



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA**

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**IMPORTANCIA DE LA MEDICINA CONDUCTUAL EN LOS SERVICIOS DE
ONCOLOGÍA Y MEDICINA INTERNA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

MARTHA ANGÉLICA LUNA ROJERO

DIRECTOR DE REPORTE: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

COMITÉ TUTORIAL: DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMÁN

MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

DRA. ISABEL REYES LAGUNES

DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA



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.

ÍNDICE

Contenido	No.	Pág
CAPÍTULO I Inserción de la psicología en salud.....	5	
I.1 Antecedentes sobre Medicina Conductual.....	5	
I.2 Medicina conductual en la Universidad Nacional Autónoma de México....	8	
I.3. Objetivos del Programa de Residencia en Medicina Conductual.....	11	
I.4 Perfil del egresado de la Residencia.....	12	
CAPITULO II Hospitales sede durante el período de residencia.....	14	
II.1 Curso Teórico - Propedéutico. Preparación para intervención en áreas hospitalarias.....	14	
II.2 Hospital Juárez de México.....	14	
II.3 Hospital General de Atizapán.....	17	
II.4 Habilidades y competencias que el residente debe desarrollar durante la residencia.....	20	
II.5 Actividades que el residente debe desarrollar durante la residencia.....	21	
II.6 Requerimientos para poder implementar programas en las sedes.....	23	
CAPITULO III Características epidemiológicas de los padecimientos abordados en la residencia.....	27	
CAPÍTULO IV Enfermedades médicas atendidas durante la residencia en el Hospital Juárez de México.....	34	
IV.1 Cáncer.....	34	
IV.2 Factores de riesgo, como agentes carcinógenos.....	35	
IV.3 Tratamientos más comúnmente utilizados en cáncer.....	39	
CAPITULO V Enfermedades medicas atendidas en el Hospital General de Atizapán.....	42	
V.1 Hipertensión.....	42	

V.2 Factores de riesgo que predisponen complicaciones de la hipertensión	43
V.3 Factores protectores para el control de la hipertensión.....	44
V.4 Diabetes	45
V.5 Factores de riesgo que predisponen la aparición de enfermedades asociadas a la diabetes.....	47
V.6 Complicaciones asociadas a la diabetes.....	47
V.7 Pacientes con insuficiencia renal.....	48
V.8 Factores de riesgo en enfermedades renales.....	49
V.9 Servicio de Cirugía.....	50

CAPITULO VI Alteraciones psicoafectivas frecuentes en el paciente crónico-degenerativo ambulatorio y hospitalizado.....

VI.1 Entendiendo por síntomas depresivos.....	52
VI.2 Crisis de angustia.....	53
VI.3 Fobia específica.....	54
VI.4 Fobia social.....	54
VI.5 Ansiedad generalizada.....	54
VI.6 Estrés.....	55
VI.7 Patrón de conducta tipo “A”.....	61
VI.8 Estrés postraumático.....	62
VI.9 No adherencia terapéutica.....	62
VI.10 Inadecuada calidad de vida.....	65
VI.11 Dolor.....	68
VI.12 Mi experiencia en intervenciones cognitivo-conductual en la residencia y estudios de investigación sobre las mismas.....	70
VI.12.1 Efectos psicosociales en el paciente oncológico.....	70
VI.12.2 Clínica de tumores mixtos.....	79
VI.12.3 Clínica de tumores de cabeza y cuello.....	81
VI.12.4 Clínica de tumores de mama.....	86
VI.12.5 Clínica de tumores ginecológicos.....	91
VI.12.6 Red de apoyo social en pacientes oncológicos	93

VI.12.7 Efectos psicosociales asociados a la Quimioterapia.....	98
VI.12.8 Efectos psicosociales asociados al tratamiento con radioterapia.....	101
VI.12.9 Efectos psicosociales asociados a la hipertensión arterial y diabetes.....	104
VI.12.10 Efectos psicosociales asociados a pacientes con insuficiencia renal	114
VI.12.11 Actividades académicas complementarias durante la residencia.....	116
CAPÍTULO VII Diagnóstico.....	122
VII.1 Identificación del diagnóstico clínico en el paciente crónico-degenerativo.....	122
VII.2 Instrumentos utilizados en la atención al paciente crónico-degenerativo.....	124
VII. 3 Realización de Nota Psicológica	127
CAPITULO VIII Técnicas de intervención psicológica.....	130
VIII.1 Reestructuración cognoscitiva.....	130
VIII.2 Solución de problemas.....	132
VIII.3 Entrenamiento en asertividad.....	139
VIII.4 Detección de pensamientos automáticos.....	140
VIII.5 Aserción encubierta.....	141
VIII.6 Desensibilización sistemática.....	141
VIII.7 Relajación progresiva.....	142
VIII.8 Inoculación de estrés.....	144
VIII.9 Visualización.....	145
CAPITULO IX Casos clínicos	146

Contenido de tablas	No.	Pág
Tabla 1 Personal que labora en el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México	15	
Tabla 2 Actividades diarias realizadas durante la residencia en el Hospital Juárez de México.....	16	
Tabla 3 Recursos Humanos en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital General de Atizapán.....	18	
Tabla 4 Actividades diarias realizadas durante la residencia en el Hospital General de Atizapán.....	19	
Tabla 5 Principales causas de muerte en México.....	30	
Tabla 6 Diagnóstico médico de los pacientes internos en el piso de Medicina Interna en el Hospital General de Atizapán.....	31	
Tabla 7 Género de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, en el Hospital General de Atizapán.....	32	
Tabla 8 Datos estadísticos que muestran la edad de la población total atendida en el Hospital General de Atizapán.....	32	
Tabla 9 Días de estancia hospitalaria del paciente de medicina interna del Hospital General de Atizapán.....	33	
Tabla 10 Factores multicausales de riesgo que originan el desarrollo de la hipertensión.....	43	
Tabla 11 Estándares para un diagnóstico de hipertensión o hipotensión	44	
Tabla 12 Valores normales de concentración de glucosa en plasma venoso	45	
Tabla 13 Clasificación de la Diabetes Mellitus.....	46	
Tabla 14 Factores de riesgo en el paciente diabético.....	47	
Tabla 15 Factores de riesgo en enfermedades renales.....	49	
Tabla 16 Trastornos psicológicos y conductas desadaptativas en el paciente oncológico que fundamentalmente encontré en la residencia.....	72	
Tabla 17 Prevalencia sintomática Edmonton System Assessment Scale (ESAS)	74	

Tabla 18 Intervenciones psicológicas con la red de apoyo del paciente oncológico.....	97
Tabla 19 Intervenciones más frecuentemente utilizadas en la atención a los pacientes diabéticos e hipertensos.....	111
Tabla 20 Instrumentos utilizados para realizar la valoración del paciente y establecer un diagnóstico clínico.....	124
Tabla 21 Auto-registro solución de problemas.....	155

Contenido de Figuras	No.	Pág
Figura 1 Síndrome General de adaptación.....	57	
Figura 2 Escala de Karnofsky.....	67	
Figura 3 Escala Visual Análoga.....	125	
Figura 4 Escala visual para los niños.....	125	
Figura 5 Adaptación del auto-registro formulado por Beck (1976), por Ruiz, (1990).....	131	

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo el dar a conocer mi Reporte de la Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Medicina Conductual con especialidad en el Paciente Crónico-Degenerativo.

El reporte se apega a los lineamientos solicitados en la guía para la elaboración del informe de actividades profesionales de la maestría y residencia en Medicina Conductual solicitados por la coordinación de posgrado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

México ha experimentado cambios en el perfil epidemiológico, respecto a las enfermedades que son responsables de las principales causas de muerte, correspondiendo el 73% de los fallecimientos a padecimientos no transmisibles como: la diabetes, los problemas cardiovasculares y el cáncer; que sumados a las enfermedades infectocontagiosas representan un reto respecto a los tratamientos que deben seguirse para el control de las mismas, generando la necesidad de adaptarlos a una forma de trabajo interdisciplinario. Estos cambios han ocasionado costos económicos importantes para el presupuesto de los países en salud.

La medicina conductual se involucra en el ámbito hospitalario desde una perspectiva diferente a la que la psicología tradicional realizaba en la atención a la salud mental; respondiendo a la demanda en salud, debido a la transición a las nuevas patologías emergentes; teniendo que brindar la atención en diferentes niveles desde la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los

pacientes crónicos; a través de intervenciones con una orientación cognitivo-conductual.

“Se proponen ocho áreas de la salud para que el psicólogo se desarrolle: manejo de la adherencia terapéutica; manejo del dolor; manejo pediátrico, con entrenamiento del paciente y sus padres, en el manejo de contingencias y desensibilización sistemática; desórdenes psicossomáticos en adultos, en pacientes psiquiátricos, se pretende la adaptación del paciente tanto a la institución y al medio; rehabilitación, a través del establecimiento de nuevas conductas; pacientes geriátricos, para favorecer sus repertorios sociales y su independencia; prevención del estrés y reducción de factores de riesgo” (Melamed & Siegel, 1980).

El paciente crónico generalmente experimenta su enfermedad con inadaptación ante el reciente diagnóstico; con temor a la muerte; con una inadecuada adherencia a los tratamientos, por los cambios en el estilo de vida que este representa (dietas estrictas con bajo consumo en azúcares, grasas, sales, consumo de agua, etc., toma de medicamentos, ejercicios, dejar de fumar, tomar y beber entre otros); sentimientos de angustia ante la sensación de perder el control, reaccionan con depresión y ansiedad; inadaptación hospitalaria; con temor a los procedimientos médicos como cirugías, aplicación de insulina, quimioterapia, radiaciones, etc.; con dificultades económicas, por la imposibilidad de laborar y los altos costos de los tratamientos; se ha observado que el padecimiento del paciente influye en los síntomas psicoafectivos que se presentan y viceversa.

Existen numerosas investigaciones realizadas en Medicina Conductual que demuestran la efectividad de las intervenciones cognitivo conductual en el ámbito hospitalario por citar algunos: el estudio realizado en pacientes hipertensos en el cual los resultados revelaron “cambios clínica y estadísticamente significativos en los pacientes en calidad de vida, adherencia terapéutica, bienestar y ansiedad” (Riveros, Ceballos, Laguna, Sánchez-Sosa, 2005); en intervenciones con pacientes diabéticos e hipertensos esenciales “los principales beneficios se observaron en las variables glucosa, actividad física, reducción de comportamientos de riesgo, calidad de vida, depresión y ansiedad; y mejoría significativa en estilos de afrontamiento comportamental activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas” (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa, 2005) ; “en el desarrollo de alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la imagen corporal en pacientes oncológicos, las técnicas cognitivo-conductuales han mostrado ser efectivas” (Fernández, 2004); en un estudio realizado en pacientes con desórdenes en la alimentación (anorexia y bulimia nerviosa), “a través de reestructuración cognoscitiva con el manejo de estrategias de solución de problemas, automonitoreo, cambio de pensamiento; el estudio sugiere que la psicoterapia es el mejor acercamiento disponible a estos desórdenes” (Lock & Fitzpatrick, 2009); en pacientes con cáncer de mama, las intervenciones están “dirigidas a contribuir con los sentimientos del paciente para darle seguridad y confianza” (Lilliehorn, Hamberg, Kero y Salander, 2010), en otro estudio realizado en el instituto de oncología y radiobiología, con el objetivo de identificar el sufrimiento de los pacientes a partir de la percepción subjetiva del

paso del tiempo, a través de esta medida se observó “que el tiempo de espera, situación desagradable presente y estado de ánimo desfavorable, pueden generar complicaciones en el marco del tratamiento; siendo necesario un abordaje integral del dolor en el enfermo”. (Llanta, Piré, Grau J., Vilaú, Massip, Grau R., Ortiz, 2008); entre otros estudios.

CAPÍTULO I INSERCIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN SALUD

I.1 Antecedentes sobre Medicina Conductual

Debido a las condiciones de vida de la sociedad como a las capacidades de las personas para tomar decisiones en favor de la salud propia y de los suyos; en la actualidad el perfil epidemiológico que hoy caracteriza a nuestro país está dominado por enfermedades crónico-degenerativas y lesiones. La Secretaria de Salud señala que, “debemos trabajar hacia fortalecer una nueva cultura en salud que enfatice el fortalecimiento de las acciones de prevención y promoción de alternativas viables para enfrentar padecimientos que requieren de tratamientos costosos y prolongados, desarrollar la importancia de la adopción de estilos de vida saludables y fomentar el autocuidado de la salud” (Programa Nacional de la Secretaria de Salud, 2007-2012).

La Organización Mundial de la Salud (2005) comenta la publicación realizada en *The global burden of disease*, en la cual se estima que en el 2004 se produjeron 59 millones de defunciones. Treinta y cinco millones de estas fueron el resultado de causas que encajaban en la categoría general de todas las enfermedades no transmisibles; las enfermedades transmisibles, maternas y perinatales causaron 18 millones de defunciones; y las causas externas y los traumatismos causaron 6 millones de defunciones (Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 2010).

Al incrementarse las enfermedades crónicas que se han posicionado en los primeros lugares de mortalidad y sumando a las aún no controlables enfermedades infecciosas; se detectan áreas de oportunidad para la Psicología y la involucra en el ámbito hospitalario.

“Es importante la inserción del psicólogo dentro del sector salud, promoviendo mejor formación profesional de éste en materia de políticas de salud, intervención primaria y educación para la salud” (Bazán, 2003); “los principales problemas que aquejan a la población mundial pueden prevenirse o mitigarse mediante cambios conductuales, centrando sus metas en mejorar la educación y la atención a la salud... destacando el papel de la Medicina Conductual en este sentido” (Rodríguez, 2010).

En la psicología “el término Medicina Conductual surge al manifestarse la importancia del comportamiento, al redefinir los desórdenes psiquiátricos, subrayando los desórdenes funcionales del Sistema Nervioso Central, modulados por el estrés psicosocial en el ambiente” (Schwartz & Weiss, 1977).

En una conferencia realizada en la Universidad de Yale, un grupo de científicos (de las áreas: psicología, antropología, educación, epidemiología, bioestadísticas, psiquiatría, cardiología y medicina interna) conductuales y biomédicos llegaron a conceptualizar, la Medicina Conductual. La definición fue concebida como el campo relacionado con el desarrollo de la ciencia conductual, conocimiento y técnicas

relevantes para el entendimiento de la salud física, la enfermedad y la aplicación de ese conocimiento y de esas técnicas para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La psicosis, neurosis y abuso de sustancias son incluidas solamente en algunos aspectos, si estas contribuyen en los desórdenes físicos como un aspecto determinante. La Medicina Conductual, es el campo relacionado con la investigación a partir de los conocimientos básicos donde el fenómeno conductual, influye en la epidemiología, etiología, patogénesis, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los desórdenes físicos” (Schwartz & Weiss, 1977).

La Academia de Investigación en Medicina Conductual en 1978 define la Medicina Conductual como el “campo interdisciplinario que se ocupa de la integración de la ciencia de la conducta con la biomédica, con el fin de aplicar los conocimientos y técnicas dirigidas a la promoción de la salud; prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades” (Schwartz & Weiss, 1978).

León, Medina, Barriga, Ballesteros, Herrera (2004) definen dos ejes centrales en el estudio de la medicina del comportamiento:

- 1) El énfasis puesto en la medicina del comportamiento no solo en como el sujeto responde a su medio, sino también como lo percibe.
- 2) La importancia concedida por este campo a los aspectos interactivos y sociales del binomio salud-enfermedad de manera que la forma y la magnitud de los

problemas en salud son considerados productos de la experiencia y las definiciones sociales.

Entre los factores que favorecen el desarrollo de la Medicina Conductual se encuentran: la investigación realizada en los padecimientos psicosomáticos donde se relacionó los factores psicológicos con un gran número de enfermedades; la intervención del análisis conductual en patologías físicas; estudios epidemiológicos que asociaban factores de riesgo con algunas enfermedades; así como el incremento en los costos de las enfermedades, lo cual produce interés por los factores psicológicos y sociológicos involucrados en la prevención (León, Medina, Barriga, Ballesteros, Herrera, 2004).

I.2. Medicina Conductual en la UNAM

Paralelamente con otros países, en México se desarrolla la Medicina Conductual, por diversos factores, entre ellos se destacan el biofeedback, el análisis conductual aplicado y los cambios que en el perfil epidemiológico se han suscitado... a principios de los 60, Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Antonio Gago, Florente López y Serafín Mercado marcaron el inicio del análisis de la conducta en México en la Universidad Veracruzana (Xalapa, Ver.); impulsando una psicología científica basada en el análisis experimental de la conducta” (Rodríguez, 2010).

En un estudio llevado a cabo en México se pudieron identificar las contribuciones científicas, tecnológicas y de intervención de equipos

interdisciplinarios, encontrándose que las líneas de investigación giran en torno al desarrollo de modelos de intervención, sobre epidemiología conductual, educación para la salud, salud y género, envejecimiento normal y patológico, trasplante de órganos y tejidos, adherencia terapéutica, conducta agresiva y comportamiento antisocial, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, adicciones, estrés, dolor crónico, ira, hostilidad, biofeedback, políticas públicas, derechos humanos y bioética (Rodríguez & Rojas, 1998).

La Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) a través de la Facultad de Psicología implementó un Programa de Posgrado, una Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Medicina Conductual, y desarrolló programas de residencia para el entrenamiento práctico de supervisión clínica de posgraduados. Este modelo de entrenamiento se presenta en instalaciones de segundo y tercer nivel de atención, ya que parte de la base de que las acciones en el primer nivel de atención serán atendidas por alumnos de pregrado, cubriendo de esta forma los tres niveles de atención que se manejan en el país (Programa de residencia en medicina conductual, 2010).

Bazán (2003) comentó que la tendencia académica en México generó el desarrollo de 4 líneas de investigación en Psicología:

1. Enfermedades crónico-degenerativas (dolor crónico, factores de riesgo conductuales y cáncer);

2. Manejo psicológico de alteraciones psicofisiológicas (dolor de cabeza, asma, por medio de retroalimentación biológica);
3. Aspectos psicosociales y adicciones;
4. Conducta antisocial.

La línea de investigación a seguir en la maestría con residencia en medicina conductual es estrés y afrontamiento en sujetos con enfermedades crónico-degenerativas; con una orientación cognitivo-conductual. La UNAM, estableció convenios con las Instituciones de Salud para integrar programas de intervención interdisciplinaria. Con ello se creó la demanda en varias sedes en el Distrito Federal y Estado de México para cubrir esta demanda en salud. Actualmente las Instituciones Sede de entrenamiento se localizan en: Hospital General de Atizapán, Hospital de la Mujer, Hospital Juárez de México, Instituto de Cancerología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición, Instituto Nacional de Pediatría (Programa de residencia en medicina conductual, 2010).

Asociado al incremento de las principales causas de muerte en el perfil epidemiológico en la población, las enfermedades crónico degenerativas al ir en aumento, presentan cada vez más altos costos para el sistema de salud, de acuerdo a la Secretaría de Salud, el Gasto en salud en México se ha incrementado de manera importante en los últimos años, de 5.6% del PIB en 2000 a 6.5% en 2005; posiblemente se incrementará a 7.0% en el 2010. El incremento de costos en salud comprende múltiples necesidades para la atención en las instituciones

“Las mediciones externas de la disponibilidad de medicamentos indican que ésta ha mejorado en el ámbito ambulatorio, pero no en los hospitales. Así mismo se requieren recursos humanos suficientes para responder a las demandas que impone el perfil epidemiológico” (Programa Nacional de la Secretaría de Salud, 2007-2012).

“El programa de posgrado de medicina conductual, contempla la necesidad de proporcionar una mejor calidad de atención al paciente y cubrir las expectativas requeridas para el mayor beneficio de la institución” (Programa de residencia en medicina conductual, 2010).

I.3. Objetivos del Programa de Residencia en Medicina Conductual

1.3.1. Objetivo general del programa:

Desarrollar en el alumno las capacidades requeridas para el ejercicio psicológico profesional especializado en Medicina Conductual, con un enfoque cognitivo-conductual y desde una perspectiva multidisciplinaria. Los egresados deberán contar con los conocimientos y competencias necesarios para prevenir y solucionar problemas prioritarios mediante la aplicación de las técnicas, métodos y procedimientos idóneos que sustentan el quehacer disciplinario, tanto a nivel individual como grupal (Programa de Residencia en Medicina Conductual, 2010).

1.3.2. Objetivos específicos del Programa de Residencia en Medicina Conductual, (2010):

- Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por problemas orgánicos.
- Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas.
- Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.
- Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol para disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.
- Entrenar a los familiares de los enfermos en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con el fin de mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto en el paciente como en los miembros de la misma.
- Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.

I.4 Perfil del egresado de la residencia

El programa de posgrado en Medicina Conductual emitido por la Facultad de Psicología de la UNAM (2010), dice que el “perfil profesional del psicólogo”:

- Deberá evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de la salud.
- Generará y adaptará instrumentos y técnicas de medición y escrutinio en el área.
- Deberá seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para su intervención profesional, fundamentando sus elecciones en el modelo cognitivo-conductual.
- Evaluará la eficacia de los programas de intervención en el área de la salud.
- Refinar su intervención con base en los resultados de la evaluación, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del cliente y de la sociedad.
- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.

CAPITULO II HOSPITALES SEDE DURANTE EL PERIODO DE RESIDENCIA

La forma de supervisión clínica durante la maestría en medicina conductual, para intervenir multidisciplinariamente en las instituciones de salud, se proporcionó a través del Tutor Académico, el Supervisor Insitu y el Supervisor Académico.

II.1 Curso Teórico - Propedéutico. Preparación para intervención en áreas hospitalarias.

Realizado durante el primer semestre (2000-1) en la Facultad de Psicología, como preparación para la intervención en áreas hospitalarias con pacientes crónico-degenerativos, así como preparación con bases para crear investigación. En donde se contó con la supervisión de los diferentes profesores encargados del programa que impartieron las diferentes clases.

II.2 Hospital Juárez de México

Una sede en la cual realicé residencia durante los periodos escolares 2000-2, 2001-1, 2002-1 y 2002-2 en la Coordinación de Salud Mental (CORSAME), fue en el Hospital Juárez de México, en el servicio de oncología; el cual es un hospital de segundo nivel que pertenece a la Secretaría de Salud y Asistencia. Durante el periodo de residencia en este hospital, el Dr. Francisco García Rodríguez, era el jefe de servicio y se contó con la supervisión insitu de la Mtra. Bertha Molina Zepeda.

II.2.1 Contexto del servicio y diagnóstico de la institución.

La tabla 1, muestra los recursos humanos con que contaba el Servicio de Oncología del hospital Juárez de México.

TABLA 1

Personal que labora en el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México	
No. de personas	Puesto
1	Jefe de Servicio
7	Médicos Adscritos
3	Residentes médicos (R1)
4	Residentes Médicos (R2)
3	Residentes Médicos (R3) (Uno de los cuales era el jefe de residentes)
5	Médicos rotantes
4	Residentes Psicólogos
27	Enfermeras divididas en el servicio
3	Camilleros
3	Secretarias
2	Trabajadoras sociales
2	Recepcionistas

II.2.2 Actividades realizadas durante la residencia

La tabla 2 nos muestra las actividades diarias realizadas durante la residencia en este periodo.

TABLA 2

Actividades diarias realizadas durante la residencia en el Hospital Juárez de México

Lunes	
8:00-9:00	Pase de visita en hospitalización
9:00 – 13:00	Atención Psicológica de primera vez a pacientes en la consulta externa en la Clínica de Tumores Ginecológicos desde el diagnóstico (Intervención en crisis)
13:00 – 14:00	Seguimiento de pacientes en hospitalización
16:00 – 18:00	Supervisión, planeación y realización de video psicoeducativo en Facultad de Psicología
Martes	
8:00 – 9:00	Pase de visita
9:00 – 10:00	Atención psicológica de pacientes en piso preparación prequirúrgica. (Las cirugías son los Miércoles)
10:00 – 11:00	Supervisión Psicológica con Supervisor Insitu
12:00 – 14:00	Preparación prequirúrgica de pacientes hospitalizados
17:00 – 20:00	Tutoría con el tutor académico en la Facultad
Miércoles	
8:00 – 8:30	Atención de pacientes hospitalizados. Preparación prequirúrgica
8:30 – 9:30	Pase de visita
9:30 - 10:30	Sesión conjunta con cirugía plástica
11:00 – 12:30	Sesión de casos clínicos de Psicología y Psiquiatría
12:30 – 14:00	Atención psicológica de proyecto de investigación
16:00 – 18:00	Supervisión, planeación y realización de video psicoeducativo en Facultad de Psicología
Jueves	
8:00 – 9:00	Atención de pacientes en hospitalización
9:00 – 10:00	Pase de visita
10:00 – 13:00	Atención de pacientes en la consulta externa realizando intervención a partir del momento del diagnóstico. Captar pacientes para proyecto de investigación.
13:00 – 14:00	Atención de pacientes en hospitalización
Viernes	
8:00 – 9:00	Pase de visita
9:00 – 12:00	Atención de pacientes de proyecto de investigación y pacientes y en tratamiento de Quimioterapia, Radioterapia o servicio de urgencias oncológicas.
12:00 – 14:00	Atención de pacientes en hospitalización
16:00 – 18:00	Supervisión, planeación y realización de video psicoeducativo en Facultad de Psicología

El Servicio de Oncología trabaja por medio de clínicas, con una división de pacientes de acuerdo a la tipificación y área de localización del tumor, se realiza de esta manera para proporcionar una atención más especializada y establecer un sitio de atención y seguimiento para cada diferente tumor. La unidad posee cuatro clínicas: Clínica de tumores mixtos, tumores ginecológicos, tumores de cabeza - cuello y tumores de mama.

El trabajo del residente en medicina conductual se dividió también de esta forma, para proporcionar atención en todas las clínicas, estableciendo una rotación de tres meses en cada servicio y así conocer las problemáticas de cada clínica, las cuales eran heterogéneas por las diferentes características del cáncer, la ubicación, el tamaño, los tratamientos, procedimientos médicos y el periodo de sobrevivencia que cada tipo de paciente tenía; así como el estado psicoafectivo que se desarrollaba a partir de la enfermedad y viceversa. La intervención psicológica se realizaba en pacientes que acudían a la consulta externa y a pacientes que requerían ser internados y se encontraban en hospitalización. De esta manera, el seguimiento psicológico del paciente ambulatorio se continuaba en hospitalización.

II.3 Hospital General de Atizapán

Otra sede en la cual realicé residencia durante el periodo semestral 2001-2 fue en el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón, Chrysler” en el servicio de medicina interna, cirugía (Amputación de miembros inferiores por pie

diabético y cirugía oncológica entre otras) y se realizaron ocasionalmente interconsultas en el servicio de urgencias; se contó con la Jefatura de la Dra. Martín Chapa, la supervisión insítu, a cargo de la Lic. en Psicología Areli Fernández Uribe y la coordinación de la Mtra. Aracely Álvarez Gasca.

II.3.1 Contexto del servicio y diagnóstico de la Institución.

La siguiente tabla muestra la cantidad de personal que laboraba en el servicio de Medicina Interna del Hospital General de Atizapán.

Tabla 3

Recursos Humanos en el Servicio de Medicina Interna en el Hospital General de Atizapán.

Puesto	No de empleados
Jefe de División	1
Jefes de Servicio	2
Médicos Adscritos: Horario Matutino	5
Médicos Adscritos: Horario Vespertino	2
Médicos Adscritos: Horario Nocturno	4
Médicos Adscritos: Sábado y Domingo	3
Enfermeros Adscritos: Horario Matutino	7
Enfermeros Adscritos: Horario Mixto	5
Enfermeros Adscritos: Horario Nocturno "A"	5
Enfermeros Adscritos: Horario Nocturno "B"	4
Enfermeros Adscritos: Especial Matutino	4
Enfermeros Adscritos: Especial Nocturna	1
Médicos Residentes (1 jefe de residentes)	11
Psicólogas Residentes	3
Internos	24

II.3.2 Actividades clínicas y académicas realizadas durante la residencia

Tabla 4

Actividades diarias realizadas durante la residencia en el Hospital General de Atizapán. (Horario comprendido de lunes a viernes)

Lunes a viernes 8:00–10:00hrs 7:30–8:10hrs	<ul style="list-style-type: none"> • Firmar la lista de asistencia en la división de enseñanza. • Visita a salas de medicina interna diariamente • El pase de visita.
Martes y jueves 7:30 – 14:00hrs	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de notas clínicas diariamente y • Consulta Externa de Psicología
Lunes a viernes 7:30 – 14:00hrs	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista psicológica de primera vez y elaboración de notas clínicas.
Lunes a viernes 7:30 – 14:00hrs	<ul style="list-style-type: none"> • Interconsultas: Efectuadas diariamente en los diferentes servicios del hospital y que requerían de atención a juicio del personal de salud (Generalmente estas interconsultas provenían de médicos residentes, enfermeras, trabajo social y ocasionalmente médicos adscritos), servicios como: Pediatría, Ginecología, Clínica del Adolescente, Psiquiatría, Terapia Intensiva.
Lunes a viernes 8:00 – 14:00hrs	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en hospitalización • Diariamente, en ubicación y horario designado por la rotación planeada y aceptado por la División de Enseñanza.
Martes 11:00–12:00hrs	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajo de intervención con grupos • Asistencia a reunión de Clínica del Adolescente. Se proporcionaba información sobre la Medicina Conductual y se ofrecían los servicios de psicología. Se canalizaban a la consulta externa y se proporcionaba atención a adolescentes con problemática para psicología clínica. (Atendiendo casos de abuso sexual, de intento de suicidio, problemas de conducta, abuso de sustancias adictivas, etc.)
Martes 17:00-19:30hrs	<ul style="list-style-type: none"> • Tutoría Académica: Evaluar casos clínicos en la facultad de psicología con el tutor académico para discutir diagnósticos, realizar revisión bibliográfica, evaluar notas psicológicas.
Jueves 9:00–11:30 hrs	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión Académica. • Evaluar casos clínicos, discutir diagnósticos, realizar revisión bibliográfica, evaluar notas psicológicas.
Lunes o Martes 8:30 a 11:00hrs	<ul style="list-style-type: none"> • Asistencia a la sesión general del hospital (1 vez por semana con temas de salud)

La intervención psicológica que se realizó, fue principalmente en pacientes hospitalizados, por complicaciones en padecimientos asociados a enfermedades como diabetes, hipertensión y pacientes con daño renal; la consulta en pacientes ambulatorios fue menos frecuente. La rotación se realizó en el servicio de medicina interna y cirugía (el cual consta de 2 áreas: hombres y mujeres); el área de urgencias se atendía cuando era solicitada una interconsulta; el tiempo de rotación en cada servicio fue de un mes.

