

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**  
**PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA**  
**RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL**

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL EN  
PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICO DEGENERATIVA**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
**MAESTRA EN PSICOLOGIA**

P R E S E N T A

**LIC. SARITA SALGADO TORRES**

**DIRECTOR DEL INFORME:** DR. JUAN JOSE SÁNCHEZ-SOSA

**JURADO DE EXAMEN:** MTRO. FERNANDO P. VÁZQUEZ PINEDA

DR. GENARO RICO MARTÍNEZ

DRA. ISABEL REYES LAGUNAS

DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

**MEXICO, D.F.**

**MARZO, 2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México en especial a Posgrado de la Facultad de Psicología, por brindarme la oportunidad de pertenecer a la máxima casa de estudios del país, ya que gracias a su plantilla de docentes altamente capacitados, adquirí las herramientas de crecimiento en el campo de la psicología aplicada a la salud, campo en lo personal apasionante en cuestión profesional.

A mi Tutor el Dr. Juan José Sánchez Sosa, que a pesar de la distancia siempre confió en mí, y que gracias a su gran experiencia profesional me instruyó en la realización del presente informe. Así mismo agradezco al Mtro. Fernando Vázquez quien hizo plausible y favoreció la adecuada presentación de este trabajo.

A mis docentes quienes en las aulas fortalecieron y dieron bases sólidas a mi práctica profesional, gracias Mtro. Leonardo Reynoso, Dra. Isabel Reyes Lagunes, Dr. Samuel Jurado, Dr. Florente López, Mtra. Rebeca Sánchez, Mtro. Arturo Lara y Mtro. Isaac Seligson (qepd).

A los supervisores in situ, jefes de servicios de los hospitales e institutos que me facilitaron el acceso durante mis rotaciones que con el día a día me ensañaron a asistir me guiaron sobre la correcta actuación en el campo de la salud.

A los pacientes atendidos durante la residencia, que confiaron en mi persona y que gracias a ellos aprendí de manera práctica la Medicina Conductual.

A mi familia nuclear compuesta por mi hijo Diego E. Galaviz Salgado, principal factor motivante en mi actuar, que con su luz ilumina mis días y es participe de todos mis logros, así como mi esposo J. Enrique Galaviz M. que siempre me ha apoyado en mis decisiones.

A mi familia extensa, a mis padres que amo, mi hermana ejemplo a seguir, a mis suegros parte importante de mi formación personal y a todos los que integran ahora mi familia que refuerzan con su hermandad mi hogar. Gracias.

Índice	Página
<b>Resumen</b> .....	6
<b>1. Medicina Conductual</b> .....	7
<b>2. Las enfermedades crónico degenerativas y sus alteraciones psicoafectivas</b> .....	11
2.1. Hipertensión Arterial Sistémica y estrés.....	11
2.2. Alteraciones psicoafectivas en el paciente con cáncer .....	18
2.2.1. Trastorno Adaptativo.....	32
2.3. Dolor.....	35
2.3.1. Ansiedad y dolor.....	38
2.3.2. Tratamiento del dolor.....	44
<b>3. Intervención Cognitivo Conductual</b> .....	50
3.1. Taxonomía cognitiva.....	55
3.2. Valoración psicológica.....	59
3.3. Técnicas cognitivo-conductuales.....	61
<b>4. Programa de intervención para pacientes con enfermedad crónico degenerativa</b> .....	79
4.1. Participantes.....	79
4.2. Escenario.....	79
4.3. Instrumentos.....	80
4.4. Procedimiento.....	86
4.5. Intervención.....	86
4.6. Formulación clínica de los casos.....	86
<b>5. Efectos clínicos de ajuste psicológico</b> .....	146
<b>6. Aspectos Institucionales de la Residencia</b> .....	148
6.1. Hospital Juárez de México.....	148
6.2. Instituto Nacional de Rehabilitación.....	165
6.3. Instituto Nacional de Cancerología.....	177
<b>7. Conclusiones y sugerencias</b> .....	185

## **Anexos**

Anexo 1. Inventario de Depresión de Beck (BDI).....	188
Anexo 2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	192
Anexo 3. Autorregistro emocional y de intensidad de dolor.....	194
Anexo 4. Autorregistro emocional de intensidad de dolor y analgésico utilizado.....	195
Anexo 5. Formato de autorregistro emocional.....	196
<b>Referencias.....</b>	<b>197</b>

## Índice de Tablas y Figuras

<b>Tablas</b>	<b>Página</b>
Tabla 1. Modelo de Massie y Holland de respuestas normales a la crisis relacionada al cáncer.....	27
Tabla 2. Factores involucrados en el ajuste al diagnóstico de cáncer.....	29
Tabla 3. Criterios diagnósticos para el trastorno adaptativo según la CIE -10 y el DSM-IV.....	33
Tabla 4. Evaluación de problemas psicosociales relacionados con dolor.....	42

<b>Figuras</b>	<b>Página</b>
Fig. 1 Ciclo Dolor-Estrés.....	38
Fig.2. Aspectos relacionados al dolor, modelo de sufrimiento Total.....	44
Fig. 3. Escala Visual Análoga (EVA).....	82

## RESUMEN

Las enfermedades crónico degenerativas mantienen una alta prevalencia en nuestro país, generando costos socioeconómicos importantes, tanto en la familia como en el sistema de salud. Enfermedades como la hipertensión arterial y el cáncer influyen en el estado psicoafectivo del paciente y viceversa, se sabe que la depresión y la ansiedad no le permiten al paciente una adecuada adhesión al tratamiento y adaptación a la enfermedad; poniendo en riesgo su vida y bienestar subjetivo. El propósito del presente estudio fue reducir los niveles de ansiedad y depresión, así como las alteraciones psicoafectivas que provocan falta de adaptación a través de la intervención cognitivo conductual diseñada para cada caso. Para la evaluación de síntomas ansiosos y depresivos se utilizó el Inventario de Ansiedad y el de Depresión de Beck. La intervención se realizó individualmente, en un rango de 17 a 25 sesiones, dependiendo el caso, cada sesión con una duración de una hora, semanalmente, a excepción de un caso de un paciente hospitalizado (3 veces por semana). El programa de intervención se aplicó a dos pacientes del Hospital Juárez de México del servicio de Nefrología, con Hipertensión Arterial Sistémica y a un paciente del Instituto Nacional de Cancerología, del servicio de clínica del dolor, con Leucemia Aguda Linfoblástica y dolor. Como resultado se logró una disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva, así como una mayor adaptación a la enfermedad. Se concluye que la intervención cognitivo conductual en dichos pacientes es efectiva en promover la adaptación y mejorar su estado psicoafectivo.

Palabras claves: Intervención Cognitivo Conductual y Enfermedad crónico degenerativa.

## ABSTRACT

Chronic-degenerative diseases keep showing a high prevalence in Mexico, this represents high, social and economic costs to patients, their families and to the health institutions. Such conditions as high blood pressure and cancer seriously affect the psycho-affective wellbeing of the patient and, in turn, these psychological conditions affect the progress and medical treatment of such conditions. Depression and anxiety, for example, do not allow patients to effectively adhere to their medical treatment which will, in turn, increase both medical risk and psychological wellbeing. Thus, the purpose of the studies contained in the present report comprised reducing the levels of anxiety and depression and improving those cognitive and emotional disorders which impair adaptation to the medical condition. Cognitive-behavioral interventions were thus expressly designed to fit the conditions of each participating patient. In order to assess anxious and depressive symptoms, the study used the Beck Anxiety and Depression Inventories. The intervention was administered individually along 17 to 25 weekly, one-hour-long sessions. The only exception to this rule was attending a hospitalized patient through three sessions per week. The intervention program was applied to two other patients: one at the Juarez Hospital in Mexico City, whose main diagnosis included kidney disease and systemic hypertension; the other at the National Cancer Institute of Mexico, within the pain clinic facilities, diagnosed with Acute Lymphoblastic Leukemia and pain. As results of the interventions, clinically relevant reductions occurred in both anxiety and depression, as well as improvement in the patients' adaptation to their medical conditions. Results point to the effectiveness of the cognitive-behavioral interventions in the improvement of psycho-affective wellbeing and adaptation to the corresponding medical conditions and treatment.

Key words: intervention, cognitive-behavioral, chronic-degenerative diseases

## 1. Medicina conductual

Dentro de las áreas de la psicología que se relacionan con los problemas de salud se encuentra la medicina conductual (Phares, 2000). El término de medicina comportamental fue utilizado por primera vez por Lee Birk en 1973 como sinónimo y complemento de las técnicas de biorretroalimentación (biofeedback), en 1974 se desarrollaron dos programas pioneros de la medicina del comportamiento, uno de ellos orientado a la clínica, vinculado a la creación en la Universidad de Pensilvania del Center of Behavioral Medicine por John Paul Brady y Ovide F. Pomerleau; y el otro programa dirigido a la investigación básica, creado en la Universidad de Stanford por Agrad, en el Laboratory for the Study of Behavioral Medicine.

De tal forma la medicina conductual se concibe por el descubrimiento de procedimientos eficaces para cambiar la conducta de forma útil, desde un punto de vista clínico, lo que sólo fue posible al aplicar el análisis experimental del comportamiento a problemas clínicos, a juicio de Pormealeu, está era la condición suficiente para la concepción de la medicina conductual.

Así Pormealeu y Brady en 1974, proponen que la Medicina conductual es: “el uso clínico de las técnicas derivadas del análisis del comportamiento y modificación de la conducta, para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de las enfermedades físicas o disfunciones fisiológicas y la investigación comportamental dirigida al análisis funcional y comprensión de la conducta asociada (en vez de rasgos o estructuras de personalidad) con los trastornos médicos o problemas de salud”.

En febrero de 1977 en la conferencia de Yale de Medicina Conductual Schwartz y Weiss proponen que “la Medicina del comportamiento es el campo referido al desarrollo de los conocimientos y técnicas de las ciencias de la conducta relevantes para la comprensión de la salud y las enfermedades físicas y a la aplicación de este conocimiento y éstas técnicas a su prevención, diagnóstico,



tratamiento y rehabilitación. La psicosis, la neurosis y el abuso de sustancias se incluyen sólo en la medida que contribuyen a la salud física como punto de referencia” (Schwartz & Weiss, 1978; p.4).

En octubre de ese mismo año, en la Rockefeller University de New York, se establece un grupo de trabajo dirigido por Neal E. Miller, con el objetivo de organizar una Sociedad de Medicina del Comportamiento, a la vez que se funda también, la Academy of Behavioral Medicine Research, la publicación periódica Journal of Behavioral Medicine y la rama de Medicina del Comportamiento del National Heart Lung and Blood Institute, hechos que, considerados en su conjunto vienen a resaltar que este campo es de carácter interdisciplinario y se refiere al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta, como pusieron de manifiesto Schwartz y Weiss al revisar la anterior definición de Medicina del Comportamiento. (León Rubio y cols., 2004)

Conceptualmente la Medicina Conductual es un campo de integración de conocimientos que proceden de muy diferentes disciplinas de entre las que cabe destacar las biomédicas y las psicosociales. Dichos conocimientos se dirigen a la promoción y mantenimiento de la salud, así como la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad. Así la medicina conductual es la disciplina donde un conjunto de conocimientos biopsicosociales relacionados con la salud y la enfermedad física puede ofrecer una alternativa adecuada para los pacientes. Gentry en 1984 aclara que la medicina conductual tiene tres características básicas (Oblitas y Becoña, 2000):

1. La integración de conocimientos relacionados con la salud y la enfermedad, lo que supone el reconocimiento explícito de la génesis multifactorial de las mismas.
2. El interés por la investigación de los factores conductuales que contribuyen a la promoción general de la salud y a la prevención y tratamiento de la enfermedad.

3. La aplicación de estrategias conductuales para la evaluación y el control o modificación de factores psicológicos.

En esta perspectiva la medicina conductual tiene como objetivo proveer servicios a un grupo específico de pacientes, que con frecuencia son aquellos que utilizan la atención médica. Las intervenciones pueden ser individuales para pacientes con un desorden en específico o intervenciones grupales. La evaluación y tratamiento en la medicina conductual se enfoca en factores estresantes que intervienen con la condición médica actual (Gatchner, 2003).

Por lo tanto la medicina conductual se caracteriza por la consideración de la salud y enfermedad, especialmente la crónica, como estados multi-determinados por una amplia gama de variables, incluyendo las de tipo somático o biofísicas (genéticas, anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, endocrinas, inmunológicas, etc) y las psicológicas o comportamentales (emociones, cogniciones, conducta instrumental, habilidades, recursos, conductas de riesgo) y las externas o ambientales, especialmente las de tipo demográfico y social; que al final van a contribuir poderosamente a los procesos de sanar o enfermar, desde las actitudes y comportamientos del sujeto. (Phares, 2000; Sánchez Sosa, 2002).

Dentro de la medicina conductual las técnicas de modificación de conducta han sido fructíferas por la gran eficacia demostrada, éstas han constituido durante más de medio siglo el principal recurso terapéutico abordando múltiples problemas de la salud psicológica, tales como trastornos de ansiedad, fobias, depresión que interfieren en el proceso de la enfermedad de un individuo, además de la interferencia generada por las demandas de un padecimiento en términos de la necesaria adhesión a su tratamiento médico (Hotz, Kaptein, Pruitt, Sanchez-Sosa & Willey, 2003).

En general, se puede decir que la medicina conductual es un campo interdisciplinario que aplica las teorías y las técnicas de las ciencias conductuales para el tratamiento y la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas. Debido a que en México, las enfermedades que encabezan los problemas graves de salud son las enfermedades crónicas, por su alta incidencia en morbi-

mortalidad, la medicina conductual cobra gran relevancia ya que a pesar de que coexisten problemas como la desnutrición, la violencia, los accidentes y las enfermedades infectocontagiosas, las enfermedades crónico-degenerativas traen consigo un mayor porcentaje de desajustes psicosociales.

Por tal motivo el modelo de atención que propone la medicina conductual basado en la intervención breve de corte cognitivo-conductual se convierte en una estrategia útil y oportuna en salud pública, debido a que en los escenarios hospitalarios se atiende un gran espectro de pacientes con padecimientos crónico degenerativos.

A continuación se describe de manera detallada algunas alteraciones psicoafectivas en la hipertensión arterial, el dolor y el cáncer que son padecimientos crónico degenerativos en los que frecuentemente interactúa la medicina conductual para la promoción, prevención y mantenimiento de la salud.

## 2. Las enfermedades crónico-degenerativas y sus alteraciones psicoafectivas

En general las enfermedades crónicas degenerativas han cobrado cada vez mayor importancia en nuestro país, hasta el 2001 las enfermedades del corazón, la diabetes mellitus, la cirrosis hepática y el cáncer, concentraron 55% de las muertes ocurridas en el país. Se considera un problema de salud pública que aún no ha podido erradicarse, tal es el caso de la hipertensión arterial “enemigo silencioso” que ha contribuido a las causas de mortalidad, considerada como una enfermedad crónico-degenerativa de difícil control (Riveros, Cortazar, Alcázar & Sanchez Sosa, 2005.)

### 2.1. Hipertensión Arterial Sistémica y estrés

La hipertensión arterial sistémica es la elevación de las cifras de presión sistólica, diastólica y media en el circuito mayor. Se considera que hay hipertensión en el individuo si las cifras sistólica y diastólica exceden 150 y 100mmHg, respectivamente. El corazón es un músculo que funciona como una máquina de bombeo, cuando se contrae envía un torrente de sangre a las vías circulatorias y a este empuje se le llama presión de sístole; cuando el corazón se relaja entre latidos, disminuye la presión en las vías circulatorias, y a esto se le llama presión de diástole. (Engel, 1998)

La hipertensión arterial es una enfermedad crónico-degenerativa, que en la mayoría de los casos se detecta de manera accidental. La prevalencia de hipertensión en México va en aumento (30.05%) y se estiman ya más de 15 millones de hipertensos entre los 20 y 69 años de edad. Más de la mitad de la población portadora de hipertensión arterial lo ignora. De los que ya se saben hipertensos, menos de la mitad toma medicamento y de éstos, aproximadamente el 20% está controlado. (Velazquez, Rosas, Lara y Pastelin; 2002)

Existen dos tipos de hipertensión arterial, la primaria o *esencial* y la secundaria. La primaria se define como el aumento de los niveles medios de la presión arterial sin causa orgánica reconocida, y se habla de hipertensión secundaria cuando la

presencia de la hipertensión es responsabilidad de otro trastorno orgánico (García, 1995). Se considera que entre 10 y 20% de la población mundial padece de hipertensión arterial. Esta enfermedad presenta la particularidad de que el paciente puede mostrar pocos o ningún síntoma, por lo que se le ha denominado la *enfermedad silenciosa*; la persona puede sentirse subjetivamente llena de vitalidad y energía y aún así ser hipertensa, en cuyo caso, al detectarse el trastorno en un examen médico, el paciente tiende a negar la enfermedad y en consecuencia a fallar en el cumplimiento de la prescripción médica. Esto representa uno de los principales problemas que enfrenta el médico para controlar la enfermedad de este tipo de paciente. La falta de cooperación del paciente hipertenso para seguir su tratamiento de manera parcial o total, se ha vinculado además con: una motivación insuficiente para hacer cambios en el estilo de vida, la falta de comprensión de las indicaciones del médico o la carencia de recursos para cubrir la prescripción (García, 1995).

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. No tratada deriva en complicaciones patológicas y produce la muerte prematura. Entre los mecanismos fisiopatogénicos que influyen en la hipertensión arterial, los aspectos emocionales han despertado interés durante décadas. Entre 1939 y 1997, se publicaron 200 artículos relacionados con la presión arterial en la revista *Psychosomatic Medicine*, de los cuales el 90% se ocuparon de la hipertensión. En ellos se ha puesto especial énfasis en el rol de los afectos y de las emociones en la historia natural de esta entidad (Coelho R, Ramos E, Prata J, Maciel MJ, Barros H, 1999). Asimismo, se ha estudiado la forma en que diversos estímulos situacionales (englobados bajo el concepto de "stress") pueden elevar en forma aguda la presión arterial. De tal manera que se conoce que la agresividad y el estrés son factores que están relacionados con la elevación de la presión arterial, en tanto una modificación conductual se traduce en otra biológica y viceversa.

Han sido múltiples los estudios en los que el paciente hipertenso presenta significativamente mayores puntuaciones en medidas de ansiedad que grupos de

personas que no padecen hipertensión. La ansiedad se asocia con un control autonómico cardíaco anormal, lo cual puede implicar un riesgo aumentado de arritmias (Baker y cols., 1998). El estrés, concebido como la sensación de amenaza física o psicológica experimentada por el individuo en forma aguda o sostenida, puede provocar hipertensión a través de elevaciones tensionales repetidas determinadas por la estimulación adrenérgica y liberación de hormonas vasoconstrictoras. El estrés mental crónico puede actuar de distintas formas, se puede originar en el ambiente externo, en la interacción individuo-ambiente, o desde el propio individuo, todos han demostrado en estudios prospectivos que tienen efectos adversos en el desarrollo de hipertensión y enfermedad arterial coronaria (Fernández y Vila, 1991).

Nuestro organismo cuenta con mecanismos de respuesta rápida a estímulos exógenos de alarma, permitiendo acelerar funciones vitales necesarias para la preservación de la integridad a través de la defensa activa o pasiva que garantice la supervivencia. El estrés produce en el organismo una respuesta endócrina aguda, mediada por la liberación de adrenocorticotrofina (ACTH) que induce a la liberación de corticoesteroides y otra respuesta mediada por catecolaminas. Este mecanismo fisiológico necesario para la supervivencia, en caso de resultar excesivo por intensidad, duración o ambos, puede producir enfermedad. Podemos considerar al estrés como equivalente a la respuesta o reactividad del organismo de índole física o emocional a toda demanda de cambio real o imaginario que produce adaptación y/o tensión. Esta respuesta puede ser aguda (alarma) o crónica (estado de vigilancia) en cada caso adecuada o inadecuada (Rosenman, Brand y Scholtz, 1976).

El estrés puede producir efectos directos (incrementando la vulnerabilidad del organismo), actuar como agente inductor (precipitando la aparición de trastornos al alterar el funcionamiento fisiológico general del organismo), generar comportamientos poco saludables (como fumar, el abuso de sustancias psicoactivas, insomnio o trastornos de alimentación, entre otros) o funcionar como factor agravante de una enfermedad (Lalonde, 1996)

De tal forma el estrés puede ser el gatillo que desencadene enfermedades como: arritmias cardíacas, picos hipertensivos, insuficiencia cardíaca, enfermedad ulcerosa, colitis ulcerosa, artritis reumatoide, cefaleas tensionales y migrañas, descompensaciones en la diabetes, disfunciones tiroideas, acelera enfermedades de índole inmunitaria, etc. (Houston, Chesney y Black, 1992). El estrés debe considerarse una respuesta que aparece cuando existe un desequilibrio entre determinadas demandas del ambiente hacia el organismo y los recursos de éste (Lazarus y Folkman, 1986). Ante esta situación se produce:

1. Una movilización general en el organismo a distintos niveles fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo con el fin de satisfacer la demanda.
2. Si ésta persiste, el organismo se adapta al grado de exigencia requerido, manteniendo en funcionamiento la sobreactivación necesaria para ello.
3. Finalmente si la situación continúa, el organismo se agota y aparecen síntomas disfuncionales.

A nivel fisiológico, pueden observarse un incremento de la tasa cardiaca, la presión arterial y la tensión muscular o problemas digestivos. A nivel cognitivo, un defectuoso procesamiento de la información, una marcada dificultad para concentrarse y rendir intelectualmente. A nivel instrumental se presentan conductas de escape y evitación de situaciones estresantes, o una disminución del grado de actividad habitual. A nivel afectivo hay irritabilidad, ansiedad o estado de ánimo disfórico.

En 1986 Lazarus y Folkman postularon que las respuestas de estrés son resultado de la relación entre factores ambientales (demandas excesivas del medio, carencia de apoyos sociales) y factores personales (experiencias previas en situaciones estresantes, características generales del sujeto, habilidades de enfrentamiento). Por lo tanto, cuando se produce un desequilibrio entre el individuo y su entorno, debido a que las demandas desbordan o amenazan sus recursos poniendo en peligro su salud y ajuste, decimos que esa persona se encuentra bajo estrés.

El modelo secuencial integrativo expuesto por Fernández-Ballesteros (1997) proporciona un análisis de los factores que intervienen en el estrés observando por separado cada elemento del esquema E-O-R-C.

#### ANTECEDENTES (E)

Las fuentes de estrés son numerosas por lo que hay que incluir aquellos eventos vitales que suponen un cambio importante para el individuo, entendiendo que pueden resultar estresantes no solo cambios problemáticos o no deseados, sino también cambios agradables o buscados, por lo tanto se separan por áreas :

- Personales: Enfermedades, accidentes, cirugías, envejecimiento, falta de habilidades y repertorios conductuales adecuados.
- Interpersonales: Problemas de pareja, malas relaciones familiares, muerte de un amigo, aislamiento social y traslados.
- Socioeconómicos: Inseguridad en la ciudad, servicios públicos deficientes, trabajo excesivo, valor adquisitivo del dinero, pérdida del empleo, jubilación.
- Físicos: Ruido, contaminación, temperaturas extremas, deprivación sensorial.

#### ORGANISMO (O)

Además del evento estresante externo o interno resulta fundamental tener en cuenta cómo el sujeto percibe y evalúa esa realidad ambiental o personal.

Los recursos con los que cuenta el individuo ya sea:

- Condiciones biológicas del organismo: Herencia, salud, alimentación, reserva de energía, conductas de riesgo (drogas, alcohol, cigarro).
- Repertorios básicos de conducta: Habilidades de afrontamiento, relajación, toma de decisiones.

#### RESPUESTA (R)

Las respuestas de estrés varían entre los sujetos por la forma de reaccionar ante éste y los niveles son:



- Cognitivo: Ideas y pensamientos sobre la importancia del evento y la manera de afrontarlo (solución de problemas, relajación, autocontrol).
- Fisiológico: Respuestas internas de organismo como segregación de adrenalina y noradrenalina, hormonas dentro del torrente sanguíneo.
- Conductual: Conducta manifiesta para enfrentar el evento.
- Afectivo: Emociones y redes de apoyo o percepción de apoyo social.

### CONSECUENTES (C)

Las consecuencias a la exposición a situaciones estresantes no son negativas en sí mismas. Como indican Moos y Schaefer (1986) las crisis vitales proporcionan, para algunas personas la ocasión de adquirir y desarrollar habilidades de enfrentamiento, sin embargo como el individuo mantiene constantemente un incremento de la activación cognitiva fisiológica y motora, después de cierto tiempo le será imposible sostener ese ritmo de actuación apareciendo el agotamiento y los efectos perjudiciales del estrés:

- Efectos físicos: Insomnio, mareo, dolores de espalda y en el pecho, cefaleas, hipertensión, úlcera péptica, diarrea.
- Efectos psicológicos: depresión, ansiedad, baja autoestima, baja autoeficacia.

Una intervención positiva consistirá en la reducción de la respuesta de ansiedad en los tres sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). Se sabe que diversas reacciones emocionales tienen como consecuencia la elevación de la presión arterial, del mismo modo, induciendo cambios en el comportamiento de las personas pueden provocarse reducciones en su presión. El tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial se ocupa de generar este tipo de cambios para producir una disminución permanente de los niveles de la presión arterial. Para lograrlo se actúa sobre distintos factores: la regulación hemodinámica, afectada por determinados estilos de afrontamiento ante condiciones no deseadas o desagradables y especialmente, por la anticipación de hechos que elevan la presión por mediación beta-adrenérgica; los factores psicosociales, que implican tanto situaciones de estrés interpersonal, como estilos de vida o carencias de

habilidades para enfrentarse con su entorno; y, por último, otra serie de condicionantes que facilitan la elevación mantenida de la presión, como son algunos hábitos alimentarios o la falta de ejercicio físico. Por su parte, la alexitimia, es decir la incapacidad para experimentar y expresar las emociones se asocia con la elevación de la presión arterial. Los sujetos alexitímicos presentaban mayores secuelas cuando son diagnosticados de hipertensión grave que los sujetos no alexitímicos, de tal manera que la alexitimia no sólo está correlacionada con la hipertensión, sino que también puede estar jugando un papel relevante en su etiología (Jula, Salminen y Saarijarvi, 1999). La evitación es otro estilo de afrontamiento que está relacionado con la actividad cardiovascular con incrementos de la presión sistólica. Los acontecimientos vitales estresantes y el bajo apoyo social parecen ser un factor de riesgo sobre la salud cardiovascular, no se conoce con seguridad el mecanismo de riesgo. Se cree que las variables provocadoras más probables pudieran ser las alteraciones en el estado de ánimo. Por tal motivo, la hipertensión arterial ha sido abordada desde la psicología, enfocándose al análisis y modificación de los patrones de comportamiento considerados como factores de riesgo para la hipertensión y de los factores cognitivos que le subyacen, como es el caso del patrón de conducta tipo A, la ingesta excesiva o indiscriminada de alimentos que dan lugar a la obesidad, la ejercitación muscular insuficiente o sedentarismo, el consumo excesivo de alcohol y tabaco, así como el conjunto de creencias y valores asignados a la salud y a la enfermedad hipertensiva, que median a tales formas de comportamiento. Otro factor importante en la enfermedad cardiovascular es el enojo, investigaciones indican que está íntimamente relacionado con este tipo de enfermedades, los investigadores indican que una población susceptible a tales son los adultos que en su primera infancia tuvieron situaciones socioeconómicas adversas (Merjonen P & cols, 2007).

Por su parte el tipo de tratamiento psicológico ha sido variable y ha incluido, desde proporcionar a los pacientes información concerniente a la enfermedad, el cambio de hábitos como el sedentarismo, las prácticas de alimentación, hasta la reeducación del paciente en el afrontamiento de estresores, dando lugar a

cambios en el estilo de vida más o menos permanentes, y una mejoría consecuente de la enfermedad (McKay, M., Davis, M. y Fanning, P., 1988). McGrady, Higgins y James en 1989, reportan la utilización de técnicas de relajación y biofeedback en pacientes hipertensos, encontrando que los pacientes que responden a este tipo de tratamientos con reducción en la presión arterial, son los que se caracterizan por su reactividad autonómica (por ejemplo manos frías, altas tasas cardíacas y evidencia de una respuesta crónica al estrés), que alcanzan altos puntajes de ansiedad y altos niveles de cortisol urinario. Cuando el psicólogo es integrado como miembro de un equipo clínico, las intervenciones son breves, focalizadas y generalmente conductuales, la intervención cognitivo conductual es en teoría y práctica la más utilizada.

## 2.2. Alteraciones psicoafectivas en el paciente con cáncer

El cáncer es una enfermedad sistémica que afecta a las células en las que por mutaciones de su material genético, se altera el control de su crecimiento, así como también se altera su mecanismo de muerte natural, lo que conduce una multiplicación celular sin control ni orden y en consecuencia a la aparición de una masa celular llamada tumor que crece progresivamente dentro de un órgano o víscera, invade los tejidos vecinos y se disemina a distancia a través de la corriente sanguínea o linfática, terminando en un plazo más o menos breve con la vida del huésped al interferir con sus funciones biológicas vitales. (Vienebra, 2001)

El cáncer se considera una de las primeras cinco causas de mortalidad en todo el mundo, es responsable del 22% de la mortalidad global, en nuestro país aparece como la segunda causa de muerte desde 1990, seguida de las enfermedades cardiovasculares. En el año 2002 el cáncer provocó 55,731 defunciones anuales, 52 y 48% para mujeres y hombres respectivamente. (Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas).

Es evidente que el cáncer ha tomado el lugar que antes ocupaban las enfermedades infecciosas y se ha convertido en la enfermedad más temida, no sólo por ser una de las principales causas de muerte, sino también porque se hace

siempre al precio de una mutilación o efectos secundarios indeseables, y sin duda también porque ciertos tipos de cáncer provocan sufrimientos prolongados insoportables, como son los dolores extremos. (Bravo, 1998).

La terapéutica depende del tipo de tumor, localización, tamaño, etapa evolutiva y otras condiciones biológicas del paciente, estas medidas serán capaces de detener el crecimiento del tumor y erradicarlo, en mayor o menor medida. (Aguiar y Aguiar, 1998).

Las enfermedades hematológicas malignas han sido de las primeras en responder al tratamiento médico, sin embargo conseguir la cura de Leucemia o Linfoma implica someterse a quimioterapia, radiación, trasplante de médula ósea, lo cual produce un estrés psicológico causado por los efectos colaterales de dichos tratamientos. Las respuestas adaptativas a estas situaciones requieren frecuentemente la intervención de profesionales del área de la salud mental para evitar que el tratamiento se interrumpa. Aquellos pacientes que logran confrontar la enfermedad parecen adaptarse bien al tratamiento en general se informan sobre la enfermedad y los modos de tratamiento, ellos ven la enfermedad como un desafío y resuelven los problemas de a uno por vez, aceptan las limitaciones en sus actividades como su temporal imagen alterada (Lesko, 1998).

En sí el diagnóstico de cáncer produce un estrés psicológico relacionado: con los síntomas, la percepción de la enfermedad que tengan el paciente y la familia. El significado de la crisis que involucra el cáncer según el ciclo de vida puede estar determinada por el compromiso que incluye la enfermedad para el individuo, es decir el evento se vuelve tan estresante dependiendo en como el paciente lo evalué. Las preocupaciones psicológicas asociadas al cáncer (Longacker, 1997) más frecuentemente se enlistan a continuación:

- el miedo a la muerte,
- la dependencia que generan las hospitalizaciones, los tratamientos y los años posteriores de seguimiento médico,

- el desfiguramiento que producen los cambios corporales durante el tratamiento,
- la ruptura de relaciones por períodos prolongados de hospitalización,
- la incapacidad producto de tratamiento que coarta el cumplimiento de objetivos escolares y laborales.

El paciente con cáncer a lo largo de su enfermedad atraviesa por situaciones altamente estresantes que le provocan crisis o reacciones psicológicas comunes y de no ser atendidas a tiempo se convierten en trastornos emocionales importantes que comprometen su adaptación a la enfermedad. Dichas reacciones se desarrollan desde el momento de recibir el diagnóstico (que involucra la probable noción de muerte), al enfrentarse a tratamientos invasivos (en donde frecuentemente los efectos secundarios son muy agresivos e impactantes); al padecer dolores insoportables, al sufrir una mutilación o perder funcionalidad física y por ende, muchas veces ser dependiente de su familia. Sin embargo la sensación de amenaza y el sentimiento de impotencia son subjetivos; un mismo acontecimiento, no produce la misma percepción de amenaza en todas las personas, ni todas ellas poseen los mismos recursos para hacerle frente (Arranz, 1998). Por consiguiente, es importante considerar toda la gama de variables psicológicas que inciden en el curso de la enfermedad y en el sufrimiento del paciente, ya que conocerlas puede ayudar a clarificar qué tipo de intervención se ha de fomentar o de evitar, teniendo en cuenta que es el paciente quien irá dando las pautas y las pistas de lo que necesita y de cuándo lo requiere.

Se dice que las reacciones de los pacientes con cáncer son similares en naturaleza a las de individuos que pasaron por otros eventos catastróficos. Según Massie y Holland (1989), existen patrones consistentes de respuesta mientras se da el tiempo de adaptación, pero también hay variaciones en el grado de estrés y perturbaciones manifiestas. Las respuestas a estos eventos están moduladas por la disponibilidad del apoyo social, la naturaleza y significado individual de la crisis según el ciclo de vida y la fuerza de los recursos internos.

Bajo el concepto de “apoyo social” se ha incluido todo tipo de recursos del entorno favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo dentro de un contexto comunitario. Existen tres aspectos a considerar en la definición del apoyo social que son: la cantidad, la estructura y la función de este, que están lógicamente y empíricamente interrelacionados. El apoyo social se conceptualiza de manera multidimensional, incluye una serie de variables como son: la noción de proximidad emocional o intimidad, la procedencia del apoyo (miembros de la familia, amigos, cuidadores profesionales, lazos comunitarios o sociales), el tipo de apoyo, la cantidad de apoyo recibido y una variable muy importante la percepción de apoyo por parte del sujeto. (Rodríguez-Marín, 1993)

Las investigaciones realizadas a la fecha indican que el apoyo social se relaciona con la calidad de vida del enfermo en dos formas: reduciendo el impacto psicológico de los acontecimientos estresantes de la vida de la persona y reduciendo por tanto, la posibilidad de que los niveles de estrés puedan contribuir a la aparición o agravamiento de una enfermedad. Así como influyendo directamente sobre la enfermedad física, contribuyendo a menores niveles de morbilidad y contribuyendo a una mejor rehabilitación. (Rodríguez-Marín, 1993)

El apoyo emocional según Gore, se considera una percepción de ser cuidado por una persona amada o un amigo íntimo o confidente, y ha sido relacionada con bajos niveles de estrés y depresión. Desde 1981, Helsing ha investigado a este respecto, la asociación entre las relaciones sociales y la mortandad. En estos estudios se ha encontrado que las personas casadas presentan una menor tasa de mortandad que las personas sin pareja (ya sea solteras, viudas o divorciadas). El apoyo social percibido parecería marcar una significativa diferencia en algunos aspectos de la inmunidad del paciente. El apoyo social puede ser, emocional, material, informativo y requerirse en diferente medida según sea el momento por el cual transcurra la enfermedad del paciente. Las *redes de apoyo y las habilidades sociales* son aspectos psicosociales que pueden significar un cambio en la reacción de un paciente ante la enfermedad.

Recientemente en un estudio longitudinal se reforzó la importancia del rol del apoyo social como parte de la adaptación a la enfermedad crónica, específicamente, como factor determinante en la disminución de los síntomas depresivos y la aceptación de la enfermedad (Hoth K, Christensen AJ, Ehlers SL, Raichle KA & Lawton WJ, 2007).

Por su parte, el proceso cognitivo en los que se basa la evaluación de la crisis ante la enfermedad, se puede explicar a partir de los trabajos realizados por Hamilton (1982) y Lazarus y Folkman (1984). Estos autores en sus estudios de manera separada, proponen un modelo donde un evento o la inminente presencia de un evento anticipado es evaluado como amenazante o que puede tener resultados potencialmente desfavorables.

De esta manera Lazarus y Folkman (1984) han descrito tres tipos de evaluaciones que caracterizan los encuentros estresantes: daño/pérdida, amenaza y desafío. Este primer concepto se refiere al perjuicio ya recibido, como las pérdidas importantes en general (salud, afectos o la autoestima). La amenaza implica la evaluación del daño o pérdida que aún no han ocurrido, pero que pueden ser previsible y son considerados amenazantes por la carga de implicaciones negativas a las que conllevan. Esta evaluación de amenaza permite el afrontamiento de manera anticipada y por tanto adaptativa. La tercera evaluación es referente al desafío y al igual que la amenaza implica una movilización conductual y cognitiva, pero en el desafío existe una valoración del estresor para ser vencido en la confrontación y lograr la adaptación, lo que a su vez conlleva a emociones placenteras, contrario a la evaluación anticipada de amenaza que produce emociones negativas, como grandes cargas de estrés y ansiedad.

En definitiva, el paciente se ve en la necesidad de responder a diversas amenazas (Cohn y Lazarus 1979), tales como la incapacidad, al dolor, a la necesidad de enfrentarse con sentimientos como la cólera, a modificar los roles socio-profesionales, a la separación de la familia, a la hospitalización, a los tratamientos, a comprender la terminología médica, a tomar decisiones en momentos de estrés, a la necesidad de depender de otros, a perder la intimidad física y psicológica, en

sí a adaptarse bruscamente a una nueva realidad, una realidad que se va modificando según cambian los tratamientos y evoluciona hacia la curación completa, la remisión temporal o la muerte.

\*Afrontamiento como adaptación a la enfermedad

El conocer los estilos y estrategias de los cuales se valen los individuos para resolver sus problemas de la vida cotidiana, puede dar la pauta para diseñar estrategias particulares acordes a las diferencias individuales de la respuesta (Sala, Gatto y Marino, 2000). Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”*. Es decir es un proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo/ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera. A continuación se describen los mecanismos de afrontamiento según dichos autores:

- Confrontación (Conf): Esfuerzos agresivos para cambiar la situación que implica un cierto grado de hostilidad y aceptación de los riesgos.
- Distanciamiento (Dist): Esfuerzos cognitivos para desentenderse y minimizar el significado de la situación.
- Autocontrol (Aut): Esfuerzos para regular los propios sentimientos y conductas
- Búsqueda de apoyo social (Bas): Esfuerzos para conseguir ayuda informativa y apoyo emocional.
- Responsabilidad: (Resp) Conocimiento del propio rol en la situación e intentos de poner las cosas en su sitio
- Escape - Evitación (E-E): Esfuerzos para escapar o evitar el problema (acción)



- Planificación para resolver el problema (PRP): Esfuerzos deliberados para cambiar la situación, acompañados de análisis para resolver el problema.
- Valoración positiva (VP): Esfuerzos para buscar lo positivo a la situación centrándose en el crecimiento personal (dimensión religiosa o espiritual)

Que un individuo evalúe la posibilidad de utilizar determinada estrategia ante una situación que puede representar un problema no quiere decir que siempre la pueda utilizar, por lo tanto es una actividad consciente e implica un esfuerzo y se puede aprender. (Lazarus y Folkman, 1985).

Laux y Weber proponen que las principales funciones del afrontamiento son: el resolver problemas, regular emociones, proteger la estima propia y mantener y formar interacciones sociales. El proceso de afrontamiento depende no solo de factores situacionales como son el estresor sino también de recursos intrínsecos y extrínsecos de la persona, mayormente de sus recursos de personalidad y sistema de soporte (Temoshokl, 1984).

Arranz retomando a Lazarus y Folkman propone que el modo en cómo las personas afrontan una enfermedad grave, tanto a nivel cognitivo como afectivo y conductual, ha mostrado ser un factor de predicción de la adaptación a la enfermedad, de su pronóstico y supervivencia. Señala que entre las principales formas de afrontamiento se encuentran:

- a) las activas que son esfuerzos conductuales y cognitivos para manejar sucesos estresantes (tales como la reevaluación positiva de la enfermedad desde la aceptación de la realidad, la búsqueda de información o la solución de problemas).
- b) las que implican evitación, estas son intentos por soslayar el problema o reducir la tensión mediante actitudes de huida (tales como la negación, la resignación o la evitación cognitiva) (Arranz, 1998).

Ya desde 1932 Hans Selye hablaba del Síndrome General de Adaptación, donde proponía que los seres vivos tienen mecanismos fisiológicos para actuar ante la amenaza y reaccionar con huida o ataque, logrando así una homeostasis biológica

y protección ante el peligro. En décadas posteriores a este síndrome se le conoció como estrés. Más adelante Caplan en 1981, conceptualizó el estrés como una situación en la cual las demandas en el individuo exceden la habilidad para responder, produciendo excitación tanto psicológica como fisiológica. Según el modelo de Caplan, el recibir noticias catastróficas acerca del diagnóstico de cáncer o de recurrencia resulta un esfuerzo cognitivo inmediato de problema-solución, sin embargo, la habilidad de solucionar problemas en ese momento, esta simultáneamente reducida en virtud de la excitación psicológica que produce pobre atención, concentración, juicio, y una sensación de desorganización y corrosión del concepto de sí mismo. La falta de habilidad para utilizar herramientas adaptativas provoca una disforia transitoria, manifestada por ansiedad y depresión. La adaptación saludable en una persona normal resulta finalmente en el uso de mecanismos de afrontamiento efectivos que reduzcan la excitación psicológica y fisiológica. (Arranz,1998).

Por otra parte Lowitz en el 2001, propone que las respuestas psicológicas del cáncer tienden a reflejar los mecanismos premórbidos de imitación e interacción, ya que la presencia del cáncer interrumpe prácticamente en todos los aspectos de la vida del paciente y de su familia y por ende dentro de las reacciones más frecuentes se encuentran la hostilidad, la cólera y la ansiedad está última manifestada con agitación, disminución de la capacidad de concentración, problemas de sueño o comportamiento compulsivo entre otros.

Los cuadros depresivos como producto de situaciones estresantes y estilos de afrontamiento que utilizan los pacientes aquejados de una enfermedad grave, pueden influir en la respuesta a tratamientos y la sobrevida de estos pacientes. Es importante conocerlos, distinguirlos y saber cómo operar con ellos en favor del paciente. Los estilos de afrontamiento cobran sentido en función de la situación para la que son empleados, no aisladamente (Lazaruz y Folkman, 1985).

Hay condiciones que pueden servir de amortiguadores a situaciones que generan estados de tensión emocional como son: tener la percepción de control sobre el estresor o la percepción de sentirse apoyado por la pareja o el médico en el caso

de un paciente. En cambio, otras condiciones como estar aislado o deprimido, sentir que se carece de apoyo social puede aumentar el distres asociado a la enfermedad (Massie y Holland, 1990)

Como se puede observar, padecer cáncer supone un estrés vital muy grave, que amenaza con agotar los recursos psicológicos de la persona por la magnitud del peligro. (Tross y Holland, 1990). La comunicación del diagnóstico de cáncer es un aspecto muy controvertido. Cassem (1994) señala que los médicos actuales prefieren decirles el diagnóstico a los pacientes porque consideran que tienen derecho a conocerlo. Esto no excluye la posterior evitación o negación de la verdad, como se ha comprobado que ocurre en alrededor del 20% de los casos. Decir la verdad, adaptada a la fortaleza de cada paciente y manteniendo la esperanza, es una base firme para una relación de confianza y facilita la resolución de los problemas que surgen en la trayectoria del paciente.

