

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

RAÚL ROJAS LUNA

DIRECTOR DEL REPORTE:

MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA

COMITÉ TUTORIAL:

MTRO. FERNANDO PASCUAL VAZQUEZ PINEDA

DR. RICARDO PLANCARTE SÁNCHEZ

MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

MTRA. MA. CRISTINA BRAVO GONZALEZ

MÉXICO, D.F.

ABRIL, 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.

AGRADECIMIENTOS.

Son muchas las personas a quienes quiero agradecer su apoyo incondicional para llegar a este momento:

A mi madre, por que me dio todo su cariño y amor, por que siempre me alentó, por que siempre creyó en mí, y por que sigue acompañándome en todo momento de mi vida.

A mi padre, por que a pesar de nuestras diferencias, siempre me ha dado su apoyo incondicional, además por aguantar mis malos genios y ser tolerante ante ellos.

A Marce, mi hermana, la mejor hermana que pude tener, por ser una mujer tan fuerte, por confiar en mi, por tener siempre una palabra de aliento.

Vicky, linda niña, que desde que llegaste a mi vida, alegras cada minuto de esta.

Kika, que con tu paz, alegría y ternura, diste rumbo a mi vida, gracias por permitirme caminar a tu lado, por compartir la vida conmigo.

Ime, simplemente mi mejor amiga. ¿Que más puedo decir?

A mis amigas y compañeras en esta gran aventura que ha sido el posgrado; Ale, Eli, Erika, Gina, Isa, Jois, Judith, Nelly, Mariné, Raquel, Sandra, y por supuesto Salo, quiero agradecerles por tener la oportunidad de conocerlas y de compartir y aprender con ellas, y de ellas, tantas cosas.

Ara, por animarme a conocer el mundo, y por aguantar mis malos ratos.

Al personal de la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

A los Médicos, personal de Enfermería, Trabajo Social, y Administrativo del Departamento de Clínica del Dolor, del Incan, por su apoyo, amistad, y guía, tan necesarios para llegar a buen puerto en esta aventura.

Mi tutor, Arturo, por darme la libertad necesaria para encontrar el momento preciso de finalizar lo tantas veces postergado.

Fernando, por el apoyo para realizar el presente trabajo.

A Leo, por estar siempre dispuesto a mostrarnos lo maravilloso de nuestra profesión, y por compartir sus conocimientos.

A Cris, por ser una excelente guía, y además brindarme una linda amistad.

A todos aquellos que no mencioné, tal vez por descuido, pero sin intención, y que espero puedan disculpar dicha omisión.

Finalmente a todos, solo puedo decirles.... ¡GRACIAS!

INDICE.

	Página
I Reporte de experiencia profesional.	
• Introducción.	5
• Medicina Conductual.	7
• Aspectos psicológicos del paciente con cáncer.	9
II Sedes Hospitalarias.	
• Primer año: Unidad de oncología. Hospital Juárez de México.	11
• Evaluación de la sede.	13
• Características de la población atendida.	17
• Actividades Académicas.	21
• Segundo año: Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Instituto Nacional de Cancerología.	22
• Evaluación de la sede.	25
• Características de la población atendida.	27
• Actividades Académicas.	31
• Conclusiones y comentarios de las sedes.	32

III Protocolo de investigación: *Psicoeducación y su posible relación con la frecuencia cardíaca y la tensión arterial en el paciente sometido a intervencionismo para el manejo de dolor por cáncer.*

- Introducción. 33
- Objetivo. 39
- Variables 39
- Participantes 39
- Instrumentos. 40
- Escenario. 40
- Procedimiento. 40
- Análisis. 41
- Resultados. 41
- Discusión. 45

IV Conclusiones.

- Observaciones y sugerencias. 46

V Referencias bibliográficas.

- Reporte. 49
- Protocolo. 50

VI Anexos. 51

I. Residencia en Medicina conductual: Reporte de Experiencia Profesional.

INTRODUCCIÓN.

En años recientes, se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con los problemas de salud humana, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental. Por lo cual, los sistemas de salud han evolucionado de acuerdo a las necesidades de la población atendida en la actualidad, incorporando para ello a profesionales de distintas áreas para proporcionar una atención integral.

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

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

En los países en donde la psicología cuenta con un mayor grado de desarrollo, el

origen de la psicología de la salud se puede rastrear a finales de la década de los sesenta y más ampliamente en los setenta. El avance se vio fuertemente influido por el desarrollo de la Medicina Conductual y el Biofeedback, que en esos momentos tenía en Estados Unidos un gran auge. Miller, Heflinger, Holtzman, Basmajian, Weiss, Matarazzo y Stermann fueron algunos de los asesores de los países que se iniciaron en el campo. Los primeros temas abordados fueron: el manejo psicológico de las enfermedades crónico-degenerativas, principalmente las cardiovasculares, el cáncer y el dolor crónico, así como las adicciones, empleando principalmente aproximaciones metodológicas de la psicofisiología y la terapia cognitivo-conductual (Rodríguez y Rojas, 1998).

Son tres las razones que, Amigo, Fernández y Pérez (1998) citan como causas particulares de la emergencia de la psicología de la salud. En primer lugar desde mediados del siglo pasado asistimos a un cambio en la preocupación sanitaria que se ha desplazado, en una medida importante, desde las enfermedades infecciosas hasta los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas. El incremento de estas “nuevas enfermedades” es, en definitiva, producto de hábitos poco saludables o insanos que actuando sinérgicamente facilitan la aparición de la enfermedad. En segundo lugar este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años suele conllevar una serie de cambios importantes en la calidad y estilo de vida de las personas (por ejemplo mantener una buena adhesión a los tratamientos crónicos).

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

MEDICINA CONDUCTUAL.

En México, en 1986 se establece el primer programa de formación a nivel posgrado, enmarcado en el modelo de las residencias médicas. Esto es, el programa académico universitario de nivel maestría de la *Facultad de Psicología* de la *UNAM*, y se emplean los campos clínicos de las instituciones del sector salud para el desarrollo del programa, lo que le permite a los psicólogos en formación participar en diferentes escenarios de los tres niveles de atención (Rodríguez y Rojas, 1998).

Por otro lado se encuentra el área de la medicina conductual, la cual dirige sus acciones a personas con enfermedades físicas en un nivel predominantemente individual o grupal para dar tratamiento en los correlatos emocionales, cognitivos o conductuales que se asocian con el trastorno físico utilizando un enfoque cognitivo conductual para la valoración e intervención (White, 2001).

De acuerdo con la *Society of Behavioral Medicine* (2009), la medicina conductual es un campo interdisciplinario que concierne al desarrollo y la integración de las técnicas conductuales, psicosociales y del conocimiento de la ciencia biomédica, relevantes para entender la salud y la enfermedad, así como la aplicación de esos conocimientos y técnicas hacia la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Cuando se desarrolla una enfermedad crónica, el sujeto necesita efectuar una serie de ajustes cognitivos que le permitan un mejor desempeño en el nuevo contexto de su enfermedad. Así, necesita aprender nueva información relevante para entender la enfermedad, es decir, los signos y síntomas y su tratamiento, además de que tendrá que hacer una serie de cambios en los sistemas de creencias y deberá aprender habilidades de afrontamiento específicas, todo esto como consecuencia del estilo de vida, con que la persona se condujo hasta el momento de la obtención del diagnóstico.

Por otra parte el sujeto tendrá que efectuar cambios en sus conductas sobre él mismo, en lo que es valioso respecto de él y lo que puede comunicar respecto de su enfermedad hacia los demás. Estos cambios en prioridades y valores son componentes del manejo del estrés siendo la meta del tratamiento el reducir lo más posible la frecuencia, intensidad y cronicidad de las reacciones emocionales negativas a través del uso del afrontamiento,¹ tanto orientado al problema como a la emoción para prevenir complicaciones, coadyuvar al tratamiento y mejorar la calidad de vida del sujeto.

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

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

¹ El afrontamiento es entendido como los esfuerzos que se hacen para adaptarse a las demandas ambientales y emocionales. Puede ser conductual o cognitivo y usualmente se dirige tanto a la emoción como al problema. El afrontamiento efectivo (definido como la reducción de riesgos a la salud) involucra flexibilidad psicológica, uso de múltiples estrategias enfocadas tanto a la emoción como al problema y acceso adecuado a los recursos de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984).

Aspectos psicológicos del paciente con cáncer.

A pesar de tener similitudes, las enfermedades crónicas degenerativas, también presentan diferencias y particularidades propias. En el caso de los pacientes con cáncer, se puede hablar extensamente de las necesidades que presentan a lo largo de la enfermedad y de los tratamientos.

Para la mayoría de la gente, el ser diagnosticado de cáncer se convierte en un golpe, generalmente terrible de inicio, a partir de la mala información o de los mitos relacionados con este padecimiento. Además, este tipo de males, conlleva una necesidad de realizar grandes y profundos cambios en el estilo y forma de vida, muchas veces de manera permanente.

Gran parte de la manera en que reacciona una persona, ante un diagnóstico de cáncer, está en función de su estructura psico-social, es decir de la manera en que es, y ha sido, capaz o no, de enfrentar y resolver las dificultades que hay a encontrado a lo largo de su vida. Esto está también íntimamente relacionado con la estructura social de la que se rodea, la cual puede estar conformada por familiares y/o amigos.

Tal vez el principal problema a que se enfrenta una persona ante el cáncer, es el miedo que la sola mención de la palabra provoca. Miedo ante la enfermedad, ante los tratamientos, ante el dolor, y principalmente ante la muerte. Este miedo no solo es evidente en el paciente, sino también en los familiares y amigos, los cuales muchas veces, en su afán por ayudar, terminan por generar acciones y actitudes de sobreprotección en el paciente, lo cual puede llevar a una sensación de dependencia y/o indefensión.

Como consecuencia de esto, se pueden presentar problemas como depresión y ansiedad, tristeza (figura 1), insomnio, alteración mayor de actividades cotidianas, etc. Lo cual puede ser interpretado como consecuencia natural de la misma enfermedad, lo cual a su vez, lleva a una intensificación de la problemática.

Mención aparte merece la presencia del dolor crónico asociado al cáncer. Dicho dolor, muchas veces es de difícil control además de progresivo, lo cual viene a complicar aún más la situación del paciente, pues ante la presencia de este problema pueden aparecer señales de desesperanza y deseos de abandonar los tratamientos, con el consecuente empeoramiento de la enfermedad.

Por ello resulta necesario abordar a estos pacientes desde una perspectiva interdisciplinaria, en la que se puedan conjugar tanto la visión médico-biológica, como la perspectiva de adaptación psicológica a la situación que está viviendo, esto debido a que existe una interacción importante entre los factores biológicos y psicológicos, con lo cual se resalta la importancia de las variables psicológicas y sociales y su contribución para entender el problema, buscar formas de afrontarlo y coadyuvar en la rehabilitación (Reynoso y Seligson, 2005).

De acuerdo a estas necesidades, las estrategias usadas durante los dos años de residencia, se avocaron a la búsqueda de elementos de apoyo hacia el paciente, con la intención de crear o buscar herramientas efectivas de adaptación y solución al problema (figura 2).

Una de las principales herramientas usadas para ello, fue la Psicoeducación, con la finalidad de que el paciente, entendiese mejor, y al mismo tiempo, fuese más capaz, de manejar su enfermedad y tratamiento, reforzando, sus habilidades, recursos y fortalezas, pues, en teoría, mientras el paciente conozca mejor su enfermedad y el proceso de la misma, podrá manejarla de una mejor manera.

Tomando como base lo anterior, se presenta este reporte final de Experiencia Profesional, con el objetivo, de desglosar, para su mejor entendimiento, las principales actividades desarrolladas durante los dos años de residencia hospitalaria, entre las que se encuentran además del trabajo llevado a cabo con los pacientes, las diferentes actividades académicas, y el desarrollo de un protocolo de investigación.

II. SEDES HOSPITALARIAS.

Primer año: Unidad de oncología. Hospital Juárez De México.

Características de la sede

El *Hospital Juárez de México*, se ubica en Avenida Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas C. P. 07760, México, D. F. Es un hospital de segundo nivel de atención, cuenta con servicios de internamiento y 19 sub-especialidades.

