



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

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

**EL PSICÓLOGO COMO HERRAMIENTA EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE  
CON CÁNCER**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A**

**EDITH ROJAS CASTILLO**

**DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. GABINA VILLAGRAN VÁZQUEZ  
COMITÉ TUTORIAL: MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
DR. GENARO RICO MARTÍNEZ  
MTRO. FERNANDO PASCUAL VÁZQUEZ PINEDA**

**MÉXICO, D, F.**

**AGOSTO 2009**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

GRACIAS

A mi familia y amigos por su apoyo incondicional y paciencia.

A la memoria de mi padre. Un sueño cumplido!!!

A mis maestros por su dedicación y confianza.

A los pacientes por su voluntad, fortaleza y amor a la vida.

## Índice.

Resumen.....	0
Introducción.....	1

### PRIMER AÑO DE RESIDENCIA. INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN. SERVICIO DE TUMORES ÓSEOS.

Características de la sede.....	3
Servicios que ofrece.....	4
Ubicación del residente de Medicina Conductual en el servicio de Tumores óseos.....	4
Organigrama del servicio de Tumores óseos.....	6
Actividades profesionales desarrolladas en la sede.....	7

### PROTOCOLO

#### **Evaluación del manejo de información a pacientes amputados por cáncer**

Introducción.....	11
El cáncer.....	11
Tumores de huesos y cartílagos.....	12
Las emociones frente al cáncer y la amputación de una extremidad.....	13
La importancia de la comunicación médico-paciente.....	15
Planteamiento del problema.....	18
Pregunta de investigación.....	19
Objetivos.....	19
Hipótesis de trabajo.....	19
Definición conceptual y operacional de las variables.....	20
Método.....	21
Material e instrumentos.....	22
Procedimiento.....	23
Resultados.....	23
Actividades académicas dentro de la sede.....	25
Asistencia a eventos académicos.....	26
Competencias profesionales alcanzadas.....	27
Caso clínico primer año de residencia.....	28

### SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA. INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA. CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS

Características de la sede.....	34
Servicios que ofrece.....	34
Ubicación del residente de Medicina Conductual en la clínica del dolor y CP.....	35
Organigrama del servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.....	36
Actividades profesionales desarrolladas en la sede.....	37
Actividades académicas dentro de la sede.....	39
Asistencia a eventos académicos.....	41

## PROTOCOLO

### **Necesidad de un equipo interdisciplinario para el manejo del dolor. Prevalencia y severidad de dolor, síntomas asociados y preocupaciones en pacientes con cáncer**

Introducción.....	43
Cáncer y dolor.....	43
Síntomas asociados.....	45
Aspectos psicológicos del dolor.....	46
El umbral doloroso.....	47
Planteamiento del problema.....	50
Pregunta de investigación.....	52
Objetivos.....	52
Hipótesis de trabajo.....	52
Definición conceptual y operacional de las variables.....	52
Método.....	55
Material e instrumentos.....	55
Procedimiento.....	56
Análisis.....	57
Resultados .....	58
Discusión.....	67
Propuesta de tratamiento para los pacientes con dolor.....	70
Competencias profesionales alcanzadas.....	73
Caso clínico segundo año de residencia.....	75
Anexo 1.....	80
Anexo 2.....	88
Bibliografía.....	95

## **INTRODUCCIÓN.**

Desde hace más de 20 años se han producido cambios en el mundo de la salud. Uno de los más importantes fue el manifiesto aprobado por la Organización Mundial de la Salud en 1978 en el que se proclamaba el derecho a la salud más allá de la simple ausencia de enfermedad (Fernández, 1993).

Hoy día se puede constatar que las ideas sobre la salud y la enfermedad, la información y el grado de conocimiento del público han incrementado enormemente, así como el grado de exigencia de calidad en la atención. Desde el punto de vista de los profesionales, se debe reconocer que se ha integrado a los psicólogos, los biólogos, los fisioterapeutas, los farmacólogos y los trabajadores sociales en la atención de los procesos de salud enfermedad. Estamos cada vez más lejos del médico paternalista sobre el que recaía todo el peso de la atención.

Se ha pasado de ver a la salud como ausencia de enfermedad a la salud como un estado de bienestar que incluye el equilibrio psicológico y la inserción social. Se busca conservar la salud pero también se habla de mejorarla y no exclusivamente como una cuestión médico-biológica.

Otro cambio importante en el concepto de salud es el énfasis en la prevención. Los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes o cáncer comienzan a ser claramente identificados. Las enfermedades son hechos orgánicos, pero se reconoce que también dependen de las cosas que hagamos, de nuestra conducta. En definitiva, no se puede mantener y mejorar la salud sin contar con la implicación activa de las personas en la tarea de mantenerla, evitando las conductas de riesgo y realizando conductas saludables o preventivas. En este contexto los avances biomédicos no podrán ser lo suficientemente efectivos, mientras no progrese también, y en el mismo grado, en los conocimientos psicológicos sobre la conducta de las personas que afectan a la salud, desde los hábitos, hasta las pautas de automedicación o la comprensión y el seguimiento de las indicaciones médicas.

Pero aunque la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad han dominado la disciplina de la psicología de la salud también existe un amplio campo de trabajo en la intervención clínica durante el proceso de enfermedad ya que es importante ayudar a pacientes y familiares a adaptarse a la realidad del padecimiento, a fin de mejorar su vivencia del proceso. Esto se aplica principalmente en el caso de las enfermedades crónicas, cada vez más frecuentes.

Así pues los problemas de salud y enfermedad están íntimamente relacionados a factores físicos y psicológicos, cognitivos y conductuales, emocionales y motivacionales. Producto de la historia individual, el contexto cultural, socio-económico y político de cada individuo e influyen en el proceso del enfermar humano, en la prevención de los trastornos y enfermedades y en el mantenimiento de un nivel óptimo de salud.

La Medicina Conductual y la Psicología de la Salud son disciplinas que aparecieron al principio de los años ochenta con el objetivo de desarrollar la integración de los principios básicos de las ciencias de la conducta, las biomédicas y la intervención interdisciplinaria para promover la incorporación de los principios, conocimientos y técnicas de las ciencias de la conducta en el sistema de atención a la salud (Fernández, 1993). Tanto la Medicina Conductual como la Psicología de la salud pretenden, por lo tanto explicar las enfermedades y contribuir a curarlas considerando el proceso de salud-enfermedad como un proceso integral biológico, psicológico y social.

Con esta visión se integra a alumnos de postgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM, más específicamente, de la Maestría en Medicina Conductual dentro de instituciones médicas dando la oportunidad de que los que ahí ejercen conozcan lo que ofrece la Psicología en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas.

## **PRIMER AÑO DE RESIDENCIA.**

### **INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN - INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA.**

#### **SERVICIO DE TUMORES ÓSEOS.**

#### **CARACTERÍSTICAS DE LA SEDE.**

##### **Ubicación:**

El Instituto Nacional de Rehabilitación se encuentra en Calzada México Xochimilco No. 289, Colonia Arenal de Guadalupe, Delegación Tlalpan, C.P. 14389.

Se puede llegar a él mediante la Línea 2 del metro: Cuatro Caminos-Taxqueña. En la Estación Taxqueña transbordar hacia el Tren Ligero y bajarse en la Estación Xomali.

Por Periférico: a) Microbús: Cuemanco-Canal de Chalco/Tacubaya., b) Camión Colectivo: Metro CU-Santa Martha., c) Ruta 100: Metro Constitución de 1917-Toreo.

Por Tlalpan: a) Microbús: Izazaga, Huipulco-Xochimilco, b) Microbús: Izazaga-La Noria, Santiago, c) Ruta 100: Izazaga-Santiago, d) Camión Colectivo: Taxqueña-Reclusorio Sur.

También cuenta con Transporte adaptado para personas con discapacidad, la ruta es Xochimilco-República del Salvador, el horario es de 07:00 a 21:00 hrs, y no tiene costo para personas discapacitadas.

El Instituto Nacional de Rehabilitación es una institución de Tercer Nivel, es la culminación del esfuerzo que desde 1973, inició la Secretaría de Salud y Asistencia y el Gobierno de la República Mexicana, a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), para ofrecer a la población en general (niños, jóvenes, adultos y tercera edad), una Institución que les asegure obtener soluciones eficaces, ante las diferentes discapacidades que afectan a la población de todo el país y para ello ha sumado esfuerzos humanos, materiales y financieros de los Institutos de Medicina de Rehabilitación, Comunicación Humana y Ortopedia.

## **Servicios que ofrece:**

**Comunicación Humana:** Audiología, Neuropsicología infantil y adultos, Foniatría, Medicina Interna (Pediatría, Neuropediatría, Genética, Oftalmología, Otorrinolaringología, Cirugía reconstructiva y Cirugía oncológica), Cirugía plástica y Reconstructiva, Otoneurología, Neurofisiología, Psicología de la Comunicación Humana, Terapia del lenguaje, Terapia de aprendizaje, Terapia de voz y Terapia de audición.

**Medicina de Rehabilitación:** Rehabilitación de amputados, Rehabilitación cardiaca, Rehabilitación de columna, Rehabilitación del deporte, Rehabilitación de Enfermedad Vascul ar Cerebral EVC y Traumatismo Craneoencefálico TCE, Rehabilitación geriátrica, Rehabilitación laboral e integral, Rehabilitación de lenguaje, Rehabilitación de lesión medular, Rehabilitación osteoarticular, Rehabilitación respiratoria, Clínica de distrofias musculares, Clínica de osteoporosis, Electromiografía y Potenciales evocados, Malformaciones congénitas, Neurología, Parálisis cerebral infantil y estimulación temprana, Prótesis y órtesis, Terapia física, Terapia ocupacional.

**Medicina del deporte:** Acondicionamiento físico, Farmacología del deporte, Psicología del deporte, Valoración y asesoría nutricional.

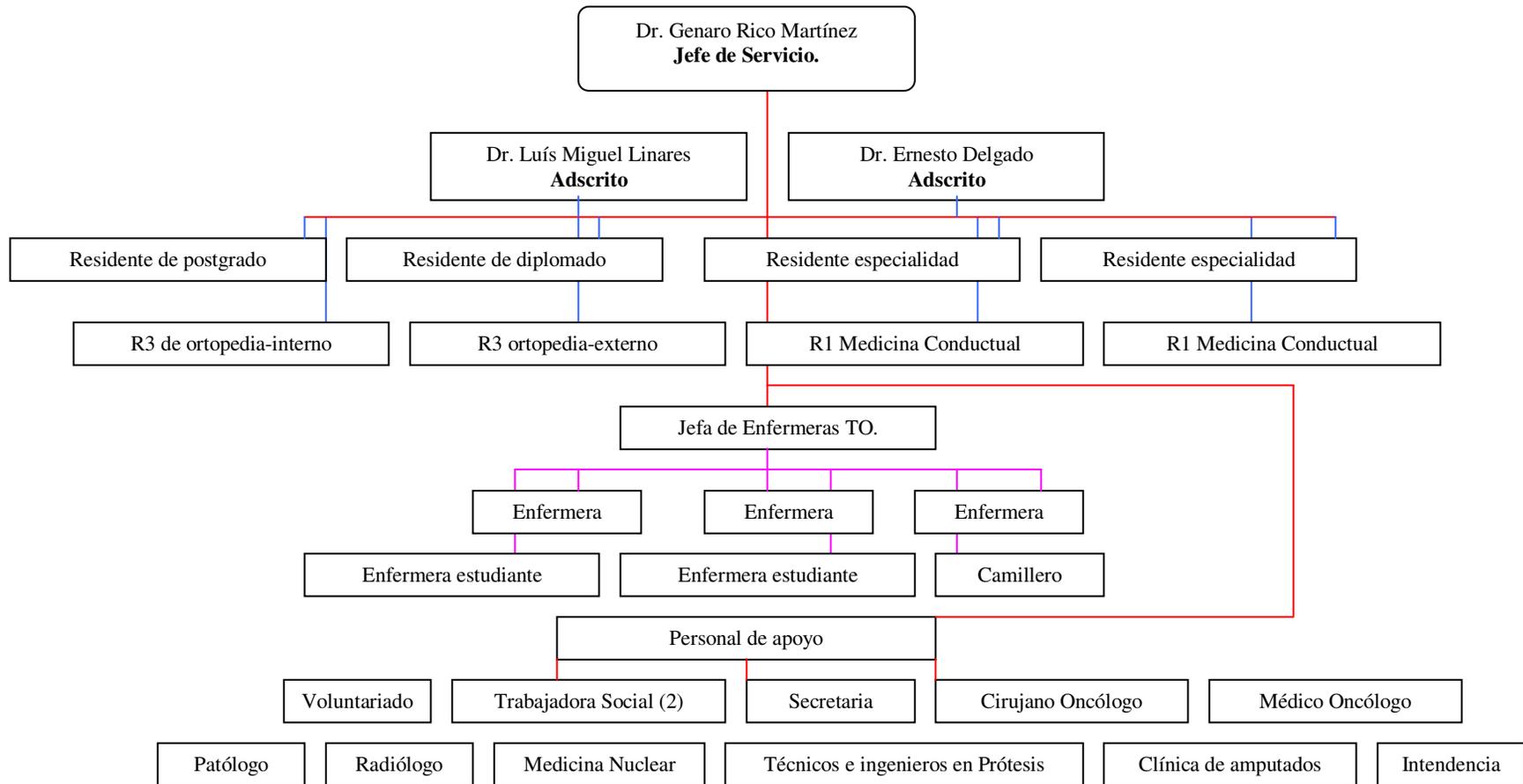
**Ortopedia:** Cirugía de mano, Cirugía de columna, Deformidades neuromusculares, Infecciones óseas, Ortopedia del deporte y artroscopia, Ortopedia pediátrica, Reconstrucción articular, Reumatología, Tumores óseos, Traumatología, Unidad de cuidados intensivos, Urgencias.

## **Servicio de Tumores Óseos: Ubicación del residente de Medicina Conductual**

El Servicio de Tumores óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación es un servicio de alta especialidad, su función es tratar pacientes portadores de neoplasias neuromusculoesqueléticas benignas y malignas localizadas en extremidades y pelvis de ambos sexos y de cualquier edad. Dentro de la atención que ofrece se encuentra la resección y reconstrucción del segmento afectado y quimioterapia. El equipo que forma parte de este servicio presta especial atención a la investigación de nuevos métodos

terapéuticos para el tratamiento de las neoplasias, el desarrollo de prótesis, y la formación de recursos humanos de alta especialidad, consulta externa y cirugía oncológica.

### Organigrama 1. Servicio de tumores óseos



NOTA: En este servicio no se contó con supervisor in situ para el residente de Medicina Conductual

## **ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LA SEDE.**

El Servicio de Tumores óseos no contaba con la participación de psicólogos en su equipo de trabajo, El apoyo emocional de los pacientes solía realizarse a través de interconsultas con el servicio de Psiquiatría del área de Rehabilitación. Sin embargo el alta demanda de este servicio en el Hospital, dificultaba el seguimiento de los pacientes.

Había poca experiencia de los médicos de Tumores Óseos con el trabajo del psicólogo en el ámbito hospitalario, existían dudas e incertidumbre sobre lo que el psicólogo podía ofrecer a su servicio. Los médicos expresaron la necesidad de manejar la ansiedad que presentaban los pacientes ante los procedimientos quirúrgicos y la transmisión de malas noticias, así como la necesidad de apoyo a los familiares de los niños y adolescentes que se atendían en el servicio.

El Jefe de Servicio solicitó que el psicólogo participara, acompañando al médico, en la consulta externa, dentro del área de hospitalización y en el quirófano mientras se intervenía al paciente; además de la participación en actividades académicas programadas por el servicio y el Instituto.

El área de tumores óseos es un servicio con una alta demanda de pacientes, pero con capacidad de atención para una población limitada debido a la falta de camas y espacios físicos (10 camas y un consultorio). Los enfermos por lo general guardan largas estancias en el área de hospitalización lo que facilita una estrecha relación entre pacientes y equipo médico, Esto generaba un ambiente de familiaridad pero al mismo tiempo facilitaba una actitud de paternalismo que dificultaba la transmisión de malas noticias o expectativas realistas a los pacientes.

En este contexto, la primer tarea fue sensibilizar a los médicos del servicio sobre la participación del psicólogo como una herramienta de apoyo dentro del equipo de trabajo, para ello se elaboraron presentaciones en Power Point de 30 min. que se incluyeron dentro del programa de sesiones académicas del servicio.

Se presentaron los siguientes temas:

*Contexto General del Ejercicio Profesional del Psicólogo:* en el que se expusieron las bases de la Medicina Conductual y las técnicas que ofrece en el cuidado y manejo de los pacientes con enfermedad médica crónica.

*Aspectos Psicosociales del paciente con cáncer:* en el que se presentaron los elementos comunes del paciente con enfermedad crónica y las reacciones emocionales presentes en las diversas fases que enfrenta (prediagnóstica, diagnóstica, tratamiento, seguimiento, recurrencia y paliativa o terminal).

En estas dos sesiones se motivó la participación de los médicos para la expresión de sus opiniones, dudas y preocupaciones con respecto al manejo de sus pacientes. Se generó interés y polémica con respecto a mencionar la palabra cáncer frente al paciente, los pros y contras de manejar claramente la información acerca de la enfermedad y los tratamientos, la posibilidad de la amputación como tratamiento radical, la posibilidad de suicidio, que argumentaban los médicos, era su principal temor y razón para no informar al paciente sobre el diagnóstico y el pronóstico.

### **Resultados de la sesión académica:**

#### **Decir o no decir la verdad**

Existe tendencia a polarizarse en torno a dos posiciones acerca del manejo de la información hacia el paciente: la que mantiene que comunicar el diagnóstico y pronóstico es una inútil crueldad, y la que defiende una relación basada en la franqueza y la transparencia.

A continuación se enumeran las razones de una y otra posición:

#### **RAZONES PARA NO INFORMAR.**

- Decirle constituye una crueldad inútil.
- Diagnóstico y Pronóstico no siempre son exactos.

- El choque de la comunicación de una enfermedad mortal puede desmoralizarlo = depresión.
- Casos esporádicos de suicidio por la desesperación.

#### RAZONES PARA INFORMAR

- No decirle instaura un clima de hipocresía doloroso para el paciente y los familiares.
- El paciente siempre tiene el presentimiento de que hay malas noticias y se siente abandonado en el momento más difícil.
- Se anula la posibilidad de elaborar su propia angustia comunicándosela a alguien.
- El sufrimiento moral (soledad, aislamiento, etc.) es mayor que el físico.

Existen otros aspectos y consideraciones que debemos tomar en cuenta:

*Ético:* el derecho a la verdad es un derecho fundamental de la persona y expresión del respeto que le debemos.

Negando la verdad al enfermo se le impide tomar decisiones importantes (legales, económicas y humanas).

No es posible la autonomía sin información. La información adecuada proporciona al paciente un mínimo control y dominio sobre ellos mismos y su situación.

El resultado de esta discusión dio pie a nuevas sesiones en las que se abordaron los trastornos psicológicos y psiquiátricos del paciente amputado por cáncer y cómo dar malas noticias en medicina. Esta última sesión se vio reforzada con la intervención del psicólogo en la consulta externa, la tarea consistió en acompañar al médico durante la consulta ofreciendo apoyo y contención al paciente y su familia frente a la información diagnóstica y de tratamiento, así como retroalimentando y sensibilizando al médico en el reconocimiento de las respuestas emocionales de sus pacientes. Los médicos reportaron verbalmente sentirse más tranquilos y confiados para compartir el diagnóstico con el paciente y sus familiares.

En entrevista con pacientes se identificó que efectivamente la mayoría de ellos tenían incertidumbre acerca de la enfermedad y sus tratamientos.

Por esta razón se propuso un protocolo que permitiera la **Evaluación del Manejo de información a pacientes amputados por cáncer**

## **PROTOCOLO: EVALUACIÓN DEL MANEJO DE INFORMACIÓN A PACIENTES AMPUTADOS POR CÁNCER**

### **Introducción.**

La atención médica de los pacientes ha cambiado en el transcurso del tiempo, si bien antes se veía al médico con total autoridad sobre un paciente que asumía pasivamente lo que se le indicaba, hoy en día se privilegia la autonomía y los derechos del paciente. En la actualidad cada vez es más común y necesario que médico y enfermo dialoguen y lleguen a acuerdos sobre lo que se llevará a cabo en la búsqueda de la mejoría.

