



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL BASADA
EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS PARA
EL CONTROL DEL ASMA**

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

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA
REVISOR: MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO
DRA. MARGARITA FERNANDEZ VEGA
MTRA. MA. CRISTINA BRAVO GONZALEZ
DRA. SANDRA A. ANGUIANO SERRANO

México noviembre de 2012



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

Al Maestro Arturo Martínez Lara por ser un excelente tutor a lo largo del camino.

Al Maestro Leonardo Reynoso Erazo, sin él, no podría formar parte de la historia de la residencia en medicina conductual. Por ser nuestro guía, tutor, maestro, doctor, coordinador, amigo y solucionador de problemas. Mi eterna gratitud.

A la Dra. Fernández por todo el apoyo para la realización de éste protocolo, así como al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias por las facilidades brindadas para la realización del protocolo.

A mis supervisoras Leticia Ascencio y Cristina Bravo, el primer año de la residencia hubiese sido más caótico sin su guía, apoyo y consejo.

A mi mamá, que no me dejó renunciar cuando yo creía que ya no llegaba a la meta incluso antes de haber iniciado el camino. Si inicié ésta etapa de mi vida y la concluyo con éxito es gracias a su apoyo y consejos.

A mi hermana y mi papá.

A todos y cada uno de los miembros de mi familia extensa y extendida. Con mención especial a mis abuelitas y abuelitos.

A mis compañeros: Cintia, Mayra, Alejandro, Nancy y Selene. Fueron clave fundamental para mi formación profesional, pero sobre todo gracias por compartir risas, lágrimas, historias, sarcasmos y psico-patologías.

Por último, a todos y cada uno de los pacientes del Juárez e INER que estuvieron presentes en mi formación.

Sobre todo aquellos pacientes que dejaron huella e hicieron que la frase "*It is the unknown we fear when we look upon death and darkness, nothing more*", tuviera sentido y forma. El presente reporte de trabajo va dedicado a todos y cada uno de ustedes.

INDICE

Protocolo de Investigación: Intervención cognitivo-conductual basada en solución de problemas para el control del asma

RESUMEN	3
1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1 Generalidades Asma.....	4
1.2 Consideraciones psicológicas en el asma.....	6
1.3 Intervenciones para favorecer el control.....	6
1.3.1 Intervenciones educutativas.....	6
1.3.2 Intervencione cognitiva-conductuales.....	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	13
3. MÉTODO.....	15
4. RESULTADOS	23
4.1 Participante 1	24
4.2 Participante 2	33
5. DISCUSIÓN	40
6. CONCLUSIONES	45
7. REPORTE DE EXPERIENCIA PRIMER AÑO: Hospital Juárez de México, Servicio de Hematología, marzo 2010- febrero 2011	47
8. REPORTE DE EXPERIENCIA SEGUNDO AÑO: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Clínica de Asma, marzo 2011- febrero 2012.....	63
REFERENCIAS.....	73
ANEXOS.....	80

Resumen

Las guías internacionales para el tratamiento del asma recomiendan orientar al paciente en el ámbito psicológico debido a que se ha demostrado que estados emocionales, como la depresión y ansiedad contribuyen a tener un pobre control de la enfermedad. Se han diseñado diversas intervenciones psicológicas y educativas como auxiliares en el tratamiento del asma que han demostrado resultados contradictorios. Sin embargo los estudios proponen, diseñar intervenciones personalizadas, sin perder la objetividad metodológica; donde el paciente sea capaz de controlar estados emocionales para contribuir a un mejor control del asma. El objetivo del presente estudio consistió en evaluar el efecto de una intervención cognitiva-conductual basada en la técnica de solución de problemas para el control del asma. El estudio se realizó en la Clínica de Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias de la Ciudad de México. De los pacientes invitados a participar, dos (mujeres) completaron el protocolo. Los resultados indican que posterior a la intervención existió una disminución en los síntomas asmáticos en general y en el uso del medicamento de rescate (salbutamol). Existieron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de ansiedad medidos por el Inventario de Ansiedad de Beck, en ambos participantes al comparar puntaje inicial con seguimiento. De igual manera, se reporta cambio en la clasificación de la depresión, medida a través del Inventario de Depresión de Beck con el primer participante. La clasificación del asma reportada a través del ACT en el primer caso pasó de ser “no control” a “control”, en ambos casos. En ninguna de las pacientes se reportaron cambios en el nivel de conocimiento de la enfermedad. Ambos participantes de manera clínica reportaron mejoría en su control de asma y estado emocional. Podemos concluir que el protocolo de intervención resultó una herramienta funcional como auxiliar para el control del asma mediante el control de los estados emocionales, destacando el control de la ansiedad. Es importante continuar realizando estudios en condiciones artificiales controladas en la práctica clínica real.

Intervención cognitivo-conductual basada en solución de problemas para el control del asma

1. GENERALIDADES DEL ASMA

El asma es una enfermedad crónica caracterizada por un proceso inflamatorio de la vía aérea, así como por datos de obstrucción del flujo aéreo en la función pulmonar, además de por datos de hiperreactividad bronquial. En los individuos susceptibles causa sibilancias, disnea, opresión torácica y tos, particularmente durante la noche o la madrugada. La inflamación hace a la vía aérea hipersensible a diferentes estímulos, dando lugar a la hiperreactividad. Cuando la vía aérea se expone a estos estímulos se inflama, se contrae la musculatura y se llena de moco (Regalado y Vargas; en Salas, Chapela y Vargas, 2005).

De acuerdo con el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENEVACE, 2011), a través de la Dirección General de Epidemiología reportó que para el año 2009 se reportaron en México un total de 318 689 casos nuevos de asma y estado asmático. Este padecimiento ocupó el quinto lugar dentro de las 20 principales enfermedades no transmisibles. Las entidades que presentaron mayor número de casos fueron Jalisco (10.3%), Distrito Federal (9.4%) y Tamaulipas (6.3%). La institución que más casos notificó fue la Secretaria de Salud con 114 512 casos. Las mujeres fueron las más afectadas en razón de 1.1 por cada hombre, mientras que los grupos etarios en los que se reportó un mayor número de casos fue el de 1 a 4 años, 5 a 9 años y de 25 a 44 años.

De acuerdo con la Guía de Práctica, Diagnóstico y Tratamiento del Asma en Mayores de 18 años del Instituto Mexicano del Seguro Social (2009) el diagnóstico clínico del asma se da por medio del interrogatorio clínico de los síntomas y al descartar otras enfermedades; apoyado por las pruebas de función respiratoria, como la espirometría y/o la flujometría.

Entre alguna de las causas que provocan o aumentan los ataques de asma, llamados desencadenantes o disparadores, se encuentran: infección de vías aéreas superiores, sinusitis, reflujo, rinitis, alérgenos del medio ambiente, mascotas, irritantes, cambios de clima, ejercicio, ambiente ocupacional, emociones, medicamentos, cambios hormonales en la menstruación o embarazo, etc. (Suárez, Huerta y Del Olmo, 2010).

De acuerdo con la Global Initiative for Asthma (GINA, 2010) la clasificación de la enfermedad se puede dividir en asma intermitente, asma leve persistente, asma moderada persistente, asma grave persistente; y los parámetros para la clasificación van de acuerdo con los síntomas clínicos, como la frecuencia e intensidad de los síntomas respiratorios y el consumo diario de broncodilatadores de rescate; por otro lado se deben tener en cuenta los valores funcionales como el grado de obstrucción medido mediante pruebas de función pulmonar, comparando los datos del paciente con los de la norma poblacional.

La Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax (2005) señala que el énfasis del tratamiento para el asma se basa en el control de síntomas, para la cual se emplean dos tipos de tratamiento, los primeros son los medicamentos antiinflamatorios (esteroides), los cuales constituyen la base actual del tratamiento, ya que la inflamación es el factor más importante en la etiopatogenia del asma. El segundo tipo de medicamentos son los broncodilatadores, cuyo objetivo es relajar la musculatura bronquial, por lo que el efecto es percibido de inmediato por el paciente. Por ello, se recomienda que cada paciente cuente con tratamiento médico personalizado, en el que la característica principal sea que a mayor sintomatología se utilicen mayor prescripción de medicamentos, y al disminuir la sintomatología también la cantidad de éstos.

En las guías se recomienda que para beneficiar el tratamiento del asma, así como el control de la misma, es imprescindible que el médico, equipo de salud, paciente, cuidadores primarios y la población en general, cuenten con una información actualizada basada en evidencias, suficiente y pertinente (Pink, Pink & Elwyn, 2009; Guía Práctica Clínica sobre Asma, Servicio Vasco de Salud; 2009).

Por lo anterior, el conocimiento del asma debe incluir distintas habilidades, como reconocer desencadenantes, diferenciar entre los medicamentos broncodilatadores y antiinflamatorios, y desarrollar planes de acción para el manejo de las crisis. Haciendo énfasis es la promoción de una actitud activa que deben adoptar paciente y médico hacia la enfermedad, la cual se verá reflejada en la generación de conductas de auto-control hacia la enfermedad (Manusco, et al., 2010).

2. CONSIDERACIONES PSICOLÓGICAS EN EL ASMA

Como sucede con la mayoría de las enfermedades crónicas, uno de los principales problemas para el control y manejo de la enfermedad, es la falta de adhesión al tratamiento. Dicha falta de adhesión al tratamiento se encuentra asociada con un descontrol de la enfermedad, lo que se traduce en un incremento en la presencia de la sintomatología asmática, mayor frecuencia de visitas a urgencias, hospitalizaciones y mayor número de medicamentos, lo que provoca que el tratamiento del asma llegue a consumir gran parte del ingreso económico familiar (Borrelli, et al., 2007; Horne y Weinman, 2002; Van, Le Coq, Boruwer, Mesters, Nagelkerke & Colland 1998).

Las razones de la falta de adherencia y por consiguiente pobre control de la enfermedad, son múltiples, pero entre ellas destacan la falta de información, el desconocimiento de la necesidad del uso de los medicamentos preventivos a largo plazo, dificultad para usar los inhaladores, presencia de efectos indeseables, miedo a la adicción, costo de los medicamentos, desagrado con los medicamentos, disponibilidad en las farmacias cercanas (Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, 2005; Caballero, Fernández, Salas, Chapela y Sánchez, 2009). Entre los factores no relacionados a los medicamentos se encuentra: negación de la enfermedad o de sus causas, falta de comprensión del plan de tratamiento, expectativas exageradas, falta de orientación y supervisión para el autocontrol, mala relación con el equipo de salud, educación y seguimiento deficientes, analfabetismo, creencias sobre las causas del asma y su tratamiento, etc. (Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, 2005).

3. INTERVENCIONES PARA FAVORECER EL CONTROL DEL ASMA

3.1 Intervenciones educativas

Debido a las múltiples variables que explican el pobre control del asma, se han desarrollado diversas intervenciones, algunas del tipo educativo donde se han encontrado diversos resultados en distintas variables medidas; un ejemplo de ello es la intervención realizada por De Oliveira, Bruno, Ballini, Britojardim & Godoy (1997) en donde diseñaron un programa educativo donde se brindaba información de la fisiopatología del asma, síntomas principales, identificación de desencadenantes y medicamentos; los resultados reportados

señalan que existió una reducción significativa en el número de visitas a la sala de urgencias, sintomatología reportada y mejoría en los puntajes de un cuestionario que mide calidad de vida; sin embargo, en dicha intervención no contaron con grupo de comparación.

Otro ejemplo en intervención educativa, es la intervención longitudinal realizada por Marabini, Brugnam, Curradi y Siracusa (2002) y Marabini, et al., (2010), en la cual contaban con una amplia población de pacientes asmáticos adultos, distribuidos en dos grupos de intervención: experimental y control. Las medidas que sirvieron de parámetro de comparación fueron los días sin sintomatología asmática, uso del medicamento de rescate, días de ausentismo laboral, gasto en medicamentos, calidad de vida y valores de la espirometría. La intervención consistió en brindar al grupo experimental educación sobre el asma, uso de medicamentos y signos de exacerbación de una crisis; los autores señalan que a corto plazo se identificaron cambios significativos en la calidad de vida, sin embargo, al evaluar las diferencias a dos años, no se encontraron diferencias significativas en ninguna de las variables medidas en los dos grupos.

Por su parte Mancuso et al., (2010) diseñaron una intervención en la que se empleó un libro de 20 capítulos referentes sobre el asma, sus cuidados y el uso de medicamentos. Se contó con dos grupos para comparación, no encontrándose cambios significativos en calidad de vida, ni visitas al servicio de urgencias, que fueron las mediciones evaluadas para el control de la enfermedad.

En otro programa educativo, en el que se contó con la participación de 97 pacientes asignados a dos grupos (experimental y control), se impartió educación por medio de un programa de computadora donde se brindó información del asma, desencadenantes y uso de los medicamentos. Al realizar la evaluación posterior al programa educativo, se encontró que entre grupos no existían diferencias en el número de admisión a hospitalización, visitas a emergencias, síntomas, conocimiento del asma o calidad de vida; sin embargo, existieron cambios significativos en el valor del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) a favor del grupo experimental (Sundberg, Tunsater, Palmqvist, Ellbajar, Lowhagen & Torén, 2005).

En un estudio que arroja resultados contrarios, Tschopp et al. (2005) diseñaron un programa educativo en el que se distribuyó un libro con ilustraciones e imágenes y también incluía un libro con consejos para el automanejo, se encontraron mejoras en la calidad de vida, sin embargo no se reportan cambios en las mediciones de la espirometría que era la variable en la que midieron el impacto de la intervención educativa.

3.2 Intervenciones Cognitivo-Conductuales

Ya que los resultados de las intervenciones basadas en la educación al paciente han arrojado resultados diversos, se ha concluido que las intervenciones educativas pudiesen no ser suficientes para mejorar la adhesión al tratamiento de pacientes asmáticos (Horne & Weinman, 2002; Tschopp, et al. 2005), e incluso en algunos casos ese tipo de intervenciones pueden llegar a desmotivar al paciente para usar los medicamentos de forma correcta (Borrelli, 2007).

Al respecto, se ha señalado que las intervenciones cognitivo-conductuales deben ser enfocadas para que aborden al asma desde un enfoque donde se utilice un módulo de la técnica en solución de problemas para enseñar al paciente a controlar los estados de ansiedad y adquisición de conductas funcionales para el manejo del asma; acompañado de educación del manejo de medicamentos y un plan de acción, con pasos a seguir específicos para fomentar el control de la enfermedad (Deshmukh, Usherwood, Grady & Jenkins 2007).

Aunado a ello, se ha mencionado que existen otros beneficios al utilizar programas cognitivo-conductuales debido a que ayudan a acceder a las creencias e ideas que tienen los pacientes referentes a su enfermedad, y así promover el cambio conductual (Clark & Partridge, 2002); lo que se puede traducir en un menor gasto económico por parte de los servicios de salud y del paciente. Desde este contexto, la adhesión al tratamiento es entendida como un número de procedimientos que el paciente puede adoptar para afrontar su enfermedad (Horne & Weinman, 2002; Tschopp, et al. 2005).

Algunas intervenciones desarrolladas desde el campo cognitivo-conductual se han basado en la expresión emocional mediante la escritura reflexiva, un ejemplo es la intervención desarrollada por Smyth, Stone, Hurewitz y Kaell (1999), los autores desarrollaron una

intervención en el que un grupo de pacientes con asma, debía escribir acerca de una experiencia estresante. Como medidas de la intervención, se obtuvo una línea base de sus puntajes de espirometría antes y después de la intervención, encontrando en sus resultados mejorías significativas en los valores de la función pulmonar de los pacientes que habían concluido la intervención. Algunas de las limitantes del estudio es que no se contaba con grupo de comparación, sin embargo, es un ejemplo que accediendo a la psicología del paciente se pueden lograr cambios en la mejoría de las enfermedades crónicas.

De manera similar, Hockemeyer & Smyth (2002) diseñaron una intervención basada en la expresión emocional, en el que a los pacientes asmáticos se les proporcionó un manual con diferentes técnicas de intervención cognitiva-conductual, el cual incluía ejercicios de relajación, reestructuración cognitiva y de expresión emocional por medio de la escritura ato-reflexiva; mientras el grupo control recibió un manual placebo que contenía aspectos educativos del asma, ejercicios para agilidad mental, y un plan de organización de actividades. Entre sus resultados encontraron que los participantes con el manual de expresión emocional reportaron mejorías significativas en sus pruebas de función pulmonar (espirometría). Sin embargo, este estudio cuenta con una gran limitante, y es que se trató de una población únicamente universitaria y los estudiantes participantes se clasificaban como con asma controlada.

Sin embargo, es más común el empleo de intervenciones basadas en otras técnicas cognitivo-conductuales, de manera multimodal, en donde la adhesión al tratamiento y control de la enfermedad, dependerá de las habilidades con las que cuenta, o es susceptible de desarrollar cada paciente. Un claro ejemplo es la intervención realizada por Caballero et al., (2009) donde el objetivo consistió en reducir niveles de ansiedad y mejorar la adhesión al tratamiento en 15 pacientes asmáticos; dicha intervención consistió de 5 sesiones, en las cuales se impartía psicoeducación referente al asma, solución de problemas y reestructuración cognitiva para mejorar la adhesión al medicamento y seguimiento de medidas generales; así como entrenamiento en relajación muscular progresiva profunda como estrategias para disminuir los niveles de ansiedad. Las variables evaluadas fueron conductas de adhesión al tratamiento (entendida como toma de medicamento, exposición a desencadenantes y uso de medicamentos de rescate); valores de ansiedad y síntomas

propios del asma. Se logró un aumento significativo en la toma semanal del medicamento de control, reducción en la exposición a desencadenantes, uso de medicamentos de rescate, frecuencia del paciente en reportar episodios preocupantes, puntajes de ansiedad, y frecuencia en la percepción de síntomas. Por lo que se concluye, la intervención fue efectiva para mejorar adhesión terapéutica y disminuir niveles de ansiedad en pacientes asmáticos.

Por su parte Kostas et al., (1995) diseñaron un programa educativo y de auto-cuidado, en el que se les dio un diario de síntomas a cada paciente, en el cual se les enseñó a registrar sus síntomas, el uso adecuado de los medicamentos; así como tomar en cuenta sus puntajes de calidad de vida, depresión, auto-eficacia y una lista de chequeo de problemas a los que se puede enfrentar el paciente asmático. Después de las sesiones, los integrantes del grupo control reportaron una disminución significativa en los síntomas, ataques de asma, reportaron mayores puntajes de auto-eficacia, incremento en su conocimiento, disminución de la depresión y visitas al servicio de urgencias. Aunque cabe señalar que en dicha intervención, se trataba de pacientes asmáticos considerados como controlados, por lo que no se podrían generalizar los resultados a pacientes clasificados como no controlados.

Continuando por la misma línea de intervenciones cognitivo-conductuales, Perneger et al., (2002) trabajaron con pacientes hospitalizados a causa de crisis asmática, en el que tomaron en cuenta las mediciones de calidad de vida, número de días perdidos debido al asma, dificultades causadas por el asma, problemas para dormir, problemas emociones, problemas con el trabajo, confianza en el tratamiento médico, visitas al hospital y uso del medicamento de rescate. El programa de intervención consistió en tres sesiones, una con el objetivo de identificar desencadenantes y el uso del flujómetro; en la segunda se trataron temas de inflamación y bronco-espasmo, por último, en la tercera sesión se trató un programa de auto-manejo, por medio de un manual en basado en solución de problemas con el objetivo de anticipar situaciones, a los que se pueden ver enfrentados los pacientes asmáticos, así como técnicas en relación y respiración. Se encontraron cambios significativos entre grupos en calidad de vida a favor, sin embargo, no se encontraron cambios en las medidas fisiológicas.

Un ejemplo más es la intervención realizada por Smith, Bosnic-Anticevich, Mitchhell, Saini, Krass y Armour (2007) en la cual, partiendo de una intervención del corte educativo y un enfoque de solución de problemas, realizaron una intervención para modificar los síntomas reportados por los pacientes, niveles de depresión y ansiedad, así como de calidad de vida. La intervención se vio asistida por un manual con información referente al asma y su manejo presentado en un formato para solucionar problemas, el cual era completado por el paciente durante seis visitas. En cada sesión el paciente debía plantearse un objetivo referente a su control del asma, y debía identificar y anotar el problema, en su manual, así como las estrategias para solucionarlo. Las problemáticas y metas de tratamiento más reportadas por los pacientes fueron las relacionadas con el control de desencadenantes del asma, el no tener que despertar en la noche y el uso de los medicamentos de manera adecuada. Sin embargo, no se reportan diferencias significativas en las variables fisiológicas abordadas en dicho estudio para hablar de un buen control de la enfermedad.

Todas las intervenciones anteriormente reportadas, pasan por alto una variable importante, y es que el asma conlleva atribuciones psicosociales para los pacientes y sus cuidadores, atribuciones que a la vez pueden desencadenar ansiedad, depresión, problemas conductuales y baja autoestima. Incluso algunos autores señalan que dichos problemas se presentan con mayor frecuencia en pacientes con asma que en población general (Deshmunkh, et al., 2007; Lehrer, et al., 2008; Strine, Monkdad, Balluz, Berry & Gonzalez, 2008;).

Al respecto, Deshmunkh, et al., (2007) mencionan que los estados de ansiedad o pánico, pueden influir de manera negativa en el curso del asma y de los probables beneficios de los programas de automanejo y educación, ya que los pacientes ansiosos tienden a tener menos conductas de auto-cuidado o a sobre-utilizar los medicamentos de rescate.

La sintomatología ansiosa puede influir en el comportamiento preventivo del paciente y en la actitud hacia la enfermedad y su tratamiento, y ha sido asociado con un pobre control de la enfermedad, mayor frecuencia de hospitalizaciones, aumento en los días de estancia hospitalaria, y la no adhesión al esteroide inhalado (Deshmunkh, et al., 2007; Strine, et al., 2008). Debido a que algunos medicamentos utilizados en el tratamiento del asma, pueden estar involucrados en la generación de ansiedad; o bien, pacientes con ansiedad o ataques

de pánico pueden hiperventilar y dicha respuesta puede exacerbar un ataque de asma o agravar una crisis asmática (Lehrer, et al., 2008).

Otra variable a considerar en esta pobre adhesión al tratamiento y descontrol de la enfermedad, es el papel de la percepción y el uso de medicamentos, referente a este tema Horne y Weinman (2002) señalan que el mal control de la enfermedad y la falta de apego a medicamentos preventivos, puede ser debido a las percepciones que los pacientes tienen de los mismos, es decir, que los pacientes creen que necesitan los medicamentos y las preocupaciones que tienen referente a su uso. Utilizando un estudio del tipo transversal, encuestaron a 100 pacientes asmáticos evaluando su percepción del asma, creencias referentes a los medicamentos inhalados y su actitud hacia ellos. Los resultados indican que la no adhesión se encuentra asociada a dudas sobre la necesidad real de utilizar los medicamentos y preocupaciones de los probables efectos secundarios. En particular, pacientes que perciben su asma como una condición transitoria, y no crónica, que no repercute en muchas consecuencias en su calidad de vida, son menos adherentes al uso de medicamentos preventivos y la adherencia general al tratamiento.

Por su parte Lurie, Marsala, Hartley, Bouchon-Meunier, y Dusser (2007) evaluaron las variables que intervienen para la percepción de la severidad del asma por los pacientes, para comparar estas variables con aquellas que señalan las guías del asma para señalar la severidad objetiva. En el estudio participaron médicos y pacientes los cuales clasificaban de manera separada la severidad del asma en intermitente, leve persistente, moderada o severa. Se evaluaron las características sociodemográficas y calidad de vida de los pacientes. Se encontraron discrepancias significativas entre lo reportado por los médicos y los pacientes, tendiendo estos últimos a subestimar la severidad de su asma. Los pacientes determinan la percepción subjetiva de la enfermedad, mediante la calidad de vida (entendida como las actividades que pueden realizar) y la disnea, sin tomar en cuenta las variables consideradas en las guías, tales como la frecuencia de síntomas o el conocimiento en sus niveles de función pulmonar.

40JUSTIFICACION

La mayoría de los programas de auto-manejo enfatizan en transferir de manera didáctica la información y habilidades, pero sin tomar en cuenta las preferencias de los pacientes. Trabajos recientes han reconocido la limitación de tratar a todos los pacientes de la misma manera, sin diseñar un programa específico para cada uno, teniendo en cuenta las creencias, expectativas y preferencias de cada individuo (Horne y Weinman, 2002).

Como ya se ha ido exponiendo que el control que un paciente lleva de su enfermedad crónica es vista como una conducta más que el paciente adquiere para afrontar su enfermedad (Horne y Weinman, 2002). Desde ésta perspectiva el paciente es visto como un solucionador de problemas activo de quien depende su comportamiento de afrontamiento (ejemplo, tomar o no tomar su medicación) es una respuesta de sus cogniciones o interpretaciones emocionales que hace de sus vivencias (por ejemplo, sus síntomas) o de la información que recibe. La continuación del comportamiento depende de si le resultó funcional al individuo y si le sirve para conseguir sus propios objetivos (Horne y Weinman, 2002; Clark y Partridge; 2011).