Evaluación del servicio.

Durante el tiempo programado para la prestación del servicio, se logró establecer un trabajo funcional y eficaz con el equipo médico. Con ello se cumplieron los objetivos de adquisición y desarrollo de herramientas y estrategias de atención al paciente crónico-degenerativo.

De igual forma, se cumplió con la meta de promover en el residente, el desarrollo de habilidades de investigación.

Durante el año de residencia, el servicio de oncología estuvo formado por:

- ❖ Un jefe de servicio.
- ❖ Diez médicos, adscritos al servicio.
- ❖ Diez médicos, residentes de la especialidad de Oncología.
- ❖ 3 psicólogos, residentes de la maestría de Medicina Conductual.
- ❖ Enfermeras.
- ❖ Dos trabajadoras sociales.

A su vez, el servicio se sub-divide en:

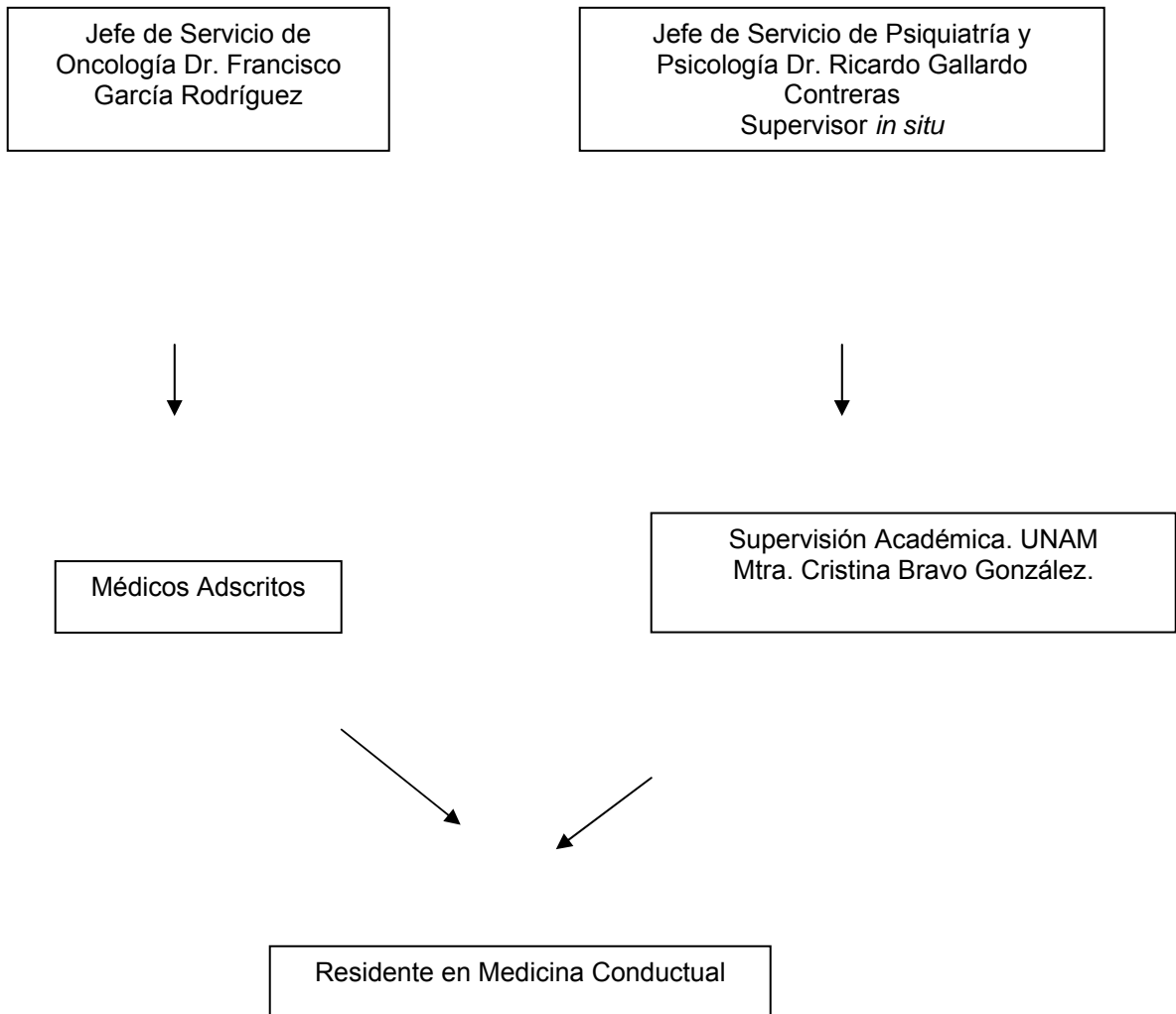
Consulta externa: la cual se encuentra dividida en 6 áreas de atención; mama, ginecología oncológica, cabeza y cuello, tumores mixtos, radioterapia y oncología médica. Los médicos atienden pacientes de primera vez y dan seguimiento a aquellos que tienen algún padecimiento oncológico que no requiere hospitalización.

Quimioterapia Ambulatoria: es un área física integrada por diez sillones tipo *reposit* y cinco sillas, a la cual asisten los pacientes ambulatorios para recibir una sesión de quimioterapia. El médico adscrito supervisa el adecuado funcionamiento del área.

Radioterapia: es un área dedicada a la aplicación de radioterapia, tanto para pacientes ambulatorios como hospitalizados, en esta área trabajan técnicos radioterapeutas y un médico adscrito que coordina el trabajo.

Área de hospitalización: consta de 48 camas las cuales se encuentran en el primer piso del hospital, distribuidas en 7 salas generales cada una con 6 camas y 2 aislados cada uno con 3 camas, de los cuales uno es para mujeres y otro para hombres.

Durante el año de residencia en esta sede, las líneas de autoridad fueron:



Evaluación de la sede.

En el servicio se contó con dos cubículos para realizar las sesiones de trabajo con los pacientes, desafortunadamente estos espacios fueron asignados a otras necesidades del servicio, por lo que durante los últimos meses de la residencia no se dispuso de un espacio adecuado para el trabajo con los pacientes.

Actividades Clínicas en la Unidad de Oncología del Hospital Juárez de México.

Al ingresar al servicio hubo la necesidad de reestructurar las actividades a desarrollar, debido a que en la rotación anterior no se cubría el área de consulta externa de los médicos, siendo está, una de las áreas de principal interés del Jefe del servicio. Dado que al servicio de Oncología fuimos asignados tres residentes de Medicina Conductual, se hicieron algunos cambios en el cronograma que dejaron los residente anteriores, uno de los principales cambios, fue el de rotar cada cuatro meses por cada uno de los servicios, cubriendo la consulta externa con los médicos y el área de hospitalización, quedando finalmente las actividades estructuradas de la siguiente manera:

Tabla 1. Horario de Actividades Diarias en el Servicio de Oncología

HORARIO DE ACTIVIDADES DIARIAS					
Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7-8	Clase de Oncología				
8-9	Pase de Visita			Sesión Bibliográfica	Pase de Visita
9-10	Hospitalización / Urgencias	Supervisión Dr. Gallardo	Hospitalización / Urgencias	Pase de visita	Hospitalización / urgencias
10-11		Hospitalización/ Urgencias	Sesión Clínica	Hospitalización / Urgencias	
11-12	Sesión Oncología			Supervisión Académica	
12-13	Consulta Externa			Sesión General HJM	Consulta Externa
13-14			Consulta Externa	Consulta Externa	

Tabla 2. Rotaciones de los Residentes Asignados al Servicio de Oncología

RESIDENTE 1er	cuatrimestre	2° cuatrimestre 3er	cuatrimestre
R2 Araceli Sosa De la Cruz	Mama/ Cabeza y Cuello	Tumores Mixtos	Ginecología Oncológica
R1 Erika Pineda Navarro	Tumores Mixtos	Ginecología Oncológica Mama/	Cabeza y Cuello
R1 Raúl Rojas Luna	Ginecología Oncológica	Mama/ Cabeza y Cuello	Tumores Mixtos

Como se puede observar en las Tablas 1 y 2, las actividades de los residentes de acuerdo a su respectiva rotación fueron:

1. Clase de oncología: Todos los días de 7:00 a 8:00 de la mañana se asistió a clases de oncología.

2. Visita diaria a las salas de hospitalización: Visita médica diaria a piso de hospitalización, de lunes a viernes de 8:00 a 9:00a.m, aproximadamente, dependiendo del número de pacientes. Ésta se realizaba con el equipo multidisciplinario del servicio de oncología: el Jefe de Servicio, los Médicos Adscritos, Médicos Residentes, Residentes de Psicología, Trabajadora Social y la secretaria del servicio. Los miércoles además de pasar visita con el personal anteriormente mencionado, se pasaba con el Jefe del Servicio de Cirugía General. Una vez que llegaba el médico adscrito, todo el personal iniciaba visita a piso en el área de Oncología. Frente a la cama de cada paciente se revisaba su expediente así como estudios, comentando el caso entre el personal médico y decidiendo su tratamiento. Sin embargo, al paciente y a sus familiares, se les daba muy poca información en ese momento acerca de su estado de salud, tratamiento a seguir o las dudas que pudiesen tener. Los residentes de psicología tomábamos notas sobre el estado médico del paciente, así como la impresión psicológica del mismo. De tal forma, se buscaba identificar a aquellos pacientes que se encontraban en

un estado psico-afectivo, que demandara el apoyo del área de psicología. De igual forma, se contemplaban las necesidades existentes en los familiares del mismo paciente.

3. Atención en consulta externa: En consulta externa se daba atención a los pacientes de primera vez y subsecuentes que eran captados durante la consulta externa médica. También se contemplaba el día quirúrgico de cada clínica para brindar consulta externa de Psicología.

4. Elaboración de notas clínicas: En el expediente médico se hacían notas cada vez que se trabajaba con el paciente o con los familiares, en el cual si era nota de primera vez, incluía:

- ficha de identificación.
- diagnóstico médico.
- motivo de consulta.
- historia clínica.
- examen mental.
- diagnóstico psicológico.
- plan de tratamiento.

Y en las notas subsecuentes se describía el motivo de consulta y el plan de tratamiento.

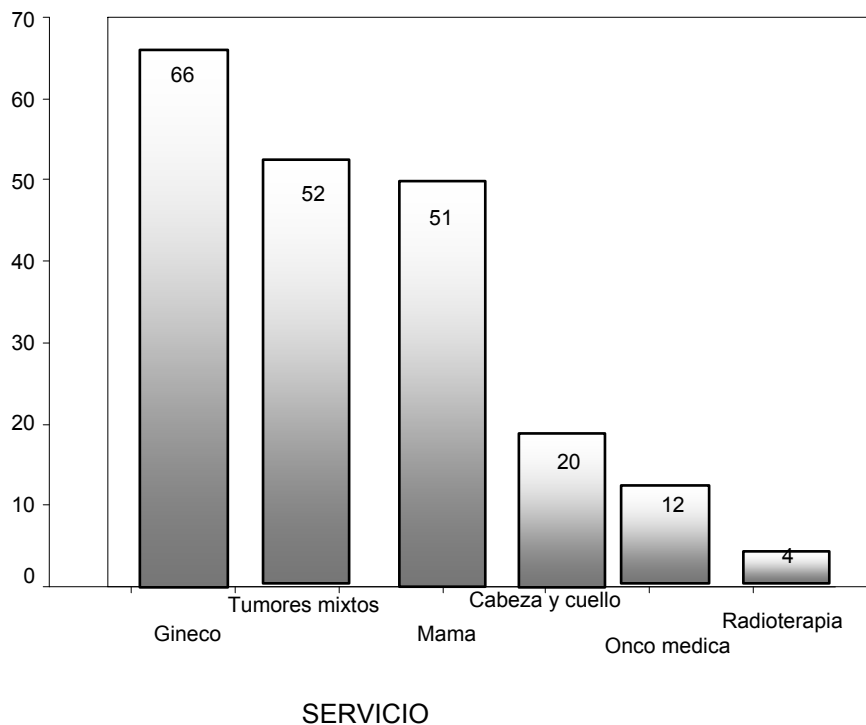
5. Sesiones clínicas en el servicio de oncología: Se asistió a las sesiones clínicas programadas por el jefe del servicio de oncología una vez por semana, con duración de una hora. Con la participación de los médicos adscritos, médicos residentes, médicos de cirugía plástica y residentes de medicina conductual. El objetivo era presentar un caso de interés clínico, por su diagnóstico o por su gravedad. Durante dichas sesiones, el trabajo de los residentes de psicología, era el mismo realizado durante las consultas externas, es decir, el de captar pacientes que requirieran de apoyo psicológico.

