaborando el ejercicio A-B-C (Ver Anexo 9).

Fase 2.- Durante la quinta sesión se expuso el concepto de autoestima y sus desventajas *versus* el concepto de autoaceptación y sus ventajas por parte de la terapeuta con la finalidad de que el paciente identificará la diferencia de dichos conceptos y empezará a generar un sentido de aceptación ante su nueva imagen facial. Se familiarizaba a los pacientes con lo que Albert Ellis llama aceptación incondicional. En esta sesión se llevaron a cabo ejercicios de autoaceptación (Ver Anexo 10). En las dos siguientes sesiones se entrenó al paciente a generar afirmaciones sobre sí mismo que fueran objetivas, precisas y realistas, las cuales le ayudaran a disminuir o eliminar las autodevaluaciones negativas, para ello se empleo el cuestionario de autoayuda racional (Ver Anexo 11) mediante el cual los pacientes identificaron pensamientos, emociones y conductas irracionales y racionales, lo cual les permitió observar el impacto que ambas formas de percibir (racional e irracional) tenían a nivel emocional. Finalmente para concluir esta fase de intervención se modificaron las creencias disfuncionales y autodestructivas mediante el debate pragmático o funcional.

Fase 3.- En la novena sesión se inició debilitando las creencias disfuncionales y fortaleciendo las racionales mediante el ejercicio de Zig-Zag (Ver anexo 12) (Dryden, 1998), que consiste en que el paciente inicie con un pensamiento racional el cual es saboteado por el terapeuta con un pensamiento irracional, la estrategia de dicho ejercicio consiste en que el paciente genere pensamientos alternativos funcionales que contrarresten el pensamiento irracional hasta que el paciente genere pensamientos racionales ante los irracionales. En las siguientes dos sesiones se integró la imaginación también como un generador de emociones destructivas y se entrenó en la imaginación racional emotiva.

Finalmente en la sesión número doce se repasaron las técnicas aprendidas, haciendo énfasis en la aplicación de dichas técnicas en situaciones diferentes con la finalidad de lograr la generalización de las ganancias obtenidas a otros aspectos. Se examinaron las metas logradas y los conocimientos adquiridos con dicha intervención.

5. RESULTADOS

En un inicio se describen los datos sociodemográficos de cada uno de los participantes. Después se presentan los resultados correspondientes al Inventario de Calidad de Vida y Salud, seguidos por los hallazgos del registro conductual y finalmente se muestran los cambios observados con respecto a la sintomatología depresiva y ansiosa.

Los datos sociodemográficos de los participantes se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2. Características Sociodemográficas de los pacientes del protocolo

Sujeto	Edad	Sexo	Escolaridad	Estado Civil	Ocupación	Religión
1	38	Mujer	Primaria	Soltera	Hogar	Católica
2	56	Mujer	Primaria	Unión Libre	Hogar	Católica
3	44	Mujer	Primaria	Casada	Hogar	Católica
4	55	Mujer	Bachillerato	Casada	Hogar	Católica

Continuación Tabla 2. Características Sociodemográficas de los pacientes del protocolo

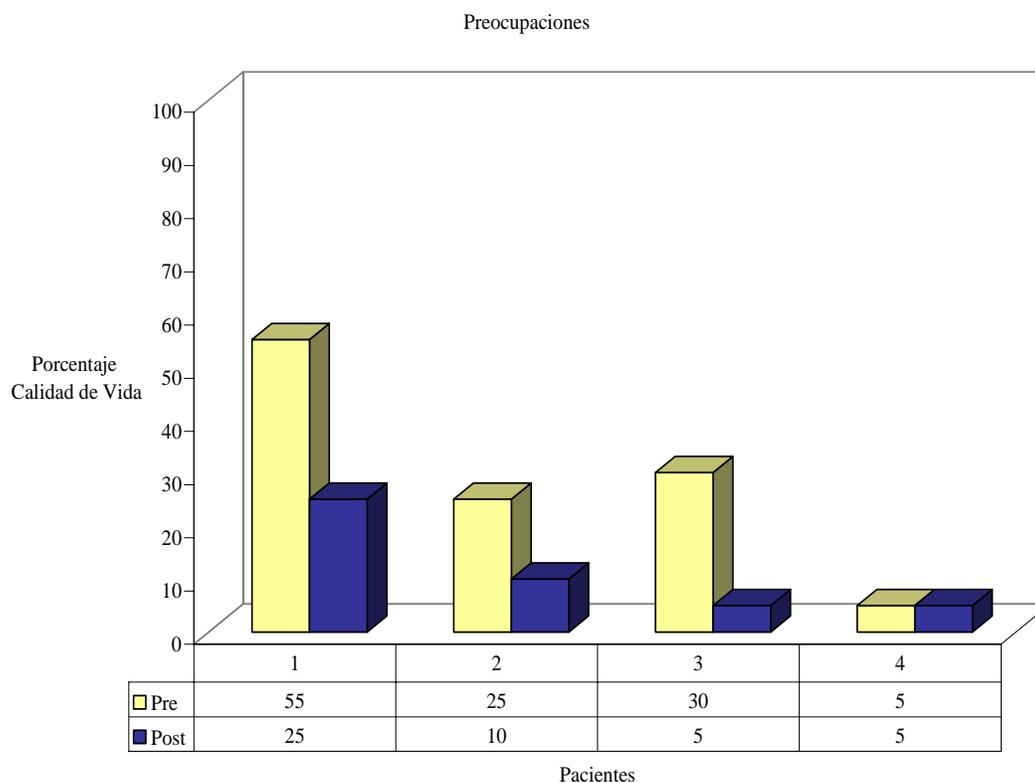
Sujeto	Lugar de Nacimiento	Lugar de Residencia	Número de Hijos y Edades	Diagnóstico Médico	Tratamientos Recibidos
1	Oaxaca	México D.F	1 (13 años)	Cáncer en pirámide nasal izquierda.	Cirugía (6 meses)
2	México D.F	México D.F.	3 (35-22-21 años)	Cáncer de Tiroides	Cirugía (3 meses) y Radioterapia
3	Estado de México	México D.F.	4 (29-26-23-15 años)	Melanoma In Situ en Mejilla Derecha	Cirugía (1 semana)
4	México D.F.	México D.F.	1 (22 años)	Cáncer de Tiroides	Cirugía (6 meses) y Radioterapia

Como se observa en la Tabla 2 el rango de edad de los participantes fue de 38 a 56 años siendo la media 48.25 años. Todas las participantes fueron mujeres. En cuanto a la escolaridad tres pacientes tienen primaria completa y una bachillerato. En el estado civil se observa que dos pacientes son casadas, una soltera y una en unión libre. Las cuatro participantes se dedican al hogar y practican la religión católica.

A continuación se describen los cambios observados en cada una de las áreas del Inventario de Calidad de Vida y Salud.

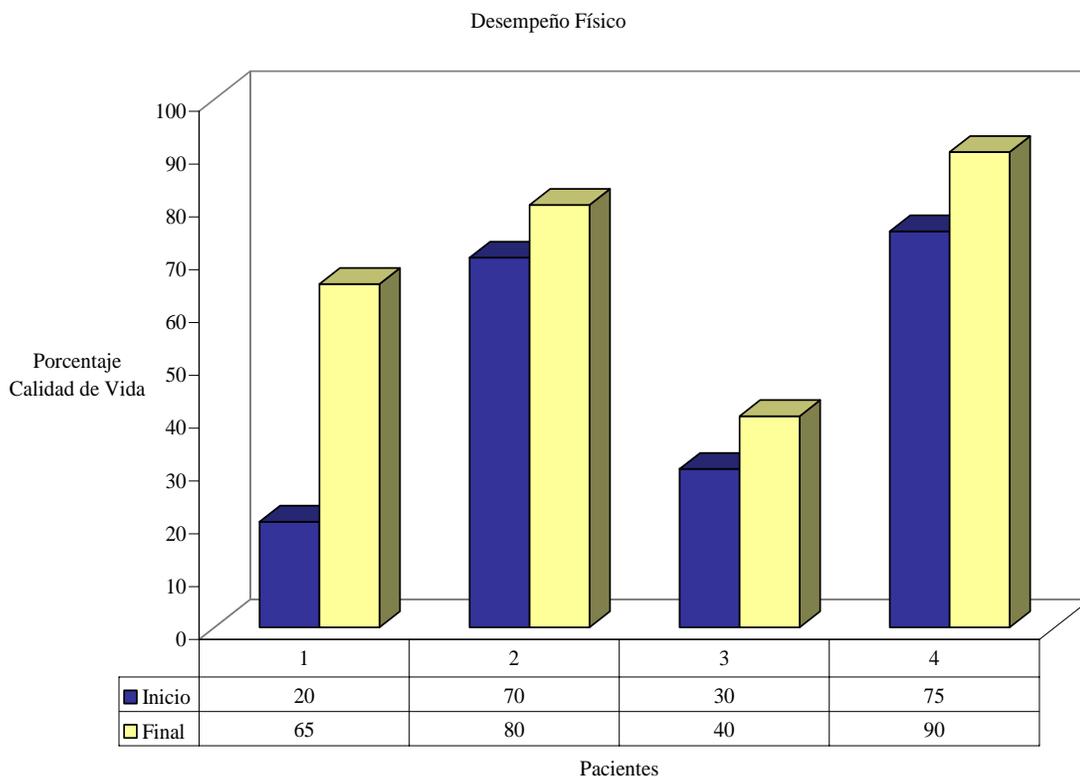
En la Figura 1 se muestran los cambios en el porcentaje del área preocupaciones, como se observa al final de la intervención la mayoría de los participantes disminuyeron sus preocupaciones a excepción del cuarto paciente el cual mantuvo su nivel de preocupaciones, las cuales son relativamente bajas.

Fig. 1 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Área Preocupaciones)



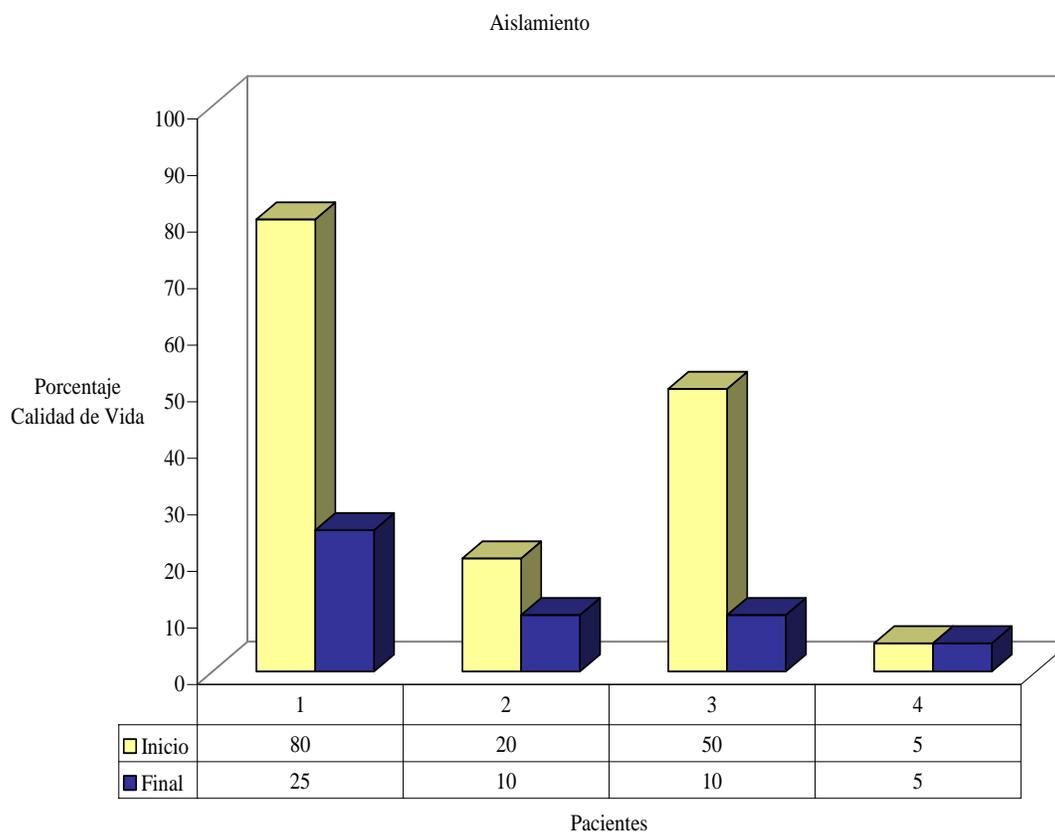
En la Figura 2 se muestran los cambios en el área de desempeño físico, un mayor puntaje en la escala indica un alto desempeño físico, el total de los participantes mejoraron su desempeño físico posterior a la intervención. El primer paciente es el que obtiene un mayor beneficio en esta área (20%-65%).

Fig. 2 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Área Desempeño Físico)



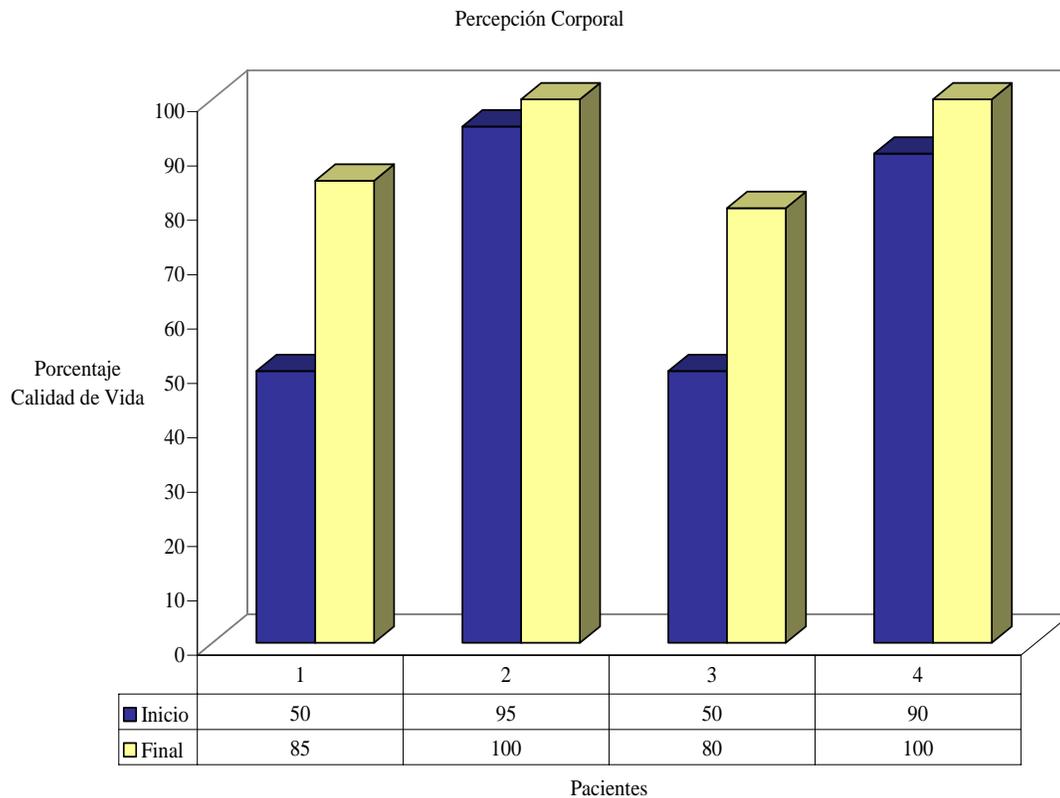
La Figura 3 resume los cambios al inicio y al final de la intervención en el área de aislamiento, un mayor puntaje en el área indica una disminución en la calidad de vida de los pacientes dado que significa que son personas que tienden a aislarse. Se observa que los primeros tres pacientes disminuyen el aislamiento, especialmente el primer paciente es el más beneficiado (80%-25%), seguido por el tercer paciente (50%-10%). El cuarto paciente no mostró cambios en esta área, sin embargo, el nivel de aislamiento es considerado bajo (5%-5%).

Fig. 3 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Área Aislamiento)



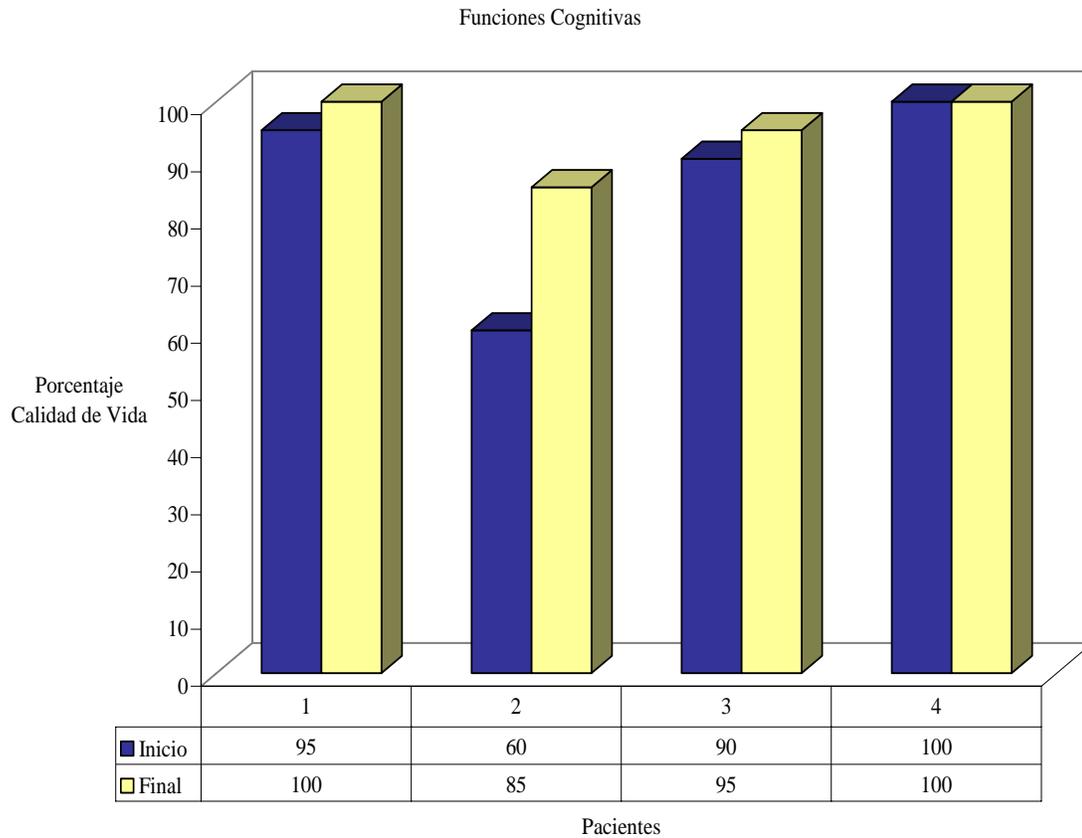
En la Figura 4 se observan los cambios en el área de percepción corporal, un menor puntaje significa mayor deterioro en esta área. El primer paciente es el que obtuvo mayor beneficio en esta área debido a que hay un aumento (50%-85%) significativo en cuanto a la percepción corporal, seguido por el tercer paciente quién mostró un aumento similar (50%-80%). En el segundo y cuarto paciente hay un aumento relativamente pequeño de 5 y 10% respectivamente.

Fig. 4 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Área Percepción Corporal)



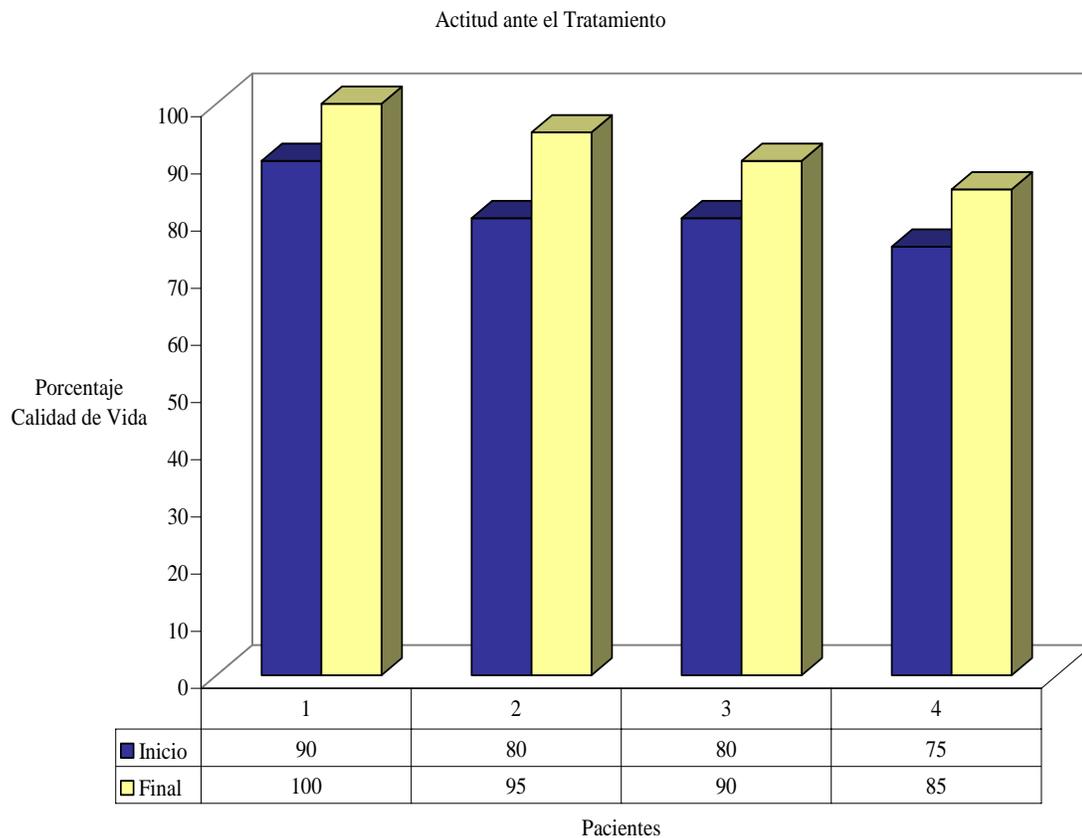
La Figura 5 muestra los cambios en el área de funciones cognitivas. A excepción del segundo paciente, el resto de los participantes muestran porcentajes por arriba del 90%. El segundo paciente presenta un aumento (60%-85%) en esta área logrando así un nivel óptimo en las funciones cognitivas.

Fig. 5 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Área Funciones Cognitivas)



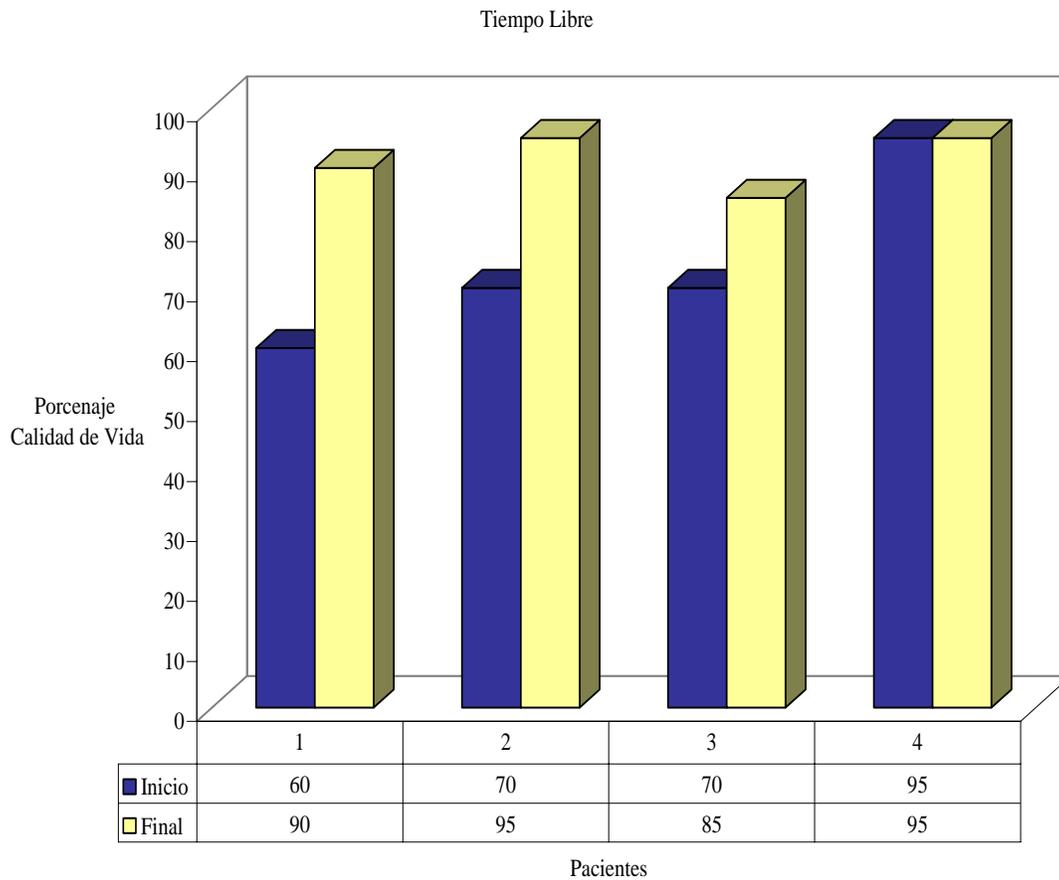
La Figura 6 muestra el área de actitud ante el tratamiento, de acuerdo con el InCaViSa un bajo puntaje en esta área significa mayor desagrado para adherirse al tratamiento médico. Como se observa el total de los participantes muestran porcentajes superiores a 75% en un inicio. Posterior a la intervención todos presentan un aumento en esta área.