Por lo anterior, la técnica cognitivo-conductual de solución de problemas, representa una herramienta para la adquisición de un comportamientos para afrontar la enfermedad, pero desde un punto de vista en que la técnica sea vista como un proceso en el que el individuo identifica o descubre, formas eficaces de afrontar situaciones problemáticas que aparecen en diferentes situaciones que se presentan en el día a día (Caro, 2004).

Los estudios basados en solución de problemas, se ven limitados en algunos aspectos, en primer lugar la información que se suele impartir en los programas de asma, suelen abarcar muchos temas, sin tener en cuenta que el paciente ya puede contar con algún conocimiento previo del padecimiento (De Oliveira et al., 1997; Marabini et al., 2002; Marabini et al., 2010, Sundberg, et al., 2005), y bien al volver a impartir información se puede perder el interés del paciente (Schmaling; 2001); o bien, la evidencia ya que se ha demostrado que la información no es suficiente para lograr un cambio conductual (Marabini et al., 2010).

Una segunda limitante, es la metodología implementada en los programas anteriormente citados enfocados en la solución de problemas (Kostes, et al., 1995; Perneger, et al., 2002;

Smith, et al., 2007, Caballero, et al., 2009), dan por hecho que los pacientes presentan problemáticas idénticas, que si bien pueden ser similares, se necesita tener en cuenta que, si bien para el personal de salud el objetivo puede ser clínico (por ejemplo, mejorar el valor de la función pulmonar) para los pacientes el objetivo casi siempre implica factores personales (poder practicar algún deporte, etc.).

La tercera limitante, es que en otros estudios se les proporcionaban las soluciones a los problemas, inclusive de manera escrita (Kostes, et al., 1995; Manusco, et al, 2010; Perneger; 2002; Smith, et al., 2007; Tschopp, et al., 2005); por lo tanto el paciente tenía un papel meramente pasivo, y en los pasos para solucionar problemas es primordial que para que el paciente aprenda a solucionar problemas se vuelve necesario que él proponga y evalúe sus propias estrategias para solucionar determinado obstáculo.

Un último punto importante, es que en los estudios no se hace una evaluación ya sea metodológica o clínica de si en verdad el paciente pone en acción el plan de acción que se trabajó (Caballero, et al., 2009; Kostes, et al., 1995, Hockemeyer y Smith, 2002; Perneger, et al., 2002; Smith, et al., 2007), siendo éste un punto primordial en dicha técnica de solución de problemas. Y si al adquirir herramientas de auto-control y auto-regulación, se están modificando las ideas y percepciones que se tienen de la enfermedad.

Lo anterior se debe a que no es conveniente perder en vista que, dadas las características de la población asmática, en muchas ocasiones la falta de control de la enfermedad se puede deber a conflictos psicosociales o estados emocionales (como la depresión o ansiedad) o la percepción inadecuada de la enfermedad, muchas veces mediada por creencias e ideas no funcionales; y este pobre control de la enfermedad no se debe exclusivamente con la falta de conocimiento de la enfermedad.

Con los estudios citados anteriormente se demuestra que las intervenciones que se enfocan en que los pacientes asmáticos monitoreen síntomas o función pulmonar, han mostrado efectos positivos en la morbilidad del asma, aunque en algunos casos de manera limitada.

Por lo que se vuelve necesario que la técnica en solución de problemas se vea al paciente desde un punto de vista activo, donde al modificar su comportamiento en determinadas áreas, se verán beneficiadas las demás. Así al modificar el área psico-social donde se están

teniendo problemas para lograr un adecuado control de la enfermedad, se logra la generalización de dicha técnica a otras áreas del individuo.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación es evaluar el efecto de una intervención cognitiva-conductual basada en la técnica de solución de problemas, para el control del asma.

Objetivos específicos

- Evaluar el efecto de una intervención basada en solución de problemas sobre los niveles de ansiedad de pacientes asmáticos
- Evaluar el efecto de una intervención basada en solución de problemas sobre los niveles de depresión en pacientes asmáticos
- Evaluar el efecto de una intervención basada en solución de problemas para la modificación de la percepción de la severidad del asma
- Evaluar el efecto de una intervención basada en solución de problemas, en el conocimiento de la enfermedad

50MÉTODO

Participantes

Participaron pacientes de la Clínica del Asma del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) con diagnóstico de asma. El reclutamiento de los pacientes se llevó a cabo por medio de la canalización del médico tratante, personal de enfermería o invitación mientras esperaban su cita médica.

- **Criterios de inclusión:** 1) Diagnóstico de asma confirmado por neumólogo; 2) Mayores de 18 años; 3) No presentar resistencia al trabajo psicológico; 4) Asma clasificada como leve persistente, moderada persistente, y asma grave de acuerdo con las guías.
- **Criterios de exclusión:** 1) Pacientes con asma clasificada como controlada totalmente; 2) Trastornos mentales o psiquiátricos que impidan los procesos

cognitivos y/o conductuales requeridos para la técnica en solución de problemas; 3) Pacientes que consumían ansiolíticos y/o anti-depresivos; 4) Pacientes que requieran una intervención psicológica que responda a otras características; 6) Déficits cognitivos que impidan el desarrollo de la técnica en solución de problemas.

- **Criterios de eliminación:** 1) Resistencia ante la intervención o el investigador; 2) No completar la evaluación inicial y final; 2) No haber asistido a una sesión y no reponerla posteriormente.

Diseño

Se empleó un ensayo clínico con réplicas individuales. Este tipo de estudios no se basa en la representatividad estadística de muestras para grandes poblaciones, sino en el análisis del número de réplicas individuales del efecto clínico en los participantes que se exponen a la variable dependiente (Kazdin, 2003).

Variables

Variable independiente

Intervención cognitivo-conductual basada en la técnica de solución de problemas: es una técnica que se refiere al proceso mediante el cual el individuo identifica o, descubre, formas eficaces de afrontar situaciones problemáticas que aparecen en la vida cotidiana. La cual se lleva a cabo en distintas fases: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica de la solución y verificación (Caro, 2007).

Variables dependientes

1. **Control de la enfermedad:** Se realizó la clasificación de acuerdo con la guía GINA (2010). Los criterios de clasificación pueden apreciarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación del asma de acuerdo a los criterios de la guía de tratamiento GINA (2010)

	Controlado (todos los siguientes)	Parcialmente controlada	No controlada
<i>Síntomas diurnos</i>	Ninguna (dos veces o menos por semana)	Más de dos veces por semana	Tres o más características de parcialmente controlada por semana
<i>Limitaciones en actividades</i>	Ninguna	Alguna	
<i>Síntomas nocturnos</i>	Ninguno	Alguno	
<i>Necesidad de un aliviador/tratamiento de rescate</i>	Ninguno (dos veces o menos por semana)	Más de dos veces por semana	
<i>Función pulmonar (PEF o FEV1)</i>	Normal	<80% predecible o el mejor personal (si es conocido)	
<i>Exacerbaciones</i>	Ninguna	Una o más por año	Una por semana

2. **Clasificación del asma:** De acuerdo con la guía GINA 2006, la severidad del asma se clasifica en:

- *Asma intermitente:* Síntomas <1 vez por semana, exacerbaciones breves, síntomas nocturnos no más de 2 veces por mes. En pruebas de función pulmonar: FEV1 o PEF >80% del predicho, variabilidad del FEV1 o PEF < 20%
- *Asma leve persistente:* Síntomas > 1 vez por semana pero < 1 vez por día, las exacerbaciones pueden afectar la actividad y el sueño, síntomas nocturnos > 2 veces al mes. En pruebas de función pulmonar: FEV1 o PEF > 80% del predicho, variabilidad del FEV1 o PEF 20-30%
- *Asma moderada persistente:* Síntomas diarios, exacerbaciones pueden afectar la actividad y el sueño, síntomas nocturnos > 1 vez a la semana, uso diario de b2-agonista inhalado de acción rápida. En pruebas de función pulmonar: FEV1 o PEF < 60%, variabilidad del FEV1 o PEF < 30%
- *Asma grave persistente:* Síntomas diarios, exacerbaciones frecuentes, síntomas nocturnos frecuentes, limitación de actividades físicas. En pruebas de función pulmonar: FEV1 o PEF < 60%, variabilidad FEV1 o PEF > 30%

3. **Ansiedad:** Respuesta experimentada en mayor o menor medida ante ciertas situaciones, que se presenta a nivel cognitivo, motor y fisiológico. Cognitivo: Pensamientos negativos recurrentes respecto a si mismo o hacia la situación. Motor: Actividad poco ajustada del comportamiento caracterizada por movimientos repetitivos, respuestas de evitación, conductas consumatorias, etc. Fisiológico: Activación fisiológica especialmente del sistema nervioso autónomo con reacciones fisiológicas intensas como elevación de la tasa cardíaca, respiratoria, sudoración, entre otros (Cano-Vindel, Tobal, Gonzalez e Iruarrizaga, 1994).
4. **Depresión:** Conglomerado de respuestas comportamentales, fisiológicas y cognitivas, las cuales estiman valores normales o anormales dependiendo de la intensidad, la duración, el número de síntomas presentes, la incapacidad generada y los factores contextuales que pueden afectar el estado de ánimo de la persona (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004).
5. **Percepción de severidad la enfermedad:** Opinión del propio paciente respecto a su mejoría o empeoramiento de la enfermedad que ejerce una importante influencia respecto al consumo de medicamentos y uso de los recursos sanitarios (Martínez-Mondragón, Perpiña, Beloch, deDiego y Martínez-Francés, 2002).
6. **Conocimiento del asma:** Referente a los tópicos de fisiopatología, síntomas, factores desencadenantes, flujometría, tratamiento, manejo de medicamentos y prevención.

Instrumentos

1. **Entrevista semi-estructurada:** Diseñada con el objetivo de obtener los datos socio-demográficos del participante, así como para evaluar si el paciente percibe alguna barrera para el control de su enfermedad, relacionado con 5 áreas: socio-económica, apoyo familiar, creencias referentes a la enfermedad y tratamientos, emocional, seguimiento en instrucciones médicas y otro(s).
2. **Registro conductual de síntomas:** Adaptación de un cuadernillo diseñado por médicos neumólogos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en

colaboración con la industria farmacéutica Nycomed y Alvesco. En él se registran la frecuencia de síntomas característicos del asma, despertares nocturnos a causa del asma, disnea, tos, flema, sibilancias, opresión torácica, actividades normales, congestión nasal, moco; así como acciones concretas como el uso de flujometro, uso de medicamentos anti-inflamatorios, uso del medicamento de rescate, ingresos a urgencias, ingresos a hospitalización, días perdidos en el trabajo.

3. **Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)**, el cual consta de 21 reactivos con 4 opciones de respuesta (del 0 al 3), el instrumento se encuentra validado para población mexicana, con un coeficiente Alfa de Cronbach superior a .90, así como validez convergente adecuada y validez divergente moderada (Robles, Varela, Jurado y Paéz, 2001)
4. **Inventario de Depresión de Beck (IDB)**, se trata de un cuestionario de 21 reactivos, que se encuentra estandarizado para población mexicana con un Alpha de Cronbach de .87. Los puntajes dividen las normas de calificación como nivel de depresión mínimo, leve (10 a 16 puntos), moderada (17 a 29 puntos) y severa (de 30 a 63 puntos) (Jurado, et al. 1998).
5. **Cuestionario sobre conocimientos del asma**, desarrollado por Báez et al. (2007) el cual consta de 20 preguntas con 3 opciones de respuesta cada una (Sí, no y no sé) que evalúan el conocimiento de la enfermedad, donde a mayor puntaje mayor conocimiento referente al asma. Se trata de un cuestionario fiable que obtuvo un kappa global de 0.12 antes de una intervención educativa, y un 0.43 después de la sesión; fue validada por expertos, para población del INER.
6. **Percepción de la severidad del asma de acuerdo al paciente:** se trata de una Escala Visual Análoga, validada por expertos, que señala “En una escala del 0 al 10, donde cero es nada y diez es mucho, ¿qué tan controlada tiene su asma?, ¿qué tan seguido se presentan sus síntomas?, ¿qué tan seguido utiliza su medicamento de rescate (salbutamol)?, ¿qué tanto afecta el asma en mis actividades diarias?” y “¿Cómo clasificaría su asma? En base a: intermitente, leve persistente, moderada persistente o grave persistente”

Materiales

- **Manual para Solucionar Problemas (MPSP) dirigido a pacientes asmáticos:** Elaborado exprofeso para la intervención, validado por jueces. Describe los cinco pasos principales para solucionar problemas (planteamiento del problema, generación de alternativas, balance de decisiones, puesta en práctica de la solución y la verificación de la solución), acompañados de ejemplos, y con ejercicios, los cuales el paciente debe ir llenando a medida que progresa la intervención. En caso de que el paciente no sepa leer y/o escribir, se manejará el manual de manera verbal.

Procedimiento

Pre-intervención

Antes de iniciar el protocolo de intervención, se explicó de manera verbal al paciente en qué consistirá la intervención, qué objetivo persigue, qué ventajas y desventajas se podrían generar de su participación. De manera escrita se brindó la misma información en el consentimiento informado. Se aclararon las posibles dudas a los participantes de manera personalizada.

En esa misma sesión, se realizó la evaluación inicial, donde de manera personal el paciente contestó los instrumentos de evaluación y se llevará a cabo la entrevista semi-estructurada.

Finalmente se entrenó al paciente en el llenado del registro conductual de síntomas, se comprobó por medio de ensayos conductuales que el paciente entiende el llenado del registro.

Se brindó cita dentro de una semana, cuando se inició la intervención.

Intervención

La estructura general de la intervención se puede observar en la tabla 2, donde se muestra que la intervención constó en sesiones de aproximadamente sesenta minutos de duración, una vez por semana. La duración de las sesiones fue modificable en base a las necesidades y avance de cada paciente, debido a que se trabajó por criterios de éxito en cada etapa de la solución de problemas.

Durante todo el periodo de la intervención se pidió al paciente que llevara el registro de sus síntomas, el cual era recolectado y revisado por el terapeuta al inicio de cada sesión.

En la primera sesión, se le explicará al paciente el modelo en solución de problemas, en qué consiste y cuál es el objetivo de emplear dicha técnica y se explicará el uso que tendrá el manual para solucionar problemas (MPSP), el cual se utilizará a lo largo de toda la intervención. Para la explicación de los objetivos se contará con un guión previamente diseñado, para proporcionar a todos los pacientes la misma cantidad y calidad de información.

En esa sesión, en base a los obstáculos para el control de la enfermedad, referidas por el paciente en la entrevista inicial y los instrumentos de evaluación, se clasificará el problema en alguna de las cinco áreas que explora la entrevista inicial.

Se le informará al paciente que se han detectado algunos obstáculos para el control de su enfermedad por lo que refirió en la entrevista inicial y los instrumentos de evaluación, por lo que se le invita a que se solucione dicho problema.

Posteriormente, el terapeuta leerá el primer ejemplo en el MPSP y se ejecutó el primer ejercicio con el paciente que se trata de definir el problema junto el paciente. El criterio de cambio para el planteamiento del problema, y poder pasar el siguiente punto en la solución de problemas, se trataba en que el paciente defina el problema y/o objetivo que se encuentra interfiriendo con su adecuado control del asma.

Si el paciente formulaba más de un problema u objetivo, se le orientó a seleccionar el problema de mayor relevancia o importancia para el control de su enfermedad. El terapeuta comprobaba que sean objetivos específicos y realistas los que se plantean dentro de la sesión.

La segunda sesión se destinó para la generación de alternativas, en el cual se leía al paciente a través del ejemplo presentado en el MPSP, y un ejercicio. Para dicha sesión, el criterio de cambio el paciente debía generar al menos 3 posibles soluciones a su problema de control de la enfermedad.

En la tercera sesión, o el siguiente paso fue el correspondiente a la toma de decisiones, de igual manera, el terapeuta al inicio de la sesión procedía a leer el ejemplo y las instrucciones para la toma de decisiones presentadas en el MPSP, se realizaba el ejercicio que incluido en el manual.

El criterio de cambio de dicha sesión fue que el paciente generara una lista de ventajas y desventajas de cada solución planteada durante la generación de alternativas, y que cada una de ellas les otorgara la razón coste-beneficio, en una escala que vaya desde -7, que sería considerar a una opción como muy insatisfactoria o poco deseable, hasta +7, que será considerar la opción muy satisfactoria o muy deseable.

El cuarto paso se destinó para la verificación de la puesta en marcha de la solución, el paciente debía elegir una solución o combinación de soluciones para la puesta en marcha. El MPSP tiene un apartado para realizar un auto-registro diseñado para que el paciente pueda auto-observarse, auto-evaluar y auto-reforzarse si lleva a cabo las conductas y cogniciones deseadas.

En una última sesión, se evaluó si era necesario hacer algún ajuste en la solución ejecutada por el paciente con la ayuda del auto-registro; si es necesario hacer algún ajuste en la solución de problemas o qué otros obstáculos han surgido en la puesta en marcha.

Post-intervención

Se realizó la evaluación de post-intervención una semana después de haber finalizado con la última sesión de solución de problemas. La evaluación fue idéntica a la inicial con excepción de la omisión de la entrevista semi-estructurada.

Seguimiento

El seguimiento se realizó en un periodo promedio de 4 a 5 semanas posteriores a la post-intervención, y se trató de una evaluación idéntica a la efectuada en la pre-intervención y post-intervención.

Tabla 2. Estructura de la intervención basada en solución de problemas

Pre-intervención	Intervención	Post-intervención	Seguimiento
<p>Firma del consentimiento informado</p> <p>Evaluación inicial (entrevista, BAI, BDI, Cuestionario sobre conocimiento del asma, percepción de severidad)</p> <p>Entrenamiento en registro conductual de síntomas</p>	<p>Sesiones semanales de 60 min de duración</p> <p>5 Sesiones (se trabaja por criterios de éxito):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Plantear problema y objetivo de la intervención 2. Generar soluciones 3. Evaluar cada solución 4. Selección de la solución 5. Puesta en marcha <p>Entrega del manual informativo de asma.</p>	<p>Dos semanas después de finalizada la intervención</p> <p>Evaluación idéntica a la primera</p>	<p>Dos meses después de la post-intervención</p> <p>Evaluación idéntica a la pre-intervención y post-intervención</p>
REGISTRO DE SÍNTOMAS			

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Como parte del análisis estadístico se utilizó la prueba de signos de Wilcoxon con el objetivo de determinar si existían diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en los inventarios de depresión, ansiedad y conocimientos del asma; antes y después de la intervención y en el seguimiento.

Se realizaron gráficas de frecuencia para los síntomas de muestran las frecuencias de síntomas asmáticos que se reportaron a través del registro diario. De igual manera, se muestran los puntajes totales de cada inventario y cuestionario aplicado en los tres momentos de medición.

Resultados

Se invitó a participar a un total de siete pacientes (6 mujeres y 1 hombre) de los cuales sólo cinco (todas de sexo femenino) accedieron a participar en el protocolo y firmaron

consentimiento informado. El varón decidió no participar debido a que interfería con sus horarios laborales y otra participante argumentó no tener los recursos económicos para costearse el pasaje al instituto.

De las cinco pacientes reclutadas, dos se retiraron argumentando cambios en horarios escolares y otra por falta de recursos económicos para el transporte respectivamente. Una participante se excluyó después de la tercera sesión debido a que se embarazó. A continuación se presentan los resultados de las dos pacientes que concluyeron el protocolo, cabe señalar que de una paciente no se logró recolectar la medición del seguimiento debido a que cambió de domicilio.

Debido a la muerte experimental que se originó en el protocolo debemos de tener en cuenta lo señalado por Rondón, Otálora y Salamanca (2009) referente a que existen factores que llama ambientales, que interfieren con la adherencia terapéutica psicológica, tales como la percepción que el consultante tenga acerca de la necesidad del proceso psicoterapéutico, la distancia del centro de atención terapéutica, el nivel socioeconómico, horarios, motivos laborales, académicos o económicos, descomposición familiar, bajo apoyo o ausencia de redes sociales, ausencia de seguro médico y que son determinantes de la asistencia y permanencia de consultantes en tratamientos psicoterapéuticos. Específicamente en la población del INER y que participó en este protocolo, podemos indicar que uno de los factores que más dificultó la participación fue el aspecto económico que limitaba a los pacientes para continuar.

Participante 1

Identificación del paciente

Nombre: GCAR

Sexo: Femenino

Edad: 58 años

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: Licenciada en Contaduría

Lugar de origen: Nayarit

Lugar de residencia: Distrito Federal

Tiempo de evolución de asma: 18 años

Otras enfermedades: Dermatitis atópica debido a picadura de insecto, con 6 meses de evolución bajo tratamiento con Aciclovir.

Tratamiento para el asma al momento de la entrevista: Salbutamol (por razón necesaria), Miflomide (cada 12 horas), Aciclovir (crema cada 6 horas)

Actitud e impresión general al momento de la primera entrevista

Paciente con edad aparente igual a la cronológica que se presenta a consulta en adecuadas condiciones de higiene y aliño, se muestra cooperadora e interesada ante la entrevista. Afecto eutímico, impresiona inteligencia promedio.

Examen mental

Orientada en tiempo, espacio y persona con procesos de atención y concentración adecuados. Lenguaje coherente, fluído y congruente a afecto. Pensamiento del tipo abstracto con ideas del tipo mágico que a su vez emplea como estrategia de afrontamiento ante problemáticas de la vida cotidiana y a dar explicación de su enfermedad.

Motivo de consulta

Paciente referido por médico tratante debido a que el médico identifica que la paciente “se encuentra estresada y el estrés está influyendo en que su asma no se controle adecuadamente” (sic paciente). La paciente concuerda parcialmente con el criterio médico, se reporta estresada pero no detecta que esa situación esté influyendo en su salud; considera que está estresada debido a que no es capaz de conciliar y mantener el sueño de manera eficiente, el motivo lo atribuye a situaciones laborales y del hogar.

Historia del problema

La paciente refiere tener problemas para conciliar y mantener un sueño reparador desde hace un par de meses, aunque no es capaz identificar con precisión, lo atribuye a diferentes causas las cuales se mencionaran a continuación.

Hace aproximadamente un año cambió de trabajo y el ambiente laboral no es óptimo ya que sus compañeros hacen comentarios incómodos para ella, ha recibido amenazas, considera

que no puede cambiar de trabajo debido a que con su edad sería poco probable encontrar uno nuevo con remuneración económica competitiva. Considera que su horario laboral es muy demandante, ya que debe cumplir turnos superiores a las doce horas diarias, lo que la ha llevado a alterar sus horarios y estilos de alimentación, teniendo actualmente una dieta abundante en calorías y escasa en otros nutrimentos.

Aunado a ello su mamá, con quien vive, sufrió un ataque cardíaco por lo que ella tiene que cuidarla y estar pendiente de que se hagan las labores domésticas.

Un hecho que señala ella como altamente relevante, es que en hace 6 meses (al momento de la entrevista), fue picada por una araña que encontró buscando unos papeles en su lugar de trabajo, ante la picadura hizo reacción ante la picadura por lo que requirió tratamiento médico. El tratamiento no fue el indicado por lo que su situación se complicó y presentó necrosis en el tejido, por lo que tuvo que iniciar otro tratamiento que la conllevó a una incapacidad de un mes. Señala que a partir de ese hecho se notó más estresada ya que temía por su salud y comenzó a ser más frecuente que le costara conciliar el sueño de manera efectiva. Actualmente se considera que tiene una dermatitis de contacto que en ocasiones se manifiesta con hipersensibilidad de su mano, aún continúa bajo tratamiento supervisado por dermatólogo.

En su última consulta con el neumólogo tratante le comenta que en ocasiones siente que le falta mucho el aire y se siente estresada y no ha podido dormir bien, por lo que el médico le comenta que debería buscar apoyo de psicología, ya que en la espirometría los valores salen dentro de los márgenes esperados y ha llevado su tratamiento de manera adecuada.

Conocimientos sobre asma

Fue diagnosticada hace 18 años. Sólo ha tenido que ser ingresada una vez a hospitalización. Considera que es una paciente que lleva su tratamiento como lo indica el médico, no falta a sus citas, le es posible adquirir todos sus medicamentos, le gusta informarse, asiste a los cursos-talleres brindados en el INER cuando le es posible y lleva un diario de síntomas por iniciativa propia. Respecto al control de su asma considera al momento de la entrevista encontrarse “muy bien controlada” aunque reporta un uso de salbutamol de hasta 5 disparos al día, ya que lo utiliza cuando siente que le falta mucho el aire o le silba mucho el pecho.

Considera que esa situación ya es parte de su vida cotidiana por lo que no le molesta en sus actividades diarias.

Considera que su trabajo es una fuente con muchos desencadenantes de asma debido a el polvo presente en los archivos que debe de revisar, pero trata de amortiguarlo utilizando cubrebocas y teniendo buena higiene.

