



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**“EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL SOBRE VARIABLES  
MÉDICAS Y PSICOLÓGICAS EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE  
HEMATOPOYÉTICO DE CÉLULAS MADRE”**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:  
LILIANA MEY LEN RIVERA FONG

DIRECTORA:  
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS

COMITÉ TUTORIAL:  
MTRO. EDGAR LANDA RAMÍREZ  
DR. LUIS MANUEL VALERO SALDAÑA  
DRA. ALICIA CHAPARRO CASO-LÓPEZ  
MTRA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

MÉXICO, D. F.

MAYO DEL 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de este trabajo no hubiera sido posible sin el respaldo y apoyo de dos de las instituciones de educación e investigación más importantes de nuestro país, me refiero a la Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional para la Ciencia y Tecnología.

De igual forma, estoy profundamente agradecida con las Instituciones de Salud que nos brindan la posibilidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos y, a su vez nos alientan a seguirnos preparando cada día. En mi caso, al Hospital Juárez de México, particularmente al servicio de hematología, que desde mi llegada me hicieron sentir parte de su prestigiado equipo de trabajo y al Instituto Nacional de Cancerología; primordialmente al personal de la Unidad de Trasplante de Médula Ósea y el servicio de Psicooncología, que me abrieron las puertas para desarrollar gran parte de este proyecto. Pero primordialmente a los pacientes que sin ellos, nada de esto sería posible, gracias por la oportunidad de compartir su vida y por las enseñanzas que estoy segura me acompañaran el resto de la vida.

Deseo expresar un agradecimiento especial a la Dra. Angélica Riveros Rosas, muestra clara de profesionalismo y apoyo invaluable, no sólo académico sino personal. A lo largo de este proceso ha sido capaz de orientarme hacia el cumplimiento de metas y búsqueda del rigor científico; facilitándome el acceso a lecturas que creía imposibles de localizar, escuchándome y brindándome su apoyo en los momentos de duda y dificultades, pero sobre todo, tomándose el tiempo de revisar y volver a revisar textos e ideas que muchas veces parecían disparatados o inapropiados, pero de los que siempre recibía sus comentarios oportunos y constructivos, que ayudaban a aclarar el panorama y estructurar planes y proyectos, pero nunca imponiendo su opinión o de manera intransigente. Definitivamente una de las mejores tutoras del programa. ¡GRACIAS!

Al Dr. Luis Manuel Valero que creyó en mí y en el protocolo cuando todavía no estaba completamente estructurado y, trabajó incansablemente para ponerlo en marcha y perfeccionarlo. Depositando su confianza incluso en proyectos que traspasaron mi formación y que me esforzaré por no defraudar.

A la Doctora Alicia Chaparro, pilar de mi formación profesional desde hace más de ocho años y para quien no tengo palabras para agradecer y reconocer que con el paso de los años y sus enseñanzas se ha convertido en un verdadero ejemplo de vida para mí y, estoy segura, para muchos de sus alumnos.

De igual forma, quiero agradecer al Mtro. Edgar Landa por su cercanía y compromiso con mi trabajo, por la retroalimentación y apoyo en la realización de este trabajo, en ocasiones con recursos didácticos poco tradicionales, pero siempre eficaces.

No menos importante a la Mtra. Cristina Bravo, excelente clínica capaz de transmitir la pasión y compromiso por la atención en ambientes hospitalarios y que junto con el Mtro. Leonardo Reynoso, fueron clave para que durante la maestría se crearan verdaderos vínculos de amistad.

Definitivamente cursar una maestría es una verdadera experiencia de vida y estoy segura que no pude contar con mejores acompañantes en este viaje que, todos y cada uno de mis compañeros, con quienes compartí risas, enojos, llanto, viajes, Congresos, desvelos y mil cosas que ahora forman parte de mi historia. De manera especial me gustaría agradecer a Ana, Isaías, Cointa, Brenda y Mayra, amigos entrañables capaces de arrancar una sonrisa en todo momento, de sostener conversaciones increíblemente atípicas e incluso ñoñas y que sin lugar a dudas mejoraron mis habilidades sociales.

Desde otra trinchera, siempre apoyando están mis amigos de toda una vida, que muchas veces colaboraron sin siquiera darse cuenta, gracias a su entusiasmo, risas y distracciones. Iskra, Cindy, Diana, Karla, Jonathan y Sandra sólo puedo decir ¡Gracias por su amistad y por nunca dudar de mí! Y a los nuevos amigos Eva, Alberto, Arturo, Oscar y Alejandra que entre risas y sarcasmo, he de confesar que a veces son los más exigentes en el ejercicio profesional y con quienes las discusiones pueden tomar un rumbo científico inimaginable, pero sin dudas, también son los más divertidos.

Finalmente quiero agradecer a las personas más importantes de mi vida, a mi familia, que han estado en los mejores y peores momentos, a quienes puedo recurrir cuando no hay nadie más.

A José Antonio, mi padre, que día a día me enseña que el trabajo duro y la constancia son clave para el éxito; sin duda un ejemplo de perseverancia y responsabilidad. Te amo con todo el corazón y tengo la seguridad que aunque no pasemos mucho tiempo juntos, siempre podemos contar el uno con el otro.

A Laura, mi madre, que ha sabido salir de momentos difíciles. Enseñándome que el amor por un hijo es lo más poderoso que existe y que el trabajo en equipo es el que nos llevará a los mejores resultados. Eres capaz de sacar la mejor versión de mí en todo momento, pero también de soportar mis más grandes errores, no hay palabras para describir el amor que siento por ti.

A Alina, mi hermana, una muestra de determinación y coraje, siempre dispuesta a luchar por sus sueños, aunque a veces sean una verdadera locura. La persona capaz de arrancarme una carcajada en todo momento y que me deja experimentar del verdadero amor fraternal.

A mis tíos, primos y sobrinos que entretienen historias llenas de enseñanzas y aprendizaje; es difícil mencionar a cada uno, pero todos saben que tienen un lugar especial en mi vida y que parte de este logro es también suyo.

Pero más que a cualquier otra persona, quiero dedicar este trabajo a la mujer más fuerte que he conocido en mi vida, quien a veces a gritos y otras con palabras dulces dejaba ver el gran corazón que tenía. Fiel creyente de que lo más importante en la vida de una persona es su autonomía y que hasta el último día de su vida lo demostró. En sus propias palabras: "nunca fue una abuela normal"... pero para mí, sin duda, fue la mejor abuela que pude tener.

# TABLA DE CONTENIDO

## Capítulo 1

La medicina conductual y su campo de aplicación actual.....	- 10 -
Transición epidemiológica y modelos de salud - enfermedad.....	- 10 -
Medicina conductual: antecedentes y panorama actual.....	- 15 -

## Capítulo 2

### Protocolo de investigación

Evaluación e intervención cognitivo conductual en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético de células madre .....	- 20 -
Resumen.....	- 20 -
Abstract .....	- 20 -
Antecedentes .....	- 21 -
Enfermedades hemato-oncológicas.....	- 21 -
Trasplante hematopoyético de células madre.....	- 22 -
Justificación.....	- 34 -
Planteamiento del problema .....	- 38 -
Objetivos .....	- 38 -
Método.....	- 38 -
Participantes.....	- 38 -
Diseño.....	- 40 -
Variables.....	- 41 -
Procedimiento .....	- 44 -
Características de los participantes.....	- 48 -
Resultados.....	- 51 -
Discusión .....	- 60 -

## Capítulo 3

Reporte de productividad del primer año de residencia .....	- 65 -
Hospital Juárez de México.....	- 65 -
Servicio de hematología.....	- 65 -
Generalidades del hospital.....	- 65 -

Generalidades del servicio de hematología .....	- 66 -
Evaluación inicial del servicio .....	- 69 -
Actividades diarias.....	- 70 -
Descripción de actividades.....	- 71 -
Actividades relacionadas con la práctica clínica. ....	- 71 -
Actividades relacionadas con la formación académica.....	- 73 -
Productividad .....	- 75 -
Evaluación del servicio .....	- 82 -
Competencias adquiridas.....	- 84 -
Recomendaciones .....	- 84 -
Reporte de productividad de segundo año de residencia .....	- 86 -
Instituto Nacional de Cancerología .....	- 86 -
Servicio de psicooncología .....	- 86 -
Generalidades del hospital.....	- 86 -
Generalidades del servicio de psicooncología .....	- 86 -
Evaluación inicial del servicio .....	- 91 -
Actividades diarias.....	- 91 -
Descripción de actividades diarias .....	- 91 -
Actividades relacionadas con la práctica clínica .....	- 93 -
Actividades relacionadas con la formación académica.....	- 93 -
Productividad .....	- 94 -
Evaluación del servicio .....	- 98 -
Competencias adquiridas.....	- 99 -
Recomendaciones .....	- 100 -
Capítulo 4	
Presentación de casos	
Programa de intervención cognitivo conductual en un paciente con trastorno mixto ansioso – depresivo.....	- 101 -
Resumen.....	- 101 -
Abstract .....	- 101 -
Antecedentes .....	- 102 -
Identificación del paciente y motivo de consulta .....	- 107 -

Historia del problema.....	- 109 -
Antecedentes personales.....	- 110 -
Estrategias de evaluación.....	- 111 -
Formulación clínica del caso .....	- 114 -
Hipótesis.....	- 118 -
Hipótesis histórica .....	- 118 -
Hipótesis de mantenimiento.....	- 118 -
Tratamiento.....	- 118 -
Objetivo general del tratamiento psicológico.....	- 121 -
Resultados.....	- 126 -
Discusión .....	- 129 -
Programa cognitivo conductual para manejo de ansiedad y dolor ante procedimiento médico en niña con leucemia linfoblástica aguda .....	- 131 -
Resumen.....	- 131 -
Abstract .....	- 131 -
Antecedentes .....	- 131 -
Identificación del paciente y motivo de consulta .....	- 141 -
Historia del problema.....	- 142 -
Antecedentes personales.....	- 143 -
Estrategias de evaluación.....	- 144 -
Formulación clínica del caso .....	- 145 -
Hipótesis.....	- 146 -
Tratamiento.....	- 147 -
Objetivos .....	- 148 -
Objetivo general del tratamiento psicológico.....	- 148 -
Objetivos particulares del tratamiento psicológico. ....	- 148 -
Resultados.....	- 149 -
Discusión .....	- 151 -
Capítulo 5	
Evaluación general de la maestría en psicología con residencia en medicina conductual.....	- 154 -
Otras actividades.....	- 157 -
Participación en eventos académicos .....	- 157 -

Referencias.....	- 159 -
Anexos.....	- 179 -

## Índice de tablas

Tabla 1	<i>Enfermedades hemato-oncológicas.....</i>	- 22 -
Tabla 2	<i>Diagnósticos médicos de los pacientes sometidos a HSCT en Europa en el año 2006.....</i>	- 25 -
Tabla 3	<i>Instrumentos de evaluación utilizados en pacientes candidatos a trasplante de médula ósea.....</i>	- 31 -
Tabla 4	<i>Intervenciones psicológicas realizadas en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea.....</i>	- 35 -
Tabla 5	<i>Criterios para considerar no apto a un paciente para ser sometido a trasplante y acciones indicadas en cada caso.....</i>	- 39 -
Tabla 6	<i>Criterios de eliminación para llevar a cabo la intervención cognitivo conductual.....</i>	- 40 -
Tabla 7	<i>Intervención cognitivo conductual durante trasplante hematopoyético de células madre.....</i>	- 42 -
Tabla 8	<i>Definición de las variables dependientes.....</i>	- 43 -
Tabla 9	<i>Momentos de evaluación durante estancia hospitalaria.....</i>	- 46 -
Tabla 10	<i>Características médicas y sociodemográficas de los participantes.....</i>	- 50 -
Tabla 11	<i>Resultados de instrumentos de medición.....</i>	- 53 -
Tabla 12	<i>Ajuste de medicamento psiquiátrico durante estancia hospitalaria.....</i>	- 59 -
Tabla 13	<i>Morbilidad de enfermedades hemato-oncológicas.....</i>	- 67 -
Tabla 14	<i>Estado civil de los pacientes atendidos en el HJM.....</i>	- 75 -
Tabla 15	<i>Diagnósticos médicos de los pacientes atendidos en el HJM.....</i>	- 76 -
Tabla 16	<i>Diagnósticos psicológicos en pacientes hematológicos del HJM.....</i>	- 78 -
Tabla 17	<i>Técnicas cognitivo conductuales empleadas en el HJM.....</i>	- 79 -
Tabla 18	<i>Diagnóstico psicológico en familiares del HJM.....</i>	- 80 -
Tabla 19	<i>Técnicas cognitivo conductuales implementadas en familiares en el HJM.....</i>	- 80 -
Tabla 20	<i>Competencias adquiridas en el HJM.....</i>	- 84 -
Tabla 21	<i>Rotaciones realizadas durante la residencia en el INCAn.....</i>	- 92 -
Tabla 22	<i>Estado civil de los pacientes atendidos en el INCAn.....</i>	- 95 -
Tabla 23	<i>Diagnósticos psicológicos de pacientes en el INCAn.....</i>	- 97 -
Tabla 24	<i>Técnicas de intervención empleadas en el INCAn.....</i>	- 98 -
Tabla 25	<i>Competencias adquiridas en el INCAn.....</i>	- 100 -
Tabla 26	<i>Resultados de la evaluación inicial de ansiedad y depresión.....</i>	- 113 -
Tabla 27	<i>Criterios diagnóstico para MADD identificados en el paciente.....</i>	- 113 -
Tabla 28	<i>Diagnóstico multiaxial del DSM IV.....</i>	- 113 -
Tabla 29	<i>Modelo EORC.....</i>	- 116 -
Tabla 30	<i>Carta descriptiva de intervención.....</i>	- 123 -
Tabla 31	<i>Resultados de registro de sueño.....</i>	- 127 -
Tabla 32	<i>Criterios diagnóstico para MADD identificados en el paciente.....</i>	- 128 -
Tabla 33	<i>Carta descriptiva de intervención.....</i>	- 149 -
Tabla 34	<i>Evaluación con Procedure Behavioral Rating Scale.....</i>	- 150 -