II.4 Habilidades y competencias que el residente debe desarrollar durante la residencia

Las habilidades desarrolladas por el residente en medicina conductual en la atención del paciente crónico-degenerativo, se enfocaron a la intervención cognitiva conductual de pacientes en su gran mayoría oncológicos, diabéticos e hipertensos. Con complicaciones médicas asociadas a estos padecimientos y a los tratamientos o procedimientos derivados de la atención médica. Estos pacientes crónicos generalmente desarrollaban sintomatologías psicológicas asociadas al desarrollo de la enfermedad o viceversa; la sintomatología psicológica como: depresión, ansiedad, inadecuada toma de decisión, no adherencia, problemas de alimentación, conductas condicionadas no adecuadas (como el vómito y náusea anticipatorias); entre otras, lo que conflictuaba el tratamiento, procedimiento o control de la enfermedad. Las habilidades desarrolladas se enlistan a continuación:

- Habilidades para la evaluación conductual y el diagnóstico.
- Habilidades para la elaboración, aplicación y evaluación de distintos programas de intervención orientados a la prevención, tratamiento, o rehabilitación.
- Se realizaron intervenciones que favorecieron la adherencia a los tratamientos y procedimientos médicos.
- Se practicó el manejo de técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los pacientes cancerosos, diabéticos, hipertensos y con enfermedades renales.
- Evaluación de las estrategias de intervención desarrolladas.

II.5 Actividades que el residente debe desarrollar durante la residencia

Las siguientes actividades son acciones realizadas en el paciente crónico-degenerativo, en su gran mayoría en pacientes oncológicos, diabéticos, hipertensos y enfermos renales, utilizadas en las intervenciones psicológicas.

- Entrevista a pacientes crónico-degenerativo
- Evaluación conductual de los pacientes realizando entrevista y aplicando la técnica de diagnóstico llamada SOAP se aplicaron instrumentos de medición cognitivo-conductuales para ayudar a identificar la impresión

diagnóstica. (Nota: véase instrumentos de aplicación en el paciente crónico-degenerativo)

- Focalizar la problemática que ocasionaba dificultades en el paciente crónico atendido y planear las metas de la intervención con cada paciente
- Desarrollar programas de intervención en pacientes crónico-degenerativos, adaptando el programa a cada paciente.
- Práctica de técnicas cognitivo-conductuales específicas para el tratamiento de los pacientes, como: aserción encubierta, solución de problemas, desensibilización sistemática, la Inoculación del estrés, sensibilización encubierta, visualización, reforzamiento encubierto, modelamiento encubierto, intención paradójica, relajación con respiración diafragmática o imaginería, entre otras.
- Canalización de casos de pacientes que no podían ser atendidos, por estar fuera de nuestra competencia (por ejemplo: psiquiátricos, de otros estados, etc.)
- Seguimientos de pacientes
- Registro de información en los formatos establecidos (Notas de primera vez, notas de seguimiento en expediente clínico, instrumentos, etc.)
- Evaluación del éxito o impacto del tratamiento

II.6 Requerimientos para poder implementar programas en las sedes

De acuerdo a mi experiencia, sobre lo aprendido en las sedes de residencia; el programa en Medicina Conductual, anteriormente había contado con residentes capacitados en esta área y el recibir adiestramiento como residente de nuevo ingreso, por parte de ellos, fue fundamental en la práctica. La supervisión insítu, también formó parte importante, porque al revisar las dudas (teóricas y de procedimientos de los casos clínicos) desde el interior del ámbito en el que se originaban las problemáticas, fue beneficioso para poder encontrar con su ayuda, la mejor alternativa de intervención.

Fue necesario durante el transcurso de la residencia focalizar las problemáticas del servicio; conocer las patologías con las cuales trabajaríamos, identificar y utilizar los conceptos y tecnicismos médicos; lograr aceptación por parte del personal de salud en áreas poco exploradas y trabajadas por la Medicina Conductual, para llegar a obtener un lugar de importancia entre el personal de salud.

También fue importante durante la residencia, la capacitación impartida por el Jefe de Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México y supervisores insítu de ambos hospitales, lo anterior tuvo la finalidad de que el residente en medicina conductual comprendiera de una manera general la etiología, tratamientos y procedimientos médicos; siendo de gran utilidad en la intervención psicológica, para poder armar las sesiones psicoeducativas, identificar factores de riesgo y

conductas protectoras, para elaborar programas preventivos y de intervención psicológica; el trabajo terapéutico fue más factible al poder entender los conceptos utilizados en el lenguaje hospitalario, así mismo se dio pauta para que los compañeros residentes médicos y jefes de servicio, se dieran cuenta bajo qué circunstancias y con cuáles pacientes podríamos ser de ayuda como profesionales de la salud.

El reconocimiento del residente en medicina conductual por parte del personal de salud, se logró a través del trabajo multidisciplinario, se consiguió ir posicionando debido a los logros obtenidos a través de las intervenciones con corte cognitivo – conductual, aplicadas en el paciente ambulatorio y hospitalizado. Se obtuvo también a través de la modificación de las conductas en los estilos de vida; en la focalización de problemáticas que rodean a la enfermedad; en el manejo de la adherencia terapéutica en la toma de medicamentos y prescripciones médicas; en el trabajo con las redes de apoyo; en el análisis de las contingencias que mantenían conductas de riesgo y evitaban el adecuado control de la enfermedad; en el entrenamiento en habilidades sociales como la asertividad al mejorar la relación médico-paciente; entre otros.

Estos requisitos que seguí como parte de los lineamientos en los hospitales, a su vez se regían por normas oficiales como es el caso de:

La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2 (2003) que dicta en el caso del “cáncer de mama” una norma para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica; la cual plantea que la consejería debe explorar

sentimientos, tales como: angustia, temor, ambivalencia, depresión, ira y negación, con objeto de disminuir éstos para facilitar la toma de decisiones y poner en práctica la acción a seguir. La consejería debe hacer énfasis en la efectividad y limitaciones del tratamiento y en el pronóstico de la enfermedad, hacia su participación activa y comprometida, para lograr el éxito del tratamiento. Se debe constatar que el usuario recibió y comprendió la información. Debido a que se tratan cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería, para alentar la confianza.

En mi reporte personal observé que la falta de infraestructura en los hospitales, dificultó en ocasiones realizar una intervención psicológica de calidad, debido a que la atención se tenía que prestar ocasionalmente en el pasillo o en medio de ruidos blancos que entorpecían el trabajo terapéutico. Otro factor que observé y representó un problema frecuente, fue el no poder proporcionar la atención psicológica a la totalidad de la demanda hospitalaria, debido a la sobrepoblación que había en los hospitales en los cuales hice residencia. Siendo necesario más recursos humanos para atender las problemáticas psicológicas originadas por los padecimiento físicos y viceversa.

Fue necesario mi integración a las actividades diarias del servicio tales como:

- Los horarios de pase de visita,

- Prestar apoyo psicológico en los horarios de atención del paciente de consulta externa y hospitalizado;
- Asistir el día de revisión de casos clínicos multidisciplinarios, aportando puntos de vista desde el aspecto psicológico, respecto a los tratamientos y procedimientos médicos invasivos y de esta manera planear el seguimiento psicológico del paciente; (P.ej., ante casos de pacientes que su imagen corporal sufriría cambios físicos como: mastectomía radical, cirugías en áreas del rostro, amputación de algún miembro del cuerpo como brazos o piernas, pérdida de algún órgano como la vista, pérdida del habla, etc.).
- La información respecto a los procedimientos, tratamientos o plan a seguir en los pacientes se nos comunicaba a los residentes en medicina conductual de manera más amplia para posteriormente explicar más detalladamente al paciente la intervención médica a manera de sesión psicoeducativa; lo que desencadenaba una adherencia adecuada a los tratamientos médicos y una disminución en la ansiedad del paciente al conocer los pasos del procedimiento a seguir; así como la eliminación de ideas irracionales que surgían respecto a la enfermedad. (Al existir una gran demanda de atención, el médico oncólogo requería de más tiempo para atender el padecimiento físico, por lo que frecuentemente el detallar el origen de la enfermedad, el procedimiento y tratamiento médico; se dificultaba)

CAPITULO III CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PADECIMIENTOS ABORDADOS EN LA RESIDENCIA

En el Programa Nacional de Salud dado a conocer por el Sistema de Salud (2007–2012) se observa que la mortalidad sufrió cambios al reducirse de 16 defunciones por 1,000 habitantes en 1950 a 4.4 por 1,000 en el 2005; produciendo un importante incremento en la esperanza de vida y disminuyendo en mayor porcentaje la mortalidad infantil, materna, enfermedades transmisibles, diarreicas, infecciones respiratorias entre otras. Se registraron “cambios en las causas de muerte”, disminución en las enfermedades infecciosas e incremento de las enfermedades no trasmisibles, los accidentes y las lesiones por la otra.

Es necesario intervenir con “programas preventivos y de carácter multidisciplinario” en las instituciones de salud, para resolver problemáticas desde un conveniente manejo costo-beneficio en gastos institucionales, hasta una más adecuada atención. Una forma de abordar y controlar algunos de estos riesgos es a través de la promoción de la salud, fomentando comportamientos positivos como son: la alimentación, la higiene y la actividad física, cuyo deterioro o descuido es común a varias de las principales causas de daños a la salud en el país (Programa Nacional de Salud 2007-2012).

“Las enfermedades no trasmisibles, suelen asociarse con factores de riesgo, los diez principales factores incluyen, en orden de importancia: bajo peso, sexo sin protección, hipertensión arterial, consumo de tabaco, consumo de alcohol, sanidad

deficiente, déficit de hierro, humo por combustión, colesterol alto y obesidad” (World Health Organization, 2003).

Según la Secretaria de Salud, en su programa sectorial de salud 2007-2012 los “tumores malignos” son causa importante de muerte. En el 2005 ocurrieron más de 40 mil defunciones por esta causa. Los tumores más comunes son los de tráquea, bronquios y pulmón (16.8%), cuyo desarrollo se asocia fuertemente al consumo del tabaco. En las estadísticas de cáncer por sexo, en la mujer los tumores que más muertes le ocasionan son: cáncer de cuello de útero y cáncer de mama, seguidos por cáncer de hígado y estómago. En el hombre el tumor maligno que más muertes ocasiona son los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, seguido por los tumores de próstata.

Explica que la “diabetes” es una enfermedad de alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20%) Actualmente más de 5 millones de personas padecen esta enfermedad “Programa sectorial de salud 2007-2012”; “El promedio de días de estancia hospitalaria de los pacientes con diabetes es el doble que el promedio nacional, siendo la nefropatía y la enfermedad arterial

periférica las principales causas de internación por diabetes” (Mancillas, Gómez y Rull, 2002).

La “presión arterial elevada”, que suele ser asintomática, está asociada a un alto consumo de sal, sobrepeso, consumo excesivo de alcohol e inactividad física. Esta alteración puede llegar a producir, entre otras enfermedades, padecimientos Cerebro - vasculares, cardiopatía isquémica e insuficiencia renal. Se calcula que en México produce alrededor de 40 mil muertes anuales. La prevalencia de hipertensión en la población de 20 años y más en nuestro país es de 30.8%. Después de los 60 años de edad la prevalencia asciende a 50% en los hombres y casi 60% en las mujeres. Este padecimiento tiene una distribución geográfica muy clara: las mayores prevalencias se presentan en los estados del norte del país. Baja California Sur, Coahuila, Durango, Nayarit, Sinaloa, Sonora y Zacatecas presentan prevalencias de hipertensión arterial mayores de 35%. Dentro de las causas que favorecen el desarrollo de la hipertensión se cuentan la obesidad, el sedentarismo, el consumo de sal y el consumo excesivo de alcohol. A nivel nacional, la prevalencia de este padecimiento en la población de 20 años o más es de 30.8%. A partir de los 60 años de edad, más de 50% de los hombres y más de 60% de las mujeres presentan hipertensión arterial (Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fauci y Kasper, 2000).

El 73% de las muertes en el país se deben a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardiovasculares y el cáncer. (Ver tabla 5)

Tabla 5
Principales causas de muerte en México

MUJERES			HOMBRES		
Causa	Defunciones	%	Causa	Defunciones	%
Diabetes mellitus	36,280	16.3	Diabetes mellitus	30,879	11.3
Enfermedades isquémicas del corazón	23,570	10.6	Enfermedades isquémicas del corazón	29,843	10.9
Enfermedad cerebro-vascular	14,500	6.5	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	20,864	7.6
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	9,087	4.1	Enfermedad cerebro-vascular	12,896	4.7
Cardiopatía hipertensiva	7,552	3.4	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	11,183	4.1
Infecciones respiratorias agudas bajas	7,076	3.2	Agresiones (homicidios)	8,610	3.2
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	6,720	3	Accidentes de vehículo de motor (ocupantes)	8,450	3.1
Nefritis y nefrosis	5,269	2.4	Infecciones respiratorias agudas bajas	7,912	2.9
Desnutrición calórico-proteica	4,303	1.9	Nefritis y nefrosis	6,135	2.2
Tumor maligno del cuello del útero	4,273	1.9	Asfixia y trauma al nacimiento	5,560	2
Tumor maligno de la mama	4,234	1.9	Enfermedades hipertensivas	5,336	2
Asfixia y trauma al nacimiento	4,209	1.9	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	4,817	1.8
Tumor maligno del hígado	2,545	1.1	Tumor maligno de la próstata	4,800	1.8
Tumor maligno del estómago	2,524	1.1	Desnutrición calórico-proteica	4,139	1.5
Accidentes de vehículo de motor (ocupantes)	2,365	1.1	Peatón lesionado en accidente de vehículo de motor	3,998	1.5

Nota: Fuente DGIS. Secretaria de Salud, 2005.

Los siguientes datos estadísticos los analicé durante mi residencia, utilizando los datos del reporte médico de la jefa de servicio la Dra. Martín- Chapa, jefa del servicio de medicina interna en el Hospital General de Atizapán.

La causa más frecuente de internamiento del paciente diabético es ocasionada por complicaciones agudas.

Según las estadísticas del año 2001, los pacientes hospitalizados en el piso de Medicina Interna, en el intervalo del mes de Enero y Abril son las siguientes.

Tabla 6

Diagnóstico médico de los pacientes internos en el piso de Medicina Interna en el Hospital General de Atizapán

Diagnóstico	No. pacientes	Porcentaje
Diabetes Mellitus	66	18.2
Insuficiencia Renal Crónica	64	17.7
Alcoholismo	48	13.3
HTDA	27	7.5
HVC	25	6.9
Infección de vías urinarias	21	5.8
EPOC	20	5.5
Cardiopatía Isquémica	11	3.0
Insuficiencia Cardíaca	11	3.0
Crisis Convulsivas	11	3.0
Total	362	100%

(Datos obtenido del reporte médico de Martín-Chapa, 2001)

Del total de los pacientes de medicina interna hospitalizados (362), se les brindó atención psicológica aproximadamente a un 80% de la población, por parte de las residentes de medicina conductual.

De los 362 pacientes atendidos en medicina interna, 66 pacientes son diabéticos correspondiendo a un 18.2%.

Del total de pacientes diabéticos, un 66.66% corresponde al género femenino, mientras que un 33.33% corresponde al género masculino.

TABLA 7
Género de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, en el Hospital General de Atizapán

Sexo	No. de pacientes	Porcentaje
Femenino	44	66.66 %
Masculino	22	33.33 %
Total	66	100 %

(Datos obtenido del reporte médico de Martín-Chapa, 2001)

TABLA 8
Datos estadísticos que muestran la edad de la población total atendida en el Hospital General de Atizapán

Media	56 años
Moda	70 años

(Datos obtenido del reporte médico de Martín-Chapa, 2001)

Siendo en su gran mayoría pacientes de la tercera edad, los anteriores datos son importantes para basar en ello futuras intervenciones psicológicas, elaborándolas para la población específica de medicina interna en este hospital; por ejemplo en mi experiencia, fueron pacientes que en su mayoría no habían terminado la educación media, por lo que fue necesario crear material didáctico para las sesiones psicoeducativas, otro dato importante es que una gran mayoría

pertenece al género femenino, lo que implicaría que existió un mayor porcentaje de síntomas depresivos.

Las intervenciones psicológicas de acuerdo a los datos mostrados en los datos siguientes, debían tener como mínimo 5 días y como máximo 7 días de tratamiento. Tomando en cuenta días inhábiles o fin de semana

TABLA 9

Días de estancia hospitalaria del paciente de medicina interna del Hospital General de Atizapán.

Tipo de paciente	Días de estancia hospitalaria
Pacientes Diabéticos	7.0 días
Otro paciente hospitalizado en medicina interna	5.9 días

(Datos obtenido del reporte médico de Martín-Chapa, 2001)

CAPÍTULO IV ENFERMEDADES MÉDICAS ATENDIDAS DURANTE LA RESIDENCIA EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

IV.1 Cáncer

Según Isselbacher, Braunwald, Wilson, Martin, Fauci y Kasper (1994) habitualmente se utilizan de forma indistinta los términos de cáncer, neoplasias y tumor. La enfermedad que denominamos cáncer presenta cuatro características, que definen la forma en que las células cancerosas actúan de un modo distinto a las células normales.

- a) Clonalidad. El cáncer se origina de una única célula progenitora que prolifera y da lugar a un clon de células malignas
- b) Autonomía. El crecimiento no es regulado de forma adecuada por las influencias bioquímicas y físicas normales del ambiente.
- c) Anaplasia. Existe una ausencia de diferenciación celular normal y coordinada.
- d) Metástasis. Las células cancerosas tienen la capacidad de crecer y diseminarse a otras partes del cuerpo.

“Siete signos de alarma del cáncer”: Modificación en los hábitos intestinales y vesicales; ulcera cutánea que no cicatriza; Hemorragia o secreción sin causa evidente; presencia de nódulo en la mama o en alguna otra localización; indigestión o dificultad para la deglución, alteraciones obvias en una verruga o lunar, tos o ronquera persistente...Casi todos los cánceres forman “tumores”, pero

no todos los tumores son cancerosos o malignos; la mayor parte son benignos es decir, no ponen en peligro la salud. En ocasiones pueden producir alteraciones por obstrucción, compresión o desplazamiento de las estructuras vecinas, como sucede a veces en el cerebro. Algunos tumores benignos como los pólipos del colon son lesiones precancerosas. En los Estados Unidos la tercera parte de la población padecerá un cáncer. La probabilidad de escapar de la muerte por cáncer tras 5 años después del diagnóstico se ha incrementado al 50%, gracias al diagnóstico precoz y al tratamiento de esta enfermedad (Isselbacher et al. 1994).

Invasión y diseminación. El principal atributo de los tumores malignos es su capacidad de diseminación fuera del lugar de origen. La invasión de los tejidos vecinos puede producirse por extensión o infiltración, o a distancia, produciendo crecimientos secundarios conocidos como metástasis. La localización y vía de propagación de las metástasis varía en función de los cánceres primarios (Isselbacher et al. 1994).

IV.2 Factores de riesgo, como agentes carcinógenos

Etiología: La incidencia del cáncer varía con el sexo, la raza y la localización geográfica. Además los diferentes tipos de cáncer varían por la edad. Los rasgos hereditarios y las variaciones en el ambiente interno de la célula explican la diferencia en la incidencia del cáncer. Basándose en datos epidemiológicos se sabe que las variaciones en la dieta y las exposiciones a ciertos agentes químicos

y físicos en el ambiente externo contribuyen a la aparición de ciertos tumores. Los agentes ambientales que se han relacionado con el aumento en la incidencia de cáncer se pueden encuadrar en 3 categorías: radiación, productos químicos y virus...El tabaco es otro agente carcinógeno con una incidencia 10 veces mayor que aquellos pacientes que no fuman...Existen numerosas hipótesis de carcinogénesis acerca de las dietas, varios estudios realizados en este tema han permitido obtener pruebas de que los cánceres que aparecen en la mayor parte de los órganos están influidos por la dieta. Los investigadores estudian como estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un proceso genético. Las alteraciones genéticas pueden ser heredadas, o producidas en alguna célula por un virus o por una lesión provocada de manera externa. Probablemente una serie de mutaciones secuenciales conduce a la malignización de una única célula que se multiplica como un solo clon. En un principio se consideró que un clon maligno era completamente anormal, y que la única curación posible era la eliminación de todas las células anormales del organismo. En la actualidad, se sabe que el problema reside en la incapacidad de la célula de diferenciarse en su estado adulto y funcional, quizás por la ausencia de algún factor necesario para esa diferenciación (Isselbacher et al. 2000).

Según Isselbacher et al. (2000) los siguientes factores de riesgo son causa principal de los tipos de cáncer que afectan a la población: Factores hereditarios, virales, radiaciones, productos químicos, inmunes y ambientales.

A) Factores hereditarios. Se calcula que menos del 20% de los cánceres son de causa hereditaria. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. Una forma de retinoblastoma sólo aparece cuando está ausente un gen específico. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.

B) Factores virales. Los virus son la causa de muchos cánceres en animales. En el ser humano, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfoepiteliomas, el virus de la hepatitis con el hepatocarcinoma, y el virus herpes tipo II o virus del herpes genital con el carcinoma de cérvix. Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN. El virus HTLV, sin embargo, es del tipo ARN, o retrovirus, como la mayor parte de los virus asociados a tumores en animales. Produce una leucemia humana.

C) Radiaciones. Las radiaciones ionizantes son uno de los factores causales más reconocidos. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los cabos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador

de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un periodo de latencia de varios años. En este intervalo puede producirse una exposición a otros factores.

D) Productos químicos. El proceso por el que los productos químicos producen cáncer ha sido ampliamente estudiado. Algunos actúan como iniciadores. Sólo requieren una única exposición, pero el cáncer no aparece hasta pasado un largo periodo de latencia y tras la exposición a otro agente denominado promotor. Los iniciadores producen cambios irreversibles en el ADN. Los promotores no producen alteraciones en el ADN pero sí un incremento de su síntesis y una estimulación de la expresión de los genes. Su acción sólo tiene efecto cuando ha actuado previamente un iniciador, y cuando actúan de forma repetida. El humo del tabaco, por ejemplo, contiene muchos productos químicos iniciadores y promotores. La actuación del tabaco como promotor es tal, que si se elimina el hábito de fumar, el riesgo de cáncer de pulmón disminuye de forma rápida. El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de cánceres que son inducidos por otros agentes, como el cáncer de pulmón en los fumadores. Los carcinógenos químicos producen también roturas y translocaciones cromosómicas.

E) Factores inmunes. Se cree que el sistema inmunológico es capaz de reconocer algunas formas de células malignas y producir células capaces de destruirlas. Algunas enfermedades o procesos que conducen a una situación de déficit del sistema inmunológico son la causa del desarrollo de algunos cánceres.

F) Factores ambientales. Se calcula que éstos son la causa del 80% de los cánceres. La relación causa efecto más demostrada es el humo de tabaco, inhalado de forma activa o pasiva; es responsable de cerca del 30% de las muertes por cáncer. Los factores alimentarios pueden ser responsables de un 40%, pero la relación causal no está tan establecida, y no se conocen con exactitud los constituyentes de la dieta que son responsables. La obesidad es un factor de riesgo para algunos cánceres como el cáncer de mama, colon, útero y próstata. El alto contenido en grasa y el pobre contenido en fibra de la dieta se asocian con una alta incidencia de cáncer de colon. Al igual que ocurre con el alcohol, las grasas y la obesidad parecen actuar como promotores.

IV.3 Tratamientos más comúnmente utilizados en cáncer

Isselbacher et al. (2000) en su libro sobre principios de medicina interna explican que los tratamientos más comúnmente utilizados en el cáncer son:

A) **Radioterapia.** Modalidad local utilizada en el tratamiento del cáncer, su utilización depende de la radiosensibilidad inherente del tumor y los tejidos adyacentes. Idealmente la radioterapia destruirá el tejido canceroso causando una mínima alteración de las estructuras normales circundantes. Es un tratamiento que se sugiere para algunos tumores, siendo aplicado en el hospital diariamente, aproximadamente de 5 a 30 sesiones. El paciente en su gran mayoría es manejado como externo ya que acude diariamente a su terapia y regresa a su casa. En algunas ocasiones es necesario que el paciente se interne debido a características como: no poder caminar, porque presentan alguna alteración motriz severa en su motricidad, por compresión del tumor a hueso o músculo, causando dolor, (por metástasis óseas o daño en hueso), o se encuentran en condiciones muy deterioradas físicamente. Pueden presentarse complicaciones secundarias asociadas a la aplicación del tratamiento como: infertilidad, sangrados, debilidad, fatiga, náusea, entre otros (la complicación depende del área radiada).

B) **Quimioterapia.** Tratamiento utilizado en padecimientos como el cáncer, existen diferentes formas de aplicación de la quimioterapia: intravenosa, oral, intramuscular, rectal y subcutánea; tratamiento primario de que disponen las enfermedades malignas diseminadas. Tiene un importante papel en la paliación, a menudo con una mejor supervivencia de ciertos tumores. También es administrado como tratamiento adyuvante después de una resección quirúrgica definitiva a un paciente que no muestra signos

clínicos, radiológicos, ni patológicos de enfermedad maligna residual. En algunos casos se requiere de la hospitalización para ayudar a controlar y disminuir los efectos secundarios provocados por el tratamiento como: el vómito, debilidad, náusea, disminución de defensas, deshidratación, etc. En ciertos medicamentos con quimioterapia la toxicidad es más grande y causa mayores efectos secundarios como son por ejemplo la alopecia y daño al sistema inmunológico.

CAPITULO V ENFERMEDADES MÉDICAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GENERAL DE ATIZAPÁN

V.1 Hipertensión

Isselbacher et al. (2000) definen la hipertensión como tensión arterial alta y puede ser secundaria si la causa es debida a otro trastorno; lo más frecuente es que se trate de “hipertensión esencial o primaria”, si no se encuentra ninguna causa específica. Los individuos con tensión arterial alta tienen más riesgo de sufrir una apoplejía o ataque al corazón. El tratamiento de la hipertensión reduce este riesgo... La “hipertensión secundaria”, aparece como consecuencia de otras enfermedades (enfermedades renales, endocrinas -suprarrenal, acromegalia, hipercalcemia, anticonceptivos orales), la corrección de la causa puede curar la hipertensión.

Es el problema de salud pública más importante en los países desarrollados es una enfermedad frecuente, asintomática, fácil de detectar, casi siempre fácil de tratar, y con frecuencia tiene complicaciones mortales sino se trata. Como no existe una línea divisora entre la hipotensión e hipertensión se han introducido valores arbitrarios para definir al paciente los riesgos de crisis cardiovasculares y que claramente se pueden beneficiar del tratamiento médico. Estas definiciones no deben tomar en cuenta solo el valor de la presión diastólica sino también el de la presión sistólica, la edad, el sexo y la raza. Por ejemplo un paciente con presión arterial diastólica superior a 90mmHg tendrá una reducción en la morbilidad y mortalidad con el tratamiento adecuado. Los varones con una presión diastólica

normal <82mmHg pero con presión sistólica elevada >158mmHg tienen una tasa de mortalidad 2.5 veces superior a la de los individuos con presión diastólica similar pero con presión sistólica normal (<130mmHg).

V.2 Factores de riesgo que predisponen complicaciones de la hipertensión

La tabla 10 nos muestra factores de riesgo que complican el desarrollo de la enfermedad en el paciente hipertenso.

TABLA 10
Factores multicausales de riesgo que originan el desarrollo de la hipertensión

- La ingesta dietética de sodio, cafeína es predisponente.
- Dieta pobre en potasio
- El tratamiento concomitante de anticonceptivos orales u otro preparado de estrógenos.
- Estilo de vida estresante
- Ingesta y consumo de hábitos adictivos como el alcohol y tabaco
- Obesidad
- Inadecuada rutina de ejercicio o sedentarismo.
- Predisposición genética (está claro que la tendencia a la hipertensión puede ser heredada, pero se desconocen en gran medida los factores genéticos responsables de la misma)
- Tamaño de la familia y hacinamiento
- La edad, sexo y raza (siendo los varones de raza negra los que se afectan de forma más adversa por la hipertensión).
- Sufrir estrés psicológico

Nota: Son factores de riesgo para la aparición de la enfermedad y/o complicaciones de la misma. (Isselbacher et al. 2000).

V.3 Factores protectores para el control de la hipertensión

Existen medidas generales como: alivio del estrés (se recomienda alejar el estrés interno y externo), dieta, ejercicio regular aerobio, reducción de peso y control de otros factores de riesgo que contribuyan al desarrollo de la arterioesclerosis. El alivio del estrés emocional y ambiental es una de las razones en la mejoría de la hipertensión cuando se hospitaliza al paciente. Se recomienda evitar tensiones innecesarias (Isselbacher et al. 2000).

Para que el médico diagnostique que existe una alteración en la presión arterial diastólica o sistólica se basa en mediciones de la misma (tabla 11).

TABLA 11

Estándares para un diagnóstico de hipertensión o hipotensión

	Límites (mmHg)	Clasificación
Diastólica	Menor 85	Normal
	85-89	Normal Alta
	90-104	Hipertensión leve
	105-114	Hipertensión moderada
	115	Hipertensión grave
Sistólica	Menor a 140	Normal
	140-159	Hipertensión sistólica en el límite
	Mayor a 160	Hipertensión sistólica aislada

(Isselbacher et al. 2000)

V.4 Diabetes

La “Diabetes Mellitus” según Isselbacher et al. (2000) es la enfermedad endócrina más frecuente, la verdadera incidencia es difícil de determinar por los diferentes criterios diagnósticos que se aplican, pero oscila entre el 1 y 2% de la población con hiperglicemia después del ayuno, siendo este el criterio diagnóstico. Esta enfermedad se caracteriza por anomalías metabólicas y complicaciones a largo plazo que afectan a los ojos, riñones, sistema nervioso y vasos sanguíneos. Casi todos los médicos coinciden en que todos los signos y síntomas atribuibles a la diuresis osmótica, y además hiperglucemia, padecen diabetes o bien pacientes asintomáticos que presentan niveles elevados persistentes de glucosa en ayunas. Los tipos de tratamiento más comúnmente usados son: Antidiabéticos orales, insulina y dieta.

La tabla 12 nos muestra el estándar de los valores normales de concentración de glucosa en sangre para realizar un diagnóstico.