El impacto del diagnóstico origina reacciones de temor, negación, confusión, ira, culpabilidad y actitudes de reparación con sobreprotección, en la familia. Si se trata de una familia que comparte información y emociones, habrá una mejor adaptación y afrontamiento. Pero si es una familia con problemas, estos aumentan y fácilmente a lo largo de todo el tratamiento presentan fatiga física, tristeza, desesperanza, impotencia, hostilidad, culpa, agobio por la dependencia que el paciente ha desarrollado hacia ellos, ansiedad por el mantenimiento en secreto del cáncer, etc. es decir, están desbordados por sus propios sentimientos, a veces contradictorios. No hay que olvidar la situación de duelo anticipado. Dentro de la pareja se puede producir una alteración de la comunicación, de la afectividad y de la sexualidad. El deseo de intimidad y de ser un buen amante son necesidades universales, muy comprometidas cuando hay una incapacidad física. Por eso, la mutilación corporal, el dolor, la insuficiencia sensorial, la colostomía, la incontinencia, etc. crean dificultades en la expresión corporal de los afectos y la sexualidad. La información adecuada de la pareja es imprescindible para una buena comunicación y favorece un mejor afrontamiento de los problemas emocionales que ocasiona el cáncer (Friedman, Baer y Nelson, 1988)

La crisis presentada por el cáncer ha sido ampliamente estudiada en relación a la adaptación al diagnóstico. Weisman y Worden ya desde 1976, describieron la adaptación de los individuos los primeros 100 días después del diagnóstico de cáncer, denominándolo periodo de “pleito existencial” (Arranz, 1998). Por su parte Elizabeth Kübler-Ross (1975) habla de cinco fases ante el afrontamiento del proceso de duelo la primera es la negación y aislamiento, la segunda la ira, la tercera el pacto o negociación, la cuarta la depresión y la quinta la aceptación, que en el caso de los pacientes con cáncer puede ser la aceptación de la comprensión final de la proximidad de la propia muerte, ella puntualiza que puede haber una variación con respecto a la secuencia de la segunda a la cuarta fase, pero la resolución final del duelo se da con la adaptación, de esta forma se podrían explicar las reacciones emocionales del paciente con cáncer ante el afrontamiento a la pérdida de la salud y adaptación ante un nuevo diagnóstico.

Massie y Holland desarrollaron un modelo de fases de la adaptación normal al diagnóstico de cáncer, basado en el trabajo de Horowitz y colaboradores, acerca de los síndromes de respuesta al estrés resultante de eventos no relacionados a enfermedades, el cual tiene muchas aplicaciones lógicas al cáncer, en donde el responder ante los puntos críticos de la enfermedad desde el diagnóstico, las propuestas del tratamiento, las ideas irracionales y temores a los efectos colaterales son característicos e incrementan la reacción. La siguiente tabla 1, se muestra dicho modelo de Fases de la crisis:

Tabla 1. Modelo de Massie y Holland (1989) de respuestas normales a la crisis relacionada al cáncer

Resultados de la crisis	Respuesta emocional y cognitiva resultado de la crisis	Intervalo de tiempo
FASE 1 Respuesta inicial	Escepticismo o rechazo (“el diagnóstico está mal”)  Desesperación (“yo lo sabía desde un	Dura menos de una semana

	principio”, “no hay razón para tomar el tratamiento”)	
FASE 2  Disforia	Ansiedad  Estado de ánimo depresivo  Anorexia  Insomnio  Pobre concentración  Falta de interés por las actividades diarias.	Dura de 1 a 2 semanas
FASE 3  Adaptación	Adaptación a la nueva información.  Confrontación de los problemas presentados.  Encuentra razones para estar optimista  Revisa actividades (el plan de tratamiento).	Empieza a las 2 semanas del diagnóstico

Holland señala que la respuesta a la crisis en el cáncer, al tiempo del diagnóstico o en algún punto transicional o de crisis, está caracterizada por una fase inicial en la cual la persona experimenta escepticismo, o rechazo temporal del diagnóstico, los pacientes describen un periodo de “entumecimiento” o eventos de desrealización (“como si no les estuviera pasando a ellos”) esto les permite un distanciamiento emocional temporal de lo que implica el cáncer. Este periodo inicial, el cual usualmente dura unos pocos días es seguido por un periodo de tumulto y estrés abierto, ansiedad, miedos al futuro, pensamientos rumiativos y dificultad para dormir, comer y concentrarse. El estado de ánimo es frecuentemente ansioso o triste, con una sensación de desesperanza y desesperación. En la ausencia de la crisis, estas emociones serían consideradas

patológicas, pero en este contexto son signos de un afrontamiento normal y adaptativo. Mientras la respuesta normal usualmente disminuye después de una semana o 10 días, hay síntomas que persisten o son más graves. Es importante reconocer cuan dolorosos pueden ser los síntomas de estrés al tiempo del diagnóstico, y cuan frecuentemente los pacientes los recuerdan y temen volver a experimentarlos con otra crisis. En este aspecto, la respuesta es similar al ataque de pánico en el cual el miedo anticipatorio de volver a experimentar los síntomas domina el cuadro y provoca experimentarlos (Arranz, 1998).

Mantener la percepción de control sobre la situación favorece el proceso de adaptación y la disminución de las situaciones de indefensión. El incremento de la afectividad positiva y la autorregulación de la afectividad negativa pueden actuar como mecanismos mediadores en la evolución de la enfermedad, amortiguando el estrés. La apertura de canales de comunicación clara y abierta entre el paciente, la familia y el equipo, también constituyen un elemento fundamental para la adaptación y el ajuste del enfermo oncológico. El enfermo necesita un tiempo y un espacio en los que se le facilite la expresión de sus emociones. En la siguiente tabla se esquematizan en forma resumida los factores involucrados en el ajuste o adaptación al diagnóstico, según Arranz.

Tabla 2. Factores involucrados en el ajuste al diagnóstico de cáncer

MEJOR AJUSTE	PEOR AJUSTE
<p>Información gradual adaptada a las necesidades del paciente</p> <p>Comunicación clara y abierta entre paciente, familia y equipo</p> <p>Afrontamiento activo</p> <p>Percepción de control</p>	<p>Negarse a tener información</p> <p>Alexitimia (déficit de capacidad de comunicar emociones)</p> <p>Evitación cognitiva o conductual</p> <p>Indefensión</p> <p>Aislamiento, soledad</p>

Apoyo social	Apoyo familiar nulo o escaso,
Apoyo familiar	conspiración del silencio
Soporte emocional del equipo	No atención del área emocional en el equipo
No tener historia psiquiátrica previa	Tener historia psiquiátrica previa.

Los pacientes que son más exitosos al enfrentar el cáncer tienden a ser más positivos en sus pensamientos y toman un rol activo en sus tratamientos médicos, sin embargo aquellos que tienen dificultad para enfrentarse tienden a ver su situación con desesperanza y toman un rol pasivo en el tratamiento. (Cousins, 1989 cit. En Golden 1992).

En una adaptación saludable a la enfermedad se espera una variabilidad en el estado de ánimo, y esta no tiene un efecto adverso en el tratamiento. Sin embargo muchas veces las reacciones se vuelven más graves y duran un largo periodo de tiempo, en ese momento se convierten en alteraciones serias que comprometen la adaptación del paciente a su enfermedad.

El estrés producido por la enfermedad conduce al paciente a una situación de indefensión y vulnerabilidad que lo somete a una crisis normal de la psique para organizar las nuevas concepciones y condiciones de vida, de tal manera que tras esta crisis se logre con ayuda de los mecanismos de enfrentamiento, la adaptación a un estado de asimilación y participación activa ante la enfermedad y los tratamientos, sin embargo puede que este ajuste no se propicie de forma natural, en esos momentos aparecen alteraciones emocionales importantes.

Actualmente, para determinar un diagnóstico psicológico en el caso de tener una alteración emocional, se pueden utilizar dos manuales el DSM-IV que es el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales y del comportamiento, y el CIE-10 Clasificación Internacional de las Enfermedades, en ambos se incluyen los cuadros clínicos (signos y síntomas) para el diagnóstico de las reacciones,

trastornos y psicopatologías específicas, que se diferencian básicamente por la duración de la sintomatología. Cabe señalar que no se enfocan en enfermedades oncológicas, sin embargo su aplicación práctica ha sido muy eficaz en las investigaciones realizadas.

En 1978, Levine, Silberfarb y Lipowski revisaron a 100 pacientes con cáncer hospitalizados en Dartmouth referidos a la consulta psiquiátrica. La principal razón para referirlos fue evaluar la depresión y el delirio. De los pacientes vistos el 56% estaban deprimidos y el 40% tenía un trastorno mental orgánico (delirium). Por su parte Massie y Holland en 1987 revisaron lo mismo en 546 pacientes, encontrando algo similar, las principales razones para referir al paciente a una evaluación fue por depresión o riesgo suicida (59%) y para valorar el delirium (18%). Usando el criterio diagnóstico del DSM-III, el grupo diagnóstico más frecuente fue el estrés como reacción, un 54% tenía un trastorno adaptativo con reacción depresiva, ansiedad o mixto. La depresión mayor, se presentó en un 9%. El trastorno mental orgánico se diagnosticó en el 20% de los pacientes, usualmente manifestado como delirium. La esquizofrenia y el trastorno bipolar constituían el 5% del diagnóstico, el trastorno de ansiedad el 4% y el retardo mental y trastorno somatoforme un 4%. (Massie y Holland, 1989).

En otro estudio realizado en el hospital de oncología "Marie Curie", con una muestra de 117 pacientes con cáncer, el 56% presentó síntomas de angustia, el 44,5% insomnio, el 14% ansiedad y el 16% agresividad. En total el 94,2% de los pacientes entrevistados presentaba trastornos emocionales de algún tipo, de estos el 63% respondió al apoyo psicológico sin necesidad de ser medicado y en el 29% de los casos se combinó el apoyo psicológico con medicación psicofarmacológica (Mc Grath, 2004).

Por su parte Massie y Holland (1990) aseguran que los trastornos psiquiátricos más frecuentes en los pacientes oncológicos son los Trastornos Afectivos, seguidos del Síndrome Cerebral Orgánico. Los pacientes con cáncer hospitalizados presentan diagnóstico de depresión el 25%, abarcando desde el humor depresivo hasta la depresión endógena. Los factores que indican la



posibilidad de que los pacientes oncológicos desarrollen depresión son: antecedentes de trastorno depresivo o de consumo de tóxicos (alcohol), cáncer avanzado, dolor mal controlado, tratamientos con algunos fármacos concretos (vincristina, vimblastina, procarbacin, interferón, etc.) y enfermedades intercurrentes.

Según la localización y el tipo de cáncer, los tratamientos, el momento en que se valoran sus problemas psicológicos y los criterios utilizados para ello, un 20-70% de los pacientes oncológicos desarrollan trastornos emocionales, que precisarían de algún tipo de intervención psicológica (Bousoño, González, Pedregal y Bobes, 1993). El Psychosocial Collaborative Oncology Group (PSYCOG), el primer grupo cooperativo organizado a la investigación de estos temas, se encargó de un estudio de gran ayuda para conocer la naturaleza y prevalencia de los desordenes emocionales en los pacientes con cáncer. Es así como Derogatis y sus colaboradores en 1985 (Massie y Holland, 1990), en el Cancer Center of Johns Hopkins, Rochester y Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, seleccionaron aleatoriamente a 215 pacientes hospitalizados y ambulatorios a los cuales se les realizó una entrevista estructurada evaluada por clínicos y por medio de escalas de auto-informe del paciente mismo; los clínicos hicieron un diagnóstico psiquiátrico, usando el criterio del DSM-III. De los 215 pacientes entrevistados, el 53% estuvieron adaptados adecuadamente al cáncer sin síntomas más allá de los considerados normales, sin embargo el 47% tuvo suficientes síntomas o reacciones psicológicas para garantizar el diagnóstico de un desorden emocional. Del casi 50% de los pacientes que tuvieron un diagnóstico, la mayoría de las perturbaciones era depresión, ansiedad o ambas, presentes como reacción ante la crisis que involucra el cáncer. Estos estados de ánimo fueron simplemente de mayor intensidad y duración de lo considerado normal, y usando el criterio del DSM-III, fueron diagnosticados como trastorno adaptativo con reacción depresiva, ansiosa o mixta. Dicha categoría es la más aproximada al estrés situacional de los pacientes con enfermedad física.

### 2.2.1. Trastorno adaptativo

En el borde entre reacciones normales y anormales, se encuentra el más común de las alteraciones emocionales vistas en el cáncer: el trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad o depresión o mixta (ansiedad y/o depresión reactiva que excede lo visto en la respuesta normal al estrés). A este respecto Holland considera que estos síntomas son una exageración de las emociones presentadas en la respuesta normal ante el estrés, las respuestas son excesivas en duración (más de 7 a 14 días) o en intensidad (síntomas lo suficientemente graves como para interferir en el funcionamiento normal). Sin embargo aún no ha habido estudios del curso natural del trastorno adaptativo en los pacientes con enfermedad física, incluyendo los pacientes con cáncer. Los síntomas del trastorno adaptativo frecuentemente son depresivos, los pacientes tienen un estado de ánimo disfórico, se desesperan acerca del futuro y sienten debilidad. Cuando son síntomas ansiosos se manifiestan con agitación, miedos extremos, insomnio, anorexia, así como también dificultad para evaluar los sucesos.

El DSM-IV señala que los síntomas de este trastorno son nerviosismo y preocupación que exceden la reacción normal ante el estresor, o causan deterioro en la función social u ocupacional del paciente. El estresor puede ser sencillo o múltiple, recurrente o continuo (enfermedad crónica). La duración del desorden puede ser tan breve como unos meses si el estresor es transitorio y cesa, o la mucho más larga si el estresor continúa. Trastornos preexistentes y estresores previos pueden incrementar la vulnerabilidad en el individuo a estresarse y predisponerse al desarrollo de un trastorno adaptativo.

La siguiente tabla muestra los criterios diagnósticos del trastorno adaptativo de los dos sistemas de clasificación DSM-IV y CIE-10:

Tabla 3. Criterios diagnósticos para el trastorno adaptativo según la CIE -10 y el DSM-IV

CIE-10	DSM-IV
<p>A. Haber sido expuesto a un estrés psicosocial identificable, el cual no es de gravedad extraordinaria ni de tipo catastrófico, no más de un mes antes del comienzo de los síntomas.</p> <p>B. Síntomas o trastorno del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (afectivos) (excepto ideas delirantes y alucinaciones), de los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos y de los trastornos disociales, siempre que no se satisfagan los criterios para un trastorno en particular. La forma y gravedad de los síntomas pueden variar de un momento a otro.</p> <p>La característica predominante de los síntomas debe especificarse:</p>	<p>A. La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tienen lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.</p> <p>B. Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo.</p> <p>(1). Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.</p> <p>(2). Deterioro significativo de la actividad social o laboral.</p> <p>C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.</p> <p>D. Los síntomas no responden a una reacción de duelo.</p> <p>E. Una vez que ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de seis meses. Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo (p.ej. más de seis meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico (p.ej. una enfermedad</p>

<p>Reacción depresiva breve: Estado depresivo leve y transitorio de duración no superior a un mes.</p>	<p>médica incapacitante y crónica) o a un estresante con repercusiones importantes (p.ej. dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio).</p>
<p>Reacción depresiva prolongada: Estado depresivo leve que aparece como respuesta a una exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.</p>	<p>Especificar sí es:</p> <p>Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.</p> <p>Crónico: si la alteración dura 6 meses o más, en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes.</p>
<p>Reacción mixta de ansiedad y depresión: Destacan los síntomas de ansiedad y depresión, pero con niveles de gravedad no superiores a los especificados para el trastorno mixto de ansiedad-depresión u otro trastorno de ansiedad mixto.</p>	<p>Los trastornos adaptativos son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes.</p> <p>Con estado de ánimo depresivo, acompañado de llanto o desesperanza.</p> <p>Con ansiedad, síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud.</p> <p>Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo</p>
<p>C. los síntomas no persisten más de seis meses tras la finalización del estrés o sus consecuencias.</p>	<p>Con trastorno de comportamiento</p> <p>Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento</p> <p>No especificado</p>

Un padecimiento frecuentemente encontrado en el paciente con cáncer es el dolor crónico, que a su vez genera alteraciones emocionales que empeoran la calidad de vida del paciente, a continuación se explora dichas alteraciones.

### 2.3. Dolor

El dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con una lesión real o potencial, descrita en términos de la misma (Asociación Internacional de Estudio del Dolor IASP, 1979). El manejo del dolor debe ser integral ya que se sabe que los pensamientos negativos incrementan el estrés y a su vez provocan activación fisiológica que se ve involucrada en la percepción de la experiencia dolorosa (Rojas y Ramirez, 2002).

La teoría de la compuerta, fue la primera en proponer que el dolor tenía influencia de variables psicológicas, como la atención. Fue propuesta en 1965 por Melzack y Wall, e indica que los fenómenos del dolor están determinados por interacciones en tres sistemas de la médula espinal: las células de la sustancia gelatinosa del asta dorsal, las fibras nerviosas de la columna dorsal que se proyectan hacia el cerebro y las primeras células de transmisión central del asta dorsal; de este modo la actividad neural aferente de los nociceptores periféricos está modulada en el asta dorsal de la médula que actúa como una puerta que impide o no el paso de los impulsos nerviosos que proceden de los nociceptores y del córtex; así el grado con que la puerta disminuye o incrementa la transmisión de impulsos nerviosos está en función de la actividad de las fibras sensoriales aferentes y de las influencias descendentes de las áreas centrales del córtex. Esto supone que la percepción del dolor no está influida solamente por los mensajes que llegan al cerebro desde los receptores especializados del organismo, sino que también está modulado por los mensajes descendentes del cerebro que pueden incrementar, atenuar o bloquear los mensajes ascendentes. Así se presenta el dolor como una experiencia tridimensional, en la que interactúan factores fisiológicos y psicológicos en tres dimensiones (Gala, Lupiani, Guillén, Gómez y Lupiani, 2003):

- La dimensión sensorial-discriminativa, cuya función es de transmitir la estimulación nociva (térmica, mecánica y química) de los nociceptores y explica su intensidad y localización: Esta dimensión es la más periférica de la transmisión del dolor. La dimensión motivacional-afectiva, recoge los aspectos emocionales del dolor calificándolo como desagradable y aversivo o no, lo que puede elicitar conductas de ansiedad, depresión y/o de escape. Esta dimensión está medida por estructuras inmediatas como la formación reticular, el sistema límbico y el tálamo.
- La dimensión cognitivo-evaluativa alude a variables tales como la atención, las creencias, sugestión, valores culturales hacia el dolor. Esta dimensión está localizada a nivel cortical.

Para que un estímulo nociceptivo se haga consciente debe pasar por cuatro procesos, dichos procesos se describen a continuación (Bayter y Chona, 2001):

1. Transducción: este es el proceso en el cuál un estímulo nocivo (eléctrico, mecánico, térmico, etc) se convierte en una señal eléctrica. Esto se lleva a cabo en los nociceptores que son en realidad las terminaciones nerviosas libres de las fibras encargadas de conducir el dolor (las fibras A y C). Las fibras A pocas mielinizadas, son terminaciones con alto umbral y alta velocidad de conducción (10-40 m/seg) y son las encargadas de transmitir el primer impulso, a la corteza cerebral (dolor epicrítico) para que suceda un mecanismo de retirada. Las fibras C amielínicas responden a estímulos mecánicos, químicos y térmicos; son más lentas (2 m/seg) y son las responsables del dolor sordo y mal localizado que sucede después del dolor primario, llamado dolor protopático. Estos nociceptores de las fibras C tienen una característica especial y es que pueden ser sensibilizados e incluso activados espontáneamente por mediadores inflamatorios como las prostaglandinas (PGS), leucotrienos, sustancia P, acetil colina, histamina y potasio, es aquí donde juegan un papel importante los antiinflamatorios en el manejo del dolor agudo.

2. Transmisión. Es la propagación del impulso por las fibras aferentes primarias (A y C), que hacen sinapsis en la segunda neurona en el asta posterior de la médula, donde inician los tractos ascendentes que se proyectan hacia el tálamo, la corteza y el sistema límbico y reticular (tractos espinotalámicos y espinoreticular) controlados por neurotransmisores excitatorios (glutamato, aspartato, sustancia P y otros péptidos).
3. Percepción. La información es integrada y percibida en la corteza cerebral, sistema límbico y sistema reticular, haciéndose de esta manera consciente el dolor; responsable de las expresiones emocionales y de la formación de un estado general de alerta.
4. Modulación. Por último, la activación de vías descendentes inhibitorias se encargan de que no se perpetúe el dolor y por medio de neurotransmisores inhibitorios como opiodes endógenos, somatostatina, serotonina, norepinefrina y GABA, modulan la activación de las vías ascendentes.

De esta forma se explica cómo es que la percepción del evento nociceptivo puede influenciar significativamente la respuesta emocional y conductual y a su vez el estrés asociado con el dolor, puede tener un efecto significativo en la nocicepción original decrementando el umbral al dolor. Diversos estudios han demostrado que el estrés y la ansiedad tienen una influencia significativa en la percepción del dolor, altos niveles de estrés o ansiedad se asocian con altos niveles de intensidad de dolor. (Cornwal & Doncleri, 1988 En: Symreng, y Fishman 2004). Además, los altos niveles de estrés pueden activar la respuesta biológica en el sistema autónomo y músculo esquelético. El ciclo dolor-estrés enfatiza la interacción del estrés relacionado y el dolor. La siguiente figura esquematiza dicho ciclo.

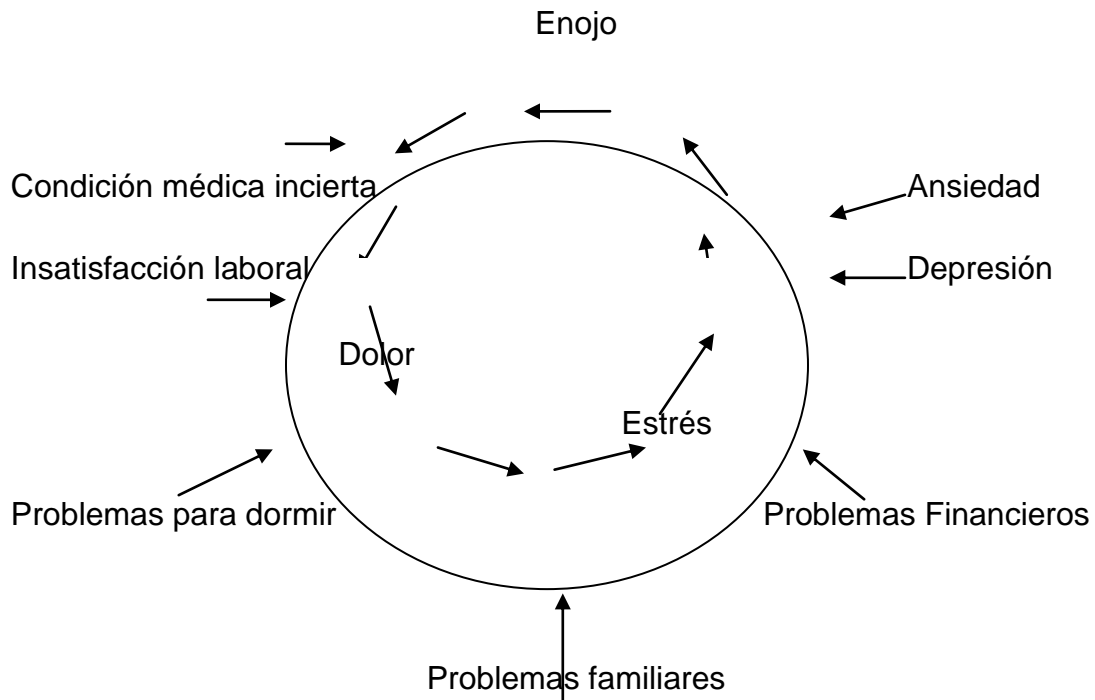


Fig. 1 Ciclo Dolor-Estrés

Así mismo la tendencia a expresar el enojo se incrementa cuando existe dolor y viceversa el enojo aún no expresado incrementa la percepción de dolor. (Bruehl S, Chung OY & Burns W, 2006). Estudios indican que el inhibir la expresión del enojo durante un evento que lo provoque, puede incrementar la percepción del dolor a largo plazo. (Burns JW, Quartana PJ & Bruehl S, 2008).

### 2.3.1. Ansiedad y dolor

La ansiedad, como el dolor y el miedo juegan un rol adaptativo, como una alarma ante un peligro o perjuicio. La disfunción crónica de estas alarmas transforman de un síntoma adaptativo a un estado de enfermedad. Desde 1896, Frey reconoció el afecto dentro de la experiencia dolorosa, pero lo consideraba solamente un componente reactivo secundario. Posteriormente Melzack y Casey documentaron una dimensión afectiva-motivacional del dolor que contribuye a la intensidad del dolor total, como se menciono anteriormente. Por su parte la ansiedad es un estado emocional que todos experimentamos en algún grado, los síntomas



clásicos incluyen taquicardia, dolor de cabeza, nerviosismo, tensión muscular, sudoración, náusea, vértigo, dolor de cabeza e insomnio. (Méndez y Grau, 2002). Leve o moderada ansiedad es normal en ciertas situaciones y pueden ser benéficas, posiblemente motivan al individuo a prepararse para una ejecución, elicitan la vigilancia durante retos, o sirven como precaución ante el peligro. Los desórdenes de ansiedad se distinguen de la ansiedad normal, por su intensidad, prolongación o asociación con fobias que interfieren con la función. Los síntomas de la ansiedad son típicamente evaluados en tres dominios: cognitivos o afectivos, conductuales y fisiológicos (Symreng y Fishman, 2004).

Hay una creciente evidencia que los desórdenes psicológicos como la ansiedad y la depresión frecuentemente coexisten y se correlacionan con el dolor crónico. 35% de la población con dolor crónico cumplen el criterio de un trastorno de ansiedad, comparado con solo el 18% de la población general. Varni y cols., encontraron que mientras más alta sea la intensidad del dolor crónico es más grave la sintomatología de ansiedad. Ferguson y Ahles reportaron que la ansiedad incrementa la probabilidad de reportar dolor, los pacientes con dolor crónico son más inclinados a ser hipervigilantes al dolor con objeto de su ansiedad (Symreng y Fishman, 2004).

Es frecuente que los pacientes con dolor crónico se quejen de ansiedad centrada en el significado negativo de las consecuencias de su dolor. La ansiedad crónica puede dañar la funcionalidad del individuo, afectando actividades sociales y de trabajo. Evaluar la ansiedad puede requerir obtener la descripción de la situación que provoca síntomas de ansiedad.

Las teorías basadas en el aprendizaje clásico, el modelo cognitivo del procesamiento de la información, y el modelo de condicionamiento operante son las explicaciones más comunes de cómo la ansiedad y el dolor se impactan entre ellas. La teoría del aprendizaje clásico sugiere que la ansiedad se desarrolla como una respuesta a situaciones amenazantes ya que el individuo ha sido castigado en el pasado por estas situaciones. Una vez condicionado, el individuo buscará escapar o evitar tales situaciones. Teóricos han implicado crecientemente, el procesamiento de la información, como bases para la ansiedad patológica.

Aunque los detalles varían entre los autores, la premisa básica es que los síntomas de ansiedad resultan de un patrón de procesamiento selectivo que favorece la información amenazante, de esta forma el miedo y la ansiedad pueden mantener las conductas de dolor.

Por tal razón es importante considerar los antecedentes de alteraciones emocionales o trastornos de personalidad que se asocian como un mayor riesgo, y dificultan el manejo del dolor crónico. La prevalencia de la comorbilidad de condiciones psicológicas, como la depresión, ansiedad y trastornos de personalidad, representa desafíos únicos los cuales frecuentemente complican el proceso del tratamiento del dolor. Por ejemplo la depresión y el dolor crónico tienen una relación cíclica. Los pacientes con dolor crónico que están deprimidos secundarios a sus condiciones están propensos a funcionar con más pobremente físicamente y demuestran mayor nivel de discapacidad física. Pacientes con dolor crónico quienes tienen síntomas depresivos reportan más alta intensidad de dolor percibido, más conductas dolorosas. Sin embargo los pacientes con dolor crónico que utilizan estrategias de enfrentamiento positivas activas tienden a tener menores niveles de severidad en el autoinforme del dolor, depresión y discapacidad funcional, mientras pasa lo opuesto en aquellos pacientes que utilizan estrategias de enfrentamiento pasivas (Brown, 2004).

El sufrimiento, que es el componente emocional del dolor, aparece cuando la persona cree que el dolor actual afectará de alguna manera su vida en el futuro inmediato. Esto da origen por lo tanto una situación de control externo hacia el medio ambiente que le rodea, ya que de esto el paciente ganará consecuencias favorables para él y mantener el control de quien le rodea, lo que se denomina ganancia secundaria.

La experiencia de vivir con dolor crónico intenso en un largo periodo de tiempo, genera diferentes reacciones en cada paciente. Pueden modificarse algunos procesos mentales normales y las actividades de la vida diaria cuando el dolor está presente, cambiando de igual forma sus relaciones sociales. Se observa pues que la evaluación y el tratamiento del dolor se deben encaminar no sólo a

procesos psicofisiológicos, sino también a desafíos inter e intra personales supuestos por el dolor crónico. En la evaluación del dolor se debe también incluir:

- Información personal del paciente y la historia familiar
- Antecedentes de enfermedad mental
- Abuso de sustancias
- Historias de enfrentamiento, fortalezas y debilidades con respecto a su familia, trabajo y relaciones estresantes.
- Actividades funcionales y limitaciones.

Por su parte el Dr. Aréchiga en el 2001, propone que existen aspectos sociales que se relacionan al dolor crónico que se deben tomar en cuenta al valorar el dolor, (Méndez y Grau, 2002) tales como:

- Sentimiento de abandono.
- Aislamiento social por mutilaciones o cambios físicos sufridos en el proceso de la enfermedad.
- Los asuntos no resueltos, es importante considerarlos como por ejemplo: emocionales, personales, financieros, espirituales.
- Pérdida o temor por faltar a la escuela, al trabajo, de la posición social o en la familia.
- El que exista una pobre comunicación médico-paciente, falta de continuidad en la atención, atención insensible e impersonal.
- Retraso en el diagnóstico, fracaso en los tratamientos instituidos.

En muchos de estos aspectos intervienen las conductas socialmente habilidosas las cuales son un conjunto de conductas que conducen a expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que conducen a resolver problemas inmediatos (Caballo, 1995).

De tal manera que un entrenamiento adecuado en habilidades sociales podría reducir la percepción subjetiva del dolor, para conocer los déficits a trabajar se requiere conocerlos correctamente. Con respecto a la evaluación, existe una

variedad de métodos generales y especializados de evaluación psicosocial relacionada al dolor. En estos se incluyen entrevistas, cuestionarios, escalas de evaluación, observación conductual directa, observación del medio familiar, autoinforme, etc. A continuación se proponen algunas de las más reconocidas en la bibliografía para evaluar los aspectos psicosociales relacionados al dolor (Méndez y Gutierrez, 2001).

Tabla 4. Evaluación de problemas psicosociales relacionados con dolor.

PROBLEMA	ASPECTOS IMPORTANTES	MÉTODO DE EVALUACIÓN
Psicopatología	Trastornos de personalidad, ansiedad, somatización.  Abuso de fármacos	MMPI, DSM IV. Entrevista psiquiátrica.
Funciones cognitivas	Inteligencia global, atención, juicio práctico, comprensión de situaciones sociales, etc.	Examen mental, entrevista, WAIS.
Factores de personalidad	Respuesta emocional, tolerancia a la frustración, autoestima, motivación interés.	Entrevista, MMPI,
Experiencia dolorosa	Patrones de intensidad, continuo, intermitente, incidental; diario, semanal, etc.  Pensamientos y sentimientos reactivos, creencias y actitudes.	MPQ, escala para evaluar analogías verbales y visuales.
Conductas de dolor	Tipo: expresivo-estoico, demandante-operante, verbal-	Observación directa (OBS)  Diario de control, preguntas a

	no verbal. Ganancia secundaria.  Descripción específica y frecuencias.	la familia y entrevista directa.
Empleo de medicamentos	Tipo, frecuencia, patrón, alivio, efectos secundarios.  Actitud hacia los medicamentos, opinión acerca de la adicción.	Escalas de evaluación del dolor, entrevista y diario de medicamentos.
Actitudes diarias	Vida diaria, trabajo, amigos, familia, diversión.	Entrevista, informe de la familia.
Estado de ánimo	Depresión, ansiedad, enojo, irritabilidad, tensión, sentimientos relacionados.	Escala de Depresión de Hamilton, Rasgo-estado de Ansiedad (IDARE), MMPI, informe familiar.
Percepción de apoyo social.	Sentimiento de pertenencia, apoyo tangible, estima social.	Entrevista, entrevista social.
Mecanismos de afrontamiento	Operaciones mentales y hábitos de conducta en relación con el manejo del estrés y la capacidad emocional.	Estilos de Afrontamiento de Lazarus y Folkman.  Entrevista.

Se sabe que es común que existan creencias, actitudes y expectativas de los pacientes ante el dolor crónico, estos conceptos pueden influir en la conducta y bloquear las respuestas terapéuticas y alargar de manera innecesaria el sufrimiento.

El inadecuado control analgésico suele aparecer cuando las conductas relacionadas al dolor, como las demandantes u operantes, pueden traer consigo hábitos inadecuados que mantienen el dolor (Méndez y Gutiérrez, 2001).

Al evaluar las creencias previas al tratamiento se puede intervenir con la aceptación del paciente y la adhesión terapéutica al programa de automanejo para el tratamiento del dolor crónico. (Williams & Thorn, 1989, en Brown, 2004).

Es por tal motivo que la evaluación debe ser multidisciplinaria tal como lo propone la medicina conductual, la siguiente figura muestra los aspectos relacionados al sufrimiento total.

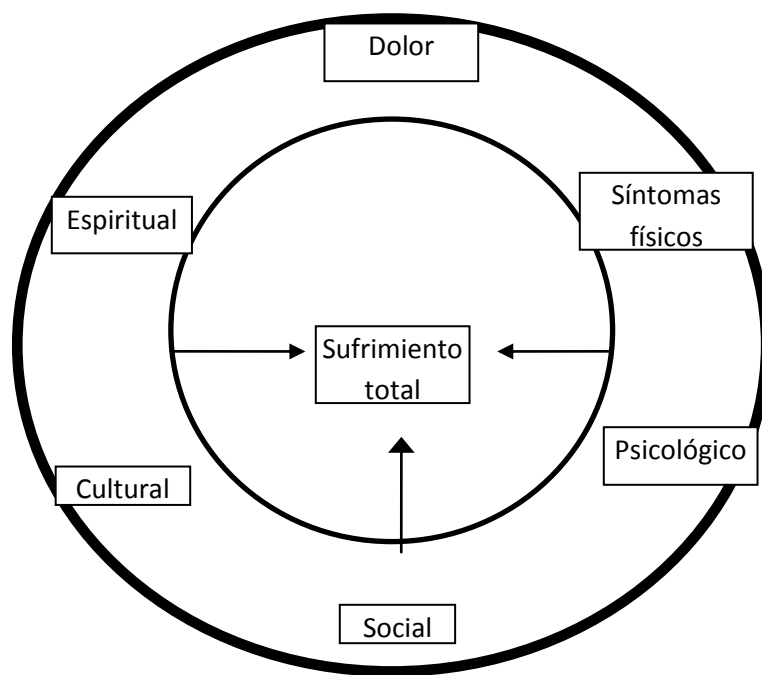


Fig.2. Aspectos relacionados al dolor, modelo de sufrimiento Total

El equipo de salud debe considerar la evaluación y manejo, durante el proceso de tratamiento incluyendo el componente psicosocial. Los resultados del tratamiento son afectados por las creencias y expectativas concernientes a como su dolor puede ser tratado. (Turk & Okifuji, 2002 en Brown, 2004).

### 2.3.2. Tratamiento del dolor

Como se ha propuesto anteriormente el dolor debe ser tratado de manera integrar tanto psicológica como farmacológicamente. Actualmente las intervenciones psicológicas pueden representar la mejor y más sencilla opción a largo-plazo, ya que la intervención psicológica enseña al paciente cómo predecir y manejar los síntomas fisiológicos y psicológicos, así como a utilizar las estrategias de afrontamiento apropiadas para minimizar dichos síntomas. Las intervenciones cognitivo conductuales tienen como objetivo primario el cambio conductual y de procesos de pensamiento disfuncional. Intervenciones específicas que han sido estudiadas en el contexto de la ansiedad y el dolor crónico incluyen aproximaciones conductuales tales como el control por medio de la respiración, la relajación muscular, la exposición en vivo, y aproximaciones cognitivas como la atención dispersión, reestructuración. Otras estrategias comúnmente empleadas incluyen la hipnosis y promueven la desensibilización sistemática (Lesko, 1998).

Recientemente se han realizado estudios en los cuales se evalúa el afrontamiento ante el dolor crónico, orientado a la aceptación o el autocontrol como respuestas adaptativas, encontrando sorprendentemente que el proceso de aceptación como afrontamiento está asociado a la adaptación al dolor crónico y el bienestar subjetivo, es decir que el resignificar el dolor como forma de afrontamiento a éste disminuye el estrés, obviamente proponen que no por eso se olvidan los mecanismos de autocontrol del dolor, sino que se atienden de manera complementaria. (Mc Cracken LM, Vowles KE, & Gauntlett-Gilbert J, 2007).

Por tal motivo los procedimientos cognitivo-conductuales son efectivos para reducir la incapacidad, el sufrimiento y algunas de las complicaciones en la atención al paciente. Se pueden utilizar técnicas especializadas en el tratamiento de trastornos emocionales y conductuales, en principio un paciente con dolor crónico puede recibir beneficios del apoyo psicológico mientras se le somete a procedimientos dolorosos de diagnóstico o tratamientos muy prolongados. La intervención cognitivo-conductual está indicada para las personas que están ansiosas, desesperadas y con una patología dolorosa crónica, lo que produce un

mecanismo de bloqueo al efecto analgésico, deterioro en su funcionamiento personal, social y familiar.

Parte de los esquemas de tratamiento que se plantean en la actualidad obliga a contar con un equipo multidisciplinario donde la participación de la psicología es considerada como parte importante, ya que proporciona el apoyo al evaluar y ofrecer tratamiento, identificar algunas de las características del dolor que pudieran estar relacionadas, y que limite para ofrecer un tratamiento analgésico con buenos resultados. El tratamiento cognitivo-conductual del dolor debe considerar la suma de los aspectos que participan en la percepción del mismo por lo que se propone combinar todo el conjunto de procedimientos y técnicas que se conocen hasta el momento, que ofrecen un comprobado resultado, entre los que destacan:

- 1) Analgesia hipnótica.
- 2) Técnicas de Respiración.
- 3) Disociación del dolor.
- 4) Retroalimentación biológica.
- 5) Imaginería.

El entrenamiento en relajación y la retroalimentación biológica pueden lograr un control directo del paciente sobre las respuestas fisiológicas relacionadas con el dolor. Y modificar las reacciones asociadas con el dolor, para que el alivio rápido sea permanente. Por su parte entre las muchas estrategias farmacológicas para la ansiedad se incluyen agentes como las benzodiazepinas, antidepresivos, o otras medicaciones que caen en el rubro de estabilizadores de membrana o agentes estabilizadores del humor tales como los anticonvulsivantes.

Las intervenciones cognitivo-conductuales han apuntado a incrementar la autoeficacia percibida por el paciente, enseñando estrategias de enfrentamiento alternativas. Típicamente, las metas del tratamiento son cambiar la percepción del



dolor al paciente, cambiar las conductas de dolor, incrementar las actividades sociales, recreativas e identificar eventos antecedentes y consecuentes que incrementen o disminuya los estímulos nociceptivos. Para identificar, que tanto los aspectos emocionales influyen en la percepción del dolor el personal de salud debe dedicar cierta cantidad de tiempo para conocer a su paciente, realizar una evaluación de la intensidad del dolor, con una escala, como la visual análoga, la visual numérica, la frutal análoga, etc. no perder el interés en conocer los aspectos emocionales que pudieran estar relacionados con ese dolor que este evaluando (Aldrete,2000: En Dussel, 2001).

La intervención cognitivo-conductual, para el manejo del dolor está basada en el modelo cognitivo-conductual de dolor, y se ha convertido en el estándar común de las intervenciones psicológicas para el manejo del dolor (Morley, Eccleston Williams, 1988 en Brown, 2004). Así como las cogniciones individuales afectan e influyen en la percepción del dolor, la intervención está diseñada a alterar el autodiálogo reduciendo las autofrases referentes al dolor. La reestructuración cognitiva enseña estrategias para cambiar el pensamiento e interpretar diferente el dolor. Los pacientes que utilizan la catastrofización y evitación como estrategias de enfrentamiento se han encontrado que tienen altos niveles de discapacidad física y psicológica. (Keefe,Dunsmore & Burnett, 1992, en Brown, 2004)

Existen programas cognitivos conductuales que han logrado disminuir la intensidad del dolor, aumentando la capacidad de enfrentamiento del dolor percibido. (Burns and colls, 1998, en Brown 2004). El programa de Tripler Army Medical Center, es uno de ellos, este consiste, en primer lugar, en dar una cita de chequeo la cual consiste en una breve introducción a la filosofía del tratamiento multidimensional que tiene el programa, y en completar una batería de pruebas de autorinforme. Dicha batería evalúa la intensidad del dolor, la interferencia en las actividades, sueño, fatiga y ejercicio, el estrés emocional y los indicadores del trauma. También evalúa las necesidades y expectativas inmediatas con respecto al dolor. Posteriormente se realiza un programa de psicoeducación en enfrentamiento que dura 6 semanas. El cuál contiene las diferencias entre dolor

agudo y dolor crónico, la psicofisiología de la percepción del dolor, los cambios en el estilo de vida y estrategias de autorregulación psicofisiológicas, como la respiración diafragmática. (Simon & Folen, 2001, en Brown, 2004). Cada uno de estos módulos está enmarcado con estrategias de enfrentamiento para solución de problemas, asertividad, toma de decisiones y estrategias de relajación. La solución de problemas les ayuda a los pacientes a reconocer nuevas formas de responder en situaciones estresantes. Se realiza una evaluación y de acuerdo a los resultados se proporcionan las intervenciones psicoterapéuticas incluyendo estrategias de autorregulación, tales como el entrenamiento en relajación, biofeedback, autohipnosis y psicoterapia individual, familiar y/o de grupo. La historia individual determinara las necesidades ya sea de una terapia individual, marital o familiar. Además el programa tiene 10 semanas de tratamiento cognitivo conductual enfocada al dolor y la depresión. Para identificar y cambiar patrones de pensamiento desadaptativo y creencias de dolor, anticipar resultados en mejorar el estado de ánimo, afecto y la autoeficacia. (Dworkin and colls. 1999, en Brown, 2004)

Históricamente, los avances en el manejo del dolor han enfatizado la utilización de múltiples disciplinas para tener logros terapéuticos. Los profesionales de la salud de las diferentes disciplinas, cada uno especializado en diferentes aspectos de la experiencia dolorosa, frecuentemente se reúnen para asumir un tranquilo funcionamiento del equipo. La meta principal para el equipo de manejo de dolor es mejorar el funcionamiento y calidad de vida del paciente.

El líder del equipo facilita la discusión para saber que miembro se responsabiliza de qué tarea y construir metas claras con resultados cuantificables. La efectividad de un equipo multidisciplinario está influenciada por varios factores, incluyendo la promoción de un claro entendimiento de las tareas y responsabilidades específicas de cada miembro y el mantenimiento de dinámicas saludables en el equipo. Mejor comunicación, cooperación y entendimiento entre las diferentes disciplinas resulta un indicador para el mejorar el cuidado y resultados. El rol del psicólogo en el equipo de dolor puede variar dependiendo de la estructura y

organización del programa del manejo de dolor. El psicólogo de dolor es experto en conducta y pensamiento, evaluación psicofisiológica y modalidades de tratamientos, es capaz de proveer una perspectiva de todos los factores físicos y psicosociales que pueden afectar a la percepción del dolor. Es necesario ayudar al paciente para establecer metas reales tanto para el manejo de un programa de tratamiento como para reestructurar su vida. El propósito siempre debe estar enfocado a evitar el uso excesivo de medicamentos, no estar hospitalizado con frecuencia, y mantener una funcionalidad vital lo más cercano a la normalidad. Es importante ayudar a mantener una actitud positiva donde las recompensas (atención y aprobación) por su buena conducta ante el tratamiento, no sean utilizados como un mecanismo de manipulación de la familia, del ambiente o del personal médico. Ya que esto puede evitar, una gran dependencia del paciente o de la familia hacia el médico, facilite el uso de medicamentos en forma correcta y le pueda ofrecer al paciente independencia y seguridad sobre lo que el mismo puede controlar. Un programa de control del estrés es de vital importancia, como se mencionó anteriormente, el uso de diferentes técnicas cognitivo-conductuales ofrece un beneficio sobre la percepción del dolor y deben ser incluidas como parte del programa de la clínica del dolor (Arechiga, 2001 En: Méndez y Grau, 2002)

### 3. Intervención Cognitivo Conductual

La intervención cognitivo-conductual es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psíquicas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores, (Beck, 1983).

