

# Universidad Nacional Autónoma de México



Programa de Maestría y Doctorado en Psicología

Residencia en Medicina Conductual

Informe de experiencia profesional que para obtener el grado de:

Maestro en Psicología  
Presenta

**Iván Gilro Ojeda Vallejo**

Director del Informe: Mtro. Arturo Martínez Lara.  
Comité tutorial: Dr. Juan José Sánchez Sosa.  
Mtra. Bertha Ramos Del Río.  
Dra. Gabina Villagrán.  
Mtro. Fernando Vázquez Pineda.



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## *Agradecimientos*

*Nuevamente me encuentro cerrando una etapa académica y con ella un pasado en mi vida. . . ¿qué me espera? No lo sé; pero, ¿acaso sabía que estaría aquí? . . . sólo por hoy reflexionaré . . . Es posible que no se tenga lo que con tanto anhelo se busca,  
pero también es posible disfrutar de lo que simplemente se tiene, esto; es el secreto para vivir la felicidad.*

A mi Rogelio por ser fuente de inspiración para la consecución de este proyecto; con tanto cariño... jamás te olvidaré.

A mi Guila por acompañarme en los momentos de confusión e iluminarme con su humilde sabiduría.

A mis hermanos que son parte fundamental de mi vida y que orgullosamente puedo decir hermanos.

Almendra; mi mujer a quien admiro tanto.

A mis pacientes y clientes.....

a todos gracias.

A la Universidad Nacional Autónoma de México que me ha brindado la oportunidad de realizarme como persona y que me ha enseñado a conducirme con humildad..... que no se me olvide.

# **Capítulo I**

## **Primer Año de Residencia**

**Sede**

**Hospital Juárez de México.**

**Servicio: Nefrología.**

# Índice

## **Capítulo I**

### **Primer año de residencia.**

Presentación.....	5
Actividades en la sede.....	6
<b>Proyecto de Investigación.</b>	
Intervención cognitivo-conductual para controlar la ingesta de líquidos en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal.	
La enfermedad renal crónica terminal.....	10
Implicaciones psicológicas de la ERCT.....	11
Aportaciones psicológicas en el paciente renal.....	12
Adherencia terapéutica.....	13
Propuesta.....	18
Metodología.....	21
Resultados.....	24
Conclusiones y Discusión.....	26
Referencias bibliográficas.....	29
Anexo I; Protocolo.....	32
Anexo A; Relajación previa al entrenamiento autógeno.....	38
Anexo II; Registro de peso inter-diálisis.....	41
Anexo III; Historia clínica.....	42
Anexo IV; Descripción del taller grupal de los pacientes con ERCT.....	47

## **Capítulo II**

### **Segundo año de residencia.**

Presentación.....	51
Actividades en la sede.....	52
<b>Proyecto de investigación.</b>	
Programa de intervención para la preparación psicológica ante el afrontamiento del diagnóstico de osteosarcoma y probable amputación.	
El Cáncer.....	56
Implicaciones psicológicas del cáncer en la calidad de vida.....	57
Estrés y Afrontamiento.....	58
Comunicación de malas noticias.....	59
Intervenciones psicológicas.....	61
Propuesta.....	63
Metodología.....	65
Efectos clínicos o de ajuste psicológico.....	69
Conclusiones y Discusión.....	71
Referencias bibliográficas.....	75
Anexo I; Protocolo; entrevista inicial para el comunicado de un diagnóstico.....	78
Procedimiento para el diseño del protocolo anticipación de malas noticias.....	86
Anexo II; IDARE – E.....	89
Anexo III; Inventario de depresión de Beck.....	90
Anexo IV; Escala de satisfacción con la información recibida.....	93
Anexo V; Historia clínica.....	94

## Presentación

La medicina conductual (MC) es un campo de estudio perteneciente a la rama de la psicología, su objetivo es aplicar los conocimientos clínicos, casi siempre de corte cognitivo conductual, para el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas; lo anterior implica que el conocimiento psicológico se inserte en lo que antes se concebía meramente biológico, reafirmando la concepción del hombre como un ser biopsicosocial.

Desde este punto de vista, los estudiantes en MC se insertan en hospitales donde el objetivo es aportar sus conocimientos para el tratamiento de enfermedades crónicas y degenerativas.

El Hospital Juárez de México fue la sede donde pasé el primer año de residencia, el objetivo fue aportar conocimientos psicológicos para el tratamiento de pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Dicho apoyo psicológico se puede dividir en tres aspectos; el primero, de intervenciones psicológicas para el tratamiento de pacientes, el segundo acerca de cursos y ponencias y el tercero sobre la propuesta de un protocolo de investigación que se realizó en dicho hospital.

En las siguientes páginas se describe detalladamente las actividades que se realizaron en el hospital, las competencias profesionales alcanzadas así como la propuesta del protocolo de investigación.

## Actividades en la sede.

Desde su fundación, la historia del hospital Juárez de México ha estado ligada estrechamente a grandes acontecimientos de la historia de México. Para el año 1847 un grupo de Hermanas de la Caridad comenzó a prestar atención a los heridos que resultaban de las batallas que en México se efectuaban. Tras el deceso del Lic. Benito Juárez en 1872, fue aprobado nombrar con su nombre al hospital, antes San Pablo. Desde su fundación, el hospital fue adquiriendo con el paso de los años prestigio en el campo de la cirugía; lo que ha permitido que se le considere como la cuna de la cirugía en México.

La dirección general del hospital delega en 3 direcciones; la médica, de enseñanza e investigación y administrativa. La dirección médica está conformada por 8 divisiones; de medicina crítica, pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia, ciencias neurológicas, cirugía general, servicios paramédicos y servicios auxiliares de diagnóstico. Dentro de la división de medicina interna, se encuentra el servicio de nefrología, este a su vez se divide en pacientes de consulta externa, pediátricos, en hospitalización y hemodializados.

Las actividades que se realizaban en hospitalización iban desde psicoeducación hasta intervenciones en crisis. Algunas de las acciones realizadas en el servicio fueron:

*Trabajo grupal con familiares y pacientes.* Se trabajó semanalmente con el objetivo de que los participantes conocieran a través de psicoeducación los aspectos más importantes y las consecuencias de la enfermedad renal tanto a nivel fisiológico como psicológico, lo anterior para poder disminuir los niveles de ansiedad que la situación y proceso de enfermedad causa. Una vez que el paciente conocía la información, entonces el objetivo fue que el participante conociese estrategias que ayuden a inocular el estrés, mejorar la adherencia terapéutica y calidad de vida a través de técnicas tanto cognitivas como conductuales (ver anexo IV para la descripción del taller).

*Apoyo psicológico en biopsias renales.* Mi participación en esta actividad consistió en disminuir la ansiedad del paciente antes de la biopsia por medio de psicoeducación, distracción y relajación; principalmente.

*Intervención en crisis.* En ocasiones, familiares que reciben noticias sobre el fallecimiento de un paciente, muestran conductas tales como llanto, gritos, verbalizaciones de negación, etc; por lo que se necesitaron intervenciones psicológicas. Aunque estos eventos no se presentaban con frecuencia, la ocurrencia fue de por lo menos una vez al mes.

*Protocolo denominado:* “Intervención cognitivo-conductual para controlar la ingesta de líquidos en pacientes con enfermedad renal crónico terminal”. La duración total del protocolo fue de aproximadamente 6 meses. Los principales problemas hallados para la implementación del mismo fueron: escasez en pacientes nefrópatas y complicación por encontrar indicadores fisiológicos que podrían servir como evaluación para adherencia al consumo de agua. Otra dificultad presentada en el desarrollo del protocolo fue que las necesidades inmediatas del hospital y la práctica clínica, difiere con lo reportado en la literatura, lo cual origina confusiones. Sin embargo quedó finalizado el protocolo; más adelante se describe detalladamente.

*Asistencia al curso-taller “Insuficiencia renal crónica y diálisis”* con el tema adherencia terapéutica en el paciente con insuficiencia renal crónica. Cada año el servicio de nefrología del hospital Juárez de México organiza un curso-taller dirigido a médicos, enfermeras estudiantes y personas interesadas en el campo de la salud. El taller se impartió desde un punto de vista multidisciplinado, donde convergen diferentes enfoques con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente nefrótico. Los oradores lo integraron médicos, enfermeras, nutriólogas y psicólogos. En cuanto al equipo de psicología, la contribución fue con los temas de estrés, depresión y adherencia terapéutica. Este último estuvo a mi cargo, cuyo objetivo general fue presentar un panorama que habló sobre la importancia de la adherencia terapéutica.

*Supervisión académica.* Los días lunes en la sala de usos múltiples del servicio de nefrología y trasplante renal, de 10:00 a 11:00 se recibía la asesoría de la supervisora académica, donde se resolvían dudas sobre el protocolo, su aplicación y exposición de los temas relevantes para el desarrollo de la práctica profesional. Las aportaciones que la supervisora académica realizó fueron especialmente enfocadas a las estrategias de intervención con los pacientes, recomendaciones bibliográficas y el protocolo de investigación, ella ayudó a integrar los conocimientos teóricos del tratamiento terapéutico a la práctica, además de contribuir con su experiencia para la selección metodológica del protocolo.

*Revisión de conceptos teóricos con el supervisor in situ.* Las actividades académicas las coordinaba el supervisor *in situ* donde a partir de lecturas recomendadas, se aclaraban dudas y se discutían. El horario para la actividad era de 10:00 a 11:00 en el consultorio “B”. El supervisor *in situ*, aportó fundamentalmente su apoyo en cuanto a la revisión de conceptos teóricos, casos clínicos y revisiones bibliográficas. En el primer caso, hacíamos lecturas que nos recomendaba, particularmente fueron 2 libros los estudiados, “La entrevista psicológica” y “terapia de grupos” de Isabel Portillo. Los conceptos estudiados y el enfoque fueron de gran interés, debido a la diferencia entre marcos teóricos y enfoques terapéuticos del supervisor y residentes.

*Revisión de casos clínicos.* El objetivo de estas sesiones fue la elaboración de casos clínicos que parecieran interesantes, importantes o difíciles; su presentación al equipo psicológico incluye historia clínica, posible diagnóstico y probable tratamiento. El procedimiento es; se expone al equipo y tanto adscritos como residentes discuten el caso con diferentes propuestas desde diferentes enfoques teóricos para llevar a cabo la intervención terapéutica; lo anterior se realizó en el edificio de enseñanza (anexo III para ver historia clínica). El encuentro entre residentes con enfoque cognitivo-conductual, médico psiquiatra y adscritos con distintos enfoques terapéuticos, principalmente psicodinámico, nutre las sesiones.

*Revisiones bibliográficas con el supervisor in situ.* Las revisiones bibliográficas se llevaron a cabo por parte de los residentes en medicina conductual, el objetivo fue aportar una investigación sobre algún trastorno clasificado en el DSM IV y analizar tanto la metodología como el contenido del artículo. De entre las investigaciones expuestas, mi participación fue con el tema “Trastornos de la alimentación”. Esta sección fue una aportación importante para conocer intervenciones y metodología usadas para trastornos específicos.

### *Otras actividades profesionales.*

*Evaluación de aspirantes a la residencia.* Esta actividad consistió principalmente en aplicar y calificar el test de inteligencia Wonderlick, inventario de depresión de Beck, MMPI y Machover a los aspirantes para la residencia del hospital.

Durante la estancia en el primer año de residencia participé como asistente a 2 cursos que impartió el hospital y, en particular, el área de nefrología sobre enfermedad renal; el primero fue el curso-taller descrito anteriormente, el segundo fue una conferencia en donde los médicos adscritos y la nutrióloga hablaron sobre los adelantos del protocolo que estaban realizando.

Del mismo modo el área de psicología del hospital organizó junto con el Claustro de Sor Juana el 1er coloquio: “La psique del mexicano ¿por qué somos como somos?” realizado en el Hospital Juárez de México. A este evento fui invitado como oyente.

En cuanto a participación como ponente asistí a dos congresos uno nacional y otro hispanoamericano; el primero organizado por la Sociedad Mexicana de Nefrología en la Ciudad de León, Guanajuato, cuya participación fue de cartel con el tema “Escala de actitudes hacia la donación de órganos”. La segunda participación que tuve como ponente fue en el Congreso Latinoamericano y del Caribe de Trasplantes, en Cancún Quintana Roo con el mismo tema que en la ciudad de León, sin embargo en esta ocasión mi contribución fue de forma oral.

En cuanto pacientes atendidos del mes de Marzo de 2005 a Febrero de 2006 fueron 103 de primera vez, 337 subsecuentes y 257 atendidos en grupo.

### *Competencias profesionales alcanzadas.*

La evaluación de las competencias profesionales alcanzadas en el primer año de residencia en términos generales ha sido positiva; las competencias profesionales se pueden enlistar como siguen; adaptar técnicas y procedimientos cognitivo-conductuales al ambiente hospitalario, proponer un programa de intervención cognitiva conductual en pacientes nefróticas, evaluar la eficacia del programa, perfeccionar intervenciones psicológicas a partir de los resultados obtenidos, integrar la teoría y la práctica en los pacientes hospitalizados.

Desarrollé y perfeccioné las habilidades sociales necesarias para integrarme al equipo de salud, profundicé en el conocimiento general sobre la enfermedad renal, manejé las reacciones psicológicas del paciente nefrótico, me habilité en el manejo de grupo con familiares y pacientes nefróticos además de colaborar efectivamente con el equipo de trabajo multi e interdisciplinario con médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, nutriólogos, médicos residentes y compañeras psicólogas.

### *Evaluación del año de residencia.*

En el servicio el clima de trabajo en términos generales fue adecuado, se muestra una notable apertura de los doctores a la convivencia y a opiniones diferentes, el interés en la

participación del psicólogo en el tratamiento multidisciplinario cada vez gana terreno, aunque cabe destacar que es función del psicólogo que reconozcan su trabajo y se encuentre aprovechamiento de este recurso humano en el ámbito asistencial. Las enfermeras y demás personal del equipo de salud siempre se mostraron respetuosos del trabajo terapéutico, además de participar activamente para beneficio del paciente.

#### *Sugerencias y conclusiones*

- El servicio de nefrología ofrece alternativas para conocer y profundizar sobre la enfermedad desde el punto de vista físico, además de reconocer y modificar los aspectos psicológicos más comunes que acompañan al padecimiento, sin embargo sería conveniente proporcionar información a los residentes que llegan a este servicio para avanzar con rapidez en su inserción al área, probablemente esto permitirá realizar el protocolo con una muestra mayor e incluso efectuar dos investigaciones en un año.
- Es importante contar con asesoramiento *in situ* de un psicólogo con especialización en la salud y con la corriente teórica acorde con la que maneja el programa de residencia en medicina conductual, dado que esta carencia trunca el desarrollo de nuevas habilidades con este marco teórico.
- La especialización en una sola enfermedad da herramientas y habilidades para enfrentarlas eficazmente; sin embargo es imperiosa la necesidad de rotar en otros servicios para que el repertorio de técnicas e intervenciones aumente, así como con el conocimiento y manejo de otras enfermedades.

# **Proyecto de Investigación**

## **Intervención Cognitivo-Conductual para Controlar la Ingesta de Líquidos en Pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal**

### **La Enfermedad Renal Crónica Terminal.**

En los años 60, en México, las 10 primeras causas de muerte se encontraban principalmente en las enfermedades infecciosas y solo se reportaban algunas crónicas; para el año 1980, las enfermedades crónicas se encontraban dentro de las 10 principales causas de muerte y para 1999 eran las principales causas de muerte, encontrando a la enfermedad del corazón en primer lugar, seguido de los tumores malignos y en tercero la diabetes mellitas tipo II. (ENSA, 2000). Las complicaciones de esta última pueden llegar a provocar alteraciones metabólicas y enfermedades tales como la Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT).

La ERCT es un déficit progresivo e irreversible que se produce por variadas enfermedades en las que el riñón se ve afectado de manera directa o indirecta.

Los datos encontrados en la literatura son poco consistentes y en algunos casos poco confiables para conocer con precisión la epidemiología de la ERCT. Se estima que existe una tasa internacional de 0.92 personas afectadas por millón de habitantes (Reyes, Otero y Duque de Estrada, 2005).

En Cuba es considerada como la séptima causa de muerte dado que esta enfermedad se vincula con las principales causas de mortandad tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial y tumores malignos.

Guatemala por ejemplo, tiene una incidencia aproximada de 120 pacientes por millón de habitantes (Sánchez, Herrera, y Mollinedo, 2005).

Desafortunadamente en la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT) publicada en el 2006, en el apartado sobre enfermedades crónicas no existen datos en este padecimiento; es posible que debido a que no es cuantitativamente significativa no la introduzcan, sin embargo con datos recogidos en el XVIII congreso de la sociedad latinoamericana y del caribe de trasplantes y IX congreso nacional de la sociedad mexicana de trasplantes (Mendoza, García, Oberholzer, Monteón, Rodríguez, Sandoval, Lúa y Haro, 2005) se estima que en México existe una tasa de aproximadamente 364 por millón de habitantes. En contraste, en la encuesta nacional de salud (ENSA, 2000) reporta que el 10.9% de los adultos refirieron tener alguna enfermedad renal diagnosticada al momento de la encuesta; de este porcentaje, algunos cursan por diferentes estadios hasta progresar a la ERCT.

Las poblaciones de Baja California, Baja California Sur, Hidalgo, Morelos, Sonora, Sinaloa, Tabasco y Zacatecas, presentaron las mayores tasas de ERCT y solo el 41% refieren tener tratamiento. La ENSA (2000) reporta que la enfermedad se presenta entre el 5 y 10% en los hombres y en las mujeres entre el 10 y el 18%.

Por lo tanto, aunque las tasas de incidencia de la enfermedad renal son bajas en comparación con otras enfermedades como el cáncer, debe considerarse como una enfermedad que también es secundaria a otros desórdenes metabólicos como la Diabetes Mellitus tipo II y la hipertensión arterial; tal como lo mencionan Mendoza, et al. (2005); “la nefropatía diabética es la principal causa de ERCT en varios países, con una proporción de 1-2 aproximadamente”.

La enfermedad renal es una reducción de la capacidad de los riñones para filtrar los productos de desecho de la sangre y excretarlos a través de la orina, función que sirve para regular el equilibrio corporal del agua, sal y presión arterial (McPhee, Lingappa y Ganong, 2003).

La enfermedad renal puede ser reversible en sus primeras fases, pero si no se trata adecuadamente, puede progresar durante años hasta que amenaza la vida del paciente, llamada entonces, enfermedad renal crónica terminal. Esta enfermedad progresiva e irreversible de la función renal requiere tratamiento sustitutivo ya sea de diálisis, hemodiálisis o trasplante renal para salvar o prolongar la vida de los pacientes.

La hemodiálisis es un procedimiento, donde un riñón artificial filtra y limpia la sangre, liberando al cuerpo de las toxinas, sal y de líquidos adicionales. Esta modalidad se lleva a cabo por medio de un catéter, el cual conduce la sangre a un filtro del riñón artificial. Cuando la sangre está purificada retorna hacia el cuerpo. Se recomiendan 3 sesiones semanales con una duración de 3 a 4 horas en cada una, aunque estas pueden ser variables según los recursos económicos y necesidades del paciente o de la institución. Este procedimiento debe realizarse en algún hospital.

## **Implicaciones psicológicas de la ERCT.**

Los pacientes que son diagnosticados con ERCT pasan por varias facetas que crean malestar psicológico, unas propias de la enfermedad, otras debido al tratamiento y otras en relación con el equipo de salud, por ejemplo, estos pacientes son sometidos a cambios bruscos en la alimentación con dietas restringidas, toma de medicamentos y control en la ingesta de líquidos. Progresivamente hay una disminución en las capacidades físicas y cognitivas tales como sensación de estar constantemente enfermo, náuseas, fatiga, mareos, problemas para dormir, prurito, incapacidad para concentrarse, etc., lo que da como resultado disminución de la independencia y por tanto, cambio de rol a nivel social, familiar y laboral. Lo anterior hace que la percepción en cuanto autoimagen y autoestima cambien de manera paulatina. Además el tratamiento produce dolor, incomodidad e incertidumbre sobre los riesgos de tratamiento sin olvidar la constante confrontación con la muerte; los pacientes deben a su vez, lidiar con las dificultades en la obtención de un riñón para salvar su vida manteniendo, al mismo tiempo, las buenas relaciones con los médicos tratantes.

Se ha encontrado que la tasa de sintomatología psiquiátrica es de entre tres y cinco veces mayor en estos pacientes en comparación con la población normal (Long, 1995; citado en Reyes, Otero y Duque de Estrada, 2005). Pero las respuestas de los pacientes sometidos a hemodiálisis son más de tipo emocional que problemas psicopatológicos graves (House, 1989). Por ejemplo las reacciones más frecuentes reportadas por Amigó, Fernández y Pérez Alvarez (1998; citados en Reyes, Otero y Duque de Estrada, 2005) son fobias, ansiedad, depresión, reacciones suicidas, adherencia terapéutica pasiva a las prescripciones médicas, disfunciones sexuales y problemas psicosociales.

## **Aportaciones psicológicas en el paciente renal.**

Del total de artículos consultados para el manejo psicológico de la ERCT, algunos son procedentes de literatura médica, ellos hablan sobre la importancia de considerar los aspectos psicológicos y/o psiquiátricos como una variable más cuando se trata con pacientes renales, evitando solo considerar los aspectos físicos del padecimiento (Guicoletto y Bueldón, 2003; Padierna-Acero, 1999; Magaz y García, 1999) por ello, en este esfuerzo por conocer la enfermedad, debe considerarse el aspecto interdisciplinario para poder abordarla. Así, conociendo estudios realizados desde el aspecto psicológico de la ERCT, se podrán adecuar intervenciones que irán en beneficio del paciente para mejorar su calidad de vida.

Se han estudiado variables que tienen que ver con la ERCT por ejemplo; se realizó una investigación la cual estaba interesada en conocer la prevalencia del síndrome depresivo en el adulto mayor (Ciro, Medina, Alvarado y Cortés, 2003); se concluyó que aproximadamente el 40% de los adultos mayores con ERCT padecía depresión, además, anotan que este dato coincide con el reportado en la literatura mundial, sin embargo mencionan que los síntomas depresivos se ven influidos por factores psicosociales tales como, dependencia económica, pertenecer al sexo femenino, con existencia de alguna discapacidad y falta de pareja.

Por otra parte, también se realizó un estudio en el que se investigaba el autoconcepto en pacientes con ERCT; su objetivo fue conocer si había diferencias en cuanto autoconcepto entre pacientes sin padecimiento físico y enfermos renales (Ruiz, Ruiz, Quintero y Jurado, 2003); los autores de este estudio encontraron que los pacientes con ERCT tuvieron puntajes mayores en autocrítica, conflicto y yo familiar; del mismo modo se encontró alta defensividad personal, mala adaptación general y neurosis. Las conclusiones a las que llegaron fue que los pacientes con ERCT experimentan mayor conflicto y vulnerabilidad, aunque no trastornos significativos de la personalidad.

Dentro de la residencia en medicina conductual de la facultad de psicología de la U.N.A.M; se pueden destacar los estudios de un inventario de autoeficacia para enfermos renales (Salgado, en prensa) y una intervención de corte cognitivo-conductual cuyo objetivo fue reducir los niveles de ansiedad y fomentar estilos de afrontamiento adaptativos a través de modificar la percepción del evento estresante para favorecer el tratamiento sustitutivo al ser diagnosticado como ERCT (Becerra, 2006). La intervención arrojó resultados positivos en pacientes que recibieron tratamiento, reflejándose no solo en la disminución de los niveles de estrés, sino en el número de recaídas que presentaron en el tratamiento médico.

## **Adherencia terapéutica.**

A nivel nacional, en México, se han efectuado trabajos tendientes a minimizar los costos causados por una baja adherencia terapéutica e invertirlos en el mejoramiento de los servicios de salud, sin embargo, no son suficientes las investigaciones realizadas en este tópico dada la cantidad de padecimientos y el problema que implica cambiar los hábitos en el estilo de vida de los pacientes.

La falta de adherencia terapéutica tiene implicaciones en diferentes niveles, Puente-Silva (1998) menciona tres niveles diferentes; en el nivel *personal*, el paciente puede presentar complicaciones que traigan consigo gran sufrimiento e incapacidades irreversibles y progresivas; a nivel *familiar*, la literatura demuestra que existe gran posibilidad de disrupción familiar con repercusiones para la pareja e hijos; y por último, en el nivel *social* las pérdidas son a nivel de grandes costos para las instituciones de salud al proporcionar servicios que son utilizados de forma inadecuada, que a su vez generan problemas como prolongación de tratamientos, presentación de recaídas y readmisiones que pueden ser evitadas.