Tabla 12

Valores normales de concentración de glucosa en plasma venoso

Valores normales	Características
75 – 115mg/dL	Normal
140mg/dL	En ayunas y después del reposo nocturno
200 mg/dL.	Después de la ingestión de 75 g de glucosa

(Isselbacher et al. 2000)

Tabla 13

Clasificación de la Diabetes Mellitus

Clasificación de Diabetes	Características
Diabetes Tipo I	Diabetes Mellitus insulino dependiente, (con obesidad, sin obesidad, diabetes juvenil de comienzo en la madurez).
Diabetes Tipo II	Se desarrolla por anomalías de los receptores de insulina, deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa, síndrome genético y otros.
Diabetes Gestacional	Se puede desarrollar entre la semana 24 Y 28 de gestación, debido a que existe la producción de una hormona que actúa en contra del efecto de la insulina
Otros tipos específicos	Defectos genéticos en células β , defectos genéticos en acción de la insulina, enfermedades del páncreas exócrino, enfermedades endócrinas, inducida por drogas o agentes químicos, infecciones, formas raras de autoinmunidad.

(Mancillas et al. 2002)

La tabla 13 nos muestra la clasificación de la diabetes.

La diabetes Mellitus tipo 2, es la enfermedad metabólica más frecuente en el mundo, en la República Mexicana afecta aproximadamente al 7% de la población... Las alteraciones metabólicas secundarias a la hiperglucemia sostenida, añadidas a su estrecha asociación con obesidad central, hipertensión arterial e hiperlipidemia desencadenan un exceso de morbimortalidad, principalmente por alteraciones micro, macro-vasculares y neuropáticas (Mancillas et al. 2002).

V.5 Factores de riesgo que predisponen la aparición de enfermedades asociadas a la diabetes.

La tabla 14 muestra los factores de riesgo considerados predisponentes para desarrollar enfermedades secundarias a la diabetes:

TABLA 14

Factores de riesgo en el paciente diabético
<ul style="list-style-type: none">• Obesidad (Sobrepeso)• Comer alimentos ricos en grasa, sales y azúcares.• Tener antecedentes familiares de diabetes (ej. Abuela, padre, madre, hermanos diabéticos).• No hacer ejercicio• Llevar un estilo de vida estresante (Tristeza, nervios, muchísimos problemas, trabajar extenuantemente, etc.)• Fumar y tomar alcohol

(Isselbacher et al. 2000)

Los días que el paciente diabético permanece interno en hospitalización son altos, debido a que en la mayoría de los casos este paciente, se encuentra cursando con alguna enfermedad secundaria a la diabetes. Según un estudio realizado en el Hospital General de Atizapán, “La estancia hospitalaria de un paciente diabético es de 7.9 días, mientras que la estadía de otro tipo de paciente fuera del servicio de medicina interna es de 5.9 días” (Martín-Chapa, 2001).

V.6 Complicaciones asociadas a la diabetes

La presencia de glucosa elevada en sangre durante muchos años es responsable de complicaciones secundarias asociadas a la diabetes como: Lesiones en el riñón, alteraciones de la vista producidas por la ruptura de

pequeños vasos en el interior de los ojos, alteraciones circulatorias en las extremidades que pueden producir pérdida de sensibilidad y, en ocasiones, necrosis o gangrena que puede precisar amputación de la extremidad (P.ej., el pie diabético, requiere la exenteración quirúrgica de la extremidad desde un orqueto, pie o hasta la totalidad de la pierna); y alteraciones sensitivas por lesiones del sistema nervioso (Isselbacher et al. 2000; Ríos & Rull, 2000).

V.7 Pacientes con insuficiencia renal

La “Insuficiencia Renal Crónica (IRC)”, implica una pérdida progresiva e irreversible de la función renal. Esta insuficiencia progresiva puede caracterizarse por una elevación escalonada de la concentración sérica de creatinina a medida que se reduce la filtración glomerular. En general, el objetivo del moderno tratamiento es establecer un tratamiento sustitutivo del riñón, con diálisis o con trasplante, antes de que el paciente desarrolle signos avanzados de uremia. De esta forma se dice que el paciente ha alcanzado una enfermedad renal en estadio final (EREF) cuando la filtración glomerular (FG) está por debajo de 15 mL/min. (Isselbacher, et al. 2000).

V.8 Factores de riesgo en enfermedades renales

Tabla 15

Factores de riesgo en enfermedades renales

- Dietas de alto contenido lipídico
- Hipertensión
- Hiperlipidemia
- Insuficiencia cardiaca – asociada en muchos casos a hipertensión y diabetes
- Diabetes/Intolerancia a la Glucosa
- Ingesta de agua y sodio superior a la capacidad excretora del riñón/debiendo limitar la ingesta
- Ingesta excesiva de Potasio
- No realizar ejercicio
- Obesidad
- Fumar e ingerir bebidas alcohólicas o drogas
- No tener hábitos higiénicos
- Hacinamiento (decrecen los hábitos higiénicos, ya que el paciente requiere de un cuarto para el solo)
- No ingerir el medicamento indicado, así como no asistir a diálisis.
- Dificultad económica (procedimientos costosos y entradas frecuentes a hospitalización).

Tomado de Isselbacher et al. (2000)

La diálisis es un procedimiento médico, para sustituir el daño renal, debido a que la capacidad del riñón se encuentra disminuida para realizar esta función; el objetivo de este tratamiento es el filtrado de la sangre. En la hemodiálisis la sangre se bombea dentro de un dializador (Isselbacher et al. 2000).

V.9 Servicio de Cirugía

Las intervenciones psicológicas generalmente fueron aplicadas en pacientes que serían intervenidos quirúrgicamente por padecimientos como: Colecistitis crónica, apendicitis, amputaciones de miembros inferiores (por pie diabético) y pacientes oncológicos.

La colecistectomía es la resección quirúrgica de la vesícula biliar. En algunos casos se realiza mediante laparoscopia (sistema óptico e instrumentos introducidos en la cavidad peritoneal por orificios en la pared abdominal), sin necesidad de recurrir a la laparotomía (apertura quirúrgica de la pared abdominal). La colecistectomía puede estar indicada por colelitiasis (cálculos en la vesícula), colecistitis (infección de la vesícula) o cáncer. Generalmente se presentan cuadros dolorosos por obstrucción de la vía biliar por un cálculo (Isselbacher et al. 2000).

La apendicitis es la inflamación aguda del apéndice vermicular, tubo de 1-2 cm de diámetro y de 5 a 15 cm de longitud con final en forma de fondo de saco y que nace del ciego (primera porción del intestino grueso). La apendicitis es una enfermedad frecuente en los adultos jóvenes, pero puede aparecer a cualquier edad. Sus síntomas típicos son: dolor abdominal (especialmente en el cuadrante abdominal inferior derecho), fiebre, náuseas y vómitos, estreñimiento y diarrea. El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica del apéndice

Los factores de riesgo alimenticios como alta ingesta de grasa, disminución de alimentos ricos en fibra, obesidad, carencia de ejercicios y dieta no balanceada; favorecen el desarrollo de la inflamación de la apéndice o la formación de cálculos renales (Isselbacher et al. 2000).

CAPITULO VI ALTERACIONES PSICOAFECTIVAS FRECUENTES EN EL PACIENTE CRÓNICO-DEGENERATIVO AMBULATORIO Y HOSPITALIZADO.

En el siguiente apartado se encuentran los principales trastornos a los cuáles me enfrenté en el ámbito hospitalario en el cuidado exclusivo del paciente crónico-degenerativo.

VI.1 Entendiendo por síntomas depresivos: Ánimo depresivo sentirse triste o vacío, disminución del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, pérdida o aumento de peso sin hacer régimen o en el apetito, insomnio o hipersomnias, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados, disminución de la capacidad para concentrarse, pensar, o indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o tentativa de suicidio (DSM-IV-TR, 1994).

La depresión “a pesar de ser un trastorno médico grave, es curable, se trata a menudo de una enfermedad crónica recurrente que afecta la vida familiar, reduce la capacidad de adaptación social, es causa de pérdida de productividad en el trabajo y tiene gran influencia en los costos de salud” (Programa de Acción Salud Mental, 2002).

La frecuencia con que este padecimiento se detecta en la población se hace mas real al observar datos que nos presentan autoridades en salud y nos dicen que dentro de las 10 enfermedades que producen más discapacidad en el mundo se incluyen varios padecimientos neuro-psiquiátricos, siendo de los más importantes la depresión, presentándose en un 8.8% de la población mexicana con al menos habiendo tenido un cuadro de depresión alguna vez en su vida (Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, 2005).

De acuerdo al National Cancer Institute (2010), la “depresión” es una enfermedad discapacitante que afecta del 15 al 25% de los pacientes con cáncer, el paciente experimenta distintos niveles de tensión y angustia emocional ocasionados por problemáticas como: el temor a la muerte, la alteración de los planes de vida, los cambios en la imagen corporal, autoestima, los cambios en el rol social y en el estilo de vida, así como las preocupaciones económicas y legales.

VI.2 Crisis de angustia (Ataques de pánico) aparición temporal o aislada de miedo o malestar intensos, ansiedad ante situaciones específicas (como es el caso de procedimientos médicos invasivos), acompañado de síntomas como son: elevación de la frecuencia cardiaca, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácico, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad, mareo o desmayo, sensación de irrealidad o despersonalización (estar separado de uno mismo),

miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos o sofocaciones (DSM-IV-TR, 1994).

La forma más común de Ansiedad en los pacientes con cáncer, puede ser producida por el diagnóstico, dolor, asociado a procedimientos médicos, efectos de la medicina y relacionado a problemas psicosociales. Otros tipos de reacciones de ansiedad incluyen fobias, estrés postraumático y náusea anticipatoria (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis y Houts; 1999).

VI.3 Fobia específica: “Temor acusado o persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto situación específica (volar, animales, administración de inyecciones, visión de sangre” (DSM-IV-TR, 1994).

VI.4 Fobia social: Temor acusado o persistente por una o mas situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme a actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso (DSM-IV-TR, 1994).

VI.5 Ansiedad generalizada: Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación, inquietud o impaciencia,

fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, alteraciones del sueño, los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo, o deterioro social, laboral o de otra área importante (DSM-IV-TR, 1994).

VI.6 Estrés: Mckay, Davis y Fanning (1987) definen el síndrome de estrés como una combinación de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas. Estos interactúan de tal manera que hacen que una persona se sienta ansiosa, colérica o deprimida.

Según Sarafino (1994) señala que los altos niveles de “estrés” impiden que la gente memorice y atienda durante las actividades cognitivas. Las emociones tienden a acompañarse de estrés, el miedo es una expresión común ante situaciones amenazantes. Los psicólogos las dividen en dos: a) fobia, miedo intenso e irracional asociado a un evento específico; b) ansiedad, sentimientos de inquietud o aprehensión, de tener una sombría anticipación del destino. Por ejemplo en un consultorio al esperar el diagnóstico, en la baja estima de sí mismo o de la estima de los otros. El estrés puede llevar a depresión, tristeza, quizá llamamos a ese sentimiento como: estar afligido, deprimido, desdichado. Otra reacción común al estrés es el odio o cólera en donde la conducta social negativa se incrementa como agresividad.

Mckay et al. (1998) ilustran como los pacientes crónicos modifican sus actitudes y conductas; al no existir un equilibrio entre los estímulos ambientales, la activación fisiológica, los pensamientos negativos, al estar sometidos a tratamientos médico invasivos en donde la capacidad de afrontamiento y adaptación se ponía en tela de juicio ante el desorden cognitivo por el cual atravesaban los pacientes; esta incapacidad los llevaba muchas de las veces a incrementar la sintomatología física... Al someter al organismo a descargas de estrés crónico, llega a descompensarse y se producen cambios a nivel fisiológico, aumentando la producción hormonal que da paso a reacciones físicas propias del distrés psicológico.

Sarafino (1994) al razonar y entender el proceso cognitivo, emocional, fisiológico y ambiental como respuesta al estrés, se interesa por comprender de que manera en el organismo se van dando los cambios fisiológicos para llegar incluso a provocar enfermedades y en algunos casos incluso la muerte. Los sistemas biológico, psicológico y social se encuentran entrelazados al experimentar estrés.

Entre las reacciones fisiológicas al estrés se encuentran taquicardia, respiración agitada los cuales se incrementan inmediatamente, y en un poco tiempo los músculos esqueléticos tiemblan, especialmente los brazos y las piernas. El cuerpo está motivado a defenderse así mismo, como el cuerpo reacciona fisiológicamente ante las emergencias y como respuesta al percibir peligro (Sarafino, 1994).

Selye (1976) estudió esta serie de reacciones fisiológicas y las llamó síndrome general de adaptación (GAS), que ubicó en tres etapas:

- a) Alarma de reacción, esta primera etapa es similar a la lucha - huida, en donde un rápido incremento de excitación resulta de hormonas secretadas por el sistema endocrino: Se secretan altas cantidades de epinefrina, norepinefrina, cortisol entre otras al sistema sanguíneo.
- b) El cuerpo es movilizado para resistir al fuerte estresor y pasa a una segunda etapa; como resultado de la función inmunológica baja y
- c) Estado de fatiga, por la prolongada excitación fisiológica y severa repetición de estrés por un largo periodo de tiempo, que debilita el sistema inmunológico y descompensa la energía del cuerpo y la resistencia es limitada. La enfermedad se incrementa y puede ocurrir la muerte. No todos los tipos de estresores provocan la misma reacción física, algunos provocan una respuesta emocional fuerte.

Figura 1

Síndrome general de adaptación



Tomado de Sarafino, (1994)

Los factores psicológicos, influyen de acuerdo a Sarafino (1994) en la reacción fisiológica al estrés. El estrés puede afectar el proceso psicosocial, se puede poner en peligro el funcionamiento cognitivo y puede dar lugar a déficits cognitivos generalizado en los niños. Diferentes emociones pueden acompañarse de estrés. Estas emociones incluyen miedo, ansiedad, depresión y odio. Cuando el estrés se acompaña de odio y conductas agresivas, tiende a incrementarse y permanece en un nivel relativamente alto, incluso después de que la experiencia estresante ha terminado. Algunas veces surge estrés cuando la persona esta enferma o experimenta conflictos.

La enfermedad, invalidez y muerte en la familia; se consideran estresores. La enfermedad como fuente de estrés, depende de la seriedad y edad del sujeto (la habilidad del cuerpo de lucha por la enfermedad normalmente mejora en los niños y declina con la edad); cuando se tiene una severa enfermedad crónica la familia se tiene que adaptar al estresor largo tiempo. Este estrés es debido al tiempo necesario que incluye en su horario para cuidar al familiar enfermo. La familia pasa por fases de decisión muy difíciles (Sarafino, 1994).

Existen factores medioambientales que producen estrés, en esta área se incluyen: “temperaturas extremas, dolor, perder el trabajo, fracaso, ruido, competición atlética, hacer un examen, volar en aeroplano, situaciones animadas” (Sarafino, 1994).

De acuerdo a Valdés (1985) en la clínica hay constancia de los efectos negativos de las adversidades y amenazas constantes en la vida, se han desarrollado acontecimientos vitales estresantes, a través de calcular factores de riesgo, entre los que se encuentran por orden de jerarquía: muerte del conyugue, divorcio, separación, matrimonio, reconciliación conyugal, dificultades sexuales, enfermedad o accidente que requiere guardar cama, entre otros.

VI.6.1 Afrontamiento al estrés

Para Lazarus y Folkman (1991) existen diferentes formas en que las personas se conducen frente a situaciones estresantes. A los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo los definieron como afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1980) desarrollaron un instrumento para medir los estilos de afrontamiento al estrés y conformaron ocho estilos principales de modos de afrontamiento:

- Afrontamiento dirigido al problema. Son acciones conductuales que van dirigidas a confrontar activamente al problema y tienen efectos positivos en el bienestar de la persona.

- Pensamiento Mágico. Se refiere a las fantasías voluntarias y conscientes que realiza el sujeto para solucionar el problema sin tener una participación activa.
- Distanciamiento. El sujeto evade todo contacto con el problema y su solución, para de esta manera reducir la angustia que éste le provoca.
- Búsqueda de apoyo social. Describe esfuerzos para buscar una red de apoyo social que proporcione solidaridad, consejo, atención, información, auxilio y protección.
- Dirigirse a lo positivo. Describe esfuerzos para crear resultados positivos enfocándose al crecimiento personal, manifestando una sensación positiva de su propio valor, una vista positiva hacia los demás y en general una sensación de optimismo.
- Autocrítica. El sujeto reacciona con una conducta de autocastigo y crítica hacia sí mismo, lo que da como resultado un sentimiento de culpa.
- Reducción de la tensión. Es el grado en que los sujetos usan conductas para promover o poner en riesgo la salud e incrementar o decrementar su bienestar físico, o bien pueden optar por la creación de paraísos artificiales para mitigar la realidad poco placentera.
- Introyección. Describe los esfuerzos del sujeto para regular sus sentimientos y acciones. Guardan para sí mismos los afectos y sentimientos causados por el problema.

Las personas presentan diferentes modos de afrontamiento al estrés. En México un estudio realizado, detectó que “los hombres parecen recurrir más a las estrategias de flexibilidad de afrontamiento, distanciamiento y revaloración positiva. Mientras que más mujeres tienden a usar pensamiento mágico como medida de afrontamiento” (Maupome & Sotelo, 1999).

VI.7 Patrón de conducta Tipo A

Existe un patrón conductual tipo A (PCTA), que ha sido ampliamente estudiado, y muestra en el sujeto que lo presenta, una relación con el riesgo de padecer enfermedad coronaria.

El PCTA se caracteriza por: hostilidad, agresividad, urgencia de tiempo y competitividad manifestadas abiertamente ante situaciones de reto, y esfuerzo por ejecutar muchas tareas. Son sujetos hiperalertas, manifiestan rapidez al hablar, llegando a la explosividad en el habla, presentan tensión en músculos faciales; y se acompaña de hiperreacción fisiológica del organismo particularmente del sistema cardiovascular (incremento de la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y pulso), se produce vasoconstricción, la temperatura de la piel decremента. El PCTA se asocia con aumento en la secreción de adrenalina y noradrenalina; además de mostrar mayor reactividad autonómica simpática que sujetos que no presentan este tipo de conducta lo que puede ser una explicación para el riesgo incrementado de padecer enfermedad coronaria (Friedman, Thoresen, Gill, Ulmer, Powell, Price, Brown, Thompson, Rabin, Breall, Bourg, Levy, Dixon, 1986).

El uso de la “teoría de la indefensión” (los organismos emiten respuestas que, reforzadas pasan a formar parte de su repertorio, el organismo actúa en función de experiencias previas y puede ocurrir que alguna lo desorganice lo bastante para que su conducta se inhiba, renunciando a un control del que realmente son capaces) nos ha servido para poner en evidencia los múltiples efectos del fracaso adaptativo, ya que la ansiedad, así como algunos tipos de depresión, síntomas psicósomáticos y las alteraciones de los aprendizajes, expresan una alteración biológica susceptible de ser reproducida en el laboratorio (Valdés, 1985).

VI.8 Estrés postraumático: La persona se expuso a un acontecimiento traumático en el que experimentó, presenció o le explicaron acontecimientos sobre muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y responde con temor, desesperanza u horror intensos. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de: recuerdos recurrentes que provocan malestar, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones, sueños recurrentes, el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento está ocurriendo (flashback), malestar psicológico intenso y respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos que simbolizan el trauma (DSM-IV-TR, 1994).

VI.9 No adherencia terapéutica

Para referirnos a la no adherencia nos enfocaremos primero al término de adherencia, definida como “el grado en el cual el paciente sigue las

recomendaciones medicas, también llamado obediencia” (Turk & Meichenbaum, 1991; Sarafino, 1994).

“Uno de los problemas más importantes en los enfermos crónico-degenerativos es la adherencia o cumplimiento del tratamiento prescrito, aproximadamente la mitad de los pacientes no muestran la adherencia que sería deseable en su tratamiento” (Beneit, 1994).

Un estudio sobre el mantenimiento sobre el “cambio conductual en la dieta”, observó que, la reducción en la dieta de grasa, grasas saturadas y sodio, e incremento en la ingesta de fibra dietética, fruta y vegetales son importantes en la reducción del riesgo cardiopulmonar, pero conductualmente este cambio en la dieta es difícil. Menos de la mitad de los adultos en U.S. tienen este conocimiento y no ven necesario alinear su dieta con estas recomendaciones. Las intervenciones para manejo de la adherencia a la dieta, demuestran que el cambio cualitativo en la dieta, una vez aprendido, es más probable que se mantenga, que la ingesta de calorías reducidas son necesarias para mantener un peso inferior. Sin embargo, el nivel de dificultad para realizar estas modificaciones pueden disuadir a las personas que no están muy motivados. Un estudio con individuos altamente motivados nos muestra que es evidente alcanzar y mantener cambios exigentes en la dieta por varios años (Kumanyika, Van Horn, Bowen, Perri, Rolls, Czajkowski y Scharon, 2000).

Las recomendaciones médicas en los pacientes que se encuentran bajo un procedimiento de hemodiálisis, enlistan severas restricciones en la dieta como: no tomar sodio, mucha sal, potasio y fósforo contenidas en muchas frutas y vegetales, proteínas especialmente carne y otros productos diarios, limitaciones en la toma de líquidos, permanecer en actividad sedentaria como leer (al llevarse a cabo el proceso de purificación de la sangre); estas limitaciones originan que no se tenga adherencia terapéutica (Sarafino, 1994).

En la llamada no adherencia racional, el paciente tiene razones para creer que el medicamento no le está ayudando, tiene efectos en su calidad de vida, se confunden porque son muchos medicamentos, o bien no tienen dinero para seguirlos las “fallas en la adherencia”, ocurren por los diferentes tipos de medicamento administrados, al comenzar dietas específicas o cambios en los estilos de vida recomendados y las características que deben contemplarse en el paciente no adherente están la no cooperación, la personalidad, inhabilidades bajo la prescripción, características demográficas o dificultades en situaciones de vida (Sarafino, 1994).

Existen métodos objetivos para evaluar la adherencia del uso del medicamento entre ellos se encuentran: /1. Contabilizar las píldoras, para poder recordar que se tomó el medicamento y así de esta manera el evaluador tener conocimiento si efectivamente el paciente siguió las recomendaciones del médico; /2. Uso de un dispensador electromecánico, que se puede operar en el tiempo correcto y disponer de la droga para recordar la toma del medicamento y /3. Pruebas

bioquímicas en sangre u orina para evaluar que medicamento fue usado recientemente (Sarafino, 1994).

VI.10 Inadecuada calidad de vida

Para referirnos al concepto de inadecuada calidad de vida, se ha conceptualizado su antónimo calidad de vida.

Para Rodríguez-Marín (1994) “calidad de vida” se define como un concepto complejo, de difícil definición operacional. Se ha definido como un juicio subjetivo, el grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales (p.ej., hábitat físico y social de la persona, riqueza, amor, comodidad y salud)

Para Buela, Caballo y Sierra (1996) la calidad de vida objetiva pasa necesariamente por el “espacio vital” de las aspiraciones, de las expectativas, de las referencias vividas y conocidas, de las necesidades y, en último término, de los valores de los sujetos, y es a través de él como se convierte en bienestar subjetivo.

Este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con determinados indicadores “objetivos”, referidos a realidades presentes en el hábitat físico y social de la persona, y pueden centrarse en riqueza, amor -apoyo

social-, comodidad y salud, biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. Bienestar subjetivo es la experiencia de la persona, sentimiento de satisfacción, estado de ánimo positivo determinado así mismo por otros elementos de índole psicológico y/o conductual; por un lado y por otro, en términos de presencia o ausencia de indicadores estándar, más o menos objetivos, de lo que en general las personas consideran que determina una buena vida. El primer aspecto recoge lo que se denomina felicidad y el segundo se refiere a estado de bienestar.

Un paciente con una enfermedad degenerativa, larga y persistente, que requiere un cuidado sistemático y disciplinado, en la cual su control no puede preverse, para este enfermo mantener un estado saludable es vital. “En el enfermo crónico, existe una rotura importante en una variable que se considera esencial en la calidad de vida: el estado de salud” (Rodríguez, 1994).

Para hablar de calidad de vida en salud, tenemos que hacer referencia a lo que se considera estar sano; el concepto de salud, se define como: “habilidad para enfrentar situaciones difíciles, mantener sistemas fuertes de apoyo social, integración en la comunidad, alta moral, bienestar psicológico y buen funcionamiento físico; en cambio el estar enfermo, es un valor clínico, independientemente de su posible correspondencia con una patología; el estado de ánimo del paciente como depresión o autoestima baja, tienden a asociarse con una evaluación negativa de la salud” (Buela, Caballo, y Sierra, 1996).

Calidad de vida incluye: “la condición física de los pacientes, bienestar psicológico y la ejecución de actividades, el funcionamiento social o el apoyo social; el área material (el impacto de la enfermedad sobre el bienestar material de los pacientes puede ser importante, p. ej., algunas personas pueden perder su trabajo o contraer fuertes gastos para pagar el tratamiento, viajes o alimentos especiales)... El impacto material puede afectar a las personas cercanas a los enfermos y quizás incluso a los ingresos familiares” (Rodríguez, 1994).

Escala desarrollada en oncología, que ha mostrado ser útil para predecir la evolución del paciente oncológico, se utiliza como indicador de calidad de vida (Puiggròs, Lecha, Rodríguez, Pérez-Portabella y Planas, 2009).

Figura 2

Escala de Karnofsky DA et al. Cáncer 1948; 1(4):634

Capaz de desarrollar actividad normal y trabajar. No requiere cuidado especial	100	Normal, sin evidencia de enfermedad.
	90	Actividad normal, signos menores de enfermedad.
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad.
Incapaz de trabajar, capaz de vivir en casa y cuidar de sí mismo. Necesidad de ayuda variable	70	Cuida de sí mismo. Incapaz de actividad normal o trabajar.
	60	Requiere asistencia ocasional, pero cubre sus necesidades.
	50	Requiere considerable asistencia y cuidados médicos.
Incapaz de cuidarse a sí mismo Requiere cuidados equivalentes a los institucionales. La enfermedad progresa rápidamente	40	Incapacitado requiere cuidado especial.
	30	Severamente incapacitado
	20	Muy enfermo
	10	Moribundo
	0	Muerto

VI.11 Dolor: “La experiencia de dolor y sufrimiento es un fenómeno psicofisiológico. Todo dolor que se mantiene largo del tiempo, sin importar su naturaleza, los factores psicológicos tienden a ejercer una influencia significativa en cuanto al grado de sufrimiento y discapacidad vividos por el paciente” (Barber, 2003).

“Un 33.33% de los pacientes con cáncer en estadio intermedio de la enfermedad sufren de dolor moderado o intenso y un 66% de los pacientes experimenta dolor en la fase terminal de la enfermedad” (Beneit, 1994).

La evaluación psicológica del dolor debe identificar aquellos factores psicológicos que están asociados al dolor, al sufrimiento y a la discapacidad, p. ej., en el paciente el padecimiento se combina con depresión, y es importante determinar que tanto el dolor y sufrimiento causaron la depresión o a la inversa que aspecto de la depresión previa en el paciente puede servir para exacerbar su dolor, su sufrimiento y su discapacidad; o incluso una historia de alcoholismo o adicción puede llevar a un fracaso en el control del dolor (Barber, 2003).

La American Pain Society en 2004 recomendó que “además de administrar analgésicos se debe apoyar el uso de métodos como la distracción, la representación de imágenes y la relajación. Las estrategias de conducta pueden restaurar la sensación que tiene el usuario de autocontrol, autoeficacia y participación activa en su cuidado” (Velázquez, Vázquez y Alvarado 2009).

Para Isselbacher et al. (1994) el dolor se entiende como una señal de enfermedad, es el síntoma más común. Diferentes enfermedades producen patrones de lesión tisular, la cualidad, el tiempo y localización del dolor de un paciente, proporcionan pistas diagnósticas importantes. El dolor es descrito como un proceso penetrante o destructor de tejidos, (p. ej., en puñalada, quemante, retorcido, desgarrador, como una presión), de reacción emocional o corporal (p. ej., terrorífico, nauseabundo) o ambas. Cualquier dolor de intensidad moderada o leve se acompaña de ansiedad y de la necesidad de escapar o terminar con esa sensación. Estas propiedades ilustran la dualidad del dolor, es una sensación y una emoción. Cuando es agudo el dolor se asocia a excitación y a una respuesta de estrés, que consta de un aumento de la presión arterial, de la frecuencia cardiaca, del diámetro de las pupilas.

Se ha comprobado que existen algunos factores que modifican la percepción del dolor, algunos de estos son insomnio, fatiga, miedo y ansiedad y se ha encontrado que disminuyéndolos se puede modificar el umbral de dolor, haciéndolo más soportable. En cuanto al manejo del dolor, la psicología ofrece distintas alternativas cognitivo – conductuales que brindan la posibilidad de disminuirlo a su vez incrementando la calidad de vida de los pacientes, para la forma en que van a responder al dolor agudo. Algunas de estas son: relajación, técnicas de respiración diafragmática, imaginación guiada, etc. (Velázquez et al. 2009).

“Existe una correlación directa y significativa entre la autovaloración del dolor y los estados emocionales de temor y ansiedad. La relación entre dolor y ansiedad puede ser entendida con un marco multidimensional, incluyendo los aspectos somáticos, emocionales, cognitivos y conductuales” (Velázquez et al. 2009).

VI.12 Mi experiencia en intervenciones cognitivo-conductual en la residencia y estudios de investigación sobre las mismas.

VI.12.1 Efectos psicosociales en el paciente oncológico

El diagnóstico de cáncer traza una serie de cuestiones y temores en la mente del paciente y familiares, ocurre cuando el cáncer diagnosticado tiene pocas posibilidades de curación o cuando existe recidiva tumoral...Existen problemas difíciles de abordar, la sensación de impotencia o desamparo y la pérdida de control (control económico y personal de sí mismo y su futuro); la dificultad de aceptar la muerte. Una fuente importante de angustia mental es el miedo al dolor y a la mutilación (Isselbacher et al. 2000).

La separación de los seres queridos tanto supuesta como real, crea sensación de vacío, soledad y miedo al abandono. Las emociones que con mayor frecuencia se producen en el paciente oncológico son: la angustia, depresión, retraimiento y negación. Es importante desarrollar actitudes positivas que controlen el estilo de vida del paciente (Isselbacher et al. 2000).

Según Nezu A., Nezu Ch., Friedman., Faddis, y Houts (1999) el cáncer origina muchos estresores y puede comprometer significativamente la calidad de vida del paciente. Una experiencia con el cáncer requiere adaptación al cambio, los pacientes requieren decrementar o discontinuar conductas específicas tales como fumar o uso de alcohol, dietas, patrones alimenticios y regímenes de ejercicio que requieren ser alterados. Los médicos prescriben varios cambios conductuales para una mayor eficacia en los protocolos de tratamiento y reducir el riesgo de efectos negativos del tratamiento, como higiene personal y dental, adherencia a la prescripción médica... La depresión y ansiedad son los disturbios psicológicos más comunes, el estrés emocional es clínicamente significativo. La reacción de ansiedad es natural como producto del diagnóstico, dolor, bajo condiciones médicas, por efectos del medicamento y por problemas psicosociales relacionados. Otro tipo de reacciones de ansiedad incluye fobias, desórdenes por estrés postraumático y náusea anticipatoria.