Características de la población atendida.

De marzo de 2006 a enero de 2007, se atendió a un total de 214 pacientes, de los cuales 166 pertenecían al sexo femenino y los restantes 48 al sexo masculino. La edad de los pacientes abarcó un amplio rango que fue desde los 17 hasta los 83 años con una media de 45.39 años. La mayoría de los pacientes, 117 eran casados y/o vivían en unión libre. En cuanto a religión, la mayoría, 134 profesaban la católica.

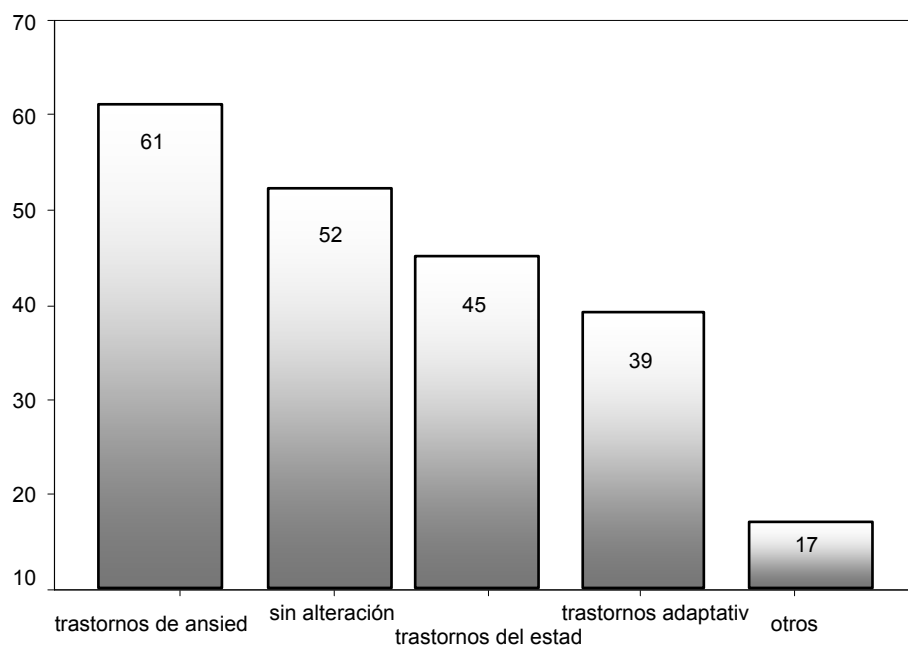
Por otra parte, en lo referente a instrucción escolar la mayoría, 86 cursaron la instrucción básica (primaria) ya sea parcial o totalmente. Gineco-oncología fue el servicio que reportó más casos atendidos con un total de 66 pacientes. En lo referente a la impresión diagnóstica de psicología, con 57 casos, los cuadros de ansiedad ocuparon el primer sitio. A continuación se muestran otros datos relevantes.

Figura 1. Pacientes atendidos por servicio.



Como se puede apreciar en la figura 1, se atendió a 214 pacientes, de los cuales 66 pertenecen al servicio de gineco-onco, 52 a tumores mixtos, 51 a mama, 20 a cabeza y cuello, 12 a onco-médica (quimioterapia) y 4 a radioterapia. Cabe anotar que existen 9 casos de los cuales no se tiene el dato del servicio a que pertenecen.

Figura 2. Grupos de diagnóstico.



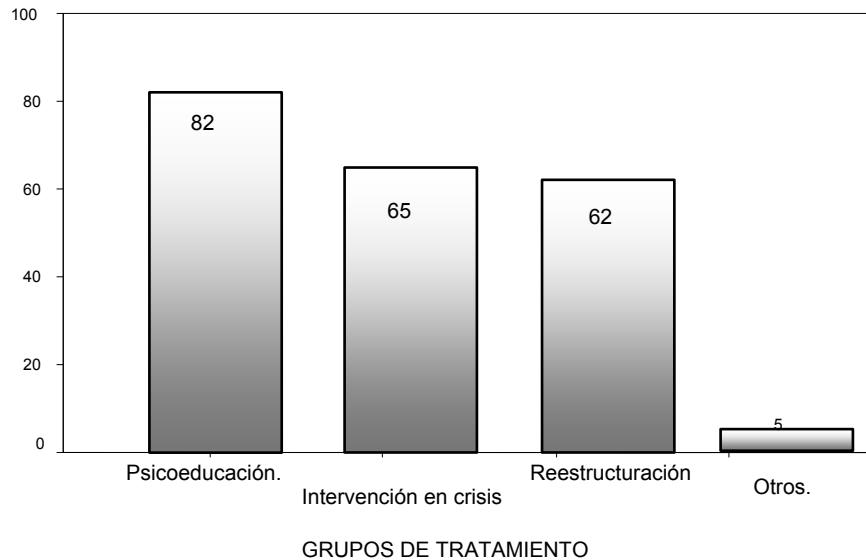
Diagnóstico psicológico.

La figura 2, muestra las áreas de atención e impresión diagnóstica de los pacientes que fueron atendidos, dando como resultado que el mayor número de ellos mostraban algún *trastorno de ansiedad* debido a distintos factores primarios (dolor, confirmación de Dx, tratamiento, procedimiento médico...).

Un alto número corresponde a la categoría *Sin alteración psicológica aparente*, lo que significa que al momento de la entrevista, el paciente no mostró signos de alteración alguna, sin que esto lo excluyera de presentar o haber presentado una alteración determinada. Otro punto a considerar es el hecho de que algunos pacientes podían presentar dos o más alteraciones al mismo tiempo, por lo que

para fines prácticos de este reporte se les asignó solo una, siendo ésta la considerada como principal.

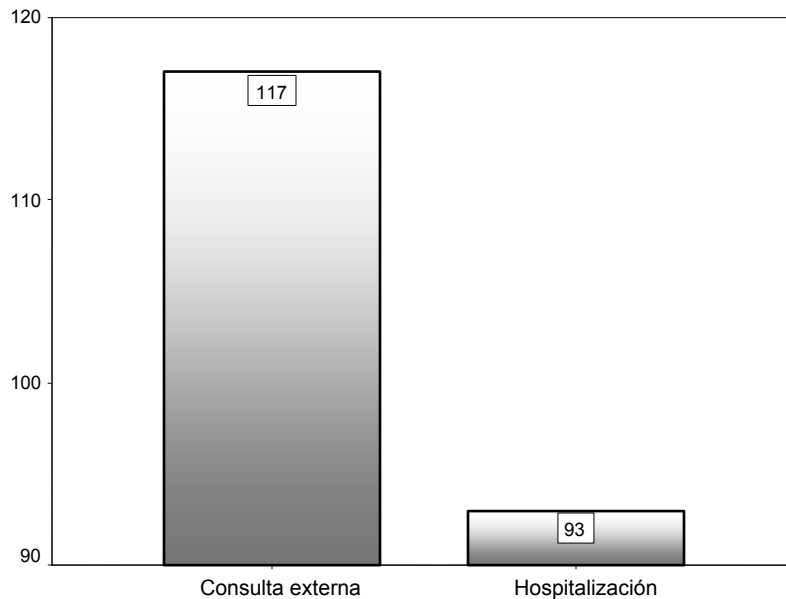
Figura 3. Grupos de tratamiento.



La figura 3, muestra los tipos de intervenciones realizadas con los pacientes, siendo *psicoeducación* la más alta con 82 casos, esto debido a que la mayoría de los pacientes mostraba un desconocimiento en mayor o menor grado acerca de la enfermedad y de los tratamientos, y este desconocimiento fungía como generador de muchos de los trastornos que se presentaron posteriormente.

En cuanto al número total de intervenciones, se llevó a cabo un total de 214, de las cuales, 185 fueron realizadas con el paciente. Dividiéndose las restantes 29, entre el trabajo realizado con la esposa o esposo, con los hijos, o con el paciente y algún familiar al mismo tiempo.

Figura 4. Ubicación del paciente.



La gran mayoría de los pacientes, tal cual lo muestra la figura 5, fueron atendidos en el área de consulta externa, incluyéndose en este rubro, los casos considerados como “urgentes” así como los casos de pacientes citados específicamente a consulta de psicología, como parte del trabajo de seguimiento.

A pesar de que en la sede existieron limitantes en cuanto a la existencia de espacios adecuados para el mejor desempeño del trabajo psicológico, se puede afirmar que cumplió con la función de apoyar la formación profesional del residente de medicina conductual, pues se contó con el apoyo de la gran mayoría del personal de la unidad, empezando por el jefe de servicio. En cuanto a los usuarios, se encontró una gran disposición y necesidad hacia la atención psicológica.

Actividades Académicas

Éstas incluyeron las clases programadas por parte del Jefe de Servicio de Psiquiatría y Psicología, las cuales se llevaron a cabo los días martes de 10 a 11 de la mañana, se realizaron revisiones bibliográficas de temas concernientes al trabajo psicoterapéutico; los días miércoles de 10 a 11 de la mañana en donde se llevó a cabo una presentación de casos para supervisión clínica, en este caso, cada residente de psicología tenía asignado un día específico para presentar una formulación de caso (Anexo 3) y, finalmente, los días jueves en donde se hacía una revisión de artículos de investigación sobre la efectividad de tratamientos psicológicos para determinados trastornos.

En cuanto a la supervisión académica, ésta se llevaba a cabo los días viernes de 11 de la mañana a 1 de la tarde y tenía como objetivo desarrollar competencias en los alumnos a través de las habilidades clínicas avanzadas de la supervisora. En esta sesión se revisaron y discutieron los casos clínicos que serían presentados en las sesiones de los miércoles con el Dr. Ricardo Gallardo, y se revisaba bibliografía relevante para el desarrollo de competencias clínicas, a la par que se desarrollaban avances del Reporte de Experiencia Profesional.

Por otra parte, los residentes asistíamos a clases en las sedes académicas (Facultad de Psicología y Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM) los días lunes para la clase Métodos de Investigación Aplicada II, los martes para la clase de Medicina y Evaluación II y los miércoles para la clase Teorías y Modelos de Intervención en Medicina Conductual. Además de asistir a supervisión con el tutor correspondiente.

Además, en colaboración con los dos residentes del servicio, se llevó a cabo el diseño del protocolo ***Intervención cognitivo-conductual, para la promoción de la adherencia terapéutica en el paciente oncológico***, que se aplicó durante el primer año de rotación.

Cabe mencionar que con este proyecto de investigación, participamos en el **VIII Congreso Internacional sobre el Estudio de la Conducta**, en la ciudad de Santiago de Compostela, España.

Segundo año: Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos; Instituto Nacional de Cancerología.

Características de la sede.

El *Instituto Nacional de Cancerología (INCAN)* es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la secretaría de salud; que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos siendo un centro de referencia sobre investigación y tratamiento de cáncer en México. Dirige sus acciones a la atención de pacientes principalmente no derechohabientes de la seguridad social, provenientes de todo el país y ha sido política institucional el otorgar servicios con eficiencia, calidad y calidez, con enfoque multidisciplinario en el proceso diagnóstico - tratamiento, rehabilitación y seguimiento. Aunado a las funciones asistenciales es centro de enseñanza e investigación médica.

El Instituto de Cancerología hace su arribo en la época post-revolucionaria como un modesto dispensario médico llamado *Dr. Ulises Valdez* ubicado en el número 131 de la calle del Chopó, teniendo como antecedente lo que hoy es el *Hospital de la Mujer*. La peculiaridad de la población que atendía aquel hospital le convierte en el principal proveedor de pacientes oncológicos en el área ginecológica.