Cabe reconocer que las intervenciones cognitivo-conductuales están basadas en la terapia cognitivo conductual como tal, y busca alterar las construcciones que hace un paciente sobre sus experiencias. Implica al paciente en un proceso mediante el cual se plantea la influencia que tienen los sistemas cognitivos, emocionales, lingüísticos y conductuales, de organización de la experiencia en su visión de las cosas y se buscan formas alternativas, válidas y viables de conocer el mundo, y de aportar nuevos significados, transformando todos los sistemas de funcionamiento personal. Clark en 1995 señala que los modelos de reestructuración y los cognitivo-comportamentales buscan controlar las emociones cambiando habilidades o procesamientos cognitivos (Gabalda, 1997).

Las técnicas de intervención van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos, (Beck, 1983). Para tal propósito se sirve de una amplia gama de estrategias cognitivas y conductuales, la principal estrategia hace énfasis en la investigación empírica de las experiencias internas (mentales) del paciente, tales como: pensamientos, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos. Se formulan las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de sí mismo, de sus experiencias y de su futuro en términos de hipótesis,

cuya validez se intenta comprobar de un modo sistemático. Su objetivo es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método según Beck consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente:

1. Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos.
2. Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.
3. Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.
4. Sustituir esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.
5. Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

Se utilizan técnicas verbales para explorar la lógica subyacente y la base de las cogniciones y supuestos concretos. El paciente reconoce, controla y registra sus pensamientos negativos en el Registro Diario de Pensamientos Distorsionados. Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo e incremento de la conducta positiva. La intervención se centra en “síntomas objetivos” específicos y se someten a una investigación lógica y empírica (Beck, 1983).

Las técnicas conductuales elicitán cogniciones asociadas a conductas específicas. Entre ellas se encuentran los Cuestionarios de Actividades Semanales, en el que el paciente debe registrar sus actividades; un Cuestionario de Dominio y Agrado, en el que el paciente avalúa las actividades listadas en el cuestionario anterior; y la Asignación de Tareas Graduales, en la cual el paciente emprende una serie de tareas que le llevarán a alcanzar una meta que él considere difícil o imposible. Estas técnicas se diseñan para ayudar al paciente a someter a prueba ciertos supuestos y cogniciones desadaptativos ( Beck, 1983).

Es así como las técnicas cognitivas pueden ser el tipo ideal de intervención para

modificar la tendencia de este tipo de pacientes a hacer inferencias incorrectas a partir de eventos específicos, al identificar los procesos “lógicos” que llevan a sus conclusiones, examinar la evidencia y considerar explicaciones alternativas. De tal forma que se le ayuda a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando de esta forma los síntomas emocionales (Rosenzweig, M. R y Leiman, 1992).

En este tipo de intervenciones el terapeuta estructura la sesión según un diseño específico que requiere la participación y colaboración del paciente, el terapeuta colabora activamente con el paciente en la exploración de las experiencias psicológicas de éste, y en la elaboración de programas de actividades y de tareas para realizar en casa. “El control de los sentimientos más intensos puede lograrse mediante un cambio en las ideas”. Los supuestos generales en los que se basa la teoría cognitiva se enlistan a continuación (Greenberger, D y Padesky, Ch.,1995):

1. La percepción y la experiencia son procesos activos. Que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
4. Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia” o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría

clínica.

En el caso del paciente deprimido, el modelo cognitivo de Beck postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: la tríada cognitiva, los esquemas, y los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información). A continuación se describen los componentes del modelo cognitivo (Beck, 1983):

I. La *tríada cognitiva*, consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente depresivo, a considerarse a sí mismo, sus experiencias y su futuro de un modo ideosincrático.

1. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, carece de valor. Piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.
2. El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. El paciente se cuestiona constantemente “por qué yo” o “por qué a mí me dio esta enfermedad”. Sus interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye las situaciones en una dirección negativa, aún cuando pudiera hacer interpretaciones alternativas más plausibles.
3. El tercer componente de la tríada, se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables, todas sus expectativas son de fracaso. Y piensa que a partir de la enfermedad su vida no podrá ser igual, que no podrá realizar las cosas que desea o que su vida terminará pronto.

II. *Modelo de esquemas*, este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones. Así un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructura distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos, estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona (Beck, 1983).

III. *Errores sistemáticos* que mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria, los siguientes son ejemplos de errores sistemáticos:

- 1 Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta) se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- 2 Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- 3 Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a



situaciones inconexas.

- 4 Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- 5 Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión. El paciente se atribuye a sí mismo como causante de su enfermedad.
- 6 Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas.

### 3.1. Taxonomía cognitiva

Los modelos de la taxonomía cognitiva permiten comprender mejor los diferentes elementos presentes en la actividad mental humana, ya que permiten ordenar el cúmulo de hallazgos sobre el funcionamiento cognitivo, orientar la investigación y también poder distinguir las características comunes y diferenciales de los diferentes trastornos. Originalmente Ingram y Kendall (1986) proponen cuatro categorías cognitivas: a) estructuras cognitivas, b) contenido de la información almacenada en las estructuras, c) operaciones efectuadas dentro de esas estructuras y con esos contenidos, y d) los productos cognitivos resultantes (Vazquez y Cameron, 1997).

**Estructuras cognitivas:** Las variables estructurales se refieren a la arquitectura del sistema, es decir, la manera en que la información se almacena y se organiza internamente dentro de algún tipo de estructura. La memoria a corto plazo y largo plazo son dos conceptos que pertenecen a esta categoría.

**Proposiciones cognitivas:** Contenido de la información que es almacenada y organizada dentro de alguna estructura. Incluye conceptos como los de conocimiento episódico o conocimiento semántico.

Operaciones cognitivas: Procesos mediante los cuales el sistema opera, e incluyen conceptos como la codificación y recuperación de información, o los procesos atencionales.

Productos cognitivos: Resultado final de las operaciones que el sistema cognitivo realiza sobre la información; son las cogniciones y pensamientos que el individuo experimenta y de las que puede tener conciencia, como resultado de la interacción de la información entrante con las estructuras, las proposiciones y las operaciones del sistema. Las atribuciones o los pensamientos automáticos son dos de los constructos que se incluyen en esta categoría, y la mayor parte de la investigación habitual en “Psicología clínica cognitiva”, se circunscribe a este ámbito.

Según la hipótesis de las habilidades compensatorias el cambio en las creencias y/o procesos cognitivos que genera la terapia cognitiva se centra en que el paciente aprende una serie de habilidades (metacognitivas y de solución de problemas) que le ayudan a reducir los pensamientos negativos. El cambio se producirá no tanto en la tendencia a generar pensamientos positivos frente a situaciones negativas sino al hecho de que la terapia inserta un conjunto de habilidades en el paciente para afrontar con más éxito esas situaciones y esas cogniciones. Por ejemplo, el aprendizaje de ciertas habilidades metacognitivas, como inculcar la necesidad de buscar evidencia o de generar pensamientos alternativos, serían aprendizajes básicos para afrontar eficazmente cogniciones negativas.

El papel del procesamiento se ha convertido en un área fundamental de la investigación en psicopatología cognitiva experimental, especialmente en el área de investigación de la atención, memoria y estados de ánimo. Un hallazgo consistente es el de la existencia de sesgos atencionales en sujetos ansiosos, de tal modo que, ante dos estímulos competidores, los ansiosos procesan preferente o prioritariamente la información con contenidos amenazantes o relacionados con la ansiedad. En cuanto a la depresión el patrón de resultados cambia, pues aquí son evidentes los sesgos en memoria: los sujetos deprimidos recuerdan más

información negativa que positiva, cuando es personalmente relevante (Matt, Vázquez y Campbell, 1992 En: Soriano y García, 1997).

Para explicar el patrón de resultados hallado, ( Mathews y Macleod, 1994 en: Gabalda, 1997) han sugerido que resulta útil el empleo de los conceptos de procesamiento automático y controlado: la ansiedad conduciría básicamente a sesgos relacionados con el procesamiento de material amenazante en etapas tempranas y automáticas del procesamiento, lo que conduciría básicamente a sesgos automáticos atencionales más que a sesgos controlados (como en memoria); la depresión, por el contrario, afectaría más a operaciones de procesamiento controlado, lo que se reflejaría en sesgos de memoria pero sin efectos paralelos en la atención. Para Beck y Clark, 1988, existen sesgos generales en todo tipo de procesamientos (atención o memoria), tanto en la depresión como en la ansiedad. La diferencia cognitiva entre ambos trastornos estaría simplemente en los contenidos de lo que se procesa, pero no en el tipo de procesos alterados implicados. (Soriano y García, 1997).

Los esquemas desadaptativos y las actitudes disfuncionales son conceptos centrales en las teorías clínicas cognitivas. En línea con la psicología cognitiva general, la definición de “esquema” en la obra de Beck es la de un cuerpo almacenado de conocimientos que interactúa con el procesamiento de nueva información (Williams y cols., 1988 En: Soriano y García, 1997). Beck se centra en la hipótesis del *contenido específico*, prácticamente ignorando potenciales diferencias en términos de estructuras o procesamiento. Así pues Beck propone que en la ansiedad el contenido del esquema está integrado por temas relacionados con la percepción de amenaza a la propia integridad física o psicológica. En la depresión, los temas nucleares harían referencia a asuntos de pérdida y privación. Las características de los esquemas cognitivos desadaptativos, según Beck, son: ser rígidos, impermeables, sobreinclusivos y concretos. (Beck Y Clark, 1988 en: Soriano y García, 1997).

Los “Pensamientos Automáticos Negativos” (PAN) son aquellas imágenes y contenidos verbales que emergen de un modo habitualmente conciente,

constituyen el principal “reto” para el terapeuta. Los resultados de los estudios que han analizado los PAN (rumiaciones, pensamientos generados espontáneamente), apoyan la idea de que tales PAN tienen un papel en la génesis de estados emocionales negativos. Los clínicos denominan automáticos a los PAN porque se presentan inesperadamente al paciente, sin que éste sea consciente de que haya existido ningún procesamiento previo. Además los PAN aparentemente son automáticos porque son difíciles de controlar una vez iniciados; en efecto, los experimentos de parada de pensamiento claramente demuestran que tratar de no pensar en determinados pensamientos conduce a un efecto de rebote por el cual, paradójicamente, dichos pensamientos se hacen más frecuentes y más llamativos para el sujeto (Soriano y García, 1997).

El método de la intervención cognitivo-conductual consiste en enseñar al paciente a (Greenberger, D. y Padesky, 1995):

- ↪ Controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos
- ↪ Identificar las relaciones entre cognición, emoción y conducta
- ↪ Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados
- ↪ Sustituir esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas
- ↪ Aprender a identificar y modificar las falsas creencias que les predisponen a distorsionar sus experiencias.

Ya que los diferentes pensamientos o interpretaciones de un evento pueden conducir a diferentes estados de ánimo en una misma situación. Puesto que una emoción puede ser dolorosa o puede llevar a conductas con consecuencias, es importante identificar los pensamientos y verificar la precisión de estos antes de actuar. Se sabe que los pensamientos ayudan a definir el estado de ánimo que se experimenta en una situación dada. Una vez que el estado de ánimo está presente, se acompaña de pensamientos adicionales que dan soporte y refuerzan este estado de ánimo. Es importante aprender a reconocer cuando el pensamiento es distorsionado porque será el primer paso para un estado de ánimo más equilibrado (Greenberger, D. y Padesky, C. A. 1995).

Tal como se observa la propuesta de la intervención es que las personas

consideren tantos ángulos diferentes como sea posible de un problema, es decir mirar una situación desde muchos lados distintos (positivo, negativo, neutral) para de esta manera producir nuevas conclusiones y soluciones (Beck, 1983). Se sabe que los pensamientos, las creencias y las actitudes influyen en la salud los individuos de tal manera que el tratamiento psicológico cobra gran importancia en población con enfermedades físicas, a continuación se aborda los métodos eficaces para la valoración psicológica, que serán parte aguas en el tratamiento.

### 3.2. Valoración psicológica

Generalmente la evaluación psicológica bajo un enfoque cognitivo-conductual se centra en el análisis funcional de la conducta. El análisis funcional de la conducta es el esfuerzo sistemático para identificar las relaciones conductuales entre conductas o antecedentes y consecuentes, con las cuales pueden estar asociadas. Es decir examina de una forma más precisa qué contribuye a la conducta de manera que la información pueda emplearse para identificar intervenciones efectivas (Chance, 2001).

El análisis funcional tiene tres propósitos: describir la conducta y los eventos con los cuales se asocia; hacer predicciones o hipótesis sobre los factores que controlan la conducta basado en las relaciones observadas de la conducta y los eventos; y probar estas predicciones alterando los factores que presumen para ver si la conducta varía conforme se predijo (Kazdin, 1996). Los métodos para obtener la evaluación funcional de la conducta que permita identificar las relaciones entre antecedente, conductas y consecuentes son: la entrevista, la observación directa, y manipulación de condiciones (Sulzer-Azaroff, 1990).

La entrevista es el método más utilizado para la obtención de información para la evaluación en la práctica clínica. La entrevista diagnóstica cuenta con tres objetivos (Marinho, Caballo y Silverio, 2003):

1. El establecimiento de una relación terapéutica con el cliente, que incluya una conexión armónica y el enseñar al paciente conductas de rol apropiadas, de modo que pueda colaborar en el proceso de entrevista.
2. Acumular la información necesaria para un análisis funcional preciso de las conductas problemas presentes en el paciente.
3. Identificar la conducta meta para la intervención.

La entrevista cognitivo conductual es una herramienta indispensable para el terapeuta ya que a partir de ella se puede establecer un contacto adecuado con el paciente, además de servir como método de evaluación indirecta para un análisis conductual apropiado, apoyado en la evaluación directa. Adicionalmente se ha considerado a la entrevista como una técnica de tratamiento. Los aspectos básicos que debe recoger una entrevista conductual son (Fernández y Carboles, 2003):

- a) Datos personales y familiares
- b) Características del problema
- c) Historia del problema: año en que comenzó, circunstancias en que se produjo el comienzo de éste, profesionales a los que ha consultado, fármacos prescritos y eficacia percibida de los mismos, etc.
- d) Elementos asociados al problema que pueden influir aumentando o disminuyendo éste: influencia de tareas o actividades, creencias en relación a la causa, etc.

En ocasiones, es muy difícil trasladarse a la situación real en donde ocurre la conducta problema para observarla y registrarla y es durante la entrevista que se conoce al paciente, sus datos generales, su problema principal y porqué es causado dicho problema. Para favorecer la comunicación es importante proporcionar un ambiente empático. La confianza y el rapport se conocen como componentes de relación y son considerados intrínsecamente durante la entrevista conductual. El terapeuta demuestra su compromiso con el paciente por medio de

sus palabras el tono de su voz, sus expresiones faciales, y su lenguaje corporal. El terapeuta debe reunir las siguientes características básicas: calidez, empatía, interés, preocupación genuina y competencia, así como demostrar su interés por el paciente haciendo afirmaciones empáticas, escuchando con atención, sintetizando adecuadamente las ideas y sentimientos expresados y mostrando una actitud realista y optimista, además de revisar lo ocurrido en cada sesión para asegurarse de que el paciente se sienta comprendido y esté conforme (Fernandez y Carboles, 2003), de tal manera que la sola recolección adecuada de información sirva de mecanismo terapéutico.

El tratamiento debe de ser estructurado para cada caso, dependiendo los déficits detectados, a continuación se describen las principales técnicas de las que se vale la intervención cognitivo-conductual para el logro de sus objetivos.

### 3.3. Técnicas de intervención cognitivo conductuales

La intervención cognitivo-conductual como se dijo anteriormente intenta promover el aprendizaje de formas de afrontamiento adecuadas que promuevan la adaptación del paciente. Dentro de las técnicas cognitivo-conductuales destaca actualmente la de solución de problemas que a continuación se plantea.

#### *Entrenamiento en solución de problemas*

Con el término solución de problemas se hace referencia a un proceso cognitivo-afectivo conductual a través del cual un individuo identifica o descubre medios efectivos de enfrentarse con los problemas que se encuentra en la vida de cada día. Este proceso incluye tanto la generación de soluciones alternativas y la toma de decisiones o elección conductual.

Un problema es una situación de la vida que demanda una respuesta para el funcionamiento efectivo, pero para el cual ninguna respuesta efectiva está inmediatamente aparente o disponible en ese momento para el individuo o el grupo enfrentado con la situación. En esta situación el individuo o el grupo percibe una discrepancia entre “lo que es” (circunstancias actuales o anticipadas), bajo

condiciones donde el medio de reducir tales discrepancias no son inmediatamente aparente o disponibles debido a uno o varios obstáculos. Una solución es una respuesta de afrontamiento o un patrón de respuestas que es efectivo en alterar la situación problemática y/o las reacciones personales propias para que no sea percibida a partir de ahí como un problema, mientras que al mismo tiempo maximiza otras consecuencias positivas (beneficios) y minimiza otras consecuencias negativas (costes) (Labrador y cols, 1995).

El entrenamiento en solución de problemas siguiendo el modelo de D'Zurilla y Golfried, 1977, (Huber, 1988), está dirigido al aprendizaje de estrategias de afrontamiento para superar con éxito distintos problemas personales.

El Entrenamiento en Solución de Problemas consta de cinco fases o etapas, las cuales aportan una determinada contribución a la solución eficaz de un problema (D'Zurilla, 1988):

1.- Orientación hacia el problema.- El primer componente de la solución de problemas refleja un conjunto general de respuestas implicado en comprender y reaccionar a situaciones estresantes reales o percibidas. El entrenamiento de este componente trata de ayudar a los individuos con problemas, a:

- a) Identificar y reconocer correctamente los problemas cuando ocurren.
- b) Adoptar la perspectiva filosófica de que los problemas de la vida son normales e inevitables y que la solución de problemas es un medio viable de afrontarlos.
- c) Aumentar sus expectativas de ser capaces de realizar satisfactoriamente actividades de solución de problemas.
- d) Inhibir la tendencia a llevar a cabo hábitos de respuesta automática, basados en experiencias anteriores en situaciones similares (Nezu, Nezu, y Perri, 1989; en Caballo, 1995).

Una orientación positiva hacia el problema conllevaría una aceptación personal de la creencia de que los problemas son normales e inevitables y que se pueden



afrontar de forma eficaz. En general es importante enseñar a los pacientes a reconocer distintas situaciones como problemas y clasificarlas como tales. El clasificar con precisión un problema como problema, sirve para ayudar a la gente a inhibir la tendencia a actuar de forma impulsiva o automática, como reacción a la situación.

2.- Definición y formulación del problema.- El propósito de este proceso de solución de problemas consiste en evaluar la naturaleza de la situación problema e identificar un conjunto de objetivos o metas realistas. El entrenamiento de este componente se centra en las siguientes cinco tareas:

- a) Búsqueda de toda la información y de todos los hechos disponibles sobre el problema.
- b) Descripción de estos hechos en términos claros y sin ambigüedades.
- c) Diferenciar la información relevante de la irrelevante y los hechos objetivos de las inferencias, suposiciones e interpretaciones no comprobadas.
- d) Identificación de los factores y circunstancias que hacen de la situación un problema.
- e) Establecer una serie de objetivos realistas en la solución de problemas.

Al definir y formular un determinado problema, se coloca el énfasis en la precisión y en el alcance. Los individuos básicamente responden a las siguientes preguntas específicas: Quién (¿Quién es el responsable o está implicado en el problema?) Qué (¿Qué estoy sintiendo con este problema?) Dónde (¿Dónde ocurre el problema?) Cuándo (¿Cuándo empezó el problema?) Por qué (¿Por qué ocurrió el problema?).

Al definir y formular el problema, se enseña a los pacientes, además, a plantear objetivos específicos que les gustaría alcanzar. Estos objetivos se especifican en términos concretos y sin ambigüedades y también se alienta a los pacientes para que establezcan objetivos realistas que sean realmente alcanzables.

Un último paso importante de este entrenamiento implica la identificación de los obstáculos que existen en un problema determinado y que impiden que se alcancen los objetivos. Los factores que convierten en problemática a una situación pueden implicar la novedad, la incertidumbre, las demandas conflictivas del estímulo, la falta de recursos, o alguna otra limitación o deficiencia persona o ambiental.

3.- Generación de alternativas.-El objetivo general de este componente es hacer que estén disponibles tantas soluciones alternativas al problema como se pueda, de tal manera que aumente la probabilidad de identificar, en último término las más eficaces. Al generar estas alternativas, se enseña a los individuos a que utilicen tres reglas generales del torbellino de ideas: el principio de cantidad, el principio de aplazamiento de juicio y el principio de la variedad.

- a) El principio de cantidad: cuantas más ideas alternativas se produzcan, más elevada será la probabilidad de que se generen opciones eficaces o de gran calidad.
- b) El principio de aplazamiento de juicio: sugiere que la regla de cantidad puede aplicarse mejor si se elimina el juicio sobre la calidad o la eficacia de cualquier idea, hasta que se produzca una lista exhaustiva.
- c) El principio de la variedad: alienta a los individuos a pensar en un amplio rango de soluciones posibles a través de una variedad de estrategias o tipos de enfoque, en vez de centrarse solo en una o dos ideas limitadas.

4.- La Toma de decisiones.- El entrenamiento en este componente de la solución de problemas implica la identificación de un amplio rango de consecuencias potenciales que podrían ocurrir si una alternativa particular se pone realmente en práctica. Esto conlleva el generar una lista de resultados específicos anticipados de la solución, tanto los efectos a corto como a largo plazo, así como las consecuencias personales y sociales.

A los individuos se les enseña a estimar los siguientes puntos:

- a) La probabilidad de que una alternativa determinada sea realmente eficaz para alcanzar el objetivo.
- b) La probabilidad de que el individuo sea realmente capaz de llevar a cabo la solución de forma óptima.

5.- Puesta en práctica de la solución y verificación.- Esta etapa implica la aplicación de las opciones de solución escogidas, además de la vigilancia cuidadosa y la valoración de los resultados reales de la solución. Se alienta a los individuos para que vigilen las consecuencias de la vida real que tienen lugar como función de la solución aplicada (Caballo, 1995).

Para la puesta en práctica y verificación de la solución D'Zurrilla (1986) utiliza como marco conceptual la teoría del control y la concepción cognitiva-conductual de autocontrol, esta consta de cuatro componentes que son:

- a) La ejecución.- se refiere a la implementación de la solución.
- b) La autoobservación.- consiste en la observación de la propia conducta de solución y/o sus productos.
- c) La autoevaluación.- se compara el resultado de la solución observada con el resultado predicho o esperado para la solución, basado en el proceso de toma de decisiones. Si la solución ha sido satisfactoria, entonces solo queda el último paso que es el autorreforzamiento.
- d) El autorreforzamiento.- en donde se refuerza a sí mismo por un "trabajo bien hecho". Si hay discrepancias entre el resultado de la solución observada y el resultado esperado se debe buscar la fuente de dicha discrepancia, especialmente si está en el proceso de solución de problemas o en la ejecución de la solución (Labrador y cols, 1995).

### *Entrenamiento en habilidades sociales*

Una definición tentativa de lo que constituye una conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos,

opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Caballo, 1986; en Caballo, 1995).

El Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) se podría definir como “un enfoque general de la terapia dirigido a incrementar la competencia de la actuación en situaciones críticas de la vida” (Goldsmith Y McFall, 1975; en Caballo, 1995) o como un intento directo y sistemático de enseñar estrategias y habilidades interpersonales a los individuos, con la intención de mejorar su competencia interpersonal individual en clases específicas de situaciones sociales (Curran, 1985; en Caballo, 1995).

El Entrenamiento en Habilidades Sociales se adhiere a un enfoque conductual de adquisición de la respuesta, es decir, normalmente se concentra en el aprendizaje de un nuevo repertorio de respuestas.

El Entrenamiento en Habilidades Sociales implicaría en su desarrollo completo, cuatro elementos de forma estructurada, los cuales se presentan a continuación:

- a) Entrenamiento en habilidades.- donde se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto.
- b) Reducción de la ansiedad en situaciones sociales problemáticas.
- c) Reestructuración cognitiva, en donde se intentan modificar valores, creencias, condiciones y/o actitudes del sujeto.
- d) Entrenamiento en solución de problemas, en donde se enseña al sujeto a percibir correctamente los valores de todos los parámetros situacionales relevantes, a procesar los valores de estos parámetros para generar respuestas potenciales, seleccionar una de esas respuestas y enviarla de manera que maximice la probabilidad de alcanzar el objetivo que impuso la comunicación interpersonal.

El procedimiento básico consiste en identificar primero, con la ayuda del paciente, las áreas específicas en las que éste tiene dificultades. La delineación de la naturaleza del problema es importante porque el tratamiento específico que se emplee puede depender, hasta cierto punto, de la clase de conducta problema. Después hay que analizar por qué el individuo no se comporta de forma socialmente adecuada. Es importante informar al paciente sobre la naturaleza del entrenamiento en habilidades sociales, sobre los objetivos a alcanzar en la terapia y sobre lo que se espera que haga dicho paciente.

Una segunda etapa del entrenamiento en habilidades sociales consiste en que el paciente entienda y distinga entre respuestas asertivas, no asertivas y agresivas, los pacientes deben tener claro que el comportamiento asertivo es, generalmente, más adecuado y reforzante que los otros estilos de comportamiento, ayudando al individuo a expresarse libremente y a conseguir, frecuentemente, los objetivos que se ha propuesto.

Una tercera etapa abordará la reestructuración cognitiva de los modos de pensar incorrectos del sujeto socialmente inadecuado. El objetivo de las técnicas cognitivas empleadas consiste en ayudar a los pacientes a reconocer que lo que se dicen a sí mismos puede influir en sus sentimientos y en su conducta.

La cuarta y la más importante y específica la constituye el ensayo conductual de las respuestas socialmente adecuadas en situaciones determinadas. Los procedimientos empleados en esta cuarta etapa del entrenamiento en habilidades sociales son los siguientes:

- a) El ensayo de conducta.- Por medio de dicho procedimiento se representan maneras apropiadas y efectivas de afrontar las situaciones de la vida real que son problemáticas para el paciente. Los objetivos del ensayo de conducta consisten en aprender a modificar modos de respuesta no adaptativos, reemplazándolos por nuevas respuestas.

- b) El modelado.- Se refiere a la exposición del paciente a un modelo que muestre correctamente la conducta que está siendo el objetivo del entrenamiento permite el aprendizaje observacional de ese modo de actuación
- c) Las instrucciones/aleccionamiento.- El término aleccionamiento denominado también, a veces, retroalimentación correctiva, intenta proporcionar al sujeto información explícita sobre la naturaleza y el grado de discrepancia entre su ejecución y el criterio.
- d) La retroalimentación y reforzamiento.- El reforzamiento tiene lugar a todo lo largo de las sesiones del entrenamiento en habilidades sociales y sirve tanto para adquirir nuevas conductas, recompensando aproximaciones sucesivas, como para aumentar determinadas conductas adaptativas en el paciente. La retroalimentación proporciona información específica al sujeto, esencial para el desarrollo y mejora de una habilidad.
- e) Tareas para casa.- Las tareas para casa son una parte esencial del entrenamiento en habilidades sociales ya que constituyen el vehículo por medio del cual las habilidades aprendidas en la sesión de entrenamiento se practican en el ambiente real, es decir, se generalizan a la vida diaria del paciente (Caballo, 1995).

### *Reestructuración cognitiva*

Desde una perspectiva constructivista-psicogenética, los procesos de reestructuración cognitiva deben conducir al paciente a la transformación y control autónomo de sus cogniciones. Se sabe que las estructuras cognitivas son “sistemas de significado o intereses afectivos, que generan procesos cognitivos particulares y conducta manifiesta”. (Meichenbaum, 1988). De tal manera que las estructuras no son totalidades relativamente permanentes o estáticas, sino sistemas de transformaciones. Estos sistemas experimentan un cambio porque tienen una función de autorregulación, que ocasiona ciertos estados de equilibrio entre las capacidades cognitivas de la persona y las presiones del ambiente, que son cualitativamente diferentes y pasan a través de múltiples desequilibrios y reestructuraciones. Una ventaja de la reestructuración cognitiva es que el cliente

tiene la oportunidad de descubrir sus propios conceptos, creencias, normas y valores de acuerdo con sus propias estructuras socio-cognitivas. Otra ventaja se relaciona con el proceso real de reestructuración cognitiva y se expresa de las siguientes dos formas: al conocer los niveles más elevados de razonamiento que ha alcanzado el cliente, el terapeuta puede ayudarle a sacar ventajas adecuadas de su repertorio estructural, cuando se aplica a diferentes contextos problemáticos y el terapeuta al estar familiarizado con las secuencias del desarrollo, implementa su estrategia clínica, de tal forma que puede facilitar el paso del cliente a los niveles más elevados del desarrollo.

Una cantidad importante de los problemas psicológicos pueden estar inducidos o mantenidos por convicciones, creencias o ideas del paciente que, a su juicio, explican o fundamentan su situación. Las tres tareas generales que el profesor Meichenbaum identifica en el terapeuta como prioritarias incluyen:

- I. La identificación de pensamientos automáticos,
- II. la modificación de esos pensamientos,
- III. exploración y cambio de los principales supuestos disfuncionales.

Para identificación los Pensamientos Automáticos es necesario:

- Utilizar los propios ejemplos del cliente, metáforas, imágenes. Reconstruir la experiencia emocional.
- Fomentar el registro de pensamientos automáticos "pescar pensamientos".
- Utilizar la metáfora del ABC.
- Evaluar y dirigirse a los resultados y a la autoeficacia personal.

En la modificación de Pensamientos Automáticos, el objetivo es enseñar al paciente a evaluar la precisión o racionalidad de sus pensamientos contrastándolos con los "hechos", y a considerar diferentes opciones más que cuestionar las creencias que subyacen a dichos pensamientos. Es importante alentar a considerar sus pensamientos (temores, expectativas, atribuciones, autoafirmaciones, imágenes y argumentos personales) como hipótesis dignas de probarse más que como sentencias divinas. A partir de reconocer que los eventos están abiertos a interpretaciones alternativas. El terapeuta debe ofrecer

suposiciones tácitas como hipótesis tentativas. Es necesario verificarlas con el cliente. Ejemplos de suposiciones tácitas del cliente que pueden involucrar temas sobre competencia, control, aceptación, equidad etc. Note que cada regla personal es totalmente idiosincrásica, por ejemplo: "Para ser feliz debo tener éxito en todo lo que emprenda", "Si cometo un error significa que soy inepto o incompetente", "Mi valor como persona depende de lo que los otros piensen de mí"(Beck et al. 1979, p. 241).

De esta manera los procedimientos de reestructuración cognitiva incluyen:

1. Evaluación de pensamientos y creencias.
2. Elicitación de predicciones.
3. Exploración de alternativas.
4. Entrenamiento en re atribuciones.
5. Enfatizar los pensamientos absolutistas.
6. Descatastrofizar
7. Considerar y corregir errores del pensamiento.

El terapeuta alienta a verificar el significado de aquellos eventos que sostienen el pensamiento o las conclusiones que genera. Como resultado de cada entrenamiento se capacita y estimula al cliente a emplear los siguientes auto-cuestionamientos (Yost y cols.1986: Meichenbaum, 1988):

- a) ¿Cómo puede alguien ver o interpretar la situación o cómo podría otro verla?
- b) ¿Pueden las posibles consecuencias anticipadas ser tan malas como parecen?
- c) ¿Existe otra explicación para la situación?
- d) ¿Qué tan probable es que ocurran las consecuencias anticipadas?
- e) ¿Es una verdad asumida siempre o podría no ser cierto alguna vez?

Para la comprobación de tales hipótesis es necesario:

- Establecer pruebas
- Utilizar experimentos conductuales graduales.
- Intentarlo durante la sesión. Usar el ensayo cognitivo, role playing, e inversión de roles, donde el terapeuta piensa en voz alta, modelando la enfermedad.

Para realizar la evaluación de pensamientos y creencias se debe:

- Definir operacionalmente



- Considerar hechos que apoyen o se opongan a la etiqueta.
- Considerar desde otra perspectiva y comparación social. Explorar alternativas.
- Identificar con la colaboración del cliente, aquellos aspectos de las situaciones donde tiene poco o ningún control individual. Como los pensamientos absolutistas:
  - Enlistar las frases clave... "siempre, nunca, necesito, debe, tener"
  - Cambiar el enfoque: de "siempre" a "a menudo"; de nunca a rara vez; de yo necesito y yo tengo qué, a yo prefiero; de yo debo a yo quiero; de no puedo a no quiero o podría ser difícil.
  - Utilizar la imaginación racional emotiva Maultsby. Visualizar experiencias displacenteras, inquietantes, desconcertantes. Cambiarle el estado emocional (p.e., ansiedad, depresión, hostilidad, culpa) por otra emoción menos intensa (p.e., decepción, lamento, incomodidad, irritación).

Los siguientes son ejemplos de errores de lógica:

1. Pensamiento de todo o nada. -equipara un error con una falla total.
2. Cambiar las posibilidades por certezas.
3. Pensamiento dicotómico, "blanco/negro".
4. Personalización, culparse de los eventos negativos sin considerar la influencia de factores externos.
5. Sobregeneralización, el evento negativo se ve como el principio de una cadena interminable.

Para explorar e Influir sobre los supuestos disfuncionales es necesario:

1- Buscar en el cliente los esquemas, reglas, suposiciones tácitas, paradigmas personales, constructos personales, "principios organizadores esenciales", que ayuden a formar en el cliente el sentido fenomenológico del mundo. Estas son las reglas y principios que gobiernan la interpretación que da el cliente a sus experiencias. Las creencias y actitudes matizan sus procesos de valoración.

2- Se pueden usar varios procedimientos:

a) Observar los temas que son comunes en el pensamiento automático.

- b) Utilizar cogniciones afecto-relacionado sobre sí. Enlistar pensamientos específicos del cliente. Comentar sobre la invención de conclusiones que lo arrastran. Evaluar el grado en el que cree cada pensamiento.
- c) Escuchar cuidadosamente la "preocupación actual" que molesta a través de varias situaciones y momentos.
- d) Enlistar las palabras globales (condenatorias, generalizadoras) que el cliente utiliza.
- e) Utilizar el procedimiento de completamiento de la oración.

"Para poder ser feliz yo tengo que..."

"Resultar rechazado significaría..."

"Hacerme tonto a mí mismo significaría..."

3- Utilizar el esfuerzo estilo "Columbo". Diciendo al paciente qué está tratando de hacer y por qué. "He notado que en la situación X, Y, y Z, (dé ejemplos específicos) usted se desconcierta totalmente, y estoy tratando de entender, y tal vez pueda ayudarme, ¿hay algo que esas situaciones tengan en común?... ¿Qué pasa si cualquier cosa lleva a una persona a sentirse mal en tal situación?..."

Como se observa la reestructuración cognitiva aporta gran parte del método en la práctica de la terapia cognitivo-conductual ayudada por otras técnicas igualmente enriquecedoras como lo son el entrenamiento en autocontrol y autoeficacia percibida que a continuación se hace mención.

#### *Entrenamiento en autocontrol*

El autocontrol es la aplicación personal y sistemática de estrategias de cambio conductual que resultan en la modificación deseada de la conducta de uno mismo (Kazdin, 2000). Las estrategias que pueden utilizarse para autocontrolar una conducta son:

- Técnicas de control de estímulos: que consiste en proveer señales extra en el ambiente para la conducta deseada.
  - Confrontar a uno mismo con el estímulo que controla exitosamente la conducta deseada.
  - Uso de incentivo situacional
  - Restricción de condiciones estímulos para la conducta no deseada.

- Auto asignación de consecuencias
- Fortalecimiento de la conducta (Reforzamiento positivo y negativo)
- Debilitamiento de la conducta (Castigo positivo o negativo)
- Mediadores verbales (oraciones que funcionan como respuestas controladoras que afectan la ocurrencia de la conducta)
- Respuestas alternativas

Las estrategias de control de estímulos para el automanejo incluyen las manipulaciones ambientales que cambian algunos aspectos críticos de las condiciones antecedentes asociadas a la conducta meta. De esta forma aunque la conducta operante se desarrolla y mantiene por sus consecuencias, muchas operantes pueden ser controladas funcionalmente por la presentación o eliminación de estímulos discriminativos, por medio de la estrategia de control de estímulos.

La enseñanza de autocontrol comprende los siguientes pasos:

1. Selección de la conducta meta
2. Auto-monitoreo
3. Planeación de la intervención
4. Instrumentación de las contingencias de automanejo.

Para lograr un adecuado automanejo es indispensable el automonitoreo. El auto-monitoreo es una observación sistemática que hace el individuo de su propia conducta y la respuesta a la ocurrencia o no ocurrencia de una respuesta meta específica. Un individuo puede tener más éxito en cambiar la conducta meta, por medio de emitir respuestas de auto-registro durante el inicio de la cadena conductual por lo que se le considera una técnica efectiva de cambio. La autoasignación de consecuencias está determinada por el fortalecimiento de la conducta, por medio del autorreforzamiento (negativo o positivo) o el auto-castigo.

Se deben considerar los siguientes puntos al autoasignarse contingencias:

- 1) las recompensas deber ser accesibles para su asignación inmediata.

2) Se deben eliminar las recompensas no planeadas o que se puedan obtener con trampas.

3) Las consecuencias de castigo no deben ser tan graves.

El llevar a cabo un cambio en ocasiones puede ser difícil, ya que según la psicología de la elección, uno tiene que elegir entre una alternativa, de otra que tiene el mismo valor. Por tanto el cambio tiene que ver con las preferencias individuales de cada sujeto, sin embargo el inicio del cambio conductual puede ser por medio del moldeamiento, esto significa que a través de pequeños pasos ir empujando al sujeto a una meta donde se le permite ver las ventajas y desventajas del cambio conductual.

Se sabe que las creencias interfieren con el cambio, las más comunes son el no sentirse capaces del cambio, tener percepciones o creencias de baja auto eficacia a demás de tener que elegir entre una vida saludable o no saludable. La autoeficacia o eficacia personal percibida, es un concepto desarrollado por el prestigioso psicólogo Albert Bandura que lo refiere como el “sentimiento de adecuación, eficiencia y competencia” que tienen las personas en su afrontamiento de los retos y amenazas que, inevitablemente, se presentan en la vida (Bandura, 1992). Quien se percibe como “auto eficaz” siente, no que los acontecimientos dominarán inexorablemente su existencia, sino que tiene control sobre los acontecimientos y que siempre habrá la posibilidad de cambiar, para bien, aquello que produce malestar o insatisfacción. Las personas con autoeficacia no esperan a que transcurran los acontecimientos, sino que se anticipan a las consecuencias, con la firme creencia de que podrán cambiar aquello que lacere su salud y bienestar. Son también personas optimistas, que centran su cosmovisión en el lado positivo de la existencia y no se dejan aplastar por las circunstancias adversas, aunque no por ello dejan de percatarse de lo nocivo de estas.

Por lo tanto la autoeficacia es la "opinión afectiva" que se tiene sobre la posibilidad de alcanzar determinados resultados, es decir, la confianza de alcanzar las metas exitosamente. Las causas más comunes para que la autoeficacia baje son: ver las cosas como incontrolables, creer que la propia conducta está regulada más por

factores externos que por uno mismo y utilizar un estilo atribucional donde siempre se es responsable de lo malo y nunca de lo bueno. Y a esto se le puede agregar una cuarta causa ambiental: una historia de fracasos. Con el tiempo se genera un autoesquema de desconfianza e inseguridad, por el cual se comienza a anticipar que el éxito es imposible y a evitar las situaciones de reto, así la persona hará de la evitación un estilo de vida. (Arayz de Miwa, 2001).

Evidencias crecientes indican que la autoeficacia percibida al enfrentarse a las consecuencias de una enfermedad crónica contribuye esencialmente en el desarrollo de habilidades de auto-manejo (Schwarzer, 1992).

Por tal motivo la percepción de la autoeficacia es un atributo personal importante en el mantenimiento de la salud (Kernis, 1995), ya que influye en la adopción de conductas saludables, el cese de conductas insalubres y el mantenimiento de estos cambios de conductas enfrentando los desafíos y dificultades. Las expectativas de eficacia personal percibida constituyen un importante factor por su significación para la sensación de adecuación y competencia personal que pueden resultar decisivos del proceso salud-enfermedad. En tal sentido la responsabilidad individual se convierte en factor central para el incremento, mantenimiento, restablecimiento u optimización del estado sanitario de la persona en cualquier momento del proceso salud-enfermedad (Shultz y Shultz, 1998).

Las personas con pobre expectativa de eficacia personal se perciben a sí mismas como desvalidas e incapaces de ejecutar algún tipo de control sobre los eventos que amenazan la calidad de su existencia y, en consecuencia, su postura ante estos es pasiva y de desesperanza, al pensar que cualquier esfuerzo para cambiar la situación existente será inútil. En su discurso, de corte fundamentalmente pesimista, es frecuente escuchar la expresión “*¿para qué,...?, ¡si de todas maneras,...!*” en la que se aprecia una postura de rendición, incluso antes de empezar cualquier batalla. Es como si siempre estuvieran esperando el fracaso, tanto que su propio desempeño fatalista las lleva a fracasar. Se pone de manifiesto eso que la literatura llama “auto cumplimiento de profecía”. En este

sentido, según Bandura, la auto eficacia determinará en qué tipo de actividades se implica una persona, cuánto tiempo permanece inmerso en su consecución y cuánta intensidad pone en lo que trata de lograr (Bandura, 1992).

Las teorías cognitivas se ocupan del rol de las expectativas y las consecuencias deseadas, una clasificación de la conducta saludable debería enfatizar las metas que el individuo está tratando de obtener cuando emprende conductas que afectan su salud. Los tres mayores tipos de conductas saludables que han sido examinados en la investigación son la prevención, promoción y detección de conductas. Las investigaciones han mostrado que la autoeficacia es importante en cada uno de estos tipos de conductas saludables. (Madux, 1995).

Por su parte la teoría cognitiva se vale al mismo tiempo de estrategias indicadas para el manejo de situaciones estresantes, tales son las estrategias que contrarrestan la tensión, por tal motivo el entrenamiento en relajación ha sido un pilar importante dentro de las técnicas cognitivo-conductuales, a continuación se enlistan algunas estrategias.

#### *Entrenamiento en relajación*

Las técnicas de relajación reducen la ansiedad, miedo y el dolor, algunas de ellas son (Grau y Chacon, 1998):

- Biofeedback. Proceso en el que se aprende a controlar voluntariamente respuestas fisiológicas reflejas reguladas de manera autónoma, consideradas reactivas ante la ansiedad o el dolor. Con un equipo electrónico se miden dichas funciones (comúnmente desapercibidas), devolviendo esa información al paciente y enseñándole a modificarlas (con la relajación).
- Desensibilización sistemática. Se trata de que mediante la inducción de un estado de relajación se visualicen escenas estresantes por medio de aproximaciones sucesivas contrarrestándolas con escenas placenteras y ejercicios de respiración diafragmática. (Ideal para las fobias).
- Hipnosis. Altera la percepción del dolor, bloqueando la conciencia del mismo. Se produce analgesia, sustituyendo la sensación dolorosa por una sensación

disminuida o más placentera (Lynch, Kashikar-zuck, Goldschneider, Jones, 2007).

- Visualización- imaginaria. Alivia la tensión muscular, reduce o elimina el dolor y facilita la recuperación de una enfermedad. Los ejercicios actúan sobre las emociones y cogniciones de la experiencia del dolor, utilizando la habilidad de interpretar la realidad simbólicamente (Collins, Byrnes, Lapin, Nadel, Thaler, Polyak, Rapkin y Porteno 2000).