Fig. 6 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Área Actitud ante el Tratamiento)



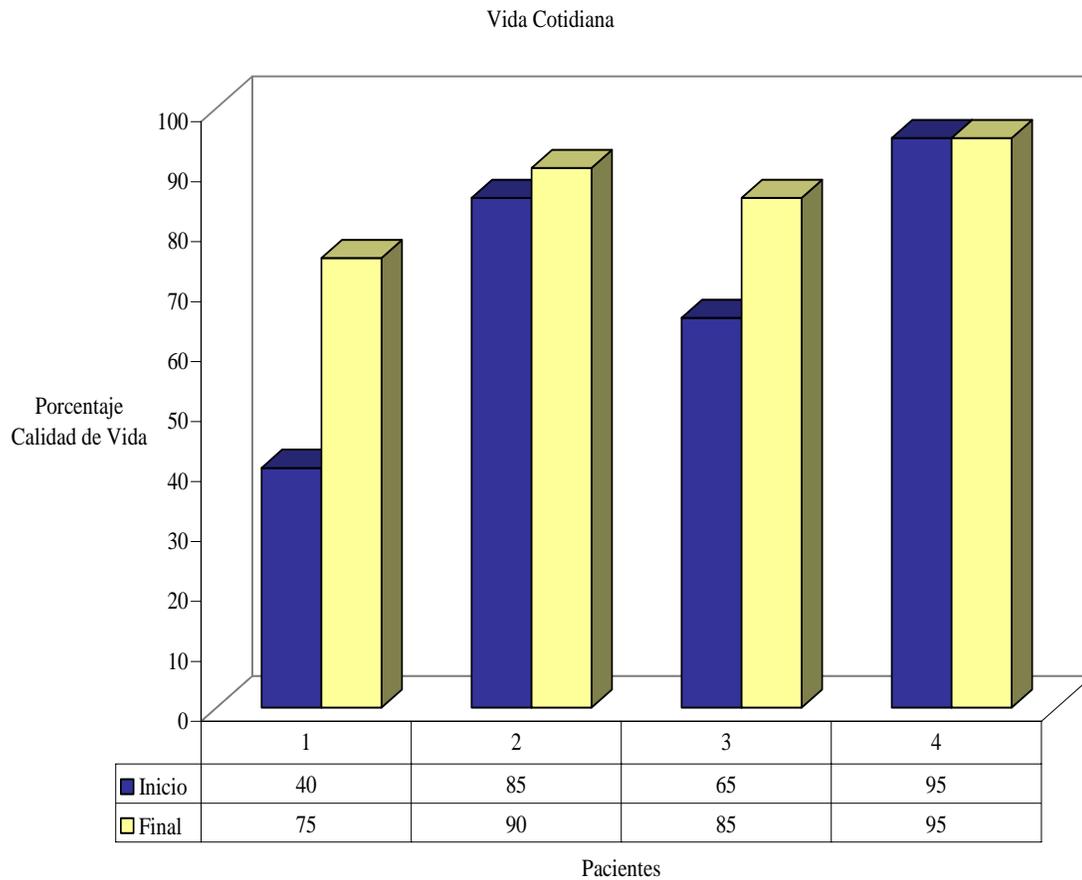
La Figura 7 presenta el área de tiempo libre, un bajo puntaje en esta área representa una distorsión de la percepción del paciente sobre su padecimiento médico como un obstáculo en el desempeño y disfrute de sus actividades recreativas. El primer paciente inicialmente presenta un puntaje de 60%, el cual posterior a la intervención aumenta a 90%, el segundo paciente aumenta de 70% a 90%, el tercer paciente incrementa de 70 a 85% y finalmente el cuarto paciente no muestra cambios posterior a la intervención y se mantiene en un 95%, lo cual representa un adecuado disfrute de sus actividades recreativas.

Fig. 7 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Área Tiempo Libre)



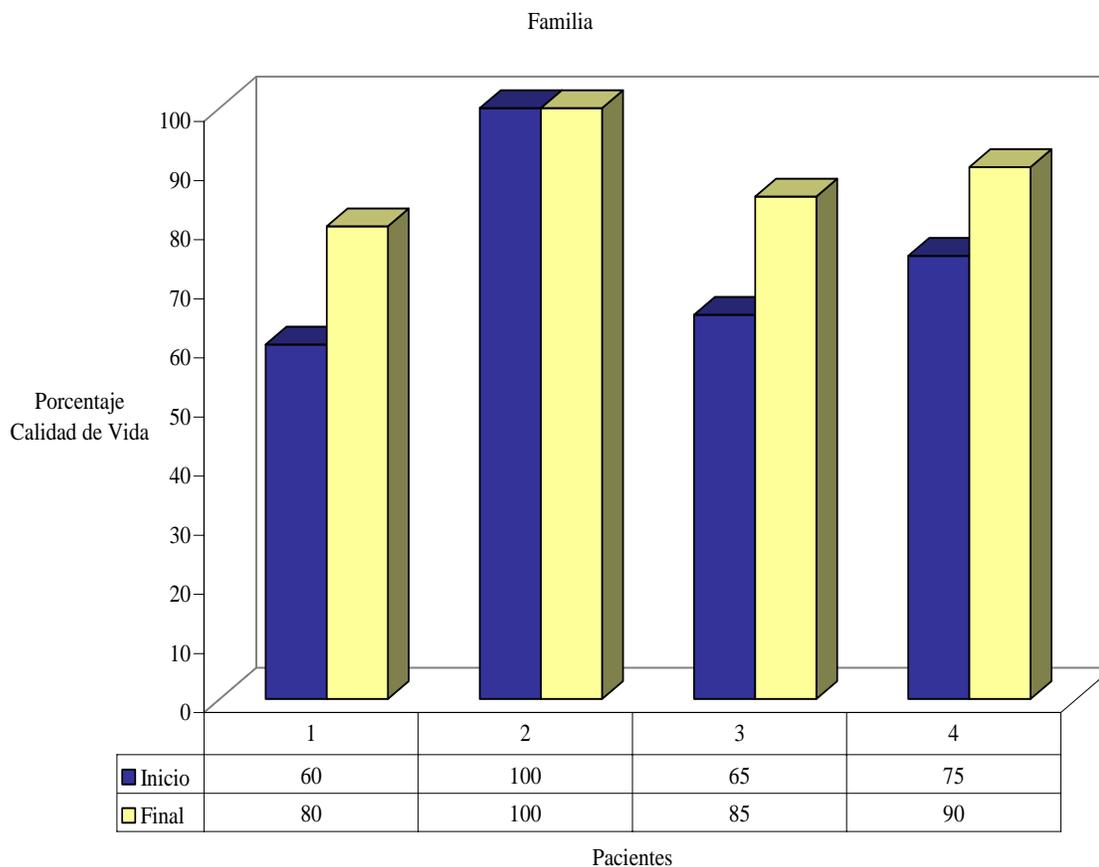
La Figura 8 muestra el área de vida cotidiana, un alto puntaje en esta área significa satisfacción por los cambios en las rutinas a partir de que aparece la enfermedad. Al inicio de la intervención el primer y tercer paciente muestran mayor insatisfacción que el resto de los participantes con un puntaje de 40% y 65% respectivamente, los cuales incrementan a 75% y 85%. El cuarto participante no muestra cambios en esta área y se mantiene en un 95%. El segundo paciente muestra un aumento del 5%.

Fig. 8 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Área Vida Cotidiana)



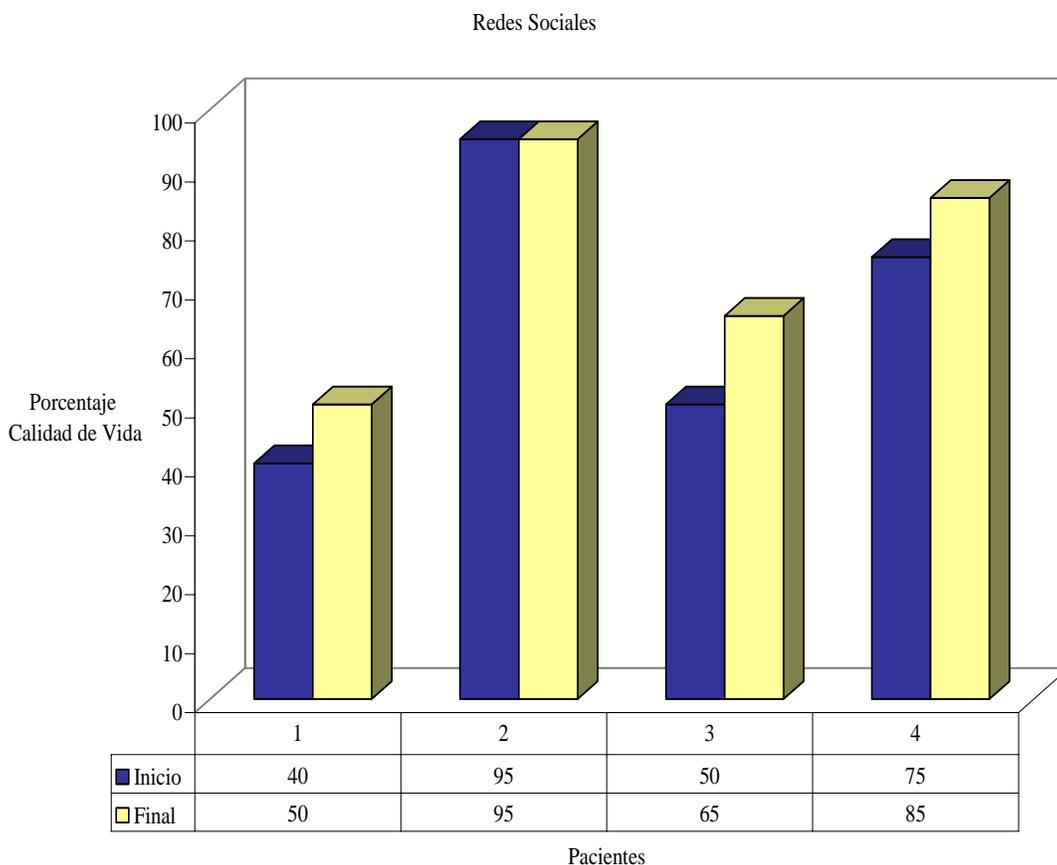
La Figura 9 presenta el área familiar, la cual explora el apoyo emocional que percibe el paciente de su familia. A mayor puntaje mayor apoyo emocional percibido por parte del participante. A excepción del segundo paciente, el cual percibe apoyo emocional por parte de su familia en su totalidad, el resto de los pacientes posterior a la intervención muestran un aumento en esta área.

Fig. 9 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Área Familia)



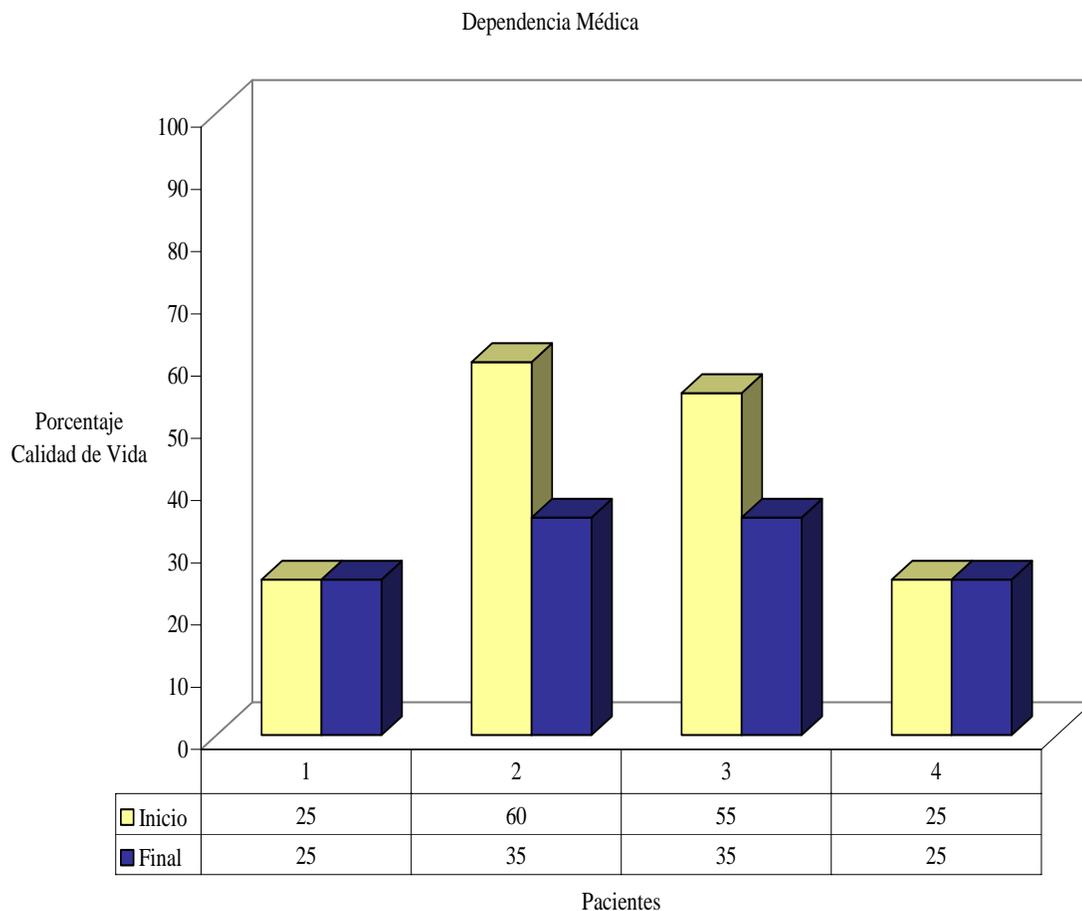
En la Figura 10 se observa el área de redes sociales, la cual explora los recursos humanos con los que cuenta el paciente para resolver problemas, un alto porcentaje indica la mayor presencia de estos recursos. El primer paciente es el que cuenta con menos recursos (40%) que el resto de los participantes, seguido por el tercero (50%) y cuarto (75%), estos tres pacientes mejoraron en esta área posterior a la intervención y finalmente el segundo paciente no sufre ningún cambio posterior a la intervención manteniéndose con un porcentaje de 95.

Fig. 10 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Area Redes Sociales)



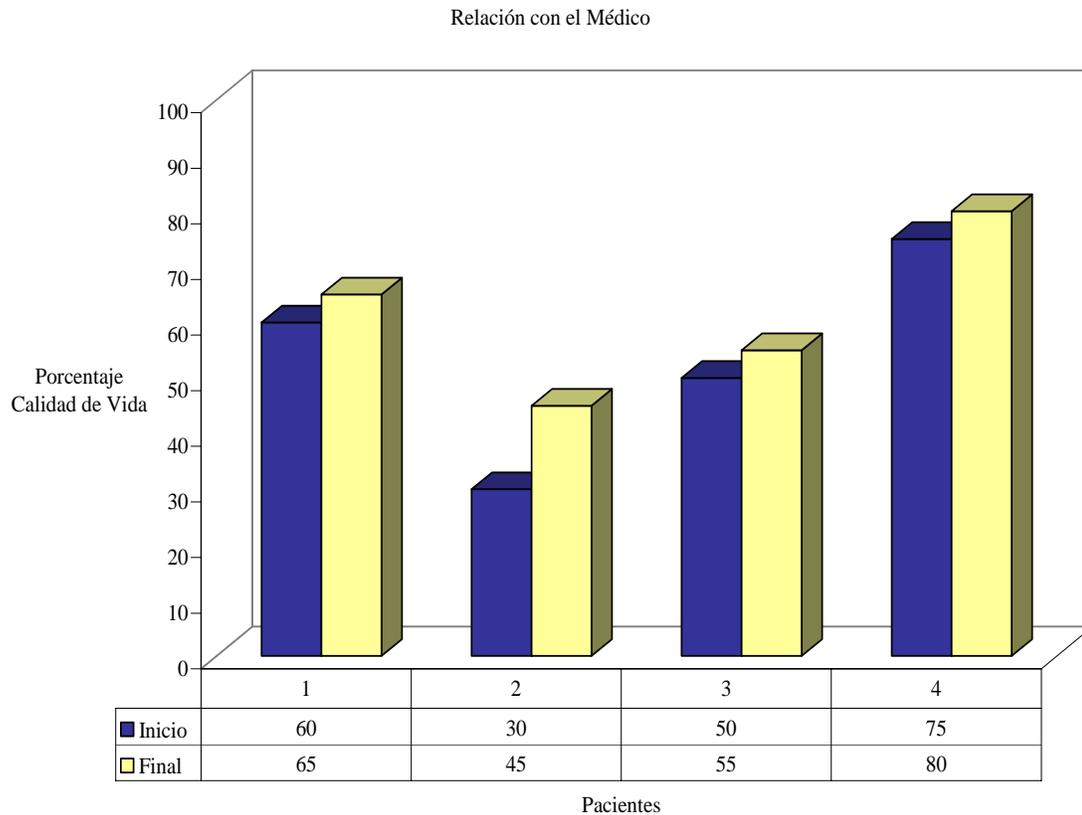
En la Figura 11 se muestra el área de dependencia médica, la cual evalúa el grado en que el paciente deposita la responsabilidad de su bienestar y salud exclusivamente en el médico tratante. Un alto porcentaje indica mayor dependencia médica, como se observa en la gráfica, el segundo paciente es el que deposita mayor responsabilidad en el médico con un (60%), seguido del tercer paciente (55%), ambos disminuyen su dependencia al final de la intervención. El primer y cuarto paciente no muestra ningún cambio y permanecen con un porcentaje de (25%).

Fig. 11 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Área Dependencia Médica)



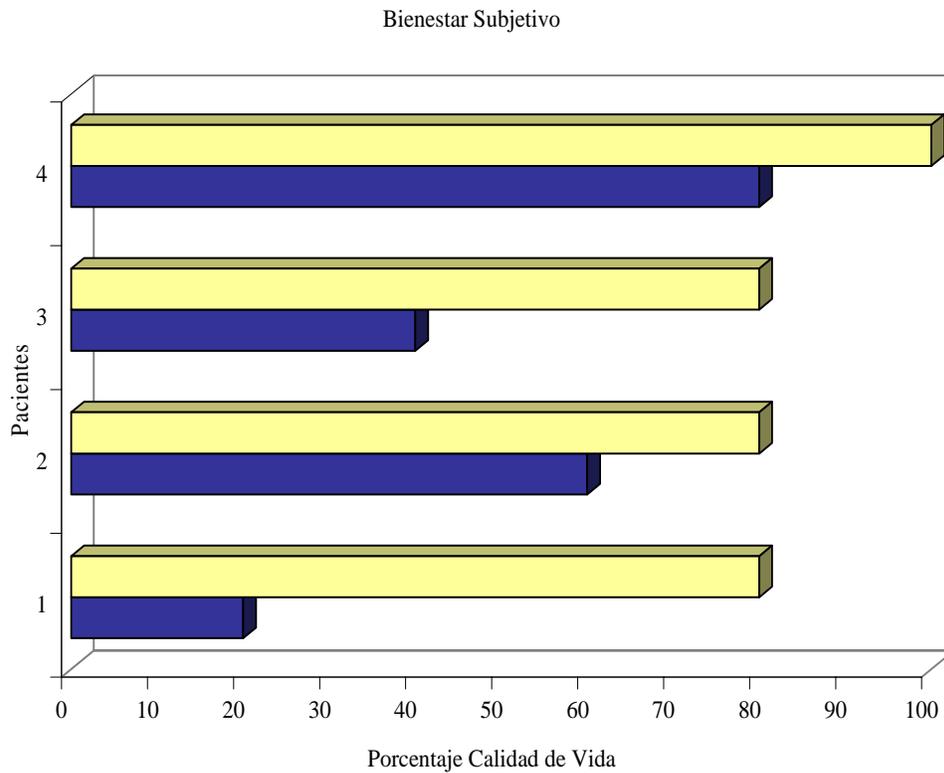
En la Figura 12 se muestra el área de relación con el médico, un mayor puntaje en esta área representa mayor satisfacción y comodidad con la atención del médico tratante. Los cuatro participantes incrementan el porcentaje en esta área posterior a la intervención, el paciente más beneficiado es el segundo debido a que presenta un incremento mayor de 30% a 45%.

Fig. 12 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Área Relación con el Médico)



La Figura 13 nos muestra los cambios del indicador general de calidad de vida. El primer paciente mostró el de mayor beneficio en cuanto a la evaluación subjetiva de antes a después de la intervención incrementando su porcentaje de 20 a 80%. El tercer paciente es el que le sigue en beneficio de 40 a 80%, posteriormente el segundo paciente con un 60 a 80% y finalmente el cuarto paciente incrementa de un 80 a un 100%.

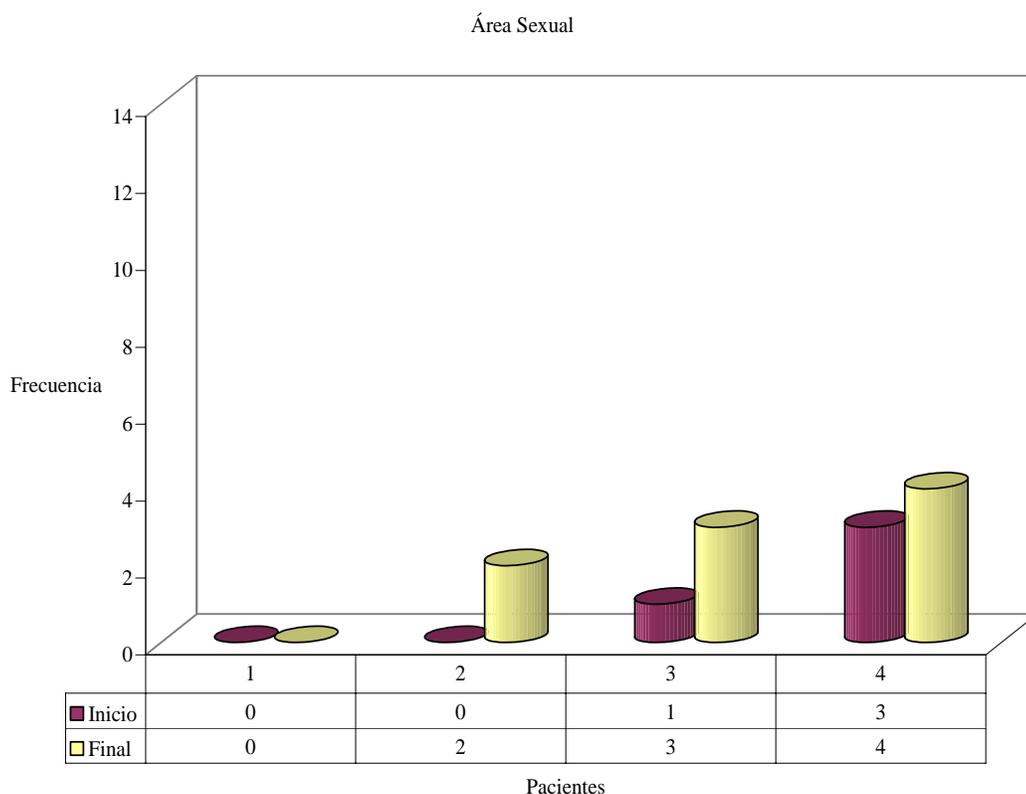
Fig. 13 Cambios del Pretest al Postest en Calidad de Vida (Bienestar Subjetivo)



	1	2	3	4
Final	80	80	80	100
Inicio	20	60	40	80

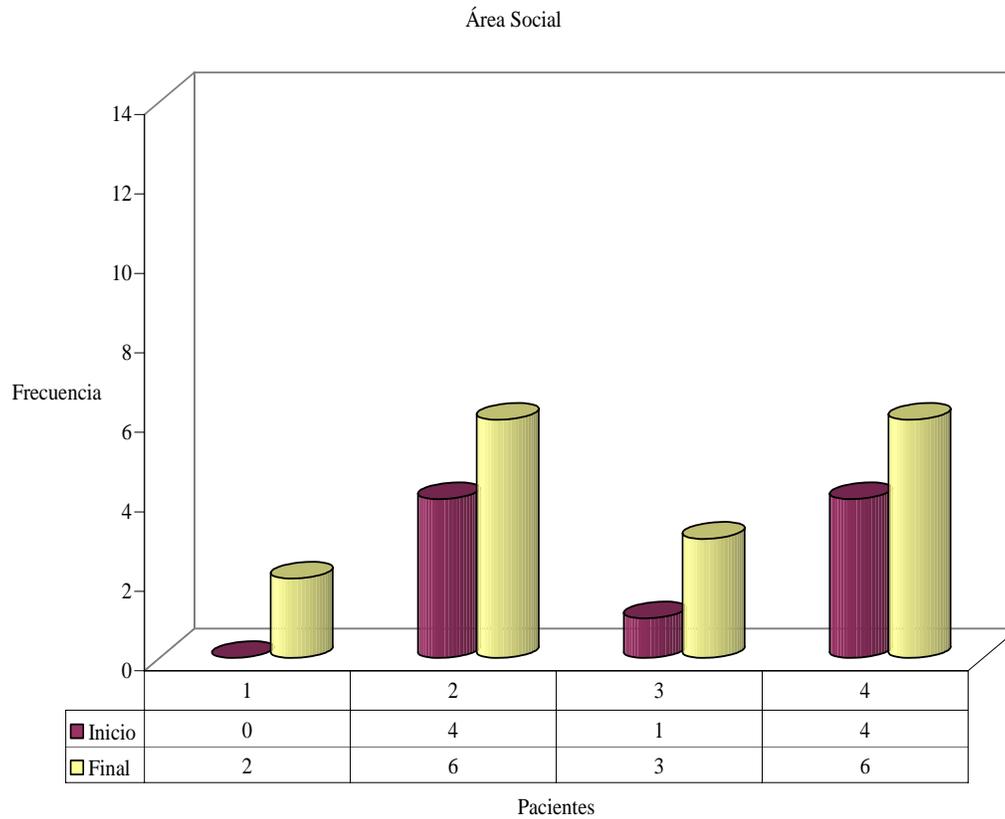
Los resultados del registro conductual se muestran por separado en las siguientes gráficas. En la Figura 14 se presentan los cambios en cuanto al área sexual, se observa que a excepción del primer paciente el resto muestra un aumento de la actividad posterior a la intervención.