En 1980 el *INCAN* cambió sus instalaciones al terreno que actualmente ocupa en Av. San Fernando No. 22, Tlalpan. Durante ese tiempo cobraron importancia la naciente investigación básica y clínica. Desde el punto de vista de equipamiento, el instituto se coloca entre las mejores unidades oncológicas del país.

Evaluación del servicio.

En esta sede, existió un ambiente de total apertura y disposición en cuanto al trabajo del residente de medicina conductual. Con ello se facilitó de manera total el desarrollo de las actividades propias del psicólogo. Con la experiencia del año previo de residencia, se pudieron desarrollar nuevas herramientas y mejorar aquellas ya adquiridas, logrando con ello un trabajo satisfactorio y enriquecedor en todo sentido.

Durante el tiempo de residencia, el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos estuvo formado por cinco médicos adscritos, ocho médicos residentes, cuatro enfermeras, una psicóloga adscrita, un psicólogo residente, una trabajadora social y dos secretarías.

El servicio se considera como *unidad de apoyo*, por lo que los pacientes provienen de diferentes servicios de base (gastroenterología, cabeza y cuello, mama...etc.). Brinda atención en el área de hospitalización, en el área de consulta externa, y por vía telefónica a pacientes foráneos o con dificultades o imposibilidades de trasladarse al hospital.

-Hospitalización; Aquellos pacientes que ingresan al instituto por medio de cualquiera de los servicios de base, y que enfrentan un problema de difícil control de dolor o que requieren de la asistencia y orientación sobre Cuidados Paliativos, reciben la atención en esta Unidad durante el tiempo que sea necesario hasta que egresan del hospital, o sus condiciones mejoran.

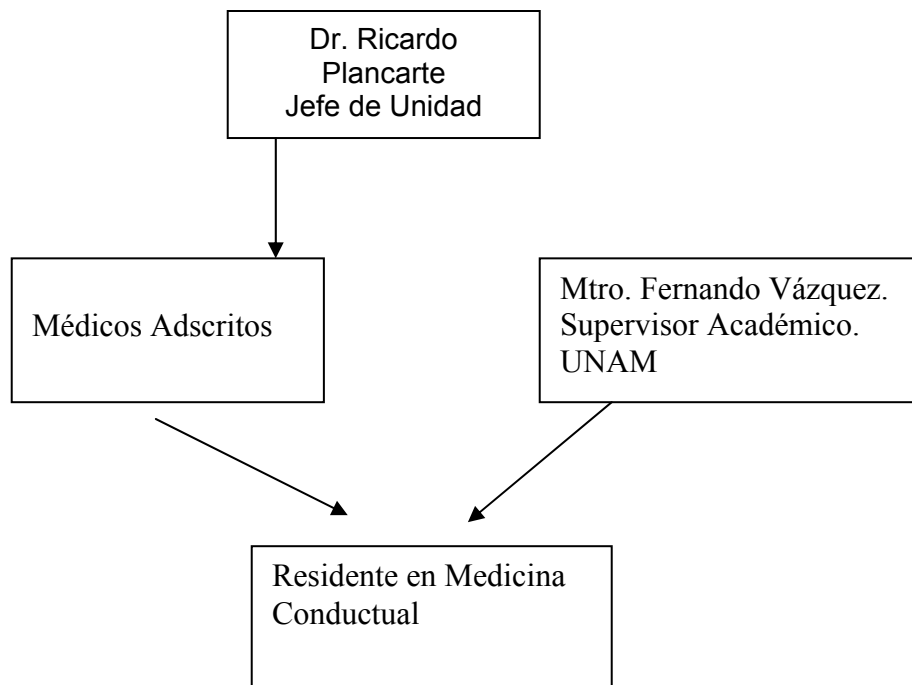
-Consulta externa; Aquí se atiende a los pacientes que son enviados por los servicios de base para un adecuado manejo de dolor presentado por estos. Los pacientes son citados de manera periódica para constatar los resultados de dicho manejo y hacer las adecuaciones necesarias en su tratamiento *algológico*, sin que este interfiera o interrumpa en forma alguna su tratamiento oncológico de base

El manejo de dolor, puede ser farmacológico, o a través de procedimientos intervencionistas, los cuales por sus características, es necesario que se realicen en las salas de rayos X o en tomografía.

También en la consulta externa son atendidos aquellos pacientes que ingresan al área de cuidados paliativos, es decir que se encuentran fuera de tratamiento médico curativo, y acuden únicamente para control y manejo de síntomas.

-Atención telefónica; Cuando los pacientes son foráneos o enfrentan una dificultad física para acudir al Instituto, se les pide a los familiares que se mantengan en contacto telefónico, para llevar cierto control sobre las condiciones del paciente, así como para aclarar las dudas que puedan surgir en la familia o cuidador con respecto a qué hacer ante cualquier situación.

Las líneas de autoridad en esta sede son las siguientes:



Evaluación de la sede.

El trabajo del residente de la maestría, se llevó a cabo en dos áreas de atención del servicio, de tal forma se desarrolló en el área de hospitalización y en el área de consulta externa.

Se puso especial énfasis en el trabajo a realizar con los pacientes atendidos por primera vez en el servicio y en aquellos que pasaron a cuidados paliativos, así como en los familiares o cuidadores primarios de estos.

Actividades en el servicio.

1- Con excepción del día martes, toda la semana había clases programadas para el servicio. Las clases se referían al manejo de dolor y a los cuidados paliativos. Se asistió a dichas clases buscando una mejor comprensión de la problemática enfrentada por los pacientes, y tratando de lograr un mayor conocimiento de las características del dolor y los tratamientos usados en su manejo, de igual forma sucedió con lo referente a los cuidados paliativos.

2- El pase de visita se realiza los días lunes y viernes después de la clase diaria. Dicho pase no tiene una duración establecida y depende de la cantidad de pacientes que estén ingresados en el servicio.

En esta actividad se tomaba nota de los datos generales de el paciente y se seleccionaba a aquellos que requerían atención psicológica, ya sea por observaciones de los médicos o por las características mostradas por el paciente.

3- En el área de consulta externa se daba atención a los pacientes de primera vez y subsecuentes.

4- En el expediente de cada paciente se hicieron notas cada vez que se trabajó con él o con los familiares. Si la nota era de primera vez, incluía información como: ficha de identificación, padecimiento actual, motivo de consulta, examen mental, diagnóstico psicológico y plan de tratamiento, y en las notas subsecuentes se describía el motivo de consulta y el plan de tratamiento.

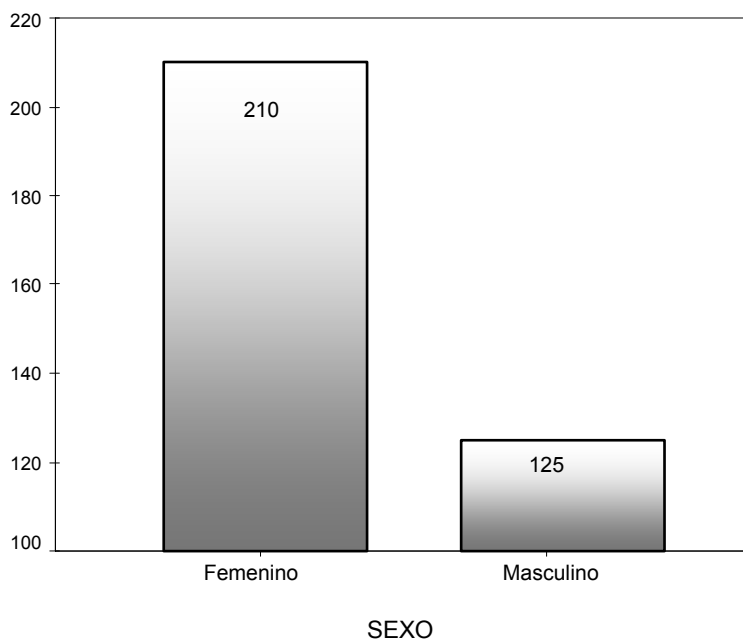
5- Procedimientos. Como una alternativa más del manejo de dolor, se realizan procedimientos intervencionistas, los cuales por sus características, es necesario que se realicen en la sala de fluoroscopia o en la de tomografía. Aún cuando el equipo médico informaba a los pacientes las características de dichos procedimientos, muchas veces en el paciente se generaban dudas o malentendidos respecto a estos, por lo que fue necesario trabajar ese aspecto con ellos.

6- Sesión INCAN/Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición. Salvador Zúriban. Esta sesión médica abarcaba la presentación de un caso clínico por parte de los médicos residentes y en su caso la evaluación psicológica del paciente asignado. De igual forma implicó la lectura y presentación de un artículo científico, sobre un tema determinado por el coordinador de la sesión.

Características de la población atendida..

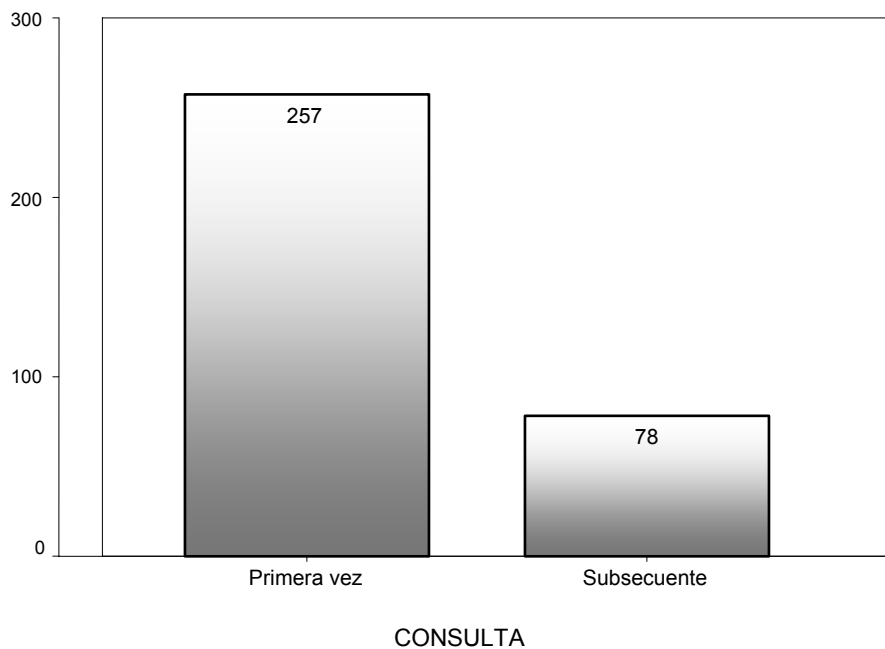
Durante el periodo comprendido entre el 1 de marzo de 2007 al 29 de febrero de 2008 se brindó atención a un total de 335 pacientes. En las graficas siguientes se muestran algunas características de la población atendida:

Grafico 1. Número de pacientes por sexo.



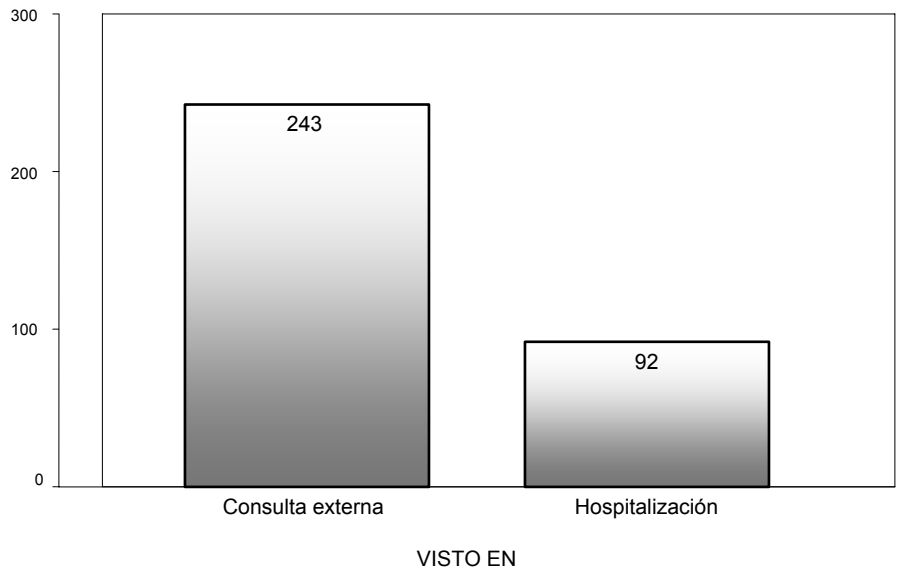
El grafico 1 nos permite apreciar que del total de pacientes que recibieron atención psicológica, la gran mayoría correspondió al sexo femenino.