Quantum Fitness, establece que la visualización es la habilidad de la mente para llevar a cabo la ejecución de imágenes vividas de la misma manera que si estuvieran siendo realizadas (Best D., 1999). La mente no puede distinguir la diferencia entre una experiencia real y una imaginaria. De ésta manera, responderá a lo que se imagine como una huella mental (Best D., 1999).

- Relajación muscular progresiva de Jacobson (Tensión -relajación de grupos musculares). Una vez que se reconocen los músculos en estado de tensión, se espera que use tal estado como una señal para emprender la relajación automáticamente, contrarrestándolos. El entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson, en su versión reducida por (Wolpe, 1973 En: Kazdin, 2000). Con un total de cinco sesiones: músculos de extremidades superiores; músculos del área facial y parte posterior de la espalda; músculos del pecho, estómago y vientre; músculos de las extremidades inferiores y relajación global.
- Relajación progresiva de Benson. El entrenamiento básicamente consiste en enseñar al individuo a respirar profundamente (inflando el abdomen) e ir exhalando lentamente, induciendo calor y pesadez en cada grupo muscular al mismo tiempo de respirar profundamente.

También es conocido como relajación autógena, ya que se genera “a partir de sí mismo”. Utiliza imaginaciones que se refieren directamente a las funciones del sistema nervioso autónomo y cuya formulación se destina a la inmovilización. Son seis los ejercicios autógenos: ejercicio de pesadez, ejercicio de calor, ejercicio de

pulsación, ejercicio respiratorio, regulación abdominal y ejercicio de cabeza. Cada uno requiere de dos a tres meses para aprenderse. Se recomienda:

- seguirlo paso a paso
- diario diez minutos aproximadamente
- realizar la “preparación interior” al iniciar la sesión;
- seguir indicaciones del facilitador

1. PESADEZ: Concentración sobre los grupos musculares, su sensibilización u observación, al mismo tiempo que se repite seis veces la noción de pesadez y tranquilidad de cada grupo muscular.

2. CALOR: igualmente con la sensación de calor se induce calor, pesadez y tranquilidad al mismo tiempo a cada grupo muscular.

Se va a seguir el mismo procedimiento en cada ejercicio aplicando las siguientes fórmulas:

- Regulación de la pulsación: “El pulso es tranquilo y regular”
- Regulación de la respiración: “Respiración muy tranquila”
- Ejercicio abdominal: “El plexus solar es como una corriente de calor”
- Ejercicio de cabeza: “La cabeza está despejada y clara”

Se complementa con una descripción, por escrito anticipadamente de una escena placentera, respondiendo a las preguntas:

- ¿Dónde estaré?
- ¿Qué veré?
- ¿Qué escucharé?
- ¿Qué sentiré?
- ¿Qué aromas podré percibir?

Para posterior a la inducción de calor, pesadez y relajación, las instrucciones sean las siguientes:

- Colocarse en una posición cómoda, con los ojos cerrados y respirar profundamente
- Imaginar la escena placentera con todos los detalles
- Disfrutar de esa experiencia y visualizarse dentro de la escena.
- Identificar cada vez más elementos relajantes



- Sentir que el cuerpo descansa cada vez más hasta quedar completamente relajado.

De esta manera múltiples ejercicios de relajación se han estructurado para mejorar estados de tensión.

Hasta aquí se ha realizado una revisión del modelo de intervención cognitivo-conductual que se aplica en la atención de pacientes con padecimientos crónico-degenerativos. En el siguiente apartado se describe de manera detallada tres casos clínicos de pacientes con enfermedades crónicas, en donde la intervención cognitivo conductual se aplico de manera estructurada para lograr su adaptación y bienestar subjetivo.

#### 4. Programa de intervención para pacientes con enfermedades crónico-degenerativas

Esta sección tiene el propósito de describir el programa de intervención que tuvo como objetivo cambiar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con enfermedad crónica degenerativa mediante la intervención cognitivo-conductual.

##### 1.1. Participantes

Participaron en el programa de intervención tres pacientes con enfermedad crónica degenerativa, dos con hipertensión arterial sistémica, y uno con leucemia aguda linfoblástica, Diabetes mellitus y dolor crónico, seleccionados a partir que fueron interconsultados a psicología en los diferentes servicios durante las rotaciones de la residencia en medicina conductual.

##### Criterios de inclusión

- Que el paciente tenga una enfermedad crónica degenerativa
- Que el paciente haya sido interconsultado al servicio de psicología
- Que el paciente acceda participar en la intervención voluntariamente

##### Criterios de exclusión:

- Que deserte de la intervención por pobre adhesión terapéutica
- Que reciba apoyo psicológico por otro medio

##### Criterios de eliminación:

- Que falte más de tres veces a sus sesiones durante el tratamiento
- Que no cumpla con las tareas encomendadas
- Que fallezca

##### 1.2. Escenario

La intervención se llevó a cabo en un consultorio destinado a psicología de acuerdo al servicio en el que se encuentra el paciente, en el Hospital Juárez de México, existe un área de consulta externa en donde el servicio de nefrología tiene

destinado un consultorio que consistía en un escritorio con tres sillas; en el servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Cancerología, se brindó la intervención en hospitalización en un cuarto con aislamiento invertido y en un área destinada para la consulta de psicología, que consistía en un consultorio con un escritorio y tres sillas.

### 1.3. Instrumentos utilizados

1. Entrevista semiestructurada. Creada con el fin de recabar los datos sociodemográficos del paciente, su ficha de identificación análisis funcional de la conducta, antecedentes o factores de predisposición, adquisición y mantenimiento de la conducta.
1. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Se sabe que la ansiedad juega un rol importante en la adaptación a un diagnóstico o tratamiento médico, por tal motivo es de suma importancia evaluarla para verificar si existen cambios clínicos en los pacientes. El Inventario de Ansiedad de Beck es un inventario autoaplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad, estando sobrerrepresentado este componente. El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "en absoluto" 1 a "levemente, no me molesta mucho", 2 a "moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "gravemente, casi no podía soportarlo". La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual. El inventario tiene una consistencia interna de 0.84 y una alta confiabilidad test-retest por lo que se puede considerar una escala confiable para evaluar la sintomatología ansiosa. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

00–21      Ansiedad leve  
22–35      Ansiedad moderada  
más de 36 Ansiedad grave

2. Inventario de Depresión de Beck (BDI). Mide la depresión, utilizado para referenciar el impacto clínico de las maniobras psicológicas en pacientes con padecimientos crónicos. El Inventario de Depresión de Beck (BDI) fue creado por Aaron T. Beck en 1961, es un autocuestionario que consta de 21 categorías, con una escala de cuatro niveles cada una, el paciente escoge la alternativa que más se asemeje a su estado actual. En la actualidad es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la profundidad de una depresión. Las categorías en las que se incluyen los ítems son: tristeza, proyección, fracaso, satisfacción, culpabilidad, castigo, autovaloración, autocrítica, suicidio, llanto, irritación, interés social, toma de decisiones, aspecto físico, voluntad de trabajo, sueño, cansancio, apetito, baja de peso, molestias físicas y sexo. Desde 1978 apareció la nueva versión con modificaciones respecto a la original de 1961, con una reformulación de ítems y cuatro alternativas perfectamente graduadas que permiten la valoración de cada uno de los ítems del 0 al 4. La puntuación total se determina por la suma de los valores correspondientes a cada ítem, con un rango teórico de 0 a 84. Los índices fiables hallados en diversos estudios están oscilando entre 0.53 y 0.93. La consistencia interna es también positiva alcanzando un coeficiente de alfa de 0.83. Su validez factorial se reduce a cuatro factores principales que explican un 42% de la varianza. El Factor I comprende: fracaso, culpabilidad, indecisión y culpabilidad; el Factor II: insatisfacción, aislamiento, y pérdida de interés por el sexo, el Factor III: hipocondría, sueño, irritabilidad, cansancio, trabajo e inseguridad; y el Factor IV: sentimiento de pérdida de peso y apetito. Los ítems que destacan como los mejores discriminantes son los que incluyen sentimientos de castigo y fracaso, llanto e indecisión (Vázquez, 1997). Las versiones más actuales de este cuestionario están diseñadas para ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Los datos de

estandarización del inventario en México muestran una consistencia interna de 0.78, el instrumento cuenta con una adecuada validez de constructo y discriminante (Jurado et al., 1998)

El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas competencias. A pesar de que el resultado no tiene la validez de un diagnóstico profesional, es una aproximación estadística y se utiliza mucho en investigación. Tan solo en PubMed se encuentran 3,209 artículos revisados que han utilizado este inventario para medir la depresión, y ha sido traducido en múltiples idiomas. A continuación se presentan los resultados de acuerdo al valor obtenido en la puntuación total de la escala:

Resultados:

0 a 9 Ausencia de depresión

10 a 16 Depresión media

17 a 29 Depresión Moderada

30 a 63 Depresión grave

3. Medición del dolor: Escala Visual Análoga (EVA)- La escala visual análoga (EVA), fue ideada por Aitken en 1969, la clásica consiste en una línea horizontal o vertical de 10cm de longitud (con dos leyendas en los extremos: a la izquierda “sin dolor”, y a la derecha “máximo dolor imaginable”. El paciente debe marcar el lugar de la línea que representa mejor su dolor actual. La métrica es de 0 a 10. Puede ser usada también para valorar la respuesta al tratamiento analgésico (Khosravi Shahi, Del Castillo Rueda y Pérez Manga, 2007).

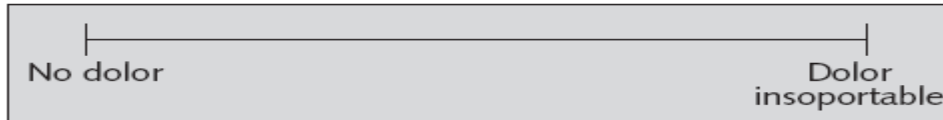


FIG 3. ESCALA VISUAL ANALOGA

El uso de escalas visual-análogas (EVA), requiere de una importante capacidad de abstracción. Se considera apropiado el uso en pacientes mayores de 11 años de edad. (Dussel, 2001). La escala numérica es de uso muy difundido. Es sumamente sencilla y fácil de reproducir (se le dice al paciente: “si 0 significa que no duele nada y 10 es el máximo dolor imaginable, ¿con cuánto calificaría su dolor?). La gran limitante es la falta de estudios extensos de validación.

4. La Personalidad se midió con el MMPI-II (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). El MMPI original fue desarrollado a finales de 1930 y principios de 1940, publicándose su forma final en 1943. Los autores originales del MMPI fueron Starke R. Hathaway y J. C. McKinley. EL MMPI está patentado por la Universidad de Minnesota, se desarrolló siguiendo una estrategia empírica, esto es, mediante grupos contrastados. La muestra normativa de la de la versión actual de esta prueba está compuesta por 2600 adultos de entre 16 y 84 años. El MMPI evalúa la personalidad normal y patológica, con la posibilidad de considerar hasta 77 variables diferentes. Puede ser de aplicación individual o colectiva. El tiempo considerado es variable, en torno a 60 minutos. El MMPI- II es una versión actualizada y revisada en profundidad, aunque se mantiene la mayor parte de las características básicas del MMPI, se han introducido muchas e importantes mejoras: nuevos elementos para evaluar áreas no contempladas antes; indicadores de validez más completos; nuevas escalas suplementarias de gran utilidad; redacción de los elementos más cuidada, actual y respetuosa; baremos actuales basados en una amplia muestra representativa de la población española. El MMPI-II aporta una gran riqueza de información sobre la estructura de la personalidad y sus posibles trastornos; 3 escalas de validez, 10 escalas básicas, 15 escalas de contenido,

18 escalas suplementarias y 31 subescalas. El MMPI-II integra la experiencia de 50 años de investigación con la frescura de una nueva versión adaptada a los principios y tendencias más modernas. La versión de corrección manual (con plantillas) permite obtener los resultados de 3 escalas de validez, las 10 escalas básicas y las 15 escalas de contenido.

Más de 50 años de investigación, el muy amplio uso de la prueba y los cambios culturales acaecidos desde que Hathaway y McKinley desarrollaron el MMPI, condujeron a la actualización y reestandarización de la prueba psicométrica clásica de evaluación de la personalidad. Con el objetivo de evaluar los principales patrones de personalidad y trastornos emocionales. De esta manera el MMPI original, fue reestandarizado para población estadounidense, así como adaptado al español y estandarizado para México. Consta de 567 reactivos de respuesta Verdadero o Falso ordenados de manera que permiten la calificación de las escalas básicas (clínicas y de validez) con los primeros 370 reactivos. Para esta revisión se desarrollaron nuevas escalas -de contenido y suplementarias- que permiten mayor amplitud y precisión en la evaluación psicológica. El MMPI-2 proporciona tres perfiles acorde con el número de escalas que comprende. Asimismo, se ha eliminado en la prueba todo contenido sexista, racial y anticuado y, en cambio, se han aportado nuevas formas de puntuaciones T (uniformes) que facultan la comparación entre escalas.

Las 42 escalas de esta reestandarización hacen del MMPI-2 la mejor herramienta objetiva de evaluación de la personalidad en cuanto a psicopatología, principales síntomas de desadaptación social y personal, indicativos de disfunción psicológica, e identificación de estrategias de tratamiento. Al MMPI-2 se incorporaron nuevas escalas para proporcionar indicadores adicionales de la validez del protocolo y dimensiones de contenido clínicamente relevantes. Registra 3 escalas de Validez y 10 escalas clínicas básicas para la elaboración de un perfil básico. Después tiene 15 escalas suplementarias. El contenido de los ítems varia cubriendo áreas como la salud general, afectiva, neurológica, síntomas motores, actitudes sexuales/políticas y sociales, aspectos educativos,

ocupacionales, familiares y maritales y manifestaciones de conductas neuróticas y psicóticas.

En su última versión MMPI-2RF (revisión para adultos por Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989), el test se compone de 567 ítems dispuestos en 10 escalas clínicas, que exploran distintos aspectos de la personalidad, y en 3 escalas de validación, que señalan el grado de confiabilidad de las respuestas obtenidas.

- 3 Escalas de validación
  - L (Mentira)
  - F (Incoherencia)
  - K (Corrección)
  
- 10 Escalas clínicas
  - 1 Hs ([Hipocondría](#))
  - 2 D ([Depresión](#))
  - 3 Hy ([Histeria](#))
  - 4 Pd (Desviación Psicopática)
  - 5 MfV (Masculinidad-Feminidad: Varones)
  - 5 MfM (Masculinidad-Feminidad: Mujeres)
  - 6 Pa ([Paranoia](#))
  - 7 Pt ([Psicastenia](#))
  - 8 Sc ([Esquizofrenia](#))
  - 9 Ma ([Hipomanía](#))
  - 0 Si (Introversión Social)

Como muchos test estandarizados, las puntuaciones obtenidas en las diversas escalas del MMPI-2 y el MMPI-2-RF no son representativas de como "bien" o "mal" está alguien que ha hecho el test. Los resultados se comparan con los resultados de un grupo normativo estudiado. Las puntuaciones brutas o puntuaciones directas son transformadas en una medida estandarizada conocida



como puntuaciones T (media 50, desviación típica 10), haciendo su interpretación más sencilla.

5. Formato de autorregistro emocional (anexo)
6. Formato de autorregistro de intensidad del dolor uso de fármacos y emociones (anexo)
7. Cuestionario de Habilidades sociales. Que incluye la medición de 24 habilidades sociales con tres oraciones cada una y tres opciones de respuesta. No es una escala validada ni confiable ni estandarizada pero se puede utilizar para conocer clínicamente si hay cambios en una intervención psicológica.

#### 1.4. Procedimiento

Al ser referido a psicología se le explicaba al paciente el encuadre de las sesiones terapéuticas para adherirlo a las indicaciones, así como la duración de éstas.

#### 1.5. Intervención

Se brindaron de 21 a 23 sesiones efectivas de una hora cada una. La primera sesión tenía el objetivo de recabar los datos por medio de una entrevista dirigida a conocer la situación actual del paciente y su motivo de consulta. Así mismo se realizaba el encuadre de la terapia estableciendo sus objetivos, proporcionando un ambiente empático y de confianza. Posteriormente en las siguientes sesiones se proporcionaba el tratamiento planeado para cada caso, de acuerdo a las necesidades detectadas, ya sea proporcionar psicoeducación, entrenar con estrategias de relajación, solución de problemas, entrenar en habilidades sociales, asertividad o reestructurar cognitivamente. Por último se brindaron de 4 a 6 sesiones de vigilancia del mantenimiento de los cambios con la finalidad de asegurar una mejoría.

En virtud de las condiciones reseñadas, el propósito de los estudios de casos presentados en el presente informe consistió en explorar el efecto clínico de la intervención cognitivo-conductual sobre la depresión y la ansiedad que padecen los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

#### 4.6. Formulación clínica de los casos

##### CASO 1

##### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: G. O.

Edad: 37 años

Estado civil: Soltero

Sexo: Masculino

Escolaridad: Preparatoria incompleta

Ocupación: Desempleado

Religión: Cristiana

Lugar de origen y residencia: Chimalhuacán, Estado de México.

Nivel socioeconómico: 2 (en donde 1 es el más pobre y 5 el más pudiente)

No. de hermanos: Cuatro hermanos

Posición que ocupa: Tercera

Diagnóstico médico: Hipertensión Arterial Sistémica y Proteinuria

Descripción general: Paciente que acude al consultorio de psicología en el área de Nefrología del Hospital Juárez de México, ya que hace un año y medio entró a protocolo de trasplante renal, para ser donador vivo relacionado de su hermano que tiene insuficiencia renal crónica, sin embargo le detectaron proteinuria e hipertensión arterial sistémica (HAS), motivo clínico para descartarlo del protocolo e incluirlo al servicio como paciente por su alto riesgo de desarrollar insuficiencia renal crónica en un futuro, los médicos detectan alteración comportamental por lo cual se envía a psicología para valoración.

##### MOTIVO DE CONSULTA

GO solicita apoyo psicológico ya que refiere sentir temor desde hace un año y medio, de salir solo a la calle, subir puentes, viajar en avión, autobús porque piensa que le va a pasar algo malo o que se le va a subir la presión arterial y pueda tener una enfermedad crónica terminal.

## IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente masculino de edad aparente similar a la cronológica, de estatura baja, complexión robusta y tez morena clara, acude en condiciones de higiene y aliño personal, puntual a sus citas, durante las cuales se muestra muy dispuesto y cooperador. Se observa ansioso durante las sesiones con movimientos estereotipados de manos. Su tono de voz y periodo de latencia son adecuados, es capaz de mantener contacto visual, se logra realizar una alianza terapéutica sólida desde la primera sesión, por su insistente necesidad de atención. Es atendido en el servicio de nefrología en un consultorio destinado para psicología, en el área de consulta externa del Hospital Juárez de México.

## FASE DESCRIPTIVA

### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

*-Temor a perder el control, enfermarse y morir:* Siente temor de salir solo a la calle, subir puentes, viajar en metro, avión o autobús porque piensa que le va a pasar algo malo, se va a desmayar o que se le va a subir la presión arterial y pueda tener una enfermedad grave.

*-Inseguridad y falta de confianza en sí mismo:* Se siente poco atractivo físicamente e incapaz de gustarle a alguien más, no se siente capaz de conseguir un trabajo de acuerdo a sus capacidades.

*-Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto:* Le es casi imposible iniciar una conversación sin dejar de pensar que le están viendo y criticando sus cicatrices. No hace esfuerzos por acercarse a las mujeres porque piensa que ellas percibirían que las ve de manera “morbosa” y además su religión no le permite que tenga una relación de pareja con alguien de otra religión.

-*Ataques de pánico*. Presenta síntomas fisiológicos de ansiedad (taquicardia, sensaciones en el estomago, asfixia y agitación) lo que le provoca miedo a tener un paro cardiaco. Por lo que se encuentra hipervigilante a sus reacciones físicas.

-*Dificultad para tomar decisiones*: Percibe frente a sí mismo una visión nublada de la realidad que no le permite avanzar ni tomar decisiones.

-*Ideación suicida*: Una sola vez ante preocupaciones económicas.

-*Agotamiento y desanimo*. Se siente frecuentemente sin ganas de levantarse.

-*Alexitímia*. No reconoce sus emociones.

## ANÁLISIS FUNCIONAL DE MANTENIMIENTO (ANALISIS DE SECUENCIAS)

- Antecedentes
- ✓ Antecedentes ambientales/ contextuales del problema.
  - Al viajar en metro, autobús o cualquier medio de transporte.
  - Al subir escaleras o hacer un esfuerzo físico que le provoque agitarse físicamente
  - Al salir solo de casa
- ✓ Antecedentes cognitivos
  - “Algo malo puede ocurrir”, “puede que me dé un paro cardiaco”  
“puede que necesite ayuda y esté solo y muera repentinamente”
- ✓ Antecedentes conductuales
  - Ante la necesidad de transportarse utiliza metro o autobús.
- ✓ Antecedentes somáticos:
  - Empieza a ver puntos negros frente a él, siente taquicardia, sudoración en manos, temblor de extremidades.
- Respuestas
- ✓ Cogniciones, creencias y diálogo interno.
  - Seguro tengo una enfermedad grave
  - Me tengo que bajar del metro porque me voy a sentir peor y me voy a desmayar

- Me puede dar un paro cardiaco en cualquier momento
- Algo malo va a pasar
- ✓ Sensaciones físicas
  - Agitación psicomotriz, taquicardia, temblor y sudoración de manos, mareos.
- ✓ Afecto, sentimientos, emociones y estados de ánimo
  - No logra identificar sus emociones.
- ✓ Conductas manifiestas o respuestas motoras
  - Evita salir, abandona el metro o autobús, evita subir a un avión, trata de no agitarse.
  - Consecuencias a corto plazo
- ✓ Consecuencias ambientales / contextuales
 

Mantienen. Las sensaciones físicas que se autoprovoa al viajar en algún medio de trasporte

Mejoran. El estar en casa “seguro”
- ✓ Consecuencias cognitivas
  - Preocupación excesiva de su salud
  - Seguramente se va a repetir el problema
  - Tengo que consultar una vez más al médico
- ✓ Consecuencias somáticas
  - Dolor de cabeza
- ✓ Consecuencias afectivas
  - Siente consternación al pasar el problema, preocupación excesiva de sus respuestas fisiológicas. No identifica más.
- ✓ Consecuencias relacionales del problema
  - No se atreve a viajar en avión y necesita irse a California para trabajar
  - No es capaz de relacionarse con nadie más que no sea su familia

Análisis funcional de los ataques de pánico

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
✓ Externos	✓ Cognitivas	✓ A corto plazo

<p>contextuales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La necesidad de transportarse por metro o autobús.</li> <li>- Salir de casa solo</li> <li>- Actividades que involucren agitación física</li> </ul> <p>✓ Internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensaciones de ansiedad</li> <li>- Visión de puntos negros</li> <li>- Temor a padecer una enfermedad grave o morir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esquemas cognitivos disfuncionales de inseguridad (“todo es incierto y me preocupa no poder controlarlo”)</li> <li>- Distorsiones cognitivas: (“seguro tengo una enfermedad grave”), falacia de control (“en cualquier momento pierdo el control”), catastrofismo (“muy probablemente está enfermedad me lleve a la muerte, puedo morir en cualquier momento, mi vida corre peligro”), atención selectiva (“debo estar atento a mi respiración y frecuencia cardiaca, que no me agite porque puede darme un paro cardiaco”)</li> <li>- Pensamientos de inadecuación</li> </ul> <p>✓ Somáticas/fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensación de Agotamiento</li> <li>- Mayor taquicardia</li> <li>- Mareos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar salir solo de casa</li> <li>- Solicitar consulta médica frecuentemente y pedir todo tipo de estudios e interconsultar a diversas especialidades</li> </ul> <p>✓ A largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personales <ul style="list-style-type: none"> <li>Sentirse inseguro siempre</li> <li>Sin control de lo que pueda suceder</li> <li>Evitar actividades placenteras e incluso necesarias</li> </ul> </li> <li>- Familiares <ul style="list-style-type: none"> <li>Perdida de relaciones de pareja funcionales</li> <li>Falta de concentración en actividades diversas</li> </ul> </li> <li>- Sociales <ul style="list-style-type: none"> <li>Aislamiento y reducción del círculo social</li> </ul> </li> </ul>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malestar generalizado</li> <li>✓ Motoras</li> <li>- Bajarse del medio de transporte</li> <li>- Evitar salir solo de casa</li> <li>✓ Afectivas/ emocionales</li> <li>- Apatía, desgano</li> <li>- No distingue más</li> </ul>	
--	---	--

## ANÁLISIS HISTÓRICO

GO proviene de una familia integrada por sus padres y cuatro hermanos, él ocupa el tercer lugar de nacimiento, tiene una hermana mayor de 44 años, un hermano mayor de 42 años y dos hermanos menores de 35 y 30 respectivamente, todos casados.

Refiere una infancia feliz, ser un estudiante promedio y relacionarse de forma adecuada con sus hermanos y amigos de la escuela, la relación con sus padres era muy estrecha, su madre siempre fue muy protectora y preocupada por el cuidado de su salud y su padre muy exigente con todos. Actualmente vive con ellos.

Durante su etapa de estudiante se recuerda tímido poco interesado en la escuela, comienza a trabajar con su papá el cual tenía un pequeño negocio en el mercado, por lo que abandona la escuela, a la edad de 23 años emigra a USA, ya que en México no encuentra trabajo bien pagado, durante 12 años trabaja de cocinero en un restaurante mexicano en California viviendo con uno de sus hermanos.

GO regresa a México hace dos años y medio cuando a su hermano mayor le detectan insuficiencia renal y requiere de un trasplante por lo que la familia decide que todos los hermanos entren a protocolo de trasplante para ser posibles donadores. Desde su regreso reporta no haber encontrado trabajo, refiere que al solicitarlo percibe rechazo de los que lo entrevistan, ya que se considera que es

mejor que ellos y temen que él les quite su puesto. Actualmente se encuentra desesperado ante el desempleo, no concibe expectativas positivas de encontrarlo, piensa que solo las personas que tienen vínculos sociales lo obtienen.

Con respecto a su vida en pareja, reporta que anteriormente había tenido novias en forma esporádica sin dificultad, propone que hace diez años estuvo a punto de casarse, sin embargo su prometida le pidió como condición que se operara unas cicatrices (de la varicela) que tiene en la frente, por lo que él decide no hacerlo al pensar que ella no lo acepta tal como es.

A partir de ese momento se le dificulta relacionarse con el sexo opuesto reportando que le es casi imposible iniciar una conversación sin dejar de pensar que le están viendo y criticando sus cicatrices (por las que se concibe físicamente mal agraciado), por lo tanto evita el contacto con las mujeres, además cree que todas las mujeres piensan que al verlas un hombre está deseándolas de manera “morbosa” por lo que no ve a las mujeres en la calle a pesar de que le parezcan atractivas. De esta forma no hace ni el menor esfuerzo por acercarse a una mujer, además de que su religión no le permitiría “emparentarse” con alguien de otra religión.

Al interrogarle sobre su sexualidad GO se apena y comenta que no tiene una vida sexual activa, la última vez fue hace diez años con su ex pareja con la que se iba a casar y actualmente no practica ni la masturbación. Recientemente tuvo la oportunidad de tener relaciones sexuales con la persona con la que se iba a casar pero se detuvo porque era casada y porque pensó que fue mejor no casarse con ella, ya que de esta forma se estaba dando cuenta que ella era capaz de todo y que muy probablemente se lo hubiese hecho a él.

Con respecto a su salud, reporta que hace un año y medio cuando fue posible donador le hicieron muchos estudios entre ellos una arteriografía ante la cual él les pregunto a los médicos antes de comenzar el procedimiento si eso era muy doloroso y ellos le dijeron en forma sarcástica que “sí” y que “se iba a morir” (riéndose), propone que después de su estudio sintió mareo, como si fuera flotando, y un temor intenso a sufrir de una enfermedad grave, GO comenta que a



partir de ahí se empezaron a dar subsecuentes episodios similares en donde se adelanta a las situaciones.

Refiere haberse bajado dos veces del metro por temor a que se descompusiera en las cuales empezó a tener taquicardia, sensaciones en el estomago, asfixia y miedo a que al agitarse le diera un paro cardiaco. Propone que últimamente al pensar en la muerte de los demás, percibe temblor, calor en la cabeza y sudoración de manos. Reporta que al menos una vez por semana durante uno o dos minutos, de dos a tres veces al día, observa puntos negros cuando se agita caminando, ante lo cual teme desmayarse, que le suba la presión y que le dé un paro cardiaco, por lo que está muy atento a su forma de respirar.

Sus preocupaciones económicas han sido tan grandes que se ha sentido desesperado, ha llorado y ha llegado a pensar en el suicidio (una sola vez, ya que la cuenta del teléfono había salido muy alta), sin embargo ya no lo considera una alternativa. Actualmente comenta que percibe una visión nublada frente a él que no lo ha dejado avanzar ni tomar decisiones.

Al preguntarle sobre su estado afectivo, niega sentirse enojado o triste, propone que la última vez que se sintió triste fue cuando su papá no quería tomar sus medicamentos ni cuidar su alimentación a pesar de ser diabético; sin embargo en su discurso retoma su sintomatología física, comentando que se ha sentido agotado y frecuentemente sin ganas de levantarse.

En general se recuerda como una persona sana, aunque padeció enfermedades típicas de la infancia. Hace dos años y medio fue posible donador por lo que le practicaron toda clase de estudios en donde le diagnosticaron hipertensión arterial, gastritis y proteinuria, razón por la cual deja de ser candidato a donación de órganos y se convierte en paciente del servicio de nefrología, negándose la oportunidad de regresar a USA de inmediato.

Actualmente acude a consulta externa del servicio de Nefrología y los médicos comentan que en cada consulta les propone dolencias diferentes y pide interconsulta a todos los servicios, preguntando frecuentemente si ya se va a morir. Los médico comentan que “si bien es cierto la proteinuria es signo de daño

en los glomérulos, lo que podría llevarlo a la IRC sin embargo no hay evidencias de que ya haya tal padecimiento”.

Con respecto a su salud mental refiere que estando en California fue estudiado por un psiquiatra que le receto un ansiolítico ya que propone que padecía de insomnio, lo cual remitió con el medicamento (no sabe el nombre del medicamento, ni el diagnóstico, refiere haber sentido mucho sueño y ganas de comer). Actualmente no recibe ningún fármaco.

### ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA ADQUISICIÓN (FACTORES DE PREDISPOSICIÓN).

Su vulnerabilidad emocional e inseguridad parece surgir a partir de su antecedente de sobreprotección materna reforzado por la exigencia paterna, la cual nunca satisfizo, creando una sensación de baja autoeficacia. Sus preocupaciones somáticas exageradas son reforzadas por su estilo de crianza en la cual se le dio mucha importancia a la salud y actualmente por la pérdida de la salud de su hermano mayor. Por tal razón desde hace un año y medio después de que le practicaron la arteriografía y le diagnosticaron hipertensión, empezó a presentar miedo a viajar en avión, en autobús y en metro, a subir puentes, a salir solo a la calle, ya que pensaba que se iba a agitar y que podía sufrir un paro cardíaco o padecer una enfermedad grave.

Actualmente se encuentra con la necesidad de regresar a USA porque no encuentra trabajo en México, sin embargo se ve impedido porque dice no poder aguantar el despegue y aterrizaje del avión. Motivo por el cual solicita apoyo psicológico.

### FACTORES DE PREDISPOSICIÓN

Personales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Introverso</li><li>• Dificultad para reconocer sus propias emociones</li><li>• Inseguridad en la toma de decisiones</li><li>• Falta de autocontrol de sus reacciones fisiológicas con</li></ul>
------------	---

	<p>temor a desmayar, tener una enfermedad grave o morir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja autoeficacia personal (se considera poco atractivo “a nadie le puede gustar”)</li> <li>• Incompetencia (no le van a dar trabajo, entonces “para qué busca”).</li> <li>• Temor al abandono o rechazo (nadie lo va a aceptar con sus cicatrices)</li> </ul>
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobreprotección materna</li> <li>• Alta exigencia y expectativas elevadas por parte del padre</li> <li>• Falta de comunicación con hermanos</li> </ul>
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escaso núcleo de relaciones interpersonales</li> <li>• No ha habido pareja en diez años, ya que la primera formal lo traicionó</li> <li>• No habla de amigos ni vecinos.</li> <li>• La religión limita su interacción con personas del sexo opuesto que no tengan la misma religión</li> </ul>

#### Otros datos relevantes

Estilo de vida. Procura sus horarios para dormir y alimentarse adecuadamente, lleva una dieta prescrita por el nutriólogo, hace ejercicio de manera regular y trata de cuidar su cuerpo en extremo; su vida sexual es inactiva y sus relaciones interpersonales escasas.

Conducta interpersonal. Teme iniciar una relación de pareja por temor al rechazo, tiene amistades solo en su iglesia sin embargo también ahí se tiende a aislar, su relación interpersonal más estrecha es con su sobrina de dos años a la que cuida mientras su hermana trabaja.

Imagen de sí mismo. No se percibe atractivo ni capaz de conseguir pareja, así como de conseguir empleo.

Afrontamiento y autocontrol. Afrontamiento evitativo, autocontrol de salud exagerado, con respecto a lo afectivo, niega emociones (tanto positivas como negativas).

## CARACTERISTICAS DEL PENSAMIENTO

### Estructura

*Orden y organización:* adecuada

*Análisis y síntesis:* no es capaz de integrar la información, concluye en forma errónea (pesimista).

*Razonamiento y conclusiones:* Fallas de razonamiento:

“No soy capaz..... entonces evito o pospongo”

Generalización.- “Nadie me va a querer ni aceptar por mis cicatrices”

“En México nadie consigue empleo si no es por palancas”

“Las mujeres piensan que si un hombre las ve es porque las desea”

Diferencia entre Hecho y Opinión.- “Si me siento mal cuando estoy solo, cuando ando en metro, autobús o en avión seguramente es que estoy enfermo aunque los médicos digan lo contrario e inevitablemente me va a pasar algo malo”

*Anticipación y planeación:* se sobreanticipa a las situaciones de manera estresante y por lo tanto no es capaz de planear mecanismos de acción en forma lógica, ya que tiende a futurear y anticiparse de manera que reacciona exageradamente.

### Procesos

*Percepción:* catastrófica

*Atención selectiva:* tiende a comprobar el contenido de sus pensamientos dando dirección a los eventos en forma negativa.

*Imaginación:* negativa y catastrófica

*Memoria:* centrada en experiencias desagradables y llena de inferencias

Forma

Pensamiento obsesivo, rígido y recurrente (rompe el continuo lineal del pensamiento, se sale del tema y regresa para concluir).

Contenido

Confusión entre valer y ser

Pensamientos automáticos

- Tarde o temprano me voy a enfermar
- *Ninguna mujer me va a tomar en cuenta, porque mis cicatrices desgracian mi rostro*
- No me siento lo suficientemente capaz para iniciar una conversación con una mujer
- En este país nunca voy a triunfar

Creencias intermedias

- Las personas son valiosas y queridas por su físico y estado económico
- Si una persona está sola es muy desdichada

Distorsiones cognitivas

- Filtro mental o visión de túnel. Magnifica lo negativo/minimiza lo positivo.

Esquemas

- Incompetencia

- Vulnerabilidad
- Abandono
- Desesperanza

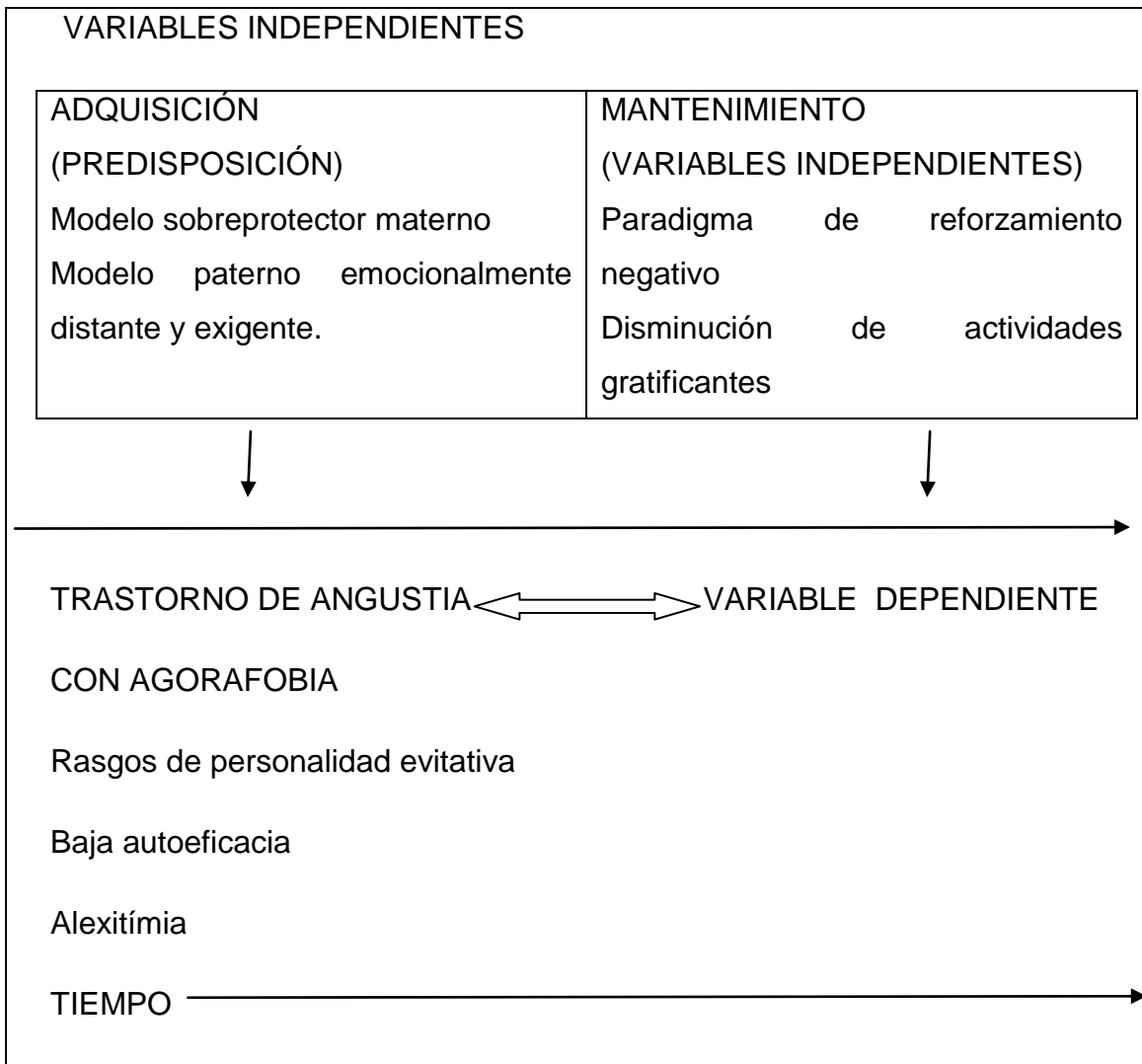
#### Actitudes

- Inseguridad (posposición)

#### EXAMEN MENTAL

Con funciones mentales superiores conservadas, en adecuado estado de alerta, orientado en las tres esferas de tiempo, lugar y persona, procesos de atención y concentración conservados, memoria a corto y largo plazo sin alteración, su lenguaje es coherente y congruente, habla fluida, continua y comprensible, niega presencia de alteraciones senso-perceptuales, el contenido de su discurso y pensamiento se centra en sus síntomas somáticos sin llegar a expresar su emoción, por lo cual su discurso carece de tono afectivo. No se detectan alteraciones en el juicio, su lenguaje no verbal es consistente con el verbal. Su respuesta psicomotora es adecuada, lo mismo que su período de latencia. Durante las sesiones presenta facies de angustia y desesperación, asociado a pensamientos catastróficos.

#### FASE INFERENCIAL DE LA FORMULACIÓN CLÍNICA



#### DIAGNOSTICO DSM-IV-TR

EJE I. Trastorno de angustia con agorafobia

EJE II. Rasgos de personalidad evitativa

EJE III. Hipertensión Arterial y Proteinuria

EJE IV. Problemas relativos al grupo primario de apoyo y laborales.  
 (Enfermedad del hermano y desempleo).

- Madre sobreprotectora
- Padre emocionalmente distante
- Ausencia de refuerzos positivos

EJE V. EEAG 41 a 50 síntomas graves (alteración de la actividad laboral y social)

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA F40.01 (Según DSM-IV TR)

- A. Se cumplen (1) y (2):
  - 1. Crisis de angustia inesperadas recidivantes
  - 2. Al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:
    - (a) Inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis
    - (b) Preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ejemplo: perder el control, sufrir un infarto al miocardio, “volverse loco)
    - (c) Cambio significativo del comportamiento relacionado con la crisis
- B. Presencia de agorafobia
- C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica
- D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo: fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad por separación.

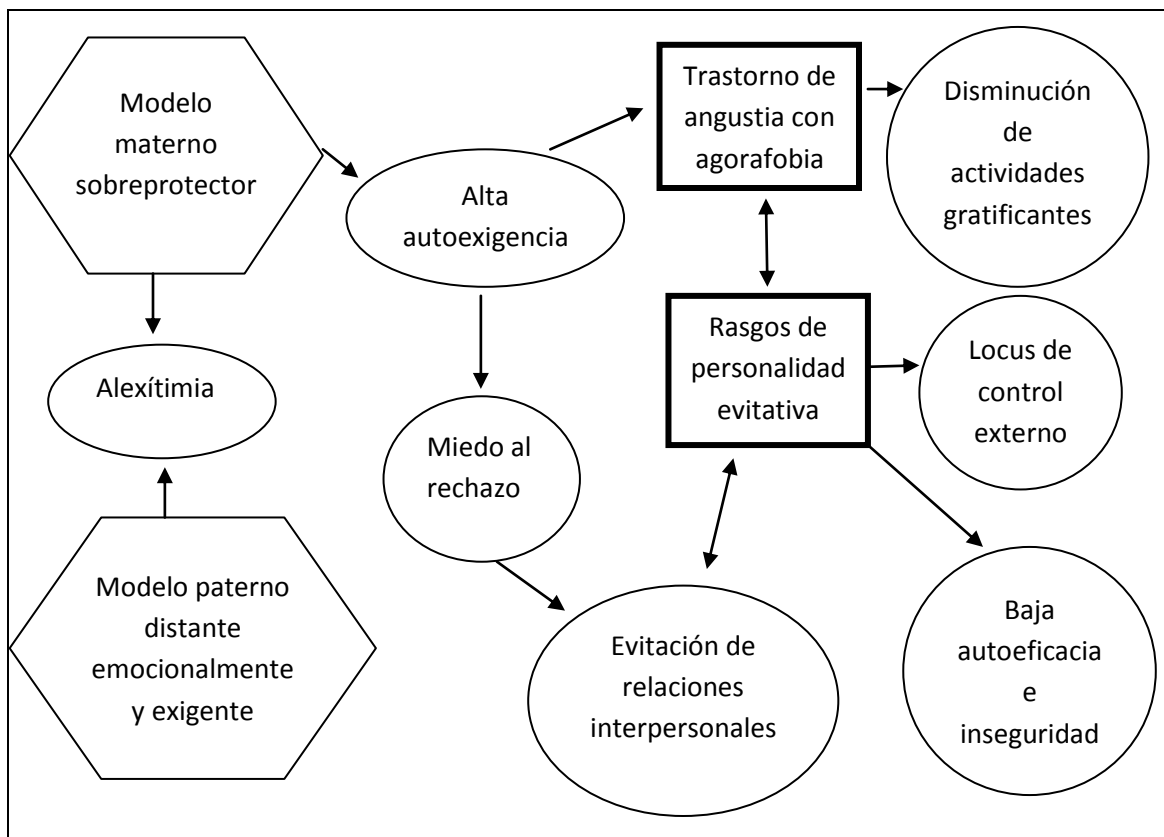
## FORMULACIÓN CLÍNICA Y MODELO PSICOPATOLÓGICO

GO presenta un trastorno de angustia con agorafobia y posee rasgos de personalidad evitativa, que pueden explicarse en la adquisición mediante la influencia de un modelo sobreprotector materno lo que ha favorecido sus creencias de falta de autoeficacia, autoexigencia y dificultad para reconocer sus emociones, la interacción de estas variables ha dado lugar a la inhibición de las respuestas de afrontamiento activas en su repertorio de respuestas al considerar que no serían eficaces para manejar las situaciones personales y sociales. El modelo paterno también ha funcionado como una variable de predisposición, ya



que al percibirlo distante emocionalmente y exigente, no es capaz de reconocer ni validar sus emociones.