Cuadro secuencial de la conducta

Tabla 3. Cuadro secuencial integrativo de la conducta problema reportada de la participante 1

Estimulo	Organismo	Respuesta	Consecuencias
<p>Externos Ocurre llegada la hora de dormir. Llegando a casa, debe esperar a que su mamá duerma para poder hacer las labores del hogar. Acoso laboral en el trabajo. Tiene que cubrir horarios mayores a 12 horas en el trabajo.</p> <p>Internos Cuando piensa que aún le quedaron muchos pendientes durante el día</p> <p>Historia Hace 6 meses sufrió una picadura que le ocasionó necrosis del tejido de la mano derecha y eso “la dejó nerviosa” Hace 1 año su mamá enfermó y ella ha sido la única responsable del hogar. Sufre acoso laboral.</p>	<p>Asma 18 años de evolución</p> <p>Dermatitis por contacto 6 meses de evolución</p> <p>Médico considera que “la falta de aire” que reporta la paciente así como el uso de salbutamol es debido a estrés y no al asma.</p> <p>Competencias y Déficit Capacidad de abstracción</p> <p>Déficit en relajación y conocimientos del asma en general</p> <p>Se considera adherente al tratamiento y lleva su propio diario de síntomas</p> <p>Variables Cognitivo Culturales Considera que los problemas laborales y de salud se resuelven orando.</p> <p>No cree del todo que los estados emocionales puedan influir en la salud.</p> <p>Considera que relajarse es perder el tiempo.</p>	<p>Demanda: “Tengo Estrés y quiero poder relajarme”</p> <p>Motor Hiperactividad</p> <p>Cognitivo “Yo debo de terminar todos mis pendientes para poder relajarme”</p> <p>“Debo seguir pensando qué me faltó hacer”</p> <p>“Tengo miedo a perder el control de mi cuerpo”</p> <p>“Si me relajo perderé tiempo”</p> <p>“No tengo tiempo”</p> <p>Fisiológico Tensión muscular Insomnio Taquicardia Escalofríos</p>	<p>Inmediatas No puede dormir, y es la consecuencia que más molesta a la paciente. Se pone a rezar No se puede relajar Se siente cansada y triste durante el día. Falta de aire durante el día y usa salbutamol.</p> <p>Otros Preocupación de su mamá. Neumólogo canaliza a psicología</p> <p>Mediano y Largo Plazo Trastorno del sueño Descontrol del asma debido al estado emocional</p>

Análisis Funcional

La paciente asiste a consulta psicológica reportando “tener mucho estrés y querer poder relajarse” (sic paciente), conducta que se manifiesta a nivel motor por hiperactividad, a nivel cognitivo por pensamientos como “yo debo terminar todos mis pendientes para poder relajarme”, “debo seguir pensando qué me faltó hacer durante el día”, “si me relajo perderé el tiempo”, “no tengo tiempo para relajarme”, y a nivel fisiológico por insomnio, taquicardia, tensión muscular y sensación de escalofríos en el cuerpo.

La respuesta descrita anteriormente se hace presente en diferentes situaciones siendo las principales en su cama cuando llega la hora en que debe dormir, espera a que su madre duerma y recuerda que debe hacer las labores del hogar, sufre durante el día acoso laboral por parte de sus compañeros de trabajo, tiene largas jordanas laborales.

Es importante señalar que hace 6 meses la paciente sufrió una picadura de araña a la que hizo reacción y un mal tratamiento médico, lo que la llevó a presentar necrosis del tejido de la mano y dicha situación la asustó mucho, y llegó a preocuparse por su salud. También reporta ser víctima de acoso laboral, y desde hace un año ser responsable totalmente de su hogar debido a que su mamá, con quien únicamente vive, sufrió un ataque cardíaco lo que la imposibilita a encargarse de las labores domésticas.

Como consecuencia se pone a orar, piensa que no se puede relajar, no logra conciliar el sueño por lo que durante el día se siente cansada y triste. Considera que cuando se presentan las situaciones de estrés llega a tener falta de aire y necesita usar el salbutamol. Por parte de las consecuencias de otros, su madre se muestra preocupada por ella y le insiste en que duerma, lo que a la paciente le molesta. A largo plazo ha generado un trastorno del sueño, su asma se ha visto descontrolada y presenta tensión arterial elevada.

Por otro lado es importante señalar que la paciente presenta pensamientos del tipo mágico-religiosos respecto a que los problemas cotidianos, labores y de salud, son resueltos mediante la oración y esa situación hace que no piense en otras posibles soluciones. Manifiesta estar un tanto escéptica a que los estados psicológicos influyan de manera directa en su salud, por lo que no considera que la relajación sea una solución. Cuenta con habilidad para llevar su diario de síntomas, se considera un paciente adherente, aunque sus

déficits se encaminan a una pobre capacidad de relajación y poco conocimiento de su enfermedad.

Tratamiento

Las sesiones se llevaron a cabo como se indican en el protocolo, no se realizó ninguna variación o modificación a las mismas. Se llevaron a cabo en total 6 sesiones distribuidas de la siguiente manera: 1 sesión de evaluación, 3 de entrenamiento, una para evaluación del tratamiento y una sesión para el seguimiento. Debido al horario de trabajo de la paciente las sesiones se llevaban a cabo semanalmente o quincenalmente.

- El planteamiento del problema (1 sesión): Se elaboró una lista con diferentes problemáticas que presentaba la paciente. Junto con ella se planteó el problema principal con el que se trabajaría a lo largo de las sesiones: la imposibilidad que presentaba para relajarse, siendo el objetivo aprender a relajarse, además de plantear un horario y un plan para llevarlo a cabo.
- Elaboración y balance y elección de la solución (1 sesión): La paciente concluyó que la solución con más probabilidad de éxito sería que el psicólogo la entrenara en relajación, conseguiría el audio de relajación y planearía un horario para poder incluir entre sus diferentes actividades la práctica, como antes de dormir, mientras utilizaba el transporte público, etc.
- Puesta en marcha (1 sesión): Se ayudó a la paciente en el entrenamiento en relajación autógena, además de elaborar un registro como auxiliar en el entrenamiento. Se previeron posibles situaciones en las que la paciente se podría sentir cansada, desmotivada o muy ocupada para realizar sus ejercicios de relajación, y se incentivó para que intentara la práctica. La paciente llevó por escrito las instrucciones de la relajación y ella se auxilió de una grabación que le recomendaron y se encontró adecuada para su ejecución.
- Verificación (1 sesión): Se discutieron situaciones en las que la paciente llegó a pensar que “estaba perdiendo el tiempo cuando se relajaba” (sic paciente), se pidió ejecutara un ejercicio de relajación para corregir posibles errores y moldear la conducta.

Resultados

La Tabla 4 muestra que existieron diferencias estadísticamente significativas las medidas de ansiedad obtenidas a través del IAB al momento de la preintervención y seguimiento. En el caso del IDB no se presentan diferencias significativas en ninguno de los tres momentos de medición, situación que se repite en el cuestionario de conocimientos de asma, al no presentar diferencias significativas en ninguna medición.

Tabla 4. Valores obtenidos en la prueba de rangos de Wilcoxon de la participante 1

	IAB INICIAL - IAB POSTTEST	IAB INICIAL- IAB SEGUIMIENTO	IDB INICIAL- IDB POSTEST	IDB INICIAL- IDB SEGUIMIENTO	CC Inicial- CC Seguimiento
Z	-2.057	-2.877	-1.184	-1.725	.000
Sig. (2 colas)	.227	.002*	1.000	.070	1.000

*p ≤ .05

De igual manera, puede observarse en la tabla 5 que desde el punto de vista nominal y descriptivo de las escalas, se observa que la disminución de los puntajes en las escalas de depresión y ansiedad origina que la clasificación del estado emocional varíe.

Concretamente puede observarse que en el caso del IDB al inicio se reportaba una depresión clasificada como leve y en el seguimiento se reporta una depresión mínima. De la misma manera, en el inventario de ansiedad IAB se observa que de ansiedad moderada, se logra un cambio en el post-test a ansiedad leve que se mantiene en el seguimiento.

Por lo que respecta a las medidas con el ACT se reporta al inicio que no se tiene un control de la enfermedad, situación que cambia en el pos-tratamiento y seguimiento, ya que se reporta un buen control del asma.

Los puntajes en el cuestionario de conocimientos del asma se mantuvieron iguales a lo largo del tiempo.

Tabla 5. Puntaje directo obtenido y calificación de los inventarios aplicados de la participante 1

	Pre-tratamiento	Post-Tratamiento	Seguimiento
IDB	14 puntos Depresión Leve	12 puntos Depresión Leve	2 puntos Depresión Mínima
IAB	21 puntos Ansiedad Moderada	11 puntos Ansiedad Leve	6 puntos Ansiedad Leve
ACT	19 puntos No Control	22 puntos Buen Control	21 puntos Buen Control
CCA	21 puntos	20 puntos	21 puntos

En cuanto a la sintomatología del asma que es reportada a través de los registros que llevó la paciente, se puede observar en general una disminución de los mismos durante y después del tratamiento, cambios que se mantienen durante las semanas de seguimiento.

Entre los síntomas que reportaron una disminución en su frecuencia casi en su desaparición durante el tratamiento fueron la presencia de tos, flema, nariz congestionada.

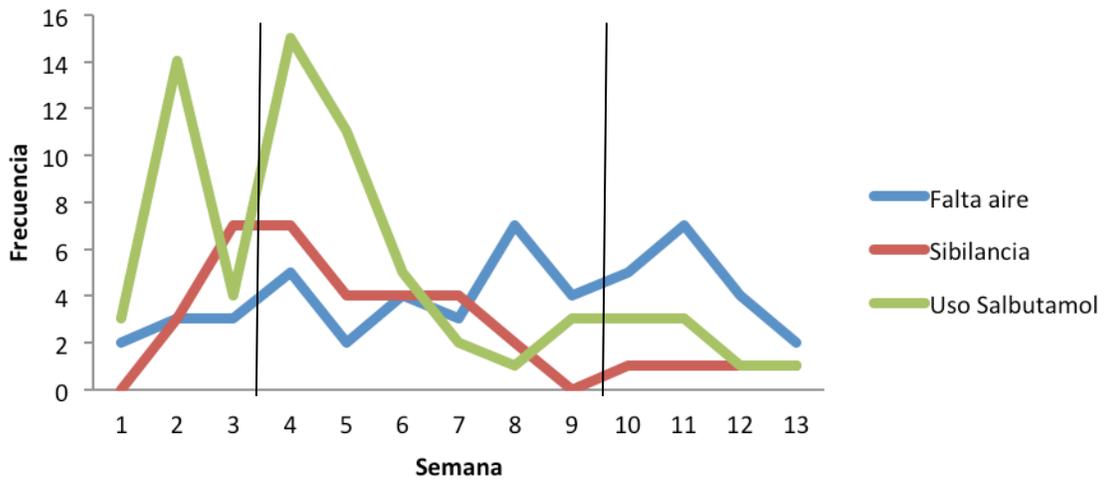
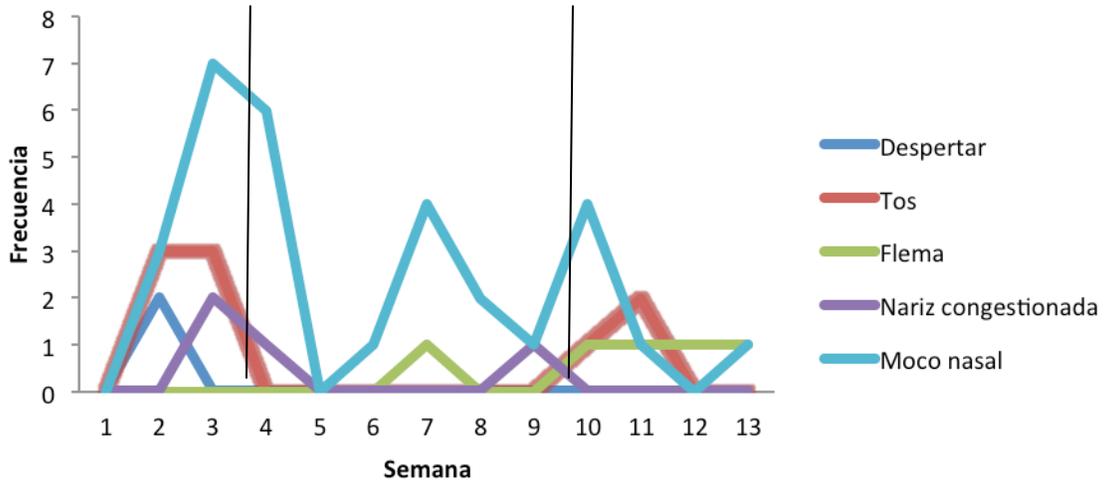
Los síntomas correspondientes a falta de aire y sibilancias, así como el uso del medicamento de rescate se presentan en la Figura 1, como puede observarse el reporte de sibilancias disminuye durante el tratamiento y continúa con dicha tendencia en el seguimiento. En el caso de la falta de aire, se observa que durante el tratamiento disminuye la frecuencia al inicio del tratamiento, sin embargo vuelve a presentar picos de incidencia durante el final de la intervención y el seguimiento.

Referente al uso del salbutamol, se puede observar que en las semanas antes del tratamiento se registró hasta 15 tomas de salbutamol en una semana, situación que va disminuyendo durante la intervención, incluso llegando a ser de 1 toma por semana, lo que se mantiene durante las semanas de seguimiento.

Es importantes señalar dos consideraciones, 1) La paciente reportó desde un principio de la intervención que la enfermedad no era una situación que interfiriera con sus actividades cotidianas por lo que nunca fue registrado en su diario de síntomas; 2) en la semana

“número” la paciente sufrió un accidente automovilístico por lo que en esa semana el uso del salbutamol aumentó por indicación médica.

Figura 1. Registro de síntomas de asma semanales de la participante 1



Nota: De la semana 1 a la 3 se considera pre-tratamiento. De la semana 4 a la 9 es el tratamiento. Semanas 10 a la 13 es el seguimiento.

Participante 2

Identificación del paciente

Nombre: JNRC

Sexo: Femenino

Edad: 27 años

Estado Civil: Soltera

Escolaridad: Bachillerato con carrera técnica

Lugar de Origen: Distrito Federal

Lugar de Residencia: Distrito Federal

Tiempo de evolución de asma:

Otras enfermedades: Gastritis

Tratamiento para el asma el momento de la entrevista: Seretide cada 12 horas (2 disparos), salbutamol (PRN).

Actitud e impresión general al momento de la entrevista

Acude a recibir atención psicológica por su propia iniciativa, edad aparente mayor a la cronológica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño, acude con puntualidad y presenta una actitud cooperadora e interesada ante intervención psicológica.

Examen mental

Orientada en tiempo, espacio y persona con procesos de atención y concentración adecuados. Discurso fluido y congruente a estado anímico el cuál es eutímico. Pensamiento concreto con ideas del tipo catastróficas y anticipatorias respecto a enfermedad. Locus de control externo, atribuye estados anímicos a enfermedad y familia.

Motivo de Consulta

Paciente acude a consulta debido a que reporta “sentir aprensión y ansiedad” originada por su estado de salud, ya que se pone muy nerviosa cuando le dan ataques de asma y siempre está pensando que le dará un ataque. Intenta practicar técnicas de relajación pero no

considera que sean efectivas. Además de reportarse como una persona muy insegura y querer cambiar esa característica de personalidad.

Historia del Problema

La paciente fue diagnosticada con asma a la edad de 13 años. Ella refiere que la enfermedad siempre la “ha tenido delicada de salud” (sic paciente) y aunque no lleva contabilizadas el número de hospitalizaciones, refiere que el asma provoca que pase dos o tres veces al año internada. La paciente era previamente conocida por el servicio de psicología del INER y residente previo de medicina conductual.

Su motivo de consulta anterior había sido ayuda para controlar sus nervios debido a que el médico le había planteado la posibilidad de una cirugía para extraer unos pólipos nasales y la situación le causaba mucho nerviosismo, aunque nunca se realizó la operación ya que los médicos no la consideraron necesaria. Dejó de asistir debido a cambios en sus horarios. Comenta que le agradaban las sesiones y percibió que su ansiedad disminuyó sin embargo al ser cuestionada de lo que se podría mejorar en la terapia, comenta que considera faltó más práctica de las técnicas (relajación y asertividad) para poder considerar que fue una intervención psicológica satisfactoria.

Reporta que siempre se ha considerado una persona nerviosa, enojona y poco sociable, no tiene muchos amigos y la mayor parte del tiempo se dedica a estar con su familia o en la escuela. Asocia parte de su inseguridad al hecho de padecer asma.

Conocimientos sobre asma

Para adquirir conocimientos generales a cerca de la enfermedad, reporta haber asistido regularmente a los cursos-talleres que imparten en el instituto, además de relizar preguntas al médico y buscar información en el internet.

Manifiesta conocer los factores desencadenantes que le afectan como el polvo y el frío, además de que previo a su menstruación sus síntomas asmáticos se desencadenan con facilidad.

Dice no reconocer la diferencia entre ataque asmático y síntomas ansiosos pero su familia constantemente le repite que sus síntomas asmáticos en su mayoría “son

psicológicos”.situación que ella reconoce puede ser cierta, ya que detecta que en periodos de tensión o estrés sus síntomas asmáticos se disparan con mayor facilidad y frecuencia.

Cuadro Secuencial de la Conducta

Tabla 6. Cuadro secuencial integrativo de la conducta problema reportada de la paciente 2

Estímulo	Organismo	Respuesta	Consecuencias
<p>Externas Cuando tiene que conocer nueva gente</p> <p>Manipulación de los medicamentos</p> <p>Tiene discusiones con su hermana o padre</p> <p>Internas Percibe que tiene dificultad respiratoria por mínima que sea</p> <p>Extraños en la calle se le quedan viendo</p> <p>Cuando su periodo menstrual está próximo a presentarse</p> <p>Historia Ataque asmático grave debido a que consumió Amoxicilina hace 1 año</p> <p>Ha sido internada en más de cinco ocasiones, en una de ellas necesito ayuda mecánica respiratoria</p>	<p>Asma desde los 13 años</p> <p>Déficits y Habilidades No toma decisiones sin consultarlo con otra persona de su familia Conoce la técnica de relajación por imaginación guiada Está motivada para hacer cambios</p> <p>Variables Conductuales Las hospitalizaciones son molestas pero son normales</p> <p>Piensa que la familia debe ser unida, y si le dicen que tiene un problema es porque así es</p>	<p>“Aprensión y ansiedad”</p> <p>Fisiológico Taquicardia</p> <p>Sudor y frío en manos</p> <p>Dificultad respiratoria</p> <p>Motor Camina de un lado a otro</p> <p>Cognitivo Pensamientos anticipatorios y catastróficos “algo me va a suceder” “me va a dar un ataque de asma y nadie me va a poder ayudar” “seguramente todos los medicamentos contienen algún fármaco que me provocará un ataque” “jamás podrá sentirse bien” “siempre que tengo mi periodo me agravo, nunca es la excepción”</p>	<p>Inmediatas Discusiones con su hermana</p> <p>Deja de hacer actividades</p> <p>Aumenta su uso de Salbutamol</p> <p>Sus padres la atienden</p> <p>Si va en transporte público se tiene que bajar</p> <p>Mediano y Largo Plazo Piensa “siempre voy a estar mal, sin importar las precauciones que tome”</p> <p>Sabe que no puede vivir con miedo</p> <p>Su familia se ha cansado de la situación y le dicen que tiene delirio de persecución</p>

Análisis Funcional

Paciente asiste a consulta psicológica debido a que “quiere dominar su aprensión y ansiedad” (sic paciente) conducta que se hace presente a nivel motor por caminar de un lado a otro, a nivel fisiológico por taquicardia, sudor y frío en las manos, y a nivel cognitivo por pensamientos anticipatorios y catastróficos, por ejemplo, “algo me va a suceder”, “me va a dar un ataque de asma y nadie me va a poder ayudar”, “seguramente todos los medicamentos contienen algún medicamento que me desatará una crisis” y “jamás podré sentirse bien”.

La respuesta objetivo se manifiesta cuando tiene que conocer o relacionarse con gente nueva, tiene discusiones con su hermana, tiene que manipular medicamentos aunque no sean derivado de la aspirina o padre. Cuando percibe que tiene dificultad para respirar, ve extraños en la calle que se le quedan viendo, cuando se da cuenta que está próxima a menstruar ya que ha detectado sus síntomas se agravan. Dentro de su historia es vital señalar que hace un año sufrió una crisis asmática grave debido a que consumió Amoxicilina, al pasarle un medicamento a su mamá y después llevarse las manos a la boca, situación que la alteró mucho ya que tuvo que ser asistida con respiración mecánica. En total ha sido internada en cinco ocasiones.

Las consecuencias de la conducta problema son: discusiones con su hermana donde le reclama que ella no se sabe controlar, deja de hacer sus actividades o labores domésticas, aumenta su uso de salbutamol, sus padres dejan de realizar sus actividades y la atienden, si va en transporte público se tiene que bajar. A mediano y largo plazo ha llegado a pensar que “siempre va a estar mal, sin importar las preocupaciones que tome”, llega a pensar que no puede vivir con miedo, su familia se reporta cansada de la situación y le dicen que tiene un problema parecido al delirio de persecución.

Es esencial indicar que la paciente padece asma desde los 13 años, se ha atrasado en la escuela debido a que por su enfermedad pasaba mucho tiempo hospitalizada. Considera que las hospitalizaciones son normales y parte del asma, aunque no le gustan y le gustaría poder evitarlas. Entre sus déficits conductuales se encuentra que no toma decisiones sin consultarlo con otra persona de su familia . Entre sus habilidades: conoce la técnica de relajación por imaginación guiada y está motivada para hacer cambios.

Tratamiento

Las sesiones se llevaron a cabo de la manera en que fue indicada en el protocolo, sin sufrir ninguna variación. Se llevaron a cabo en total 9 sesiones distribuidas de la siguiente manera: 1 sesión de evaluación, 5 de entrenamiento, una sesión de evaluación del tratamiento y una para evaluación del seguimiento.

Es importante señalar que la paciente estuvo hospitalizada entre la sesión de evaluación del tratamiento y evaluación del seguimiento debido a una infección en vías respiratorias, situación que la mantuvo en hospitalización por 5 días.

- Planteamiento del problema (2 sesiones): Se definió junto con la paciente el motivo de consulta a tratar con prioridad debido a que la paciente. Este paso fue el que más tiempo consumió del tratamiento debido a que la paciente se mostraba dubitativa respecto a qué problemática tratar como prioridad, por lo que se la ayudó mediante el balance de decisiones, aunque sin hacer introducción directa de este paso. Se planteó como objetivo el control del estado emocional cuando percibía
- Elaboración, balance y elección de la solución (2 sesiones): Se decidió que una de las soluciones más eficaces sería comenzar a hacer cambios en los pensamientos anticipatorios y catastróficos que preceden y acompañan a la conducta, y acompañarlo con otra técnica que ya había aprendido con anterioridad que aborda el ámbito motor y fisiológico de la conducta problema, como la relajación, debido a que no había recibido la respuesta deseada utilizándola como una técnica aislada.
- Puesta en marcha (2 sesiones): Se asistió a la paciente en la elaboración de un registro de pensamientos catastróficos, detención de pensamiento y elaboración de pensamientos funcionales que emplear en lugar de los anteriormente aprendidos.
- Verificación: Se discutieron las situaciones en las que la paciente utilizó el cambio de pensamientos y la relajación. Se verificó que la paciente utilizara de manera correcta el registro y elaborara pensamientos funcionales.

Resultados

La Tabla 7 se señala que existieron diferencias estadísticamente significativas las medidas de ansiedad obtenidas a través del IAB al momento de la pre intervención y seguimiento. En el caso del IDB no se presentan diferencias significativas en ninguno de los momentos

de medición, situación que se repite en el cuestionario de conocimientos de asma, al no presentar diferencias significativas en ninguna medición.

Tabla 7. Valores obtenidos en las pruebas de rangos de Wilcoxon de la paciente 2

	IAB Inicial- IAB Final	IAB Inicial- IAB Seguimiento	IDB Inicial- IDB Final	IDB Inicial- IDB Seguimiento	CCA
Z	-.650	-1.968	-.985	-1.409	-.000
Sig. (2 colas)	.774	.049 *	.366	.159	1.000

* $p \leq .05$

En la tabla 8 se puede observar que en el puntaje directo y clasificación de las escalas. Se observa que la clasificación de depresión pasa de leve a mínima en el post-tratamiento pero en el seguimiento es clasificada como moderada, lo anterior de acuerdo a los criterios de calificación del IDB. En referencia a los puntajes del IAB, la ansiedad pasa de ansiedad moderada en el tratamiento y post tratamiento a una ansiedad leve en el seguimiento, aunque es importante señalar que desde el post-tratamiento existe una disminución en los puntajes totales.

En referencia al control del asma reportado mediante el ACT se puede observar que pasa de asma no controlada a un buen control en el post-tratamiento, sin embargo, es señalada como asma descontrolada nuevamente en el seguimiento.

Por último, en lo referente al cuestionario para medir el conocimiento del asma, puede observarse que la puntuación obtenida se mantuvo estable en los tres momentos de recolección de datos.

Tabla 8. Puntaje directo obtenido y calificación de los inventarios aplicados

	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento
IDB	12 puntos Depresión Leve	8 puntos Depresión mínima	18 puntos Depresión Moderada
IAB	20 puntos Ansiedad Moderada	17 puntos Ansiedad Moderada	11 puntos Ansiedad Leve
ACT	17 puntos No Control	21 puntos Buen Control	19 puntos No Control
CCA	21 puntos	20 puntos	20 puntos

Registro de síntomas de asma

Es importante señalar que en la semana 7 la paciente presentó una infección en vías respiratorias por la cual fue atendida por el médico dando por terminado el tratamiento para la infección en la semana 8. En la semana 10 se presentó nuevamente una infección, la cual volvió a ser tratada, sin embargo, debido a esta infección en la semana 13 fue hospitalizada por 5 días en el INER.