Esto implica un proceso de comunicación, un tanto difícil si se toma en cuenta que con el aumento tecnológico de las opciones terapéuticas, el médico corre el riesgo de prestar poca atención al impacto que tiene la palabra (comunicación verbal), sus manos (comunicación no verbal) y su humanidad (empatía) en su relación con el enfermo, disminuyendo así su capacidad para sanar o aliviar.

Un paciente debe tener la oportunidad de ser preparado para la cirugía, así como para sus secuelas a corto y largo plazo. Debe ser estimulado a compartir sus dudas o temores.

La presente investigación busca resaltar la importancia del proceso de informar y su relevancia en el afrontamiento que tengan los pacientes frente a los tratamientos y sus secuelas.

### **El Cáncer.**

El cáncer no era considerado como una enfermedad común a mediados del siglo pasado. Hoy en día, sin embargo, a pesar de que cada vez se conoce más sobre la forma de prevenir y tratar el cáncer, cada año aumenta el número de personas que lo padecen, de tal manera que durante los últimos años, los principales factores que han contribuido a su incremento son: aumento en la proporción de personas de mayor edad en el mundo, decremento de las defunciones por enfermedades transmisibles, reducción de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en algunos países, y la creciente incidencia de ciertas formas de cáncer, en particular el cáncer de pulmón resultante del consumo de tabaco (Registro Hospitalario de Cáncer. Compendio de Cáncer 2000-2004).

En la actualidad el 12.5% del total de causas de muerte se atribuye al cáncer, porcentaje que supera al total de muertes debidas al SIDA, la tuberculosis y la malaria consideradas conjuntamente (Registro Hospitalario de Cáncer. Compendio de Cáncer 2000-2004).

Para el año 2002 a nivel mundial, se estimó que hubo 10.9 millones de nuevos casos de neoplasias malignas, 6.7 millones de muertes, y 24.6 millones de personas que padecen algún tipo de cáncer. Si la tendencia continúa como hasta ahora, en el año 2020 habrá 16 millones de personas con cáncer, de las cuales dos terceras partes vivirán en países industrializados (Registro Hospitalario de Cáncer. Compendio de Cáncer 2000-2004).

En México, el cáncer es una de las enfermedades que han irrumpido con mayor ímpetu desde fines del siglo XX, según cifras del Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas para el año 2001 se registraron 108 064 tumores malignos, de los cuales el 35 % afectaron a hombres y 65% a las mujeres. Las neoplasias que se presentaron con mayor frecuencia fueron: piel (13%), cérvico-uterino in situ (13%), mama (11%), próstata (6%) y estómago (3%). En el hombre, la mayor ocurrencia se presentó en el cáncer de piel (17%), próstata (17%), estómago (5%), vejiga y linfomas (4%). En mujeres: cérvico-uterino in situ (20%), mama (17%) y tumor del cuello del útero, piel (11%) y ovario (4%).

### **Tumores de huesos y cartílagos.**

Estos tumores representan sólo .64% del total de neoplasias malignas, pero comprenden una amplia variedad de lesiones entre las que se encuentran: carcinoma de células gigantes y células fusiformes, carcinoma de células gigantes, adenocarcinoma, sarcoma de células gigantes, sarcoma fusocelular, sarcoma epitelioides, liposarcoma, sarcoma sinovial, hemangioendotelioma maligno, osteosarcoma, osteosarcoma condroblástico, osteosarcoma fibroblástico, osteosarcoma telangiectásico, osteosarcoma parosteal, osteosarcoma yustacortical, osteoblastoma, condrosarcoma, condroblastoma maligno, condrosarcoma mixoide, tumor maligno de células gigantes del hueso, sarcoma de swing, tumor odontogénico maligno, tumor neuroectodérmico primitivo, sarcoma alveolar de partes blandas.

En México, entre el 2000 y 2004, estos tumores representaron el 1.6% con 304 casos diagnosticados. En cuanto a su frecuencia por edad y sexo, en el hombre ocupó el segundo lugar en los grupos de menores de 19 y de 20 a 29 años, en las mujeres el tercero y octavo en los mismos grupos de edad respectivamente. Morfológicamente las neoplasias que predominaron fueron el osteosarcoma, el sarcoma alveolar de partes blandas y el osteoblastoma (Registro Hospitalario de Cáncer. Compendio de Cáncer 2000-2004).

El tratamiento exitoso de estos tumores requiere un enfoque interdisciplinario en el que participan el cirujano oncólogo, el cirujano ortopedista, el oncólogo médico, el patólogo, el fisioterapeuta, el psicólogo y el trabajador social.

El tratamiento médico debe considerar el control local y el control de la enfermedad sistémica, tratando en lo posible de preservar la función y la estética. En el caso de la cirugía, esta consiste en una escisión tridimensional que puede obtenerse por algún procedimiento conservador, sin embargo, en la mayoría de los casos, por el avance de la enfermedad, mediante amputación.

### **Las emociones frente al cáncer y la amputación de una extremidad.**

La presencia de una enfermedad crónico degenerativa produce una situación estresante, tanto física como psicológica. En el caso del cáncer, el paciente a menudo se ve enfrentando dolor, desfiguramiento, tratamientos agresivos y hasta muerte.

Se ha identificado que aproximadamente un 50% de los pacientes con cáncer presentan reacciones adaptativas normales ante el diagnóstico (Derogatis, Morrow, Fetting, et al., 1983), (Silberfard, Maurer, Crouthamel, 1980). Sin embargo estas reacciones pueden llegar a constituirse como trastornos psicológicos. Es frecuente la sintomatología ansiosa, muchas veces asociada a las alteraciones en la imagen corporal (Jacobs, Bovasso, 2000).

El impacto psico-social que ocasione el proceso de enfermedad estará determinado por aspectos médicos como: el tipo de cáncer, localización, estadio, tratamiento y efectos secundarios; aspectos propios del paciente: personalidad, edad, etapa desarrollo, género, nivel socio-cultural, creencias religiosas; así como por su interacción social: redes de apoyo y relación médico-paciente.

Los tratamientos oncológicos pueden provocar alteraciones psicológicas, por ejemplo los pacientes sometidos a cirugía suelen presentar miedo a la pérdida de miembros y órganos, a la deformación del cuerpo, a morir durante el proceso quirúrgico, a no resistir la anestesia y miedo al estigma social (Silberfard, Maurer, Crouthamel, 1980). Jacobsen y Holland (1989) explican que para algunos pacientes la cirugía es tolerada pues se considera al hecho de cortar y remover órganos y tejidos como el más permanente y completo de los tratamientos, en contraste con la quimioterapia y la radioterapia.

De acuerdo con Kessler (en Murray Parkes, 1975) las emociones que la mayoría de las personas sienten cuando se les dice que perderán una extremidad pueden ser comparadas con las emociones que surgen por la pérdida de un ser querido. Maguire (1998) hace referencia a varios estudios que muestran que la intensidad del distrés está relacionado con el grado en que los pacientes sienten que las pérdidas causadas por la enfermedad los hacen diferentes de los otros.

Depresión, ansiedad, resentimiento, enojo, miedo, desesperanza, vulnerabilidad, así como pérdida de la integridad corporal han sido descritos en el paciente amputado (Brown, 1990, Caine, 1973, Olson, 2002; en Wain, Cozza, Grammer, Oleshansky, Cotter, Owens, et al., 2004). Algunos pacientes llegan al extremo de cubrir los espejos, vestirse y desvestirse en la oscuridad o disminuir el tiempo que pasan en la ducha. Estas actividades reflejan un estilo de afrontamiento evasivo (Maguire, 1998). Los cambios en la imagen corporal o la sensación de miembro fantasma pueden complicar las relaciones interpersonales y por consecuencia facilitar el desarrollo de problemas en el ajuste sexual (Hanna, 1996). Estas preocupaciones son particularmente entendibles dado que la mayoría de los pacientes amputados son jóvenes y aún no han establecido relaciones estables a largo plazo. Así

mismo vivimos en una sociedad donde el papel de la juventud, salud y riqueza ocupan el lugar de honor, anunciar a alguien que está enfermo equivale de alguna manera, a informarle de la disminución o pérdida de su valor social.

Por otra parte, el paciente amputado sufre, la mayoría de las veces, de una importante presión social, se espera de él una especie de “actitud de valentía” y “mira hacía el lado positivo”. Incluso se le hace sentir que cualquier expresión emocional “negativa” puede dañar a otros pacientes. Después de la cirugía nadie habla de la extremidad perdida, ni tampoco se le permite disponer de ella, impidiendo así cualquier tipo de ritual de despedida. Murray (1975) en un estudio con 46 pacientes amputados encontró que alrededor del 50% preguntaba sobre lo que había ocurrido con su extremidad, una tercera parte dijo que le hubiera gustado hacerse cargo de ella.

El cuidado activo de estos pacientes requiere que estas respuestas emocionales sean anticipadas y atendidas por los responsables del cuidado, incluyendo el equipo médico y la familia. Sin embargo no debe perderse de vista que aunque las consecuencias psicológicas de una cirugía mutilante pueden ser severas, necesitan evaluarse frente a la ansiedad que los pacientes pueden experimentar si el cáncer no ha sido completamente extirpado.

### **La importancia de la comunicación en la relación médico paciente.**

Consejería e información antes de la cirugía, así como apoyo emocional, y la oportunidad de discutir posibles problemas de manera anticipada, reduce la prevalencia de alteraciones emocionales (Maguire, Tait, Brooke, Thomas, Sellwood, 1981).

Los pacientes que serán amputados deben ser advertidos sobre la presencia del síndrome de miembro fantasma, que puede ser doloroso y puede persistir por algún tiempo. Se ha visto que este tipo de apoyo incrementa la probabilidad de que los pacientes afronten efectivamente la pérdida del miembro (Butler, Turkal, Seidl, 1992).

Liénard y cols (2006) hacen referencia a una serie de estudios que demuestran que la comunicación entre el médico y el paciente durante la primera entrevista esta relacionada con el ajuste del paciente a largo plazo.

La transmisión adecuada de información, incluso el uso de videos o material escrito, en algunos casos puede ayudar a reducir la ansiedad (Lobb, Butow, Barrat, 2004), (Schofield, Butow, Thompson, 2003). Una transmisión inadecuada o falta de información, al contrario se ha demostrado, que puede incrementar la ansiedad del enfermo (Hawighorst, Schoenefuss, Fusshoeller, 2004), (Gattellari, Voigt, Butow, 2002).

Proveer de información al paciente puede ser una parte clave en el cuidado del mismo. Una buena comunicación se ha asociado a una buena resolución de los síntomas, mejoría del estatus psicológico, reducción de la analgesia, disminución de la estancia hospitalaria e incremento de la calidad de vida (Egbert, Batitt, Welch, 1964), (Roter, Hall, Kern De, Barrer, Cole, Roca, 1995).

La mayoría de los estudios se han enfocado en los beneficios de una comunicación abierta entre pacientes adultos con enfermedades crónicas. Sin embargo existe menor evidencia en cuanto a pacientes jóvenes. Recientemente la British Medical Association ha desarrollado una guía para informar a pacientes jóvenes. Sin embargo la implementación de estas recomendaciones ha sido complicada (Young, Dixon-Woods, Windridge, Heney, 2003).

Estudios observacionales han mostrado que los pacientes jóvenes suelen ser relegados a una posición “poco participativa” en la consulta (Stewart 1981; Strong 1979; Davis 1982, Van Dulman 1998, Tates 2001, (en Young, Dixon-Woods, Windridge, Heney, 2003). Los padres en la mayoría de los casos se sienten poco capaces para manejar una discusión abierta con sus hijos acerca de la vida y la muerte, y pueden mostrarse renuentes a hablar con ellos sobre la enfermedad y sus riesgos (Barnes 2000, Claflin 1991, en Young, Dixon-Woods, Windridge, Heney, 2003).

Sin embargo mantenerlos en un rol poco participativo puede interferir con la necesidad de hacer sentido de la experiencia de enfermedad y la posibilidad de expresar sus prioridades.

La mayoría de los pacientes con cáncer quieren ser informados sobre su padecimiento (Meredith, Symonds, Webster, Lamont, Pyper, Gillis, 1969). Se ha reconocido que varían en la cantidad y tipo de información que solicitan y que esto puede cambiar durante el proceso de enfermedad. Esto se refleja en los esfuerzos que el paciente hace para obtener información o evitarla cuando se le ofrece (Pinder 1990, en Leydon, Boulton, Moynihan, Jones, Mossman, Boudioni, et al., 2000).

Leydon y cols (2000) en un estudio con 17 pacientes con cáncer encontraron que los pacientes prefieren información básica sobre su diagnóstico, opciones de tratamiento y efectos secundarios. El momento en que solicitan dicha información varía, así como el nivel de detalles y contenido. Observaron que las preferencias para obtener información se relacionaban con las estrategias de afrontamiento y actitud de los pacientes para manejar su cáncer.

Hagerty y cols (2005), en una muestra de 126 pacientes con cáncer metastático, identificaron que los enfermos esperan que el médico adopte una actitud realista, ofrezca la oportunidad de hacer preguntas y aborde al paciente como un individuo cuando se discuta el pronóstico. Prefieren no se aborden temas con respecto a su situación financiera, no se discuta su pronóstico con otro médico presente y se les de información diagnóstica vía telefónica. También expresaron que es alentador para ellos que el médico demuestre estar informado sobre los tratamientos más recientes, conozca a fondo el caso del paciente, ocasionalmente haga uso del sentido del humor, informe que el dolor será controlado, y explique sobre las diferentes opciones de tratamiento.

Entre las conductas del médico que reportaron como desalentadoras estuvieron que el doctor pareciera nervioso o incomodo durante la consulta, que el pronóstico fuera comunicado primero a la familia, el uso de eufemismos, evitar hablar del cáncer y sólo discutir el tratamiento.

Si bien la comunicación con el paciente ha sido un tema debatido en numerosas ocasiones es claro que no es un proceso fácil y requiere de la identificación de diversos factores. Para aquellos que cuidan al paciente, el reto será encontrar la manera de proporcionar información que le sea apropiada y que le permita beneficiarse de un buen manejo de su enfermedad y tratamientos pero que no le lleve a sentirse vulnerable o indefenso o bien a una actitud evasiva frente a la información y cuidados.

La idea general es no adelantar nunca al paciente ni forzarlo. Es fundamental vencer nuestra ansiedad respecto a hacer algo inmediato y a obtener resultados evidentes rápidamente. La empatía y el respeto son los ingredientes indispensables en la atención de del paciente.

### **Planteamiento del problema:**

En diversos estudios se ha planteado que proveer al paciente de información es una parte clave en el cuidado del mismo. Sin embargo existe poca evidencia en cuanto a las necesidades de información en los pacientes jóvenes. Estos suelen ser relegados a una posición poco participativa.

Los pacientes jóvenes se muestran ansiosos y esperan un abordaje empático que ofrezca apoyo emocional para ellos y sus familias. Suelen tener grandes expectativas hacia el equipo de salud, esperan ser informados y tomados en cuenta para la toma de decisiones con respecto a su tratamiento. No se puede negar su derecho a ser informados en un acto de sobreprotección.

El presente trabajo busca resaltar la importancia de la información como un primera paso para la mejora en el cuidado del paciente trabajando sobre el nivel de conocimientos de su padecimiento, tratamientos y secuelas de los mismos, los recursos o esfuerzos que el paciente utiliza para obtenerla y cómo repercute esto en su afrontamiento de la enfermedad su calidad de vida y estado de ánimo.

Con este trabajo se busca proporcionar soporte empírico que permita a pacientes y especialistas proveerse el mejor cuidado y el más propicio tratamiento para el cáncer.

La presente investigación cobra importancia en el marco de una población enferma cada vez más joven a la que no se le puede seguir negando el derecho a ser informado y tener un rol más activo en su atención.

### **Pregunta de investigación.**

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre la enfermedad y los tratamientos que el paciente obtiene en la comunicación con el médico y cómo se relaciona con el ajuste del paciente a largo plazo?

### **Objetivo General.**

Describir y analizar el tipo de información que los pacientes amputados por cáncer manejan y su repercusión en los siguientes indicadores:

- Afrontamiento
- Calidad de vida
- Depresión

### **Objetivos específicos.**

Establecer el tipo de información que el paciente recibe

Establecer el tipo de información que el paciente desea obtener

Establecer el tipo de información que el paciente solicita

Identificar la relación entre el tipo de información con el ajuste del paciente a largo plazo

Identificar la relación entre el tipo de información con los niveles de depresión.

### **Hipótesis de trabajo.**

H1. A mejor manejo de información del paciente mejor capacidad de afrontamiento

H2. A mejor manejo de información del paciente mayor ajuste a largo plazo

H3. A mejor manejo de información del paciente menores niveles de depresión.

### **Definición conceptual y operacional de las variables.**

#### **Variables independientes:**

##### **Atributivas:**

- Sexo: Se refiere al sexo anatómico. Será el que manifieste el entrevistado. Con dos niveles 1) hombre 2) mujer
- Edad: Se refiere al tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento a la fecha de entrevista. Se midió en años.

- **Escolaridad:** Se refiere al grado escolar alcanzado al momento de la entrevista. Se midió en 4 categorías: 1) Primaria, 2) Secundaria, 3) Preparatoria, 4) Profesional.
- **Diagnóstico de cáncer:** Se refiere a la confirmación histopatológica de la presencia de una neoplasia maligna. Se midió con la confirmación del diagnóstico por el expediente médico.
- **Amputación:** Se refiere a la remoción quirúrgica de una extremidad. Se evaluó en términos del nivel y localización en que se haya perdido la extremidad: 1) amputación miembro superior derecho (A.M.S.D), 2) amputación miembro superior izquierdo (A.M.S.I), 3) amputación miembro pélvico derecho (A.M.P.D), 4) amputación miembro pélvico izquierdo (A.M.P.I), 5) desarticulación miembro superior derecho (D.M.S.D), 6) desarticulación miembro superior izquierdo (D.M.S.I), 7) desarticulación miembro pélvico derecho (D.M.P.D), 8) desarticulación miembro pélvico izquierdo (D.M.P.I).

### **Activa**

- **Información:** Se refiere a la transmisión verbal del médico al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y efectos secundarios de los mismos. Será evaluada por el análisis de contenido de lo reportado por el paciente en entrevista semiestructurada (ver anexo 1)

### **Variables dependientes:**

Con dos niveles: al momento del diagnóstico y 3 meses después del tratamiento.

- **Afrontamiento:** Son aquellos intentos que realiza el individuo para manejar situaciones que representan un riesgo para él. Incluye estrategias causales y realistas, así como esfuerzos más motivados y patológicos que puedan presentarse ante peligros reales o imaginarios. Medida con parte de la Escala de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1992).

- Calidad de vida: es el grado en el que el individuo percibe que su vida es buena y satisfactoria (Burckhardt, 1978 en Padilla y Grant, 1985). Incluye las siguientes dimensiones: religiosa, espiritual, cultural, afectiva, social, económica, laboral y física. Medido con la escala desarrollada por Janett Carballido Vieyra (pendiente).
- Depresión: Estado psicológico caracterizado por aflicción, desconfianza, pérdida de interés por el mundo y melancolía persistente, puede acompañarse de llanto, sentimientos de minusvalía y en ocasiones intentos de suicidio. Medido con la escala de Beck.

**Método:**

Tipo de estudio: Estudio de campo

Tipo de investigación: Exploratoria

Tipo de diseño: Pre-experimental (Campbell y Stanley, 1993).

**Participantes:**

Pacientes amputados por cáncer atendidos en el servicio de tumores óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación en la Ciudad de México.

Muestreo de tipo accidental.

***Criterios de inclusión:***

- Pacientes que supieran leer y escribir
- Pacientes tratados en el Servicio de Tumores Óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación

***Criterios de exclusión.***

- Pacientes amputados por razones no oncológicas

- Pacientes que no supieran leer y escribir
- Pacientes con trastornos psiquiátricos

**Escenario:** Área de hospitalización Servicio de Tumores Óseos.

**Resultados.**

Se realizó piloteo del paquete de 3 instrumentos, participaron de manera voluntaria 25 pacientes de la consulta externa de la clínica de amputados. Se hicieron correcciones de acuerdo a lo sugerido por los pacientes, todas las correcciones tuvieron que ver con la redacción de los reactivos. (VER ANEXO)

Dado el tiempo que se requirió para la autorización del protocolo y que los pacientes que se ingresaron al servicio fueron los mismos que participaron en el piloteo, este estudio no se concluyó. Se acordó que futuras generaciones de la maestría en Medicina Conductual continuarían con las evaluaciones.