Grafico 2. Tipo de consulta.



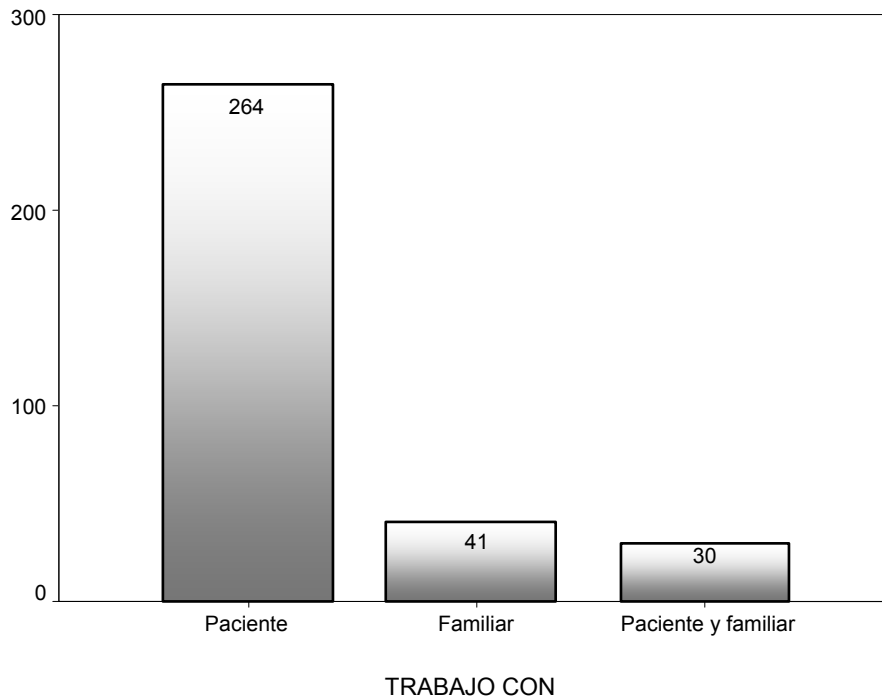
En el grafico 2 se puede notar que hubo una mayoría de pacientes atendidos en la modalidad de primera vez, en la que se incluye tanto aquellos que fueron atendidos en el área de consulta externa, como los que se atendieron en el área de hospitalización.

Grafico 3. Escenario de atención.



Por otra parte, la grafica 3 nos muestra que la mayoría de los pacientes recibió la atención en el área de consulta externa del servicio, la cual incluye a pacientes atendidos en la modalidad de *primera vez.*, como aquellos pacientes de la modalidad *subsecuente.*

Grafico 4. Atención a...



La grafica 4 nos permite ver que la atención psicológica no solo se proporciono al paciente, sino que incluyó también la atención a la familia del paciente, y sesiones conjuntas con el paciente y su familia y/o cuidador primario.

Actividades académicas.

La participación en las clases diarias del servicio, no se limitó a la asistencia a las mismas. En cuatro de ellas el contenido y presentación correspondió al residente de Medicina Conductual en temas asignados por el jefe de servicio. En las sesiones conjuntas con el INN CMSZ, se participó activamente con la lectura y presentación de artículos científicos y casos clínicos

También a lo largo del año de residencia se participó como ponente invitado en los siguientes foros:

- Ψ Curso Anual de Atención Integral al Paciente Oncológico del Instituto Nacional de Cancerología. Con la ponencia *Aspectos psicológicos generales del paciente con cáncer.*

- Ψ Curso “Estrategias de comunicación con el Paciente Oncológico” Instituto Nacional de Cancerología. Con la ponencia *Generalidades sobre la comunicación.*

- Ψ Curso de Tanatología del Instituto Nacional de Cardiología, Dr. Ignacio Chávez, con la presentación *El paciente y la familia ante la enfermedad terminal.*

Por otra parte, se asistió al **XV Congreso Mexicano de Psicología**, en la ciudad de Hermosillo, Sonora, con la presentación en cartel del trabajo ***Construcción de una escala de medición de satisfacción del paciente oncológico en la comunicación con su médico.***

Conclusiones y comentarios de las sedes.

Después de dos años de residencia en hospitales públicos, se puede concluir que la experiencia fue sumamente enriquecedora y gratificante. El personal de dichos institutos, generalmente, contribuyó a la realización de los proyectos establecidos para la residencia.

De manera inevitable, hubo situaciones que dificultaron, en menor medida, el trabajo, aunque dichas situaciones se refieren más a falta de espacios físicos adecuados, instalaciones, exceso de pacientes vs. tiempo limitado para investigación, etc.

En términos generales, se puede decir que ambas sedes cumplen con su papel de escenarios para el desarrollo del residente, lo cual no quiere decir que no haya cosas que se puedan y deban mejorar, empezando por otorgar el reconocimiento pleno que merece el aspecto psicológico en el campo de la salud pública.

III. PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Psicoeducación y su posible relación con la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, en el paciente sometido a intervencionismo para manejo de dolor por cáncer.

Resumen.

El cáncer es un problema de grandes proporciones a nivel mundial, y esto no solo por la enfermedad en si misma, sino por todos los aspectos personales que se ven afectados en los pacientes. Una de las principales preocupaciones asociadas al cáncer es la presencia de dolor a lo largo de la enfermedad, y el manejo médico para lograr controlarlo. Dentro de las opciones para lograr este control, se encuentra el intervencionismo, procedimientos con cierto grado de invasión, los cuales deben ser claramente explicados al paciente, con la finalidad de que este no los viva como una alternativa estresante. El presente estudio tuvo como finalidad conocer si existe una relación entre una sesión de Psicoeducación y las lecturas durante el registro de frecuencia cardíaca y tensión arterial, en un grupo de pacientes sometidos a un procedimiento intervencionista para el manejo de dolor oncológico. A partir de los resultados hallados, no se encontraron diferencias en los promedios grupales y por lo tanto no se encontró una relación evidente entre los niveles de FC y TA y la Psicoeducación proporcionada a los pacientes a nivel de grupos, sin embargo, al final se logran rescatar y resaltar varios puntos importantes, los cuales servirían para enriquecer un estudio similar.

Introducción.

El cáncer es un problema mundial importante. Cada año son diagnosticados cerca de 7 millones de nuevos casos; de estos, casi la mitad son de países en desarrollo y aproximadamente 5 millones de personas mueren (Montejo, 1992).

Los datos de prevalencia indican que hay actualmente 14 millones de personas con cáncer. En países desarrollados, 67% de los hombres y 60% de las mujeres morirán por cáncer; en países en desarrollo estas cifras son mayores. De las 8 formas más comunes de cáncer (estómago, pulmón, colon-recto, cérvix, boca-faringe, esófago, hígado) 5 son más prevalentes en países en desarrollo. Aún cuando el diagnóstico sea establecido tempranamente, el tratamiento es curativo sólo en tres tipos (mama, cervix, boca-faringe) y el cuidado paliativo es necesario en los 8 (Montejo, 1992).

En nuestro país, según datos de la Secretaría de Salud, la mortalidad en el año 2000, por tumores malignos fue de 27 245 personas por seis tipos de cáncer (Cuadro 1), lo cual ubica a este mal en el tercer lugar como causa de mortalidad general, precedido por la diabetes mellitus y la enfermedad coronaria (Reynoso y Seligson, 2005).

Cuadro 1. Mortalidad por cáncer en México en el año 2000.

TIPO DE TUMOR MALIGNO	NUMERO DE DEFUNCIONES
Tráquea, bronquios y pulmón	6225
Estómago	4980
Cuello del útero	4604
Hígado	4169
Próstata	3835
Mama	3432

Aunque se habla de cáncer en singular, dentro de este diagnóstico común se encuadran más de 200 tipos de enfermedades distintas que presentan diferencias fundamentales en su etiología, localización, sintomatología etc. A pesar de esas diferencias, los procesos cancerígenos tienen, al menos como elementos comunes, una proliferación anormal de células, la tendencia a invadir tejidos

vecinos y, finalmente, la capacidad de metastatizarse, esto es, diseminarse por otras partes del organismo. El crecimiento celular incontrolado se denomina en general “neoplasia”, etimológicamente “nueva formación”.

Las neoplasias suelen ser benignas o malignas, y suelen dar lugar a la aparición de un “bulto” que es lo que se denomina comúnmente tumor (Amigo, Fernández, Pérez, 1998). Asimismo la neoplasia puede definirse de forma más amplia como una neo formación histica resultante de la proliferación exagerada de elementos celulares de un tejido organizado, generalmente encapsulado pero no infiltra espacios adyacentes ni produce metástasis considerándose como benigno.

Pero cuando no cumple los requisitos anteriores la neoplasia se considera como maligna.

La terapéutica médica oncológica utilizada es amplia, sin embargo, se puede hablar de un tratamiento multidisciplinario con:

- ✦ *Cirugía.* Tiene como objeto la extirpación de la formación neoplásica y se acompaña de radioterapia o de quimioterapia.
- ✦ *Radioterapia.* Consiste en la aplicación sobre el tejido tumoral de radiaciones ionizantes de onda corta, ésta se justifica en el hecho de que las células cancerígenas son más sensibles a las radiaciones ionizantes que las normales.
- ✦ *Quimioterapia.* Consiste en el uso de sustancias químicas llamadas citostáticos que actúan contra la mitosis celular y que, por lo tanto, detienen la reproducción de las células cancerígenas.

Sin embargo en ocasiones las ganancias de estos tratamientos tienen un alto costo para los pacientes, pues son invasivos, dolorosos, aversivos, incapacitantes y muchas veces con efectos irreversibles (p. Ej. Amputaciones y extirpaciones); o producen efectos secundarios indeseables, como náuseas, vómitos, caída del cabello, pérdida de apetito, dolor, quemaduras, disminución de las capacidades cognitivas, por mencionar algunas (Latorre, Beneit, 1998).

El diagnóstico y tratamiento de cáncer suele provocar en el paciente un gran impacto emocional e incluso serios problemas psicológicos y sociales, pues la propia palabra “cáncer” produce en muchas personas por sí sola una fuerte conmoción, ya que se vincula con la idea del dolor y de muerte. Además los pacientes con cáncer no son tan aislados socialmente. Generalmente tienen familia y amigos, así como responsabilidades sociales y financieras.

El cáncer con frecuencia tiene efectos devastadores sobre estas relaciones, lo cual genera una gran variedad de problemas sociales que probablemente empeorarán conforme lo haga la enfermedad. En líneas generales Latorre y Beneit, (1998) enumeran los siguientes problemas psicosociales que experimentan los pacientes:

1. Problemas emocionales (depresión, ansiedad, estrés etc.).
2. Problemas derivados de la sintomatología física (efectos directos de la enfermedad como el dolor; efectos colaterales de los tratamientos, etc.)
3. Problemas derivados de la ruptura de los esquemas de vida cotidianos (laborales, familiares, de relación social, etc.).

En general puede deducirse que el enfermar de cáncer supone enfrentarse a una situación amenazante, poco predecible y más o menos aversiva, en función de las características del proceso neoplásico, del tratamiento que requiere y de la fase de evolución en que se encuentra.

Con respecto al dolor, uno de los aspectos más importantes desde el punto de vista del paciente con cáncer y sin duda el más temido, la frecuencia con la que aparece varía, dependiendo de la etapa de la enfermedad y del sitio primario donde se localiza el tumor. El dolor moderado o severo ocurre en:

- un tercio (30-40%) de los pacientes en el momento del diagnóstico.
- más de dos tercios (60-100%) de los pacientes con cáncer avanzado (Woodruff, 1997).