En la figura 2 y 3 puede apreciarse que durante las semanas comprendidas de la 1 a la 10 los síntomas en general aumentan de frecuencia, así como el uso del salbutamol, dicha frecuencia alcanza su pico durante la semana 13 y posteriormente disminuyen. La paciente reportó de manera verbal que en otras ocasiones cuando había presentado infecciones respiratorias la sintomatología se exacerbaba a tal grado en que no podía realizar sus actividades cotidianas, sin embargo, en sus registros reportó que pese a la infección podía realizar sus actividades diarias.

Figura 2. Registro de síntomas de participante 2

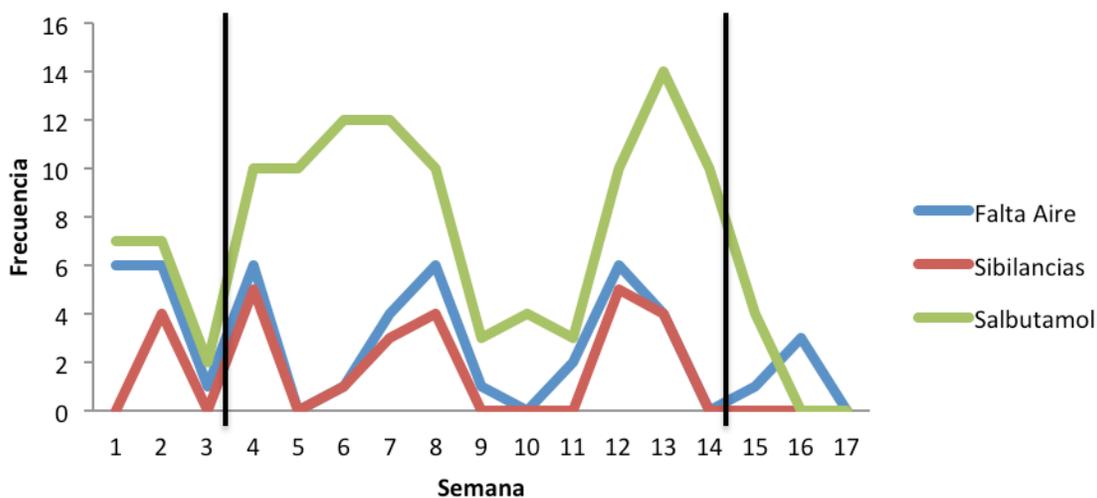
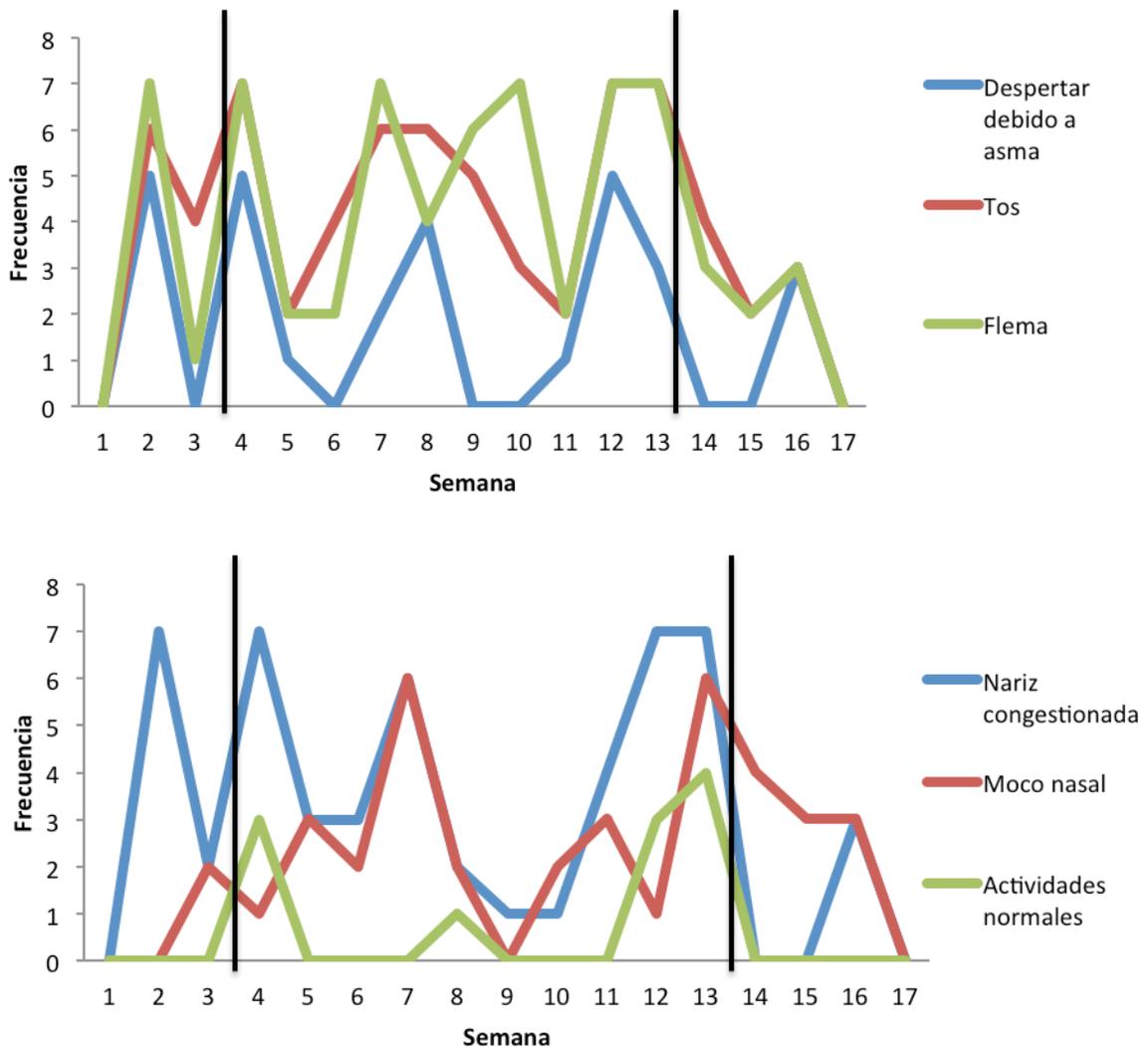


Figura 3. Registro de síntomas de participante 2



5. Discusión

En los dos casos presentados la intervención en solución de problemas demostró ser eficaz como auxiliar para el control de la enfermedad, lo que concuerda con investigaciones previamente reportadas (Deshmukh, Usherwood, Grady & Jenkins 2007; Clark & Partridge, 2002) que indican las intervenciones cognitivo conductuales, en especial las dirigidas con solución de problemas, representan una herramienta útil en el control de la sintomatología asmática.

De igual manera, como se expone en otros estudios (Deshmunkh, et al., 2007; Strine, et al., 2008; Smith, Bosnic-Anticevich, Mitcvhell, Saini, Krass y Armour, 2007) los casos aquí presentados representan otra evidencia de que en el caso del asma el aspecto emocional va ligado al control de la enfermedad.

Podemos señalar que el análisis funcional de ambos pacientes la mayoría de la sintomatología que reportaba la paciente como parte de la conducta problema era una respuesta de ansiedad, podemos aseverar lo anterior por dos motivos, el primero es que la respuesta fisiológica no se presentaba sola sino que venía acompañada de pensamientos catastróficos y anticipatorios antes, durante y después de presentar la sintomatología. Un segundo motivo es que los puntajes de los inventarios de ansiedad se ven disminuidos, en ambos casos existen diferencias estadísticamente significativas entre la primera medición y el seguimiento. En el caso del primer paciente la sintomatología de ansiedad y síntomas de asma se cofunden en ocasiones por el paciente, en este caso la paciente identificaba estar “estresada” pero no lo identificaba como “ansiedad”. En caso del segundo participante que reporta durante las últimas semanas de tratamiento una infección en vías respiratorias que afecta su control de asma, reporta tener menor sintomatología ansiosa. Así que podemos apuntar que la intervención sin necesidad de ser educativa o psicoeducativa, ayuda a que los pacientes comiencen a monitorearse y ser conscientes de distinguir entre la sintomatología ansiosa y la asmática.

El hecho de que en ambos casos los cambios en los puntajes de ansiedad se vean significativos puede encontrar su explicación en que el aprendizaje se mantuvo a lo largo del tiempo, ya que no debemos olvidar desde la medición post-test se notan cambios a favor de la intervención en cuanto al manejo de la ansiedad.

En lo referente a la depresión no se reportan datos estadísticamente significativos, en el primer caso existe el cambio en la categoría de depresión de leve a mínima y en el segundo caso se indica en el seguimiento un puntaje que cae en la categoría de depresión moderada. En este último caso se debe señalar que la paciente indicó sentirse preocupada debido a un problema familiar ajeno a su control. El que no se reporten cambios significativos en esta variable puede deberse a que la conducta problema que presentaban ambos participantes iba encaminada a un problema de ansiedad y no de depresión. Por lo

que tal vez si la solución de problemas se hubiera enfocado a el problema de sintomatología depresiva se hubieran logrado cambios estadísticamente significativos y no solo clínicos.

La intervención en solución de problemas puede ser también un auxiliar en caso de hospitalizaciones, no se debe de olvidar que la segunda paciente reportó de manera verbal que en otras ocasiones sus hospitalizaciones solían estar acompañadas de altos niveles de ansiedad, que en esa ocasión no se hicieron presentes con la misma intensidad y que logró controlarlo en medida por la detención de pensamientos catastróficos que había entrenado a lo largo de su tratamiento.

En cuanto a las intervenciones que priorizan el proveer al paciente de conocimientos como herramienta única de intervención (De Oliveira, Bruno, Ballini, Britojardim & Godoy, 1997; Marabini, Brugnami, Curradi y Siracusa, 2002, y Marabini, et al., 2005), podemos argumentar que en ambos casos no fue necesario aplicar una técnica de educación de manera directa ya que al notar el cambio en la sintomatología y el estado emocional, las participantes fueron capaces de abstraer a sus propias conclusiones y conocer así mejor su enfermedad.

En ambos casos, no se incrementó la cantidad de conceptos o conocimiento teórico de la enfermedad, lo que puede notarse al observar que no existieron cambios estadísticos con importancia en los puntajes del conocimiento de asma además de que ambas pacientes manifestaban asistir con frecuencia a los cursos talleres impartidos en el instituto. La intervención más allá de ampliar sus conocimientos teóricos, les permitió entender cómo la información se relaciona con ellas y su proceso de enfermedad de manera práctica.

Con lo anterior volvemos a hacer hincapié en que las intervenciones educativas basadas en el mero conocimiento no son garantía de que los pacientes comprendan como todos los factores de riesgo y emocionales interactúan en su dinámica del proceso salud-enfermedad. Siendo profesionistas de la salud, debemos preguntarnos hasta qué punto las sesiones informativas sobre el asma, o cualquier otra enfermedad crónica, valen la pena si únicamente se quedan en el punto de verter información en grandes cantidades. Es por este motivo que son preferibles los talleres que promueven la verdadera psicoeducación que logran que el paciente comprenda en verdad la interacción de su conducta y su enfermedad.

Otro punto importante, es que contrario a lo reportado por parte de la literatura los casos aquí presentados son un ejemplo que no siempre es sólo la falta de adherencia, falta de recursos económicos, pobre conocimiento de la enfermedad, desagrado a los medicamentos, la causa de un pobre control de la enfermedad (GINA, 2006). En ambos casos, la parte emocional fue protagonista del descontrol de la enfermedad.

En cuanto a lo reportado por sus auto-registros, uno de los principales logros de la intervención en el primer caso presentado fue la reducción del uso del salbutamol y que incluso de manera verbal la paciente reportara que existió un cambio en sus creencias y percepción respecto a la enfermedad, creyendo ella que su estado emocional en nada se relacionaba con el control de su asma. Esto se logra aunque de manera directa nunca se planteó como objetivo principal de la intervención el disminuir el uso del medicamento de control.

En lo referente a sus demás síntomas reportados en el diario se reporta una mejora a favor del paciente y del control de su enfermedad. sin embargo, un síntoma que parece mantenerse estable es el de falta de aire. Esto puede deberse a que se trate de un síntoma que se deba exclusivamente al asma y debiera ser revalorado por la parte médica, o bien que se trató de un síntoma que disminuyó en intensidad. Lo anterior se concluye ya que una de las principales razones por las que la paciente utilizaba con alta frecuencia el salbutamol y sentía la respuesta de estrés era la falta de aire, sin embargo, al final de la intervención reporta que el uso del medicamento de rescate disminuye y de la misma manera en el inventario de ansiedad de Beck, el ítem que señala falta de aire, reporta una disminución en la molestia que produce el síntoma.

En el caso de la segunda paciente los síntomas son intensificados debido a la infección en vías respiratorias que presentó la paciente, sin embargo puede observarse que todos los síntomas se presentan por debajo de la línea base al momento del seguimiento y cuando la paciente ya había sido controlada de la infección. Incluso su uso de salbutamol es inexistente en el seguimiento, situación que no sucedía en lo reportado en la línea base.

En lo referente a la clasificación del asma por medio del ACT, podemos observar que en el primer caso la paciente pasa de un asma no controlada a un asma controlada. Lo reportado

de manera verbal por la paciente, indica que ella pensaba que su asma anteriormente estaba controlada pero al observar cambios tan positivos en su condición de enfermedad, ahora podía aseverar que su asma anteriormente no se encontraba controlada. El segundo caso es diferente, en el caso del ACT reporta tener un asma descontrolada en el seguimiento, esto se debe básicamente a que se encontró hospitalizada hacía dos semanas. Sin embargo al analizar sus síntomas durante las últimas dos semanas, podemos notar que la clasificación de acuerdo a criterios del GINA (2006) sería de asma parcialmente controlada.

Una de las principales ventajas es que la cantidad de sesiones en ninguno de los dos casos fueron excesiva, no se necesitaron más de nueve sesiones para finalizar el protocolo en su totalidad, lo que representa ventajas de economía de tiempo para los participantes. Otras intervenciones como la reportada por Caballero et al (2009) que emplean una multitud de técnicas, pueden representar una desventaja por el tiempo que se emplea para llevarlas a cabo, además de que no se puede asegurar el paciente necesite aprender todas las técnicas en orden de mejorar su adherencia o control de la enfermedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, si se ha demostrado que con la técnica en solución de problemas se obtienen resultados igual de eficaces, la sugerencia se encamina a utilizar ésta técnica que a su vez permite el uso de otras que se enfoquen en el problema, sin obligar al paciente a cursar por toda una intervención que es más bien parecida a un taller. Por ejemplo, en el primer participante la técnica de relajación autógena fue un factor que promovió el cambio, al facilitar el cambio que requería la paciente. No obstante, la solución de problemas promueve la búsqueda de soluciones en otras áreas de la vida del participante. Por ejemplo, la paciente mencionaba en las últimas sesiones que a partir de dicha técnica buscaría una solución para los problemas laborales que se le presentaban.

En cuanto a las limitantes y consideraciones del estudio se puede señalar que el uso de registros parte del paciente sigue siendo una ventaja y desventaja a la vez. Ya se ha demostrado en estudios como el de Kostas et al., (1995) que el hecho de llevar un diario de síntomas puede generar cambios por sí mismo. En estos casos ambas participantes ya llevaban un diario de síntomas, pero por sí mismo no resultaba una técnica para la ayuda del control del asma. Sin embargo, éste tipo de registros ayudan para conocer la evolución del paciente.

Otra limitante del estudio reportado es la falta de acceso a medidas fisiológicas como la espirometría o flujometría. Al momento de la intervención las pacientes no contaban con flujómetros, y aunque al finalizar la intervención la segunda paciente pudo adquirir uno, no quiso utilizarlo hasta que fuera asesorada en cita por su médico tratante.

Dentro de las sugerencias para futuras investigaciones registrar los síntomas también en intensidad. En el caso de la falta de aire, la primer participante reporta una ligera disminución de la frecuencia de los síntomas, sin embargo, sigue siendo un síntoma que se presenta diario, sin embargo, debido como se utiliza menos medicamento esteroideo, podemos inferir que tal vez se deba a que la sensación disminuye en intensidad.

Otra sugerencia sería continuar con el uso de manuales como material auxiliar del tratamiento, como señalan Hockemeyer & Smyth (2002) el uso de manuales para promover el control del asma es efectivo. En este caso sirvió para promover el aprendizaje en solución de problemas y resultó un material novedoso para las participantes, que así lo reportaron, además de que servía de recordatorio constante de llevar a cabo los pasos en solución de problemas.

Por último, no hay que dejar de lado la percepción de gravedad la enfermedad como señalan Lurie, Marsala, Hartley, Bouchon-Meunier, y Dusser (2007) el hecho que un paciente se perciba como que no está siendo afectada por la enfermedad en su vida diaria, puede hacer que los pacientes no se acerquen a pedir ayuda. Se deben buscar programas e intervenciones que promuevan el no conformismo con la sintomatología de las enfermedades, esto hace que adapten su vida a los síntomas, por lo que se vuelve indispensable hacer de su conocimiento que existen otros tratamientos que no son con fármacos que pueden ayudar a mejorar su calidad de vida.

6. Conclusiones

Este estudio es un aporte más a la evidencia de que logrando un cambio conductual se puede fomentar el control de una enfermedad crónico degenerativa. Como resultados del presente protocolo de investigación se reportan cambios importantes en el control de la enfermedad que comienzan en el tratamiento y se mantienen a lo largo del seguimiento. Es una muestra de que se necesitan técnicas sencillas, dirigidas a la problemática, que logran

cambios en el control de la enfermedad y no consumen el tiempo del paciente como otras intervenciones multimodales, que aunque igualmente efectivas.

Aunque se utiliza una sola técnica principal, queda demostrado que se puede hacer uso de otras técnicas como herramientas secundarias, en éste caso la relajación autógena. Por lo que no se pierde la sistematicidad necesaria en la investigación pero diseñando la intervención a medida del paciente.

Hay que dar a conocer a la población en general, referente a lo que se trabaja en psicología, específicamente en medicina conductual, dar a conocer que no se trata únicamente de ir a “platicar” o “expresar sentimientos”, sino de un trabajo verdadero en el que se buscan cambios conductuales que beneficien a la salud del usuario e incluso en gastos económicos, por ejemplo, la reducción del uso del salbutamol se traduce en un gasto económico menor.

Por último, se hace hincapié en la inclusión del psicólogo a la práctica de la salud pero no de manera bilateral o como auxiliar cuando no se encuentra la causa biológica de la enfermedad, sino como parte del equipo de salud.

7. PRIMER AÑO DE ROTACIÓN: HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO, Servicio de Hematología

CARACTERÍSTICAS Y UBICACIÓN DE LA SEDE

El Hospital Juárez de México es un hospital perteneciente a la Secretaria de Salud. Se trata de un hospital de tercer nivel de atención ubicado en la avenida Instituto Politécnico Nacional número 5160 en la colonia Magdalena de las Salinas dentro de la delegación Gustavo A. Madero en el Distrito Federal.

El hospital cuenta con las divisiones generales de Medicina, Cirugía, Gineco-obstetricia, Pediatría, Medicina Crítica, Auxilio de Diagnóstico, Servicio Paramédico, Enseñanza e Investigación.

Las especialidades con la que cuenta la división en medicina son: Alergia e Inmunología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Hematología, Medicina Interna, Neumología, Nefrología, Psiquiatría y Psicología, Reumatología y Clínica del Dolor.

El hospital cuenta con seis edificios: en el edificio A se ubica la consulta externa, archivo clínico y cajas; edificio B se ubican rayos X, cirugía refractaria, hemodiálisis, nefrología, trasplantes y la oficina de gobierno; el edificio C comprende quirófanos, terapia intensiva, hemodinámica, urgencias, medicina nuclear, oncología, rehabilitación y medicina física; en el edificio D se encuentra el área de hospitalización, trabajo social, banco de ojos, escuela de enfermería y laboratorio clínico; en el edificio E se encuentra enseñanza e investigación, y finalmente en el edificio F se encuentra servicios generales y mantenimiento.

El área de hospitalización se comprende de 4 pisos y en cada piso hay un total de 50 camas en cada ala, dando como resultado 100 camas por piso. En el 4° piso ala norte están alojadas las camas para pediatría y en el ala sur el servicio de ginecología. Cada piso tiene oficinas administrativas de trabajo para los médicos y sala de juntas para discusión de casos.

UBICACIÓN DEL RESIDENTE EN LA SEDE

El servicio de la especialidad de Hematología cuenta con atención a pacientes en hospitalización y en consulta externa. El espacio físico del servicio en el área de hospitalización se ubica en el ala sur del tercer piso en donde tiene asignado dos cubículos de hospitalización.

El primer cubículo se trata de una sala que cuenta con seis camas, la cual es asignada generalmente a pacientes varones, y una sala que cuenta con tres camas asignada a pacientes femeninos. En el mismo piso y ala sur se encuentran los servicios de Medicina Interna y Nefrología. Dependiendo el número de pacientes, con frecuencia son ocupadas otras camas del mismo piso para los pacientes hematológicos. En consulta externa el espacio físico se encuentra en la planta baja, en el consultorio número 1 ubicado en el banco de sangre del hospital.

El servicio de Hematología se encuentra a cargo de un jefe de servicio y como apoyo dos médicos adscritos, los tres con especialidad en Hematología. El jefe de servicio junto con un médico adscrito, rotan cada dos meses en la atención de pacientes hospitalizados y supervisión de los médicos residentes en el turno matutino. El segundo médico adscrito se responsabiliza de la atención y médicos residentes en el turno vespertino.

Los médicos residentes de la especialidad en Medicina Interna rotan cada dos meses por el servicio de Hematología, y son quienes se encargan del cuidado a los pacientes hospitalizados. El número de médicos rotantes y el año de residencia de los mismos rotantes, varía cada bimestre, siendo en promedio 2 el número de médicos internistas en el servicio. Semanalmente rotan médicos internos de pregrado por el servicio.

La supervisión *in situ* del residente en medicina conductual se encuentra a cargo de la Maestra en Psicología Leticia Asencio Huertas, perteneciente a la Unidad de Psico-oncología y Cuidados Paliativos dependiente del servicio de Oncología. El espacio físico para la supervisión in-situ se encuentra en la planta baja del edificio C, consultorio número 3 del servicio de Oncología. La supervisión académica de la UNAM se encuentra a cargo de la Maestra en Psicología Cristina Bravo González, el espacio físico para la supervisión académica se encuentra en la biblioteca del hospital.

Al finalizar el año de rotación, debido a cambio en la supervisión in situ y suspensión temporal de la supervisión académica, la responsabilidad de la supervisión quedó a cargo del jefe de servicio de Hematología.

JUSTIFICACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS

Justificación del trabajo psicológico dentro del servicio

Se trata de un servicio médico en el cual los residentes de medicina conductual ya han participado anteriormente. Por parte del personal médico comprendido por jefe de servicio y médicos adscritos se encuentra total disposición para realizar el trabajo psicológico.

La población que se atiende en el servicio de hematología por lo general son jóvenes y adultos entre 17 y 80 años, tanto hombres y mujeres. En su mayoría padecen enfermedades Hemato-Oncológicas como Leucemias Agudas, Leucemias Crónicas, Linfomas (Hodgkin y no Hodgkin), Mielomas Múltiples, Síndromes Mieloproliferativos, etc. También se tiene población con enfermedades hematológicas benignas como Púrpura Trombocitopénica Idiopática, Anemias Aplásicas, Anemias Ferropénicas, Anemias Hemolíticas, Hemofilias etc.

Cada enfermedad cuenta con características y repercusiones únicas en la vida del paciente. Sin embargo, las enfermedades hematológicas (ya sean oncológicas o benignas) se caracterizan por tener que cursar con larga estancia hospitalaria donde el reposo absoluto es de vital importancia. Y cabe recordar que los pacientes atendidos en el Hospital Juárez de México son pacientes de escasos recursos que se ven enfrentados a realizar gastos económicos que sobrepasan su capacidad adquisitiva lo provoca o genera estrés para el paciente y su familia, o llega a ser incluso causa de deserción del tratamiento.

Otra característica que comparten las enfermedades hematológicas es que para el diagnóstico es necesario que pasen por procedimientos médicos invasivos como el aspirado de médula ósea, lo que supone someterse a un procedimiento desconocido y por lo general doloroso, que en puede causar ansiedad.

Haciendo especial énfasis en los pacientes hemato-oncológicos que son la población con mayor prevalencia en el servicio de hematología, se debe tener en cuenta que a diferencia

de otros tipos de enfermedades oncológicas, las enfermedades onco-hematológicas el ingreso hospitalario se suele originar de manera abrupta y mucho antes de recibir el diagnóstico confirmatorio, deben movilizar sus recursos de apoyo social oportunamente, ya que les son requeridos donadores de componentes hematopoyéticos para su supervivencia.

Posteriormente, se enfrentan a las pruebas diagnósticas en donde son sometidos a procedimientos médicos invasivos como el aspirado de médula ósea o punciones lumbares. En dichos procedimientos médicos, los pacientes, además de enfrentarse al dolor agudo, se enfrentan a la ansiedad que suelen producir dichos procedimientos (Detrick y Polomano, 2006). A lo que debe sumarse los estados de ansiedad o depresión, que puede producir la espera del diagnóstico confirmatorio.