### **Actividades académicas dentro de la sede.**

- **Paso de visita hospitalaria:** Todos los días a las 8:00 AM se reúne el equipo de atención (médicos adscritos, residentes, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y rehabilitadores) para realizar una revisión general de cada paciente que se encuentra hospitalizado. La intervención del psicólogo fue constante ya que se reforzó el que los médicos mejoraran sus habilidades de relación con el paciente. Así mismo se instauró como el punto de contacto para que el paciente manifestara su deseo de conversar con el médico expresando sus dudas con respecto a la enfermedad y/o sus tratamientos.
- **Día académico del Servicio de Tumores Óseos:** Este se desarrolla todos los martes a partir de las diez de la mañana. Se exponen temas relacionados con las diferentes neoplasias malignas que se atienden en el servicio (su etiología, incidencia, prevalencia, detección y tratamiento); así como la exposición de casos para su evaluación y diagnóstico o bien para la valoración de resultados y evolución. Fue dentro de estas sesiones que se nos dio espacio para presentar temas relacionados con la Medicina Conductual y su campo de acción.
- **Sesión General del Instituto Nacional de Ortopedia:** Se desarrolla dos días a la semana: jueves y viernes de 8:30 a 9:30 AM. Los jueves se presentan temas y/o revisiones bibliográficas. El tema va de acuerdo con el servicio que presente (columna, mano, deformidades óseas, rehabilitación, tumores, etc.). Los viernes la sesión consiste en la presentación de un caso clínico en donde se exhorta la participación de los residentes de ortopedia para el diagnóstico, evaluación y planteamiento de un tratamiento.

### **Otras actividades profesionales:**

- **Interconsultas:** a los servicios de mano, columna, deformidades óseas y reumatología, para manejo de ansiedad, depresión, entrenamiento en estrategias de afrontamiento, cambios en el estilo de vida, evaluación de factores sociales y

ambientales que interferían con el proceso de atención del paciente y apoyo a familiares.

- **Intervención con pacientes en área de preanestesia, quirófano y recuperación:** para el manejo de ansiedad preoperatoria, intervención en crisis, relajación y manejo cognitivo-conductual del dolor.
- **Asistencia a eventos académicos:**

Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C.: “FORMACIÓN PROFESIONAL EN PSICOONCOLOGÍA (VÍNCULO UNIVERSIDAD-HOSPITAL)”, 26 de febrero de 2003.

Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C.: Coordinando la presentación del tema: “APLICACIÓN DE UN PROGRAMA CONDUCTUAL DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON CÁNCER”, 25 de junio de 2003.

“Segundo Congreso Nacional de Psicooncología”, 2003: INCAN, coordinando la mesa: “LOS NIÑOS ANTE LA MUERTE”, 27 al 30 de agosto del 2003.

“Curso de Tumores Musculoesqueléticos”, CNR, participando como ponente con el tema: “IMPACTO EMOCIONAL EN EL PACIENTE CON CÁNCER”, 7al 9 de octubre de 2003.

“Foro: Cáncer en el Hombre”, Facultad de Psicología – INCAN, como ponente del tema: “UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL EN PACIENTES CON CÁNCER”, 5 de noviembre de 2003.

Curso de Tumores Óseos “Homenaje al Dr. Jesús Cavazos Gómez”, Auditorio “Dr. Manuel Velasco Suárez”, XXXVI Asamblea Nacional de Cirujanos del Hospital Juárez de México, con el tema IMPACTO EMOCIONAL EN EL PACIENTE CON CÁNCER. 25 de febrero de 2004.

## **Competencias profesionales alcanzadas con el desarrollo del programa de intervención.**

- Manejo de fuentes de información.
- Desarrollo y utilización de instrumentos de diagnóstico y evaluación.
- Desarrollo de habilidades para la entrevista clínica y la aplicación de instrumentos en pacientes con cáncer.
- Identificación de necesidades emocionales de los pacientes amputados por cáncer.
- Identificación de las estrategias del paciente para manejar su situación de enfermedad.
- Identificación de factores sociales, económicos y ambientales que podían afectar el curso, tratamiento y recuperación del paciente.
- Conocimiento general de: las neoplasias que afectan el sistema óseo, así como de los procedimientos quirúrgicos más comunes en estos pacientes.
- Apoyo a los médicos y residentes en el reconocimiento de problemas comunes en la práctica: estresores y manejo de malas noticias con el paciente y sus familiares.
- Manejo de ansiedad y estrategias de intervención en crisis.
- Desensibilización sistemática en el manejo de ansiedad prequirúrgica.
- Entrenamiento en técnicas de manejo de ansiedad, depresión, asertividad y habilidades sociales y de afrontamiento.
- Canalización de casos.

## **CASO CLÍNICO: SERVICIO DE TUMORES ÓSEOS.**

Nombre: Miguel

Sexo: Masculino

Edad: 16 años

Ocupación: Campesino

Estado Civil: Soltero

Religión: Católica.

Lugar de Nacimiento: Hidalgo

Lugar de residencia. Hidalgo

Dx: osteosarcoma de miembro torácico derecho.

Tx. Candidato a cirugía radical (desarticulación de MTD)

Fuente de referencia: Médico tratante

Motivo de consulta: Apoyo psicológico previa desarticulación del brazo derecho.

### **Antecedentes:**

El paciente es referido por el médico tratante en el área de hospitalización. Miguel presenta un tumor de gran tamaño en el brazo derecho, es hospitalizado para realizar estudios, se le informa que debe ser operado lo más pronto posible, requiere ser desarticulado. El paciente se niega a la cirugía, el médico teme que Miguel se vaya. Es la segunda vez que Miguel llega al hospital. Hace 6 meses en el área de consulta externa se identificó un tumor más pequeño, se sugirió amputación, Miguel se negó y no regresó a consulta. Actualmente acude por presencia de dolor intenso e inmovilidad.

### **Valoración Subjetiva:**

Manifiesta preocupación, miedo, tristeza, coraje ante la noticia de perder su brazo, acudió a consulta con la esperanza de que lo salvaran. Le preocupa cómo se sentirá después de la operación, cómo podrá continuar su vida si le quitan el brazo, así mismo, la aceptación de parte de su familia, amigos y vecinos. Se ha sentido así desde que supo del cáncer y le habían dicho de la amputación, hizo lo posible por aguantar el dolor y evitar regresar pero era ya inevitable.

**Evaluación objetiva:**

Paciente con edad aparente igual a la cronológica, viste ropa hospitalaria, de complexión delgada, moreno, introvertido, muestra talante bajo, triste, no establece contacto visual, llanto fácil y profuso, se aprecia preocupado, inquieto, ansioso, angustiado, enojado e irritable. En el examen mental: consciente, orientado en las tres esferas sin alteración en sus funciones mentales ni del sensorium. Lenguaje claro y coherente con la emoción. Sin antecedentes de atención psiquiátrica o psicológica previa. Antecedentes de alcoholismo social (1 a 3 copas de cerveza por ocasión sin llegar a la embriaguez).

**Análisis.**

De acuerdo con los criterios establecidos por el DSM-IV- TR, se considera:

Eje I: Trastorno adaptativo mixto crónico (ya que se trata de un estresante con consecuencias permanentes)

Eje II: Sin trastorno.

Eje III: Osteosarcoma de miembro torácico derecho.

Eje IV: Problemas económicos y relativos al ambiente social.

Eje V: 70 (existen síntomas leves o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar, pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas)

Este trastorno consiste en la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable, tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.

Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo:

- 1) Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
- 2) Deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.

Los síntomas no responden a una reacción de duelo

Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias) los síntomas no persisten más de 6 meses.

### ***Intervención***

#### **Objetivos:**

- 1) Manejo de la sintomatología afectiva
- 2) Afrontamiento positivo del procedimiento quirúrgico y sus secuelas a corto y mediano plazo.

#### **Técnicas:**

##### ***1) Psico-educación con los siguientes objetivos:***

- a) Validar las reacciones emocionales comunes frente al diagnóstico de cáncer para ayudar a diferenciarlas de una reacción patológica.
- b) Evaluar el riesgo-beneficio de operarse vs no operarse
- c) Enseñar habilidades de comunicación para facilitar la interacción con el equipo terapéutico lo que le permitiría abordar sus dudas y preocupaciones sobre la cirugía.
- d) Presentación de los servicios de apoyo: (clínica de amputados y rehabilitación) Con el objetivo de ofrecer un panorama más amplio de sus posibilidades posterior a la cirugía.

La psicoeducación se refiere al uso de técnicas y métodos educativos destinados a incrementar las habilidades del paciente y de su familia para afrontar los problemas emocionales derivados de la enfermedad. Esta se puede llevar a cabo: (a) en la intervención directa con el paciente o su familia, (b) a través de material gráfico en el cual se expongan temas relacionados con los aspectos psico-sociales del cáncer; (c) mediante talleres o grupos psicoeducativos que aborden temas psicosociales relacionados con la enfermedad oncológica

## **2) Psicoterapia de apoyo con los siguientes objetivos**

- a) Facilitar la expresión emocional
- b) Incrementar la percepción de recursos
- c) Promover el afrontamiento activo
- d) Manejar la nueva apariencia en su ambiente familiar y social
- e) Contrarrestar actitudes de sobreprotección familiar

Las técnicas psicoterapéuticas buscan modificar modalidades de funcionamiento del paciente y/o su familia, con el fin de favorecer la adaptación a la enfermedad oncológica y/o sus tratamientos y secuelas. Se utilizó:

### **Intervención en crisis**

Ésta es una técnica dirigida a “auxiliar a una persona y/o familia para que puedan afrontar un suceso traumático para que disminuya la probabilidad de efectos negativos y se incremente la posibilidad de crecimiento” (Bellak, 1993). Su objetivo es promover la recuperación del equilibrio emocional (James, y Gilliland, 1991), (Okun, 2001) perdido frente a una situación de crisis.

### **Terapia Cognitivo Conductual**

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones (p. ej. depresión, ansiedad, fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias previas.

Las técnicas terapéuticas utilizadas se sitúan en el marco del modelo cognitivo y se encaminan a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a éstas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y

actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.

Resumiendo, el método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1) controlar los pensamientos automáticos negativos, 2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; 3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; 4) sustituir estas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y 5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

## **Resultados**

- a) Disminución de la sintomatología ansiosa y depresiva.
- b) Disminución de la preocupación y el miedo ante la cirugía: el paciente aclaró sus dudas sobre la operación y pudo evaluar de manera más objetiva los riesgos de no operarse
- c) Afrontamiento activo de la situación:
  - El paciente aceptó la cirugía e inició quimioterapia.
  - Integró su nuevo esquema corporal.
  - Pudo hablar de su cirugía con amigos y familiares
  - El síndrome de miembro fantasma disminuyó significativamente
  - Reinició actividades que pensó perdería como vestirse por sí mismo, amarrarse las agujetas y andar en bicicleta.
- a) Disminución de la tendencia a la sobreprotección: Se trabajó con los miedos y preocupaciones del cuidador primario quien logró reconocer las nuevas capacidades de Miguel.



Miguel después de la cirugía.

Pudo volver a tomar su bicicleta, lo que dudaba antes del tratamiento.

## **SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA**

### **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO.**

#### **CLINICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS.**

##### **Características de la sede.**

El Instituto Nacional de Cancerología se encuentra en Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI Delegación Tlalpan, C.P. 14080 México, D.F.

Se puede llegar usando la Línea 3 Indios Verdes – Universidad, en la estación Universidad tomar Microbús Izazaga-Hospitales.

El Instituto Nacional de Cancerología es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de Salud que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos. Dirige su atención a pacientes no derechohabientes del Seguro Social provenientes de todo el país. Proporciona servicios con un enfoque multidisciplinario en el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, además de funciones asistenciales como centro de enseñanza médica e investigación.

##### **Servicios que ofrece:**

**Consulta Externa:** Mama, Ginecología, Cabeza y Cuello, Piel y partes blandas, Gastro, Urología, Hemato-oncología, Infectología, Transplante de Médula Ósea, Radio-oncología, Oncología Médica, Atención Inmediata.

**Servicios interconsultantes:** Medicina Interna, Psicooncología, Clínica del dolor y cuidados paliativos, Nutrición, Foniatría, Terapia Respiratoria, Medicina Hiperbárica

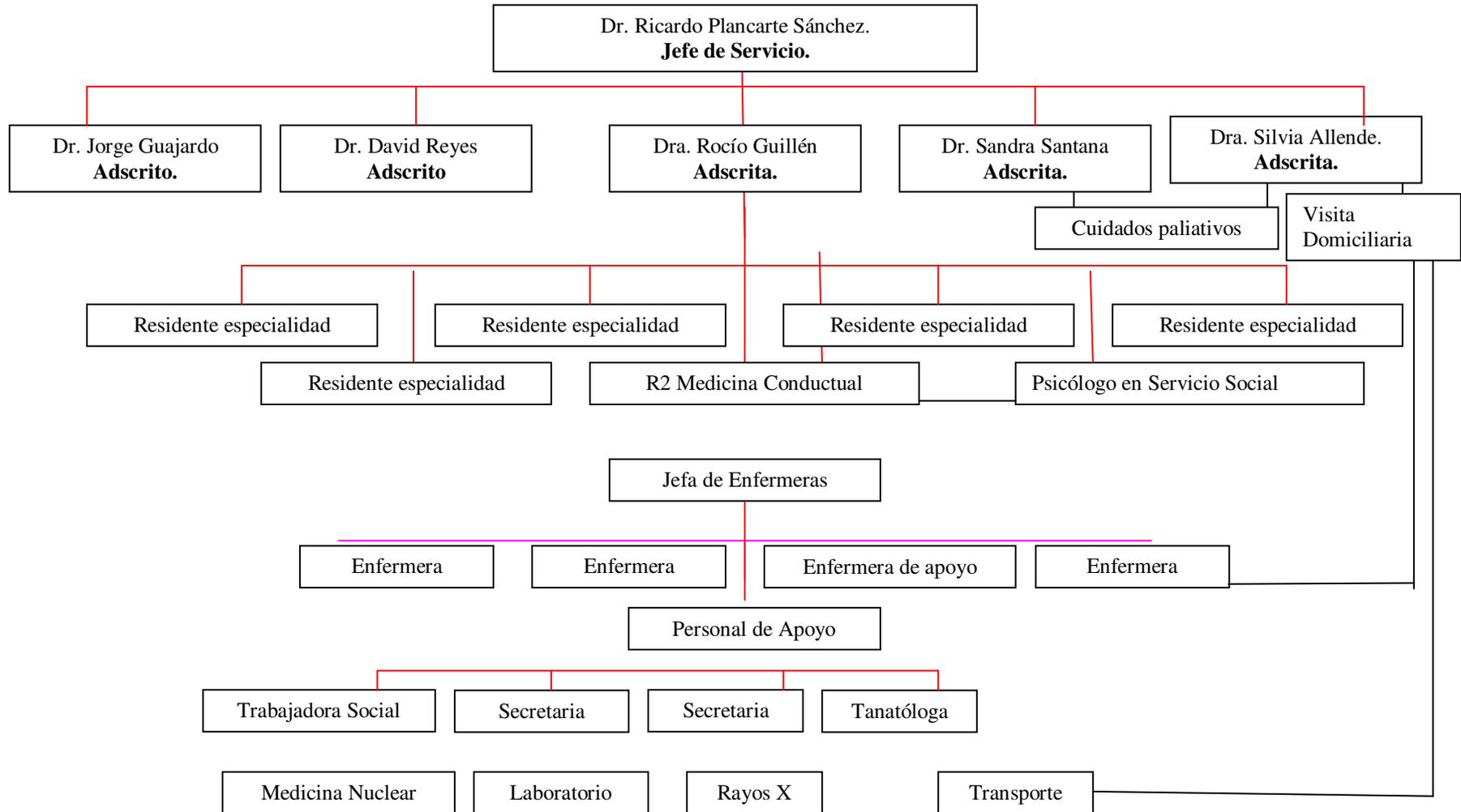
**Servicios de apoyo:** Laboratorio, Rayos X, Medicina Nuclear, Patología, Unidad de cuidados intensivos, Ingeniería biomédica, Trabajo Social, Grupo Reto, Damas Voluntarias.

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

### **Clínica del dolor y Cuidados Paliativos.**

La Clínica del dolor y Cuidados Paliativos del Instituto Nacional de Cancerología se encuentra entre las primeras y más reconocidas dentro del país; Cuenta con un programa académico de especialización en dolor con duración de un año. Está constituido por un grupo de anestesiólogos, paliativistas, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales. Ofrece atención a los diversos tipos de dolor que presentan los pacientes oncológicos secundarios a la enfermedad, la terapia contra el cáncer, procedimientos o debilitamiento. Da atención a pacientes en fase terminal con el respectivo apoyo a sus familias; y cuenta con un equipo interdisciplinario de vista domiciliaria.

## Organigrama 2. Clínica del dolor y Cuidados paliativos



NOTA: El supervisor in situ del Residente en Medicina Conductual es adscrito al Servicio de Psicooncología

**Actividades desarrolladas en la sede  
Instituto Nacional de Cancerología-INCan.**

**Servicio de Clínica del dolor.**

La Clínica del dolor lleva ya buen tiempo contando con la participación de los residentes en Medicina Conductual por lo que identifica perfectamente los beneficios que el psicólogo brinda en la atención del paciente oncológico que presenta dolor como consecuencia de la enfermedad o sus tratamientos, así como del paciente terminal y su familia.

Al integrarme al servicio encuentro que existen tres áreas definidas de trabajo:

Consulta externa.

Hospitalización.

Visita domiciliaria.

El servicio contaba con la participación de un estudiante de Psicología en Servicio Social y un Tanatólogo. El primero estaría a cargo del Residente en Medicina Conductual.

No existían un horario o un programa de atención definidos para el residente en Medicina Conductual ni para el psicólogo en servicio social o el tanatólogo.

La clínica del dolor funciona como un servicio alternativo a la clínica de cuidados paliativos y la visita domiciliaria. Por lo que de alguna manera funcionan como servicios a parte. Por otro lado, dado que el supervisor in situ pertenece a otro servicio (el de Psicooncología) el residente en Medicina Conductual debía cubrir también actividades académicas dentro de este otro servicio.

Se definió que para cada área de atención se tendría siempre un psicólogo que brindara apoyo a los pacientes. Así se estableció el horario siguiente:

<b>Psicólogo</b>	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
Residente en MC	Consulta y Hospitalización	Visita Domiciliaria	Consulta y Hospitalización	Visita Domiciliaria	Consulta y Hospitalización
Servicio Social	Visita Domiciliaria	Consulta y Hospitalización	Visita Domiciliaria	Consulta y Hospitalización	Visita domiciliaria o Consulta y Hospitalización

Se definió que todos los pacientes de hospitalización que recibieran atención de clínica del dolor fueran valorados por el psicólogo.

Para el área de Consulta Externa se valoró y trabajó con aquellos pacientes que por interconsulta del médico tratante, en la Clínica del Dolor, se solicitara el apoyo de Psicología.

Para el área de Visita Domiciliaria ésta siempre contó con el apoyo del psicólogo.

**Consulta externa:** Se atendían pacientes que por interconsulta del médico tratante solicitaban el apoyo del psicólogo. Los principales motivos de interconsulta fueron: atención en crisis, contención frente al afrontamiento de malas noticias, sospecha de somatización, presencia de conductas de dolor reforzadas por ganancias secundarias.

**Hospitalización:** Todo paciente hospitalizado, que recibiera atención de clínica del dolor era visitado por el psicólogo, en la primera entrevista se presentaba el servicio y se establecían componentes de relación. Posteriormente si el paciente reconocía la necesidad de apoyo se revisaban características de su dolor, identificación de ansiedad, depresión, cogniciones y conductas en respuesta al dolor y los tratamientos para el manejo del mismo; finalmente se sugerían estrategias para el autocontrol y manejo del dolor así como el fortalecimiento de la relación médico paciente y su importancia en el adecuado control de los síntomas y la adherencia terapéutica.

**Visita domiciliaria:** Esta se divide en tres áreas de actividad:

- Apoyo al paciente: Apoyo frente al mal pronóstico, atención a las respuestas psicosociales del paciente, acompañamiento y expresión emocional, orientación para la solución de problemas e identificación de prioridades, manejo del duelo anticipatorio.
- Apoyo a la familia: Atención a las respuestas psicosociales de la familia frente al paciente terminal, identificación de respuestas adaptativas y desadaptativas frente a los estresores, identificación y organización de fuentes y redes de apoyo, optimización y ajuste de roles y actividades familiares para el cuidado del enfermo, apoyo al cuidador primario, manejo de la conspiración del silencio y prevención de la claudicación familiar.
- Apoyo al equipo: Atención a las respuestas psicosociales del equipo, identificación de problemas de comunicación con el enfermo o la familia, facilitación de la expresión emocional, identificación de signos de agotamiento físico, psíquico y emocional (síndrome de burnout).