Figura 14. Cambios del Pretest al Postest del Registro Conductual en el área sexual.



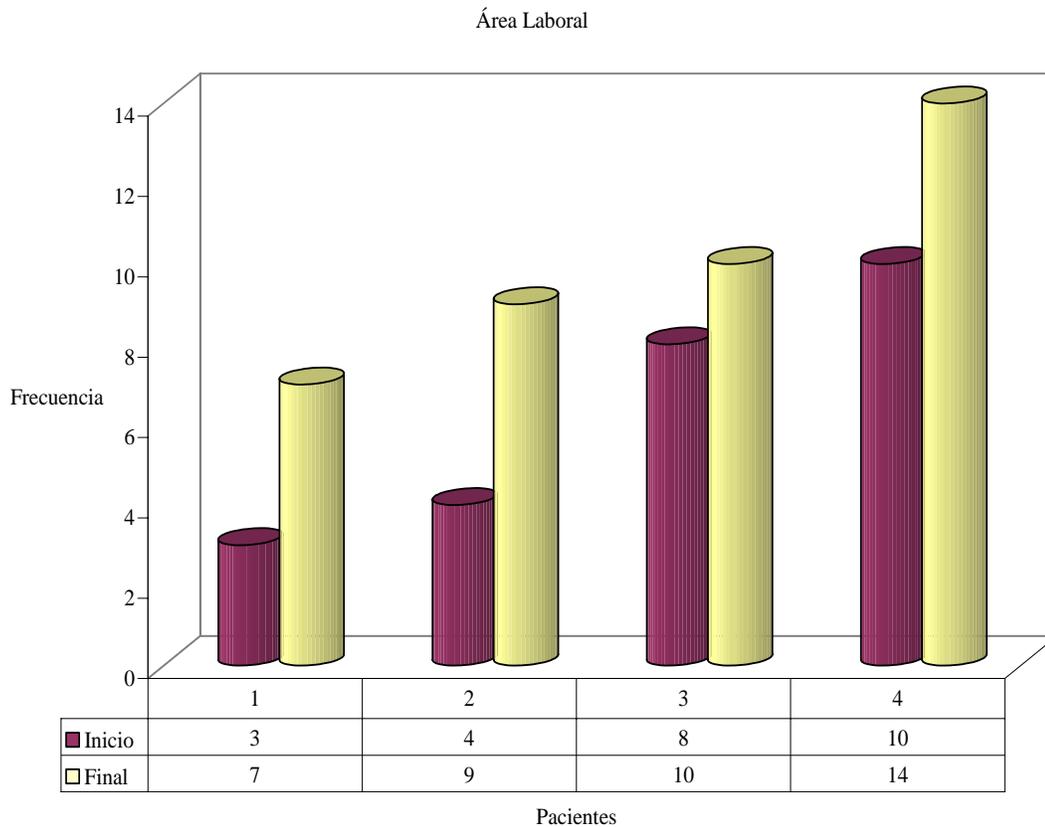
En la Figura 15 se observa el Área Social, la cual implica la realización de actividades como reuniones con amistades, familiares o conocidos, asistir a eventos culturales y/o sociales, entre otros. El total de los participantes mostró un incremento en cuanto a emitir este tipo de actividades.

Figura 15. Cambios del Pretest al Postest del Registro Conductual en el área social.



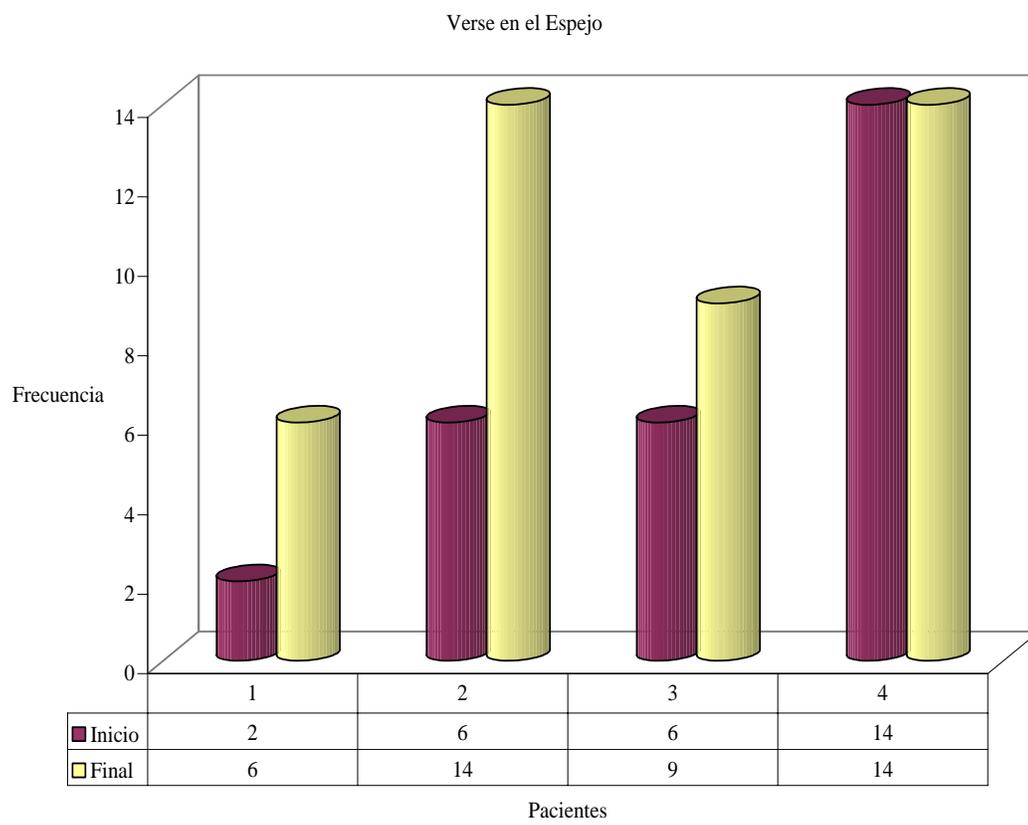
En la Figura 16 se muestran los cambios realizados en los pacientes con respecto al Área Laboral, el total de los participantes presentó un aumento en esta área. Posterior a la intervención los pacientes refirieron ser más productivos laboralmente.

Figura 16. Cambios del Pretest al Postest del Registro Conductual en el área laboral.



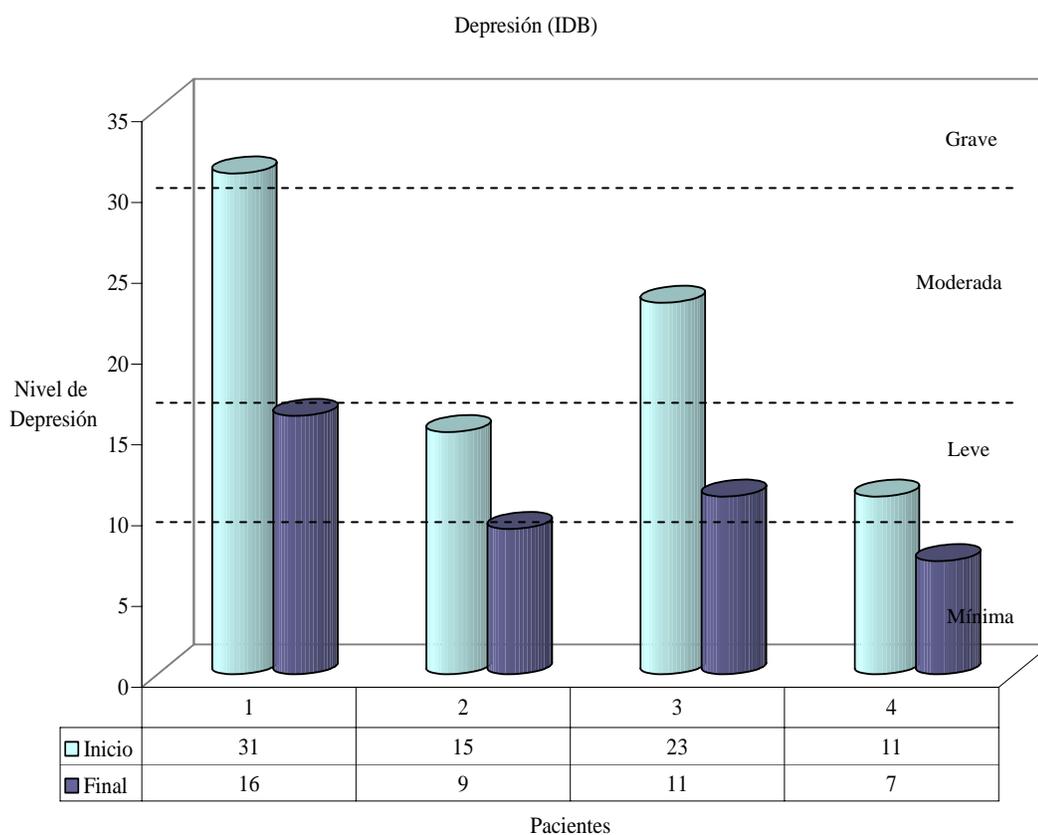
Finalmente en la Figura 17 se presentan los cambios en cuanto al comportamiento “Verse en el Espejo”, la mayoría de los participantes (75%) mostraron un aumento en dicha conducta a excepción del paciente cuatro, el cual no presentó una disminución de dicho comportamiento posterior a la cirugía.

Figura 17. Cambios del Pretest al Postest del Registro Conductual en la conducta “verse en el espejo”



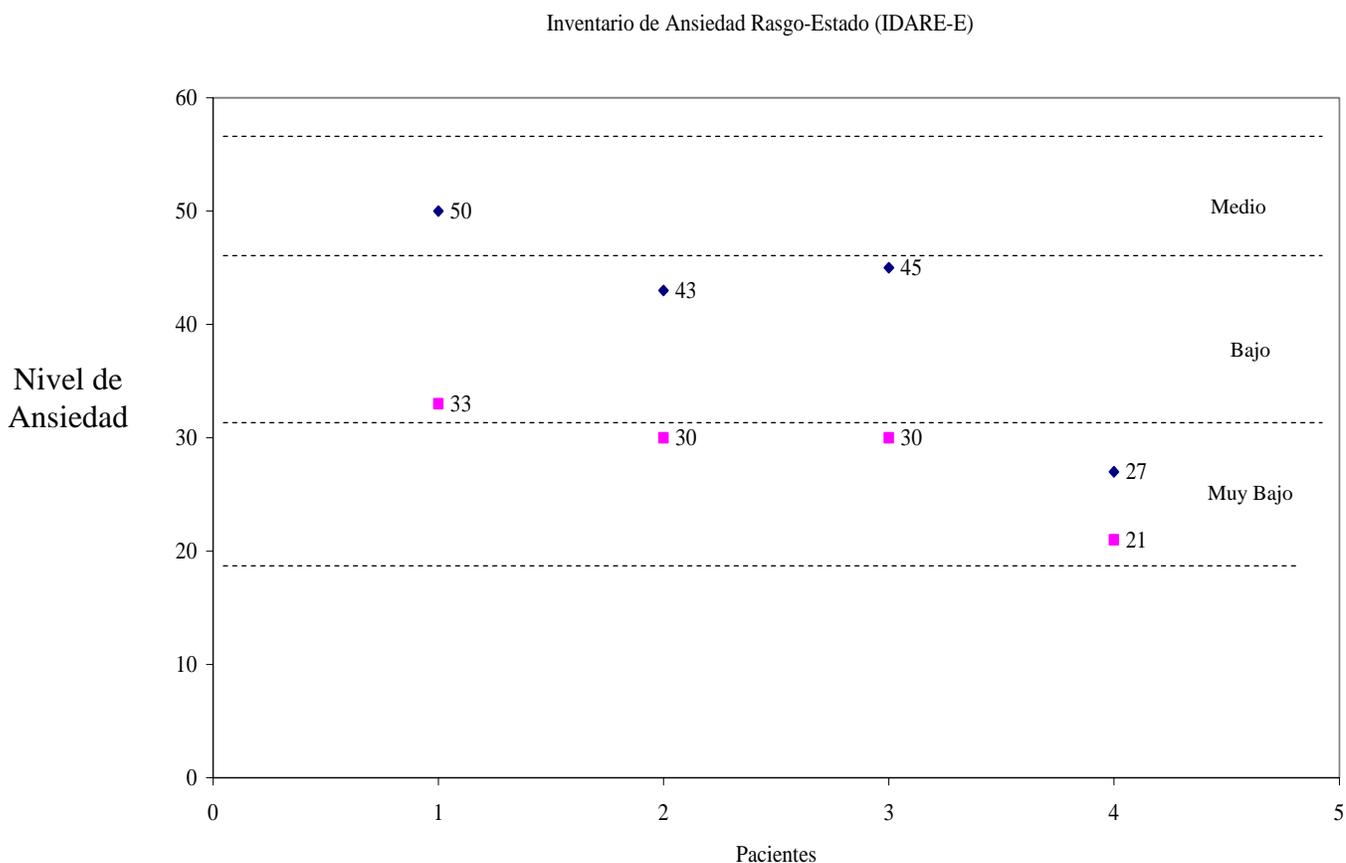
En cuanto a los niveles de depresión se muestran en la Figura 18. Al inicio de la intervención dos de los pacientes presentaron depresión leve (10-16), uno depresión moderada (17-29) y uno depresión grave (30-63). Todos los pacientes disminuyeron su puntaje de depresión al final de la intervención. El primer paciente fue el más beneficiado con la intervención ya que disminuyó su nivel de depresión de severa a leve. El tercer paciente modificó su nivel de depresión de moderada a leve y el resto de los pacientes presentaron un nivel de depresión inicial leve y ésta disminuyó a mínima al final de la intervención.

Figura 18. Cambios del Pretest al Postest en Depresión (IDB)



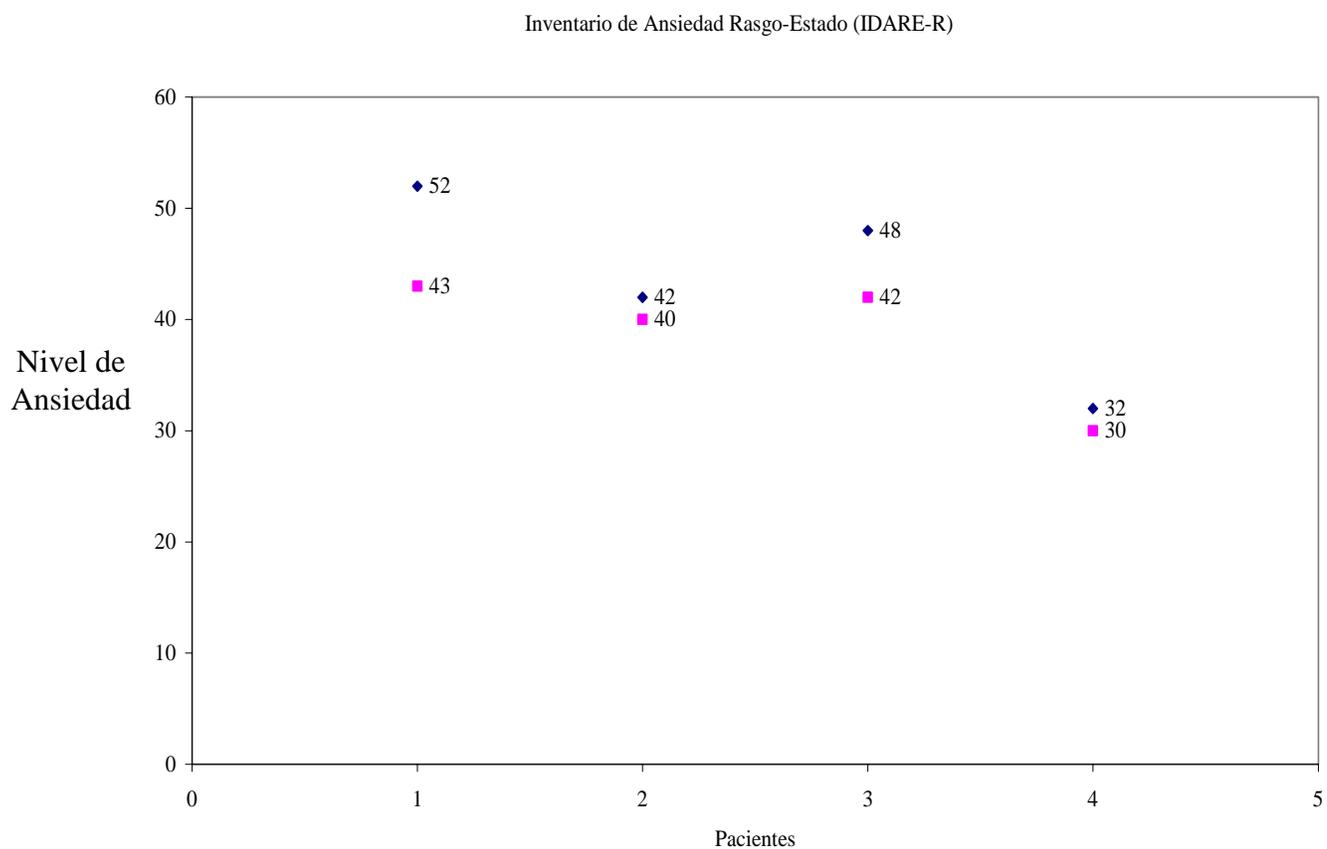
En la Figura 19 se describen los cambios al inicio y al final de la intervención en ansiedad estado, que indica la presencia de síntomas de ansiedad en el momento en que el paciente contestó la prueba. El total de los pacientes disminuyeron su puntaje al final de la intervención. El primer y tercer paciente presentaron un nivel de ansiedad medio (44-55) al inicio de la intervención, misma que disminuyó a un nivel bajo (32-43) y muy bajo (21-31) respectivamente. El segundo participante tuvo una disminución de un nivel de ansiedad bajo a muy bajo y finalmente el último paciente mantuvo su puntaje en un nivel de ansiedad muy bajo

Figura 19. Cambios del Pretest al Postest Ansiedad-Estado (IDARE-E)



En la Figura 20 se muestran los cambios al inicio y al final de la intervención en ansiedad-rasgo, que refleja las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión de la ansiedad. Los puntajes de todos los pacientes se modificaron tendiendo a la disminución pero con una diferencia mínima.

Figura 20. Cambios del Pretest al Postest Ansiedad-Rasgo (IDARE-R)



6. DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio consistió en mejorar la calidad de vida, disminuir la sintomatología ansiosa, depresiva y los comportamientos disfuncionales que presentaban pacientes con cáncer de cabeza y cuello intervenidos quirúrgicamente.

En términos generales hubo mejoría respecto a la calidad de vida de los pacientes a través de la intervención cognitivo-conductual.

Todos los participantes mostraron mejoría posterior a la intervención con respecto a: desempeño físico, percepción corporal, actitud ante el tratamiento y relación con el médico, es decir, incrementaron su desempeño físico, disminuyeron su deterioro en cuanto a la percepción corporal, aumentaron su adherencia a los tratamientos e incrementaron su satisfacción con respecto a la atención brindada por el médico.

Los participantes en los cuatro estudios de caso presentaron una disminución en las áreas de preocupación y aislamiento, lo cual, contribuyó adicionalmente a su calidad de vida.

Respecto a funciones cognitivas, tiempo libre y vida cotidiana, de los cuatro participantes, tres presentaron una mejoría posterior a la intervención, es decir, mejoraron su desempeño cognitivo, disfrutaban más sus actividades recreativas y tenían mayor satisfacción por los cambios en las rutinas relacionadas con la enfermedad. El cuarto paciente mantuvo en estas tres áreas antes mencionadas porcentajes elevados (100%, 95%, 95%) respectivamente, lo cual indica que desde un inicio este sujeto no presentó problemas de memoria y/o concentración, no percibía a su padecimiento como un obstáculo para disfrutar sus actividades recreativas y se encontraba satisfecho por los cambios en las rutinas a partir de que apareció la enfermedad.

En cuanto a familia y redes sociales, tres participantes (primero, tercero y cuarto) presentaron mejoría posterior a la intervención, es decir, incrementó el apoyo emocional

que perciben de sus familias y los recursos personales para resolver problemas. Un paciente permaneció con niveles relativamente altos hasta el final de la intervención. Finalmente en el área de dependencia médica, dos de los pacientes disminuyeron su dependencia del médico al final de la intervención. Los otros dos participantes mantuvieron desde el principio sus niveles de dependencia relativamente reducidos, del orden de 25%.

En cuanto a conducta instrumental los pacientes también mejoraron después de la intervención en los ámbitos: social, sexual, laboral y “verse en el espejo”. Los cuatro pacientes mejoraron en sus actividades sociales (reuniones con amistades, familiares, conocidos), laborales (realizar las actividades diarias de trabajo), y en estabilidad emocional al “verse en el espejo”. Finalmente en el área sexual, a excepción de un paciente, el resto mostró un incremento en esta actividad.

Los hallazgos del presente estudio confirman diversos hallazgos de la literatura respecto a que los pacientes con cáncer en cabeza y cuello emiten comportamientos como aislarse o evitar que los observen, reducir la frecuencia de actividades como visitar amigos o a la familia, participar en eventos sociales, además de que su actividad sexual disminuye o se vuelve prácticamente nula y la actividad laboral suele verse afectada. (Holland, 1998).

Con respecto al impacto que tuvo la intervención cognitivo-conductual en los niveles de ansiedad y depresión de los pacientes. En términos generales aquella mostró efectividad para reducir los niveles de ambos problemas. Los cuatro pacientes disminuyeron sus niveles de depresión, uno de una depresión grave a leve, otro de moderada a leve y los dos restantes de leve a mínima.

Por lo que se refiere al nivel de ansiedad. La modalidad de estado (síntomas al momento de contestar el cuestionario) disminuyó posterior a la intervención; dos de los pacientes de un nivel medio a bajo, uno de bajo a muy bajo y otro disminuyó su nivel aunque permaneciendo en un nivel muy bajo. La ansiedad rasgo, que refleja la reacción de modo relativamente estable, disminuyó en los cuatro participantes.

Los cambios observados en los pacientes muy probablemente se pueden explicar en base a los componentes de la intervención, misma que se basó en Terapia Racional Emotiva Conductual (Ellis, 1962; en Ellis & Abrahms, 1983). Ésta se basa en la concepción que las personas generan o agudizan principalmente sus propias perturbaciones emocionales al creer genuinamente en ideas absolutas e irracionales. La terapia racional emotiva conductual mantiene una posición humanista existencial en el sentido de que considera que los individuos tienen importancia intrínseca en este mundo por el hecho mismo de ser humanos y estar vivos y busca evita evaluaciones de aquéllos y fomenta en su lugar la autoaceptación (Lega, Caballo & Ellis, 1997).

El uso de la técnica denominada imaginación racional emotiva entrena a los pacientes a aprender hábitos racionales y desaprender viejos hábitos irracionales de pensamiento, es decir, se crean marcos cognitivos de referencia al comportarse racionalmente y así incrementan la probabilidad de actuar racionalmente en el futuro. Se dice que los pacientes aprenden a auto-decirse (pensar) racionalmente con la misma facilidad o naturalidad como lo hacían irracionalmente antes de someterse a la psicoterapia racional (Ellis y Grieger, 2000).