Una vez confirmado el diagnóstico médico, el paciente se enfrenta ante la fase de tratamiento; la cual se puede componer de quimioterapia, radioterapia, trasplantes de células madre o terapia inmune específica (The Leukemia and Lymphoma Society, 2007).

Los tratamientos de todas las neoplasias hematológicas conllevan un impacto en la calidad de vida del paciente. Por ejemplo, en el caso de las leucemias mieloides agudas el primer tratamiento de quimioterapia se administra en siete días, sin embargo, esperando los efectos secundarios del tratamiento y que el paciente se estabilice los días de estancia hospitalaria suelen ser de 30 días y la mayor parte lo cursan en reposo absoluto y bajo estrictas medidas de higiene. Este ciclo de administración de quimioterapia-reposos absoluto-alta suele repetirse durante seis o más veces. Periodo que genera alteraciones psicológicas en la gran mayoría de los pacientes (Meenaghan y Dowling, 2009).

Durante éste tiempo la supervivencia del paciente se ve seriamente afectada debido a efectos secundarios del tratamiento, como la mielosupresión; por lo que se debe de dar orientación y contención emocional a pacientes y cuidadores primarios (O'Connor, Guilfoyle, Breen, Muchardt y Fisher, 2007).

La fase de vigilancia, en la cual aún cuando el paciente se encuentra libre de enfermedad, produce estrés ante la expectativa de una recaída o la presentación de los efectos secundarios (tanto físicos como emocionales) a largo plazo de los tratamientos. Y finalmente, en los casos donde se aplica, la fase de recidiva y fase terminal de la

enfermedad, que suelen producir importantes alteraciones emocionales en pacientes y familiares (Johnsen, Tholstrup, Petersen y Groenvold, 2009).

Todo lo anterior, da lugar a que se cree un campo propicio para la aplicación práctica de la medicina conductual. Rodríguez (1988) señala que es un campo de encuentro para diversas disciplinas, que se interesa en el desarrollo e integración de conocimientos y técnicas conductuales, relevantes para la salud y enfermedad; permite dotar al paciente y cuidador primario, de herramientas para hacer frente a los retos psicológicos que se presentan durante el proceso de enfermedad.

La atención por parte del residente en medicina conductual en el servicio de hematología, consiste en facilitar la adaptación a la enfermedad y al tratamiento, favoreciendo el bienestar psicológico y la calidad de vida del paciente diagnosticado con alguna enfermedad hematológica.

La intervención psicológica es desarrollada durante todo el proceso de enfermedad, incluso en el caso de aparente ausencia de dificultades psicológicas. Para ayudar a potenciar los factores de protección del bienestar psicológico y los recursos del paciente para que pueda afrontar las diversas situaciones a las que se ve expuesto y prevenir alteraciones psicopatológicas derivadas de las dificultades de adaptación a la situación actual.

Actividades diarias

En el periodo de marzo 2010 a febrero 2011 se encontraron insertos dos residentes de la maestría en medicina conductual dentro del servicio de hematología, los cuales realizaron las mismas actividades, las cuales comprenden:

- **Pase de visita:** Diariamente se realiza visita médica a pacientes hospitalizados con el equipo interdisciplinario, el cual comprende hematólogo jefe de servicio o adscrito, médicos residentes, residentes en medicina conductual, médicos internos de pregrado, estudiantes de medicina y personal de trabajo social; con la finalidad de conocer el estado médico y detectar necesidades de atención médica y psicológica de cada paciente y familiares.

- **Atención a pacientes hospitalizados:** La principal carga de trabajo que tiene el residente en medicina conductual dentro del servicio de hematología se centra en la atención a pacientes hospitalizados. En base a las observaciones y detección de necesidades realizada durante el pase de visita se realiza una entrevista clínica, evaluación psicológica y análisis funcional con el fin de diseñar la intervención psicológica con los pacientes y sus familiares, concorde a las necesidades psicológicas que presenta el paciente y que aborda la medicina conductual.
- **Elaboración de notas y reportes diarios:** Se cuenta con libre acceso a los expedientes de los pacientes, donde se deben incluir las notas del trabajo realizado con los pacientes hospitalizados. La elaboración de dichas notas en base al formato SOAP. De igual manera, el residente debe llevar de manera individual el reporte o registro de los pacientes atendidos durante la jornada de trabajo.
- **Supervisión in situ:** Diariamente se debe de pasar asistencia. Al inicio de la rotación se entrega un programa académico a los residentes de medicina conductual de los servicios de oncología, hematología y onco-hematología pediátrica con los temas y el residente encargado de impartir el tema. Los días martes, miércoles y jueves se tratan temas referentes a psicología y cáncer; los miércoles se imparten clases donde se abordan los principales conceptos médicos de padecimientos oncológicos, el miércoles en diferente horario se revisan casos clínicos, artículos de investigación y se asiste a sesión general del hospital.
- **Supervisión académica:** Los viernes se cuenta con supervisión académica, en el cual se revisan temas específicos propuestos por el supervisor o residente, se revisan casos clínicos y se comienza con la elaboración del reporte de experiencia profesional. La supervisión se lleva semanal o quincenalmente.
- **Clases médicas:** Se asiste de manera obligatoria, a clases con el equipo médico los días martes, jueves y viernes. Los martes se trata de clases monográficas impartidas por los residentes en medicina interna; los jueves son sesiones en las que participan

miembros de otras especialidades, donde bimestralmente se incluyen los residentes de medicina conductual para impartir temas referentes a psicología. Los días viernes se realiza la revisión de un artículo de investigación relacionado con algún padecimiento médico.

Tabla 9. Cronograma de actividades del residente de medicina conductual rotante en hematología

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
7:00 a 8:00		Clase de Psicooncología	Clase conceptos médicos	Clase de Psicooncología	
8:00 a 9:00	Pase de visita	Pase de visita	Pase de visita	Clase de Hematología	Pase de visita
9:00 a 10:00	Atención Pacientes a Hospitalizados		Clase de Hematología	Atención Pacientes a Hospitalizado	Clase de Hematología
10:00 a 11:00		Atención Pacientes a Hospitalizados			Atención Pacientes a Hospitalizados
11:00 a 12:00		Revisión Caso Clínico	Atención Pacientes a Hospitalizados	Atención Pacientes a Hospitalizados	
12:00 a 13:00		Sesión General/ Revisión artículos			
13:00 a 14:00		Atención a Pacientes		Supervisión Académica	
14:00 a 15:00	Elaboración de notas y reportes diarios				

Actividades no programadas

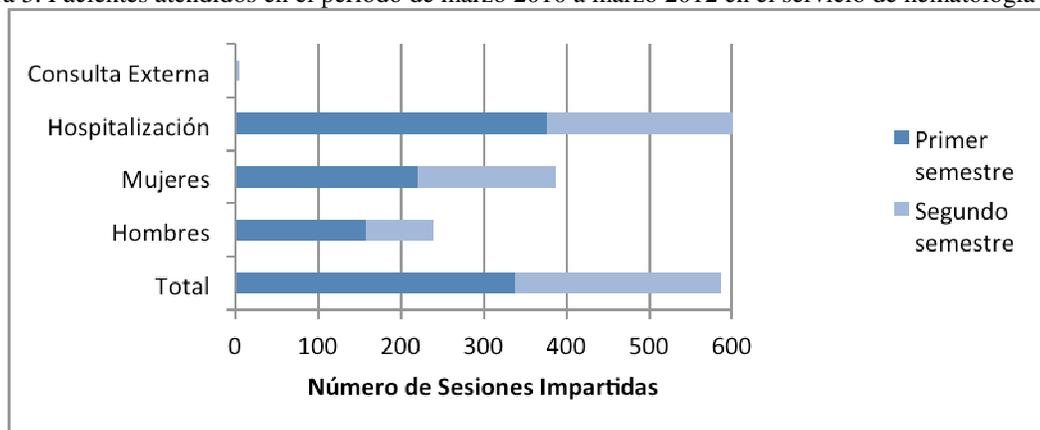
Otras actividades que realiza el residente en medicina conductual son:

- **Atención en consulta externa-** En ocasiones cuando es requerido por el jefe de servicio o médico adscrito de hematología se brinda atención psicológica a pacientes que asisten a consulta externa del servicio.
- **Intervención con pacientes candidatos a trasplante de médula ósea-** se realiza evaluación psicológica a pacientes que son candidatos a trasplante de células hematopoyéticas. La evaluación se realiza por medio de entrevista y una batería de pruebas psicológicas propuestas por la supervisión in situ. Después de realizada la valoración se trabaja con el paciente en las áreas que sean necesarias para prepararlo al trasplante; durante el periodo del trasplante se brinda apoyo psicológico al paciente.

PRODUCTIVIDAD

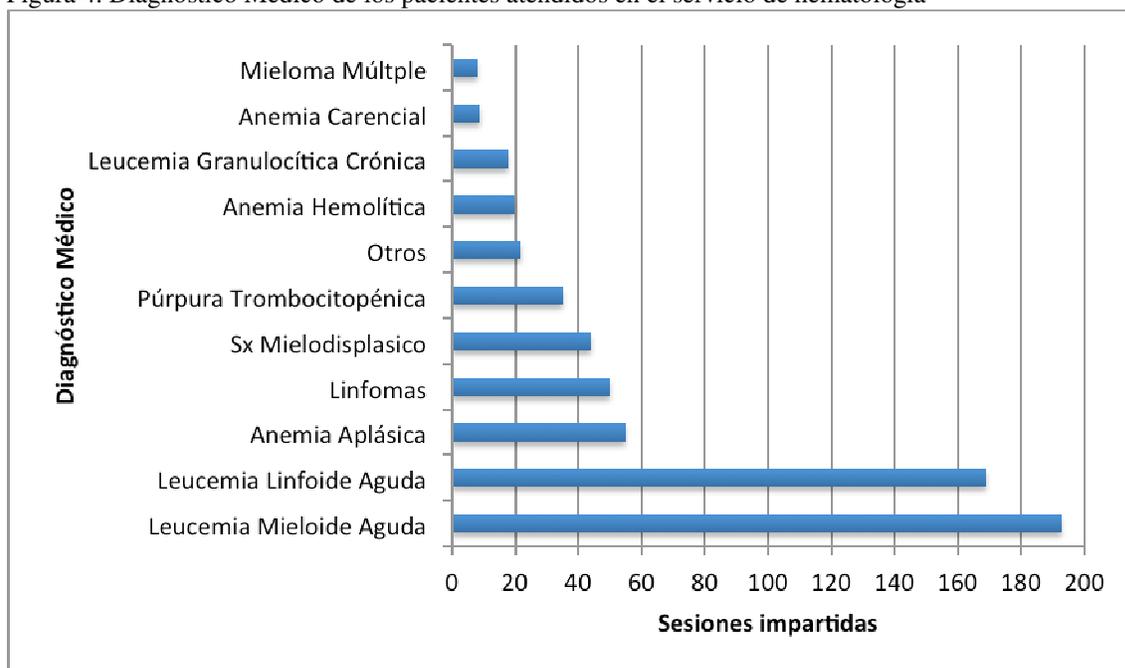
En el primer año de la residencia se brindó atención psicológica a 75 pacientes de primera vez y 512 sesiones de manera subsecuente. Impartiendo en total 587 sesiones psicológicas, de las cuales 239 veces se atendió a pacientes varones y 348 veces a pacientes mujeres. En hospitalización se impartieron 582 sesiones y 5 en consulta externa (Figura 3). Las edades de los pacientes se ubicaban entre los 15 y 84 años (media de 39.8 años).

Figura 3. Pacientes atendidos en el periodo de marzo 2010 a marzo 2012 en el servicio de hematología



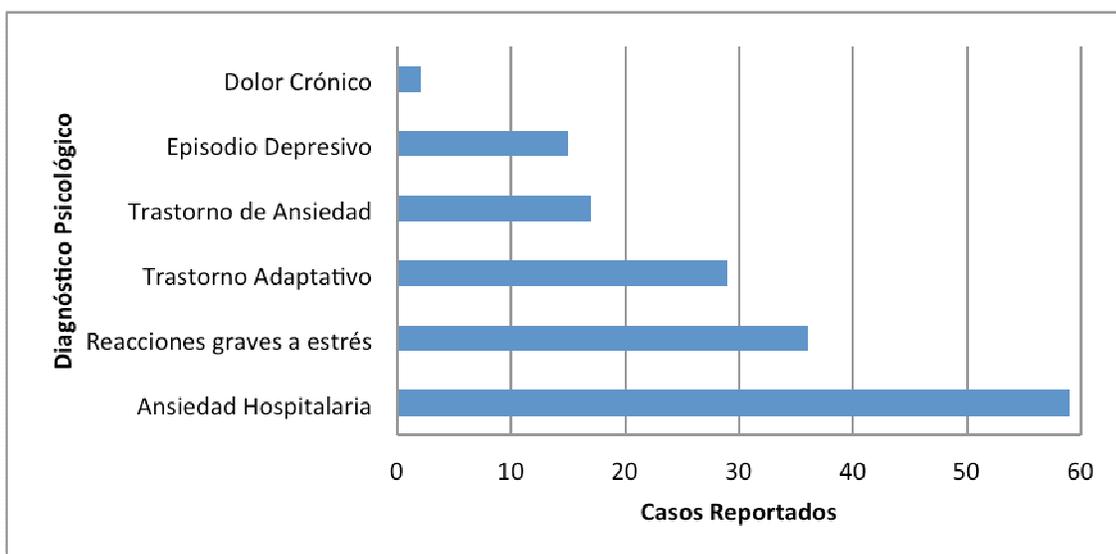
Como muestra la figura 4 los diagnósticos médicos más frecuentes de los pacientes atendidos fueron leucemia mieloide aguda, leucemia linfoide aguda, anemia aplásica, linfomas (hodgkin y no hodgkin) y síndrome mielodisplásico. Los diagnósticos menos frecuentes fueron el mieloma múltiple y la anemia carencial.

Figura 4. Diagnóstico Médico de los pacientes atendidos en el servicio de hematología



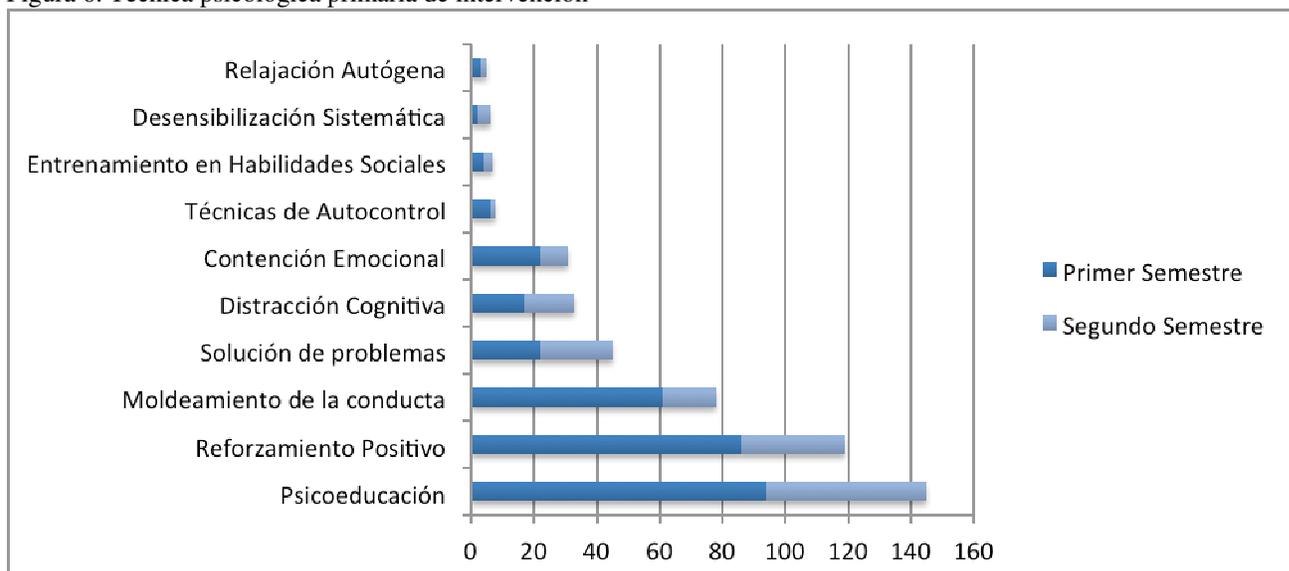
En la figura 5 se indican los diagnósticos psicológicos detectado con mayor frecuencia en los pacientes. Los motivos de atención más comunes fueron la ansiedad derivada del contexto hospitalario, seguido a reacciones de estrés graves (definido de acuerdo a los criterios del DSM-IV-R), trastorno de ansiedad, episodios depresivo y dolor crónico. Únicamente un paciente fue referido al servicio de psiquiatría para su valoración y tratamiento por tratarse de un diagnóstico de depresión severa y no responder a tratamiento psicológico.

Figura 5. Diagnósticos Psicológicos detectados en pacientes del servicio de hematología



En cuanto a las estrategias psicológicas utilizadas, como técnica principal de intervención se encuentra que en la principal fue la evaluación psicológica diaria que se realizaba a los pacientes, seguida de la psicoeducación y el reforzamiento positivo de conductas y que fomentaban la adaptación al proceso salud-enfermedad y contexto hospitalario (Figura 6).

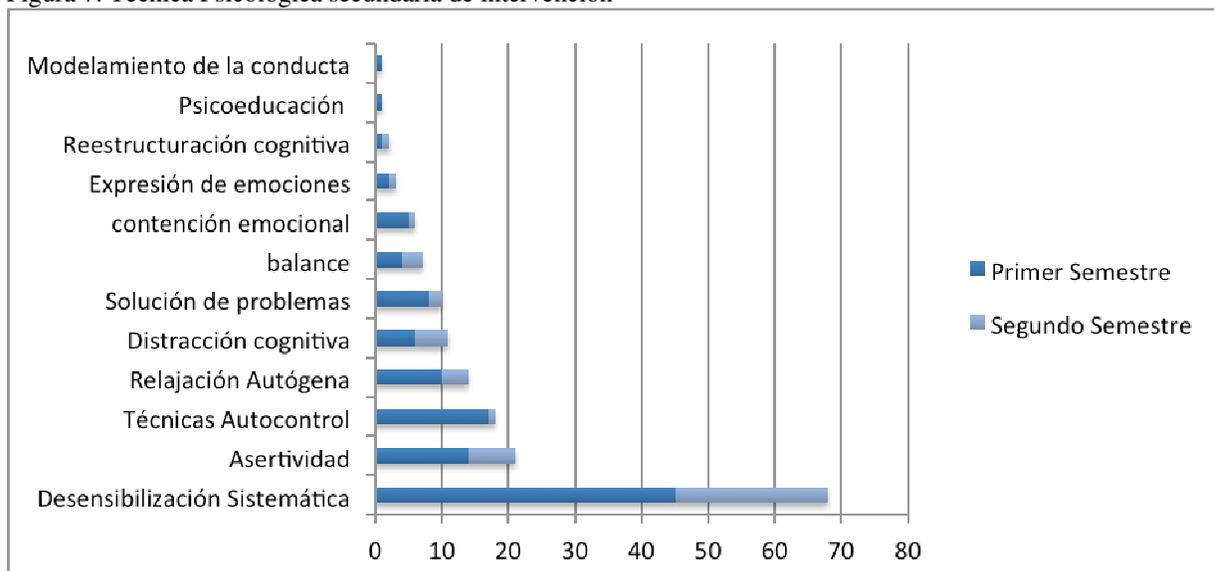
Figura 6. Técnica psicológica primaria de intervención



En la Figura 7 se observan las técnicas psicológicas empleadas como técnica secundaria durante las intervenciones. Por técnica secundaria me refiero a la técnica que actuó como complementación a la técnica principal. Como técnica secundaria empleada más frecuente

se encuentra el reforzamiento positivo de las conductas y cogniciones que favorecen el proceso salud-enfermedad, seguida de la psicoeducación, reestructuración cognitiva, expresión emocional y contención.

Figura 7. Técnica Psicológica secundaria de intervención



En el anexo 1 se presenta un ejemplo de un caso como era abordado en el servicio de hematología.

EVALUACIÓN DEL SERVICIO

El servicio de Hematología del Hospital Juárez de México, es un servicio en el cual el residente de medicina conductual puede desarrollar habilidades y competencias como psicólogo conductual.

Entre las ventajas del servicio se cuenta con la apertura por parte de las autoridades médicas del servicio permite desarrollar el trabajo sin obstáculos. El trabajo del psicólogo se encuentra bien delimitado y más que ser un agregado al equipo médico, se reconoce cuál es la importancia de su trabajo.

De igual manera, las actividades académicas en las que el residente en medicina conductual es involucrado permiten la adquisición de conocimientos médicos, necesarios para el

desarrollo del trabajo psicológico. Además de existir apertura por parte de los médicos adscritos para despejar interrogantes referentes a los padecimientos tratados.

Otra ventaja muy importante, es que el trabajo es constante ya que se cuenta con un gran número de pacientes con los que se puede trabajar. Además del trabajo que se realiza con los cuidadores primarios, lo que favorece la experiencia profesional. Sin embargo, la supervisión permite que el mismo residente en medicina conductual organice sus tiempos y prioridades para la atención de los pacientes.

Además al ser pacientes de larga estancia hospitalaria existe la posibilidad de llevar un seguimiento continuo del trabajo psicológico, y se puede observar la conducta del paciente durante más tiempo y se logran establecer los componentes de relación necesarios para el trabajo psicológico.

Entre las desventajas se encuentra la alta mortalidad de los pacientes, que en la mayoría de las ocasiones se da de una forma súbita. Estos eventos representan un desgaste emocional para todo el personal de salud, incluyendo al residente de medicina conductual.

Lo anterior también dificulta la sistematización de las técnicas psicológicas empleadas, debido a las demandas que van surgiendo día con día debido al estado médico del paciente; lo cual lleva a entorpecer observar los resultados obtenidos de la implementación.

Es un servicio en el que la elaboración y aplicación de un protocolo (anexo 2) de investigación aplicada se encuentra seriamente limitado por esto mismo. Mi protocolo de investigación no se pudo llevar a cabo debido a la alta mortalidad de los pacientes con leucemia aguda que eran necesarios para el desarrollo del mismo.

Otra característica de los padecimientos hematológicos tratados en el servicio que puede representar una desventaja es que no se puede realizar prevención primaria de los padecimientos hematológicos que se tratan generalmente en el servicio, lo que impide la disminución de factores de riesgo.

Una limitante para la aplicación de algunas técnicas conductuales es debido a que la mayoría de los pacientes permanecen en reposo absoluto durante gran parte de su estancia hospitalaria, por lo tanto técnicas como la activación conductual no se pueden llevar a cabo.

La mayoría de los pacientes cuentan con catéter puerto lo que impide la realización de relajación muscular progresiva profunda y el ruido al encontrarse en salas comunes impide la imaginación guiada. Además de las medidas de higiene que se deben seguir dentro de las salas de hospitalización, hace poco posible el introducir material didáctico o recreativo para trabajar con los pacientes.

Cabe mencionar una última desventaja, y es que las expectativas que cuenta el personal de salud o administrativo como trabajo social, hacia el trabajo psicológico. En ocasiones las expectativas que se esperan, se encuentran desproporcionadas o no corresponden a los objetivos psicológicos que el residente en medicina conductual plantean como prioridad para el tratamiento del paciente. Lo que puede llegar a dificultar el trabajo realizado dentro del servicio de hematología.

COMPETENCIAS Y HABILIDADES ADQUIRIDAS EN EL SERVICIO

En el año que cursé como residente de medicina conductual en el servicio de hematología desarrollé distintas competencias y habilidades como:

Elaboración de notas y reportes psicológicos, auxiliada con el formato SOAP y sobre todo empleando un lenguaje adecuado al contexto hospitalario en el que se pueda comunicar el estado del paciente en una forma objetiva para comunicar el estado clínico del paciente al demás personal de salud.

Habilidades para desarrollar y perfeccionar una evaluación clínica, basada en la observación y la entrevista con un enfoque cognitivo-conductual, que permita recabar la información necesaria y oportuna para el tratamiento del paciente. Las actividades diarias, como el pase de visita, me permitió desarrollar observación clínica de manera más eficaz para incluso reconocer las necesidades de los pacientes en base a sus características socio-demográficas, características observables o patología médica. De igual manera, en base al transcurso del tiempo y la inmersión en el medio, fui estructurando de mejor manera las entrevistas para conocer el estado del paciente y poder anticiparme y profundizar en las problemáticas del paciente.

La base para poder desarrollar una mejor evaluación clínica, en mi particular caso, se debe a aprender a aplicar de manera correcta el análisis funcional de la conducta. Habilidad que se va desarrollando con la práctica en el servicio.

En general, desarrolle mejor entrenamiento para la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales. Al tener gran cantidad de pacientes, necesidades y demandas, si bien no se puede hacer uso de todas las técnicas, si se aplican la gran mayoría. Mediante la misma técnica de solución de problemas en los casos que tenía que atender, pude ir discriminando que técnicas psicológicas son eficaces para ciertas características de la problemática o del paciente. Por lo tanto, si en un principio me veía sesgada a utilizar una misma técnica para todas las problemáticas de los pacientes (por ejemplo, psicoeducación) con el tiempo fui utilizando otras técnicas (como autocontrol o modificación de conducta) que resultaban más adecuada para la problemática abordada.