#### **Actividades académicas dentro de la sede.**

- **Paso de visita hospitalaria:** Todos los días a las 8:30 AM se reúne el equipo de atención (médicos adscritos, residentes, psicólogos, enfermeras y/o trabajadoras sociales) para hacer una revisión general de los pacientes hospitalizados. En el paso de visita el psicólogo ofrece un reporte de lo trabajado con cada paciente, si se tratase de un paciente nuevo, los miembros del equipo pueden hacer alguna observación sobre la necesidad de apoyo o motivo de consulta psicológica.
- **Programa académico de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos:** Se desarrolla todos los días de las 7:00 a las 8:00 A.M. Se exponen temas relacionados con las diferentes neoplasias malignas que se atienden dentro del servicio, los

síndromes dolorosos comunes o relacionados y el manejo de los mismos. El residente de Medicina conductual participa en temas como aspectos psicosociales del paciente con cáncer, aspectos psicosociales del paciente con dolor crónico, manejo cognitivo conductual del dolor, comunicación con el paciente y la familia, manejo de malas noticias, identificación y manejo del síndrome de desgaste profesional.

- **Revisión Bibliográfica:** Una vez a la semana. El médico adscrito proporciona un tema, cada residente, incluyendo el de Medicina Conductual, elige un artículo y expone un resumen del mismo. Se realizan sesiones conjuntas con los residentes de Clínica del Dolor del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.
- **Presentación de casos clínicos:** Una vez a la semana para su evaluación y diagnóstico o bien para la valoración de resultados y evolución. El residente en Medicina Conductual complementa la presentación médica del caso con la intervención psicológica que se haya realizado.
- **Programa Académico del Servicio de Psicooncología:** El Servicio de psicooncología cuenta con un programa anual de revisiones bibliográficas y presentación de casos clínicos, martes y jueves de 8:30 a 9:30 respectivamente. El residente de Medicina Conductual, deberá presentar los temas o casos cuando así se le asigne dentro del programa.
- **Sesión General del Instituto Nacional de Cancerología:** Se desarrolla dos días a la semana: miércoles y viernes de 8:30 a 9:30 AM. Los miércoles se presentan temas de interés general y/o experiencias clínicas. El tema va de acuerdo con el servicio que presente (Mama, Ginecología, Cabeza y Cuello, Piel y partes blandas, Gastro, Urología, Hemato-oncología, Infectología, Transplante de Médula Ósea, Radio-oncología, Oncología Médica, Psicooncología, Psiquiatría, etc.). Los viernes la sesión consiste en la presentación de casos clínicos y/o protocolos de investigación.

### **Asistencia a eventos académicos:**

Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C., Sociedad Mexicana de Oncología. Sesión conjunta: “EL ONCÓLOGO Y LA PSICOONCOLOGÍA”, 25 de marzo de 2004.

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, El Colegio Mexicano de Anestesiología, A.C. y la Academia Mexicana de Cirugía, A.C.:” 6° CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN MEDICINA DEL DOLOR Y PALIATIVA”, 03 de junio de 2004.

Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C.: Coordinando el simposio “PACIENTES AMPUTADOS POR CÁNCER”, 24 de junio de 2004.

Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C.: simposio “PACIENTES AMPUTADOS POR CÁNCER”, presentando el tema: “TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS DEL PACIENTE AMPUTADO”, 24 de junio de 2004.

Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C.: simposio “SEXUALIDAD Y CÁNCER”, 29 de julio de 2004.

Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C.: simposio “INSTITUCIONES QUE APOYAN AL PACIENTE CON CÁNCER”, 26 de agosto de 2004.

Reconocimiento de la Sociedad Mexicana de Psicooncología como miembro del Comité Académico de la Mesa Directiva Bienio 2004-2005, 26 de agosto de 2004.

Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C.: simposio “CÁNCER Y SIDA”, presentando el tema: “ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE CON SIDA”, 30 de Septiembre de 2004.

Instituto Nacional de Cancerología, Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, World Institute of Pain: CURSO INTERNACIONAL DEL DOLOR A LA PALIACIÓN, 13-15 de octubre de 2004

Instituto Nacional de Cancerología, Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Mexicana para el Estudio y Tratamiento del Dolor, World Institute of Pain: CURSO INTERNACIONAL DEL DOLOR A LA PALIACIÓN, coordinado el modulo de Tanatología, 13-15 de octubre de 2004

Centro Nacional de Capacitación en Terapia del Dolor México, División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM, La Asociación Mexicana de Algología “Dr. Vicente García Olivera”; “1er CONGRESO HISPANOAMERICANO DE DOLOR Y VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE CLÍNICA DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS” , SIMPOSIUM DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ENFERMERIA Y PSICOLOGÍA. Con la ponencia: “MANEJO OPTIMO DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y LA FAMILIA EN FASE TERMINAL, 21 al 24 de octubre de 2004.

Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C.: simposio “PACIENTE TERMINAL Y CUIDADOS PALIATIVOS”, 25 de noviembre de 2004.

Instituto de seguridad Social del Estado de México y Municipios, ISSEMYM. Ponente en el “II FORO DE ONCOLOGÍA PARA PACIENTES Y FAMILIARES”, 12 y 19 de febrero de 2005.

Instituto Nacional de Cancerología. Curso “BASES PARA EL CUIDADO ENFERMERO” Con el tema: “ASPECTOS EMOCIONALES DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA ONCOLÓGICA”, 23 de febrero de 2005.

Sociedad Mexicana de Psicooncología, A.C.: coordinando el simposio “PROCESO DE SALUD – ENFERMEDAD EN MÉXICO”, 23 de febrero de 2005.

## **PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN SEGUNDO AÑO DE RESIDENCIA**

### **NECESIDAD DE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO PARA EL MANEJO DEL DOLOR.**

### **PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE DOLOR, SÍNTOMAS ASOCIADOS Y PREOCUPACIONES EN PACIENTES CON CÁNCER**

#### **INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA, MÉXICO. D.F.**

#### **Introducción.**

El aumento en el número de muertes por cáncer crea nuevos desafíos para los profesionales de la salud pero ninguno es tan preocupante para los pacientes y sus familias como el dolor por cáncer. Según la OMS (World Health Organization., 1986) al menos 3.5 millones de personas en todo el mundo sufren diariamente de dolor asociado al cáncer. El 38% de los pacientes en todos los estadios experimentan dolor (Foley, 1984) y el 80% de ellos en fase avanzada sufren dolor de moderado a severo (Ahles, Ruckdeschel, Blanchard, 1984).

Para mostrar la necesidad e importancia de manejar en forma integral y especializada a los pacientes con dolor para disminuir su sufrimiento y estrés, el presente estudio busca definir la prevalencia y severidad del dolor, síntomas físicos asociados y preocupaciones psicosociales de una muestra de pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología, México.

#### **Cáncer y dolor.**

Según la IASP (International Association for the Study of Pain) el dolor se define como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño real o potencial de un tejido o descrita en términos de dicho daño (IASP, 1986).

Cuando se habla de dolor oncológico, se habla de dolor crónico, mismo que se debe en un 70-75% de los casos a la infiltración tumoral directa de estructuras, y en el 25-30% a

factores terapéuticos y otras causas no relacionadas con el tumor (Grond, Zech, Diefenbach, Bischoff, 1994).

El dolor en el paciente oncológico puede aumentar con la progresión de la enfermedad, sin embargo es posible reconocer, en estos pacientes, la presencia de dolor en cualquier estadio de la enfermedad. Así pues aunque la intensidad del dolor suele incrementarse en etapas terminales, existen informes de que el 50% de los pacientes sufre dolor en estadios iniciales, 51% en fases intermedias y 74% en etapas avanzadas o terminales. Otros autores reportan prevalencia del dolor de 50 a 75% en etapas iniciales y 90% en fases terminales (Muriel, 1989).

Desde el punto de vista neurofisiológico los diferentes tipos de dolor que pueden presentar los pacientes con cáncer son los siguientes:

1. Dolor somático. Se manifiesta por lesión directa a músculos, tendones, articulaciones, fascias, huesos, etc. Es por lo general bien localizado y se acentúa con los movimientos.
2. Dolor visceral. Se evidencia por lesión directa de todas las vísceras o sus envolturas sobre todo torácicas o abdominales. El paciente lo identifica como difuso y mal localizado, se acompaña de manifestaciones autonómicas como náuseas o vómito.
3. Dolor neuropático. Es secundario a la lesión o disfunción del sistema nervioso central o periférico.
4. Dolor mixto. Es la combinación de varios de los tipos de dolor ya sea somático, visceral o neuropático (Bonica, 1993 In: Merskey, Bodguk, 1994).

En cuanto a la intensidad del dolor, se enseña al paciente a reconocer una medida que represente objetivamente la magnitud del mismo. Para evaluar la intensidad del dolor se utilizan varias escalas entre las que tenemos:

1. Escala de clasificación verbal, que se basa en grados leve, moderado y severo.
2. Escala visual análoga la cual se basa en una línea numerada del 1 al 10 en la que el paciente marca el número al que corresponde su dolor, en donde 0 es nada de dolor, y 10 es el peor dolor imaginable (Grond, 1996).
3. Escala frutal análoga, esta escala incluye dibujos de frutas de menor a mayor tamaño en la cual el paciente escoge el tamaño de la fruta que se asemeja a la intensidad de su dolor (Plancarte, Patt, Allende, et al., 1993).
4. Escalas polimodales. Cuestionario de McGuill en donde se ubica y se marca el tipo del dolor del paciente.

### **Síntomas asociados.**

El dolor y otros síntomas físicos y psicosociales están íntimamente ligados. Con frecuencia médicos y pacientes se concentran en tratar el dolor y olvidan atender los síntomas restantes (Morita, Tsunoda, Inoue, et al., 1999).

La intensidad de los síntomas depende de muchos factores (percepción, significado, ánimo, etc.). En general se puede afirmar que al menos un tercio de los pacientes manifiesta síntomas intensos de larga evolución, y que requieren intervenciones terapéuticas tenaces y esmeradas (Edmonds, Sttutaford, Penny, et al., 1998).

En el paciente oncológico, la frecuencia de diferentes síntomas oscila entre tres y diez, y se pueden presentar en forma simultánea. La mayor prevalencia sintomática integra el llamado “síndrome de desgaste sistémico” el cual está constituido por síntomas como debilidad, anorexia, pérdida de peso, náusea, vómito, diarrea y/o estreñimiento, trastornos del sueño, disnea, etc.

Es necesario llamar la atención no sólo sobre los síntomas físicos sino también sobre el buen número de problemas psicológicos, económicos y sociales que se encuentran en el entorno del paciente y la enfermedad que padece.

El control de síntomas como la anemia, anorexia-caquexia, dolor y trastornos psicológicos, así como el tratamiento precoz de las complicaciones causadas por la quimioterapia y radioterapia aumentan la calidad de vida del paciente. El profesional no debe esperar los últimos momentos de la enfermedad para reconocer estos síntomas y aplicar las medidas necesarias destinadas a su mejoría (Camps, Martínez, 2002).

### **Aspectos psicológicos del dolor**

En muchas ocasiones, cuando hablamos de “dolor por cáncer” reflejamos incorrectamente, la concepción de que éste tiene una relación isomórfica con la patología del tejido, sin incorporar suficientemente los aspectos psicológicos del mismo y su control.

Siguen prevaleciendo los estudios o capítulos completos dedicados a describir los tipos de dolor por cáncer, las fuentes del dolor más frecuentes, los métodos y terapias analgésicas, pero, con honrosas excepciones, no abundan los aspectos técnicos de la Psicología del dolor.

Aunque se reconoce que el dolor está asociado al sufrimiento, a reacciones emocionales de ansiedad, depresión e ira ante la enfermedad tal enfoque es restringido para incrementar intervenciones integrales dirigidas a su alivio. Los estudios y avances en el control del dolor con técnicas psicológicas (hipnosis, relajación, técnicas cognitivo-conductuales) y muchas de las llamadas “terapias alternativas” cuestionan este empobrecido enfoque.

Así pues, resulta necesario analizar la pertinencia de los enfoques psicológicos, junto a los tratamientos biomédicos, en el manejo integral del dolor en enfermos de cáncer.

Sin negar el papel relevante que ocupa la farmacoterapia analgésica en el tratamiento contra el dolor, la Organización Mundial de la Salud ha llamado a educar a los profesionales en opciones coadyuvantes.

En la actualidad debe resultar inoperante la posición de algunos cuando plantean que si el analgésico produce alivio satisfactorio del dolor con un nivel aceptable de efectos

colaterales, se ha alcanzado entonces el objetivo y no se necesita ninguna terapia adicional. Se ignora aquí el papel de las conductas, atribuciones, creencias y cogniciones del paciente sobre su dolor, su causa y su pronóstico, los afrontamientos personales, las emociones, contribuyentes todos en la manifestación y curso del dolor en el enfermo de cáncer, como en cualquier otro tipo de dolor.

Cecile Saunders (1998) utiliza por primera vez el término de DOLOR TOTAL para explicar que este síntoma es capaz de convertirse en el centro de la vida de un ser humano porque contiene elementos:

- a) físicos (daño tisular, compresión nerviosa, etc.);
- b) emocionales (depresión, insomnio, desfiguración, enfado, fatiga crónica);
- c) sociales (pérdida de la posición social, problemas económicos) y
- d) espirituales (sensación de culpabilidad, reproches e inseguridad ante la muerte)

Así pues el dolor aparece en función de la localización de la extensión neoplásica y no puede ser aislado de la enfermedad que lo genera ni de las circunstancias y del entorno cultural de quien lo padece. La participación de diversos y complejos elementos en el dolor maligno hacen que este se manifieste como agudo, subagudo, crónico, o incidental, también llamado episódico o intermitente (Segura, Díaz, Calderero, Palomar, 2004).

El dolor en el paciente con cáncer a menudo es crónico y progresivo y tiende a persistir por meses o años sin mejoría, alterando el funcionamiento personal y familiar. Su significado es demasiado aparente para el enfermo y está asociado casi siempre con algún grado de sufrimiento, desesperanza y desasosiego. El dolor es así, más una situación que un hecho aislado que es imposible predecir cuándo terminará y que poco a poco si no es tratado, ocupa cada vez más la atención del paciente y lo aísla de su entorno (Twycross, Lack, 1983).

## El Umbral Doloroso.

Es un concepto que se origina en la investigación en animales tras demostrar que los nervios deben ser estimulados a cierta intensidad o frecuencia para manifestar dolor. Las bases fisiológicas para este umbral subyacen en el sistema opioide endógeno (encefalinas, endorfinas y otras moléculas), que se activan por las vías descendentes del cerebro medio, diversos estímulos álgicos y el condicionamiento conductual (Fisher, Mohr, 1984).

Es importante hablar de la percepción y tolerancia del dolor porque si bien el umbral de percepción tiende a ser relativamente constante en todos los individuos, el umbral de tolerancia está sujeto a considerable variación y depende del estado emocional del enfermo en ese tiempo, de las circunstancias que se vivan, de su cansancio y su sentimiento de impotencia. Sus creencias y expectativas son capaces de modificarlo, afectan su expresión y su adaptación y son factores que deben ser plenamente reconocidos y apreciados para obtener un mejor control del dolor (ver cuadro I)

Cuadro I. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL UMBRAL DEL DOLOR

<i>LO DISMINUYEN</i>	<i>LO AUMENTAN</i>
Insomnio	Alivio de los síntomas
Cansancio	Mejora del sueño
Ansiedad	Simpatía
Enfado	Acompañamiento
Depresión	Distracción
Abandono Social	El buen humor
Introversión	Reducción de la ansiedad
Aburrimiento	Analgésicos ansiolíticos
Malestar	Antidepresivos
Tristeza	Descanso
Conspiración del silencio.	Buena comunicación
	Terapia ocupacional
	Condicionamiento conductual.

Tomado de Astudillo, Mendinueta, Astudillo, Gabilondo, 1999

Así pues para conseguir un mejor control del “dolor total”, además de la aplicación adecuada de los analgésicos y de otros fármacos adyuvantes según la Escala Analgésica de la OMS y el uso complementario de diversas medidas oncológicas, anestésicas y neuroquirúrgicas, es importante satisfacer también las necesidades psicosociales del

paciente (cuadro II), tratando de aliviar su depresión, ansiedad y otros síntomas molestos. Debe siempre preservarse su dignidad como persona, buscar que se sienta integrado y participe de su cuidado y atención.

Cuadro II. NECESIDADES DE LOS ENFERMOS	
Fisiológicas:	Buen Control Sintomático
Pertenencia:	Estar en manos seguras Sentirse útil No ser una carga
Amor:	Poder expresar afecto
Comprensión:	Explicación de los síntomas y la enfermedad Oportunidad para discutir el proceso de fallecer
Aceptación:	Cualquiera que sea su ánimo y sociabilidad
Autoestima:	Participar en la toma de decisiones principalmente cuando aumente su dependencia. Oportunidad para dar y recibir.

La complejidad del dolor, requiere el trabajo metódico de un equipo interdisciplinario. Normalmente es difícil que un solo fármaco, reunión de familia o una charla con el sacerdote aisladamente proporcionen alivio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que actualmente 5 millones de personas sufren de dolor oncológico. Por lo que su tratamiento constituye una de las cuatro prioridades de la OMS en la lucha contra el cáncer, junto a la prevención primaria, el diagnóstico precoz y el tratamiento de los cánceres curables (Foley, Arbit, 1996).

A pesar de la publicación en los últimos años de multitud de guías para el manejo efectivo del dolor oncológico, su tratamiento ineficaz continúa siendo un problema.

Un estudio multicéntrico, publicado hace unos años, sobre los conocimientos y actitudes del personal médico en lo concerniente al manejo del dolor oncológico, demostró que el 86% de los médicos creían que la mayoría de los pacientes estaban inframedicados. Sólo el 51% creía que el control del dolor oncológico en su propia práctica médica era bueno o muy bueno, y un 31% esperarían hasta que el pronóstico vital del paciente fuera de 6 meses o menos para iniciar analgesia a dosis máximas (Von Roenn, Cleeland, Gonin, et al., 1993).

Lo anterior evidencia la necesidad de educar al personal médico y de enfermería sobre el correcto manejo del dolor oncológico, así como de los límites de cada especialista y por tanto la necesidad de interconsultar a aquellos especialistas en el manejo integral del dolor.

### **Planteamiento del problema.**

El paciente con cáncer desarrolla por lo regular, en forma temprana o tardía, un sin número de síntomas que asociados al dolor y el estrés emocional disminuyen su calidad de vida.

En México no se cuenta con información suficiente sobre el número de personas que padecen dolor secundario a neoplasias malignas. Pero si consideramos que el cáncer es la segunda causa de muerte y que más de la mitad de los tumores se diagnostican en estadios avanzados, el número de casos con dolor por cáncer podría ascender a cerca de 25,000 cada año. Se han desarrollado algunos estudios en el Instituto Nacional de Cancerología, México, en los que se observa que la incidencia y prevalencia del dolor son altas, sin embargo no se conoce el porcentaje de síntomas asociados y factores de estrés emocional así como la posible correlación entre estos (Romero, Plancarte, Guerrero, et al., 1988).

El control del dolor en el paciente oncológico ofrece ciertas dificultades, entre ellas la falta de disponibilidad de fármacos opioides para el óptimo control del mismo, el temor del personal médico en el uso de morfina y sus derivados, la inadecuada evaluación del dolor, el personal no calificado para el control del mismo y la falta de interacción entre los servicios encargados del paciente.

Lamentablemente entre el 70% y 80% de los pacientes llegan a las instituciones de salud en etapas avanzadas, esto implica que acudan con innumerables síntomas siendo el dolor el que más los aqueja. De ahí la necesidad de un Servicio Especializado que se integre en el manejo interdisciplinario para la búsqueda de un óptimo control, procurando la mejor calidad de vida de los pacientes y familiares.