En mi experiencia con el paciente oncológico observé deterioro en las áreas: individual, social, de pareja, familiar, laboral y escolar, dándose como inicio de detrimento el comienzo de los tratamientos, intensidad en el dolor o el malestar físico general.

Los trastornos psicológicos y conductas desadaptativas, que mayormente llegué a encontrar por las características de la población externa o interna en hospitalización fueron (Consultar tabla 16):

Tabla 16

Trastornos psicológicos y conductas desadaptativas en el paciente oncológico que fundamentalmente encontré en la residencia.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| • depresión | • crisis de angustia |
| • ansiedad | • no adherencia terapéutica |
| • inadaptación hospitalaria | • alteraciones psicológicas al cambio de imagen |
| • estrés | • temor |
| • dificultad en la toma de decisiones | • conductas de náusea y vómito anticipatorios (en pacientes sometidos a quimioterapia), |
| • Inadecuada red de apoyo | • déficit en el afrontamiento a la enfermedad |
| • Trastornos alimenticios | • dolor |
-

Nota: Las intervenciones psicológicas en residencia, en el Hospital Juárez de México, se realizaron en su gran mayoría en pacientes oncológicos.

“El paciente con cáncer presenta problemas interpersonales con su pareja, familia, hijos, amigos y ante situaciones de carrera profesional, pasatiempos, educación, religión, finanzas, sexo, salud física, tiempo libre y metas personales”. (Nezu et al. 1999).

Para Seligson & Reynoso (2000) el paciente oncológico presenta déficit en las habilidades de afrontamiento, debido a que utilizan muy poco las estrategias de afrontamiento, algunas veces utilizan estrategias menos sistemáticas y menos efectivas; generan muchos problemas y preocupaciones y se vuelven incapaces

de resolver la mayoría de los problemas generados a raíz de su enfermedad... En una intervención aplicada a pacientes oncológicos, estructurada a corto plazo, con 12 sesiones, basada en la solución de problemas y habilidades de afrontamiento; con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente, se observó una constancia positiva con tendencia al cambio conductual al afrontar problemas (se mantuvieron y/o mejoraron las conductas problemáticas que se presentaron a raíz del diagnóstico; se redujo sensiblemente los niveles de estrés de los sujetos).

El paciente oncológico presenta problemáticas relacionadas con: los costos de los cuidados médicos y medicamentos quizá exceden los recursos financieros, que pueden exacerbar dificultades maritales; problemas personales, asociados a la apariencia por la calvicie, perdida de peso o enfermedades, además de que presenta limitaciones ambulatorias como fatiga, debilidad muscular, neuropatías o amputaciones; la imagen corporal, por los cambios en la apariencia, ante la necesidad de prótesis o una ostomía; las personas quienes su sistema inmunitario está comprometido se restringen quizá en participar de actividades sociales, y la literatura menciona que percibir apoyo social sugiere efectos positivos (Nezu et al. 1999).

Un estudio realizado en pacientes oncológicos muestra “la sintomatología mas frecuente en el paciente con cáncer, siendo estos: dolor, estreñimiento, debilidad, insomnio, anorexia, boca seca, disnea, ansiedad, tos, náuseas y vómitos, depresión, confusión y problemas familiares” (Redondo, Chacón, Grau y Nicot, 1998).

En mi práctica observé, que identificar los síntomas más comunes en la población que se atiende, fue realmente significativo, siendo de gran importancia el conocimiento de la incidencia de estos síntomas y las formas más adecuadas para su control, ya que éstos llegaban a deteriorar progresivamente la calidad de vida, tanto de los enfermos con cáncer como de sus familiares, así mismo facilitó el saber que intervenciones y técnicas específicas debíamos implementar, para atender esa sintomatología.

La Sociedad Mexicana de Oncología (2009) recomienda revisar sistemáticamente la evolución de los síntomas en el paciente paliativo. (Ver tabla 17)

Tabla 17

Prevalencia sintomática Edmonton System Assessment Scale (ESAS)
Síntoma

Náusea	Depresión
Fatiga (astenia)	Problemas de sueño
Disnea	Problemas de boca
Ansiedad	Malestar General
Anorexia	

Mod. Elsayem A. Swint K, Fisch M. Palliative Care Inpatient Service in Comprehensive Cancer Center
J Clin Oncol 22 (10) 20082014, 2004

Al diagnosticar una enfermedad crónica, el paciente pasa por un período de crisis caracterizado por un desequilibrio físico, social y psicológico. La fase crítica produce en el paciente “reacciones adaptativas” para enfrentar: dolor, incapacitación; el ambiente hospitalario, los procedimientos terapéuticos y establecer relaciones adecuadas con los profesionistas de la salud... El paciente

adopta estrategias para hacer frente a la fase crítica, p.ej., puede negar o minimizar la gravedad de su trastorno, al menos durante los primeros momentos; puede buscar activamente información relevante para afrontar los problemas relativos a la enfermedad y su tratamiento; y puede buscar apoyo emocional por parte de su familia, amigos o profesionales de la salud (Beneit, 1994).

En mi experiencia, el trabajo psicológico en las clínicas del servicio de oncología al atender la consulta externa en la mayoría de las ocasiones fue de intervención breve y en crisis.

Una de las intervenciones más frecuentes en el paciente oncológico fue durante la fase de diagnóstico “centrándose en los sentimientos experimentados en ese momento, así como en cambiar la respuesta ansiosa inicial por una respuesta funcional” (Bravo, 2010); recibir un diagnóstico de cáncer, “representa un impacto emocional y una crisis, debido a que la persona enfrenta su muerte y se considera que la vida esta más limitada en tiempo; se presentan diversas necesidades

La mayoría de la gente recuerda el instante en que se enteraron de su diagnóstico como impactante, el paciente experimenta una combinación de odio, culpa, depresión, temor a la muerte. La forma más común de “ansiedad” en el paciente con cáncer es de carácter reactivo, esto puede ser producido por el diagnóstico, dolor, bajo condiciones médicas y relacionados con problemas psicosociales, otras reacciones de ansiedad incluyen fobias, desorden por estrés postraumático y náusea anticipatoria (Nezu et al. 1999).

En un estudio sobre el nivel de recuerdo que el paciente posee en relación a las recomendaciones realizadas por el personal de salud, se observó que “los pacientes con una ansiedad baja recordaron más que aquellos que tenían un nivel alto de ansiedad, el nivel educativo del paciente también se relacionaba con el recuerdo aunque de una manera baja y el conocimiento sanitario del paciente también guarda relación con el nivel de recuerdo” (Latorre & Beneit, 1994).

Durante mi residencia observé que el servicio de oncología, al carecer de recursos materiales y de infraestructura adecuada como: áreas de atención médica amplias, ventiladas y cómodas; los espacios eran reducidos y hacinados; el medio ambiente no era el adecuado, debido a la falta de privacidad e incapacidad para filtrar los ruidos.

Estas carencias dificultaron el poder proporcionar una atención con calidad al paciente; así mismo, la demanda de pacientes se incrementa y la necesidad de atender a más pacientes se sale de control. Asociado a estas privaciones, la información de malas noticias (Información del diagnóstico), por parte del oncólogo médico era dada en condiciones no muy favorables, pues carecía de un espacio adecuado y el tiempo de atención que brindaba al usuario, era muy breve por la gran demanda de pacientes.

En mi práctica la atención del paciente por el residente en medicina conductual, posterior a su diagnóstico de cáncer, fue importante debido a que completaba la labor multidisciplinaria, a través de la intervención psicológica, con sesiones psicoeducativas y manejo de ansiedad y estrés, logrando en el paciente una mejor

comprensión de su enfermedad y adherencia a los procedimientos, tratamientos y prescripciones médicas.

Según Latorre & Beneit (1994) la “adecuada comunicación entre el personal sanitario y el paciente”, se relaciona con la satisfacción y el cumplimiento de las recomendaciones por parte del paciente. Si un paciente no comprende las recomendaciones que se le dan, puede interpretar inadecuadamente las cosas que debe hacer; esto puede deberse a que el personal de salud presenta la información de manera dificultosa o bien el paciente tiene su propia teoría sobre la enfermedad y estructura la nueva información de acuerdo a sus ideas previas, así también puede ocasionar que el paciente no haga preguntas sobre su estado y traer como consecuencias: que el paciente este menos informado de lo que él desea, el personal de salud no recibe realimentación sobre las habilidades de comunicación y el personal sanitario piensa que el paciente no quiere información.

Ante la escasez de la infraestructura hospitalaria, en la que practiqué la medicina conductual se dificultó en ocasiones, brindar una atención psicológica con mayor calidad al paciente oncológico, debido a que no se contaba con un área específica para intervenir, teniendo que realizar la intervención muchas de las veces en los pasillos o algún consultorio que se encontrara desocupado. Por lo tanto las técnicas psicológicas empleadas tenían que adecuarse en todo momento, ante factores distractores permanentes, como espacio inadecuado, ruidos blancos, tiempos cortos, demanda elevada por la gran cantidad de pacientes y ante

factores individuales del paciente como: dolor físico, llanto, presión familiar, temores, ideas irracionales, dificultad de comprensión por el estrés ocasionado por la información médica o diagnóstico, entre otros.

En mi experiencia, proporcionar al paciente herramientas eficaces para el afrontamiento a la enfermedad como: relajación muscular progresiva, solución de problemas y detención del pensamiento, fue necesario para modificar conductas no adherentes que podrían, en determinadas circunstancias, impedir procedimientos médico invasivos como colocación de catéter, aplicación de quimioterapia, radioterapia; necesarios para el control de la enfermedad. Un adecuado soporte en la red de apoyo del paciente es importante para ayudar a modificar estas estrategias de afrontamiento, siendo necesario realizar intervenciones psicológicas con los familiares del paciente oncológico.

La familia es fuente de estrés alrededor del padecimiento del enfermo crónico, donde la conducta y personalidad de cada miembro, produce estrés familiar como: problemas financieros, metas contrarias, confrontamiento entre los integrantes; la enfermedad, invalidez y muerte en la familia. En la enfermedad crónica la familia se tiene que adaptar al estresor largo tiempo, parte de este estrés en la familia, es por el tiempo extra que se requiere de su horario personal, para cuidar al familiar enfermo; la familia pasa por fases de decisión muy difíciles y problemáticas que en muchas de las ocasiones resultan en el abandono físico o emocional del enfermo (Sarafino, 1994).

Clínicas de atención al cáncer en el hospital Juárez de México

En el Hospital Juárez de México, como ya había dicho anteriormente el servicio se dividía en cuatro clínicas: clínica de tumores mixtos, clínica de tumores de mama, clínica de tumores ginecológicos y clínica de tumores de cabeza y cuello. En estas clínicas la intervención psicológica era atendida en consulta externa (paciente ambulatorio) y en hospitalización (paciente hospitalizado en el piso de oncología y paciente en urgencias oncológicas).

VI.12.2 Clínica de tumores mixtos

Tumores mixtos es una clínica que proporciona atención a pacientes con patologías como: Cáncer (Ca) óseo, pulmón, gástrico, páncreas, colón, riñón, testículo, próstata, recto, entre otros. En esta clínica en particular debido a la gran variabilidad en los tumores, los procedimientos y tratamientos médicos, fue también necesario la diversidad y adaptabilidad en los tratamientos psicológicos, teniendo que adecuarse tanto a las necesidades individuales del paciente como a los tipos de tratamiento que consistían generalmente en: cirugías, quimioterapia y/o radioterapia.

En mi práctica la sintomatología psicológica que más frecuentemente se presentó, se desarrollaba al afrontar procedimientos quirúrgicos, algunos de los cuales eran cirugías mayores e implicaban en algunos casos, eliminar parte del sistema digestivo, por existir invasión del cáncer a varios órganos siendo necesario realizar una ileostomía (procedimiento quirúrgico en el cual se desconecta el intestino

grueso, el colon y algunas veces una parte de la última sección del intestino delgado, el íleon), por lo que se tenía que dejar una ostomía, (orificio de salida artificial en la pared abdominal para evacuación fecal y/o urinaria), lo que producía estrés en el paciente, debido a que su principal emoción era vergüenza y se rehusaba a cargar con las bolsas contenedoras a un costado, (siendo necesario que el paciente aprendiera a controlar sus esfínteres para adaptarse a su nueva situación). Previo a la cirugía, el paciente frecuentemente mostraba síntomas de ansiedad y fue necesario proporcionar una intervención que incluía relajación muscular progresiva y sesión psicoeducativa (con el objetivo de disminuir la sintomatología de ansiedad); detención del pensamiento (para modificar pensamientos automáticos y eliminación de ideas irracionales, respecto al procedimiento quirúrgico); se le daban a conocer estrategias de afrontamiento ante los factores estresantes que le producían síntomas de ansiedad. Este entrenamiento fue útil en pacientes que sumado al padecimiento de cáncer presentaban también hipertensión, el paciente al encontrarse con ansiedad, elevaban su presión arterial y las cirugías eran suspendidas, de igual manera para los diabéticos, pues el nivel de glucosa se elevaba, por lo que fue necesario someter al paciente a técnicas de biofeedback, (a través de la técnica de relajación muscular y biofeedback con mediciones de la temperatura galvánica de la piel).

Otra problemática psicológica en estos pacientes eran los pensamientos automáticos secundarios a sus creencias de pérdida de la estética corporal, debido al cambio drástico en su imagen, en gran medida por la pérdida de peso,

cambios físicos (ostomías, amputaciones de extremidades, etc.) de ideas irracionales sobre el padecimiento como: "La enfermedad es contagiosa", o bien emitiendo pensamientos con sentimientos de culpa: "Yo provoqué mi enfermedad"; al eliminar este tipo de pensamientos automáticos y cambiándolos por alternativos, la ansiedad del paciente disminuía.

En los pacientes con Cáncer de Testículo que eran sometidos a tratamiento quirúrgico, cirugía en la cual el paciente quedaba imposibilitado para engendrar hijos, era necesario manejar la adherencia a la prescripción médica y manejar la toma de decisión ante la posibilidad de que su espermatozoos fuera guardado para que en un futuro pudiera ser utilizado al surgir la necesidad de engendrar un hijo.

VI.12.3 Clínica de tumores de cabeza y cuello

Esta clínica abarca el tratamiento de tumores localizados físicamente en la cabeza y el cuello, como son: tumores de laringe, tiroides, de ojos, de lengua, óseos y de piel en esta área, entre otros.

"Las malignidades en la cabeza y cuello representan un 17.6% de la totalidad de las neoplasias malignas" (Tirado-Gómez & Granados, 2007).

En mi experiencia esta clínica requirió de una intervención con el paciente previa a la cirugía debido a que tumores como en el caso del cáncer de laringe por la invasión del tumor, el procedimiento quirúrgico era amplio y en algunos pacientes ocasionaba la pérdida de la voz, requiriendo la adaptación del paciente a los

nuevos cambios; otra cirugías por la localización del cáncer en el rostro, un área muy visible y expuesta, llegaban a modificar completamente la imagen del paciente, siendo necesario atender la sintomatología depresiva que esto ocasionaba. En algunos de estos pacientes se presentaba la ideación suicida, siendo importante la reestructuración cognoscitiva.

En el caso del cáncer de tiroides, la ansiedad y los síntomas secundarios ocasionados por la toma de medicamentos administrados como hormonales sustitutivos, fue necesario implementar la relajación, y detectar pensamientos que le producían ansiedad para disminuir los síntomas que le producían malestar y conseguir una mayor adaptación al tratamiento médico.

Estos pacientes, debido al gran deterioro en la imagen corporal, por la visibilidad del tumor; presentan un detrimento importante, en la percepción de su cuerpo físicamente.

Algunos pacientes en esta clínica, presentaban de acuerdo a mi experiencia estrategias de afrontamiento evitativas, lo que les llevó en algunos casos a la conducta de consumo excesivo de alcohol y tabaco, factores que se asocian a los tumores de cáncer de cabeza y cuello, debido a ello fue importante el modificar sus estrategias de afrontamiento respecto a su enfermedad.

“El incremento en la frecuencia del tabaquismo, incrementa la incidencia de los carcinomas escamosos, entre el 85 y 90% de los casos de cáncer en vías aerodigestivas superiores son explicados por la exposición al tabaco” (Tirado-

Gómez & Granados, 2007); “el consumo de alcohol es otro de los factores más importantes asociado al cáncer en seres humanos, después del tabaquismo, las infecciones crónicas y posiblemente la obesidad...existe asociación entre la cantidad de alcohol consumida y el cáncer de lengua” (Tirado-Gómez & Granados, 2007); “el consumo de sustancias, caracterizado como el intento de evadirse de la situación crítica mediante alcohol o drogas; es considerado un tipo de afrontamiento pasivo/evitativo” (Carver, Scheier & Weintraub, 1989).

En mi práctica, cuando el tratamiento quirúrgico, era invasivo y modificaba físicamente el rostro del paciente (deformándolo), la mayor preocupación en él era su aspecto físico posterior a la cirugía. El médico oncólogo en este servicio del Hospital Juárez de México, posee una filosofía propia respecto a la enfermedad y al tratamiento del paciente, para el oncólogo está primero conservar la vida, posteriormente el órgano y hasta el final la estética. Este pensamiento, no coincide con el pensamiento del paciente para quien el orden de prioridades en un primer momento es diferente, dando mayor importancia a la estética.

En mi experiencia, las técnicas empleadas fueron la desensibilización sistemática, la reestructuración cognoscitiva ante los pensamientos de deterioro en la imagen corporal, y asertividad ante el aislamiento social; entrenamiento en solución de problemas para la toma de decisión de conservar su vida como un factor importante, la decisión basada en pensamientos alternativos para la solución y el entrenamiento en habilidades sociales para evitar que alguien más tome la

decisión por el paciente y sea él quien decida si deja que la enfermedad siga su proceso natural o permite la cirugía, la cual muchas de las veces solo es paliativa y no una cura total.

Los largos periodos de hospitalización por la naturaleza de la cirugía llevan al paciente a tener que lograr una adaptación al área hospitalaria, siendo uno de los principales problemas el insomnio por el cambio del ciclo sueño-vigilia (le interrumpen el sueño para curación o aplicación de medicamentos, o bien suelen dormir largos periodos durante el día) requiriendo de la aserción encubierta mediante la interrupción del pensamiento o la sustitución del mismo.

(p.ej., ante pensamientos automáticos de “me da miedo dormir”, fue necesario identificar el pensamiento que originaba el temor como “me da miedo dormir porque puedo morir mientras lo hago”, fue necesario medir el nivel de su miedo con una unidad subjetiva para valorar si la intervención era efectiva, y seguir identificando la causa-raíz del temor como p.ej., “me preocupa no despedirme de mi hijo”).

La intención paradójica es otra técnica que se empleo para que el paciente lograra conciliar el sueño, p.ej., se identificó el síntoma “insomnio”; se realizaba un contrato con el paciente diciéndole que se tiene un método rápido y uno lento para eliminar el insomnio, pero que no se le explicaran todos los pasos del plan a seguir, que si esta de acuerdo en seguir las instrucciones que se le prescribirían y solo hasta entonces se le dirá el plan. Se le informaba que la primera instrucción sería permanecer despierto toda la noche (aumentando la duración), mientras que debía observar a los enfermeros aplicar los diferentes tratamientos a sus

compañeros de cuarto y meditar sobre la importancia de la vida; los pacientes generalmente se quedaban dormidos, sin cumplir la instrucción. Al romper con el hábito de preocuparse por no poder dormir y enfocar su atención a una actividad aburrida, el paciente generalmente lograba dormir.

En mi experiencia con el paciente de cáncer en cabeza y cuello, el dolor es uno de los síntomas más frecuentes. Al atender a los pacientes hospitalizados la mayoría manifestaban molestias de dolor, las cuales eran medidas a través de la escala de dolor, Escala Visual Análoga (ver instrumentos de medición) como ya se mencionó el proceso de dolor posee dos componentes uno fisiológico y otro psicológico, y respecto a la conducta de dolor psicológica, era mantenida por ganancias secundarias las cuáles hubo necesidad de indagar para poder reconocer los componentes que funcionaban como reforzador de la conducta de dolor y de esta manera se logró disminuir el nivel de dolor en conjunto con el tratamiento médico.

Una investigación realizada en pacientes oncológicos asocio la sintomatología de ansiedad con el dolor, encontrando “una correlación directa y significativa entre la autovaloración del dolor y los estados emocionales de temor y ansiedad... las técnicas usadas para tratar el dolor incluyen imaginación, relajación, técnicas de distracción, hipnosis, adquisición de habilidades de afrontamiento y apoyo psicológico” (Velázquez, Vázquez y Alvarado, 2009).

VI.12.4 Clínica de tumores de mama

“El cáncer de mama es una de las neoplasias más frecuentes en mujeres, es la causa número uno de muertes en mujeres hispánicas y es la segunda causa de muerte en mujeres caucásicas de raza negra y asiáticas” (Sociedad Mexicana de Oncología, 2009).

Los procedimientos quirúrgicos utilizados en esta clínica, son invasivos como es el caso de la mastectomía, una cirugía en la que es necesario realizar resección de la mama.

En mi experiencia con la paciente de cáncer de mama, la sintomatología psicológica que causaba con más frecuencia problemas a estas pacientes fue:

- Alteración de la imagen corporal sufrida por la modificación de su cuerpo debido a la mastectomía;
- Efectos secundarios al procedimiento de mastectomía (consistieron entre otros: el decremento en la actividad sexual de la paciente, asociado a la pérdida del deseo sexual por depresión y/o sentimientos de minusvalía ante la no aceptación de su imagen corporal)
- Náusea y vómito anticipatorio (condicionamiento, asociado a la aplicación de la quimioterapia)
- Inadaptación hospitalaria (debido a los largos periodos de internamiento, debido a la aplicación de tratamientos y procedimientos médicos)
- Temor a la aplicación de radioterapia y quimioterapia, así como a la instalación del catéter y biopsias (en algunas ocasiones la paciente

permanece despierta solo con anestesia local, lo que ocasiona un nivel de ansiedad muy alto).

- Ansiedad y depresión, derivada de las ideas irracionales respecto a: ¿porqué de enfermaron?, ¿cómo enfermaron?, ¿qué solución tomar respecto a la dificultad económica? (asociada a los altos costos de los medicamentos y pérdida de empleo entre otros); ¿quién cuidará de sus hijos?
- Dificultad en la toma de decisión

“La depresión es 1.5 más frecuente en mujeres que en los hombres”, “La Encuesta Nacional de Enfermedades Psiquiátricas indica que el 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de los casos son severos” (ENEP, 2005).

El recibir “un diagnóstico de cáncer, provoca una crisis, experimentando sensaciones de incredulidad, ansiedad, miedo, desorganización, baja autoestima, culpa entre otras” (Bravo, 2010).

El proceso psicológico que acompaña a estas pacientes es variable dependiendo de la edad, estado civil, tipo de afrontamiento ante la enfermedad, redes de apoyo, situación de pareja y factores medioambientales. La variable edad, es un factor para suponer, que en estas pacientes la sintomatología psicológica tendría

mayor dificultad de aceptación ante su enfermedad por las exigencias en el cumplimiento de un rol inmerso en el cuidado de sus hijos, su trabajo, etc.

Una situación que ejemplifica la importancia en la edad de la paciente oncológica se observa en la diferencia entre una mujer de 80 años con cáncer y una mujer con la misma enfermedad de 30 años con niños pequeños; “la mujer mayor ha cubierto sus expectativa de vida después de años de trabajo, cuidar a sus hijos, ser abuela; sin embargo el cáncer en la mujer joven no es sincrónico con sus roles y funciones, esta fuera del curso del proceso de vida, y le genera frustración, estrés y odio” (Sarafino, 1994).

Dentro de los efectos secundarios al proceso de la mastectomía, un síntoma desde mi experiencia que estaba presente en la mayoría de las pacientes fue la alteración en la imagen corporal que la cirugía ocasionaba debido a la pérdida de la mama. Un estudio realizado en pacientes oncológicos, acerca de las alteraciones psicológicas asociados a los cambios en la apariencia física, se observó que “los cambios repercuten en su estado emocional, en su calidad de vida y en su funcionamiento personal, social y laboral, las intervenciones cognitivo-conductuales son aconsejadas debido a que han mostrado ser efectivas ante estos cambios” (Fernández, 2004). Otro estudio realizado, en pacientes africanas con cáncer de mama, reveló datos obtenidos en mujeres mastectomizadas, el “67.9% de las mujeres no sentían ser mujer debido a la mastectomía y el 79% disminuyó la frecuencia en las relaciones conyugales. Tres años después del tratamiento primario, el 61.7% de las participantes seguía casada y el 38.3% se

separaron o divorciaron” (Odigie, Tanaka, Yusufu, Gomna, Odigie, Dawotola y Margaritoni, 2010).

Estos datos indican que la mujer africana casada, enfrenta cambios significativos en lo físico, emocional y social después del tratamiento de cáncer de mama; p.ej., incapacidad para amamantar a sus hijos, alteración en la imagen corporal, disminución en su afecto al marido, relación sexual dolorosa, pérdida del deseo o de una incapacidad para amamantar a sus hijos (Odigie et al. 2010).

La decisión de efectuar una cirugía como la mastectomía la debe tomar la paciente, este problema debía ser evaluado y tomar la decisión en un período de tiempo muy corto, casi siempre la decisión se tomaba el mismo día de la revisión de los estudios y confirmación del diagnóstico; con la finalidad de no retrasar más el tratamiento, agendar su turno en quirófano. Lo apremiante de la solución deseada se debía las características del cáncer, que en algunos tumores el crecimiento es rápido, y puede destruir más estructuras; ante el peligro de metástasis; o bien debido a que estos tumores en estadios tempranos tienen un buen pronóstico de sobrevida.

En esta Clínica debido a los tipos de tratamiento como: quimioterapia, radioterapia, cirugías, o toma de biopsia; era necesario empezar la intervención psicológica al momento del diagnóstico y de la comunicación del tratamiento y procedimiento médico para lograr una adecuada adherencia, aceptación de la enfermedad y toma de decisión.

Las técnicas que se utilizaron durante la hospitalización ante el procedimiento quirúrgico de mastectomía; fueron:

- Sesión psicoeducativa (Se creó un video como material pedagógico para utilizarlo en pacientes que serían mastectomizadas, llamado “Sesión psicoeducativa prequirúrgica para pacientes con cáncer de Mama).
- Técnica de relajación con respiración diafragmática
- Reestructuración cognoscitiva para eliminación de ideas irracionales (respecto a la anestesia, al dolor por la herida quirúrgica, a la profesionalización del personal de salud, entre otros)
- Toma de decisión (en pacientes que no lograban tomar una decisión respecto a la cirugía priorizando el costo-beneficio del procedimiento médico, posterior a esto se reforzaba la toma de su decisión).

En una intervención cognitivo conductual acerca de la calidad de vida en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama, (paciente que experimenta sufrimiento, por su condición médica, efectos colaterales de procedimiento médicos y su condición económica); se emplearon procedimientos para establecer habilidades de adhesión terapéutica, identificar y modificar cogniciones disfuncionales y mejorar su autorregulación emocional; se observó mejoría en todas las áreas, los cambios más importantes fue en los factores: Vida cotidiana, tiempo libre, preocupaciones, percepción corporal y aislamiento (Garduño, Riveros y Sánchez-Sosa, 2010).

Una investigación realizada en paciente oncológico por medio de un modelo de intervención en crisis que incluye: a)intervención inmediata, b)evaluación de la situación y formulación de un plan de acción, c)infundir la esperanza en la situación y reforzar la autoimagen, d)enfocar hacia la solución de problemas inmediatos, e)Realización del cierre y eventual canalización; observó que someter al paciente a una intervención psicológica, le permite adquirir y emplear estrategias de afrontamiento que permitan la adaptación a la enfermedad y a los tratamientos propuestos (Bravo, 2010).

VI.12.5 Clínica de tumores ginecológicos

En esta clínica, se atendían principalmente, tumores de ovario y tumores cervicouterinos.

“El cáncer del cuello del útero y cáncer de mama son los tumores que más muertes ocasionan en las mujeres, seguidos del cáncer de hígado y estómago. El 99.8% de los casos de cáncer de cuello uterino se deben a tipos específicos de un virus DNA tumoral transmitido por vía sexual, que se denomina virus del papiloma humano” (Programa Nacional de Salud 2007-2012; López-Saavedra & Lizano-Soberón, 2006).

En mi experiencia, con la paciente con cáncer cervicouterino siendo la causa de contagio un virus transmitido por vía sexual, observé que este dato se asociaba a una característica frecuente: el pertenecer a familias desintegradas, con múltiples parejas sexuales y/o conflictos de pareja. La separación o divorcio, generalmente

era causa de la presencia de síntomas depresivos (en algunos casos distimia), siendo necesario realizar intervención psicológica con reestructuración cognoscitiva para eliminar los pensamientos automáticos (p.ej., enfermé como un castigo, porque me divorcié”, “El cáncer apareció porque odiaba a mi exesposo”), formulados a partir del abandono físico y emocional.

Fue frecuente encontrar en esta clínica y en la de tumores de mama deficiencia en la toma de decisión, debido a situaciones legales que involucraba la orfandad en que se verían sus hijos tras su fallecimiento, sumando esta problemática, al déficit económico que dejan los costosos tratamientos médicos para el cáncer.

En mi experiencia existían variables que posibilitaba o dificultaba, la adaptación a la enfermedad como: la edad, la relación de pareja como un apoyo necesario, la paridad satisfecha y la posibilidad económica.

Un procedimiento común en esta clínica era la histerectomía y ooforectomía. En el caso de pacientes con cáncer de ovario, la técnica en toma de decisión, fue importante debido a que la decisión se complicaba si la paciente era núbil, joven y/o aún no tenía hijos o su paridad aun no había sido satisfecha.

En la paciente con cáncer cervicouterino, uno de los principales pensamientos (asociados a la pérdida del útero) causantes de síntomas depresivos y de ansiedad (como enojo, deseos de llorar, pérdida o aumento de apetito, hipersomnolia o insomnio, ganas de salir corriendo) eran: “quedaré vacía”, “nunca

seré madre”, provocando que decreciera su interés por su compañero sexual y pérdida de estima de sí misma.

Ante fobias o miedos respecto a la cirugía o anestesia, se presentaban pensamientos como: “Si ya no despierto”, “Si se les pasa la anestesia”, “Me da miedo el dolor de la herida”.