Otra herramienta muy importante, que si bien en un principio manejaba únicamente teóricamente es la contención emocional y la intervención en crisis, las demandas del servicio me ayudaron a desarrollar de manera práctica éstas dos herramientas.

Desarrollo y entrenamiento en habilidades sociales y asertivas tanto para la convivencia diaria con el equipo de salud como para el trabajo en equipo multidisciplinario. El contexto de servicio de salud conlleva características únicas en la que es necesario saber comunicarse de manera efectiva y eficiente con el equipo para poder realizar un buen trabajo en beneficio del paciente.

También desarrollé la capacidad para discriminar entre las necesidades del equipo de salud y del paciente, y las propias. En ocasiones las demandas o exigencias del médico las planteadas por mí, no concordaba con la verdadera necesidad del paciente, y como psicólogo es importante reconocer hasta donde están los límites de nuestra intervención y el beneficio para el paciente.

El servicio también permite adquirir conocimiento sobre aspectos médicos, epidemiología, etiología, factores de riesgo, procesos y pruebas diagnósticas, tratamientos médicos y de enfermería, así como de cuidados paliativos; de las enfermedades hematológicas. Lo que permite complementar la intervención y diagnóstico psicológico.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El servicio de Hematología del Hospital Juárez de México representa un escenario adecuado para el desarrollo profesional del psicólogo en medicina conductual. Se cuentan con las condiciones y facilidades para poder llevar a cabo trabajo clínico.

Las características únicas de los padecimientos hematológicos señaladas anteriormente, ofrecen oportunidades de trabajo únicas. Por ejemplo, son escasos los reportes relacionados con pacientes con leucemia aguda en edad adulta o trabajos con pacientes con púrpura trombocitopénica idiopática.

En lo que concierne a mi desarrollo profesional, se puede observar con el paso del tiempo que las técnicas fueron cambiando. No se puede llevar un control sistematizado debido a lo voluble y cambiante del padecimiento.

Dentro de las sugerencias que puedo acotar se encuentran:

Buscar un mayor apoyo por parte de los directivos del hospital para que el residente en medicina conductual sea reconocido con el estatus de residente. Ya que tenemos obligaciones similares a los médicos residentes de otras especialidades, sin embargo no los mismos derechos. En parte, no se pueden llevar a cabo los protocolos de investigación por el poco apoyo que hay de parte de enseñanza y la falta de reconocimiento del supervisor in situ designado para los residentes de medicina conductual que se encuentran dentro del programa de psicooncología y cuidados paliativos.

También se debería procurar durante éste primer año de residencia que las materias impartidas en la universidad sean coherentes al trabajo que se está realizando en las sedes. Las materias se encuentran enfocadas a la investigación, sin embargo, en el escenario el requerimiento son habilidades clínicas.

Proporcionar un mayor entrenamiento en el diagnóstico clínico de acuerdo con los criterios del DSM-IV-R. Si bien no es el libro de diagnóstico principal para el psicólogo conductual, en el ámbito médico es necesario conocerlo ya que facilita la comunicación con el personal médico.

De igual manera, hace falta capacitación para realizar de manera efectiva la contención emocional, las intervenciones en crisis y manejo de malas noticias, ya que se quedan únicamente en lo teórico, y fueron de las primeras técnicas que tuve que implementar en el servicio de hematología.

Proponer dar información al personal de salud referente a que hace el psicólogo en medicina conductual. Muchas veces el hacer del psicólogo se ve interferido por los mitos y leyendas que circulan al redor de sus capacidades y funciones. Dentro del hospital, los residentes podrían impartir cursos informativos referentes a nuestras funciones y en qué momentos es adecuado buscar nuestro apoyo.

Se podrían sugerir talleres para médicos residentes, que si bien no se encuentra dentro del reporte de las actividades diarias, durante las clases médicas en las que se nos requirió participar se detectaron necesidades psicológicas de los residentes.

Finalmente, una última desventaja que tiene el servicio se originó a partir de la falta de supervisión in situ cercano a finalizar el año de rotación. Se originó discontinuidad de las clases programadas, se perdió el espacio físico (consultorio) con el que se contaba, existieron faltas de respeto hacia nuestro trabajo por parte de otros médicos y en caso de surgir alguna urgencia o caso especial con algún paciente no se contaba con quien acudir, y no se nos consideró para la entrega de constancia de trabajo del año que cursamos en el hospital.

8. SEGUNDO AÑO DE ROTACIÓN: INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS, Clínica de Asma

CARACTERÍSTICAS Y UBICACIÓN DE LA SEDE

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER) se encuentra ubicado en Calzada de Tlalpan 4502, Colonia Sección XVI en la delegación Tlalpan en la Ciudad de México.

El INER se encuentra agrupado en el Sector Salud, que tiene por objeto principal en el campo de padecimientos del aparato respiratorio, la investigación científica, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad, cuyo ámbito de competencia es todo el territorio nacional.

El instituto cuenta con cursos de especialización, subespecialización y cursos de posgrado para médicos especialistas. Algunas de las especialidades médicas del INER son: Neumología, Neumología Pediátrica, Cirugía cardiotorácica, Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Alergia e Inmunología.

De igual manera es sede para la realización de diversas actividades relacionadas con los programas universitarios de maestrías y doctorados, en las siguientes áreas: Ciencias Médicas y Biomédicas y Quirúrgicas, Epidemiología Clínica, Biología Celular, Química, Fisiología, Farmacología, Inmunología, Microbiología y Virología.

Algunos de los padecimientos como: Asma, EPOC, neumonías, bronquiectasias, estenosis traqueal, umores pulmonares, enfermedades pleurales, tuberculosis pulmonar complicada, enfermedad pulmonar intersticial difusa, malformaciones broncopleurales, neumonía adquirida en la comunidad, vértigo, enfermedades del oído y nariz, rinitis obstructiva crónica.

El instituto cuenta con diferentes clínicas especializadas que brindan atención a los usuarios, las clínicas son:

- Clínica de Enfermedades Intersticiales del pulmón
- Clínica de Tuberculosis y Enfermedades Pleurales

- Clínica de EPOC
- Clínica de Asm
- Clínica de Ayuda para dejar de Fumar
- Clínica del Sueño
- Clínica de IAPA
- Clínica de Traquea
- Clínica del Dolor
- Clínica de Síndrome Metabólico y Enfermedades Respiratorias

UBICACIÓN DEL RESIDENTE EN LA SEDE

El residente en medicina conductual puede ingresar y ejercer en la clínica de asma del instituto. El espacio físico de la Clínica de Asma dentro del INER se encuentra en el edificio de Imagenología y Fisiología, antiguo espacio para consulta externa de todas las especialidades del Instituto.

La coordinadora de Clínica de Asma es la Dra. Rocío Chapela Mendoza. La atención de los pacientes se da por tres médicos adscritos, de los cuáles, el residente en medicina conductual únicamente tiene relación directa con uno. Cada mes se realiza la rotación de los médicos residentes de neumología del primer año de la especialidad por la clínica de asma; el número de residentes asignados al servicio varía.

El residente de Medicina Conductual que colabora en la Clínica de Asma del INER cuenta con un espacio físico propio, ubicado en el consultorio cero de la misma clínica. El consultorio se encuentra equipado con escritorio, sillas y papelería.

Los pacientes hospitalizados con asma se encuentran en el pabellón 5 del INER; los médicos tratantes del pabellón son diferentes a los que se encuentran en consulta externa. El residente en medicina conductual no tiene contacto directo con éstos médicos.

La supervisión in situ es a cargo de la Dra. Margarita Fernández Vega, quien es la jefa de posgrado. Dicha supervisión se lleva a cabo en el edificio de enseñanza del instituto. No se cuenta con horarios fijos para la supervisión. No se cuenta con supervisión académica.

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS

El horario que se sigue es de 8:00 a.m. a 3 p.m. de lunes a viernes. Dentro de este servicio no se cuentan con actividades diarias estructuradas. Las actividades cambian dependiendo las necesidades del servicio y etapa de inserción del residente.

Dentro de las actividades que se realizan se comprende:

- **Atención a pacientes mediante consulta externa:** La actividad principal que se realiza en el servicio es la de brindar apoyo psicológico a los pacientes asmáticos mediante la consulta externa. El residente lleva su propia agenda de citas, y las programa a su beneficio.
- **Desarrollo de protocolo:** El interés principal por parte de las autoridades el instituto es la realización de un protocolo de investigación el cuál debe de ser aprobado previamente por las autoridades correspondientes del INER. El desarrollo y aplicación del protocolo corre por parte del residente, quien organiza la forma de captación de pacientes, el horario dentro de su agenda y tiempo de dedicación a la investigación.
- **Consulta externa con médico tratante:** No se trata de una actividad obligatoria. Pero se cuenta con accesibilidad para entrar a cita con médico adscrito y residentes a la consulta externa para realizar captación de pacientes.
- **Clases médicas:** Durante el primer mes de la rotación se asiste en las clases de asma que son impartidas a las 8 de la mañana a los residentes rotantes por la Dra. Fernández y un médico adscrito de clínica de asma. La invitación de asistir a las clases queda abierta a lo largo del año de rotación.
- **Sesión general:** los miércoles a las 8:30 el residente en medicina conductual asiste a las sesiones generales del instituto.
- **Intervenciones psicológicas en pabellón:** Las intervenciones psicológicas en pabellón son contactadas mediante el servicio de enfermería. Son esporádicas. Para la captación de pacientes de protocolo en pabellón, se debe de consultar el cardex de enfermería para conocer qué pacientes se encuentran ingresados e invitarlos al servicio de psicología.

- **Curso-taller de Asma:** La Asociación de asma que labora dentro del INER, organiza cursos talleres para los pacientes con asma bimestralmente. El servicio de psicología de la clínica es invitado en ocasiones para impartir algunos temas que son sugeridos por la organización.

PRODUCTIVIDAD

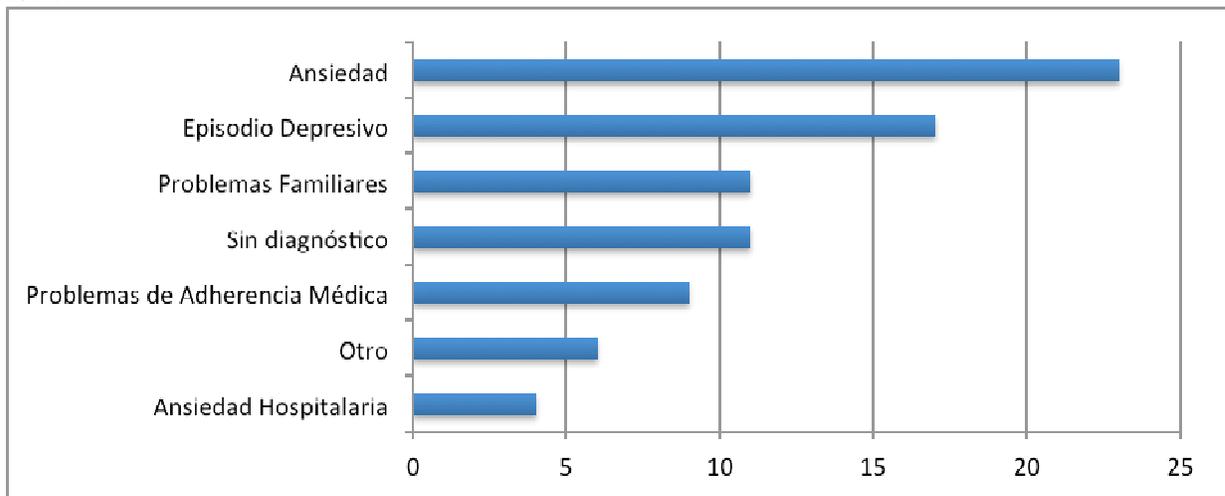
Durante la rotación en el INER comprendía entre marzo 2011 y febrero 2012, se brindaron 85 sesiones de atención psicológica de las cuales 41 sesiones corresponden a pacientes de primera vez y 44 sesiones de seguimiento, únicamente se atendieron dos intervenciones en crisis a lo largo del año. De dichas sesiones 73 los pacientes eran de sexo femenino y 12 de sexo masculino. Las edades de los pacientes se comprendían entre los 10 y 72 años de edad.

En consulta externa se impartieron 66 sesiones y 19 sesiones en pabellón. El diagnóstico principal fue asma, sin embargo se atendió a un participación de 1 paciente con síndrome de sampter y 1 paciente con diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática (referido por supervisor in situ), así como 1 paciente que se encontraba en etapa diagnóstica (referido por la directora de clínica de asma).

De las 85 sesiones 31 correspondieron a sesiones empleadas para realizar el protocolo de investigación, ya sea para invitar pacientes, realizar evaluaciones o llevar a cabo sesiones del procedimiento.

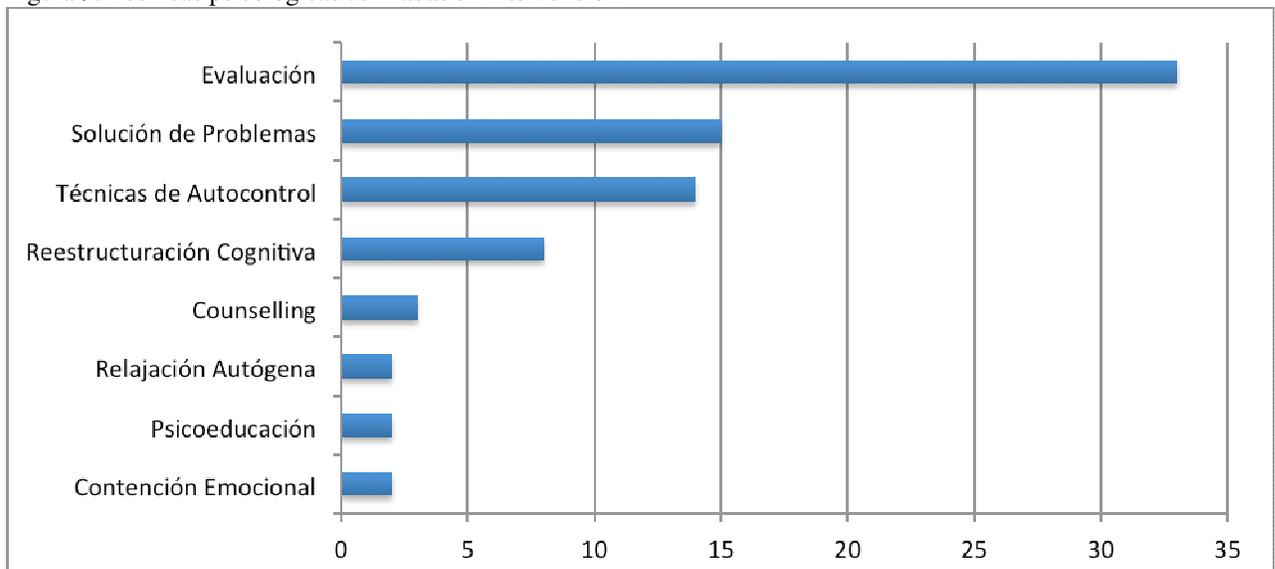
En lo referente al diagnóstico psicológico de acuerdo a los criterios del DSM-IV-R, siendo que el diagnóstico psicológico que se repitió con más frecuencia fue el de episodio depresivo (Figura 8).

Figura 8. Diagnóstico psicológico detectado en pacientes que acudieron a consulta psicológica en clínica de asma



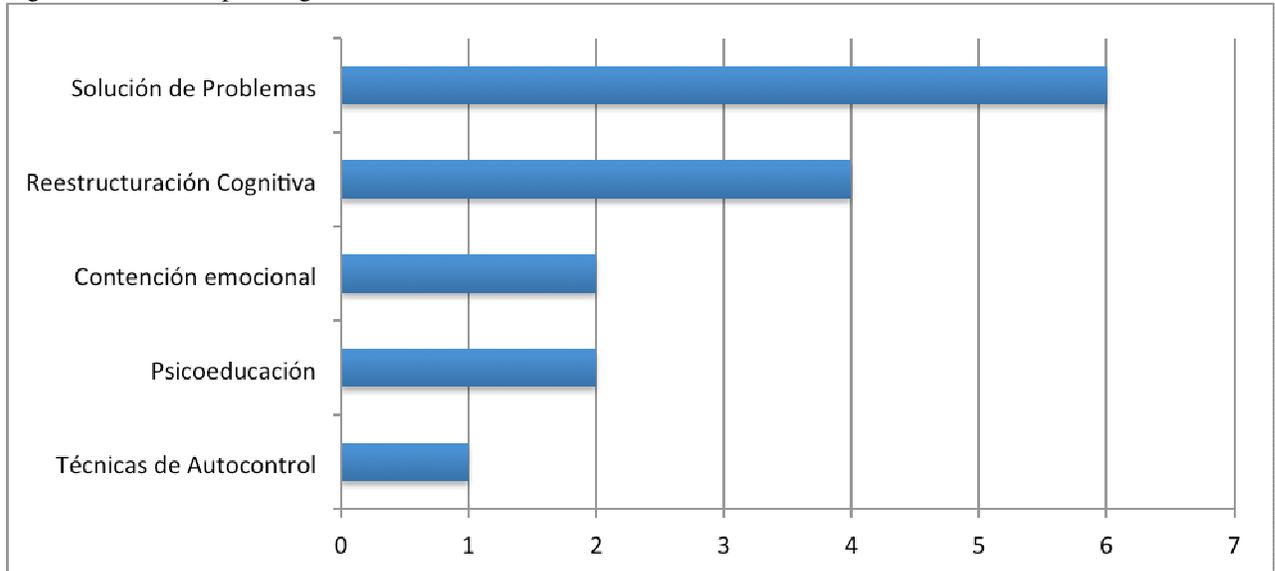
De las técnicas psicológicas empleadas en las intervenciones, encontramos que la principal herramienta empleada fueron las técnicas de evaluación (entrevista, inventarios, registros observacionales, etc.), seguida por solución de problemas y técnicas de autocontrol (Figura 9).

Figura 9. Técnicas psicológicas utilizadas en intervención



En cuanto a las técnicas de intervención empleadas de manera secundaria, la técnica en solución de problemas encabeza la lista, seguida de reestructuración cognitiva (Figura 10).

Figura 10. Técnicas psicológicas utilizadas como herramienta secundaria en intervención



EVALUACIÓN DEL SERVICIO

Al ser un servicio donde ya se cuenta con antecedentes del trabajo psicológico y de la residencia existe apertura para la medicina conductual. La principal ventaja del servicio es poder realizar investigación aplicada. Por parte de las autoridades del instituto, se cuenta con apertura total para propuestas de protocolos de investigación, el proceso de aceptación del protocolo es sencillo y breve.

Por parte de la supervisión in situ se cuenta con apoyo para abordar diferentes temas, no se cuestiona el hacer psicológico y se tienen los mismos derechos y obligaciones que cualquier residente rotatorio dentro del instituto.

Médicos residentes ya conocen el trabajo de psicología, por lo que es común que refieran pacientes al servicio.

Dentro de las desventajas se encuentra la dificultad para la captación de pacientes para la investigación que cumplan con todos los criterios que se establecen. Esto debido a varios motivos, dentro de mi año de rotación el médico que principalmente refería pacientes a psicología cursó con incapacidad médica durante los primeros meses de mi rotación. Los pacientes en hospitalización, generalmente son foráneos por lo que se complica su asistencia periódica a las consultas. Este punto de vista lo menciono probablemente debido

a mi experiencia previa en el servicio de Hospital Juárez, donde la afluencia de pacientes y su disponibilidad era más accesible, aunque claro los padecimientos son diferentes. También tiene que ver los criterios de inclusión y exclusión del protocolo, punto que se tocará más adelante.

No se cuenta con supervisor académico, por lo que no se cuenta con ningún tipo de supervisión por parte de un psicólogo, lo que considero es necesario en mayor o menor medida. Sobre todo para poder hacer el enlace entre el instituto y la UNAM, ya que por papel parece estar el convenio pero hay lagunas y desconocimiento entre lo que el residente puede o no puede hacer. Además de tener supervisión en los casos clínicos, ya que es la parte más importante de las actividades del residente en ésta sede y aunque se tenga ya un año de experiencia, siempre es importante la guía de un supervisor. Así como también contar con una evaluación por parte del psicólogo para conocer si se están adquiriendo las habilidades y competencias necesarias o si es necesario desarrollar otras habilidades.

Considero que si dentro de las necesidades del instituto se encuentra que el residente actúe a profundidad dentro de los pabellones médicos, es necesario que se tome en cuenta al residente para los pases de visita. El conocimiento del estado médico y socio-económico del paciente facilita la intervención psicológica, y este conocimiento únicamente se puede obtener cuando se interactúa de forma interdisciplinaria. Resulta insuficiente el reporte que entrega en ocasiones enfermería para pedir asistencia psicológica, ya que puede llegar con distorsiones de información lo que entorpece el quehacer psicológico. Y en hospitalización existe mucho campo de acción.

COMPETENCIAS Y HABILIDADES ADQUIRIDAS EN EL SERVICIO

Debido a las características del servicio médico, considero que las competencias y habilidades adquiridas durante el segundo año de residencia son diametralmente diferentes y complementarias, a las adquiridas en mi primera sede de rotación. En la primera sede principalmente se desarrollan competencias para actuar de manera concreta en situaciones en su mayoría de emergencia, en el segundo año puede desarrollar habilidades enfocadas al seguimiento de los casos.

Una de las principales diferencias es que al exigirse un protocolo de investigación se fomentan las competencias y habilidades en ésta área. Para el desarrollo del protocolo de investigación, puse en práctica todas las herramientas que conllevan un protocolo, comenzando desde la observación, definición de un problema, especificación de los objetivos de la investigación basados en el análisis de las necesidades de la población, el desarrollo del escrito del protocolo, la forma en que será llevada a cabo la evaluación, la implementación de la intervención, evaluaciones, el uso de las pruebas estadísticas adecuadas y finalmente la elaboración del informe de investigación.

Otra serie de competencias que ejercité durante el segundo año, se orientaron a la práctica clínica, el protocolo de investigación también implicaba que se podía tener contacto más prolongado con los usuarios, además la principal demanda del servicio de psicología por parte de los usuarios de la clínica de asma eran necesidades clínicas.

En la práctica clínica se ejercitan las mismas habilidades que se aplican cuando uno quiere realizar investigación, observación, evaluación, planteamiento del problema etc., pero al brindar un servicio clínico, me volví más consciente de la responsabilidad y participación que tiene el psicólogo para inducir cambios favorables en la salud del usuario. Se logra ser capaz de ejercitar la entrevista clínica, ejercitar el diagnóstico clínico y a partir de ello plantear un plan de acción.

Otra parte importante es el poder ejecutar un tratamiento y realizar la toma de decisiones pertinentes. Incluso el poder determinar cuando es necesario canalizar a un usuario a otro profesional de la salud u otro organismo donde se pueda orientar de manera diferente su problemática. Así también, una habilidad importante es que aprendí a comunicar los planes de acción y características del tratamiento cognitivo-conductual de manera en que la comprendiera el paciente y no llena de tecnicismos.

Me gustaría resaltar el papel de la observación clínica que se va desarrollando, no es la misma manera de ver y analizar las problemáticas del primer usuario que uno recibe a comparación del último usuario. El cambio considero que es parte de saber observar las necesidades y patrones de comportamiento de los usuarios y no sólo su discurso, apoyado

de la toma de decisiones, uno logra poder diseñar planes de tratamiento más eficaces y más concretos a la problemática.

En general se desarrollan habilidades que permiten formarse una visión más completa de los usuarios en sus aspectos biológicos, motivacionales, emocionales y cognitivos, que están influyendo en su proceso salud-enfermedad. Incluso muchos de los cambios que se dan en los pacientes se observan de manera clínica y cualitativa más que en cambio cuantitativo, aunque este último punto será abordado más adelante.

CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Se trata de un servicio donde se puede desarrollar la investigación, la práctica psicológica y las relaciones profesionales, lo que lleva a un desarrollo continuo de la profesión de psicólogo en medicina conductual.

La principal ventaja es la libertad para el desarrollo de investigación exploratoria y aplicada, las facilidades brindadas por la unidad de enseñanza del instituto, y si el residente tiene interés en desarrollar investigación el servicio es el adecuado.

Respecto a las sugerencias que se pueden brindar una de las principales que puedo indicar, se refiere a los tiempos en que se integra y desarrolla el residente en la institución. Sobre todo en lo que se refiere a la ejecución del protocolo de investigación. Si bien es cierto que el proceso de revisión del protocolo no es excesivo ni se ponen obstáculos de importancia para el desarrollo de protocolo, el tiempo resulta un inconveniente. Una vez autorizado el protocolo se tienen pocos meses para reclutar los pacientes y realizar la intervención. Lo que muchas veces origina tener pocos pacientes reclutados.

Mi sugerencia al respecto sería que se le prevenga al residente para que antes de su inserción total al servicio, elabore una propuesta de protocolo lista para ser sometida a la evaluación por el comité de bioética. Aunque esto también tenga sus desventajas, como no conocer en su totalidad las características del servicio, pero con una buena guía por parte del residente anterior, es factible de llevarse a cabo.