Hasta hoy, aunque el dolor es el síntoma más común por el que el paciente busca al médico, la educación sanitaria sigue orientada a la prevención y curación del cáncer y ofrece un escaso entrenamiento formal en la paliación. A esto se añade el que existan actitudes inadecuadas en algunos médicos o una escasa motivación para cambiar o integrarse a las innovaciones con el resultado de que muchos pacientes sufren innecesariamente. No existe y no debe haber ninguna razón para privar a los enfermos que necesiten opioides de éstos fármacos. En cuanto a los profesionales, sigue siendo necesario: a) formación sobre el uso de las guías de la analgesia dictadas por la OMS; b) ayuda para erradicar mitos y malos conceptos sobre el dolor y los opioides; y c) mejorar su capacidad de comunicación con los enfermos y su familia.

Conscientes de que el dolor es un síntoma común en estos pacientes es necesaria la evaluación y manejo del mismo por especialistas que cuenten con los conocimientos que les permitan el uso óptimo de los analgésicos u otras modalidades de tratamiento contra el dolor crónico, que identifiquen la importancia de los aspectos psicosociales y espirituales así como los beneficios del abordaje interdisciplinario en el cuidado del paciente y su familia.

Se ha hablado que el dolor, aunado a la serie de síntomas físicos y emocionales que el paciente con cáncer experimenta, producirá un *síndrome de desgaste sistémico* el cual puede evitarse si se previene y/o trata en forma temprana cada uno de los síntomas que lo conforman.

Esta investigación se desarrolla en el marco de una población con cáncer que sufre dolor y otros síntomas físicos y psicosociales que frecuentemente no son evaluados y tratados. Para ello, como primer paso, es necesario evaluar la prevalencia y severidad de los síntomas y preocupaciones entre los pacientes con cáncer. El objetivo es proporcionar evidencia empírica de que un buen porcentaje de pacientes pueden verse beneficiados de la atención ofrecida por la clínica del dolor y cuidados paliativos.

### **Pregunta de investigación.**

¿Cuál es la prevalencia y severidad del dolor, síntomas físicos y psicosociales en los pacientes con cáncer que acuden al Instituto Nacional de Cancerología?

### **Objetivo General.**

Describir y analizar la incidencia, prevalencia y severidad del dolor, síntomas físicos asociados y preocupaciones psicosociales en los pacientes con cáncer que acuden al Instituto Nacional de Cancerología, México.

### **Objetivos Específicos.**

- Evaluar y describir las características del dolor en los pacientes con cáncer.
- Evaluar la severidad e incidencia de síntomas físicos asociados: náusea, vómito, estreñimiento, diarrea, debilidad, etc.
- Conocer los principales síntomas y preocupaciones emocionales de los pacientes con cáncer.

### **Hipótesis de trabajo.**

H1. A mayor dolor mayor número de síntomas físicos asociados

H2. A mayor dolor mayor número de preocupaciones psicosociales

### **Definición conceptual y operacional de las variables**

#### **Variables independientes**

##### **Atributivas:**

- Sexo: Se refiere al sexo anatómico. Será el que manifieste el entrevistado. Con dos niveles 1) hombre 2) mujer
- Edad: Se refiere al tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento a la fecha de entrevista. Se midió en años.

- Diagnóstico de cáncer: Se refiere a la confirmación histopatológica de la presencia de una neoplasia maligna. Se midió con la confirmación del diagnóstico por el expediente médico.
- Tiempo de evolución de la enfermedad: Se refiere al tiempo transcurrido desde el diagnóstico a la fecha en que se realizó la entrevista. Se midió en meses.
- Servicio: Se refiere al área de especialidad en el que el paciente es atendido. Se mide con las opciones: 1) Mama, 2) Cabeza y cuello, 3) Gastro, 4) Hemato-oncología, 5) Ginecología, 6) Piel y partes blandas, 8) Urología, 9) Otro.
- Tratamiento Oncológico: Se refiere al tratamiento oncológico activo que el paciente se encuentre recibiendo en el último mes al momento de la entrevista. Se mide en tres opciones: 1) Quimioterapia, 2) Radioterapia, 3) Cirugía
- Tratamiento de clínica del dolor: Se refiere a la valoración, atención y establecimiento de tratamiento para el control del dolor y síntomas físicos asociados. Se mide con las opciones: 1) Si, 2) No

### **Activa.**

Dolor: De acuerdo a la IASP el dolor es la experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a daño real o potencial de un tejido. Se midió en términos de:

- Localización: con los siguientes niveles: 1) Cabeza y cuello, 2) Tórax anterior, 3) Tórax posterior, 4) Abdomen, 5) Genitales, 6) Brazos, 7) Piernas, 8) Más de una localización.
- Irradiación: Se refiere a la extensión del dolor a otras partes del cuerpo. Se mide en dos niveles: 1) Sí, 2) No.

- Tipo de dolor: Se refiere a la clasificación del dolor desde el punto de vista neurofisiológico. Se mide en cuatro niveles: 1) Somático, 2) Visceral, 3) Neuropático, 4) Mixto.
- Factores que incrementan el dolor: Se refiere a las causas que originan una mayor intensidad del dolor. Se mide en 6 niveles: 1) Posición, 2) Movimiento, 3) Actividad física, 4) Otro, 5) Ninguno, 6) Más de un factor.
- Factores que calman el dolor: Se refiere a las causas que disminuyen la sensación de dolor. Se mide en 6 niveles: 1) Posición, 2) Dormir, 3) Actividad Física, 4) Otro, 5) Ninguno, 6) Mas de un factor.
- Intensidad del dolor: Se refiere a la magnitud del dolor. Se mide con la Escala Visual Análoga en donde el número corresponde al dolor en una escala de 0 a 10. Se mide con los siguientes niveles: 0) Sin Dolor, 1) Eva 1 a 3: Dolor Leve, 2) Eva 4 a 7: Dolor Moderado, 3) Eva 8 a 10: Dolor Severo.

#### **Variables dependientes.**

- Síntomas físicos asociados: Se refiere al conjunto de síntomas físicos que los pacientes pueden presentar secundarios al cáncer y sus tratamientos. Estos se midieron de acuerdo lo problemático que resultan para el paciente: 0) Para nada, 1) Un poco, 2) Más o menos, 3) Mucho.
- Preocupaciones psicosociales: Se refiere al conjunto de factores psicosociales que los pacientes pueden enfrentar en relación al cáncer y sus tratamientos. Se midieron de acuerdo al problema que representan para el paciente: 0) Para nada, 1) Un poco, 2) Más o menos, 3) Mucho.

**Método.**

Tipo de estudio: Estudio de campo

Tipo de investigación: Exploratorio

Tipo de diseño: Pre-experimental (Campbell y Stanley, 1993)

**Participantes.**

El estudio se desarrolló con pacientes de consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología. Se hizo un muestreo accidental

La muestra total se conformó por aquellos pacientes que accedieron a contestar y completaron los cuestionarios en un periodo comprendido entre el 10 y 14 del mes de enero de 2005.

**Criterios de inclusión:**

Pacientes mayores de 18 años

Pacientes con diagnóstico de Cáncer notificado por el médico

Pacientes que supieran leer y escribir

**Criterios de exclusión:**

Pacientes que se rehusaran a participar

Pacientes que no completaran las evaluaciones

Pacientes con trastornos psiquiátricos o deterioro neurológico

NOTA: en el caso de los pacientes analfabetas se permitió que contestaran con la ayuda de un familiar, a condición de que las respuestas fueran del paciente.

**Escenario:** Salas de espera de la consulta externa del Instituto Nacional de Cancerología

**Materiales e instrumentos.**

Lápices del 2 1/2

#### Escalas:

- Carta de consentimiento informado (ver anexo 2).
  
- Ficha de Identificación con los siguientes datos: nombre, edad, sexo, número de expediente, diagnóstico, duración de enfermedad, servicio al que pertenece, tratamiento (s), y si ha recibido o no atención de la Clínica del Dolor (ver anexo2).
  
- Lista de chequeo de Síntomas y preocupaciones, misma que esta basada en la desarrollada y validada para pacientes con cáncer, por los Hospitales Guy y San Tomas (Butters, Pearce, Ramirez, Richards, 2004). La lista consta de 29 ítems, 15 relacionados con problemas físicos, psicológicos y cognitivos, y 14 que cubren un rango de otras preocupaciones (por ejemplo: auto-cuidado, relaciones, economía, trabajo y futuro). Se pide a los pacientes que califiquen, en una escala de 0 a 3 (0= para nada; 1= un poco; 2= más o menos; 3= mucho), que tanto de los problemas indicados en cada ítem han enfrentado en la última semana (ver anexo 2).
  
- Cuestionario de McGill modificado para dolor, que consta de nueve puntos:
  - 1) Presencia de dolor
  - 2) Prevalencia de dolor
  - 3) Localización del dolor
  - 4) Irradiación del dolor
  - 5) Tipo de dolor
  - 6) Factores que incrementan el dolor
  - 7) Factores que calman el dolor
  - 8) Intensidad del dolor
  - 9) Tratamiento para el dolor.

#### **Procedimiento.**

Para asegurarse que los pacientes entendían con claridad los cuestionarios se realizó piloteo de los mismos con un total de 40 pacientes encuestados. De este piloteo se hicieron

modificaciones para los ítems de preocupación por personas importantes, apariencia e información acerca de la enfermedad de la lista de chequeo. En cuanto al Cuestionario de McGill modificado, se simplificó el esquema, se numeraron las partes del cuerpo y se ejemplificó la evaluación de la intensidad del dolor.

Para la aplicación de los cuestionarios tres investigadores (dos psicólogos y un médico) acudieron a las diferentes salas de espera dentro del Instituto Nacional de Cancerología para invitar, verbalmente, a los pacientes a participar en el estudio. Se les explicó brevemente en qué consistía el mismo, que su participación era totalmente voluntaria y que podían renunciar a contestar los cuestionarios sin implicaciones en su atención dentro del Instituto. Se les indicó que si eran llamados a consulta sin haber completado los cuestionarios, podrían pasar a la misma y posteriormente terminar de contestar. Se ofreció asistencia para aquellos pacientes que necesitaran ayuda para contestar (pacientes que por la enfermedad tuvieran problemas o dificultad para manejar el lápiz o los cuestionarios).

A cada paciente que accedió a participar, se le facilitó lápiz del 2 ½ y paquete de hojas con: consentimiento informado, ficha de identificación, lista de chequeo de síntomas y preocupaciones y Cuestionario de McGill modificado.

### **Análisis.**

Medidas de tendencia central y correlaciones

Se realizó base de datos utilizando el programa de Excel, Windows 98 misma que se transfirió a la base del Paquete Estadístico STATA para obtener:

- Características de los pacientes.
- Prevalencia de dolor, síntomas y preocupaciones.
- Media de síntomas y preocupaciones.

Para cada ítem de la lista de chequeo, se calculó la proporción de pacientes que puntuaron 1, 2 o 3, así como la proporción de los que puntuaron en 2 o 3.

Para el análisis de los datos proporcionados por el cuestionario de McGill modificado para dolor, las respuestas se agruparon de la siguiente manera:

- *Localización del dolor:* 1 = Cabeza y cuello, 2 = Tórax anterior, 3 = Tórax posterior, 4 = Abdomen, 5 = genitales, 6 = Brazos, 7 = Piernas, 8 = Mas de 1 localización.
- *Irradiación del dolor:* 1 = Si, 2 = No.
- *Tipo de dolor:* 1 = Somático, 2 = Visceral, 3 = Neuropático, 4 = Mixto
- *Factores que incrementan el dolor:* 1 = Posición, 2 Movimiento, 3 = Actividad Física, 4 = Otro, 5 = Ninguno, 6= Mas de 1 factor
- *Factores que calman el dolor:* 1 = Posición, 2 = Dormir, 3 =Actividad Física, 4 = Otro, 5 = Ninguno, 6= Mas de 1 factor
- *Intensidad del dolor:* 0 = Sin Dolor, 1 = Eva 1 a 3:Dolor Leve, 2 = Eva 4 a 7: Dolor Moderado, 3 = Eva 8 a 10: Dolor Severo
- *Tratamiento para el dolor:* 1 = Si, 2 = No.

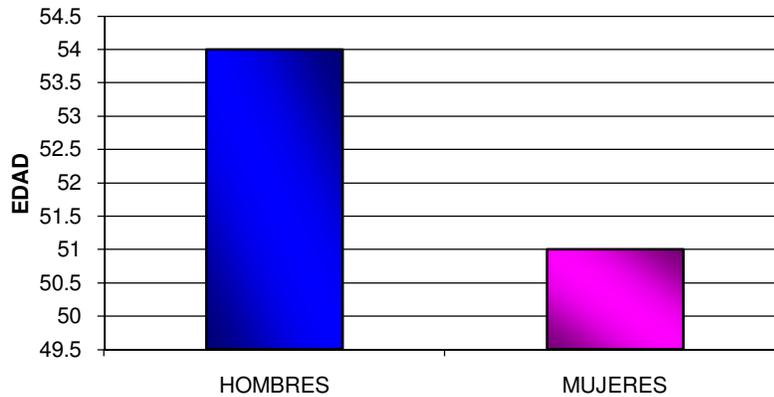
## **Resultados.**

### **Características de los pacientes:**

Fueron invitados a participar 150 pacientes de los cuales sólo 111 completaron los cuestionarios, 27 pacientes ingresaron a consulta y no se recuperó el paquete de cuestionarios (material perdido), 9 se rehusaron a continuar y 3 dejaron ítems sin contestar por lo que se eliminaron de la muestra.

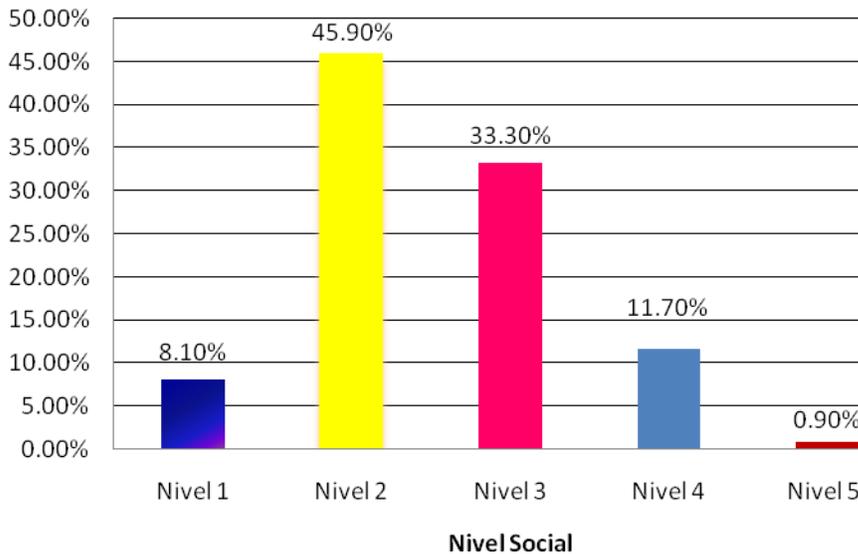
La media de edad para el total de la muestra fue de 52 años con un valor mínimo de 21 años y un valor máximo de 83 años. La media de edad para las mujeres (77.5% de la muestra) fue de 51 años y para los hombres (22.5% de la muestra) de 54 años (ver gráfica 1)

**Gráfica 1. Media de edad por sexo**



En cuanto a el nivel socioeconómico el 8.1% gana menos de un salario mínimo ( un salario mínimo es de \$46.80 al día) 45.9% gana de uno a dos salarios mínimos, el 33.3% de dos a tres salarios mínimos, el 11.7% de tres a cuatro salarios mínimos y sólo el .9% gana más de cuatro salarios mínimos (ver gráfica 2).

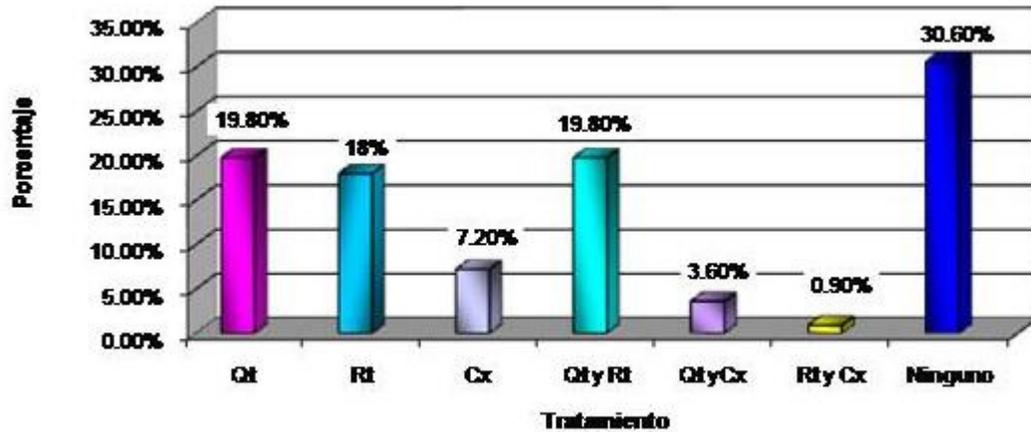
**Gráfica 2. Nivel socioeconómico.**



El 30.6% de la muestra no había recibido ningún tratamiento oncológico en el último mes, en contraste con el 69.3% que sí reportó estar en tratamiento, de éstos el 19.8%

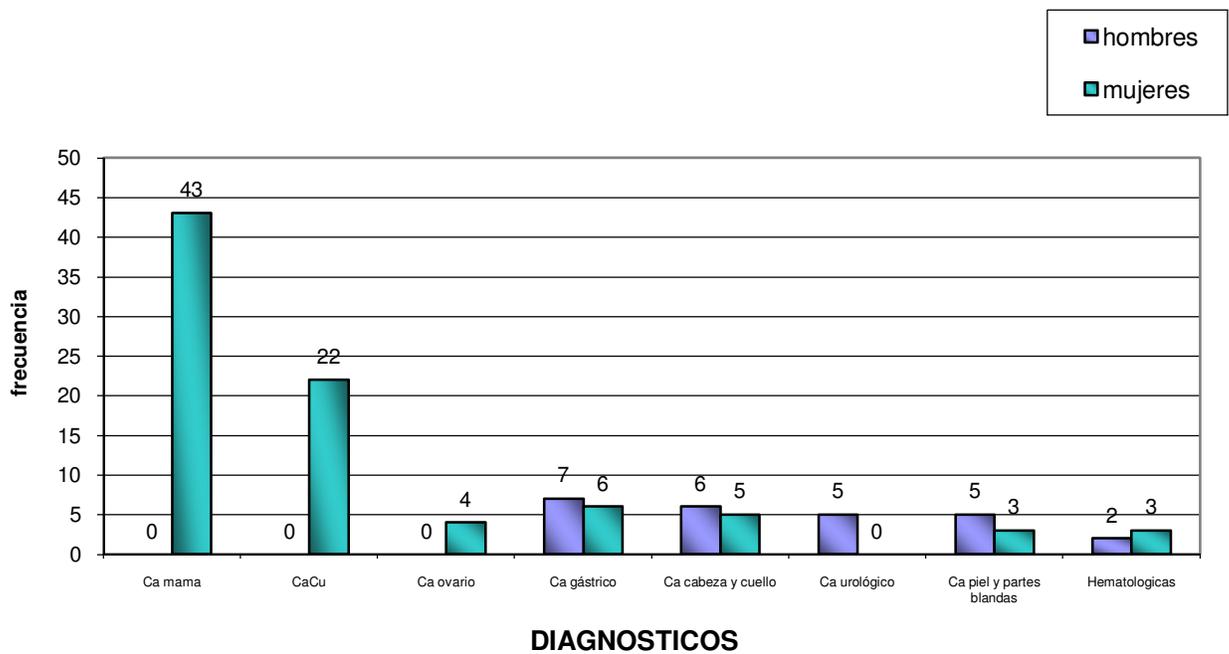
había recibido Quimioterapia, 18 % Radioterapia, 19.8% Quimioterapia y Radioterapia concomitante, 7.2% cirugía; y (ver gráfica 3).

**Gráfica 3. Pacientes en tratamiento oncológico**



De acuerdo al diagnóstico, la muestra se dividió de la siguiente manera (ver gráfica 4)

**Gráfica 4. Diagnóstico por sexo**



Para el sexo femenino el cáncer de mama ocupó el primer lugar, el cáncer cervicouterino el segundo y el cáncer gástrico el tercero, en el caso de los hombres, el primer lugar lo ocupó el cáncer gástrico, seguido por los tumores de cabeza y cuello y posteriormente el cáncer de próstata; aunque efectivamente estos son los tipos de cáncer más comúnmente presentados

por los pacientes masculinos que acuden al hospital no podemos ser concluyentes ya que la muestra de pacientes masculinos fue baja.