En otro sentido, los pacientes muy probablemente mejoraron su nivel de funcionamiento, entre otras razones, debido a que mejoraron su capacidad para realizar actividades cotidianas como actividades físicas (caminar, subir escaleras, etc.). También mejoraron su funcionamiento psicológico a partir de que disminuyeron sus niveles de depresión y ansiedad y finalmente mejoró su funcionamiento social al incrementar las actividades con los miembros de su familia y comunidad.

Uno de los componentes que pudo incidir en el mejoramiento de la calidad de vida y disminución de los niveles de depresión, ansiedad y comportamientos desadaptativos fue el identificar y modificar los pensamientos distorsionados que se detectaron al inicio del programa. El entrenamiento en generar afirmaciones sobre sí mismos que fueran más objetivas, precisas y realistas les ayudó a disminuir o eliminar las autodevaluaciones negativas. Finalmente, el generar en los pacientes creencias preferenciales y de

autoaceptación que sustituyeran a las demandantes y autodestructivas fue otro componente esencial para generar el cambio en ellos.

Podría argumentarse que los cambios observados pueden deberse a un sesgo personal por parte del investigador, sin embargo, esto es poco plausible, debido a que me guié por las hojas de registro y evite hacer cualquier tipo de recomendación que estuviera fuera de las bitácoras clínicas.

A pesar de que el número de participantes es relativamente pequeño (cuatro) también se pudo observar que, en efecto, los pacientes que tenían un grado mayor de desfiguración (deformidad facial) (el primero y tercero por el diagnóstico médico o localización del tumor el cual se describe en los datos sociodemográficos) presentaron niveles más elevados de depresión y ansiedad, así como más áreas afectadas respecto a la calidad de vida y experimentaron mayores problemas de adaptación social (Drobkin, 1999).

Este estudio representa un primer acercamiento de investigación con respecto al tema. El número de participantes que se reunió es pequeño y quizá, no muy representativo. Aunque debe recordarse que, a diferencia de los estudios de carácter epidemiológico, en los que se busca representar estadísticamente a una población, el presente estudio buscó documentar el número de replicas de un efecto clínico, más en la tradición de ensayo clínico.

No se contó con un grupo más grande ya que la labor que llevaba a cabo el residente de medicina conductual no era sólo de investigación sino principalmente clínica asistencial. Se sugiere otro ensayo de investigación con un mayor número de participantes, tal vez en una modalidad de administración grupal, con una condición control u otra intervención para observar la efectividad de diversos tratamientos. Lo que se antoja claro es que esta población de trabajo parece estar olvidada dentro del Hospital Juárez de México y probablemente en otras instituciones. El impacto psicológico en los pacientes con cáncer de cabeza y cuello, intervenidos quirúrgicamente es alto, lo cual requiere de programas

de apoyo psicológico establecidos y fundamentados con la investigación que les permita a los pacientes mejorar su calidad de vida.

El trabajo interdisciplinario fue fundamental para llevar a cabo este programa de intervención, sin embargo, considero que si se involucra en forma directa a los diversos especialistas (médicos-cirujanos oncólogos, dermatólogos, cirujanos-maxilofaciales) y demás equipo de salud (enfermeras, trabajo social) facilitará el poder llevar a cabo un estudio posterior con un mayor nivel de certidumbre metodológica.

ANEXOS

Anexo 1. Inventario de Calidad de Vida v Salud

INVENTARIO DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD

ANGELICA RIVEROS
JUAN JOSE SANCHEZ SOSA
MARK ANDREW GROVES



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
VERSION 4. © 2000-2005

INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste **encerrando en un círculo** la opción que mejor describa su situación. Si le parece que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto, márquela como “nunca”, eso no le pasa. Contesté con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas.

Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le atenderemos.

EJEMPLO

Hay situaciones o cosas que me hacen sentir mucho miedo o terror.



Encerraría en un círculo “CASI NUNCA” si siente miedo o terror muy rara vez en su vida. Si pensara que siente miedo o terror en todo momento, encerraría en un círculo “SIEMPRE”.

Durante las últimas 2 semanas...

PREOCUPACIONES

3. Me preocupa que algunas veces necesito ayuda económica con los gastos de mi enfermedad.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

DESEMPEÑO FÍSICO

7. Tengo suficiente energía para mis actividades cotidianas

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

AISLAMIENTO

11. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

PERCEPCIÓN CORPORAL

17. Me da pena mi cuerpo.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

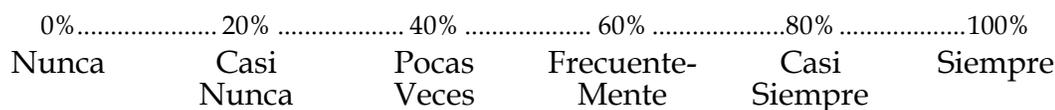
FUNCIONES COGNITIVAS

19. Se me olvida en dónde puse las cosas.

0%.....	20%	40%	60%	80%	100%
Nunca	Casi Nunca	Pocas Veces	Frecuente- Mente	Casi Siempre	Siempre

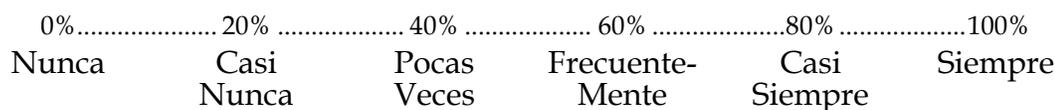
ACTITUD ANTE EL TRATAMIENTO

23. Me fastidia tomar tantas medicinas.



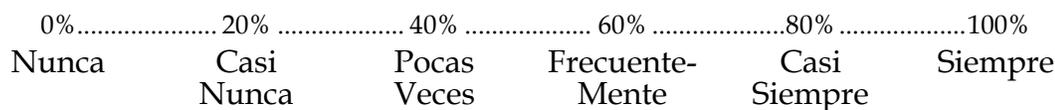
FAMILIA

27. El amor de mi familia es lo mejor que tengo.



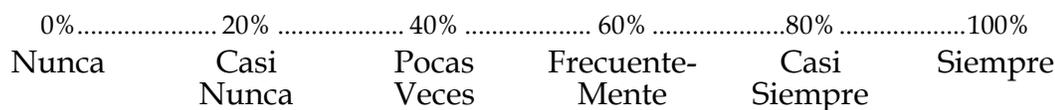
TIEMPO LIBRE.

33. Desde que enfermé, dejé de pasar el rato con mis amigos.



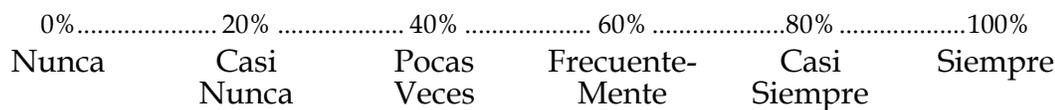
VIDA COTIDIANA.

35. Desde que enfermé mi vida diaria se ha vuelto difícil.



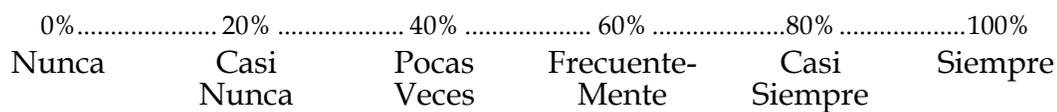
DEPENDENCIA MÉDICA.

39. Espero que el médico cure todos mis síntomas.



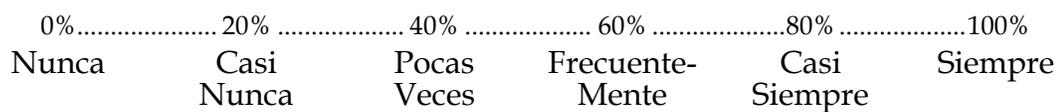
RELACIÓN CON EL MÉDICO.

43. Disfruto asistir al médico.



REDES SOCIALES

47. Tengo a quien recurrir cuando tengo problemas de dinero.



BIENESTAR Y SALUD

51. En general, ¿cómo evaluaría su calidad de vida?
Elija una letra en la siguiente escala y enciérrela en un círculo.

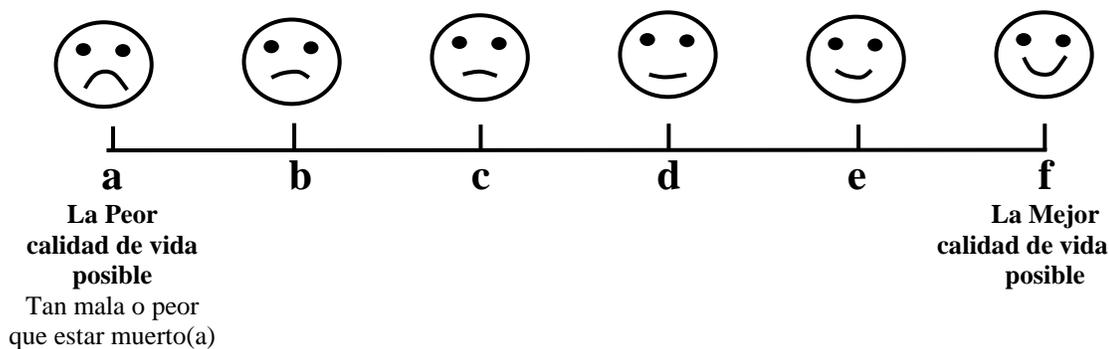


Tabla 1. Análisis de Confiabilidad del Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa)

Área	Crónicos			Agudos		
	N	Ítems	Alpha	N	Ítems	Alpha
Preocupaciones	126	4	0.821	87	4	0.8025
Desempeño físico	127	4	0.8229	89	4	0.7826
Desolación	127	4	0.7412	89	4	0.8033
Percepción corporal	126	4	0.8384	88	4	0.8273
Funciones cognitivas	125	4	0.8792	89	4	0.8155
Actitud ante el tratamiento	127	4	0.6177	89	4	0.5833
Tiempo libre	126	4	0.8781	89	4	0.9235
Vida cotidiana	126	4	0.9335	87	4	0.88
Familia	126	4	0.8564	89	4	0.9235
Redes sociales	124	4	0.8442	89	4	0.8918
Dependencia médica	123	4	0.777	88	4	0.7979
Relación con el médico	125	4	0.6887	88	4	0.6872
TOTAL	123	12	0.8068	87	12	0.7974

Anexo 2. Registro Conductual.

REGISTRO CONDUCTUAL



No. Expediente:



Semana del _____

al _____ año 200 _____.

Actividad Sexual

Marca con una "X" los días que has tenido relaciones sexuales.

Lun	Mar		Jue	Vier	Sab	Dom

Actividad Social

Marca con una "X" los días que has tenido actividades como reuniones con amistades, familiares o conocidos aproximadamente por 30 minutos, salir a comer fuera de casa, asistir a eventos culturales, a eventos sociales, etc.

Lun	Mar		Jue	Vier	Sab	Dom

Anexo 2. Registro Conductual

Actividad Laboral

Marca con una "X" los días que has asistido a tu trabajo, en caso de dedicarte al hogar marca aquellos días en donde has realizado alguna actividad en casa como por ejemplo, cocinar, barrer, lavar, etc.

Lun	Mar		Jue	Vier	Sab	Dom

Verse en el Espejo

Marca con una "X" los días que te has visto tu rostro en el espejo.

Lun	Mar		Jue	Vier	Sab	Dom

Anexo 3. Inventario de Depresión de Beck.

Nombre _____ Fecha _____.

INSTRUCCIONES: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la *última semana, incluido el día de hoy*. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.*

1. 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste.
 - 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. 0 No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
 - 1 Me siento desanimado de cara al futuro.
 - 2 Siento que no hay nada por que luchar.
 - 3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. 0 No me siento como un fracasado.
 - 1 He fracasado más que la mayoría de las personas.
 - 2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
 - 3 Soy un fracaso total como persona

4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - 2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. 0 No me siento especialmente culpable.
 - 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - 3 Me siento culpable constantemente.

6. 0 No creo que esté siendo castigado.
 - 1 Siento que quizá esté siendo castigado.
 - 2 Espero ser castigado.
 - 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. 0 No estoy descontento de mí mismo.
 - 1 Estoy descontento de mí mismo.
 - 2 Estoy a disgusto conmigo mismo.
 - 3 Me detesto.

8. 0 No me considero peor que cualquier otro.
 - 1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
 - 2 Continuamente me culpo por mis fallas.
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
 - 2 Desearía poner fin a mi vida.
 - 3 Me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. 0 No lloro más de lo normal.
 - 1 Ahora lloro más que antes.
 - 2 Lloro continuamente.
 - 3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. 0 No estoy especialmente irritado.
 - 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - 2 Me siento irritado continuamente.
 - 3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. 0 No he perdido el interés por los demás.
 - 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - 2 He perdido gran parte del interés por los demás.
 - 3 He perdido todo interés por los demás.

13. 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes.
 - 1 Evito tomar decisiones más que antes.
 - 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - 3 Me es imposible tomar decisiones.

14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.
 - 1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
 - 2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
 - 3 Creo que tengo un aspecto horrible.

15. 0 Trabajo igual que antes.
 - 1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
 - 2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
 - 3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. 0 Duermo tan bien como siempre.
- 1 No duermo tan bien como antes.
 - 2 Me despierto 1-2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me siento más cansado de lo normal.
- 1 Me canso más que antes.
 - 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 - 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. 0 Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
 - 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
 - 3 He perdido completamente el apetito.
19. 0 No he perdido peso últimamente.
- 1 He perdido más de 2 kilos.
 - 2 He perdido más de 4 kilos.
 - 3 He perdido más de 7 kilos.
- Estoy tratando intencionalmente de perder peso comiendo menos.
Si _____ No _____
20. 0 No estoy preocupado por mi salud.
- 1 Me preocupan los problemas físicos como dolores, el malestar de estómago o catarros.
 - 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
 - 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
21. 0 No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1 La relación sexual me atrae menos que antes.
 - 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
 - 3 He perdido totalmente el interés sexual.

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo	①	②	③	④
33. Me siento seguro	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	①	②	③	④

Anexo 6. Carnet de Citas

Psic. Mayra Lorenia Vega Newman
Medicina Conductual



NO OLVIDE SU CARNET

HOSPITAL JUÁREZ DE
MÉXICO

APOYO PSICOLÓGICO



CARNET DE CITAS

Expediente _____

Nombre _____

Edad _____



Sesión

Fecha

Hora

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

Anexo 7. Datos sociodemográficos e historia médico-psiquiátrica.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Fecha _____

1. Ficha de Identificación

Nombre _____

Número de expediente _____ Servicio _____

Edad _____ Género _____

Estado Civil _____ Escolaridad _____

Ocupación _____ Religión _____

Lugar de Nacimiento _____

Lugar de Residencia _____

Número de hijos _____ Edades _____

Número de hermanos _____ Posición que ocupa _____

2. Historia Clínica

Localización anatómica del tumor _____

Estadio _____ Tratamiento actual _____

Tratamientos Recibidos

- Cirugía
- Quimioterapia y Cirugía
- Radioterapia y Cirugía
- Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía
- Otros _____

¿Actualmente padece de alguna otra enfermedad?

Si _____ ¿Cuál (es)? _____

¿Desde hace cuánto tiempo? _____

¿Ha estado alguna vez en tratamiento Psicológico? Si _____ No _____

¿Actualmente está tomando algún medicamento? Si _____ No _____

Anexo 8. Ejercicio de Conductas y Emociones Disfuncionales.

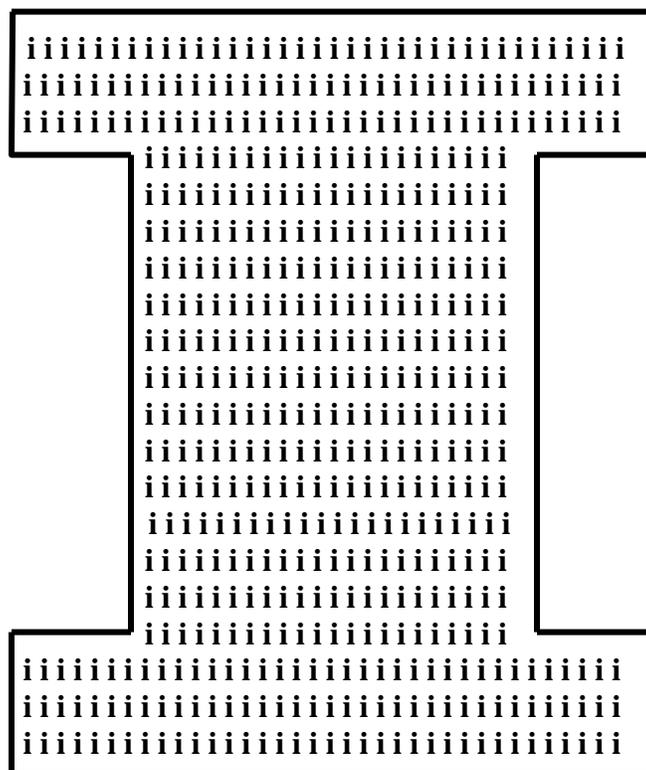
CONDUCTAS ¿Qué hago?	EMOCIONES ¿Cómo me siento?	INTENSIDAD (0-10)

Anexo 9. Ejercicio A-B-C

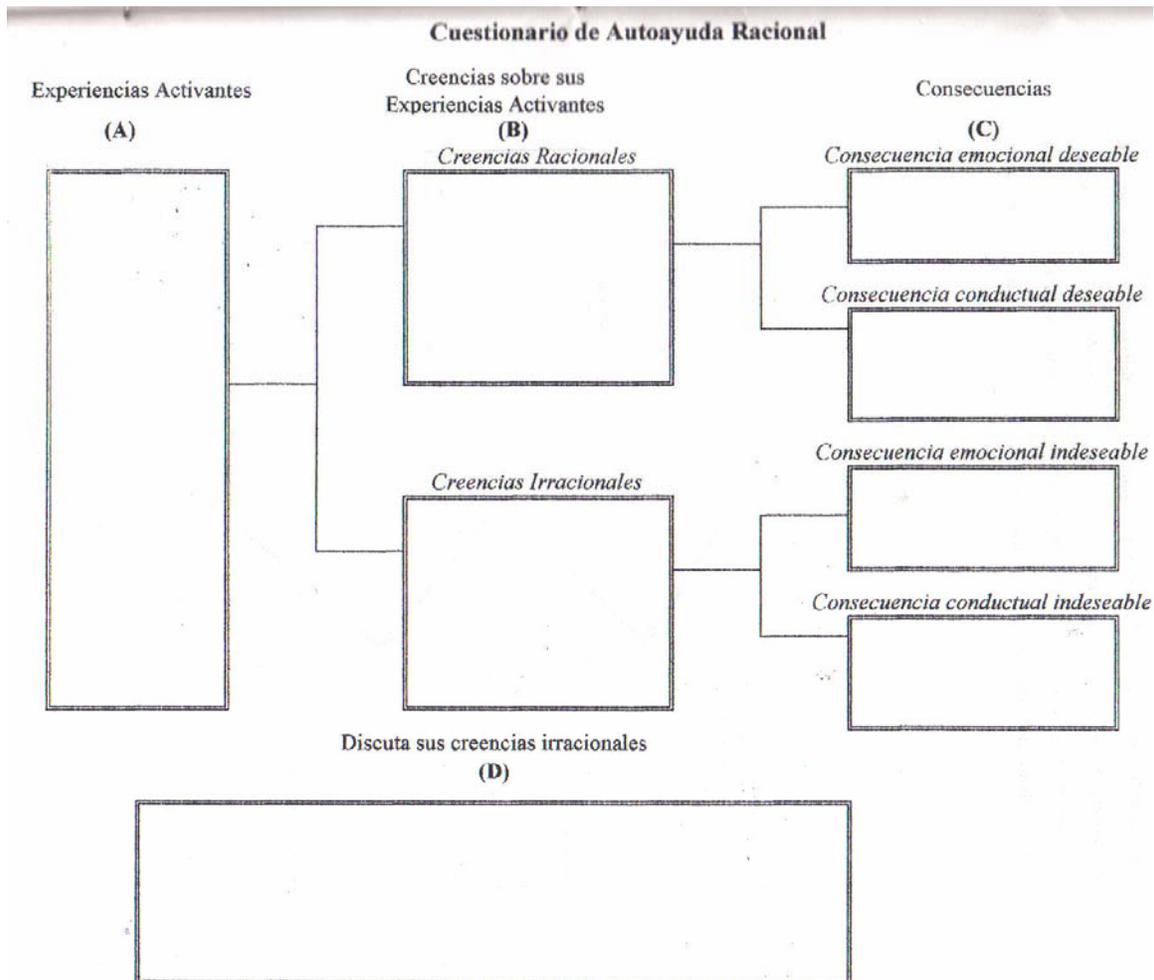
A**B****C**Emocionales:Conductuales:Físicas:

Anexo 10. Ejercicio de Autoaceptación

Dentro de la letra “I” mayúscula se encuentran varias letras “i” minúsculas, las cuales representan tus comportamientos, marca con una “X” tantas “i” como comportamientos fallidos creas tener. Una vez que hayas finalizado acude con tu terapeuta para analizar el ejercicio y ver la relación que hay con tu ser.



Anexo 11. Cuestionario de Autoayuda Racional

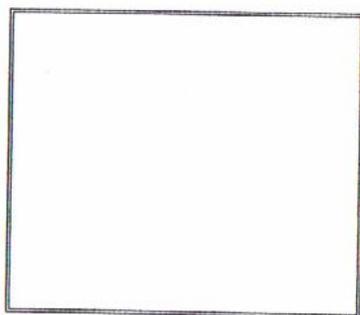


Anexo 11. Cuestionario de Autoayuda Racional

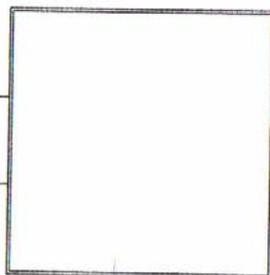
Cuestionario de Autoayuda Racional

E

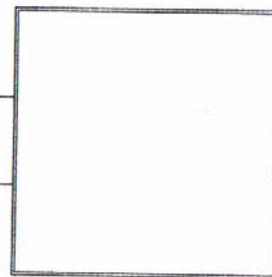
Efectos de discutir las creencias irracionales
(E)



Efectos emocionales adecuados

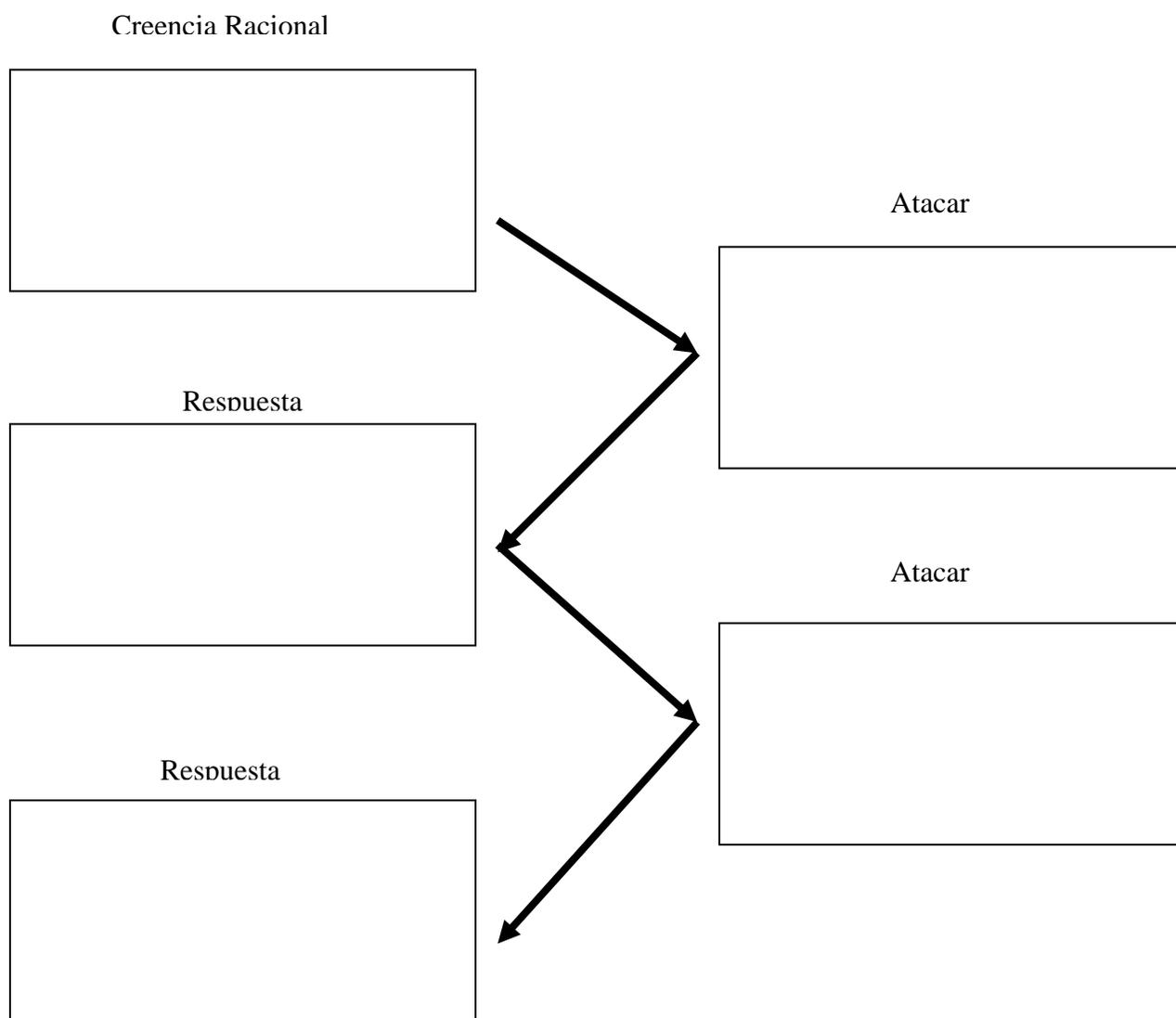


Efectos conductuales deseables



Anexo 12. Ejercicio Zig-Zag

A continuación va a escribir un pensamiento racional el cual va a ser saboteado por el terapeuta con un pensamiento irracional. Usted tiene que generar pensamientos alternativos funcionales que contrarresten el pensamiento irracional y así sucesivamente hasta que logre aprender a generar dichos pensamientos funcionales ante las irracionalidades



7. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

7.1. Características de la Sede

Los dos años de residencia estuve asignada en el Hospital Juárez de México, específicamente en la Unidad de Oncología.