De acuerdo a lo anterior, es importante resaltar la intervención terapéutica para tratar el problema de la adherencia. Pinkerton, Hughes y Wenrich (1982; citado en Puente-Silva, 1998), “consideran la adherencia como un problema de conducta y por lo tanto, piensan que es una de las principales metas de la medicina conductual, en el sentido de que la meta es la modificación de la conductas del paciente, asociadas al estado de salud y que interfieren en el desarrollo satisfactorio de un tratamiento”.

Como se mencionó anteriormente, los pacientes que se encuentran en tratamiento sustitutivo, deben cumplir algunas prescripciones médicas que incluyen toma de medicamentos, cambio en la alimentación y control en la ingesta de líquidos para ayudar al cuerpo a realizar las funciones del riñón y evitar su acelerado deterioro.

Christensen y Ehlers (2002) mencionan que el bajo control en la ingesta de líquidos es el más común de los problemas presentados en los pacientes hemodializados, siendo en menor medida la dieta y la toma de medicamentos.

En particular, la ingesta de líquidos es restringida, debido a que su consumo está asociado a la falla del corazón por congestión, hipertensión, edema pulmonar, dificultad para respirar y escaso tiempo de vida. La literatura es variable al recomendar la cantidad de agua diaria a ingerir. Se pide beber no más de 1 ó 1.5 litros (L) por cada 24 horas, incluyendo alimentos (Christensen y Ehlers, 2002); sin embargo, esto puede variar según el paciente, algunos autores mencionan que la prescripción médica es beber 1L (Christensen, Wiebe, Moran Ehlers y Lawton, 2002); pero también se ha llegado a encontrar una medida recomendada de 500ml (Fisher, 2004). Aunque estas restricciones son necesarias, se dificulta su control. Christensen y Ehlers (2002) reportan que entre el 30% y 60% de pacientes en tratamiento de diálisis no se adhiere a las prescripciones médicas.

Por lo tanto según la literatura, los problemas más comunes que se encuentran en los pacientes con ERCT son los relacionados a la no adherencia al régimen médico.

Rodríguez (1997) retoma a Meichenbaum y Turk (1987) por una parte y a Kristeller y Rodin (1984) para definir el término adherencia terapéutica, comenta que la adherencia se usa para denotar el grado que una conducta, en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o modificar el estilo de vida, coincide con la indicación médica; además, el término adherencia implica un papel activo voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento que añade creencias y actitudes del paciente.

En cuanto a los factores predictivos de la adherencia terapéutica, Haynes y Sackett (1976; en Puente-Silva, 1998) consideran que los factores que tienden a aumentar la adherencia al tratamiento son:

- El *reconocimiento de la gravedad del padecimiento* y las consecuencias de no recibir un tratamiento adecuado.
- La *estabilidad familiar* y supervisión de un familiar, incrementa el cumplimiento adecuado del tratamiento.
- El grado de *cumplimiento del sujeto en otras áreas de la vida*, en consideración con las habilidades de disciplina y planeación del mismo.
- El grado de *satisfacción* que el paciente tenga con los resultados obtenidos del tratamiento.
- *Supervisión cercana del médico o terapeuta*, con buena periodicidad y sobre todo en la fase inicial.

Del mismo modo, los pacientes que perciben una familia con mayor cohesión y comunicación entre sus miembros y menor conflicto intrafamiliar, muestran una significativa mayor adherencia al control en la ingesta de líquidos que los pacientes que reportan menor soporte familiar. Sin embargo, en este estudio se observó que el soporte social no fue asociado con las restricciones de dieta (Christensen et al, 1992; en Christensen y Ehlers, 2002).

En este sentido, Somer y Tucker (1998; 1992 en Christensen y Ehlers 2002) encontraron que el ajuste marital en un centro hemodialítico controlaba la ingesta de líquidos pero no la adherencia a la dieta.

Según Christensen y Ehlers (2002), la autoeficacia percibida está relacionada con el control en la ingesta de líquidos incluso 3 meses después del tratamiento, sin embargo, no tuvo efecto en la dieta y en medicamentos. Otros de los factores cognitivos relacionados con la adherencia al control en la ingesta de líquidos es el locus de control interno que se relaciona con el constructo de autoeficacia. Las creencias con respecto a la salud y la percepción de costos-beneficios están también incluidos.

También los síntomas depresivos y su severidad están asociados a una mayor ganancia de peso inter-dialítico en pacientes con terapia crónica de hemodiálisis. (Valderrama, Fajardo, Guevara, González-Pérez y Hurtado, 2002).

Las características de la personalidad que se han encontrado para predecir una baja adherencia a los tratamientos son:

- Problemas de autocontrol.
- Baja tolerancia a la frustración.
- Incapacidad para demorar la recompensa.

- Estilos de enfrentamiento evitativos.

Domínguez (1998) señala que la adherencia al tratamiento de una enfermedad está relacionada, en gran parte, con su conceptualización y en los síntomas de ésta, por ejemplo, un paciente con cualquier tipo de sintomatología acude al médico, sin embargo, es imperativo averiguar cómo la ausencia de síntomas determinan la conducta del paciente; dado que puede saber acerca de su padecimiento y no acudir al médico para tratamiento. Dicho con otras palabras, para que el paciente se adhiera a un programa de tratamiento se necesita, en gran parte, el alivio de los síntomas que acompañe a las conductas asociadas.

La forma de conceptuar la enfermedad; se divide en 3 categorías:

- Enfermedades donde el cumplimiento del régimen terapéutico disminuye los síntomas físicos y el deterioro de la perturbación.
- Las enfermedades crónicas, cuyos síntomas son regularmente estables a pesar del régimen.
- Enfermedades que aparecen sin síntomas a pesar de su cronicidad con consecuencias futuras muy serias.

Así, por ejemplo, el retraso en el alivio de los síntomas puede animar al paciente a buscar gratificaciones más inmediatas, provocando no adherirse al tratamiento. También, este mismo autor comenta que las expectativas del paciente influyen en la adherencia a tratamientos.

Domínguez (1998) asegura que para que la terapia conductual sea exitosa, se necesita de la cooperación y participación del paciente en el proceso del cambio conductual, del mismo modo es necesario seleccionar y definir la conducta meta en el tratamiento. Este mismo autor refiere que la única estrategia conductual que incrementa la adherencia es el contrato de contingencias o conductual, en el que al paciente se le premia o castiga según cumpla o no con el régimen de tratamiento.

En este sentido, Christensen y Ehlers (2002) han descrito una variedad de técnicas conductuales como el automonitoreo, el contrato conductual, el refuerzo positivo y el autocontrol en pacientes con tratamiento sustitutivo de hemodiálisis. Estos mismos autores observaron que el uso de contrato conductual y reforzamiento positivo fue asociado con la disminución en la ingesta de líquido y la adherencia a la medicación inmediatamente después de 6 semanas, sin embargo no persistieron durante más de 3 meses.

En otra investigación realizada por Christensen y Ehlers (2002) examinaron la adherencia al control de líquidos basados en la autorregulación en pacientes en hemodiálisis con buenos resultados.

Bajo la teoría de la autorregulación de Kanfer (Kanfer y Gaelick, 1986; en Christensen y Ehlers, 2002), se trabajó con pacientes hemodializados que recibieron instrucciones en automonitoreo, autoevaluación y autoreforzamiento para el control en la ingesta de líquidos. Después de 8 semanas, estos pacientes indicaron un decremento en la ingesta de líquidos en comparación con el grupo control, reflejándose en su baja ganancia de peso inter-diálisis.

Los criterios más comunes en la literatura para determinar la adherencia al tratamiento en pacientes con ERCT y, en particular, en el control en la ingesta de líquidos, es determinado por el peso que los pacientes ganan entre los tratamientos hemodialíticos. Cuando los pacientes llegan con un sobrepeso inter-diálisis mayor de 2.5 Kg, por lo general indica problemas de adherencia, aunque también se observa cuando presenta dificultad respiratoria, cansancio tras caminar por un periodo breve y edema en extremidades.

En cuanto al trabajo cognoscitivo no existe mucha evidencia contundente que exponga datos a favor para la adherencia terapéutica, sin embargo existen datos aislados que corroboran la importancia de este enfoque, por ejemplo, Fisher (2004) señala que la falta de adherencia involucra problemas de tipo psicológico, afectivo, cognitivo y comportamental. Del mismo modo, existen autores como Ruiz, Ruiz, Quintero y Jurado (2003) quienes afirman que desde el punto de vista psicológico, el diagnóstico de ERCT repercute en aspectos cognoscitivos y emocionales del paciente, lo que genera, por lo común, ideas catastróficas en general.

Investigaciones con pacientes diabéticos muestran que la presencia de irracionalidades, en cuanto al área de salud, es un significativo predictor de no adherencia. Esto sugiere que el cambio cognitivo dirigido a la identificación y modificación de pensamientos desadaptativos puede ser una herramienta importante en la adherencia terapéutica (Christensen, Moran y Wibe, 1999; en Christensen y Ehlers, 2002).

Desde el punto de vista cognoscitivo, Domínguez (1998) cita a Kirscht y Rosenstock (1977) para destacar cómo las creencias acerca de la naturaleza de la enfermedad influyen en las acciones específicas que inicie el individuo. “Ante la presencia de una amenaza, la acción preventiva es vista como eficaz y posible en relación al costo tolerable”. Desde esta misma perspectiva, Puente-Silva (1998) considera que la magnitud relativa de la disonancia es un factor que ayuda a la decisión del paciente para cumplir o no con el tratamiento. Es decir, que la incomodidad de la disonancia del paciente, motivará la búsqueda de alternativas que propicien la disminución o la resolución de la disonancia.

Sin embargo aunque existe evidencia conductual y cognitiva para generar cambios comportamentales esta intervención es especialmente difícil dado que la adherencia al control en el consumo de agua se trata de un proceso biológico natural como es la sed; por ese motivo, la incidencia en la trasgresión del consumo de agua es alta.

Aunque hay ideas aisladas de la utilidad de intervenciones cognitivas para el mejoramiento de la adherencia terapéutica, se han encontrado escasas evidencias en la literatura de la eficacia de técnicas cognitivo-conductuales para el control en la ingesta de líquidos en pacientes con ERCT. Sin embargo, Fisher (2004) utiliza técnicas cognoscitivas y conductuales para mejorar el sobrepeso de los pacientes inter-sesión. En un interesante estudio realizado por esta autora, en el que integró los modelos cognitivos de pánico (Clark, 1996) y ansiedad (Salkovskis, 1996), además de tomar en cuenta los trabajos de preparación para la motivación (Lang, 1995) y autoeficacia de Bandura (1977) exploró los posibles procesos psicológicos que llevan al consumo excesivo de agua en pacientes con enfermedad renal; esta autora identificó que los pacientes beben debido a la inhabilidad de manejar la sed, es decir, la tensión del cumplimiento a la ingesta de líquidos y el deseo de beber crea un estado de ambivalencia. En otras palabras, el conocimiento de la necesidad de controlar los

líquidos, combinado con la inquietud de cómo manejar la restricción de líquidos hace que el paciente tenga cierta atención sobre el síntoma desagradable de la sed. Para ejemplificarlo, se propone la analogía con el dolor intensificándose cuando se le da atención. Para demostrar eso, se utilizaron estímulos distractores en los pacientes para que no atendieran la sed con un juego computarizado en laptop; los resultados demuestran una reducción en la intensidad de sed cuando los pacientes se ocupaban en alguna actividad.

Apoyando esta idea, en investigaciones efectuadas por Christensen, Moran, Lawton, Stallman y Voights (1997; en Fisher, 2004), se observa que pacientes en hemodiálisis y muy alertas a sus síntomas, tienen menos posibilidades de adherirse al control en la ingesta de líquidos.

## **Propuesta.**

En este estudio se consideró la base fisiológica que produce la sed y las aplicaciones de los elementos autogestivos para producir una sensación de saciedad. Según Rosezweig, y Leiman (1995) existen tres posibles explicaciones en cuanto a cómo se inicia el acto de beber; la primera, marca las concentraciones de iones de sodio en el fluido intersticial como causa del acto de beber, la segunda propone que, es la concentración de partículas de todas clases en el fluido intersticial y la tercer y más aceptada, señala que la deshidratación celular es la causa del impulso de beber.

Investigaciones reportadas, coinciden que posiblemente el mecanismo de cese a la bebida no se da directamente al consumir agua, sino que lleva un proceso en el que se incluye el estómago, el intestino delgado y osmorreceptores del deudeno; por lo que su ingesta no disminuye inmediatamente la sensación de sed sino hasta que el agua llegue a los osmoreceptores y éstos activen la respuesta de saciedad. El tiempo que transcurre del momento en que se bebe hasta que llega a los osmorreceptores es de aproximadamente 2.5 minutos. El proceso de rehidratación celular ocurre después de 15 minutos.

Por otra parte, los principios del entrenamiento autógeno de J.H. Schultz (1912; citado en [www.psicologia-online.com](http://www.psicologia-online.com), diciembre de 2005) consiste en “producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los estados sugestivos auténticos”. Lo anterior se logra esforzándose en repetir las diferentes fórmulas propuestas, no como algo ajeno, sino como algo que tiene sentido dándoles un tono monótono y rítmico; intentando que nuestra mente este completamente centrada en la frase propuesta.

La denominación de entrenamiento autógeno se fundamenta etimológicamente del griego "autos" (sí mismo), "gen" (devenir), y podría traducirse como "una ejercitación o entrenamiento desarrollado de “uno mismo” para "sí mismo".

Partiendo de los estudios iniciales de Schultz se han desarrollado versiones adaptadas del entrenamiento autógeno a través de imágenes y sensaciones. En general, las sensaciones que regularmente se han trabajado son los ejercicios de pesadez, calor, frescura, etc.

En resumen, durante la búsqueda bibliográfica no se encontraron protocolos de intervenciones con enfoque cognitivo- conductual para controlar la ingesta de líquidos; por lo que considerando elementos de investigaciones efectuadas en el rubro de adherencia terapéutica y agregando como marco teórico la teoría fisiológica del cese a la bebida y adaptando el entrenamiento autógeno de Schultz, se propone esta investigación considerando los siguientes elementos:

Los pacientes que se encuentran en tratamiento sustitutivo, deben hacer cambios en el estilo de vida para detener el deterioro renal y evitar complicaciones en su salud. Estos cambios incluyen, iniciar la toma de medicamentos, cambio en la alimentación y control en la ingesta de líquidos para ayudar al cuerpo a realizar las funciones del riñón y evitar fallas del corazón por congestión, hipertensión, edema pulmonar, dificultad para respirar y escaso tiempo de vida.

Según la literatura consultada se hace énfasis que, el bajo control en la ingesta de líquidos es el más común de los problemas presentados en los pacientes hemodializados, siendo en menor medida la dieta y la toma de medicamentos.

La restricción de agua varía según algunos autores, el rango se encuentra desde 1.5 litros hasta 500 ml. Otro criterio para determinar el consumo de agua permitido es la cantidad de orina recolectada en 24 horas más 500ml.

Una medida para detectar si una persona consume más agua que la recomendada se observa en la ganancia de peso inter-diálisis; es decir al peso que la persona gana entre una diálisis y otra. Cuando los pacientes llegan con un sobrepeso inter-diálisis mayor de 2.5 Kg, por lo general indica problemas de adherencia.

Este problema de adherencia se genera a partir de la sed, sensación de sequedad y mal sabor de boca producidos por la urea secundaria a la falla renal y no totalmente eliminada por el proceso dialítico (Fisher, 2004).

En cuanto a investigaciones con enfoque cognitivo-conductual no existe evidencia contundente que exponga datos a favor para la adherencia terapéutica en el control en la ingesta de líquidos, sin embargo existen datos aislados que corroboran su importancia.

Para ellos se consideraron los siguientes elementos para la intervención:

- La importancia de la psicoeducación sobre las consecuencias de la enfermedad.
- Seleccionar y definir la conducta meta en el tratamiento (Domínguez; 1988).
- Monitoreo y refuerzo positivo al observar una respuesta que se espera en la intervención. (Christensen y Ehlers; 2002).
- La cercanía del terapeuta (Haynes y Sackett; 1976, citados en Puente-Silva, 1998).
- La dificultad de trabajar adherencia en las enfermedades crónicas, cuyos síntomas son regularmente estables, como el caso de la enfermedad renal, a pesar del tratamiento.
- Tomar en consideración la teoría del cese a la bebida y el entrenamiento en frases autógenas que permitirán al paciente mantener un control sobre el consumo de agua al sentir menor sensación de sed.

De esta forma, si se logra que el paciente consuma 100 ml o menos de agua en un tiempo mayor de 2.5 minutos, se podrá mitigar la sed con menor cantidad de agua.

En este mismo sentido, si el paciente logra producir mediante entrenamiento autógeno sensaciones de frescura en su garganta, boca, lengua, cuerpo y saciedad en general, entonces podrá disminuir la frecuencia en la ingesta de líquidos.

Es por ello que se elaboró un protocolo que tiene como objetivo disminuir la ingesta de líquidos por medio de autogestión y el retraso en el consumo del líquido en 5 pacientes, de tal forma que se sienta la mayor saciedad posible por el menor consumo de agua posible.

Con esta investigación se pretende aportar una estrategia de intervención breve, de mínimos recursos y eficaz para el tratamiento del control en la ingesta de líquidos. La

muestra que se propone es con la que cuenta el hospital y que manifiestan esta problemática, por lo tanto es difícil incrementarla.

Es por ello el interés por dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación.

## **Metodología.**

### **Preguntas de investigación.**

¿Cuáles son los efectos de retrasar el consumo de agua en un tiempo mayor de 2.5 minutos e inducir la autogestión para satisfacer la sensación de saciedad en pacientes con ERCT?

### **Objetivo General.**

Determinar la eficacia de una intervención Cognitivo-Conductual a partir del retraso en el consumo de líquidos y la autogestión, en la mejora de la adherencia al control en la ingesta de líquidos en pacientes con ERCT.

### **Objetivos específicos.**

Enseñar a los pacientes a beber 100 ml de agua en un tiempo mayor a 2.5 minutos.

Enseñar a los pacientes la técnica de autogestión para mitigar la sensación de sed.

Registrar el peso inter-diálisis de los pacientes justo antes de la sesión hemodialítica.

### **Diseño de la investigación.**

Cuasi-experimental de mediciones repetidas y con tratamientos múltiples, con 2 grupos; el control y el grupo de tratamiento, es decir, se midió la eficacia de la intervención psicológica con enfoque cognitivo-conductual haciendo mediciones de la ganancia de peso inter-diálisis en cada sesión durante la fase de línea base, intervención y mantenimiento. A su vez, los resultados se compararon con los datos del grupo control.

### **Variables.**

Variable dependiente (VD): Adherencia al control en la ingesta de líquidos.

Variable independiente (VI): Intervención cognitivo-conductual.

Variables Intervinientes (Vin): Todas aquellas variables que puedan modificar e interferir con la VI. Se tomarán las precauciones necesarias para contemplar estas variables.

### Definiciones conceptuales.

VD. Adherencia al control en la ingesta de líquidos. Rodríguez (1997) el grado en que la cantidad de consumo de líquidos coincide con la indicación médica incluyendo el papel activo, voluntario y colaborativo en el plan de tratamiento del paciente.

VI. Entrenamiento tanto en el retraso de consumo de agua como en la autogestión de sensación de saciedad.

### Definiciones operacionales.

VD. Ganancia de peso inter-diálisis < 2 Kg.

VI. 8 sesiones estructuradas (anexo I para ver protocolo).

### **Participantes.**

La muestra estuvo conformada por un total de 8 pacientes divididos en grupo de tratamiento (5) y grupo control (3) que de manera voluntaria aceptaron formar parte del protocolo de investigación y dieron autorización para usar sus datos; que se encontraban en el servicio de nefrología y en particular en tratamiento de hemodiálisis del Hospital Juárez de México y que fueran a permanecer en ese tratamiento por lo menos 2 meses más, de ambos sexos con edades de entre 20 a 64 años, con diagnóstico de ERCT y que tuvieran una ganancia de peso inter-diálisis < 2 Kg. No se incluyeron otros criterios de inclusión debido a la escasez de la muestra.

Debido a que no se buscó representatividad estadística de muestras para poblaciones, pero sí, estudios de caso donde se busca generar cambios específicos en el comportamiento de los participantes, no hubo selección estadística de la muestra.

### **Instrumentos de medición.**

Registro de peso inter-diálisis (anexo II para ver el formato de registro de peso).

### **Procedimiento.**

Como es conocido, en cada estudio el investigador tiene suposiciones sobre los resultados que encontrará y en ocasiones esto sesga los resultados obtenidos; para poner atención a esta falla metodológica y evitar caer en estos sesgos, se pidió a las enfermeras que fueran ellas quienes pesaran a los pacientes y lo anotasen en el expediente del paciente, como es de suponer, la enfermeras no conocían qué pacientes pertenecían al grupo tratamiento o al control, por lo que la posibilidad de sesgo en esta parte se controló. El clínico solo transcribía los resultados al programa SPSS para su posterior análisis.

Además de que las suposiciones del investigador afectan los datos, también pueden afectar la forma en que el terapeuta interactúa con el paciente. Lo anterior puede tener sentido si se considera que la atención puesta a los pacientes funciona como refuerzo positivo e influye en el control en la ingesta de líquidos, sin embargo también se atendió a los pacientes del grupo control pero dejando de lado el tema de la ingesta de líquidos.

Tomando en consideración lo antes señalado, se invitó a los sujetos para participar en la investigación, se pidió consentimiento informado a cada participante que reunió los criterios de inclusión mencionados. Se hicieron 8 intervenciones con duración aproximada de 30 minutos y 2 veces por semana. Se siguió el protocolo del anexo I para llevar a cabo la intervención. A partir de la primera sesión, se dio la bienvenida y se enseñó a retardar el consumo de agua, se le pidió que continuaran así cada vez que desearan consumir agua; en la segunda sesión, se dio psicoeducación sobre la ERCT y los efectos de consumir mayor cantidad del agua recomendada y se continuó con el retardo en el consumo de agua. En la tercera sesión, se introdujo la relajación previa al entrenamiento autógeno y con el retardo en el consumo de agua. Para las siguientes sesiones se continuó con entrenamiento autógeno de saciedad, la cual se evaluó a partir de la 6a sesión y hasta la 8a, con una escala subjetiva de sed (ESS). (Ver tabla de procedimiento). Se pidió a los pacientes que la practicaran frecuentemente en casa y cuando la necesidad de consumir agua apareciera (para los detalles del protocolo ver anexo I).

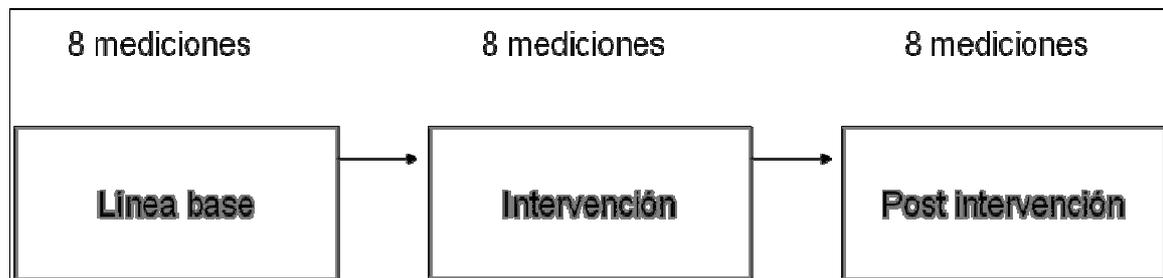
Tabla 1. Procedimiento de la intervención.

Número de sesión	<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Invitación.</li> <li>■ Firma del consentimiento informado.</li> <li>■ Entrenamiento en el retardo de consumo de líquidos.</li> </ul>
	<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Psicoeducación.</li> <li>■ Entrenamiento en el retardo de consumo de líquidos.</li> </ul>
	<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Relajación previa al entrenamiento autógeno.</li> <li>■ Entrenamiento en el retardo de consumo de líquidos.</li> </ul>
	<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entrenamiento autógeno.</li> <li>■ Entrenamiento en el retardo de consumo de líquidos.</li> </ul>
	<b>5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entrenamiento autógeno.</li> <li>■ Entrenamiento en el retardo de consumo de líquidos.</li> </ul>
	<b>6*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entrenamiento autógeno.</li> <li>■ Entrenamiento en el retardo de consumo de líquidos.</li> </ul>
	<b>7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entrenamiento autógeno.</li> <li>■ Entrenamiento en el retardo de consumo de líquidos.</li> </ul>
	<b>8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Entrenamiento autógeno.</li> <li>■ Entrenamiento en el retardo de consumo de líquidos.</li> </ul>

\*Indica comienzo de mediciones en ESS.

Para conocer la línea base, el progreso del participante y el mantenimiento de la conducta, se usaron los registros del peso inter-diálisis, los cuales se graficaron en 8 ocasiones previas a la intervención, 8 ocasiones durante y 8 ocasiones después de la intervención; como lo muestra la figura 1.

Figura 1. Fases de la intervención.