### **Contestación de los cuestionarios.**

El tiempo promedio en que los pacientes completaron la ficha de identificación y los cuestionarios fue de 15 minutos.

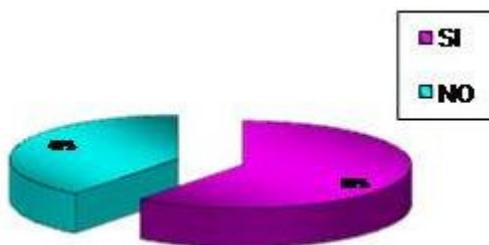
Para la lista de Chequeo de Síntomas y Preocupaciones, veintisiete de los veintinueve ítems fueron completados por el 99 % de los participantes, siendo los ítems de sexualidad y preocupación laboral los que tuvieron el rango más bajo de contestación (22.5% y 47.7% respectivamente), aunque es importante señalar que para ambos ítems se dio la opción de dejar en blanco de no ser aplicables para el paciente.

En el caso del Cuestionario de McGill modificado para dolor, éste fue completado por el 60.4% de los participantes en tanto que el 39.6% no lo completó por ausencia de dolor.

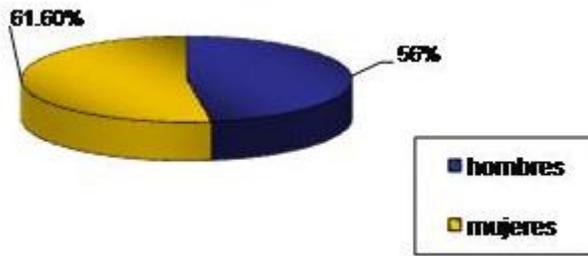
### **Prevalencia de dolor, síntomas asociados y preocupaciones.**

**Dolor:** Del total de la muestra, el 60.4 % de los participantes reportó dolor, mientras que el 39.6% refirió estar libre de dolor en el último mes. (ver gráfica 5).

#### **Gráfica 5. Presencia de dolor.**



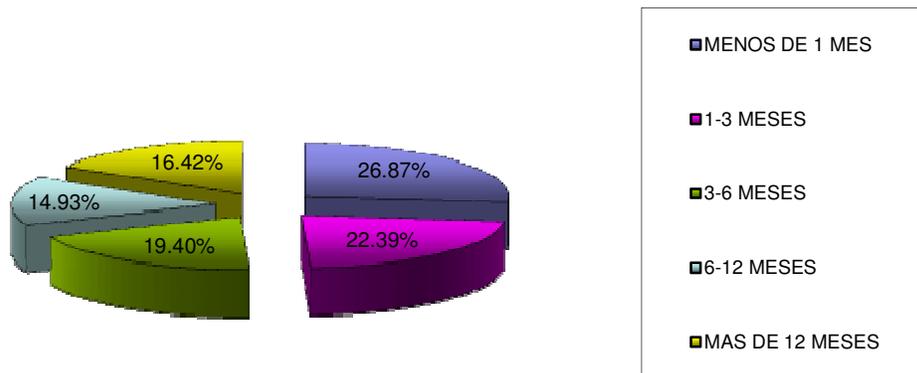
#### **Gráfica 6. Dolor por sexo.**



Ahora bien del total de hombres en la muestra (25) el 56% reportó dolor mientras que del total de mujeres (86) el 61.6% refirió dolor. (ver gráfica 6).

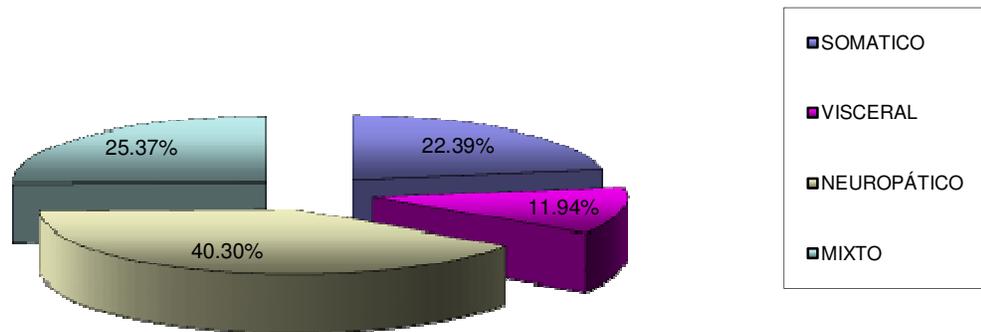
Del 60.4% de los participantes que refirieron dolor, el 26.87% lo presentaba en forma aguda (menos de 1 mes de evolución), el 22.39% manifestó dolor con una duración de 1 a 3 meses, el resto, más del 50% (50.75%) presentaba dolor crónico (de más de 3 meses de evolución) (ver gráfica 7).

**Gráfica 7. Prevalencia de dolor.**



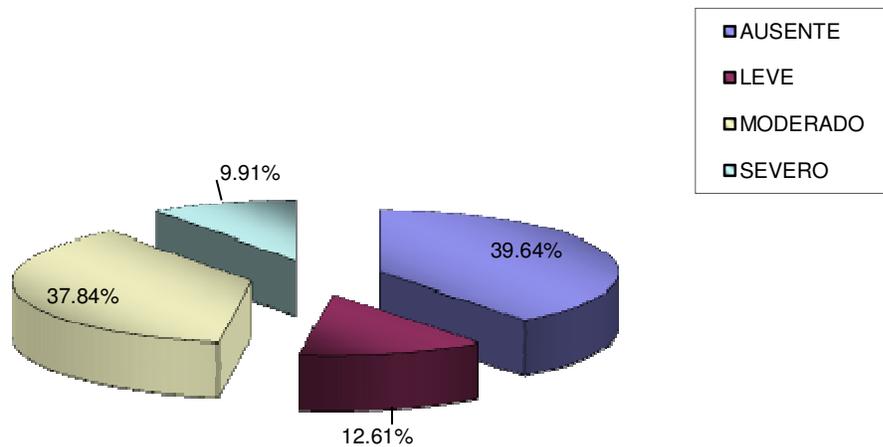
El dolor neuropático ocupó el primer lugar con un porcentaje de 40.30%, en segundo lugar se encontró el dolor mixto con un porcentaje de 25.37%, seguido del dolor somático con 22.39% y por último el dolor visceral con un 11.94% (gráfica 8).

**Gráfica 8. Tipo de dolor.**



En cuanto a la intensidad de dolor, (medida con la Escala Visual Análoga, EVA) el 37.84% presentaba dolor moderado, 12.61 dolor leve y 9.91% dolor severo, los pacientes que no reportaron dolor ocuparon el 39.64%. (gráfica 9).

**Gráfica 9. Intensidad del dolor.**

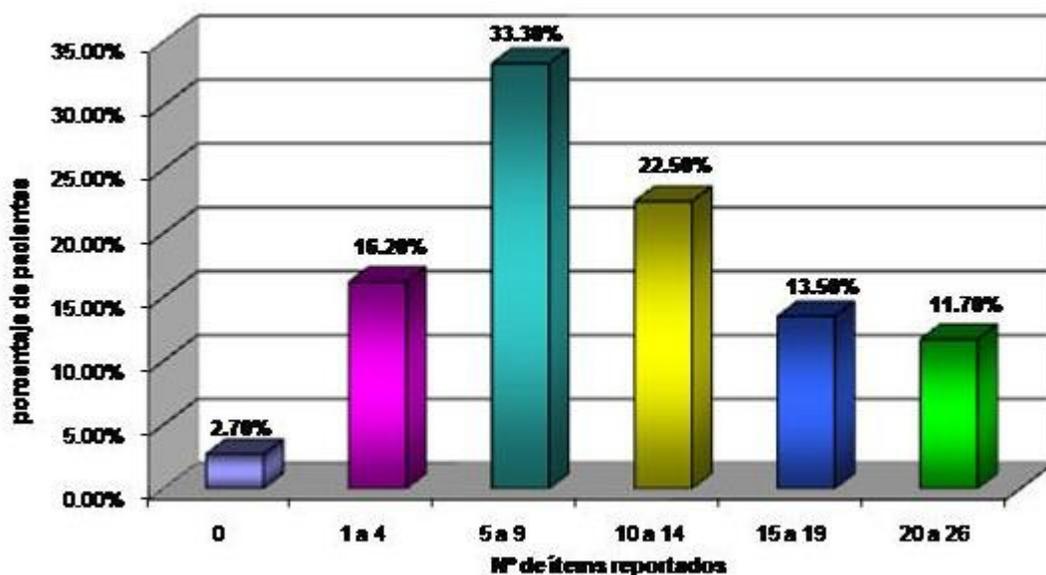


De los pacientes que fueron evaluados por dolor sólo el 37.31% recibe tratamiento para el manejo del mismo, lo que significa que el 62.69% de los participantes no habían recibido evaluación y/o atención para el manejo de su dolor.

## Síntomas asociados y preocupaciones emocionales

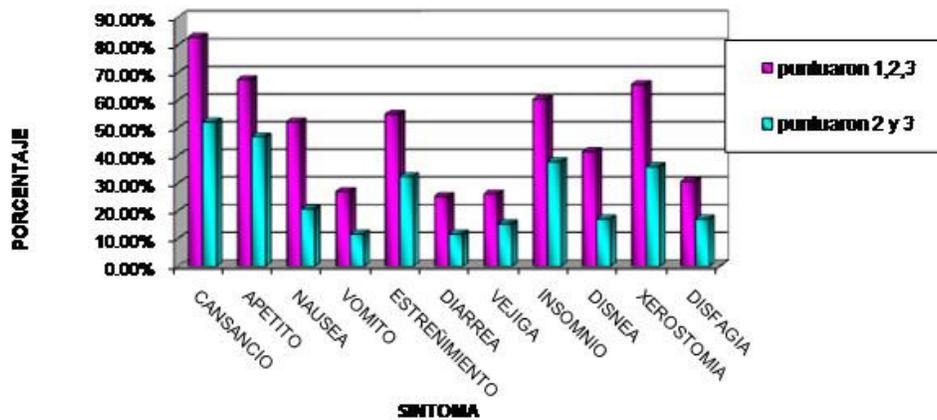
La media de síntomas y preocupaciones reportados fue de 17 para los hombres y 15 para las mujeres, 10 para la población total. Hubo quienes reportaron no tener síntoma alguno, el número máximo de síntomas fue de 26. Para ver con más detalle el número de ítems contestados con 2 y 3 vea la gráfica 10.

**Gráfica 10. Pacientes que puntuaron 2 o 3 en la lista de chequeo.**



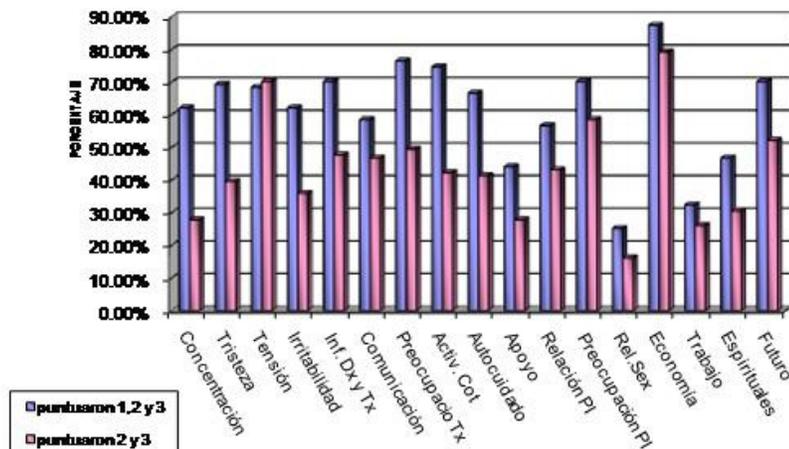
La Sensación de cansancio o falta de energía fue el problema más común, el 82.8% calificó este síntoma con 1,2 y 3 en tanto que el 52.2% puntuaron este síntoma con 2 y 3. En segundo lugar se encontró la anorexia, el 67.5% la calificó con 1,2 y 3, y 46.8% la calificó con 2 y 3; seguida de la xerostomía o boca seca que también fue reportada en un 65% con puntuaciones 1,2 y 3 y en un 36% con puntuaciones 2 y 3 y finalmente el insomnio con 60.3% que calificó 1,2 y 3 y 37.8% que calificó 2 y 3. (ver gráfica 11)

**Gráfica 11. Prevalencia de síntomas asociados.**



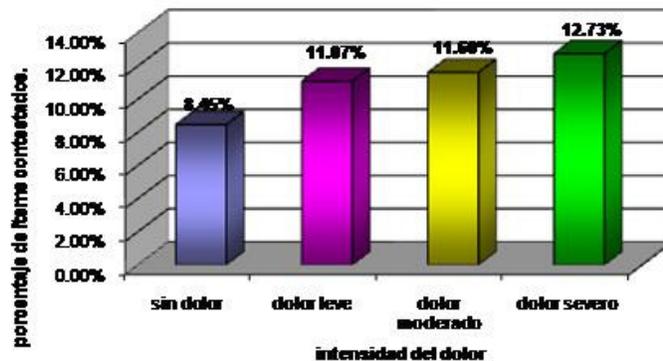
Más del 50% de la muestra puntuó 2 y 3 en: preocupación económica (79.3%), tensión, preocupación o miedo (70.2%), preocupación por personas importantes (58.5%) y preocupación o temor por el futuro (52.2%) (ver gráfica 12).

**Grafica 12. Prevalencia de síntomas y preocupaciones emocionales.**



De acuerdo con la intensidad del dolor, aquellos que puntuaron más alto reportaron mayor número de síntomas agregados y preocupaciones emocionales. (gráfica 13)

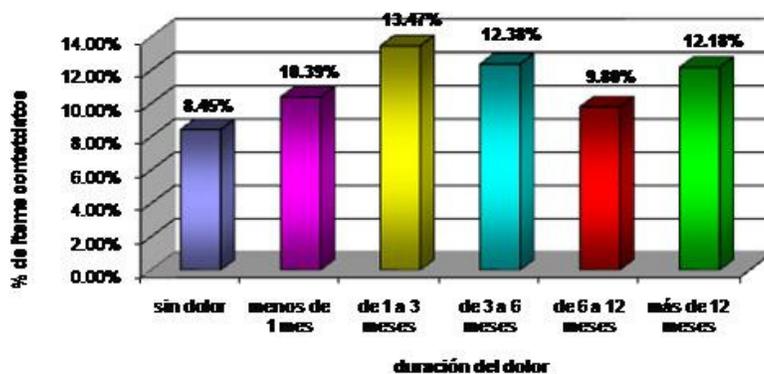
**Gráfica 13. Medida de síntomas de acuerdo con la intensidad del dolor.**



Los síntomas emocionales que correlacionaron significativamente ( $P < .05$ ) con la intensidad del dolor fueron el estado de ánimo deprimido ( $P = .05$ ) y la dificultad para poder cuidarse o procurarse a sí mismo ( $P = .008$ ).

En cuanto a la duración del dolor se observó que quienes contestaron mayor número de ítems en la lista de chequeo fueron los pacientes con una duración del dolor de 1 a 3 meses, seguidos por los de 3 a 6 meses y finalmente por los de más de 12 meses. Aunque estos resultados deben tomarse con cautela no podemos ser concluyentes ya que esto coincide con la mayor frecuencia de estos pacientes dentro de la muestra. (gráfica 14)

**Gráfica 14. Media de ítems contestados de acuerdo con la prevalencia del dolor.**



### **Discusión.**

De acuerdo con los resultados, los pacientes que asisten al Instituto Nacional de Cancerología son en su mayoría hombres y mujeres que se encuentran aún en edad productiva (50-54 años). Si a esto adicionamos el hecho de que el 60.4% de los participantes reportó dolor y que en más del 50% éste es de tipo crónico, se hace evidente la necesidad imperiosa de especialistas que valoren y traten adecuadamente éste síntoma, ya que de no tener un control adecuado implicaría que estas personas abandonen su actividad cotidiana y por tanto su trabajo o fuente de ingreso para sostener a su familia y sus tratamientos

Es comprensible, en este contexto, que las principales preocupaciones de estos pacientes giren alrededor de la economía, la preocupación por los miembros de su familia y el temor por su futuro. La presencia de dolor crónico en la mayoría de estos pacientes sin duda altera el funcionamiento personal y familiar. Lo que implica, casi siempre, algún

grado de sufrimiento, desesperanza y desasosiego. Así, si mantenemos en descuido el lado subjetivo y emocional que implica el dolor para estos pacientes, nos arriesgamos a que el dolor ocupe cada vez más la atención del paciente y lo aisle de su entorno, aminorando su calidad de vida.

Ya se ha dicho que la percepción y tolerancia del dolor puede estar sujeto al estado emocional del enfermo, a las circunstancias que se vivan, a su cansancio y a su sentimiento de impotencia. Así pues, además de la aplicación adecuada de analgésicos u otros fármacos adyuvantes, y el uso de diversas medidas oncológicas, es muy importante intentar satisfacer también las necesidades psicosociales del paciente, de ahí la importancia de que el equipo que maneje a éstos pacientes sea un equipo interdisciplinario.

Por otra parte resulta preocupante el hecho de que el 62.69% de los pacientes que reportaron dolor no habían recibido ningún tipo de evaluación y/o atención para el manejo del mismo, esto sin duda evidencia la necesidad de educar al personal médico y de enfermería sobre el correcto manejo del dolor oncológico y por tanto la posibilidad de interconsultar a aquellos especialistas en el manejo integral del dolor.

Los pacientes en este estudio reportan un promedio de 10 ítems que han sido problema durante la última semana, lo que es un número relativamente alto si consideramos que la mayoría de estos pacientes se encuentran en casa, son pacientes externos y no presentan evidencia de enfermedad avanzada. La prevalencia de los síntomas es consistente con los estudios previamente realizados en pacientes con cáncer: la sensación de cansancio o falta de energía fue el problema más común y más del 60% de la muestra reporta dolor. La anorexia, la xerostomía y el insomnio fueron otros de los síntomas que los pacientes reportaron como más molestos. Lo importante de esto es que todos estos síntomas pueden ser controlados. Quizá debemos reflexionar sobre el hecho de que la educación sanitaria sigue orientada a la prevención y curación del cáncer y ofrece un escaso entrenamiento en la paliación. Sigue siendo necesaria la formación sobre el uso de las guías de analgesia dictadas por la OMS; la erradicación de mitos y malos conceptos sobre el dolor, su manejo y la paliación; y el mejoramiento de la capacidad del equipo médico en cuanto a la

comunicación con los enfermos y su familia. La correcta evaluación del dolor y de los síntomas físicos y emocionales que pueden presentarse alrededor de la enfermedad y los tratamientos depende de una buena comunicación y una relación cercana entre el equipo de salud, los pacientes y sus familias.

Aunque el estudio es meramente exploratorio y la muestra es relativamente pequeña, por lo que no se pueden extrapolar los datos, si creemos que revela las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes con cáncer tratados en el Instituto Nacional de Cancerología. Esta necesidad debe ser conocida por Oncólogos, Algólogos y Psicólogos de modo que los pacientes sean referidos con el especialista adecuado para su atención integral. Cada especialista posee un importante papel en el cuidado óptimo de éstos pacientes.

La lista de chequeo utilizada para la valoración de los síntomas no puede compararse con otras escalas ampliamente utilizadas en estudios con pacientes con cáncer, sin embargo el alto rango de completamiento de la misma puede ser evidencia de su aceptabilidad. Para complementar este estudio sería valioso igualar los pacientes por grupos de diagnóstico y hacer correlaciones entre las características de la enfermedad y la presencia de dolor, intensidad, tipo y prevalencia. Una muestra mayor permitiría correlaciones confiables y significativas entre los aspectos del dolor, síntomas físicos y emocionales. Así pues consideramos a este estudio el primer acercamiento para el desarrollo de un amplio campo de investigación.

Al final del año y posterior a la experiencia adquirida con el protocolo de investigación y la actividad cotidiana se desarrollo la siguiente propuesta de tratamiento para los pacientes de la clínica:



## **PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA LOS PACIENTES CON DOLOR**

### **Tratamiento psicológico, cognitivo conductual, para pacientes de la Clínica del dolor. Instituto Nacional de Cancerología, México, D.F.**

El dolor es una experiencia vivencialmente compleja. La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), lo define como una “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión hística presente o potencial o descrita en términos de la misma”

Esta definición otorga importancia a variables subjetivas, al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro; invalida el concepto del dolor como modalidad únicamente sensorial, presentándolo como una experiencia compleja, donde existen tres componentes o dimensiones:

***Sensorial-discriminativa:*** Cuya función es transmitir la estimulación nociva y describir su intensidad y características espacio-temporales. Se trata de una primera codificación del dolor.