Estos problemas se mantienen por un paradigma de reforzamiento negativo en el que la evitación de las relaciones interpersonales y la disminución en el número de actividades gratificantes dieron lugar a percepción de baja autoeficacia y una indefensión para manejar situaciones estresantes relacionadas con la pérdida de la salud y búsqueda de empleo. Así como un predominio de locus de control externo y una percepción subjetiva de bajo control sobre las contingencias del entorno.



Representación figura del modelo psicopatológico, los rectángulos representan los trastornos emocionales, los hexágonos corresponden a las variables de predisposición familiar y los círculos hacen referencia a las variables independientes de adquisición y mantenimiento.

CONTRASTE DE HIPÓTESIS (VALIDEZ CONVERGENTE DE LA FORMULACIÓN)

Según la hipótesis planteada el paciente presenta un trastorno de angustia con agorafobia favorecido por un modelo materno sobreprotector, un padre distante emocionalmente y exigente, lo que ha generado en GO alexitimia, alta autoexigencia (perfeccionismo), temor al rechazo, evitando tener relaciones personales significativas, llevándolo a una personalidad con rasgos evitativos, inseguridad, baja autoeficacia, un locus de control externo y disminución de las actividades gratificantes.

Instrumentos aplicados: Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota-2 (MMPI-2)

## MEDICIÓN INICIAL

*BDI. Depresión Moderada*

*BAI. Ansiedad grave*

*MMPI-2*

*Síntomas depresivos / obsesivos*

Rasgos de:

Introversión social, evitación, enajenación en sí mismo, timidez, carencia de autoafirmación social, pobre autoconcepto.

Depresión, desesperanza, pesimismo, desesperación, con normas personales estrictas, tendencia a sentirse culpable. Aprensión, mal funcionamiento físico.

Hipocondriasis, con preocupaciones excesivas de su salud. Preocupación corporal general, tendencia a estar centrado en sí mismo.

## FASE DE TRATAMIENTO

### OPERATIVIZACIÓN DE OBJETIVOS DERIVADOS DE LA FORMULACIÓN

- Favorecer autocontrol ante las crisis de pánico

- Aumentar autoeficacia percibida
- Promover el enfrentamiento activo
- Promover el reconocimiento y la expresión emocional
- Entrenar en habilidades sociales

## TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

En total se brindaron 23 sesiones efectivas de una hora cada una, semanalmente en un consultorio destinado a psicología. A continuación se enlistan las sesiones y sus objetivos:

Sesión	Intervención
1	Entrevista clínica, recolección de datos , análisis funcional de la conducta y batería de pruebas
2	Psicoeducación de la insuficiencia renal y de la hipertensión arterial.
3	Psicoeducación de trastornos de ansiedad, explicación del ABC de la conducta.
4	Reestructuración cognitiva
5-13	Entrenamiento con diversas técnicas de relajación
14-15	Entrenamiento en asertividad
16-17	Entrenamiento en habilidades sociales
18-23	Medición final y vigilancia de mantenimiento de cambios

1ª. Sesión entrevista clínica.

2ª. y 3ª. sesión se brindo psicoeducación

-Psicoeducación.

Durante las primeras sesiones de intervención se explicaron los factores etiológicos y consecuencias de la insuficiencia renal y la hipertensión arterial. Se promovieron conductas protectoras, de autocuidado personal.

En la tercera sesión se brindó psicoeducación acerca de los trastornos de ansiedad, explicando el ABC de la conducta en relación a sus síntomas físicos, se enfatizó la importancia de monitorear pensamientos, por lo que se dejó de tarea el autorregistro de situaciones y pensamientos que desencadenan las crisis de angustia.

En la 4ª. Sesión

-Reestructuración cognitiva

La reestructuración cognitiva en la intervención cognitiva es el proceso de aprendizaje para refutar las distorsiones cognitivas o “pensamiento defectuoso”, con el objetivo de reemplazar la irracionalidad por pensamiento o creencias de hechos con mayor exactitud de manera beneficiosa es decir pensamientos alternos.

Por medio del autorregistro de la cadena cognitivo-conductual, se debatieron las evidencias a favor y en contra, por medio de la discusión empírica, para confrontarlo con la realidad. Una vez que se dio cuenta de que sus pensamientos generaban toda su reacción de ansiedad y sintomatología física, se motivó para iniciar el entrenamiento en relajación para contrarrestar las crisis de ansiedad.

9 sesiones se ocuparon para el entrenamiento en relajación.

-Entrenamiento en relajación

Se brindaron sesiones de respiración diafragmática, para iniciar la relajación, posteriormente se entrenó en relajación muscular progresiva (tensión-relajación), relajación autógena induciendo calor y pesadez y posteriormente desensibilización sistemática.

En las sesiones 14 y 15 se entrenó en conductas asertivas para el aumento de la autoeficacia percibida.

Se brindó psicoeducación con respecto a la diferencia entre respuestas agresivas o pasivas a respuestas asertivas. Modelando conductas asertivas y recursos de

afrontamiento activos. De tarea se indicaron aproximaciones sucesivas al sexo opuesto.

En la 16 y 17ª. Sesión se brindó entrenamiento en habilidades sociales por medio del modelado. Se modelaron conversaciones con el sexo opuesto.

En la última sesión de tratamiento se brindó psicoeducación sobre la prevención de recaídas continuando el automonitoreo y reforzando el periodo de vigilancia. Se ocuparon 6 sesiones de vigilancia, supervisando permanencia de los cambios. Los cuales se mantuvieron.

#### FASE DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS POR TRASTORNOS Y/O PROBLEMAS PSICOLÓGICOS:

*-Temor a perder el control, enfermarse y morir:* Se ha controlado por medio del automonitoreo de pensamientos y autodebate de ideas irracionales.

*-Inseguridad y falta de confianza en sí mismo:* Por medio del modelado se entrenó en habilidades sociales y respuestas asertivas ante situaciones en las que creía no poder salir adelante.

*-Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto:* Se entreno, modelando conversaciones con el sexo opuesto. Se motivó a tener una relación de amistad con una persona de otro sexo que acudía a su iglesia para iniciar una conversación, y mantener una relación.

*-Ataques de pánico.* GO aprendió a parar el pensamiento en cuanto iniciaba su crisis de angustia y a focalizar su atención en la respiración diafragmática que le permitía vigilar su respuesta de relajación para contrarrestar la respuesta de ansiedad.

*-Dificultad para tomar decisiones:* se modelo a GO en respuestas asertivas por lo que él aprendió a afrontar situaciones que anteriormente habían sido estresantes de manera activa, al momento de darse cuenta de que lo podía lograr, es decir de adquirir autoeficacia.

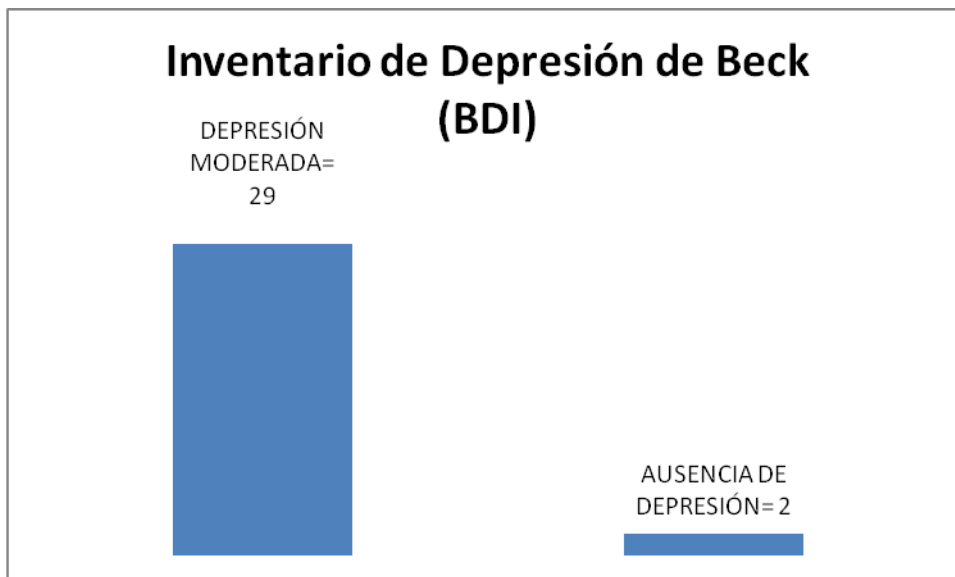
-*Alexitimia*. Actualmente reconoce sus emociones, a partir del dialogo socrático, logró darse cuenta de su tristeza, frustración y enojo ante la exigencia de su padre y el no poder nunca “dar el ancho ante él”, el observar que “nada era suficiente para satisfacerlo” y la reacción emocional que le provocaba su “desplante”, y la solución que puede dar ante tal reacción.

## MEDICIÓN FINAL

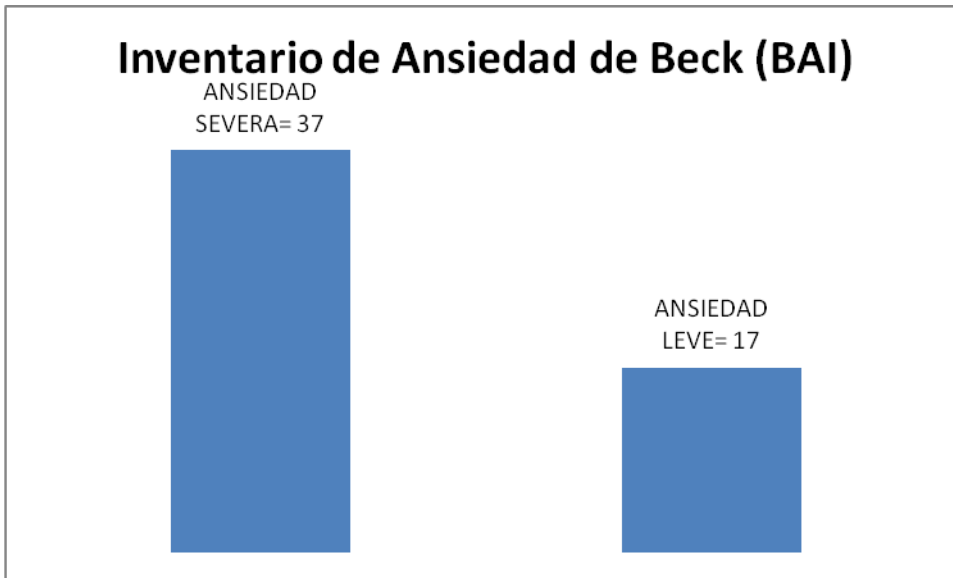
Inventario de Depresión de Beck (BDI). Ausencia de depresión

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Ansiedad leve

## RESULTADOS



Puntuación inicial de depresión moderada y ansiedad grave, a puntuación final de ausencia de depresión y ansiedad leve.



## CONCLUSIONES CLINICAS

En general GO aprendió otro tipo de respuesta ante situaciones estresantes, adquirió un tipo de afrontamiento activo ante cada una de tales circunstancias haciéndolo más autoeficaz y adaptado a las exigencias del medio.

GO actualmente es capaz de abordar un medio de transporte sin miedo autocontrolando sus respuestas psicofisiológicas por medio de la respiración diafragmática. Es capaz de identificar cuando sus reacciones fisiológicas son producto de su misma ansiedad.

En el aspecto social adquirió mayor número de habilidades sociales por medio del modelado, la reestructuración cognitiva y cambio de interpretación de eventos antes estresantes, actualmente tiene más redes de apoyo social y está en constante automonitoreo emocional y cognitivo. Consiguió salir a trabajar apoyando a su hermana mayor en su negocio.

## CASO 2

### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: M. I. L. R.

Edad: 29 años

Estado civil: casado

Sexo: masculino

Escolaridad: preparatoria

Ocupación: desempleado, ex comerciante

Religión: católica

Lugar de origen y residencia: México, D.F.

Nivel socioeconómico: 2 (en donde 1 es el más pobre y 5 el más pudiente)

No. de hermanos: Dos hermanos

Posición que ocupa: 3º.

Diagnóstico: Diabetes Mellitus tipo II (DMII), Leucemia Aguda Linfoblástica (LAL)

Descripción general: Paciente referido por médico algólogo al identificar factores emocionales al evaluar su percepción del dolor. El primer contacto se tuvo al momento de pasar la visita médica diaria en el servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología (INCan), en la ciudad de México, D.F. MIRL permaneció hospitalizado en el primer piso de esa institución durante 4 meses, durante ese tiempo se llevo a cabo la intervención psicológica.

#### MOTIVO DE CONSULTA

Es referido durante la visita a hospitalización (en su primer internamiento en el INCan) debido a que el equipo médico, nota depresión asociada al dolor.

#### IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente masculino de edad aparente similar a la cronológica, de estatura alta, complexión delgada y tez blanca, se encuentra hospitalizado en condiciones de higiene y aliño personal, se muestra cooperador ante la entrevista. Se observa con fascies depresivas. Sin embargo su tono de voz y periodo de latencia son



adecuados, es capaz de mantener contacto visual, se logra realizar una alianza terapéutica sólida desde la primera sesión.

## FASE DESCRIPTIVA

### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

*Desesperanza aprendida.* Piensa que ni los medicamentos pueden calmarle la sensación dolorosa, que no funcionan.

*Temor a que no funcionen los tratamientos y a la muerte:* Piensa que su caso no tiene curación y todos los síntomas que presenta los interpreta como posibles desencadenantes de su muerte.

*Crisis de ansiedad y depresión:* caracterizada por llanto fácil, tristeza, preocupación somática excesiva, desesperación e insomnio intermitente.

*Ansiedad anticipatoria a procedimientos invasivos:* se muestra hipervigilante al aspirado de médula ósea y la punción lumbar.

*Incremento de la sensación dolorosa:* ya que su percepción de baja autoeficacia y autocontrol del dolor aumenta la sensación dolorosa.

*Baja tolerancia a la frustración:* se torna demandante, con pérdida de confianza en el equipo médico, maneja ideas erróneas con el uso de psicofármacos.

*Agotamiento y desanimo.* Se siente frecuentemente sin ganas de levantarse.

### ANÁLISIS FUNCIONAL DE MANTENIMIENTO (ANÁLISIS DE SECUENCIAS)

- Antecedentes
- ✓ Antecedentes ambientales/ contextuales del problema.
  - Ante la posibilidad de requerir un procedimiento invasivo
  - Ante el presentar algún síntoma nuevo
  - Ante la posible pérdida de capacidades
- ✓ Antecedentes cognitivos

- “seguramente hay algo malo en mi que nadie me quiere decir que tengo,” “puede que me quede paralítico” “puede que muera repentinamente”
- ✓ Antecedentes conductuales
  - Aviso de necesidad de hacerle un procedimiento invasivo.
- ✓ Antecedentes somáticos:
  - Taquicardia, sudoración en manos, temblor de extremidades, aumenta la sensación dolorosa
  - Respuestas
- ✓ Cogniciones, creencias y diálogo interno.
  - Seguro tengo una enfermedad grave
  - No quiero ver a nadie
  - Todos los médicos de este lugar no saben nada
  - Nadie me cree que me duele
  - Mi pronóstico es muy malo, porque el dolor no se controla.
- ✓ Sensaciones físicas
  - Agitación psicomotriz, taquicardia, temblor y sudoración de manos, mareos, aumento en la sensación dolorosa.
- ✓ Afecto, sentimientos, emociones y estados de ánimo
  - Tristeza (desanimo)
  - Angustia
  - irritabilidad
- ✓ Conductas manifiestas o respuestas motoras
  - Se muestra con agitación psicomotriz, fascies de angustia y tristeza.
  - Consecuencias a corto plazo
- ✓ Consecuencias ambientales / contextuales
 

Mantienen. Falla en la adhesión terapéutica de analgésicos, hipervigilancia de síntomas.

Mejoran. El no tener dolor.
- ✓ Consecuencias cognitivas
  - Preocupación excesiva de su estado físico

- Seguramente nada podrá controlar mi dolor
- No vale la pena vivir
- No confió en el equipo médico porque no es capaz de quitarme el dolor
- ✓ Consecuencias somáticas
  - Aumento de sensación dolorosa
- ✓ Consecuencias afectivas
  - Tristeza
  - Desesperanza
  - Irritabilidad
  - Angustia
- ✓ Consecuencias relacionales del problema
  - Falta de adhesión al tratamiento para el dolor.
  - Evita hablar de sus emociones

Análisis funcional de la ansiedad ante procedimientos invasivos

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
✓ Externos contextuales Aviso de la necesidad de realizar algún procedimiento invasivo	✓ Cognitivas Esquemas cognitivos disfuncionales de inseguridad (“nadie me puede controlar el dolor”) Distorsiones cognitivas: (“seguro tengo una enfermedad grave”), catastrofismo (“muy probablemente está enfermedad me lleve a la muerte, puedo morir en cualquier momento, mi vida corre peligro”), atención selectiva (“debo estar atento a mi síntomas físicos”)	✓ A corto plazo Falla en la adhesión terapéutica algológica. Baja tolerancia a la frustración Demandante de manera excesiva.
✓ Internos Dolor Presencia de sintomatología física	(“muy probablemente está enfermedad me lleve a la muerte, puedo morir en cualquier momento, mi vida corre peligro”), atención selectiva (“debo estar atento a mi síntomas físicos”) Pensamientos de inadecuación	✓ A largo plazo Personales Sentirse inseguro Bajo autocontrol Familiares Desorganización de roles familiares Problemas de pareja

	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Somáticas/fisiológicas</li> <li>Sensación de dolor</li> <li>Malestar generalizado</li> <li>✓ Motoras</li> <li>Agitación psicomotriz</li> <li>✓ Afectivas/ emocionales</li> <li>Apatía, desgano</li> <li>Irritabilidad</li> <li>Desesperanza</li> <li>Tristeza</li> </ul>	<p>Sociales</p> <p>Aislamiento y reducción del círculo social</p>
--	---	---

### ANÁLISIS HISTÓRICO

MIRL proviene de una familia integrada por sus padres y dos hermanos, él ocupa el tercer lugar de nacimiento, tiene una hermana mayor de 32 años y un hermano mayor de 30 años de edad, ambos casados y con hijos respectivamente, MIRL forma parte de una familia nuclear constituida por su esposa y un hijo de 2 años de edad, actualmente todos viven en la misma casa, divididos por cuartos.

Refiere una infancia feliz, ser un estudiante promedio y relacionarse de forma adecuada con sus hermanos y amigos de la escuela, la relación con sus padres ha sido muy cercana debido a que continúa viviendo en la misma casa, los padres han brindado mucho apoyo económico y social.

Durante su etapa de estudiante se recuerda inquieto y entusiasta, sin embargo no continuó la carrera profesional por la falta de recursos económicos, por lo que empezó a trabajar en la venta de ropa usada en los tianguis, posteriormente conoció a su esposa se casó y comenzó a laborar de taxista.

Con respecto a su vida en pareja, refiere que se ha adaptado favorablemente pasando por carencias económicas que han podido sortear, con la presencia de su hijo propone que ha cambiado su vida ya que adquirió un sentido de responsabilidad mayor.

Con respecto a su salud, reporta que desde hace un año comenzó con fatiga crónica y en ese momento le detectaron DM II y anemia. Emocionalmente se

“deprimió” y dejó de comer perdiendo más de 30kg en 3 meses, refiere que se sugestionaba mucho y no podía dormir sintiéndose ansioso al pensar que “podría ser una enfermedad más peligrosa”. Posteriormente empezó con síntomas de dolor en el estómago acudió al Hospital Gea González, lo internaron durante 20 días con el diagnóstico de neumonía, dos meses después fue referido al INCan con el diagnóstico de Leucemia Aguda Linfoblástica (LAL). Empezó su tratamiento a base de quimioterapia, radioterapia y tratamiento algológico coadyuvante.

Refiere que desde ese momento su mamá y su esposa empezaron a comportarse sobreprotectoras con él. La sintomatología psicológica dio comienzo al momento de recibir el diagnóstico de LAL, presentando una crisis de ansiedad y depresión caracterizada por: llanto fácil, tristeza, preocupación somática excesiva, desesperación e insomnio intermitente. Dicha afectividad se exacerbaba debido a que continuamente le solicitaban procedimientos invasivos como el aspirado de médula ósea o punción lumbar, hasta el momento de desarrollar una ansiedad anticipatoria a los procedimientos invasivos, que agrava su sensación dolorosa. Para lo cual psiquiatría prescribió benzodiazepinas (alprazolam 0.75 mg/ml gotas vía oral 3-3-6) para disminuir la ansiedad y favorecer el sueño, fármaco que funciona temporalmente ya que el dolor era insoportable y lo despertaba agitándolo nuevamente.

Posteriormente MIRL se vuelve a comportaba demandante poco tolerante a la frustración y con escaso autocontrol del dolor. Se desesperaba de que no le crean la intensidad de su dolor perdiendo confianza en el equipo médico. Continuaba inquieto y sin mejoría de su sintomatología, aún con insomnio, en ese momento se le indicó un antidepresivo adicional al ansiolítico, (sertralina, altruline 50 mg tabletas vía oral 0-0-1). Sin embargo no fue adherente a los psicofármacos ya que temía volverse adicto a ellos.

Con respecto a su pareja comenzó a desconfiar de ella, con ideas repetitivas de celos, al percibirse sin capacidad de poder vigilarla o controlarla se sentía “frustrado”.

## ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA ADQUISICIÓN (FACTORES DE PREDISPOSICIÓN).

La reacción mixta de ansiedad y depresión evolucionó a un trastorno adaptativo, caracterizado por irritabilidad, tristeza, angustia, que se asocia a aumento de la sensación dolorosa y ansiedad anticipatoria a procedimientos invasivos.

Se percibe bajo autoeficaz por la pérdida de control del dolor que detecta producto de su falla en la adhesión terapéutica debido a sus falsas creencia de adicción al medicamento. La madre y esposa refuerzan la hipervigilancia física de síntomas asociados a la enfermedad que aumentan su vulnerabilidad y desesperanza.

### FACTORES DE PREDISPOSICIÓN

Personales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipervigilancia de síntomas físicos.</li><li>• Temor a morir y dejar a su hijo solo.</li></ul>
Familiares	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sobreprotección materna</li><li>• Problemas de pareja por escasa comunicación</li></ul>
Sociales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aglutinamiento de vivienda</li><li>• Todos piensan que se va a morir</li></ul>

#### Otros datos relevantes

Estilo de vida. Anterior a la enfermedad dormía y comía de manera adecuada en calidad y cantidad, jugaba futbol, tenía una vida sexual activa y sus relaciones interpersonales eran extensas. A partir de la enfermedad cambia totalmente estilo de vida, dieta, sexualidad, sociabilidad y pasatiempos, se reducen redes sociales.

Conducta interpersonal. Se relaciona de manera satisfactoria con la mayor parte de las personas. Convive con su hijo con mucha frecuencia. Lo cual se ha reducido considerablemente por sus tiempos de internamiento.

Imagen de sí mismo. Anterior a la enfermedad se percibía atractivo, actualmente se considera feo y teme perder el amor de su esposa por dicha razón.

Afrontamiento y autocontrol. Afrontamiento activo, escasos recursos de autocontrol emocional y del dolor. Emocionalmente antes de la enfermedad sin alteraciones, actualmente irritable, ansioso y triste en la mayor parte del tiempo.

## CARACTERISTICAS DEL PENSAMIENTO

Estructura

*Orden y organización:* adecuada

*Análisis y síntesis:* no es capaz de integrar la información, concluye en forma errónea (pesimista).

*Razonamiento y conclusiones,* Fallas de razonamiento:

Catastrofización.- “Es insoportable mi situación”

“Nada me va a controlar el dolor”

*Anticipación y planeación:* se sobreanticipa a las situaciones de manera estresante y por lo tanto no es capaz de planear mecanismos de acción en forma lógica, ya que tiende a futurear. (Ansiedad anticipatoria)

Procesos

*Percepción:* catastrófica

*Atención selectiva:* tiende a comprobar el contenido de sus pensamientos dando dirección a los eventos en forma negativa.

*Imaginación:* negativa y catastrófica

*Memoria:* centrada en experiencias agradables (que ha perdido y anhela)

Forma del pensamiento: recurrente y absolutista.

Contenido del pensamiento: Confusión entre valer y el poder

Pensamientos automáticos:

- Tarde o temprano me voy a enfermar y morir
- No importa lo que haga mi dolor nadie lo va a poder controlar
- Mientras no pueda trabajar no poseo valor

#### Creencias intermedias

- Si una persona está discapacitada pierde su valor

#### Distorsiones cognitivas:

- Filtro mental o visión de túnel. Magnifica lo negativo/minimiza lo positivo.
- Catastrofiza

#### Esquema de Vulnerabilidad

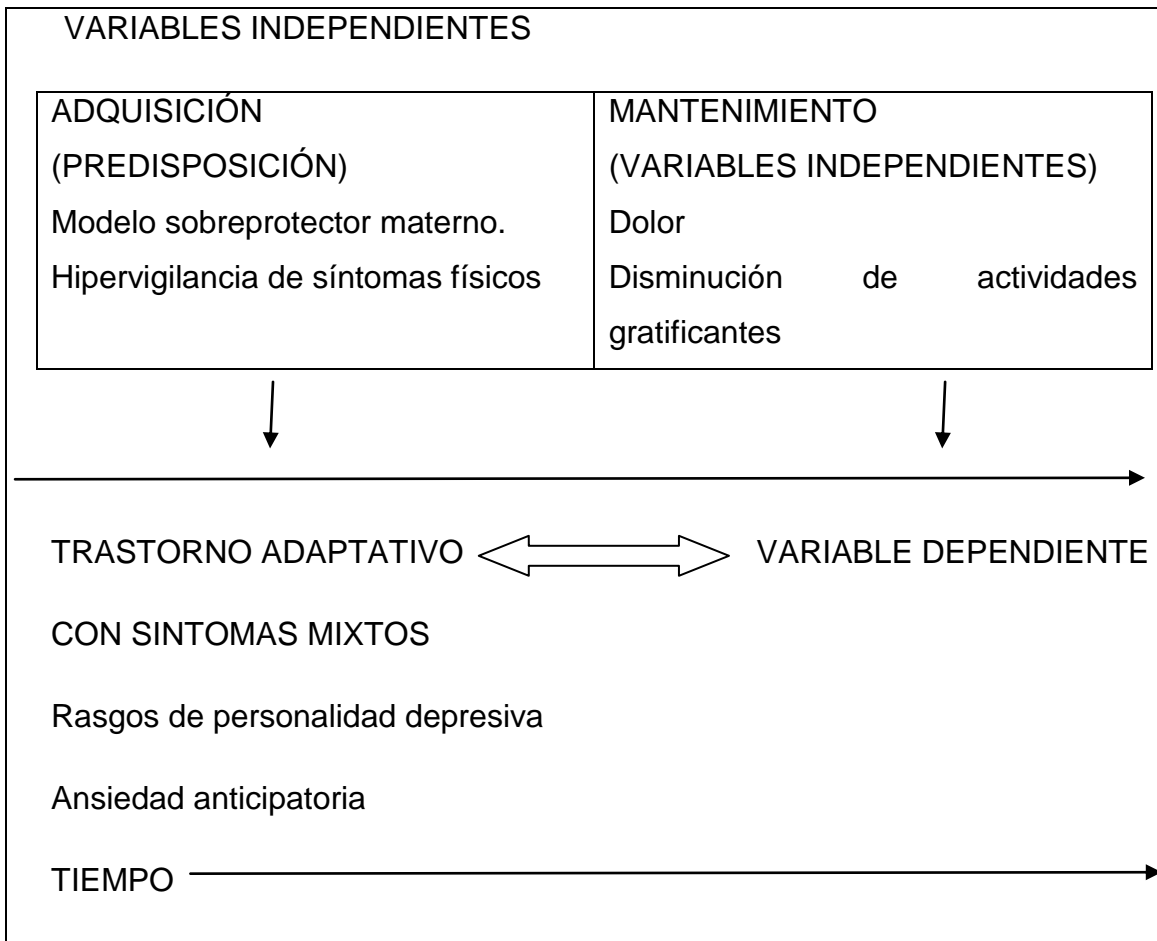
Actitudes de: Indefensión y autosabotaje

#### EXAMEN MENTAL

Con funciones mentales superiores conservadas, alerta, orientado en las tres esferas de tiempo, lugar y persona, procesos de atención-concentración conservados, sin alteraciones sensoriales, consciente, memoria a largo y corto plazo conservadas, habla fluida, continua y comprensible, lenguaje coherente y congruente, el contenido de su discurso se centra en la enfermedad y la afectación para su familia, el contenido de su pensamiento es catastrófico, no se detectan alteraciones en el juicio, su lenguaje no verbal es consistente con el verbal, respuesta psicomotriz adecuada, generalmente presenta llanto durante las sesiones.

#### FASE INFERENCIAL DE LA FORMULACIÓN CLÍNICA





DIAGNOSTICO DSM-IV-TR

EJE I. Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.  
 Ansiedad anticipatoria.

EJE II. Rasgos de personalidad depresiva

EJE III. LAL, Dolor somático y visceral en abdomen.

EJE IV. Enfermedad y dolor crónico

EJE V. EEAG (51 a 60) síntomas moderados a partir de un evento estresante.

DSM-IV

Definición de los Trastornos de adaptación

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras.

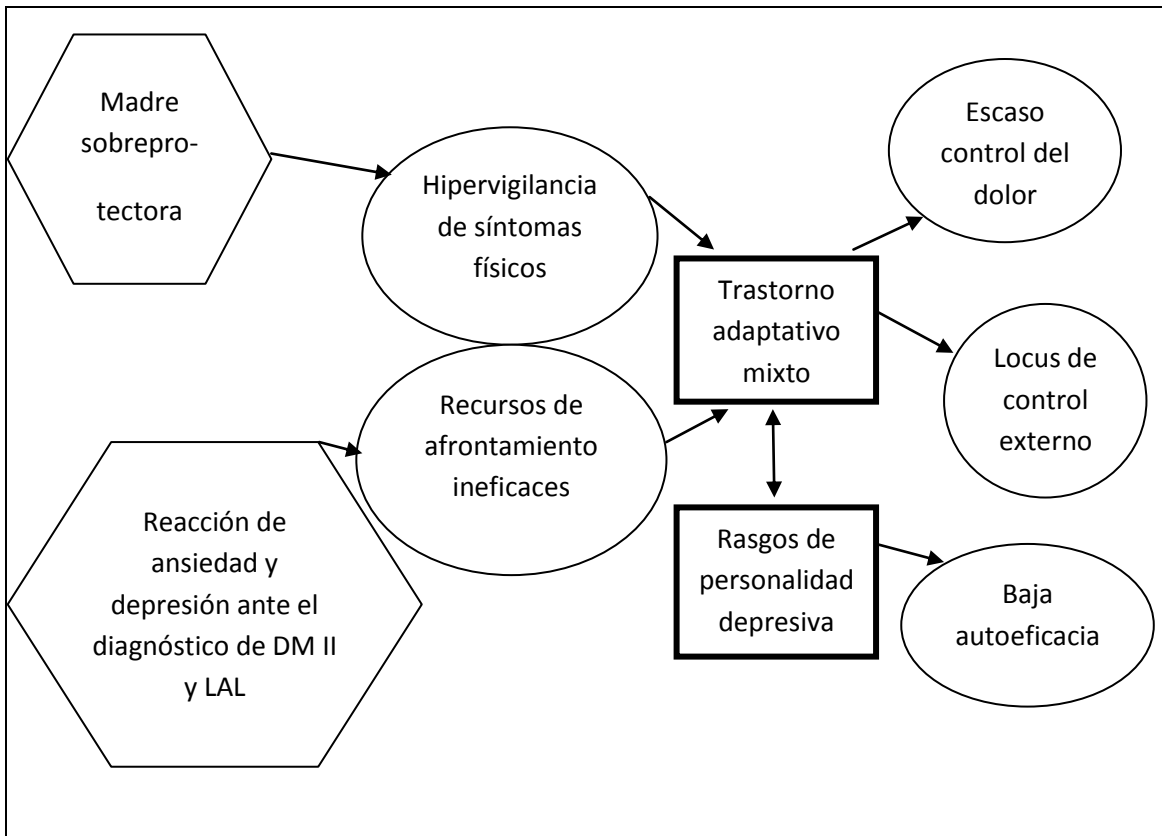
## FORMULACIÓN CLÍNICA Y MODELO PSICOPATOLÓGICO

MILR presenta un trastorno adaptativo mixto y posee rasgos de personalidad depresiva, que puede explicarse desde el momento en el que la crisis reactiva mixta, de ansiedad y depresión no cedió, es decir desde el momento en el que sus mecanismos defensivos no fueron eficaces como para lograr la adaptación al diagnóstico, adhesión a las indicaciones terapéuticas y brindarle mayor autocontrol. Su presente estado ha favorecido su estado de irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, desesperanza, baja autoeficacia y ansiedad anticipatoria a los procedimientos invasivos. La interacción de dichas variables ha dado lugar a la inhibición de las respuestas de afrontamiento activas que sean eficaces para adaptarse a esta nueva situación, se ha mostrado derrotista ante la pobre respuesta.

Dichas alteraciones emocionales se mantienen por un paradigma de reforzamiento negativo en el que la catastrofización hace que se intensifique su percepción del

dolor y así surja una desesperanza aprendida ante el uso de fármacos y falla en la adhesión a las indicaciones terapéuticas.

Actualmente en MILR predomina un locus de control externo y una percepción subjetiva de bajo control sobre las contingencias del entorno.



Representación figura del modelo psicopatológico, los rectángulos representan los trastornos emocionales, los hexágonos corresponden a las variables de predisposición familiar y los círculos hacen referencia a las variables independientes de adquisición y mantenimiento.

### CONTRASTE DE HIPÓTESIS (VALIDEZ CONVERGENTE DE LA FORMULACIÓN)

Según la hipótesis planteada el paciente presenta un trastorno adaptativo mixto, con síntomas de ansiedad y depresión, favorecido por sus rasgos de personalidad depresiva y escasos recursos de afrontamiento eficaces, desencadenado por una reacción mixta de ansiedad y depresión ante el diagnóstico de DM II y LAL, lo que

ha generado en MIRL falla en la adhesión terapéutica, aumento en la percepción del dolor, locus de control externo, escasa autoeficacia y desesperanza aprendida.

Instrumentos utilizados: Inventario de Depresión de Beck (BDI), Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Escala Visual Análoga (EVA) y Autorregistro emocional y de dolor

## MEDICIÓN INICIAL

*BDI. Depresión Moderada*

*BAI: Ansiedad Moderada*

*EVA inicial / final de cada intervención*

## FASE DE TRATAMIENTO

### OPERATIVIZACIÓN DE OBJETIVOS DERIVADOS DE LA FORMULACIÓN

- Propiciar adaptación al diagnóstico y limitaciones
- Aumentar autoeficacia percibida
- Promover el enfrentamiento eficaz
- Favorecer locus de control interno
- Reducir la percepción del dolor

### TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

En total se brindaron 17 sesiones efectivas de trabajo de 60 minutos cada una, en las cuales 11 sesiones fueron en el área de hospitalización, tres veces por semana, en un cuarto con aislamiento invertido, y posteriormente se brindaron 6 sesiones en el área de consulta externa de clínica del dolor y cuidados paliativos. A continuación se enlista la estructura que siguió la intervención:

Sesión	Intervención
1	Entrevista clínica y psicoeducación. Medición inicial.
2	Psicoeducación del control del dolor

3 y 4	Entrenamiento en relajación por medio de la respiración diafragmática
5 y 6	Entrenamiento en relajación por medio de la tensión-distensión
7	Evaluación de relajación en procedimiento invasivo.
8	Reestructuración de falsas creencias
9	Psicoeducación acerca del ABC de la conducta. Debate de creencias irracionales
10	Entrenamiento en asertividad
11	Entrenamiento en solución de problemas
12-17	Medición final, mantenimiento, valoración del cambio.

En la primer sesión se entrevisto al paciente, se logro empatizar y favorecer la expresión emocional, así como se brindo psicoeducación con respecto a los aspectos afectivos del dolor.

En la segunda sesión se proporcionó reestructuración de falsas creencias con respecto al control del dolor, se explicó la importancia de los fármacos en combinación con la relajación para disminuir la sensación de dolor, y se propuso el iniciar con técnicas para reducir el dolor y la ansiedad que presenta ante procedimientos invasivos. Se dejo de tarea autorregistrar su percepción del dolor y emociones por hora.

En la tercera y cuarta sesión se brindó entrenamiento en relajación comenzando con la respiración diafragmática, se midió EVA inicial y final (8-3 respectivamente). Se dejo de tarea el practicar sus ejercicios de respiración. Así como se reforzó la adhesión terapéutica incluyendo en el autorregistro emocional y de intensidad del dolor la utilización de analgésicos.

En la quinta y sexta sesión se comenzó con entrenamiento en tensión- distensión, en la cual MILR logró controlar su sensación de dolor reduciendo la percepción de dolor. EVA inicial de 5 EVA final de 2.

En la séptima sesión se acompañó a un procedimiento invasivo (aspirado de médula ósea) brindando orientación en el uso de la relajación por medio de la respiración diafragmática previa al evento, consiguiendo una reducción de su ansiedad de un EVA de 8 a un EVA de 2.

En la octava sesión se brindó reestructuración cognitiva de falsas creencias de la enfermedad, discapacidad, y pronóstico, enfatizando la idea del autocontrol como mecanismo que favorezca la adaptación.

En la novena sesión se brindó psicoeducación sobre el ABC de la conducta se pidió el autorregistro emocional que llevaba para darse cuenta de sus pensamientos y corroborar evidencias a favor y en contra, debatiendo creencias irracionales.

En la décima sesión se reestructuró cognitivamente sobre la importancia de la comunicación asertiva haciendo énfasis en la diferencia entre una respuesta pasiva y una agresiva vs. asertiva, se hicieron pruebas de la efectividad de las técnicas aprendidas por medio del modelado de conductas asertivas, así como de la importancia de comprobar los pensamientos.

En la onceava sesión se realizó la técnica de solución de problemas en donde se centró sobre las alternativas de solución que tiene creando pensamientos alternos más válidos, posteriormente se supervisó entrenamiento y efectividad de sus ejercicios de respiración diafragmática, midiendo por medio del EVA el control del dolor (inicial 6 final 2).

Se proporcionaron 6 sesiones semanales más de evaluación y valoración del cambio.

## FASE DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

MEDIDAS ESPECÍFICAS POR TRASTORNOS Y/O PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

*Desesperanza aprendida ante la percepción de dolor.* Se reestructuraron falsas creencias del manejo del dolor, aumentando la adhesión terapéutica a las indicaciones y haciéndolo más autoeficaz con las estrategias de relajación para disminuir su percepción dolorosa.

*Temor a que no funcionen los tratamientos y a la muerte:* se brindó psicoeducación con respecto a su enfermedad y se brindaron estrategias de comunicación asertiva.

*Ansiedad anticipatoria a procedimientos invasivos:* se brindaron estrategias de relajación muscular de tensión-relajación y respiración diafragmática, para disminuir ansiedad anticipatoria a procedimientos invasivos.

*Baja tolerancia a la frustración:* se reestructuraron falsas creencias con respecto a la falta de valía propia a partir de la discapacidad física, creando pensamientos alternativos.

*Trastorno adaptativo mixto (con síntomas de ansiedad y depresión):* se entrenó en comunicación asertiva y afrontamiento activo específicamente: solución de problemas.

*Manejo del dolor.* Entrenamiento en relajación (tensión-relajación y respiración diafragmática) para disminuir el dolor y autorregistro emocional, de intensidad del dolor y fármacos utilizados.

*Rasgos de personalidad depresiva:* se reestructuraron falsas creencias, debatiendo ideas irracionales. Se explicó el ABC de la conducta, autorregistrando pensamientos y emociones.

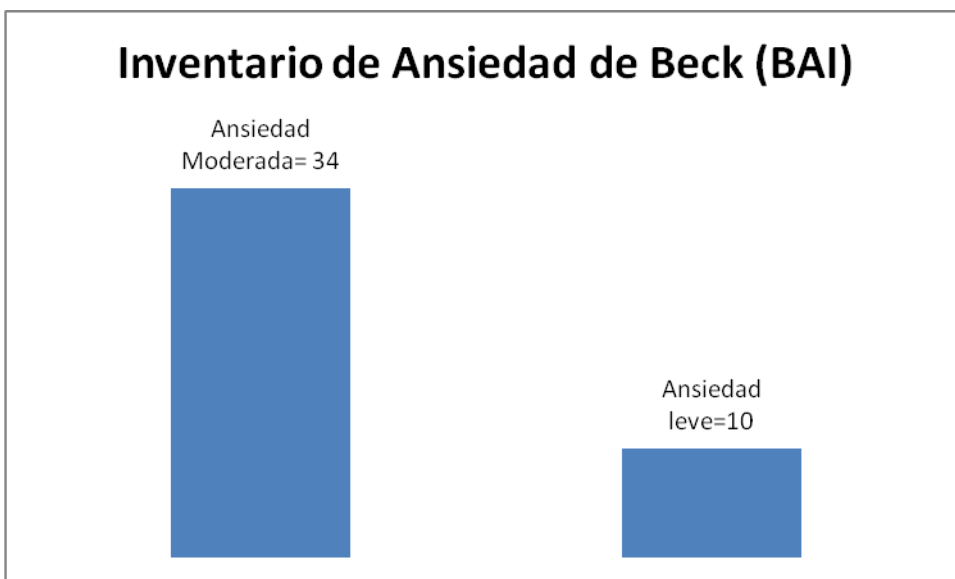
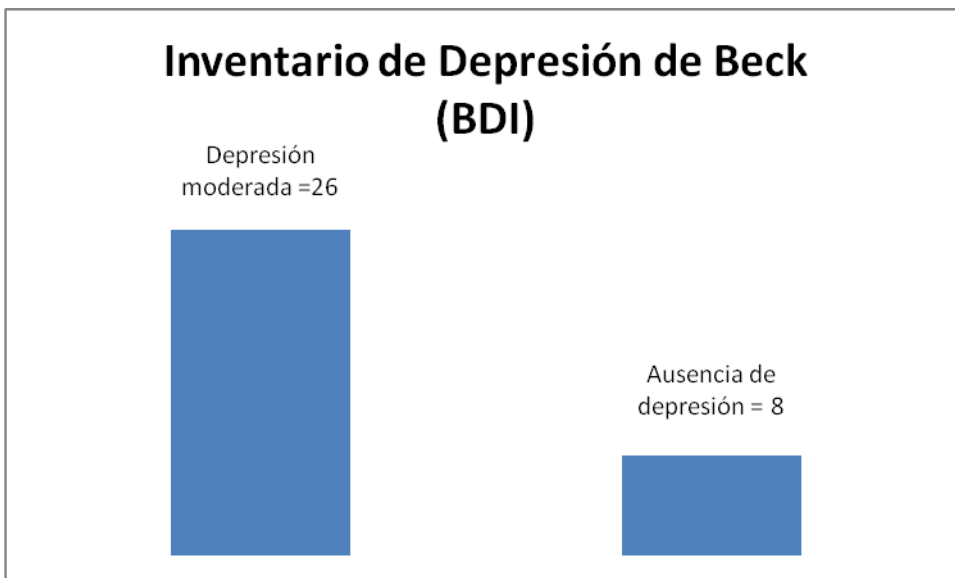
## MEDICIÓN FINAL

Inventario de Depresión de Beck (BDI). Ausencia de depresión

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Ansiedad leve.

