



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

AUMENTO DEL NIVEL DE INFORMACIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS
SOMETIDOS A INTERVENCIONISMO PARA EL MANEJO DEL DOLOR

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
FLOR HERNÁNDEZ ARELLANO

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. LEONARDO REYNOZO ERAZO
COMITÉ TUTORIAL: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA
DR. RICARDO PLANCARTE SANCHEZ
MTRA. OFELIA DESATNIK
MTRO. FERNANDO VÁZQUEZ PINEDA

MÉXICO, D.F

ABRIL 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

1. Investigación Aplicada. Aumento del nivel de información en pacientes oncológicos sometidos a Intervencionismo para el manejo del dolor	
1.1 Antecedentes	1
1.2 Objetivos	6
1.3 Material y métodos	6
1.4 Resultados	8
1.5 Discusión	11
2. Reporte de Residencia 1er año Hospital Juárez Servicio de Medicina Interna	
2.1 Antecedentes teóricos	13
2.1.1 Psicología de la Salud	15
2.1.2 Medicina Conductual	18
2.2 Características de la sede	20
2.2.1 Ubicación del residente de Medicina Conductual en la Sede	21
2.2.2 Características del servicio de Medicina Interna	22
2.3 Actividades de atención desarrolladas en la sede	23
2.3.1 Intervención grupal con pacientes con D.M tipo 2	23
2.3.2 Pase de visita	24
2.3.3 Intervención psicológica en pacientes hospitalizados	24
2.3.4 Consulta Externa	25
2.4 Actividades académicas dentro de la sede	27
2.4.1 Sesiones clínicas	27
2.4.2 Supervisión <i>In situ</i>	27
2.4.3 Supervisión académica	28
2.4.4 Sesiones bibliográficas	28
2.5 Otras actividades	28
2.5.1 Evaluación psicométrica a los aspirantes a residencias médicas	
2.5.2 Inducción a la sede hospitalaria a los residentes de medicina conductual	29
2.6 Competencias Profesionales alcanzadas con el desarrollo de las actividades dentro de la sede	29
2.6.1 De las actividades clínicas	30
2.6.2 De las actividades académicas	30

2.7 Evaluación	31
2.7.1 De las actividades desarrolladas dentro de la sede	31
2.7.2 Del servicio asignado	32
2.7.3 Del sistema de supervisión	32
2.8 Conclusiones y sugerencias	33
3. Reporte de residencia 2º año Instituto Nacional de Cancerología-Clinica del Dolor y Cuidados Paliativos	
3.1 Aspectos Conceptuales del Dolor	36
3.2 Neurofisiología	38
3.3 Tipos de Dolor	40
3.4 Evaluación	41
3.5 Dolor en pacientes con cáncer	44
3.6 Intervenciones Psicológicas para el manejo del dolor	46
3.7 Características de la sede	51
3.7.1 Ubicación del residente de Medicina Conductual en la sede	52
3.7.2 Características del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos	52
3.8 Actividades desarrolladas en la sede	53
3.8.1 Pase de visita	53
3.8.2 Intervención psicológica con pacientes hospitalizados y sus familiares	54
3.8.3 Intervención en crisis con pacientes y familiares	55
3.8.4 Consulta externa	55
3.8.5 Visita domiciliaria	56
3.9 Actividades académicas dentro de la sede	59
3.9.1 Sesiones clínicas	59
3.9.2 Asistencia al curso de Clínica del Dolor	59
3.9.3 Participación en el curso de Clínica del Dolor	59
3.9.4 Presentación de casos clínicos en Psico-oncología	60
3.9.5 Supervisión académica	60
3.10 Competencias profesionales alcanzadas	61

3.10.1 De las actividades clínicas	61
3.10.2 De las actividades académicas	61
3.11 Evaluación	62
3.11.1 De las actividades desarrolladas dentro de la sede	62
3.11.2 Del servicio asignado	62
4. Referencias	64

Aumento del nivel de información en pacientes oncológicos sometidos a intervencionismo para el manejo del dolor

ANTECEDENTES

El cáncer es una enfermedad que afecta a la población mundial y se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más importante del orbe. Las estimaciones realizadas en 1990 señalan que se registró en el mundo un total de 8.1 millones de casos nuevos de cáncer; estas cifras demostraron un incremento cercano al 37% en comparación con las derivadas de las primeras estimaciones en 1975. En México, el cáncer se convirtió a partir de 1989 en la segunda causa de mortalidad, presentándose en 1999, 53 671 muertes con una tasa de 5407 por 100 000 habitantes (Suchil y Mohar, 2003).

De acuerdo con el reporte de la American Cancer Society de Datos y Estadísticas sobre el Cáncer en Hispanos/Latinos 2006-2008 se calculó que en 2006 se presentarían 39,940 casos nuevos de cáncer entre hombres hispanos y 42,140 entre mujeres hispanas residentes en Estados Unidos con una mortalidad de unos 12,320 hombres hispanos y unas 11,000 mujeres hispanas, también para 2006.

Por su parte el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI en el año 2006 reportó que los tumores malignos fueron la tercer causa de muerte en México falleciendo 63 888 personas por esta causa, representado el 12.9% del total de defunciones registradas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 30 al 50 % de los pacientes con una neoplasia maligna, experimentan dolor (Soebadi y Tejawinata, 1996). En México no se cuenta con información precisa sobre el número de personas que presentan dolor secundario a neoplasias malignas. Sin embargo, si se considera que en cáncer es la segunda causa de muerte y que

más de la mitad de los tumores se diagnostican en etapas avanzadas, el número de casos con dolor podría ascender a cerca de 25 000 al año (Suchil y Mohar, 2003). Un estudio realizado en 100 pacientes en el Instituto Nacional de Cancerología demostró que el 89% de los sujetos diagnosticados con algún tumor maligno experimentó dolor (Plancarte y Arrieta, 2003).

Según las estadísticas de los trabajos publicados en el mundo, alrededor de 70 a 80% de los pacientes con dolor por cáncer se controlan con fármacos y 20-30% requieren otros tratamientos (Mayer, 2003). El dolor de difícil control es uno de los mayores retos y se refiere al sujeto que no responde a la terapia analgésica convencional, especialmente al uso de opioides, por lo que, en esencia el intervencionismo está indicado en aquellos pacientes que no han respondido a terapias farmacológicas corrientes, cuyos efectos secundarios son muy graves o, simplemente no aceptan tomar medicamentos (Mille, Velázquez y Plancarte, 2003).

Existen procedimientos intervencionistas menores los cuales se pueden llevar a cabo en pacientes ambulatorios como por ejemplo las inyecciones de puntos gatillo. Otros de estos procedimientos se consideran mayores ya que requieren que los practique el algólogo intervencionista fuera de quirófano, como en la sala de tomografía por computadora o sala de rayos X., como suele ser el caso de la inhibición del plexo hipogástrico superior, de nervios espláncnicos o plexo celiaco. Estos procedimientos se realizan mediante la inyección de alcohol o fenol dentro o alrededor del nervio provocando severo daño neural. Todas estas técnicas requieren de un profundo conocimiento de la neuro-anatomo-fisiología del dolor y entrenamiento específico, así como la familiaridad con las diferentes formas de control a través del equipo tecnológico disponible. Se debe puntualizar y destacar la necesidad de efectuar una evaluación, valoración y reevaluación integral del riesgo/beneficio y de esta manera obtener los mejores resultados de la opción terapéutica elegida (Plancarte, 2002; Woodruff, 1998).

Es importante considerar que, en una alta proporción de enfermos con cáncer, el elemento nociceptivo se mezcla con los factores sociales, culturales, y psicológicos; los cuales se deben tomar en cuenta en la valoración del paciente que será sometido a algún procedimiento intervencionista (Zaza y Baine, 2002).

En este sentido los procedimientos médico-invasivos pueden describirse como: “cualquier técnica operatoria o diagnóstica que usualmente involucre el uso de instrumentos y que requiera penetración del tejido o la invasión por medio de un orificio del cuerpo” (L’Horne, Vatnamidis y Carerl, 2000); encontrándose dentro de esta categoría los procedimientos intervencionistas para el manejo del dolor.

Los aspectos psicológicos que acompañan a una intervención médica invasiva son objeto de estudio por los efectos que se le atribuyen tanto en la recuperación física como emocional. Para cualquiera que pasa por una experiencia poco familiar o extraña, es normal querer saber qué está pasando y como le afectará (Lang, Hatsipoulou, Koch y cols, 2005 y Moix, 1999).

De acuerdo a la literatura reciente (Moon, Liu, 1998 y Castellero y Pérez, 2006), si la persona no posee suficiente información para comprender lo que sucede puede llegar a abrumarse emocionalmente. De este modo la valoración de un paciente que será sometido a un procedimiento médico invasivo requiere atención cuidadosa sobre lo que cree que le está pasando, sus ideas acerca de la razón por la que debe someterse a una intervención, su conocimiento acerca del procedimiento y la capacidad de relacionar consigo mismo cualquier información que se le ofrezca.

De lo anterior destaca que la información es un componente fundamental de cualquier programa de preparación hospitalaria. Su utilidad radica en que

modifica; a) las respuestas *cognitivas*; b) las *fisiológicas*, por ejemplo cuando se le asegura que se recuperará de la anestesia sin problemas y c) las *motoras*, si se dan indicaciones precisas de la conducta más apropiada para una óptima recuperación (Castillero y Perez 2006; Martínez y Valiente 1994)

Para Melamed y cols (1983) la información presentada antes de un evento estresante reduce la ansiedad del paciente, mejora la cooperación y también mejora la intervención médica. Por lo tanto el equipo médico debe prestar atención y cuidado a la información dada al paciente.

Tabla 1. Tipo y contenido de la información proporcionada en la preparación psicológica (Pedroche y Quiles, 2000)

INFORMACION	CONTENIDO
<i>Sobre el proceso</i>	Naturaleza de la intervención médica: cómo cuando, donde y quiénes le van a intervenir. Fases o etapas por las que pasará durante la hospitalización, cuánto tiempo tardará en recuperarse, complicaciones probables, etc.
<i>Sobre las sensaciones</i>	Percepción de las sensaciones asociadas al tipo de intervención: dolor, rigidez, somnolencia, cansancio, náusea, picor, opresión, sonidos, olores etc.
<i>Sobre la enfermedad</i>	Datos sobre la enfermedad: causas, epidemiología, mortalidad, pronóstico, tratamiento y cambios de vida asociados a dicha enfermedad.
<i>Sobre aparatos e instrumental</i>	La creciente tecnología en la exploración e intervención médicas hace necesaria la explicación sobre el funcionamiento de los aparatos.
<i>Sobre la conducta del sujeto</i>	Comportamientos para favorecer el bienestar y recuperación del paciente: moverse despacio, mantener determinada postura en la cama, toser, respirar profundamente etc.

La explicación oral es la forma de preparación más sencilla y económica, por lo tanto, la más utilizada (Quiles, Ortigosa y Méndez, 2003). Los aspectos incluidos en la educación pre -operatoria, se encaminan a una mejora en el afrontamiento de las situaciones que se experimentará. Estos conocimientos deberán aportar las medidas oportunas para el auto cuidado y cuidados necesarios durante el trans y post operatorio (Pedroche y Quiles, 2000).

Por el contrario, la ansiedad y la incertidumbre cobran mayor importancia cuando por un déficit de información, el paciente no sabe qué esperar de la intervención. Todo ello conduce, en muchos casos, a un estado de hipervigilancia y ansiedad, que dificulta la recuperación (Moix 1994; Moon y Liu 1998).

Basándonos en los estudios realizados sobre este tema, desde el pionero realizado por Egbert, Battit, Welch y Bartlett en 1964, en el que se observó la importancia del tratamiento psicológico para facilitar la recuperación de un grupo de pacientes que había recibido la visita del anestesista el día antes de la operación, comparado con un grupo al que sólo se le había administrado barbitúricos, el primero necesitó menos días para recuperarse, menos analgésicos y sufrió menos ansiedad. Resaltando la importancia de la información y las instrucciones que el paciente recibe por parte del personal de salud.

Así mismo de manera más reciente Lang, Hatsiopoulou, Koch y cols en 2005, realizaron un estudio donde evaluaron como afectan los niveles de ansiedad y dolor las descripciones hechas por los médicos a los pacientes, de las sensaciones a experimentar durante los procedimientos médicos, encontrando que a aquellos pacientes a los que la experiencia se les describió como dolorosa

tuvieron mayores niveles de dolor que aquellos a los que solo se les describió como negativa.

De los resultados de estos estudios podemos concluir que proporcionar a los pacientes la información apropiada sobre el procedimiento puede disminuir las respuestas negativas favoreciendo una mejor recuperación. Por lo tanto en el presente estudio se ensayó un procedimiento psicoeducacional para aumentar la información de pacientes oncológicos sometidos a intervencionismo mayor para el manejo del dolor, valorándose las diferencias encontradas en cuanto a conocimiento y creencias respecto al procedimiento.

OBJETIVOS

1. Evaluar los conocimientos de los pacientes sobre la finalidad y riesgos de someterse a un procedimiento intervencionista para el manejo del dolor.
2. Crear un procedimiento para informar de manera precisa a los pacientes sobre la naturaleza de la intervención médica, así como de las sensaciones asociadas al procedimiento.
3. Modificar creencias erróneas de los pacientes sobre la intervención y generar expectativas realistas sobre los resultados de la misma, brindando un sentido de auto-eficacia.

MATERIAL Y METODOS

Sujetos. Se consideró para este estudio a 15 pacientes que por primera vez fueron sometidos a algún procedimiento intervencionista mayor para el manejo del dolor, en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, México, entre julio y diciembre de 2006.