El Hospital Juárez de México se encuentra ubicado en la Avenida Instituto Politécnico Nacional No. 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, México D.F; el ámbito de operación del Hospital, acorde con sus instalaciones físicas y de personal, así como la tecnología de su equipo, es el de medicina de tercer nivel.

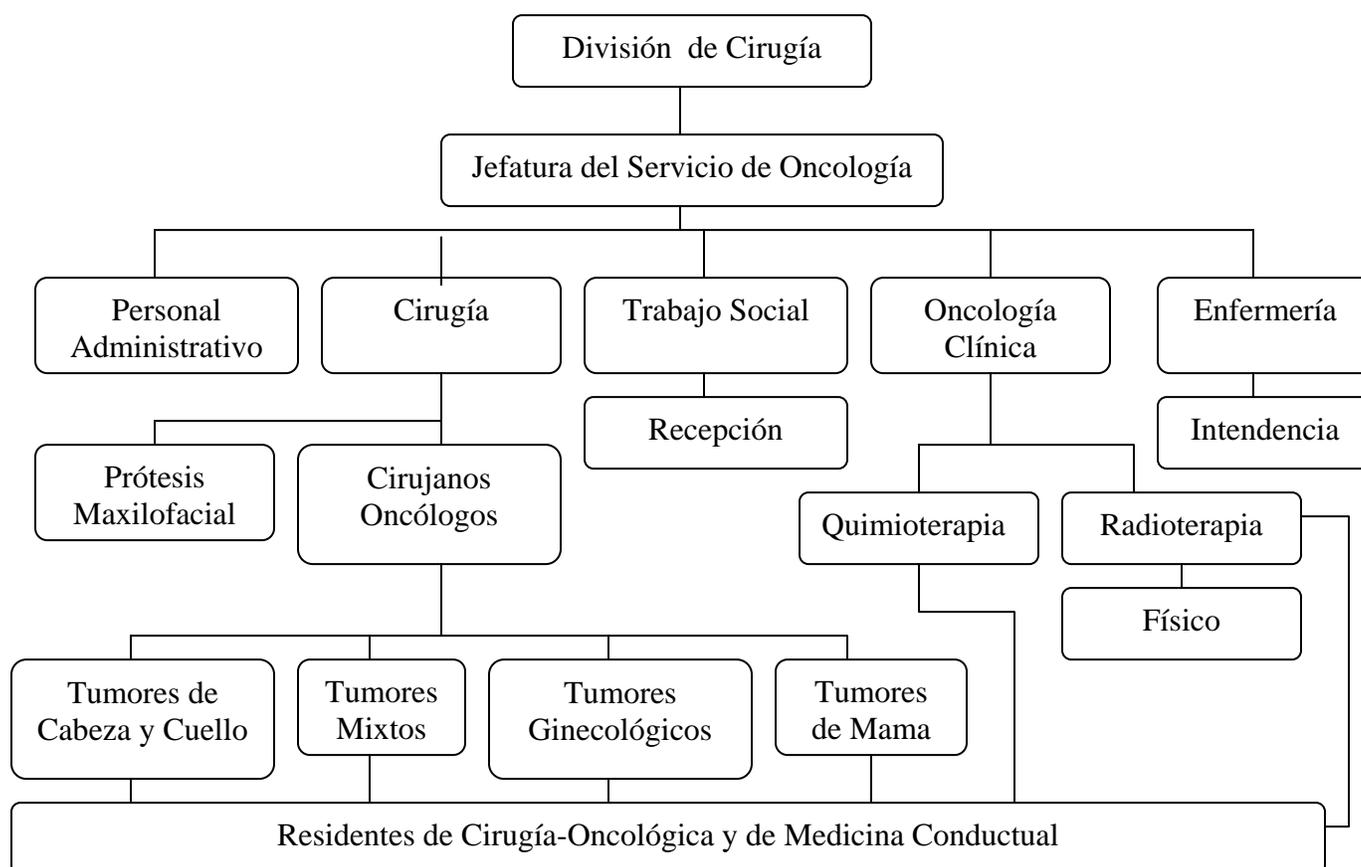
La Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México nació con la creación del nuevo Hospital en Av. Politécnico Nacional, habilitándose un área específica para la ubicación de la Consulta Externa de Oncología, aplicación de quimioterapia y las instalaciones para alojar las maquinas de radioterapia. Dicha Unidad fue planteada por el Dr. Juan López Cueto, el cual, en compañía de la Dra. Virginia Barrios y el Dr. Silviano Pérez Ortega formaron el servicio desde la década de 1960 hasta el año de 1992 en que falleció el Dr. López Cueto tomando la jefatura del servicio hasta el momento actual el Dr. Francisco Mario García Rodríguez.

La Unidad de Oncología cuenta con dos áreas principales: Hospitalización y Consulta Externa. La primera consta de 36 camas en las cuales se hospitaliza a los pacientes para llevar a cabo algunos procedimientos médicos como: cirugías, aplicación de algún tratamiento, manejo paliativo, entre otros. El área de Consulta Externa consta de cuatro servicios (Tumores de Mama, Tumores Mixtos, Tumores Ginecológicos y Tumores de Cabeza y Cuello), cada uno de ellos se encuentra ubicado en un consultorio, también cuenta con una área de urgencias oncológicas, la cual consta de 3 camas en donde se llevan a cabo procedimientos menores (biopsias) y urgencias, un área de aplicación de quimioterapia y otra para radioterapia, la cual cuenta con una bomba de Cobalto y un simulador, el servicio cuenta con una oficina de trabajo social, 2 consultorios de psicooncología, una sala de juntas, 5 oficinas y 2 baños.

La Unidad de Oncología se encuentra estructurada por un Jefe de Servicio quien tiene a su cargo al personal médico de base, médicos residentes, jefe de enfermeras, personal administrativo y trabajo social. El jefe del servicio de oncología depende de la división de Cirugía. El servicio se ubica en la Unidad de Oncología, localizada en el edificio 2 parte posterior del Hospital junto al servicio de Urgencias. Cuenta con entrada propia y sala de espera. En la Figura 1 se presenta el organigrama de la Unidad.

Actualmente la unidad ofrece un promedio de 2,000 consultas de primera vez al año, 18,000 consultas subsecuentes, 800 cirugías mayores, 18,000 campos de radioterapia y 1,960 aplicaciones de quimioterapia. Cuenta con nueve cirujanos oncólogos adscritos, 11 residentes de cirugía-oncológica, un radio-oncólogo, un oncólogo médico, una trabajadora social, cuatro técnicos en radioterapia, un físico, nueve enfermeras tituladas, un protesista maxilofacial, dos recepcionistas, dos secretarias, tres afanadoras y tres residentes de medicina conductual (Ver figura 21).

Figura. 21 Organigrama de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.



7.2 Ubicación del Residente de Medicina Conductual en la Sede

Durante el primer año (01 de marzo 2004 – 28 de Febrero 2005) de residencia estuvimos asignadas al servicio de oncología 4 residentes de Medicina Conductual, dos de segundo año y dos de primer año, cada uno de los cuales se asignó a un servicio (tumores de mama, tumores ginecológicos, tumores mixtos y tumores de cabeza y cuello) con una rotación de tres meses logrando así que cada uno de los residentes rotara por los cuatro servicios, los pacientes que requerían de atención psicológica de quimioterapia, radioterapia y urgencias oncológicas se asignaban al terapeuta dependiendo del servicio tratante (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los Residentes en los Servicios de la Unidad de Oncología en 2004.

Residente	Marzo-Mayo	Junio-Agosto	Septiembre- Noviembre	Diciembre- Febrero
Mayra Lorenia Vega Newman (R1)	Tumores de Mama	Tumores Ginecológicos	Tumores Mixtos	Tumores de Cabeza y Cuello
Paula Leticia Barcenaz Vazquez (R1)	Tumores de Cabeza y Cuello	Tumores de Mama	Tumores Ginecológicos	Tumores Mixtos
Rosa Elena Ornelas Mejorada (R2)	Tumores Ginecológicos	Tumores Mixtos	Tumores de Cabeza y Cuello	Tumores de Mama
Jessica Villalpando Uribe (R2)	Tumores Mixtos	Tumores de Cabeza y Cuello	Tumores de Mama	Tumores Ginecológicos

El trabajo realizado durante el primer año fue supervisado de manera directa por la Supervisora In Situ, Mtra. Berta Molina Zepeda, el Dr. Ricardo Gallardo Contreras Jefe de Psiquiatría y Psicología del Hospital Juárez de México, el Supervisor Académico Dr. Leonardo Reynoso y el Tutor Académico Juan José Sánchez Sosa y de manera indirecta por el Dr. Francisco García Rodríguez, Jefe del Servicio de Oncología.

Durante el segundo año de residencia (01 de marzo 2005 – 28 de Febrero de 2006) estuvimos asignadas tres residentes de Medicina Conductual al servicio de oncología, dos de segundo año y una de primer año, ésta última hizo una rotación de 6 meses en oncología y los siguientes 6 meses los cubrió otra residente de primer año procedente del servicio de hematología.

La distribución durante el segundo año se llevo a cabo de la siguiente forma: durante los primeros 6 meses se asignó a un residente al servicio de tumores mixtos, otro al de tumores ginecológicos, y una tercera cubrió tumores de mama y cabeza y cuello, éstos dos últimos servicios se agruparon por ser los de menor demanda. La rotación del primer semestre fue de cuatro y dos meses, los pacientes que requerían de atención psicológica de quimioterapia, radioterapia y urgencias oncológicas se asignaban al terapeuta dependiendo del servicio tratante (Ver Tabla 4); en los últimos seis meses se asignó a un residente en el área de hospitalización y dos en el área de consulta externa, éstos últimos cubrían las interconsultas de los cuatro servicios (tumores de mama, ginecológicos, mixtos y de cabeza y cuello), además de aquellos que procedían de quimioterapia, radioterapia y urgencias oncológicas (Ver Tabla 5).

Tabla 4. Distribución de los Residentes en los Servicios de la Unidad de Oncología durante los primeros seis meses.

Residente	Marzo-Junio	Julio-Agosto
Mayra Lorenia Vega Newman (R2)	Tumores Mixtos	Tumores de Mama y Cabeza y Cuello
Teresa Iveth Sotelo Quiñónez (R2)	Tumores Ginecológicos	Tumores Mixtos
Marcela Sánchez Estrada (R1)	Tumores de Mama y Cabeza y Cuello	Tumores Ginecológicos

Tabla 5. Distribución de los Residentes en los Servicios de la Unidad de Oncología durante los últimos seis meses.

Residente	Septiembre-Febrero
Mayra Lorenia Vega Newman (R2)	Consulta Externa
Teresa Iveth Sotelo Quiñónez (R2)	Consulta Externa
Adriana Carapia Sadurni (R1)	Hospitalización

El trabajo realizado durante el segundo año fue supervisado de manera directa por el Supervisor In Situ el Dr. Ricardo Gallardo Contreras, Jefe de Psiquiatría y Psicología del Hospital Juárez de México, Supervisora Académica Ma. Cristina Bravo González y el Tutor Académico Juan José Sánchez Sosa, y de manera indirecta por el Dr. Francisco García Rodríguez, Jefe del Servicio de Oncología.

7.3. Actividades Desarrolladas en la Sede

7.3.1. Justificación Teórica

En la actualidad, el 50% de la población padece algún trastorno crónico que requiere la atención del sistema sanitario. Estos trastornos varían desde los relativamente benignos como una pérdida parcial de la audición, hasta enfermedades graves como son el cáncer, los trastornos cardiovasculares, diabetes (Latorre y Beneit, 1994).

En los últimos años se ha hecho énfasis en la relación que existe entre estilos de vida con la ocurrencia y mantenimiento de enfermedades tanto agudas como crónicas, por lo cual el papel de los especialistas en medicina conductual en instituciones públicas y privadas han cobrado relevancia, puesto que sus principales preocupaciones han sido las conductas de salud y enfermedad (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Datos epidemiológicos nos indican claramente que en las causas principales de enfermedad y muerte está implicado el comportamiento inadecuado del ser humano, por lo tanto el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica así como a planificar acciones que intentan modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos han sido de suma importancia para los especialistas de la salud. El entrenamiento en orientación y cuidado de personas que tienen que sobrellevar enfermedades crónicas tales como las cardiovasculares, respiratorias, cáncer, diabetes, SIDA, también han sido prioridad el abordaje de las emociones y actitudes que se relacionan con los procesos de salud y enfermedad; qué factores conductuales de riesgo pueden identificarse para ciertas enfermedades; a través de qué acciones cognitivas y de comportamiento pueden enfrentarse eficazmente situaciones estresantes de la vida cotidiana; cómo se puede convivir con una enfermedad crónica o con un enfermo crónico, son temas propios del psicólogo de la salud (Oblitas, 2004).

Las enfermedades crónicas degenerativas como lo es el cáncer afectan a todos los aspectos de la vida de los pacientes, existe una fase inicial crítica en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas, posteriormente el curso de la enfermedad implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes, los individuos deben adaptarse a una enfermedad que puede durar toda la vida.

Inmediatamente después del diagnóstico de una enfermedad crónica los pacientes pasan por un período de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico, donde se experimentan sensaciones de ansiedad, miedo, desorganización y otras emociones. Los individuos que sufren una enfermedad crónica pueden adoptar distintas estrategias para hacer frente a los problemas de la fase crítica: pueden negar o minimizar la gravedad de su trastorno; buscar activamente información relevante para afrontar los problemas relativos a la enfermedad y su tratamiento o bien pueden obtener apoyo emocional por parte de su familia, amigos o profesionales de la salud (Latorre y Beneit, 1994).

Cuando se concluye la fase crítica comienza un largo período de problemas físicos derivados de la enfermedad (dolor, dificultades respiratorias y motoras, etc) o problemas físicos como consecuencia de los tratamientos médicos (náuseas, vómitos, alopecia, amputaciones, etc.).

Además se producen problemas de tipo laboral, la tasa de reincorporación al trabajo después de la fase aguda de la enfermedad es relativamente baja, algunos de los pacientes que vuelven a su trabajo anterior, lo hacen de forma parcial o bien ocupando un puesto de menor responsabilidad. Por otro lado pueden aparecer problemas de interacción social para los pacientes, los individuos suelen tener dificultades para reestablecer sus relaciones interpersonales anteriores. Los pacientes se quejan de la compasión o rechazo que suscitan en los demás, mientras que algunos pacientes se aíslan socialmente (Latorre y Beneit, 1994).

El abordaje psicológico que se realizó con los pacientes oncológicos variaba dependiendo de la etapa de atención médica en la que se encontraba el paciente, a continuación se describen brevemente:

- Fase Prediagnóstica.- esta etapa se caracteriza por preocupación por la sintomatología y conductas de retraso a la exploración. Durante esta etapa se experimenta un elevado grado de estrés debido a que el paciente se encuentra a la espera de un diagnóstico. La intervención psicológica en esta etapa consistió en sensibilizar al paciente sobre un posible diagnóstico, evaluar las creencias con respecto a la enfermedad y los recursos de enfrentamiento, con aquellos pacientes que eran sometidos a procedimientos médicos invasivos de evaluación, por ejemplo durante una biopsia se intervenía mediante técnicas de relajación.
- Fase Diagnóstica.- en esta etapa la mayoría de los pacientes presentan tensión y conflicto tras el diagnóstico, que se vincula con una sensación de vacío, hay desesperación, desesperanza y frustración. La intervención realizada en esta fase fue la intervención en crisis, mediante la cual se busca disminuir el estado emotivo disfuncional que experimenta el individuo al momento del diagnóstico, posteriormente se brindaba información complementaria con respecto a la enfermedad o a los tratamientos indicados por el médico.
- Fase de Tratamiento.- durante esta fase los pacientes experimentan los efectos secundarios de los tratamientos para el cáncer (quimioterapia, radioterapia, cirugía, tratamientos hormonales, etc.). Al inicio de esta etapa la mayoría de los pacientes necesita y se encuentra en disposición de hablar sobre su diagnóstico, se crea una expectativa de curación en muchos casos poco realista, en un periodo más avanzado, la esperanza generalmente desaparece, sintiendo emociones como el miedo y puede aparecer rabia ante la poca efectividad de los tratamientos.

En esta etapa se les proporciona a los pacientes estrategias para contrarrestar los efectos secundarios de los tratamientos, así como información complementaria respecto al tratamiento que estuvieran recibiendo, se brindó apoyo emocional para el manejo de las emociones que surgen en este período de la enfermedad y finalmente se promueve la adherencia a los tratamientos.

- Fase de Rehabilitación.- en esta etapa pueden presentarse problemas de adaptación e incertidumbre con respecto a las posibles recaídas. Durante esta etapa se realizaron intervenciones para fomentar ejercicios de rehabilitación posteriores a un procedimiento quirúrgico o bien promover conductas de autocuidado, algunas reacciones emocionales de depresión y ansiedad también fueron atendidas en esta etapa.
- Fase Terminal.- en esta fase se presentan sentimientos de aislamiento y depresión profunda debido a una anticipación del duelo; cuando el paciente se enfrenta a la muerte experimenta angustia, tiende a perder autonomía y control sobre la situación, puede tener conductas de agresión y rechazo hacia sus familiares, personal médico, u otros profesionales, impedir que se les realice exploraciones físicas, exámenes de laboratorio, procedimientos médico-quirúrgicos, negarse a recibir medicamentos o a continuar con su tratamiento (Velasco y Sinibaldi, 2001). Las intervenciones fueron dirigidas hacia el paciente y sus familiares, la finalidad fue promover la calidad de vida.

La intervención psicológica que se realizó dentro del Hospital Juárez de México fue dirigida a una gran cantidad de pacientes, los cuales presentaron una amplia variedad de reacciones psicológicas derivadas del carácter crónico de la enfermedad. A continuación se describen las actividades realizadas durante los dos años de residencia.

7.3.2. Actividades Diarias

Dentro de las actividades diarias realizadas se asistió de 7:00 a 8:00 a.m. a las clases de los residentes de cirugía-oncológica, a las cuales acude el personal médico de la unidad y en donde se revisan los siguientes módulos:

1. Biología molecular y principios de oncología.
2. Efectos adversos al tratamiento y urgencias oncológicas.
3. Tratamiento del cáncer metastásico.
4. Cabeza y cuello.
5. Pulmón y mediastino.
6. Oncoginecología.
7. Tumores mamarios.
8. Gastroenterología.
9. Cáncer genitourinario.
10. Sarcomas.
11. Cáncer de piel.
12. Tumores de origen desconocido y síndrome paraneoplásico.
13. Linfomas.
14. Tumores del Sistema Nervioso Central.
15. Oncología Pediátrica.

Otra de las actividades diarias realizadas es el pase de visita al área de hospitalización junto con el Jefe del Servicio, Cirujanos-Oncólogos (adscritos y residentes), Trabajadora Social y demás personal médico, ésta se lleva a cabo en los siguientes horarios: lunes, martes y viernes a las 8:00 a.m., miércoles 8:30 a.m., y jueves 9:00 a.m. Durante el pase de visita cada residente de Medicina Conductual identifica a los pacientes que están siendo atendidos por los Cirujanos-Oncólogos del servicio en el que se encuentra rotando. Una vez que se identifican a los pacientes de su servicio y de acuerdo con el reporte médico, el residente en Medicina Conductual establece una lista de los pacientes con las siguientes características: prediagnóstico, recién diagnóstico, en tratamiento (quimioterapia, radioterapia y prequirúrgicos), con complicaciones en su internamiento, fuera de manejo médico.

En base a esta lista, al reporte médico y a la observación de los pacientes, se detectan las necesidades más relevantes y se acude directamente a la cama de los pacientes en donde a través de la entrevista clínica se evalúa su estado psicológico (área cognitiva, emotiva y conductual) con la finalidad de establecer un diagnóstico presuncional. Si el diagnóstico corresponde únicamente a atención psicológica se da una nueva cita al paciente ya sea durante su estancia hospitalaria o en consulta externa. Si durante la entrevista se establece que el paciente requiere de la evaluación psiquiátrica se notifica a psiquiatría mediante una interconsulta.

Durante los primeros tres meses del primer año de residencia se estuvo presente dentro de la Consulta Externa para llevar a cabo la detección de los pacientes que requerían de apoyo psicológico principalmente a aquellos pacientes que recibían el diagnóstico de cáncer, sin embargo, para optimizar el tiempo dado que no todos los pacientes que acuden al servicio requieren de esta atención y principalmente para dar seguimiento a aquellos pacientes que si se beneficiarían de este apoyo se le propuso al jefe del servicio salir de los consultorios, para esto se nos asignó un espacio pequeño en donde iniciamos nuestro trabajo de seguimiento con los pacientes. A finales del primer año de residencia se nos asignaron dos consultorios en los cuales actualmente se encuentra ubicada el área de psicooncología.

Las principales intervenciones psicológicas que se realizaron con los pacientes fueron las siguientes: terapia de apoyo, la cual tiene como objetivo brindar apoyo emocional, dar estrategias para contrarrestar los efectos secundarios de los tratamientos, entre otros; educación para la salud, la cual consiste en proporcionar información con respecto al padecimiento médico y a los tratamientos; intervención en crisis, cuya función es disminuir el estado emotivo disfuncional que experimenta el individuo y psicoterapia, en donde se atendieron trastornos como son la depresión y ansiedad. La modalidad de intervención fue individual.

7.3.3. Consultas realizadas en la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México durante el primer año de residencia

El primer año de residencia se efectuaron en total 260 consultas, 83% con pacientes femeninas y el 13% con masculinos. En la Figura 22 se muestran las consultas realizadas divididas en aquellas que fueron de primera vez (55%) y subsecuentes (45%). En la Figura 23 se presentan los pacientes atendidos por servicio, el 27% de los pacientes atendidos padecían tumores de mama, el 25% eran pacientes con algún tumor ginecológico, el 40% eran pacientes tratados en el servicio de tumores mixtos y el 8% pertenecían al servicio de cabeza y cuello.

Figura. 22 Consultas realizadas en la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México durante el primer año de residencia.