Las intervenciones terapéuticas se desarrollaron en el aislado donde el paciente recibe el tratamiento hemodialítico del Hospital Juárez de México.

**Análisis Estadístico.**

Análisis de frecuencias.

“t” de Student.

SPSS versión 11.

## Resultados.

El **análisis de frecuencias** de la variable dependiente indica que del total de datos (40), es decir, las medidas de sobre peso inter-diálisis; los pacientes llegaron con sobre peso en la línea base en 30 ocasiones, disminuyendo a 20 en la intervención y a 16 datos en la fase de mantenimiento. (ver tabla 2).

Tabla 2. Número de veces que los pacientes llegaron con sobrepeso.

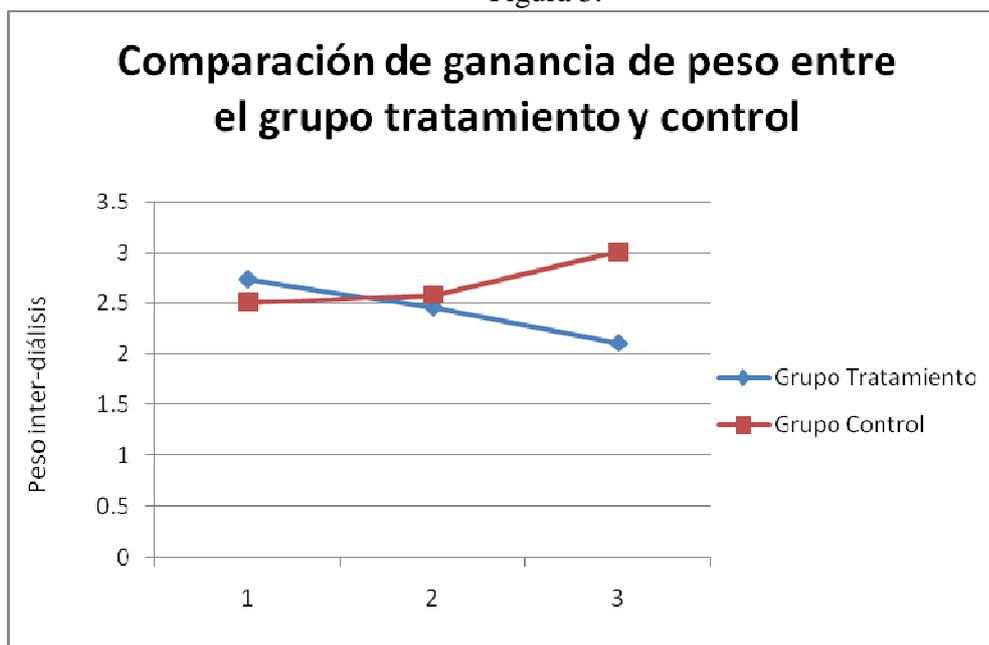
	Pre intervención	Intervención	Post intervención
Grupo tratamiento	30 veces	20 veces	16 veces
Grupo comparativo	35 veces	34 veces	38 veces

En cuanto al promedio, en el grupo tratamiento se encontró una ganancia de peso inter-diálisis de 2.735 en la línea base, durante la intervención disminuyó a 2.458 y en la medición pos-intervención fue de 2.1125

En el grupo control encontramos una media de ganancia de peso de 2.5083 en la línea base, incrementándose levemente a 2.5792 en la fase de intervención y aumentando a 3.0043 para la fase de pos-intervención.

En la figura número 3 se muestran los resultados de ganancias de peso inter-diálisis entre el grupo tratamiento y control a los largo de las fases: línea base, intervención y mantenimiento.

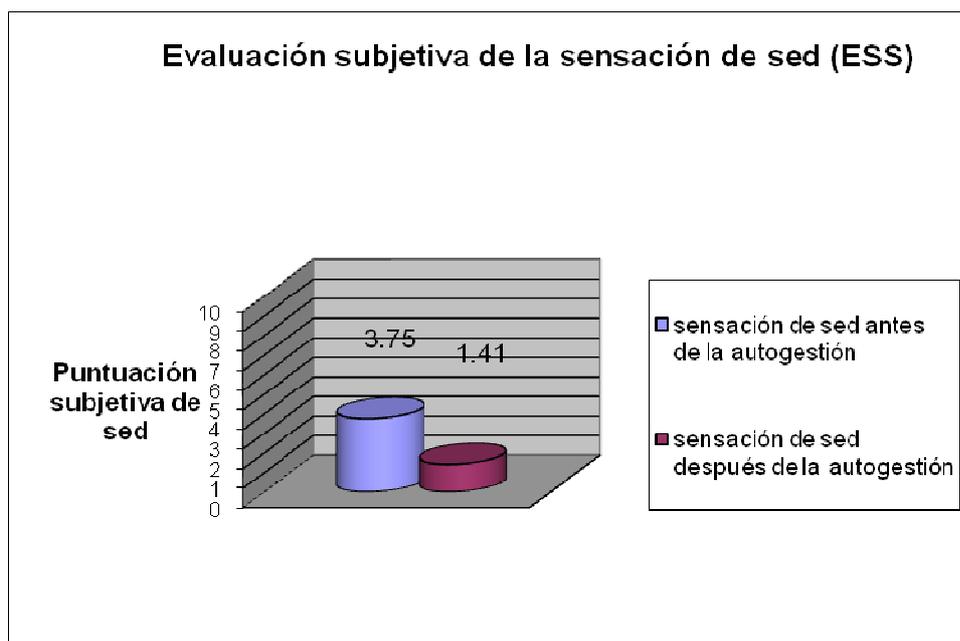
Figura 3.



En la “**t**” de Student efectuada se encontró que al comparar las medias entre las fases línea base e intervención, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con una “t” de 1.27 y una significancia de .210; sin embargo al comparar la línea base con la fase de mantenimiento, se encontró una “t” de 2.54 con una significancia de .015.

La evaluación subjetiva de sensación de sed (ESS) grupal mostró una reducción de 2.34 ESS pre y post intervención, observando 3.75 antes de la autogestión y 1.41 después de ella.

Figura 4.



## **Conclusiones y Discusión.**

Como se expuso anteriormente la trasgresión al consumo de agua es la reportada con más frecuencia en pacientes hemodializados (Christensen y Ehlers, 2002); es probable que la trasgresión ocurra porque se trata de un proceso de deshidratación natural que produce sed; por lo que el objetivo de este estudio fue determinar la eficacia de una intervención Cognitivo-Conductual a partir del retraso en el consumo de líquidos y la autogestión, en la mejora de la adherencia al control en la ingesta de líquidos en pacientes con ERCT. Además la intervención fue dirigida para dar herramientas a los pacientes en controlar la ingesta de líquidos y que por sí mismos pudieran regularla en futuras ocasiones. La forma de evaluar la intervención fue a partir de la ganancia de peso inter-diálisis. Es decir, mayor a 2 Kg es evaluado como trasgresión y menor a 2Kg es evaluado como control en la ingesta de líquidos.

Es por ello que los ocho participantes que conformaron tanto el grupo tratamiento como el control presentaron ganancia de peso mayor a la recomendada por lo menos 8 ocasiones antes de iniciar la intervención (línea base).

En términos generales se observó progresiva disminución en el número de veces que los participantes trasgredieron el consumo de agua encontrándose 30, 20 y 16 trasgresiones por fase. Estos datos hacen notar que hubo una reducción del consumo de agua entre la primer (línea base) y segunda fase (intervención) y se mantuvo, incluso disminuyó aún más en la fase de mantenimiento (tercer fase). Además, para evitar suponer que el tiempo influyera en los resultados, el grupo tratamiento se comparó con un grupo control en el mismo periodo de tiempo que se realizó la intervención. En el grupo control no hubo cambios.

A nivel grupal, en la fase de intervención, el consumo de agua disminuyó, sin embargo no se mostró una diferencia significativa en la prueba estadística “ t ” de Student, sino hasta terminada esta fase y en la fase de mantenimiento. Los datos muestran como la trasgresión a la ingesta de líquidos en la fase de mantenimiento, y al compararla con la línea base disminuyó; lo anterior concuerda con lo reportado en Christensen y Ehlers (2002), donde después de 6 u 8 semanas, estos pacientes indicaron un decremento en la ingesta de líquidos en comparación con el grupo control. Sin embargo en la presente investigación, el consumo disminuyó a partir de la intervención y aún todavía más en la fase de mantenimiento. En los datos de Christensen y Ehlers (op cit.) no se habla sobre la fase de mantenimiento de la intervención, ni tampoco habla de cómo se controló la variable tiempo para determinar la eficacia del estudio.

Como se expuso en el procedimiento, las enfermeras del hospital fueron quienes anotaban la ganancia de peso inter-diálisis sin saber cuál era el grupo del que se esperaban cambios; aunque el proceso de anotar el peso es común en los pacientes hemodializados, pudo suceder que no se prestara la suficiente atención, dando como resultado sesgos aleatorios. Se puede sugerir para futuras intervenciones en el tema, poner en aviso a las enfermeras para que sean cuidadosas en el control de datos. Un control además del anterior es que otra persona distinta al investigador sea quien transfiera los datos en el paquete estadístico.

Es preciso recordar que se atendió al grupo tratamiento como control por igual, sin embargo con este último se tocó tangencialmente el tema de la ingesta de líquidos.

De todos los participantes en que se utilizó la técnica de autogestión, se observó un decremento en las unidades subjetivas de sed (USS), aún tomando en cuenta que por las mañanas no la reportaban. Ellos reportaron mayores sensaciones de sed por las tardes (sic paciente).

Al analizar los datos uno de los pacientes, a quién no se realizó la técnica de autogestión debido a la falta de eritropoyetina y que además incrementó su peso en comparación con su línea base; se encontraron actitudes de baja tolerancia a la frustración por una parte, y negación de que el consumo de agua afectaba su estado actual. Incluso la técnica de retraso del consumo de líquidos en un tiempo mayor de 2.5 minutos pudo ofrecer una alternativa para sentir mayor saciedad, pero al mismo tiempo evitar abstenerse del consumo de agua, lo cual fue en contra de lo planteado en esta intervención. También se encontró en este participante una emoción general ansiosa, por lo que refería consumir frutas cuando no tenía nada que hacer (sic paciente).

Observando los datos que este participante arroja, se puede pensar que la técnica del retraso en el consumo de líquidos por sí sola, no es suficiente para disminuir el peso interdialisis, puesto que fue el único que recibió esta instrucción sin la autogestión y sin embargo subió de peso; pero, se destaca este hecho para investigaciones futuras en donde se someta a un grupo experimental y a uno control para ver las diferencias con respecto al tipo de intervención (autogestión y retraso en el consumo de agua).

Lo anterior hace suponer que el componente cognitivo para la regulación de las emociones resulta importante para algunos pacientes en el control de su consumo de agua.

Otro dato interesante fue el de un paciente que en una ocasión reportó un peso interdialisis en la fase de mantenimiento de 7.2 kg, en comparación con la línea base (5.4). Esto sugiere un patrón de consumo parecido al de los “atracones” como en los trastornos de la alimentación, pero a diferencia del consumo de carbohidratos, el atracón se da en el “consumir agua en exceso”, sin embargo esta tendencia no se generalizó para toda la muestra.

El período en que se efectuó la investigación, fue en época decembrina. Es probable que por ese motivo algunos participantes hayan consumido mayor cantidad de agua; por la asistencia a fiestas y ser sujetos a presiones de orden social (sic paciente). Por otra parte y en el mismo sentido, el frío de esta época también puede contribuir a consumir menor cantidad de agua (sic paciente). Por ello se utilizó el grupo control y en comparación, no hubo diferencias que nos hagan pensar que el clima contribuyó al decremento en el grupo experimental; aunque se podría realizar esta investigación en época de calor para conocer como se distribuyen los datos.

Se recomienda en investigaciones futuras tomar en consideración que para poder mantener por mayor tiempo la sensación de saciedad se puede ingerir por intervalos fijos cierta cantidad de agua, de tal forma que el cuerpo se mantenga hidratado e impedir los atracones de agua; también se observó en el presente estudio que utilizando primero la autogestión e inmediatamente después el retraso en el consumo de agua, la sensación de

saciedad se mantiene por mayor tiempo. En esta misma idea, se podría implementar una forma de medir la duración de la sensación de saciedad para determinar la eficacia de la intervención.

Se recomienda acortar el número de sesiones y dar audiograbaciones que contengan las instrucciones de autogestión para mitigar la sensación de sed.

Otras de las variables que no se pudieron controlar, fue el uso de la distracción para prestar menos atención a la sensación de sed, debido a que algunos participantes reportaron utilizar esta técnica mencionando que se ponían a hacer otra cosa y entonces se olvidaban de la sed.

Sería conveniente medir, en futuras investigaciones, la adherencia al tratamiento, con un instrumento válido y confiable que coteje los resultados observables y los reportados en dicho instrumento.

Empero lo que se destaca aquí, es el implemento de un protocolo validado con cinco pacientes y que resultó efectivo en la disminución en el consumo de agua. Se propone que para que pueda reunir las cualidades de un protocolo válido y confiable, lo ejecuten psicólogos en diferentes espacios en pacientes, para conocer si los datos son consistentes con los resultados obtenidos en la presente investigación.

Por lo que el protocolo en el control en la ingesta de líquidos, puede ser considerado una opción cuando se trata de regular el consumo de agua en pacientes con ERCT.

## Referencias bibliográficas.

- Becerra, C. (2006). Intervención cognitivo conductual para el manejo del estrés en pacientes nefróticas. *Tesis que para obtener el título de maestría en psicología profesional*. Facultad de psicología; U.N.A.M. pp 15-32.
- Christensen, A. y Ehlers, S. (2002). Psychological factors in end-stage renal disease: An emerging context for behavioral medicine research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70, 3. 712-724.
- Christensen, A., Wiebe, J., Moran, P., Ehlers, S. & Lawton, W. (2002). Effect of a behavioral self-regulation intervention on patient adherence in hemodialysis. *Health Psychology*. 21, 4, 393-397.
- Ciro, E., Medina, G., Alvarado, L. y Cortés, R. (2003). Prevalencia del síndrome depresivo en el adulto mayor con insuficiencia renal crónica en fase terminal. *Nutrición Clínica*. 6. 3. 215-219.
- Dominguez, B. (1998). Investigación Psicológica-conductual y adherencia terapéutica. En Caballo, V. (comps). *Manual de Adherencia Terapéutica*. España. Puente-Silva.
- ENSA (Encuesta Nacional de Salud). (2000). *La salud de los adultos*. Tomo II. ([www.insp.mx/ensa/ensa\\_tomo2.pdf](http://www.insp.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf)).
- Fisher, L. (2004). Psychological factors influencing thirst and drinking in hemodialysis patients on a fluid restriction. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 32, 347-352.
- García-Valderrama, F., Fajardo, C., Guevara, R., González-Perez, V. y Hurtado, A. (2002). *Mala adherencia a la dieta en hemodiálisis: papel de los síntomas ansiosos y depresivos*. *Nerología*. 22, 3, 245-252.
- Gody, J. (1998) Medicina conductual. En Caballo (comp). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España. Siglo XXI.
- Guicoletto, G. y Bueldón, M. (2003). Aspectos Psicológicos de los enfermos en técnicas sustitutivas de la función renal, de sus familiares y del equipo tratante. En Avendaño, H. (comps). *Nefrología Clínica*. España. Panamericana.
- Magaz, A., y García, M. (1999). Aspectos psicosociales de los pacientes en diálisis peritoneal. En Montenegro, J., y Olivares, J. (comps) *La diálisis peritoneal*. España. Dibe.
- McPhee, S., Lingappa V., y Ganong, W. (2003). *Fisiopatología médica: una introducción a la medicina clínica*. Manal moderno.
- Mendoza Sánchez, García Cárdenas, Oberholzer, Monteón Ramos, Rodríguez Reynoso, Sandoval Alvarado, Lúa y Haro, J. (2005). *Trasplante de páncreas-riñón*. IX congreso nacional de la sociedad mexicana y XVIII congreso latinoamericano y del caribe de trasplantes.
- Nájera, A. (2003) *Reporte de experiencia profesional en la residencia de medicina conductual* (no publicado).
- Puente-Silva, F. (1998). Qué es la Adherencia terapéutica? En Caballo, V. (comps). *Manual de Adherencia Terapéutica*. España. Puente-Silva.
- Padierna-Acero, J. La diálisis. (1999). Aspectos psicológicos y psiquiátricos. En Montenegro, J. y Olivares, J. (comps). *La diálisis peritoneal*. España. Dibe.
- Reyes, A., Otero, H. y Duque de Estrada A. (2005). *Psicología de la salud en atención a enfermos renales*. En Hernández, E. y Grau, J. (comps). *Psicología de la salud fundamentos y aplicaciones*. Universidad de Guadalajara. México.
- Rodríguez, G. (1997). *Fortalecimiento de la Adherencia terapéutica. Módulos de Aprendizaje de Ciencia Conductual*. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

- Rodríguez, G. y Jaén C. (2004). Tendencias actuales de la investigación en medicina conductual en México. En Rodríguez (comps). *Medicina Conductual en México*. Tomo 1. México. Porrúa.
- Rodríguez, G., Pérez, C., Rojas, M., Reyes-Lagunes, I. y Méndez, I. (2004). Trasplante de órganos y tejidos: creencias, actitudes e intenciones conductuales en la población mexicana. En Rodríguez, G. (comps). *Medicina Conductual en México*. Tomo 1. México. Porrúa.
- Rosezweig, M. y Leiman A. (1995). *Psicología Fisiológica*. España. Mc Graw Hill.
- Ruiz, R., Ruiz L., Quintero F. y Jurado, S. (2003) El autoconcepto en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Nutrición Clínica*. 6, 3. 220-225.
- Salgado, S., Renyoso, L. y Molina, B. (en prensa) Evaluación de la Autoeficacia percibida ante el consumo de líquidos en pacientes con IRC que reciben tratamiento dialítico. *Tesis que para obtener el grado de maestría en psicología profesional*. Facultad de psicología. U.N.A.M.
- Sánchez, V., Herrera, C. y Mollinedo, A. (2005). *Evolución del trasplante renal en el instituto guatemalteco del seguro social. Efecto del monitoreo de C2 de ciclosporina*. IX congreso nacional de la sociedad mexicana y XVIII congreso latinoamericano y del caribe de trasplantes.
- Secretaría de Salud. (2003). *Salud Pública de México*. 45, 4, 312-315.
- World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies*. Switzerland.
- [www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/autogeno.htm](http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/autogeno.htm) (diciembre de 2005).

# **Anexos**

## **Anexo I**

### **Intervención cognitivo-conductual para el control en la ingesta de líquidos.**

#### **1. Bienvenida.**

a. El objetivo de esta sesión es ayudar a controlar la ingesta de líquidos, la forma de comer, el consumo de sal o medicamentos. Este trabajo está basado en ejercicios e intercambio de ideas, de modo, que tengan los mejores efectos para usted.

El protocolo tiene una duración de 8 sesiones (1 mes) y se divide en dos fases; en la primera se explica en general el contenido del protocolo y se firma la hoja de consentimiento informado, se da información general sobre la función de los riñones y algunas de las consecuencias por no adherirse al tratamiento y en particular en no controlar su ingesta de agua. Se mostrará su línea base (estado real) de peso inter-diálisis y los estados deseados con diagramas, también se comentará que el terapeuta conoce el grado en que consumió agua a través del peso inter-diálisis.

Así mismo, se explican los mecanismos fisiológicos de la sed y el tiempo que tarda en surtir efecto la sensación de saciedad al consumir agua. En este sentido, también se explicará el modo en que se espera consuma agua, de tal forma que el paciente tarde mínimo 2.5 minutos entre primer trago y el último.

Para llevar a cabo este ejercicio, primero se explica verbalmente, se confirma el entendimiento de la instrucción pidiendo al paciente que la repita y por último, se realiza el ejercicio.

Se agradece la participación en este estudio y si está de acuerdo lea la hoja de consentimiento informado, firmándola si está de acuerdo.

b.

**Consentimiento Informado.**  
**Hospital Juárez de México.**

México D.F. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Yo \_\_\_\_\_ reconozco que el Licenciado en Psicología Iván Gilro Ojeda Vallejo me ha proporcionado información amplia sobre el protocolo de investigación que desea realizar denominado “*Intervención cognitivo-conductual para el control en la ingesta de líquidos*”.

Estoy consciente que el tratamiento no pone en riesgo mi salud, que las sesiones tienen fundamentos psicológicos basados en investigaciones previas y estoy de acuerdo que se publique la investigación manteniendo siempre el anonimato de mi persona.

Por lo tanto acepto por mi libre voluntad sin haber sido sujeto a ningún tipo de presión.

Servicio \_\_\_\_\_ No de expediente \_\_\_\_\_.

SI ACEPTO	TESTIGO
Nombre y firma (o huella)	Nombre y firma.

c. Identificar la conducta a modificar: consumo de agua, dieta, medicamentos u otros.

d. Proceso para retardar el consumo de agua.

- Material:
  - Vaso de 100 ml.
  - Un envase con agua para beber de 500 ml.

Se le pedirá al participante si sabe la cantidad de agua que debe consumir diariamente y se confirmará con el médico responsable.

➤ La cantidad de agua permitida por día es de \_\_\_\_\_.

Vamos a beber *100 ml* de agua en 2.5 minutos, bajo las siguientes instrucciones:

1. Dividiremos el vaso en 4 partes imaginarias, dé el primer sorbo, es decir la primera cuarta parte del vaso.

Pásela por su boca y tráguela. Concéntrese en la frescura de la boca y garganta mientras pasa por ella, (pausa) disfrute y concéntrese en la sensación por unos momentos. Se repite - disfrute y concéntrese en la sensación por unos momentos- durante (20 segundos).

2. Tome el segundo sorbo; paseé el agua por su lengua lentamente, dé pequeños tragos en cada movimiento que haga; almacénela en sus mejillas por unos instantes, recórrala de un lado a otro, hágala recorrer toda su boca con suavidad, dé pequeños tragos; acumúlela entre el labio superior y sus dientes, disfrute esa sensación, ahora entre sus labios inferiores y sus dientes, deléitese con esa sensación. Recuerde dar pequeños tragos en cada movimiento. Tráguela lentamente, poco a poco (1 min).

Se repite - disfrute y concéntrese en la sensación por unos momentos- durante (10 seg).

Si considera necesario repita las instrucciones del paso número 1 para el tercer ( $\frac{3}{4}$ ) y del número 2 para el último sorbo ( $\frac{4}{4}$ ). (Si puede soportarlo no consuma más agua y regréselo a la botella).

Se le pide consumir agua con esta estrategia cada vez que tenga sed y como máximo 5 vasos de 100 ml al día.

Información general sobre el protocolo,  
hoja de consentimiento informado firmada,  
proceso de retardar el consumo de agua ( ).

## 2. Psicoeducación.

a. Se mostraran los gráficos del peso inter-diálisis obtenidos entre la primera y segunda sesión. Se reforzará positivamente en caso de que haya disminuido su consumo.

b. El propósito de la entrevista es platicar sobre la importancia que tiene el controlar su ingesta de líquidos, exactamente como se lo han indicado. Al principio puede resultar difícil de aceptar o comprender, sin embargo tenemos tiempo para la información; usted puede interrumpir si existen dudas o comentarios.

Asegurarse que el paciente conozca las funciones de los riñones tales como:

- Eliminar la mayoría de los productos finales del metabolismo y las toxinas.
- Mantener constante la composición de líquido que rodea a las células.
- Actuar como órgano endocrino o formador de hormonas (renina, eritropoyetina y 1-25 hidroxicolecalciferol).

Y sobre todo que:

- Entienda la importancia de controlar la ingesta de agua.

El aprender y modificar los estilos de vida es un tanto complicado pero perfectamente posible. Es como aprender cualquier cosa nueva, al principio es pesado pero, con la práctica se puede volver parte de las rutinas diarias.

c. Preguntar cómo se sintió y si realizó el ejercicio de retardar el consumo de agua. Verificar la forma en que maneja el **proceso de retardar el consumo de agua** y ensayarla nuevamente. (Ver punto **1.** inciso **d.**) Conocer el número de vasos que consume.

Psicoeducación y verificación del proceso de retardar el consumo de agua ( ).

### **3. Se entrenará al paciente en relajación previa al entrenamiento autógeno.**

a. Se mostrarán los gráficos del peso inter-diálisis obtenidos entre la segunda y tercer sesión. Se reforzará positivamente en caso de que haya disminuido su consumo.

b. Psicoeducación sobre el proceso de relajación autógena; comentar sobre la importancia de ensayar la primera parte y la importancia de practicarlo frecuentemente para evitar el consumo de agua y disminuir la sensación de sed.

c. Practicar la primera parte del ejercicio de relajación previa al entrenamiento autógeno (ver anexo A al final del protocolo).

d. Preguntar si realizó el ejercicio de retardar el consumo de agua. Verificar la forma en que maneja el **proceso de retardar el consumo de agua** y ensayarla nuevamente. (Ver punto **1.** inciso **d.**) Conocer el número de vasos que consume.

e. Se pedirá al paciente que continúe con el proceso de retardar el consumo de agua cada que haya sensación de sed y practique la relajación previa al entrenamiento autógeno por lo menos 2 veces al día.