Instrumentos aplicados. Se utilizó el *Cuestionario de conocimientos sobre procedimientos para el control del dolor (Hernández, A. F y Vázquez P. F)*, que fue diseñado para efectos de la presente investigación y consta de 5 preguntas

abiertas que miden: 1) conocimiento del nombre del procedimiento, 2) conocimiento de la finalidad del procedimiento, 3) conocimiento de posibles complicaciones, 4) conocimiento de molestias posteriores al procedimiento, así como 5) expectativas de alivio del dolor. Las respuestas obtenidas en los cuestionarios se sometieron a análisis de contenido y se convirtieron en variables dicotómicas para el análisis estadístico. Las preguntas fueron validadas previamente en población similar. Así mismo se recolectaron los datos socio-demográficos mediante una ficha de identificación.

Intervención. Se diseñó una intervención psicoeducativa estructurada la cual se acompañó de 10 láminas y se elaboró un guión con la información a proporcionar a los sujetos, dicho guión se validó con expertos del INCAN, incluido un médico certificado por *Fellow Interventional Pain Practice* y por el *World Institute of Pain*; posteriormente el contenido se piloteó con población similar. En la sesión psicoeducativa se abordaron los siguientes aspectos:

- La función del dolor y la forma como el organismo lo registra.
- Cómo actúa el procedimiento indicado para disminuir el dolor
- Información sobre el procedimiento médico: como se lleva a cabo, las sensaciones que pueden presentarse así como las posibles complicaciones y molestias posteriores.
- La conducta del paciente y desarrollo de su papel en la recuperación
- Reestructuración cognitiva de ideas preconcebidas, creencias y falsas expectativas en cuanto al procedimiento médico.
- En todo momento se alentó la expresión de dudas y preguntas, la confianza en el equipo médico y la participación del paciente como elemento activo de este proceso
- Se incluyeron mensajes motivacionales para promover una actitud activa ante el procedimiento y los resultados del mismo, encaminados a desarrollar un sentido de optimismo, estimular la recuperación física y disminuir la ansiedad.

Procedimiento

1. Los pacientes incluidos en el presente estudio fueron captados mediante la agenda de programación para procedimientos intervencionistas mayores de la clínica del dolor y cuidados paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, México. A cada paciente el médico le solicitó firmar su *consentimiento informado* para la realización del procedimiento intervencionista, exponiendo la naturaleza de la intervención, el beneficio y las posibles complicaciones del mismo.
2. En las horas previas a la realización del procedimiento intervencionista se explicó a los pacientes los objetivos del presente estudio y se les pidió firmar un consentimiento informado para su participación en el mismo.
3. Se llevó a cabo la aplicación del *Cuestionario de conocimientos sobre procedimientos para el control del dolor* en dos ocasiones, antes de la sesión psicoeducativa y al finalizar la misma.
4. Las respuestas obtenidas en los cuestionarios se sometieron a análisis de contenido y se convirtieron en variables dicotómicas para el análisis estadístico
5. Los datos de los pacientes y los resultados de las pruebas realizadas se almacenaron en una base de datos SPSS.

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario, resaltando las diferencias encontradas entre el pre y el pos test mediante el *test de McNemar* el cual se utiliza para comparar dos variables dicotómicas relacionadas (tabla 2) para las variables: conocimiento del nombre del procedimiento (variable 1), conocimiento de la finalidad del procedimiento (variable 2), conocimiento de posibles complicaciones (variable 3), conocimiento de molestias posteriores al procedimiento (variable 4). Para la variable

expectativas (variable 5) se realizó el análisis mediante la prueba t-student para muestras relacionadas la cual compara las medias de dos variables de un solo grupo y calcula las diferencias entre los valores de las dos variables y contrasta si la media difiere de cero.

Se consideró para este estudio a 15 pacientes que por primera vez fueron sometidos a algún procedimiento intervencionista mayor para el manejo del dolor, en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología, México, entre julio y diciembre de 2006; fueron 6 hombres y 9 mujeres de entre 37 y 80 años con una media de 57, con una distribución uniforme respecto a la variable edad. Contaban una escolaridad entre 3 y 16 años de estudio, con una media de 7. Debido a la exigencia cognitiva de las tareas a realizar se excluyeron pacientes sin escolaridad, así como pacientes que presentaban alguna morbilidad psiquiátrica, también se consideró como criterio de exclusión la presencia de dolor intenso al momento de la intervención psicoeducacional, medido con una escala visual análoga (EVA) mayor o igual a seis.

De los 15 pacientes que participaron en el presente estudio a seis (40%) se les realizó una Inhibición de Nervios Esplácnicos (INE); cuatro (26.6%) foraminoplastía y discografía; tres (20%) vertebroplastía y dos (13.3%) Inhibición del plexo hipogástrico superior (IPHS).

De las nueve mujeres incluidas, cuatro contaban con diagnóstico de cáncer de mama, tres con diagnóstico de cáncer cérvico-uterino y dos con diagnóstico de cáncer gástrico. De los seis hombres, tres tenían diagnóstico de cáncer de hígado, uno con diagnóstico de cáncer renal, uno con cáncer de próstata y uno con mesotelioma. Ocho de los pacientes (cuatro hombres y cuatro mujeres) tenían un diagnóstico algológico de Síndrome doloroso mixto somático y visceral, los siete pacientes restantes un diagnóstico algológico de Síndrome doloroso mixto somático y neuropático

La tabla 2 muestra los resultados para las diferencias pre- post en las variables conocimiento del nombre del procedimiento, conocimiento de posibles complicaciones durante el procedimiento y conocimiento de molestias posteriores al procedimiento.

Tabla 2.

Diferencias entre el pre y post test mediante el test de McNemar

Número y nombre de Variable	X ²	Significancia
1. <i>Conocimiento del nombre del procedimiento</i>	1.065	.031
2. <i>Conocimiento de posibles complicaciones</i>	.298	.250
3. <i>Conocimiento de molestias posteriores al procedimiento</i>	.134	.012
4. <i>Conocimiento de molestias posteriores al procedimiento</i>	.000	.000

Como se puede observar en la tabla 2 la variable *Conocimiento de molestias posteriores al procedimiento* fue significativa al obtener valores de .000; por otra parte la variable *Conocimiento de posibles complicaciones* fue la única que no mostró cambios estadísticamente significativos al tener una X² de .298 con una significancia de .250, respecto a la variable *Conocimiento del nombre del procedimiento* su X² fue de 1.065 con una significancia de .031 y para *Conocimiento de molestias posteriores al procedimiento* se obtuvo una X² de .134 con una significancia de .012.

Los resultados de la *t* de student llevada a cabo con la variable *Expectativas* se muestran a continuación:

$$[t(14) = 3.64, p = .003]$$

Este resultado muestra diferencias estadísticamente significativas entre el pre test y post test suponiendo un ajuste en las expectativas de alivio del dolor presentadas por los pacientes, más acordes a lo esperado por el equipo médico.

DISCUSIÓN

A pesar de que la muestra no fue grande se demuestra de manera amplia que a pesar de haber sido informados durante la firma del consentimiento para el procedimiento, la mayoría de los pacientes presentaba dudas en el momento previo a su realización, obteniéndose cambios significativos comparando el pre y el post test al aplicar el *McNemar test*.

De las principales dudas referidas se encontró aquellas relacionadas con las molestias que pudieran tener posterior al procedimiento, expresaron además falta de información sobre los cuidados que debían tener posteriormente, especialmente los relacionados a actividad física, como por ejemplo, subir escaleras, caminar, cargar objetos etc. Estas preocupaciones fueron registradas en el cuestionario pre, así como por medio de preguntas y comentarios espontáneos.

Respecto a conocimientos sobre la finalidad del procedimiento, destaca que cuatro de los 15 pacientes incluidos en el estudio conceptualizaban el procedimiento intervencionista más que como parte del manejo del dolor, lo hacían como parte del tratamiento directo del cáncer.

Así mismo durante el pre test la expectativa de alivio del dolor en nueve de los pacientes fue superior a la expectativa expresada por los médicos tratantes.

El déficit en la información surge a pesar de haber sido informados durante la firma del *consentimiento informado* para la realización del procedimiento, esto se puede deber a que debido a la saturación del servicio algunos pacientes son programados hasta dos meses después de la firma del consentimiento, pudiendo presentarse olvido de la información, recuerdo distorsionado de la misma así como la aparición de dudas.

Es así como los resultados obtenidos demuestran la utilidad y beneficio de llevar a cabo una sesión psicoeducativa en las horas previas a la realización de un procedimiento intervencionista mayor, para el manejo del dolor. Sin embargo, es importante señalar que este estudio no contó con un grupo testigo de pacientes sin intervención psicoeducativa, lo cual permitiría hacer una comparación precisa de los beneficios de la sesión psicoeducativa contra el abordaje convencional.

Finalmente, adicional a las inquietudes detectadas en el cuestionario, destaca la aparición de dudas luego del postest. Por ejemplo, respecto a la duración de las molestias posteriores a la intervención, el tiempo de reposo recomendado etc. Lo anterior, resalta la importancia de reevaluar el contenido de la sesión psicoeducativa enfatizando los puntos donde los pacientes presentaron mayores dudas.

Debido a lo anterior se sugiere, ya que se ha comprobado la utilidad de la intervención, realizar una segunda etapa de investigación donde se pueda ampliar la muestra de pacientes y compararla con un grupo testigo determinando su utilidad frente a la intervención convencional.

REPORTE DE RESIDENCIA 1er AÑO HOSPITAL JUAREZ SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

ANTECEDENTES TEORICOS

Las creencias de que los factores conductuales contribuyen a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud han sido recogidas de hace milenios en los escritos de importantes religiones y civilizaciones, como China, Grecia y Roma.

En principio, los “buenos hábitos” y la “evitación de los excesos” de la medicina griega fueron considerados esenciales para una buena salud. No obstante en cierto momento fueron capaces de darse cuenta que los individuos podían tener algún control sobre su salud, en lugar de enfatizar el pensamiento mágico o culpar a los dioses de la enfermedad. El médico era visto como un guía que ayudaba al paciente a restaurar su equilibrio natural físico y emocional. Para los antiguos griegos la salud era una mezcla armoniosa de los humores (sangre, flema, cólera, melancolía) y la enfermedad era considerada como una mezcla en desarmonía (Donker, 1991).

Así pues a pesar de una larga historia de reconocimiento de que los factores conductuales pueden afectar a la salud, hasta tiempos más recientes estos factores han recibido poca atención por parte de la medicina.

El establecimiento en los Estados Unidos del American Board of Preventive Medicine en 1948 y del American College of Preventive Medicine en 1954 proporciona un aumento de la atención prestada a la prevención del cuidado y de la salud; no obstante los factores conductuales y los estilos de vida no eran el foco de interés en ese momento (Donker, op. cit).

El reconocimiento por la OMS de los factores conductuales tales como estilo de vida, motivación, conformidad e interrelaciones psicofisiológicas ha tomado una nueva significación en los esfuerzos hacia la prevención y control de la enfermedad (Buela-Casal y Carrobles, 1996).

En 1986 la OMS estableció que los ministerios de salud de cada país adecuaran sus estructuras, dependiendo de su organización política, económica y social, para tratar de superar sus deficiencias y alcanzar dos objetivos principales:

1. Hacer que los servicios de salud sean accesibles a toda la población, en especial a las comunidades rurales y marginadas.
2. Elevar la calidad de los servicios (Higashida, 1995).

En México, se pretende alcanzar los objetivos mencionados por medio del Sistema Nacional de Salud el cual se encuentra coordinado por la Secretaría de Salud, que establece y conduce la política nacional respecto a este asunto, esto es, coordina, promueve, y evalúa los programas referidos al tema, impulsa las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud, apoya la coordinación entre las instituciones sanitarias y educativas para formar recursos humanos para la atención de este tipo de problemas y promueve la participación de la comunidad en el cuidado de su salud (Higashida, op. cit).

En México aproximadamente el 55 por ciento de la población tiene derecho a alguna de las instituciones de seguridad social (IMSS O ISSSTE). El resto de la población potencialmente debería recibir servicios de la Secretaría de Salud o de los gobiernos de los estados o municipios. Sin embargo, debido a la gran dispersión de la población en las áreas rurales, se considera que actualmente México cuenta con aproximadamente un 6 por ciento de población sin cobertura oficial de servicios de salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

Como resultado de la necesidad de abordar la enfermedad no sólo como el resultado de un trastorno biológico han aparecido nuevas interdisciplinas o sub-campos de conocimiento sobre los ya existentes, por ejemplo la psicología de la salud, la salud conductual, la medicina conductual entre otros. Todas estas interdisciplinas tienen como propósito destacar la importancia que revisten los factores derivados del comportamiento individual en la prevención terapéutica y rehabilitación de los problemas de salud (Latorre y Beneit, 1991).

Si se considera a la enfermedad como producto de un estilo de vida inadecuado, es fácil suponer que la curación y la rehabilitación de la persona no será alcanzada sólo con la hospitalización y una serie de indicaciones médicas (no fumar, no beber, practicar ejercicio, no estresarse, cambiar su dieta etc.), por lo que se hace fundamental contar con el apoyo de una disciplina que de manera sistemática proporcione al paciente las habilidades necesarias para modificar conductas (estilo de vida) decrementando tanto la morbilidad como la mortandad, por lo cual los programas enfocados a la adherencia terapéutica, prevención de enfermedades reducción de estrés, cambio de estilo de vida, mejoramiento y/o mantenimiento de nuevas condiciones de vida en el caso de enfermedades crónicas y manejo de la depresión son áreas de la medicina conductual que pueden trabajarse en los escenarios de atención a la salud.