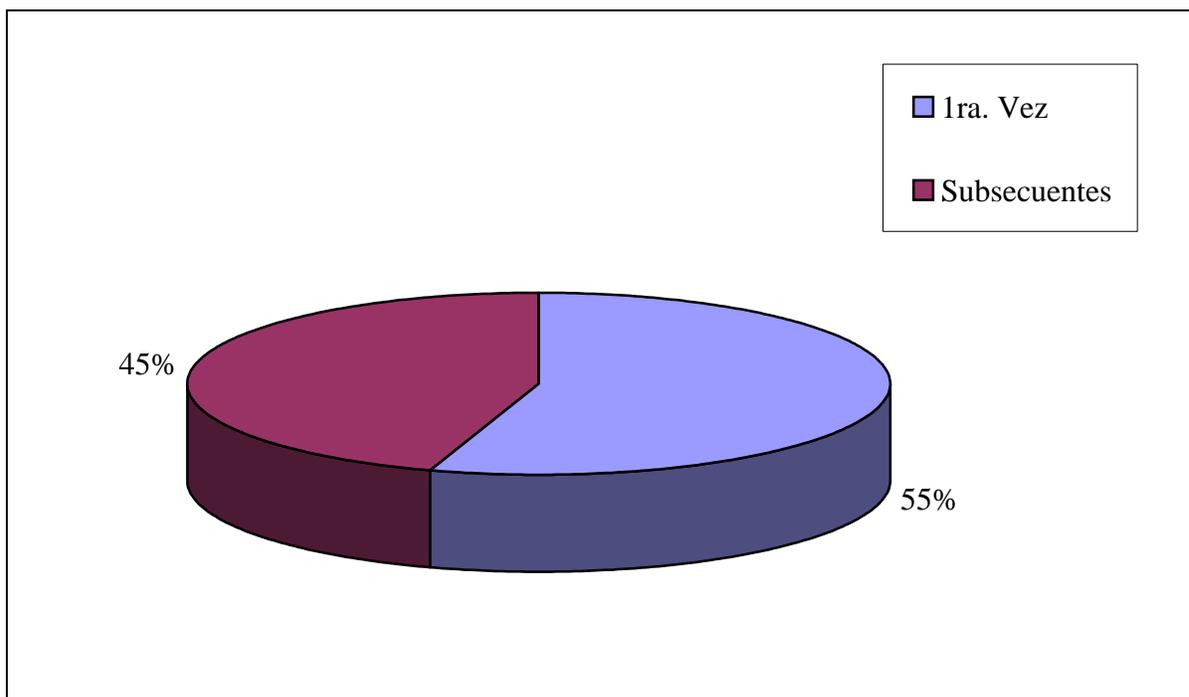
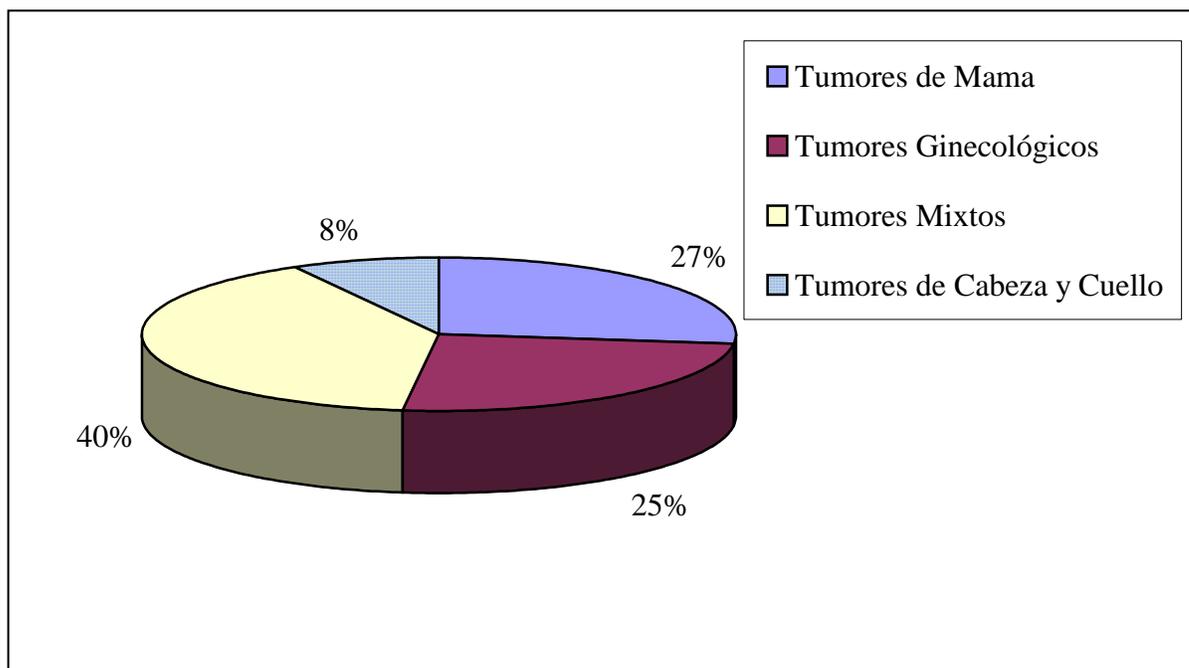


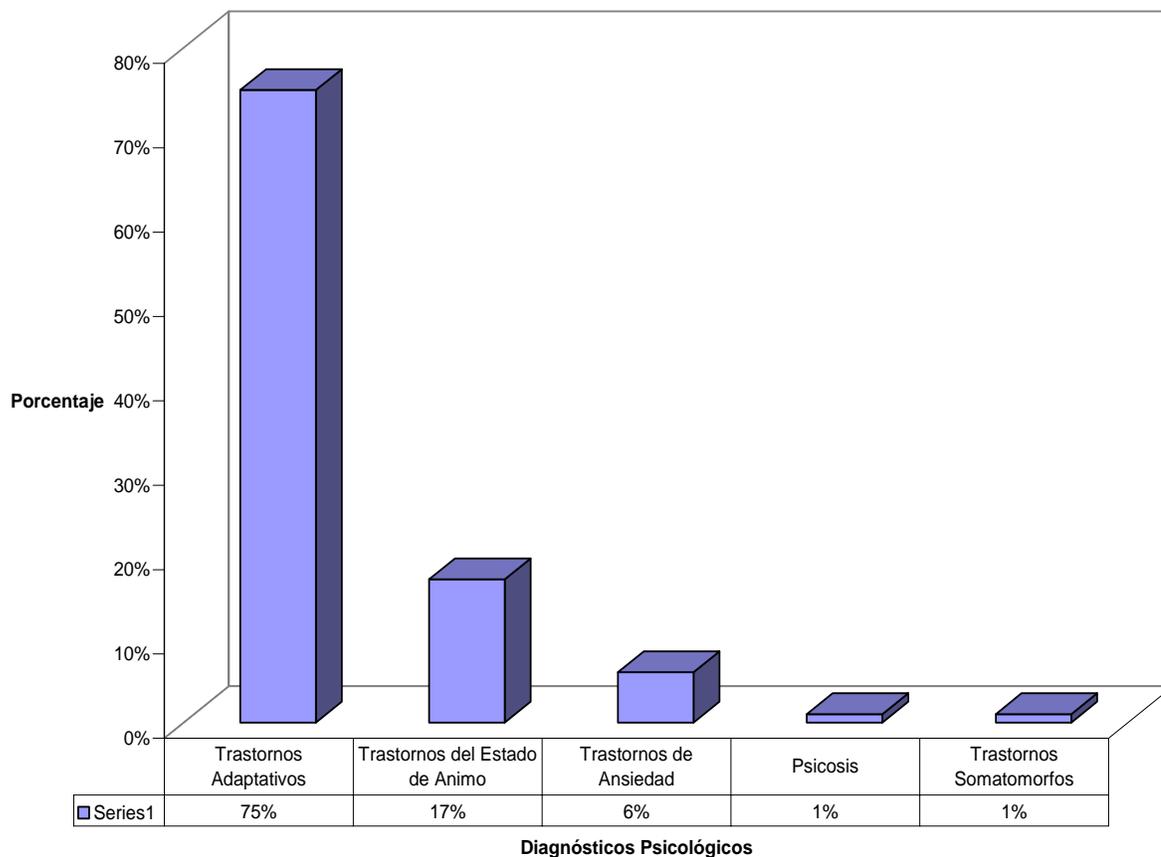
Figura. 23 Pacientes atendidos de los servicios de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México durante el primer año de residencia.



Los diagnósticos médicos más frecuentes que se atendieron fueron cáncer de mama (32%), del servicio de tumores ginecológicos el cáncer cervicouterino fue el más común (20%) seguido por masa anexial (6%) y posteriormente con 1% el cáncer de ovario, endometrio y vulva. Del servicio de tumores mixtos el padecimiento médico de mayor frecuencia fue el sarcoma (13%), seguido por el cáncer de riñón, recto, gástrico, colon, testículo e hígado con un porcentaje de 3. Finalmente en el área de cabeza y cuello se atendieron tumores de hipofaringe (3%), tiroides (3%), cavidad oral, labio, amígdala y lengua (1%).

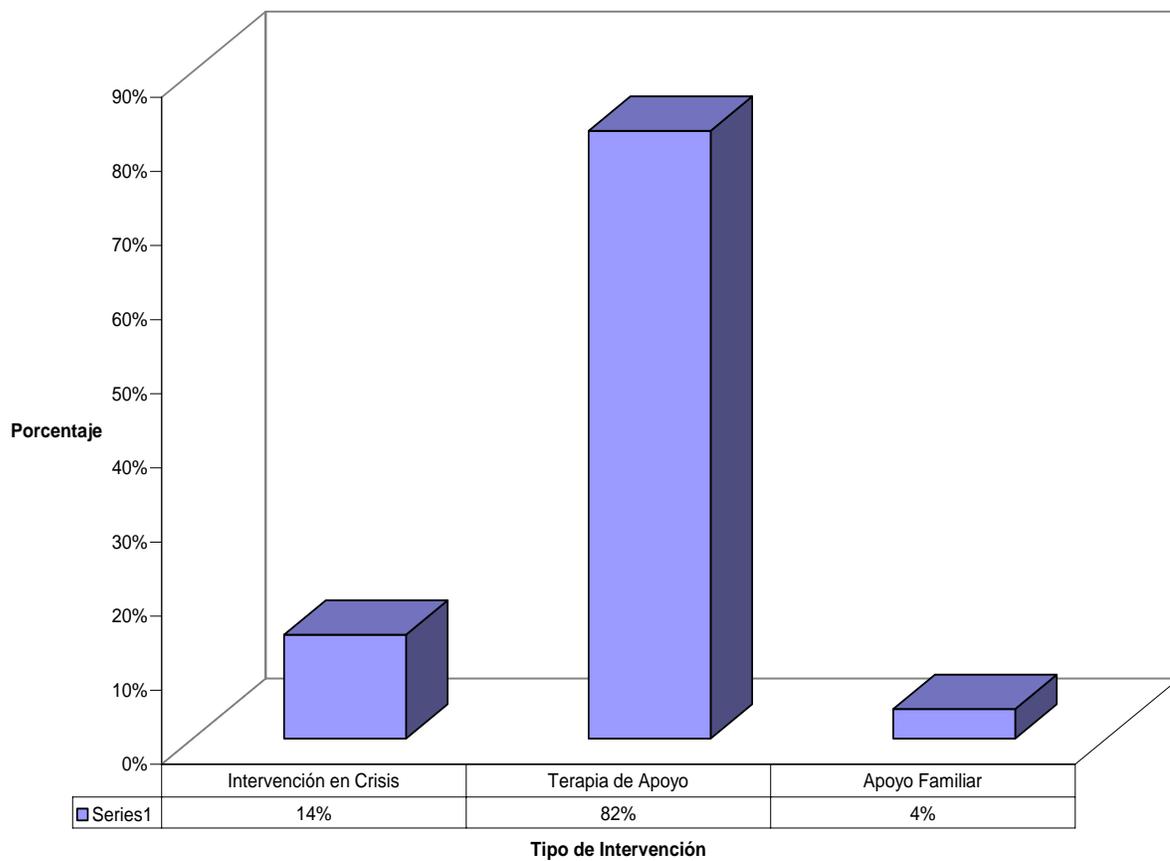
En la Figura 24 se muestran los diagnósticos psicológicos más frecuentes que se detectaron mediante la entrevista clínica e instrumentos de medición, en un 75% se presentaron trastornos adaptativos, el 17% corresponde a trastornos del estado de ánimo, el 6% fueron trastornos de ansiedad y finalmente con un porcentajes de 1 trastornos psicóticos y somatomorfos.

Fig. 24 Diagnósticos psicológicos más frecuentes durante el primer año.



Finalmente los tipos de intervención que se realizaron se muestran en la Figura 25, la más frecuente es la terapia de apoyo en un 82%, seguida de intervenciones en crisis con un 14% y por último el apoyo familiar en un 4%.

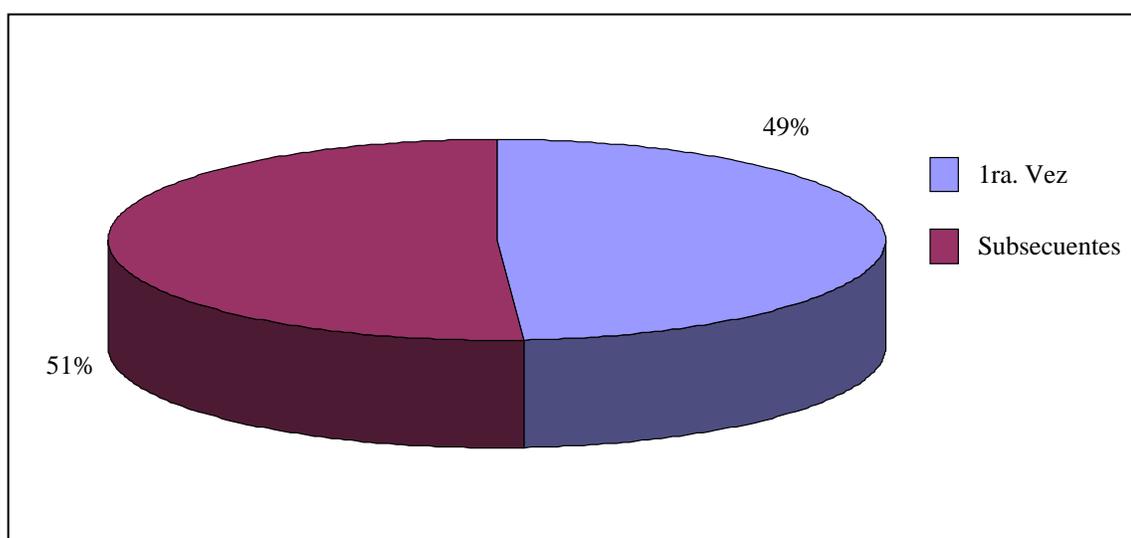
Fig. 25 Tipos de Intervención realizados durante el primer año.



7.3.4. Consultas realizadas en la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México durante el segundo año de residencia

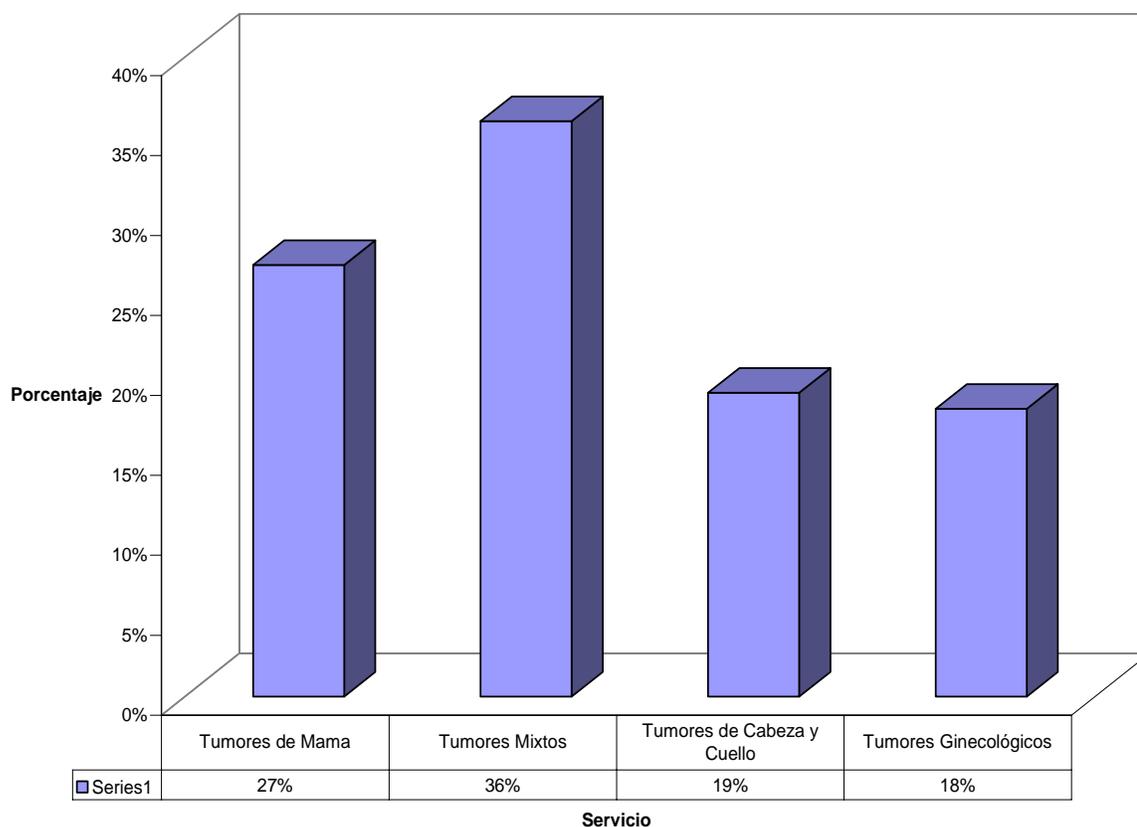
En el segundo año de residencia se efectuaron en total 387 consultas, 62% con pacientes femeninas y 38% con masculinos. En la Figura 26 se muestran las consultas realizadas divididas en aquellas que fueron de primera vez (49%) y subsecuentes (51%).

Figura. 26. Consultas realizadas en la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México durante el segundo año de residencia.



En la Figura 27 se presentan los pacientes atendidos por servicio, el 27% de los pacientes atendidos padecían tumores de mama, el 18% eran pacientes con algún tumor ginecológico, el 36% eran pacientes tratados en el servicio de tumores mixtos y el 19% pertenecían al servicio de cabeza y cuello.

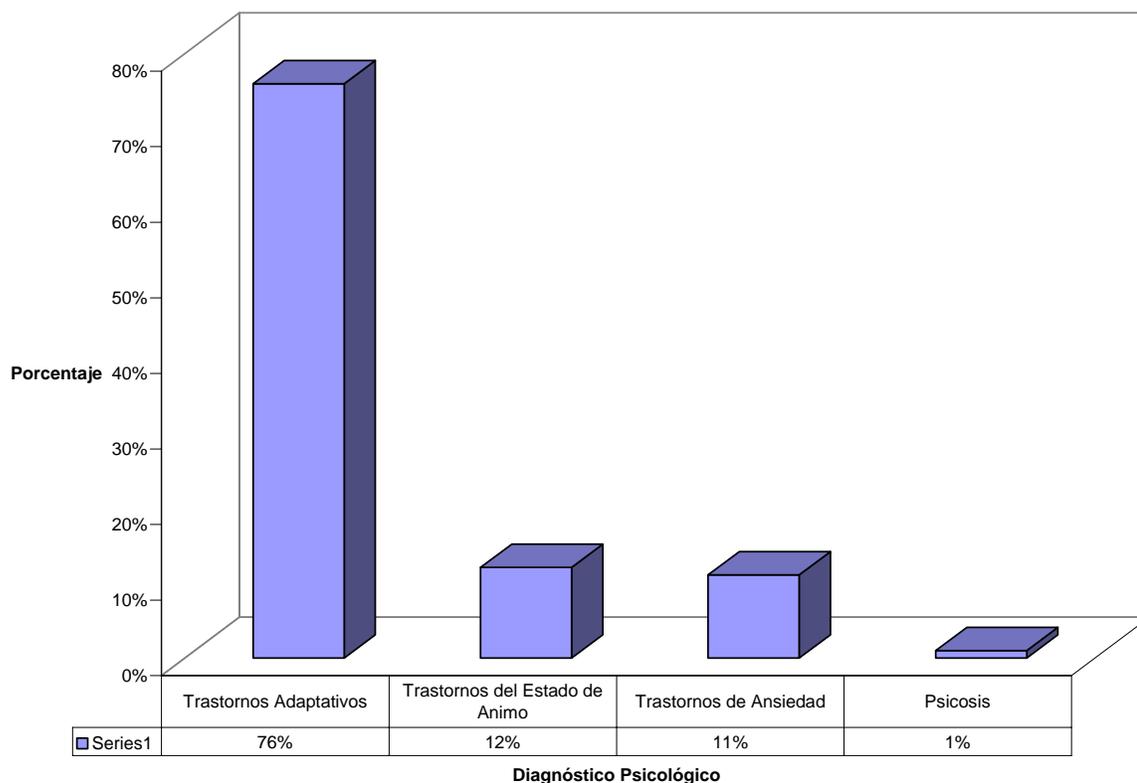
Figura 27. Pacientes atendidos de los servicios de la Unidad de Oncología



Los diagnósticos médicos más frecuentes que se atendieron fueron cáncer de mama (27%), del servicio de tumores ginecológicos el cáncer cervicouterino fue el más común (14%), seguido por masas anexiales (3%) y posteriormente con cáncer de endometrio (1%). Del servicio de tumores mixtos, el padecimiento médico de mayor frecuencia fue el sarcoma (20%), seguido por el cáncer de recto (8%), gástrico (6%), colon y testículo con un porcentaje de 1. Finalmente en el área de cabeza y cuello se atendieron tumores de tiroides (10%), laringe (5%), labio, encía, amígdala y lengua (1%).

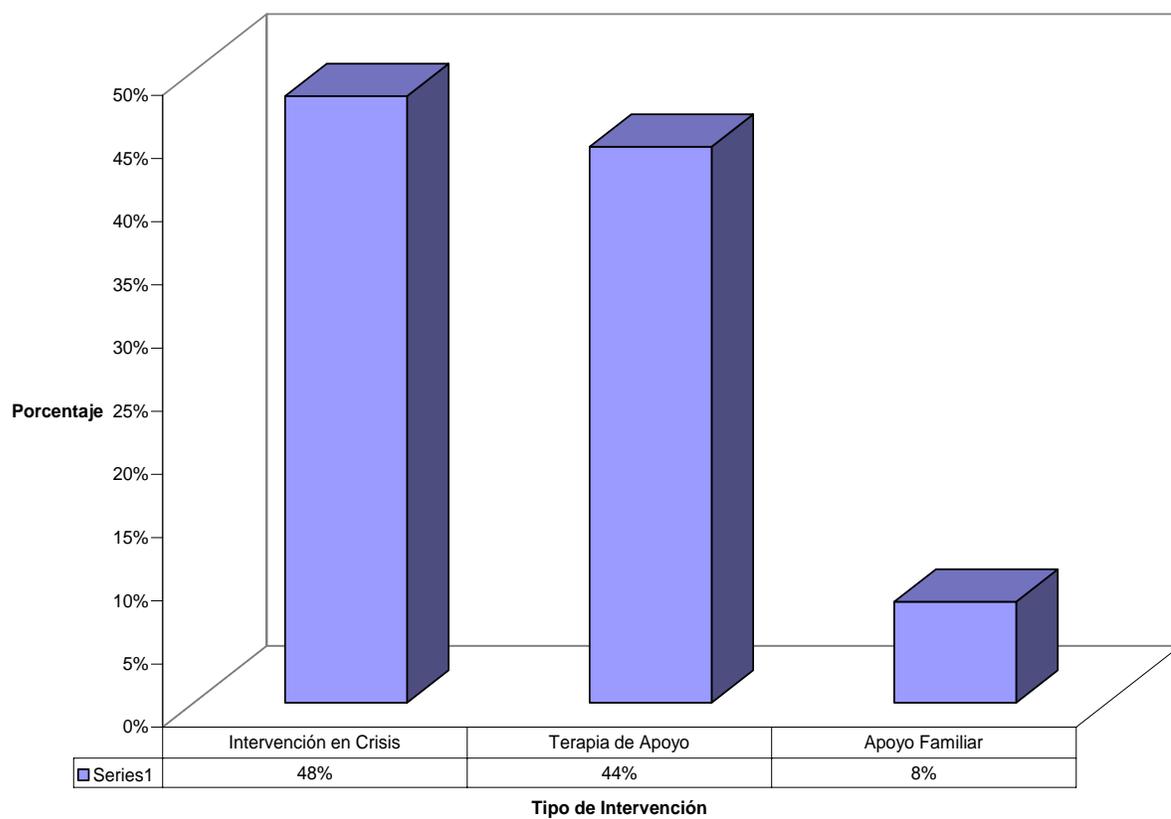
En la Figura 28 se muestran los diagnósticos psicológicos más frecuentes que se detectaron, en un 76% se presentaron trastornos adaptativos, el 12% corresponde a trastornos del estado de ánimo, el 11% fueron trastornos de ansiedad y finalmente con un porcentaje de 1 trastornos psicóticos.

Fig. 28 Diagnósticos psicológicos más frecuentes durante el segundo año.



Finalmente los tipos de intervención que se realizaron se muestran en la figura 29, el más frecuente son las intervenciones en crisis en un 48%, seguido por terapias de apoyo con un 44% y por último el apoyo familiar en un 8%.

Fig. 29 Tipos de Intervención realizados durante el segundo año.



7.3.5 Protocolos Complementarios de Investigación

Se desarrollaron algunos protocolos adicionales de investigación los cuales se describen brevemente a continuación:

A) Protocolo de Investigación Titulado: “Mitos conceptuales del cáncer: factores relacionados con la adherencia terapéutica”

Objetivo:

Identificar cuáles eran las palabras que los pacientes de la unidad de oncología del Hospital Juárez de México asociaban ante los estímulos: Cáncer, Quimioterapia, Radioterapia, Cirugía y Familia (estímulo distractor).

Participantes:

El estudio se realizó con 75 pacientes de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

Criterios de Inclusión.-

- Pacientes con los criterios diagnósticos de cualquier tipo de cáncer en sus estadios I, II, III y IV.
- Pacientes que vayan a recibir o se encuentren en cualquiera de los tratamientos.
- Pacientes sin ningún signo de afectación del Sistema Nervioso Central.
- Pacientes sin padecimientos psiquiátricos.
- Pacientes con un Karnosky del 60 al 100 %.