## Índice de figuras

<i>Figura 1:</i> Principales causas de muerte en la población general de México en el año 2011.....	- 12 -
<i>Figura 2:</i> Modelo biopsicosocial de salud – enfermedad. ....	- 15 -
<i>Figura 3.</i> Trasplantes realizados en el Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo 2008 - 2012.....	- 26 -
<i>Figura 4.</i> Proceso de trasplante de células madre hematopoyéticas en el Instituto Nacional de Cancerología. ....	- 27 -
<i>Figura 5.</i> Causas de muerte experimental de los participantes a lo largo del estudio. ....	- 48 -
<i>Figura 6.</i> Pacientes considerados no aptos para HSCT por el servicio de psicología .....	- 49 -
<i>Figura 7.</i> Promedio de mediciones diarias de distrés y fatiga durante estancia hospitalaria del grupo de intervención (n=14) .....	- 54 -
<i>Figura 8.</i> Mediciones con HADS en el grupo de intervención (n=14) a lo largo del estudio. ....	- 55 -
<i>Figura 9.</i> Comparación de calidad de vida en evaluación pre-trasplante y primer consulta de seguimiento post-trasplante. ....	- 56 -
<i>Figura 10.</i> Porcentaje de pacientes que requirieron de interconsulta a psiquiatría durante hospitalización. ....	- 57 -
<i>Figura 11.</i> Promedio de consultas de psiquiatría por paciente durante hospitalización.....	- 57 -
<i>Figura 12.</i> Diagnósticos psiquiátricos durante estancia hospitalaria para trasplante hematopoyético de células madre.....	- 58 -
<i>Figura 13.</i> Porcentaje de pacientes que ingresaron sin tratamiento psicofarmacológico a la unidad de trasplante y fue necesario iniciar medicación durante estancia hospitalaria. ....	- 59 -
<i>Figura 14.</i> Días de estancia hospitalaria en grupos histórico y de intervención.....	- 60 -
<i>Figura 15.</i> Clasificación de enfermedades hematológicas.....	- 66 -
<i>Figura 16.</i> Organigrama interno del servicio de hematología del HJM. ....	- 69 -
<i>Figura 17.</i> Horario semanal de actividades del residente de medicina conductual en el HJM.....	- 71 -
<i>Figura 18.</i> Porcentaje de morbilidad hospitalaria de la población de 20 años y más, por principales tumores malignos según sexo. ....	- 88 -
<i>Figura 19.</i> Frecuencia de consultas de primera vez en el Instituto Nacional de Cancerología. ....	- 89 -
<i>Figura 20.</i> Organigrama del servicio de psicooncología. ....	- 90 -
<i>Figura 21.</i> Horario semanal de actividades del residente de medicina conductual.....	- 92 -
<i>Figura 22.</i> . Distribución de pacientes en relación a diagnóstico médico.....	- 95 -
<i>Figura 23.</i> Distribución de tipo de intervención .....	- 96 -
<i>Figura 24.</i> Mapa clínico de patogénesis. ....	- 117 -
<i>Figura 25.</i> Mapa de alcance de metas.....	- 122 -
<i>Figura 26.</i> Evaluación de síntomas de ansiedad y depresión.....	- 126 -
<i>Figura 27.</i> Aumento en la mortalidad a causa de leucemia en México. ....	- 133 -
<i>Figura 28.</i> Punción lumbar.....	- 135 -
<i>Figura 29.</i> Autoevaluación de ansiedad y dolor. ....	- 150 -

## **Capítulo 1**

### **La medicina conductual y su campo de aplicación actual**

#### **Transición epidemiológica y modelos de salud - enfermedad**

A través del tiempo, las enfermedades y causas de muerte de una población se modifican debido a la evolución demográfica y económica en que está inmersa. A este fenómeno se le ha denominado transición epidemiológica (Frederiksen, 1969).

Omran (1971) planteó que los países experimentan tres eras:

1. La primera caracterizada por una alta mortalidad relacionada con desnutrición, enfermedades transmisibles y problemas perinatales.
2. En la segunda se logra una disminución de las tasas de mortalidad y enfermedades infecciosas, lo que permite un incremento de la esperanza de vida.
3. La tercera fase es marcada por el surgimiento de enfermedades crónicas y producidas por el hombre.

Como complemento a estas eras, Olshansky y Ault en 1986, propusieron incrementar a este modelo una cuarta era llamada retardo en las enfermedades degenerativas, en la que la esperanza de vida de los afectados por estos padecimientos es mayor que en épocas previas y se reconoce el impacto directo de la conducta del individuo en el origen y evolución de las enfermedades, así como en su calidad de vida.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) reportó en el Informe global de enfermedades no transmisibles 2010 que, durante ese año, las principales enfermedades causantes de muerte fueron influidas por cuatro patógenos conductuales: (a) consumo de tabaco, (b) sedentarismo, (c) abuso en el consumo de alcohol e (d) ingesta de una dieta no balanceada. Dicha organización consideró que la prevalencia de estas enfermedades y las muertes derivadas de ellas aumentarán significativamente en los próximos años; principalmente en los países pobres y en vías de desarrollo. Esto debido al envejecimiento poblacional, factores socioambientales y patógenos conductuales.

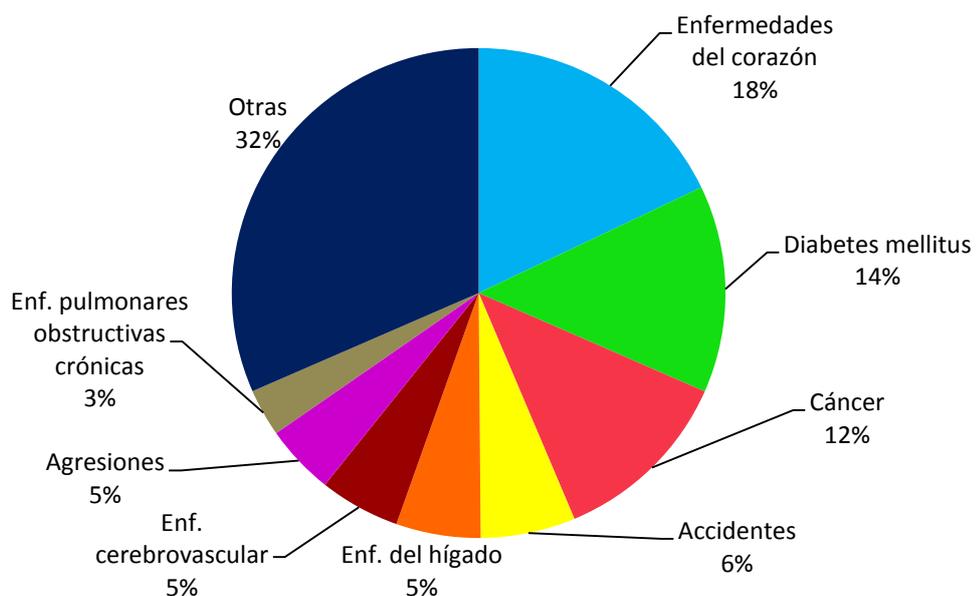
Si intentamos ubicar a México en este proceso de transición epidemiológica, se ha considerado que atraviesa por un proceso dilatado y polarizado; pues aún persisten algunas enfermedades infectocontagiosas y al mismo tiempo existen altas prevalencias de enfermedades crónicas degenerativas (Arredondo, Carranza, Vázquez, & Rodríguez, 2003).

México inició este proceso en 1930, con la reducción de la mortalidad que permitió un incremento de la esperanza de vida de aproximadamente 15 años en las últimas cuatro décadas y se espera un aumento adicional cercano a siete años para el 2050. Por otro lado, a finales de los sesenta y principios de los setenta se inició una tendencia irreversible a la disminución de la fecundidad, que dio como resultado un descenso de las tasas de crecimiento total y natural (Villagómez, *s.f.*).

Estos fenómenos se ven reflejados en el cambio de la estructura poblacional por edad y, hacen previsible que la mortalidad comience un ascenso gradual con predominio de defunciones que ocurrirán a edades progresivamente mayores. Es así

que México se enfrenta a la consolidación de un perfil epidemiológico en el que predominen los padecimientos crónico-degenerativos de alta exigencia tecnológica y con costos notablemente mayores (Villagómez, s.f.).

Confirmando estas estimaciones, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el 2011, reportó que las enfermedades crónico-degenerativas ocuparon seis de las diez principales causas de muerte en población general (Figura 1) y para las cuales los patógenos conductuales representan un importante factor de riesgo. Por ejemplo, la diabetes es una enfermedad en la cual una dieta inadecuada y el sedentarismo son factores clave en la evolución del paciente.



*Figura 1:* Principales causas de muerte en la población general de México en el año 2011. Adaptado de “Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2011”, Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 2011. Fuente: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>

Por otro lado, Godínez y la Dirección General de Información en Salud (DGIS), en el 2010, estimaron que la población mexicana ha perdido 1.91 años de vida como consecuencia de la diabetes mellitus y las enfermedades del corazón. Calcularon que la tasa de mortalidad por estas dos enfermedades se duplicará para el año 2020.

Esta situación no sólo impacta directamente en la esperanza y calidad de vida de la población; además incrementa los costos en atención a la salud, debido a factores como la necesidad de adquirir equipo médico actualizado para diagnóstico y tratamiento, el alto consumo de fármacos en los pacientes crónicos y la demanda de tratamientos sustitutivos, entre otros. Se ha considerado que de mantenerse el aumento constante en la tasa de enfermedades crónicas, éstas llegarán a ser incosteable para cualquier sistema económico (Matarazzo, 1980).

La transición epidemiológica ha obligado a que la manera de explicar y tratar el proceso de salud - enfermedad haya sido modificado en diversas ocasiones, con el objetivo de adaptarse a las necesidades de la población. Al inicio de esta transformación, se puede identificar al dominio del modelo biomédico en el siglo XIX, que está basado en los estudios de anatomía y fisiología de la época y cuyo postulado fundamental es que toda enfermedad es producto de una lesión subyacente comprobable mediante estudios o pruebas médicas (Morales, 1997).

Más tarde, en 1941, Sigerist reconoció la implicación de aspectos sociales en el proceso de salud-enfermedad y consideró que un individuo sano debía cumplir con cuatro condiciones: (a) equilibrio entre el cuerpo y la mente, (b) ajuste a su entorno

físico y social, (c) pleno control de sus facultades físicas y ambientales y, (d) capacidad de adaptación ante los cambios ambientales.

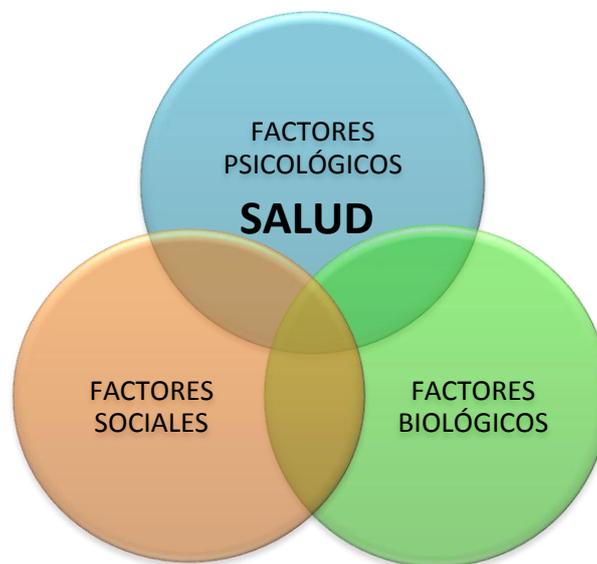
Este cambio en la forma de valorar el proceso de salud – enfermedad, entre el modelo biomédico y el propuesto por Sigerist, introdujo cuestionamientos relacionadas con la prevención y el comportamiento. A manera de ejemplo, en las enfermedades infecciosas, al conocer el agente patógeno, se tienen dos opciones: (a) aumentar la resistencia del individuo mediante la vacunación o (b) sanear el ambiente generador de agentes patógenos. En contraste, en las enfermedades crónicas es necesario tomar medidas preventivas en tres niveles: (a) regular las conductas del individuo, (b) incidir sobre motivaciones individuales y (c) diseñar ambientes sociales favorables; lo que resulta inviable en algunas ocasiones ya que para modificar el ambiente se requiere de transformar condiciones sociales, económicas y políticas (Lakhan, 2006).

Frente a este cambio de paradigma, durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS llevada a cabo en 1978, la OMS reiteró que la salud es un derecho humano fundamental caracterizado por un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; siendo entonces un objetivo social el logro el grado más alto de salud. En este sentido, su realización exige la intervención de diversos sectores de atención a nivel social, económico y de salud.

De manera paralela a la declaración de la OMS, Engel (1977), formuló el modelo biopsicosocial de salud y enfermedad (BPSM, por sus siglas en inglés) en el que

postuló la existencia de distintos aspectos biológicos, psicológicos y sociales interconectados y que, en conjunto, determinan la salud de una persona (Figura 2).

Gracias a este modelo se transformó la forma de abordar las enfermedades al incorporar factores como las creencias, las relaciones interpersonales y el estrés; los cuales impactan de manera directa en la recuperación o progresión de las enfermedades (Lakhan, 2006).