Psicología de la salud

Son tres las razones que Amigo, Fernández y Pérez (1998) citan como causas particulares de la emergencia de la psicología de la salud. En primer lugar desde mediados del siglo pasado asistimos a un cambio en la preocupación sanitaria que se ha desplazado, en una medida importante, desde las enfermedades infecciosas hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. El incremento de estas “nuevas enfermedades” es, en

definitiva, producto de hábitos poco saludables o insanos que actuando sinérgicamente facilitan la aparición de la enfermedad.

En segundo lugar este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años suele conllevar una serie de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas (por ejemplo mantener una buena adhesión a los tratamientos crónicos).

Finalmente el modelo médico de la enfermedad, como ya hemos señalado, entiende a la enfermedad en términos de un desorden biológico o en balances químicos y, en definitiva, asume el dualismo mente-cuerpo entendiendo que el cuerpo y la mente son dos entidades separadas. Esta perspectiva es a todas luces insuficiente tanto para entender como para tratar los problemas de salud crónicos que han emergido con fuerza a lo largo del siglo XX y principios del siglo XXI.

En la década de los ochenta se establecen en América Latina los primeros programas de formación de psicólogos de la salud. Todos ellos son programas de posgrado y con tendencia a la sub-especialización en algunos de los campos de atención a la salud. Todos los programas promueven una formación integral e interdisciplinaria con especial énfasis en la adquisición de habilidades y destrezas para el trabajo en equipo multidisciplinario y una fuerte carga de práctica clínica en escenarios de los tres niveles de atención a la salud (Rodríguez y Rojas, 1998).

En México, en 1986 se establece el primer programa de formación a nivel posgrado, enmarcado en el modelo de las residencias médicas. Esto es, el programa académico universitario de nivel maestría de la Facultad de Psicología de la UNAM y se emplean los campos clínicos de las instituciones del sector salud para el desarrollo del programa, lo que les permite a los psicólogos

en formación participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención (Rodríguez y Rojas, 1998).

A partir de 1992 el Instituto Nacional De Salud Pública de la Secretaría de Salud, lleva a cabo el programa de residencia de atención integral a la salud en el que se forman psicólogos de la salud. Éste tiene una duración de dos años y se enfoca a la atención primaria con énfasis en la prevención primaria (Durán, 1996).

Se puede afirmar que la investigación en psicología de la salud que se desarrolla en América Latina comprende todos los momentos de salud – enfermedad, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta la rehabilitación y el cuidado de pacientes con padecimientos terminales, con aproximaciones individuales, grupales y comunitarias, así como una gran variedad de enfoques teóricos y metodológicos (Rodríguez y Rojas, 1998).

Taylor (1986) (en Latorre y Beneit, 1991), señala que las distintas áreas de estudio y de aplicación de la psicología de la salud se pueden resumir en los siguientes puntos:

1. El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.
2. Los psicólogos de la salud estudian también los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
3. Los psicólogos de la salud enfocan también su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones. La etiología hace referencia a los orígenes o causas de la enfermedad y los psicólogos de la salud están especialmente interesados por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y a la enfermedad.
4. Los psicólogos de la salud están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el

comportamiento de los pacientes y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

En 1993 Rodríguez, Hernández Pozo y Ramos publicaron una investigación exhaustiva de la producción científica sobre psicología de la salud en América Latina, encontrando que durante la década de los ochenta las principales líneas de investigación en Argentina, Brasil, Cuba y México fueron:

1. Enfermedades crónico degenerativas que incluían temas como el dolor crónico, factores de riesgo conductuales y cáncer.
2. Manejo psicológico de las alteraciones psicofisiológicas como el dolor de cabeza y el asma mediante retroalimentación biológica.
3. Aspectos psicosociales de las adicciones, y
4. Conducta sexual como factor de riesgo en la infección por VIH.

Entre los enfoques teóricos predominaban los sociales, conductuales y eclécticos, y las aproximaciones metodológicas que predominaban fueron las experimentales, epidemiológicas y psicométricas (Rodríguez y Rojas, 1998).

Medicina conductual

El término "medicina conductual" fue utilizado por primera vez en 1973 en el título del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine* (Birk, 1973, en Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Y en 1978 se funda en Chicago la Society of Behavioral Medicine empezando a editarse el boletín *Behavioral Medicine Update* y aparece el primer número de la revista *Journal of Behavioral Medicine* (Bayés, 1985).

Para los fines del presente trabajo tomaremos la definición de Medicina conductual propuesta por, Schwartz y Weiss en 1978 (Amigo, Fernández y Pérez, op. cit) para quienes:

“la medicina conductual es un campo interdisciplinario ocupado en el desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, conocimiento y técnicas, relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de esas técnicas y ese conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”

Tal y como lo expresa el concepto, la medicina conductual basa su preocupación principal en las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que la mantienen y los cambios necesarios que habría que operar en las mismas para modificar dichas conductas. Cuando se desarrolla una enfermedad crónica, el sujeto necesita efectuar una serie de ajustes cognitivos que le permitan un mejor desempeño en el nuevo contexto de su enfermedad. Así, necesita aprender nueva información relevante para entender la enfermedad, es decir, los signos y síntomas y su tratamiento, además de que tendrá que hacer una serie de cambios en los sistemas de creencias y deberá aprender habilidades de afrontamiento específicas. Por otra parte, el sujeto tendrá que efectuar cambios en sus conductas sobre él mismo, en lo que es valioso respecto de él y lo que puede comunicar respecto de su enfermedad hacia los demás. Estos cambios en prioridades y valores son componentes del manejo del estrés siendo la meta del tratamiento el reducir lo más posible la frecuencia, intensidad y cronicidad de las reacciones emocionales negativas a través del uso del afrontamiento, tanto orientado al problema como a la emoción para prevenir complicaciones, coadyuvar al tratamiento y mejorar la calidad de vida del sujeto.

En la práctica clínica, la medicina conductual emplea las técnicas de Modificación de conducta para la evaluación prevención y tratamiento de la enfermedad física o disfunciones psicofisiológicas, además de la utilización del análisis funcional de la conducta para la comprensión de las conductas asociadas a los trastornos médicos y problemas en el cuidado de la salud.

El análisis conductual, herramienta fundamental de la medicina conductual, consiste básicamente en la integración de toda la información obtenida, incluyendo los materiales de la entrevista desde la primera sesión, con el objetivo de clarificar la definición del problema del paciente. Para ello, el terapeuta averiguará cuáles son los comportamientos más apropiados para tratamiento, cuáles son los factores que controlan dichos comportamientos, cuáles son los antecedentes y las consecuencias que los han producido y qué factores hay que modificar para mejorar la situación. Utilizando todos los datos obtenidos sobre el paciente se le puede asignar a una categoría diagnóstica del DSM-IV, lo que ayudará en la comunicación con otros profesionales (Caballo, 1996).

Es así como el psicólogo cognitivo conductual puede desempeñar un importante papel en el medio hospitalario contribuyendo al logro de objetivos médicos y aumentar así el bienestar del paciente al dar atención a las reacciones psicológicas derivadas de la enfermedad.

CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

En nuestro país los servicios de salud se dividen en tres niveles de atención. En el primer nivel se ubican los centros de salud, clínicas de atención primaria o unidades de medicina familiar donde se atienden la mayoría de los problemas más frecuentes. En el segundo nivel se encuentran los hospitales generales que cuentan con cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría y medicina interna, en donde se ofrece internamiento y consulta. En el tercer nivel están las unidades hospitalarias con alta tecnología y con atención de sub-especialistas.

El Hospital Juárez de México es un organismo de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de Salud que brinda atención médica a pacientes no derechohabientes de la seguridad social provenientes de todo el país buscando no sólo diagnosticar sino también tratar, rehabilitar y dar seguimiento. Como

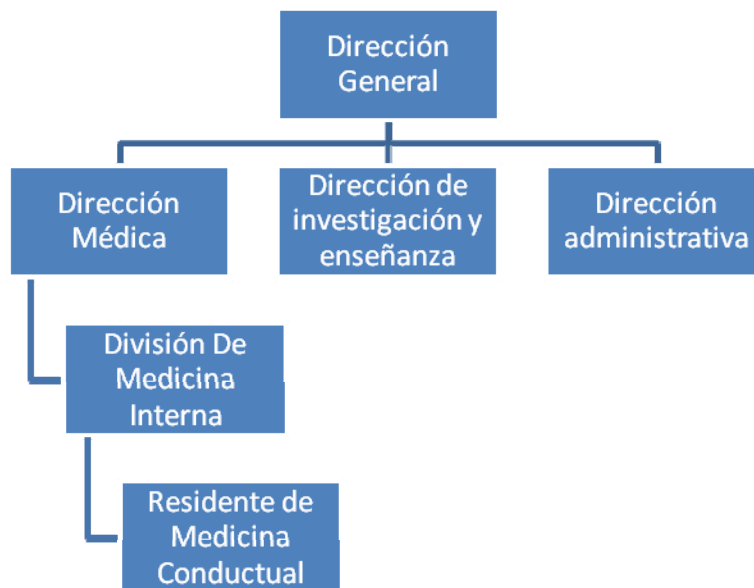
parte de sus funciones también se encuentra la enseñanza médica y la investigación.

Fundado el 23 de agosto de 1847 y Ubicado a partir del mes de septiembre de 1989 en avenida Instituto Politécnico Nacional, Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero México D.F.

Ubicación del residente de Medicina Conductual en la sede

La organización general del Hospital Juárez De México se presenta en la figura 1 donde destaca la división de Medicina Interna en la cual me encontré adscrita durante el primer año de residencia.

Figura 1



Características del Servicio de Medicina Interna

La mayor esperanza de vida en la población mexicana y sus actuales condiciones de vida, han favorecido que las enfermedades crónicas ocupen uno de los primeros lugares en la morbilidad y mortalidad de la población, tal es el caso del comportamiento de la diabetes mellitus y el costo que tiene, tanto económico como social, sin olvidar el impacto psicológico; la persona con diabetes va más allá de un organismo que requiere corrección de los factores que vuelven insuficiente el efecto de la insulina, es una persona con emociones propias que se ven afectadas por la enfermedad. Es en este contexto que el Residente de Medicina Conductual tiene un amplio campo de acción en el servicio de Medicina Interna al intervenir en los factores que limitan o impiden una adecuada adherencia como son: percepción del plan terapéutico como muy difícil, falta de convicción que el plan mejorará el control de los problemas de salud, situaciones cotidianas productoras de estrés, aparición de complicaciones, falta de apoyo social, falta de comprensión del plan terapéutico etc.

Dentro del servicio de Medicina Interna se cuenta con Medico Jefe de Servicio Dr. Martín Herrera Cornejo, tres médicos adscritos, trabajadora social, una enfermera en el área de consulta externa, 12 residentes de 4º año, 9 residentes de tercer año, 6 residentes de segundo año, 7 residentes de primer año y un Psicólogo residente de Medicina Conductual.

El servicio cuenta con un consultorio con dos espacios para la consulta externa la cual se lleva a cabo de lunes a viernes en horario de 8:00a.m. a 2:00p.m. Se cuenta además con cuatro salas para la atención de pacientes hospitalizados censando 24 camas disponibles para el servicio, 12 para hombres y 12 para mujeres; no obstante por la demanda se llegan a ocupar camas asignadas a otros servicios llegando a tener hasta 35 pacientes a cargo del servicio.

El área de psicología se encuentra coordinada por el Dr. Ricardo Gallardo, Jefe de servicio de Psiquiatría y Psicología y actualmente supervisor *in situ* de la Maestría en Medicina Conductual

La consulta psicológica que se lleva a cabo en el área de hospitalización no cuenta con un espacio específico, ésta se lleva a cabo junto a la cama del paciente y/o en el pasillo. Los días miércoles se cuenta con el consultorio del servicio de Cirugía Vasculat para la atención de pacientes en consulta externa.

ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DESARROLLADAS EN LA SEDE

Intervención psicológica grupal con pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) Objetivo: llevar a cabo un psicodiagnóstico mediante la aplicación de pruebas psicológicas y realización de entrevistas para detectar emociones, pensamientos y conductas desadaptativas e intervenir grupalmente para su modificación mediante el modelo cognitivo-conductual.

Descripción

- Acude a sala de espera e invita a pacientes con DM2 a participar en el grupo
- Se realiza evaluación inicial a los pacientes que deciden participar.
- Entrevista inicial con cada uno de los aspirantes al grupo
- Programa sesión inicial.
- Intervención psicológica grupal para modificar pensamientos, emociones y conductas desadaptativas.
- Realiza evaluación de los resultados obtenidos durante la intervención
- Informa a los pacientes del grupo sobre los resultados obtenidos.

Pase de visita

Objetivo: identificar y valorar las condiciones físicas y emocionales del paciente, corroborando la necesidad de atención psicológica para establecer diagnóstico presuncional y reconocer la necesidad de llevar a cabo una intervención.

Descripción

- Se realiza un pase de visita junto Médicos Adscritos y Residentes del servicio de Medicina Interna.
- Durante el pase de visita se hace una valoración clínica de forma visual de los pacientes candidatos a ser entrevistados.
- Presentación del terapeuta y otorgamiento de cita para el mismo día.

Intervención Psicológica en pacientes hospitalizados.

Objetivo: Proporcionar atención psicológica a los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna que soliciten valoración, apoyo y/o evaluación o que sea remitidos por el médico.

Descripción.