VI.12.6 Red de apoyo social en pacientes oncológicos

En mi experiencia la función de la red de apoyo del enfermo con cáncer, tiene un papel importante en la recuperación y/o adaptación del paciente a su enfermedad, de igual manera, cuando el estado de salud del paciente oncológico se encuentra muy deteriorado, el contar con un apoyo emocional le motiva a afrontar el proceso de aceptación de la enfermedad.

Apoyo social no se refiere solamente a aspectos como cantidad y existencia de relaciones sociales o de un tipo particular de relación social como el matrimonio, la amistad, o la pertenencia a una organización; también se define como: ayuda en el afrontamiento de los problemas; provisión de dirección cognitiva o apoyo instrumental por miembros de la familia, parientes, amigos o colegas; satisfacción de las necesidades emocionales, de socialización y actividades con otras personas... El apoyo social tiene funciones específicas en los grupos que son: compartir problemas comunes, proporcionar intimidad, prevenir el aislamiento, definir competencias mutuas, proporcionar elementos de referencia y ofrecer

asistencia en las crisis. Así también las personas que experimentan un evento estresante serán menos afectadas por él si disponen de apoyo social (Rodríguez, 1994).

Durante la residencia, se brindó atención psicológica a los familiares de los pacientes, como ayuda para reforzar el tratamiento psicológico del paciente. Trabajando con reforzadores positivos como el reconocimiento social del familiar hacia el paciente (promoviendo cambios conductuales en la red de apoyo para mantener la conducta que se deseaba cambiar en el paciente). P.ej., Ante conductas de dependencia del paciente a su familiar, en los casos en que el paciente dependía de su familiar para alimentarse o vestirse, se solicitaba al familiar promover la prescripción del médico de rehabilitación y negarse a realizar actividades sencillas que el paciente podía ejecutar para lograr que el paciente fuera más independiente y lograra tomar decisiones importantes, por sí solo. Debido a su percepción de inutilidad –por la pérdida del empleo, la ausencia de aportación económica al hogar- el paciente sufría desmotivación y no se sentía en condiciones de realizar ningún tipo de labor.

En pacientes con pérdida de reconocimiento personal de sí mismos y negación a seguir las prescripciones médicas, tomar decisiones por sí solos, por desmotivación ante el fracaso de los tratamientos, fue importante la realización de un contrato conductual con el paciente y el familiar, planeando previamente pequeñas metas a alcanzar para poder elaborar el plan de ayuda con la red de apoyo y de esta manera favorecer conductas de independencia en el paciente.

El apoyo social “tiene habitualmente connotaciones positivas pero supone implicación de otras personas que en ocasiones tendrá efectos negativos, por ejemplo durante la rehabilitación de un paciente, el apoyo social puede crear dependencia en el paciente y dificultar la recuperación” (Rodríguez, 1994).

Las reacciones conductuales del paciente son: quejas, gemidos, gritos, expresiones faciales de sufrimiento, etc.; debido a las estimulaciones aversivas asociadas a los procesos de la enfermedad y al daño tisular, esta sintomatología pueden producirle al paciente algunas ganancias psicosociales, como una mayor atención, dedicación por parte de familiares y personal sanitario, etc. Este resultado de acuerdo al paradigma operante, puede fortalecer e incrementar la frecuencia de las manifestaciones externas de dolor. Por tal razón la administración de fármacos puede ser insuficiente para la paliación del dolor (Beneit, 1994).

El apoyo psicológico en mi experiencia, también se proporcionó a la red de apoyo del paciente, cuando la enfermedad del paciente era vista con gran perturbación o depresión; la red de apoyo era canalizada por: el personal de salud, ellos personalmente solicitaban la atención o cuando la intervención con el paciente requería el apoyo del familiar.

En los casos en que el paciente era considerado terminal y presentaba un estado de salud grave (incluso en algunos casos sedado), se trabajaba el duelo con el

familiar y el paciente, con técnicas de asertividad, y reestructuración cognoscitiva, para poder disminuir el nivel de ansiedad y el temor asociados a la muerte; permitiendo un acercamiento entre la red de apoyo y el paciente, para resolver situaciones que perturbaban al paciente. P.ej., en casos donde el familiar se rehusaba a hablar sobre la muerte con el familiar, porque consideraba que ese tema produciría síntomas depresivos en el paciente, sin embargo el paciente si necesitaba hablar con el, para solucionar problemas personales y/o legales (como realizar testamento, adopción de los hijos, situaciones financieras, entre otros); era necesario este contacto para realizar tomas de decisión importantes para el paciente y que producían en gran medida los síntomas de ansiedad.

En la tabla 18, podemos observar los principales motivos que en mi experiencia en la residencia, requerían de intervención psicológica con la red de apoyo, así como las técnicas psicológicas empleadas.

Tabla 18

Intervenciones psicológicas con la red de apoyo del paciente oncológico

Motivo de intervención	Técnica empleada	Objetivo
Desestructuración ocasionada por la cercanía del fallecimiento del paciente	Reestructuración cognoscitiva	Promoción de pensamientos alternativos. Facilitar el acercamiento de la red de apoyo con el paciente
Desconocimiento de las características de la enfermedad.	Sesión psicoeducativa, asertividad	Proporcionar información sobre la enfermedad, tratamientos y procedimientos. Facilitar la comunicación del familiar con el personal de salud.
Dificultad para el empleo de los medicamentos, dificultad en la solicitud de información,	Asertividad	Dirigirse a la persona adecuada, de quien requiere información para trámites hospitalarios. Cuestionar la médico sobre el estado de salud del paciente.
No adherencia del familiar a la prevención del cáncer por ejemplo en casos de alta predisposición genética (p.ej., hijas de mujeres con cáncer de mama)	Trabajo preventivo	Detección temprana del cáncer

El apoyo social se considera una variable psicológica con efecto protector, algunos trabajos han comprobado el valor de la percepción del apoyo social en relación con la oclusión coronaria, “los sujetos que sienten más apoyo social presentan cifras inferiores de oclusión arterial, los pacientes con menos vínculos sociales presentan tasas de mortalidad mayores, además de reducir las defensas y aumentar la vulnerabilidad de la persona” (Llor, 1995).

VI.12.7 Efectos psicosociales asociados a la Quimioterapia

Entre las características psicológicas principales asociadas a la aplicación de quimioterapia, que presenta el paciente con cáncer; está el vómito y náusea anticipatorios como una respuesta condicionada a la aplicación de la Quimioterapia.

Los efectos secundarios desagradables más frecuentes asociados a la quimioterapia y que producen efectos colaterales como: “caída del cabello, vómitos, dolores, mareos, fatiga, náusea, esterilidad, diarrea, etc., siendo los más molestos la náusea y el vomito anticipatorios (producidos por un condicionamiento clásico)” (Llanta, Pire, Grau, Vilau, Massip, Grau, y Ortiz, 2008); (Beneit, 1994); (Shwartz & Andrask, 1983). Síntomas que “afectan a más del 50% de los pacientes; después de varias sesiones pueden aparecer estos síntomas y en un 25% de los pacientes se presentaran antes de iniciar las siguientes sesiones de quimioterapia” (Llanta et al. 2008). “Si un paciente ha tenido náusea y vómito, después de haber recibido los últimos tres o cuatro tratamientos de quimioterapia, puede sufrir de náusea y vómito anticipatorios, las personas, los olores, objetos y sonidos de la sala de tratamiento pueden recordarle episodios previos y desencadenar los síntomas antes de iniciar el nuevo ciclo de quimioterapia o radioterapia (Beneit, 1994; Instituto Nacional del Cáncer, 2009).

“El vómito y la náusea anticipatorios, suelen aparecer 1 ó 2 horas después de la administración de la quimioterapia, se estima que un 75% de los pacientes que

reciben este tratamiento presentan el vómito y la náusea anticipatorios. Utilizando técnicas como: relajación muscular, hipnosis y desensibilización sistemática; se observó buen resultado y demostraron ser más efectivas que las farmacológicas” (Beneit, 1994).

De acuerdo a Shwartz & Andrask (1983) en el vómito y la náusea anticipatorios, el estímulo condicionante es la quimioterapia y la respuesta condicionada es el inicio de la náusea y el vómito. Después de repetidos apareamientos, previamente el estímulo neutral (como: el personal de médicos y enfermeras, los lugares y olores del hospital), dan inicio al estímulo condicionado que son capaces de provocar una respuesta condicionada. Como técnicas de tratamiento se usa: imaginación, terapia de relajación y métodos de distracción, es cuestión del practicante si usa o no el biofeedback para ayudar a la relajación y disminuir la respuesta condicionada.

En mi experiencia, la técnica de desensibilización sistemática combinada con relajación progresiva o imaginación se usó en la intervención psicológica para tratar el vómito y la náusea anticipatorios; p. ej., en un primer momento se identifican los pensamientos, olores o imágenes asociados a la náusea y vómito, que le causaban de menor a mayor ansiedad dando el número 1 al factor que le producía menos malestar (p.ej., realizar trámites para hospitalización) y le es más controlable, y así sucesivamente en orden ascendente hasta el factor que más malestar le producía (p.ej., percibir el olor de la sala en la que se encuentra

hospitalizado), por medio de una jerarquización; posteriormente se le solicitaba imaginar los factores que le producían malestar iniciando con el de menor malestar, inmediatamente después hacer un alto a la imagen y detener el pensamiento, mientras comenzaba con la técnica de relajación (técnica en la que previamente el paciente ha sido entrenado) y de esta manera frenar la sintomatología, en sesiones posteriores se manejaron sucesivamente los demás factores que le producían mayor malestar, hasta ejercer autocontrol sobre los estímulos condicionados y disminuir la respuesta condicionada.

Llanta et al. (2008) en un estudio realizado en pacientes bajo tratamiento con quimioterapia; observaron que a través de la valoración subjetiva del tiempo se puede identificar rápidamente la presencia de sufrimiento en el paciente. El tiempo de espera, una situación desagradable presente y un estado de ánimo desfavorable; pueden generar complicaciones en el marco del tratamiento lo que implica el abordaje emocional de estos enfermos, debido a esto es necesario implementar un sistema de estrategias multimodales, para aliviar el sufrimiento asociado a los tiempos de espera, con el objetivo de optimizar la atención y los cuidados integrales.

Algunos pacientes no son capaces de hacerle frente al tratamiento con quimioterapia, presentando “síntomas como: ansiedad, incertidumbre, sensación de soledad, sentimientos de culpa, e incluso intentan suicidarse; y aquellos que se ven incapaces de hacerle frente a sus consecuencias comunican sentimientos

de depresión, ansiedad, disminución de la autoestima, problemas sexuales y sensaciones anómalas en su imagen corporal (Llor, Abad, García y Nieto, 1995).

VI.12.8 Efectos psicosociales asociados al tratamiento con radioterapia

En mi experiencia los síntomas psicológicos que con mayor frecuencia causan complicaciones ante tratamientos como la radioterapia, fue temor al procedimiento y a las reacciones secundarias de la aplicación.

Algunos pacientes con dolor debido a la obstrucción que el tumor producía en músculos o tejidos cercanos a él; permanecer durante la sesión de radioterapia (que dura aproximadamente 5 minutos) en una misma posición sin poder moverse, era doloroso.

El manejo de dolor se realizaba con la utilización de técnicas de distracción, o la relajación con imaginería, teniendo que preparar al paciente desde antes debido a la imposibilidad para permanecer con el paciente durante la radioterapia.

La sesión psicoeducativa previa a la aplicación de la radioterapia es importante debido a que disminuye notablemente los síntomas de ansiedad producidos por el temor ante el desconocimiento del procedimiento médico, eliminando las ideas irracionales referentes a las consecuencias del tratamiento mediante la reestructuración cognoscitiva, o bien manejando con el paciente un análisis costo-beneficio respecto a lo que puede obtener a largo o mediano plazo si permite el tratamiento.

En mi práctica en esta clínica observé que en algunas pacientes, la radioterapia dificultaba la actividad sexual debido a la debilidad o bien, por ejemplo en el caso

de las pacientes con cáncer cervicouterino, se presentaba formación de fibrosis, tras la aplicación de la radioterapia hacia el interior de sus genitales motivo por el cual el acto sexual resultaba doloroso, sin embargo la prescripción médica era precisamente el tener actividad sexual. Siendo importante manejar la adherencia a la prescripción médica.

De acuerdo a la American Cancer Society:

- La radiación en el área pélvica puede causar que la vagina se vuelva hipersensible e inflamada durante el tratamiento y semanas después. La cicatrización y fibrosis normal que ocurre después de la radiación puede acortar o estrechar la vagina de tal manera que no pueda tener relaciones sexuales, puede impedir la realización de la prueba de papanicolau y causar problemas en la expansión normal de un embarazo posterior. Esto puede evitarse teniendo relaciones sexuales 3 o 4 veces por semana.
- La radiación en los testículos puede causar pérdida permanente de producción de esperma. Es conveniente congelar semen en pacientes jóvenes para un posterior procedimiento de inseminación.
- Radiación en el área pélvica, uno de cada tres hombres notara después de la radiación problemas en la erección. Usualmente los testículos, pueden protegerse contra la radiación con un dispositivo conocido como “concha de almeja”.

- La radiación en los ovarios puede presentar menopausia temprana e infertilidad permanente. El resguardo de un ovario puede evitar estos efectos secundarios.

En mi experiencia la intervención psicológica en pacientes radiados, consistía principalmente en el manejo de la adherencia a las prescripciones médicas y en el manejo de dolor.

Para Grau, Llantá, Chacón y Fleites (1999) los síntomas y consecuencias de la anemia y la anorexia, pueden provocar debilidad y dificultar la actividad sexual. Tratamientos como: drogas, radioterapia e intervenciones quirúrgicas; pueden producir efectos similares. Las creencias, impacto emocional de la enfermedad, motivación y afrontamiento, tienen gran importancia en la aparición de dificultades de orden sexual. Algunos tratamientos quirúrgicos tienen secuelas, que pueden producir trastornos de la imagen corporal, sentimientos de desagrado hacia sí mismo y hacia la pareja. Información adecuada, estímulo de los lazos afectivos, un equipo sanitario adecuado y entrenado, la valoración de experiencias de otras personas, son puntos importantes para orientar la satisfacción sexual del enfermo y brindar una buena calidad de vida en esta esfera al paciente con cáncer.

VI.12.9 Efectos psicosociales asociados a la hipertensión arterial y diabetes

En mi experiencia, la atención psicológica con pacientes hipertensos y depresivos, fue necesario enfocarla a la modificación de las principales conductas de riesgo,

las cuales facilitaban la aparición de enfermedades secundarias a la hipertensión o diabetes. De esta manera se posibilitó el cambio en el estilo de vida del paciente. La siguiente es una lista de los principales factores de riesgo con los cuales me encontré en la atención psicológica a estos pacientes:

- No adherencia a la dieta (ingesta de alimentos libre de sal, de grasas, etc.)
- Alteración del ciclo sueño-vigilia,
- Inadecuados hábitos de cuidado y de higiene
- Inadecuada adherencia a la ingesta de medicamentos, dietas, ejercicio.
- Inasistencia a las visitas y seguimientos con médicos internistas, oculistas, cirujano, etc.
- Sedentarismo
- Estrés
- Alteración conductual por ansiedad y depresión
- No tomar (o aplicar) los medicamentos prescritos
- Ingestión de alcohol y fumar
- No realizarse los exámenes de laboratorio pertinentes
- Obesidad
- Inadaptación hospitalaria (asociada a la larga estancia hospitalaria)
- Crisis de angustia, debido a procedimientos médicos (amputaciones de miembros inferiores, endoscopias, etc.)

Debido a la alta incidencia que estos factores tienen en el deterioro del paciente y desarrollo de la enfermedad, fue importante realizar intervenciones en el cambio de estilo del paciente y hacer programas de intervención de modificación de conductas de riesgo.

En un estudio realizado sobre calidad de vida, en pacientes con diabetes Mellitus Tipo II, los datos muestran que el 43% muestra un deterioro importante en la calidad de vida, mostrando un proceso inadecuado en el avance de la enfermedad; dentro de las áreas más afectadas sobresale la disfunción y el interés sexual; la interacción médico-paciente y enfermero-paciente es un problema en la efectividad del tratamiento médico y en el área psicosocial, se muestra un deterioro en ansiedad, depresión, temores y preocupaciones (De los Ríos, Sánchez-Sosa, Barrios, Guerrero, 2004).

Hipertensión

La presión arterial elevada, suele ser asintomática, se asocia a un alto consumo de sal, sobrepeso, consumo excesivo de alcohol e inactividad física; puede producir, padecimientos cerebro-vasculares, cardiopatía isquémica e insuficiencia renal. En México la hipertensión produce alrededor de 40 mil muertes anuales. La prevalencia en la población de 20 años es de 30.8%, después de los 60 años de edad la prevalencia asciende a 50% en hombres y casi 60% en mujeres (Programa Nacional de Salud 2007-2012).

Para Beneit (1994) la hipertensión en relación con el estrés y la actividad parasimpática derivada de esta conducta emocional, pueden influir en los sistemas de control hemodinámicos produciendo hipertensión esencial, para lo cual se han utilizado intervenciones como el biofeedback de la presión arterial, biofeedback

electromiográfico o bien biofeedback de la respuesta galvánica de la piel, obteniéndose una reducción de hasta 10-20 mm/Hg para la presión sistólica y de 5-10 mm/Hg para la presión diastólica; las técnicas más comúnmente utilizadas son: relajación muscular progresiva y entrenamiento autógeno utilizando las fases de autosugestión de calor. A través de estas técnicas se reduce la activación del organismo, disminuye la presión arterial, desacelera la tasa cardiaca y regula el ritmo respiratorio.

Diabetes

La diabetes es la primer causa de muerte en México y es el padecimiento que mayor gasto produce al sistema de salud; según un estudio realizado en el Hospital General de Atizapán “es la enfermedad que más días de hospitalización reporta con un promedio de 7 días de hospitalización; mientras que en otro tipo de paciente el promedio de días hospitalizado es de 5.9 días; el paciente ingresa por complicaciones en el proceso de la enfermedad llegando en situación de descompensación, situaciones agudas o crónicas” (Martín-Chapa, 2001).

De acuerdo a mi experiencia la adherencia a las prescripciones médicas (seguir una dieta, realizar ejercicio, no tomar, no fumar, no aplicar la insulina, entre otros), en el paciente diabético, son difícil de seguir debido a que las consecuencias de no seguir las instrucciones del personal de salud no se presentan a corto plazo, es decir inmediatamente después de realizar la conducta de riesgo, sino que las

enfermedades secundarias (pérdida de la vista, infecciones, pie diabético, etc.) aparecen tiempo después, a largo plazo.

De acuerdo a Beneit (1994) las principales barreras en la adherencia de los pacientes diabéticos son la complejidad en el régimen terapéutico y las consecuencias inmediatas y a largo plazo que se presentan en esta enfermedad al no seguir las prescripciones médicas... Para posibilitar la adherencia se debe informar al paciente sobre su enfermedad y su autocuidado retomando aspectos como:

- a) Información sobre diabetes, (al explicar en que consiste su enfermedad el paciente será más receptivo y estará en disposición para aceptar el papel activo que le corresponde el resto de su vida, además que conocer su enfermedad le otorgará cierto grado de control.
- b) Autocuidado en la diabetes, esta formación no garantiza la adherencia pero su ausencia si garantiza la no adherencia (el paciente debe conocer lo referente a las inyecciones de insulina, dieta, autoanálisis, glucosa en sangre y en orina, ejercicio físico y cuidados generales sobre la salud).

La adherencia en adolescentes y niños diabéticos presenta complicaciones en un estudio se observó que: El 36%, incumplía las prescripciones recomendadas; el 50% de la población adolescente cometió errores de dosificación de la insulina, el 33% no se autopRACTICABA el autocontrol de glucosa y el 45% utilizaba inadecuadamente los resultados de los autoanálisis. El mayor problema en la no

adherencia en el cumplimiento de la dieta y en las interferencias sociales, son el tipo de alimentos y el horario de las comidas; los niños manipulaban a sus padres con el resultado del autoanálisis, exagerando el resultado para obtener atención, o falsificando el resultado si deseaban obtener más dulces o no recibir castigos (Beneit, 1994).

Según Beneit (1994) se han empleado las siguientes estrategias de intervención:

- Instrucciones y reforzamiento positivo, mediante una instrucción escrita de ejecución diaria de ciertas conductas del tratamiento y un programa de reforzamiento consistente en un programa de economía de puntos por el cumplimiento diario de los objetivos;
- Entrenamiento en habilidades sociales para responder a la presión social para romper el régimen (dieta), y saber enfrentar el ser calificado como alguien con limitaciones;
- Autorregulación por medio sesiones grupales, por medio de ejercicios de modelamiento y role - playing.

En mi experiencia la modificación de hábitos de vida del paciente diabético presentó recaídas en el mantenimiento de las conductas protectoras; debido al tipo de contingencias que rodeaban al paciente y mantenían las conductas no adaptativas, como:

- Tener que comer en compañía de la familia, mientras el paciente come diferente tipo de alimento, lo que ocasiona que surja el deseo de comer alimentos que no se encuentran en la dieta que debe seguir; ser ama de casa y tener que hacer la comida para todos, sin ser la dieta indicada.
- Carencia de información (porque no se le informa al paciente los cuidados que debe tener a partir del diagnóstico, debido a la poca preparación académica o poca comprensión que el paciente posee);
- Carencia de habilidades sociales (dificulta la relación paciente –personal de salud)
- La mala condición y deterioro físico no le permite realizar ejercicio.

La diabetes exige autocontrol y requiere que el paciente controle su nivel de glucosa y en función de esto tome decisiones en la medicación, dieta y ejercicio; este estilo de vida, implica que el diabético conozca los alimentos que puede tomar, el modo de administrar la insulina, ejercicios que puede realizar, como evaluar su glucemia y saber que los eventos estresantes se asocian al aumento de glucosa en sangre (Llor, 1995).

En mi experiencia como parte del procedimiento psicológico prequirúrgico para cirugías como amputación de extremidades a consecuencia del pie diabético; se trabajó con técnicas como: desensibilización sistemática con técnicas de relajación incluyendo imaginación, tensión-distensión muscular, con respiración diafragmática;

la reestructuración cognoscitiva mediante el modelamiento encubierto, la toma de decisión, poniendo énfasis en el establecimiento de metas, y las actividades que aún podría realizar el paciente posterior a la cirugía preparándolo para su egreso del hospital, el manejo de la adherencia a la dieta (como control de la diabetes) por posibles complicaciones en la cicatrización de la herida quirúrgica, sesión psicoeducativa sobre diabetes para evitar complicaciones futuras mediante una correcta información. La tabla 19 nos muestra las intervenciones más frecuentemente utilizadas durante la residencia.

Tabla 19

Intervenciones más frecuentemente utilizadas en la atención a los pacientes diabéticos e hipertensos

Intervenciones	Objetivo
Sesión psicoeducativa	Ampliar la información proporcionada por el médico sobre la enfermedad y la importancia de la adherencia a la prescripción médica.
Trabajo con la red de apoyo	Manejo de reforzadores sociales, para modificar una conducta en el paciente y promover el cambio conductual; identificar y eliminar conductas en la red de apoyo que funcionaban como reforzadores de las conductas de riesgo en el paciente. (p.ej., para eliminar conductas de dependencia del paciente hacia su familiar). Apoyo durante la estancia hospitalaria del paciente como: compañía, visita a su paciente, compra de medicamentos cuando estos se requieran, apoyo emocional. Sensibilizarlos sobre la importancia que el apoyo tiene en la recuperación física y la cooperación del paciente al tratamiento médico.
Reestructuración cognoscitiva	Cambio de pensamientos automáticos por pensamientos alternativos, la eliminación de ideas irracionales sobre la enfermedad, identificación de errores de pensamiento que promovían la depresión,
Modelamiento Encubierto	Para facilitar la conducta asertiva y mejorar la relación paciente-personal de salud (Preguntar acerca del estado de salud, dudas sobre procedimientos médicos, toma de medicamentos, llenado de formatos y requisitos hospitalarios, etc.). Visualizar con anterioridad el problema que originaba la ansiedad, antes de ejecutarlo realmente.
Desensibilización sistemática + relajación con tensión distensión de pares musculares.	Para facilitar procedimientos médico invasivos como las endoscopias o amputaciones.
Solución de problemas	Proporcionar al paciente herramientas para afrontar y tomar decisiones respecto a su enfermedad (p.ej., procedimientos médicos como amputación de extremidades, a consecuencia del pie diabético)

En la intervención psicológica al presentarse errores de pensamiento como: maximización, sobregeneralización, minimización, catastrofización, etc., se aplicó la técnica de reestructuración cognoscitiva por medio de intercambio de pensamientos automáticos por alternativos o positivos, identificación de ideas irracionales modificándolas a racionales.

La sesión psicoeducativa fue otra técnica psicológica empleada en estos pacientes, un paso importante en la intervención psicológica el cual explicaba al paciente el procedimiento a seguir en los estudios y los tratamientos, fue significativo para disminuir la ansiedad (descubriendo que en la mayoría de los casos que lo que el paciente pensaba era maximizado). El temor a morir originaba sintomatología de ansiedad, ocasionando insomnio durante la hospitalización, el temor referido por los pacientes con pensamientos de “no poder respirar”, “no meter aire”.

Técnicas como la relajación con respiración diafragmática, imaginería, tensión – distensión; reestructuración cognoscitiva; se aplicaron en este tipo de pacientes para eliminar ideas irracionales originadas por falta de información, distorsión de la misma y/o errores de pensamiento.

La aplicación de insulina asociada en algunos pacientes al temor a las inyecciones aumentaba considerablemente la ansiedad y la molestia, lo que en una gran mayoría de los pacientes influía en la inadecuada adherencia al medicamento, siendo necesario utilizar la técnica de desensibilización sistemática en la intervención psicológica.

En mi experiencia el mostrar al paciente su capacidad para lograr readaptarse a la sociedad por medio del autocontrol en sus hábitos de riesgo a través de estas técnicas psicológicas y efectuar un seguimiento al paciente al egresar de la hospitalización, debe contemplarse como algo importante ya que los síntomas depresivos van en aumento al incorporarse el paciente nuevamente a la sociedad. Desafortunadamente al seguimiento lo complicaba el hecho de que el paciente era foráneo y con dificultades económicas en su gran mayoría.

En estudios realizados mediante intervenciones cognitivo-conductual se observaron los siguientes resultados. Una intervención realizada en pacientes hipertensos reveló que se observaron “cambios clínica y estadísticamente significativos en los pacientes en calidad de vida, adherencia terapéutica, bienestar y ansiedad” (Riveros, Ceballos, Laguna, Sánchez-Sosa, 2005); otra intervención realizada a pacientes diabéticos e hipertensos esenciales por medio del protocolo de adherencia terapéutica (Pasos vitales) y una intervención terapéutico-educativa orientada a restaurar o mejorar la calidad de vida; “los principales beneficios se observaron en las variables glucosa, actividad física, reducción de comportamientos de riesgo, calidad de vida, depresión y ansiedad; y mejoría significativa en estilos de afrontamiento comportamental activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas” (Riveros, Cortazar-Palapa, Alcazar y Sánchez-Sosa, 2005).

VI.12.10 Efectos psicosociales asociados a pacientes con insuficiencia renal

En mi práctica los pacientes sometidos a diálisis, en el hospital eran en su gran mayoría pacientes con dificultades económicas lo que hacía difícil la adherencia al tratamiento y procedimientos médicos. La adherencia terapéutica fue uno de los problemas prioritarios en estos pacientes debido a la dificultad al seguir las dietas y a realizar ejercicio constante, para ayudar a la disminución de la obesidad.

En pacientes con la característica de retener de líquidos, era necesario el seguir una dieta estricta con la eliminación de líquidos (1 litro diario, incluyendo el contenido de este en gelatinas, sopas, caldos, etc.), grasas y sales que los hacía fallar en la mayoría de los casos.

En los pacientes bajo hemodiálisis de acuerdo a Sarafino (1994) las severas restricciones en la dieta de no tomar sodio, mucha sal, potasio y fósforo que se establecen en muchas frutas y vegetales, proteínas especialmente carne y otros productos diarios, limitaciones en la toma de líquidos, permanecer en actividad sedentaria como leer (al llevarse a cabo el proceso de purificación de la sangre), origina que no se tenga adherencia terapéutica.

En mi práctica durante la residencia, al atender pacientes que se encontraban bajo tratamiento de hemodiálisis se implementaba una terapia psicológica, incluyendo reforzadores positivos, de tipo emocional (con ayuda de su red de apoyo), se realizaba previamente un contrato conductual con el paciente posterior a la adecuada relación terapeuta-paciente al ganar su confianza. Se identificaban

errores de pensamiento y se eliminaban las ideas irracionales disfuncionales, y los pensamientos automáticos que el paciente presentaba sobre su enfermedad. Se proporcionaba una sesión psicoeducativa ampliando la información proporcionada por el médico, en donde se identificaban los factores de riesgo y consecuencias negativas secundarias a estos factores. Se promovían preventivamente los factores protectores enfatizando el costo-beneficio de llevarlos a cabo. En la mayoría de los casos se trabajaba con el efecto miopía, por ejemplo: por recomendación médica, el paciente debía ingerir con restricción líquidos, aún en tiempos con temperaturas elevadas; sacrificar su consumo y seguir la dieta es difícil, porque el placer a corto plazo que se obtiene al beber el agua es más real que el abstenerse y tomar solo la que se requiere, ya que los efectos a largo plazo generalmente no alcanzaban a ser visualizados por el paciente (el paciente a pesar de seguir la dieta estrictamente seguía ingresando al hospital semanalmente o quincenalmente con gran cantidad de líquido acumulado), esto en ocasiones dificultaba el tratamiento psicológico, ya que el paciente deseaba ver una mejora a corto plazo; tenía que enfatizarse, que los efectos solo se verían a muy largo plazo y de esta forma podría existir la posibilidad de ser candidato para trasplantarse (trasplante renal).

La realización del ejercicio también se complicaba debido a que al acumularse gran cantidad de líquido “al hincharse”, se dificultaba el movimiento llegando en algunos casos a incapacitar las extremidades inferiores con intenso dolor y pérdida en la motricidad, asociada al poco movimiento realizado, ante esta

situación era recomendable iniciar una terapia ocupacional en el paciente a manera de técnica de distracción para disminuir las conductas de depresión y posibilitar el insertar al paciente en una red de apoyo social.