## RESULTADOS

Se encontraron diferencias entre las mediciones iniciales de depresión y ansiedad, con depresión moderada inicial y ausencia de depresión final, así como ansiedad moderada al iniciar y al finalizar ansiedad leve.



Respuestas de las técnicas de relajación empleadas

Técnica	EVA inicial	EVA final
Respiración diafragmática (dolor)	8	3
Tensión-relajación (dolor)	5	2



Respiración diafragmática (ansiedad anticipatoria)	8	2
Tensión- Relajación (dolor)	6	2

Al realizar una comparación por medio de la t de Student para muestras relacionadas, con las mediciones de dolor previo y posterior a las intervenciones se encontró una diferencia significativa en la escala de dolor, de  $t = 6.97$  y con un nivel de significancia  $< 0.006$

MEDIDAS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE (SALUD, CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR SOCIAL, Y DE SATISFACCIÓN)

#### CONCLUSIONES CLÍNICAS

Actualmente MILR se encuentra adaptado al tratamiento, es capaz de afrontar activamente y de manera eficaz su enfermedad, su dolor está controlado con fármacos y técnicas de relajación así como su ansiedad ante los procedimientos invasivos.

Es capaz de tener una comunicación asertiva con su esposa y familia, así como de hablar de su enfermedad y emociones de manera natural, es capaz de darse cuenta cuando sus pensamientos son disfuncionales y le provocan malestar emocional.

#### CASO 3.

##### FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: LC

Sexo: femenino

Edad: 36 años

Estado civil: Soltera

Escolaridad: Carrera profesional incompleta (1er año de Ingeniería en informática)

Ocupación: Desempleada

Religión: Cristiana

Lugar de nacimiento y residencia: México, D.F.

No. de hermanos: Un hermano menor

Posición que ocupa: Primera

Nivel socioeconómico: 2 (en donde 1 es el más pobre y 5 el más pudiente)

Diagnóstico médico: Hipertensión arterial sistémica (HAS)

Descripción general: Paciente detectada durante el pase de visita médica diaria del servicio de Nefrología en el Hospital Juárez de México, ella estaba como cuidadora primaria de su madre hospitalizada que padece insuficiencia renal crónica y necesitaba por primera vez ser dializada.

#### MOTIVO DE CONSULTA

LC acude a consulta psicológica ya que se encontraba sumamente aprensiva por la enfermedad de su madre internada por padecer insuficiencia renal crónica, comenta que no sabe cómo enfrentar situaciones nuevas que involucran la enfermedad, propone temor ante la posible muerte de su mamá, se percibe así misma miedosa e insegura ante lo desconocido. Desde hace dos meses LC presenta estados de miedo, tristeza y preocupación intensos, ya que piensa que es culpable de la diabetes y complicaciones de su madre.

#### IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL

Paciente femenino de edad aparente similar a la cronológica, de estatura media, complexión robusta y tez morena clara, usa lentes, acude en condiciones de higiene personal, puntual a sus citas, durante las cuales se muestra muy dispuesta y cooperadora. Se observa ansiosa durante las sesiones, ya que continuamente tiene movimientos de manos estereotipados. Su tono de voz es bajo, su periodo de latencia es adecuado, su visión no es fija ya que padece estrabismo por lo que

no mantiene contacto visual, se logra realizar una alianza terapéutica sólida desde la primera sesión.

## FASE DESCRIPTIVA

### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

*Inseguridad y temor a lo desconocido.* Intenso miedo a cometer un error. Evita dializar a su mamá, abandono trabajo.

*Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto:* Le es imposible tener contacto visual e iniciar una conversación con alguien del sexo opuesto. Ya que se siente poco atractiva físicamente e incapaz de gustarle a alguien más.

*Tristeza y desesperanza.* Le entristece haber dejado pasar tantas oportunidades. Piensa que ya no es tiempo para formar una familia como a ella le hubiera gustado.

### ANÁLISIS FUNCIONAL DE MANTENIMIENTO (ANÁLISIS DE SECUENCIAS)

- Antecedentes
- ✓ Antecedentes ambientales/ contextuales del problema.
  - Al salir sola de casa
  - Al pasar cerca de sus vecinas
  - Al tener que relacionarse con el sexo opuesto
  - Al tener que atender a su madre
- ✓ Antecedentes cognitivos
  - “Seguramente piensan que soy una quedada”, “si miro a un hombre pensará que me atrae y que soy una mujer fácil”, “no sé cómo ayudar a mi mamá, seguro voy a cometer un error, voy a provocarle un daño”
- ✓ Antecedentes conductuales
  - Ante la demanda de atención de la mamá
- ✓ Antecedentes somáticos:
  - Taquicardia, sudoración y temblor de manos

- Respuestas
- ✓ Cogniciones, creencias y diálogo interno.
  - Soy horrible físicamente nadie me va a querer
  - Mi madre está a si por mi culpa por lo tanto tengo que cuidarla
- ✓ Sensaciones físicas
  - Agitación psicomotriz, taquicardia, temblor y sudoración de manos.
- ✓ Afecto, sentimientos, emociones y estados de ánimo
  - Tristeza
  - Frustración
  - Temor e inseguridad
  - Culpa
- ✓ Conductas manifiestas o respuestas motoras
  - Comete errores al intentar dializar a su madre
  - Evita mantener contacto visual y relacionarse con el sexo opuesto.
  - No se arregla ni cuida su aspecto físico
- Consecuencias a corto plazo
- ✓ Consecuencias ambientales / contextuales

Mantienen. No cuida su imagen, madre demandante y exigente.

Mejoran. El estar en casa “segura”, apoyo de hermano.
- ✓ Consecuencias cognitivas
  - Miedo a abandonar a su madre
  - Miedo a que su madre muera
  - Desesperanza aprendida
- ✓ Consecuencias somáticas
  - Dolor de miembros inferiores
  - Insomnio
  - Nauseas
  - Mareos
  - Presión arterial alta
- ✓ Consecuencias afectivas
  - Tristeza

- Desgano
- Apatía
- Impotencia
- Frustración
- Miedo
- Ansiedad- incertidumbre
- Culpa
- Inseguridad
- ✓ Consecuencias relacionales del problema
  - No es capaz de relacionarse con hombres
  - No es capaz de relacionarse asertivamente con su madre, ni poner límites
  - Evita dializar a su mamá
  - No es capaz de tomar decisiones y solucionar problemas
  - Tiene baja autoeficacia percibida

#### Análisis funcional

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
✓ Externos contextuales Necesidad de salir de casa Pasar cerca de sus vecinas Necesidad de relacionarse con personas del sexo opuesto Complicaciones	✓ Cognitivas Esquemas cognitivos disfuncionales de inseguridad (“no soy lo suficientemente bonita para tener junto a mi a un hombre) Distorsiones cognitivas: (“seguro las vecinas hablan de mi”), falacia de control (“si me equivoco al dializar a mi mamá se puede morir y una vez más le haré daño”), catastrofismo (“soy tonta no sé hacer nada bien”), atención selectiva y generalización (“nada	✓ A corto plazo Temor de no hacer las cosas bien Evitar salir, relacionarse con gente Inseguridad en el manejo del tratamiento de la mamá Comete errores al momento de cuidar a su mamá ✓ A largo plazo -Personales

s de salud de la madre	me sale bien”)	Sentirse insegura con baja autoeficacia y culpa
Demandas de atención de la madre	Pensamientos de inadecuación “tengo que cuidar de mamá porque se enfermo por mi culpa” “Si no estoy con mi mamá significa que no la quiero”	-Familiares No pone límites con su mamá
✓ Internos	significa que no la quiero”	Perdida de relaciones de pareja funcionales
Percibirse físicamente fea	✓ Somáticas/fisiológicas Dolor muscular Insomnio	-Sociales Aislamiento y reducción del círculo social
Miedo a que muera la mamá	Agotamiento Hinchazón de piernas Presión arterial alta	
Miedo a cometer un error	Mareos nauseas ✓ Motoras Evitar mirar a los ojos a los hombres	
Temor a provocarle un daño a mamá	No dializa a mamá ✓ Afectivas/ emocionales Tristeza- desgano Apatía - impotencia Frustración Miedo Ansiedad- incertidumbre	

## ANÁLISIS HISTÓRICO

LC es la primera hija en una familia de dos hermanos, ella de 36 y su hermano de 30 años. Cuando se le pregunta sobre su infancia refiere que ella era muy “gordita”, solitaria, tímida e insegura, desde ese tiempo comenta que le daba miedo hacer el ridículo por lo que tendía a aislarse proponiendo que “disfrutaba su soledad”. El primer evento que ella percibe como ridículo fue cuando en el salón de clases intenta prender un foco y este se funde, refiere haberse sentido “muy

mal” ya que todos sus compañeros se burlaron de ella al creer que ella lo causo. En relación a sus padres propone que no la dejaban salir a jugar porque decían que todos los niños que salían a la calle eran “vagos”, por lo que comenta que jugaba sola la mayor parte del tiempo, hasta que nace su hermano seis años después, con el que si tiene permitido jugar.

Con respecto a la relación con sus padres, LC recuerda a su padre muy serio y “muy lindo” con ella, él era comerciante y murió hace 9 años de un infarto lo cual les provoco una crisis económica grave. Su madre siempre se porto autoritaria, enérgica, cuidadora de la moral, estricta y regañona cuando hacia las cosas mal, siempre le decía que “había que darse su lugar, que la mujer no debe ser rogona si no rogada”, la describe muy platicadora, activa y agradable (propone que muy parecida a su hermano). Sin embargo refiere que siempre ha estado dominada totalmente por su mamá (que la chantajea), ya que no la dejaba ni salir con amigas, por lo que tenían que hacerlo a escondidas, aunque al parecer, no había castigos solo regaños si la descubría. Cabe proponer que actualmente la mamá de LC tiene 74 años y padece de diabetes desde hace 25 años (con falla en la adhesión terapéutica), está perdiendo la visión, no puede caminar por sí misma y cursa con una nefropatía secundaria a la diabetes, por lo que está dentro del programa de diálisis peritoneal ambulatoria y requiere del cuidado total de sus hijos, en general es una paciente dependiente y demandante que obtiene ganancias secundarias a partir de su enfermedad, como la atención de sus hijos, tiene antecedentes de padecer insomnio y ansiedad desde hace un año, que con su enfermedad se agudizaron, presentando reacciones de ansiedad y depresión, que al cronificarse se volvieron cuadros marcados de ataques de pánico, ideación suicida y depresión mayor. Ante la entrevista se muestra irritable y poco cooperadora, sin embargo propone que la causante de su diabetes fue su hija ya que desde hace 28 años se empezó a sentir mal (con taquicardia y mareos) porque su hija no pasó un examen final. Al momento de comentar esto LC que se encontraba presente, sin que su mamá lo supiera, empieza a llorar, proponiendo que ella se enteró de eso hace diez años cuando su mamá sufrió un coma diabético, momento en el que le reprocho eso y ella supo que por su culpa su

madre estaba así, y se sentía muy arrepentida de estarle causando tanto dolor e incluso la posible muerte por no hacer las cosas “bien”.

En cuanto a su hermano, lo concibe como extrovertido y amigüero. Él actualmente padece de diabetes desde hace un año, (sin adhesión a las indicaciones), lo concibe como el responsable y jefe de familia. Propone que actualmente es su principal fuente de apoyo, la paciente lo percibe muy organizado y dedicado a la mejora de su mamá, actualmente enojado e irritable por el estrés prolongado. Refiere que “él no siente tanta ayuda por parte de su hermana que a pesar de que ya renunció a su empleo, no cuida a su mamá como él desearía”.

Por otro lado en el área social, la paciente comenta que siempre ha tenido pocas amigas y han sido muy parecidas a ella, serias y respetuosas. En la escuela refiere nunca haber sido muy buena, comentando que dependía de los docentes para que ella se interesara en las materias, estudio la primaria, secundaria y preparatoria en una escuela de mujeres, fue hasta la universidad en donde convivió con los hombres, y ahí conoció al que fue su primer novio, a los 18 años, con él que estuvo durante cuatro años, cabe proponer que al hablar de este tema ella empieza a tener movimiento de manos estereotipados y a taparse la cara diciendo que le apenaba mucho hablar de esa situación, ya que le generaba emociones encontradas de felicidad, enojo y tristeza. Felicidad por haberse sentido bonita en ese tiempo, enojo por no haberle dado la oportunidad de “algo más” por su mismo carácter y tristeza por sentir que perdió su oportunidad con él. Posteriormente comenta que la relación fue más de amigos, ya que nunca hubo besos ni abrazos, simplemente andaban juntos para todos lados y él le hacía comentarios de querer estar bien con ella pero ella nunca le permitió más. LC nunca le comentó que le gustaba o que le interesaba, ya que por educación “no lo debía hacer”. Sin embargo comenta que sí se lo expresaba con “miradas”. La relación terminó cuando ella dejó la universidad y del mismo modo dejó de frecuentarlo, en ese tiempo ella se sentía avergonzada de su situación económica y tuvo que empezar a trabajar, sus padres nunca supieron de su relación con “su primer novio” porque “no era correcto”. Posteriormente el mismo muchacho le dijo que ya tenía novia y poco a poco se fue alejando, tiempo después se casó y aún



continúa siendo su amigo. Para LC, él era el único con el que hubiera deseado hacer vida en pareja ya que “era muy limpio” y la introdujo en la religión Cristiana. Durante su corta estancia en la universidad LC recuerda que muchos amigos la pretendían, pero se alejaban cuando la veían con él, muchos comentaban que no se acercaban porque creían que jamás les haría caso porque era muy bonita, sin embargo ella nunca se daba cuenta hasta tiempo después que le decían. Al comentar eso LC dice que le duele recordarlo.

Con respecto a su vida académica, abandona la universidad por la escasez de recursos económicos, y decide trabajar en una empresa como capturista de datos, recomendada por una amiga, empresa a la que actualmente renunció por cuidar a su mamá enferma.

Durante su vida laboral se da cuenta de que personas ya casadas intentan abordarla pero ella los rechaza, posteriormente conoce a un hombre mayor que ella (de 40 años) soltero, ingeniero civil, el cual la comenzó a observar de lejos y decide cortejarla, dándole poemas, enviándole rosas (que ella tiraba para que no se dieran cuenta sus papás y no la regañaran), este hombre a ella no le agradaba porque ya quería conocer a sus papás para formalizar y casarse por lo que lo rechazó.

Nunca le comentaba a nadie lo que le ocurría, después de esta persona, tuvo tres amistades más en su vida que se acercaban pero ella no les daba la oportunidad de profundizar más y “los alejaba”. LC refiere que “los hombres piensan que sí ella es amable, quiere decir que anda de tras de ellos”, por lo que propone que hasta con sus amigos le daba pena ser amable o pedirles favores. Cuando una persona le gusta LC se cohibe y trata de ignorarlo.

Hace dos años, propone que tuvo “la última oportunidad”, era un hombre que trato de cortejarla y que a ella le agradaba, era de su misma edad, soltero, asistía a su misma iglesia y platicaban juntos, la buscaba mucho, sin embargo (ya que estaba más cerca) se alejó. Actualmente ella se siente horrible, desesperanzada porque “a estas alturas ya no va a pasar nada”. Propone que desde los 30 años perdió la esperanza (y “esta quedada”) teme los comentarios de la gente sobre el seguir

soltera, dice “me duele ver como la gente me ve”. Para ella eso significa que la juzgan porque a su edad ella ya “debería de tener una familia”.

LC reconoce que su inseguridad y su miedo no la han dejado avanzar en lo afectivo, considera que se siente frustrada. Ella anhela tener un hijo sin embargo está consciente que por su edad es difícil por lo que dice que “con tan solo tener una pareja se conformaría”, le da tristeza consigo misma y refiere no saber que va a pasar con ella.

Al principio de la intervención LC refiere que le da tristeza e impotencia el estado actual de su madre, teme no hacer correctamente las cosas, siente incertidumbre en cuanto a lo que va a pasar cuando se muera su madre. Por lo que por lo pronto decide cuidarla perfectamente. Ella cree que su madre pensará que si no está ahí es que no la quiere atender y por lo tanto que no la quiere. Ya que continuamente su mamá le dice “no me dejes sola, estoy sola” cosa que a LC le causa tristeza y angustia. Para ella la muerte de su madre significaría la desestabilización total ya que ella les brindaba lo que necesitaban.

#### ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA ADQUISICIÓN (FACTORES DE PREDISPOSICIÓN).

Su inseguridad y baja autoeficacia percibida parece surgir de sus antecedentes de crianza en el cuál su madre le atribuyo la responsabilidad de su bienestar físico y emocional, bienestar que pocas veces logro. El temor de relacionarse con el sexo opuesto y a lo desconocido fue reforzado por su ambiente escolar, el cual siempre estuvo rodeado de mujeres hasta la universidad en donde para ella significo un reto que no supero, es decir fracaso con su primer relación amorosa. Actualmente se siente frustrada y ha perdido la esperanza de formar una familia.

Desde que su mamá enfermo teme que muera y sea su culpa, por lo que se responsabilizó de su estado de salud y se hizo el firme compromiso de intentar cuidarla sin poder lograrlo por su temor de provocarle un daño por tal razón solicita apoyo psicológico.

## FACTORES DE PREDISPOSICIÓN

Personales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Introversa</li><li>• Baja autoeficacia percibida</li><li>• Incompetencia (“me voy a equivocar”)</li><li>• Se atribuye responsabilidad del bienestar de mamá</li></ul>
Familiares	<ul style="list-style-type: none"><li>• Madre demandante de atención.</li><li>• Sobreprotección paterna</li><li>• Moral y religión restrictivas</li></ul>
Sociales	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escaso núcleo de relaciones interpersonales</li><li>• Fracaso escolar y de relación de pareja</li></ul>

### Otros datos relevantes

Estilo de vida. No cuida su alimentación, no hace ejercicio, no ha iniciado vida sexual, sus relaciones interpersonales son escasas, no procura su aspecto físico ni su salud.

Conducta interpersonal. Teme iniciar una relación de pareja por temor al rechazo, tiene amistades solo en su iglesia sin embargo también ahí se tiende a aislar, solo se relaciona con su hermano de manera asertiva.

Imagen de sí mismo. Se siente fea, no se percibe atractiva ni capaz de conseguir pareja.

Afrontamiento y autocontrol. Afrontamiento pasivo, tiende a evitar situaciones que le producen estrés. Su autocontrol es escaso. LC se percibe sin recursos para enfrentarse a situaciones nuevas como la diálisis, por el temor a hacerlo mal, lo cual le provoca una vez más angustia y tristeza por sentirse responsable de que el tratamiento se siga correctamente y por ende su madre este viva.

Estado de salud. LC refiere haber sido “toda la vida enfermiza”, ha padecido enfermedades típicas de la infancia, a los nueve años tuvo hepatitis, por lo que

estuvo un mes en cama, propone que tuvo muchos cuidados de sus padres, después de eso comenta que solo fueron gripas constantes y enfermedades del estomago que incluían dolor de cabeza, nauseas, y malestar general, infecciones como fiebre tifoidea que han cedido desde hace un par de años. Hace tres años sufrió de apendicitis y la última vez que se enfermó gravemente fue hace dos años que tuvo una bronconeumonía, tuvo mucho temor a morir, padeció ataques de tos e insuficiencia respiratoria, como tratamiento recibió antibiótico, lo cual le provocó una gastritis aguda. Después de ese episodio ella recuerda que se sentía ansiosa que temía volver a enfermarse, por las noches sudaba mucho, le faltaba la respiración y no podía dormir por el miedo no despertar ese evento duro cuatro días, hasta que recibió tratamiento homeópata que la alivio. Hace un año y medio le diagnosticaron hipertensión arterial sistémica.

Actualmente comenta que ha padecido dolor de espalda a partir de que empezó a cargar a su mamá para ayudarla, así como hinchazón de pies por la falta de descanso, desgano, sueño, mareos, nauseas y presión arterial alta.

## CARACTERISTICAS DEL PENSAMIENTO

Estructura

*Orden y organización:* adecuada

*Análisis y síntesis:* integra la información, concluye en forma errónea (pesimista).

*Razonamiento y conclusiones:* Fallas de razonamiento:

“No soy bonita..... entonces evito relacionarme con sexo opuesto”

“Soy culpable de que mi mamá esté enferma.... Tengo que cuidarla”

Generalización.- “Ningún hombre me va a querer ni aceptar por mi edad”

“Todo lo que le pase a mi mamá es mi culpa”

Diferencia entre Hecho y Opinión.- “Seguro le dio diabetes a mi mamá porque yo cometí un error, su bienestar es mi responsabilidad”

*Anticipación y planeación:* se sobreanticipa a las situaciones de manera estresante y por lo tanto evita situaciones que le generen exponerse.

Procesos

*Percepción:* catastrófica

*Atención selectiva:* tiende a comprobar el contenido de sus pensamientos dando dirección a los eventos en forma negativa.

*Imaginación:* negativa y catastrófica

*Memoria:* centrada en experiencias desagradables y llena de inferencias

Forma del pensamiento: rígido y recurrente

Contenido del pensamiento: Culpigeno

Pensamientos automáticos:

- Las mujeres no deben mirar a los ojos a un hombre, ni hablar con ellos para pedirles un favor.
- Debo cuidar a mi mamá es mi responsabilidad
- Si se muere mi mamá es por mi culpa

Creencias intermedias

- Las personas son valiosas y queridas por su físico
- Si una persona está sola es muy desdichada
- Para ser tomado en cuenta, uno debe ser competente en todos los aspectos.
- Una persona debe (es decir, necesita) depender de otras personas más fuertes.

Distorsiones cognitivas:

- Filtro mental o visión de túnel. Magnifica lo negativo/minimiza lo positivo.

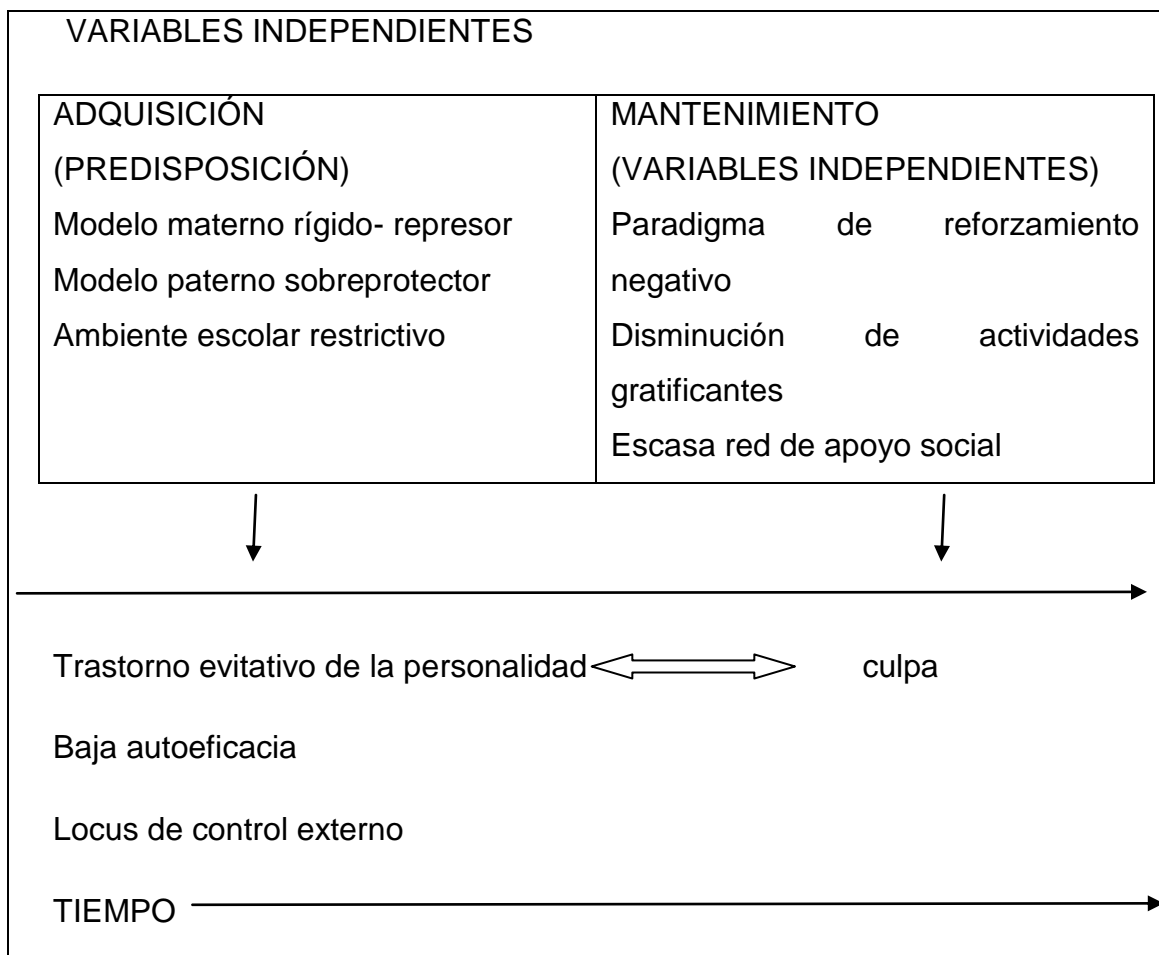
Esquemas de: Autoindulgencia, Vulnerabilidad, Abandono y Desesperanza

Actitudes de: Inseguridad (posposición)

## EXAMEN MENTAL

Con funciones mentales superiores conservadas, consciente, alerta, orientada en las tres esferas de tiempo, lugar y persona, procesos de atención y concentración conservados, memoria a corto y largo plazo sin alteración, su lenguaje es coherente y congruente, habla fluida, continua y comprensible, niega presencia de alteraciones senso-perceptuales, no establece contacto visual, el contenido de su discurso y pensamiento se centra preocupaciones acerca de la salud de su madre. No se detectan alteraciones en el juicio, su lenguaje no verbal es consistente con el verbal. Durante las sesiones presenta facies de angustia y movimiento de manos estereotipados.

## FASE INFERENCIAL DE LA FORMULACIÓN CLÍNICA



## DIAGNOSTICO DSM-IV-TR

EJE I. Sin alteración

EJE II. Trastorno evitativo de la personalidad

EJE III. Hipertensión arterial sistémica (HAS)

EJE IV. Problemas relativos al grupo primario de apoyo. (Enfermedad de la mamá).

- Madre rígida y represora
- Ausencia de refuerzos positivos

EJE V. EEAG 41 a 50 síntomas graves (alteración de la vida social)

### Trastornos de la personalidad del grupo C

#### F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación (301.82)

Un patrón general de inhibición social, unos sentimientos de incapacidad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, la desaprobación o el rechazo
2. Es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar
3. Demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado
4. Está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales
5. Está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de incapacidad
6. Se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás

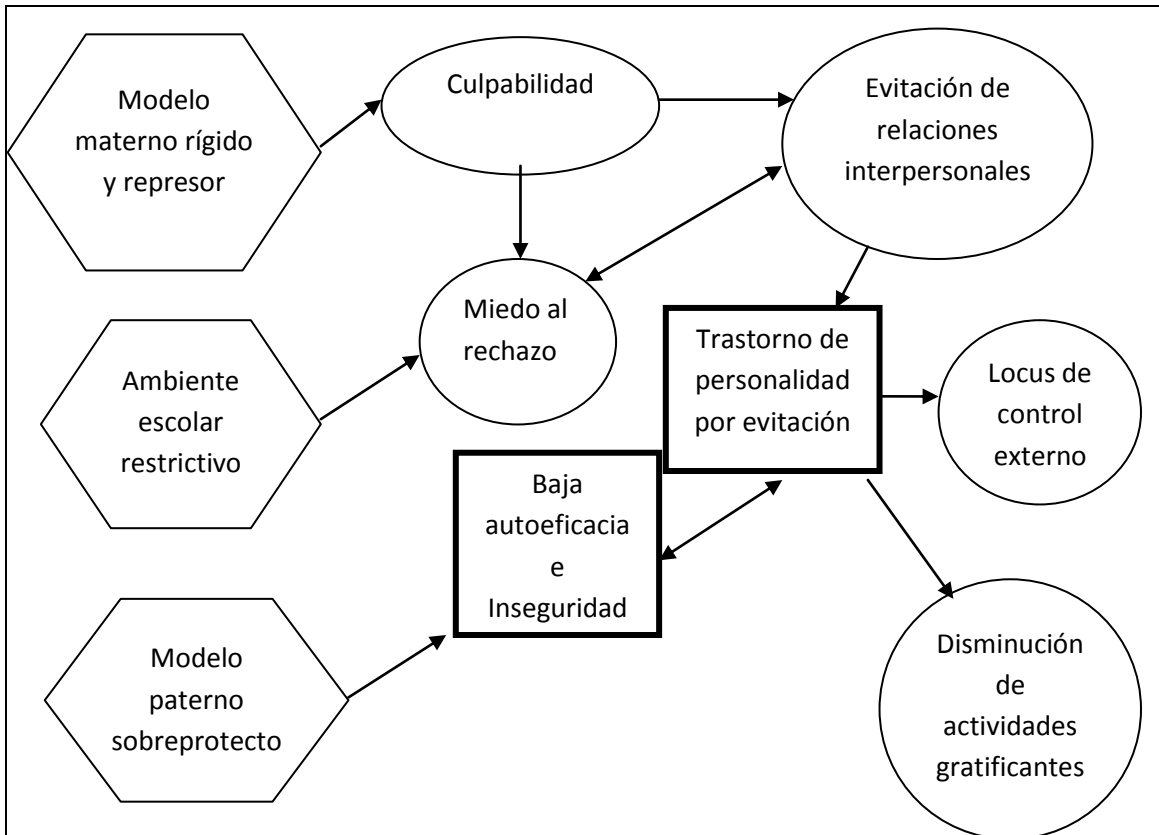
7. Es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser comprometedoras.

## FORMULACIÓN CLÍNICA Y MODELO PSICOPATOLÓGICO

LC presenta un trastorno evitativo de la personalidad que puede explicarse en la adquisición mediante la influencia de un modelo represor materno generador de culpa al atribuirle responsabilidad de su bienestar, lo que ha contribuido a su falta de autoeficacia percibida y temor ante la relación con el sexo opuesto. Además el ambiente escolar ha favorecido la adquisición de dicho trastorno al retroalimentar dichas restricciones. Al interactuar estas variables se ha dado lugar a la inhibición de las respuestas de afrontamiento activas en su repertorio de respuestas al considerar que no serían eficaces para manejar las situaciones personales y sociales. El modelo paterno de sobreprotección también ha funcionado como una variable de predisposición ya que reforzó la baja autoeficacia percibida.

Estos problemas se mantienen por un paradigma de reforzamiento negativo en el que la evitación de las relaciones interpersonales y la disminución en el número de actividades gratificantes dieron lugar a percepción de baja autoeficacia y una sensación de indefensión para manejar situaciones estresantes relacionadas con el manejo de la culpa por el bienestar materno. Así como un predominio de locus de control externo y una percepción subjetiva de bajo control sobre las contingencias del entorno.





Representación figura del modelo psicopatológico, los rectángulos representan los trastornos emocionales, los hexágonos corresponden a las variables de predisposición familiar y los círculos hacen referencia a las variables independientes de adquisición y mantenimiento.

### CONTRASTE DE HIPÓTESIS (VALIDEZ CONVERGENTE DE LA FORMULACIÓN)

Según la hipótesis planteada LC presenta un trastorno de personalidad por evitación favorecido por un modelo materno rígido y represor generador de culpa, un padre sobreprotector y un ambiente escolar restrictivo, lo que ha generado en LC baja autoeficacia percibida e inseguridad, alta autoexigencia (perfeccionismo), temor al rechazo, evitando tener relaciones personales significativas y disminución de actividades gratificantes.

Instrumentos aplicadas: Cuestionario de Habilidades Sociales, Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), Inventario de Depresión de Beck (BDI)

## MEDICION INICIAL

### Cuestionario de Habilidades Sociales

Habilidades a trabajar:

- Expresar un cumplido

Que el paciente elogie a amistades o familiares ante la realización de logros o conductas deseadas.

- Expresar una queja

Que el paciente mencione su incomodidad ante los demás con libertad, sin violentar los derechos de los demás.

- Persuadir a otros

Que el paciente trate de convencer a las demás personas, para hacer su voluntad o apoyar su punto de vista.

- Expresar enojo

Que el paciente haga saber a las demás personas su sensación de inconformidad ante lo que percibe como injusto, o que esté violando sus derechos.

- Responder a mensajes contradictorios

Que el paciente pida explicación ante una situación que involucre un doble mensaje (que cause confusión) o una decisión que no concuerde con lo dicho anteriormente.

Inventario de Ansiedad Beck: Ansiedad leve

Inventario de Depresión Beck. Depresión moderada

## FASE DE TRATAMIENTO

### OPERATIVIZACIÓN DE OBJETIVOS DERIVADOS DE LA FORMULACIÓN

- Reestructuración cognitiva sobre falsas creencias de etiología de la diabetes

- Entrenamiento en relajación
- Fortalecer autoconcepto
- Aumentar autoeficacia percibida
- Entrenar en habilidades sociales
- Promover el enfrentamiento activo

## TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Se brindaron 25 sesiones efectivas de una hora cada una semanalmente, en un consultorio destinado a psicología en el área de consulta externa de nefrología.

Sesión	Intervención
1	Entrevista clínica
2	Psicoeducación en diabetes
3	Aplicación de batería de pruebas
4-7	Entrenamiento en relajación por medio respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.
8-12	Reestructuración cognitiva por medio de dialogo socrático y psicoeducación acerca del ABC de la conducta
13	Debate de creencias irracionales psicoeducación de habilidades sociales, autoeficacia y asertividad.
14	Entrenamiento en asertividad y autoeficacia
15-17	Entrenamiento en habilidades sociales por medio del modelado.
18	Se favorecio autoconcepto y autoaceptación por medio de autoconocimiento.
19-21	Evaluación de respuestas aprendidas. Medición final
22-25	Vigilancia, valoración del mantenimiento del cambio.

1ª. Sesión entrevista inicial.

2ª. Sesión, se brindo psicoeducación con respecto a la etiología de la diabetes

-Psicoeducación. Se explicaron los factores etiológicos y consecuencias de la diabetes melitus. Se promovieron conductas protectoras, de autocuidado personal.

3ª. Sesión se aplicaron los instrumentos de medición inicial

4ª. Sesión se entreno en relajación para bajar ansiedad detectada, iniciando con la respiración diafragmática. Se proporcionaron 3 sesiones más para entrenamiento en relajación. Una vez que la respiración diafragmática se perfeccionó, se entreno en relajación muscular progresiva.

De la 8ª. a la 12ª. sesión se reestructuraron falsas creencias de responsabilidad del bienestar de su mamá por medio del dialogo socrático, se explicó el ABC de la conducta reforzando las consecuencias que ha traído consigo su estilo de pensamiento, generando la creación de pensamientos alternativos.

En la 13ª. sesión se confronto con su realidad por medio del debate de ideas irracionales y se reforzó en el manejo de las habilidades sociales, autoeficacia percibida y asertividad.

En la 14ª. sesión se brindó entrenamiento en asertividad para el aumento de la autoeficacia. Primero se brindó psicoeducación con respecto a la diferencia entre respuestas agresivas o pasivas a respuestas asertivas. Posteriormente hubo un modelado de conductas asertivas y recursos de afrontamiento activos. Se propuso aproximaciones sucesivas al sexo opuesto.

De la 15ª a la 17ª. Sesión se brindó entrenamiento en habilidades sociales por medio del modelado. En el entrenamiento en habilidades sociales, se modelo conversaciones con el sexo opuesto.

En la 18ª. sesión se reforzó el autoconcepto con ejercicios de autoconocimiento y autoaceptación.

En la 19ª. y 21ª. sesión se evaluaron respuestas aprendidas.

Se ocuparon 4 sesiones de vigilancia del mantenimiento de los cambios.

## FASE DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

### MEDIDAS ESPECIFICAS POR TRASTORNOS Y/O PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

*Inseguridad y temor a lo desconocido.* Por medio de las aproximaciones sucesivas se probó así misma sobre sus habilidades y capacidades para enfrentar lo nuevo y estresante. Reforzándolo por medio del modelado de respuestas asertivas.

*Dificultad para relacionarse con el sexo opuesto:* mejora de autoconcepto por medio del autoconocimiento y autoaceptación, modelado de respuestas asertivas y habilidades sociales ante situaciones que le provocaban estrés.

*Tristeza y desesperanza.* Automonitoreo de pensamientos automáticos y debate de ideas irracionales.

### MEDIDAS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE (SALUD, CALIDAD DE VIDA, BIENESTAR SOCIAL, Y DE SATISFACCIÓN)

#### MEDICIÓN FINAL

Inventario de Depresión de Beck (BDI). Ausencia de depresión

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Ansiedad leve

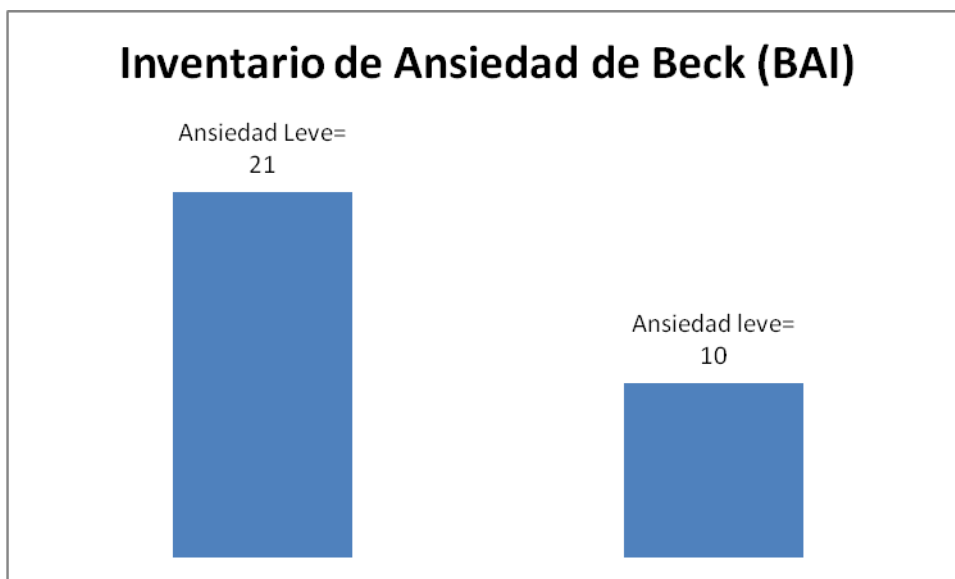
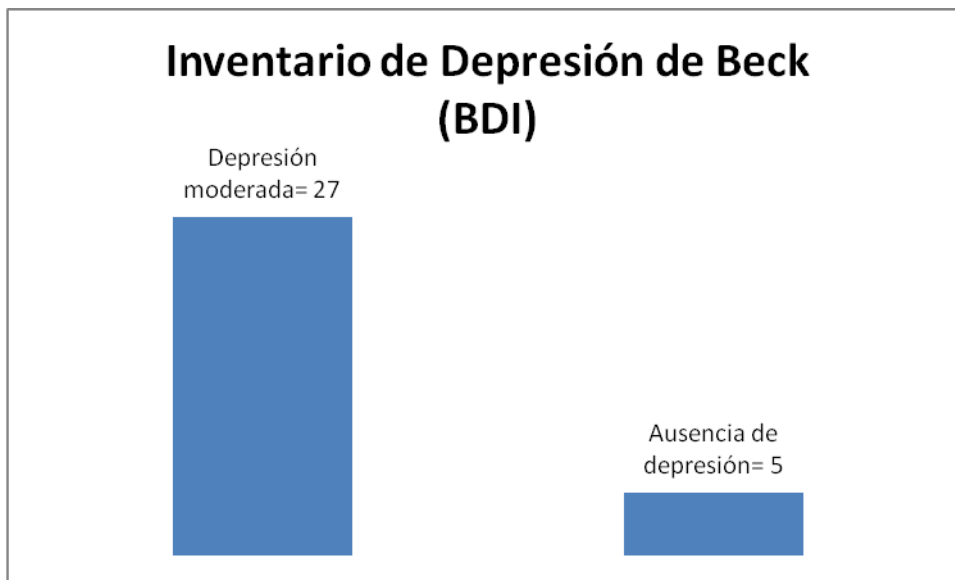
Cuestionario de Habilidades Sociales

LC aprendió a:

- Expresar un cumplido
- Expresar una queja
- Persuadir a otros
- Expresar enojo
- Responder a mensajes contradictorios

Se permaneció en vigilancia por seis meses más, con una cita por mes para supervisar cambios, logrando mantener la misma conducta asertiva y adaptada por ese tiempo. Se brindó psicoeducación sobre la prevención de recaídas continuando el automonitoreo.

## RESULTADOS



Se encontraron diferencias en los niveles de depresión y ansiedad, pasando de depresión moderada a ausencia de depresión y mejorando las puntuaciones de ansiedad manifiesta.

## CONCLUSIONES CLINICAS

LC aprendió otro tipo de respuesta ante situaciones estresantes, adquirió un tipo de afrontamiento activo ante las demandas exageradas de su madre, siendo capaz de solucionar problemas de manera eficaz y en forma asertiva sin sentirse culpable del bienestar de su madre.

LC actualmente ha cambiado su imagen personal, es capaz de proveerse mayor autocuidado, ha regresado a trabajar, adquirió mayor número de habilidades sociales por medio del modelado y de la reestructuración cognitiva cambiando de interpretación los eventos antes estresantes, actualmente tiene más redes de apoyo social y está en constante automonitoreo emocional y cognitivo.

## 5. Efectos clínicos de ajuste psicológico

En los tres casos expuestos se observaron cambios clínicos con respecto a la ansiedad y depresión inicial manifestada por los participantes, mejorando significativamente su estado emocional, funcional y de salud en general.

Por tal razón se considera de suma importancia la implementación de intervenciones psicológicas de orden cognitivo-conductual para la mejora de padecimientos emocionales en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas, ya que al analizar los patrones cognitivamente defectuosos de pensamiento y educar terapéuticamente en un dialogo más adaptativo consigo mismo, mejoran de manera notoria los patrones del pensamiento distorsionado, las emociones disfuncionales y por ende las actitudes o conductas desadaptativas.

La intervención cognitivo-conductual ofrece un amplio arsenal de alternativas de manejo para el terapeuta, quizá por tratarse de intervenciones estructuradas resulta cómodo tener herramientas efectivas que propongan soluciones eficaces y susceptibles de réplica ante los padecimientos psicológicos.

Hoy por hoy la intervención cognitivo-conductual ha mostrado ser la de mayor impacto en personas que padecen una enfermedad crónica degenerativa y en general el ambiente médico acepta que dichas intervenciones han mejorado en forma significativa la funcionalidad, adaptación y calidad de vida de los pacientes. A pesar de que generalmente el ambiente médico es celoso y parece prescindir del apoyo psicológico, los resultados de los presentes estudios de caso y de otros de corte experimental o de ensayo clínico controlado señalan a la intervención cognitivo-conductual ha sido, por décadas, la que ha marcado cambios a nivel integral de salud. En lo personal la experiencia del trabajo como psicólogo en un ambiente médico me ha persuadido de la necesidad de innovar intervenciones planeadas de manera objetiva, medibles y con resultados tangibles basados en resultados confiables para evaluar su eficacia.



## ASPECTOS INSTITUCIONALES DE LA RESIDENCIA

La residencia en Medicina Conductual impartida por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ofrece la oportunidad de aprender de manera aplicada y bajo supervisión a intervenir con pacientes con enfermedad crónica degenerativa bajo un enfoque cognitivo-conductual. En lo personal las rotaciones resultaron muy fructíferas, el listado siguiente resume las sedes, periodos y servicios en los cuales la presenta autora colaboró durante la Residencia en Medicina Conductual.