Otra recomendación a destacar, es el hecho que es necesario el fomento a la investigación exploratoria dentro del servicio. Desde la inserción del residente en medicina conductual en

el servicio se han únicamente llevado a cabo protocolos de investigación aplicados, sin embargo, creo necesario recalcar que se necesita de investigación descriptiva y correlacional.

Lo anterior responde a que en general la literatura a la que se tiene acceso es de origen extranjero o de otros servicios de salud que no corresponden a la del instituto. Al tener datos de otro tipo de población, lleva a plantear objetivos de acción e intervención psicológica que no necesariamente son los de la población del INER. No existe mucha literatura que describa los aspectos psicológicos de la población asmática que asiste al INER.

Por ejemplo, se tiene por sentado que población asmática sufre de altos niveles de depresión y ansiedad, sin embargo, después de lo observado en el servicio y mediante uno de los protocolos de investigación que se desarrollaron en el periodo que estuve en la institución, puedo concluir que dichas afirmaciones no son tan sencillas de aplicar a la población.

Una última sugerencia es la existencia de supervisor académico en el instituto, si bien es cierto que no se necesita en igual manera que en el primer año de rotación ya que se es más autónomo, creo que es de vital importancia y la ausencia de supervisión únicamente representa una desventaja. Aunque durante mi rotación conté con supervisión por parte del coordinador de la maestría, creo que la supervisión académica lograría fomentar el conocimiento de las actividades, los alcances y limitaciones del residente dentro de la sede, lo que podría fomentar que junto con la supervisión in situ se puedan organizar actividades más estructuradas dentro del servicio.

En general es un servicio que cumple con las expectativas en lo referente a investigación, desarrollo de habilidades y competencias profesionales del psicólogo en medicina conductual.

REFERENCIAS

- Aldana, V.L. (2003). Enfoque psicológico y fisiológico del dolor agudo. *Revista Cubana Médica Militar*, 32, 197-203
- Asociación Internacional del Estudio del Dolor (2010). *Definiciones de dolor*. Recuperado el 12 de marzo del 2010, de <http://www.iasp-pain.org>
- Báez Saldaña, R., Chapela Mendoza, R., Herrera Keingelher, L., Ortiz Siordia, R., Salas Hernández, J. (2007). Desarrollo de un cuestionario para medir los conocimientos del paciente asmático en relación con su enfermedad. *Arch Bronconeumol*, 43 248-55.
- Borrelli, B., Riekert, K., Weinstein, A. & Rathier, L. (2007). Brief Motivational interviewing as a clinical strategy to promote asthma medication adherence. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 1023-1030
- Butlear, L.D., Symons, B.K., Henderson, S.L., Shortliffe, L.D., & Spiegel, D. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics*, 115, 77-85
- Caballero, S., Fernández, V., Salas, H., Chapela, R. & Sánchez, S. (2009). Efectos de una intervención psicológica cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y la ansiedad en pacientes asmáticos. *Revista Española de Asma*, 1, 6-15
- Cano-Vindel, A., Tobal, J., González, H. & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de psicología*, 10, 145-156.
- Carlson, K.L., Broome, M., & Vessey, J.A. (2000). Using distraction to reduce reported pain, fear and behavioral distress in children and adolescents: a multisite study. *JSPN*, 5, 75-85
- Caro, I. (2007). Manual teórico-práctico de Psicoterapias Cognitivas. Desclée De Brouwer: España.

- Chuang, C., Chung, W., Shu, C. & Chen, M. (2007). Pain assessment in musculoskeletal pain patients by heart rate variability. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 15, 67-74.
- Clark, N. & Partridge, M. (2011). Strengthening Asthma Education to Enhance Disease Control. *Chest*, 121, 1661-1669
- De Oliveira, M., Bruno, V., Ballini, L., Britojardim, J., & Godoy, A. (1997). Evaluation of an educational program for asthma control in adults. *Journal of Asthma*, 34, 395-403
- Deshmunkh, V., Toelle, B., Usherwood, T., Grady, B. & Jenkins, C. (2007). Anxiety, panic and adult asthma: A cognitive-behavioral perspective. *Respiratory Medicine*, 101, 194-202
- Detrick, G., & Polomano, R. (2006). Procedural pain in oncology patients: what evidence reveals. *Oncology Nursing Forum*, 11, 397-399
- Dirección General de Epidemiología (2011) *Anuarios Ejecutivo 2009: Asma y estado asmático*, Disponible en www.dgepsi.salud.gob.mx/anuarioejecutivo2009.html
- Gallo, J.A., Farbiarz, J., & Alvarez, D.L. (1999). Análisis espectral de la variabilidad de la frecuencia cardiaca. *IATREIA*. 12, 61-70
- García, P.M. (2000). Lo que debe saber sobre su salud. Puerto Rico: Universidad de Puerto Rico.
- Global Initiative for Asthma*, GINA (2010). Global Strategy for Asthma Management and Prevention.
- Hassett, A.L., Radvanski, D.C., Vaschillo, E.G., Vaschillo, B., Sigal, L.H., Karavidas, M.K.(2007). A pilot study of the efficacy of heart rate variability biofeedback in patients with fibromyalgia. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 32, 1–10

- Hockemeyer, J. & Smyth, J. (2002). Evaluating the feasibility and efficacy of a self-administered manual-based stress management intervention for individuals with asthma: Results of a controlled Study. *Behavioral Medicine*, 27, 161-172
- Horne, R. & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventive medication. *Psychology and Health*, 17, 17-32
- Instituto Mexicano del Seguro Social (2009). *Guía de Práctica, Diagnóstico y Tratamiento del Asma en Mayores de 18 años*, México.
- Johnsen, A.T., Tholstrup, D., Petersen, M.A., Pedersen, L. & Groenvold, M. (2009). Health related quality of life in a nationally representative sample of haematological patients. *European Journal of Haematology*, 83, 139-48
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21, 26-31
- Kazdin, A.E. (2003). *Methodological issues & strategies in clinical research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Kostes, H., Bernstein, L., Bernstein, R., Reynolds, R., Korbee, L., Wigal, J., Ganson, E., Stout, C. & Creer, T. (1995). A self-management program for adult asthma. Part 1: Development and evaluation. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 529-540
- Lang, E.V., Benotsch, E.G., Flick, L.J., Lutgendorf, S., Berbaum, M.L., & Berbaum, K.S. (2000). Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomized trial. *The Lancet*, 355, 1486-90
- Lehrer, P., & Vaschillo, E. (2008). The future of heart rate variability biofeedback. *Biofeedback*, 36, 11-14

- Lehrer, P., Katsamanis, M., Lu, E., Feldman, J., Kranitz, L., Abraham, S., Sanderson, W. & Reynolds, R. (2008). Psychological treatment of comorbid asthma and panic disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 671-683
- Lurie, A., Marsala, C., Hartley, C., Bouchon-Meunier, B. & Dusser, D. (2007) Patients' perception of asthma severity. *Respiratory Medicine*, 101, 2145-2152
- Mancuso, C., Peterson, M., Gaeta, T., Fernández, J., Birkhahn, R., Melniker, L. & Allegrante, J. (2010). A randomized controlled trial of self-management education for asthma patients in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 20, 1-10
- Marabini, A., Brugnami, G., Curradi, F. & Siracusa, A. (2005). Does an asthma education program improve quality of life? A two-year randomized trial. *Journal of Asthma*, 42, 577-581
- Marabini, A., Brugnami, G., Curradi, F., Casciola, G., Stopponi, R., Pettinari, L. & Siracusa, A. (2002). Short-term effectiveness of an asthma educational program: results of a randomized controlled trial. *Respiratory Medicine*, 96, 993-998
- Martínez-Mondragón, E, Perpiña, M., Beloch, A., deDiego, A. y Martínez-Francés, M. (2002). Percepción de mejoría en los pacientes con asma. *Archivos de Bronconeumología*, 38, 468-472
- Meenaghan, T. & Dowling, M. (2009) Receiving treatment for acute leukaemia: elderly patients lived experience. *British Journal of Nursing*, 18(22), 1398-1401
- Miró, J., Nieto, R., & Huguet, A. (2007). *Realidad virtual y manejo del dolor*. En: Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, 82, 52-64
- Nassau, J. (2007). Relaxation training and biofeedback in the treatment of childhood anxiety. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 23, 4-7

- O'Connor, M., Guilfoyle, A., Breen, L., Muchardt, F. & Fisher C. (2007). Relationship between quality of live, spiritual well-being, and psychological adjustment styles for people living with leukemia: An exploratory study. *Mental Health, Religion and Culture*, 10, 631-647
- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, Z. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de psicología*. 13, 13-28
- Perneger, T., Sudre, P, Muntner, P., Uldry, C., Courteheuse, C., Naef, A., Jaquemet, S., Nicod, L., Rochat, T. & Assal, J. (2002). Effect of Patient Education on Self-Management Skills and Health Status in Patients with Asthma: A Randomized Trail. *The American Journal of Medicine*, 113, 7-14
- Pink, J., Pink, K. & Elwyn, G. (2009). Measuring Patient knowledge of asthma: a systematic review outcome measures. *Journal of Asthma*, 46, 980-987
- Praena, C. (coordinador) (2009). *Mi asma y yo: Guía informativa*. España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Regalado, P. & Vargas, M. (2005) Epidemiología del asma. En: J. Salas, R. Chapela, y M. Vargas (2005) *Asma: Enfoque Integral para Latinoamérica*. McGraw-Hill: México.
- Reynoso, E.L., & Seliegson, I (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Robles, R., Verela, R., Jurado, S. & Páez, F. (2001). Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34, 313-331
- Rondón, B. A., Otálora, I.L. & Salamanca, C. Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Pshychologiactal Research*, 2, 137-147

- San Miguel, J.F. y Sánchez-Guijo, F.M. (2002). *Cuestiones en hematología* (2da ed.). España: ELSERVIER.
- Schmaling, K., Blume, A. & Afari, N. (2001). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing to change attitudes about adherence to medications for asthma. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 167- 172
- Seers & Carroll. (1998). Relaxation techniques for acute pain management: a systematic review. *Journal of Advance Nursing*, 27, 466-475
- Servicio Vasco de Salud (2008). *Guía Práctica Clínica sobre Asma*, España.
- Smith, L., Bosnic-Anticevich, S., Mitchhell, B., Saini, B., Krass, I. & Armour, C. (2007). Treating asthma with self-management model of illness behavior in an Australian community pharmacy setting. *Social Science & Medicine*, 24, 1501-1511
- Smyth, J., Stone, A., Hurewitz, A. & Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *JAMA*, 281, 1304-1309
- Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. Consenso Mexicano de Asma (2005). *Neumología y cirugía de tórax*. 64, S1-S44
- Strine, T., Monkdad, A., Balluz, L., Berry, J. & Gonzalez, O. (2008). Impact of depression and anxiety on quality of life, health behaviors and asthma control among adults in the united states with asthma, 2006. *Journal of Asthma*, 45, 123-133
- Suárez, L., Huerta, J. & Del olmo, H. (2010). Aspectos psicológicos del asma. *Alergia, asma e inmunología pediátricas*, 19, 18-22.
- Sundberg, R., Tunsater, A., Palmqvist, M., Ellbajar, S., Lowhagen, O. & Torén, K. (2005). A randomized controlled study of a computerized limited education program among young adults with asthma. *Respiratory Medicine*, 99, 321-328

- The Leukemia and Lymphoma Society (2008). La leucemia. Nueva York: With Plains.
- The Patient Education (2008). Leucemia, Sumario. Recuperado el 16 de abril de 2010, de www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/tutorials/leukemiaspanish/oc1691s3.pdf
- Thomson, S.A. (1983). Los usos de la biorretroalimentación en psicoterapia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12, 47-61
- Tschopp, J.M., Frey, G., Janssens, P., Burrus, C., Garrone, S., Pernet, R., Imhof, K., Besse, F., Marty, S., Rosset, C. & Assal, J. (2005). Asthma outpatient education by multiple strategy. Outcome of a programme using a personal notebook. *Respiratory Medicine*, 99 355-362
- Van Es, S., Le Coq, E., Boruwer, A., Mesters, I., Nagelkerke, A. & Colland, V. (1998). Adherence-related behavior in adolescents with asthma: Results from a focus group interviews. *Journal of Asthma*, 35, 637-646
- Vaschillo, E., Lehrer, P., Rische, N., & Konstantinov, M. (2002). Heart rate variability biofeedback as a method for assessing baroreflex function: a preliminary study of resonance in the cardiovascular system. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 27, 1-27
- Velázquez, N.M., Vázquez, T.G., & Alvarado, A.S. (2009). Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos. *Cancerología*, 4, 19-29
- Wint, S.S., Eshelman, D., Steele, J., & Guzzetta, C. (2002). Effects of distraction using virtual reality glasses during lumbar punctures in adolescents with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29, E8-E15

ANEXO 1. CASOS CLINICO PRESENTADO EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO, SERVICIO DE HEMATOLOGÍA

Identificación del paciente

Nombre:L.G.N.

Edad: 20 años

Sexo: Femenino

Origen: Distrito Federal

Residencia: Distrito Federal

Escolaridad: Secundaria terminada

Estado Civil: Unión Libre

Diagnóstico Hematológico: Leucemia Mieloide Aguda (LMA-M2)

Otro diagnóstico médico: Epilepsia

Motivo de Consulta

La paciente es referida por el jefe adscrito del servicio de hematología para recibir apoyo psicológico, debido a que cuando se le dio el diagnóstico de leucemia la paciente y su mamá reaccionaron llorando y la paciente estaba muy agitada.

Antecedentes Heredofamiliares

Carga genética para diabetes mellitus por rama materna, abuela materna finada con diabetes tipo 2, tía materna con diabetes tipo 2, abuela paterna finada por cáncer de páncreas, padre vivo aparentemente sano.

Antecedentes personales No-Patológicos

Habita casa prestada, materiales semi-perdurables, tabique y techo de lámina de asbesto, servicios básicos de urbanización, agua potable, hacinamiento positivo con dos recamaras donde habitan 7 personas, zoonosis negativa, alcoholismo, resto toxicomanías negadas. Combe negativo. Alimentación regular en cantidad y calidad.

Antecedentes Patológicos

Alérgica carbamazepina, difenilhidantoina y ácido valporico, transfusionales positivos, último en el mes de marzo de 2010, quirúrgicos negados, traumatismo por caída de caballo a los 6 años. Refiere diagnóstico de epilepsia a los 12 años, en tratamiento actual con lamotringina 100 mg cada 12 horas, con el diagnóstico de ovario poliquístico contra cistoadenoma hace 3 meses.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTRÉTICOS

Menarca: 13 años, ciclos 28x5, IVSA: 18 años, NPS: 1, G: 0, A: O, P:0, C: 0. FUM: 17031G. Papanicolau en una ocasión. MPF: DIU x 1 año y medio retirado en septiembre.

Dinámica Familiar

La paciente reporta tener una buena dinámica familiar. Vive con sus papás, hermanos y su pareja (desde hace 2 años), quienes son su principal apoyo social. Además de tías y primos. Durante el periodo de hospitalización se acordó que su mamá y otro familiar (“médico”) recibirían los informes en las mañanas. Su papá y su pareja la visitarían durante las tardes. Durante algunas mañanas su prima se queda a acompañarla cuando su mamá necesita realizar algún otro trámite. La paciente percibe a su papá como “el fuerte de la familia” (sic pac) y sólo lo ha escuchado llorar cuando le dieron el diagnóstico de leucemia.

HISTORIA DEL PROBLEMA

La paciente ingresa al servicio de ginecología debido a que presentó sangrado vaginal y dolor abdominal; el cual ella supuso se debía a que se había retirado el dispositivo intrauterino en septiembre pasado ya que deseaba embarazarse. En el servicio le dijeron los médicos que muy seguramente se debía a que tenía quistes en los ovarios, siendo su estancia de una semana en ese servicio.

En ginecología se le realiza una biometría hemática que reporta bicitopenia y presencia de blástos por lo que se pide interconsulta hematología y finalmente es admitida con un diagnóstico de probable leucemia aguda.

El médico adscrito pide apoyo psicológico para la paciente y mamá ya que cuando se les dio el diagnóstico ambas lloraron, e incluso la mamá gritó. Este hecho es reconocido por la paciente y su mamá, pero lo justifican diciendo que fue la impresión del diagnóstico.

Durante el primer pase de visita se observa que la mamá de la paciente no quiere dejar a la paciente sola, demanda saber el diagnóstico preciso y se le debe de repetir en reiteradas ocasiones que debe salir de la sala. Se le debe de recordar en varias ocasiones que debe de llevar las muestras del aspirado de médula al Instituto Nacional de Cancerología (INCAN). Durante todo el incidente la paciente no dice nada, y es la primera vez que escucha que el médico tratante menciona la palabra cáncer. Ella no llora y refiere no tener dudas en ese momento.

En entrevista posterior, la paciente reporta que al momento que recibió la noticia de que tenía cáncer se sintió triste y desmotivada ya que estaba próxima a completar el tratamiento de la epilepsia y estaba intentando embarazarse. Reporta que ella sólo había venido al hospital “por un dolor de panza y ahora salen con que tengo cáncer” (sic paciente).

En el primer día en el servicio la paciente reporta sentirse triste y ansiosa debido a que reconoce que la leucemia es un tipo de cáncer y asocia esta la palabra a muerte, desconoce qué es el cáncer y el tratamiento. Expresa la necesidad de conocer si existe cura y se encuentra preocupada por su familia ya que no le gusta verlos angustiados por culpa suya. Durante la primera entrevista llora y expresa estar preocupada ya que una enfermera le dijo que no llorara porque “por las lagrimas se le iban las plaquetas”(sic paciente) y quiere dejar de hacerlo para no ponerse en riesgo. Durante esta primera entrevista sólo se brinda contención emocional y se invita a la paciente a estar pendiente de los pases de visita, para posteriormente iniciar con psicoeducación del padecimiento.

En el segundo día en el servicio escucha que el médico menciona que la leucemia tiene cura y por su edad tiene mejor pronóstico, situación que la anima y reporta estar más contenta, aunque comienza a preocuparle que no duerme suficiente en las noches por lo que comienza a sentir el aura que le avisa de los ataques epilépticos.

Dentro de los posibles efectos secundarios de la quimioterapia tiene temor al perder el cabello ya que “como mujer uno es vanidosa, se lo peina, se hace chinos y le gusta ser coqueta” (sic paciente) a lo que su familiar interrumpe diciendo “que el cabello es lo de menos y no se debe de preocupar por esas cosas”, a lo que la paciente no da réplica.

Además de preocuparse por quedar infértil, situación ante la cual su mamá comenta que “no importa, puede adoptar y hay otras opciones” (sic paciente).

Durante el primer periodo de hospitalización (de una duración de 5 semanas) reportó en varias ocasiones sentirse triste, con labilidad emocional y llanto fácil debido a diferentes situaciones siendo las principales: cuando el conteo de plaquetas y hemoglobina estaban bajos (periodo de mielosupresión) ya que decía “mi cuerpo no responde al tratamiento” (sic paciente), se le dificulta comer la comida del hospital ya que no le gusta y por los efectos secundarios de la quimioterapia, ante dicha situación su mamá le dice “que debe de echarle ganas porque toda su familia allá afuera está poniendo de su parte y ella debe de hacer lo mismo comiendo” por lo que ella se siente culpable de no estar echándole ganas” (sic paciente).

Otra situación que reportó es el temor y dolor que experimenta ante los procedimientos invasivos. En el internamiento se le tuvo que realizar el aspirado de médula ósea (AMO) en 4 ocasiones. En el último procedimiento no se logró recabar muestra y presentó llanto por lo que se suspendió el procedimiento. Manifiesta “no querer que se realice nunca otro aspirado de médula” (sic paciente).

En su internamiento presentó tres episodios convulsivos debido a que presentó una infección, sangrado y falta de sueño. Tuvopresencia de aura en varias (no contabilizada) a lo que ella asocia fue porque estaba nerviosa o no podía dormir bien. Manifiesta que “muy seguramente mi mamá no me dejará sola porque tuve ataques epilépticos” (sic paciente) ante lo cual el médico adscrito menciona se debe de trabajar porque no se le podrá dar siempre pase de veinticuatro horas al familiar.

APARIENCIA Y ACTITUD GENERAL

Paciente mesomórfica con edad aparente igual a la cronológica, presenta adecuadas condiciones de higiene y aliño al contexto hospitalario. Estado de alerta en el nivel de conciencia. Ante la entrevista se muestra cooperadora e interesada, mantiene contacto visual adecuado.

EXAMEN MENTAL

Orientada en las tres esferas TEP, con procesos de atención y concentración adecuadas, sin alteraciones en memorias, pensamiento abstracto, leguaje coherente y fluido, congruente a la emoción, empleando adecuado volumen de voz. Afecto hipotímico, con emoción predominante de tristeza ante temas de la enfermedad, presenta labilidad emocional y llanto fácil durante la entrevista. Presenta movimientos estereotipados de manos y piernas ante el tema de la enfermedad y el pronóstico de recuperación. La paciente cuenta con noción de enfermedad aunque es necesario reforzar conceptos. Impresiona inteligencia promedio, cuenta con recursos cognitivos adecuados. Estrategias de afrontamiento centrados en la emoción caracterizadas por la búsqueda de autocontrol. Locus de control externo. Percibe adecuado apoyo emocional y económico a cargo de su familia.

CUADRO SECUENCIAL INTEGRATIVO

Respuesta: Tristeza y ansiedad ante procedimientos invasivos

A	B	C
<p>Pase de visita, cuando le informan que sus plaquetas o hemoglobina no han aumentado</p> <p>Febril</p> <p>Procedimientos médicos (venipuntura, AMO, limpieza de catéter)</p> <p>Su familia (mamá) le pide que no esté triste porque todos le están “echando ganas allá afuera” o le insiste que coma</p> <p>Sus familiares intervienen diciéndole que no se tiene que preocupar por cosas insignificantes</p> <p>Cuando tiene ataques epilépticos</p>	<p>“Mi cuerpo no responde al tratamiento”</p> <p>“No le estoy echando ganas al tratamiento y me siento mal porque toda mi familia se preocupa por mi”</p> <p>“Si yo me pongo mal mi familia se va a poner triste”</p> <p>“Estoy aprendiendo diferentes historias de vida”</p> <p>“Me va a doler”</p>	<p>Tristeza</p> <p>Llanto</p> <p>Le contesta a su mamá</p> <p>Culpa</p> <p>Deja de comer</p> <p>Ataques epilépticos</p>

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

Disminuir la frecuencia de los episodios de tristeza y ansiedad que presenta la paciente durante su estancia hospitalaria y ante procedimientos médicos.

TÉCNICAS PSICOLÓGICAS A EMPLEAR

- **Psicoeducación:** con el objetivo de brindar un mejor conocimiento de la enfermedad y qué procesos psicológicos interfieren. Para contrarrestar distorsiones cognitivas referentes a la enfermedad como “si lloro se me van las plaquetas”
- **Entrenamiento en relajación autógena:** con el objetivo de disminuir estados de ansiedad y presencia de aura en casos de tensión emocional, procedimientos médicos invasivos, así como favorecer el estado de sueño.
- **Detención del pensamiento y reestructuración cognitiva:** con el objetivo de brindar una revaloración positiva a los hechos o situaciones que causan ansiedad o tristeza y puedan ser remplazados por pensamientos más adaptativos. Se dejó un registro de pensamientos para tal motivo.

NOTAS Y OBSERVACIONES: Se logró un seguimiento de la paciente en hospitalización a lo largo de siete ciclos de quimioterapia (diez meses aproximadamente). Los objetivos planteados inicialmente, como la reducción de episodios de tristeza y la ansiedad ante los procedimientos invasivos, se cumplieron. Clínicamente la paciente reportó una mejor adaptación a contexto hospitalario y enfermedad. Se observó una reducción de los episodios de llanto, reportes verbales de tristeza, discusiones con familiares, mejor conocimiento respecto a la enfermedad y continuó trabajando la expresión emocional por medio de un diario. Se asistió en un AMO utilizando la técnica de distracción, lo cual ayudó a reducir los niveles de ansiedad reportados por la paciente, no presentó llanto y no existió la necesidad de interrumpir el procedimiento debido a alguna alteración emocional. Otra técnica que se empleó con la paciente fue la activación conductual y la solución de problemas, enfocado a las actividades que podía realizar en casa, debido a que los objetivos terapéuticos se enfocaron en la calidad de vida de la paciente, sobre todo en el área familiar y social que reportaban ser las más afectadas. Además se trabajó con cuidadora primaria (madre) para fomentar la independencia de la paciente en el contexto hospitalario y en el hogar, logrando como resultado que la paciente permaneciera sola en el hospital cuando no era requerido el apoyo familiar, y logrando que se le dieran responsabilidades domésticas.

ANEXO 2. PROPUESTA DEL PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN EN EL SERVICIO DE HEMATOLOGÍA DEL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

En el caso de la leucemia aguda debe iniciarse el tratamiento inmediatamente, ya sea linfoblástica o mieloblástica; siendo el objetivo del tratamiento detener la enfermedad. Aunque cada vez se individualiza más el tratamiento, todos los pacientes reciben quimioterapia para inducir a la remisión (San Miguel, 2002).