- El servicio de Medicina Interna solicita al residente de Psicología la evaluación y/o apoyo psicológico para el paciente hospitalizado.
- Se realiza valoración clínica del paciente hospitalizado.
- Si el paciente no puede ser atendido y/o valorado por las condiciones físicas, se anotarán las razones en la nota dentro del expediente clínico.
- Si el paciente se encuentra en condiciones físicas se procede a la valoración y/o apoyo psicológico. Se realiza nota de evolución y subsecuente dentro de expediente clínico.
- Una vez establecida el alta de hospitalización del servicio de Medicina Interna, se programa cita a consulta externa para continuar su atención psicológica.

Consulta Externa

Objetivo: Dar seguimiento a los pacientes captados tanto en hospitalización como en el grupo de DM2, considerando la necesidad de una intervención psicoterapéutica más amplia.

Descripción.

- El paciente es captado en hospitalización o en el grupo de diabetes.
- El terapeuta establece junto con el paciente, tras una valoración psicológica, la necesidad de programar una serie de sesiones de psicoterapia.
- El terapeuta junto con el paciente establecen el horario y periodicidad de las consultas.

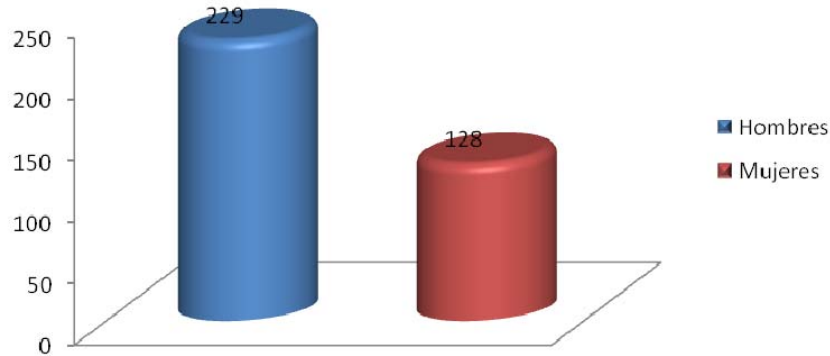
En conjunto en el área de hospitalización y consulta externa se dieron un total de 357 consultas, 210 fueron de primera vez, 147 subsecuentes.

Tipo de consulta



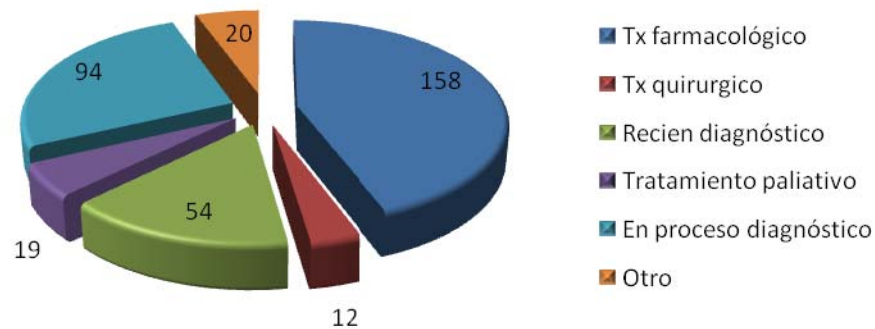
De los pacientes atendidos 229 (64%) fueron mujeres y 128 (36%) hombres con un rango de edad de 17 a 110 años con una media de 39 años.

Sexo de los pacientes



En 158 de los casos el paciente se encontraba recibiendo tratamiento farmacológico, 94 de los casos no contaban con diagnóstico definitivo, 54 fueron de recién diagnóstico, 19 de cuidados paliativos, 12 se encontraban en tratamiento quirúrgico y 20 en algún otro tipo de tratamiento.

Tipo de tratamiento médico



Los diagnósticos psicológicos más frecuentes fueron ansiedad en el 24.6 % de los casos, depresión en 40 casos, síntomas depresivos sin cubrir cuadro para depresión 22 casos, 46 casos con diagnóstico de trastorno adaptativo, 52 sin alteración aparente, 16 casos de duelo y 14 sesiones dedicadas exclusivamente a realizar evaluación. Cabe señalar que se reportó la impresión diagnóstica inicial, objeto de la atención en ese momento; lo cual no excluye la presencia de otras problemáticas psicológicas.

La mayoría de los pacientes sabían leer y escribir, encontrando solo 20 casos de pacientes analfabetas, la escolaridad de mayor frecuencia fue primaria completa con 74 casos seguida de secundaria completa con 72 casos y primaria incompleta con 44.

ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE

Sesiones Clínicas

Objetivo: Presentación de casos clínicos relevantes fortaleciendo la habilidad de elaboración de casos.

Descripción: Se lleva a cabo los días miércoles de cada semana en horario de 10:00 a 11:00am con la presencia del jefe del Servicio de Psiquiatría y Psicología Dr. Ricardo Gallardo, psicólogos adscritos y residentes de Medicina Conductual.

Supervisión *In Situ*

Objetivo: Fortalecer las habilidades del residente en Medicina Conductual mediante la supervisión de casos, revisión bibliográfica, presentación de avances de protocolo, supervisión de intervenciones con pacientes.

Descripción. Se lleva a cabo de manera semanal los días martes con horario de 10:00 a 11:00am con el Supervisor *In Situ* Dr. Ricardo Gallardo Contreras.

Supervisión Académica.

Objetivo: proporcionar al residente de Medicina Conductual estrategias y habilidades teóricas que favorezcan su desempeño en la práctica clínica hospitalaria; y por otro lado, fomentar la realización de actividades encaminadas a la elaboración del Reporte de Experiencia Profesional

Descripción. Se lleva a cabo mediante reuniones semanales de dos horas de duración con la Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carillo, y la Mtra. Ma. Cristina Bravo González, cubriendo las actividades de:

1. Revisión de casos clínicos difíciles.
2. Sesión bibliográfica.
3. Elaboración de Reporte de Experiencia Profesional.

Sesiones bibliográficas

Objetivo: revisar artículos de investigación reciente que proporcionen al residente información actualizada sobre temas relevantes en su práctica diaria.

Descripción. Se lleva a cabo a partir del segundo semestre del año de residencia los días jueves con una hora de duración bajo la coordinación del Dr. Gallardo, moderando las sesiones los psicólogos adscritos a la institución.

OTRAS ACTIVIDADES

Evaluación psicométrica a los aspirantes a residencias médicas

Dentro de la sede se solicitó a los residentes de Medicina Conductual la aplicación de una batería de pruebas (inventario de depresión de Beck, Wonderlick, MMPI-2, test del dibujo de la figura humana) a los aspirantes a

residencias médicas como parte del proceso de selección en el cual se encontraban.

Inducción a la sede hospitalaria a los residentes de medicina conductual

Objetivo: inducir a los nuevos residentes al servicio asignado.

Descripción. Se llevó a cabo durante las dos últimas semanas de estancia en la sede a través de las siguientes actividades:

- Presentación del residente con el jefe de servicio y médicos adscritos al servicio de medicina interna
- Recorrido por las instalaciones de la sede ubicando los espacios donde se desarrollan las actividades diarias.
- Enseñanza de la elaboración de notas de primera vez y subsecuentes de las intervenciones realizadas mediante el formato SOAP.
- Acompañamiento y retroalimentación en intervenciones con pacientes y familiares.
- Mostrar los formatos de reporte de productividad semanal, mensual y morbilidad.
- Sugerencias bibliográficas para el desarrollo de las actividades diarias

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS CON EL DESARROLLO LAS ACTIVIDADES DENTRO DE LA SEDE

Durante la rotación por el servicio de Medicina Interna considero haber alcanzado las siguientes competencias profesionales.

De las actividades clínicas

- Realización de valoraciones e intervenciones psicológicas emergentes para la inmediata satisfacción de las necesidades de los pacientes.
- Selección y aplicación de técnicas cognitivo conductuales apropiadas a la problemática y características sociodemográficas de los pacientes.
- Diseño y aplicación de programas de intervención cognitivo-conductuales específicos
- Aprendizaje y aplicación de criterios para identificar problemas psicológicos independientes de la etiología orgánica; esto fue importante para la obtención de diagnósticos diferenciales.
- Diseño de folletos psicoeducativos para pacientes con DM2.
- Manejo de grupos terapéuticos.
- Elaboración de diagnósticos psicológicos en formato multiaxial.
- Elaboración de notas en el expediente clínico del paciente.
- Coordinación con otros especialistas (médicos principalmente) en la atención de pacientes.
- Reconocimiento y canalización de pacientes que requerían apoyo especializado; por ejemplo en abuso sexual.
- Manejo del estrés cotidiano en el terapeuta y tolerancia a la frustración.
- Búsqueda y comprensión de información médica necesaria para el desempeño profesional y para psicoeducar a los pacientes.

De las actividades académicas

- Elaboración de casos clínicos.
- Búsqueda de artículos de investigación para la presentación de sesiones bibliográficas.
- Adquisición de nociones sobre otras perspectivas teóricas.

- Fortalecimiento de conocimientos teóricos referentes a la perspectiva cognitivo conductual.
- Fortalecimiento de conocimientos metodológicos necesarios para evaluar las intervenciones.
- Adquisición de habilidades para llevar a cabo oportunamente los reportes de experiencia profesional.
- Sistematización de la información necesaria para elaborar los reportes de experiencia profesional.
- Retroalimentación del trabajo, tanto académico como clínico.

EVALUACIÓN

De las actividades desarrolladas dentro de la sede

Durante el primer año de residencia en el Hospital Juárez de México encontré la facilidad para el desarrollo de las actividades diarias que me permitieron alcanzar las competencias profesionales en los niveles secundario y terciario; facilitando la adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos, modificando su comportamiento, proporcionando al paciente habilidades de afrontamiento ante su padecimiento; evitando factores de riesgo que complicarían su rehabilitación, elevando su calidad de vida, modificando los hábitos que podrían producir mayor deterioro, favoreciendo su independencia así como la readaptación. Permitiendo con ello cubrir el objetivo principal del programa de Maestría con residencia en Medicina Conductual.

En esta sede además se observa como requisito el registrar un protocolo de investigación el cual permite fortalecer las competencias que para llevarlo a cabo se requieren.

Evaluación del servicio asignado

En la rotación previa en el servicio se encontraron asignados dos residentes lo cual considero permitió una mejor distribución de las actividades y sobre todo de la atención a los pacientes. Medicina Interna es un servicio con alta demanda llegando a tener hasta 35 pacientes hospitalizados, mas los vistos diariamente en consulta externa; por lo que al haber un solo residente de Medicina Conductual se dificulta la atención a todos los pacientes .

Una dificultad presente en el servicio de Medicina Interna para el desarrollo de las actividades es la cantidad de personal médico, tanto residente como adscrito al servicio; durante mi año de residencia establecí más relación con los médicos residentes ya que son ellos quienes más se encuentran en contacto con el paciente y están al tanto de su evolución, lo cual me permitió priorizar los pacientes que requerían atención psicológica; sin embargo me parece importante para futuros residentes fortalecer el vínculo médico-psicólogo a través de los médicos adscritos lo cual permitirá un mayor reconocimiento de la labor del psicólogo y una mayor continuidad en el trabajo realizado en el servicio.

Evaluación del sistema de supervisión

El programa de Maestría en psicología con residencia en Medicina Conductual establece el sistema de supervisión como una actividad fundamental de las actividades clínicas. El objetivo principal de la supervisión consiste en buscar que los alumnos alcancen los estándares máximos en términos de ofrecer una adecuada calidad de los servicios para los individuos y la comunidad. La supervisión consiste en una relación entre un supervisor con habilidades clínicas avanzadas y una serie de alumnos supervisados, con el propósito de desarrollar competencias entre los alumnos; estando conformado por dos tipos de supervisiones:

1. Supervisión *In situ*. Durante el primer año de residencia el supervisor *in situ* fue el jefe de servicio de Psiquiatría y Psicología Dr. Ricardo Gallardo Contreras, quien cuenta con una formación teórica psicodinámica lo cual permitió tener una visión alterna del abordaje de las problemáticas psicológicas de los pacientes; no obstante dificultó su apoyo en la retroalimentación de las intervenciones cognitivo conductuales llevadas a cabo con los pacientes, así como una orientación metodológica en el desarrollo de los protocolos.

Cabe mencionar que al ser el primer año del Dr. Gallardo como supervisor no se encontraba familiarizado con las actividades que como supervisor *in situ* le corresponden.

2. Supervisión académica. Las supervisoras académicas Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carillo y Mtra. Ma. Cristina Bravo González, al ser egresadas del programa de maestría en Medicina Conductual se encuentran sensibilizadas a las problemáticas y limitaciones con que el residente de Medicina Conductual se enfrenta en sus actividades diarias lo que les permitió establecer un programa de supervisión acorde a las necesidades del hospital y del residente. Estableciendo así una orientación teórico-metodológica tanto para la atención de pacientes como para el desarrollo del protocolo, teniendo por medio de ellas acceso a información relevante para la atención de pacientes.

Un aspecto importante es la elaboración del reporte de experiencia profesional a la par del desarrollo del año de residencia lo cual permite tener el avance idóneo para el reporte final de titulación.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El año de rotación por el servicio de Medicina Interna del hospital Juárez de México permitió el desempeño en un escenario real para la adquisición de

distintas habilidades clínicas y de investigación, siendo la residencia uno de los recursos más valiosos de este programa de maestría.

Al encontrarme en un escenario del sector salud tuve la oportunidad de intervenir con distintos tipos de paciente como:

- pacientes sin diagnóstico preciso
- pacientes pluripatológicos
- personas de edad avanzada en situación de enfermedad aguda o agudizada.
- enfermos en la fase paliativa de la enfermedad.
- pacientes que presentan una emergencia, como es el caso de los intentos de suicidio.
- pacientes con comorbilidad psiquiátrica.