*Figura 2: Modelo biopsicosocial de salud – enfermedad. Adaptado de “The Biopsychosocial Model of Health and Illness”, por Lakhan, 2006, Connexions module, p. 2.*

### **Medicina conductual: antecedentes y panorama actual**

Por otro lado, Matarazzo (1980) propuso la inclusión al sector salud de profesionales en el estudio de la conducta humana, capaces de disminuir o eliminar conductas perjudiciales como el consumo de tabaco y promover estilos de vida saludable en la población. En un intento por integrar la respuesta a estas demandas, en 1973 surgió

la medicina conductual con la publicación del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine*, (Birk, 1973), que brindó identidad al abordaje psicológico de problemas de salud física, para que, en 1977 durante la Conferencia sobre Medicina Conductual de Yale, se propusiera la primera definición formal que cita:

*La Medicina conductual es el campo concerniente al desarrollo de la ciencia del comportamiento, su conocimiento y el uso de técnicas relevantes para entender la salud y enfermedad, así como la aplicación de este conocimiento y técnicas para el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación de las mismas. La psicosis, neurosis y el abuso de sustancias se incluyen en la medida en que contribuyen a los desórdenes físicos como criterios de valoración (Schwartz & Weiss, 1977, p. 379).*

Un año después se redefinió como: “La integración del conocimiento y técnicas de la conducta y las ciencias biomédicas relevantes para la salud y enfermedad” (Schwartz & Weiss, 1978, p. 250). Tras una revisión, Pomerleau y Brady (1979) consideraron que se habían ignorado o minimizado los estudios clínicos y médicos relacionados con la modificación de conducta y la terapia conductual, los cuales aportaban los procedimientos y técnicas para el logro de cambios comportamentales relacionados con la salud, clínicamente útiles. En congruencia con esto, asignaron un papel clínico al conductismo y a las ciencias del comportamiento experimental con lo que redefinieron a la medicina conductual como:

*El uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta –terapia conductual y modificación conductual- para la evaluación, prevención, manejo o tratamiento de enfermedades físicas o disfunciones psicológicas y el conducto para contribuir al estudio del análisis funcional y entendimiento de las conductas asociadas con desórdenes médicos y problemas en el cuidado de la salud (Pomerleau & Brady, 1979, p. xii).*

Durante el proceso de consolidación Agras (1982) y Blanchard (1982) identificaron algunos acontecimientos que favorecieron el desarrollo de la medicina conductual:

1. Los antecedentes de la medicina psicosomática, que lograron vincular factores psicológicos con el desarrollo y mantenimiento de algunas enfermedades.
2. La identificación, por parte de los estudios epidemiológicos, de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades.
3. El uso del análisis y técnicas de modificación conductual que, tras demostrar su efectividad en el tratamiento de enfermos mentales, se aplicaron a pacientes con otros problemas de salud como obesidad, tabaquismo y otras adicciones.
4. El desarrollo de la biorretroalimentación, que demostró la posibilidad de generar cambios fisiológicos en funciones corporales reguladas por el sistema nervioso autónomo, lo que permitió realizar intervenciones terapéuticas efectivas para trastornos somáticos como la migraña, la hipertensión, cefaleas de tensión, úlceras y dolor crónico.
5. Su enfoque en enfermedades crónicas, con impacto en salud a nivel mundial, y el reconocimiento de los beneficios de los cambios conductuales para la prevención y tratamiento de dichas enfermedades.

En cuanto a las áreas de intervención clínica de la medicina conductual, se pueden ubicar claramente cuatro líneas: (a) la modificación de las conductas o respuestas psicológicas que constituyan un problema de salud, (b) los cambios conductuales en el personal de salud para mejorar la calidad de los servicios que prestan, (c) la promoción de adhesión al tratamiento médico y, (d) la adquisición de

comportamientos o respuestas que funjan como inmunógenos conductuales para el desarrollo de enfermedades (Pomerleau & Brady, 1979).

Debido a la gran variedad de disciplinas biomédicas y conductuales que convergen en la medicina conductual, entre las que se encuentran la psicología, la medicina, la nutrición, la sociología, la psiquiatría, la epidemiología y la enfermería; en 1979 Masur resaltó la característica de interdisciplinariedad que debe prevalecer en el ejercicio de la medicina conductual.

Desde su surgimiento y hasta la actualidad, la medicina conductual ha tenido un desarrollo exponencial de tal magnitud que Cochrane Collaboration reportó, durante el 2011, que fue el área con mayor número de revisiones de serie (Keefe, 2011); auge alcanzado en gran medida al compromiso de los especialistas en esta área por ejercer la psicología basada en evidencia, perpetuando así la relación investigación-práctica clínica (Klesges, Dzewaltowski, & Christensen, 2006).

Como respuesta al desarrollo de la medicina conductual y su impacto social, económico y en salud, en 1984, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y la Secretaría de Salud (SSA) crearon el Programa de Psicología de la Salud, resultado de los trabajos encabezados por Luis Florez Alarcón en la Escuela Nacional de Estudios Superiores Zaragoza, cuya línea de investigación se basó en las aplicaciones clínicas del condicionamiento instrumental a respuestas autónomas (Rodríguez-Ortega, 2010). Cabe aclarar que no son estudios en medicina conductual, sin embargo son considerados la base de la investigación psicológica en el campo de la salud en México.

De manera formal, en marzo de 1999, bajo el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, surge la Residencia en Medicina Conductual, que está fundamentada en una perspectiva de solución de problemas con enfoque cognitivo – conductual; la cual es constantemente sometida a evaluación tanto en la formación académica brindada a los estudiantes como en la práctica clínica llevada a cabo en las sedes hospitalarias (Reynoso, Bravo, Anguiano, & Mora, 2012).

Como parte de los objetivos del programa, se contempla la creación de protocolos de intervención aplicados a pacientes de diversos servicios de Hospitales públicos. Particularmente, en el área de hematología se han desarrollado programas para la evaluación e intervención psicológica al momento del diagnóstico de leucemia (Sosa, 2009) y manejo de ansiedad y depresión en receptores y donadores durante el proceso de trasplante de médula ósea (Martínez, 2009) entre otros. Dichas investigaciones sirven como base para el desarrollo nuevos protocolos como el que a continuación se plantea.

## Capítulo 2

### Protocolo de investigación

#### Evaluación e intervención cognitivo conductual en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético de células madre

##### Resumen

El trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH) es parte del tratamiento de algunos cánceres hematológicos, pero puede ser o generar efectos secundarios asociados a morbilidad psicosocial; por ello se recomienda la implementación de intervenciones psicosociales en los pacientes. **Objetivo:** Evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual y un programa de actividad física sobre variables psicológicas y médicas en pacientes sometidos a TCPH. **Diseño:** Intrasujetos N=1 con grupo control histórico. **Participantes:** 14 adultos que se expusieron a psicoeducación y relajación progresiva muscular pasiva previo a ser hospitalizados y actividad física durante la hospitalización. **Medición:** Se evaluó mediante la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) antes de la hospitalización, el día de hospitalización, día de alta y primer consulta de seguimiento. Adicionalmente, se midió con el Termómetro de distrés (DT) antes de la hospitalización y todos los días de estancia hospitalaria. Se identificó un grupo histórico con 21 pacientes tratados en la misma unidad, con quienes se comparó el número de interconsultas a psiquiatría, el requerimiento farmacológico y los días de estancia hospitalaria. **Resultados:** Ansiedad, depresión y distrés mostraron variaciones que se mantuvieron en límites normales. Al comparar entre grupos se observó que en el grupo de intervención fueron menores el número de pacientes que requirieron interconsulta a psiquiatría y el promedio de interconsultas por paciente, así como una estancia hospitalaria más corta en comparación con el grupo control. **Conclusión:** La intervención permitió mantener la estabilidad psicológica de los pacientes y menor comorbilidad psiquiátrica y farmacológica que facilita el seguimiento. PALABRAS CLAVE: Terapia cognitivo conductual, TCC, programa multicomponente.

##### Abstract

Hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is part of the treatment for some hematologic cancers and can generate some secondary effects associated to psychosocial morbidity; because of this, it is recommended to implement psychosocial interventions for patients suffering them. **Objective:** To evaluate the effect of a cognitive-behavioral intervention and a physical activity program on psychological and medical variables in patients submitted to HSCT. **Design:** Within-subjects N =1 with historical control group. **Participants:** 14 adult patients exposed to psychoeducation and progressive relaxation before being hospitalized and physical activity during hospitalization. **Measuring:** The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used before hospitalization, the day of hospitalization, the medical discharge day and the first follow-up appointment. In addition, the distress thermometer (DT) was used before hospitalization and each day during the hospitalization. An historical control group with 21 patients treated in the same unit was identified, data regarding the number of psychiatric medical consultations, pharmacological requirements and the days of hospitalization were compared among groups. **Results:** The anxiety, depression and distress measures displayed variations within the normal limits. The comparisons among groups revealed that in the intervention group the number of patients who required psychiatric consultations was lower, the mean consultations per patient also was lower and the hospitalization duration was shorter when compared with the control group. **Conclusion:** The intervention allowed to keep the patients' psychological stability and resulted in less psychiatric and pharmacological comorbidity, facts that make follow-up easier.

Keywords: Cognitive behavioral therapy, CBT, multicomponent program

## **Antecedentes**

### **Enfermedades hemato-oncológicas.**

La médula ósea es un tejido ubicado en el centro de los huesos, es ahí donde se encuentran la mayor parte de las células madre hematopoyéticas a partir de las cuales se producen las principales células sanguíneas (hematopoyesis) que pueden clasificarse en: (a) glóbulos rojos, encargados de transportar oxígeno a todo el cuerpo; (b) glóbulos blancos, son las defensas inmunológicas del cuerpo contra infecciones y (c) plaquetas, que ayudan en la coagulación de la sangre ante lesiones o heridas (Provan, Singer, Baglin, & Lilleyman, 2004).

Es en la médula ósea se producen algunas enfermedades hemato-oncológicas; que de acuerdo con los datos estimados por el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) para el 2013, las más frecuentes y causantes del mayor número de defunciones se muestran en la Tabla 1 (National Cancer Institute, 2010). Entre estas, destacan los linfomas que se caracterizan por cifras elevadas de linfocitos que destruyen los tejidos linfoides o invaden tejidos extralinfoideos y las leucemias, en las que se identifica una producción descontrolada de células sanguíneas inmaduras (Hillman, Ault, & Rinder, 2006).

Como parte del tratamiento de estas enfermedades es posible la indicación de un trasplante de célula progenitoras hematopoyéticas (TCPH), nunca de primera línea, pero sí como consolidación de respuesta a tratamientos previos como quimioterapia y/o radiación (National Cancer Institute, 2010) ya que, de acuerdo con la Escuela Europea de Hematología en 2008 (ESH, por sus siglas en inglés), las dosis altas de quimioterapia y radiación, como las utilizadas en este procedimiento, han

demostrado mayor eficacia para eliminar las células de cáncer en comparación con las dosis estándar de los esquemas de tratamiento de primera línea de cada padecimiento y permiten que se reinicie el proceso de hematopoyesis normal.

Tabla 1  
*Enfermedades hemato-oncológicas*

Clasificación	Definición	Número de casos nuevos calculados para 2013	Número estimado de muertes para 2013
Linfoma No Hodgkin	Cáncer de linfocitos (glóbulos blancos); se caracteriza por ganglios linfáticos más grandes de lo normal, fiebre y pérdida de peso.	69 740	19 020
Leucemias	Cáncer que empieza en la médula ósea; se caracteriza por una producción descontrolada de glóbulos inmaduros en el torrente sanguíneo	48 610	23 720
Mieloma múltiple	Cáncer que comienza en las células plasmáticas (glóbulos blancos que producen anticuerpos).	22 350	10 710
Linfoma de Hodgkin	Cáncer del sistema inmunitario que se caracteriza por la presencia de un tipo de célula llamada célula de Reed Sternberg.	9 290	1 180

Adaptado de Instituto Nacional del Cáncer. *El cáncer según su ubicación en el cuerpo: sangre y sistema hematológico*. Fuente: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/por-partes-cuerpo/sangre-sistema-hematologico>

## **Trasplante hematopoyético de células madre.**

### ***Aspectos médicos.***

La Sociedad Americana para el Cáncer en 2012 (ACS, por sus siglas en inglés), definió al TCPH como un procedimiento médico utilizado para restaurar las células madre de la sangre cuando la médula ósea ha sido destruida debido a enfermedad, quimioterapia o radiación. Existen tres tipos básicos de trasplantes, que reciben su nombre dependiendo de la procedencia de las células madre:

- Autotrasplante (trasplante autólogo): las células provienen del propio paciente durante fase de remisión de la enfermedad.
- Alotrasplante (trasplante alogénico): las células son extraídas de un donador compatible, ya sea emparentado con el paciente (relacionado) o no relacionado.
- Isotrasplante (trasplante singénico): las células proceden de un hermano(a) gemelo(a) idéntico (American Cancer Society, 2012).

En cuanto a la fuente de las células madre para el trasplante, se pueden dividir en:

- Médula ósea: Fue la primera fuente de células madre. Son extraídas mediante dos piquetes en los huesos de las pelvis (cadera) bajo anestesia general en quirófano. Actualmente este procedimiento es poco frecuente.
- Sangre periférica: Las células son tomadas del torrente sanguíneo, para ello se coloca un catéter al donador y se le administra un medicamento conocido como factor estimulante de colonias que provoca que las células madre se produzcan con mayor rapidez y salgan al torrente sanguíneo, donde son recolectadas mediante un proceso de donación de plaquetas (aféresis), en el que la sangre que se obtiene pasa por una máquina que recoge las células madre y el resto lo regresa al torrente sanguíneo. Este proceso se puede repetir hasta cinco veces para obtener el número de células necesarias para un TCPH.
- Sangre de cordón umbilical: Indicado para personas que no tienen donador debido a que en la sangra de los recién nacidos se encuentra una gran

cantidad de células madre; después del nacimiento de un bebé, se recolecta la sangre que queda en la placenta y el cordón umbilical. El número de cordones necesarios depende del peso del paciente que recibirá las células (ACS, 2012).

En el caso de los trasplantes alogénicos, además de reemplazar a las células madre dañadas; con frecuencia, las células donadas pueden encontrar y eliminar a las células de cáncer mejor de lo que lo podrían hacer las células del sistema inmunológico de la persona que tuvo cáncer. A esto se le llama efecto “injerto contra leucemia” (ACS, 2012; ESH, 2008).

En los últimos años, se ha incrementado el uso TCPH; de acuerdo con el Grupo Europeo de Trasplante de Médula Ósea (EBMT, por sus siglas en inglés) durante el 2006, en Europa se realizaron 15 389 trasplantes autólogos y 9 661 alogénicos. De los cuales, como se observa en la Tabla 2, la mayoría fueron indicados en pacientes con algún diagnóstico oncológico (ESH, 2008).

Por otro lado, el Centro Internacional para el Estudio de la Sangre y Trasplante de Médula (CIBMTR, por sus siglas en inglés) reportó que en los últimos 25 años el número de trasplantes en Estados Unidos ha mostrado un incremento acelerado; principalmente de 1985 con aproximadamente 1 000 trasplantes, al año 2000 en el que se llevaron a cabo 13 000 TCPH. Posterior a este año, el incremento ha sido gradual, sin embargo, continúa la tendencia con un aumento de 30% para el año 2010 en que se llevaron a cabo más de 17 000 TCPH (Center for International Blood and Marrow Transplant Research, 2011).