Otra técnica psicológica implementada en el paciente con daño renal, fue el modelamiento encubierto logrando hacer que el paciente visualizara éxitos futuros con metas a corto plazo y sin perder de vista las metas reales, de las no objetivas o no adaptativas. La conciencia de enfermedad o la estructuración cognitiva adecuada del conocimiento de la enfermedad con sus consecuencias negativas era también un proceso a trabajar ya que el paciente trataba de no saber lo que ocurriría, de crearse falsas expectativas de cambio respecto a su padecimiento.

El trabajo con la red de apoyo fue muy extenso en cuanto al apoyo psicológico, utilizando reestructuración cognoscitiva, esta labor se duplicaba, cuando los pacientes eran muy jóvenes (14 ó 15 años aprox.) y sus padres sentían una gran culpa y deseaban estar en el lugar del hijo.

VI.12.11 Actividades académicas complementarias durante la residencia

En el Hospital Juárez de México se desarrolló investigación acerca de la incidencia del Patrón de Conducta tipo "A" (PCTA), guiada por el Maestro Leonardo Reynoso Erazo, la cual se realizó teniendo como muestra poblacional a médicos residentes del Hospital Juárez de México, se aplicó el inventario síntomas Patrón

de conducta tipo A, altamente correlacionada con las enfermedades cardiovasculares, encontrándose que las especialidades médicas, que mayor incidencia presentaban ante el patrón de conducta tipo A, eran los residentes médicos estudiantes de cirugía oncológica y los estudiantes médicos de neurocirugía.

Material didáctico elaborado durante mi residencia para realizar intervención psicológica por medio de sesiones psicoeducativas en el paciente crónico.

En el Hospital General de Atizapán realice un cuadernillo, material didáctico para realizar la sesión psicoeducativa en pacientes diabéticos, con el objetivo de ampliar la información proporcionada por el médico. El material se creó para ser utilizado en pacientes diabéticos insulino dependientes que pertenecían a la Clínica del Adolescente.

Otra actividad realizada durante mi residencia en el Hospital Juárez de México, fue la elaboración de material didáctico para la sesión psicoeducativa, a utilizar en pacientes con cáncer de mama que serían mastectomizadas como parte de una intervención prequirúrgica; el material consistió en la elaboración de un video llamado "Sesión psicoeducativa de preparación prequirúrgica para pacientes con cáncer de mama" con el objetivo de ampliar la información proporcionada por el médico sobre el procedimiento a seguir como lo es la mastectomía, cuadrantectomías, etc., y disminuir los niveles de ansiedad que en la paciente se

producían al existir ideas irracionales respecto a la cirugía, así como promover la adherencia por parte del paciente al procedimiento quirúrgico.

Durante la residencia fue importante el introducir la sesión psicoeducativa como parte importante en la intervención psicológica. Debido a la importancia que tiene el aprendizaje por modelamiento, en la adquisición de nuevas conductas.

Cormier & Cormier (1994) definen el modelado como "el proceso de aprendizaje observacional donde la conducta de un individuo o grupo -el modelo- actúa como estímulo para los pensamientos, actitudes o conductas de otro individuo o grupo que observa la ejecución del modelo"

Rasgos básicos del modelado de Bandura, propuestos por Olivares y Méndez (1998):

- a) Supuesto Básico: La mayor parte de la conducta humana se aprende por observación mediante modelado.
- b) Premisa Fundamental: Cualquier comportamiento que se pueda adquirir o modificar por medio de una experiencia directa es, en principio, susceptible de aprenderse o modificarse por la observación de la conducta de los demás y de las consecuencias que se derivan.
- c) Procesos de Mediación Simbólica: El sujeto adquiere representaciones simbólicas de la conducta modelada y no meras asociaciones específicas estímulo-respuesta (E-R).

d) Procedimiento General de Aplicación y Efectos del Modelado: El sujeto observa la conducta del modelo y la imita con el objetivo de:

- Adquirir nuevos patrones de respuesta: Efecto de Adquisición: Aprendizaje de nuevas conductas o patrones de conductas que no constaban inicialmente en el repertorio conductual de la persona.
- Fortalecer o debilitar respuestas, presenta dos efectos: Inhibitorio, el observador constata la carencia de consecuencias positivas o la contingencia de consecuencias negativas tras la realización de la conducta por parte del modelo y efecto desinhibitorio, desinhibición de una conducta del observador después de constatar que el modelo la realiza sin experimentar consecuencia negativa alguna.
- Facilitar la ejecución de respuestas ya existentes en el repertorio del sujeto efecto de Facilitación: Facilita la ejecución de patrones conductuales aprendidos con anterioridad como consecuencia de la observación de un modelo.

Gran parte de la información manejada en el material pedagógico elaborado durante mi experiencia en la residencia para el paciente crónico, fue acerca de información médica sobre la enfermedad, los tratamientos y los procedimientos médicos. Esta información era proporcionada en un primer momento por el médico tratante, pero existían factores que limitaban el aprendizaje del paciente, repercutiendo en la adherencia a las prescripciones médicas.

Cuando la comunicación entre el profesional de enfermería y el paciente es defectuosa: “el paciente se encierra en sí mismo, se vuelve pasivo y menos comunicativo, no sigue parcial o totalmente las prescripciones, se incrementa el temor y la ansiedad ante la enfermedad (repercutiendo en su restablecimiento), y desconoce lo que pasa; los profesionales se manejan más a través de la intuición que del conocimiento y se vuelven más inseguros...La información específica sobre la enfermedad y tratamientos, proporcionada por el médico o personal de salud, fue limitada en muchas ocasiones debido a la inadecuada comunicación entre paciente y personal de salud, por variables como: “escasez de personal, sobrecarga de trabajo y el que frecuentemente los miembros del equipo sanitario se comuniquen solo entre ellos (médicos con médicos, enfermeros con enfermeros, etc.) y no existe una comunicación interdisciplinaria; respecto al paciente se espera que colabore, sea poco exigente e independiente” (Robledo de Dios, 1994).

En mi práctica otro factor importante a tomar en cuenta respecto al aprendizaje de las recomendaciones realizadas por el personal de salud, se refiere al nivel de recuerdo que el paciente posee, respecto a nueva información que se le presenta

Las observaciones que se obtuvieron en un estudio que evaluaba varias investigaciones sobre este tema se encontró que: “los pacientes que acudían por primera vez a la consulta, obtenían un porcentaje de recuerdo con una media del 53% y en visitas posteriores se observó una media de 68%; también se puede

decir que a mayor intervalo de tiempo el porcentaje de recuerdo será menor; la edad es otro factor que también influye en el recuerdo y se puede concluir que en la vejez el recuerdo es menor” (Latorre & Beneit, 1994).

En relación a estos estudios e información descrita previamente, durante la residencia fue importante crear material didáctico, para que el paciente tuviera acceso a la información de una manera que les permitiera una mayor retención del recuerdo sobre las prescripciones médicas y su enfermedad, con un lenguaje más sencillo, sin tecnicismos médicos; con mayor tiempo para ellos y las preguntas que pudieran surgir; con ilustraciones y ejemplos; eliminando las ideas irracionales (errores de pensamiento, pensamientos automáticos) respecto a la etiología de su enfermedad y a los cuidados de la misma, lo que a su vez disminuía los niveles de ansiedad y/o depresión.

CAPITULO VII DIAGNÓSTICO

VII.1 Identificación del diagnóstico clínico en el paciente crónico-degenerativo

El diagnóstico clínico, es el proceso de reconocer la naturaleza de una enfermedad o un trastorno a través de la observación de sus signos y síntomas... El clínico en la consecución del conocimiento diagnóstico, utiliza dos métodos: a) inteligencia discursiva, apoyada en datos y hechos que elabora la información y conocimientos logrados a través de la exploración del paciente; b) inteligencia intuitiva, el diagnóstico requiere ejercitar la capacidad de intuir, reconocer o apreciar en lo observado las características de la situación nosológica (Duque & Rubio, 2006).

En mi experiencia es necesario aclarar que la posibilidad de realizar una intervención más completa en relación a la medición y valoración pre y post-tratamiento empleado en el paciente crónico-degenerativo, careció en la mayoría de las ocasiones de instrumentos que dieran mayor validez y confiabilidad a nuestro trabajo; todo esto debido a la gran cantidad de pacientes atendidos y la falta de infraestructura material para archivar, aplicar y dar terapia al usuario; además de la carencia en tiempo para prestar atención psicológica, ya que al paciente en muchas de las ocasiones, únicamente se le veía una sola vez como mínimo y como máximo 4 veces. Sumado a esto el paciente crónico degenerativo (paliativo en muchas ocasiones) sufre de dolor, de vómito, náusea, dificultad respiratoria y demás malestares físicos propios de la enfermedad física por lo

tanto las condiciones no eran las apropiadas para realizar mediciones exactas o incluso una entrevista muy completa.

En los casos en que se llegaron a utilizar instrumentos psicológicos para medición de las conductas problemáticas y definir diagnóstico, fueron utilizadas pruebas validadas y confiabilizadas, además de estar estandarizados en población mexicana; dichos instrumentos fueron archivados en el expediente médico oficial. No se utilizaron en la mayoría de los casos debido a la gran población que requería atención psicológica, siendo en gran parte aplicada solo la entrevista para establecer el diagnóstico y focalizar la problemática de cada paciente, así como a partir de ella desarrollar el plan de acción individual.

En la mayoría de los casos la evaluación y avances de la efectividad de la terapia aplicada se registró en el expediente médico. Algunos ejemplos de estas observaciones en pacientes con sintomatología de depresión y/o ansiedad se registraban al observar conductas como: Disminución o eliminación del síntoma de llorar, decremento en el movimiento corporal de extremidades inferiores o superiores (cuando previamente se observaba aumento, como síntoma de ansiedad); eliminación o disminución del deseo de salir corriendo a la calle; modificación de la presión arterial, presentando cifras normales; eliminación o disminución de pensamientos que causaban temor a cirugías, dormir adecuadamente, en casos de insomnio, producido por temores, adecuada ingesta de alimentos o al haber aumento en el apetito (En el caso de náusea o vómito anticipatorios condicionada por la quimioterapia), disminución de dolor a través de la evaluación del dolor "EVA" (Ver tabla 16); acudir a las citas médicas o los

procedimientos médicos; al seguir las prescripciones médicas o bien al bajar de peso como resultado de la adherencia a la dieta; entre otros.

VII.2 Instrumentos utilizados en la atención al paciente crónico-degenerativo

Los siguientes instrumentos fueron utilizados en mi experiencia en la residencia para complementar el diagnóstico del paciente crónico degenerativo:

Tabla 20

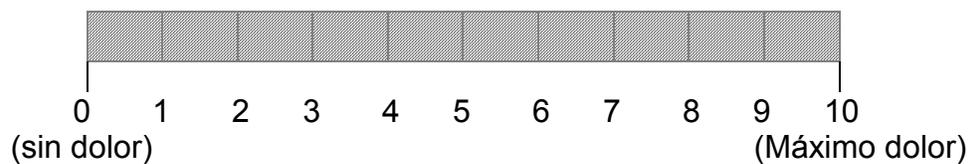
Instrumentos utilizados para realizar la valoración del paciente y establecer un diagnóstico clínico:

Instrumento	Autor
Inventarios de ansiedad y depresión de Beck	Adaptados en población mexicana por Jurado, Villegas, Méndez Rodríguez, Loperena y Varela, (1998). Robles, Varela, Jurado y Páez, (2001).
Escala visual análoga (EVA)	Aitken, (1969)
Estilo de afrontamiento	Reyes Lagunes.....
Escala Visual para los niños	Wong (1986); fue utilizada en pacientes analfabetas o en pacientes que manejaban dialectos. Nota: Trabajo en conjunto con red de apoyo, quien traducía.
MMPI	
DSM IV	
Examen mental	http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/M E E M.pdf

Escala Visual Análoga (EVA), escala para medir el nivel de dolor es numérica imaginaria, donde “0” corresponde a una ausencia total y 10 con el superior, es decir un nivel máximo.

Escala visual análoga (EVA). Esta escala de dolor fue ideada por Aitken en 1969 consiste en una línea horizontal o vertical de 10 centímetros de longitud, cuyos extremos están señalados con los términos “no dolor” y “dolor insoportable”. Y es el paciente el que colocara la cruz en la línea en función.

Figura 3



Escala visual para los niños. Este tipo de escala de evaluación del dolor fue creado por Wong en 1986. Este tipo de escala esta formada habitualmente por seis expresiones faciales, siendo la primera cara muy sonriente y la ultima triste y llorosa, mientras que los rostros intermedios muestran diferentes grados de felicidad y tristeza

Figura 4



Examen mental: Con funciones mentales conservadas orientadas en las tres esferas: tiempo, lugar y persona. Procesos de atención y concentración conservados, sin alteraciones sensoriales, consciente, memoria a corto y largo 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. No se detectan alteraciones en el juicio, su lenguaje verbal es consistente con el no verbal, respuesta psicomotriz adecuada, tipos de emociones presentes.

(http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhg/M_E_E_M.pdf)

En mi práctica durante la residencia los inventarios que se llegaron a aplicar se realizaron como una demanda hospitalaria ante procedimientos quirúrgicos en casos particulares (p. ej., legrado en paciente núbil o sin satisfacer su paridad, en el caso en que la paciente se encontraba embarazada y existía la necesidad de comenzar tratamientos como radioterapia para control de tumor, o bien casos de cirugías agresivas como laringectomías en donde al paciente se le imposibilitaría para comer en forma natural, perdería la voz, en cirugías de amputaciones de miembros, entre otros.

En el proceso de la identificación del diagnóstico fue importante detectar los pensamientos automáticos que el paciente crónico, manifestaba como parte de una sintomatología depresiva.

Beck, Rush, Shaw y Emery (1983) nos describen como en la depresión los tipos de pensamientos ante sintomatologías depresivas son: inferencia arbitraria (adelanta una conclusión sin evidencia); abstracción selectiva (su atención se centra en un detalle fuera de contexto e ignora otros detalles mas relevantes); generalización (elabora una regla general a partir de uno o más hechos aislados y

aplica el concepto a todas las situaciones similares o inconexas); personalización (tendencia a atribuirse así mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para ello); pensamiento dicotómico (tendencia a clasificar todas las experiencias como sucio, limpio, santo o pecador) y para describirse así mismo el paciente elige el extremo negativo.

La elección de la utilización de estos inventarios se realizó en base a que los principales trastornos psicológicos que forman parte de la población crónica degenerativa son: Depresión, Ansiedad, Crisis de angustia, Dificultad en Toma de decisión, entre otros.

VII.3 Realización de Nota Psicológica

La nota psicológica fue durante la residencia en hospital, la principal evidencia de la intervención con los pacientes crónico-degenerativos, es un instrumento que utilizábamos para llevar un registro y dar seguimiento a los pacientes que atendimos, dicha nota queda archivada en el expediente médico de cada paciente, se realizaron dos tipos de notas: 1)Nota de primera vez y 2)Nota de seguimiento o de evolución. La primera se utilizaba para la primera sesión en donde se colocaban datos personales, diagnóstico y plan a seguir médico, historia familiar significativa, focalización del problema, definición de la conducta problema y antecedentes de la misma (como contingencias que la mantienen) y la impresión diagnóstica psicológica. La segunda es más corta y solo abarca los avances que se están teniendo respecto de la conducta problema y datos que pudieron haber

faltado en la primera sesión y no nos percatamos de ellos, o bien datos a corroborar con los familiares o personal de salud. Así como la evolución de la técnica o entrenamiento marcado en el plan de terapia a seguir.

El formato que utilizamos para este registro de la nota psicológica que se archivaba en el expediente médico se basó en un reporte llamado SOAP, en el cual se detalla en primer lugar los datos personales del paciente seguido de lo Subjetivo, Objetivo, Evaluación y Plan a seguir, en el tratamiento psicológico.

- Datos personales, incluyendo el diagnóstico y plan médico a seguir.
- **S** Subjetivo, son observaciones subjetivas, son síntomas verbales dados por el paciente o familiar, en esta parte se coloca, quien refiere al paciente, así como las conductas problema que el mismo esta refiriendo.
- **O** Objetivo, redacción de todo aquello que el terapeuta a observado de acuerdo a su experiencia clínica, como descripción de la conducta problema y antecedentes de importancia sobre la misma, focalizando la problemática, antecedentes de la misma, contingencias que la mantienen, estilos de afrontamiento a la enfermedad, tipo de redes de apoyo, estado en la adherencia, si existía adaptación al medio hospitalario, el grado de asertividad, se realiza un EVA examen subjetivo para medir el dolor y examen mental; entre otros adecuando a la sintomatología presentada por el paciente, examen mental.
- **A** Impresión diagnóstica o diagnóstico psicológico

- **P** Plan a seguir en la intervención psicológica del paciente, observaciones, técnicas empleadas en la sesión, así como la evolución y adherencia al tratamiento psicológico.

El **SOAP** se registró posterior a cada sesión en el Expediente Médico Oficial, como una constancia sobre los avances y procedimientos realizados en cada caso particular, tratado por el residente de psicología.

CAPITULO VIII TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICAS

Las técnicas comúnmente utilizadas fueron de corte cognitivo-conductual empleadas en la medicina conductual para pacientes crónicos como: Técnicas en solución de problemas, manejo de asertividad, identificación de pensamientos irracionales disfuncionales, adaptación al medio hospitalario mediante técnicas de distracción, modelamiento encubierto, sesiones psicoeducativas con información sobre el padecimiento y su tratamiento (debido a que en la relación médico-paciente muchas de las veces el enfermo por el alto nivel de ansiedad que maneja no capta o comprende la información proporcionada y/o también por el poco tiempo y habilidades de comunicación que el médico tiene para dedicarle a cada paciente), habilidades de afrontamiento adecuadas para la adaptación a la enfermedad.

VIII.1 Reestructuración cognoscitiva

Según Beck (1995) la intensa emoción negativa es dolorosa y puede ser disfuncional, si interfiere con la capacidad del paciente de pensar claramente, de solucionar problemas, actuar con efectividad, es necesario que el paciente sepa la diferencia entre lo que piensa y lo que siente emocionalmente, así mismo debe identificar la situación, el pensamiento automático y la respuesta fisiológica que se ocasiona. Se debe localizar el pensamiento que origina la emoción así como la conducta disfuncional, para determinar lo que el distrés ocasiona en el pensamiento e identificar si está acompañado de reacciones fisiológicas,

emocionales y conductuales. El terapeuta y paciente evalúan el pensamiento, lo prueban y validan y desarrollan una respuesta más adaptativa, valorando la disminución de la emoción negativa.

De acuerdo a Beck (1995) el paciente experimenta pensamientos negativos, que invaden su mente de forma espontánea (pensamiento automáticos), a estos cogniciones las llamó pensamientos negativos y por su contenido las clasificó en: aquellas que hacen referencia a sí mismo, al mundo y las referidas al futuro; comenzó a intervenir con el paciente y le pidió, evaluar e identificar estos pensamientos y se dio cuenta que al hacerlo el paciente era capaz de forma más realista.

La siguiente figura es un formato, formulado en base al auto-registro propuesto por Beck para la terapia cognitiva.

Figura 5

Adaptación del auto-registro formulado por Beck (1976), por Ruiz (1990).

Situación o acontecimiento	Estado emocional (intensidad 0-10)	Pensamiento automático (grado de creencia 0-10)	Conducta y resultado	Cambio de pensamiento automático (grado de creencia 0-10)	Cambio de conducta	Nuevo estado emocional (intensidad 0-10)
	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

VIII.2 Solución de problemas

De acuerdo a la literatura las terapias cognitivo conductuales reflejan una importante aplicación a distintos problemas comportamentales las cuales surgen con Ellis en 1962, tras su publicación.

Mahoney y Arkhoff (1978) dicen distinguir tres grupos de terapias: la reestructuración cognitiva, terapia de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones y terapia de solución de problemas (SP).

Las terapias de solución de problemas se subdividen en tres: a) terapia de solución de problemas de: D'Zurilla y Goldfried (1971); b) terapia de solución de problemas interpersonales de: Spivack y Shure (1974) y c) ciencia personal de: Mahoney (1974-1977).

Para Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, Houts (1999) un sujeto con solución de problemas efectiva se motiva a resolver problemas, posee características como: expectativas altas del suceso, baja impulsividad, es sistemático y persistente; asertivo, baja ansiedad y concepto positivo de sí mismo; en cambio la ineffectividad en solución de problemas, reporta gran número de problemas de vida, más síntomas físicos y de salud, mayor ansiedad, depresión y estrés psicológico; esta ineffectividad se asocia con distrés emocional e inadecuado ajuste psicológico.

Para Zurilla y Goldfried (1971) la solución de problemas (SP) es una técnica de modificación de conducta que facilita una conducta eficaz, es un proceso cíclico,

en cinco etapas. Zurilla (1986) analizó el fundamento de la cual parte esta técnica en donde los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas y de que de unas a otras personas existen diferencias en esta habilidad, esto implica que las personas que resuelven adecuadamente sus problemas suelen tener una adecuada competencia social. Según, Labrador, Cruzado y Muñoz (1993) aquellos que carecen de dicha competencia para solucionar problemas pueden ser entrenados para solucionar tanto problemas cotidianos como problemas más importantes, problemas clínicos o comportamentales.

La Terapia en Solución de Problemas (TSP) según Nezu et al. (1999) ha ayudado a pacientes con cáncer que se encuentran en situaciones de vida distresantes tales como diagnóstico y tratamiento, reduciendo emociones tales como ansiedad, odio, síntomas depresivos e inadecuados afrontamientos futuros; problemas con decisiones para la toma del tratamiento médico se relacionan con dificultades asociadas con la situación tales como la falta de información médica, incluyendo sentimientos que impiden el pensamiento lógico, evitación, odio sobre el peso del diagnóstico o muerte.

D'Zurilla y Goldfried (1971) definieron la SP como un proceso conductual en el cual están disponibles una gran variedad de respuestas alternativas para atacar una situación problemática y aumenta la probabilidad de encontrar la respuesta más efectiva de entre estas alternativas. Idearon una estrategia de solución de problemas en cinco pasos para hallar soluciones nuevas a cualquier tipo de

problema. Definieron al problema como el fracaso para encontrar una respuesta eficaz, una situación puede convertirse en problemática si se utiliza una respuesta que parece eficaz en un primer momento pero que finalmente resulta desastrosa. El proceso de solución de problemas sirve para evaluar las consecuencias de falsas soluciones a corto plazo y sugiere respuestas alternativas que son útiles a largo plazo.

D'Zurilla y Golfried (1971) nos indican que la técnica en Solución de problemas se basa en 5 pasos:

1. Orientación general (orientación al problema: los factores actitudinales)
2. Definición y formulación del problema
3. Generación de alternativas (soluciones alternativas)
4. Toma de decisiones (evaluación y selección)
5. Verificación de la solución (Ejecución y verificación).

1. Orientación hacia el problema

Se pretende que el sujeto acepte el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y de que es posible hacerles frente de forma eficaz, reconozca las situaciones problemáticas cuando ocurren e inhiban la tendencia a responder de forma impulsiva o sin hacer nada. Es importante aclarar que este punto de la técnica contiene el componente motivacional.

Como variables importantes en este punto son:

- La percepción del problema (reconocimiento y etiquetación), a veces es difícil reconocer un problema, cuando la información está incompleta o no está disponible, otras veces el problema se niega hasta que finalmente hay que enfrentarse al mismo.
- Atribución del problema, la atribución de los problemas positiva lleva a atribuir al ambiente la causa de los problemas junto con factores personales transitorios y no a defectos o anormalidades personales estables. Una atribución negativa sería resultado de una autoevaluación negativa, afecto negativo y tendencias de evitación e inhibición en la ejecución de SP.
- Valoración del problema: Al valorar positivamente un problema la persona lo percibe como reto beneficio potencial para su bienestar, por lo que se enfrentará a la situación problemática y emprenderá actividades para solucionarlo. En cambio una valoración negativa del problema conducirá probablemente o resultará en ansiedad, evitación y dificultad para solucionar tal problema.
- El control personal: (Expectativas de resultado y expectativas de autoeficacia de Bandura, 1977) Abarca dos componentes la probabilidad de que un individuo perciba un problema como resoluble y controlable y la probabilidad de que un individuo crea que es capaz de solucionar un problema con sus propios esfuerzos.
- Compromiso tiempo/esfuerzo: presenta dos componentes, la probabilidad de que el individuo estime adecuadamente el tiempo que le llevaría solucionar un

problema y la probabilidad de que el individuo quiera dedicarle tiempo y esfuerzo para solucionar el problema.

Los resultados de una investigación realizada por Cabrera, Urrutia, Vera, Alvarado y Vera-Villarroel (2005) plantean que el diagnóstico de una enfermedad como cáncer se convierte en un suceso estresante en la medida que es una situación desconocida e incontrolable para las personas que afecta su bienestar físico y psicológico. Los pacientes que más tiempo llevan con la enfermedad podrían estar más habituados a las características de la enfermedad así como también a las exigencias del tratamiento.

Los pasos a seguir en ésta técnica serían:

a) Incrementar la sensibilidad hacia el problema y decidir la ocasión para la actividad de SP.

- Centrar la atención sobre expectativas de SP positivas y evitar preocupaciones improductivas y de pensamientos autopreocupantes.
- Maximizar los esfuerzos y la persistencia en vista de los obstáculos y del estrés emocional y minimizar la angustia emocional perjudicial mientras intenta maximizar la probabilidad de estados emocionales positivos facilitadores.

b) Definición y formulación del problema. Implica la recolección de información, ya que si el problema está bien definido se tiene ya resuelto una gran parte, es

importante conocer la información de la tarea, como la información social y conductual. La primera se refiere a las demandas y exigencias asociadas a un adecuado funcionamiento en diferentes roles de la vida (empleo, madre, esposa, etc.). Si no se tiene información suficiente es necesario buscarla para llegar posteriormente a una alternativa para solucionarlo. Después de la recolección de información es necesario cambiar los conceptos ambiguos, vagos y poco familiares por otros específicos, concretos y familiares. Con ello se diferencia la información relevante de la irrelevante pasando a utilizar hechos objetivos, desechando asunciones, inferencias e interpretaciones no verificadas. Establecer la meta es una parte importante en este paso, que va a generar soluciones alternativas así como el modo de evaluar la situación. El significado del problema se reevalúa considerando los beneficios y los costes, tanto a corto como a largo plazo de solucionar versus no solucionar.

c) Generación de soluciones alternativas

El propósito de esta fase es tener tantas soluciones alternativas como sea posible para que así maximicemos la probabilidad de que la solución esté entre ellas. A través de la tormenta de ideas de Osborn (1963) que presenta tres principios: el principio de cantidad, sugiere que entre más soluciones alternativas se produzcan más calidad de ideas estarán disponibles; el principio de aplazamiento de juicio, se refiere a que una persona generará más soluciones si no tiene que evaluar dichas soluciones en ese momento y el principio de variedad, dice que entre mayor es el

rango o variedad de ideas de solución más ideas de buena calidad serán descubiertas.

d) Toma de Decisiones

El objetivo es evaluar (comparar y juzgar), las alternativas disolución disponibles y seleccionar la mejor (o mejores) para ponerla en práctica en la situación problemática. Basada en cuatro criterios costo/beneficio:

Resolución del problema (probabilidad de alcanzar la meta de solución del problema).

Bienestar emocional (calidad del resultado emocional esperado).

Tiempo/esfuerzo (cantidad de tiempo y esfuerzo esperado a ser requerido).

Bienestar personal y social en conjunto (razón coste/beneficio esperado total).

Aún si se utilizan los criterios anteriores la persona puede variar en sus evaluaciones de los resultados de la solución a causa de diferencias en normas, valores y compromisos personales. Por eso es necesario que se puntúe el grado de satisfacción con el resultado esperado para cada solución. El sujeto puntúa en una escala de 0 a 10 el valor de la utilidad esperada

“La SP, ha sido utilizada como habilidad en bebedores problema” (Sarafino, 1994)

“El biofeedback, la relajación y la SP se han utilizado en la medicación de hipertensos, asmáticos y los precipitantes que agravan sus ataques. Emplearon la

SP para situaciones que suscitan respuestas emocionales que conducen a crisis del paciente” (Beneit, 1994).

Soriano José (2002) propone que el afrontamiento tiende a identificarse con la confrontación o con las acciones directas que las personas emplean para resolver los problemas, tendiendo a considerar que las personas “no afrontan la situación” cuando intentan evitarla o cuando salen huyendo, procurando encontrarse directamente con el problema en que se encuentre la persona. En el caso del cáncer, el afrontamiento se refiere a las respuestas cognitivas y conductuales de los pacientes ante el cáncer, comprendiendo la valoración (significado del cáncer para el sujeto) y las reacciones subsiguientes (lo que el individuo piensa y hace para reducir la amenaza que supone el cáncer. También se asocia a las demandas específicas (o estresores) de una situación dada del cáncer (como por ejemplo el impacto psicológico inicial del diagnóstico o los efectos colaterales de la quimioterapia o radioterapia o la prolongada duración de la rehabilitación.

VIII.3 Entrenamiento en asertividad (role-playing)

Para Beck et al. (1983) la asertividad se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc. El role-playing (juego de roles) implica la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente o ambas y la subsiguiente interacción social basado en el papel asignado. Esta técnica puede emplearse en el paciente deprimido con éxito. Esta técnica también

puede emplearse para mostrarle al paciente un punto de vista alternativo o para elucidar factores que interfieren con la expresión adecuada de las emociones.

VIII.4 Detección de pensamientos automáticos

Una vez que el paciente reconoce la presencia de imágenes y pensamientos automáticos, el terapeuta pone de manifiesto un proyecto diseñado para poner de manifiesta las cogniciones inadecuadas. Lo que se le dice al paciente depende del problema concreto que se este investigando. Lo más frecuente suele ser que se le de la indicación de atrapar todas las cogniciones posibles y registrarlas en un cuaderno, un ejemplo podría ser en lugar de escribir “experimente el sentimiento de que era incompetente en el trabajo”, en lugar de ello como si estuviera en una conversación diría “soy incompetente en el trabajo”, reproducción más precisa del pensamiento automático.

Si el paciente no puede en ese momento pensar en cogniciones, se le pide las escriba durante un momento en la tarde –procedimiento útil como distractor en pacientes con pensamientos depresivos recurrentes-

Otro método consiste en identificar en conjunto con el registro de las cogniciones las situaciones ambientales que tienen relación con el paciente. p. ej., una paciente manifestó que “los peores momentos del día son entre las 7 y 9 de la mañana, durante este periodo era cuando preparaba el desayuno de su familia. Y al analizar su registro se percata que lo que hacía al preparar el desayuno era compararse con su madre quien se mostraba irritable y con ganas de discutir por la mañana, y terminaba diciéndose cuando los niños se portaban mal, “no te

enfades o terminaran odiándote”, pero no podía contenerse y explotaba y terminaba diciéndose soy peor que mi madre. Al revisar en conjunto con el terapeuta, la refutación de su creencia de que cualquier muestra de enfado con sus hijos haría que sus hijos la odiasen para siempre (Beck et al. 1983).