Sede de la rotación	Periodo	Servicio
Hospital Juárez de México (HJM)	Febrero 2004-febrero 2005	Nefrología
Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)	Febrero 2005- agosto 2005	Tumores Óseos.
Instituto Nacional de Cancerología (INCan)	Agosto 2005- febrero 2006	Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

A continuación se ofrece una sección, que de manera puntual señala el informe de actividades de las diferentes sedes por las cuales realicé mis rotaciones en el periodo de la residencia de medicina conductual, tal informe propone las características de la sede, la ubicación del residente de Medicina Conductual en la sede, las líneas de autoridad, actividades desarrolladas, productividad, padecimientos frecuentes, aspectos psicológicos de dichos padecimientos, intervenciones, investigaciones realizadas y distribución de las actividades específicas desarrolladas.

## 6. Informe de actividades realizadas en las sedes

### 6.1. Hospital Juárez de México (HJM)

#### Características de la sede

El Hospital Juárez de México se encuentra ubicado en la parte norte del D.F., en la Av. Instituto Politécnico Nacional no. 5160, es un hospital de segundo nivel de atención y cuenta con los servicios de oncología, nefrología, trasplante renal, pediatría, hematología, medicina interna, urgencias, cirugía, ginecología, dermatología, etc.

#### Ubicación del Residente

En el HJM nuestro servicio de adscripción fue Nefrología, el cual cuenta con un equipo médico y paramédico integrado por: un jefe de servicio, tres médicos adscritos, cuatro enfermeras especializadas, una trabajadora social, una nutrióloga, dos residentes de medicina interna rotantes, un residente de medicina conductual y una secretaria.

#### Líneas de autoridad.

Jefe de servicio de Nefrología: Dra. Socorro Vital,

Supervisor externo: Mtra. Irma De La Torre

Tutor: Dr. Juan José Sánchez Sosa

Supervisor académico: Mtro. Leonardo Reynoso

Supervisor in situ: Mtra. Bertha Molina Zepeda.

#### ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Inicialmente al momento de integrarme al servicio de Nefrología el residente de medicina conductual que había rotado por esta sede durante un año me explicó la dinámica de trabajo y los horarios indicados para el pase de visita, clases y días de consulta externa.

El periodo de mi rotación fue de: Marzo del 2004 a febrero del 2005, a continuación describen las actividades realizadas y algunos datos estadísticos que se recabaron a lo largo del año.

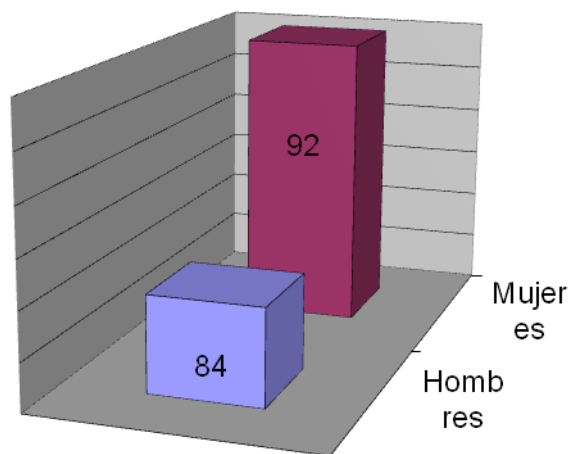
- **CIFRAS DE ATENCIÓN**

671 Intervenciones psicológicas hechas a lo largo del año (marzo 04-febrero 05). Un promedio de 67 intervenciones mensuales de las cuales el 37% fueron hombres y el 63% mujeres.

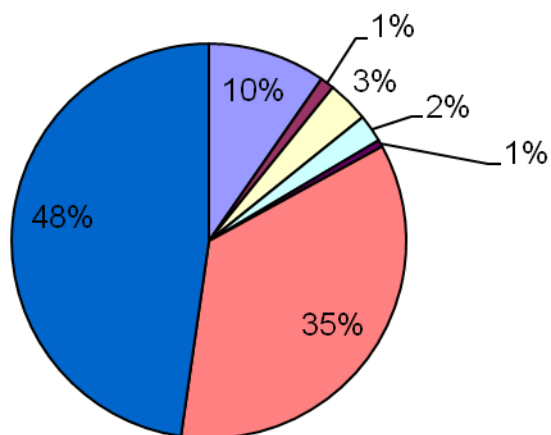


176 casos Atendidos a lo largo del año. En promedio 18 casos vistos de manera mensual. De los cuales el 47.7% fueron hombres y el 52.3% mujeres

### CASOS ATENDIDOS



De estos casos atendidos las principales alteraciones emocionales encontradas fueron:



CUADRO	Casos	%
Depresión	17	10
Ansiedad	2	1

Trastorno de Personalidad	6	3
Trastorno Adaptativo	4	2
Delirium	1	1
Reacción de ansiedad, depresión o mixta	62	35
Sin reacción emocional evidente	84	48
Total	176	100

Como se observa en la figura los pacientes más frecuentes no cumplían con un criterio para un diagnóstico específico, dentro de ese rubro se encuentran los entrevistados por primera vez y se evaluaron, y/o que participaron en la investigación que se efectuó. Cabe señalar que la reacción de ansiedad, depresión o mixta se encuentra frecuentemente como crisis ante el diagnóstico, o la propuesta de tratamiento, por tal motivo su prevalencia es mayor que una patología como tal.

- PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES

Prácticamente el único padecimiento atendido en el servicio de Nefrología es la Insuficiencia renal Crónica, que puede ocurrir en conjunto con diversas enfermedades sistémicas como la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial o el Lupus Eritematoso Sistémico.

La insuficiencia renal (IR) consiste en la pérdida de función de los riñones, independientemente de cuál sea la causa. La IR se clasifica en aguda, subaguda y crónica en función de la forma de aparición (días, semanas, meses o años) y, sobre todo, en la recuperación o no de la lesión. Mientras que la IR aguda es reversible en la mayoría de los casos, la forma subaguda lo es en menor frecuencia, y la insuficiencia renal crónica (IRC) presenta un curso progresivo hacia la insuficiencia renal crónica terminal (IRCT). Esta evolución varía en función

de la enfermedad causante, y dentro de la misma enfermedad, de unos pacientes a otros.

La IRC es un proceso continuo que comienza cuando algunas nefronas (unidades funcionales del riñón) pierden su función y finaliza cuando las nefronas restantes son incapaces de mantener la vida del paciente, siendo necesario el inicio de tratamiento sustitutivo (diálisis o trasplante). Al estadio avanzado de la IRC se le conoce como uremia.

La mayoría de las enfermedades que causan IRC pueden, sobre todo en los estadios precoces, pasar totalmente desapercibidas. Los síntomas más frecuentes, si los hay, son: 1) los de la enfermedad causante de la afectación renal (orinas abundantes y sed intensa en el diabético, dolores de cabeza en el hipertenso), 2) orinas con espuma o de color oscuro, y 3) orinar varias veces por la noche (nicturia).

A medida que evoluciona la insuficiencia renal aparece irritabilidad, falta de apetito, vómitos, cansancio fácil y un gran número de síntomas como consecuencia de la afectación que se produce en todo el organismo.

Por lo común, la IRC tiende a agravarse independientemente del tratamiento, y si no se trata es mortal. La diálisis o el trasplante de riñón pueden controlar el padecimiento y en ocasiones literalmente salvar la vida del paciente.

La diálisis es el proceso de extracción de los productos de desecho y del exceso de agua del cuerpo. Hay dos métodos de diálisis: la hemodiálisis y la diálisis peritoneal.

- En la hemodiálisis se extrae la sangre del cuerpo y se bombea al interior de un aparato que filtra las sustancias tóxicas, devolviendo a la persona la sangre purificada.
- En la diálisis peritoneal se infunde dentro de la cavidad peritoneal un líquido que contiene una mezcla especial de glucosa y sales que arrastran las

sustancias tóxicas de los tejidos. Luego se extrae el líquido y se desecha. La cantidad de glucosa se puede modificar para extraer más o menos líquidos del organismo.

El trasplante renal es, sin duda, el mejor tratamiento sustitutivo en la IRC. Sin embargo, no todos los pacientes en diálisis son candidatos a trasplante. Existen riesgos inherentes al trasplante que los pacientes con ciertas patologías (infecciones crónicas, problemas cardíacos, antecedentes de neoplasias, etc.), no pueden asumir ya que el riesgo de la intervención quirúrgica y el tratamiento posterior para evitar el rechazo es superior a los posibles beneficios del trasplante.

#### *Aspectos psicológicos en la diálisis*

Cada enfermo con insuficiencia renal crónico-terminal tiene una vivencia singular de la enfermedad. Ella dependerá de su historia de enfermedad, de sus características personales y de su entorno. Sin embargo, a medida que transcurre el tratamiento, los sentimientos de desesperanza, invalidez y angustia que surgen son comunes a todos los pacientes. La calidad de vida que logre será resultado, además de la adecuación médica de su diálisis, de su proceso de adaptación psicológica y de su red interpersonal: familia, equipo asistencial e inserción social.

#### *Etapas de la adaptación*

El proceso de adaptación psicológica al tratamiento, definido como aceptación sin excesiva angustia ni depresión en todas sus facetas y de las nuevas posibilidades y limitaciones laborales, se ha descrito como la superación gradual de tres períodos diferentes. En el comienzo, al experimentar mejoría física, luego de un corto período agudo de enfermedad o prolongado de cronicidad, aparecen sentimientos de confianza y esperanza; algunos denominan a esto “período de luna de miel”. En una segunda etapa surge la tensión entre tener que reorganizar la vida de una manera distinta y los sentimientos de tristeza que acompañan a los necesarios cambios de actividad. El paciente se siente atrapado entre la necesidad de hacer proyectos para su rehabilitación y la pasividad y dependencia

implícitas en el tratamiento. Es el llamado “período de desencanto y desaliento”. Finalmente, en el “período de adaptación a largo plazo” predomina la aceptación de las limitaciones, de las desventajas y de las complicaciones de la diálisis.

El modo en que se suceden estas etapas no es rígido y el modo en que transcurre la enfermedad es también variable. Algunos, lograda la adaptación, se mantienen estables, otros hacen evoluciones cíclicas o vueltas a etapas anteriores, y otros no alcanzan a superar la segunda etapa.

Cada paciente recurre a modalidades propias para tolerar el peso psicológico de la enfermedad y adaptarse a su situación de diálisis. Sin embargo, hay recursos que, en grado variable, son adoptados por la mayoría de los pacientes. Son éstos la dependencia, la regresión, la negación y la apropiación.

Por la naturaleza del tratamiento, el paciente necesita establecer relaciones de estrecha dependencia con algún miembro de la familia y del medio hospitalario. Requiere la atención de un adulto que le ayude a organizarse y delega buena parte de los cuidados en el otro. Aquella persona con características previas extremadamente independientes tienden a presentar más dificultad en la aceptación de este tipo de relación, tanto respecto de otros como del tratamiento en sí.

Un grado intenso de dependencia suele ir asociado a regresión, un retorno a formas más tempranas de pensamiento y del comportamiento. En el paciente se reactivan pautas infantiles que promueven que el otro, ya sea familiar o médico, asuma tareas, decisiones y cuidados hacia él.

Ante los intensos sentimientos de desesperanza e incertidumbre y ansiedad ante la muerte, el paciente pareciera protegerse con la negación, desestimando en algún grado la gravedad de la enfermedad y actuando, a veces, como si ésta no existiera.

Los recursos propuestos ayudan a la adaptación del paciente y deben ser respetados por el equipo. Es necesario intervenir solamente si estos se



transforman en una conducta que perturba el tratamiento: la negación extrema puede, por ejemplo, provocar la no asistencia a las sesiones de diálisis o al incumplimiento de las restricciones dietéticas. La regresión extrema puede disminuir la posibilidad de rehabilitación. Por otro lado, la ausencia de recursos también perturbaría la adaptación; sin negación, por ejemplo, el paciente viviría sólo para la diálisis.

- TIPOS DE INTERVENCIÓN (TECNICAS Y CRITERIOS)

La intervención cognitivo conductual incluye diversas técnicas entre ellas la principal o más usual es la Reestructuración cognitiva que consiste en brindar elementos al paciente para identificar la cadena cognitivo conductual de su problemática (el ABC) que permita apoyar el tratamiento médico y mejorar el bienestar del paciente.

El objetivo fundamental en el tratamiento psicológico bajo un enfoque cognitivo conductual al paciente con enfermedad crónica degenerativa es promover la adaptación a un nuevo estilo de vida que exige la enfermedad y lograr mejorar su calidad de vida a pesar de dichas demandas propias de la enfermedad, intentando conseguir autocontrol ya sea en la ingesta de alimentos o líquidos o el control del dolor bajo un entrenamiento guiado por el terapeuta.

φ *HOSPITALIZACIÓN*

Pase de visita diario con la finalidad de detectar necesidades de apoyo psicológico, como: falta de adhesión al tratamiento o a las indicaciones, reacciones y crisis depresivas o ansiosas ante procedimientos médicos invasivos, déficits de información acerca de la enfermedad, pronóstico, tratamiento y evolución, se proporciona intervención en crisis, enseñanza de estrategias de afrontamiento adaptativas ante la enfermedad, intervención con familiares del paciente, psicoterapia de apoyo, etc.

φ *CONSULTA EXTERNA*

Tratamiento terapéutico individual en donde se atienden en sesiones semanales, especiales para pacientes con IRC atendiendo aspectos emocionales, cognitivos y

conductuales. Se trata a los pacientes que estén en un tratamiento dialítico ya sea en un programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) o hemodiálisis, así como a sus familiares, que son canalizados al detectarles alguna necesidad de apoyo psicológico, como el autocontrol alimenticio o de consumo de líquidos, etc.

#### φ *GRUPO*

Tratamiento terapéutico grupal en donde se brinda un “Programa de Competencias de Afrontamiento” adecuado a sus necesidades. Dicho programa consta de dos fases:

- Sesiones psicoeducativas
- Educación en actividades que involucran un afrontamiento activo ante la enfermedad.

A estas sesiones asisten los familiares y pacientes con IRC invitados.

#### φ *INVESTIGACIÓN*

Realización de un protocolo de investigación encaminado a “Evaluar la Autoeficacia ante el consumo de líquidos en pacientes con IRC que reciben tratamiento dialítico”, para así interactuar y crear un tratamiento específico ante esta necesidad apremiante. A continuación se presenta un resumen de la misma con el instrumento diseñado.

### EVALUACIÓN DE LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA ANTE EL CONSUMO DE LÍQUIDOS EN PACIENTES CON IRC QUE RECIBEN TRATAMIENTO DIALITICO

Servicio de Nefrología. Hospital Juárez de México.  
Residencia en Medicina Conductual UNAM

AUTORES. Salgado T. S., Reynoso E. L., Molina Z. B. & Vital Socorro.

INTRODUCCIÓN.- Los pacientes con IRC experimentan desafíos por su enfermedad, tales como las restricciones dietéticas y el estricto control de líquidos, que resulta para muchos difícil de cumplir debido a que se perciben poco autoeficaces, al no tener confianza de alcanzar las metas exitosamente, se creen

incapaces, ven las cosas como incontrolables, sienten que son responsables de lo malo y pueden tener una historia de fracasos que les genera desconfianza e inseguridad. Se diseñó una escala para detectar a los pacientes poco autoeficaces que requieren tratamiento psicológico.

**OBJETIVO.-** Desarrollar una escala de autoeficacia percibida ante el consumo de líquidos en pacientes con IRC que reciben tratamiento dialítico.

**DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.-** Descriptiva, no experimental, exploratoria. Medición transversal.

**MATERIAL Y MÉTODO.-** Se evaluaron a 40 pacientes con IRC que asistían al HJM y recibían tratamiento dialítico (ya sea en el programa de DPCA como en Hemodiálisis). El rango de edad fue de 16 a 85 años, con una media 32 años. Se utilizó una escala de autoeficacia percibida con 25 reactivos. El formato de respuesta tenía un intervalo de 0 (no puedo) a 100 (seguro de poder).

**RESULTADOS.-** El instrumento tuvo un alfa de Cronbach = 0.91, Se realizó un análisis factorial para verificar homogeneidad de los ítems. Se examinó kurtosis, sesgo y correlación, para determinar discriminación, direccionalidad y confiabilidad. Cinco ítems se redactaron nuevamente.

**CONCLUSIONES.-** El control dietético y de líquidos resulta vital en el tratamiento de la IRC, la intervención del psicólogo para generar conductas promotoras del control es fundamental. Para evaluar la eficacia de esta intervención es necesario tener herramientas confiables de medición del cambio, por tal motivo la construcción de esta escala requiere del análisis de los factores que influyen en el dominio del autocontrol del consumo de líquidos en estos pacientes.

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

SERVICIO DE NEFROLOGÍA

AUTOEFICACIA PERCIBIDA ANTE EL CONSUMO DE LIQUIDOS, EN PACIENTES CON  
IRC QUE RECIBEN TRATAMIENTO DIALÍTICO

PSIC. SARITA SALGADO TORRES

*Datos demográficos*

Nombre. \_\_\_\_\_

Edad. \_\_\_\_\_ Sexo. ☼ FEM. No. de expediente. \_\_\_\_\_

☼ MASC.

Lugar de residencia. ☼ D.F.

Edo. Civil. ☼ Sin pareja

☼ Edo. De Méx.

☼ Con pareja

☼ Interior de la Rep.

Lugar de origen. ☼ D.F.

Escolaridad ☼ analfabeta funcional

☼ Edo. De Méx.

☼ primaria comp-imcomp.

☼ Interior de la Rep.

☼ secundaria comp.imcomp.

☼ preparatorio comp-incomp.

☼ carrera profesional

Ocupación ☼ Desempleado

☼ posgrado

☼ Empleado

Dx. Psicológico. \_\_\_\_\_ Tiempo de estar en tx. \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento. ☼ Hemodiálisis → Cantidad de líquidos al inicio. \_\_\_\_\_

☼ DPCA → Cantidad de egresos \_\_\_\_\_

☼ DPI → Cantidad de egresos \_\_\_\_\_



6. *Estoy intranquilo cuando no consumo muchos líquidos	
7. Puedo evitar hincharme controlando la cantidad de agua que bebo.	
8. Soy capaz de controlar mis enojos sin afectar a los demás	
9. Aunque mis amigos me ofrezcan mas agua de la que debo beber puedo decirles que no	
10. Evito tomar agua en exceso a pesar de tener mucha sed	
11. Puedo controlar mi estado de ánimo aún estando en una situación desesperante y difícil	
12. Aunque tenga muchas cosas que hacer puedo medir la cantidad de líquidos que consumo a diario	
13. Soy capaz realizar las actividades que tengo permitidas	
14. Me ocupo en otras actividades para	

evitar tomar agua	
15. Trato de no sentirme mal controlando lo que tomo y siguiendo la dieta	
16. Soy capaz de evitar a la gente que me influencia de manera negativa	
17. *Para mi tomar la cantidad de agua que el médico me indica es muy difícil	
18. Puedo evitar sentirme con falta el aire si controlo mi consumo de líquidos	
19. Me doy cuenta que soy capaz de sentirme bien si me lo propongo	
20. Puedo controlar el agua que tomo aunque este en fiestas	
21. Lo que necesito para tener un buen equilibrio de líquidos está a mi alcance	

Muchas gracias.

#### φ *COMITÉ MULTIDISCIPLINARIO DE DIALISIS*

Discusión y toma de decisiones del apoyo que se le ofrecerá al paciente que continúa en un programa de diálisis en la institución. A dicha sesión asisten los médicos adscritos al servicio, enfermeras, trabajo social, nutrición y psicología.

#### ACTIVIDADES ESPECÍFICAS

##### HEMODIÁLISIS

Se realizo una entrevista inicial a todos los pacientes que asisten al programa de hemodiálisis continua de tal forma que se evaluó si existe alguna alteración emocional o falla en la adhesión terapéutica (tanto en la dieta como en la ingesta de líquidos).

Se proporciono psicoeducación a los pacientes hospitalizados que están en hemodiálisis a requerimiento.

En general, se brindo atención psicológica al paciente bajo un enfoque cognitivo conductual con la finalidad de promover su adaptación al nuevo estilo de vida que requiere la enfermedad.

##### HORARIO DE ACTIVIDADES

HORA	<i>LUNES</i>	<i>MARTES</i>	<i>MIERCOLES</i>	<i>JUEVES</i>	<i>VIERNES</i>
8:00 9:00	VISITA	VISITA	VISITA	VISITA	VISITA
9:00 10:00	SUP. EXTERNA	HOSPIT.	HOSPIT.	HEMOD.	C.E.
10:00 11:00	HEMOD.	SUP. DE CASOS	SESION CLINICA	COM. DE DIALISIS	C.E.



11:00 12:00	C. E	HEMOD.	C. E	C.E.	C.E.
12:00 13:00	C. E	GPO.	C. E	C.E.	CLASES
13:00 14:00	C. E	GPO.	C. E	HEMOD.	CLASES

- ✚ VISITA MÉDICA DIARIA. En la que todo el equipo interdisciplinario del servicio de nefrología pasa.
- ✚ SUPERVISIÓN EXTERNA. En donde se revisan casos, y reacciones-trastornos emocionales más frecuentes en pacientes con IRC
- ✚ HEMODIALISIS. Evaluación de la adhesión terapéutica y alteraciones emocionales en pacientes que reciben este tratamiento.
- ✚ CONSULTA EXTERNA. Se atienden casos que necesitan atención psicológica (bajo un enfoque cognitivo-conductual).
- ✚ HOSPITALIZACIÓN. Se evalúan alteraciones o crisis emocionales en pacientes captados durante la visita diaria.
- ✚ SUPERVISIÓN DE CASOS. En las que se revisan casos complicados encontrados durante la semana en el servicio.
- ✚ GRUPO TERAPEUTICO. En el que se interviene con familiares y pacientes con IRC para su adecuada adaptación a la enfermedad.
- ✚ DPCA. Programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, en el que se interviene detectando las necesidades de adhesión a este tratamiento.
- ✚ COMITÉ DE DIALISIS. En el que se discuten en forma interdisciplinaria los casos que lo requieren.
- ✚ CLASES. Del servicio de Nefrología, en las que se enseña más acerca de la IRC como padecimiento que afecta a diversas esferas.

## CONCLUSIÓN

El servicio de Nefrología del Hospital Juárez de México, cuenta con un amplio campo para la intervención psicológica, ya que como se mencionó anteriormente los pacientes con IRC cursan por periodos de desadaptación emocional normal, por lo que el apoyo psicológico especializado es para ellos una gran ayuda para encarar los retos que implica su enfermedad y tratamientos.

Parte importante de la validez de las intervenciones psicológicas lo sustenta la investigación, en lo personal observé que se requiere continuar con protocolos de investigación encausados a la medición de padecimientos psicológicos ya que objetivamente no se puede aún medir muchas patologías emocionales en este tipo de pacientes, porque no se cuenta con pruebas estandarizadas, ni validadas para esta población. Adicionalmente se requiere promover proyectos en donde la intervención psicológica se vea relacionada con mediciones fisiológicas ya que de esta forma se muestra con más claridad la eficacia de los tratamientos psicológicos. Obviamente un punto importante es la organización del tiempo ya que el servicio y tipo de pacientes demanda mucha asistencia.

## 6.2. Instituto Nacional de Rehabilitación

### Características de la sede

El Instituto Nacional de Rehabilitación está ubicado en el sur del D.F., en la calzada México-Xochimilco No.289, en la colonia el arenal de Guadalupe, es un instituto de tercer nivel de atención y cuenta con los servicios básicos de rehabilitación, comunicación humana y ortopedia, dentro de la división de ortopedia se encuentran servicios como tumores óseos, reconstrucción articular, pediatría, infecciones óseas, deformidades neuromusculares, cirugía de mano, columna, etc.

### Ubicación del residente de Medicina Conductual en la sede

En el INR me ubique en el servicio de tumores óseos, integrado por: un jefe de servicio, dos médicos adscritos, un oncólogo médico, dos médicos rehabilitadores, seis residentes de ortopedia rotantes, dos residentes de tumores óseos permanentes, dos residentes de rehabilitación rotantes, dos residentes de medicina conductual, dos enfermeras especializadas, dos trabajadoras sociales y una secretaria.

Líneas de autoridad.

En el INR

Jefe de servicio de Tumores Oseos: Dr. Genaro Rico Martínez

Supervisor externo: Psic. Isaac Seligson (qepd)

### ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Inicialmente al momento de integrarme al servicio de Tumores Óseos, el residente de medicina conductual que había rotado por esta sede durante un año me explicó la dinámica de trabajo y los horarios indicados para el pase de visita, clases y días de consulta externa.

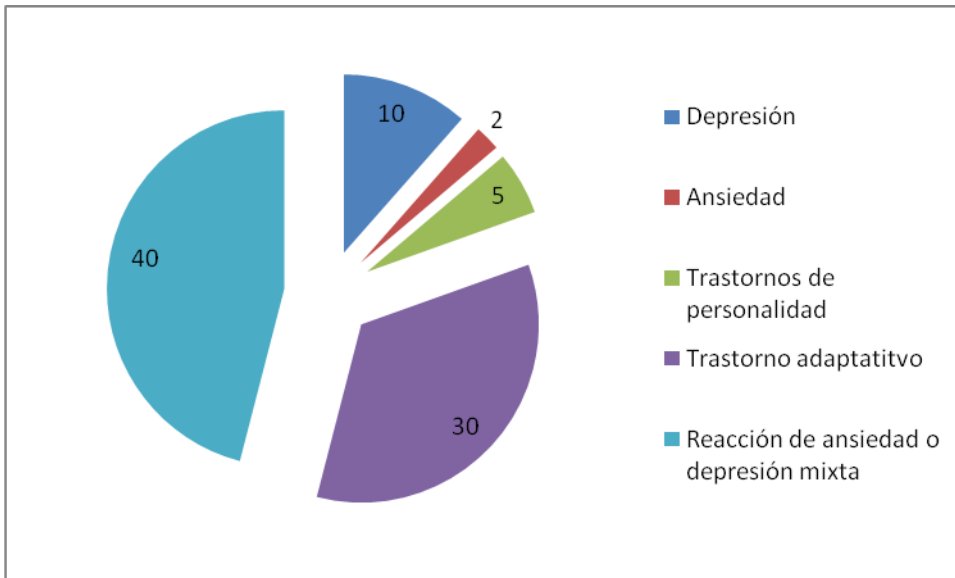
El periodo de mi rotación fue de: marzo del 2005 a agosto del 2005, a continuación describo actividades que realice así como algunos datos estadísticos que se recabaron a lo largo del año.

## PRODUCTIVIDAD

345 Intervenciones psicológicas hechas a lo largo del periodo de marzo del 2005 a agosto del mismo año. Un promedio de 57.5 intervenciones mensuales de las cuales el 39% fueron hombres y el 61% mujeres.



87 casos atendidos a lo largo del año. En promedio 14 casos vistos de manera mensual. De estos casos atendidos las alteraciones emocionales encontradas fueron:



Padecimiento	Casos	%
Depresión	10	11
Ansiedad	2	2
T. Personalidad	5	6
T. Adaptativo	30	34
Delirium	0	0
Reacción de ansiedad, depresión o mixta	40	46
Total	87	100

Cabe señalar que la reacción de ansiedad, depresión o mixta es continuamente encontrada como crisis ante el diagnóstico, o propuesta de tratamiento, por tal motivo su prevalencia es mayor que una patología como tal.

- PADECIMIENTOS MÁS FRECUENTES

Los padecimientos atendidos en el servicio son tumores óseos benignos y malignos, se entiende por benignidad cuando el tumor está constituido por células de tamaño, tipo y características de las del tejido normal que las origina, estas lesiones son circunscritas, encapsuladas, no invade estructuras vecinas ni otros compartimentos, su crecimiento es lento, tiene poca tendencia a sufrir hemorragias, no causa alteraciones en la piel, no ofrecen cambios en la temperatura local. Se entiende por malignidad cuando el tumor está constituido por células diferentes al del tejido que las origina, pudiendo apartarse de los patrones normales en mayor o menor grado, no son circunscritas, no tiene cápsula o bordes definidos, en tejido óseo rompen o atraviesan la cortical, causan reacción perióstica, infiltran tejidos circunvecinos, invadiendo otros compartimentos, crecen rápidamente, sufren hemorragias intramurales, causan alteraciones en la piel que las cubre y son capaces de reproducirse a distancia.

Dentro de los tumores benignos de comportamiento agresivo se encuentran los Tumores de Células Gigantes. Tumor agresivo caracterizado por un tejido muy vascularizado constituido por células ovoides o fusiformes y por la presencia de numerosas células gigantes de tipo osteoclasto uniformemente distribuidas por todo el tejido tumoral. Es un tumor de imprevisible conducta, no puede seguir siendo considerado tumor inocente; por el contrario, representa un proceso potencialmente maligno, son frecuentes sus recurrencias, su agresividad local, y su malignización espontánea y aun producir metástasis sin aparente transformación maligna previa. No debe ser confundido con las llamadas variantes. Tiene una mayor frecuencia entre los 20 a 40 años y en mujeres; mayor frecuencia en epífisis de huesos largos (próximos a rodillas y alejados del codo). Representa el 8% de todos los tumores óseos primarios y el 20% de todos los tumores óseos benignos. Dan un dolor sordo, de intensidad variable, edema local,

y sensibilidad a la presión en el área afectada; evolución lenta, puede formar tumoración grande con crepitación en huesos superficiales; a veces fractura patológica, atrofia muscular y derrame en articulación vecina. El tratamiento es fundamental, ya que tiene una gran tendencia a recidivar, en tumores pequeños benignos muchos cirujanos prefieren un tratamiento inicial con injerto óseo con o sin cauterización a pesar del reconocimiento de recidiva del 50%. Sin embargo, se sugiere la resección en bloque más injerto masivo o prótesis; en lesiones avanzadas con destrucción masiva está indicada la cirugía ablactiva (amputación), se han descrito recurrencias después de 30 y 34 años. La recurrencia después de resección en bloque o amputación es del 10%.

#### PRINCIPALES TUMORES MALIGNOS:

**OSTEOSARCOMA:** Comprende una familia de tumores del tejido conjuntivo con distintos grados de potencial maligno. Tienen como característica la producción de hueso o de osteoide directamente por las células neoplásicas. Constituyen el 20% de todos los tumores óseos malignos primarios.

#### CONDROSARCOMA.

Constituye el 10% de todos los sarcomas óseos primarios y más frecuente en varones que mujeres (2:1); la edad máxima de incidencia es en adultos mayores y cuando aparece en gente joven lo hace en lugares muy inusuales. Afecta principalmente huesos planos de la cintura escapular y pelviana y porciones proximales de huesos largos. Puede ser intramedular o superficial, y estos últimos a menudo se desarrollan sobre una lesión benigna previa, tales como osteocondroma. Clínicamente el dolor es de tipo insidioso, sin masa aparente en el primario, y ocurren en los lugares de gran espacio potencial (pelvis), y pueden no ser detectados hasta tener un gran tamaño. Algunos tienen un crecimiento lento y son relativamente benignos en tanto que otros son altamente malignos con metástasis asociadas. Radiofiguramente requieren una gran modalidad de pruebas de imagen, incluyendo radiología convencional, tomografía, resonancia magnética y gammagrafía, así como arteriografía.

Dado que la prevalencia de condrosarcoma y osteosarcoma es la mayor en tumores óseos malignos a continuación se proponen otros tumores óseos malignos que se encuentran con menor prevalencia y se atienden en el servicio: Histiocitoma fibroso maligno y fibrosarcoma, Sarcoma de Ewing, Mieloma múltiple, Hemangioendotelioma, Sarcoma sinovial, Condrosarcoma sinovial.

## Tratamiento

En el siglo 19 la amputación era la primera opción de tratamiento quirúrgico en la oncología músculo esquelética. Actualmente se sabe que para el osteosarcoma el tratamiento más efectivo es la combinación de quimioterapia sistémica y la resección quirúrgica, por su parte la radioterapia es usada solo para pacientes que requieran paliación, es decir para enfermedad avanzada o tumores inoperables. (De Vita Jr. VT. Hellman S., Rosenberg, 2001)

La cirugía de salvamento de miembro, no persigue solo un buen resultado oncológico o funcional, también persigue buenos resultados psicológicos. Actualmente el 70-85% de todos los tumores malignos son tratados con cirugía de salvamento del miembro, y el 70% de estos con osteosarcoma o sarcoma de Ewing sin metástasis, tendrán 5 años de sobrevida. Los resultados de la cirugía de salvamento del miembro deben ser juzgados en términos oncológicos, de acuerdo al nivel de funcionalidad y calidad de vida. En 1984 una junta de consenso de los institutos nacionales de salud de Estados Unidos, concluyó que el tratamiento de cirugía de salvamento del miembro fue igual a la amputación en pacientes con osteosarcoma o sarcoma de partes blandas (Gebhardt Mc., 2002).

## Aspectos psicológicos en tumores óseos

El número de sobrevivientes a largo plazo de tumor de partes blandas (tejido o hueso) se ha incrementado en las últimas décadas. Ya que el tratamiento oncológico tiende a producir molestos efectos secundarios a largo plazo, resulta importante evaluar la calidad de vida después del tratamiento. La mayoría de los estudios aún se concentran solamente en resultados oncológicos y funcionales, existen pocos estudios publicados recientemente en los cuales se evalué la



calidad de vida en sobrevivientes de osteosarcoma. Tres estudios de este tipo, refieren que no encuentran diferencias significativa entre la calidad de vida de pacientes amputados y los que conservaron su miembro (Veth y cols, 2003). La calidad de vida en pacientes tanto amputados como con miembros conservados se ve afectada de la misma manera. (Sugarbaker PH., Barofski I, Rosenberg SA, et al,1987; Postma A, Kingma A, Veth RPH, et al, 1987; Van Der Geest ICM, Servaes P, Scheuder, 2002).

La mayoría de los pacientes están muy felices con su miembro conservado, aún después de cirugías necesarias, en los casos de subsecuente amputación ellos están agradecidos que se hizo al principio un intento de salvar su miembro. Cuestionarios de autorinforme y entrevistas semiestructuradas han mostrado que ambos grupos (pacientes amputados y con miembros conservados) presentan psiconeurosis y estrés somático. En términos de actividad física muchos amputados lo hacen mejor que los pacientes que estuvieron bajo cirugía de salvamento. Sin embargo el 75% de los amputados reportan dificultades en las relaciones sexuales mientras que difícilmente los que tienen cirugía de salvamento del miembro lo hacen. (Frieden RA, Ryniker D, Kenan S, et al., 1993). También se sabe que el 75% de los pacientes amputados se sienten avergonzados de mostrar su prótesis y ellos se restringen así mismos a ciertas actividades sociales.

- TIPOS DE INTERVENCIÓN (TECNICAS Y CRITERIOS)

La intervención cognitivo conductual incluye diversas técnicas entre ellas la principal o más usual es la Reestructuración cognitiva que consiste en brindar elementos al paciente para identificar la cadena cognitivo conductual de su problemática (el ABC). El objetivo fundamental en el tratamiento psicológico bajo un enfoque cognitivo conductual al paciente con enfermedad crónica degenerativa es promover la adaptación a un nuevo estilo de vida que exige la enfermedad y lograr mejorar su calidad de vida.

φ *HOSPITALIZACIÓN*

Pase de visita diario con la finalidad de detectar necesidades de apoyo psicológico, como: falta de adhesión al tratamiento o a las indicaciones,

reacciones y crisis depresivas o ansiosas ante procedimientos médicos invasivos, déficits de información acerca de la enfermedad, pronóstico, tratamiento y evolución, se proporciona intervención en crisis, enseñanza de estrategias de afrontamiento adaptativas ante la enfermedad, intervención con familiares del paciente, psicoterapia de apoyo, etc.

#### φ *CONSULTA EXTERNA*

Tratamiento terapéutico individual en donde se atienden en sesiones semanales, especiales para pacientes con diagnóstico de algún tumor óseo, atendiendo aspectos emocionales, cognitivos y conductuales. .

#### φ *INVESTIGACIÓN*

Realización de un protocolo de investigación denominado: “Calidad de vida y estilos de afrontamiento en pacientes con algún tipo de tumor óseo de miembros inferiores que fueron amputados o artrodesados” Dicha investigación se realizó en conjunto con la residente de Medicina Conductual compañera del servicio (Griselda Bermúdez), con una muestra de 40 pacientes tanto del INR y el Instituto Nacional de Cancerología, A continuación se describe la investigación diseñada y los hallazgos encontrados.

### CALIDAD DE VIDA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TUMORES OSEOS DE MIEMBROS INFERIORES QUE FUERON ARTRODESADOS O AMPUTADOS

Servicio de Tumores óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) y Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), UNAM

AUTORES: Salgado T.Sarita, y Bermudez D. Griselda.

#### INTRODUCCIÓN

Cada paciente con tumores óseos, vivencia de forma diferente la enfermedad, dependiendo de sus características personales y ambientales. Sin embargo el estrés que está produce conduce al paciente a una situación de indefensión y

vulnerabilidad que es una crisis normal de la psique para organizar las nuevas concepciones y condiciones de vida. En cuanto esta crisis se termina con ayuda de los *mecanismos de afrontamiento*, se logra la adaptación a un estado de asimilación y participación activa ante la enfermedad y los tratamientos. Los mecanismos de afrontamiento son “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1991, p. 164). Investigaciones han mostrado que pacientes que han sido amputados y los que aún conservan su miembro presentan trastornos de ansiedad y estrés somático que afecta su calidad de vida. Se ha planteado que determinados mecanismos de afrontamiento ayudan a experimentar una mejor calidad de vida o son los más adecuados para determinadas situaciones ( Font, 1990; Hernández, 1996). La calidad de vida es una valoración subjetiva, es una expresión del bienestar y de la satisfacción de la persona con su propia vida, la calidad de vida se define como la característica que hace a la vida deseable, aceptable para quien la vive y por tanto no puede imponerse desde afuera. (Méndez y Grau, 2002)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1993 la define como la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el que vive y en relación con sus metas u objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. (Monsalve, Minguez y De Andrés, 1999), para poder evaluar la calidad de vida debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela o en el empleo, así como situación económica y vida sexual. (Velarde-Jurado y Avila Figueroa, 2002).

Dado que el cambio en el estilo de vida propiciado por las limitaciones del funcionamiento físico, los cambios en la apariencia y la condición, crean la necesidad de depender de otros y conducen a que disminuya la autonomía y la habilidad para llevar a cabo los roles y responsabilidades deterioran el funcionamiento social y frecuentemente provocan aislamiento (Luoma y Hakamies,

2004) por lo que la calidad de vida se merma en este tipo de pacientes. Se sabe que el afrontamiento es un importante predictor de la calidad de vida, de tal manera que las intervenciones se planean y son dirigidas a reforzar y fomentar las estrategias de afrontamiento que favorezcan la calidad de vida en este tipo de pacientes ya que está dictada el curso que tendrá la enfermedad (Stam and cols. 2006)

## OBJETIVO

Conocer si existe correlación entre el afrontamiento y la calidad de vida de los pacientes con tumores óseos en miembros inferiores, amputados o desarticulados del Instituto Nacional de Rehabilitación y del Instituto Nacional de Cancerología en la ciudad de México, D.F.

## METODO

Fue una investigación de tipo descriptiva correlacional. Con un diseño transversal. La muestra estuvo constituida por 40 sujetos entre 14 y 55 años de edad, con una media de 25 años, el 53% fueron mujeres y el 47% hombres, con algún diagnóstico de tumor óseo en miembros inferiores, captados un mes después de haber sido, amputado o desarticulado que asistiera en el periodo de agosto del 2005 a febrero del 2006. El muestreo fue no probabilístico, de acuerdo a como se presentaron a la consulta externa u hospitalización de los servicios de tumores óseos del INR o a la clínica del dolor del INCAN.

## INSTRUMENTOS

**AFRONTAMIENTO:** Escala de Salud y Vida Cotidiana HDL (Forma A,R, 1984). Evalúa el método de afrontamiento: cognitivo-activo, conductual-activo, de evitación, análisis lógico, búsqueda de información, resolución de problemas, regulación afectiva y descarga emocional.

**CALIDAD DE VIDA:** Inventario de Calidad de Vida y Salud (InCaViSa). Áreas que evalúa: Apariencia física, Desempeño físico, Adhesión terapéutica, Funciones

cognitivas, Familia, Preocupaciones sociales debido a la enfermedad, Alejamiento, Percepción de apoyo social, Bienestar y salud. (Whoqol, 1993).

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS v12.0 para Windows. Utilizando el Coeficiente de correlación de Spearman para rangos ordenados.

## RESULTADOS

Se encontró una relación lineal estadísticamente significativa alta e indirectamente proporcional entre la descarga emocional y la CV ( $r_s = -0.668$  con una  $p < 0.001$ ), así como entre la evitación y la CV una relación inversamente proporcional ( $r_s = -0.743$  con una  $p < 0.001$ ). El aislamiento, la preocupación, el apoyo social percibido y la apariencia mostraron correlación significativa, hacia la calidad de vida.

## DISCUSIÓN

Tal como lo reporta la literatura, la evitación y la pobre descarga emocional condicionan una inadecuada calidad de vida y estrés emocional (Costanzo, Lutgendorf, Rothrock y Barrie, 2006; Aarstad, Aarstad, Brue y Olofsson, 2005), de tal manera que un enfrentamiento activo y eficaz ayuda al adecuado control emocional y la adaptación al medio. Así como lo proponen Hack y Degner desde 2004, la aceptación pasiva y la resignación tienen el riesgo de condicionar una inadecuada adaptación psicológica y por ende calidad de vida. De esta forma dos personas con el mismo estado de salud tienen diferente percepción personal de su salud y un factor que puede afectar su calidad de vida son los *mecanismos de afrontamiento*, que determinara su habilidad para competir con limitaciones y discapacidad. Como muchos autores lo han propuesto el modo en cómo las personas afrontan una enfermedad grave, tanto a nivel cognitivo como afectivo y conductual, así como su capacidad de solucionar problemas, han mostrado ser un factores de predicción de la adaptación a la enfermedad, de su pronóstico y supervivencia. (Veth y cols. 2003; Lindiwe y cols. 2005)

φ *ACTIVIDADES ESPECIFICAS*

SESIÓN DE AMPUTADOS. Sesión semanal en donde se exponen casos de pacientes amputados en fase de rehabilitación de manera multidisciplinaria.

HORARIO DE ACTIVIDADES

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 9:00	VISITA	VISITA	VISITA	SESIÓN CLINICA GENERAL	VISITA
9:00 10:00	SESIÓN CLINICA	SUP. DE CASOS	HOSPIT.	VISITA	SESIÓN DE AMPUTADOS
10:00 11:00	SESIÓN CLINICA	C.E.	C.E.	HOSP.	C.E.
11:00 12:00	HOSP.	C.E.	C. E	HOSP.	C.E.
12:00 13:00	HOSP.	C.E.	C. E	HOSP.	C.E.
13:00 14:00	HOSP.	C.E.	C. E	HOSP.	C.E.

✚ VISITA MÉDICA DIARIA. En la que todo el equipo interdisciplinario del servicio de tumores óseos pasa cama por cama a revisar a los pacientes.

✚ SESIÓN CLINICA. Valoración multidisciplinaria de pacientes con diagnóstico de algún tumor óseo.

✚ SESIÓN CLÍNICA GENERAL. Exposición de casos clínicos o protocolos de investigación del Instituto Nacional de Rehabilitación en general.

- ✚ SESIÓN DE AMPUTADOS. Valoración multidisciplinaria de pacientes amputados que actualmente están próximos a amputar o posteriormente en rehabilitación.
- ✚ CONSULTA EXTERNA. Se atienden casos que necesitan atención psicológica (bajo un enfoque cognitivo-conductual).
- ✚ HOSPITALIZACIÓN. Se evalúan alteraciones o crisis emocionales en pacientes captados durante la visita diaria.
- ✚ SUPERVISIÓN DE CASOS. En las que se revisan casos complicados encontrados durante la semana en el servicio, con el supervisor externo.

### CONCLUSIÓN SOBRE LA ROTACIÓN

El servicio de Tumores óseos del INR resultó ser un campo propicio para el aprendizaje de intervenciones cognitivo-conductuales para pacientes con enfermedad crónica degenerativa, personalmente fue una experiencia muy enriquecedora el conocer la asistencia en un tercer nivel de atención, la integración del equipo multidisciplinario para un tratamiento eficaz tanto a nivel preventivo, de tratamiento y rehabilitación. El aprendizaje resultó basto y satisfactorio, a demás que las facilidades en infraestructura, equipo técnico y recursos humanos disponibles.