Las causas del dolor en pacientes con cáncer y sus frecuencias correspondientes son (Woodruff, 1997):

- Debido a la participación de un tumor (70%)
- Relacionado con el tratamiento (20%)
- Ocasionado por una enfermedad cualquiera, distinta al cáncer (<10%)
- No relacionado con el cáncer o su tratamiento (<10%)

Aún cuando no todos los pacientes oncológicos sufren dolor, la sola posibilidad de padecerlo es tal vez el síntoma que más preocupa al paciente, ya que la presencia de este, no solo va de la mano del desarrollo de la enfermedad sino también a los tratamientos médicos (Reyes, Guillén, Alcázar, 2006)

Por ello, el dolor asociado al cáncer es uno de los principales factores generadores de sufrimiento físico y psicológico en los pacientes y en la familia de estos, por esta razón es de suma importancia el tratar de mantener un control estricto en este sentido, con el auxilio de las diferentes terapéuticas disponibles para ello.

La terapia farmacológica es el pilar de las diferentes modalidades terapéuticas disponibles para el manejo del dolor por cáncer. Es efectiva, de relativo bajo riesgo y usualmente es de inicio rápido. Un principio esencial al usar medicamentos para el manejo de dolor por cáncer es el de individualizar el tratamiento en cada paciente.

Sin embargo, existe cierto porcentaje de pacientes con quienes no se obtiene un buen control de dolor, y por ello requiere otro tipo de tratamiento, y este es el motivo para realizar una terapia intervencionista, en sus distintas formas, la cual puede ser la mejor alternativa de tratamiento para casos específicos, por las ventajas y beneficios que proporciona. Esta opción se convierte en una buena alternativa para un alto porcentaje de pacientes con problemas de difícil manejo, muy frecuentes en nuestro medio debido a las necesidades socioeconómicas, las grandes distancias entre los lugares de origen y el hospital y la poca disponibilidad de opioides (Plancarte, Guajardo, Guillén, 2006), entre otras más.

Este se puede realizar, como ya se mencionó, cuando el dolor no responde al tratamiento con fármacos, y cuando no existe una buena adherencia por parte del paciente al consumo de medicamentos, en especial morfina, por el temor a la adicción (Plancarte Arrieta, 2004).

Se ha comprobado que pueden surgir variadas respuestas emocionales ante un proceso de carácter más invasivo, que cuando son muy intensas tienen importantes consecuencias para la recuperación. Existen evidencias que sugieren que mientras mayor es la ansiedad, más lenta y complicada resulta la recuperación postoperatoria, lo que ocurre a través de mecanismos tanto conductuales como fisiológicos (Castillero, Pérez).

En este punto del tratamiento, el trabajo de psicoeducación cobra especial relevancia. Ya que se debe tener en cuenta que un aspecto muy importante previo al inicio de cualquier tratamiento, es, el que el paciente debe contar con la información necesaria acerca de la opción que se le ofrece, lo cual incluye que conozca desde el nombre del tratamiento, en qué consiste, los beneficios que le proporcionará y los riesgos y efectos secundarios que se pueden presentar.

De acuerdo a un protocolo aplicado previamente en pacientes de la Clínica del Dolor del INCAN, (Hernández, Vázquez, Guajardo), al aplicar una sesión

estructurada de Psicoeducación a pacientes, previo a un procedimiento intervencionista, se logra un mayor nivel de satisfacción en el paciente. Esto además de los beneficios referidos a la mejoría tanto física como emocional en el paciente, después del procedimiento.

Con esta información, el paciente puede enfrentar de una mejor forma el proceso de tratamiento (Barracough, 1999), pues al contar con un mayor grado de conocimiento sobre su situación, los niveles de estrés y/o ansiedad experimentados, se pueden ver disminuidos en un alto porcentaje.

Método.

Objetivo; comparar los niveles Tensión Arterial (TA) y Frecuencia Cardíaca (FC), (mediante la medición de datos fisiológicos) en dos grupos de pacientes sometidos a manejo intervencionista para control de dolor.

Hipótesis; si a un grupo de pacientes se le proporciona información clara y concisa (Psicoeducación) acerca del procedimiento a que será sometido, sus niveles de TA y FC serán más bajos y/o se mantendrán con menos variación que los de otro grupo sin información.

Variables.

V. D: Niveles de TA y FC mostrados por el paciente durante la realización del procedimiento médico.

V. I: Psicoeducación proporcionada al paciente.

Participantes.

Hombres y mujeres, con diagnóstico oncológico, sometidos por primera vez a procedimiento intervencionista para manejo de dolor. Mayores de edad. Que sepan leer y escribir. Los participantes formaron parte de uno de dos grupos (control y experimental).

Instrumentos

Ficha de identificación del paciente.¹

Intervención psicoeducativa estructurada, desarrollada por la residente del año previo (Hernández, Vázquez, Guajardo).²

Monitores usados por el personal de anestesiología para la obtención de datos fisiológicos (Tensión Arterial, Frecuencia Cardíaca).

Escenario.

La sesión de Psicoeducación se realizó una hora antes del inicio del procedimiento intervencionista, en el área de hospitalización o en el área de consulta externa del INCAN.

El registro de los datos de TA y FC se llevó a cabo en la sala donde se realizó el procedimiento (rayos X y/o tomografía).

Modalidad. Individual.

Procedimiento.

Los grupos fueron conformados de manera aleatoria.

-Grupo experimental. Se aplicó la ficha de identificación del paciente. En la hora previa a la intervención se procedió a realizar la sesión de Psicoeducación al paciente. Para ello se utilizó una intervención estructurada con base en información básica acerca del dolor, nombre, características, posibles complicaciones y generalidades acerca del procedimiento intervencionista que se le realizaría. Para esto se utilizaron una serie de imágenes impresas para lograr un mejor nivel de comprensión en el paciente.

Posteriormente, durante el procedimiento intervencionista se tomó registro de los indicadores de TA y FC visibles en los monitores de control usados por los anestesiólogos.

¹ Anexo 1.

² Anexo 2.

-Grupo de control. Se aplicó la ficha de identificación del paciente. Durante el procedimiento intervencionista se tomó registro de los indicadores de TA y FC visibles en los monitores de control usados por los anesthesiólogos.

Análisis.

El análisis de los datos se llevó a cabo con el programa SPSS versión 10.0 para Windows.

Resultados.

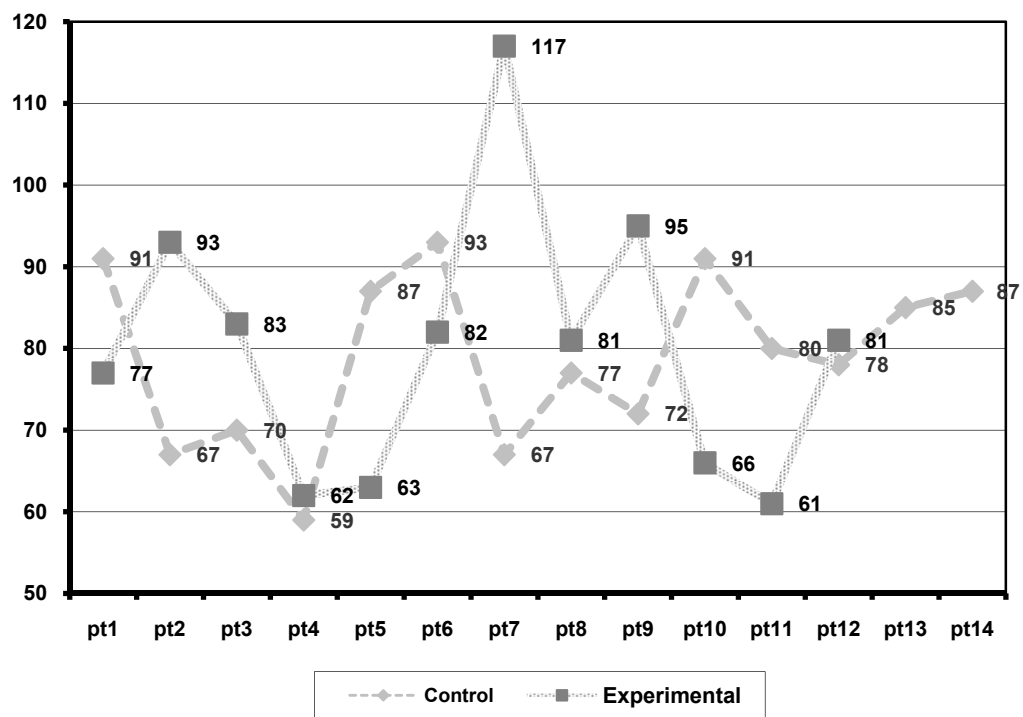
Se logró una muestra de 26 sujetos, 13 hombres y 13 mujeres, para ambos grupos. El grupo control se conformó por 14 sujetos, 7 del sexo masculino y 7 del sexo femenino. Y el grupo experimental se formó con 12 sujetos, 6 de sexo masculino y 6 de sexo femenino.

El rango de edad del total de la muestra fue de los 33 a los 80 años, con un promedio de 58.4 años.

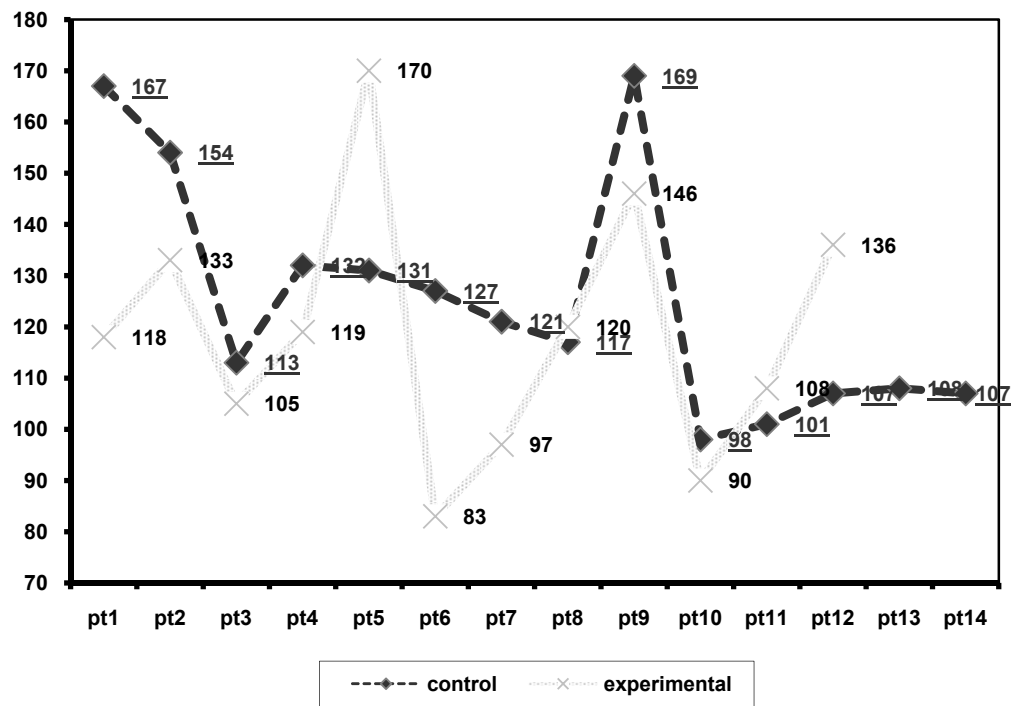
Los datos de escolaridad son los siguientes; 12 sujetos con primaria incompleta, 6 con primaria completa, 4 con secundaria terminada, 2 con estudios técnicos o de bachillerato concluidos, y 2 con estudios de licenciatura.

Se compararon los promedios de FC (Fig. 1) y TA (Fig. 2, Fig. 3) de ambos grupos, obtenidos durante la realización de los procedimientos intervencionistas. Se aplicó la prueba de Mann-Whitney, para 2 muestras independientes. Los resultados de dicha prueba señalan que no se encontró que exista una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos del estudio.