Lo cual me permitió abordar a los pacientes en las distintas etapas de la historia natural de la enfermedad. Pudiendo realizar intervenciones a nivel primario, empleando técnicas para evitar los factores de riesgo y así mantener la calidad de vida de las personas; secundario, facilitando la adherencia del paciente al tratamiento médico, modificando su comportamiento, proporcionando al paciente habilidades de afrontamiento ante su padecimiento y terciario, evitando factores de riesgo que complicarían su rehabilitación, elevando su calidad de vida, modificando los hábitos que podrían producir mayor deterioro, favorecer su independencia así como la readaptación.

Otro aspecto importante son las características sociodemográficas de la población las cuales son de amplia variedad lo cual hace necesaria la adaptación de las técnicas tanto cognitivas como conductuales a la situación particular de cada paciente, permitiendo desarrollar una flexibilidad en el trabajo, sin embargo esto se convierte también en una limitante para la estandarización de evaluaciones e intervenciones con los pacientes.

Dada la cantidad de pacientes atendidos en el servicio sería recomendable que en servicio se contara con más de un residente de Medicina Conductual para dar la atención óptima.

REPORTE DE RESIDENCIA 2o AÑO INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA – CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

ASPECTOS CONCEPTUALES DEL DOLOR

El dolor es una experiencia desagradable que puede producir gran sufrimiento siendo el síntoma principal que hace que la gente asista al médico. La IASP (International Association of Study of Pain) lo define como *“Una experiencia sensorial y emocional no placentera relacionada con daño potencial o real del tejido, o descrita en términos de tal daño. El dolor siempre es subjetivo”*

Loeser (1980) distingue cuatro niveles en la experiencia de dolor los cuales presentan un orden que va del más simple al más complejo siendo éstos: nocicepción, dolor, sufrimiento, y conductas de dolor.

Se define nocicepción como la energía térmica o mecánica potencialmente destructiva tisular que actúa sobre las terminaciones nerviosas especializadas en las fibras A delta y C, puede ser considerado como un sistema de daño periférico; el siguiente nivel corresponde al dolor el cual es definido como la experiencia sensorial provocada por la percepción de la nocicepción; el nivel del sufrimiento se define como una respuesta afectiva negativa, generada en los centros nerviosos, superiores por el dolor y otras situaciones: pérdidas, estrés, ansiedad, etc.; finalmente se encuentran las conductas de dolor que son definidas como todo tipo de conducta generada por el individuo, habitualmente considerada indicativa de la presencia de nocicepción, que comprende el habla, la expresión facial, la postura, buscar atención médica, consumir medicamentos o negarse a trabajar. Las conductas de dolor pueden estar explicadas por la presencia de una lesión o bien pueden estar mantenidas por sus consecuencias (Penzo, 1989).

Melzack y Casey sistematizaron los fenómenos de la experiencia dolorosa en tres categorías: sensorial-discriminativa, motivacional-afectiva y cognitivo-evaluativa. De acuerdo con estos autores cada uno de estos componentes depende de sistemas cerebrales especializados. Concretamente, el primer componente dependería de los sistemas espinales de conducción rápida; el segundo, de las influencias de los sistemas espinales de conducción lenta sobre las estructuras reticulares y límbicas, y el tercero, de las funciones superiores del SNC o neocorticales.

El núcleo originario del modelo de Melzack y Casey es la teoría del control de la compuerta el cual propone que la percepción del dolor está controlada por un circuito neural en el cual las señales que producen la percepción del dolor deben pasar a través del sistema de control de puerta antes de transmitirse al cerebro. Son dos las clases de fibras que mandan señales al sistema: las de diámetro pequeño (P) y las de diámetro grande (G) las cuales controlan la puerta de entrada de la información. Además de activar a la célula de transmisión (T), la actividad de las fibras G cierra la puerta mediante la activación de una estructura de la medula espinal que se denomina sustancia gelatinosa (SG), la cual, por su parte, manda inhibición a la célula T. Por todo lo dicho, el efecto neto de la actividad de las fibras P inhibe la SG y reduce por tanto la cantidad de inhibición que la SG manda a la célula T. Por ello, la actividad de la fibra P abre la puerta, y de esta forma incrementa la actividad de la fibra T y la percepción del dolor (Latorre y Beneit, 1991)

Por otra parte el modelo biopsicosocial considera el dolor como un fenómeno complejo, el cual es producto de la interacción de la estimulación nociceptiva, factores psicológicos (p ej. cognición) y factores medioambientales (p ej. creencias étnico-culturales, normas sociales, el refuerzo de personas significativas). Esta combinación de factores contribuye a la experiencia de dolor y a la respuesta al tratamiento. Plantea la necesidad de que sea

considerado el papel de los factores psicológicos y medioambientales en la etiología de los síndromes dolorosos así como su contribución al mantenimiento y exacerbación de los mismos (Holzman y Turk, 1986).

No obstante el dolor es considerado como una experiencia en general desagradable, se considera su utilidad en el desarrollo de conductas adaptativas al proporcionar indicaciones de daño, real o potencial, que incitan al individuo a actuar y retirar el cuerpo de la fuente de daño. (Rosenzweig y Leiman, 1992)

NEUROFISIOLOGÍA

El dolor es causado por la estimulación de las terminaciones nerviosas libres (nociceptores) y estos impulsos pasan a lo largo del nervio periférico hacia el asta dorsal de la médula espinal. Ahí hacen sinapsis con las células del tracto espinotalámico que transporta los impulsos a lo largo de la médula espinal, a través del tallo cerebral al tálamo. Del tálamo, los impulsos son enviados a diversas áreas de la corteza cerebral que permiten la percepción de, y la reacción al dolor.

Las terminaciones nerviosas libres en la piel y el tejido conectivo (nociceptores somáticos) y vísceras (nociceptores viscerales) pueden ser estimulados físicamente (presión, calor, distensión visceral), pero se activan más comúnmente por medio del estímulo químico consecuencia de lesión o inflamación del tejido. La lesión del tejido resulta en la producción y acumulación de una variedad de sustancias productoras de dolor, las cuales han demostrado que afectan a los nociceptores.

En el asta dorsal de la médula espinal, los nervios sensitivos aferentes hacen sinapsis con las fibras del tracto espinotalámico, ya sea directamente o por medio de un complejo sistema de fibras conectoras o interneuronas.

La activación de las neuronas inhibitoras en el asta dorsal, que se sabe contienen endorfinas como neurotransmisores, reducirán el dolor. Las neuronas inhibitoras son estimuladas por la actividad de las vías ascendentes del cerebro o mediante la actividad en otras fibras sensitivas del mismo segmento; esto explica por qué el masaje, el calor o la estimulación eléctrica aplicados a un área dolorosa pueden reducir el dolor.

Las fibras espinotalámicas son la principal ruta hacia el cerebro para la transmisión de información relacionada con el dolor, pero existen otras vías ascendentes que también participan en menor grado.

Los impulsos del dolor transmitidos al tálamo son enviados a varias áreas de la corteza cerebral: las áreas sensitivas del lóbulo parietal que permiten la localización y la interpretación del dolor; el sistema límbico, el cual está involucrado en la respuesta afectiva y autónoma al dolor; el lóbulo temporal, que está implicado a la memoria al dolor; y el lóbulo frontal donde la función cognoscitiva evalúa la importancia del dolor y la respuesta emocional al mismo.

Aunque todas las relaciones anatómicas, fisiológicas y farmacológicas involucradas en el dolor aun no están completamente esclarecidas, queda claro que el principal sitio de la modulación de los impulsos del dolor se encuentra en el asta dorsal de la médula espinal. La modulación del dolor en el asta dorsal de la médula espinal proporciona las bases para explicar por qué el estímulo doloroso puede ser modificado por las actividades cortical, subcortical y otras de la médula, incluyendo factores psicológicos, dolor en otros sitios y estimulación simultánea de las fibras sensitivas en el mismo nervio periférico (Wodruff, 1997).

TIPOS DE DOLOR

Se pueden distinguir entre dos importantes tipos de dolor: agudo y crónico. El dolor agudo generalmente se debe a una lesión o herida aguda bien definida. Tiene un inicio definido y su duración es limitada y predecible. Se acompaña de ansiedad y signos clínicos de sobreactividad simpática: taquicardia, hipertensión, sudoración, dilatación pupilar y palidez. Estos signos, comúnmente observados en el servicio de urgencias de un hospital, son considerados como característicos de un paciente con “dolor evidente”. Los pacientes que son capaces de comprender la explicación de que su enfermedad y dolor son transitorios, generalmente muestran una actitud positiva. El tratamiento está dirigido a las enfermedades o lesiones agudas que causan dolor (Woodruff, 1997).

El dolor crónico, por su parte, resulta generalmente de un proceso patológico crónico. Tiene un inicio gradual o mal definido, prosigue sin disminuir y puede volverse progresivamente más grave (Woodruff, 1997). Es más o menos continuo y a menudo se perpetúa a sí mismo; es decir, que a menudo conduce a un comportamiento que provoca refuerzo y este refuerzo produce más conducta de dolor.

Los factores psicológicos o ambientales juegan un papel central el dolor crónico, pero raramente se encuentra en el dolor agudo. Este último responde al tratamiento médico, ya que es principalmente, si no completamente, de origen neurofisiológico. El paciente experimenta síntomas somáticos agudos sin componentes emocionales importantes y su lenguaje es objetivo-sensorial. Es una experiencia negativa, pero limitada, el dolor agudo suele ser beneficioso porque avisa al individuo de que algo no funciona y le impulsa normalmente a que busque ayuda profesional.

Por el contrario el dolor crónico es una experiencia de sufrimiento que ya ha tomado posesión de la vida emocional, cognitiva y social del individuo. El dolor se ha convertido en parte esencial de su identidad, tanto para el paciente como para los que le rodean. No suele tener un beneficio biológico y a menudo impone importantes tensiones emocionales, físicas, económicas y sociales en el paciente y en la familia. Por esta razón hablan de su dolor en un lenguaje subjetivo-emocional y se proyectan hacia el futuro con miedo y resignación desesperada. Utiliza de modo no conciente el accidente o enfermedad que originó el dolor para justificar el sufrimiento debido a un problema interno, permitiendo al paciente dejar de lado la responsabilidad sobre su vida y el cuidado de sí mismo para depender de otros de forma regresiva (Araoz, Burte y Carrese, 1998).

EVALUACIÓN

El dolor es un evento interno que no puede ser observado directamente por clínicos o investigadores. Los datos o informaciones más frecuentemente citados en la bibliografía y que la mayoría de los autores considera pertinentes al estudio clínico del dolor se pueden clasificar en los siguientes apartados:

- Aspectos del comportamiento verbal referidos a las características espacio-temporales, de intensidad y cualidades del dolor.
- Aspectos del comportamiento verbal y no verbal considerados socialmente significativos o indicativos de dolor (conductas de dolor).
- Indicadores de incapacitación, invalidez y de la interferencia en el nivel de actividad habitual y del estilo de vida.
- Aspectos del comportamiento general, no constitutivos de problemas, que ofrezcan información sobre los recursos adaptativos del paciente (Penzo, 1989).

Para recabar la información referida a los contenidos anteriormente descritos se pueden utilizar dos tipos fundamentales de evaluación:

- 1) la *evaluación subjetiva*, que depende del informe del propio paciente y que incluye técnicas como los auto-informes y los auto-registros;
- 2) la *evaluación objetiva*, en la que se realiza una observación directa o indirecta, en ambiente análogo o natural, de las conductas de dolor (Latorre y Beneit, 1991).

Las necesidades que ha de satisfacer una evaluación en la clínica pueden resumirse, de acuerdo con Penzo (1989), en los siguientes puntos:

1. Permitir un diagnóstico, orientar un tratamiento y formular los objetivos del mismo.
2. Tomar decisiones respecto a qué tipo de pacientes pueden resultar beneficiados de un determinado programa terapéutico o de rehabilitación.
3. Proporcionar información sobre los cambios producidos por el tratamiento, reflejándolos de forma fiable y sensible y haciendo posible determinar la eficacia terapéutica y su evaluación en términos de los costes.

La evaluación del dolor se puede realizar dentro de tres dimensiones: intensidad, componente afectivo y localización (Jensen y Karoly 1997).

La *intensidad* hace referencia a la estimación cuantitativa de la severidad del dolor percibido, en este rubro encontramos:

- La escala de valoración verbal. Consiste en lista de adjetivos que describen diferentes niveles de intensidad de los cuales el paciente selecciona aquel que mejor representa su nivel de dolor.
- Escala visual análoga (EVA) y escalas de valoración gráfica. Es una línea cuyos bordes están etiquetados con los extremos del dolor, el paciente indica un punto a lo largo de la línea que caracteriza mejor la intensidad de su dolor.

- Escalas de valoración numérica. Se solicita a los pacientes evaluar su dolor en una escala de 1 a 10 donde se representa un continuo de intensidad.
- Escala de valoración conductual (funcionalidad). Esta escala pide al paciente indicar la severidad de su dolor en términos del grado en el cual interfiere con su concentración y tareas diarias.
- Escala pictórica. Emplea ocho expresiones faciales de personas experimentando diferentes niveles de intensidad de dolor, presentadas en orden aleatorio. Los pacientes indican cual de los dibujos representa su experiencia.
- Escala descriptiva diferencial. Consiste en una lista de adjetivos en cada uno de los cuales el paciente colocará una marca a la derecha de la palabra si su dolor es mayor al que esta describe, a la izquierda si es menor, y bajo la palabra si lo describe con exactitud.