Criterios de Exclusión.-

- Pacientes que no cumplan con los criterios diagnósticos de cáncer.
- Pacientes con algún padecimiento psiquiátrico.
- Pacientes con afectación al Sistema Nervioso Central.
- Pacientes con un Karnosky menor al 60%.

Criterios de Eliminación.-

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

Procedimiento:

El procedimiento consistió en identificar a los pacientes tanto en el área de consulta externa como en hospitalización y hacerles la invitación de participar en el estudio, una vez que éstos aceptaban se les solicitó que firmaran el siguiente consentimiento informado.

**HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESPECIALIDADES NEUROLÓGICAS
SERVICIO DE PSICOLOGÍA**

“REDES SEMÁNTICAS EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CÁNCER”

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El estudio consiste en identificar redes semánticas de estímulos conceptuales de: Cáncer, Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía.

La investigación se llevará a cabo dentro de las instalaciones del servicio de Oncología de este Hospital, presentando al paciente cada uno de los estímulos, enfatizando que los resultados obtenidos serán confidenciales, únicamente para uso exclusivo del investigador.

El ingreso a esta investigación de los pacientes es totalmente voluntario. El paciente queda informado sobre la libertad que tiene para abstenerse de participar en la investigación o retirarse del mismo si así lo desea.

También se da por enterado que puede ser excluido del estudio por el investigador cuando éste así lo considere, sin requerir del consentimiento del paciente.

Estando consciente de la prueba para lograr estos objetivos y que no existen riesgos para la salud física y mental.

Acepto:

Nombre y Firma del Paciente

Posteriormente se recolectaron los datos sociodemográficos del paciente y se le explicó mediante un ejemplo en qué consistía el ejercicio, en el ejemplo se le presentó una tarjeta blanca con el estímulo impreso “Casa” junto con una hoja con las palabras vivienda, bienestar, hogar, limpieza, y cansancio, cada una de estas palabras tenían al lado un número asignado del 1 al 5, se le explicó al paciente que se le iban a presentar algunas palabras en tarjetas blancas ante las cuales tenía que decir las cinco palabras que considerara definieran ó estaban relacionadas con dicha palabra, después tenía que

asignarles un número a esas palabras de acuerdo a la relación más cercana con la palabra que aparecía en la tarjeta, es decir, le iba a asignar el número 1 a la palabra que tuviera mayor relación, importancia o cercanía, el número 2 a la que siguiera en importancia y así sucesivamente hasta llegar al número cinco. Una vez entendido el procedimiento se daba inicio al ejercicio, el terapeuta leía la palabra y hacía preguntas como ¿Qué es lo primero que se le viene a la cabeza cuando escucha la palabra (estímulo)?, una vez que el paciente contestaba, el terapeuta hacía el vaciado de las palabras en una hoja de respuestas. La presentación de los estímulos se hacía de forma aleatoria para controlar el efecto del orden. Para el análisis de la información los datos se registraron en una hoja de cálculo de EXCEL, en donde se elaboró una columna con las definidoras de cada estímulo y su respectiva puntuación. Para obtener las palabras más significativas se empleo la técnica de Redes Semánticas (Reyes Lagunas, 1993).

Resultados:

Con respecto a los datos sociodemográficos el 75% de los pacientes fueron mujeres y el 25% hombres, el rango de edad fue de 13 a 78 años con una media de 50 años. En cuanto al estado civil el 72% eran personas casadas y el 28% solteras. EL 55% de las personas entrevistadas contaban con una escolaridad de primaria, el 19% secundaria, el 11% eran analfabetos, el 7% contaban con estudios de licenciatura, el 5% con alguna carrera técnica, y el 3% bachillerato.

El 40% de los pacientes reside en el Estado de México, el 35% en México D.F., 11% del Estado de Hidalgo, 7% de Puebla, 4% de Veracruz, 2% de Guanajuato y 1% de Guerrero. La ocupación de los participantes fue: 60% al hogar, 19% comerciantes, 13% empleados de alguna institución, el 5% practican algún oficio y el 3% estaba desempleado. En cuanto a la religión el 95% es católico, el 3% testigos de Jehová, 1% creyentes y 1% se consideró cristiano. De los pacientes entrevistados el 35% era tratado en el servicio de tumores mixtos, el 32% pertenecía a tumores de mama, el 20% a tumores ginecológicos y el 13% a tumores de cabeza y cuello. El 46% tenía de tiempo de diagnóstico de 0 a 12 meses, el 31% más de 37 meses, el 16% de 13 a 24 meses y el 7% de 25 a 36 meses.

El 48% de los participantes no estaba recibiendo ningún tratamiento, el 16% iba a ser sometido a cirugía, el 11% estaba recibiendo quimioterapia, el 7% estaba con tratamiento hormonal, el 7% estaba recibiendo quimioterapia y radioterapia, el 4% estaba recibiendo solo radioterapia, el 4% iba a ser sometidos a cirugía más radioterapia y quimioterapia, el 2% iba a recibir cirugía y radioterapia y el 1% cirugía y quimioterapia.

Dentro de los resultados obtenidos con respecto a las palabras, Cáncer se conceptualiza como una enfermedad y está altamente asociada con muerte (Ver Figura 30) , quimioterapia está más asociada con los efectos secundarios que genera el tratamiento (Ver Figura 31), radioterapia es asociada en función de tratamiento y los efectos secundarios que ésta provoca (Ver Figura 32), cirugía se percibe más como un recurso de curación y las implicaciones emocionales al proceso quirúrgico (Ver Figura 33), y finalmente el estímulo distractor se pudo definir con una doble connotación (necesidad de apoyo y preocupación por la posibilidad de dejar a la familia) (Ver Figura 34).

Figura 30. Distribución de definidoras del estímulo Cáncer

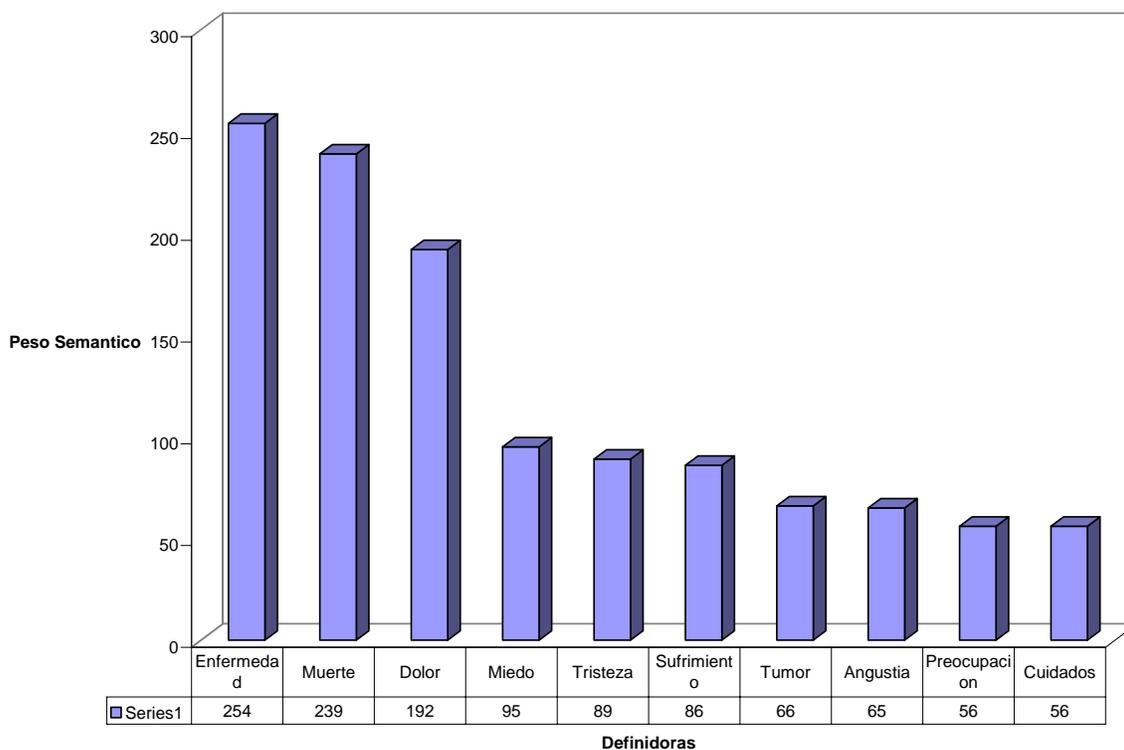


Figura 31. Distribución de definidoras del estímulo Quimioterapia.

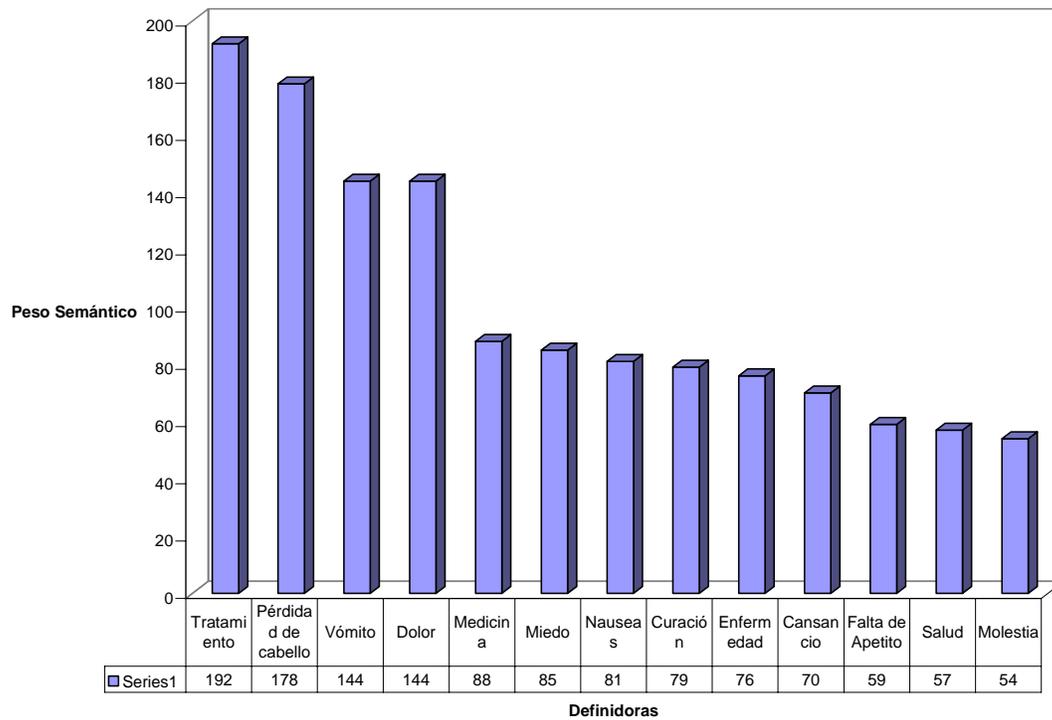


Figura 32. Distribución de definidoras del estímulo Radioterapia

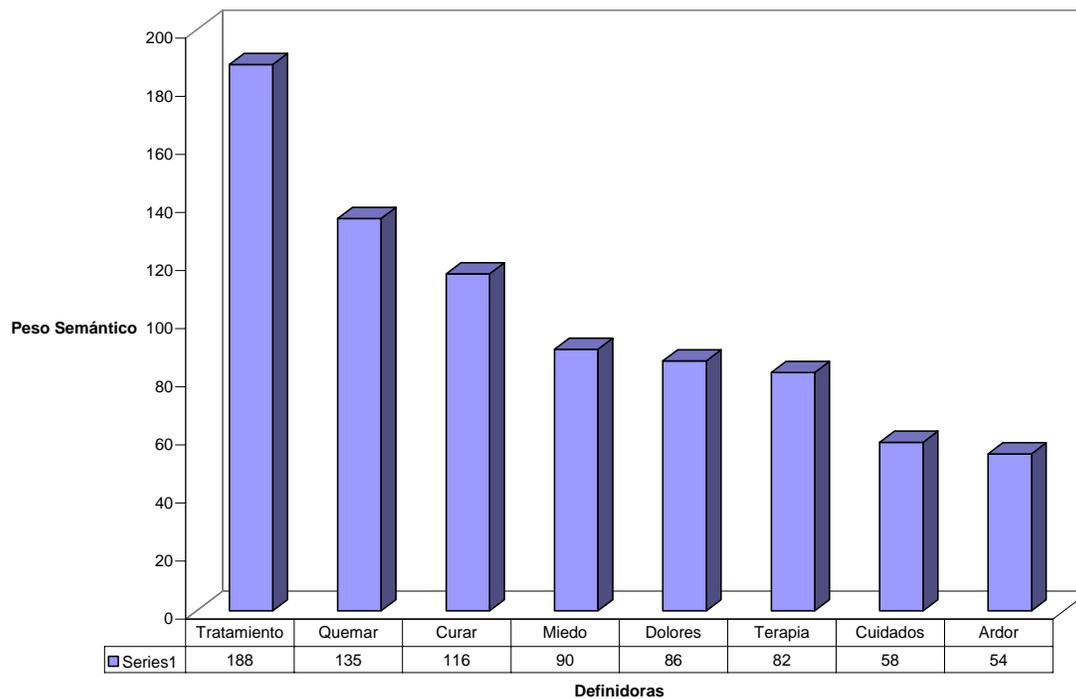


Figura 33. Distribución de definidoras del estímulo Cirugía.

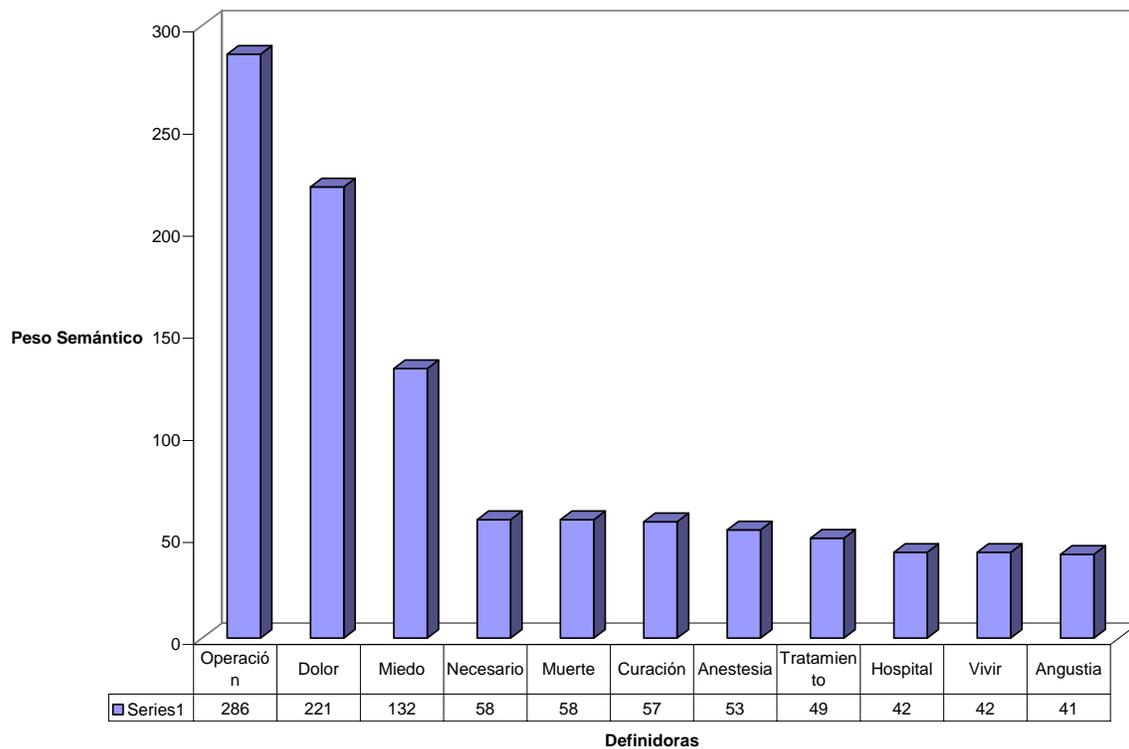
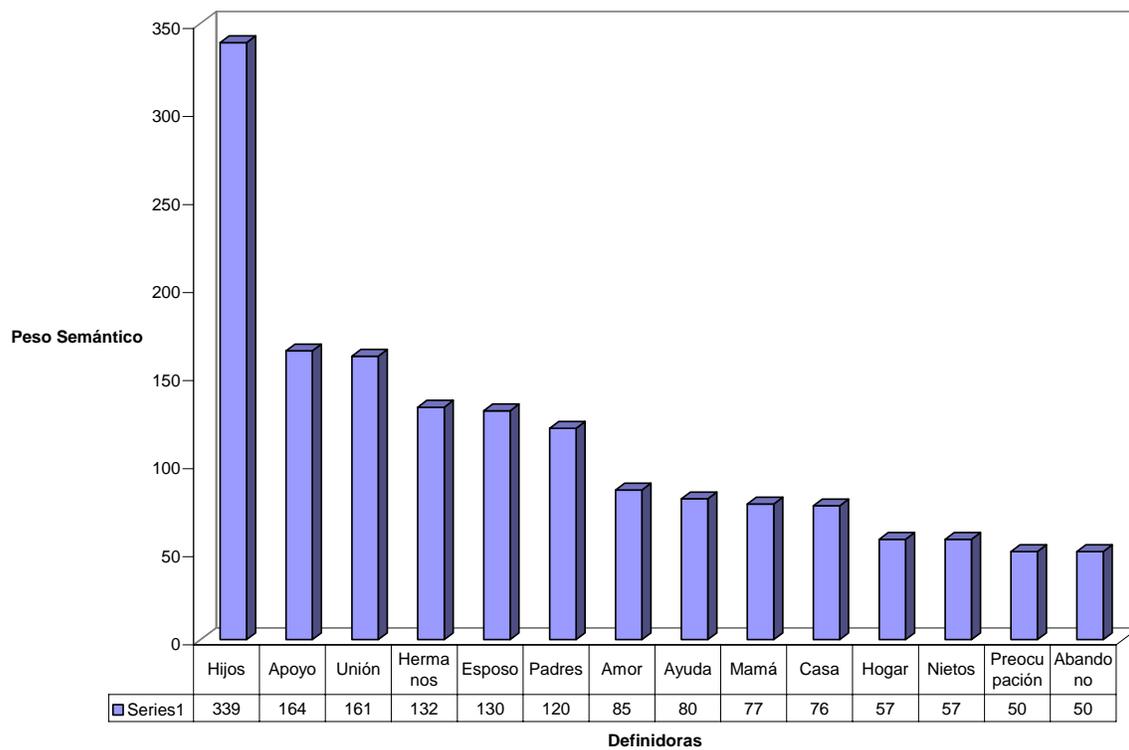


Figura 34. Distribución de definidoras del estímulo Familia.



En conclusión se observó que la palabra cáncer está altamente relacionada con muerte, lo cual pudiera ser un factor que se encontrara relacionado con la adherencia terapéutica de los pacientes, dado que las personas al creer que su enfermedad los llevará a la muerte difícilmente realizarán conductas para combatirla. Este primer estudio permitió identificar las palabras que los pacientes asociaban ante la enfermedad y sus tratamientos.

B) Protocolo de Investigación: “Elaboración de un Instrumento de Locus de Control en pacientes con Cáncer”

Objetivo:

Construir un instrumento de medición que evaluara el control de la enfermedad de acuerdo con el concepto de control propuesto por Rotter (1966) que se basa en una creencia general sobre el control: el grado en el cual las personas esperan que un reforzamiento o una consecuencia de su conducta, sea contingente a su propia conducta o a sus características personales (control interno), versus el grado en el cual el reforzamiento o las consecuencias de su conducta sea una función de la casualidad, de la suerte o del destino, que está bajo el poder de otros o que es simplemente impredecible (control externo) (Fernández et. al., 1998; en Bárez, 2002).

Participantes:

El estudio se realizó con 30 pacientes de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

Criterios de Inclusión.-

- Pacientes que cumplieran con los criterios diagnósticos de cualquier tipo de cáncer en sus estadios I, II, III y IV.
- Pacientes sin ningún signo de afectación del Sistema Nervioso Central.
- Pacientes sin padecimientos psiquiátricos.

Criterios de Exclusión.-

- Pacientes que no cumplieran con los criterios diagnósticos de cáncer.
- Pacientes con algún padecimiento psiquiátrico.
- Pacientes con afectación al Sistema Nervioso Central.

Criterios de Eliminación.-

- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio.

Procedimiento:

Se entrevistaron a 30 pacientes, a los cuales se les pidió participar en la investigación, una vez que éstos aceptaron se recolectaron datos generales como nombre, edad, ocupación, género, escolaridad, y estado civil. Posteriormente se les presentó la siguiente instrucción:

A continuación se te presentan algunas frases en las cuales te vamos a pedir, por favor, que escribas lo que significan para ti cada una de ellas. Lee cuidadosamente las siguientes instrucciones, éstas te van a ayudar a saber cómo hacerlo.

1. *Define* cada una de las frases, escribiendo en las líneas *cuando menos 5 palabras* sueltas (sin utilizar artículos o preposiciones) que para ti se relacionen significativamente con esa frase.
2. Después lee las palabras que escribiste y *ordena* cada una de ellas en relación a la importancia o creencia que consideres tiene con la frase. Es decir, marca con el número *1* la palabra que creas *define mejor* a la frase, el número *2* a la que sigue en importancia, y así sucesivamente hasta terminar con todas las palabras que hayas escrito por cada una de las frases.

Te vamos a pedir que contestes lo más rápido posible, cuidadosamente.

Gracias por tu participación.

Seguida de cada uno de los estímulos impresos en la parte superior de una hoja tamaño esquila presentadas en forma vertical. Los estímulos que se utilizaron para obtener las definidoras fueron los siguientes:

- Cuando tengo problemas con mi salud yo...
- Cuando me siento mal yo...
- Mi salud depende de...
- Me enfermo por...
- Las cosas suceden por... (estímulo distractor).

Cada una de las hojas se colocó en forma aleatoria para controlar el efecto del orden. Una vez obtenidos los datos se registraron en hojas de cálculo de EXCEL, en donde se elaboró una columna para escribir las palabras definidoras y diez columnas para el registro de las frecuencias y de la jerarquización que se le asignó a cada una de las palabras. Una vez que se capturaron todos los datos se procedió a la calificación de éstos para obtener: el tamaño de la red, el peso semántico de cada una de las definidoras y el núcleo de la red.

Los resultados del estímulo *cuando tengo problemas con mi salud yo...* muestran un tamaño de la red de 44 definidoras, de las cuales el núcleo lo conforman 17 palabras cuyo peso semántico va de 147 a 13. Las definidoras más significativas fueron: médico, medicamento, Dios, busco, atiendo, lloro, cuidado, sigo instrucciones, dieta, preocupado, reposo, alimento, plático, familia, consultar, ejercicio.

Con respecto al estímulo *cuando me siento mal yo...* se obtuvo un tamaño de la red de 54 definidoras de las cuales 16 formaron el núcleo de red con un peso semántico que iba de 87 a 12. A continuación se mencionan las definidoras más relevantes: doctor, acostado, medicamento, lloro, tristeza, duermo, pienso, Dios, descanso, remedio, alimentación, atiendo, desespero, morir, camino y preocupado.

Ante el estímulo *me enfermo por...* se obtuvo un tamaño de la red de 54 definidoras de las cuales el núcleo de la red incluyó 12 definidoras cuyo peso semántico iba desde 117 a 14, las definidoras más significativas fueron: descuido, alimentos, herencia, comer, trabajo, Dios, destino, edad, falta de dinero, clima, no atenderme, frío.

Finalmente el estímulo *Mi salud depende de...* arrojó un tamaño de red de 32 definidoras, de las cuales solo 10 forman el núcleo de la red con un peso semántico que va de 82 a 14. Las palabras más significativas son: mí, alimentación, Dios, médicos, familia, ejercicio, atenderme, pareja, hijos y del tratamiento.

1. Si cambio mi alimentación mi salud va a mejorar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Estar sano depende de mí.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Mi salud va a mejorar si cuento con los cuidados de mi familia.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Yo soy el responsable de cómo me siento.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Me enferme porque así lo quiso Dios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Mi salud depende de que tan buenos sean los tratamientos y lo que yo haga NO cambia nada.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Controlar mi estado de ánimo depende de los médicos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. El trato que reciba por parte de las enfermeras depende de que tan agradable yo sea.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Tuve problemas con mi salud porque así tenía que suceder.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Me enferme por NO hacer ejercicio.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Mi salud depende de los cuidados de las enfermeras.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. El éxito de mi operación depende de que tan agradable yo sea.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Me deprimó porque así lo quiere Dios.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. Curarme está en mis manos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. Mi salud depende de mis cuidados.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. Los cambios en mi estado de ánimo se dan porque así tiene que ser.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. Si soy simpático voy a obtener mejores tratamientos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Mejorar mi estado de salud es algo que yo puedo controlar.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. De mí depende sentirme bien emocionalmente.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. Mejorará mi estado de ánimo si me esfuerzo en ello.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Una vez construido el instrumento se llevó a cabo el piloteo del mismo en una muestra de 30 pacientes. Finalmente, una vez aplicados los instrumentos se realizó el primer análisis de los reactivos en el programa estadístico SPSS que incluyó: distribución de frecuencias de respuesta, direccionalidad por medio de Crosstabs, discriminación de los reactivos por medio de la prueba t para muestras independientes y el análisis de confiabilidad por medio del alfa de Cronbach.