VIII.5 Aserción encubierta

Reduce la ansiedad a través del desarrollo de la interrupción del pensamiento y la sustitución del pensamiento.

A la primera indicación que el pensamiento habitual que sabemos nos lleva a sufrir emociones desagradables se interrumpe el pensamiento usando por ejemplo: la palabra basta, o alguna otra técnica interruptora. Entonces se llena el hueco por un pensamiento previamente preparado que sea más realista, asertivo y constructivo. La interrupción del pensamiento funciona como una táctica distractora y crea un espacio en la cadena de pensamientos para dar lugar a una aserción positiva. De esta forma la emoción negativa queda cortada antes de que pueda surgir, y se crea un circuito para desarrollar aserciones positivas adicionales (McKay, Davis, Fanning 1987).

VIII.6 Desensibilización sistemática

Técnica desarrollada por Joseph Wolpe (1958) el cual estaba influenciado por la relajación progresiva de Edmund Jacobson para inhibir niveles de ansiedad altos. En un principio la técnica se dirigía a entrenar a la gente en la relajación progresiva y después tenía que buscar situaciones de la vida real con niveles

progresivos de estrés, las cuales son capaces de provocar niveles de ansiedad transferibles a situaciones de la vida real. Sus principios son básicos, a) una emoción puede contrarrestar otra emoción y b) es posible llegar a acostumbrarse a las situaciones amenazadoras.

Un niño con temor a la playa, pero esta emoción esta contrarrestada por la presencia del padre, el padre desensibiliza permitiendo que el niño se habitué al agua gradualmente, con pasos fáciles, primero mira el oleaje, se moja la punta de los pies con la espuma, sumergir los pies en el agua, y así sucesivamente hasta que el niño juega en el agua.

Se debe practicar la visualización sistemática, con la lista de temores que se ha realizado previamente, se les dará una jerarquización desde aquel que produce menor ansiedad a mayor. Después de elegir cual escena produce menos ansiedad, hay que imaginar que es lo peor que puede suceder relacionada con ese miedo y describir la escena vívidamente, y se le dará un valor de 5 a la escena mas suave y de 100 a la peor (dando un a la unidad subjetiva de ansiedad) y así progresivamente ir reduciendo la reacción de ansiedad hasta el temor que menos ansiedad presenta. Estas visualizaciones se irán controlando una a una utilizando simultáneamente la técnica de relajación (McKay et al. 1987).

VIII.7 Relajación progresiva (abreviada)

Tensar cada grupo de músculos de 5 a 7 segundos y después relaje los de 30 a 30 segundos. 1) Tense los puños, los antebrazos y bíceps en una pose culturista, relájese; 2) Arrugue todos los músculos de la cara (como una nuez) y haga girar

su cabeza en círculo para aflojar el cuello, relájese; 3) Realice dos respiraciones profundas con el pecho y otra con el estómago mantenga el aire y relájese; 4) Tense las piernas dos veces, una con la punta de los pies estirados y la otra con la punta de los dedos de los pies hacia la cara, relájese. Respirar es la llave de la relajación, entre los ejercicios realice profundas inspiraciones con el estómago, repítase a sí mismo palabras como relájate, cálmate, abandónate, mientras se esta inspirando (McKay et al. 1987).

P. ej., el caso de un paciente oncológico, que ha desarrollado vomito y nausea anticipatoria asociada a la aplicación de la quimioterapia. Previamente se realiza una lista con factores (actividades, pensamientos, olores, etc.) que mas nausea y vómito le producen al paciente y se les asigna una jerarquía de menor a mayor malestar, (el paciente previamente ha sido entrenado en relajación progresiva) se comienza a trabajar imaginando la situación que menos malestar le produce hasta llegar a producir síntomas de ansiedad y malestar, entonces el paciente deberá ejecutar la relajación progresiva, eliminando la sintomatología de malestar y así progresivamente hasta que logre dominar la actividad que mas malestar le produce y posteriormente se lleva la práctica a la vida real con la aplicación de quimioterapia y los consiguientes síntomas de malestar; se observaba un mejor dominio y autocontrol del paciente ante la situación, logrando cada vez más dominar las situaciones hospitalarias que anteriormente le producían el malestar como el caso del olor hospitalario.

VIII.8 Inoculación de estrés

Enseña como afrontar y relajarse. Una respuesta de miedo o cólera puede concebirse como la unión de dos elementos: una elevada activación fisiológica (aumento de la tasa cardiaca y respiratoria, sudor, tensión muscular, escalofríos un nudo en la garganta); y pensamientos que interpretan la situación como peligrosa, amenazadora, o injusta y que atribuyen la activación fisiológica a las emociones de miedo o cólera. Esta técnica incluye la relajación progresiva, de modo que cada vez que se experimente la situación de estrés pueda relajarse. Posteriormente deberá elaborarse una lista de síntomas productoras de estrés y ordenarla desde los ítems menos estresores hasta los mas estresores. Posteriormente debes de asignar un valor subjetivo a cada estresor, mediante una “unidad subjetiva de ansiedad” USAS. Después se aprenderá a evocar cada una de esas situaciones en la imaginación y como relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación estresora, el segundo paso es crear pensamientos de afrontamiento al estrés, los cuales se utilizaran para contrarrestar los automáticos habituales, la evocación de los pensamientos estresores se realiza desde el que menos usas tiene e irse relajando conforme se va avanzando y se va realizando la relajación hasta que se llega al estresor que mas usas tiene, y una vez que se encuentra relajada introducir pensamientos de afrontamiento al estrés, posteriormente el ejercicio se introduce en la vida real eligiendo el ítem que menos USAS tenga (McKay et al. 1987).

VIII.9 Visualización

La visualización es una herramienta útil para conseguir un mayor control de la mente, las emociones, y el cuerpo y para efectuar cambios en la conducta.

Las imágenes visuales pueden usarse como un negativo para positivar sus vidas.

La mera sugerencia de una forma alternativa de ser o de comportarse puede desencadenar cambios sutiles que pronto se pongan de manifiesto en dramáticas mejorías. Técnicas que pueden usarse para aliviar la tensión muscular, reducir o eliminar el dolor, y facilitar la recuperación de una enfermedad o herida. Cada vez que se practique la imaginación es necesario previamente relajarse, El siguiente ejercicio combina la imaginación con la relajación progresiva.

La escena imaginada puede una escalera eléctrica y contando lentamente hasta 10 en orden descendente 10....9...8...7...va a llegar hasta un sendero ubicado, en la montaña, playa, incluso en las nubes, este se puede adornar con detalles para hacer más vivida la experiencia como: forma, color, luz, temperatura, sonido, textura, gusto y olor, mírese mentalmente las manos, la ropa que lleva puesta, note como se siente en ese lugar especial, y relájese aun más, continúe relajándose en ese lugar, cuando este listo para regresara de ese lugar imagínese regresando a esas escaleras y contaremos nuevamente hasta 10 1...2...3...4...vuelva a la realidad y abra los ojos (McKay et al. 1987).

CAPITULO IX CASOS CLÍNICOS

Los siguientes casos son intervenciones psicológicas realizadas durante mi residencia.

CASO 1

Elena. 28 años, Diagnóstico Médico: Cáncer de Ovario Células Esteroideas. Soltera. Sin hijos. Vive con sus padres (jornaleros) y tiene 9 hermanos (5 casados, viven independientes) Escolaridad: Nula (Sabe leer y escribir) Ocupación: hogar Religión: Católica. Originaria de Guanajuato. Dificultad económica -no cuentan con servicios urbanos.

Diagnostico médico

Ingresa al hospital el 15 de noviembre 2000, se le práctica una resección de tumoración mamaria del lado derecho, sin reporte histopatológico 22 de septiembre 02, se opera por tumoración de ovario izquierdo (oforectomía). Actualmente se presenta una tumoración pélvica y hay presencia de metástasis.

El sistema de diagnóstico esta basado en el sistema SOAP.

S. La paciente refiere estar desesperada ante la expectativa de desconocer el procedimiento que se seguirá, está preocupada por su familia quiere esperar resultados y el plan a seguir en su tratamiento. Manifiesta miedo de que el cáncer este tan avanzado que no se pueda controlar, temor a irse a otro hospital Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), desconocer áreas de atención y al mismo personal, manifiesta pensamientos de desesperanza y frustración por no poder regresar a su pueblo. Su estilo de afrontamiento es evitativo, presenta dificultad al relacionarse socialmente (no se atreve a preguntarle al médico o

enfermera lo que necesita o bien sobre sus avances de la enfermedad, tampoco se atreve a preguntar a sus papás sobre que pasará si ella empeora más y su enfermedad se complica para tomar una decisión), lo que conflictúa el trato médico-paciente, le causa represión emocional, no posee red social. Le gusta pensar: "no tengo nada, no estoy enferma; esto lo hago para no sentirme triste".

O. En el inventario de depresión de Beck, presenta una puntuación de 30 con Sintomatología Moderada, inventario de Ansiedad de Beck, presenta una sintomatología Severa, con una puntuación de 40.

A. Diagnóstico Médico. Cáncer de Ovario

P. Identificación de pensamientos automáticos generadores de ansiedad y detención de pensamiento para posibilitar los pensamientos alternativos que generen tranquilidad y entrenamiento en técnicas asertivas. Por la premura del tiempo respecto al limitado número de sesiones por el probable cambio al hospital se limita el tratamiento al manejo de la asertividad y los pensamientos automáticos que limitan su relación con el personal de salud.

Desarrollo. Identificación de pensamientos automáticos que le producen malestar (depresión moderada y ansiedad severa) por medio de un auto-registro que le sirve de distracción porque se le dio la instrucción de llenar el registro al momento realizando una detención de pensamiento al aparecer estos pensamientos. Se le asignó un valor al grado de malestar en la emoción (0 nada de malestar y 10 el máximo malestar de los síntomas depresivos y/o de ansiedad que aparecieron), una vez que se obliga al pensamiento automático a detenerse se da lugar a pensamientos alternativos (p. ej. Voy a tener que hablarle a mis hermanos porque

ya nació mi sobrinito y ejecutar la acción, o bien platicar con la compañera de cama que me cae bien porque me cuenta del lugar donde nació), de esta manera identificaba en el registro los principales síntomas que aparecían al comenzar los pensamientos automáticos, para de esta manera poder detenerlos. Un ejemplo de pensamiento automático que le producía malestar es “en el otro hospital no conozco a las enfermeras y no se donde están los consultorios”, este pensamiento fue cambiado por un alternativo que le conducía a una acción específica; se le proporciona información de cómo el no tener miedo a comunicarse con el personal de salud, le permite obtener la información que quiere y de esta manera no seguir preocupada, por lo que se le pidió que realizara practicas como: preguntar a la trabajadora social ¿Porque eran necesarios tantos donadores de sangre para el hospital? (esto era algo que la molestaba); además se le invitó a preguntar en la visita del médico sobre el resultado de sus estudios y el procedimiento que se seguiría (se ensaya la manera en que ella hará la pregunta al médico su pensamiento automático al intentar preguntar es “el médico siempre lleva prisa, parece que está enojado conmigo y habla muy fuerte”, se le pide que piense si solo en el espacio que ocupa ella el medico se comporta así y ella comenta que no, entonces él no está molesto con ella; le informo que es parte de su personalidad y que el médico parece que lleva mucha prisa porque debe atender a muchos pacientes. Elena hizo la pregunta a su médico estando presente el terapeuta, pero no había aún resultados y ella hace la pregunta al día siguiente sin la presencia del terapeuta. Posteriormente ante el pensamiento "me da miedo morir", se indagaron los principales temores, para poder ir analizando las ideas

irracionales p.ej., ante el temor de que sus padres no tendrán dinero cuando ella muera “¿que harán mis papás cuando se regresen al rancho y no tengan trabajo?”, comenta que ha querido hablar de eso con sus papás pero que ellos no quieren, se trabaja con sus padres, para que acepten la plática que ella desea entablar con ellos, ella habla con ellos sobre que pasará si ella muere y el padre le dice que ya compró semilla, va a sembrar un terreno a medias que no se preocupe, sus hermanos le ayudaran a sembrar. Elena al percibir que no habría dificultad económica, disminuye su nivel de ansiedad. Lo que se hizo fue identificar pensamientos automáticos, para cambiarlos por alternativos, y de esta manera disminuir los síntomas de ansiedad y generar la aparición de pensamientos que le producían tranquilidad y disminuían la molestia que los mismos le causaban; mediante el entrenamiento en asertividad se le proporcionó herramientas al ensayar la manera de enfrentar al personal de salud y a su familia sin que eso le causara ansiedad, primero por medio de ensayo de cambio de roles con el terapeuta y posteriormente realizándolo en la vida real con pequeñas preguntas al personal de salud y de esta manera ir la preparando en el caso de que se realizará el cambio de hospital al INER. Lo anterior facilitará la adaptación a la nueva institución de salud. Respecto a su temor de muerte y a la dificultad económica de sus padres se elimina la idea irracional de que sus padres sufrirían económicamente, al conocer los planes de su padre para enfrentar la situación.

CASO 2

Intervención en una paciente con Cáncer de Ovario y metástasis, en el Hospital Juárez de México

Datos personales:

Luisa. Paciente Femenino. 28 años. Casada. 1 hijo de 3 años de edad. Escolaridad. Bachillerato. Red de apoyo formada por el esposo, hermana menor (ella cuida a su hijo), sus padres son grandes y están en su ciudad de origen. Originaria de Morelia, Michoacán. Paciente referido por el Jefe de tumores ginecológicos, ante la no adherencia a los tratamientos médicos. Anteriormente fue diagnosticada y no acudió a las sesiones de radioterapia. Actualmente regresa con metástasis.

Diagnóstico Médico: Cáncer de Ovario + Metástasis + embarazo (segundo trimestre de embarazo)

Síntomas: dolor en extremidades inferiores. Se interna para observación por el embarazo de alto riesgo y se somete su caso a la junta de médicos para aprobar el tratamiento a seguir (interrupción del embarazo, para aplicar tratamiento con radioterapia y quimioterapia o bien llevar a término el embarazo y proporcionar el mayor control de la enfermedad posible; para posteriormente aplicar tratamiento).

S. Manifiesta síntomas de ansiedad y depresión como: temor a morir, deseos de llorar, deseos de salir corriendo del hospital, taquicardia, dice que siente mucho dolor en sus piernas, y su estómago le molesta, tiene cólicos, le duele la cabeza, sus piernas y manos se le enfrían, pensamientos incómodos como: “no sé que hacer, quiero tener a mi bebe y a veces no quiero saber que es, porque luego no

voy a querer que interrumpan el embarazo”; “quiero ver a mi otro hijo, lo extraño”; “ Si me muero por salvar la vida de mi bebe no me importa, pero quiero saber quien cuidará a mis hijos”; ”tengo miedo de quedarme sola”; “tengo miedo de dormir”. Los síntomas de ansiedad se incrementan al tener que decidir si prosigue con el proceso de embarazo o autoriza la interrupción del mismo para iniciar el tratamiento.

O. Antecedente de no adherencia al tratamiento médico (no permitió que se le radiara la ocasión anterior que acudió a oncología). Presenta sintomatología de dolor, ansiedad moderada de acuerdo al Inventario de Ansiedad de Beck, con una puntuación de 29 y depresión severa de acuerdo al inventario de depresión de Beck con una puntuación de 31. Dificultad para caminar, por tumoración en pierna izquierda.

A. Diagnóstico Cáncer de Ovario + Metástasis + embarazo

P. Entrenamiento en la técnica en Solución de problemas de Nezu y D’Zurilla; Entrenamiento en Relajación, combinada con la aserción encubierta; como auxiliar en el manejo de dolor y toma de decisión respectivamente.

La intervención inició en consulta externa con una sesión psicoeducativa sobre ¿qué es el cáncer?; los factores múltiples que predisponen a que este aparezca, de la importancia de internarse para poder estudiar el plan de tratamiento mas adecuado para ella y control de su enfermedad; así como una breve introducción sobre técnicas cognitivo-conductuales y su aplicación en el área de la salud y los beneficios que se tienen al ser utilizadas, por ejemplo para disminuir los síntomas

de ansiedad y depresión, así mismo se le señala como los estresores pueden aumentar los síntomas de dolor o de molestias ocasionadas por las emociones desagradables, para lograr la adherencia al internamiento en el hospital.

La paciente ingresó a piso para iniciar tratamiento y en sesión de seguimiento, se le entrenó en Relajación con tensión-distensión de pares musculares y se combinó con imaginación, haciéndole notar los síntomas y pensamientos previos a la relajación encontrando las diferencias del estar estresado a estar relajado, se le pide los enumere y anote para identificarlos, procurando al ir desarrollando la relajación que vaya asociando el estado placentero de su organismo, con estar relajada, se le pide que al iniciar los pensamientos que le causan incomodidad se realiza una detención de pensamiento, se le pidió hacer un alto a los pensamientos, imaginando un enorme letrero de “ALTO” dejando en blanco su pensamiento para iniciar la técnica de relajación.

En la posterior sesión, se revisan los síntomas y pensamientos que le causan incomodidad; manifestando que el pensamiento que le causa mayor incomodidad es que los oncólogos le están pidiendo que decida si se efectúa la interrupción del embarazo, el plan de tratamiento médico lo sometieron a la decisión de la Junta de Médicos del Hospital, esto le provocaba ganas de salir corriendo, le quita el hambre, el sueño y le dan ganas de llorar, además de que el dolor es insoportable.

En la cuarta sesión, se utiliza la solución de problemas para resolver la siguiente problemática, este ejemplo de una situación problemática le servirá para tomar posteriormente otras decisiones que le produzcan una emoción incómoda más severa: “Su hijo debe ir con sus abuelos a Michoacán dos semanas o debe

quedarse con su hermana en el DF”, el grado de ansiedad que este le producía era bajo, en el registro debía anotar el problema a resolver, así como quienes están involucrados, cuando sucede y porqué sucede; posteriormente anotar “¿Cómo me siento?” (P.ej., enojo, depresión, confusión) utilizando una escala de 0 a 10, correspondiendo el “0” a nada de tristeza, mientras que el 10 es un nivel de tristeza que le causa la mayor incomodidad sufrida; en esta misma columna anotar ¿porque lo hago? y mediante una lluvia de ideas anotar en otra columna todas las soluciones posibles para resolver ese problema, es posible combinar 2 ó más soluciones; en otra columna, deberá colocar las consecuencias positivas y las consecuencias negativas que puede traer cada una de las soluciones planteadas. Se realiza esta técnica y se pide que vaya llenando de tarea, el registro acerca del problema sobre la interrupción del embarazo, la decisión es que su hijo se vaya esos días con los abuelos debido a que ellos le darán los cuidados que el requiera, mientras que en la ciudad no hay quien lo atienda porque entran y salen del hospital.

En la quinta sesión se revisa el llenado del registro y si hubo dudas, se le pide siga trabajando en el porque aún esta incompleto. Se monitorea que se siga practicando la relajación y la aserción encubierta (un ejemplo al usar la aserción encubierta sería ante el pensamiento: “tengo que matar a mi hijo”, se le pedía que usara la palabra basta e interrumpiera la cadena de pensamientos que le seguían a este como “soy mala mamá”, y otros; para de esta manera frenar la incomodidad y evitar que los síntomas de ansiedad y depresión se incrementaran), otro ejemplo del uso de ésta técnica se observa al pedirle que piense en alguno de los

problemas que le causen menos emociones incómodas, va a pensar en el problema y la incomodidad que le causa el no poder resolverla, su pensamiento

es: “No tengo intimidad en el hospital, incluso mi esposo no tiene donde dormir”

Emoción: Frustración ante no poder irse a su casa, deseos de llorar porque no le permiten a su hijo entrar a verla. Y posteriormente a imaginar las sensaciones y pensar en el problema, hace un “ALTO” a los pensamientos negativos dejando a un lado ese pensamiento y centra su atención en empezar a practicar la técnica de relajación.

En la sexta sesión se revisa el formato de solución de problemas, respecto a la decisión de interrumpir o no el embarazo. (La Junta de Médicos en ese momento aún no tomaba una decisión) y ella toma la decisión de tener a su bebé, por lo que ella informa a su esposo que es lo que desea hacer y comienzan a contemplar las acciones que ella y su esposo tienen que seguir ante esa decisión tomada. La alegría de que su embarazo va bien y el ginecólogo le sigue aplicando inyecciones para acelerar el proceso del desarrollo fetal le da seguridad y le permite afrontar el problema pensando en el bienestar de su bebé.

Nota: La Junta de médicos nunca tomó la decisión de llevar a cabo una interrupción del embarazo, y este llega a término pero el que ella haya tomado la decisión y apoyado en todo momento esa solución, le proporciona más tranquilidad para realizar otras acciones, que se derivaban de esa solución.

La tabla que ella usó, ejemplifica el uso de la técnica en Solución de problemas, ver tabla 21:

TABLA 21				
SOLUCIÓN DE PROBLEMAS		PROBLEMA: INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO		
¿QUIÉN ESTA INVOLUCRADO?	ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA SITUACIÓN	SOLUCIONES	CONSECUENCIAS	
			POSITIVAS	NEGATIVAS
Yo y mi bebe, mi esposo dice que apoyará lo que yo decida.	¿Cómo me siento?	Interrumpir el embarazo	Me aplican la quimioterapia y radioterapia. (Puntaje 3) No le he puesto nombre porque si no lo voy a querer más. (Puntaje 1) Mi esposo me apoya en mi decisión. (Puntaje 3) Puntaje total: 6	Me sentiré muy mal.(Puntaje 4) El embarazo ya esta avanzado(Puntaje 4) El cáncer no se me quitará (Puntaje 2) Mataré a mi bebe(Puntaje 4) No me lo perdonare nunca. (Puntaje 4) Puntaje total: 18
¿Cuándo sucede?	Con dolor constante, triste, desesperada, no puedo dormir, ganas de salir corriendo, me duele la cabeza, no me gusta sentir que pierdo el control.			
Me piden que tome la decisión ahora				
¿Porque sucede?	Intensidad-dolor			
Tengo cáncer y ya se fue a todo el cuerpo y embarazo de alto riesgo, y no me pueden poner ningún tratamiento y la Dra. me regañó y me dijo ¿que porque me había ido, sin permitir que me aplicaran la radioterapia y que porqué me había embarazado?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  Pensamientos molestos = Intensidad de la molestia 9	Tener al bebe	Quiero tener otro hijo.3 Me están aplicando inyecciones para que se desarrolle más rápido el bebe, aguantaré hasta los 7meses. (Puntaje 2) Los bebés si se salvan con 7 meses, y estará la incubadora preparada. 2. No importa que me muera salvo la vida de mi hijo (Puntaje2) Si me relajo puedo controlar el dolor (Puntaje 2) Puntaje Total: 10	No me pueden aplicar tratamiento. (Puntaje 2) El cáncer avanza más por el embarazo. (Puntaje 2) Me puedo morir (Puntaje 2) Quien cuidará a mis niños. (Puntaje 3) Puntaje Total: 9
¿Qué sucede? No pueden aplicar ningún tratamiento, tengo que decidir que hago, también la junta de médicos está decidiendo que hacer.	¿Por qué lo hago? Porque debo decidir si interrumpen el embarazo antes de que este más grande el bebe.	Irme a mi casa	Cuidar a mi hijo , estar con toda la familia(2) Puntaje total: 2	No se me quitará el dolor. (Puntaje2) Me puedo morir y mi bebe también. (Puntaje 3) Puntaje total: 6
		Que me den otro tratamiento		No me pueden dar nada, le hace daño al bebe 2 No me cura 1 Puntaje total: 5
<p>Nota: Si la consecuencia es básicamente personal, se otorgan 2 puntos Si la consecuencia es básicamente social, se otorgará 1 punto Si la consecuencia es básicamente a largo plazo, se otorgan 2 puntos Si la consecuencia es básicamente a corto plazo, se otorgará 1 punto (Las consecuencias pueden ser al mismo tiempo personales y a largo plazo sumándose un valor de 4 o bien social y a largo plazo sumándose una puntuación de 3, etc.)</p>				

En las sesiones seis y siete, se revisan las contingencias que mantienen la conducta de dolor psicológico. “Tengo miedo a quedarme sola” “Y morirme estando sola”; tiene que pedir a su esposo o hermana que le den masaje en las piernas por el dolor tan intenso, teniendo que alternarse ellos dos incluso para ir a comer y no dejarla sola. Ante la presencia de los médicos, de la enfermera y de la terapeuta se tranquiliza e incluso mueve las piernas un poco más sin necesitar ayuda, levanta sola las caderas para que la enfermera le coloque el cómodo. Se le pide realizar un registro de dolor, anotando las horas en las que el dolor se hace mas intenso, detallando todo lo que rodea a la sensación de dolor, con quien suele estar a esa hora, también se le pide que anote si la Clínica de dolor, acude puntual o no, a administrar el medicamento, que actividades realiza ella a esa hora; que pensamientos tiene.

Al analizar su registro, Luisa se da cuenta que el dolor es mas intenso por la tarde porque en el EVA registra una medida subjetiva con una puntuación de dolor de 10, siendo el máximo dolor soportado y cómo ya se acerca la hora de dormir, no desea quedarse sola esa noche en el hospital, comienza a tener pensamientos como “tengo miedo de morir mientras duermo y no deseo estar sola”, también es momento en que el marido llega del trabajo y comienza a apoyarla en todo lo que hace; le ofrece un vaso de agua, le acomoda las piernas en posición inclinada sobre una almohada, comienza a darle masaje. La paciente se da cuenta que justo en ese momento el dolor se hace mas fuerte y su temor incrementa el dolor, mientras su pensamiento es: “mi marido podría no estar conmigo cuando muera”.

Plan: Se le pide al marido que la invite a que ella sola se incorpore, se sirva agua

o tome su medicamento sola y cada vez que lo realice le haga notar que si puede y que le da mucho gusto ver su avance, porque se preocupa, de que al no estar ella no tenga quien la ayude. Se le pide a la hermana también que permita que la paciente realice las actividades que puede hacer estando recostada y se le pide le traiga una TV y un tejido para distraer su pensamiento.

Mediante el registro de dolor, Luisa nota que los síntomas aparecen cuando piensa en su temor a quedarse sola y al hacer consciente este pensamiento automático, ella sabe que tiene que cambiar ese pensamiento y modificarlo por otro que la tranquilice. Se analiza su temor a la muerte y ella manifiesta que tiene pendientes al no saber quien cuidará a sus hijos, cuando muera. Se le sugiere proponer soluciones para evaluar que hacer.

Los días posteriores el registro de dolor, señala una disminución con un EVA de 6 a 7 por la tarde. Utilizó la técnica de relajación en esa hora pues el dolor se ha incrementado en la pierna por el aumento del tumor, el cual esta presionando los tejidos vecinos, así como el crecimiento de su vientre por el bebe, por lo que se le indica no utilizar ejercicio de tensión-distensión en esa pierna ni en abdomen. El ejercicio le da sueño y le permite descansar hasta las 4:00 hora en que le administran más medicamento. Se le ha sugerido a la paciente que solicite a la enfermera o bien el familiar acuda a buscar media hora antes a los residentes de la Clínica del Dolor, para que no se pase la hora de la administración del medicamento.

Sesión número ocho, la paciente manifiesta que tiene un pensamiento que le esta causando conflicto y molestias de ansiedad, "Me preocupa que si muero mis hijos

o mi hijo no tengan quien se haga cargo de ellos”, todos mis hermanos están casados excepto mi hermana menor ella siempre me ha ayudado y se que quiere a mi hijo, y yo deseo que sea ella quien cuide a mi hijo, pero cuando empezamos a hablar de que puedo morir ella no quiere hablar y me dice que todo estará bien, que no piense en eso que me recuperaré.

Plan. Se realiza una toma de decisión, donde la solución es pedir a su hermana que si ella muere cuide de sus hijos, pero se muestra titubeante ante la idea de tener que decirle porque no sabe como hacerlo, se ensaya el diálogo que tendrá lugar con la hermana entre el terapeuta y la paciente, asumiendo el terapeuta el rol de la hermana. La paciente comenta con su esposo la decisión de hablar con su hermana, para sentir mas tranquilidad al manifestar a su hermana su deseo, su esposo la apoya y le dice que esta bien que hable con ella. La paciente habla con su hermana y la hermana acepta, la paciente se muestra tranquila manifestando estos pensamientos: “Sé que si muero mis hijos tendrán en mi hermana un buen ejemplo, quien los aconseje y cuide en la vida si muero”.

La paciente es dada de alta y ante la imposibilidad de darle seguimiento externo (debido a su incapacidad para desplazarse) se le dice que se le esperará en su próximo ingreso al hospital. A los 6 meses y medio de embarazo, regresa nuevamente al hospital, presenta ganglios con tumoraciones en todo el cuerpo, a pesar de los esfuerzos del ginecólogo el producto se encuentra con un desarrollo levemente mas adelantado pero se decide efectuar el parto, ante la posibilidad de presentarse dificultades en la pierna de la paciente por la presión del tumor en los tejidos y la ineffectividad de la circulación de la sangre en la misma.

El bebé nace vivo y se queda en la incubadora, pero fallece al tercer día lo que ocasiona más síntomas depresivos en la paciente ante el duelo por el bebe. Ese fin de semana se pide permiso al jefe de oncología para que permita el acceso de su hijo a visitarla, esto le da energía para seguir con el tratamiento.

La paciente es llevada a radioterapia y el tener que permanecer en la plancha dura durante 5 minutos aproximadamente representa para ella un gran esfuerzo por el dolor que esto le ocasiona, mediante la técnica de relajación se ayuda a soportar el tratamiento.

Ella egresa nuevamente del hospital al terminar las primeras sesiones de radioterapia y es citada al tratamiento por consulta externa, se dificulta el seguimiento a la paciente, ya que al terminar ella tiene que retirarse rápidamente porque va hacia su casa. La adherencia se manifiesta al no faltar a sus radiaciones y seguimientos en consulta externa, dice estar contenta por ver a su hijo. Realiza un testamento, y legalmente su hermana adopta a su hijo.