El componente *afectivo* se define como el grado de activación o cambios causados por la experiencia de dolor, frecuentemente percibida como angustia o temor. Una de las medidas más utilizadas para evaluar esta dimensión es la subescala afectiva del cuestionario de McGill, no obstante se encuentran métodos adicionales.

- Escala de valoración verbal. Consiste en un conjunto de adjetivos que describen cantidades crecientes de incomodidad o sufrimiento provocado por el dolor.
- Escala visual análoga (EVA). Similar en formato a la EVA para la dimensión de intensidad, las frases que esta emplea en sus extremos son “nada malo” y “el sentimiento más desagradable para mí”.
- Escala descriptora diferencial. Una medida de múltiples ítems que describen diferentes grados de afectación
- Escala de incomodidad por el dolor. Consiste en diez reactivos afirmando o negando distintas respuestas afectivas ante el dolor, los pacientes indican su grado de acuerdo con cada una de ellas.

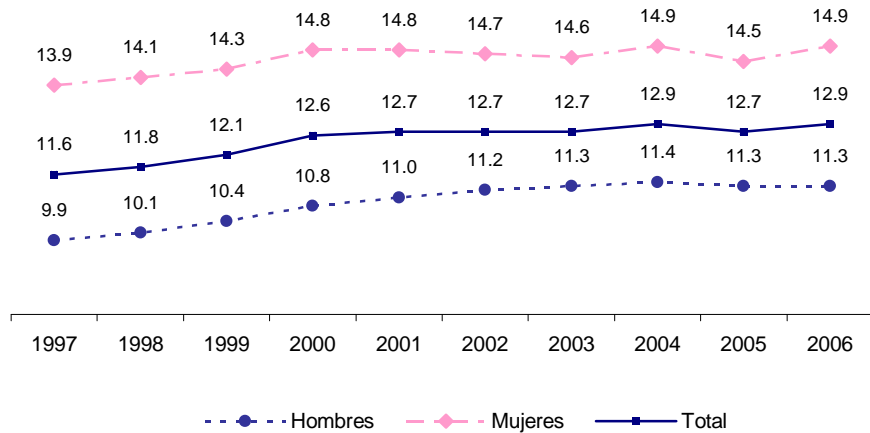
Para la evaluación de la *localización* el procedimiento más comúnmente usado incluye un dibujo del cuerpo humano por el frente y detrás, dividido en 45 áreas; aquí, se indica a los pacientes que marquen sobre el dibujo dónde se ubica su dolor.

DOLOR EN PACIENTES CON CÁNCER

El cáncer es una enfermedad que afecta a la población mundial y se ha convertido en uno de los problemas de salud pública más importante del orbe. Las estimaciones realizadas en 1990 señalan que se registro en el mundo un total de 8.1 millones de casos nuevos de cáncer; estas cifras demostraron un incremento cercano al 37% en comparación con las derivadas de las primeras estimaciones en 1975. En México, el cáncer se convirtió a partir de 1989 en la segunda causa de mortalidad, presentándose en 1999, 53 671 muertes con una tasa de 5407 por 100 000 habitantes (Suchil y Mohar, 2003).

De acuerdo con el reporte de la American Cancer Society de Datos y Estadísticas sobre el Cáncer en Hispanos/Latinos 2006-2008 se calculó que en 2006 se presentarían 39,940 casos nuevos de cáncer entre hombres hispanos y 42,140 entre mujeres hispanas residentes en Estados Unidos con una mortalidad de unos 12,320 hombres hispanos y unas 11,000 mujeres hispanas, también para 2006.

Por su parte el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática INEGI en el año 2006 reportó que los tumores malignos fueron la tercer causa de muerte en México falleciendo 63 888 personas por esta causa, representado el 12.9% del total de defunciones registradas.



Nota: El porcentaje está en relación con el total de defunciones registradas en cada año, en general y por sexo.
Fuente: INEGI. Estadísticas Vitales, 1997-2006

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 30 al 50 % de los pacientes con una neoplasia maligna, experimentan dolor (Soebadi y Tejawinata, 1998). En México no se cuenta con información precisa sobre el número de personas que presentan dolor secundario a neoplasias malignas. Sin embargo, si se considera que en cáncer es la segunda causa de muerte y que más de la mitad de los tumores se diagnostican en etapas avanzadas, el número de casos con dolor podría ascender a cerca de 25 000 al año (Suchil y Mohar, 2003). Un estudio realizado en 100 pacientes en el Instituto Nacional de Cancerología demostró que el 89% de los sujetos diagnosticados con algún tumor maligno experimentó dolor (Plancarte y Arrieta, 2003).

Al tomar en cuenta las tendencias recientes de la frecuencia de cáncer en México y el envejecimiento de la población, es claro que el dolor consecutivo a esta enfermedad representa una problemática de salud pública. Por lo tanto, este síntoma deberá incluirse en los registros de cáncer con el objeto de conocer cuáles son el impacto y las consecuencias del dolor vinculado con una tumoración.

INTERVENCIONES PSICOLOGICAS PARA EL MANEJO DEL DOLOR

En el tratamiento del dolor se utilizan principalmente los medios farmacológicos, sin embargo, actualmente cobran importancia las intervenciones psicológicas como coadyuvantes en dichos tratamientos. Entre las principales técnicas psicológicas empleadas se encuentran las siguientes:

Biofeedback

En sentido literal el término *biofeedback* se utiliza para aludir a la posibilidad de modificar una respuesta fisiológica en función de la información que se tiene de cómo varía ésta. Existen tres aspectos básicos que definen al entrenamiento en biofeedback. Primero, la respuesta fisiológica que se desea someter a control debe ser registrada continuamente con la suficiente sensibilidad como para detectar cambios momento a momento. Segundo, los cambios que se producen en la variable de interés, objeto de entrenamiento, deben ser registrados y mostrados al sujeto para que éste tenga un conocimiento preciso y exacto de los mismos. Tercero, la persona debe estar motivada para aprender a efectuar los cambios que se pretenden, ya que la premisa básica del biofeedback es que a través de la retroalimentación inmediata de la respuesta bajo estudio, un individuo puede conseguir el control de la misma (Simón, 1991).

En líneas generales el objetivo es el autocontrol de diversas respuestas psicofisiológicas del organismo como son: frecuencia cardiaca, actividad de ondas cerebrales etc.

Se puede ejemplificar este proceso a través del tratamiento de un paciente que padezca cefalea tensional. Se colocarían electrodos sobre la superficie de la frente, según la tensión de los músculos frontales el individuo escucharía un tono tanto más agudo cuanto mayor sea la intensidad de la contracción muscular. Este biofeedback electromiográfico con señal auditiva, a veces

acompañado de relajación permitiría al sujeto disminuir la tensión muscular y así conseguir una reducción del dolor.

Técnicas de relajación

Varias son las técnicas que se han utilizado ya sea de forma aislada o bien en conjunción con otras. Originalmente las técnicas de relajación fueron desarrolladas para el tratamiento de desordenes emocionales, principalmente producidos por ansiedad, si se tiene en cuenta que la ansiedad puede incrementar el dolor, consecuentemente la reducción de la ansiedad producirá una disminución de la experiencia dolorosa.

Una segunda vía por la cual la relajación puede disminuir el dolor es afectando directamente los procesos fisiológicos comprometidos en el dolor. Así por ejemplo, la reducción de la tensión muscular o la desviación del flujo sanguíneo mediante relajación pueden reducir dolores mantenidos o exacerbados por procesos fisiológicos.

Relajación muscular progresiva. Definiendo la relajación como el cese en la actividad en los músculos esqueléticos (voluntarios), Jacobson ideó una técnica que denominó relajación progresiva. Consiste en trabajar sistemáticamente los principales grupos musculares, creando y liberando tensión. Jacobson insistía en que este método fuese considerado como una técnica que debía aprenderse. (Payne, 2002).

En el método propuesto por Jacobson se enseña a los pacientes una relajación “sistemática”. Primero dispone una serie de ejercicios preliminares que enseñan al paciente lo que significa tensión muscular. Después el paciente ha de pasar desde la tensión a la relajación lo cual, con el tiempo, se realiza automáticamente.

Entrenamiento en respiración diafragmática o abdominal. Las ventajas generales de la respiración como método de relajación son:

1. la respiración está directamente asociada con el sistema nervioso autónomo que controla la estimulación fisiológica.
2. las técnicas son fáciles de aprender.
3. la respiración es particularmente útil para los individuos que encuentran difícil la visualización.
4. la mayoría de los ejercicios respiratorios pueden ejecutarse en cualquier lugar.

La respiración abdominal se refiere al tipo de respiración que pone énfasis en la expansión hacia debajo de la cavidad pectoral. En el pasado, frecuentemente se le daba la denominación de “diafragmática”, antes de darse cuenta de que el diafragma interviene en todos los tipos normales de respiración (Payne 2002).

Hipnosis

Esta aproximación no tiene la finalidad de eliminar el dolor sino aprender a ser más activos, tomar menos medicamento y a funcionar de mejor forma padeciendo dolor.

Utilizar la hipnosis en el tratamiento del dolor crónico requiere mucho más que una simple aplicación de inducción hipnótica. La hipnosis es un estado alterado de conciencia caracterizado por un marcado incremento en la capacidad de sugestión, por la capacidad de alteración en la memoria y en la percepción y por un control directo en las funciones psicológicas involuntarias. Los individuos que son hipnotizados pueden padecer tanto alucinaciones positivas como negativas. Alucinaciones positivas se refieren a la capacidad de percibir algo que de otra manera no lo podría percibir. Alucinaciones negativas se refieren a la capacidad de no percibir algo que de otra manera sería imposible evitar que es, justamente, lo que se busca en los pacientes con dolor.

Existen cinco técnicas utilizadas para crear analgesia hipnótica:

- Anestesia: se sugestiona al paciente a sentir entumecimiento en vez de dolor.
- Disminución directa: se sugestiona al paciente a sentir que mientras respira, aumenta su bienestar y gradualmente disminuye su dolor.
- Sustitución sensorial: una sensación dolorosa puede ser sustituida por una sensación, no necesariamente placentera, de comezón o frío. Esto hace más plausible la sugestión que el pensar en una sensación placentera.
- Desplazamiento: desplazar el área de dolor de un lugar a otro ayuda a mover el dolor a un área menos incapacitante que donde se localiza.
- Disociación: el paciente se hace capaz de describir que su dolor persiste pero sin complicaciones afectivas.

Se utilizan las sugestiones post-hipnóticas para extender la duración del efecto hipnótico sugiriendo “siempre que quiera sentir alivio de su dolor, se dará cuenta que con este simple hecho usted se sentirá aliviado” (Barber, 1986)

Grupos de dolor

En el tratamiento del dolor al utilizar terapia grupal se ha encontrado que tiene la misma eficacia que el tratamiento individual, sin embargo esta modalidad de terapia es poco difundida.

Existen razones para considerar un grupo de dolor como la primera técnica para ayudar a los pacientes a afrontar de forma más efectiva la experiencia de dolor e incapacidad:

1. Aunque es cierto que no todas las personas afrontan de la misma manera la experiencia de dolor y la incapacidad, dentro de un grupo

se puede encontrar un número común de problemas, tales como depresión, dependencia excesiva, fármacos, etc.

2. El grupo permite enfrentarse a la sensación de aislamiento social y alineación común en todos los pacientes que sufren dolor crónico.
3. Representan un ahorro.
4. Ofrecen una retroalimentación de información confiable que no se obtiene en el tratamiento individual.
5. Proporciona una perspectiva diferente al diagnóstico al valorar la conducta de dolor crónico del paciente en un contexto social.
6. Los pacientes que forman parte del grupo tienen la oportunidad de formar parte de un nuevo grupo de referencia.
7. Se evita la dependencia de los pacientes, asumen una responsabilidad en la problemática.

De acuerdo con lo encontrado al trabajar con terapia de grupo en pacientes con dolor crónico, se debe realizar una selección de candidatos a formar parte del grupo, ya que este puede ser una modalidad terapéutica que amenaza al paciente (Doyle y Owens, 1986).

La aproximación cognitivo-conductual para el manejo del dolor crónico.

La terapia cognitivo-conductual en relación al tratamiento del dolor crónico ha corroborado su eficacia a través de recientes estudios. A continuación se presentan las fases de un programa para el manejo del dolor, presentados por Holzman, Turk y Kerns, (1986).

Averiguación. La intervención básica consiste en pedir información básica del dolor, su duración y la intensidad percibida. Una breve historia médica y una breve evaluación del estado mental del paciente. Si reúne los requisitos se le explica que: 1) el objetivo del programa no es continuar con medicamentos, 2)

que no se empleará ningún método quirúrgico y 3) que se aprenderá a controlar el dolor mediante diferentes estrategias.

Evaluación. Consiste en la recolección de datos que permite considerar diferencias individuales para el establecimiento de objetivos y necesidades particulares de cada sujeto. El terapeuta no dicta objetivos, sino que anima al paciente a generar soluciones apropiadas y realistas.

Intervención. El tratamiento cognitivo-conductual tiene cuatro objetivos:

- a) reconceptualizar el punto de vista de los pacientes al cambio de un estado de impotencia y desesperación a uno de recursos y esperanzas.
- b) aprender a monitorear sus pensamientos, sentimientos y comportamientos durante sus actividades e identificar la relación entre pensamientos, sentimientos comportamientos, el ambiente y los síntomas.
- c) Ejecutar los comportamientos correctos para tratar efectivamente los problemas.
- d) Desarrollar e implementar mejores y más adaptativas rutas de pensamientos, sentimientos y respuestas.

CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE

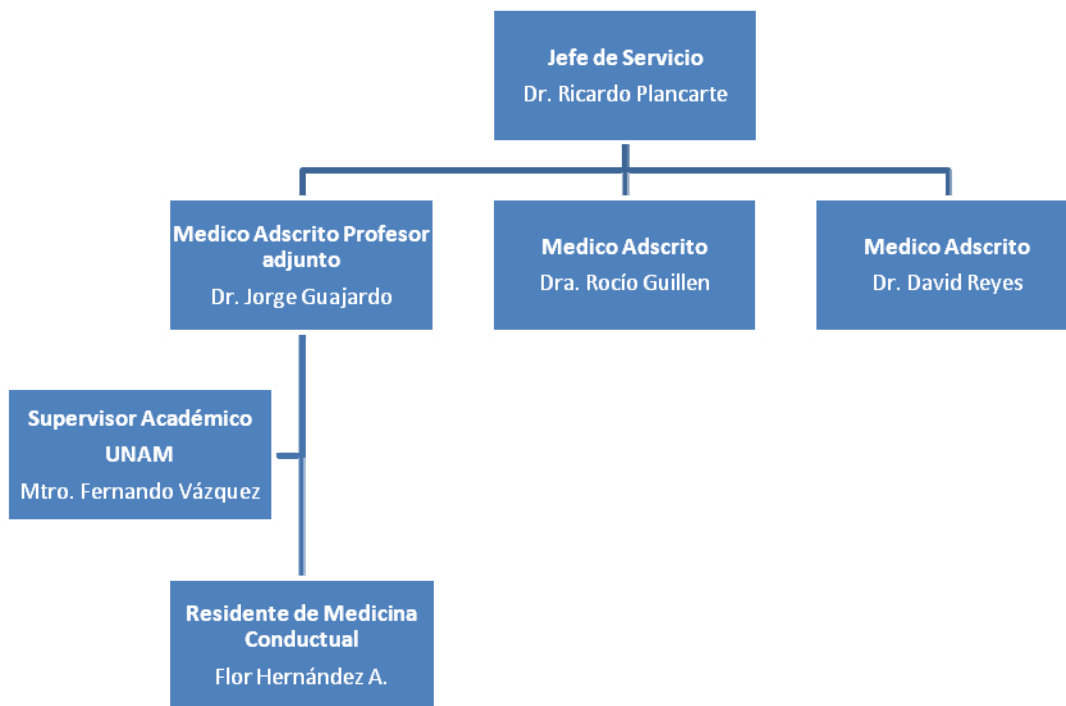
El Instituto Nacional de Cancerología (INCan) es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de Salud; que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos siendo un centro de referencia de cáncer en México, siendo una de las mejores unidades oncológicas del país.

Dirige sus acciones a la atención de pacientes principalmente no derechohabientes de la seguridad social, provenientes de todo el país y ha sido política institucional el otorgar servicios con eficiencia, calidad y calidez, con

enfoque multidisciplinario en el proceso diagnóstico - tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Aunado a las funciones asistenciales es centro de enseñanza médica e investigación.

Ubicación del residente de Medicina Conductual en la sede

El organigrama de la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Cancerología se muestra a continuación:



Características del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

El dolor por cáncer ocurre en una tercera parte de todos los individuos que reciben terapia antineoplásica, mientras que dos terceras partes de los sujetos con afección avanzada experimentan dolor intenso. Por ello desde los años 80`s se estableció la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Cancerología y teniendo en cuenta que el dolor es un fenómeno de naturaleza compleja que posee componentes tanto fisiológicos como psicológicos es de vital importancia que el tratamiento del dolor sea multidisciplinario. Es en este contexto que el

Residente de Medicina Conductual tiene un amplio campo de acción en el servicio de Clínica del Dolor.

Dentro del servicio de Clínica del Dolor se cuenta con el Médico jefe de servicio Dr. Ricardo Plancarte Sánchez, cuatro médicos adscritos, una trabajadora social y cuatro enfermeras; cinco residentes que se encuentran realizando la sub especialidad de Dolor, una Psicóloga residente orientada a cuidados paliativos y un Psicólogo residente de Medicina Conductual.

El servicio cuenta con tres consultorios con cinco espacios para la consulta externa y un espacio para los procedimientos intervencionistas ambulatorios para el manejo del dolor, los que se llevan a cabo de lunes a viernes de 8:00 A.M a 3:00 P.M. Al ser este un servicio de interconsulta no cuenta con camas asignadas.

El área de psicología se encuentra supervisada por el Psic. Salvador Alvarado, adscrito al servicio de Psicooncología y designado supervisor *in situ* de la residencia en Medicina Conductual.

La consulta psicológica se lleva a cabo, como se describe más adelante, en las áreas de hospitalización, consulta externa y visita domiciliaria.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE

Pase de visita

Objetivo: identificar y valorar las condiciones físicas y emocionales del paciente y sus familiares, corroborando la necesidad de atención psicológica para establecer diagnóstico presuncional, y reconocer la necesidad de llevar a cabo una intervención.

Descripción

- Se realiza un pase de visita los días lunes y viernes, junto Médicos Adscritos y Residentes del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.
- Durante el pase de visita el equipo médico refiere a psicología aquellos pacientes y/o familiares que detecta como candidatos a valoración e intervención psicológica. Adicionalmente el psicólogo establece una impresión clínica de los pacientes candidatos a ser entrevistados.
- El psicólogo comenta con el equipo médico los aspectos psicológicos relevantes (que obstruyan o favorezcan el tratamiento) de los pacientes que cuentan ya con valoración.

Intervención psicológica con pacientes hospitalizados y sus familiares

Objetivo: Proporcionar atención psicológico a los pacientes hospitalizados y sus familiares.

Descripción:

- El residente de Medicina Conductual capta en pase de visita a los pacientes y familiares que requieren apoyo psicológico.
- El servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos solicita al residente de Psicología la evaluación y/o apoyo psicológico para el paciente hospitalizado y/o sus familiares.
- Se realiza valoración clínica del paciente hospitalizado.
- Si el paciente se encuentra en condiciones físicas se procede a la valoración y/o apoyo psicológico. Se realiza nota de evolución con el formato SOAP y subsiguiente dentro de expediente clínico.
- Una vez establecida el alta de hospitalización del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos y de ser necesario, se programa cita a consulta externa para continuar su atención psicológica.

Intervención en crisis con pacientes y familiares

Objetivo: Estabilizar emocionalmente a los pacientes y/o familiares que se encuentren en crisis, principalmente debida a haber recibido una mala noticia respecto al diagnóstico o pronóstico.

Descripción:

- El personal médico refiere al residente de Medicina Conductual a aquellos pacientes hospitalizados o de consulta externa que se encuentran en crisis.
- El residente de Medicina Conductual realiza intervención psicológica en crisis y da seguimiento al paciente.

Consulta Externa

Objetivo: Prestar atención psicológica a los pacientes que acuden a la consulta externa de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos así como dar seguimiento a los pacientes captados en hospitalización, considerando la necesidad de una intervención psicoterapéutica más amplia.

Descripción.

1. Para pacientes captados en hospitalización:
 - El terapeuta establece, junto con el paciente, tras una valoración psicológica en el área de hospitalización, la necesidad de programar una serie de sesiones de psicoterapia.
 - El terapeuta junto con el paciente establecen el horario y periodicidad de las consultas.
2. Para pacientes que acuden a consulta externa de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos:
 - El médico durante la consulta identifica la necesidad de valoración psicológica y solicita al Residente de Medicina Conductual dicha valoración.

- El residente de Medicina Conductual acude al área de consulta externa y realiza valoración posterior a la consulta médica.
- En caso de evaluar la necesidad de programar una serie de sesiones de psicoterapia el Residente de Medicina Conductual junto con el paciente establecen el horario y la periodicidad de las sesiones.
- El residente de Medicina Conductual elabora la nota correspondiente en el expediente clínico del paciente, de acuerdo al formato SOAP.

Visita Domiciliaria

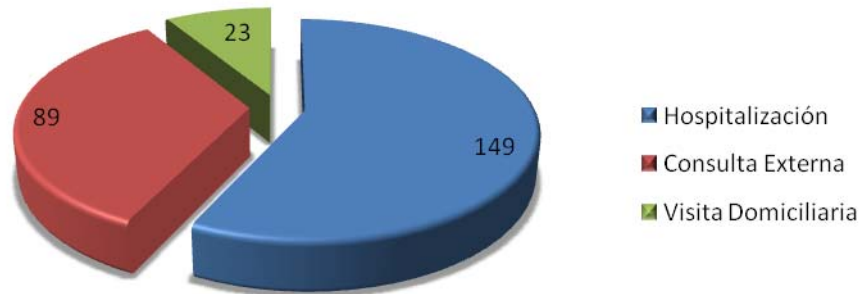
Objetivo: brindar de manera multidisciplinaria el cuidado activo y total a los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde a medidas curativas. Siendo prioritario el control del dolor y otros síntomas en el paciente y la familia.

Descripción:

- Medico tratante refiere a Trabajo Social aquellos pacientes que dada la progresión de la enfermedad no son candidatos a recibir tratamiento curativo y que por el deterioro físico no pueden acudir a consulta al hospital.
- Trabajo Social junto con la Dra. Silvia Allende (coordinadora del programa de visita domiciliaria) realiza contacto telefónico con los pacientes referidos y hace una programación semanal de los pacientes que se encuentran en el programa de visita domiciliaria.
- El residente de Medicina Conductual acude a la visita domiciliaria junto con el equipo multidisciplinario.
- El residente de Medicina Conductual elabora la nota correspondiente en el expediente clínico del paciente, de acuerdo al formato SOAP.

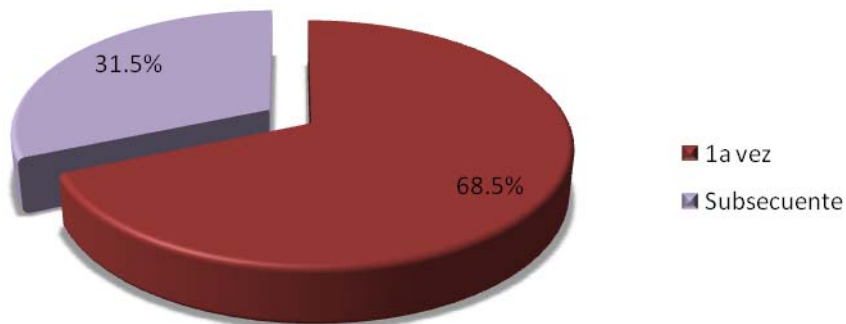
De las actividades de atención a pacientes destaca lo siguiente: se dieron un total de 261 consultas, 149 en el área de hospitalización, 89 en consulta externa y 23 en visita domiciliaria.

Lugar donde se realizaron las consultas



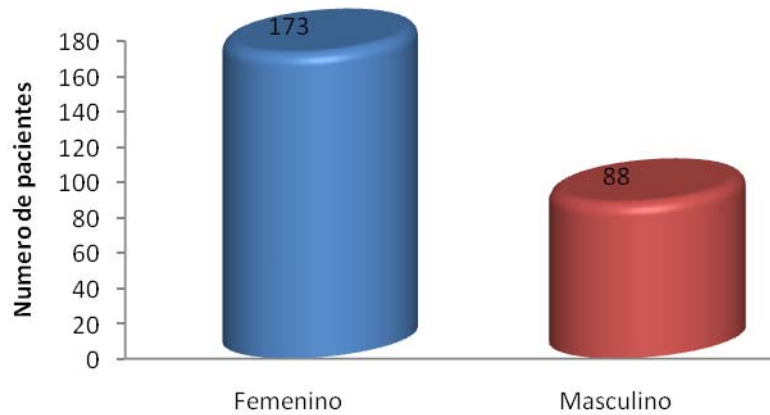
De estas 179 (68.5%) fueron de primera vez y 82 (31.5%) subsecuentes.

Tipo de consulta



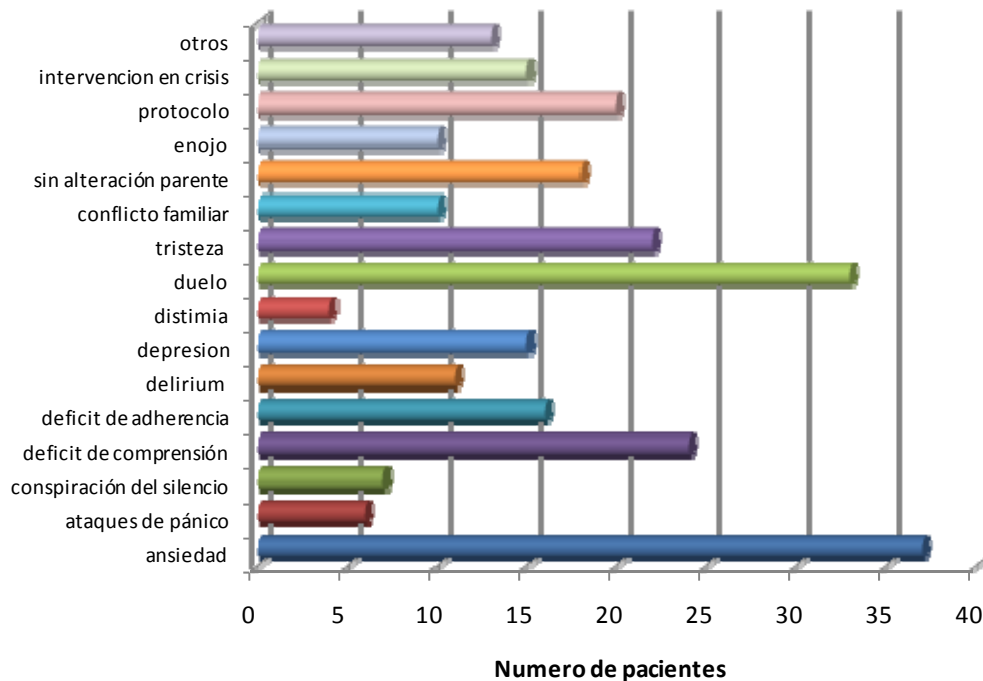
Se atendieron 173 pacientes de sexo femenino y 88 de sexo masculino. Con un rango de edad de 20 a 89 para mujeres y de 15 a 84 para hombres.