Resultados:

Se obtuvo un análisis de frecuencia en donde se observa que los sujetos no recurrieron a todas las opciones de respuesta en los siguientes reactivos: 1, 2, 19 y 20, los cuales evalúan locus de control interno. Posteriormente se obtuvieron las Crosstabs para observar la direccionalidad de los reactivos considerando al grupo alto y al grupo bajo. Se encontraron algunos reactivos con una distribución adecuada. Tales reactivos fueron los siguientes: 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 17 y 18. En seguida se realizó una prueba t de student para muestras independientes para identificar los reactivos que discriminan entre grupo alto y bajo. El criterio de discriminación se tomó considerando una p menor a .05 para conservar el reactivo. Los reactivos elegidos fueron los siguientes: 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18 y 19. Finalmente se calculó la consistencia interna del instrumento. El método empleado fue el alpha de Cronbach obteniendo el siguiente valor: 0.8049, lo cual indica que el instrumento en este primer análisis presenta un óptimo nivel de confiabilidad.

Conclusión:

En el análisis de los datos se observa que para la mayoría de los reactivos fueron atractivas las cuatro opciones de respuestas, sin embargo, con respecto a la direccionalidad existen siete reactivos que no cumplen con una adecuada direccionalidad. En lo que respecta a la discriminación también se observan 6 reactivos que no discriminan. En total existen tres reactivos del instrumento (1, 2 y 19) que no cuentan ni con las cuatro opciones de respuestas, ni con direccionalidad, ni discriminación, sería valioso considerar si se eliminan del instrumento para aumentar la confiabilidad de éste, o bien dado el número de reactivos del instrumento también se podría considerar la modificación de estos ítems.

Una consideración relevante de los resultados es la consistencia interna del instrumento, la cual, a pesar de que la muestra fue pequeña se obtuvo un buen nivel 0.8049, esto nos permite predecir que si posteriormente se aplica a una muestra mucho mayor existe la posibilidad de que aumente la confiabilidad del instrumento.

Una limitación para obtener una muestra más representativa para la aplicación del instrumento fue el tipo de población a la que éste va dirigido, debido a que los pacientes por la naturaleza de su enfermedad se encuentran en su mayoría en estados emocionales alterados, además de ser pacientes de bajos niveles educativos y por ende pocos recursos cognitivos, por este motivo se contemplo un instrumento con pocos reactivos.

7.3.6. Actividades Académicas

Primer Año:

- Durante la mitad del primer año de residencia asistí a las clases de tronco común del programa de maestría en Medicina Conductual.
- Dentro del Hospital acudí los martes en un horario de 10:00 a 11:00 a.m. a sesiones con la Supervisora In Situ Mtra. Bertha Molina Zepeda, en donde se nos proporcionó información acerca de las políticas del hospital, de su funcionamiento y del llenado de los reportes de productividad semanal, mensual y el reporte de morbilidad. Aunado a esto se llevaron a cabo supervisiones de casos clínicos de los residentes en medicina conductual asignados a los distintos servicios del Hospital Juárez de México.
- Los días miércoles de 10:00 a 11:00 a.m. asistía a las sesiones clínicas del departamento de Psicología en donde de acuerdo a un rol establecido por el Jefe de Psiquiatría se presentan dos casos clínicos por año de residencia.
- Los miércoles de 12:00 a 1:00 p.m. asistía ocasionalmente a las sesiones generales del Hospital Juárez de México en donde se presentan invitados especiales con temas relacionados con la salud o bien hay presentaciones de casos clínicos del Hospital.
- Finalmente los viernes de 12:00 a 2:00 p.m. se llevaban a cabo clases teóricas con la Supervisora In Situ en donde se profundizaba en los métodos y técnicas cognitivo-conductuales

Segundo Año:

- Dentro del Hospital acudí los martes en un horario de 10:00 a 11:00 a.m. a sesiones con el Jefe del Servicio de Psicología y Psiquiatría, en donde se revisaban algunos temas bibliográficos así como también la supervisión de casos clínicos.
- Los miércoles de 10:00 a 11:00 a.m. asistía a las sesiones clínicas del departamento de Psicología en donde se presentan dos casos clínicos por año de residencia.
- Los miércoles de 12:00 a 1:00 p.m. asistía ocasionalmente a las sesiones generales del Hospital Juárez de México a donde asisten invitados especiales con temas relacionados con la salud o bien hay presentaciones de casos clínicos del Hospital.
- Los jueves de 8:00 a 9:00 a.m. asistí a sesiones bibliográficas junto con los adscritos del Servicio de Psicología y con el Jefe de Psiquiatría, en donde se revisaban temas de interés.
- Finalmente los viernes de 8:00 a 10:00 a.m. acudía a supervisión académica con Mtra. Cristina Bravo, con la cual se llevó a cabo la inducción para la elaboración del reporte de experiencia profesional, así como la supervisión de casos clínicos.

7.3.7. Otras Actividades

Dentro del Hospital se llevaron a cabo otras actividades que no se encontraban programadas como parte de la residencia de Medicina Conductual, a continuación se mencionan cada una de estas:

Primer Año:

- Aplicación y calificación de una batería de pruebas psicológicas a médicos aspirantes a especialidades y subespecialidades médicas del Hospital Juárez de México.
- Interconsultas en otros servicios como son: clínica del dolor, pediatría, clínica de ostomías y ginecología para llevar a cabo valoraciones e intervenciones.

- Intervenciones breves con algunos miembros del equipo médico, los cuales ocasionalmente presentaban síntomas de estrés debido a la intensa carga de trabajo del servicio.
- Apoyo al grupo de Ostomías con las siguientes conferencias:
 - Aspectos psicológicos del paciente ostomizado.
 - Calidad de Vida: Una decisión ante el cambio.

Segundo Año:

- Aplicación y calificación de una batería de pruebas psicológicas a médicos aspirantes a especialidades y subespecialidades médicas del Hospital Juárez de México.
- Interconsultas en otros servicios como son: clínica del dolor, clínica de ostomías, cirugía general, oncología pediátrica, ortopedia y ginecología para llevar a cabo valoraciones e intervenciones.
- Apoyo al grupo de Ostomías con la siguiente conferencia:
 - Aceptación Incondicional ante una nueva imagen.

7.3.7.1. Asistencia a Eventos Académicos

Primer Año:

- 1er. Simposio de Psico-Oncología del Hospital Juárez de México; del 30 de Junio al 2 de Julio de 2004. Presentación del tema: “Cáncer ¿Sinónimo de Muerte?”.
- XII Congreso Mexicano de Psicología; Cd. Guanajuato, Guanajuato; 22, 23 y 24 de Septiembre de 2004.
- IV conferencia Internacional de Psicología de la Salud; La Habana Cuba; del 15 al 19 de Noviembre de 2004. Presentación de la conferencia “Mitos Conceptuales del Cáncer: factores relacionados con la adherencia terapéutica”.
- Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica y Salud. FES-Iztacala, México, D.F.; 1 de Diciembre de 2004. Presentación de la conferencia “Mitos Conceptuales del Cáncer: factores relacionados con la adherencia terapéutica”.

- Therapeutic Adherence in Complicated Diseases, taller impartido por Dr. Steve Safren de la Harbard Medical School: Universidad Nacional Autónoma de México el 24 de Febrero de 2005.

7.4. Evaluación

7.4.1. De la Sede: Hospital Juárez de México, Unidad de Oncología.

La Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México es un servicio en donde el residente en medicina conductual ha rotado año tras año, sin embargo, observé que no se le da la suficiente importancia al trabajo que realiza el psicólogo dentro del área de la salud. En un inicio, durante mi primer trimestre, fui asignada para trabajar dentro de los consultorios junto con el resto del personal médico en consulta externa, en donde se atendían las crisis generadas en los pacientes post diagnóstico, cuando un paciente requería de apoyo psicológico la principal limitación para llevar a cabo la intervención psicológica era de tipo espacial, no se contaba con un lugar específico para psicología, se tenía que buscar algún espacio desocupado (consultorio u oficina) o bien como sucedía en la mayoría de los casos dicho apoyo se brindaba en algún espacio poco apropiado (sofá del cuarto en donde se reciben las quimioterapias o en el pasillo de la unidad).

Durante estos tres meses se ideó un plan de trabajo para optimizar el tiempo del psicólogo y con ello aumentar las consultas por lo que se le propuso al jefe del servicio salir de los consultorios debido a que no todos los pacientes que acuden a consulta médica requieren del apoyo psicológico, además de que al estar dentro de los consultorios no se podía dar seguimiento a los pacientes, solo se llevaban a cabo intervenciones en crisis. Se aceptó dicho plan de trabajo y se nos asignó un espacio al lado del cuarto en donde se dan las radioterapias, era un cuarto muy pequeño cuya puerta era una persiana, debido al tamaño del espacio solo se colocaron dos sillas y se compraron cuatro bancos para trabajar con los pacientes que se encontraban recibiendo quimioterapia.

Al inicio de este cambio nos encontramos con el problema de que los médicos no referían a los pacientes a menos que expresarán llanto o enojo durante la consulta médica, ante esto se estableció una lista con los criterios para referir a los pacientes a psicología, las cuales se colocaron dentro de los consultorios, además se diseñó un anuncio para los pacientes en donde se hacía saber que el servicio contaba con apoyo psicológico y se mencionaban algunas de las razones por las cuales solicitar dicho apoyo, estos anuncios se colocaron en diferentes partes de la unidad como son en el cuarto de quimioterapia, radioterapia, en los pasillos, en la sala de espera entre otros. Esto hizo que poco a poco el servicio tuviera demanda tanto de los médicos que referían como de los pacientes al solicitar el apoyo ya sea para ellos o para sus familiares.

El espacio proporcionado para psicología empezó a ser insuficiente debido a que éramos cuatro residentes y en ocasiones coincidían las crisis en los pacientes, cuando esto ocurría se continuaba con el método de buscar espacios vacíos o bien en última instancia se seguía proporcionando apoyo en los pasillos. A finales del primer año el jefe del servicio consideró oportuno proporcionarle un espacio a psicología por lo que uno de los consultorios médicos fue remodelado y dividido en dos espacios cada uno con su propia entrada para hacer dos pequeños consultorios de psicooncología. Actualmente este servicio conserva dichos espacios que se encuentran ubicados dentro de la unidad de oncología, cada uno cuenta con tres sillas, un banco, una pequeña mesa y un archivero.

Debido al apoyo brindado por parte del jefe del servicio fue posible brindarles a los pacientes una atención psicológica en mejores condiciones físicas. Oncología es una de las unidades en donde el psicólogo ha cobrado relevancia, esto se refleja en la demanda del servicio.

7.4.2. De las Actividades y Programas Desarrollados en la Sede

Considero que durante los dos años de residencia, las actividades diarias realizadas en la Unidad de Oncología permitieron adquirir conocimientos con respecto al funcionamiento de un hospital, al rol que desempeña el psicólogo dentro del área de la salud, pero principalmente contribuyó al desarrollo de las habilidades y competencias necesarias para

el abordaje del paciente oncológico, estos dos años de residencia me permitieron poner en práctica las diferentes técnicas cognitivo conductuales.

Dentro de las habilidades desarrolladas más enriquecedoras se encuentran el llevar a cabo intervenciones en crisis posterior al diagnóstico médico, así como también la elaboración de notas clínicas en los expedientes médicos.

Respecto a los programas desarrollados en el área de la investigación, considero que las expectativas tanto personales como del servicio se cumplieron, debido a que el jefe del servicio de oncología permite el desarrollo de protocolos de acuerdo a intereses específicos, pero a la vez propone algunas líneas de investigación como lo fue el protocolo “Mitos Conceptuales del Cáncer: factores relacionados con la adherencia terapéutica”.

7.4.3. Del Sistema de Supervisión

7.4.3.1. Supervisor In Situ

El supervisor es un elemento fundamental dentro del entrenamiento del residente en Medicina Conductual, durante el primer año conté con una Supervisora In Situ Mtra. Bertha Molina Zepeda, la cual considero es una profesional especializada en el área y con los conocimientos tanto teóricos como prácticos para fungir como nuestra supervisora. El tenerla dentro del hospital me permitió aprender habilidades terapéuticas imprescindibles dentro del área de la salud. Se realizaban las siguientes actividades en supervisión: revisión de casos clínicos, elaboración de formulaciones cognitivo-conductual, clases teóricas de temas relacionados con el enfoque cognitivo-conductual, guía de intervención en casos difíciles o de carácter legal, elaboración del plan de trabajo y organización dentro del servicio, supervisión del protocolo.

En el segundo año tuve como Supervisor In Situ al Jefe de Psiquiatría y Psicología Dr. Ricardo Gallardo Contreras con el cual a nivel teórico se analizaron algunos temas relacionados con el ámbito hospitalario y a nivel práctico proporcionó apoyo psiquiátrico en las intervenciones que lo requerían.

7.4.3.2. Supervisor Académico

Durante mi primer año conté con el Mtro. Leonardo Reynoso como supervisor académico, el cual asistía en promedio una vez a la semana a la sede con la finalidad de detectar las necesidades de los residentes dentro del ámbito hospitalario, apoyar y coordinar nuestro trabajo.

En el segundo año se me asignó a la Mtra. Cristina Bravo González como supervisora académica, la cual se mantuvo en contacto conmigo asistiendo constantemente al hospital una vez a la semana. Con ella se realizaron las siguientes actividades: sesiones bibliográficas donde se nos asignaron diversas lecturas relacionadas con el ámbito hospitalario, revisión de casos clínicos difíciles, y la elaboración del reporte de experiencia profesional. Considero que su supervisión fue crucial para el avance del reporte de experiencia profesional, además su experiencia en el área me brindó una supervisión oportuna con respecto a los casos clínicos.

7.4.3.3. Tutor Académico

El apoyo proporcionado por el tutor académico Dr. Juan José Sanchez Sosa es invaluable debido a que es una persona con amplia experiencia y de la cual se adquieren conocimientos útiles para el desempeño de nuestra labor dentro del hospital. El tutor nos orienta y proporciona información sobre los instrumentos de evaluaciones disponibles y eficaces, sobre las técnicas a emplear en los programas de intervención, además nos proporciona material bibliográfico relevante para nuestra investigación, etc. En general considero al tutor académico indispensable para el alcance de habilidades y competencias que exige el plan de estudios de la maestría.

7.4.4. De las Competencias Profesionales Alcanzadas

Durante los dos años de residencia en la unidad de oncología considero haber adquirido los siguientes conocimientos:

- Evaluación y diagnóstico de diversas problemáticas emocionales, cognitivas y /o conductuales en pacientes con cáncer.
- Generar instrumentos y técnicas de medición apropiadas para pacientes oncológicos.

- Seleccionar y aplicar técnicas cognitivo-conductuales adecuadas para la solución de problemáticas psicológicas relacionadas con la salud.
- Desarrollar programas de intervención cognitivo-conductuales dirigidos a pacientes con cáncer.
- Adquirir información necesaria con respecto a los diferentes tipos de cáncer y sus respectivos tratamientos con la finalidad de brindar educación para la salud.

Dentro de las habilidades adquiridas se encuentran las siguientes:

- Habilidades sociales para realizar un trabajo en equipo transdisciplinario.
- Elaboración de notas clínicas en los expedientes clínicos.
- Comunicación de la información con los pacientes y/o médicos de una forma práctica y breve.
- Presentación de exposiciones en diversos escenarios.
- Canalización a otros especialistas cuando era necesaria.
- Realizar intervenciones en crisis principalmente ante el fallecimiento de algún familiar, toma de decisiones difíciles, ante el diagnóstico de la enfermedad entre otras.
- Incremento en la habilidad de observación para identificar y anticipar posibles indicadores de inadaptación en los pacientes.
- Incremento en la capacidad para mostrar empatía a los usuarios.
- Focalizar la intervención hacia la solución de problemáticas del aquí y ahora, principalmente en el caso de toma de decisiones.
- Valorar las consideraciones y opciones del usuario con respecto a su salud, absteniéndome de obstaculizar sus acciones, siempre y cuando no perjudicara a otras personas.
- No proporcionar más información a los usuarios de la que están solicitando, ni anticiparse con consecuencias negativas.
- Incremento de los niveles de tolerancia a la frustración ante las características de la población, las consecuencias de los padecimientos (enfermos terminales) y en algunos casos ante los obstáculos encontrados en algunos miembros del personal de salud.

- Acostumbrarme a la enfermedad y ser razonablemente optimista.
- Actualización continúa para mejorar el desempeño profesional.
- Aceptar las limitaciones en mi conocimiento.
- Reconocimiento de las limitaciones personales.

En conclusión la suma de estos conocimientos y habilidades me permiten afirmar el desarrollo de competencias profesionales correspondientes al objetivo general del programa de la residencia en medicina conductual.

7.5. Conclusiones y Sugerencias

Considero que mi estancia en el servicio de oncología me permitió adquirir nuevos conocimientos y habilidades para el manejo del paciente oncológico.

Creo que hubo una consolidación del trabajo del residente en medicina conductual y el resto del equipo médico, sin embargo, sugeriría incluir clases de medicina conductual dentro del programa de clases de los residentes de oncología debido a que considero que mediante éstas los médicos entenderían con precisión que es lo que hacemos en el ámbito hospitalario, lo cual se reflejaría en el trabajo transdisciplinario.

También pienso que es de suma importancia el desarrollo de intervenciones cognitivo-conductuales de forma grupal para pacientes con cáncer debido a la gran demanda de pacientes en el servicio.

GLOSARIO

Alopecia.- Pérdida de cabello.

Biopsia.- Extracción de un trozo de tejido para examinar la presencia de células cancerosas a través de un microscopio.

Cáncer.- El nombre que se le da a un grupo grande de enfermedades ocasionadas por células del organismo que pierden sus mecanismos de control y presentan un crecimiento desordenado.

Calidad de Vida.- Término utilizado para referirnos a la evaluación tanto objetiva como subjetiva que hace el individuo respecto a los diferentes aspectos de su vida.

Cavidad Oral.- Estructura anatómica que se extiende desde el borde cutáneo de los labios a la unión del paladar duro con el blando, el borde anterior del pilar amigdalino anterior y las papilas gustativas que separan la base de la lengua móvil. Se subdivide en varias regiones anatómicas como son: lengua móvil, mucosa bucal, suelo de la boca, vestíbulo oral, trígono retromolar, encías y paladar duro.

Cirugía.- Tratamiento que consiste en abrir el cuerpo y extraer la anomalía detectada.

Glándulas Salivales.- Estructura anatómica que se divide en glándulas salivales mayores (parótida, submaxilar y sublingual) y menores (las ubicadas en el suelo de la boca, lengua, mucosa oral y paladar).

Hipofaringe.- Estructura anatómica que se extiende desde el plano superior del hioides hasta el borde inferior del cartílago cricoides. Abarca tres áreas: postcricoidea, seno piriforme y pared faríngea posterior.

Karnosky.- Término médico que se utiliza para evaluar el nivel de funcionamiento de una persona, consiste en una impresión subjetiva por parte del médico con respecto a la funcionalidad del paciente, generalmente dicha impresión se brinda en términos de porcentaje, en donde el 100% indica que el paciente continúa realizando todas sus actividades sin el apoyo de terceras personas.

Laringe.- Estructura anatómica que incluye supraglotis, la cual a su vez se subdivide en epiglotis, bandas, ventrículos, repliegues y aritenoides; glotis que comprende las cuerdas vocales verdaderas y las comisuras anterior y posterior; y subglotis la cual se extiende desde un centímetro por debajo de las cuerdas vocales verdaderas hasta el borde inferior del cricoides.

Metástasis.- La difusión del cáncer de una parte a otra del cuerpo. Cuando el cáncer se difunde a otro sitio, se dice que ha metastatizado.

Nasofaringe.- Estructura anatómica que se encuentra entre la cavidad nasal y la orofaringe. El borde superior es la base del cráneo. La nasofaringe involucra la primera y segunda vértebra cervical.

Orofaringe.- Estructura anatómica que incluye paladar blando, amígdalas, pared faríngea posterior y base de la lengua.

Psicoterapia Cognitivo-Conductual.- Término genérico que 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).

Quimioterapia.- Tratamiento a base de fármacos para destruir células cancerosas.

Radioterapia.- Tratamiento usando rayos de alta energía para destruir células de cáncer.

Tumor.- Un crecimiento anormal de células. Un tumor puede ser benigno o maligno.

Tratamiento Hormonal.- Tratamiento a base de medicamentos para bloquear el efecto de ciertas hormonas y de este modo, reducir la velocidad de crecimiento del tumor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (1998). Manual de Psicología de la Salud. España: Pirámide.

Anderson, M. (2000). Oncología. Houston: Marban.

Ascencio, L. (2001). Estrategias de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Bárez, M. (2002). Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama. Tesis Doctoral. España: Universidad Autónoma de Barcelona.

Casciato, D., & Bennett, B. (1990). Manual de Oncología Clínica. España: Salvat.

Cooper, C. (1984). Estrés y Cáncer. España: Díaz de Santos S.A.

Costa Neto, S., y Cavalcanti, T. (2002). Calidad de vida de los portadores de neoplasia de cabeza y cuello en fase diagnóstica. Brasilia: Universidad de Brasilia.

DeVita, V; Hellman, S., & Rosenberg, S. (2000). Cáncer Principios y Práctica de Oncología. España: Médica Panamericana.

Del Castillo, A. (2005). Intervención cognitivo conductual grupal para mejorar la adherencia terapéutica y la calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Tesis de Maestría en Medicina Conductual. Facultad de Psicología. UNAM. México.

Drobkin, M. (1999). Body Image and Quality of Life After Head and Neck Cancer Surgery. American Cancer Society. 7,(6),309-313.

Dryden W. (1998). Developing Self-Acceptance. England: Wiley

Ellis, A., & Abrams, E., (1983). Terapia racional emotiva, mejor salud y superación personal, afrontando nuestra realidad. México: Pax México.

Ellis, A., & Grieger, R., (2000). Manual de Terapia Racional Emotiva. España: Descleé de Brouwer.

Holland, J. (1998). Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press.

Hosfeld, D., Sherman, C., Love, R., & Busch, F. (1992). Manual de Oncología Clínica. España: Doyma.

Huerta, R., & Corona, J. (2003). Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Instituto Nacional de Cancerología. (2003). Manual de Oncología: procedimientos medicoquirúrgicos. México: McGraw-Hill.
- Jill, D. (1995). Cancer Care: Prevention Treatment and Palliation. Great Britian: Chapman & Hall.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. 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.
- Kerlinger, H. & Lee B., (2001) Investigación del Comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales. México: McGraw-Hill.
- Latorre, J, & Beneit, P. (1994). Psicología de la Salud. Argentina: Lumen.
- Lega, L., Caballo, V., Ellis, A., (1997) Teoría y Práctica de la Terapia Racional-Emotivo-Conductual. España: Siglo veintiuno.
- López-Lara, F., González, C., Santos, J., y Sanz, A. (1999). Manual de Oncología Clínica. Valladolid: Secretariado de publicaciones e intercambio científico.
- Moreno, B., y Ximénez, C. (1996). Evaluación de la calidad de vida. En: Buela-Casal, G. Caballo, V. y Sierra, J. Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. 1045-1070- España: Siglo XXI Editores.
- Muñoz, A. (1997). Cáncer: genes y nuevas terapias. España: Hélice

- Nezu, M., Maguth, C., Friedman, S., Faddis, S., & Houts, P. (1998). Helping Cancer Patients Cope. Washington: Sheridan Books.
- Oblitas, L. (2004) Psicología de la Salud y Calidad de Vida. México: International Thomson.
- Peper, I. (1997). Cáncer: Etiología y Patogenia. Chile: Universidad de Chile.
- Reyes Lagunes, I. (1993). Las redes semánticas naturales, su conceptualización y su utilización en la construcción de instrumentos. Revista de Psicología Social y Personalidad. **1**. 81-97.
- Riveros, A., Sánchez-Sosa, J.J. y Groves, M. (2005) Inventario de calidad de vida y salud (InCaViSa). Documento de circulación interna para investigación. México, D.F. UNAM.
- Sánchez-Sosa J., y González J. (2002). El bienestar del paciente seropositivo al VIH/SIDA. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Sociedad Americana del Cáncer (2003). Datos y Estadística del Cáncer en los Hispanos/Latinos. <http://www.cancer.org>.
- Spielberg, C., y Díaz-Guerrero, R. (1975). Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado IDARE. Manual e Instructivo. México: Manual Moderno.
- Velasco, M., & Sinibaldi, J. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia: sistemas, historias y creencias. México: Manual Moderno.