Tabla 2  
*Diagnósticos médicos de los pacientes sometidos a TCPH en Europa en el año 2006*

	<u>Trasplante alogénico</u>	<u>Trasplante autólogo</u>	<u>Total</u>
Leucemia mieloide aguda	3 020	811	3 831
Leucemia linfoide aguda	1 690	151	1 841
Leucemia mieloide crónica	620	13	633
Enfermedades linfoproliferativas	1 597	12 572	14 169
Tumores sólidos	85	1 479	1 564
Enfermedades no malignas	1 115	127	1 242
Total	9 661	15 389	25 050

En México no se cuenta con un registro exacto del número de trasplantes realizados; sin embargo, el Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística del Instituto Nacional de Cancerología (INCan, 2012), reportó que entre los años 2008 y 2012 se llevaron a cabo 188 trasplantes en este Instituto, con un pico en los años 2009 y 2010.

En la Figura 3 se puede observar que al igual que en las estadísticas internacionales, en todos los años es más frecuente el trasplante autólogo. Por otro lado, de acuerdo al registro interno de la Unidad de Trasplante de Médula Ósea del INCan, durante los primeros dos meses del año 2013, se llevaron a cabo cinco trasplantes autólogos y tres alogénicos.

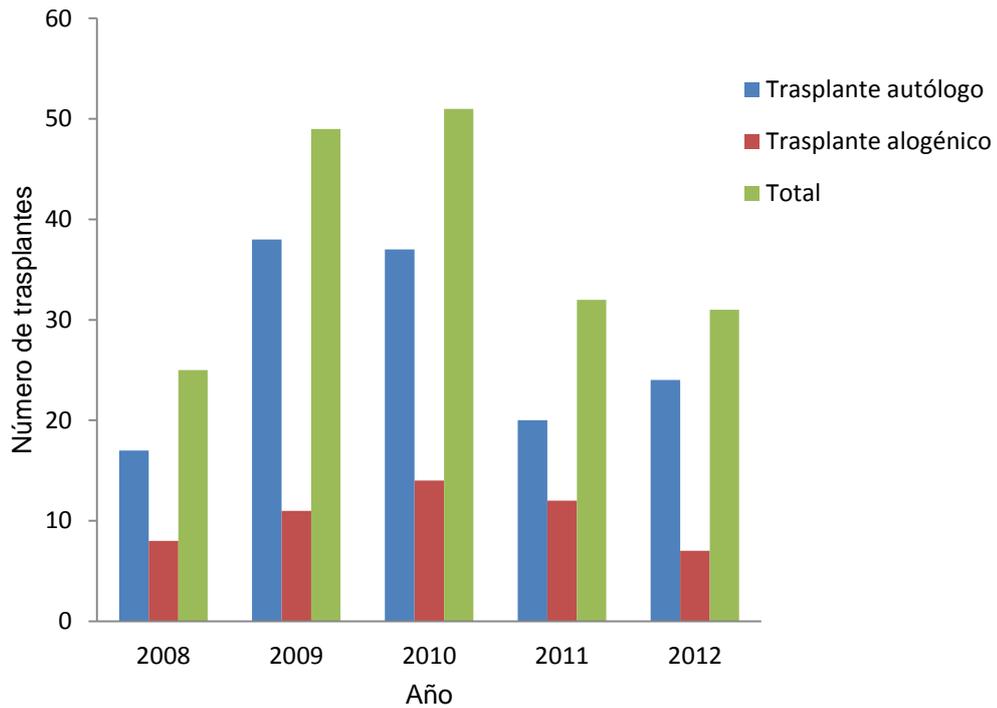


Figura 3. Trasplantes realizados en el Instituto Nacional de Cancerología durante el periodo 2008 - 2012

Independientemente del tipo del trasplante, el procedimiento para llevarlo a cabo es similar; de manera general, se conforma de siete etapas, cuatro de ellas se realizan en consulta externa, (evaluación, preparación, cosecha y seguimiento) mientras que en las otras tres se requiere de hospitalización en estricto aislamiento (acondicionamiento, infusión de células madre y recuperación) (Figura 4). En éstas últimas, el paciente permanece en una habitación a la cual sólo tiene acceso el personal de salud, mientras que el contacto con los familiares se lleva a cabo mediante una ventana sellada que tiene la habitación y un interfon que comunica con el exterior al paciente.

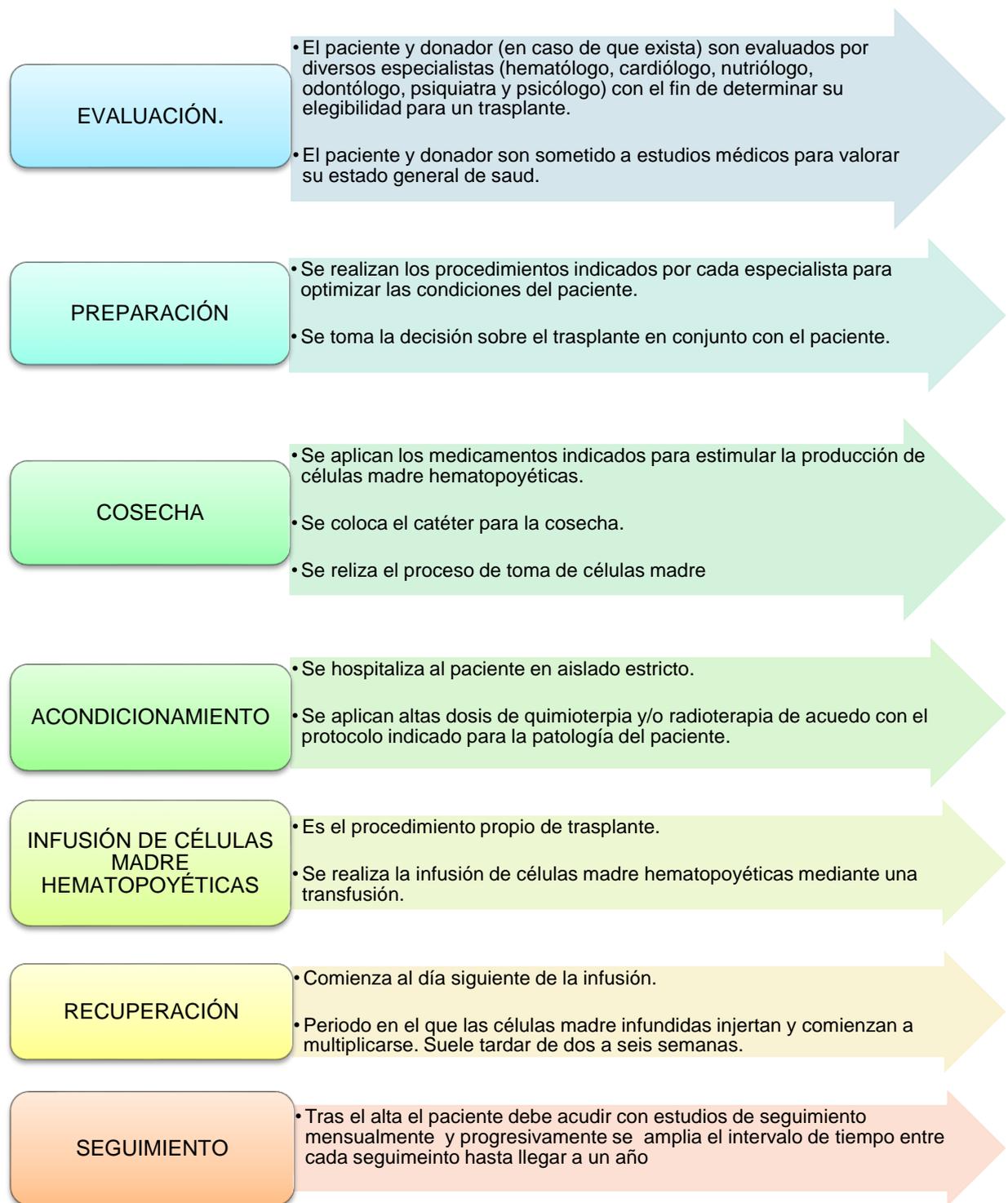


Figura 4. Proceso de trasplante de células madre hematopoyéticas en el Instituto Nacional de Cancerología.

### ***Evaluación psicológica pretrasplante.***

El diagnóstico hemato-oncológico y la opción de un tratamiento como el TCPH que, si bien ofrece probabilidad de cura, puede ser potencialmente mortal y con posibles efectos secundarios a largo plazo como dermatitis, complicaciones gastrointestinales, infertilidad y problemas respiratorios y cardiacos entre otros. Los anteriores son factores que fácilmente generan morbilidad psicosocial, particularmente de trastornos adaptativos (ESH 2008; Fritzsche, Struss, Stein, & Spahn, 2003)

Es por ello que se debe considerar una valoración psicológica del candidato a trasplante capaz de identificar su estado cognitivo y emocional; así como los recursos conductuales que favorecerán o dificultarán el proceso de TCPH (ESH, 2008). De manera particular, se busca determinar sus competencias para entender y consentir el trasplante, enfrentar el proceso y conocer los aspectos a enfatizar, modular o rectificar en la preparación psicológica que debe llevarse a cabo durante el TCPH (Ascencio, 2011). De igual forma, debe ser evaluada la historia de adherencia terapéutica del candidato a trasplante, ya que la falta de apego al tratamiento está relacionado con complicaciones tanto en el éxito del procedimiento como en el desarrollo de lesiones crónicas (Smith & McDonald, 2005).

En el caso de los trasplantes alogénicos, se agrega a los factores estresantes la búsqueda de donador compatible, que es un proceso largo y costoso valorado como difícil por los pacientes y caracterizado por el miedo y la incertidumbre de encontrar o no un donador; mientras que en los pacientes sometidos a trasplante autólogo, la obtención de células madre puede convertirse en un proceso complejo debido a

efectos secundarios de tratamientos previos en la médula ósea como una producción lenta o deficiente de células madre, lo que en algunos casos obliga a realizar varios procedimientos de cosecha (ESH, 2008).

De acuerdo con Trask et al. (2002), al momento de la evaluación pre-trasplante, el 50% de los candidatos reportó distrés, mientras que en la evaluación de ansiedad se obtuvieron niveles de bajos a moderados y en depresión puntajes bajos.

En cuanto a los factores predictores sociodemográficos relacionados con calidad de vida durante el trasplante, se cuenta con evidencia moderada de que los adultos presentan mejor funcionamiento social en comparación con pacientes jóvenes; las mujeres presentan con mayor frecuencia sintomatología depresiva, además, su reincorporación al trabajo se logra con menor frecuencia y toma más tiempo que en los hombres (Braamse et al., 2012). El apoyo familiar y social se ha asociado con mejoría en calidad de vida (Molassiotis, Van den Akker, & Boughton, 1997), se tiene evidencia moderada de que la ausencia de dicho apoyo predice depresión (Braamse et al., 2012).

En relación a los mediadores psicológicos durante el proceso de trasplante, se tiene evidencia sólida de que el distrés psicológico pretrasplante predice distrés psicológico postrasplante (Braamse et al., 2012), así como un estilo de afrontamiento evitativo incrementa los síntomas comunes de cáncer en los seis meses siguientes al TCPH (Schoulte, Lohnberg, Tallman, & Altmaier, 2011) y tiene una correlación positiva con el desarrollo de trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Jacobsen et al., 2002). Mientras que el estado funcional físico y emocional del paciente han mostrado una correlación alta con autorreporte de recuperación

durante el trasplante (Andorsky, Loberiza, & Lee, 2006). Con base en lo anterior diversos autores han enfatizado en la necesidad de realizar una evaluación integral de los pacientes y que reciban apoyo psicológico durante este proceso (Fritzsche et al., 2003; Sherman, Simonton, Latif, Spohn, & Tricot, 2004).

Esta necesidad de evaluación psicológica ante un TCPH se ve reflejado en nuestro país en la Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-003-SSA-1994 para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos, que señala que los establecimientos de salud deberán tener entre el equipo médico encargado de trasplantes a un psicólogo o psiquiatra.

En la Tabla 3 se muestran los instrumentos psicológicos que han sido utilizados en diversos estudios para la valoración de los pacientes candidatos a trasplante de médula ósea; cada uno ellos con objetivos específicos, sin embargo, la mayoría no han sido adaptados y/o validados en población oncológica mexicana.

En el contexto mexicano, Ascencio en 2011, propuso una batería de pruebas para valoración de pacientes adolescentes candidatos a trasplante, consta de una entrevista y ocho pruebas psicométricas (Test de ansiedad rasgo estado, Inventario de depresión de Beck, Cuestionario de 16 factores de personalidad, cuestionario sobre el estado de salud, escala de autoestima de Rosenberg, test de agilidad mental, miniexamen cognoscitivo y test gestáltico visomotor de Laretta Bender); sin embargo, no se reportan resultados obtenidos para esta evaluación.

Tabla 3  
Instrumentos de evaluación utilizados en pacientes candidatos a trasplante de médula ósea.