### 6.3 Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)

#### Características de la sede

El Instituto Nacional de Cancerología se encuentra al Sur del D.F. en la Av. San Fernando No.22 en la Col. Sección XVI de la Delegación Tlalpan, es una institución de tercer nivel de atención especializada en padecimientos oncológicos, cuenta con los servicios, de mama, cabeza y cuello, gastroenterología, ginecología, clínica del dolor y cuidados paliativos, oncología médica, cirugía, patología, etc.

#### Ubicación del residente de Medicina Conductual en la sede

En el INCAN estuve en el servicio de clínica del dolor y cuidados paliativos, integrado por: un jefe de servicio, dos secretarias, tres médicos adscritos, cuatro enfermeras especializadas, una pasante en nutrición, seis residentes de algología, dos residentes de anestesiología rotantes, una trabajadora social y un psicólogo residente de medicina conductual.

#### Líneas de autoridad.

Jefe de servicio de la clínica del dolor y cuidados paliativos: Dr. Ricardo Plancarte.

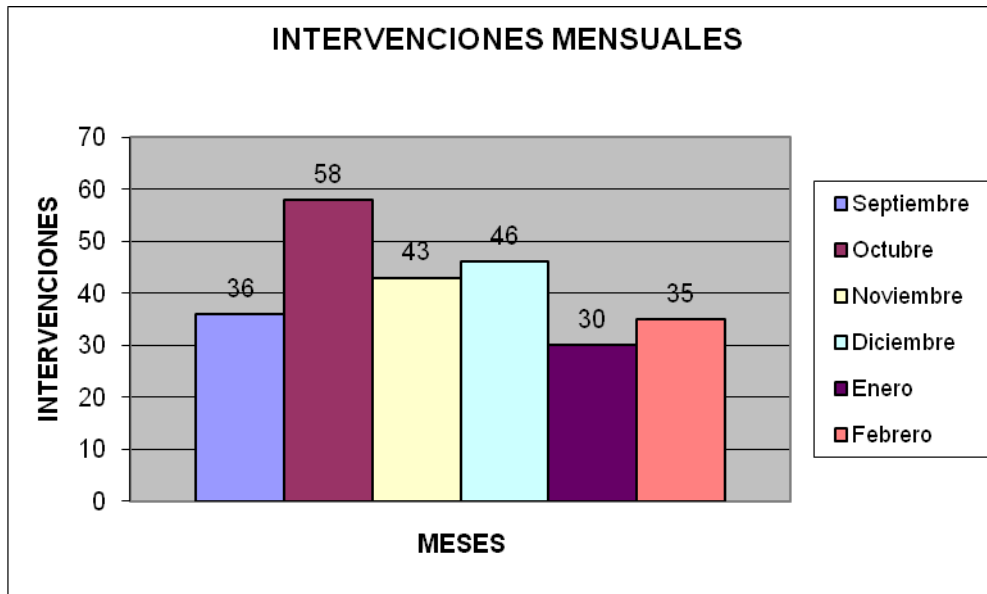
Supervisor: Fernando P. Vázquez Pineda

Asistí al INCAN en el periodo de septiembre del 2005 a febrero del 2006, estuve inserta en la clínica del dolor y cuidados paliativos.

- PRODUCTIVIDAD

248 intervenciones psicológicas hechas a lo largo del semestre.



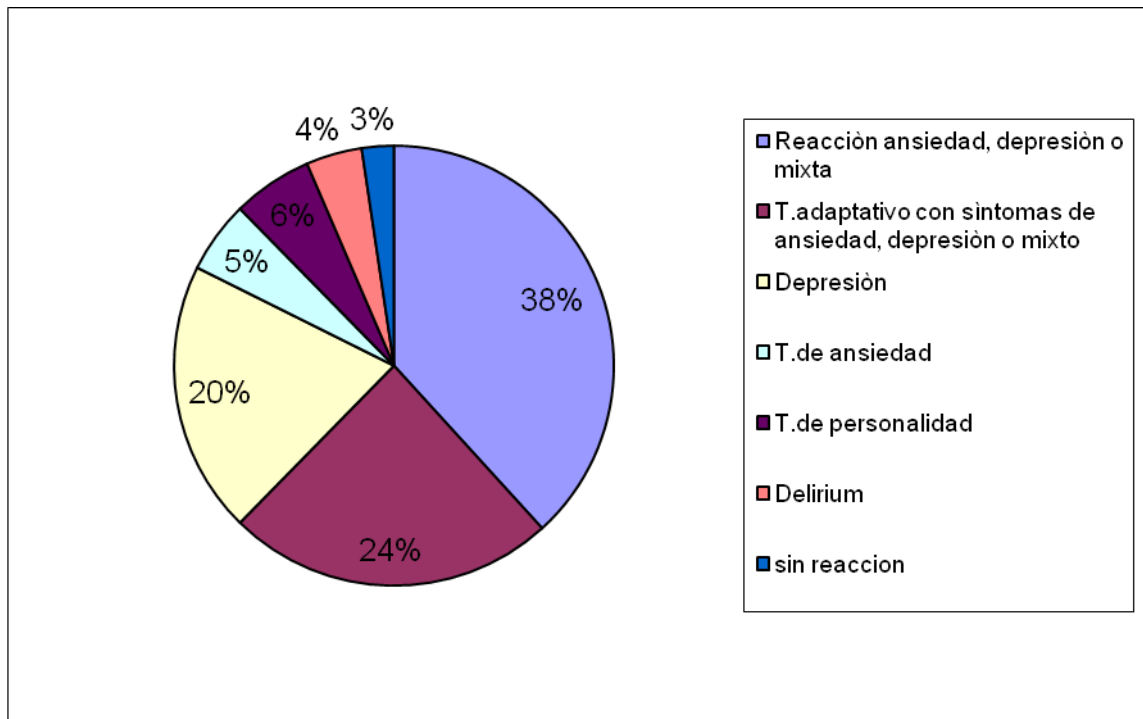


En promedio de 41 intervenciones mensuales de las cuales el 24% fueron hombres y el 76% mujeres.



A lo largo del semestre se realizaron en total 50 visitas domiciliarias dentro del programa de cuidados paliativos. 170 casos atendidos a lo largo del semestre.

En promedio 28 casos vistos de manera mensual. De los cuales las alteraciones emocionales encontradas fueron:



	Casos	%
Reacción de ansiedad, depresión o mixta	65	38.23
T. adaptativo con síntomas de ansiedad, depresión o mixto	41	24.11
Depresión	34	20.00
Trastorno de ansiedad	9	5.29
Trastorno de personalidad	10	5.88
Delirium	7	4.11
Sin reacción emocional evidente	4	2.35
Total	170	100.00

Cabe señalar que la reacción de ansiedad, depresión o mixta es continuamente encontrada como crisis ante el diagnóstico, o pronóstico, así como por las etapas normales de duelo reactivas ante dichas situaciones, por tal motivo su prevalencia es mayor que una patología como tal.

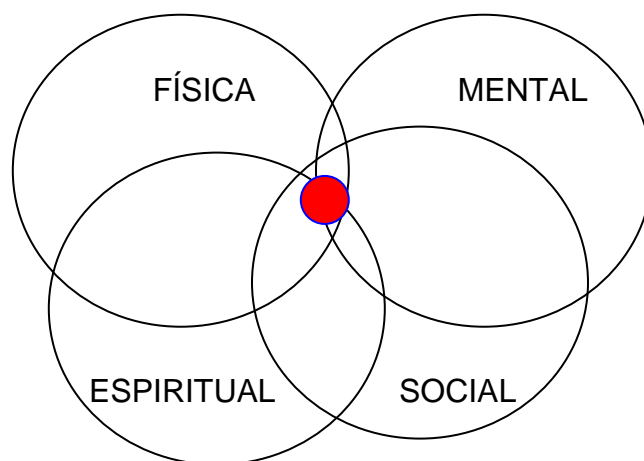
A continuación se da una breve reseña de las características de los pacientes vistos en este servicio así como de las intervenciones realizadas.

#### Características del paciente terminal

- Enfermedad avanzada, incurable y en fase de rápida progresión.
- Ausencia de respuesta a tratamientos.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.
- Impacto emocional intenso sobre el enfermo y familia por el sufrimiento físico, aislamiento, soledad y la proximidad de la muerte

Los Cuidados paliativos son un Conjunto de intervenciones médicas, sociales y psicológicas encaminadas a mantener o mejorar la calidad de vida de los pacientes y familiares cercanos, en la fase terminal.

#### Labor multidisciplinaria



El paciente paliativo sufre diferentes tipos de alteraciones tales como: un decremento el funcionamiento físico, decremento de su bienestar emocional, disminución de las relaciones sociales, dificultad en la adaptación a la enfermedad, dificultades económicas, habilidades cognitivas deterioradas, etc.

Objetivos generales de la intervención psicológica:

- Reducir la soledad y aislamiento
- Aumentar el control del paciente sobre el entorno y su autonomía.
- Disminuir la ansiedad y depresión.
- Brindar soporte emocional a la familia, para el enfrentamiento ante su situación actual y el duelo inminente
- Mejorar la calidad de vida y adaptación en general, generalmente determinados por el grado de la patología (clínicamente), los efectos del tratamiento, el nivel y modo de información recibida, el apoyo social, los recursos ambientales y personales ante el estrés y las formas de afrontamiento

Por su parte se sabe que el 80% de pacientes en cuidados paliativos refiere que su dolor es grave e insoportable. El dolor se asocia a al sufrimiento, a reacciones emocionales de ansiedad, depresión e ira ante la enfermedad. Se recomiendan

intervenciones integrales como opciones coadyuvantes que incluyan:

- Farmacoterapia analgésica con un nivel aceptable de efectos colaterales
- Técnicas psicológicas: hipnosis, relajación, terapia cognitivo-conductual

En el manejo del DOLOR TOTAL los componentes físicos, espirituales, psicológicos (emociones, expectativas, atribuciones, creencias, afrontamiento) y sociales son importantes para una adecuada modulación del dolor.

En el paciente en fase terminal se deberá tomar en cuenta la evaluación del examen mental para favorecer un adecuado tratamiento, factores como: el grado de lucidez y orientación espacio-temporal resultan de suma importancia para su estado afectivo y pensamiento.

Un factor de creciente relevancia en el paciente paliativo y su familia es el duelo considerado como las emociones y cambios ante una pérdida, su duración va a depender de lo apegado que se estaba a lo perdido y el tiempo de espera al desenlace. Las etapas del duelo, según Kübler-Ross 1975 son la negación o aislamiento, la ira, el pacto o negociación, la depresión y la aceptación, por lo que es de gran importancia un manejo integral en el paciente y su familia.

Se dice que para que existan una apropiada calidad de muerte se deben considerar elementos situacionales que influyen en la calidad de vida de los últimos tres días del paciente como son: el estar en el lugar deseado, no padecer dolor y controlar síntomas, sentirse en paz consigo mismo, el entorno y Dios, participar en actividades habituales, mantener buena comunicación y brindar soporte emocional.

#### φ INTERVENCIÓN

La intervención cognitivo-conductual indicada para este tipo de pacientes y su familia está dedicada a aumentar el autocontrol, cambiar las percepciones, creencias, estereotipos disfuncionales, disminuir la angustia asociada, promover habilidades eficaces de afrontamiento como son las habilidades sociales, la búsqueda de apoyo social y la solución de problemas así como reivindicar el hecho de morir con responsabilidad personal. Las técnicas de las cuales hace uso son la psicoeducación y el diálogo socrático para propiciar una reestructuración cognitiva, la retroalimentación biológica, la desensibilización sistemática, la hipnosis y diversas técnicas de relajación como son: la relajación muscular progresiva de Jacobson (Tensión-relajación), la relajación de Benson (progresiva) y la visualización- imaginación, para promover el control adecuado del dolor.

#### *A CONTINUACIÓN SE DETALLAN LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO:*

✚ CLASE DIARIA. En la que todo el equipo multidisciplinario del servicio de Clínica del Dolor expone la prevalencia de padecimientos y tratamientos relacionados al paciente paliativo o con dolor.

- ✚ PASE DE VISITA A HOSPITALIZACIÓN. Realizada por todo el equipo del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.
- ✚ CONSULTA EXTERNA. Se atienden casos que necesitan apoyo psicológico (bajo un enfoque cognitivo-conductual).
- ✚ HOSPITALIZACIÓN. Se evalúan alteraciones o crisis emocionales en pacientes captados durante la visita hospitalaria.
- ✚ VISITA DOMICILIARIA. Dentro del programa de cuidados paliativos, se realizan visitas a los pacientes paliativos que dada sus condiciones les impide el traslado al hospital, dichos domicilios se ubican solamente en la zona metropolitana.
- ✚ SESION ACADEMICA Y DISCUSIÓN DE CASOS. En conjunto con el equipo de la Clínica del dolor del Instituto Nacional de Nutrición, se discuten casos y artículos de investigación recientes de manera multidisciplinaria, participación del supervisor.

φ INVESTIGACIÓN

Continuación de la realización del protocolo de investigación titulado “Estilos de Afrontamiento y Calidad de Vida en pacientes con tumores óseos que fueron artrodesados, amputados o desarticulados”, en conjunto con el servicio de tumores óseos del INR en colaboración de la compañera Griselda Bermúdez.

HORARIO DE ACTIVIDADES

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
7:30-8:30	CLASE	CLASE	CLASE	CLASE	CLASE
9:00-10:00	PASE DE V.	V.D.	SESIÓN ACADEMICA	V.D.	PASE DE V.
10:00-11:00	HOSP.	V.D.		V.D.	HOSP.
11:00	HOSP.	V.D.	DISCUSIÓN	V.D.	HOSP.

12:00			DE		
12:00 13:00	C. E	C.E.		C.E.	C.E.
13:00 14:00	C. E	C.E.	CASOS	C.E.	C.E.

#### CONCLUSIÓN DE LA ROTACIÓN

El servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos cuenta con un amplio campo para la intervención psicológica ya que como se mencionó anteriormente las crisis por el diagnóstico y pronóstico de los pacientes con cáncer requiere la labor asistencial breve, consistente y especializada basada en la investigación clínica.

En lo personal la sensibilización del equipo multidisciplinario de clínica del dolor y cuidados paliativos es indispensable, ya que conociendo las características de la población se requiere de tener una integral del enfermo con cáncer. La única limitación encontrada es la falta de infraestructura adecuada para la atención psicológica. Por todo lo demás el INCan ofrece una excelente alternativa para la formación del residente en Medicina Conductual.

#### CONCLUSIÓN GENERAL DE LOS DOS AÑOS DE RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

Las sedes anteriormente citadas me dieron la oportunidad de aprender las habilidades y capacidades suficientes para intervenir bajo un enfoque cognitivo-conductual en la salud mental de pacientes con enfermedad crónica degenerativa, encontré un campo rico en conocimientos de otras disciplinas, un espacio en el cual todas las áreas del individuo se integran y son consideradas tanto en su aspecto físico, social, psicológico y espiritual. El principal obstáculo encontrado fue el espacio físico, en ningún servicio en el cuál yo estuve inserta se tenía un lugar exclusivo para el área de psicología, otra de las limitantes fue el hecho de que solamente en el HJM había una supervisora in situ capaz de resolver a corto plazo la dificultades o cuestionamientos que surgían diariamente, por el contrario en el

INR y el INCan no existía un docente formalmente adscrito en la institución, que estuviera a cargo del residente de Medicina Conductual, a pesar de que se tenía la supervisión por expertos que hacían visitas continuas, es muy necesario hacer extensiva la noción que no se cuenta con recursos humanos suficientes que eleven la calidad de la formación en Medicina Conductual y sobre todo que conozcan a profundidad las características del servicio con la óptica cognitivo conductual.



## 7. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Partiendo de mi experiencia en el campo profesional durante los dos años de la residencia en Medicina Conductual considero que aprendí las habilidades necesarias para intervenir bajo un enfoque cognitivo-conductual con pacientes con enfermedades cuyas características aluden a conjuntar el binomio cuerpo y mente, como son los padecimientos crónico degenerativos.

Haciendo referencia a lo propuesto por Schwartz & Weiss en 1978 y Pomerleau & Brady en 1979, la Medicina Conductual, representa un campo interdisciplinario integrado por la ciencia biomédica y la psicología, y entraña la aplicación del conocimiento y técnicas conductuales para la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Así mismo permite el desarrollo de proyectos de investigación, proporcionando un panorama amplio de actuación. (Agras, 1982). De esta manera encontré solidez a un trabajo asistencial basado en evidencias reales no solo de manera subjetiva, la intervención cognitivo-conductual proporciona una solución a corto plazo adecuada para el sistema de salud.

Las principales dificultades encontradas como parte de un equipo integral, fueron la aceptación del médico en su sistema, ya que finalmente el hospital es territorio de médicos y en muchas de las ocasiones al desconocer la labor del psicólogo dentro del equipo se considera innecesaria la asistencia, sin embargo una vez que se observaba la diferencia en el paciente en cuanto a su adaptación, estado psicoafectivo, adhesión a las indicaciones terapéuticas, así como las investigaciones realizadas, resulta tangible la necesidad de considerar la inserción del psicólogo, sin reservas al equipo.

Considero que para un apropiado desarrollo del residente en Medicina Conductual dentro de las sedes es de suma importancia considerar la enseñanza interna, es decir de un maestro en cargo del curso, adscrito a cada institución por las cuales se permite las rotaciones, ya que como en todos los servicios intrahospitalarios se necesita de un maestro capaz de señalar las directrices del desempeño como residente, a cargo y al mando de cualquier dificultad que se

presente que enseñe la aplicación correcta, en vivo de la intervención cognitivo-conductual así mismo que señale las deficiencias y fortalezas de cada residente propiciando una evaluación continua. Por su parte la falta de infraestructura adecuada para las intervenciones psicológicas, representa un obstáculo más para el desempeño del residente, por fortuna una vez que se conoce la importancia de la asistencia psicológica una vez más los mismos integrantes del equipo multidisciplinario favorecen la adaptación de espacios físicos.

En general haciendo un balance de los pros y contras de las rotaciones el aprendizaje adquirido durante la residencia en su mayoría es positivo, como parte de mi formación considero una afortuna haber pertenecido a un sistema de enseñanza aprendizaje basado en la experiencia asistencial y de investigación que brinda la residencia en Medicina Conductual avalada por la máxima casa de estudios (UNAM).

ANEXOS

## ANEXO 1. Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Dentro de cada grupo escoja la frase que mejor define cómo se ha sentido en la última semana incluyendo hoy:

1. -	0	No me siento triste.
	1	Me siento triste.
	2	Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
	3	Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo
<hr/>		
2. -	0	No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
	1	Me siento desanimado con respecto al futuro.
	2	Siento que no tengo nada que esperar.
	3	Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
<hr/>		
3. -	0	No creo que sea un fracaso.
	1	Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
	2	Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
	3	Creo que soy un fracaso absoluto como persona
<hr/>		
4. -	0	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
	1	No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo
	2	Ya no obtengo una verdadera satisfacción de nada
	3	Estoy insatisfecho o aburrido de todo
<hr/>		
5. -	0	No me siento especialmente culpable.
	1	Me siento culpable una buena parte el tiempo.
	2	Me siento bastante culpable casi siempre
	3	Me siento culpable siempre.

6. -	0	No creo que este siendo castigado
	1	Creo que puedo ser castigado
	2	Espero ser castigado
	3	Creo que estoy siendo castigado
<hr/>		
7. -	0	No me siento decepcionado de mí mismo
	1	Me he decepcionado a mí mismo
	2	Estoy disgustado conmigo mismo
	3	Me odio
<hr/>		
8. -	0	No creo ser peor que los demás
	1	Me critico por mis debilidades y errores
	2	Me culpó siempre por mis errores
	3	Me culpo por todo lo malo que sucede
<hr/>		
9. -	0	No pienso en matarme
	1	Pienso en matarme pero no lo haría
	2	Me gustaría matarme
	3	Me mataría si tuviera la oportunidad
<hr/>		
10. -	0	No lloro más que de costumbre
	1	Ahora lloro más de lo que solía hacer
	2	Ahora lloro todo el tiempo
	3	Solía poder llorar pero ahora no puedo llorar aunque quiera
<hr/>		
11. -	0	Las cosas no me irritan más que de costumbre
	1	Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
	2	Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo
	3	Ahora me siento irritado todo el tiempo
<hr/>		
12. -	0	No he perdido interés por otras personas
	1	Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre
	2	He perdido casi todo mi interés por otras

	3	He perdido todo mi interés por otras personas
13. -	0	Tomo decisiones casi siempre
	1	Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
	2	Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes
	3	Ya no puedo tomar más decisiones
14. -	0	No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
	1	Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos
	2	Siento que hay permanentes cambios es mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
	3	creo que me veo feo
15. -	0	Puedo trabajar tan bien como antes
	1	Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
	2	Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
	3	No puedo trabajar en absoluto
16. -	0	Puedo dormir tan bien como siempre
	1	No duermo tan bien como solía hacerlo
	2	Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme
	3	Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme3
17. -	0	No me canso más que de costumbre
	1	Me canso más fácilmente que de costumbre
	2	Me canso sin hacer nada
	3	Estoy demasiado cansado para hacer algo
18. -	0	Mi apetito no es peor que de costumbre
	1	Mi apetito no es tan bueno como solía ser
	2	Mi apetito esta mucho peor ahora

	3	Ya no tengo apetito
19. -	0	No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente
	1	He rebajado más de dos Kilos y medio
	2	He rebajado más de cinco kilos
	3	He rebajado más de siete kilos y medio
20. -	0	No me preocupo por mi salud más que de costumbre
	1	Estoy preocupado por problemas físicos como por ejemplo, dolores, molestias estomacales, o estreñimientos.
	2	Estoy muy preocupado por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa
	3	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
21. -	0	No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo
	1	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar
	2	Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
	3	He perdido por completo el interés en el sexo
Resultados		
0 a 9	Ausencia de depresión	
10 a 16	Depresión media	
17 a 29	Depresión Moderada	
30 a 63	Depresión grave	

## ANEXO 2. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	POCO NADA	O	MAS MENOS	O	MODERA DAMENTE	GRAVEME NTE
Entumecimiento, hormigueo						
Sentir oleadas de calor (bochorno)						
Debilitamiento de las piernas						
Dificultad para relajarse						
Miedo a que pase lo peor						
Sensación de mareo						
Opresión en el pecho, o latidos acelerados						
Inseguridad						
Terror						



Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar				
Miedo a morir				
Asustado				
Indigestión, o malestar estomacal				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojo				

Sudoración (no debida a calor)				
--------------------------------	--	--	--	--

ANEXO 3. Autorregistro emocional y de intensidad del dolor

Hora	EVA de dolor	Estado emocional
7am		
8am		
9am		
10am		
11am		
12am		
1pm		
2pm		
3pm		
4pm		
5pm		
6pm		
7pm		
8pm		
9pm		
10pm		
11pm		
12pm		
1am		
2am		
3am		
4am		
5am		
6am		

ANEXO 4. Autorregistro emocional, de intensidad del dolor y analgésico utilizado

Hora	EVA de dolor	Estado emocional	Analgésico
7am			
8am			
9am			
10am			
11am			
12am			
1pm			
2pm			
3pm			
4pm			
5pm			
6pm			
7pm			
8pm			
9pm			
10pm			
11pm			
12pm			
1am			
2am			
3am			
4am			
5am			
6am			

ANEXO 5. FORMATO DE AUTORREGISTRO EMOCIONAL

A (antecedente)	B (creencia)	C (consecuencia)	D (debate)		Respuesta
			Evidencia a favor	Evidencia en contra	

## REFERENCIAS

- Aarstad, A. K. H. Aarstad, H. J. Bru, E. Olofsson, J. (2005). Psychological coping style versus disease extent, tumor treatment and quality of life in successfully treated head and neck squamous cell carcinoma patients. *Clinical Otolaryngology*; (30): 6, p530-538.
- Agras, S. (1982). Behavioral medicine: Nonrandom connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. En: Caballo V.(Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México-España: Siglo XXI.
- Aguiar Morales J y David Aguiar B. (1998) "Diagnóstico y Tratamiento farmacológico del cáncer" cáp.8. Pág. 111. En: Gómez Sancho, M, *cuidados paliativos: atención a pacientes terminales*. Vol.1. Ed. ICEPSS. España. 685pp.
- Amigo, V; Fernández, R. y Pérez, A. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Arayz de Miwa I., (2001) Venciendo la baja autoeficacia. Portal de Desarrollo Personal En: [http://www.sitio-de-exito.com/articulos/150\\_200/155.htm](http://www.sitio-de-exito.com/articulos/150_200/155.htm).  
[http://www.insp.mx/salud/43/435\\_5.pdf](http://www.insp.mx/salud/43/435_5.pdf)
- Arranz M. P. y R. Bayés. (1998) "Apoyo psicológico". Cáp. 53. Pág. 651 En: González Barón M. y cols. *Oncología Clínica*. Tomo 1. *Fundamentos y patología general*. 2ª. Ed. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. España. 766pp.
- Baker B, O'Kelly B, Szalai J, Katic M, Mckessock D, Ogilvie R, Basinski A, Tobe (1998) Determinants of left ventricular mass in early hypertension. *Am. J. Hypertens*. 11 (10): 1248-1251.
- Bandura A. (1992) Self-efficacy through control of action. En: R. Schwarzer, editor. *Self-efficacy mechanisms in psychobiologic functioning*. Washington DC: Hemisphere; p. 355-394.

- Bayter Marín J.E., Chona Vásquez J.E., (2001) Dolor en niños, como evaluarlo y tratarlo eficazmente. Temas prácticos. MEDUNAB; 4 (10): 1-10.
- Beck, (1979) Cognitive therapy of depression, New York Guilford press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, BF y Emery, G. (1983). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Biblioteca de psicología Declee de Brouwer. 5aed. España. P.13.
- Best, Dennis., (1999). Visualization. The mental road to accomplishment. Coach & Athletic director. 46
- Bousoño M, González P, Pedregal J. y Bobes J. (1993) Calidad de vida relacionada con la enfermedad. Monografías de psiquiatría. 6, 12-17
- Bravo MP. (1998) "Epidemiología del cáncer". Pág.8. Pág.93 en: González Barón M. y cols. Oncología clínica. Tomo 1. Fundamentos y patología general. 2ª. ed. Ed. Mc Graw Hill-Interamericana. España. 766pp.
- Brown Kathleen. (2004) The role of the psychologist in pain management. The pain practitioner, 14 (13): pp. 26-29
- Bruehl S, Chung OY & Burns W, (2006). Anger expression and Pain: An overview of findings and possible mechanisms. Journal on Behavioral Medicine. 29 (6): 593-606.
- Burns JW, Quartana PJ & Bruehl S ( 2008). Anger inhibition and Pain: conceptualizations, evidence and new directions. J of Beh Med. 31 (3): 259-279
- Caballo V. (1995). Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta. Ed. Siglo XXI.
- Cassem NH. (1994) El paciente moribundo. En: Psiquiatría de Enlace en el Hospital General. Cassem NH. Ed. Díaz de Santos. Madrid. 419-454.
- Chance P. (2001) Aprendizaje y conducta. México: Manual Moderno, pp. 122-125.

- CIE-10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. ed. Meditor. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. Edición en español a cargo del profesor J.J. LOPEZ IBOR. España 1993. 295pp. Pag.131-132
- Cockerham W. (1997). Lifestyles, social class, demographic characteristics, and health behaviors (cap. 12). En: Gochman D (Ed) Handbook of health behavior research. Personal and social determinants. New york and London.
- Coelho R, Ramos E, Prata J, Maciel MJ, Barros H. (1999) Acute myocardial infarction: Psychosocial and cardiovascular risk factors in men. J. Cardiovasc. Risk 6 (3): 157-162.
- Cohn F y Lazarus RS. (1979) Coping with the Stress if Illnes. En: Health Psychology: A handbook. Stone GC, Cohn F, Adler N. Et al. Ed. Jossey & Bass. Washington. 217-254.
- Collins JJ., Byrnes Me Dunkel IJ., Lapin, Nadel T, Thaler HT, Polyak T, Rapkin B, Portenoy RK. (2000) The measurement of symptoms in children with cancer. Journal of pain and symptom management; vol. 19(5): 363-377.
- Costanzo, Erin S.Lutgendorf, Susan K. Rothrock, Nan E. Anderson, Barrie, (2006) *Coping and quality of life among women extensively treated for gynecologic cancer*, Psycho-Oncology; (15):2, p132-142, 11p.
- De Vita Jr. VT. Hellman S., Rosenberg SA (2001). Sarcomas of soft tissues and bones. Eds. Cancer Principles and practice on oncology, 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 1840- 935.
- DSM-IV Manual diagnóstico de los trastornos mentales. MASSON, S.A. 1998. Ciencia y Cultura Latinoamérica, S.A. de C.V. México.
- Dussel V. (2001) Cuidados paliativos: guías para el manejo clínico. El paciente oncológico, pautas de tratamiento. Unidad de Cuidados Paliativos, servicio de Oncología Clínica. Facultad de medicina.



Universidad de la República. Fundación Editorial y Librería Especializada en Ciencias de la Salud, FEFMUR.

D'Zurrilla, T.J. (1988). Problem-solving therapies. En: K.S. Dobson (Ed), Handbook of cognitive-behavioural therapies. London: Hutchinson. (pp.85-135)

D'Zurrilla T J & Golfried, M R. (1971). Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 78, 107-126.

Engel BT (1998) An historical and critical review of the articles on blood pressure published in psychosomatic medicine between 1939 and 1997. Psychosom. Med. 60 (6): 682-696.

Fernández- Ballesteros. (1997), Quality of Life: Concept and assessment. Universidad Autónoma de Madrid, España.

Fernández, R.; Carboles, A. (2003) Evaluación conductual, metodología y aplicaciones. 2ª.ed. Ed Pirámide: Madrid.

Fernández, S. M. C. y Vila, JC. (1991). Trastornos Coronarios en Medicina Conductual. En: JG. Rosales-Nieto y T. Ayllon (eds.) Intervenciones conductuales en problemas médicos y de salud. España: Universidad de Granada, 397-433.

Font Guiteras, A. (1990) "Estrategias de afrontamiento adaptación y calidad de vida". Revista Comunicaciones. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. España. Pág.90-96.

Frieden RA, Ryniker D, Kenan S, et al., (1993) Assessment of patient function after limb sparing surgery. Arch Phys Med Rehabil; 74: 38-43.

Friedman IC, Baer PE, Nelson DV. (1988) Women with breast cancer: perception of family functioning and adjustment to illness. Psychosom. Med. 50,(5), 529-540.

Gabalda Caro I. (1997) Las psicoterapias cognitivas: modelos básicos. Cap. 2 En: Gabalda Caro I., compiladora. Manual de psicoterapias cognitivas: Estados de cuestión y procesos terapéuticos. Textos de psicología. Paidós. Barcelona.

- Gala F.J., Lupiani M, Guillén C, Gómez Sanabria A. y Lupiani S. (2003) Aspectos psicosiales del dolor, C. Med. Psicosom (66): 46-55.
- García, F. y Martín, D. (1995). Evaluación del estrés. En a. Roa (dir.). Evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: CEPE.
- Gatcher Robert J. y Mark S. Oordt. (2003). Clinical health psychology and primary care. Practical advice and clinical guidance for succesful collaboration. Clinical Health Psychology in the primary care setting: an overview. American Psychological Association. New York: 263pp.
- Gebhardt Mc. (2002) What`s new in musculoskeletal oncology, J. Bone Joint Surg; 84A: 694-701.
- Golden William, A. Goldstein. (1992) Psychology Practitioner Guidebooks. Psychological treatment of cancer patients. P.27.
- Grau J, Chacon M. (1998) Manejo psicológico del dolor en pacientes con cáncer terminal. La Habana, Cuba
- Greenberger, D. y Padesky, C. A. (1995) El control de tu estado de ánimo. Manual de tratamiento de terapia cognitiva para usuarios. Barcelona: Paidós. 96-97
- Hack, T. and Degner, L. (2004), Coping responses following breast cancer diagnosis predict psychological adjustment three years later. Psycho-Oncology (13): 235-247. Canada.
- Hamilton V. (1982) Cognition and stress. En: Goldberger y Beznitz (eds.) Handbook of stress. Free Press, New York. 105-120
- Helsing, K. J. (1981). Factors asociate with mortality after widowhood. Am. Journal Pub. Health, (71), 820-809.
- Hernández Meléndez, E. (1996) Calidad de vida después del trasplante cardiaco en Cuba. Libro resumen. PsicoSalud 96. II Conferencia Psicología de la Salud. Ciudad Habana. Cuba. Pág. 143.
- Hoth K, Christensen AJ, Ehlers SL, Raichle KA & Lawton WJ, (2007). A longitudinal examination of Social Support, agreeableness and depressive symptoms in chronic kidney disease. Journal of Behavioral Medicine 30 (1), 69-76.

- Hotz, S., Kaptein, A., Pruitt, S., Sanchez-Sosa, J. J. & Willey, C. (2003). Behavioural mechanisms explaining adherence: What every health professional should know. In: E. Sabate (Ed.) Adherence to long term therapies: Evidence for action (pp. 135-149). Geneva: World Health Organization.
- Houston BK, Chesney MA, Black GW, et al. (1992) Behavioral clusters and coronary heart disease risk. *Psychosom med* (54):447-461
- Huber, (1988) Estrés y conflictos, métodos de superación, Paraninfo, Madrid.
- Jula A, Salminen Jk, Saarijarvi S: Alexithymia (1999) A facet of essential hypertension. *Hypertension* 33 (4): 1057-1061.
- Jurado, S., Villegas M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residents de la Ciudad de México. *Salud Mental*. España: Siglo Veintiuno.
- Kadzin A. E. (1996) Modificación de la conducta y sus aplicaciones. México: Manual Moderno.
- Kazdin, A.(2000). Modificación de la conducta. Ed. Manual Moderno, 2a. ed., México. 261-290.
- Kernis H. Michael (1995), Efficacy agency, and self-esteem, Inglaterra, 257pp.
- Khosravi Shahi, Del Castillo Rueda y Pérez Manga. (2007) Manejo del dolor oncológico, *An Med Interna*; 24 (11): 554-557.
- Kübler-Ross (1975). Sobre la muerte y los moribundos. Ed. MondadoriGigalbo,
- Labrador f. Y cols. (1995). Manual de técnicas de modificación de terapia de conducta. Ed. Pirámide.
- Lalonde M. (1996) El concepto de campo de la salud, En: Promoción de la salud: una antología, publicación científica 557. Organización

Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.  
Washington, D.C.

Laux & Weber (1991). Presentation of self in doping with anger and anxiety: an international approach. *Anxiety research*, 3, 233-255.

Lazarus R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*.  
Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus y Folkman. (1984) *Estrés y procesos cognitivos*. Trad. Zaplana.  
Barcelona. Ed. Martínez-Roca. Págs. 56-60.

Lazarus, Folkman (1985) "Estrés y procesos cognitivos" .cap 6 ,p.164, y  
cap.11,p.353. Barcelona. Ed Martínez Roca.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1991). *Estrés y Procesos Cognitivos*. 3a. ed.  
México: Ed Martínez Roca.

León Rubio JM., Medina Anzano S., Barriga Jiménez S., Ballesteros  
Regaña A., Herrera Sánchez IM. (2004). *Psicología de la Salud y de  
la Calidad de Vida*. ED UOC. Universidad de Cataluña.

Lesko, I. (1998) *Psycho oncology by Jimmie Holland*. Parte VII  
"Psychological issues related to site of cancer". Oxford University  
Press, N. York.

Lindiwe Maya, Kimberly-K Asner-self, and James B. Scheriber. (2005),  
Stress and coping strategies among Zimbabwean adolescents.  
*British Journal of Educational Psychology*, 75, 661-671.

Longacker Christine (1997) *Afrontar la muerte y encontrar esperanza*, cap  
10, p.174, Ed Grijalbo.

Lowitz Barry y Casciato D. (2001) *Agentes quimioterapeúticos para el  
tratamiento del cáncer*". Cáp. 4. Pág. 54 En: Casciato Dennis A.  
Barry B. Lowitz, *Oncología clínica*. 4ª.ed. Ed. Marbán. Hospital  
manual. España. 748pp.

Lowitz Barry y Casciato D. (2001) *Principios de oncología médica y  
biología del cáncer*. Cáp. 1. Pág. 5 en: Casciato Dennis A. Barry B.  
Lowitz, "Oncología clínica". 4ª.ed. Ed. Marbán. Hospital manual.  
España. 748pp.

- Luoma, M-L. and Hakamies-Blomqvist, L. (2004) The Meaning of Quality of Life in Patients being Treated for Advanced Breast Cancer: a Qualitative Study. *Psycho-Oncology*. 13: 729-739.
- Lynch, Kashikar-Zuck, Goldschneider, Jones. (2007) Sex and age differences in coping styles among children with chronic pain. *Journal of pain and symptom management* ; 33 (2): 208-216.
- Maddux James (1995) *Self-efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, research, and application.* USA. 395pp.
- Marinho, M.; Caballo, V. y Silverio, J. (2003) Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta. *Psicología conductual*. 11: (1), pp 135-161.
- Massie Mary Jane y Holland Jimmie C. (1989) Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. Cáp.22. P. 273-281. En: Holland Jimie C. y Julia H Rowland, *Handbook of psychooncology, psychological care of the patient with cancer.* England, 785 pp.
- Massie MJ. Y Holland JC.(1990) Depression and the cancer patient. *Journal of clinical psychiatry*. 51 (7), 12-17.
- Mc Cracken LM, Vowles KE, & Gauntlett-Gilbert J, (2007). A prospective investigation of Acceptance and Control- Oriented coping with Chronic Pain. *J of Behavioral Medicine* 30 (4).339-349.
- Mc Grath, P. (2004). [Spiritual benefits for blood cancer survivors](#). Central queensland University in Rockhampton. Australia.
- Mckay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1988). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. México: Roca.
- Meinchenbaum D. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En S.J. Linn, & Garske. *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y Métodos* (capítulo 8). Bilbao: Descleé Brouwer.
- Méndez Venegas J. Grau Avalo Jorge. (2002) *La evaluación psicológica en el enfermo al final de la vida: principios y técnicas. La evaluación del sufrimiento y de la calidad de vida. Avance en cuidados*

- Paliativos, Tomo II. Modulo V. Control de síntomas: principios generales, técnicas y modalidades. pp.151-169.
- Méndez Venegas, J. Y Gutiérrez Alanis Ma Teresa (2001). Psicofisiología del dolor, UNAM.
- Merjonen P, Pulkki-Raback L, Puttonen S, Keskivaara P, Juonala M, Telama R, Viikari J, Raitakari OT, & Keltikangas-Jarvinen L. (2007). Anger is associated with subclinical atherosclerosis in low socioeconomic status (SES) but not in higher SES men and women. The cardiovascular risk in Young Finns Study. *J of Beh Med* 31 (1): 35-44.
- Monsalve G. Cerdà-Olmedo, A. Minguez y J.A. De Andrés. (1999), Reflexiones sobre el impacto de la selección del tipo de pauta terapéutica en la percepción de la Calidad de Vida del paciente, *Med Pal*, 6 (4), 137-139.
- Moos R.H. y Shaefer, J.A. (1986): Life transition and crises: a conceptual overview. En Moss. R.H. Coping with life crises: an integrated approach: Plenum, New York.
- Oblitas, I. y Becoña, E. (2000). Psicología de la salud. Ed. Plaza y Valdez.
- Pascual, I. y Ballester, R. (1997) La práctica de la psicología de la salud. Programas de intervención. Promolibro, Valencia.
- Phares, E. (2000). Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica. Ed. Manual Moderno
- Postma A, Kingma A, Veth RPH, (1987) Quality of life in bone tumour patients comparing limb-salvage and amputation of the lower extremity. *J Surg. Oncol*; 51: 47-51.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, L. F. & Sanchez-Sosa, J. J. (2005). Effects of a cognitive-behavioral intervention on quality of life, anxiety, depression and medical condition of patients with diabetes and essential hypertension. *International Journal of Clinical & Health Psychology*, 5(3), 445-462.

Rodríguez-Marín J., Pastor, M.A, López-Roig S.(1993) Afrontamiento, Apoyo social, Calidad de Vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, pp 349-372.

Rojas Santes y Ramirez (2002) Organista. Abordaje psicológico y técnicas de intervención. México

Rosenman RH, Brand RJ, Scholtz RI, (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease during the 8.5 year follow-up in the western collaborative group study. *Am J Cardiol* 37: 903-912.

Rosenzweig, M. R y Leiman, A (1992). *Psicología fisiológica*. Mc Graw Hill, 2da. ed. P. 665.

Sala, V., Gatto, M., Marino, A., (2000) *Cd rom psico-socio-oncología*. Ed. Data visión. Buenos aires.

Sanchez-Sosa, J. J. (2002). *Health Psychology: Prevention of disease and illness; maintenance of health*. UNESCO Encyclopedia of Life Support Systems (EOLSS), Psychology. Oxford, UK, <http://www.eolss.net>.

Schwarzer, Ralf. (1992). *Self-Efficacy. Thought Control of Action*. USA. 410pp.

Schultz D, Schultz SE. (1998) *Theories of personality*. Chapter 15. 6th ed. Brooks/cole publishing company; p. 387-413.

G.E. Schwartz y S.M. Weiss (1978). Yale Conference on Behavioral Medicine: A proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1 (1), p4.

Soriano José y Doroteo García Riaño. (1997) *La evaluación cognitiva*. José Soriano. Cáp.4 En: Gabalda Caro I., compiladora. *Manual de psicoterapias cognitivas: estados de cuestión y procesos terapéuticos*. Textos de psicología. Paidós. Barcelona.

Stam, H. Grootenhuis, M. A. Caron, H. N. Last, B. F (2006), *Quality of life and current coping in young adult survivors of childhood cancer: positive expectations about the further course of the disease were*

- correlated with better quality of life. *Psycho-Oncology*; 15: (1), p31-43, 13p
- Sugarbaker PH., Barofski I, Rosenberg SA, et al (1987) Quality of life assessment of patients with extremity sarcoma. *Surgery*; 91: 17-23.
- Sulzer-Azaroff B. (1990) procedimientos del análisis conductual aplicado con niños y jóvenes. México: Trillas.
- Symreng y Fishman (2004) Anxiety and pain. *Pain clinical updates*, IASP. 1-6
- Temoshok I. y Bernard. H. Fox. (1984) Coping styles and other psychosocial factors related to medical status and to prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. En: Fox, Bernard y Benjamin Newberry. *Impact of psychoendocrine systems in cancer and immunity*. Hogrefe. Canada.
- Tross S. y Holland JC. (1990) Psychological sequele in cancer survivors. En: *Handbook of psychooncology*. Holland, J.C. y Rowland, J.H. Oxford University Press. New York. P.103.
- Van Der Geest ICM, Servaes P, Scheuder HWB (2002) Chondrosarcoma of bone: functional outcome and Quality of life. *J Surg Oncol*; 81: 70-74.
- Vázquez Carmelo y Catherine Cameron. (1997). Taxonomía cognitiva, psicopatología y psicoterapias cognitivas. Cap. 3. En: Gabalda Caro I., compiladora. *Manual de psicoterapias cognitivas: estados de cuestión y procesos terapéuticos*. Textos de psicología. Paidós. Barcelona.
- Velarde-Jurado, E. y Avila-Figueroa, C. (2002), Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, 44 (4): 349-361
- Velázquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG (2002) Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) *Arch Cardiol Mex*. 72(1): 71-84
- Veth R., René van Hoesel, Maciej Pruszczynski, Jaap Hoogenhout, Bart Schreuder, & Theo Wobbles. (2003). Limb salvage in musculoskeletal oncology. *Lancet Oncol* 2003; 4: 343-50.



Vienegra María. (2001) Información para pacientes y público. Instituto Alexander Fleming. España.

[Http://www.oncologia.org.ar/cancer.shtml](http://www.oncologia.org.ar/cancer.shtml)

WHOQOL Group. (1993) Study Protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL) Quality of Life Research; 2: 153-159.