Entrenamiento en relajación previa al entrenamiento autógeno ( ).

### **4. Entrenamiento autógeno I.**

a. Se mostrarán los gráficos del peso inter-diálisis obtenidos entre la tercer y cuarta sesión. Se reforzará positivamente en caso de que haya disminuido su consumo.

b. Retomar la psicoeducación sobre el proceso de relajación autógena y aclarar dudas. Comentar sobre la importancia de practicarlo frecuentemente para evitar el consumo de agua y disminuir la sensación de sed.

d. Preguntar si realizó el ejercicio de retardar el consumo de agua. Conocer el número de vasos que consume.

Entrenamiento autógeno I ( ).

**5. Entrenamiento autógeno II.**

- a. Se mostrarán los gráficos del peso inter-diálisis obtenidos entre la cuarta y quinta sesión. Se reforzará positivamente en caso de que haya disminuido su consumo.
- b. Comentar sobre la importancia de practicar el entrenamiento autógeno para evitar el consumo de agua y disminuir la sensación de sed.
- d. Continuar monitoreando el ejercicio de retardar el consumo de agua y conocer el número de vasos que consume.

Entrenamiento autógeno II ( ).

**6. Entrenamiento autógeno III.**

- a. Se mostrarán los gráficos del peso inter-diálisis obtenidos entre la quinta y sexta sesión. Se reforzará positivamente en caso de que haya disminuido su consumo.
- b. Comentar sobre la importancia de practicar el entrenamiento autógeno para evitar el consumo de agua y disminuir la sensación de sed.
- c. Preguntar en qué grado tiene la sensación de sed con la “escala subjetiva de sed” (ESS) y practicar el ejercicio de entrenamiento autógeno. Una vez terminado el ejercicio preguntar el grado de sed que tiene con la ESS. Recomendar practicarlo en casa cada vez que se tenga la sensación de sed en vez de beber agua.

0-----10.

- d. Continuar monitoreando el ejercicio de retardar el consumo de agua y conocer el número de vasos que consume.

Entrenamiento autógeno III ( ).

**7. Entrenamiento autógeno IV.**

- a. Se mostrarán los gráficos del peso inter-diálisis obtenidos entre la sexta y séptima sesión. Se reforzará positivamente en caso de que haya disminuido su consumo.
- b. Comentar sobre la importancia de practicar el entrenamiento autógeno para evitar el consumo de agua y disminuir la sensación de sed.
- c. Preguntar en qué grado tiene la sensación de sed con la “escala subjetiva de sed” (ESS) y practicar el ejercicio de entrenamiento autógeno. Una vez terminado el ejercicio preguntar el grado de sed que tiene con la ESS. Recomendar practicarlo en casa cada vez que se tenga la sensación de sed en vez de beber agua.

0-----10.

- d. Continuar monitoreando el ejercicio de retardar el consumo de agua y conocer el número de vasos que consume.

Entrenamiento autógeno IV ( ).

**8. Entrenamiento autógeno V.**

a. Se mostrarán los gráficos del peso interdiálisis obtenidos entre la séptima y octava sesión. Se reforzará positivamente en caso de que haya disminuido su consumo.

b. Comentar sobre la importancia de practicar el entrenamiento autógeno para evitar el consumo de agua y disminuir la sensación de sed.

c. Preguntar en qué grado tiene la sensación de sed con la “escala subjetiva de sed” (ESS) y practicar el ejercicio de entrenamiento autógeno. Una vez terminado el ejercicio preguntar el grado de sed que tiene con la ESS. Recomendar practicarlo en casa cada vez que se tenga la sensación de sed en vez de beber agua.

0-----10.

d. Continuar monitoreando el ejercicio de retardar el consumo de agua y conocer el número de vasos que consume.

Entrenamiento autógeno V ( ).

## Anexo A

### Relajación previa al entrenamiento autógeno.

#### Primera parte

##### Instrucciones.

- a. *Siéntese cómodo.*
- b. *Concéntrese en sentimientos de relajación, paz y calma.*
- c. *Repita mentalmente las frases que yo diga y trate de sentir y experimentar las sensaciones o sentimientos descritos en su propio cuerpo.*
- d. *Permanezca atento a mi voz y a las sensaciones y sentimientos en su cuerpo.*

*Estoy totalmente consciente del lugar en que me encuentro y de la posición de mi cuerpo sobre el sillón (silla, colchoneta, piso, etc).*

*Siento crecer en mí el deseo de sumergirme dentro de mi cuerpo, de dejarme llevar por mis pensamientos.*

*Y me siento dispuesto a ello; mis brazos están listos, y dispuestos para la relajación, las piernas están listas y dispuestas, todo mi cuerpo está listo para disfrutar.*

*Es un deseo de mi interior para relajarme.*

*También mi mente está lista y dispuesta, no opone resistencia y acepta esta experiencia.*

*Me siento completamente en calma, es un estado de absoluto reposo.*

*Percibo cómo mis músculos se están relajando lenta y progresivamente.*

*Que se liberan de la tensión.*

*Se relajan los músculos de mis pies y mis dedos.*

*Se relajan los músculos de mis pantorrillas.*

*Los músculos de las caderas, glúteos y abdomen también se están relajando.*

*Mi columna vertebral y toda mi espalda se están relajando.  
Se apoya agradablemente sobre la colchoneta, en toda su longitud. Y se profundiza mi relajación.*

*Están relajados los músculos de las manos y de los dedos; los músculos de los antebrazos y de los brazos.*

*Están relajados los músculos de los hombros, el cuello y la cara. Están relajados los músculos de la frente, los músculos de los ojos, de las mejillas y los músculos de la boca.*

*Toda la cara está profundamente relajada, por lo que la cara tiende a adoptar una expresión de bienestar y confort, que representa el estado placentero que me da la relajación.*

*Mi mente se deja llevar por estas sensaciones, sin oponer resistencia, sin ningún temor, manteniéndose distante y dejándose llevar por el cuerpo.*

*Ahora, de la percepción de de todo mi cuerpo, profundamente relajado y libre, me concentro en una única zona...*

Segunda parte
---------------

Recuerda repetir mentalmente las frases que escuches y concéntrate en las sensaciones que experimenta tu cuerpo, vas a ir sintiéndolas poco a poco, de forma gradual.

*Siento fresca mi garganta (repetir 6 veces).*

*Siento cómo poco a poco la frescura de mi garganta se expande a mi lengua (1 vez).*

*Siento fresca mi lengua (6 veces).*

*Siento fresca mi boca (1 vez).*

*Siento cómo poco a poco mi cuerpo se llena de frescura (6 veces).*

*Imagino cómo la frescura se recorre ahora a mi estómago (1 vez).*

*Me siento saciado (6 veces).*

*Me siento satisfecho (1 vez).*

*La sed ha disminuido (6 veces).*

*La sed se ha clamado (1 vez).*

*Siento fresca mi garganta (1 vez).*

*Siento cómo poco a poco la frescura de mi garganta se expande a mi lengua (1 vez).*

*Siento fresca mi lengua (1 vez).*

*Siento fresca mi boca (1 vez).*

*Siento cómo poco a poco mi cuerpo se llena de frescura (1 vez).*  
*Imagino cómo la frescura se recorre ahora a mi estómago (1 vez).*  
*Me siento saciado (1 vez).*  
*Me siento satisfecho (1 vez).*  
*La sed ha disminuido (1 vez).*

### **Recuperación**

Se repetirá la siguiente fórmula:

“hago un esfuerzo de voluntad por salir del estado de relajación”.

Luego se harán: cuatro o cinco flexiones de los brazos, haciendo flexión en los codos y dando al movimiento cierta energía.

Luego: manteniendo los puños cerrados y los brazos en tensión cerca del pecho, se inspirará, reteniendo el aire durante unos segundos.

Después, de golpe, se soltarán los brazos hacia delante, abriendo los puños y espirando sonoramente con la boca.

Se abren lentamente los ojos.



## **Anexo III**

### **Hospital Juárez de México División de Especialidades Neurológicas. Servicio de Psicología.**

*Psic. Iván Guilro Ojeda Vallejo.  
Julio de 2005.*

#### **I. Ficha de identificación.**

Nombre: Mauricio.  
Sexo: Masculino.  
Edad: 40 años.  
Escolaridad: Secundaria.  
Ocupación: Comerciante (vende pollo).  
Estado civil: Soltero.  
Número de hijos: uno (21 años).  
Religión: Ninguna.  
Lugar de nacimiento: Estado de México.  
Lugar de residencia: Distrito Federal.  
Número de hermanos: Seis.  
Lugar que ocupa: 1/7.  
Padecimiento médico: Diabetes mellitus 2.  
Enfermedad renal crónica terminal.

#### **II. Motivo de consulta.**

El paciente es referido al servicio de Psicología por el médico debido a que durante la consulta médica externa el Pc refiere tener problemas en su vida sexual, ante lo cual se muestra triste.

#### **III. Impresión y actitud general.**

Paciente masculino de edad aparente igual a la cronológica, estatura baja, complexión ectomórfica, tez morena; se presenta en adecuadas condiciones de aliño pero no de higiene, muestra una actitud cooperadora, refiere que está de acuerdo en recibir apoyo psicológico debido a que, menciona cansancio, “no tengo fuerzas, me siento debilucho para hacer los trabajos en la pollería”.

Durante la entrevista inicial, el Pc no establece contacto ocular, su mirada se dirige hacia el suelo y su postura corporal es encorvada.

#### **IV. Antecedentes de importancia.**

Mauricio recuerda que durante su infancia tuvo algunas diferencias con su padre, menciona que éste golpeaba con frecuencia, a él como a sus hermanos y a su madre. Recuerda que

mientras ellos dormían, su padre los levantaba a las 4:00 a.m. y les indicaba que fueran a llenar de agua el tinaco (sic. Pc).

Refiere que su padre siempre los insultaba sin motivo alguno, lo cual generó en Mauricio un miedo hacia padre, provocando que el Pc no sintiera confianza para hablar con él, ni deseo de encontrarse en la casa. A los 15 años de edad el Pc empieza a trabajar en un mercado vendiendo pollos, oficio que actualmente continúa practicando.

Posteriormente a los 19 años conoce a Lidia, con quién después de un año de relación tiene un hijo, pero no vivieron juntos sino después de 3 años de que nació su bebé. La relación duró 8 años dado que, comenta que ella era muy agresiva “me gritaba y me reclamaba” por irme con mis amigos (sic Pc), ante lo cual Mauricio respondía esas agresiones con otras agresiones y terminaba por salirse de la casa. Además menciona que los familiares se involucraban en la relación. Finalmente Mauricio se separa de Lidia y regresa a vivir con sus padres, haciéndose cargo de los gastos de casa hasta fechas actuales.

Posteriormente conoce a Lupe con quién establece un noviazgo que duró 4 años, la razón del rompimiento se debe al cambio de trabajo de Mauricio, situación por la cual se dejaron de ver.

En ese tiempo le diagnosticaron DM tipo 2, situación que el paciente minimiza, refiriendo que él no sentía ninguna sintomatología; él se sentía bien.

Meses después empieza a salir con Lupita con quién duró 7 años, comenta haberse llevado muy bien hasta que le atrajo más la baraja y sus amigos; situación que a ella le generó enojo terminando la relación.

Finalmente refiere que la última relación de pareja la establece con Laura con quién dura 3 años, el último de éstos viviendo juntos. La razón por la cual termina con esta persona es por falta de erección en “momentos íntimos” (sic. Pc).

## **V. Historia médico psiquiátrica.**

Desde hace 25 años fuma una cajetilla por día, comenzando a los 15 años de edad. En la actualidad fuma ½ cajetilla diaria.

El paciente refiere beber alcohol desde hace 20 años, ingiriendo más de cuatro copas por ocasión y hasta 1 litro aproximadamente 4 veces a la semana. Hace 2 años que el Pc no lo consume debido a que no toleraba el azúcar y el alcohol (sic. Pc).

El paciente refiere padecer de DM 2 desde hace 17 años, sin adherencia al tratamiento y con complicaciones de retinopatía diabética desde hace 8 años (comenta no ver con el ojo derecho y un 50% con el izquierdo).

Actualmente, y desde hace 1 año siente náuseas y ganas de vomitar, cefaleas y ocasionalmente, desde hace 5 años, dolor en la región baja de la espalda, atribuyéndolo a los riñones tras eventos de esfuerzos físicos y preocupaciones, lo que soluciona cuando duerme una siesta.

La IRC e HAS las diagnosticaron hace 5 meses tras ingresar al hospital por epistaxis.

## VI. Padecimiento actual.

Mauricio menciona que a partir de que su pareja lo dejó (febrero del 2005), comenzó a sentirse con intensa tristeza. Piensa “no sirvo como hombre” (sic. Pac), lo que ocasionó no cambiarse de ropa diariamente, evitaba comer alimentos e ingería solo galletas, chocolates y café aún sabiéndose diabético.

El paciente refiere no poder hacer las cosas como antes; escoger el pollo, manejar su camioneta y cargar cosas pesadas, lo que conlleva a sentimientos de tristeza antecedidos de pensamientos como “no puedo hacerlo yo sólo y necesito de otra persona; soy dependiente” (sic. Pc). Incluso ha pensado encerrarse en un cuarto y dejar que la enfermedad renal termine con su vida porque de continuar así sería un estorbo para su familia.

El paciente también refiere miedo, desmoralización y depresión cuando hay malestar, dolor de estómago o se siente enfermo, esto es precedido por pensamientos de “no puedo comer lo que quiero”, “estoy enfermo”, “voy a estar sólo”, “no puedo cargar y trabajar”, “voy a necesitar dinero”, “voy a ser una carga para mi familia”. (sic. Pc).

Incluso ha llegado a estar sólo en su casa y golpearse el ojo derecho “de la desesperación de no poder ver bien” (sic. Pc).

Ahora le gustaría arreglar los problemas que ha tenido con su padre desde pequeño; actualmente no se hablan y cuando lo hacían, su padre se dirigía a él solamente con groserías, comenta que es muy autoritario y le gritaba mucho, tiene temor a ser regañado “me ofende” (sic Pc).

Cognitivos	Fisiológicos	Emocionales	Conductuales
No sirvo como hombre.	Insomnio.	Tristeza.	Aislamiento social.
Pensamientos recurrentes de muerte.	Cansancio.	Desesperanza.	Disminución de la actividad.
Pensamientos recurrentes de que ya no puede hacer nada sin depender de nadie.	Tensión muscular.		No cambiarse de ropa diario. No adherirse a la dieta prescrita.

## VII. Examen mental.

Orientado en las 3 esferas; estado de conciencia alerta, memoria a corto y largo plazo conservadas, no se observan alteraciones sensoriales. Adecuado aliño personal, aseado pero vestido con ropa sucia. Complexión ectomórfica, con edad aparente igual a la cronológica, estatura baja y actitud cooperadora, su latencia de respuesta es demorada, como si estuviera reflexionando la pregunta y responde con un pequeño sobresalto; humor triste, el cual es congruente con su afecto deprimido y su expresión no verbal. El lenguaje con adecuada fluidez y comprensión, el volumen de voz es medio y ritmo continuo. No se observan alteraciones de juicio. El proceso de pensamiento es lógico y coherente y el contenido del mismo con ideas recurrentes de muerte.

### VIII. Conceptualización cognitivo conductual.

<b>A</b> <b>Eventos activadores</b>	<b>B</b> <b>Pensamientos</b>	<b>C</b> <b>Consecuencias</b>
Abandono de su pareja.	No sirvo como hombre.	Tristeza. Usar la misma ropa.
Incapacidad para hacer cosas que antes podía (escoger el pollo, manejar su camioneta, cargar cosas).	No puedo hacerlo yo sólo y necesito de otra persona; soy dependiente.	Tristeza. Se golpea el ojo derecho. Desesperación.
Malestares o dolores producidos por la enfermedad. (nauseas).	No puedo comer lo que quiero. Estoy enfermo. Voy a ser una carga para mi familia. Voy a estar sólo. No puedo cargar y trabajar.	Miedo. Desmoralización. Depresión.
Poner el catéter.	Me voy a encerrar en un cuarto. Soy un estorbo para mi familia.	Miedo.

Forma de pensamiento:

- recurrente.

Distorsiones cognitivas:

- Pensamiento dicotómico. “No puedo comer nada, todo va mal”. (Sic. Pc).
- Pensamiento catastrófico. “Es horrible seguir así, no tolero el dolor”. (Sic. Pc).
- Abstracción selectiva. El paciente atiende selectivamente las cosas que no puede realizar actualmente.
- Visión de Túnel. El paciente visualiza las cosas en forma negativa.

### IX. Diagnóstico multiaxial.

Eje I.	Trastorno depresivo mayor.
Eje II.	<i>En evaluación.</i>
Eje III.	Diabetes mellitus 2. Enfermedad Renal Crónico Terminal.
Eje IV.	Relativos al grupo primario de apoyo.
Eje V.	41-50.

### X. Estrategia terapéutica.

- Terapia cognitiva de la depresión de Beck.
- Establecer componentes de relación terapéutica.
- Valoración de psiquiatría.
- Fomentar la adherencia terapéutica.
- Contrato de vida.
- Psicoeducación.
- Técnica de relajación focalizada en la atención y respiración profunda.

**Instrumentos de evaluación.**

Inventario de depresión de Beck. Resultado: puntaje 55; interpretación; severo.

Inventario de ansiedad de Beck. Resultado: puntaje 28; interpretación; moderado.

## **Anexo IV**

### **Descripción del Taller Grupal de Pacientes con ERCT.**

#### **Estructura del grupo.**

La estructura del grupo se divide en 2 fases:

- 1ra fase: psicoeducativa.
- 2da fase: psicoterapéutico.

#### **Objetivo general de la fase psicoeducativa.**

El participante conocerá los aspectos más importantes y las consecuencias de la enfermedad renal tanto a nivel fisiológico como psicológico y aprenderá estrategias para disminuir los niveles de ansiedad que la enfermedad causa.

#### **Objetivo general de la fase psicoterapéutica.**

El participante aprenderá y conocerá estrategias que ayuden a inocular estrés, mejorar la adherencia terapéutica y calidad de vida a través de técnicas cognitivo y conductuales.

#### **Estructura de la sesión psicoeducativa.**

- Presentación y encuadre de la sesión.
- Evaluación pre-test de conocimientos sobre el objetivo de la sesión.
- Desarrollo del tema.
- Evaluación pos-test de conocimientos sobre el objetivo de la sesión.
- Testimonial.
- Cierre.

#### **1. Presentación y encuadre por sesión.**

- Se presentan las personas que estarán ese día.
- Se expondrá el objetivo de la sesión.
- Se expondrá brevemente los temas a tratar en la sesión.
- El horario.

#### **2. Evaluación de conocimientos sobre el contenido de la sesión.**

- Se evalúa mediante un test de 4 preguntas con modo de respuesta dicotómica los conocimientos previos a la sesión y al finalizar esta.

● Las preguntas no han sido sometidas a algún análisis estadístico para evaluar criterios de inclusión y exclusión, por lo tanto, carecen de confiabilidad y validez.

#### **3. Desarrollo del tema.**

Se expondrá el tema a tratar.

- ¿Qué es la IRCT?
- Tratamientos sustitutivos en la IRCT.
- La nutrición en la IRCT.
- La nutrición en la IRCT.
- Criterios para ser incluidos en el programa de DPCA.
- Manejo del estrés en el paciente con IRCT.
- Adherencia terapéutica en la IRCT.
- Calidad de vida en la IRCT.

#### **4. Testimonial.**

●La función de este apartado es dar la oportunidad de que los participantes del grupo puedan aportar una vivencia difícil de afrontar con respecto a la IRCT y el modo en que lo hizo, con el objeto de aprender y escuchar diferentes formas de enfrentar y solucionar problemas.

●Se tiene un tiempo límite para relatar la vivencia y solo son algunos los participantes que la comentan.

#### **5. Cierre.**

●Se le pedirá a algunos participantes que comenten lo que fue más interesante durante la sesión.

●Se le pedirá a algunos participantes que comenten qué fue lo que aprendieron ese día.

●Se preguntará en plenaria si se cubrió el objetivo de la sesión.

●Se ejemplifica, con base a los comentarios finales como llevar a la práctica lo aprendido.

#### **Estructura de la sesión psicoterapéutica.**

●Presentación.

●Encuadre.

●Descripción de hechos.

●Revelación de pensamientos.

●Reconocimiento de emociones.

●Reconocimiento de los síntomas.

●Fase educativa.

●Cierre.

#### **Revelación de pensamientos.**

●Se detectan pensamientos automáticos generados por la situación descrita.

#### **Encuadre.**

●Tiempo.

●Duración (piloteo).

●Evaluación (escala subjetiva).

●No. de asistentes.

●Grupo abierto / heterogéneo (adultos).

#### **1. Descripción de hechos.**

●Cada asistente describe su situación actual, de manera breve sin incluir evaluación cognitiva y estado emocional.

#### **2. Reconocimiento de emociones.**

●Se expresan las emociones producidas por dichos pensamientos, validándolas de manera grupal promoviendo la empatía. Se hace uso de la escala subjetiva de emoción.

#### **3. Reconocimiento del síntoma.**

●Se contemplan los síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos ocasionados por la distorsión de pensamiento como desventajas del estilo de afrontamiento disfuncional, para la promoción del cambio.

#### **4. Fase educativa.**

●Generar alternativas de pensamiento racional a través del debate empírico, lógico, funcional y de filosofía de vida como herramienta para promover calidad de vida en los asistentes.

#### **5. Cierre.**

●De manera breve comentar sobre lo aprendido en la sesión e invitación a la siguiente sesión.

# **Capítulo II**

## **Segundo Año de Residencia**

**Sede**

**Instituto Nacional de Rehabilitación.**

**Servicio: Tumores Óseos.**

## *Agradecimientos*

Verdaderamente me encuentro cerrando una etapa académica y con ella un pasado en mi vida. . . ¿qué me espera? No lo sé; pero, ¿acaso sabía que estaría aquí? . . . sólo por hoy reflexionaré . . . Es posible que no se tenga lo que con tanto anhelo se busca,  
pero también es posible disfrutar de lo que simplemente se tiene, esto; es el secreto para vivir la felicidad.

A mi Rogelio por ser fuente de inspiración para la consecución de este proyecto; con tanto cariño... jamás te olvidaré.

A mi Guila por acompañarme en los momentos de confusión e iluminarme con su humilde sabiduría.

A mis hermanos que son parte fundamental de mi vida y que orgullosamente puedo decir hermanos.

Almendra; mi mujer a quien admiro tanto.

A mis pacientes y clientes.....

a todos gracias.

A la Universidad Nacional Autónoma de México que me ha brindado la oportunidad de realizarme como persona y que me ha enseñado a conducirme con humildad..... que no se me olvide.

# Índice

## **Capítulo I**

### **Primer año de residencia.**

Presentación.....	5
Actividades en la sede.....	6
<b>Proyecto de Investigación.</b>	
Intervención cognitivo-conductual para controlar la ingesta de líquidos en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Terminal.	
La enfermedad renal crónica terminal.....	10
Implicaciones psicológicas de la ERCT.....	11
Aportaciones psicológicas en el paciente renal.....	12
Adherencia terapéutica.....	13
Propuesta.....	18
Metodología.....	21
Resultados.....	25
Conclusiones y Discusión.....	26
Referencias bibliográficas.....	29
Anexo I; Protocolo.....	32
Anexo A; Relajación previa al entrenamiento autógeno.....	38
Anexo II; Registro de peso inter-diálisis.....	41
Anexo III; Historia clínica.....	42
Anexo IV; Descripción del taller grupal de los pacientes con ERCT.....	47

## **Capítulo II**

### **Segundo año de residencia.**

Presentación.....	51
Actividades en la sede.....	52
<b>Proyecto de investigación.</b>	
Programa de intervención para la preparación psicológica ante el afrontamiento del diagnóstico de osteosarcoma y probable amputación.	
El Cáncer.....	56
Implicaciones psicológicas del cáncer en la calidad de vida.....	57
Estrés y Afrontamiento.....	58
Comunicación de malas noticias.....	59
Intervenciones psicológicas.....	61
Propuesta.....	63
Metodología.....	65
Efectos clínicos o de ajuste psicológico.....	69
Conclusiones y Discusión.....	71
Referencias bibliográficas.....	75
Anexo I; Protocolo; entrevista inicial para el comunicado de un diagnóstico.....	78
Procedimiento para el diseño del protocolo anticipación de malas noticias.....	86
Anexo II; IDARE – E.....	89
Anexo III; Inventario de depresión de Beck.....	90
Anexo IV; Escala de satisfacción con la información recibida.....	93
Anexo V; Historia clínica.....	94

## Presentación

El segundo año de residencia tuvo lugar en el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), el objetivo principal fue beneficiar con estrategias cognitivas y conductuales a pacientes con tumores óseos, intervenciones que se aplicaban desde la llegada al hospital sin que los pacientes tuvieran conocimiento de la enfermedad, pasando por procedimientos invasivos importantes y hasta la rehabilitación tanto física como emocional.