BIBLIOGRAFIA

- American Cancer Society. <http://www.cancer.org/Espanol/servicios/Tratamientosyefectossecundarios/Radioterapia/fragmentado/principios-de-la-radioterapiacs-ts-sideeffe-when-certain-areas-are-treated>.
- American Psychiatric Association. (1994). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR).
- Barber, J., (2003). Tratamiento del dolor mediante hypnosis y suggestion.: Desclée de Brower.
- Bazán, R., (2003). Contribuciones de la psicología de la Salud en el ámbito hospitalario de México. México. Psicología y Ciencia Social. Universidad Nacional Autónoma de México, Vol. 5, Núm. 1, sin mes, 20-26
- Beck, A., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1983). Terapia Cognitiva de la Depresión.: Desclée de Brouwer.
- Beneit, M.P.J., (1994). Aspectos psicológicos de la diabetes. Enfermedad Crónica. Psicología de la Salud, Reig, Rodríguez – Mira.: Mendoza, Buenos Aires, 257-271.
- Beneit, M.P.J., (1994). Aspectos psicológicos de la hipertensión esencial. Psicología de la Salud, Reig, Rodríguez – Mira.: Mendoza, Buenos Aires, 225-237.
- Beneit, M.P.J., (1994). Aspectos psicológicos del cáncer. Psicología de la Salud, Reig, Rodríguez – Mira.: Mendoza, Buenos Aires, 239-255.
- Beneit, M.P.J., (1994). La Enfermedad Crónica. Psicología de la Salud, Reig, Rodríguez – Mira.: Mendoza, Buenos Aires, 225-237.
- Beutler, L.E. & Harwood, TM. (2000). Prescriptive psychotherapy. A Practical Guide to Systematic treatment Selection.: Oxford University Press.
- Boletín informativo. Estadísticas Sanitarias Mundiales. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/whosis/whostat/fr/index.html>
- Bravo, G.M.C., (2010). Intervención en crisis ante el diagnóstico de cáncer de mama. Revista electrónica de psicología Iztacala. Septiembre. Vol 13. No.3
- Buela-Casal, G., Caballo, V.E. & Sierra, J.C., (1996); Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud.: Siglo XXI

- Cabrera, P., Urrutia, B., Vera, V., Alvarado, M. & Vera-Villarroel, P. (2005). Ansiedad y depresión en niños diagnosticados con cáncer. Universidad de Santiago de Chile, USACH. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.
- Calles, E.J. & García, R.E. (2000). Fisiopatología de la Diabetes Mellitus Tipo 2. Avances en Diabetes.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. & Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 267-283.
- Cornier, W. & Cornier, L. (1994). Estrategias de entrevista para terapeutas.: Bilbao
- D'Zurilla, T.J. & Goldfried, M.R. (1971). Problem Solving and Behavioral Modification, *Journal Abnorm Psychology*. Aug, Vol.78, No. 1, 107-126
- De los Ríos, C.J.L., Sánchez-Sosa J.J., Barrios, S.P. & Guerrero, S.V. (2004) Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del IMSS*. Volumén 42. No.2.
- Duque, R.L.G. & Rubio, V.H. (2006). *Semiología Médica Integral*. 1ª Edición.: Universidad de Antioquía.
- Facultad de Psicología UNAM. (2010). Programa de Residencia en Medicina Conductual. http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/residencia_04.pdf
- Fernández, A.I. (2004). Alteraciones psicológicas asociadas a los cambios en la apariencia física en pacientes oncológicos *Psicooncología*. Vol. 1, Núms. 2-3, 169-180
- Font, A. (2003). Guía de tratamiento eficaces contra el cáncer, en M. Pérez, J. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (coordinadores). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II*. Psicología de la salud. Madrid.: Pirámide.
- Friedman, M., Thoresen, C.E., Gill, J.J., Ulmer, D., Powell, L.H., Price, V.A., Brown, B., Thompson, L., Rabin, D.D., Breall, W.S., Bourg, E., Levy, R. & Dixon, T., (1986). Alteration of type a behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: Summary results of the recurrent coronary prevention project. *American Heart Journal*, v112 n4, 653-665.
- Garduño, C., Riveros, A. & Sánchez-Sosa, J.J. (2010). Calidad de Vida y Cáncer de Mama: Efectos de una Intervención Cognitivo Conductual. Universidad Nacional Autónoma de México.Facultad de Psicología. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. Vol 1 Num 1 8-2010 69-80

- Grau, A.J.A., Llantá, A.M.C., Chacón, R.M. & Fleites, G.G. (1999). La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. El Vedado, La Habana, Cuba. *Rev. Cubana Oncología*; 15-1:49-65
- Heinze, G., Torres, R.A., Serrano, C., Almanza, J.J., López, G.D., Zamora M., Lara, T.H., Fernández, M.A., Vargas, B., López, J., Lara, A., García, M. J. A., Berlanga, C., De la Peña, F., Corona, F. & Verduzco, W. (2002). Programa de Acción Salud Mental, Programa específico de depresión. <http://sersame.salud.gob.mx/depresion.htm>
- Henoch, I., Bergman, B., Gustafsson, M., Gaston-Johansson, F. & Danielson, E. (published online, 2007). The Impact of Symptoms, Coping Capacity, and Social Support on Quality of Life Experience Over Time in Patients Lung Cáncer.
- Instituto Nacional del Cáncer. Institutos nacionales de la Salud. <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/cuidadores>.
- Isselbacher Kurt J., Braunwald Eugene, Wilson Jean D., Martin Joseph B., S. Fauci Anthony y Kasper Dennis L. (1994). Principios de Medicina Interna. Harrison. Madrid.: Mc.Graw Hill Interamericana. Vol. 1 57-62
- Kumanyika, S.K., Van, H.L., Bowen, D., Perri, M.G., Rolls, B.J., Czajkowski, S.M. and Schron, E. (2000). Maintenance of Dietary Behavior Change. *Health Psychology*, Vol. 19, No. 1. Page 42-56
- Labrador, F.J.; Cruzado, .A. & Muñoz, M. (1993) Manual de técnicas de Modificación y terapia de conducta. Madrid.: Pirámide. Isbn
- Latorre, P.J.M., & Beneit, M.P.J. (1994). Comprensión y recuerdos de las recomendaciones de salud. *Revista Psicología de la Salud*, Reig, Rodríguez – Mira.: Mendoza, Buenos Aires, 1994
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1991) Estrés y procesos cognitivos. Edit. Planeta, México.
- León, R.J.M., Medina, A.S., Barriga, J.S., Ballesteros, R.A. & Herrera, S.I.M. (2004). *Psicología de la Salud y de la calidad de vida*.: UOC.
- Lilliehorn, S., Hamberg, K., Kero, A. & Salander, P. (2010). Admission into a helping plan: a watershed between positive and negative experiences in breast cancer. *Psycho-Oncology*. Septiembre. Vol 19: 806–813.

- Llanta, A.M.C., Pire, S.T., Grau, A.J., Vilau, P.L., Massip, P.C., Grau, A.R. & Ortiz V. G.R. (2008). Evaluación del sufrimiento en pacientes con quimioterapia del Instituto Cubano de Oncología y Radiobiología. *Psicología y Salud*. Xalapa, México. Julio-diciembre, vol 18, número 002; 149-154.
- Llor, E.B., Abad, M.Ma.A., García, I.M. & Nieto, M.J. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas a la salud*.: Interamericana, Mc Graw Hill Madrid.
- Llor, E.B., Abad, M.Ma.A., García, I.M. & Nieto, M.J. (1995). *Factores Psicosociales en las enfermedades crónicas*. Ciencias psicosociales aplicadas a la salud.: Interamericana, Mc Graw Hill. Madrid.
- Lock, J. & Fitzpatrick, K.K. (2009). *Advances in Psychotherapy for Children and Adolescents with Eating Disorders*. *American Journal of Psychotherapy*; 63, 4; ProQuest Medical Library.
- Mancillas, A. L.G., Gómez, P.F.J. & Rull, R.J.A. 2002; Diagnóstico y clasificación de la diabetes mellitus, conceptos actuales. *Rev. Endocrinología Nutrición* 2002; 10(2): 63-68
- Martín-Chapa, M.I. (2001). *Estadísticas en el Hospital General de Atizapán*. Edo. De México. Secretaria de Salud.
- Maupome, S.V. & Sotelo, A., C.M. (1999). Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos. Tesis inédita de licenciatura. México. Facultad de Psicología de la UNAM.
- McKay, M., Davis M. & Fanning, P. (1987). *Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona.: Martínez-Roca.
- Melamed, B. & Siegel, L. (1980). *Behavioral Medicine: Practical applications in health care*. Nueva York.: Springer Publishing.
- Mini examen del estado mental.
http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dhq/M_E_E_M.pdf
- Nezu, A.M., Nezu, Ch.M., Friedman, S. H., Faddis, Sh. & Houts, P.S. (1999). *Helping Cancer Patients Cope*.: American Psychological Association.
- Olivares J. & Méndez F. (1998). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid.: Biblioteca Nueva.
- Padesky, C.A. & Greenber, D. (1995) *Clinician's Guide to Mind Over Mood*.: The Guilford Press.

- Puiggròs, C., Lecha, M., Rodríguez, T., Pérez-Portabella, C. & Planas, M. (2009). El índice de karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. Unidad de Soporte Nutricional. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona; 24(2):156-160
- Redondo, R.B.F., Chacón, R.M., Grau, A.J.A. & Nicot, V.L. (1998). Evaluación de la sintomatología más frecuente en el paciente oncológico en fase terminal. Rev. Cubana Oncología 14(2); 83-6
- Riveros, A., Cortazar, P.J., Alcazar, L.F. & Sánchez-Sosa, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitiva conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. International Journal of Clinical and Health Psychology. Vol. 5, No. 3
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, L. F. & Sánchez-Sosa, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. International Journal and Clinical and Health Psychology. Septiembre. Vol. 5, No 003.
- Robledo de Dios, M.L. (1994) La comunicación entre el paciente y el profesional de la salud. Revista de Psicología de la Salud. Reig, Rodríguez y Mira.
- Rodríguez, M.J. (1994). Apoyo Social y Salud. Psicología social de la salud. España.: Síntesis Psicología.
- Rodríguez, M.J. (1994). La calidad de vida en pacientes crónicos. Psicología social de la salud. España.: Síntesis Psicología. Capítulo 11.
- Rodríguez, O. G. & Rojas, M. Coords. (1998). La Psicología de la Salud en América Latina. En La Psicología de la Salud en América Latina. México.: Ed. Porrúa-UNAM.13-32
- Rodríguez, O.G. (2010) Desarrollo de la Medicina Conductual en México. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, Vol. 1, No.1.
- Russell, M.L. (1988). Stress Management for Chronic Disease.: Pergamon General Psychology Series.
- Sarafino Edward P. (1994). Health Psychology. Biopsychosocial Interactions.: John Wiley & Sons, Inc.

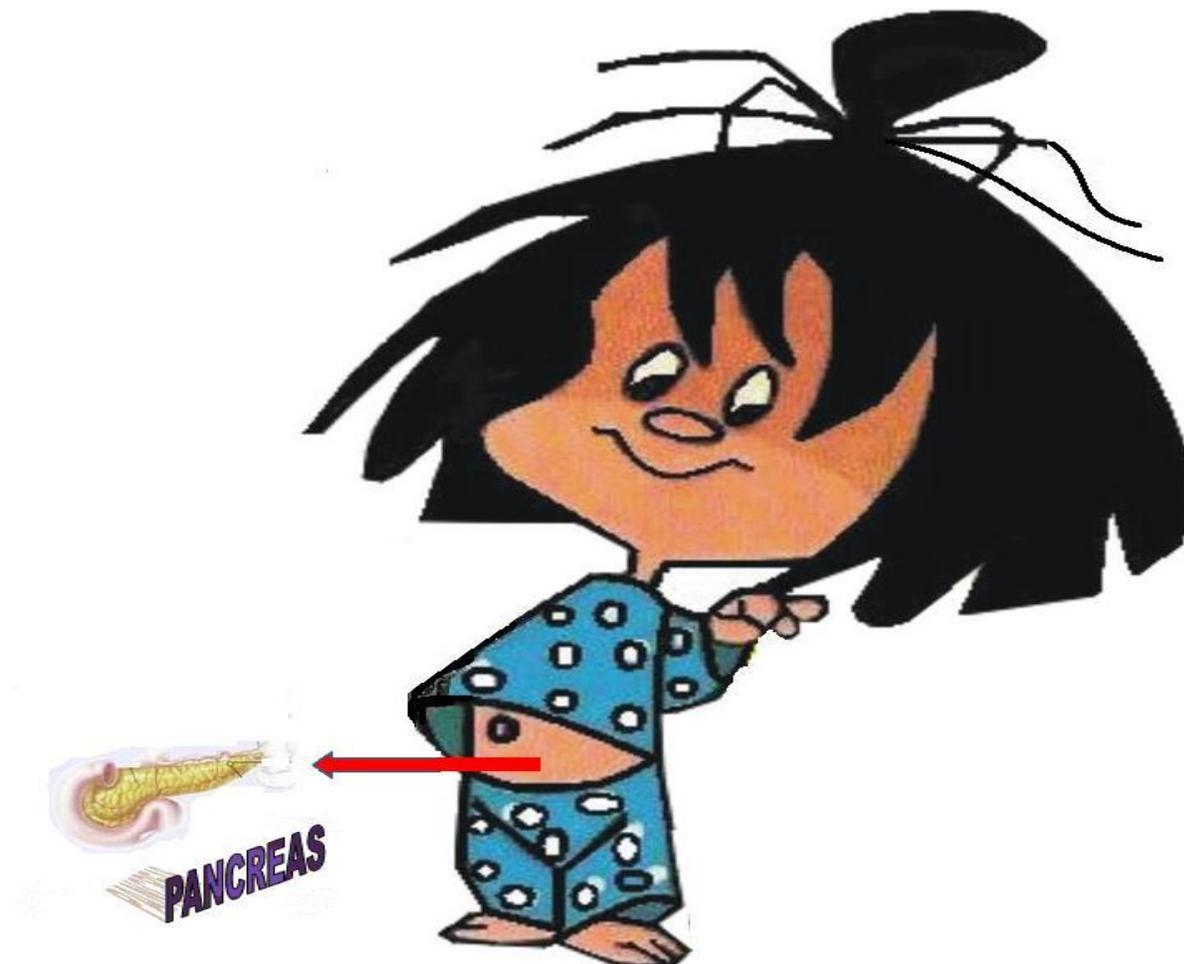
- Secretaria de Salud. (2003). Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2- Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama.
- Secretaria de Salud. (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012.
- Seligson, I. & Reynoso, L. (2000) Aplicación de un programa conductual de afrontamiento en pacientes cancerosos. Facultad de Psicología U.N.A.M.
- Selye, H. (1976). Stress in health and disease. Reading (Mass.): Butterworths.
- Shwartz, G.E. & Weiss, S.M. (1977). American Psychosomatic Society, Inc. Published by Elsevier North-Holland, Inc. November - December Vol.39. N.6
- Shwartz, G.E. & Weiss, S.M. (1978). Yale Conference of Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. Journal of Behavioral Medicine Junio 1 (1), 3-12.
- Shwartz, M.S. & Andrask, F. 1983. Biofeedback a Practitioner's Guide. New York.: The Guilford Press.
- Soriano, J. (2002). Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento en psicooncología. Universidad de Valencia. Boletín de Psicología, No. 75, Julio
- Tirado-Gómez & Granados, Cancerología 2 (2007): 9-17
- Turk. D. C. & Meichenbaum. D. (1991). Adherence to self-care regimens: The patient's perspective. Handbook of clinical psychology in medical settings. New York.: Guilford
- Valdés, M.F.T. (1985). Psicobiología del estrés. Ed. Martínez Roca. Barcelona.
- Velázquez, M.N., Vázquez, T.L.G. & Alvarado, A.S. (2009). Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos. Velázquez et al, Cancerología 4: 19-29 Universidad del Valle de México, Universidad Autónoma de Tamaulipas, Servicio de Psicooncología del Instituto Nacional de Cancerología de México.
- World Health Organization (2003). The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life. Paris: Sadag

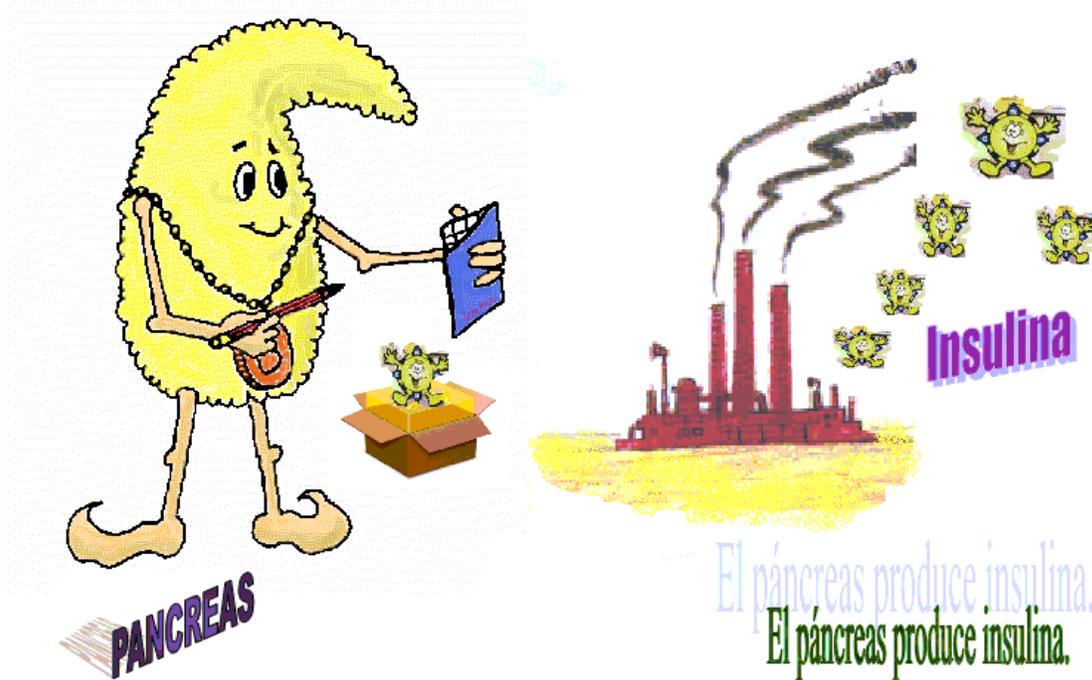
DIABETES

¿Qué es la Diabetes?

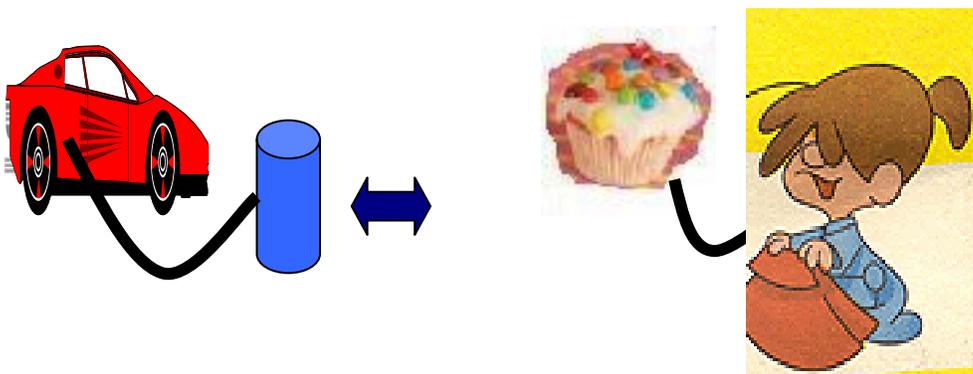
Diabetes surge cuando el cuerpo no produce *insulina* o no la produce en la cantidad necesaria.

Insulina es una hormona que se fabrica en el páncreas y es la que permite que la *Glucosa* entre en las células, donde se transforma en energía necesaria para realizar nuestras actividades diarias.

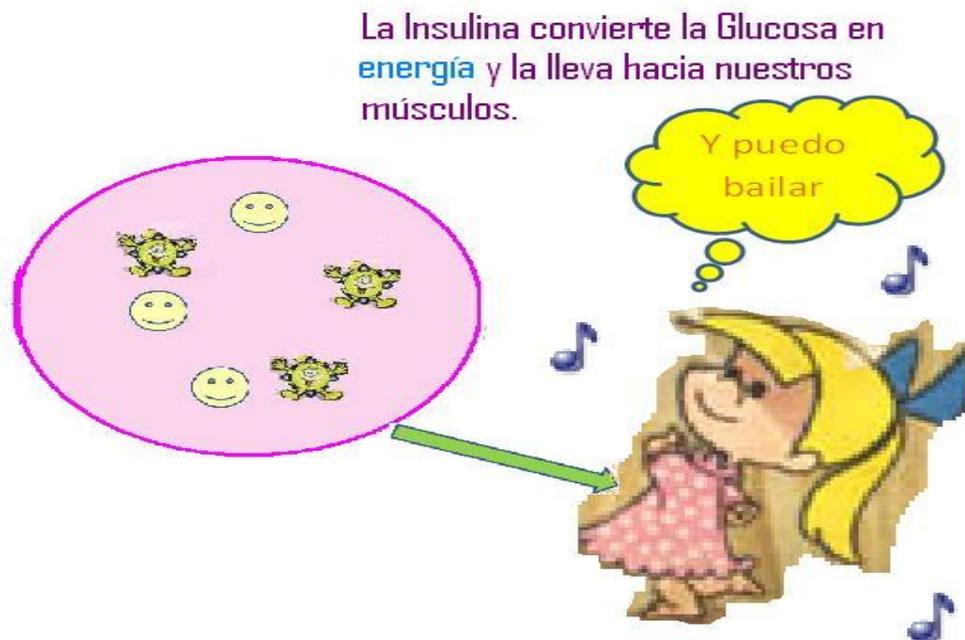




Diabetes, es una enfermedad en donde el organismo no es capaz de usar adecuadamente la Glucosa.
 La glucosa nos sirve como un combustible para realizar las actividades diarias (caminar, trabajar, discutir, etc.) igual que la gasolina para un automóvil.



La Glucosa llega a nuestro organismo principalmente a través de lo que comemos, como son los carbohidratos: harinas, lácteos, azúcares, almidones, frutas y los vegetales, entre otros.



El organismo (cuerpo) de la persona con diabetes tiene dificultades para la utilización y control de la glucosa. Cuando la glucosa no puede penetrar en las células se acumula en la sangre y se producen los síntomas de la diabetes.



Los elevados niveles de glucosa en la sangre pueden ser responsables de las llamadas complicaciones crónicas de la diabetes. La mejor manera de luchar contra ellas es un diagnóstico lo más pronto posible, un buen cuidado y control de nuestra diabetes.



Los principales síntomas de la diabetes son:

1. Altos niveles de azúcar en la sangre.
2. Altos niveles de azúcar en la orina.
3. Orinar frecuentemente (cama mojada en los niños).
4. Hambre inusual.
5. Muchísima sed
6. Pérdida de peso.
7. Sentirse débil y cansada.
8. Irritabilidad y cambios de ánimo.
9. Sensación de malestar en el estómago y vómitos.
10. Infecciones frecuentes.
11. Vista nublada.
12. Cortaduras y rasguños que no curan, o que curan muy lentamente.
13. Picazón o entumecimiento en las manos o los pies.
14. Infecciones recurrentes en la piel, la encía, o la vejiga.



TIPOS DIABETES

1. Diabetes Tipo I o Diabetes Mellitus Insulinodependiente (DMID)

Se produce cuando el páncreas deja de producir la insulina necesaria y generalmente son personas menores de treinta años y generalmente delgadas.

Factores relacionados con la enfermedad:

- Infecciones por virus que pueden afectar al páncreas.
- Alteraciones de nuestro organismo en su sistema de defensa, lo que lleva a la autodestrucción de sus propias células productoras de insulina.
- Hereditario

2. La diabetes Tipo II o Diabetes Mellitus No Insulinodependiente (DMNI) es muchísimo más frecuente, ya que aproximadamente el 85% de las personas con diabetes lo son del tipo II.

En este tipo de diabetes el páncreas no produce la insulina en cantidad suficiente o la que se produce no es bien asimilada.

Las personas diagnosticadas de diabetes tipo II suelen tener más de 40 años.

3. La diabetes gestacional

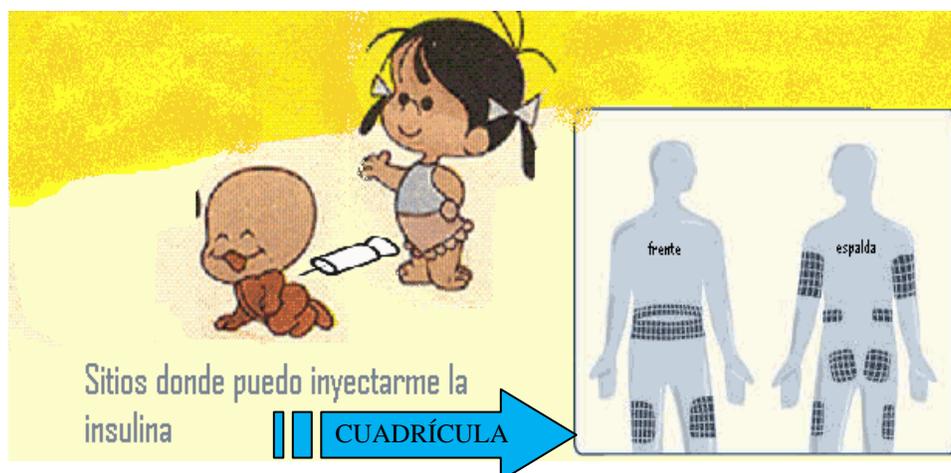


Tipo de diabetes que aparece en algunas mujeres embarazadas, generalmente en el segundo o tercer trimestre de la gestación.

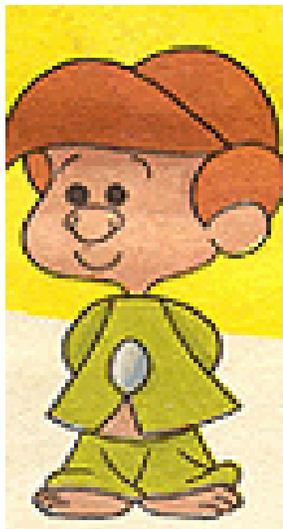
En estas mujeres suele haber historia familiar de diabetes y generalmente la diabetes desaparece tras el parto, aunque podrá aparecer en siguientes embarazos.

Tratamiento:

1. **Antidiabéticos orales,**
2. Otras veces les es necesaria la **insulina** o incluso deben usar los dos sistemas combinándolos.



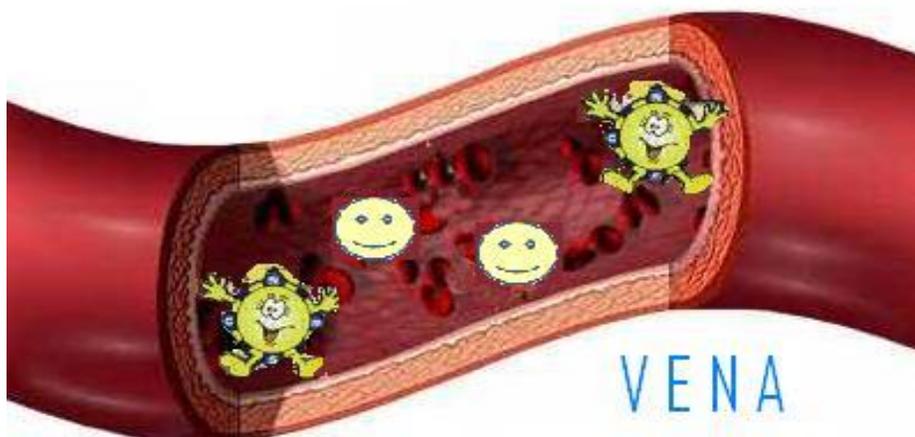
3. **Perder peso**, en algunos casos da lugar a un mejor funcionamiento de la insulina de que dispone el organismo sin ayuda de antidiabéticos orales o inyecciones de insulina.
4. Ordenado **plan de alimentación**
5. **Ejercicio físico regular**



Subo los escalones del edificio o camino durante ½ hora 3 ó 4 veces por semana

6. Autoanálisis de sus **niveles de glucosa en sangre**.

Al seguir los tratamientos el organismo volverá a utilizar la Insulina normalmente, permitiendo llevar un control de nuestra enfermedad.



Consejos:

- Evitar azúcares comidas grasosas
- Tome sus comidas a las mismas horas.
- Realice ejercicio, tome su medicamento y realice sus actividades diarias
- Tome fruta fresca en lugar de jugos enlatados o procesados.
- Tome alimentos ricos en fibra
- La dieta también variará dependiendo de su peso
- No fumar y no tomar alcohol
- Checar el nivel de glucosa

NIVELES NORMALES DE AZÚCAR EN SANGRE

80 - 110 miligramos / decilitro de sangre

La diabetes es una enfermedad que no tiene cura, pero que puede controlarse y las complicaciones pueden ser previstas a través de un equipo en el que se incluye el médico, psicólogo, nutriólogo, enfermera y quien tiene el trabajo más importante usted.

Hiper glucemia

Nivel elevado de concentración de glucosa en sangre

Causas:

- Olvidar tomar el medicamento o inyectarse la insulina.

- Que la dosis del medicamento sea insuficiente.
- Haber comido mucho.
- Existencia de alguna enfermedad concurrente
- Estrés
- Infecciones
- Cirugía
- Traumatismos
- Una mala técnica en la inyección de la insulina

Hipoglucemia

Puede deberse a:

- No haber comido después del medicamento.
- Haber realizado algún ejercicio sin haber comido
- Dosis excesiva de insulina o antidiabéticos orales.

Entre los síntomas de hipoglucemia están:

- Temblores
- Tener mucho apetito de repente
- Sudoración y nerviosismo
- Cambio rápido del estado de ánimo
- Mareos, confusión, desvanecimiento
- Aturdimiento
- Visión borrosa o visión doble

¿Qué hacer para evitar complicaciones?

- Consulte a su médico regularmente; de esa manera, la complicación puede ser detectada a tiempo.
- Cheque regularmente los niveles de glucosa en sangre.
- Chequee sus pies diariamente y notifique a su médico de cualquier cambio que note en ellos.
- Vea al oculista (oftalmólogo) por lo menos una vez al año; comuníquelo cualquier cambio que experimente en su visión, como vista nublada o manchas que usted parece ver.
- Manténgase pendiente de cambios en el color de su piel, aumento de peso, entumecimiento de las manos o los pies, infecciones o heridas que no sanen rápidamente, dolores en el pecho, picazón vaginal.
- Haga ejercicio regularmente. Camine por lo menos tres veces por semana, los beneficios del ejercicio en el caso de las personas con diabetes es que ayudan a disminuir el nivel de Glucosa en sangre y si el médico lo aprueba puede disminuir la dosis del medicamento necesario para controlar la enfermedad.
- Por último, controle su dieta. Recuerde que la dieta juega un papel importante en el control del azúcar.