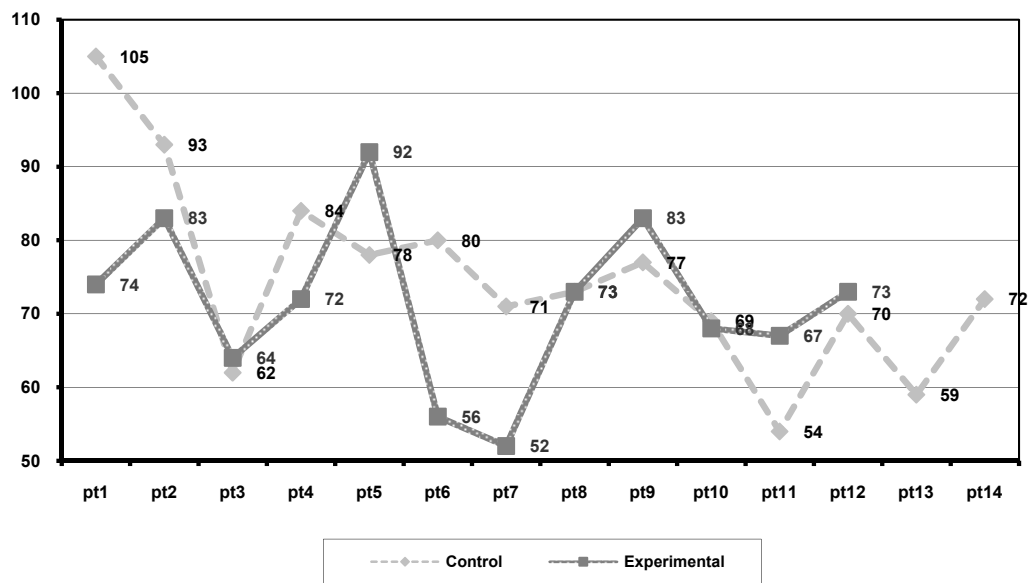
Grafica I. Promedio de FC por paciente, durante el procedimiento.



Grafica II. Promedio de TA (sístole) por paciente, durante el procedimiento.



Grafica III. Promedio de TA (diástole) por paciente, durante el procedimiento.



Discusión.

A pesar de que a partir de los resultados hallados, no se encontraron diferencias en los promedios grupales y por lo tanto no se mostró una relación evidente entre los niveles de FC y TA y la Psicoeducación proporcionada a los pacientes a nivel de grupos, se pueden resaltar varios puntos importantes del presente estudio:

Se recomienda la aplicación *pre* y *post* de alguna prueba para la medición de estrés y/o ansiedad, para tener un parámetro más de medición de resultados.

De igual forma se sugiere el uso de alguna prueba o lista de chequeo, con la finalidad de evaluar el nivel de satisfacción de cada grupo, ante el manejo de la información respecto al caso particular de cada sujeto.

Otro punto a considerar, sería la integración más homogénea en cuanto a características de los sujetos de cada grupo, para de esta forma llevar a cabo un análisis más equilibrado.

A partir de que los resultados del presente estudio no señalan una relación clara y evidente entre Psicoeducación y una baja en los niveles de TA y FC, no se puede ni se debe generalizar a la población en general, sin tomar antes en cuenta los puntos mencionados líneas arriba, y sin desarrollar un nuevo diseño a partir de ellos, con un número mayor de participantes.

IV. CONCLUSIONES

Observaciones y sugerencias.

Al inicio del curso de posgrado, empecé con una serie de expectativas y objetivos, tanto profesionales como personales, en cuanto a la adquisición de nuevos conocimientos, estrategias y habilidades en el campo de la salud. Dichas expectativas fueron cumplidas satisfactoriamente, algunas incluso superadas.

Es innegable que el trabajo más allá de las aulas, es un elemento indispensable e insustituible, como aportador de experiencias. Por ello, el tener la oportunidad de poder colaborar por dos años en diferentes instituciones hospitalarias, nos da la oportunidad de practicar en la realidad, los conceptos y constructos teóricos, a partir de los cuales se ha basado nuestra formación como aplicadores de la medicina conductual. El hospital es el campo perfecto, donde poder aplicar y fortalecer al mismo tiempo, habilidades y técnicas de prevención, diagnóstico, así como de tratamiento y rehabilitación.

El hecho de que en los hospitales, se nos da la oportunidad de trabajar en conjunto con otros profesionales de la salud, nos proporciona la gran posibilidad de contemplar de una manera mucho más amplia, la necesidad de fomentar la aplicación de un trabajo integral, tomando en cuenta todas, o la mayoría, de las necesidades particulares de cada paciente, así como el contexto de su situación, y a partir de ello, diseñar una estrategia de trabajo más efectiva.

Esta necesidad de tomar en cuenta las particularidades de cada paciente, se hace evidente, debido al amplio espectro que se cubre en cuanto a diferencias socio-económicas, demográficas y culturales en la población hospitalaria. Lo cual nos obliga a adaptar nuestro trabajo, tomando en cuenta estas diferencias.

A pesar de la clara necesidad de atender el aspecto psico-afectivo de los pacientes, aún existen limitaciones que dificultan el trabajo del psicólogo. Cada vez, y con base en hechos concretos, se gana más reconocimiento en la efectividad de ese trabajo, sin embargo a nivel administrativo principalmente, aun existen ciertos límites y resistencias, a reconocer plenamente el valor y la necesidad de ese campo de atención. Lo anterior se refleja en el limitado número de psicólogos, con presencia permanente en los hospitales públicos, espacios que tradicionalmente han sido vistos como campo de acción principalmente de personal médico y de enfermería.

Debido a ello, una situación que parece ser común en las diferentes sedes hospitalarias, es la inexistencia de espacios físicos adecuados para la aplicación de atención psicológica. Siendo común el tener que brindar dicha atención en espacios tales como pasillos, salas de espera, o en algún otro espacio similar, en donde no se cumplen los requisitos mínimos de privacidad y tranquilidad, que merece todo paciente.

No obstante estas limitantes, en nuestro diario ejercicio de un trabajo serio, comprometido, eficaz y ético, esta la llave para seguir abriendo cada vez más puertas, y con ello ganar más espacios y representatividad en el campo de la salud pública.

Es necesario por ello, revisar periódicamente las metas y objetivos, del programa de formación de posgrado, adecuándolas y haciéndolas compatibles, con la realidad cambiante del país.

A modo de sugerencia, se dan las siguientes ideas:

- Explorar las posibles preferencias profesionales del residente, en cuanto a lograr una mayor experiencia con pacientes con un diagnóstico determinado.
- Que el residente, tenga en cuenta sus límites personales y profesionales, y a partir de ellos, tener un objetivo más claro en cuanto a su desempeño en las sedes.
- Considerar las dificultades de tiempo, para lograr llevar a buen término, un protocolo de investigación, que pueda resultar mucho más enriquecedor.
- Promover el seguimiento y/o replica de protocolos realizados anteriormente, con el fin de ganar tiempo en la elaboración de los mismos, a la par de continuar con aquellos que puedan aún mostrar resultados.
- Una inducción al trabajo en hospital, más amplia y participativa.
- Trabajar con el residente, situaciones de frustración, disminución de la tolerancia o aparición de Burnout, que puedan entorpecer su trabajo, o afectarlo a un nivel más personal.

Finalmente, y a modo de conclusión, se puede afirmar que a pesar de obstáculos y limitaciones, el programa cumplió con los objetivos de formación de personal especializado en la atención a pacientes de enfermedades crónicas, lo cual no excluye que pueda, y deba, mejorarse cada vez más.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Reporte de experiencia profesional

- Amigo, I; Fernández, C & Pérez, A. (1998). *Manual de psicología de la salud*. España: Pirámide.
- Caballo, V. (1996). *Manual de psicopatología vol II. Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. España: Siglo XXI.
- Lazarus, R & Folkman, S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Roca.
- Latorre, J & Beneit, P. (1991). *Psicología de la salud*. Argentina: Lumen.
- Reynoso, L: Seligson, I. (2005) *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México. Manual Moderno.
- Rodríguez, G. & Rojas, M. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Society of Behavioral Medicine. (2009)
<http://www.sbm.org/about/definition.asp>,
- White, C. (2001). *Cognitive behavior therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice*. West Sussex, England: Wiley and sons.

Protocolo

- Amigo, I; Fernández, C & Pérez, A. *Manual de psicología de la salud*. España: Pirámide. 1998
- Barraclough, J. *Cancer and emotion*. England. Wiley. 1999
- Castellero Y, Pérez M. *Preparación psicológica para la cirugía mayor*. Revista Electrónica de Motivación y Emoción. Vol. 6 No. 13
- Hernández, F; Vázquez, F; Guajardo, J. *Aumento del nivel de información en pacientes sometidos a intervencionismo para el manejo del dolor*.
- Latorre, J & Beneit, P. *Psicología de la salud*. Argentina: Lumen. 1991
- Montejo, G. El enfermo con cáncer incurable y la medicina paliativa en México. *Salud Pública de México*. 1992. Vol. 34 No. 5 pp.569-574.
- Plancarte R, Arrieta M. *Tratamiento intervencionista del dolor por cáncer*. En: (2004). *Alivio del dolor y cuidados paliativos en pacientes con cáncer*. Instituto Nacional de Cancerología. México. McGraw-Hill Interamericana. 267-280
- Plancarte R, Guajardo J, Guillen R. *Manejo integral del dolor*. *Cancerología* 2006 Vol.1 No. 4. 273-281.
- Reyes D, Guillen R, Alcázar R, Arias M. *Epidemiología del dolor por cáncer*. *Cancerología*. 2006 Vol.1 No. 4. 233-244
- Reynoso, L; Seligson, I. *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. Manual Moderno. México. 2005
- Woodruff, R. *Dolor por cáncer*. México: Asta medica. 1997

VI. ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE IDENTIFICACION DEL PACIENTE.

NOMBRE:

EXPEDIENTE:

EDAD:

ESCOLARIDAD:

DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO:

DIAGNOSTICO ALGOLÓGICO:

PROCEDIMIENTO A REALIZAR:

ANEXO 2

INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA ESTRUCTURADA.

A continuación voy a explicar en que consiste el procedimiento de tratamiento del dolor que se le va a realizar, me interesa que usted comprenda toda la información así que le pido que si menciono alguna palabra que no entienda me interrumpa en el momento.

Como usted sabe, el dolor es un síntoma desagradable que se presenta como una molestia de intensidad variable que se localiza en una parte del cuerpo. Tiene su utilidad como signo de alarma de que algo funciona mal en el organismo o para prevenirnos de un daño, al igual que una alarma el dolor nos avisa que algo nos está dañando; por ejemplo si acerco al fuego mi mano, el dolor hace que la retire y no sufra daño. En su caso a usted ya se le ha diagnosticado una enfermedad la cual le está provocando el dolor, siendo así, el dolor ya cumplió su función ya dio el aviso, ahora ya no hay razón por la cual usted tenga que tener dolor; es por eso que Clínica del dolor le está dando tratamiento para el dolor y como parte de este tratamiento se le va a realizar un procedimiento (**NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO**) que es para disminuir el dolor.

Para entender como este procedimiento va a disminuir su dolor tenemos que entender como actúa nuestro cuerpo al sentir dolor. Esto sucede a través de nuestro sistema nervioso que es el encargado de recibir la información de todos nuestros sentidos y llevarla al cerebro. De la misma forma que un cable conduce la electricidad para encender un foco, en todo nuestro cuerpo tenemos lo que se conoce como terminales nerviosas las cuales reciben la información y la llevan al cerebro.

A lo largo de la columna que encontramos diversas fibras nerviosas que entran y salen que llevan la información de los órganos al cerebro y viceversa y en este trayecto pasan por la medula espinal

Lo que se pretende lograr con un (NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO) es disminuir la intensidad con la que su cerebro capta la información de dolor, para lograr esto previamente los médicos, a través de los estudios que le han realizado, determinan exactamente en que parte de su columna se encuentran las terminales nerviosas que están captando la señal del dolor. Lo que se hace es colocar medicamentos en el sitio de la columna determinado por los médicos, la acción del medicamento bloquea las señales captadas por las terminales nerviosas logrando una disminución del dolor que usted siente ¿Cuánto va a disminuir el dolor? Se espera que el dolor disminuya, de manera importante, en un 60%.

¿Cómo se lleva a cabo el procedimiento?