Las principales actividades que se llevaron a cabo en el INR fueron intervenciones psicológicas con familiares y pacientes con padecimiento de tumor óseo, trabajo en equipos inter y multidisciplinarios, además de la propuesta de un programa de intervención para la preparación psicológica ante el afrontamiento del diagnóstico de osteosarcoma y probable amputación.

En las siguientes páginas se describe las características de la sede en donde se realizó el segundo año de residencia, se mencionan las actividades realizadas y competencias profesionales alcanzadas; después continúa el programa de intervención antes mencionado con los resultados obtenidos, por último se anexa el protocolo que incluye el procedimiento y los razonamientos usados para adecuar el manejo de malas noticias de Buckman al presente programa de intervención.

## **Actividades en la sede.**

El Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) tuvo sus orígenes a partir del año de 1973 cuando el gobierno federal a través de la secretaría de salud, crearon el programa nacional de rehabilitación y educación especial para ofrecer soluciones a diferentes discapacidades; que en gran medida eran producidas por los servicios de atención médica que reducen la letalidad a expensas de secuelas discapacitantes.

A partir del año 2000 el INR estuvo conformado por 3 instituciones que trabajaban, hasta antes de ese año de manera independiente; el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, Instituto Nacional de Rehabilitación y el Instituto Nacional de Ortopedia.

De esa forma, actualmente el INR proporciona servicios que tienen por objeto la rehabilitación de secuelas discapacitantes del aparato locomotor, de la audición, voz, lenguaje, cardiorrespiratorio, lesiones deportivas, etc; desde los aspectos físico, psicológico, social y ocupacional de los pacientes.

Hoy por hoy el hospital tiene un director general que delega en 5 direcciones; médica, quirúrgica, investigación, enseñanza y administración. Algunas de las subdirecciones que comprende la dirección médica son: medicina de comunicación humana, medicina de rehabilitación, medicina del deporte y de servicios auxiliares de diagnóstico y servicios paramédicos. Por otra parte la dirección quirúrgica comprende las subdirecciones de ortopedia, servicio quirúrgico de apoyo, oftalmología, otorrinolaringología y de enfermería. Aunque las tres direcciones faltantes son importantes para el funcionamiento del hospital, no se describen debido a que no lo son para la descripción de las actividades que se realizaron como residente en el instituto. En este sentido solo describiré el servicio de tumores óseos y rehabilitación de amputados en los cuales el residente en medicina conductual se ocupó dentro del INR; el primero de manera permanente y el segundo como apoyo.

El servicio de tumores óseos es un servicio de alta especialidad cuya función es el tratamiento de neoplasias musculo-esqueléticas tanto malignas como benignas localizadas principalmente en las extremidades o pelvis. El tratamiento incluye la resección y reconstrucción del segmento afectado y quimioterapia.

Las instalaciones con las que se cuenta son ocho camas de hospitalización, un cubículo de consulta externa, una sala de juntas, una sala de quirófano y el equipo para dar tratamiento al tumor.

El personal del servicio son tres médicos especialistas en tumores óseos que por jerarquías se describe como sigue; el jefe de servicio y dos médicos adscritos. A su cargo están los médicos residentes que realizan la subespecialidad en tumores óseos quienes se encuentran permanentemente durante un año, el número de estos puede variar de uno hasta tres; por último se encuentran los médicos residentes que realizan la especialidad en ortopedia que rotan por el servicio durante dos meses. El total de médicos residentes puede variar de dos hasta cinco médicos más los adscritos y el jefe de servicio. Por otra parte se encuentran las trabajadoras sociales y el equipo de enfermería. Menciono de manera general estos dos componentes del equipo humano con el que cuenta el servicio dado que no fueron relevantes para los fines de la investigación y el trabajo que como residente se efectuó en el servicio. Por otra parte, cabe mencionar que aunque no pertenece al servicio de tumores

óseos, la importancia del servicio de amputados fue relevante para complementar el proceso que el paciente recibía en el tratamiento del tumor.

El servicio de amputados trata a pacientes con malformaciones congénitas, neuropatía diabética y tumores óseos. Pretende la adaptación del paciente a su ambiente biopsicosocial y laboral en el menor tiempo posible con su nueva apariencia. Además de diseñar el sistema protésico más adecuado de acuerdo a las características de cada paciente para el mejoramiento en su calidad de vida.

El personal con el que cuenta este servicio se compone de la jefa de servicio y un médico adscrito. Los médicos residentes que rotan por el servicio, realizan la especialidad en medicina de rehabilitación y por periodo de dos meses.

La logística con la que cuenta el servicio es un cubículo para la consulta externa. El servicio se apoya a su vez con terapeutas físicos y personal que se dedica al diseño y la producción de prótesis. Este servicio cuenta además con apoyo psiquiátrico y psicológico para pacientes con malformaciones congénitas, neuropatía diabética y tumores óseos. En este último padecimiento es donde el residente en medicina conductual apoyó al servicio.

Las intervenciones psicológicas que se realizaban en apoyo a los servicios antes mencionados fueron dirigidos al tratamiento en ansiedad, trastornos del estado de ánimo, déficit en adherencia terapéutica, psicoeducación y en algunos casos dolor fantasma.

En otras ocasiones y con menos frecuencia el residente en medicina conductual realizó evaluaciones psicológicas para presentarlas en las sesiones clínicas o en sesiones generales. Incluso se participó con evaluaciones psicológicas proponiendo pronósticos en pacientes que se presentaban en exámenes finales de grado.

En las sesiones con el servicio de amputados, el psicólogo colaboró en el proceso de motivación al uso de prótesis y el análisis conductual, cognitivo y emocional para la adecuación de prótesis.

Cada lunes se realizaban sesiones clínicas con el equipo de tumores óseos para analizar casos difíciles, que resultaban de interés para el equipo médico o se necesitaba una aportación interdisciplinaria.

Todos los viernes se citaba a los pacientes que eran candidatos a recibir o recibían quimioterapia quienes eran valorados por un oncólogo. En este espacio, era de vital importancia la asistencia psicológica porque resultaba frecuente las reacciones emocionales y conductuales. La mayoría de las veces se realizaban intervenciones en crisis.

Todos los viernes asistía a las sesiones clínicas generales. En ellas se presentaban casos poco comunes de los servicios del hospital, incluidos ortopedia, comunicación humana y rehabilitación. En una de esas presentaciones participé con la evaluación psicológica de una paciente con diagnóstico de osteogénesis imperfecta.

En ese mismo sentido, también colaboré con evaluaciones y diagnósticos psicológicos de pacientes con los que se examinaba a médicos que buscaban el grado de la especialidad.

Los jueves participaba en las sesiones interdisciplinarias y con el equipo de rehabilitación para valorar a los pacientes amputados.

En ocasiones asistía a la consulta externa para detectar pacientes candidatos a intervenciones psicológicas para el manejo de emociones ante el manejo de noticias estresantes.

La mayor parte del tiempo trabajaba con pacientes que se ubicaban en el área de hospitalización haciendo intervenciones para trastornos del estado de ánimo, en específico episodios depresivos; trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, anticipación de malas noticias o psicoeducación. En el hospital, tuve la oportunidad de atender a 153 pacientes de primera vez y a 272 como subsecuentes.

#### *Competencias profesionales alcanzadas.*

- Utilicé los conocimientos para modificar conductas y generalizarlos a intervenciones cuyo objetivo es favorecer la salud de los pacientes. Lo cual incluye formular casos a partir del análisis y síntesis de la problemática que el paciente reportaba.
- Conseguir la participación de pacientes aún cuando no solicitaban apoyo psicológico; lo anterior con habilidades empáticas para que los pacientes pudieran hablar de sus temores; por lo que las intervenciones fueron más poderosas y acertadas.
- Propuse un programa de intervención donde a partir de la anticipación de malas noticias, podemos inocular el estrés que la misma produce.
- Profundicé en el conocimiento de los tumores óseos.
- Colaboré participativamente con el equipo multi e interdisciplinario para mejorar, dentro de lo posible, la calidad de vida del paciente.
- Presentación de trabajos realizados por mí en los congresos:
  - XII congreso de investigación en salud pública, en Cuernavaca, Morelos. México. (Marzo, 2007). Con la exposición en cartel “intervención cognitivo-conductual para el control en la ingesta de líquidos en el paciente con enfermedad renal crónica”.
  - V congreso iberoamericano de psicología clínica y de la salud, en San José, Costa Rica; (septiembre, 2006), con la conferencia “intervención cognitivo-conductual para controlar la ingesta de líquidos en pacientes con enfermedad renal crónica”.
  - V congreso iberoamericano de psicología clínica y de la salud, en San José, Costa Rica; (septiembre, 2006), con la presentación en cartel con el tema “Astenia, dolor y alteraciones psicológicas en pacientes oncológicos”.
  - XXXI congreso interamericano de psicología, Distrito Federal, México. (Julio, 2007), con el tema “intervención cognitivo-conductual para el control en la ingesta de líquidos en el paciente con enfermedad renal crónica”.
- Conocí los alcances que tiene las intervenciones psicológicas y aprendí a manejar mi propia tolerancia a la frustración.

*Evaluación del año de residencia.*

Considero que el INR es un espacio en óptimas condiciones para que un estudiante de psicología realice su residencia como parte de su formación académica.

- Entre los aspectos que me gustaría resaltar son: el personal médico tienen un alto nivel de conocimientos lo cual permea en la inquietud de estar al día en las aportaciones sobre intervenciones psicológicas que se pueda aportar.
- Existe una gran variedad de casos y pacientes con los cuales se puede incrementar la experiencia.
- Se aprende a trabajar en equipo y de manera paulatina se reconoce la importancia del psicólogo en el ambiente hospitalario.
- Por otra parte es conveniente tener un supervisor académico e *in situ*.
- Sugiero que haya rotaciones en diferentes servicios para ampliar los conocimientos y habilidades para abordar a pacientes con diversos padecimientos.

# **Proyecto de Intervención**

## **Preparación Psicológica ante el Afrontamiento del Diagnóstico de Osteosarcoma y Probable Amputación.**

### **El cáncer.**

El término *cáncer* se usa de manera genérica para más de 100 enfermedades diferentes que incluyen tumores malignos en diversos órganos del cuerpo tales como mama, cuello uterino, próstata, estómago, colon, recto, pulmón, boca, hueso, etc. Así como también otros tipos de cáncer como la leucemia, la enfermedad de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin (Pinar, Lloret, Cabezón y Lara, 2004).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) existen 10 millones de casos nuevos de cáncer que ocurren cada año; 4.7 millones se presentan en los países más desarrollados y casi 5.5 millones corresponden a los países menos desarrollados, subrayándose que actualmente el cáncer es la causa del 12% total de defunciones en todo el mundo.

En nuestro país, según los datos del Registro Nacional del Cáncer de la Secretaría de Salud, de 47,756 casos nuevos de enfermedad neoplásica maligna en 34 hospitales de la ciudad de México, sólo el 2.3% tuvo su origen en el hueso. Aunque la prevalencia de tumores óseos es baja en comparación con la incidencia de otros cánceres, al valorarlas como causa de muerte, son superiores (González-Almaraz, Rosillo-Ruiz y Cavazos-Gómez, 2002). En la investigación realizada por estos mismos autores, en el Instituto Nacional de Ortopedia los tumores óseos representaban el 0.15% de las consultas ortopédicas.

De todos los tumores óseos, el osteosarcoma representa casi el 45% y es considerado como potencialmente maligno. En México, el osteosarcoma representa entre el 0.6% y 0.8% en varones y entre el 0.3% y el 0.4% en mujeres de las neoplasias malignas. (Martínez, Arizmendi, Flores, Barra, Díaz y De la Garza, 2004).

Esta clase de tumor es de alta malignidad y metastático. Es el más frecuente en los adolescentes y el segundo, después del mieloma, en los adultos. Por lo general en adolescentes se trata de un tumor maligno primario de hueso (Martínez, et al., 2004). El sitio de aparición es principalmente en huesos largos y en particular, en los tercios distal de fémur y proximal de tibia y húmero. Se considera que el tumor aparece en la adolescencia por ser la etapa donde ocurre un mayor crecimiento óseo, aunque la etiología es aún desconocida, también se señala una posible causa viral (Niembro, Castellanos, Gutierrez, Cárdenas, Calderón y Rivera, 2005).

En cuanto edad, (Mejía, Flores, Juárez, Vázquez, Games, Pérez, Ortega, Rendón y Gutierrez, 2005) se encontró que en la ciudad de México los tumores óseos son los que predominaron entre los 10 y 14 años en ambos sexos, encontrándose en las niñas el mayor número de frecuencias entre los 13 y 14 años y en los hombres a los 15 años.

Las principales manifestaciones clínicas del tumor son: dolor local, aumento de volumen del hueso afectado con limitación para la deambulaci3n, as3 como afecci3n variable a tejidos blandos adyacentes y neoformaci3n vascular; cuando se presenta met3stasis, los s3ntomas aumentan con fiebre y p3rdida de peso (Niembro et al., 2005). Se estima que el 90% de los pacientes con osteosarcoma, desarrollan met3stasis a nivel pulmonar y que el 80% de los pacientes tienen met3stasis pulmonares subcl3nicas microsc3picas al tiempo del diagn3stico.

En los adultos, los tumores 3seos secundarios, es decir tumores originados por met3stasis, sobrepasan considerablemente en n3mero a los primarios, de tal manera que despu3s de los 40 a3os, todo tumor 3seo se debe considerar en primera instancia como metast3tico hasta demostrar lo contrario (Salazar, Axotla y Parra, 2002), lo cual da al paciente menor esperanza de vida.

El osteosarcoma y tumor de c3lulas gigantes son las principales causas de amputaci3n o desarticulaci3n. De hecho el cirujano para erradicar la enfermedad requiere realizar niveles de amputaci3n altos llegando a las desarticulaciones y hemipelvectom3as (Pacheco, Chavez, Diez y Miranda, 2006).

Durante mucho tiempo esta enfermedad fue tratada mediante amputaci3n, sin embargo con el uso sistem3tico de la quimioterapia, la sobrevida se increment3 de manera importante en m3s del 50%; aunque en el momento que se presenta el tumor, se considera como un factor predictivo de mal pron3stico. Por lo tanto, el tratamiento combinado de quimioterapia neoadyuvante seguida de cirug3a, se ha convertido en el tratamiento est3ndar, ya que impacta el incremento en la sobrevida.

## **Implicaciones psicol3gicas del c3ncer en la calidad de vida.**

El proceso y tratamiento que debe enfrentar cualquier paciente con tumor maligno, o en espec3fico osteosarcoma, son principalmente el dolor, la alta probabilidad de amputaci3n, desarticulaci3n o hemipelvectom3a; los efectos secundarios de la quimioterapia, la situaci3n de estar hospitalizados, sus altos costos y bajos recursos, aparici3n del tumor en etapas primarias de la vida en las cuales el individuo es altamente productivo, la expectativa de no curaci3n y la idea de confrontar la muerte; esto da lugar a respuestas emocionales altamente significativas como ansiedad, depresi3n y estr3s que gira alrededor de estas situaciones; produciendo un fuerte impacto en la estabilidad emocional tanto del paciente como de sus familiares.

Adem3s, el c3ncer deteriora la calidad de vida (Sprangers, De Regt, Andries, Van Agt, Bijl, De Boer, Foets, Hoeymans, Jacobs, Kempen, Miedema, Tijhuis, y De Haes, 2000); en un estudio realizado donde se busc3 medir la calidad de vida en pacientes con diferentes condiciones cr3nicas cuya medida fue en tres grados; condici3n favorable, intermedia y adversa, se encontr3 que, los pacientes que sufr3an c3ncer, puntuaban en condici3n intermedia con respecto a su calidad de vida, sin embargo quienes padec3an enfermedades musculoesquel3ticas puntuaban como condici3n adversa. Esto llama la atenci3n con respeto a este estudio, dado que el paciente con c3ncer en el hueso se enfrenta a las dos condiciones afectando a3n m3s su calidad de vida.

Las connotaciones sociales de los trastornos oncológicos adquieren una importancia especial en casi toda sociedad. Las personas que lo padecen, siguen teniendo un gran temor al cáncer y todo lo que puede implicar. En general el cáncer crea temor y provoca estrés tanto en el paciente, su familia y el personal de salud. El cáncer, por tanto, es una enfermedad socialmente marcada por el miedo, debido a la pérdida de control y a la mortalidad que en ocasiones conlleva.

## **Estrés y afrontamiento.**

La teoría del estrés de Lazarus (2000) se basa en un proceso de valoración, que se relaciona con el modo en que diversas personas significan una situación que le es altamente estresante, como la posibilidad de estar enfermo, y de recibir un diagnóstico desfavorable, como el cáncer. El sujeto hace un juicio del significado de lo que está sucediendo que conlleva siempre una evaluación de lo que pueda hacerse al respecto, el resultado de esa valoración determina con qué emoción reaccionamos, por lo tanto se ha observado que el estrés se relaciona con las situaciones insatisfactorias de nuestras vidas.

Lazarus (2000) habla de tres diferentes tipos de estrés dependiendo de la valoración que se le dé, estos pueden ser: *daño-pérdida*, vinculada a una pérdida que ya ha ocurrido, la *amenaza* se relaciona al daño o pérdida pero que aún no se ha dado y que es probable que se produzca y por último el *desafío*, que consiste en el deseo de lograr algo y que en su camino, se encuentran dificultades que pueden ser superadas con esfuerzo.

En este caso, los cambios en la propia vida especialmente las amenazas y pérdidas representan estresores psicológicos para la mayoría de las personas; cuyos síntomas se representan con dolores, la sensación de sentirse presionados, amenazados, trastornados, angustiados, deprimidos, ansiosos, tristes, etc.

Sin embargo se ha observado que no todas las personas responden igual a un mismo evento estresor; por lo que surge la pregunta ¿porqué las personas reaccionan de forma diferente a las situaciones estresantes?; Lazarus (2000) comenta que es a través de los valores y el sistema de creencias que nos rige y que fueron aprendidos durante los primeros años de vida, influyen en nuestras decisiones moldeando nuestros pensamientos, emociones y acciones. Sin embargo esta forma de reaccionar también se ve influida por las habilidades que hemos adquirido para afrontar problemas cotidianos o eventos vitales.

Existe una relación entre los estilos de afrontamiento y el estrés. Las teorías de afrontamiento postulan que las formas de enfrentarse a una situación estresante es modulada por la habilidad que el sujeto tenga de manejar la amenaza.

Goldfried y D'Zurilla (1966, citados en Meyerowitz, Heinrich, y Coscarelli, 1983) conciben operacionalmente el afrontamiento como: la interacción individual con el ambiente y la respuesta efectiva del individuo con una situación específica de vida. En otras palabras el afrontamiento se define como una respuesta o patrón de respuestas en situaciones problemáticas.

Entonces, el afrontamiento se concibe como una respuesta a una demanda estresante de tipo ambiental o psicológica. Folkman (1980), Folkman y Lazarus (1985, ambos citados en Endler y Parker, 1990) proponen que el afrontamiento se orienta en dos direcciones principalmente, una de ellas centrada en la emoción y la otra en el problema tomando en cuenta que la solución va a depender de la forma que se aborde el problema; por ejemplo, en una investigación efectuada por Nordin, Lidén, Hansson, Rosenquist y Berglund (2002) encontraron que una persona con tendencia a buscar información (monitors o centrada en el problema) se beneficia de esta cuando se le informa, en cambio una persona evitativa (blunters o centrada en la emoción), aumenta su malestar emocional cuando se le informa. Por lo tanto se recomienda que la información otorgada al paciente deba ser acorde a su estilo de enfrentamiento.

En este mismo sentido, Dunkel-Schetter (1992; citado en Loscalzo y Brintzenhofeszoc; 1998) encontraron que el estilo de afrontamiento dirigido al escape-evitación crea mayor distress, mientras que el dirigido a la reinterpretación de los eventos y el apoyo social lo decrementa.

Loscalzo y Brintzenhofeszoc (1998) cita a Holland (1973) quién comenta que la mejor forma de ayudar a la gente con cáncer es apoyando sus usuales estilos de afrontamiento a partir de las estrategias realizadas en el pasado.

Goldfried y D'Zurilla (op. cit) en su modelo *competency-based model*, incluye 3 estados en donde se evalúa el enfrentamiento en pacientes con cáncer; en la primera parte, el estresor debe ser identificado diariamente, en la segunda fase, se observa el rango de respuestas que típicamente se realizan para resolver los estresores identificados, finalizando con la tercer fase que incluye evaluar la eficacia obtenida de la nueva respuesta adquirida.

Sin embargo el cáncer no representa un solo estresor como se puede suponer, el impacto del cáncer en la vida de los pacientes es multifacético ocasionando numerosos malestares que incluyen situaciones difíciles en donde se ven involucrados sentimientos y pensamientos.

## **Comunicación de malas noticias.**

Las malas noticias son definidas por la literatura médica como situaciones donde se informa sobre cualquiera de los siguientes aspectos: desesperanza, amenaza a la salud mental o bienestar físico de la persona, existencia del el riesgo de perturbar un estilo de vida establecido o si el mensaje que se da devalúa pocas oportunidades de vivir (Ptacek y Tara, 1996).

Muchos de los eventos estresantes que vivimos comenzaron siendo malas noticias, de este modo y apegados a la definición antes expuesta, la malas noticias podría considerarse el informe de diagnóstico de cáncer o amputación que por lo tanto son estresantes.

El comunicado de malas noticias no es un evento del todo estudiado, pero sin duda es considerado altamente importante por las implicaciones de estrés y ansiedad que provoca tanto en el paciente como en el equipo de salud.

A pesar de que el equipo de salud y en especial los médicos tratantes con enfermedades crónicas trabajan a diario con el manejo de malas noticias y de que la literatura subraya la importancia de su manejo, los esfuerzos no tienen sustento empírico o una justificación teórica que lo avale (Ptaced y Eberhardt, 1996).

De hecho el conocimiento es escaso en cómo dar malas noticias; por lo que el sentido común es el más usado, lo cual es insuficiente y peligroso.

Se supone que en todas las instituciones de salud se procura el incremento del bienestar y atenuación del sufrimiento del paciente, sin embargo muchos de los profesionales de salud no se han puesto a reflexionar sobre la importancia que tiene el entrenamiento en habilidades de comunicación, dejando de lado un elemento terapéutico y que incluso según Arranz y Martínez (2000) consideran más importante que la morfina. Paradójicamente siendo la herramienta más utilizada, es también la más improvisada; advirtiéndose que si se utiliza correctamente tiene efectos benéficos inmediatos en el paciente, pero de lo contrario puede generar efectos iatrogénicos irreversibles, dado que lo que verdaderamente da significado a lo que se dice, es cómo y cuándo se dice.

Algunos profesionales de la salud proporcionan poca información, ineficiente, distorsionada o confusa, cuando se trata de una enfermedad terminal, en este mismo sentido, los familiares del enfermo no hablan de las malas noticias con su paciente porque le temen a la desmoralización de éste y sienten ansiedad por lo que puedan pensar, hacer o sentir, sin tomar en cuenta que esto en gran medida los beneficia; de hecho resulta paradójico que en el momento de decidir sobre decir o no la verdad o el procedimiento a seguir, todos los involucrados dan su opinión, salvo el propio enfermo (Martínez y Centeno, 2000).

La palabra cáncer ha sufrido cambios en el lenguaje médico por el impacto que surge en los pacientes, siendo sustituida con frecuencia por expresiones más “inocuas”, como neoplasia o tumor maligno, palabras que aunque pueden tener el mismo significado biológico, no han adquirido las connotaciones sociales del cáncer. De ello se deduce que el cáncer se haya convertido en una especie de “*enfermedad innombrable*”, dado el gran impacto psicológico que provoca en la población general (Palmero y Fernández-Abascal, 1998).

Se ha encontrado que la comunicación efectiva puede ayudar a mejorar la calidad de vida de un enfermo (Martínez y Centeno 2000). Por ejemplo Stedeford (citado en Arranz y Martínez, 2000) demostró que mantener una pobre comunicación con los pacientes causa mayor sufrimiento que ningún otro problema, excepto el dolor no aliviado.

Martínez y Centeno (2000) comentan que la manera en que se informe al enfermo sobre su enfermedad influirá en gran medida en el futuro de este.

El derecho a la información se reconoce y es de sencillo manejo cuando el paciente se beneficiará del tratamiento, sin embargo cuando a un enfermo se le ofrecen únicamente cuidados paliativos, las formas de comunicar difieren radicalmente incluso, se sabe tan poco sobre cómo comunicar malas noticias que todavía se discute si se debe o no decir la verdad (Martínez y Centeno, 2000); siendo que en realidad lo que debería discutirse es cuándo y cómo comunicar la mala noticia.