***Motivacional-afectiva:*** Implica la vivencia del dolor como desagradable y aversivo. Cualidades capaces de elicitar ansiedad y alteraciones de las respuestas emocionales del paciente, así como motivar complejas conductas de escape o huida.

***Cognitivo-evaluativa:*** Se refiere al papel que las variables cognitivas (atención, sugestión, pensamiento, creencias y atribuciones) tienen sobre la experiencia de dolor. Demuestra la capacidad de modular el funcionamiento del resto del sistema implicado en la percepción del dolor.

Así pues el tratamiento del dolor debe ser multidisciplinar, integrando la combinación de tratamiento médico-farmacológico, rehabilitación o terapia física y tratamiento psicológico; de modo que la mejoría del paciente no solo se base en la reducción del dolor sino que se extienda a su estado de ánimo, su conducta y su reintegración a sus actividades cotidianas.

## **Descripción Del Tratamiento.**

El objetivo principal es mejorar el nivel de control activo y autodominio del paciente sobre su dolor, con la subsecuente mejora en su calidad de vida.

La propuesta de trabajo es individual. Si bien el tratamiento puede desarrollarse también en forma grupal.

### *Criterios de inclusión:*

- Pacientes con cáncer que han sido referidos para recibir atención del servicio de Clínica del Dolor.
- Que presentan una intensa respuesta emocional a las experiencias de dolor.
- Con evidencia de sentimientos de ansiedad y depresión valorados a través de entrevista clínica.
- Que obtienen o han obtenido ganancias ambientales por emisión de conductas de dolor y de evitación (atención y cuidado de sus familiares, abandono o evitación de estudios, procedimientos o curaciones).
- Carecen de estrategias de afrontamiento activo (esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados por el paciente para manejar las demandas internas y externas generadas por la presencia de dolor).

### *Criterios de exclusión:*

- Pacientes con enfermedad mental o deficiencia intelectual.
- Pacientes con depresión mayor.
- Pacientes con trastorno somatomorfo.
- Pacientes con una clara ganancia secundaria en torno al dolor.

Las sesiones incluyen:

**1) Entrevista clínica:** Para la valoración del paciente, características de su dolor, e identificación de ansiedad, depresión, cogniciones y conductas en respuesta al dolor.

**2) Psicoeducación:** El psicólogo realiza una corta explicación sobre el tema del dolor y su relación con los aspectos psicológicos. Se abordan temas como: acercamiento al autodomínio del dolor; el papel de la relajación; la medicación; el estado emocional; la focalización de la atención y la valoración del dolor.

**3) Demostración y práctica de una estrategia relacionada con la información proporcionada en la psicoeducación.** Las estrategias que se presentan son las siguientes:

Respiración profunda o diafragmática: La respiración es esencial para la vida. Una respiración correcta es un antídoto contra el estrés. Cuando la sangre no recibe suficiente oxígeno se vuelve azulada y los distintos órganos y tejidos se quedan desnutridos y deteriorados. La sangre insuficientemente oxigenada, contribuye a los estados de ansiedad, depresión y fatiga y hace que muchas veces una situación estresante sea todavía más difícil de superar. Los ejercicios de respiración han demostrado ser útiles en la reducción de ansiedad, depresión, irritabilidad, tensión muscular y fatiga.

Focalización: Existe una relación directa entre la focalización de la atención en el dolor y los efectos directos sobre el mismo. Se trabajan estrategias de relajación mediante focalización externa: Relajación por frases autógenas, imaginación, atención a estímulos ambientales (sonidos, imágenes), actividades de concentración.

Valoración del apoyo médico: Consiste en fortalecer una relación de confianza y apoyo entre el médico y el paciente de manera que si éste último teme realizar sus actividades cotidianas o regresar a casa por temor a presentar dolor intenso e incontrolable, sepa que cuenta con el respaldo de medicamento que ha sido indicado especialmente para su tipo de dolor. Así mismo se refuerza información con respecto a la posibilidad del uso de rescates.

Descenso gradual de las drogas: Consiste en enseñar al paciente que ha ido adquiriendo recursos para manejar su dolor y que con ello será capaz de ir reduciendo la toma de medicación. Cada caso debe valorarse con los médicos de la Clínica del Dolor.

Asertividad: Algunos pacientes emiten conductas de dolor para conseguir atención de sus familiares o equipo médico, o bien para evitar procedimientos o curaciones. Así pues, se trabajan aspectos encaminados al desarrollo de una conducta asertiva con el objetivo de asegurar, afirmar o ratificar las opiniones propias del paciente en el contexto familiar y hospitalario produciendo y manteniendo auto-refuerzos sin utilizar conductas aversivas para los otros.

Reestructuración cognitiva. Se fomenta la toma de conciencia sobre los pensamientos asociados a situaciones de dolor y la creación de un hábito de pensamiento más positivo y encaminado a la acción.

**4) Asignación de tareas en casa:** Consiste en ejercitar las estrategias enseñadas, auto evaluar sus niveles de ansiedad y depresión así como el efecto de los ejercicios de relajación en el manejo del dolor.

### **Evaluación.**

Todos los pacientes deberán ser evaluados antes y después de la aplicación del tratamiento mediante escalas de evaluación subjetiva donde 0= ausente y 10= incapacitante o muy intenso. Con esta escala se valorará dolor, ansiedad y depresión.

### **Competencias profesionales alcanzadas en el segundo año de residencia.**

- Manejo de fuentes de información.
- Utilización de instrumentos de diagnóstico y evaluación del dolor.
- Desarrollo de habilidades para la aplicación de instrumentos en pacientes con cáncer.
- Identificación de necesidades emocionales de los pacientes que presentan dolor por cáncer.

- Conocimiento general de los tipos de dolor que afectan al paciente, su abordaje y diferentes opciones de tratamiento: uso de la escalera analgésica, el uso de opioides, procedimientos (bloqueos, bombas de infusión, etc.).
- Aplicación del modelo de atención en visita domiciliaria
- Apoyo a los médicos y residentes en el reconocimiento de problemas comunes en la práctica: estresores y manejo de malas noticias con el paciente y sus familiares.
- Manejo de ansiedad y estrategias de intervención en crisis.
- Relajación en el manejo del dolor.
- Canalización de casos.

## **CASO CLÍNICO: SERVICIO DE CLÍNICA DEL DOLOR**

Nombre: Gloria

Sexo: Femenino

Edad: 32 años

Ocupación: Estilista

Estado Civil: Separada

Religión: Católica.

Lugar de Nacimiento: Estado de México

Lugar de residencia. Estado de México

Dx: sarcoma mandibular.

Tx primario: En valoración por el servicio de cabeza y cuello.

Tx secundario: Manejo del dolor.

Fuente de referencia: Residente de Clínica del Dolor

Motivo de consulta: Apoyo psicológico por ansiedad.

### **Antecedentes:**

Gloria es ingresada por el servicio de cabeza y cuello para valorar opciones de tratamiento. Se interconsulta al servicio de Clínica del dolor ya que la paciente presenta importante tumoración en mandíbula que produce edema significativo de hemicara derecha y dolor con EVA de 10 (Escala Visual Análoga que tiene valores de 0: ausente a 10 dolor muy intenso). El tumor es exofítico produciendo dificultad para el habla, Gloria se comunica la mayoría de las veces escribiendo. El residente de Clínica del dolor solicita apoyo psicológico porque encuentra a la paciente ansiosa.

### **Valoración subjetiva:**

Gloria se refiere ansiosa, preocupada por los estudios que se le realizarán “no sé si podré aguantarlos, me duele mucho y casi no puedo moverme, no puedo abrir la boca, llevo días sin comer bien, no sé que hacer, mi familia no sabía de mi situación, tengo una niña de tres años y la deje con mi hermano para venir al hospital y ya no me dejaron irme, dijeron que tenían que internarme” (sic pac). Gloria explica que esta separada de su esposo, lo dejó porque este le maltrataba y temía por su seguridad y la de su hija. Se siente culpable por no

haber acudido antes al médico “mi esposo no me dejaba salir de la casa, por él es que no me atendí antes y ahora mi hija pagará los platos rotos, voy a morir y con quien la voy a dejar” (sic pac). Preocupada por el pago de la hospitalización y los estudios, refiere que no trae consigo dinero, sólo previno lo de su pasaje, se dedica a cortar el pelo y no gana mucho.

### **Valoración objetiva:**

Edad aparente que concuerda con la cronológica, de complejión media, tez blanca, bien aliñada, viste ropa hospitalaria, Actitud cooperadora frente a la entrevista. Orientada en tiempo, espacio y persona, ánimo depresivo, talante bajo, labilidad emocional, llanto fácil y profuso, desesperanza, sentimiento de culpa, red de apoyo limitada, preocupación económica, pobre comunicación y red de apoyo familiar.

Presenta conductas de aislamiento, evitación y abandono de actividades familiares.

Síntomas físicos: edema en mitad de la cara, presencia de tumor exofítico que limita el habla y la deglución, dolor intenso con EVA de 10.

Antecedentes de maltrato en la relación de pareja, separada hace pocos meses. Sin antecedentes de atención psiquiátrica o psicológica previa.

### **Análisis.**

De acuerdo con los criterios establecidos por el DSM-IV- TR, se considera:

Eje I: Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo

Eje II: Trastorno de la comunicación no especificado (secundario a la condición médica)

Eje III: sarcoma mandibular con extensión a la lengua.

Eje IV:

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo (separación, maltrato físico y emocional, conflicto con los hermanos)
- Problemas relativos al ambiente social (vivía sola, apoyo social inadecuado)
- Problemas laborales y económicos (desempleada, economía insuficiente, ayuda socioeconómica insuficiente)

Eje V: 50 (existe una alteración grave de su actividad social y laboral)

Este trastorno consiste en la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable, tiene lugar dentro de los tres meses siguientes a la presencia del estresante.

Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente del siguiente modo:

- 1) Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
- 2) Deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.

Los síntomas no responden a una reacción de duelo

Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias) los síntomas no persisten más de 6 meses.

**NOTA:** Posterior a una amplia serie de estudios el servicio de cabeza y cuello concluyó que Gloria estaba fuera de tratamiento, el deterioro fue rápido y significativo, la paciente fue derivada a cuidados paliativos, se ofreció radioterapia para reducir el tamaño tumoral y disminuir el dolor. En ese momento la preocupación principal de Gloria fue la custodia de su hija, Gloria no deseaba que estuviera a cargo de su esposo por los antecedentes de maltrato. Deseaba que fuera su hermano quien se hiciera cargo de la niña pero no sabía cómo solicitarlo y hacer cumplir su voluntad legalmente ya que no podría salir del hospital para hacer el trámite.

### ***Intervención***

#### Objetivos:

- 1) Manejo de la sintomatología afectiva
- 2) Identificación y utilización de redes de apoyo viables
- 3) Favorecimiento de la comunicación con el cuidador primario
- 4) Apoyo al cuidador primario (madre de 70 años)

Técnicas:

**1) Psico-educación con los siguientes objetivos:**

- a) Validar las reacciones emocionales comunes frente al diagnóstico de cáncer
- b) Evaluar el riesgo-beneficio de compartir el Dx con su familia vs no comunicarlo.
- c) Enseñar habilidades para la evaluación del dolor, reporte al médico y uso de rescates.
- d) Presentación de los servicios de apoyo: (trabajo social, voluntariado, patronato)
- e) Importancia de la comunicación con la familia para evitar la conspiración del silencio y facilitar la toma de decisiones con respecto al tratamiento.
- f) Validación de emociones con el cuidador primario, identificación de prioridades, importancia de la organización y el descanso.

**2) Terapia cognitivo conductual con los siguientes objetivos**

- a) Facilitar la expresión emocional
- b) Incrementar la percepción de recursos
- c) Promover una actitud más asertiva en la comunicación familiar.
- d) Identificar prioridades y elaborar planes de acción posibles.

Se utilizó la técnica de inoculación de estrés que consiste en:

- 1) Dar avisos realistas, recomendaciones e información tranquilizadora para que el paciente se prepare a enfrentar riesgos, le permite a la persona incrementar su tolerancia a futuros eventos amenazadores y planificar acciones destinadas a abordar las crisis subsiguientes
- 2) Contrarrestar los sentimientos de indefensión, desesperanza y desmoralización reconociendo los medios de afrontamiento sociales y personales que le permitirán sentirse razonablemente confiado en que resolverá su conflicto
- 3) Animar a la persona a que elabore sus propios mecanismos para animarse y sus propios planes para protegerse. Se llama inoculación de estrés porque es algo parecido a lo que ocurre cuando se vacuna a las personas para que produzcan defensas o anticuerpos con el propósito de prevenir una enfermedad.

## **Resultados**

- a) Disminución de la sintomatología depresiva.
- b) Comunicación del diagnóstico y pronóstico a la familia (padres y hermano)
- c) Buen manejo del dolor. Se logró mantener un EVA entre 1 y 3
- d) Paciente y cuidador primario recibieron apoyo económico para la hospitalización y adquisición de medicamentos
- e) Gloria elaboró un escrito sobre sus deseos con respecto a la custodia de su hija, se dio orientación a la familia para su seguimiento legal
- f) Gloria pudo compartir con su familia su deseo de sedación frente al avance de la enfermedad, escribió una carta para su hija y dejó indicaciones para los trámites funerarios.
- g) La madre de Gloria regresó al hospital tranquila y agradeciendo el apoyo brindado.

# ANEXO 1

## CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El Servicio de Tumores Óseos y los residentes en Medicina Conductual dentro del Centro Nacional de Rehabilitación y Ortopedia sustentan la práctica de protección para sujetos humanos participantes en investigación. Se le proporciona la siguiente información para que pueda decidir si desea participar en el presente estudio, su colaboración es voluntaria y puede rehusarse a hacerlo, aún si accediera a participar tiene absoluta libertad para dejar el estudio sin problema o consecuencia ninguna como usuario de los servicios del Instituto o de cualquier otra índole.

El propósito del estudio es conocer aquellos aspectos de su enfermedad que interfieren con su vida cotidiana y bienestar, así como las distintas maneras que emplea para sobrellevarla, esto con el objetivo de desarrollar estrategias de apoyo que le sean útiles a los pacientes con un problema de cáncer.

Es probable que pueda sentirse incómodo (a) con algunas preguntas, pero su franqueza nos permitirá desarrollar el tratamiento adecuado a las necesidades de otros pacientes como usted, contribuyendo a la mejora substancial de su calidad de vida aún dentro del proceso de enfermedad.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad. Todo cuanto diga se utilizará únicamente para propósitos de investigación. Si desea información adicional con respecto al estudio, antes o después de participar, por favor siéntase en absoluta libertad de contactarnos:

Psic. Edith Rojas Castillo  
Servicio de Tumores Óseos.  
CNR  
México D.F.  
Tel: 59 99 10 00 Ext. 12702  
Email: [bachhimiss2003@yahoo.com.mx](mailto:bachhimiss2003@yahoo.com.mx)

Psic. Alejandra Palomares González  
Servicio de Tumores Óseos.  
CNR  
México D.F.  
Tel: 59 99 10 00 Ext. 12702  
Email: [starp\\_g\\_2000@yahoo.com.mx](mailto:starp_g_2000@yahoo.com.mx)

Con mi firma declaro que otorgo mi consentimiento para participar en el estudio, comprometiéndome contestar los cuestionarios pertinentes y asistir a las entrevistas.

Firma Paciente \_\_\_\_\_ Firma del Psic. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## INSTRUMENTO I (AFRONTAMIENTO).

### INSTRUCCIONES:

Intentamos conocer cuáles son las formas que usa al tratar de solucionar los problemas que se le presentan. No hay respuestas buenas ni malas, por favor conteste con toda franqueza, diciendo la verdad. Escoja la opción que refleje mejor su propio caso.

Las opciones de respuesta son las siguientes:

A Nunca	B Casi nunca	C Pocas veces	D A veces sí a veces no	E Frecuentemente.	F Siempre.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Nota: el tamaño del cuadro puede darle una idea de la proporción de la respuesta)

1. Trato de conocer más acerca de mi enfermedad	A	B	C	D	E	F
2. Hablo con mi pareja o mi familia sobre mi enfermedad	A	B	C	D	E	F
3. Hablé con el médico sobre mi enfermedad y mis tratamientos	A	B	C	D	E	F
4. Le pido a Dios que me cure	A	B	C	D	E	F
5. Me preparo por si pasa lo peor	A	B	C	D	E	F
6. Cuando me siento enojado(a) me desquito con otras personas	A	B	C	D	E	F
7. Cuando me siento deprimido(a) me desquito con otras personas	A	B	C	D	E	F
8. Trato de verle el lado bueno a mi situación	A	B	C	D	E	F
9. Hago otras cosas para no pensar en mi enfermedad	A	B	C	D	E	F
10. Doy a notar lo que siento	A	B	C	D	E	F
11. Me digo cosas a mi mismo(a) para sentirme mejor	A	B	C	D	E	F
12. Prefiero estar alejado(a) de la gente	A	B	C	D	E	F
13. Me cuesta trabajo creer lo que me esta pasando	A	B	C	D	E	F
14. Como no puedo hacer nada para cambiar las cosas las acepto como vienen	A	B	C	D	E	F
15. Trato de relajarme o de tomarlo con calma	Bebiendo	Comiendo	Fumando	Haciendo ejercicio	Durmiendo	Haciendo otras cosas
16. Tengo alrededor de _____ amigos(as) cercanos con quienes puedo platicar de mis problemas	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Más de cuatro
17. Conozco a _____ personas de quienes puedo esperar ayuda	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Cuatro	Más de cuatro
18. Tengo un círculo de amigos(as) con quienes mantengo un contacto cercano	Una vez al día	Una vez a la semana	Una vez al mes	Una vez cada 6 meses	Una vez al año	Una vez cada 2 años

## INSTRUMENTO II (CALIDAD DE VIDA)

### INSTRUCCIONES

Los siguientes enunciados se refieren a su salud y actividades cotidianas. Por favor conteste marcando la opción que mejor describa su situación. Conteste con toda confianza y franqueza, para este cuestionario no existen respuestas buenas ni malas. Por favor siéntase en absoluta libertad de solicitar ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario, con todo gusto le ayudaremos.