Lo primero que va a ocurrir es que un camillero o enfermero (a) va a venir por usted y lo trasladará a tomografía (o RX) que es el lugar donde se llevará a cabo el procedimiento, estando ahí le pedirán que se coloque boca abajo.

Una vez colocado en esta posición le descubrirán el área donde se realizará el procedimiento, hecho esto el médico, que estará vestido con gorro, cubre bocas, bata y guantes, limpiará el área con isodine, en este momento es probable que usted sienta frío ya que el isodine es bastante frío y usted estará parcialmente descubierto.

Terminando de limpiarle le cubrirán dejando destapada solo el área en la cual estarán trabajando los médicos; a continuación le limpiarán con alcohol el área descubierta. **¿Queda claro cómo es la posición que va a tomar durante el procedimiento? ¿Hay alguna duda, hasta ahora?**

Durante el procedimiento se le administrarán medicamentos para que usted no tenga dolor, un médico que será el encargado de la administración de estos medicamentos le colocará un monitor y le colocarán una mascarilla o bien punta nasal. La acción del medicamento hará que usted se encuentre somnoliento y probablemente no recuerde lo ocurrido.

Una vez que esto haya ocurrido los médicos colocaran unas agujas especiales para estos procedimientos en el sitio donde le aplicarán el medicamento que bloqueará las señales nerviosas. Para asegurarse que las agujas están colocadas en el sitio correcto tomaran placas, es por ello que como ya dijimos antes el procedimiento se llevará a cabo en tomografía o fluoroscopia.

Una de las complicaciones del procedimiento es que se pueda generar una reacción alérgica a los medicamentos la cual puede ser de leve a severa esto ocurre en un bajo porcentaje.

Una vez que le hayan aplicado el medicamento retiran las agujas, le quitan a usted el monitor y las puntas nasales y lo pasan a una camilla, entonces un camillero y un enfermero lo regresará a su cama en hospitalización. Este procedimiento tiene una duración aproximada de 45 minutos

Si bien el procedimiento médico es útil para reducir el dolor, existen algunos riesgos poco frecuentes, entre ellos se encuentra, como ya mencionamos, el que pueda haber una reacción alérgica al medicamento que se aplica. Otras de las complicaciones que se pueden presentar durante el procedimiento son:

Hipotensión

Infección

Sangrado

Punción medular o raíz nerviosa

Diarrea

Dolor en el sitio de la punción.

Como ya mencionamos se trata de complicaciones poco probables, la ocurrencia de TODAS ellas es menor a 5%

En todos los casos los médicos tienen previsto que hacer en el raro caso que se presente alguna de estas complicaciones como puede ser aplicación de

medicamentos especiales que contrarrestes el efecto no deseado, consulta con otros especialistas (neurólogo), vigilancia continua UTI.

Después del procedimiento usted puede presentar algunos efectos secundarios, que son diferentes de las complicaciones que mencionamos anteriormente, como puede ser molestia o dolor en el sitio donde le colocaron las agujas... Estos efectos secundarios son normales y son transitorios es decir van a desaparecer con el tiempo.

“¿Queda claro que pueden aparecer complicaciones?” “¿Queda claro que las complicaciones ocurren con poca frecuencia y hay un tratamiento emergente para ellas?”

Una vez realizado el procedimiento se le dará cita en una semana para seguimiento. Es importante seguir las indicaciones médicas para obtener los mejores resultados. Recuerde esta usted en manos de expertos pero el papel más importante lo juega usted.

ANEXO 3.

CASO CLÍNICO.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre: Elvira

Edad: 56 años.

Sexo: Femenino.

Estado civil: Casada.

Número de hijos: 3

Religión: Católica.

Escolaridad: Bachillerato.

Ocupación: Hogar.

Lugar de nacimiento y residencia: México DF.

II. MOTIVO DE CONSULTA.

La paciente es referida al servicio de Psicología de la Unidad de Clínica del Dolor, por el área de trabajo social, debido a que desde hace algunos meses ha presentado una serie de molestias físicas tales como dolor de cabeza intenso y persistente así como la presencia de un “zumbido” en los oídos, a esto se suma el que la luz intensa del sol le molesta e irrita los ojos, dando todo esto como resultado, la aparición de mareos.

La paciente refiere que se siente muy “ansiosa y nerviosa”. Comenta que en su casa ella trata de resolver los problemas de su familia y se preocupa mucho por sus hijos y nietos. La relación con su esposo se encuentra en malas condiciones y han llegado incluso a pensar en separarse.

III. IMPRESIÓN Y ACTITUD GENERAL.

Paciente que presenta una edad igual a la cronológica, que acude a la consulta con puntualidad y en condiciones de higiene y aliño adecuadas. Complexión y estatura media, tez morena clara. Se muestra atenta, abierta y cooperadora.

IV. ANTECEDENTES.

Historia familiar.

Comenta que se casó muy joven a pesar de que no contaba con la aprobación total de su familia. Al principio de su matrimonio las cosas parecían ir bien aun cuando pasaban momentos de apremios económicos, los cuales fueron más evidentes con la llegada de los hijos. A esto se sumó el hecho de que dos de sus hijos presentaron discapacidad auditiva, por lo que desde pequeños tuvieron que estar bajo tratamiento médico y en constantes sesiones

de rehabilitación. Ella se encargaba de la casa y de todo lo referente de las atenciones requeridas por los hijos, y su esposo trabajaba la mayor parte del día para cubrir la cuestión económica. Por lo mismo la dinámica familiar careció de la presencia del padre. Esto repercutió también a nivel de pareja y empezó una etapa de ruptura y distanciamiento entre ella y su esposo. La vida íntima de la pareja se fue haciendo mínima, y esto llegó a una crisis profunda cuando el esposo mantuvo una relación extramarital llegando a tener un hijo con esta otra persona. De esta relación la paciente se enteró tiempo después cuando ella misma los vio por la calle. A pesar de este descubrimiento decidieron seguir juntos pues el esposo dejó de ver a la otra persona haciéndose cargo únicamente del hijo. A sus hijos la paciente no les reveló la presencia de la infidelidad. Ella mantuvo una presencia constante de enojo hacia su esposo por el engaño, y aun cuando estuvieron separadas por un tiempo, durante el cual ella radicó en estados unidos, siguieron juntos por sus hijos y por la presión ejercida hacia ella por parte de su madre, pues según esta era “mal visto” que alguien se divorciara. En el presente, la relación con su esposo se mantiene en niveles mínimos de tolerancia. A pesar de todo lo anterior ella ha evitado hablar mal de su esposo ante sus hijos.

Actualmente la paciente tiende a preocuparse en demasía por los problemas de sus hijos y nietos, uno de los cuales también tiene una discapacidad auditiva y ella parece haberse comprometido a sí misma con las sesiones de rehabilitación. De igual forma trata de ayudar a sus hijos a resolver los problemas de todo tipo que enfrentan. No presta el mismo interés o disposición por sí misma, ya que antepone las necesidades de los demás a las suyas propias.

Historia escolar y laboral.

La paciente estudió hasta el bachillerato, luego del lo cual estuvo trabajando por un tiempo. Cuando se casó dejó de trabajar “pues tenía que dedicarse a su casa”.

Historia de salud.

Hace años la paciente presentó un problema de cáncer Cervico-uterino, del cual actualmente y desde hace tiempo, se encuentra en control periódico. Hace poco tuvo una cirugía ocular. Además de esto no refiere otra situación de consideración.

Examen mental.

La paciente se encuentra consciente, presenta un lenguaje fluido, lógico y coherente, con niveles de atención y concentración normales, memoria reciente sin alteraciones, orientada en tiempo, espacio y persona. No presenta alteraciones del pensamiento. Muestra una capacidad de juicio adecuada y sin alteraciones sensoriales. De igual forma, se muestra capazmente intelectual. Con sentido de la realidad y buena capacidad introspectiva.

V CONCEPTUALIZACIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL. MODELO SECUENCIAL.

E Antecedentes 2	O Organismo 4	R Respuesta 1	C Consecuencia 3
<p>-Externos</p> <p>¿Con quién le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ F amilia <p>¿En dónde le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casa ▪ Calle ▪ Hospital <p>¿Cuándo le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Principalmente al salir a la calle. ▪ Cuando se siente muy tensa. <p>-Internos</p> <p>Fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor de cabeza intenso y persistente. ▪ Presencia de “Zumbidos” en los oídos. ▪ Molestias visuales ante la presencia de luz solar. ▪ Mareos. <p>Cognitivo</p> <p>Presenta pensamientos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tengo que resolver los problemas de mis hijos y nietos. ▪ Yo no importo tanto como ellos. ▪ Mis necesidades están después que las de mi familia. <p>Historia del problema</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Desde hace meses inicio la presencia de estas molestias, de manera gradual. 	<p>Habilidades y competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adherencia al tratamiento ▪ Habilidades sociales. ▪ Independiente ▪ Responsable ▪ Disciplinado <p>Deficiencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • solución de problemas • autocontrol • tipo de pensamiento • Control de emociones. 	<p>Motoras</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dificultad para salir de casa. ▪ Necesidad de recostarse un rato. ▪ Incapacidad de llevar a cabo sus actividades cotidianas. <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tengo que ayudar en lo más posible a mis hijos. ▪ Debo pensar en los demás antes que en mí. <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor de cabeza. ▪ Mareos. ▪ Molestias auditivas 	<p>Inmediatas</p> <p>Internas</p> <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor ▪ Tensión. <p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando presenta molestias piensa que debe disimular lo más posible ante su familia. ▪ “Debe” tratar de recuperarse pronto, pues su familia la necesita. <p>¿Qué hacen los otros?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Su esposo se molesta con ella. <p>Mediatas</p> <p>Externas</p> <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor de cabeza ▪ Ansiedad. <p>¿Qué hacen los otros?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El esposo discute con ella, acerca de los hijos

<p>Evolución</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El problema inició poco a poco. ▪ Se presenta principalmente cuando tiene que salir de casa. ▪ Se agudiza con los problemas en casa y con su esposo. 			<p>y de su relación de pareja.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los hijos tratan de convencerla de que se preocupe más por su propia salud.
---	--	--	--

VI PADECIMIENTO ACTUAL.

Realiza visitas periódicas al Instituto, únicamente de carácter de control y preventivas. Desde hace meses empezó a presentar las molestias ya mencionadas, sin que se encontrara una razón médica para las mismas, por lo que, por parte del servicio de Trabajo social, se solicita su valoración.

La paciente refiere una relación “difícil y de tensión” con su esposo. Así como varios problemas de sus hijos, los cuales a ella le preocupan demasiado y por ello trata de ayudarlos.

Cuando se siente más agobiada es más común la presencia de molestias físicas, las cuales la han llevado a modificar sus actividades diarias.

Refiere que su vida se centra en las necesidades de su casa y de sus hijos, sin dedicar tiempo a sus necesidades propias.

VII. EVALUACIÓN MULTIAXIAL, DSM-IV-TR.

Eje I. Trastornos clínicos: Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos.

Eje II. Trastornos de la personalidad: Ninguno.

Eje III. Enfermedades médicas: CaCu en control.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales: Mala relación con el esposo. Abandono de necesidades individuales.

Eje V. Evaluación de la actividad global: 65, algunos síntomas leves, alguna dificultad en la actividad social.

VIII. ESTRATEGIA TERAPÉUTICA.

- Se inició el trabajo con la finalidad de disminuir el grado de ansiedad en la paciente, mediante la técnica de entrenamiento en relajación a través de respiración diafragmática.
- Se procedió a explicar la relación que hay entre pensamiento-emoción, y cómo estas emociones generadas por sus pensamientos, a su vez generan las sensaciones físicas.

- Se exploró la necesidad de la paciente de tratar de cubrir las necesidades de su familia antes que las suyas propias.

La terapia cognitivo-conductual, tiene como principales objetivos los siguientes:

- ✦ Entrenar al paciente en técnicas de relajación, con el fin de controlar los síntomas somáticos de la ansiedad.
- ✦ Desarrollar en el paciente habilidades que le permitan controlar su ansiedad, así como asumir la responsabilidad de cambiar sus pensamientos, sentimientos y conductas.
- ✦ Que el paciente identifique las creencias, actitudes y expectativas que mantienen su ansiedad.

IX. RESULTADOS.