La relación con un enfermo en situación terminal siempre se da en contextos difíciles, delicados, conflictivos y comprometidos. No es de extrañar que estas situaciones se perciban como experiencias estresantes y se afronten con comportamientos de evitación, huida o de sobre implicación, conformando importantes barreras en la comunicación (Arranz y Martínez, 2000).

Algunos autores resaltan los beneficios de dar malas noticias, dado que se ha observado en pacientes, que al ser informados, mantienen una sensación de control que se asocia con esfuerzos por enfrentar el problema, colaboración con el tratamiento y resultados positivos (Hind, Streater y Mood, 1995 y Folkman, 1984; citados en Ptacek y Tara, 1996). Sin embargo, no siempre es así, es bien sabido que la gente reacciona de forma diferente ante diferentes eventos estresantes. Por ejemplo, según Ptacek y Tara (1996) las ocasiones más dramáticas para dar una mala noticia es cuando involucra la propia salud, es inesperada para el paciente o sus familiares o no se advierte con anticipación. También, los diagnósticos que salgan de las expectativas de las personas, tendrán un impacto más severo (Buckman, 1984; citado en Ptacek y Tara, 1996); incluso una noticia mal dada puede tener repercusiones que duran por mucho tiempo en familiares y pacientes sobrevivientes de cáncer.

En una investigación realizada por Young Ho Yun, Chang Geol Lee, Si-young Kim, Sam-wook Lee, Dae Seog Heo, Jun Suk Kim, Keun Seok Lee, Young Seon Hong, Jung Suk Lee y Chang Hoon You (2004), reportaron que los pacientes deseaban estar informados sobre el diagnóstico de una enfermedad terminal en comparación con sus familiares. Estos mismos autores observaron que las personas que se encontraban en un estado temprano de evolución del cáncer deseaban la información en comparación con las personas con un estado avanzado.

Un dato importante sugiere que no sólo se deben considerar los cómo y cuándo manejar información “dolorosa”, sino también propone considerar la cultura del sujeto puesto que difiere la hispanoamericana con la anglosajona o con alguna otra (Martínez y Centeno, 2000; Nordin, Lidén, Hansson, Rosenquist y Berglund, 2002; Young Ho Yun et al, 2004). Por lo que para que se obtengan resultados adaptativos, se deben considerar dos aspectos importantes para dar la mala noticia; primero, la forma en cómo se dé y segundo, conocer en la medida de lo posible el sistema de creencias que mantenga el individuo en el momento que se dé la noticia (Ptacek y Tara, 1996). De esta forma podemos estandarizar un protocolo para dar malas noticias pero ajustándolo al sistema de creencias del paciente.

## **Intervenciones psicológicas.**

Por lo anterior, diferentes investigaciones sugieren la necesidad de implementar estrategias psicológicas que le permitan al paciente afrontar y manejar eficazmente al cáncer y su tratamiento. En este sentido, diversos autores (Jacobson y Hann, 1998; Worden y Weisman, 1984) han desarrollado y evaluado intervenciones cognitivo conductuales para la reducción del distres emocional y aumento en el bienestar cuando los pacientes con cáncer son diagnosticados por primera vez.

Horowitz en 1973 (citado en Loscalzo y Brintzenhofeszoc, 1998) desarrolló un modelo de respuesta al estrés ante la crisis del cáncer; este modelo contempla tres fases: inicial, disforia y adaptación. En la primera fase se encuentran respuesta de negación,

desesperanza e incredulidad; esta fase se caracteriza por respuestas de lucha-huida. La segunda, denominada disforia, se encuentran respuestas emocionales tales como ansiedad, depresión también se encuentra daño cognitivo y disrupción en el funcionamiento diario del paciente. En tercera y última fase, adaptación, el proceso comienza en aproximadamente dos semanas, cuando las reacciones emocionales son menos intensas y se retoman los problemas concernientes a su enfermedad y tratamiento.

Maichenbaum (1990), propone el modelo de inoculación al estrés en donde el paciente aprende a enfrentar situaciones difíciles a través de la anticipación de eventos y mediante la adquisición de habilidades para manejar dichas situaciones. La inoculación del estrés combina elementos de enseñanza didáctica, diálogo socrático, reestructuración cognitiva, solución de problemas y entrenamiento en relajación. Conjunto de procedimientos que no solo se pueden aplicar para resolver problemáticas inmediatas, sino también para la preparación psicológica ante eventos futuros que requieren de un afrontamiento ajustado y eficaz ante el estrés, como es el caso particular de la posibilidad de recibir un diagnóstico que amenaza la vida y el bienestar psicológico de una persona.

Aunque existen estrategias psicológicas para el manejo del cáncer y sus consecuencias tales como dolor, malestar provocado por la quimioterapia o las náuseas anticipadas, estrés hospitalario y sus diferentes intervenciones dirigidas al problema o a la emoción, no existe alguna documentada en la literatura que maneje la anticipación de malas noticias como intervención para manejar la incertidumbre ante el periodo de espera para el diagnóstico de tumor maligno y tratamiento definitivo.

## **Propuesta.**

En resumen y como propuesta; al ser una mala noticia, es difícil de anunciar y esto se complica al considerar que los médicos profesionales de la salud no se forman en habilidades de comunicación, lo cual da como resultado un importante problema al que debemos enfrentarnos (Martínez y Centeno, 2000), además se debe considerar las diferencias que existe entre los estilos de afrontamiento y la cultura; desgraciadamente no existe mucha literatura de origen mexicano en donde se hable de la forma de comunicar malas noticias, por lo que es importante realizar un protocolo en donde se tome en cuenta la literatura mexicana y aplicarlo ahí mismo; en la cultura mexicana.

En este sentido, cuando una persona recibe un mal diagnóstico existen manifestaciones emocionales que son comunes puesto que la persona confronta la muerte dando como resultado problemas existenciales que se manifiestan en estrés, ansiedad y depresión. La propuesta de investigación va en este mismo sentido, solo que invirtiendo el orden y el tiempo de intervención. La propuesta está basada en que el papel del psicólogo se ve limitada en el ámbito hospitalario y lo es aún más, en situaciones tan delicadas como el diagnóstico de cáncer y de amputación; por lo que se propone *a)* una intervención anticipada y breve bajo el modelo de seis pasos de Buckman (modificado) para comunicar una mala noticia aprovechando el tiempo que los pacientes permanecen en el hospital esperando el resultado de la biopsia *b)* la idea general de inoculación del estrés de Meichenbaum la cual sugiere que anticipando situaciones, pensamientos y emociones ya conocidas y además adquiriendo habilidades centradas ya sea en el problema o en la emoción, el paciente podrá adecuarse y adaptarse más satisfactoriamente a ese nuevo estilo de vida y *c)* la brevedad de la intervención ayudaría a optimizar recursos y facilitaría que la mayoría de las personas pudieran beneficiarse de ella, puesto que quienes viajan desde el interior de la república, no acudirían a la cita psicológica, principalmente los de escasos recursos económicos.

En esta misma línea, la intervención también procura que el paciente reciba la noticia evitando las consecuencias iatrogénicas que la falta de habilidad en comunicación de algunos promotores de salud produce. De esta forma, se inocula la mala noticia independientemente de cómo y cuándo la dé; intentando incorporar la enfermedad del sujeto a su vida diaria y desarrollar planes de acción ante la posibilidad de que el diagnóstico sea positivo para tumor maligno y probable amputación.

Se trata de hacer una intervención psicológica con el objetivo de anticipar eventos desagradables para que en caso de hacerse realidad se cuente con los recursos y habilidades para hacerles frente.

Sin embargo la mayoría de las intervenciones psicológicas son hasta después del diagnóstico, lo que evita ganar tiempo para la preparación del paciente a su situación; es por ellos la importancia de dar peso en la elaboración de protocolos para anticipar una probable mala noticia antes del diagnóstico confirmatorio de cáncer.

El marco conceptual a partir del cual se presenta este programa de intervención psicológica breve para anticipar la comunicación de una probable mala noticia como lo es el diagnóstico de cáncer, es partir de la teoría cognitivo-conductual, que considera que el estrés y distrés de un paciente con posible diagnóstico de cáncer, dependerá de las cogniciones o

creencias que éste maneje en torno a la posible presencia de cáncer (Turk, Meichenbum y Genest, 1983; citado en Jacobsen y Hann, 1998). En este sentido, toda intervención cognitivo-conductual estará dirigida al cambio o reestructuración de ciertas ideas y creencias relacionadas con la enfermedad que puedan influir en su diagnóstico, pronóstico y tratamiento; así como el uso de estrategias de comunicación que le permitan a los profesionales de la salud comunicar una mala noticia.

De esta manera, el objetivo principal de esta intervención breve es apoyar al paciente cuyo probable diagnóstico sea tumor maligno en el hueso y que incluya la posibilidad de amputar o desarticular el miembro en el manejo del estrés por medio de la anticipación del comunicado de una mala noticia y reestructuración de ideas que interfieran en su beneficio.

## **Metodología.**

### **Objetivos del programa.**

#### **Generales:**

- Preparar psicológicamente a través de la anticipación de una mala noticia por medio de una intervención breve cognitivo-conductual (inoculación al estrés) a pacientes que tengan una alta probabilidad de recibirlas: diagnóstico de osteosarcoma (tumor maligno) y probable amputación del miembro afectado.

#### **Particulares:**

- Evaluar ansiedad, depresión y el nivel de satisfacción con la información dada a aquellos pacientes que tengan una alta probabilidad de recibir malas noticias: diagnóstico de osteosarcoma (tumor maligno) y probable amputación del miembro afectado.
- Implementar una intervención breve cognitivo-conductual a través del procedimiento de Inoculación al Estrés y del modelo de Buckman (adaptado) sobre malas noticias.

### **Entidades Clínicas del Cambio.**

#### *Dependientes.*

Ansiedad.

Depresión.

Satisfacción con la información.

#### *Independientes.*

Intervención cognitivo conductual el cual incluye:

- Inoculación al estrés.
- Anticipación de malas noticias.
- Solución de problemas.
- Detección y corrección de pensamientos disfuncionales que interfiera con la adaptación del paciente con su nuevo estilo de vida.

#### *Definiciones conceptuales.*

- Anticipación de malas noticias. Ejercicio basado en suposiciones del diagnóstico de tumor maligno y amputación de una extremidad que nos ayudará a buscar soluciones anticipadas, lo anterior con el modelo de los 6 pasos de Buckman, (adaptado).
- Solución de problemas. Proceso de encontrar una solución eficaz a una situación problemática, presente o anticipada, que representa una discrepancia entre lo presente y lo deseado (Nezu y Nezu, 1998).
- Los pensamientos disfuncionales se definen a todos aquellos que evitan que las personas consigan sus objetivos.

#### *Definiciones operacionales.*

- Comunicación de malas noticias: Modelo de los 6 pasos de Buckman (adaptado) para dar una mala noticia (Ver anexo I para conocer el protocolo).
- Solución de problemas: Entrenamiento en la solución eficaz de problemas de D´Zurilla y Nazu, (1982; citados en Nezu y Nezu, 1998).
- Pensamientos disfuncionales: Repetición frecuente de ideas (Ellis, 1962) que evita que las personas se adapten a su nuevo estilo de vida tales como:

*“La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen”.*

*“La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.*

*“La idea de que si algo es, o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.*

*“La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida”.*

- Ansiedad. IDARE-E . (Ver anexo II para el cuestionario)
- Depresión. Inventario de depresión de Beck (ver anexo III para inventario).
- Escala subjetiva de satisfacción con la información dada que consta de una escala bipolar que oscila entre el número 0 y 100, en donde el sujeto da una calificación (ver anexo IV para conocer la escala).

### **Supuestos bajo los cuales se desarrolló el protocolo.**

Al anticipar eventos desagradables y problemas a los que se enfrentan los pacientes del servicio de tumores óseos por medio del protocolo “Preparación Psicológica ante el Afrontamiento del Diagnóstico de Osteosarcoma y Probable Amputación” y buscando posibles soluciones, los pacientes disminuirán los niveles de ansiedad y depresión.

Al disminuir las ideas disfuncionales, los pacientes del servicio de tumores óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), disminuirán sus niveles de ansiedad y depresión.

### **Tipo de estudio.**

Exploratorio y Estudio de caso.

### **A quien va dirigido el programa**

Este programa está dirigido a pacientes que tengan una alta probabilidad de recibir malas noticias: diagnóstico de osteosarcoma (tumor maligno) y probable amputación del miembro afectado del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR), hombres y mujeres entre 18 y 60 años de edad. El método de selección fue no probabilística debido a que la muestra se constituyó de pacientes que llegaban al servicio de tumores óseos y sin diagnóstico definitivo.

Criterios de inclusión para ser candidatos:

- Que sepan leer y escribir.
- Pacientes que aún se encuentren en etapa diagnóstica en el INR.
- Hospitalizados en esta misma institución.
- Que no presenten alguna enfermedad mental.
- Que estén de acuerdo en anticipar una mala noticia.

Criterios de exclusión.

- Si en la intervención el paciente decide abandonar el protocolo.

## **Materiales.**

Instrumentos de evaluación psicológica:

- Entrevista breve de tipo estructurada dirigida a evaluar: motivo de su estancia en el hospital, nivel de información del paciente recibida por el médico o personal del hospital acerca de su problema de salud y explorar apoyo social.
- Inventario de depresión de Beck et al. (1972) El instrumento consta de 21 reactivos divididos en dos factores; el factor de síntomas afectivo-cognoscitivo, compuesto por 14 reactivos y factor de síntomas vegetativos y somáticos conformado por 7 reactivos. El cuestionario maneja una escala Likert de 0 a 3, donde 0 indica ausencia de síntomas depresivos, asignando 1 al síntoma leve, 2 al síntoma moderado y 3 al síntoma grave. El instrumento tiene una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.87. El punto de corte para diagnóstico de depresión es de 10, con una interpretación de leve, si la puntuación se encuentra entre 17 y 29, se considera moderado y se considera severo si las puntuaciones caen entre los 30 y 63 puntos (ver Anexo III).
- IDARE-E e IDARE-R (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). La escala mide los estados de ansiedad de una persona y se divide en dos partes; la primera denominada “Estado”, donde se dan 20 afirmaciones que preguntan como se sienten generalmente los sujetos y la otra denominada “Rasgo”, donde se dan también 20 afirmaciones pero esta vez preguntando como se sienten en un momento dado. El cuestionario maneja una escala Likert que va desde el número 1 al 4; en la evaluación del Rasgo, el número 1 se contesta si la respuesta es “no en lo absoluto”, el segundo corresponde a “un poco”, el tercero a “bastante” y el último a “mucho” (solo se aplicó la evaluación ansiedad Estado; ver Anexo II).
- Escala Subjetiva del Nivel de Satisfacción con la información proporcionada. Esta escala tiene la característica de ser sensible para obtener una respuesta distinta en un periodo corto de tiempo; además de poder definir de forma rápida y precisa un estado emocional dado. Se coloca una numeración que va desde el número cero hasta el cien, se le pide al participante que marque con una X el número que más se aproxime a su respuesta considerando que el cero corresponde a casi nulo; el número cincuenta corresponde a mas o menos y el número cien corresponde a lo mejor. En este caso se medirá satisfacción por la información dada. Las puntuaciones irán de cero que corresponderá no me satisfizo la información dada y cien que corresponde a estoy absolutamente satisfecho con la información.

## **Procedimiento.**

La intervención se llevó a cabo en el INR, en el sexto piso del área de hospitalización ortopédica y en particular en el servicio de tumores óseos, el abordaje se hizo en el lugar de hospitalización, ese sitio lo comparten cuatro camas; el escenario se puede aislar por medio de una cortina.

Se realizó la intervención a un paciente; se aplicaron las evaluaciones de ansiedad y depresión, antes y después de la intervención; la evaluación subjetiva de la información recibida se aplicó solamente después de la intervención.

El protocolo está dividido en 3 fases: fase I evaluación médica, fase II evaluación e intervención psicológica breve, fase III diagnóstico y seguimiento después de recibir la noticia con posible amputación del miembro afectado.

Lo anterior se hizo en 7 ocasiones; una sesión para la pre evaluación, 4 sesiones para intervenir y por último una más para evaluar antes del diagnóstico. Finalmente para conocer el grado de adaptación se evaluó dos semanas después del resultado de la biopsia.

#### Fase I.

En esta fase se detectó a la persona que estuvo hospitalizada, con programación de biopsia y sospecha de osteosarcoma.

#### Fase II.

Durante esta fase se llevaron a cabo dos evaluaciones psicológicas una antes y otra después de la intervención psicológica. En la primera, se llevó a cabo una entrevista inicial breve de tipo estructurada dirigida a evaluar: nivel de información del paciente recibida por el médico o personal del hospital acerca de su problema de salud y explorar apoyo social. Asimismo, se aplicaron el IDARE-E y el Inventario de depresión de Beck (IDB).

Posteriormente, retomando la idea principal de Meichenbum sobre los beneficios para disminuir el estrés anticipando, generando alternativas de solución para un determinado evento y debatiendo o reestructurando las ideas disfuncionales, se abordó la probabilidad de que un evento vital aparezca en su vida, como puede ser el diagnóstico de un tumor maligno y probable amputación o desarticulación de una extremidad. Lo anterior mediante el modelo de seis pasos para dar una mala noticia de Buckman (modificado) y haciendo uso de la reflexión, el parafraseo, el balance de costos-beneficios, etc.

Finalmente, días después y antes de dar a conocer el diagnóstico de la biopsia, se volvió a evaluar el grado de ansiedad y depresión con la aplicación del IDARE e IDB; incluyéndose ahora la escala subjetiva de satisfacción, evaluando el ejercicio de anticipar una mala noticia.

#### Fase III.

En caso de que el diagnóstico sea desalentador, considerando los resultados de los estudios clínicos del paciente, y los aspectos psicológicos del mismo, el médico y en presencia del psicólogo, emitirá su diagnóstico.

En esta última fase después de dos semanas posteriores al comunicado del diagnóstico al paciente, se llevó a cabo una tercera evaluación psicológica, que comprenderá la aplicación del IDARE-E y el IDB.

## Efectos clínicos o de ajuste psicológico.

El paciente antes de la intervención, en la escala de depresión de Beck puntuó con 16, interpretándose con nivel de depresión moderado. En el reactivo que puntuó obtuvo mayor puntuación fue “preocupación somática”.

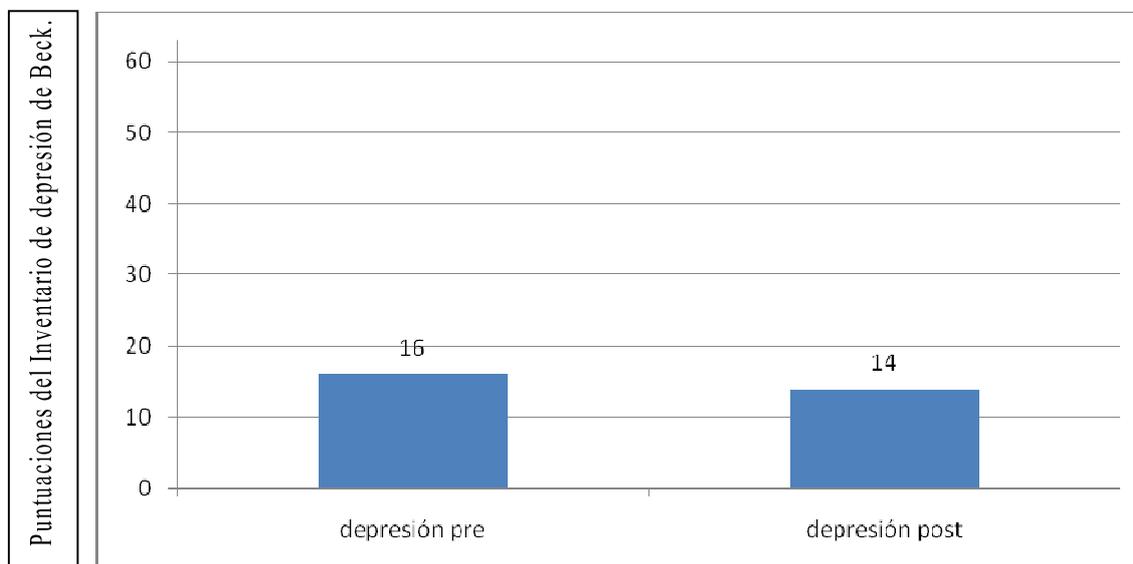
Después de la intervención terapéutica y antes de dar a conocer el diagnóstico de la biopsia, la puntuación en la escala de depresión fue de 14, interpretándose como moderada, al igual que en el momento antes de la intervención, sin embargo disminuyó dos puntos para esta etapa. En el reactivo preocupación somática ahora no lo calificó con (3), ahora lo calificó otorgándole un (2).

En el inventario de ansiedad estado, puntuó con 53; encontrándose 4 reactivos en los que manifestó mayores síntomas de ansiedad. “Estoy tenso”, “no estoy agusto”, me “siento ansioso” y “estoy preocupado”.

Del mismo modo, la calificación en el IDARE estado disminuyó por 12 puntos, es decir, en la post evaluación calificó con 41 y no hubo puntuaciones calificadas como máximas en los reactivos de ansiedad.

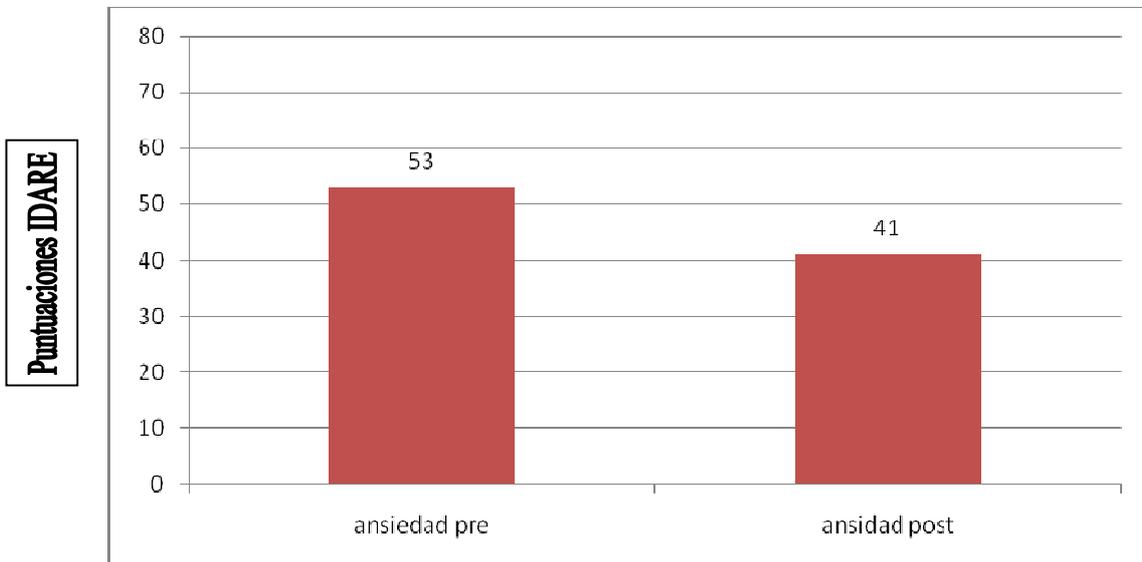
El síntoma depresivo no tuvo diferencias significativas cuando se abordó al paciente por primera vez y justo antes de recibir el diagnóstico definitivo, como lo muestra la figura 1.

Figura 1. Grado de depresión antes de la intervención psicológica de anticipación de malas noticias y justo antes del diagnóstico definitivo.



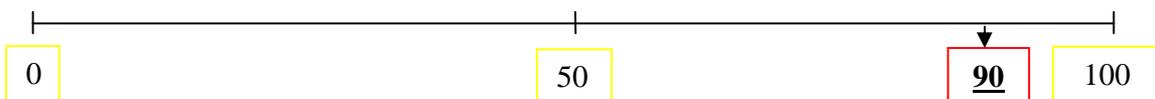
Sin embargo al medir ansiedad, se observó una diferencia significativa de “t” 2.698 con una  $p < 0.01$ . Las puntuaciones crudas previas fueron de 53, en contraste con el pos test que fue de 41 como lo muestra la figura 2.

Figura 2. Grado de ansiedad antes de la intervención psicológica de anticipación de malas noticias y justo antes del diagnóstico definitivo.



A la pregunta ¿Usted considera que el ejercicio que efectuamos a través de supuestos, lo ayudó a prepararlo psicológicamente para recibir su diagnóstico? le fue asignado el noventa de una escala que va del cero al cien como se muestra en la figura 3.

Figura 3. Grado de satisfacción que el paciente reportó para la anticipación de malas noticias y justo antes del diagnóstico definitivo.