Variable	Instrumento	Estudio que lo utilizó
Calidad de vida	European Organization for Research and Treatment of Cancer – Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30)	Jarden, Baadsgaard, Hovgaard, Boesen, & Adamsen, (2009)
		Jarden, Hovgard, Boesen, Quist, & Adamsen, (2007)
		Sherman et al., (2004) Jarden et al. (2009)
Funcionalidad	Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT-Anemia)	Jarden et a. (2007)
		Lee et al. (2005)
		Díez-Campelo et al. (2004) Jarden et al. (2009)
Ansiedad	Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Trask et al. (2002)
		Jarden et al. (2007)
		Lee et al. (2005)
		Grulke, Bailer, Kächele, & Bunjes (2005)
		Sherman et al. (2004)
Depresión	Beck Depression Inventory (BDI) SCL-SAS	Lee et al. (2005)
		Jarden et al. (2009)
		Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS-17)
Distrés	Distress Thermometer (DT)	Trask et al. (2002)
		Lee et al. (2005)
Estrés postraumático	Patient Health Questionnaire – Post Traumatic Stress Disorder (PHQ-PTSD).	Lee et al. (2005)
Estado de ánimo	Profile of Mood States (POMS)	Grulke et al. (2005)
Sintomatología psicológica	The Efficient Brief Symptom Inventory (BSI)	Sherman et al. (2004)
Adhesión	Carnet de adherencia	Jarden et al. (2009) Jarden et al. (2009)
Calidad del sueño	Autorreportes	Rischer, Scherwath, Zander, Koch, & Schulz-Kindermann (2009)
Alteraciones de sueño	Diario de sueño	Rischer et al. (2009)
Evaluación especializada	Transplant Evaluation Rating Scale	Hoodin & Kalbfleisch (2003)

### ***Intervención psicológica durante trasplante.***

Una vez iniciado el proceso de trasplante, se ha observado que la sintomatología psicológica, principalmente de ansiedad, distrés y depresión se presenta con mayor intensidad el día de la hospitalización y previo a la infusión de las células madre. Una semana después puede observarse una disminución tanto en ansiedad como depresión (Fife et al., 2000). Sin embargo, en algunos casos se mantiene y los pacientes llegan a integrar criterios diagnóstico para trastornos mentales, siendo el más frecuente el trastorno adaptativo (Fritzsche et al., 2003).

En relación a la atención psicológica con esta población, se han propuesto diversas intervenciones psicológicas con diferentes focos de atención; algunas muestran énfasis en brindar información clara y oportuna al paciente sobre su padecimiento y el TCPH (Krasuska, Dmoszyńska, Daniluk, & Stanislawek, 2002); otras han demostrado que la relajación es eficiente para el manejo de estrés, ansiedad y depresión durante la hospitalización (Luebbert, Dahme, & Hasenbring, 2001; Kim & Kim, 2005). Por otro lado, el ejercicio físico durante el periodo de internamiento, se relaciona con mejoría en la calidad de vida del paciente (Courneya, Keats, & Turner, 2000), además de tener efectos positivos en fatiga y capacidad física, así como reducción del estrés (Wiskemann et al., 2011).

Finalmente se han implementado programas multicomponentes que incluyen psicoeducación sobre la capacidad física, relajación progresiva muscular y un programa de actividad física; los cuales han reportado mejoría significativa en la conservación de la fuerza muscular (Jarden et al., 2007), disminución en la intensidad de la diarrea (Jarden et al., 2009), menor tiempo de requerimiento de

nutrición parenteral (Jarden et al., 2009) y menor pérdida de funcionalidad física (Jarden et al., 2007). En relación a ansiedad y depresión, estos programas no reportan diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control, sin embargo, se observa una tendencia a favor del grupo de intervención en calidad de vida y funcionamiento psicológico. Cabe resaltar que ambos grupos se mantuvieron en rangos normales durante el proceso de trasplante (Jarden et al., 2009).

Courneya et al. (2000) han destacado la importancia de realizar actividad física durante el trasplante, lo que es congruente con lo reportado por el Colegio Americano de Medicina del Deporte, que refiere que la actividad física moderada de corta duración produce cambios positivos en el sistema inmune, al mismo tiempo que limita el incremento de la producción de hormonas del estrés y citocinas. Sin embargo, el efecto es a corto plazo, por lo que cada sesión de ejercicio representa un avance temporal para la producción de defensas del sistema inmune (Kaminsky, 2006).

En México, Martínez (2009) reportó un caso único de una paciente sometida a trasplante alogénico, en el que se llevó a cabo un programa de cinco sesiones que incluyó psicoeducación, respiración diafragmática, relajación con imaginería y reestructuración cognitiva; que permitió a la paciente controlar su estado emocional a pesar de enfrentarse a diferentes eventos estresantes que dificultaron el proceso de adaptación.

## **Justificación**

En los últimos años se ha observado un incremento mundial y nacional en la frecuencia de los trasplantes hematopoyéticos de células madre (ESH, 2008) (Figura 3); el cual ha demostrado ser eficaz para el control de diversas enfermedades hematológicas (ACS, 2012). Sin embargo, se ha asociado a comorbilidades psicológicas y sociales de gran impacto en la calidad de vida de los pacientes a corto y largo plazo, debido a que es un procedimiento médico invasivo; en el que los sujetos presentan malestar físico como resultado de la toxicidad de los medicamentos utilizados. Además, la necesidad de aislamiento estricto provoca condiciones de privación social y pérdida de independencia, así como periodos prolongados de incertidumbre en relación a la eficacia del procedimiento y posibles cambios en la imagen corporal (Fife, et al., 2000).

En este sentido, diversos estudios internacionales muestran una tendencia hacia la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales para el manejo de la sintomatología psicológica durante el TCPH (Krasuska et al., 2002; Luebbert et al., 2001; Kim & Kim, 2005; Courneya et al., 2000; Wiskemann et al., 2011; Jarden et al., 2007; Jarden et al., 2009) (Tabla 4). En el caso particular de México, se encontró un programa evaluación (Ascencio, 2011) que hasta el momento no cuenta con estudios sobre su eficacia y un programa de intervención cognitivo conductual (Martínez, 2009).

Tabla 4  
Intervenciones psicológicas realizadas en pacientes sometidos a trasplante de médula ósea

Estudio	Objetivo	Población	Elementos de la intervención	Resultados	Limitaciones
Courneya et al. (2000). Physical exercise and quality of life in cancer patients following high dose chemotherapy and autologous bone marrow transplantation. <i>Psychooncology</i> , 9(2), 127-136.	Examinar el papel del ejercicio en la calidad de vida y problemas psicosociales en pacientes sometidos a TCPH.	25 pacientes sometidos a HSTC.	Las enfermeras y médicos motivaban a los pacientes a realizar ejercicio.  No hay programa estructurado de ejercicio, los pacientes podían solicitar de manera voluntaria una bicicleta estática y realizar ejercicio.	Diferencias significativas bienestar (social, emocional, físicas, bienestar funcional y adicionales).  Correlación entre ejercicio y calidad de vida, a excepción de bienestar social y emocional.  No hay correlación entre características médicas/ demográficas y ejercicio/calidad de vida.	Metodología débil.  Se incluyeron pacientes con complicaciones médicas.  Muestra pequeña.  Autorregistro de actividad física.
Kim, S.D. & Kim, H. S. (2005). Effects of a relaxation breathing exercise on anxiety, depression, and leukocyte in hematopoietic stem cell transplantation patients. <i>Cancer nursing journal</i> , 28(1), 79-83.	Investigar el efecto de los ejercicios de respiración como relajación en ansiedad, depresión y conteo de leucocitos en pacientes sometidos a trasplante de células madre.	35 pacientes (18 en grupo de intervención y 17 en grupo control).  Exclusión de pacientes con tratamiento para depresión o ansiedad.	Antes de la hospitalización, al grupo de intervención se les dio una audiocinta con ejercicios de respiración (30 minutos).	Diferencia significativa en ansiedad y depresión.  No se encontraron diferencias en conteo de leucocitos.	Muestra pequeña.  Sesgo en la selección de participantes.
Jarden et al. (2007). Pilot study of a multimodal intervention: mixed-type exercise and psychoeducation in patients undergoing allogeneic stem cell transplantation, <i>Bone marrow transplantation</i> , 40(8), 793 – 800.	Evaluar la viabilidad, seguridad y beneficios en la capacidad física y funcional de un programa multicomponente en pacientes sometidos a trasplante alogénico hematopoyético de células madre.	19 pacientes residentes de Dinamarca, entre 19 y 65 años.  78% con diagnóstico oncológico  92% realizaban actividad física baja o regular antes del trasplante	Psicoeducación cinco días por semana.  Relajación progresiva muscular, dos veces por semana, durante 20 minutos  Ejercicio físico supervisado durante cuatro a seis semanas.	No se reportaron reacciones secundarias asociados a ejercicio físico  No se encontraron diferencias en capacidad física y funcional.  Diferencia estadística en estiramientos de pectorales y piernas entre grupo de intervención y grupo control.	No considera sintomatología psicológica como ansiedad o depresión.  Muestra pequeña.

<p>Jarden et al. (2009). A randomized trial on the effect of a multimodal intervention on physical capacity, functional performance and quality of life in adults patients undergoing allogeneic SCT, <i>Bone marrow transplantation</i>, 43(9), 725-737</p>	<p>Evaluar el efecto de un programa multimodal estructurado y supervisado en pacientes sometidos a trasplante alogénico mieloablatoivo de médula ósea</p>	<p>42 sujetos sometidos a trasplante mieloablatoivo</p> <p>69% de los participantes tenían una vida sedentaria o realizaban actividad física menos de tres horas por semana</p>	<p>Psicoeducación cinco días por semana.</p> <p>Relajación progresiva muscular, dos veces por semana, durante 20 minutos</p> <p>Ejercicio físico supervisado durante cuatro a seis semanas: (a) bicicleta estática cinco días por semana, (b) ejercicios de estiramiento cinco días por semana y (c) ejercicios de resistencia tres días por semana</p>	<p>Diferencias significativas en capacidad física a favor del grupo de intervención.</p> <p>Diferencia estadísticamente significativa en reducción diarrea.</p> <p>No hay diferencias significativas en ansiedad ni depresión.</p> <p>No hay diferencias significativas en calidad de vida.</p>	<p>El grupo control presentó en evaluación inicial una media ubicada en el borde entre sin ansiedad y con sintomatología leve.</p> <p>Muestra pequeña</p> <p>Estudio abierto, no se ocultó ni a los participantes ni al equipo de salud el grupo de pertenencia de los sujetos (control o intervención).</p> <p>Al grupo control se le permitió incrementar la actividad física libremente.</p>
<p>Martínez, R. (2009). <i>Reporte de experiencia profesional</i> (Tesis de maestría).</p>	<p>Implementar un programa cognitivo conductual para la preparación psicológica para un trasplante de médula ósea o de CPH en receptores y/o donadores adultos</p>	<p>Reporte de caso, paciente femenino de 32 años con diagnóstico de Leucemia Mielóide Crónica sometida a TCPH.</p>	<p>Programa de cinco sesiones que incluyó psicoeducación, respiración diafragmática, relajación con imaginación y reestructuración cognitiva</p>	<p>Permitió a la paciente controlar su estado emocional a pesar de enfrentarse a diferentes eventos estresantes que dificultaron el proceso de adaptación.</p>	<p>Programa con múltiples componentes en corto tiempo.</p>
<p>Wiskemann et al (2011). Effects of a partly self-administered exercise program before, during, and after allogeneic stem cell transplantation. <i>Blood</i>, 117(9), 2604-2613.</p>	<p>Identificar los beneficios de la actividad física durante el trasplante hematopoyético de células madre.</p>	<p>105 participantes de dos Hospitales.</p> <p>Media de edad 48.8 y un rango de 18 a 71 años. 75% tenían una vida sedentaria previo al trasplante.</p>	<p>Programa de ejercicio de una a cuatro semanas antes de la hospitalización y terminado hasta la semana seis u ocho después del alta.</p>	<p>Diferencias significativas en fatiga.</p> <p>Puntaje superior del grupo de intervención en todas las escalas del EORTC, la escala de ansiedad del HADS y distres.</p>	<p>No se utilizó la prueba de capacidad de resistencia ideal.</p> <p>Reportan pérdida de datos en el registro de ejercicio.</p> <p>Uso de podómetros en el grupo control, lo que se ha demostrado incrementa la actividad física.</p>

Como se puede observar en la Tabla 4, en los estudios de intervención multicomponentes, un porcentaje amplio de sus participantes realizaban actividad física con regularidad antes del trasplante (Jarden et al., 2007; Jarden et al, 2009) mientras que en la población adulta sana mexicana, la prevalencia de inactividad física aumentó 47.3% en los últimos seis años (Medina, Barquera, & Janssen, 2012), en población oncológica no se cuenta con datos. Se debe considerar además que las instalaciones de la Unidad de Trasplante de Médula Ósea del Instituto Nacional de Cancerología, no cuenta con la infraestructura necesaria para replicar los estudios (bicicleta estática, aparatos de ejercicio ni equipo de medición).

Por otro lado, la evidencia sobre su impacto en variables psicológicas como ansiedad y depresión aún es limitada, ya que sólo Kim y Kim (2005) han encontrado diferencias en estas variables, mientras que los demás estudios no las consideraron o no obtuvieron diferencias.

En virtud de lo anterior se considera necesario evaluar el efecto de las técnicas cognitivo conductuales en variables psicológicas como ansiedad, depresión y distrés, así como adaptarlos y evaluar su eficacia en la población del Instituto Nacional de Cancerología.

## **Planteamiento del problema**

El presente estudio busca evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual sobre ansiedad, depresión, distrés, calidad de vida y fatiga; así como variables médicas en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético de células madre.

## **Objetivos**

Evaluar el efecto de una intervención cognitivo conductual sobre variables psicológicas (ansiedad, distrés, depresión, calidad de vida y fatiga) y médicas (días de estancia hospitalaria, interconsultas a psiquiatría, medicamentos psiquiátricos indicados durante la hospitalización) en pacientes hospitalizados para TCPH.

## **Método**

### **Participantes**

Se invitó a participar a todos los pacientes que fueron enviados por sus médicos tratantes a valoración a la Unidad de Trasplante de Médula Ósea, durante los meses de septiembre del 2012 a enero de 2013. A aquellos que aceptaron participar se les realizó una evaluación psicológica que servía como evidencia para emitir un informe al médico titular de la unidad sobre los principales hallazgos y recomendaciones del servicio.

Todos los sujetos fueron evaluados sin efectos secundarios a corto plazo de quimioterapia, en aquellos pacientes que se solicitó valoración durante la administración de fármacos, ésta se pospuso hasta la recuperación hematológica.

En la Tabla 5 se presentan los criterios por los cuales un paciente era considerado no apto para ser sometido a TCPH desde el punto de vista de psicología y las acciones indicadas en cada caso; en cualquier caso eran eliminados del estudio.

Tabla 5  
Criterios para considerar no apto a un paciente para ser sometido a trasplante y acciones indicadas en cada caso

Criterio	Acción a seguir
Nivel grave de ansiedad y/o depresión en HADS	Referir al paciente a psiquiatría y psicooncología para su adecuado tratamiento.
Cumple criterios para algún trastorno mental activo	Referir al paciente a psiquiatría y psicooncología para su adecuado tratamiento.
Puntaje mayor a ocho en el termómetro de distrés	Referir al paciente a psiquiatría y psicooncología para su adecuado tratamiento.
Decisión del paciente	Referencia con médico de la UTMO para toma de decisión conjunta.