Sexo de los pacientes



De las problemáticas encontradas en los pacientes destacan las siguientes impresiones diagnósticas: ansiedad (37), ataques de pánico (6), conspiración del silencio (7), déficit en la comprensión de información e indicaciones médicas (24), déficit de adherencia (16), delirium (11), depresión (15), distimia (4), tristeza sin cubrir cuadro para depresión (22), duelo en paciente o familiar (33), enojo (10), pacientes en protocolo (20), intervención en crisis (15), sin alteración Parente (18), otros(13)

Impresión diagnóstica



ACTIVIDADES ACADÉMICAS DENTRO DE LA SEDE

Sesiones Clínicas

Objetivo: Conjuntamente con los residentes de Clínica del Dolor del Instituto Nacional de la Nutrición (INN) realizar la revisión de casos clínicos, tanto en el aspecto médico como psicológico.

Descripción:

- Se lleva a cabo los días miércoles de cada semana bajo la coordinación de un médico adscrito ya sea del INCAN o del INN, según corresponda.
- El residente médico designado presenta el caso clínico correspondiente.
- El residente de Medicina Conductual presenta la valoración y manejo psicológico correspondiente.
- Bajo la coordinación del médico adscrito se lleva a cabo la discusión de los puntos relevantes correspondientes al manejo tanto médico como psicológico.

Asistencia al curso de Clínica del Dolor

Objetivo: Adquirir los conocimientos teóricos básicos sobre el manejo del dolor, que permitan al residente desarrollar una adecuada interacción con los médicos del área así como un óptimo abordaje de los pacientes referidos para atención psicológica.

Descripción:

- Se lleva a cabo los días lunes, miércoles, jueves y viernes bajo la coordinación de un médico adscrito de la clínica del dolor del INCAN.

Participación en el curso de Clínica del Dolor.

Objetivo: presentar temas psicológicos relevantes para la valoración y manejo psicológico de pacientes en el área de clínica del dolor y cuidados paliativos.

Descripción:

- El Profesor del curso de Clínica del Dolor asigna al residente de Medicina Conductual los temas a presentar.
- El residente de Medicina Conductual prepara la exposición del tema, con bibliografía actualizada, mediante una presentación en formato power point y la presenta a los residentes de clínica del dolor en la fecha asignada.

Presentación de casos clínicos en el servicio de Psico-oncología

Objetivo: presentar casos clínicos que sean relevantes para la aplicación de técnicas psicológicas, así como aquellos casos que por su complejidad fueron de difícil manejo.

Descripción:

- El psicólogo residente presenta un caso clínico formulado mediante los siguientes apartados: ficha de identificación, motivo de consulta, entrevista inicial, diagnóstico e intervenciones.
- El supervisor psicólogo adscrito a la unidad de psico-oncología y supervisor *in situ* del programa de Medicina Conductual Psic. Alvarado coordina la discusión de los puntos relevantes del caso

Supervisión académica

Objetivo: Proporcionar al residente de Medicina Conductual estrategias y habilidades teóricas que favorezcan su desempeño en la práctica clínica hospitalaria así como auxiliar en la elaboración del protocolo de investigación a implementar durante el año de residencia.

Descripción:

- Se llevó a cabo los días jueves con el supervisor académico Mtro. Fernando Vázquez Pineda.
- El supervisor académico hace revisión de casos, asigna lecturas de acuerdo a la problemática de los casos revisados

- El supervisor académico revisa los avances el protocolo de investigación desarrollado para la sede “Aumento del nivel de información en pacientes oncológicos sometidos a intervencionismo para el manejo del dolor”

COMPETENCIAS PROFESIONALES ALCANZADAS CON EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DENTRO DE LA SEDE

Las actividades realizadas durante este año de residencia favorecieron la adquisición y mejoramiento de las siguientes competencias profesionales.

De las actividades clínicas

- Realización de valoraciones e intervenciones psicológicas con pacientes y familiares, dentro del marco cognitivo conductual.
- Selección, adecuación y aplicación de técnicas cognitivo conductuales apropiadas a la problemática del paciente y a sus circunstancias sociodemográficas.
- Elaboración de intervenciones multidisciplinarias
- Búsqueda y comprensión de la información relativa al manejo del dolor y los cuidados paliativos para ayudar a los pacientes en la comprensión de la información.
- Identificación de problemáticas que requieren canalización a otros especialistas (psiquiatría, trabajo social, etc.)
- Elaboración de notas clínicas en el expediente del paciente.
- Manejo del estrés cotidiano en el terapeuta y tolerancia a la frustración.
- Fortalecimiento de las habilidades necesarias para el trabajo multidisciplinario.

De las actividades académicas

- Adquisición de habilidades para la elaboración e implementación de protocolos de investigación

- Fortalecimiento de habilidades de búsqueda de información actualizada sobre intervenciones psicológicas que sustenten las intervenciones realizadas.
- Elaboración de casos clínicos desde una perspectiva multidisciplinaria.
- Elaboración de reportes de investigación.
- Fortalecimiento de habilidades para la elaboración y presentación de temas ante profesionales del área de psicología y otras áreas.

EVALUACION

De las actividades desarrolladas dentro de la sede

Considero que las actividades desempeñadas en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología me permitieron fortalecer las competencias adquiridas en la rotación previa, además de permitirme complementar la formación teórica con los problemas prácticos presentes en la atención de pacientes.

Por otra parte al ser una sede con más tiempo de permanencia de los residentes de Medicina Conductual se facilita la relación con los profesionales de otras áreas (medicina, trabajo social, enfermería) quienes conocen y reconocen la importancia de la atención psicológica a los pacientes.

Evaluación del servicio asignado

La clínica del dolor y cuidados paliativos es un servicio donde se conoce y reconoce el trabajo de los psicólogos residentes, por lo que se solicita la presencia del residente en los distintos escenarios de atención a los pacientes (hospitalización, consulta externa, visita domiciliaria, etc.) además de solicitar su participación en las actividades académicas tanto del servicio como del área de psicooncología, además de las actividades de investigación.

Durante el año de rotación se contó en el servicio con una psicóloga en entrenamiento (Yolanda Suarez del Real), con quien se distribuyó la carga de trabajo, sin embargo al encontrarse en entrenamiento con nivel licenciatura presentaba déficit en habilidades tanto clínicas como académicas, por lo que sería importante en futuras rotaciones contar con más residentes de Medicina Conductual para la atención adecuada de los pacientes así como cubrir apropiadamente las demás actividades.

Por otra parte cabe señalar la ausencia de un psicólogo adscrito que dé continuidad a la atención psicológica, así como a los protocolos de investigación.

REFERENCIAS

- American Cancer Society (2006). *Datos y estadísticas sobre el cáncer en los Hispanos/Latinos 2006-2008*. Recuperado en enero 2009 de <http://www.cancer.org/downloads/STT/F862302SpTMRcvdNov07acspdf2006.pdf>
- Amigo, I; Fernández, C y Pérez, A. (1998). *Manual de psicología de la salud*. España: Pirámide.
- Araoz, D, Burte, J y Carrese, M. (1998). Control del dolor por medio de la hipnosis. En V. Caballo (dir). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos V. 2*. España: Siglo XXI editores.
- Barber, J (1986). Hypnotic Analgesia. En A. Holzman y D. Turk (ed). *Pain management*. Gran Bretaña: Pergamon press.
- Bayés, R. (1985). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez roca
- Buela-Casal, G & Carroble, A. (1996). Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En G, Buela-Casal; V, Caballo & C, Sierra (dirs). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (1996). *Manual de psicopatología vol II. Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. España: Siglo XXI
- Castillero Y, Pérez M. (2003). Preparación psicológica para la cirugía mayor. *Revista electrónica de motivación y emoción* Vol. 6 No. 13 recuperado en abril 2006 de <http://reme.uji.es/articulos/ayalia1990710102/texto.html>
- Donker, F. (1991). Medicina conductual y psicología de la salud. En G, Buela-Casal & V, Caballo. *Manual de psicología clínica aplicada*. España: Siglo XXI.
- Doyle, W y Owens, D. (1986). Pain Groups. En A. Holzman y D. Turk (ed). *Pain management*. Gran Bretaña: Pergamon press.
- Durán, L. (1996). *La psicología de la salud en México*. Conferencia latinoamericana de psicología de la salud. México: UNAM.

- Egbert L, Battit G, Welch C, y Bartlett M. (1964). Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *New England journal of medicine*, 270: 825-827
- Higashida, B. (1995). *Educación para la salud*. México: McGraw-Hill.
- Holzman, A, Turk, D y Kerns, R. (1986) The cognitive- behavioral approach to the management of chronic pain. En A. Holzman y D. Turk (ed). *Pain management*. Gran Bretaña: Pergamon press.
- Holzman, A. y Turk, D. (1986). *Pain Management*. Gran Bretaña: Pergamon Press.
- INEGI. Consulta Interactiva de datos. Estadísticas de mortalidad. Consultado en enero de 2008 en <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/continuas/vitales/bd/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144>
- Jensen, M y Karoly, P (1992). Escalas de autorreporte y procedimientos para evaluar el dolor en adultos. En D. Turk y R. Melzack (ed). *Handbook of pain assesement*. Nueva York: The Guilford press.
- L'Horne D, Vatnamidis P, Carerl A. (2000). *Preparación de pacientes para procedimientos médicos invasivos y quirúrgicos: aspectos cognitivos y conductuales*. México: Miguel Angel Porrua.
- Lang E, Hatsiopoulou O, Koch T, y cols. (2005). Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain*, 114: 303-309
- Latorre, J y Beneit, P. (1991). *Psicología de la salud*. Argentina: Lumen
- Loeser, J., Butler, S., Chapman, R. y Turk, D. (1980). *Bonica´s management of pain*. Filadelfia: Lippincott Williams & wilkins.
- Martínez SF. y Valitente J. (1994). Marcadores fisiológicos y psicológicos de la ansiedad prequirúrgica. *Cirugía Española*, 56: 140-144.
- Mayer, F (eds). *Alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*. México: Mc Graw Hill.
- Mayer, F. (2003). Terapéutica racional del dolor en el paciente con cáncer. En Plancarte, R y Mayer, F (eds). *Alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*. México: Mc Graw Hill.

- Melamed BG, Dearborn M, Zhermecz D. (1983), Necessary considerations for surgery preparation: age and previous experience. *Psychosomatic Medicine*, 45: 517-525
- Méndez J, Macía D, Olivares J. (1997). Medicina conductual con niños y adolescentes. *Cuadernos de medicina psicosomática*, 22: 23-33.
- Mille J, Velázquez SR, Plancarte SR. (2003). Aspectos prácticos de procedimientos especiales. En Plancarte, R y Mayer, F (eds). *Alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*. México: Mc Graw Hill.
- Moix J. (1999). Técnicas para reducir la ansiedad en pacientes quirúrgicos. En Palmero F y Fernández Abascal EG (eds) *Emoción y salud*. Barcelona: Ariel
- Moix J. (1994). Emoción y cirugía. *Anales de psicología*, 10(2): 167-175
- Moon S y Liu J. (1998). The Physician/Patient Encounter Behavioral Therapy Perspective. *Journal of occupational rehabilitation*, 8 (2): 153-172
- Ortigosa Q JM y Mendez CF, (coord.). *Hospitalización infantil*. Madrid: Biblioteca nueva.
- Payne, R. (2002). *Técnicas de relajación*. España: Paidotribo.
- Pedroche PS y Quiles S MJ. (2000). Preparación psicológica basada en la información. En
- Penzo, W. (1989). *El dolor crónico*. España: Martínez Roca.
- Plancarte R. Manejo intervencionista del dolor. (2002) En Guevara U, y De LilleR (eds). *Medicina del dolor y paliativa*. México: corporativo intermédica.
- Plancarte, R y Arrieta, Ma C. (2003). Tratamiento intervencionista del dolor por cáncer. En Plancarte, R y Mayer, F (eds). *Alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*. México: Mc Graw Hill
- Plancarte, R y Mayer, F (eds). *Alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*. México: Mc Graw Hill.
- Quiles SM, Ortigosa QJ, Méndez CF. (2003) Preparación a la hospitalización y a la cirugía. En *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Biblioteca nueva

- Rodríguez, G. y Rojas, M. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología, UNAM
- Rodríguez, Hernández Pozo y Ramos 1993
- Rosenzweig, M. R. y Leinam, A. L (1992). *Psicología Fisiológica*. Madrid: McGraw Hill.
- Simón, M. (1991). Biofeedback. En V. Caballo (comp). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. España: siglo XXI editores.
- Soebadi RD, Tejawinata S. (1996). Indonesia: status of cancer pain and palliative care. *J Pain Symp Man*; 12: 112-115
- Suchil, L y Mohar, A. (2003). Epidemiología del dolor por cáncer. En Plancarte, R y Mayer, F (eds). *Alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*. México: Mc Graw Hill.
- Woodruff , R. (1998). Dolor por cáncer. Mexico: Medigraphic editors.
- Zaza C, Baine N. (2002). Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. *J Pain Symptom Manage*; 24: 526–542