Aunque este paciente obtuvo un diagnóstico de tumor de células gigantes y no necesitó amputar o desarticular y mucho menos un tratamiento de quimioterapia, se aplicó nuevamente la escala de depresión y ansiedad 2 semanas después, como lo propuesto en la metodología para conocer el nivel de adaptación; en la primera puntuó nuevamente con un 14, sin embargo obtuvo una puntuación máxima en el reactivo brotes de llanto.

En cuanto ansiedad, obtuvo una puntuación de 46 sin tener puntuaciones máximas en algún reactivo.

## **Conclusiones y Discusión.**

El cáncer no representa un solo estresor, el impacto del cáncer en la vida de los pacientes es multifacético ocasionando numerosos malestares que incluyen situaciones difíciles en donde se ven involucrados sentimientos y pensamientos.

El proceso y tratamiento que debe enfrentar cualquier paciente con tumor maligno y en específico osteosarcoma, es principalmente el dolor, la alta probabilidad de amputación, desarticulación o hemipelvectomía; los efectos secundarios de la quimioterapia, la situación de estar hospitalizados, sus altos costos y bajos recursos, aparición del tumor en etapas primarias de la vida en las cuales el individuo es altamente productivo, la expectativa de no curación y la idea de confrontar la muerte; esto da lugar a respuestas emocionales altamente significativas como ansiedad, depresión y estrés que gira alrededor de estas situaciones; produciendo un fuerte impacto en la estabilidad emocional tanto del paciente como de sus familiares. Además, el cáncer deteriora la calidad de vida (Sprangers, De Regt, Andries, Van Agt, Bijl, De Boer, Foets, Hoeymans, Jacobs, Kempen, Miedema, Tjihuis, y De Haes, 2000). En suma con lo anteriores, Martínez y Centeno (2000) reconocen que la relación con enfermos en situaciones terminales siempre se da en contextos difíciles, delicados, conflictivos y comprometidos. Estos autores agregan que cuando únicamente se ofrecen cuidados paliativos, las alternativas de comunicar difieren radicalmente, incluso se llega a discutir si informar al paciente o no.

La conclusión a la que se llegó de acuerdo a los datos arrojados en esta investigación y que concuerdan con Hind, Streater y Mood, (1995) y Folkman, (1984; citados en Ptacek y Tara, 1996) fue que los pacientes al ser informados, se adaptan al problema.

De esta forma nuevamente se cuestiona la probabilidad de ocultar información al paciente terminal ya que al igual que Stedeford (citado en Arranz y Martínez, 2000) se demuestra que los pacientes se satisfacen al mantener comunicación.

Además las aportaciones de Ptacek y Tara (1996) fueron importantes para la consecución del presente estudio y los resultados encontrados son compatibles con lo que ellos proponen; mencionan que las ocasiones más dramáticas para dar una mala noticia es cuando involucra la propia salud, es inesperada para el paciente o sus familiares y no se advierte con anticipación, además Buckman (1984; citado en Ptacek y Tara, 1996) comenta que los diagnósticos que salgan de las expectativas de las personas tendrán un impacto más severo. Por lo que, en este estudio se observó que al anticipar malas noticias se da un manejo más adaptativo de emociones y pensamientos, utilizando siempre los recursos del propio paciente.

Para poder llegar a la conclusión que al comunicar y anticipar la probabilidad de ocurrencia de una mala noticia, se midieron los principales síntomas del distrés emocional tales como ansiedad y depresión de los cuales el primero disminuyó significativamente al comparar las mediciones como se puede ver en los resultados; en cuanto depresión, no se observaron cambios significativos; por lo que podríamos concluir que la anticipación de una mala noticia afecta directamente a los síntomas de ansiedad pero no así de depresión.

Del mismo modo la evaluación subjetiva de la opinión que el paciente tuvo con el anticipado de eventos desagradables ante la probabilidad del diagnóstico de cáncer y amputación o desarticulación del miembro afectado, los 2 pacientes a quienes se les pregunto, puntuaron favorablemente acerca de la aplicación del protocolo con futuros pacientes en la misma situación.

Toda intervención cognitivo-conductual y en especial esta, tuvo por objetivo ser dirigida al cambio o reestructuración de ciertas ideas y creencias relacionadas con la enfermedad que pudieran influir en su diagnóstico, pronóstico y tratamiento (Turk, Meichenbaum y Genest, 1983; citado en Jacobsen y Hann, 1998). Para tal efecto, Albert Ellis (1999) propone que cuando una persona puede verse a sí misma en una situación desagradable, asumiendo que puede vivir aún en condiciones desfavorables o “terribles”; entonces se producen síntomas menos perturbadores y más saludables, que aunque no son deseables, tampoco son rígidos y/o dogmáticos.

Lo anterior, en relación a la intervención terapéutica significa que al anticipar la mala noticia como diagnóstico de cáncer y una probable amputación o desarticulación de extremidad y al hacer el ejercicio de verse en esa situación, entonces el paciente previó la forma de hacerle frente y entonces pudo “soportarlo”.

En otras palabras; las creencias que pudieran producir esta serie de síntomas ansiosos, *pueden ser:*

- “La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen”.
- “La idea de que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones.
- “La idea que si algo es, o puede ser peligroso o temible, se deberá sentir terriblemente inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra.
- “La idea de que es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida”. (Ellis, 1962).
- “mis condiciones de vida *deben* de ser fáciles, pues sería terrible tener que esforzarme demasiado; lo que convertiría al mundo en un lugar inaguantable” (Lega, Caballo y Ellis, 1998).

Por lo que modificando este tipo de ideas irracionales los pacientes pudieron adaptarse al problema, obviamente con los signos y síntomas de ansiedad que la incertidumbre por el diagnóstico provoca. Con los anteriores resultados, se puede pensar que el apoyo brindado a los pacientes para interactuar en una situación estresante encontrando un patrón de respuestas efectivas, tanto cognitivas como emocionales, ayudó a mejorar el distrés emocional Goldfried y D’Zurilla (1966, citados en Meyerowitz, Heinrich, y Coscarelli, 1983).

Por ejemplo, la inoculación de estrés propuesto por Maichenbaum (1990) combina elementos que no solo se pueden aplicar para resolver problemáticas inmediatas, sino también para la preparación psicológica ante eventos futuros que requieren de un afrontamiento ajustado y eficaz ante el estrés, como es el caso particular de la posibilidad de recibir un diagnóstico que amenaza la vida y el bienestar psicológico de una persona.

Por lo que al ilustrar al paciente mediante enseñanza didáctica (información sobre el cáncer), dividir el afrontamiento orientado al problema o a la emoción Folkman (1980), Folkman y Lazarus (1985, ambos citados en Endler y Parker, 1990), se pudo estructurar y delimitar el problema en lo que es posible o está en nuestras manos hacer y lo que no.

La técnica de solución de problemas se insertó en esta intervención al reconocer las limitaciones de esta opción y trabajando para disminuir la complicación de la enfermedad, por ejemplo, siguiendo las instrucciones del médico, ubicar qué es lo que le produce malestar, arreglando pendientes si la mala noticia llegara, etc.

El entrenamiento en relajación se dio por medio de la respiración diafragmática.

Cuando junto con el paciente se abordaron estas ideas, haciendo el esfuerzo por verse y aceptarse a sí mismo en estas situaciones, además de implementar las técnicas de solucionar posibles y futuros problemas dentro de la situación temida, más el debate de ideas ilógicas y exigentes, entonces el paciente tuvo una reacción emocional consistente con la situación adversa, pero sin ser disfuncional, lo cual produce una correcta adaptación a la situación.

De esta forma y en contraste con los resultados, al tratarse de una situación en donde se pone en riesgo la integridad del paciente no era de esperar que la ansiedad disminuyera del todo, sino que se mantuviera a un nivel adaptativo.

El mantenido grado en depresión se puede explicar considerando que el sujeto nunca dio por hecho el tumor maligno, es decir, aunque conocía el rango de la probabilidad, mantuvo la esperanza de que no fuera así; de ese modo aunque se elaboraban estrategias para enfrentar el diagnóstico temido, el sujeto creyó fuertemente que no iba a ser su caso.

Es muy probable que la corta edad del paciente haya ayudado para enfrentar esta situación ya que según la teoría del aprendizaje vicario argumenta que algunas personas responden conductual o emocionalmente a eventos que aún no experimentan por el simple hecho de conocer a alguien cercano y con características similares a las suyas que lo haya vivido. De esta forma, al no conocer a nadie con osteosarcoma, entonces pensó que no iba a ser su caso.

Obviamente se consideraron los criterios éticos para la presente investigación dado que al tratar de anticipar una mala noticia se pueden provocar reacciones en pacientes que por su diagnóstico no necesitarían pasar por este proceso. Considerando la anterior reflexión se consultó el código ético del psicólogo, libros de bioética, profesores tanto psicólogos como médicos hasta que decidí por cuenta propia preguntar a los mismos pacientes si esta intervención “anticipando malas noticias” podría ser considerada una buena idea; incluso a los participantes en los cuales comencé a aplicar la mencionada intervención, les explicaba el procedimiento y les daba la alternativa de suspender si en algún momento así lo deseaban. De esta manera procedí a realizar la intervención; desafortunadamente los pacientes que pudieron llegar a la evaluación subjetiva de este procedimiento fueron dos, uno de ellos la calificó con un 80 de una escala que va de 0 a 100; y el otro con un 90, lo cual hace pensar que lejos de haber alterado su salud o bienestar emocional, ellos lo consideraron como oportuno y lo recomendaron para que se aplicara con otros pacientes en condiciones parecidas a las suyas.

Este estudio es una propuesta tanto para la anticipación de malas noticias como para el manejo de las mismas; por lo que, para que pueda ser validada como un protocolo estandarizado, deberá aplicarse a muestras poblacionales grandes para validar su contenido. El presente protocolo es el fruto de corregir a modo de ensayo y error con diferentes pacientes la propuesta de Buckman y adaptarla para la anticipación de las mismas. En este sentido, desafortunadamente el protocolo no se aplicó a una persona diagnosticada con osteosarcoma, empero lo valioso del presente trabajo es que se pudo pilotear diferentes padecimientos para enfrentar la incertidumbre que el diagnóstico provoca. (Ver anexo V para historia clínica).

Es importante destacar que se insistió en evaluar la reacción emocional del paciente antes de las 2 semanas cumplidas después del diagnóstico ya que en concordancia con el modelo de respuesta al estrés Horowitz (en 1973; citado en Loscalzo y Brintzenhofeszoc, 1998) comenta que en su tercera y última fase se encuentra la adaptación, la cual comienza aproximadamente dos semanas después de la presentación del evento estresante.

Se propone que para futuras intervenciones y en particular para fines de investigación, se consideren la empatía que el terapeuta dé a sus pacientes como un control más de variables respecto al terapeuta ya que tal vez las mediciones hayan sido sesgadas por los pacientes como agradecimiento al terapeuta por su acompañamiento durante la estancia en el hospital. En este mismo sentido, se recomienda que el protocolo sea aplicado por distintos psicólogos o integrantes del equipo de salud para evaluar el diseño y los resultados que proporciona y en concordancia con lo anterior se sugiere que los cuestionarios y mediciones las apliquen personas que no estuvieron involucrados con el paciente.

## Referencias bibliográficas.

- Arranz, P. y Martínez, M. (2000). La comunicación con el paciente en fase Terminal. En Die-Trill, M y López-Imedio, E. *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid. Ades ediciones.
- DSM IV TR, brevario(2004).
- Ellis, A. (1962). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Las ideas irracionales que causan y mantienen las perturbaciones emocionales.
- Ellis, A. (1999). *Una Terapia Breve más Profunda y Duradera*. Paidós. España.
- Ellis, A. y MacLaren, C. (2004). *Las Relaciones con los Demás*. Océano ambar. España.
- Endler, N & Parker, J. (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of personality and social psychology*. 58. 5 844-854.
- Gongora, M. (2005). La Entrevista de Evaluación Clínica con Adultos. En Caballo, V. *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos*. Pirámide. España.
- González-Almaraz, G., Rosillo-Ruiz, A. y Cavazos-Gómez, J. (2002). Distribución de los tumores óseos primarios en el Instituto Nacional de Ortopedia. *Cirugía y Cirujanos*. 70. 1. 18-25.
- Jacobsen, P. & Hann, D. (1998). Cognitive-Behavioral Interventions. En *Psycho-oncology*. Holland, J. Oxford University Press. USA.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. España. Desclée de Brouwer.
- Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1998). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. Siglo XXI. México.
- Llano, A. (2001). *¿Qué es la Bioética?* 3R editores. Colombia.
- Loscalzo, M. & Brintzenhofesoc, K. (1998). Brief *Crisis Counseling*. En *Psycho-oncology*. Holland, J. Oxford University Press. USA.
- Martínez, M. y Centeno, C. (2000) El proceso de informar sobre el cáncer. ¿decir o no la verdad?. En Die-Trill, M y López-Imedio, E. *Aspectos psicológicos en cuidados paliativos*. Madrid. Ades ediciones.
- Martínez, R., Arizmendi, S., Flores, F., Barra, R., Díaz, L., De la Garza, J. (2004). Tratamiento del osteosarcoma: experiencia de 10 años en el hospital general de México. *Gamo*. 3. 2. 38-40.
- Meichenbaum, D. (1990). *Stress Inoculation Training*. Pergamon Press. USA.
- Mejía, J., Flores, H., Juárez, I., Vázquez, J., Games, J., Pérez, M., Ortega, M., Rendón, M., Gutierrez, A. (2005). Edad de aparición de los diferentes tumores malignos en la infancia. *Rev Med IMSS*. 43.1. 25-37.
- Meyerowitz, B., Heinrich, R. & Coscarelli, C. (1983). *A Competency-Based Approach to Coping with Cancer*. En Burich, T & Bradley, L. *Coping with Chronic Disease Research and Applications*. USA. Academic Press.
- Nezu, A. y Nezu, C. (1998). Entrenamiento en solución de problemas. En Caballo, V. (comps). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España. Siglo XXI.
- Niembro, A., Castellanos, A., Gutierrez, P., Cárdenas, R., Calderón, C y Rivera, R. (2005). Resultados de ocho años en el tratamiento de osteosarcoma. Experiencia en el Instituto Nacional de Pediatría. *Gamo*. 4.3 34-40.
- Nordin, K., Lidén, A., Hansson, M., Rosenquist, R & Berglund, G. (2002). Coping Style, Psychological Distress, Risk Perception, and Satisfaction in Subjects Attending Counselling for Hereditary Cancer. *J Med Genet*; 39, 689-694.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Programas Nacionales de Control del Cáncer*. Ginebra.

- Ortega, P., Mercado, S., Reidl, L. y Estrada, C. (2005). *Estrés Ambiental en Instituciones de Salud*. Facultad de psicología U.N.A.M. México.
- Pacheco, M., Chavez, D., Diez, M. y Miranda, A. (2006). Control de casos de pacientes amputados por tumor en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Seguimiento de 6 años. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*. 18. 1. 7-10.
- Pinar, Beatriz., Lloret, Marta., Cabezón, M. y Lara, P. (2004). *Biocáncer, Sarcomas Óseos y Partes Blandas*. Gran Canaria.
- Premi, J. (1997). *La comunicación de malas noticias a los pacientes II*. Canadá.
- Ptacek, J. & Tara, L. (1996). Breaking Bad News: A Review of the Literature. *Journal of American Medical Association*. 276. 6. 496-502,
- Salazar, R., Axotla, V. y Parra, A. (2002). Metástasis óseas en tumores malignos de mama. *Revista mexicana de ortopedia y traumatología*. 16. 2. 51-55.
- Sprangers, M., De Regt, E., Andries, F., Van Agt, Heleen., Bijl, Rob., De Boer, Josien., Foets, Marleen., Hoeymans, Nancy., Jacobs, Annelies., Kempen, Gertrudis., Miedema, Harold., Tijhuis, Marja & De Haes, Hanneke. Wich chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*. 53. 895-907.
- [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx) 25/03/06.
- Young Ho Yun, Chang Geol Lee, Si-young Kim, Sam-wook Lee, Dae Seog Heo, Jun Suk Kim, Keun Seok Lee, Young Seon Hong, Jung Suk Lee & Chang Hoon You. (2004). The Attitudes of Cancer Patients and Their Families Toward the Disclosure of Terminal Illness. *Journal of Clinical Oncology*. 22. 2. 307-321.

# **Anexos**

# Anexo I

## Entrevista inicial para el comunicado de un diagnóstico.

*Fecha:*

Presentación del psicólogo.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Estado civil. \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Lugar de residencia \_\_\_\_\_

Religión \_\_\_\_\_

Escolaridad \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Dx Médico \_\_\_\_\_

Dx Psicológico \_\_\_\_\_

Motivo por el cual se abordó al paciente \_\_\_\_\_

Cuál es el estado emocional del paciente \_\_\_\_\_

---

- **Averiguar lo que el paciente sabe de su enfermedad.**

¿Cuál es el motivo por el que está en el hospital?

¿Qué le dijo su médico cuando lo envió aquí?

¿Qué le han dicho los médicos sobre su enfermedad?

¿Cómo considera esta situación?; sencilla o difícil de afrontar.

Usted, un familiar, amigo, o conocido, ha estado en alguna situación parecida a la suya? en caso afirmativo ¿qué sucedió?

¿Cómo fue su reacción?

Considera el paciente la situación como problema NO (  ); SI (  ) ¿porqué?\_\_\_\_\_

## **Consentimiento Informado.** **Instituto Nacional de Rehabilitación.**

El servicio de tumores óseos y los residentes en medicina conductual dentro del Instituto Nacional de Rehabilitación, buscan la participación conciente e informada de aquellas personas contempladas para ser incluidas dentro de alguna investigación. Por lo tanto se les proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en este estudio. Su colaboración es voluntaria y pueda rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problemas o consecuencias como usuario de los servicios.

Es probable que pueda sentirse incómodo (a) con algunas preguntas o ejercicios, pero su franqueza y participación nos permitirá desarrollar el tratamiento adecuado para aplicarlo a otros pacientes como usted, contribuyendo a su bienestar personal aún dentro del proceso de enfermedad.

Este protocolo tiene la finalidad de prepararlo emocionalmente para manejar el estrés ante la incertidumbre de un diagnóstico. Se trata de hacer ejercicios acerca de supuestas situaciones que por el momento no son reales; sin embargo cabe la posibilidad de que lo sean.

**Lo anterior obedece a que cuando tenemos actitudes anticipadas para los problemas, entonces nos sentimos mejor preparados para enfrentarlos.**

Este protocolo se dividirá en 3 secciones:

1ra

Entrevista inicial, se harán preguntas acerca del conocimiento que tiene sobre su enfermedad.

Responderá 3 cuestionarios.

2da

Hablaremos sobre su enfermedad y otras dudas que Ud. tenga.

3ra

Responderá 2 cuestionarios antes del resultado de la biopsia y los contestará nuevamente 2 semanas después.

Yo \_\_\_\_\_ reconozco que el Licenciado en Psicología Iván Guilro Ojeda Vallejo me ha proporcionado información amplia sobre el protocolo de investigación que desea realizar denominado “*Preparación Psicológica ante el Afrontamiento del Diagnóstico de Osteosarcoma*”. Estoy consciente que el tratamiento no pone en riesgo mi salud, que las sesiones tienen fundamentos psicológicos basados en investigaciones científicas y estoy de acuerdo que se publique la investigación manteniendo siempre el anonimato de mi persona.

Por lo tanto acepto por mi libre voluntad sin haber sido sujeto a ningún tipo de presión.

Servicio \_\_\_\_\_ No de expediente \_\_\_\_\_.

SI ACEPTO	TESTIGO
Nombre y firma (o huella)	Nombre y firma.

## Aplicar:

### IDARE-E Inventario de depresión de Beck

#### Consideraciones importantes.

1. No hay que dar falsas esperanzas pero jamás hay que eliminar la verdad por dura que sea. Siempre que se dé una información de este tipo no se deberá mentir nunca.
2. El paciente es el protagonista del proceso de informar y por lo tanto guía al informante y regula la cantidad y ritmo de la información sobre su proceso.
3. Los profesionales de salud se deben ajustar a cada paciente y a la situación que se le presenta por lo que No hay que pretender dar la información en la primera entrevista, se sugiere darla en pequeñas dosis.
4. Se averiguan las relaciones con sus familiares y si este lo permite podrán estar presentes algunos de sus familiares o allegados que le puedan servir de soporte en esos momentos.
5. Emplear un lenguaje claro y sencillo. También se recomienda repetir de vez en cuando y resumir lo que se le ha dicho en tres o cuatro puntos importantes.
6. Se recomienda sentarse cuando se habla con él (ella). Para iniciar el diálogo se puede utilizar una de estas preguntas ¿cómo se siente hoy?, ¿le gustaría platicar un momento? Atentos a recibir una negativa y dejarlo pendiente entonces, para el siguiente día.
7. Se puede reflejar su estado de ánimo con palabras como: parece usted preocupado... o lo veo pensativo...

#### **Fase inicial.**

Disponemos de “30 minutos” para hablar, sin embargo me gustaría a que nos relajemos, esto ayuda a la mayoría de las personas a sentirse mejor.

#### Instrucciones iniciales para la relajación.

- a. *Siéntese cómodo.*
- b. *Concéntrese en sentimientos de relajación, paz y calma.*
- c. *Repita mentalmente las frases que yo diga y trate de sentir y experimentar las sensaciones o sentimientos descritos en su propio cuerpo.*
- d. *Permanezca atento a mi voz y a las sensaciones y sentimientos en su cuerpo.*

*Estoy totalmente consciente del lugar en que me encuentro y de la posición de mi cuerpo sobre la colchoneta.*

*Siento crecer en mí el deseo de sumergirme dentro de mi cuerpo, de dejarme llevar por mis todos mis pensamientos.*

*Y me siento dispuesto a ello; mis brazos están listos, y dispuestos para la relajación, las piernas están listas y dispuestas, todo mi cuerpo está listo para disfrutar.*

*Es un deseo de mi interior para relajarme.*

*También mi mente está lista y dispuesta, no opone resistencia y acepta esta experiencia.*

*Me siento completamente en calma, es un estado de absoluto reposo.*

*Percibo cómo mis músculos se están relajando lenta y progresivamente.*

*Que se liberan de la tensión.*

*Se relajan los músculos de mis pies y mis dedos.*

*Se relajan los músculos de mis pantorrillas.*

*Los músculos de las caderas, glúteos y abdomen también se están relajando.*

*Mi columna vertebral y toda mi espalda se están relajando. Se apoya agradablemente sobre la colchoneta, en toda su longitud. Y se profundiza mi relajación.*

*Están relajados los músculos de las manos y de los dedos; de los brazos y los antebrazos.*

*Están relajados los músculos de los hombros, el cuello y la cara. Están relajados los músculos de la frente, los músculos de los ojos, de las mejillas y los músculos de la boca.*

*Toda la cara está profundamente relajada, por lo que la cara tiende a adoptar una expresión de bienestar y confort, que representa el estado placentero que me da la relajación.*

*Mi mente se deja llevar por estas sensaciones, sin oponer resistencia, sin ningún temor, manteniéndose distante y dejándose llevar por el cuerpo.*

### Recuperación

*Se repetirá la siguiente fórmula:*

*“hago un esfuerzo de voluntad por salir del estado de relajación”.*

*Flexione los brazos, haciendo un doblés en los codos y dando al movimiento cierta energía, sienta correr la energía por todo su cuerpo.*

*Inspire profundamente, reteniendo el aire durante unos segundos y luego exhalando.*

*Abra lentamente los ojos.*

Estamos en el servicio de tumores óseos del INR.... Me doy cuenta que Ud. sabe que su enfermedad se trata de (*hacer resumen de lo que respondió en el cuestionario*) y si me lo permite me gustaría complementar algo mas....

- Todo nuestro cuerpo está hecho de células, tenemos células en la piel, en la sangre, en los músculos, en los huesos, etc.
- Un tumor es un crecimiento acelerado de células defectuosas en nuestro cuerpo, por eso vemos que nos crece constantemente, esto puede ser muy rápido o lento.
- En general existen 2 tipos de tumores, los que se llaman benignos y otros que se llaman malignos.
- Los benignos se caracterizan por que crecen “encapsulados” o bien delimitados.... Y esto evita que estas células defectuosas se extiendan a otras partes del cuerpo. (*usar analogías como un globo con agua*). Cuando los doctores dicen que un tumor es benigno, la mayoría de las veces se realiza la operación quitando la parte defectuosa y reforzando el hueso, ya sea con otro hueso o con una prótesis.
- Por otra parte, los malignos no están encapsulados y se extienden en primer lugar a los alrededores de donde se originó el tumor y después a muchas partes del cuerpo (*usar la analogía de que cuando se pica el globo, entonces, comienza a salir el agua*). Cuando los doctores dicen que el tumor es maligno, entonces se complican las cosas.... entonces da una medicina que se llama quimioterapia; (*averiguar lo que sabe*) la quimioterapia, ayuda a combatir el crecimiento acelerado de células destruyéndolas; pero también existen desventajas de esto, porque durante unos días, aproximadamente 3, nos sentimos mal, con náuseas, vómitos, oleadas de calor, etc. y además comienza a caerse el cabello.