Basados en las condiciones mínimas requeridas para llevar a cabo el programa de actividad física; se consideraron como criterios de eliminación para el presente estudio los factores mostrados en la Tabla 6, debido a los impedimentos físicos y los riesgos a la salud del sujeto.

Tabla 6  
*Criterios de eliminación para llevar a cabo la intervención cognitivo conductual*

---

- Trastorno motor.
  - Contraindicación de médico tratante para realización de actividad física
  - Metástasis a hueso.
- 

De acuerdo con los registros internos de la unidad de trasplante de médula ósea del INCan, en los últimos cinco años se hicieron un promedio de 2.5 trasplantes por mes (Figura 3, pág. 24); considerando que el estudio duró cuatro meses efectivos (tomando en cuenta el cierre de la unidad para mantenimiento, durante el mes de diciembre) se calculó la participación de 12 pacientes.

Por otro lado, se conformó un grupo histórico integrado con pacientes sometidos a TCPH de marzo a agosto del 2012; se consideraron estos participantes ya que fueron tratados por el mismo equipo de salud (médicos y enfermeras), lo que permitió homogenizar los criterios de atención y toma de decisiones.

### **Diseño**

Se trató de un diseño N = 1 con réplicas con grupo control histórico, en el que se llevó a cabo una intervención cognitivo conductual más un programa e actividad física. Como parte del control sobre el efecto Hawthorne<sup>1</sup>; al invitar a los candidatos a participar en el estudio, se les explicó que se evaluarían aspectos de cómo se siente emocionalmente, sin aclarar las variables psicológicas y médicas

<sup>1</sup>El Efecto Hawthorne indica que el comportamiento de los sujetos que son sometidos a estudio se ve afectado por el sólo hecho de saber que están siendo estudiados

dependientes del estudio. Al concluir el estudio se les reveló las variables evaluadas. Por otro lado, todas las evaluaciones e intervenciones fueron realizadas por el residente de medicina conductual con el fin de homogenizar las preguntas e instrucciones.

### **Variables**

La variable independiente del estudio es el programa cognitivo conductual multicomponente, conformado por cuatro técnicas que se describen en la Tabla 7 y que fueron consideradas por su eficacia en estudios previos (Courneya et al., 2000; Kim & Kim, 2005; Jarden et al., 2007; Jarden et al., 2009; Wiskemann et al., 2011). Se utilizó la relajación progresiva muscular pasiva en consideración al uso de catéter de alto flujo durante la estancia hospitalaria y los efectos secundarios de la quimioterapia como la disminución de plaquetas, así como el riesgo de hemorragia que conlleva.

Como variables dependientes se consideraron ansiedad, depresión, distrés, calidad de vida y fatiga (Tabla 8); las cuales fueron medidas con los instrumentos utilizados con mayor frecuencia en estudios previos. Las variables dependientes de comparación con grupo control histórico se describen más adelante.

Tabla 7  
Intervención cognitivo conductual durante trasplante hematopoyético de células madre

Sesión	Objetivo	Técnica	Material	Criterio de evaluación
1	<p>Fomentar y promover la salud a través de la modificación de actitudes, aptitudes y hábitos, en sentido positivo e incrementar el cumplimiento terapéutico (Marqués, Sáez, &amp; Guayta, 2004).</p> <p>Promoción de la prevención vista como un acto participativo que implica la toma de decisiones; dicho cambio comportamental debe mantenerse en el tiempo (Reynoso-Erazo y Carrascoza-Venegas, 2011).</p>	<p>Educación para la salud: Estrategia de intervención educativa a través de un proceso dinámico de enseñanza aprendizaje dirigido a una población enferma (Marqués, Sáez, &amp; Guayta, 2004).</p> <p>Psicoeducación: Técnica que brinda información a través de distintos medios, capaz de provocar emociones y cambios conductuales (Reynoso-Erazo y Carrascoza-Venegas, 2011).</p>	<p>Manual: "Guía para pacientes candidatos a trasplante de médula ósea" (Anexo 4).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ¿Qué es el trasplante de médula ósea?</li> <li>2. ¿Cuáles son los tipos de trasplante?</li> <li>3. ¿Qué se debe hacer antes del trasplante?</li> <li>4. ...Y una vez internado...</li> <li>5. ...Después del trasplante ¿Qué sigue?</li> </ol>	<p>Los pacientes fueron capaces de describir de manera general el proceso de trasplante e identificaron la importancia de su participación activa y responsable durante el proceso</p>
2 – 4	<p>Entrenar al sujeto en una técnica efectiva para disminuir la sensación subjetiva de ansiedad (dependiente de la tensión muscular) que pudiera presentar durante el procedimiento.</p>	<p>Relajación progresiva muscular pasiva: Variante de la relajación progresiva muscular desarrollada por Edmund Jacobson (1938). En esta técnica no se realizan ejercicios de tensión; únicamente se relajan los grupos musculares.</p>	<p>Versión adaptada de la técnica propuesta por Schwartz y Haynes en 1974, con una duración aproximada de 20 minutos.</p>	<p>Reporte subjetivo del paciente de dominio y efectos de la técnica.</p>
Hospitalización	<p>Mantener activo al sujeto durante la hospitalización y conservar la fuerza muscular.</p>	<p>Actividad física. Realización de una actividad física de forma estructurada, planificada, repetida (Rodes, Piqué, &amp; Trilla, 2007).</p>	<p>Rutina de actividad física recuperado del programa de actividad física para pacientes con hipertensión Fase I (Reynoso, 2012) (Anexo 5).</p>	<p>Registro de enfermería. Actividades realizadas por el sujeto que reflejaran la fuerza muscular.</p>

Tabla 8  
Definición de las variables dependientes

	Definición conceptual	Definición operacional
Ansiedad.	<p>Respuesta adaptativa que se compone de distintas manifestaciones físicas y mentales; cuya característica principal es su carácter anticipatorio, es decir, prever o señalar el peligro o amenaza para el individuo confiriéndole un valor funcional importante, que permite la activación, ya sea protectora o de preservación del sujeto (Miguel-Tobal, 1996; Sandín &amp; Chorot, 1995).</p>	<p>Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) Versión adaptada a la población colombiana, con un <math>\alpha = 0.86</math> (Rico, Restrepo, &amp; Molina, 2005) (Anexo 3).</p>
Depresión.	<p>Presencia de síntomas afectivos, cognitivos y conductuales, caracterizado por una pérdida en el interés de las cosas, percepción de enlentecimiento y falta de energía para realizar actividades (Alberdi, Taboada, Castro, &amp; Vázquez, 2003).</p>	
Distrés.	<p>Experiencia displacentera multifactoral de naturaleza psicológica (cognitiva, conductual o emocional) que interfiere con la habilidad para enfrentar efectivamente el cáncer y sus síntomas físicos y/o tratamiento (Almanza-Muñoz, Juárez, &amp; Pérez, 2008).</p>	<p>Termómetro de Distrés (DT) Versión adaptada a la pacientes mexicanos con cáncer, con una sensibilidad de 93% y especificidad de 76% (Almanza-Muñoz, Juárez, &amp; Pérez, 2008) (Anexo 3).</p>
Calidad de vida	<p>Concepto multidimensional que consiste en la sensación de bienestar experimentada por la persona y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales de sentirse bien (Velarde-Jurado &amp; Ávila-Figueroa, 2002)</p>	<p>Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para el Estudio y Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ C30), versión 3 en español neutral; acompañado del cuestionario de información (EORTC QLQ-INFO 25) (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2001) (Anexo 3).</p>
Fatiga.	<p>Percepción subjetiva de cansancio y falta de energía para realizar actividades.</p>	<p>Escala Visual Análoga (EVA) (Anexo 3).</p>

## Procedimiento

En coordinación con la Unidad de Trasplante de Médula Ósea, se contactó a todos los pacientes enviados a valoración para TCPH y se les explicó el objetivo y procedimiento general del estudio; en caso de aceptar a participar voluntariamente, se revisó detalladamente con el paciente y un familiar el consentimiento informado (Anexo 1) y se confirmó su colaboración. En caso de que el paciente no deseara participar, se canalizaba al servicio de psicooncología, donde era evaluado mediante una entrevista semiestructurada con alguno de los psicólogos adscritos del servicio.

Con los pacientes que aceptaron participar en el estudio, se iniciaba inmediatamente con el proceso de evaluación que fue dividido en dos sesiones en consideración al tiempo y el desgaste de los pacientes:

- Sesión de evaluación 1:
  - Entrevista semiestructurada en la que se recopilaban datos sociodemográficos, antecedentes médicos y psicológicos de importancia, consciencia de enfermedad, conocimiento y expectativas del procedimiento y apoyo social (Anexo 2).
  - Evaluación de distrés mediante el termómetro de distrés (DT) (Anexo 3).
  
- Sesión de evaluación 2:
  - Evaluación de ansiedad y depresión (HADS) (Anexo 3).
  - Calidad de vida (EORTC) (Anexo 3).
  - Fatiga (EVA) (Anexo 3).

Las sesiones subsecuentes, tanto de evaluación como de intervención, se agendaron en fechas que coincidieran con citas médicas del paciente, con el fin de no incrementar sus visitas al Hospital.

Una vez finalizado el proceso de evaluación, se emitió un informe con las observaciones y recomendaciones de psicología al jefe de la Unidad de Trasplante de Médula Ósea. Éste se integraba a las notas de los demás especialistas (psiquiatría, nutrición, odontología, medicina interna e infectología) y resultado de estudios médicos; con todo lo anterior el médico trasplantólogo emitía su decisión sobre la viabilidad del trasplante y, en caso de ser aprobado, se programaban fechas para cosecha. Los pacientes que se consideraron no aptos en ese momento, eran enviados con el hematólogo tratante y al servicio de psicooncología de su hospital para seguimiento.

Con los pacientes aceptados para TCPH, se programaron citas para llevar a cabo el programa de intervención cognitivo conductual; del cual las primeras cuatro sesiones (psicoeducación, educación para la salud y relajación progresiva muscular pasiva) se llevaron a cabo previo a la hospitalización del paciente, mientras que el programa de actividad física se inició el día de ingreso a la UTMO y se llevó a cabo durante toda la estancia hospitalaria a excepción de los días que los resultados de laboratorio reportaron recuento menor a 10 000 plaquetas (Tabla 7).

Debido a la gran demanda del servicio, así como los requerimientos médicos mínimos para la realización del TCPH, en algunos casos puede retrasarse la hospitalización para llevar a cabo el procedimiento; ante esto, en caso de que el tiempo transcurrido entre la finalización del programa de entrenamiento y la

hospitalización fuera mayor a un mes, se reforzaron las técnicas cognitivo conductuales con el paciente a fin de evitar el desvanecimiento, para ello se programó una sesión previa al ingreso a la UTMO en la cual se reforzó la información de psicoeducación y educación para la salud y se realizaron ejercicios de relajación progresiva muscular pasiva.

En caso contrario, que el tiempo entre la referencia para su evaluación y la fecha de hospitalización fuera menor a una semana, se ajustaron los tiempos entre las sesiones con el fin de brindar el programa completo pero en menor tiempo.

Durante la estancia hospitalaria, con cada paciente, se realizó un monitoreo cercano de las variables consideradas en la evaluación. Se determinaron los momentos en que se realizaron las mediciones (Tabla 9).

Tabla 9  
*Momentos de evaluación durante estancia hospitalaria*

Variable	Instrumento de medición	Momento de evaluación
Ansiedad y depresión.	HADS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación pretrasplante</li> <li>• Día de hospitalización.</li> <li>• Día alta hospitalaria</li> <li>• Primer consulta de seguimiento</li> </ul>
Distrés.	DT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación pretrasplante</li> <li>• Diario al finalizar el pase de visita</li> </ul>
Calidad de vida	EORTC QLQ 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación pretrasplante</li> <li>• Primer consulta de seguimiento (una semana después del alta)</li> </ul>
Fatiga.	EVA fatiga	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación pretrasplante</li> <li>• Diario durante estancia hospitalaria</li> </ul>

Una vez hospitalizado el paciente, se consideró falla de intervención cuando en la evaluación mediante el HADS se obtuvieron puntuaciones mayores a ocho en ansiedad y nueve en depresión (Rico et al., 2005) y/o el paciente reportara cuatro o más en el DT (Almanza-Muñoz et al., 2008); en cuyo caso se solicitó valoración de psiquiatría ante el posible requerimiento de fármacos; así como interconsulta al servicio de psicooncología. Cabe resaltar que la toma de decisión para valoración por psiquiatría durante la estancia hospitalaria fue tomada por los médicos (residente o jefe de UTMO) o a sugerencia del personal de enfermería. Por otro lado, el servicio de psiquiatría no contó con información sobre la implementación de este estudio con el fin de evitar sesgos en los diagnósticos emitidos.

Como parte complementaria al estudio, se obtuvo información de un grupo histórico comprendido por aquellos pacientes que fueron sometidos a TCPH de marzo a agosto del 2012. Se consideró únicamente a pacientes ya que fueron tratados por el mismo equipo de salud (médicos y enfermeras) lo que permite homogenizar moderadamente los criterios de atención y toma de decisiones.

Para las comparaciones entre estos grupos, se obtuvieron datos de los expedientes físicos y electrónicos sobre: (a) la condición médica pretrasplante, (b) las especificaciones del trasplante, (c) la evaluación previa al TCPH por parte del servicio de psiquiatría, (d) los días de estancia hospitalaria, (e) las interconsultas realizadas por psiquiatría, así como (f) los diagnósticos emitidos por dicho servicio y (g) las indicaciones farmacológicas.

## Características de los participantes

Se evaluó a 23 pacientes candidatos a trasplante hematopoyético de células madre, los cuales terminaron la valoración inicial. De estos, 21 fueron considerados aptos para ser sometidos a trasplante desde el punto de vista psicológico; de ellos 14 completaron el programa de intervención propuesto. En la Figura 5 se muestra las razones de muerte experimental de los sujetos iniciales.