Para el tratamiento específico de la leucemia linfoblástica aguda los medicamentos quimioterapéuticos que combaten contra las células de la leucemia entran al torrente sanguíneo, sin embargo no todos los medicamentos llegan al sistema nervioso central ya que no traspasan la barrera hematocefálica. Para administrar la hidrocortisona se utiliza la quimioterapia intratecal, así que los medicamentos se administran mediante una punción lumbar (The Patient Education Institute, 2008; San Miguel, 2002).

Durante el procedimiento de la punción lumbar se obtienen muestras del líquido cefalorraquídeo con el fin de determinar si la enfermedad ha invadido el sistema nervioso central, por lo tanto dicho procedimiento se vuelve común en la vida del paciente con leucemia a lo largo del tratamiento.

Los pacientes oncológicos consideran que los tratamientos como las punciones lumbares y los aspirados de médula ósea son procedimientos que llegan a ser experiencias más difíciles y estresantes que los síntomas de la enfermedad, debido a su naturaleza invasiva y dolorosa. Las variables que se reportan con mayor frecuencia durante estos procedimientos son la ansiedad anticipatoria y el dolor experimentado en el procedimiento (O'Connor et al., 2007; Detrick y Polomano, 2006).

Debido a que son las variables más reportadas por los pacientes oncológicos, es necesario definir las. En el presente estudio el dolor se define de acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (2010) como una experiencia desagradable sensorial y emocional asociada o no a daño real o potencial de los tejidos.

Mientras que la ansiedad puede definirse como la manifestación en los tres niveles de la respuesta de la conducta (cognitivo, motor y fisiológico) en la que la persona se muestra y

se refiere como inquieto, nervioso, tenso, atemorizado o excesivamente preocupado (Cano-Vindel, Tobal, Gonzalez e Iruarrizaga, 1994).

La relación entre el dolor y ansiedad se puede explicar debido a que entre los factores que afectan la percepción del dolor, se encuentra la ansiedad anticipatoria. Aldana (2003) afirma que existe una relación entre la valoración del dolor percibido y los estados emocionales de temor y ansiedad. Aquellos pacientes que reportan sobrevaloración del temor y ansiedad tienden a sentir más dolor, debido a que la ansiedad los lleva a sobrestimar los aspectos negativos de las situaciones.

Debido a que con frecuencia el paciente oncológico se enfrenta ante procedimientos médicos invasivos que causan dolor tiene que poner en marcha diversas estrategias de afrontamiento con las cuales hacer frente a la situación, originando en algunos casos el aumento de la ansiedad antes, durante y después de dichos procedimientos; con lo cual se instituye un ciclo de ansiedad-dolor (Velázquez, Vázquez y Alvarado, 2009).

Ante el dolor que causan los procedimientos invasivos existe el manejo y empleo farmacológico, pero The American Pain Society (2004) recomienda que además de administrar fármacos se debe apoyar el uso de métodos no farmacológicos, ya que puede brindar al paciente una sensación de control sobre la situación lo que puede beneficiar en medida considerable los niveles de ansiedad y dolor. Ya que el punto central del manejo del dolor no se limita únicamente a controlar el daño que sufre el tejido sino a los factores emocionales y cognitivos que modulan la percepción del dolor.

Dentro del marco cognitivo-conductual existen diversas técnicas para el control y manejo del dolor y la ansiedad durante los procedimientos médicos invasivos como lo son la psicoeducación, relajación, respiración diafragmática, hipnosis, distracción, reestructuración cognitiva, autocontrol, etc. Aunque la mayoría de la literatura se encuentra dirigida al manejo de dolor y ansiedad en pacientes pediátricos y pocas a los pacientes adultos (Deitrick y Polomano, 2002).

Una de las técnicas que destaca por su utilidad es la distracción, ya que como afirma Miró (2007) se puede modular la intensidad del dolor y su malestar modificando el foco de atención del paciente. Ésta técnica ha sido utilizada con frecuencia en pacientes pediátricos

debido a su costo económico. Por ejemplo, Wint et al. (2002) realizaron una intervención con el objetivo de disminuir los niveles de dolor de pacientes pediátricos oncológicos durante un procedimiento de punción lumbar. En la investigación participaron 30 pacientes pediátricos, los cuales fueron divididos en grupo experimental y grupo control. Antes de la punción los participantes recibían anestesia en crema; durante la punción lumbar, los participantes del grupo experimental utilizaban unos lentes de realidad virtual por los cuales se les presentaban una serie de imágenes a las cuales les debían prestar atención durante el procedimiento médico. Al analizar los resultados no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupo control y experimental en los puntajes de dolor, sin embargo los participantes del grupo experimental reportaron que consideraban el uso del distractor les era benéfico al momento del procedimiento.

Otro ejemplo de intervención con pacientes pediátricos, es el presentado por Carlson et al. (2000) realizaron una intervención para reducir el dolor reportado, temor y estrés conductual presentado por pacientes pediátricos durante punciones intravenosas que se realizan como parte rutinaria dentro de los hospitales. En el estudio participaron niños de trece hospitales, los cuales fueron asignados al azar en grupo control y experimental. Las edades de los niños iban de los cuatro a los dieciocho años. El grupo control recibió el tratamiento estándar que se daba en el hospital en el que se encontraba y podían ser acompañados por sus padres. Para el grupo experimental, durante el proceder médico se les daba un caleidoscopio que servía como estímulo distractor, durante el procedimiento los niños debían ir describiendo lo que observaban por el caleidoscopio cuando el experimentador les indicaba. Antes del procedimiento se obtenían datos del miedo que sentían los niños mediante el uso de una escala análoga visual, y al terminar el procedimiento se les pedía indicaran su nivel de dolor utilizando la escala de dolor Oucher. Posteriormente los niños, padres y enfermeras volvían a calificar su nivel de miedo durante el procedimiento. En los resultados se encontró que el uso del caleidoscopio no representó diferencias estadísticamente significativas entre grupo experimental y control en los puntajes de dolor y miedo post-procedimiento

Aunque la distracción resulta ser una técnica sencilla y de bajo costo, en ambas investigaciones (Wint et al. 2002; Carlson et al. 2000) la distracción no resultó una técnica

que se tradujera en cambios significativos para el manejo del dolor, ansiedad y estrés. Dentro de sus limitantes se encuentran posibles fallas metodológicas; además de no tener en cuenta que el estímulo que sirve como distractor debe de ser interesante y novedoso. Además de que la atención estándar que reciben los participantes de los grupos controles puede estar sirviendo como distractor.

Otra técnica utilizada con pacientes pediátricos durante procedimientos médicos ha sido la relajación auto-hipnótica. Al respecto Butlear et al. (2005) diseñaron una investigación para intervenir en procedimientos de citoscopia. Por las características de éste procedimiento los niños deben estar alerta y cooperadores, lo que lleva a utilizar diferentes estrategias psicológicas para manejar la ansiedad, el estrés y el dolor de los niños. El estudio fue diseñado para examinar si la relajación y el uso de analgésicos facilitados por medio de la hipnosis pueden reducir el estrés y el tiempo de ejecución del procedimiento. Participaron cuarenta y cuatro niños que ya habían pasado al menos una vez por el procedimiento, los cuales fueron divididos en grupo experimental y control. Antes del procedimiento a los niños se les preguntó el grado de estrés, llanto y dolor que habían experimentado en el anterior procedimiento médico. Después se les entrenó durante una hora en auto-hipnosis por medio de la imaginación guiada, y se les dio la instrucción a padres y niños de ensayarlo en casa varias veces al día antes del día del procedimiento. El terapeuta que entrenó la hipnosis se encontró presente durante el procedimiento médico y guiaba al niño para realizar algunos ejercicios de imaginación, el procedimiento fue video-grabado. Los resultados indican beneficios significativos en el grupo de hipnosis en las siguientes áreas: los padres reportaron que el procedimiento había resultado menos estresante, los puntajes de estrés durante el procedimiento fueron significativamente más bajos en el grupo experimental y finalmente el equipo médico reportó diferencia entre los dos grupos en la dificultad de llevar a cabo el procedimiento lo que se ve reflejado en un tiempo menor para el procedimiento.

Dicha técnica de relajación auto-hipnótica también ha sido utilizada con pacientes adultos. Al respecto Lang et al. (2000) realizaron una intervención con el fin de reducir el estrés y efectos adversos durante procedimientos médicos. En el estudio participaron 241 pacientes sometidos a procedimientos renales y vasculares percutáneos, los cuales fueron asignados

al azar a tres condiciones diferentes, el primer grupo recibió el tratamiento estándar, un segundo grupo recibió atención estructurada y el tercer grupo relajación auto-hipnótica. Todos los pacientes recibían anestesia intravenosa con fentanyl y midazolam. Los pacientes indicaban su dolor y ansiedad con una escala del 0 al 10 antes de empezar el procedimiento y después cada 15 minutos durante el procedimiento. El dolor reportado por el grupo que recibió atención estándar y el grupo con atención estructurada fue incrementando a lo largo del procedimiento médico, pero permaneció estable en el grupo de relajación hipnótica. La ansiedad disminuyó durante el tiempo en los tres grupos. El uso de anestesia en el grupo estándar fue significativamente más alto que en los otros dos grupos. El tiempo que duró el procedimiento médico fue menor en el grupo de relajación. Lo que lleva a concluir a los autores que la relajación auto-hipnótica resulta beneficiosa en los estados de ansiedad y dolor durante los procedimientos médicos invasivos.

Siguiendo la línea de intervenciones no farmacológicas que benefician el dolor y estrés durante procedimientos médicos invasivos, Seers y Carroll (1998) documentan diferentes investigaciones que utilizaron técnicas de relajación para el manejo del dolor agudo durante cirugías y después de los procedimientos médicos. Realizaron una revisión sistemática de investigaciones al azar controladas. Retoman 7 intervenciones que involucran a pacientes que cumplieron con sus criterios de inclusión para ser entrenados en relajación. Las variables que se consideraban en todos los estudios eran dolor y estrés psicológico, este último entendido como una variable originada del dolor originado por el proceder médico. En dichos estudios la relajación fue utilizada después de la cirugía, y sólo en un estudio se utilizó durante el procedimiento de angiografía femoral. Tres investigaciones demostraron de manera estadísticamente significativa que los pacientes que eran sometidos a un entrenamiento previo de relajación o relajación durante el procedimiento reportaban menores puntuaciones de dolor y estrés. Los cuatro estudios restantes no demostraron diferencias significativas. Los resultados inconsistentes pueden ser resultado de poca sistematización en la metodología y falta de datos duros para poder sustentar que sus hallazgos y conclusiones son debidas a la relajación en sí y no sólo debidas a otras variables, como la deseabilidad social, que pueden estar influyendo en el reporte del paciente.

Es aquí donde se puede considerar un proceso el cual se puede utilizar en dos sentidos: en un primer sentido para monitorear los cambios fisiológicos durante los ejercicios de relajación o bien para enseñar al paciente de una manera directa a cambiar sus respuestas fisiológicas a través de recibir retroalimentación inmediata, dicho proceso se conoce como biofeedback (Nassau, 2007).

El biofeedback es el proceso por el cual la información fisiológica que generalmente es imperceptible, se hace observable a través del uso de aparatos y con frecuencia su uso se dirige al propósito de alterar una respuesta particular (Thomson, 1983).

Ya que se pueden obtener conocimientos acerca de la ejecución de alguna parte de nuestro cuerpo, tal como el corazón, los músculos, la temperatura, etc.; para el entrenamiento en biofeedback la recomendación principal es que se debe de tener muy claro qué áreas se deben de trabajar y la medida fisiológica en la que se va a entrenar a modificar al paciente. (Thomson, 1983; Nassau, 2007).

Dentro de los registros fisiológicos que se pueden obtener, destacan los datos de la variabilidad de la frecuencia cardiaca. La variabilidad de la frecuencia cardiaca es el resultado de interacciones entre el sistema nervioso autónomo y sistema nervioso central, la biofeedback de la variabilidad de la frecuencia cardiaca ha sido diseñada específicamente para monitorear la reactividad autónoma. Por lo tanto, se correlaciona con adaptaciones fisiológicas a cambios en el medio interno y externo del individuo. Por ejemplo, el estrés físico y mental disminuye la variabilidad de la frecuencia cardiaca; en contraste la relajación incrementa la variabilidad cardiaca. Es por eso que es un procedimiento que ha se ha utilizado para el tratamiento del asma, hipertensión y varios desordenes ansiosos, que ha demostrado tener efectividad clínica (Hassett et al., 2007; Gallo, Farviarz y Alvarez, 1999).

El entrenamiento incluye modular la frecuencia de la respiración ya que se ha encontrado evidencia de que la respiración estimula los nervios barorreceptores, produciendo una amplitud mayor de la frecuencia cardiaca y oscilación de la presión sanguínea (Vaschillo, Lehrer, Rische y Konstantinov, 2002).

Utilizando datos de la variabilidad en la frecuencia cardiaca para estudio del dolor crónico Chuang, Chung, Shu y Chen (2007) partiendo del supuesto de que el auto-reporte es considerado el estándar por excelencia para acceder a las medidas de dolor, consideran necesario incluir una medida objetiva, la variabilidad de la frecuencia cardiaca. En el estudio participaron pacientes con dolor musculo-esquelético antes y después de su primer sesión de terapia física, evaluados por un escala visual análoga de dolor y escala de reporte verbal además de la variabilidad de la frecuencia cardiaca, con el objetivo de examinar su relación. De acuerdo con el reporte verbal y escala análoga la percepción de dolor se redujo significativamente después del tratamiento. En los intervalos por latidos se puede observar que la frecuencia entre latidos alta muestra diferencias significativas después de haber recibido el tratamiento físico. Los parámetros de la variabilidad de la frecuencia cardiaca pueden proveer de información importante para la evaluación del dolor, lo cual puede ser beneficioso en el diagnóstico de la intensidad de éste.

En cuanto a la aplicación como método de biofeedback Hassett et al (2007) diseñaron una intervención para el manejo del dolor, fatiga, depresión y problemas de sueño, en pacientes con fibromialgia. Las investigaciones sugieren que la disfunción del sistema nervioso autónomo puede causar dicha sintomatología, por lo que eligieron el entrenamiento en la variabilidad de la frecuencia cardiaca. Participaron doce mujeres con edades entre 18 y 60 años con fibromialgia, las cuales completaron diez sesiones en entrenamiento en biofeedback. En las sesiones se les enseñó a respirar a su propia frecuencia y se les pidió entrenaran dos veces al día. En las sesiones 1, 10 y en el seguimiento a los tres meses, se recogieron datos sociológicos y cuestionarios de depresión. Se encontraron diferencias significativas en la disminución de los niveles de depresión, dolor y funcionalidad en el de la sesión 1 al seguimiento de los tres meses. Para los niveles de depresión el cambio ocurrió en la sesión 10. La variabilidad de la frecuencia cardiaca y la variabilidad de la presión sanguínea incrementaron durante las sesiones de biofeedback. Estos datos sugieren que el entrenamiento en biofeedback de la variabilidad de la frecuencia cardiaca puede ser un tratamiento efectivo para los pacientes con fibromialgia que padecen dolor crónico.

Es así como dentro de la variedad de técnicas que se pueden utilizar con adultos para el manejo del dolor resalta el entrenamiento en biofeedback. Ya que es una manera confiable

de obtener datos del estado fisiológico del paciente y lo beneficia brindándole retroalimentación. De igual manera, beneficia al terapeuta al observar si se alcanza el objetivo de la intervención; lo que a su vez ayuda a realizar los cambios pertinentes para lograr un tratamiento eficaz.

Ya que las investigaciones presentes en la literatura se ha demostrado que muestran poca eficacia para disminuir de manera estadísticamente significativa la ansiedad y dolor ante procedimientos invasivos, ya que se encuentran con dificultades metodológicas (Carlson et al., 2000 y Seers y Carroll, 1998). Por lo que es necesario llevar a cabo una intervención sistematizada que logre causar efectos clínica y estadísticamente significativos en la percepción del dolor y ansiedad, y una herramienta podría ser el entrenamiento en biofeedback.

Aunque la mayoría de las investigaciones en biofeedback se enfocan al tratamiento de dolor crónico, se pueden llevar sus aplicaciones para el manejo de dolor y ansiedad en procedimientos médicos invasivos en adultos.

Haciendo énfasis especial en pacientes oncológicos, y sobre destacando a los pacientes con leucemia aguda; los procedimientos invasivos son parte del tratamiento y control de la enfermedad. Basándose en lo reportado por los pacientes, estos estados de ánimo y dolor pueden ser fuente de ansiedad prolongada, dificultar la adaptación al tratamiento e incluso de deserción del tratamiento.

Con el empleo del biofeedback se espera que los pacientes enfrenten de manera efectiva los procedimientos como la punción lumbar e incluso lo logre generalizar a otros procedimientos invasivos a los cuales se ve sometido día a día en su tratamiento.

El objetivo del protocolo de investigación consistía en evaluar el efecto de un entrenamiento en bioalimentación, en el dolor y ansiedad experimentado por pacientes con leucemia que son sometidos a quimioterapia intratecal (punciones lumbares) como parte de su esquema de tratamiento médico.

Participantes

Pacientes con leucemia que reciban punciones lumbares (quimioterapia intratecal) como parte de su esquema de tratamiento que se encuentren hospitalizados.

Criterios de inclusión: 1) Pacientes de 17 años en adelante, 2) Tener leucemia linfoide aguda; 2) que se encuentren en el área de hospitalización a cargo del servicio de hematología, 3) accedan a participar en el estudio, 4) que deban pasar al menos en dos ocasiones por el procedimiento de punción lumbar.

Criterios de exclusión: 1) Menores de 17 años; 2) Pacientes que no acepten participar en la investigación, 3) que la vasodilatación que produce la relajación sea contraproducente a su condición médica, 4) Participantes de otro protocolo de intervención psicológica

Criterios de eliminación: 1) Por las características psicológicas del paciente sea adecuada otro tipo de intervención psicológica; 2) Debido a condición médica el paciente no logre completar al menos las cinco primeras sesiones de entrenamiento antes de su segunda punción lumbar.

Escenario

Salas de hospitalización del área de Hematología o Medicina Interna en el Hospital Juárez de México.

Aparatos

Pletismógrafo de la marca EmWave- El sensor se coloca en el dedo índice de la mano dominante del participante, el otro extremo se conecta mediante un dispositivo USB a una computadora la cual proporciona información en la pantalla sobre la variabilidad de la frecuencia cardiaca del paciente mediante un registro de la frecuencia cardiaca.

Computadora portátil

Diseño

Diseño pre-experimental pretest-posttest de un solo grupo.

Instrumentos

Escala Visual Análoga (EVA) de dolor: Línea horizontal de 10 cm de longitud con divisiones de 1cm, cuyos extremos están señalados con los términos “no dolor” y “dolor insoportable”. Los puntajes van del 0 al 10 donde a mayor puntaje mayor dolor percibido por el paciente (Aitken, 1969). Dicha escala será validada previo a la presente investigación ya que aunque es ampliamente utilizada dentro del manejo del dolor en México, no ha sido validada para dicha población.

Lista de chequeo para la ansiedad de Reynoso y Seligson (2005):En esta lista de chequeo se presentan diversas conductas y sensaciones las cuales se manifiestan cuando el individuo se encuentra en situaciones de tensión-ansiedad. En la escala el paciente marca con una “x” si en ese momento presenta o no, esa serie de comportamientos y situaciones. El investigador también puede completar la escala en base a sus observaciones. Por cada respuesta afirmativa se suma un punto, a mayor puntaje mayor ansiedad

Para evaluar la variabilidad de la frecuencia cardiaca se analiza el registro de frecuencia cardiaca en el tiempo. Mediante éste registro se obtiene un gráfico en el que se pueden observar los componentes en frecuencia y amplitud, de una onda compleja.

Otras medidas a considerar

- Tiempo de duración del procedimiento. Se cronometrará el tiempo que tarda en realizarse el procedimiento desde el momento en que el paciente es colocado en posición para realizar el procedimiento hasta que el médico indique que se ha finalizado.
- Número de punciones que se aplican durante el procedimiento.
- Si el médico residente que aplica la punción lumbar es conocido ya por el paciente o si lo ha observado realizar el mismo procedimiento en otros pacientes.
- Localización exacta del dolor por medio de un esquema en el que se presenta en dibujo de una figura humana.

Procedimiento

Durante el pase de visita se identificarán los pacientes que recibirán punciones lumbares ese mismo día como parte de su tratamiento en el área de hospitalización del hospital. El procedimiento general de la investigación será el siguiente:

Pre-test

Antes del inicio de la punción lumbar se obtiene la medida de ansiedad, dándole al paciente a contestar la lista de chequeo, en dado caso que el paciente no sepa leer se le ayudará a completar la lista. Teniendo cuidado en no influir en la respuesta del paciente. Por su parte el investigador llenará otra lista de chequeo en base a la observación de la conducta del paciente en ese momento.

Después se procederá a la colocación del sensor en el dedo índice de la mano dominante del paciente. Primero se limpia la falange distal del dedo con una torunda, después se coloca el sensor. El otro extremo del sensor estará conectado a la computadora para obtener datos de la variabilidad de la frecuencia cardiaca del paciente durante el procedimiento médico invasivo.

Posteriormente el paciente es colocado mediante indicaciones dadas por el médico en la posición necesaria para el procedimiento. Durante la punción lumbar el residente médico indica los pasos que se siguen en el procedimiento en voz alta al paciente y las posibles sensaciones que puede experimentar. Por ejemplo: “voy a picar primero para poner la anestesia, esto puede arder o doler un poco”.

Durante el proceder médico el paciente podrá recibir la atención estándar por parte del personal médico y de enfermería. Por parte del personal de psicología no se indicará maneras de respirar ni de relajarse durante la intervención.

Una vez finalizada la intervención médica, se obtienen los datos de dolor experimentado durante la punción. Para dicha medida se utiliza el EVA de dolor, donde se le da al paciente la siguiente indicación: “La siguiente línea se refiere a la intensidad del dolor que tuviste durante los piquetes de la espalda. El extremo izquierdo de la raya indica que no te dolió

nada. El extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. Debes indicar con una línea la intensidad del dolor que te causó el piquete en la espalda”

Entrenamiento

Después de la punción lumbar inicial, aquellos pacientes que cumplan con los criterios de inclusión para la investigación, se les explicará en qué consiste el entrenamiento en biofeedback en relajación de la siguiente manera:

“Como parte de tu tratamiento de la quimioterapia para la leucemia será necesario que te inyecten en más de una ocasión en la parte baja de tu espalda. Existen algunos ejercicios de relajación que podemos realizar para que controles el dolor durante esos procedimientos, pero necesitaremos practicarlos durante algunos días para que seas capaz de llevarlo a cabo solo y sin la ayuda de nadie.

Cuando estamos tensos nuestro cuerpo produce una serie de reacciones químicas que hacen que las sensaciones se intensifiquen, por ejemplo, estar tenso produce a que nos duela más cuando nos dan un piquete. Y cuando nos relajamos ayudamos a nuestro cuerpo y mente a controlar nuestras propias sensaciones, por ejemplo, si estamos relajados”

Se dará una sesión de entrenamiento en biofeedback diaria durante cinco días, esto es debido al tiempo que marcan los protocolos de tratamiento de quimioterapia para LLA; en donde el tiempo que pasa entre una intratecal y otra es de seis días.

Durante todas las sesiones de entrenamiento la pantalla que brinda información acerca de la variabilidad de la frecuencia cardiaca será colocada enfrente del paciente de manera que pueda observarla sin dificultad. El paciente permanecerá acostado durante todo el entrenamiento debido a indicaciones médicas.

Al paciente se le explicará que “por medio de esa pantalla podrá observar que tan rápido o lento late tu corazón, el objetivo es lograr que tu corazón produzca ondas más grandes. Eso es algo que tú puedes controlar mediante ejercicios. A lo largo de la relajación puedes ir observando la pantalla”

Durante y al término la sesión podrá observar la pantalla de biofeedback y se le dará retroalimentación acerca de su ejecución durante el ejercicio de relajación.

En la segunda y tercera sesión de entrenamiento se trabajará de la misma manera que en la primera sesión.

A partir de la cuarta sesión y durante la quinta, el terapeuta dejará de dar las instrucciones, el paciente deberá poner en marcha la ejecución de las instrucciones.

Post-test

Antes del inicio de la punción lumbar se obtiene la medida de ansiedad, de la misma manera en que se obtuvieron durante la primera punción lumbar registrada. Posteriormente se procederá a la colocación del sensor en el dedo.

Se le recordará al paciente que utilice la técnica que ha venido entrenando, pero el investigador ya no facilitará las instrucciones de relajación, ni servirá brindando otro tipo de intervenciones como la distracción.

Durante el procedimiento médico el paciente podrá observar la pantalla que brinda la retroalimentación, esto es para que el mismo pueda ir monitoreando su respuesta en la variabilidad cardiaca.

Posterior a la intervención médica se obtienen datos del dolor experimentado durante el punción para aplicar la anestesia y durante la punción que corresponde a la aplicación de la quimioterapia, como se ha realizado anteriormente.

Se continuara dando seguimiento obteniendo los puntajes de dolor y ansiedad durante todas las punciones lumbares que le sean administradas a lo largo de todo su tratamiento.