Las opciones de respuesta son las siguientes:

A Nunca	B Casi nunca	C Pocas veces	D A veces sí a veces no	E Frecuentemente.	F Siempre.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Nota: el tamaño del cuadro puede darle una idea de la proporción de la respuesta)

1. En comparación con el pasado ¿cómo evaluaría mi salud en general ahora?	A	B	C	D	E	F
2. Creo que si me cuido mi salud mejorará	A	B	C	D	E	F
3. Pienso que mi vida cambio desde que me diagnosticaron	A	B	C	D	E	F
4. Tengo dificultades para concentrarme y pensar	A	B	C	D	E	F
5. Creo que nadie entiende lo que me pasa	A	B	C	D	E	F
6. Me siento confiado(a) de poder hacer frente a mi enfermedad	A	B	C	D	E	F
7. Me da pena que los demás sepan que estoy enfermo(a)	A	B	C	D	E	F
8. Me siento tan vacío que nada podría animarme	A	B	C	D	E	F
9. Desde que enfermé los problemas me preocupan más que antes	A	B	C	D	E	F
10. Estoy satisfecho(a) con la apariencia de mi cuerpo	A	B	C	D	E	F
11. Me preocupa que mi cuerpo se ve diferente ahora	A	B	C	D	E	F
12. Siento que soy un estorbo, inútil o incompetente	A	B	C	D	E	F
13. Mi enfermedad es una carga para mi familia	A	B	C	D	E	F

14. Me preocupa que alguien no quiera salir conmigo por mi enfermedad	A	B	C	D	E	F
15. El amor de mi familia es el mejor apoyo que tengo	A	B	C	D	E	F
16. Mi familia me comprende y me apoya	A	B	C	D	E	F
17. Desde que estoy enfermo(a) he recibido apoyo de mi pareja	A	B	C	D	E	F
18. Siento que mi enfermedad interfiere con mi vida sexual	A	B	C	D	E	F
19. Puedo satisfacer sexualmente a mi pareja	A	B	C	D	E	F
20. Me siento a gusto entre los miembros de mi familia y círculo de amigos	A	B	C	D	E	F
21. Mi enfermedad limita mi vida social y amistades	A	B	C	D	E	F
22. Me siento sólo aún en compañía de otros	A	B	C	D	E	F
23. Me incomoda el trato que me dan por mi enfermedad	A	B	C	D	E	F
24. Me preocupa que mi familia cubra los gastos de mi enfermedad	A	B	C	D	E	F
25. El trato de mi familia lastima mis sentimientos	A	B	C	D	E	F
26. Mi familia me cuida demasiado	A	B	C	D	E	F
27. Antes de estar enfermo me sentía satisfecho(a) con mi trabajo, escuela, y/o actividades caseras	A	B	C	D	E	F
28. Temo que me despidan por no poder cumplir con mis deberes	A	B	C	D	E	F
29. Considero que soy capaz de salir adelante	A	B	C	D	E	F
30. Las personas a mi alrededor me han aislado	A	B	C	D	E	F
31. Tengo dificultades para concentrarme y pensar	A	B	C	D	E	F
32. Prefiero estar solo	A	B	C	D	E	F
33. Saber que los otros se divierten, me deprime	A	B	C	D	E	F
34. Me siento cansado al despertar	A	B	C	D	E	F
35. Estar somnoliento interfiere con mis actividades	A	B	C	D	E	F
36. Disfruto la comida que antes me gustaba	A	B	C	D	E	F
37. Divertirme me ayuda	A	B	C	D	E	F
38. Deseo aprender cosas nuevas	A	B	C	D	E	F
39. Me siento activo(a) y/o lleno(a) de energía	A	B	C	D	E	F
40. Las molestias físicas me impiden hacer mis actividades	A	B	C	D	E	F
41. Necesito la ayuda de los médicos que me atienden	A	B	C	D	E	F

42. El trato que he recibido en el hospital ha lastimado mis sentimientos	A	B	C	D	E	F
43. Estoy satisfecho(a) con la información que me ha dado el equipo médico de mi enfermedad	A	B	C	D	E	F
44. Las cosas que me hacen para tratar mi enfermedad me duelen	A	B	C	D	E	F
45. Estoy satisfecho(a) con mi tratamiento actual	A	B	C	D	E	F
46. Me fastidia tomar tantas medicinas	A	B	C	D	E	F
47. Los efectos de los tratamientos son peores que la enfermedad	A	B	C	D	E	F
48. Me gustaría que los médicos me explicaran más sobre mi enfermedad y mis tratamientos	A	B	C	D	E	F
49. Pregunto a los médicos sobre mi enfermedad	A	B	C	D	E	F

### INSTRUMENTO III (DEPRESIÓN DE BECK)

#### INSTRUCCIONES:

En este cuestionario se encuentran grupos de oraciones. Por favor lea cada una cuidadosamente, después escoja de cada grupo la oración que mejor describa la forma en que se sintió la SEMANA PASADA INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Si varias oraciones de un grupo se aplican a su caso, marque cada una. **Asegúrese de leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer su elección.**

1.	Yo no me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.	En general no me siento descorazonado por el futuro	Me siento descorazonado por mi futuro	Siento que no tengo nada que esperar del futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3	Yo no me siento como un fracasado	Siento que he fracasado más que las personas en general	Al repasar lo que he vivido, todo lo que veo son muchos fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
4.	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo	Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho o aburrido con todo
5.	En realidad yo no me siento culpable	Me siento culpable una gran parte del tiempo	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
6.	Yo no me siento que este siendo castigado	Siento que podría ser castigado	Espero ser castigado	Siento que he sido castigado
7.	Yo no me siento desilusionado de mi mismo	Estoy desilusionado de mi mismo	Estoy disgustado conmigo mismo	Me odio
8.	Yo no me siento que sea peor que otras personas	Mi critico a mi mismo por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	Yo no tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10.	Yo no lloro más de lo usual	Lloro más ahora de lo que solía hacerlo	Actualmente lloro todo el tiempo	Antes podía llorar , pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo
11.	Yo no estoy más irritable de lo que solía estar	Me enojo o irrito más fácilmente que antes	Me siento iritado todo el tiempo	Ya no me irrito de las cosas por las que solía hacerlo

12.	Yo no he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estar	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
13.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
14.	Yo no siento que me vea peor de cómo me veía	Estoy preocupado de verme viejo (a) o poco atractivo (a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo (a)	Creo que me veo feo(a)
15.	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero de más esfuerzo para iniciar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Ya no puedo hacer ningún trabajo
16.	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como solía hacerlo	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
17.	Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente de lo que solía hacerlo	Con cualquier cosa que haga me canso	Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
18.	Mi apetito no es peor de lo habitual	Mi apetito no es tan bueno como solía serlo	Mi apetito esta muy mal ahora	No tengo apetito de nada
19.	Yo no he perdido mucho peso últimamente	He perdido más de dos kilogramos	He perdido más de cinco kilogramos	He perdido más de ocho kilogramos
				A propósito estoy tratando de perder peso comiendo menos Si___ No___
20.	Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes	Estoy preocupado acerca de problemas físicos tales como dolores, malestar estomacal o estreñimiento.	Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
21.	Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba	Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo

Inventario de Beck (BDI) versión estandarizada por Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, facultad de Psicología, UNAM.

# ANEXO 2

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por éste medio queremos invitarle a participar en una investigación que nos permitirá conocer los síntomas y preocupaciones relacionadas con la enfermedad que se atiende en este instituto (el cáncer).

La investigación a la cual le estamos invitando es parte de un proyecto de La Clínica del Dolor de este Hospital, cuyo propósito es conocer los principales síntomas y preocupaciones que usted puede presentar como resultado de la enfermedad y sus tratamientos, esto con el objeto de mostrar la importancia y necesidad de que exista un servicio especializado en la atención de los mismos.

La información obtenida es totalmente confidencial y busca comprenderle más para brindarle una mejor atención.

Su participación es totalmente voluntaria, si después de haber aceptado participar, cambia de opinión, esa elección será respetada y no afectará de ningún modo la atención que recibe en este hospital.

He leído y comprendido la información que se me ha dado y consiento en participar en esta evaluación.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

FIRMA DEL INVESTIGADOR

FECHA

**INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, MEXICO.**

Departamento de clínica del dolor y cuidados paliativos.

Protocolo de investigación: "Dolor y síntomas agregados en el paciente oncológico".

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN**

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre ó Mujer

Número de carnet o expediente: \_\_\_\_\_

Enfermedad o diagnóstico: \_\_\_\_\_

Desde cuando inicio con su enfermedad \_\_\_\_\_ (tiempo en meses)

Marque con una X:

El servicio al que pertenece o en el que le atienden:

<input type="checkbox"/> Mama	<input type="checkbox"/> Cabeza y cuello	<input type="checkbox"/> Gastro.	<input type="checkbox"/> Hemato-oncología
<input type="checkbox"/> Ginecología	<input type="checkbox"/> Piel y partes blandas.	<input type="checkbox"/> Urología	<input type="checkbox"/> Otro _____

Qué tratamiento (s) ha recibido en el último mes:

Quimioterapia ( )

Radioterapia ( )

Cirugía ( )

¿Es paciente de la Clínica del Dolor? SI ( ) NO ( )

## LISTA DE SÍNTOMAS Y PREOCUPACIONES.

Por favor conteste el cuestionario y regréselo al investigador. Conteste marcando con una “X” el número que mejor se aplica a usted. **POR FAVOR CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS. SI TIENE DUDAS PREGUNTE AL INVESTIGADOR**

En la última semana: Qué tan problemático ha sido para ti lo siguiente:

	Para nada	Un poco	Mas o menos	Mucho
Sensación de cansancio o falta de energía	0	1	2	3
Cambios en su apetito y/o peso	0	1	2	3
Sentirse con nausea y/o tener nausea	0	1	2	3
Constipación o estreñimiento	0	1	2	3
Diarrea	0	1	2	3
Problemas de vejiga/ o para orinar	0	1	2	3
Problemas o trastornos del sueño	0	1	2	3
Falta de aire	0	1	2	3
Problemas en su boca o del gusto (ejemplo: boca o garganta seca)	0	1	2	3
Problemas para tragar	0	1	2	3
Problemas para concentrarse o recordar cosas	0	1	2	3
Estado de animo triste o deprimido	0	1	2	3
Sensación de tensión, preocupación o miedo	0	1	2	3
Sentirse irritable o enojado	0	1	2	3

En la última semana: Qué tan problemático ha sido para ti lo siguiente:

	Para nada	Un poco	Mas o menos	Mucho
No tener suficiente información acerca de su enfermedad o tratamiento	0	1	2	3
La manera en que los médicos y las enfermeras se comunican con usted.	0	1	2	3
Cualquier cosa relacionada con su tratamiento o cuidados (ejemplo efectos secundarios)	0	1	2	3
Dificultad para realizar sus actividades cotidianas	0	1	2	3
El poder cuidarse o procurarse a usted mismo	0	1	2	3
Falta de apoyo de otros	0	1	2	3
Su relación con personas importantes para usted (pareja, hijos, otros miembros de la familia)	0	1	2	3
Preocupación por personas importantes en su vida	0	1	2	3
Preocupación por su apariencia	0	1	2	3
Sus relaciones sexuales o íntimas (deje en blanco si no tiene pareja)	0	1	2	3
Su economía	0	1	2	3
Su Trabajo (deje en blanco si no es aplicable)	0	1	2	3
Aspectos espirituales o religiosos	0	1	2	3
Preocupación o temor por el futuro	0	1	2	3

Por favor enliste cualquier otro síntoma o preocupación que considere importante \_\_\_\_\_

---

GRACIAS POR CONTESTAR

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA, MEXICO.

**Departamento de clínica del dolor y cuidados paliativos.**

Protocolo de investigación: “Dolor y síntomas agregados en el paciente oncológico”.

Conteste por favor el siguiente cuestionario siguiendo las indicaciones que se darán previamente antes de las preguntas.

**Marque con una x la respuesta correcta que se aplique a su caso.**

A. ¿Tiene usted dolor?      **Si**    **No**

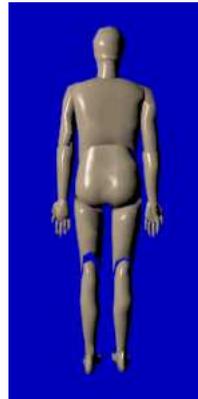
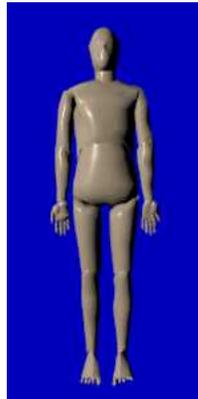
Si la respuesta es **Si** continúe con el cuestionario. De ser **No** le agradecemos su participación.

B. ¿Desde cuando tiene usted dolor?

1) Menos de 1 mes. ( )	3) 3 a 6 meses ( )	5) 12 meses o mas ( )
2) 1 a 3 meses( )	4) 6 a 12 meses ( )	

C. Marque con una X dónde se localiza su dolor.

1. Cabeza
2. Cuello
3. Pecho
4. Espalda
5. Abdomen
6. Brazos
7. Manos
8. Piernas
9. Pies
10. Genitales



De los lugares que acaba de marcar indique en qué parte inicia su dolor (qué es lo que duele primero) \_\_\_\_\_

¿El dolor va hacia otras partes del cuerpo? Diga hacia dónde y en que orden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**Nada**

**Moderado**

**Severo**

H. Ha recibido algún tratamiento para su dolor ¿Cuál?

---

I. Quien indico su tratamiento analgésico. (Para el dolor)

1. Clínica del dolor ( )
2. Su servicio tratante ( )
3. Otro medico ( )

**GRACIAS POR RESPONDER.**

## BIBLIOGRAFÍA

Ahles, T.A., Ruckdeschel, J.C., Blanchard, E.B. (1984). Cancer related pain. Prevalence in an outpatient setting as a function of stage of disease and type of cancer. *J Psychosom Res*, 28, 115-119.

Astudillo, W., Mendinueta, C, Astudillo, E., Gabilondo, S., (1999). Principios básicos para el control del dolor total. *Rev Soc. Esp Dolor*, , 6, 29-40.

Bellak, L. (1993). Manual de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. México, D. F.: Manual Moderno.

Bonica, J.J. (1993) In: Merskey H, Bodguk N (1994). Classification of chronic pain. 2nd ed. (pp. 209-14). Seattle: IASP Press.

Butler, D.J., Turkal, N.W., Seidl, J.J.(1992). Amputation: preoperative psychological preparation. *J. Amer Board Fam Pract*, 5, 69-73.

Butters, E., Pearce, S., Ramirez, A., Richards, M. (2004). Assessing symptoms and concerns in patients with advanced cancer: the development of a checklist for use in clinical practice. *Palliative Medicine*.

Camps, C., Martinez, N. (2002). Una nueva concepción de los cuidados paliativos en Oncología: los cuidados continuos y la integración de niveles, *Rev. Oncol*, 4 (9), 471-79.

Campbell, D., Stanley, J. (1993). Diseños Experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires.: Amorrourtu editores.

Compendio de Cáncer 2001. Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas

Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, D. et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249:751.

Edmonds, P.M., Sttutaford, J.M., Penny, J., et al. (1998). Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of modified STAS as an evaluation tool. *Palliat Med*; 12(5), 345-51.

Egbert, L.D., Batitt, G.E., Welch, C.E. (1964). Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *N Engl J Med*, 270, 825-827.

Fernández C. J. (1993). Psicología básica y salud. *Anales de psicología*, 9 (2), 121-131.

Fisher, M.A., Mohr, J.P. (1984). Pain mechanisms, central and referred pain. En Mohr, J.P. Manual of clinical problems in Neurology (pp. 91-92). Boston: Little Brown.

Foley, K.M. (1984). A review of pain síndromes in patients with cancer. In Symposium on the management of cancer pain. Hosp. Pract, Nueva York: HP Publishing Co, INC, 7-16.  
En Quero Arroyo, R..M., Fernández, P.A., Gálvez, M.R. (1998). Alteraciones psicológicas,

problemas psicosociales y características del dolor en una muestra de pacientes con cáncer avanzado y dolor crónico. *Rev. Soc. Esp Dolor*, 5, 8-16.

Foley, K.M., Arbit, E. (1996). Management of cancer pain. En De Vita, V., Kellman, S. y Rosemberg (1998). *Cancer Principles and Practice of Oncology* (pp. 2064-2086). Philadelphia: Lippincot.

Gattellari, M., Voigt, K.J., Butow, P.N. (2002). When the treatment goal is not cure : are cancer patients equipped to make informed decisions? *J Clin Oncol*, 20, 503-513.

Grond, D. (1996). Valoración del dolor oncológico. *Rev. Soc Esp Dol*, 3, 401-410.

Grond, S., Zech, D., Diefenbach, C., Bischoff, A. (1994). Prevalence and pattern of symtoms in patiens with cancer pain: a prospective evaluation of 1635 cancer patients referred to a pain clinic. *J of Pain Manage*, 73, 907-14.

Hagerty, R.G., Butow, P.N., Ellis, P.M., Lobb, E.A., Pendlebury, S.C., Leighl, N., MacLeod, C., y Tattersall, M.H.N. (2005). Communicating with realism and hope: Incurable cancer patient's views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol*, 23 (6), 1278-1288.

Hanna, B. (1996). Sexuality, body image, and self-esteem: The future alter trauma. *Journal of trauma Nursing*, 3, 13-17.

Hawighorst, S., Schoenefuss, G., Fusshoeller, C. (2004). The physician-patient relationship before cancer treatment: a prospective longitudinal study. *Gynecol Oncol*, 94, 93-97.

IASP. Subcommittee in taxonomy. Classification of chronic pain. (1986). Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, 3, SI (s225).

Jacobs, J. R., Bovasso, G. B. (2000). Early and Chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychological medicine*, 30, 669 – 678.

Jacobsen, P., Holland, J.C. (1989). Psychological reactions to cancer surgery. In Section 2. Treatment-specific. Psychological Issues. Chapter 8. *Handbook of Psychooncology* (pp. 117-133) New York: Oxford University Press.

James, R. y Gilliland, B. (1991). *Crisis intervention strategies*. Nueva York: Hardcover.

Jurado, S., Villegas, M.E., Méndez, L., Rodríguez, F., Joperena V., Varela, R., (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-30.

Leydon, G.M., Boulton, M., Moynihan, C., Jones, A., Mossman, J., Boudioni, M., et al. (2000). Cancer patient's information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *BMJ*, 320, 909-913.

Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Marchal, S., Boniver, J., Etienne, A.M., Klastersky, J., Reynaert, C., et al. (2006). Factors that influence cancer patient's anxiety

following a medical consultation: impact of a communication skills training programme for physicians. *Annals of Oncology*, 17, 1450-1458.

Lobb, E.A., Butow, P.N., Barrat, A. (2004). Communication and information-giving in high-risk breast cancer consultations: influence of patient outcomes. *Br J Cancer*, 90, 321-327.

Maguire P. (1998). Coping with loss. Surgery and loss of body parts. *BMJ*, 316, 1086-1088.

Maguire, P., Tait, A., Brooke, M., Thomas, C., Sellwood, R. (1981). Effects of counselling on the psychiatric morbidity associated with mastectomy. *BMJ*, 281, 1454-1456.

Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper, E., Gillis, C.R. (1969). Information needs of cancer patients in West Scotland: cross sectional survey of patients view's. *BMJ*, 313, 724-726.

Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., et al. (1999). Contributing factor to physical symptoms in terminally-ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 18 (5), 338-43.

Muriel, C. (1989). Estudio y tratamiento del dolor crónico. 1-2, (pp. 13-233). Oviedo: Delagrangue.

Murray, P.C.(1975). Psico-social Transitions: Comparison between reactions to loss of a limb and loss of a spouse. *Brit. J. Psychiat*, 127, 204-210.

Okun, B. (2001). Ayudar de forma efectiva. Madrid: Paidós.

Plancarte, S.R., ,Patt, R.B., Allende, P.S., et al. (1993). The fruit scale: validation of a new measurement device for chronic patients for cancer pain. *IASP Publications 7o. World Congress on Pain*; A716:271-272.

Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas: compendio de mortalidad y morbilidad de 1998. epidemiología. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades; Coordinación de Vigilancia Epidemiológica; Dirección General de Epidemiología: México.

Registro Hospitalario de Cáncer. Compendio de Cáncer 2000-2004. (2007). *Cancerología*, Vol 2 N°3 204-275.

Romero, J., Plancarte, A., Guerrero, G, et al. (1988 July). Prevalence of cancer pain in a population of new cancer patients at the Mexican National Cancer Institute. En: Second International Congress on Cancer Pain, Rye Brook, NY, 14-17, *J Pain Symp Man*; 3 (suppl), 571.

Roter, D.L., Hall, J.A., Kern D.E., Barrer, L.R., Cole, K.A, Roca, R.P. (1995). Improving physicians's interviewing skills and reducing patient's emotional distress: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 155, 1877-1884.

Saunders, C.M., Baines, M., (1998). Living with Dying The management of the terminal disease; en Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., Gabilondo, S., (1999). Principios básicos para el control del dolor total. *Rev Soc. Esp Dolor*, 6, 29-40.

Schofield, P.E., Butow, P.N., Thompson, J.F. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol*, 14, 48-56.

Segura, A., Díaz, R., Calderero, V., Palomar, L., (2004). Manejo farmacológico del dolor crónico oncológico. Una aproximación actual. *Rev. Oncol*, 6 (5), 272-82.

Silberfard, P.M., Maurer, L.H., Crouthamel, C.S. (1980). Psychosocial aspects of neoplastic diseases. The functional status of breast cancer patients during different treatment regimens. *Am J Psychiatry*, 137, 4, 450-455.

Twycross, R.G., Lack, S. (1983). Symptom control in far advanced cancer: Pain Relief, Pitman press,; 43-55. En Astudillo, W., Mendinueta, C., Astudillo, E., Gabilondo, S., (1999). Principios básicos para el control del dolor total. *Rev Soc. Esp Dolo*, 6, 29-40.

Von Roenn, J.H., Cleeland, C.S., Gonin, R., et al. (1993). Physician attitudes and practice in cancer pain management: a survey from the Eastern Oncology Group. *Ann Intern Med*, 119, 121-6.

Wain, H.J., Cozza, S.J., Grammer, G.G., Oleshansky, M.A., Cotter, D.M., Owens, M.F., et al. (2004). Treating the traumatized Amputee. *Iraq War Clinician Guide. Department of veterans affairs. National Center for PTSD*, 50-56.

World Health Organization. (1986). Cancer pain relief. Genova. *WHO*.

Young, B., Dixon-Woods, M., Windridge, K.C., Heney, D. (2003). Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents (version electrónica). *BMJ*, 326: bmj.com 1-5.