Figura 5. Causas de muerte experimental de los participantes a lo largo del estudio.

En la Figura 6 se muestran los resultados de las evaluaciones que fundamentaron la decisión de considerar a los dos sujetos no aptos para el trasplante; dichas evaluaciones fueron contrastadas y confirmadas por el informe emitido por

psiquiatría. Ambos sujetos fueron notificados de la decisión y referidos a los servicios de psicooncología y psiquiatría para recibir tratamiento; dichos servicios en conjunto con el médico tratante del paciente, podrán solicitar una nueva evaluación de los sujetos por parte de la unidad de trasplante en el momento que consideren oportuno.

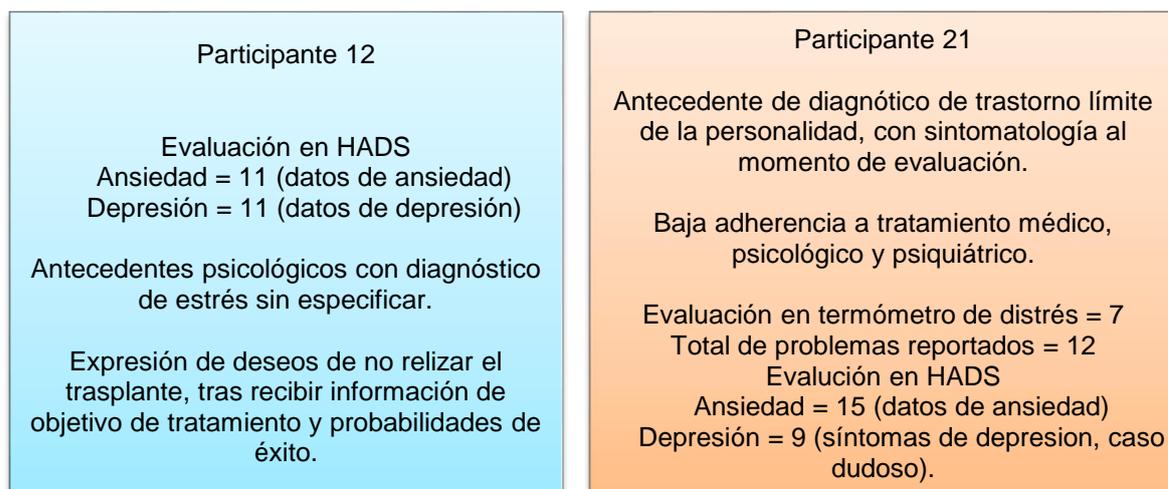


Figura 6. Pacientes considerados no aptos para TCPH por el servicio de psicología

Por otro lado, el grupo histórico se conformó por 21 sujetos, todos los datos presentados fueron retomados de los expedientes electrónicos y físicos. En la Tabla 10 se muestran las características médicas y sociodemográficas del grupo de intervención que completó el programa cognitivo conductual y del grupo control histórico.

Se puede observar que la media de edad del total de los participantes fue de 40 años, con valores similares en ambos grupos (43 en grupo de intervención y 39 en grupo histórico); el 97% de los participantes tenían un diagnóstico oncológico, mientras que sólo una persona (3%) del grupo control presentaba anemia aplásica, el cual es un diagnóstico benigno en el que se indica el TCPH (Tabla 10).

Tabla 10  
*Características médicas y sociodemográficas de los participantes*

	Total (n = 35)	Grupo de intervención (n = 14)	Grupo control histórico (n = 21)
Edad	media (s.d.) 40.9 (14.2)	media (s.d.) 43.6 (15.45)	media (s.d.) 39.05 (13.46)
Sexo	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Mujer	20 (57.1)	7 (50)	13 (61.9)
Hombre	15 (42.9)	7 (50)	8 (38.1)
Estado civil	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Soltero	8 (22.9)	5 (35.7)	3 (14.3)
Casado	17 (48.6)	6 (42.9)	11 (52.4)
Unión libre	4 (11.4)	1 (7.1)	3 (14.3)
Separado	6 (17.1)	2 (14.3)	4 (19)
Religión	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Católico	6 (17.1)	4 (28.5)	2 (9.5)
Cristiano	27 (77.1)	8 (57.1)	19 (90.5)
Agnóstico	2 (5.7)	2 (14.3)	0 (0%)
Nivel de estudios	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Primaria	7 (20)	2 (14.3)	5 (23.8)
Secundaria	6 (17.1)	3 (21.4)	3 (14.3)
Técnico	9 (25.7)	2 (14.3)	7 (33.3)
Preparatoria	8 (22.9)	4 (28.5)	4 (19)
Licenciatura	5 (14.3)	3 (21.4)	2 (9.52)
Diagnóstico	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)	<i>f</i> (%)
Linfoma de Hodgkin	4 (11.4)	2 (14.3)	2 (9.5)
Leucemia	9 (25.7)	2 (14.3)	7 (33.3)
Linfoma No Hodgkin	11 (31.4)	6 (42.9)	5 (23.8)
Mieloma Múltiple	10 (28.6)	4 (28.5)	6 (28.6)
Anemia aplásica	1 (2.9)	0 (0)	1 (4.8)
Tipo de trasplante			
Autólogo	25 (71.4)	12 (85.7)	13 (61.9)
Alogénico	10 (28.6)	2 (14.3)	8 (38.1)
Diagnóstico de psiquiatría			
Sin integrar diagnóstico	24 (68.6)	10 (71.4)	14 (66.6)
Reacción de ajuste a tratamiento	1 (2.9)	0 (0)	1 (4.8)
Tr. depresivo recurrente	1 (2.9)	0 (0)	1 (4.8)
Tr. de ansiedad generalizada	2 (5.7)	1 (7.1)	1 (4.8)
Tr. afectivo	1 (2.9)	0 (0)	1 (4.8)
Episodio depresivo leve	1 (2.9)	0 (0)	1 (4.8)
Sintomatología ansiosa	1 (2.9)	0 (0)	1 (4.8)
Estrés económicos	1 (2.9)	0 (0)	1 (4.8)
Sintomatología depresiva	1 (2.9)	1 (7.1)	0 (0)
Sintomatología afectiva	1 (2.9)	1 (7.1)	0 (0)
Datos clínicos inespecíficos	1 (2.9)	1 (7.1)	0 (0)
Medicamento psiquiátrico al ingreso			
Sin tratamiento	29 (82.8)	12 (80.9)	17 (85.7)
Sertralina	3 (8.6)	0 (0)	3 (14.3)
Citalopram	1 (2.9)	0 (0)	1 (4.8)
Mirtazapina	1 (2.9)	1 (2.9)	0 (0)
Escitalopram + Alprazolam	1 (2.9)	1 (2.9)	0 (0)

## Resultados

De los 23 pacientes evaluados, se encontró que cuatro (17.39%) tenían antecedentes psicológicos previos a diagnóstico médico, de acuerdo con la información brindada por los pacientes, los diagnósticos establecidos fueron: (a) estrés en dos participantes, (b) trastorno por déficit de atención con hiperactividad en un caso y (c) trastorno límite de la personalidad en otro paciente. Durante el proceso de enfermedad, del total de los participantes, tres (13%) recibieron atención psicológica en el INCAN, dos de ellos con diagnóstico de sintomatología depresiva y uno de trastorno adaptativo mixto.

Por otro lado, dos (8.69%) de los participantes tenían antecedentes familiares de tíos de línea materna con algún trastorno mental; uno de trastorno de depresión mayor y uno de trastorno de ansiedad sin especificar.

Al momento de la evaluación 15 (65.2%) de los participantes contaban con noción de enfermedad; al ser capaces de describir de manera general el procedimiento médico a realizar, conocían de manera superficial los objetivos del trasplante y mencionaron parte de los efectos secundarios, principalmente aquellos relacionados con el uso de la quimioterapia. Se consideró que ocho (34.7%) de los participantes tenían conciencia de enfermedad al identificar de manera puntual el objetivo del tratamiento y las probabilidades reales de éxito de acuerdo con su condición médica; el procedimiento a realizar, considerando los tiempos; los riesgos generales del uso de quimioterapia y aquellos particulares en relación con el tipo de trasplante; así como los cuidados requeridos y los profesionales del equipo de salud a quien podrían acudir en caso de ser necesario.

Al revisar el expediente médico, en un participante (4.3%) se encontró baja adherencia al tratamiento, tenía reportes de complicaciones médicas relacionadas con sobredosis de medicamento y falta de cuidados de higiene o reposo posterior a quimioterapia. Dicha información fue confirmada por el paciente y su familiar.

En promedio, los participantes refirieron contar con una red de apoyo de 7.25 ( $\pm$  5.7) miembros; al evaluar la percepción de apoyo, se obtuvo una media de 8 ( $\pm$  0.6); cabe resaltar que el principal apoyo recibido fue emocional y el percibido como más difícil de obtener fue el instrumental; los pacientes refieren que la red de apoyo se reduce significativamente al considerar apoyo instrumental e incluso en cuatro (17.3%) de los casos dicho apoyo recaía en una sola persona.

En la Tabla 11 se muestran los resultados obtenidos en la evaluación inicial del grupo que terminó el programa (n=14), se puede observar que los participantes reportaron una media de 3.3 en valoración de distrés y un promedio de 6.6 problemas, siendo en orden de frecuencia los más importantes: (a) seguridad financiera; (b) miedo, principalmente referido a la necesidad de someterse a un tratamiento nuevo; (c) problemas de transporte; (d) problemas de memoria y concentración y (e) preocupaciones de diversas índoles.

Por otro lado, en la escala de depresión del HADS se obtuvo una media de tres puntos, sin embargo, una persona (7.14%) se consideró como caso dudoso o con síntomas de depresión con siete puntos. En la escala de ansiedad se muestra un promedio de cinco; se presentaron dos casos (14.28%) que se consideraron con ansiedad con 11 puntos (Tabla 11).

En relación con la calidad de vida, los participantes percibieron una calidad de vida buena (75), siendo la escala física la que mostró mejor puntaje (96.6); mientras que en funcionalidad de rol y funcionalidad social se reportaron los desempeños más bajos con 87.1 y 85.6 respectivamente. En cuanto a la sintomatología, se puede observar que el principal problema reportado por los sujetos son dificultades económicas, lo que coincide con lo referido en el termómetro de distrés; mientras que ningún participante reportó síntomas de disnea (Tabla 11).

Tabla 11  
Resultados de instrumentos de medición

Instrumento	Valores Mínimos - Máximos	Valores mínimos y máximos del grupo	Media aritmética del grupo
<b>Termómetro de distrés</b>			
Puntaje reportado	0 – 10	0 – 10	3.3
Total de problemas reportados	0 – 35	0 – 16	6.6
Problemas prácticos	0 – 5	0 – 3	1.1
Problemas familiares	0 – 2	0 – 1	0.18
Problemas emocionales	0 – 3	0 – 5	2
Problemas físicos	0 - 20	0 – 9	3.5
<b>Escala Visual Análoga (EVA)</b>			
Dolor	0 – 10	0 – 6	0.78
Fatiga	0 – 10	0 – 4	1.4
<b>Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)</b>			
Ansiedad	0 – 21	0 – 15	5
Depresión	0 – 21	0 – 11	3
<b>EORTC</b>			
Evaluación global de salud	0 – 100	50 – 91	75
<b>Escalas de funcionalidad</b>			
Funcionalidad física	0 – 100*	66 – 100	96.6
Funcionalidad de rol	0 – 100*	50 – 100	87.1
Funcionalidad emocional	0 – 100*	58 – 100	95.8
Funcionalidad cognitiva	0 – 100*	50 – 100	94.6
Funcionalidad social	0 – 100*	33 – 100	85.6
<b>Escalas de sintomatología</b>			
Fatiga	0 – 100**	0 – 33	7.4
Nausea y vómito	0 – 100**	0 – 33	2.2
Dolor	0 – 100**	0 – 50	7.5
Disnea	0 – 100**	0 – 0	0.0
Insomnio	0 – 100**	0 – 66	9.0
Pérdida de apetito	0 – 100**	0 – 50	6.0
Constipación	0 – 100**	0 – 100	15.1
Diarrea	0 – 100**	0 – 33	3.0
Dificultades financieras	0 – 100**	33 – 100	66.6

\*En las escalas de funcionalidad a mayor puntaje, mejor funcionalidad

\*\*En las escalas de sintomatología a mayor puntaje, peor funcionalidad

De los participantes que completaron el protocolo, con 10 (71%) se terminó el programa de intervención en los tiempos programados; en uno (7.14%) se redujo el número de sesiones debido a la cercanía de la hospitalización y en tres (21.4%) se reforzaron las técnicas planeadas ya que transcurrió más de un mes entre el término del programa de intervención y la fecha de ingreso a la unidad de trasplante.

En la Figura 7 se muestran los promedios de las mediciones diarias de distrés y fatiga durante la estancia hospitalaria; se puede observar un incremento de ambas variables en los días periféricos a la infusión de células madre (Día 0), así como un incremento de distrés entre los días ocho y once, en los que se estima la recuperación hematológica. Los pacientes refirieron esos días como decisivos sobre la eficacia de trasplante refiriendo pensamientos como “ya quiero que peguen las células, así me empezaré a recuperar”, “si injertó<sup>2</sup> quiere decir que las células están funcionando”.