También es importante quitar el tumor, (en algunos casos solo se aplica la quimioterapia, en otros es la quimioterapia y además se quita el tumor) por lo que se hace cirugía; pero no es tan sencillo; te voy a explicar porqué: Como las microcélulas malignas empiezan a extenderse alrededor del tumor y no se conoce hasta donde están, entonces los doctores tienen que asegurarse de no dejarlas, porque si las dejaran, entonces se volvería a reproducir el tumor; por lo que tienen que cortar hasta donde las células son normales. Entonces no solo cortarán el tumor sino también partes sanas del cuerpo para evitar dejar células malignas. Por ejemplo, si nos dicen que tenemos un tumor maligno en la punta del dedo, entonces lo más probable es que nos quiten todo el dedo, si nos dicen que lo tenemos en la mano, entonces lo más probable es que nos quiten la mano o hasta donde los doctores consideren que no hay células malignas; a esto se le llama amputación.

Como lo había comentado, no siempre es así, algunas veces solo quitan el hueso afectado y lo reemplazan por una prótesis sin necesidad de amputar. Todo depende de la gravedad, el tiempo de evolución, el diagnóstico, etc. pero los que deciden lo que más le conviene al paciente son los médicos, obviamente con la autorización del paciente o sus familiares.

Le explico esto porque como le había comentado, se encuentra en el servicio de tumores óseos; por el momento **no** se sabe si el tumor es benigno o maligno, **solo lo sabremos** hasta que entreguen el resultado de la biopsia. Antes de esto **no** se conoce con certeza el diagnóstico y lo único que podemos hacer es prepararnos psicológicamente para cualquier resultado....

- ¿Ha pensado en la posibilidad de que su enfermedad sea grave?

Se lo pregunto porque muchas veces cuando estamos esperanzados en recibir una buena noticia, evitamos ver las posibilidades negativas y por lo tanto evitamos confrontar una

probable verdad, que si se hace realidad, es más dolorosa que si nos preparamos psicológicamente para ello.

Le recuerdo que este protocolo tiene la finalidad de prepararlo emocionalmente para **anticipar la probabilidad** de recibir una mala noticia, ya que todos los que están en este lugar tienen posibilidades de recibirla. Se trata de hacer ejercicios acerca de **supuestos** ... que por el momento **no** son reales.

Lo anterior obedece a que cuando las personas tienen actitudes anticipadas para los problemas, cuando lleguen, se sentirán mejor preparados para enfrentarlos....

- ¿Desearía que habláramos sobre su **probable** diagnóstico?
- Supongamos que se pusiera peor ¿es Ud. de las personas que quieren saber en cada momento lo que le está sucediendo?
- ¿Preferiría que un familiar los supiera primero?
- Si su estado fuera grave ¿hasta dónde le gustaría saber?
- ¿Cómo respondería si los resultados no son lo que espera?

*(Resumir lo que el paciente quiere saber, como respondería y detectar a lo que **teme** principalmente el paciente).*

Conceptualización cognitivo-conductual.

Cognitivo	Fisiológico	Emocional	Conductual

**Organizar o planificar.**

Hacer un resumen general enumerando los puntos centrales y tratando de verificar que ha comprendido.

**IDARE**  
**Inventario de depresión de Beck**  
**Satisfacción con la información dada.**

Antes de dar la mala noticia, debemos estar preparados para escuchar sus dudas y necesidades. Se puede comenzar el proceso diciendo **“la situación pareciera ser más seria de lo que suponíamos”**.

## **Procedimiento para el diseño del protocolo anticipación de malas noticias.**

El presente protocolo de investigación que se realizó con el fin de anticipar malas noticias a pacientes que les diagnosticaría cáncer y probable amputación de una extremidad, fue realizado, en un inicio con base a los 6 pasos para dar una mala noticia de Buckman; sin embargo el mismo fue modificándose hasta hacerlo compatible con la institución, los pacientes y de forma anticipatoria ante un evento desagradable. El modelo antes mencionado propone puntos, que aunque son importantes, no son compatibles con el presente trabajo hospitalario, dado que está pensado para dar malas noticias pero no anticiparlas.

El modelo original se compone de los siguientes puntos:

Martínez y Centeno (2000), refieren a Buckman y su modelo de seis pasos para comunicar una mala noticia; este modelo propone que antes de comenzar se deben considerar estas observaciones: los profesionales de salud se deben ajustar a cada paciente y a la situación que se le presenta, conocer como ha reaccionado el enfermo a situaciones parecidas en su vida, lo que nos permitirá prever sus reacciones. Tomar en cuenta que este tipo de información es molesta e incómoda tanto para el paciente como el personal de salud. No mentir nunca.

La premisa de Buckman es que el paciente es el protagonista del proceso de informar y que por lo tanto guía al informante y regula la cantidad y ritmo de la información sobre su proceso.

### *1. Fase inicial.*

En donde se pide presentarse primero y conocer perfectamente la situación, estando completamente seguro de su diagnóstico y pronóstico.

Considerar el tiempo que necesitaremos dar al paciente (se puede comentar que disponemos de "X" tiempo para él). Se recomienda un lugar separado, íntimo y con la posibilidad de cerrar la puerta para no ser molestados. Se averiguan las relaciones con sus familiares y si este lo permite podrán estar presentes algunos de sus familiares o allegados que le puedan servir de soporte en esos momentos. Se recomienda sentarse cuando se habla con él. Para iniciar el diálogo se recomienda una de estas preguntas ¿cómo se siente hoy?, ¿le gustaría platicar un momento? Atentos a recibir una negativa y dejarlo pendiente entonces, para el siguiente día.

*Para fines de este protocolo, algunos puntos que propone los seis pasos de Buckman no se pueden realizar, por ejemplo, al tratarse de un ejercicio para anticipar probables malas noticias, no tenemos seguridad del diagnóstico del paciente. Otro problema encontrado es; dado que el paciente se encuentra en el área de hospitalización en donde se encuentran cuatro camas, que pueden ser separadas por una cortina. El paciente no se puede levantar dado que acudieron al hospital por una fractura o el hueso es muy frágil con alta probabilidad de fractura. El paciente se encuentra en una de las cuatro camas.*

*Al tratarse de un trabajo terapéutico y de anticipación de malas noticias no es posible hacerlo enfrente de los familiares porque es frecuente que se turnen cuidando al enfermo lo que imposibilita tratar a toda la familia. Otra dificultad es que en ocasiones los familiares apoyan para el protocolo pero, en otras, se abaten en crisis; interfiriendo en la forma de reaccionar por parte del paciente.*

*2. Tratar de averiguar lo que el paciente sabe de su enfermedad.*

Se recomiendan las siguientes preguntas para obtener datos sobre el grado de comprensión de la situación por parte del enfermo, el estilo de comunicación que prefiere el enfermo y el contenido emocional de los mensajes del enfermo.

¿Cómo supo de su enfermedad?

¿Cuáles fueron los primeros síntomas?

¿Qué le han dicho los médicos sobre su enfermedad?

¿Ha pensado en la posibilidad de que su enfermedad sea grave?

¿Qué le dijo su médico cuando lo envió aquí?

### *3. Intentar averiguar lo que el paciente quiere saber.*

Se sugieren estas preguntas:

Si se pusiera peor ¿es Ud. de las personas que quieren saber en cada momento lo que le está sucediendo?

¿Desearía que habláramos sobre su diagnóstico o sobre el plan que vamos a seguir?

Si su estado fuera grave ¿hasta dónde le gustaría saber?

Se puede reflejar el estado de ánimo con palabras como: parece Ud. preocupado... o lo veo pensativo...

### *4. Compartir la información.*

No hay que pretender dar la información en la primera entrevista, se sugiere darla en pequeñas dosis. No hay que dar falsas esperanzas pero jamás hay que eliminarla. Debemos estar preparados para escuchar sus dudas y necesidades. Se puede comenzar el proceso diciendo “la situación parece ser más seria de lo que parecía”. Emplear un lenguaje claro y sencillo. También se recomienda repetir de vez en cuando y resumir lo que se le ha dicho en tres o cuatro puntos importantes.

*De acuerdo con Buckman, en este apartado la información que se revela es con el diagnóstico definitivo, sin embargo para fines del protocolo, la intención de trabajar con la anticipación de malas noticias reduce los niveles de estrés; al inocular cierta cantidad de estrés, el paciente podrá reaccionar mejor al mismo (Meichenbaum, 1990). Además según Ellis (1998), cuando alguien da cuenta que puede vivir con eso que tanto teme, llamase “es horrible” o puede manejar su frustración “no soportantitis” o supera la “condenación”, el paciente puede estar en posición de preferir no pasar por esta situación y vivirla lo mejor posible; que de lo contrario sería una postura rígida, dogmática y por lo tanto exigente; que según este autor, es la base de la mayoría de las perturbaciones emocionales.*

### *5. Responder a las necesidades del paciente.*

Se debe ser empático con el paciente con el fin de que se sienta a gusto viendo que no es el único que no está triste o enojado.

La empatía, según Gongora (2005) se refiere a las actitudes que un terapeuta debe presentar en relación a su paciente, los cuales pueden ser calificados de auténticos, sinceros, genuinos, honestos, de interés, de comprensión, de apertura, de estima y de aceptación. Este mismo autor cita a Haynes (1978) el cual sugiere que el terapeuta debe ser un reforzador, en donde las respuestas positivas sean contingentes con las respuestas que se desea del paciente.

### *6. Organizar o planificar.*

Buckman propone hacer un resumen general enumerando los puntos centrales y tratando de verificar que ha comprendido haciendo un plan de tratamiento. Elaborar una lista de prioridades, necesidades y problemas del enfermo que observamos durante la

entrevista. También se recomienda identificar las estrategias de afrontamiento del paciente, así como las redes de apoyo social y familiar de que dispone.

*De acuerdo con el protocolo en este último punto ya se ha logrado hacer la formulación clínica identificando las variables que son sujetas a cambio; en donde el énfasis sería principalmente en solución de problemas; o por el contrario, las que son permanentes o no sujetas a cambio; sería dirigido a la emoción; por lo que se da prioridad en primer lugar a las dirigidas al problema para dejar para después las dificultades que se tienen que dirigir a la emoción. Junto con el paciente se hace una jerarquía de eventos estresantes o dificultades para después disponer tiempo para abordarlas.*

*Una vez desarrolladas las estrategias para resolver problemas, se continúa con la jerarquización de eventos no modificables dándoles prioridades.*

A partir de este momento comienza el favorecimiento de insights racionales emotivos que consiste en intentar que el paciente vea con claridad los procesos ideacionales que conducen a la perturbación, esto a través de conocer sus conductas desadaptativas o sintomáticas, asumir la responsabilidad que sus síntomas son auto creados, que se acepten con esos síntomas y por último, crear una nueva filosofía para poder debatir esos pensamientos desadaptativos.

Insight número 1.

Enseña al paciente que toda conducta o síntoma tiene causas que le anteceden. Con este punto se intenta debatir el pensamiento mágico y se invita a ver los acontecimientos de la vida con una base científica de causa-efecto.

Insight número 2.

Se enfatiza en el rol que las ideas, creencias y filosofías actuales favorecen la creación de reacciones emocionales y conductuales.

Insight número 3.

Reconocer con claridad que pensamientos o creencias irracionales son las que están causando los síntomas desadaptativos y que mientras no se cambien, los síntomas se mantendrán ahí. Con este insight se favorece la idea que se tiene control sobre como sentirse.

Insight número 4.

En este punto se reconoce que los pensamientos o ideas en un principio pueden ser válidas; sin embargo se pueden someter a comprobación empírica algunos datos o se pueden analizarse lógicamente para determinar si es real o una fantasía.

Insight número 5.

Se anima a los pacientes a eliminar las creencias que se comprueba que son producto de su fantasía o de lo contrario pueden elegir continuar con la idea perturbadora.

## Anexo II

### IDARE - E

NOMBRE:

FECHA:

Instrucciones: Abajo aparecen algunas expresiones que las personas usamos para describirnos. Lea cada frase y tache el número que indique **cómo se siente ahora mismo, en este momento**. No hay respuestas correctas o incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora. No marque o escriba en los paréntesis. Utilice la siguiente escala:

1. No en lo absoluto
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. <i>Me siento calmado</i>  | 1 2 3 4 ( ) |
| 2. <i>Me siento seguro</i>   | 1 2 3 4 ( ) |
| 3. <i>Estoy tenso</i>  | 1 2 3 4 ( ) |
| 4. <i>Estoy contrariado</i>  | 1 2 3 4 ( ) |
| 5. <i>Estoy a gusto</i>  | 1 2 3 4 ( ) |
| 6. <i>Me siento alterado</i>   | 1 2 3 4 ( ) |
| 7. <i>Estoy preocupado actualmente por algún posible<br/>contratiempo.</i> | 1 2 3 4 ( ) |
| 8. <i>Me siento descansado</i>   | 1 2 3 4 ( ) |
| 9. <i>Me siento ansioso</i>  | 1 2 3 4 ( ) |
| 10. <i>Me siento cómodo</i>  | 1 2 3 4 ( ) |
| 11. <i>Me siento con confianza en mí mismo</i>                             | 1 2 3 4 ( ) |
| 12. <i>Me siento nervioso</i>  | 1 2 3 4 ( ) |
| 13. <i>Me siento agitado</i>   | 1 2 3 4 ( ) |
| 14. <i>Me siento "a punto de explotar"</i>                                 | 1 2 3 4 ( ) |
| 15. <i>Me siento reposado</i>  | 1 2 3 4 ( ) |
| 16. <i>Me siento satisfecho</i>  | 1 2 3 4 ( ) |
| 17. <i>Estoy preocupado</i>  | 1 2 3 4 ( ) |
| 18. <i>Me siento muy excitado y aturdido</i>                               | 1 2 3 4 ( ) |
| 19. <i>Me siento alegre</i>  | 1 2 3 4 ( ) |
| 20. <i>Me siento bien</i>  | 1 2 3 4 ( ) |

TA/E =

## Anexo III

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE:

FECHA:

**INSTRUCCIONES:** A continuación encontrará una serie de recuadros con frases que le pueden ayudar a describir cómo se ha sentido **últimamente**. Por favor, marque con una “**X**” el número de la frase que mejor describa la forma en que usted se siente **actualmente**.

#### **A. ESTADO DE ÁNIMO**

0. No me siento triste.
1. Me siento triste o melancólico(a).
2. Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
3. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

#### **B. PESIMISMO**

0. No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro.
1. Me siento desalentado(a) con respecto al futuro.
2. Pienso que no tengo nada que esperar del futuro.
3. Pienso que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no podrán mejorar.

#### **C. SENTIMIENTO DE FRACASO**

0. No me siento fracasado(a).
1. Pienso que he fracasado más que cualquier persona normal.
2. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
3. Pienso que soy un completo fracaso como persona.

#### **D. FALTA DE SATISFACCIÓN**

0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía serlo antes.
1. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.
2. Ya no obtengo satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho(a) de todo.

#### **E. SENTIMIENTO DE CULPA**

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable una buena parte del tiempo.
2. Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo/ siempre.

#### **F. SENTIMIENTO DE CASTIGO**

0. No siento que este siendo castigado(a).
1. Pienso que puedo ser castigado(a).
2. Espero ser castigado(a).
3. Pienso que estoy siendo castigado(a).

### **G. ODIO A SI MISMO**

0. No me siento desilusionado de mi mismo(a).
1. Me siento desilusionado de mi mismo(a).
2. Estoy desilusionado de mi mismo(a).
3. Me odio a mi mismo(a).

### **H. AUTOACUSACIONES**

0. No creo que ser peor que los demás.
1. Me critico mucho por mis debilidades o errores.
2. Me culpo siempre por mis errores.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

### **I. DESEOS AUTOPUNITIVOS**

0. No tengo ninguna intención de dañarme/ matarme.
1. He pensado en matarme pero no lo llevaría a cabo.
2. Me gustaría matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad.

### **J. BROTES DE LLANTO**

0. No lloro más que de costumbre.
1. Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Ahora lloro todo el tiempo.
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.

### **K. IRRITABILIDAD**

0. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
1. Las cosas me irritan un poco más que de costumbre.
2. Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.
3. Ahora me siento irritado (a) todo el tiempo.

### **L. AISLAMIENTO SOCIAL**

0. No he perdido el interés en otras personas.
1. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
2. He perdido casi todo mi interés por otras personas.
3. He perdido todo mi interés por otras personas.

### **M. INDECISIÓN**

0. Tomo decisiones tan bien como antes.
1. Pospongo tomar decisiones más que de costumbre.
2. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
3. Ya no puedo tomar decisiones.

### **N. IMAGEN CORPORAL**

0. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
1. Me preocupa el hecho de parecer viejo(a) y poco atractivo(a).
2. Siento que hay cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).
3. Pienso que me veo feo(a).

## **O. INHIBICIÓN DEL TRABAJO**

- 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1. Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme para hacer cualquier cosa.
- 4. No puedo trabajar o hacer nada en absoluto.

## **P. PERTURBACIONES DEL SUEÑO**

- 0. Puedo dormir tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como solía hacerlo.
- 2. Despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volverme a dormir.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir.

## **Q. FATIGABILIDAD**

- 0. No me canso más que de costumbre.
- 1. Me canso más fácilmente que de costumbre.
- 2. Me canso sin hacer casi nada.
- 3. Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.

## **R. PÉRDIDA DE APETITO**

- 0. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- 1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2. Mi apetito está peor ahora.
- 3. Ya no tengo apetito.

## **S. PÉRDIDA DE PESO**

- 0. No he perdido mucho peso o ninguno últimamente.
- 1. He perdido más de 2.5 Kgrs.
- 2. He perdido más de 5 kilos.
- 3. He perdido más de 7.5 Kgrs.

## **T. PREOCUPACIÓN SOMÁTICA**

- 0. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- 1. Estoy preocupado(a) por dolores, molestias estomacales, estreñimiento o alguna otra sensación corporal desagradable.
- 2. Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
- 3. Estoy tan preocupado(a) por cómo me siento físicamente que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

## **U. PÉRDIDA DEL INTERÉS EN EL SEXO**

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
- 3. He perdido por completo el interés por el sexo.

## Anexo IV

### Escala de satisfacción con la información recibida.

¿Usted considera que el ejercicio que efectuamos a través de **supuestos** lo ayudó a prepararlo psicológicamente para recibir su diagnóstico?

Para conocer el grado de satisfacción, elija un número comprendido entre “0” y “100”, donde “0” sería nada satisfecho y el extremo opuesto, “100” muy satisfecho.

0-----10-----20-----30-----40-----50-----60-----70-----80-----90-----100

**Gracias.**

## Anexo V

### Instituto Nacional de Rehabilitación Servicio de tumores óseos Psicología.

*Psic. Iván Guilro Ojeda Vallejo.  
Noviembre de 2006.*

#### **I. Ficha de identificación.**

Nombre: José Luis.

Sexo: masculino.

Edad: 21 años.

Escolaridad: bachillerato.

Ocupación: estudiante.

Estado civil: Soltero.

Número de hijos: sin hijos

Religión: ninguna.

Lugar de nacimiento: Edo. de México.

Lugar de residencia: Edo de México.

Número de hermanos: 1/4

Padecimiento médico: Fractura de fémur derecho en terreno patológico.

Sospecha de osteosarcoma.

#### **II. Motivo de consulta.**

Se aborda al paciente por encontrarse en el servicio de tumores óseos, con fractura de fémur derecho en terreno patológico y con sospecha de osteosarcoma y por tanto, probable amputación o desarticulación de pierna derecha. El paciente se encuentra sorprendido por la repentina fractura sin causa aparente y sin explicaciones razonables.

#### **III. Impresión y actitud general.**

Paciente masculino de edad aparente que corresponde a la cronológica, se encuentra acostado en cama debido a fractura en fémur derecho. Tez morena, complexión mesomórfica, se encuentra en adecuadas condiciones de higiene y aliño personal. Con actitud cooperadora a la entrevista psicológica y médica.

#### **IV. Antecedentes de importancia.**

José Luis comenta que desde que tenía 8 años, su padre se fue de casa por problemas con su mamá; en ese momento el paciente lo siguió junto con su hermano, sin embargo este regresó con su mamá dado que su padre no les daba espacios de convivencia. A partir de ahí, José Luis ha adoptado el papel de proveedor de su casa, es decir que además de estudiar, mantiene trabajos como ayudante general y auxiliar de oficina para solventar los gastos de su casa.

La relación con sus hermanos no es frecuente ni estrecha, él lo atribuye a que la diferencia de edad y los diferentes intereses, hace el distanciamiento entre ellos.

Al parecer mantiene adecuadas habilidades sociales. Entre sus pasatiempos encontramos el gusto por jugar futbol.

#### **V. Historia médico psiquiátrica.**

El paciente reporta no fumar, beber o tener algún tipo de adicción. Sin problemas médicos previos a la fractura. No toma medicamentos. Sin enfermedad crónica reportada.

En el principio de su padecimiento actual, comenzó con dolor en la rodilla derecha, no le tomó importancia por atribuirlo al esfuerzo que realizaba al jugar futbol hasta que “mientras jugaba luchitas con mi hermano, sentí y escuché como se rompía el hueso cuando mi hermano dio un pequeño recargón en la rodilla” sic. paciente. En un principio pensó que la fractura fue debida a ese recargón, sin embargo con la información del personal médico sobre su padecimiento, entonces comprendió que su hueso estaba débil y por lo tanto se fracturó.

#### **VI. Padecimiento actual.**

José Luis se mantuvo sin preocupaciones que generaran altos grados de estrés. Esto debido a que lo atribuía a una fractura normal; sin embargo al llegar al hospital, al estar en el servicio de tumores óseos y al observar que las personas con las que convivía presentaban problemas a los que era necesario amputar o desarticular extremidades, entonces los niveles de ansiedad incrementaron al pensar que eso le podría suceder a él.

<b>Cognitivos</b>	<b>Fisiológicos</b>	<b>Emocionales</b>	<b>Conductuales</b>
Me pueden cortar la pierna. No me quiero ver así. Me costaría trabajo aceptarme. Interferiría en mis planes. Sería dependiente. No podría trabajar para estudiar y pagar la carrera. No voy a poder tener novia y una familia. Ya nunca podré jugar futbol. No quiero que mi familia me vea amputado.	Tensión muscular. Agitado. Taquicardia. Cansancio.	Ansiedad. Preocupación. Tristeza.	Inquieto. Pensamientos recurrentes sobre la posibilidad de que amputen la pierna.

#### **VII. Examen mental.**

Orientado en las 3 esferas; estado de conciencia alerta, memoria a corto y largo plazo conservadas, no se observan alteraciones sensoriales. Latencia de respuesta adecuada, humor preocupado el cual es congruente con su afecto ansioso. Adecuada capacidad verbal. Lenguaje con adecuada fluidez y comprensión, volumen de voz medio y ritmo continuo. No se observan alteraciones de juicio. El proceso de

pensamiento es lógico y coherente; el contenido del mismo con ideas recurrentes catastróficas.

### VIII. Conceptualización cognitivo conductual.

A		B		C	
Eventos activadores	Cognitivos	Fisiológicos	Emocionales	Conductuales	
Veo que los pacientes del servicio con el que estoy, algunos no tiene piernas o brazos.	Me pueden cortar la pierna. No me quiero ver así. Me costaría trabajo aceptarme. Interferiría en mis planes. Sería dependiente. No podría trabajar para estudiar y pagar la carrera. No voy a poder tener novia y una familia. Ya nunca podré jugar fútbol. No quiero que mi familia me vea amputado.	Tensión muscular. Agitado. Taquicardia.  Cansancio.	Ansiedad. Preocupación.  Tristeza.	Inquieto. Pensamientos recurrentes sobre la posibilidad de que amputen la pierna.	

Idea irracional:

- Mis condiciones de vida deben de ser fáciles, pues sería terrible tener que esforzarme demasiado; lo que convertiría al mundo en un lugar inaguantable.

Distorsiones cognitivas:

- Catastrófico.

### IX. Diagnóstico multiaxial.

Eje I.	Trastorno de ansiedad debido a fractura de fémur derecho en terreno patológico con posibilidad de de osteosarcoma; con síntomas de trastorno por estrés agudo 308.3
Eje II.	Z03.2
Eje III.	Tumor de células gigantes en fémur derecho.
Eje IV.	Problemas económicos.
Eje V.	70

## **X. Estrategia terapéutica.**

- Relajación dirigida.
- Psicoeducación sobre tumores óseos.
- Protocolo en anticipación de malas noticias.
- Detección de principales temores.
- Soluciones enfocadas en el problema.
- Soluciones enfocadas en la emoción.