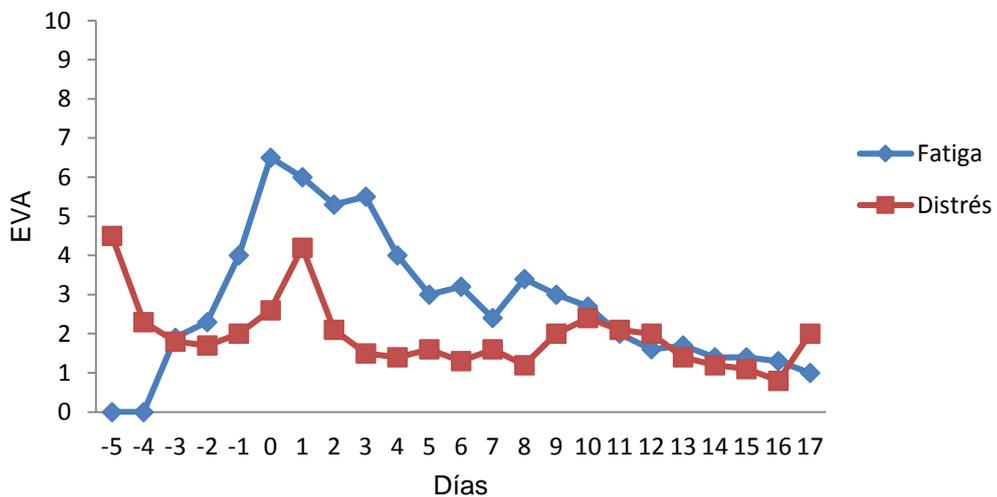
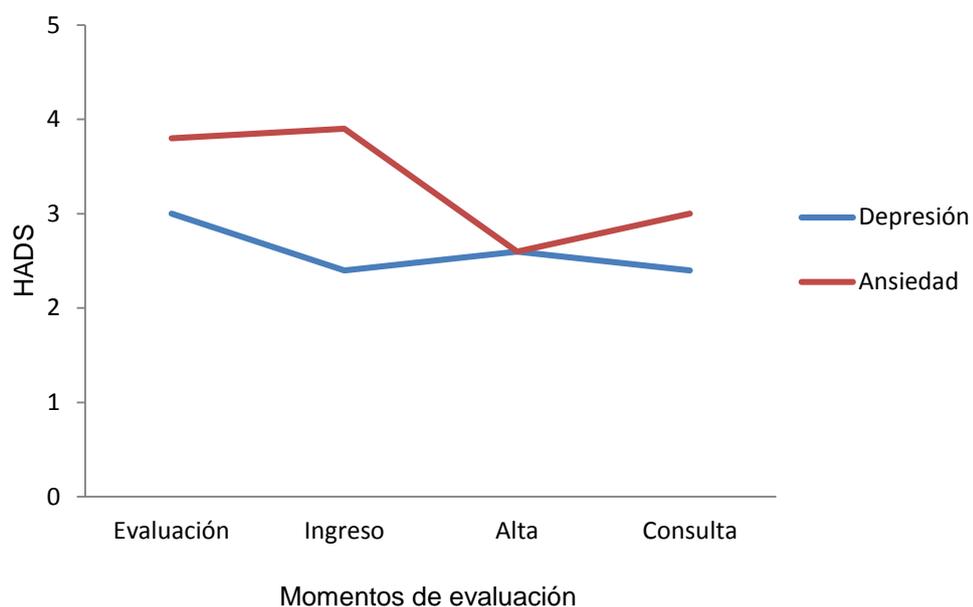


Figura 7. Promedio de mediciones diarias de distrés y fatiga durante estancia hospitalaria del grupo de intervención (n=14)

<sup>2</sup>Se considera injerto cuando la médula ósea es capaz de producir y mantener células sanguíneas maduras (glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas) sin apoyo de medicamentos.

Por otro lado, como se observa en la Figura 8, se detectaron diferencias entre las mediciones de ansiedad y depresión en los diferentes momentos de evaluación mediante el HADS, con un incremento de ansiedad al momento del ingreso, la cual disminuye al alta y vuelve a tener un aumento en la consulta de seguimiento; mientras que la depresión decreció al ingreso a la unidad de trasplante y mostró un incremento al alta.



*Figura 8.* Mediciones con HADS en el grupo de intervención (n=14) a lo largo del estudio.

En relación a la calidad de vida se observó que al comparar los puntajes obtenidos en la evaluación contra los reportados en la primer consulta de seguimiento, hubo un decremento de todas las escalas de funcionalidad, siendo la más evidente la funcionalidad física, seguida de funcionalidad social; mientras que en la evaluación global de salud se observó un descenso menor (Figura 9).

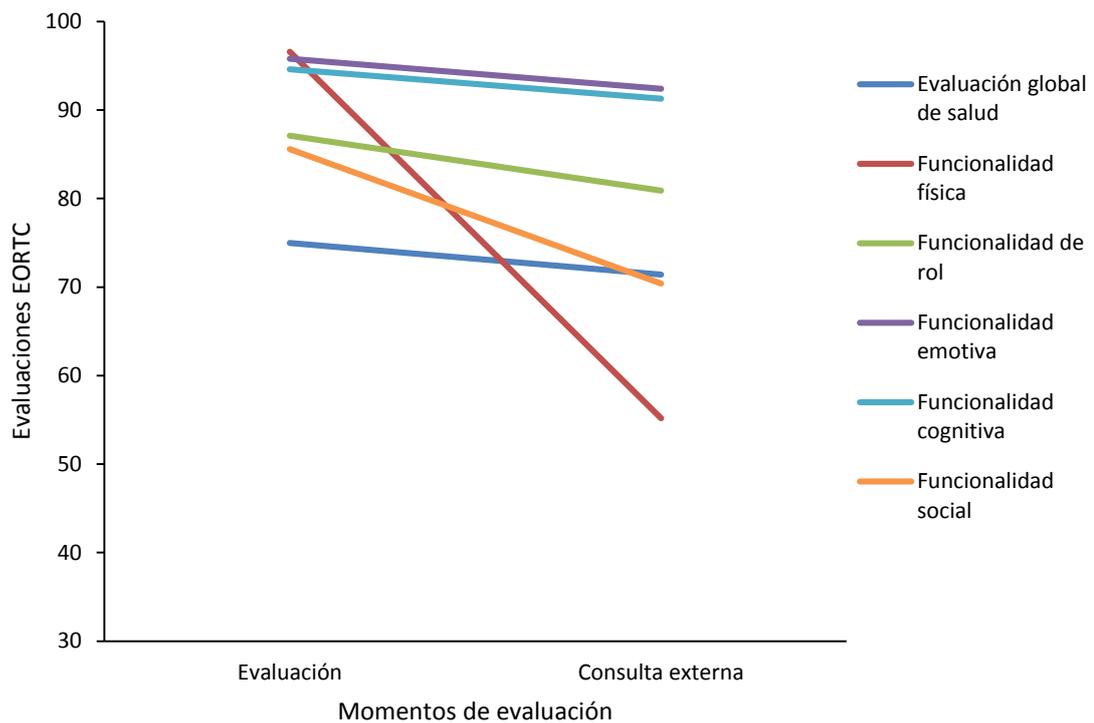
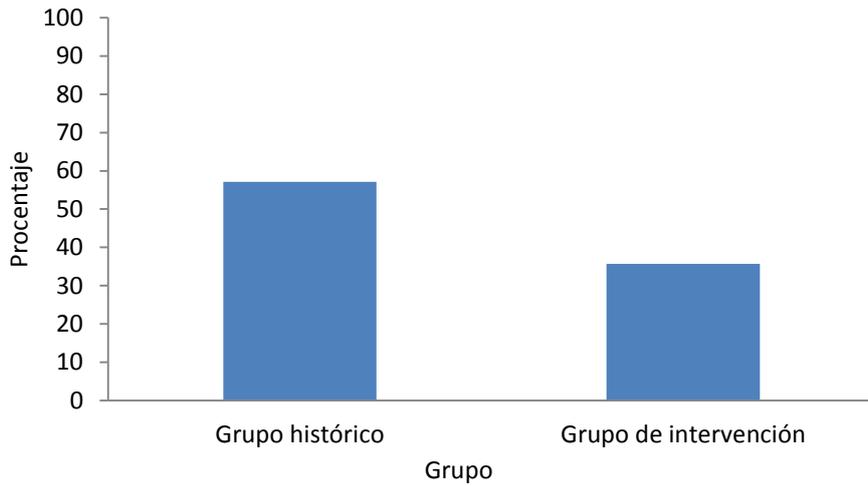


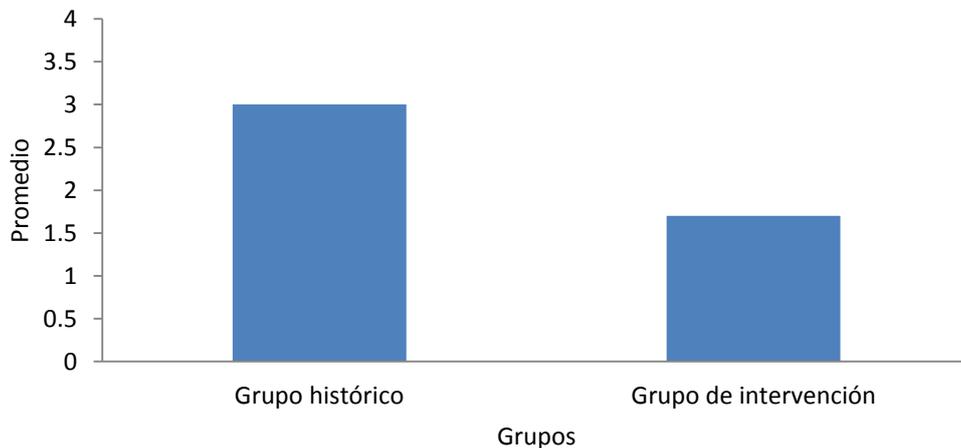
Figura 9. Comparación de calidad de vida en evaluación pre-trasplante y primer consulta de seguimiento post-trasplante.

Como parte de las comparaciones que se pudieron realizar entre el grupo de intervención y el grupo control histórico; en la Figura 10 se observa que en el grupo histórico, el 57.1% de los pacientes requirieron de interconsulta a psiquiatría durante la estancia hospitalaria; a diferencia del grupo de intervención, donde se solicitó el apoyo de este servicio en el 35.7% de los casos.



*Figura 10.* Porcentaje de pacientes que requirieron de interconsulta a psiquiatría durante hospitalización.

Por otro lado, del total de pacientes que utilizaron los servicios de psiquiatría, el número de visitas de este servicio fue menor en el grupo de intervención con un promedio de 1.7 consultas por paciente, mientras que en el grupo histórico, fueron necesarias un promedio de tres visitas por sujeto (Figura 11).



*Figura 11.* Promedio de consultas de psiquiatría por paciente durante hospitalización.

Como resultado de las interconsultas de psiquiatría, se establecieron los diagnósticos que se muestra en el cuadro comparativo de la Figura 12, en donde se

observa que en el grupo de histórico se tuvieron nueve sujetos con sintomatología psicológica que no se explicaba por efectos secundarios del tratamiento médico, mientras que en grupo de intervención dos sujetos presentaron insomnio, de los cuales en un caso se consideró secundario a condición médica debido a reacción cutánea y en el otro sujeto se evaluó como no dependiente de condición médica relacionado con mala higiene de sueño.



Figura 12. Diagnósticos psiquiátricos durante estancia hospitalaria para trasplante hematopoyético de células madre.

Con base en los diagnósticos efectuados, el servicio de psiquiatría determinó el manejo psicofarmacológico de cada participante. En el grupo histórico 17 pacientes ingresaron a la unidad de trasplante sin medicamentos, de éstos, en cuatro (23.5%) fue necesario iniciar tratamiento psiquiátrico; mientras que en el grupo de intervención de 12 participantes que ingresaron sin manejo farmacológico, en uno (8.3%) se requirió el uso de mirtazapina como inductor de sueño con una dosis de 30mg. (Figura 13).

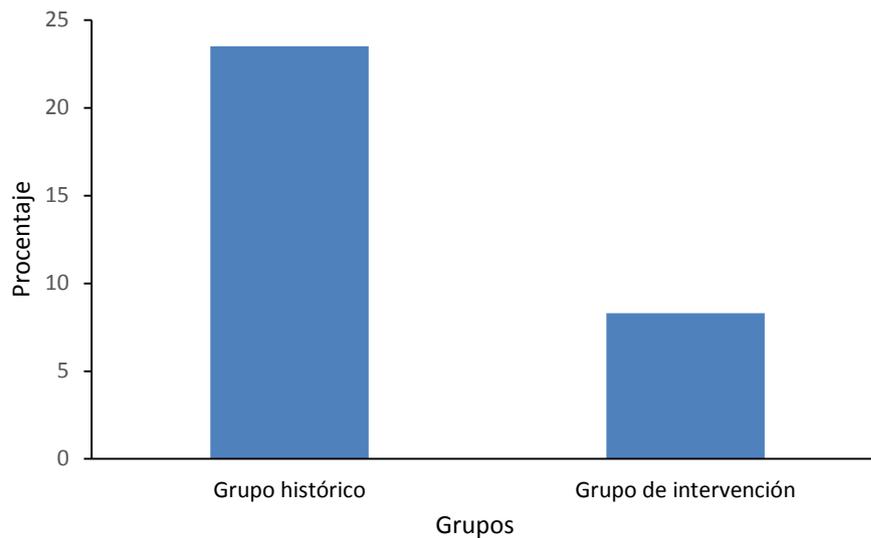


Figura 13. Porcentaje de pacientes que ingresaron sin tratamiento psicofarmacológico a la unidad de trasplante y fue necesario iniciar medicación durante estancia hospitalaria.

Por otro lado, de los pacientes que ingresaron con medicamento psiquiátrico a la unidad de trasplante; en el grupo histórico, de cuatro sujetos, fue necesario incrementar la dosis en dos casos (50%) y modificar el fármaco en uno (25%); mientras que en el grupo de intervención de dos participantes que ingresaron con manejo farmacológico, se cambió el medicamento en uno (50%) y en uno (50%) no se presentó ninguna modificación (Tabla 12).

Tabla 12  
*Ajuste de medicamento psiquiátrico durante estancia hospitalaria*

Grupo histórico				Grupo de intervención			
Ingreso		Alta		Ingreso		Alta	
Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis	Medicamento	Dosis
Sertralina	50mg	Sertralina	125mg	Mirtazapina	30mg	Mirtazapina	30mg
Sertralina	50mg	Clonazepam	1.2 mg				
Sertralina	50mg	Sertralina	50mg	Escialopram + Aloprazolam	10mg 0,25	Mirtazapina	30mg
Citalopram	20mg	Citalopram	30mg				

Se consideraron los días de estancia hospitalaria por su estrecha relación con las complicaciones médicas por infección derivadas de la falta de adherencia a tratamiento, específicamente en cuidados de higiene. En la Figura 14 se muestra una diferencia de cinco días entre ambos grupos; el grupo histórico tuvo un promedio de 27.4 días y el grupo de intervención una media de 22 días.

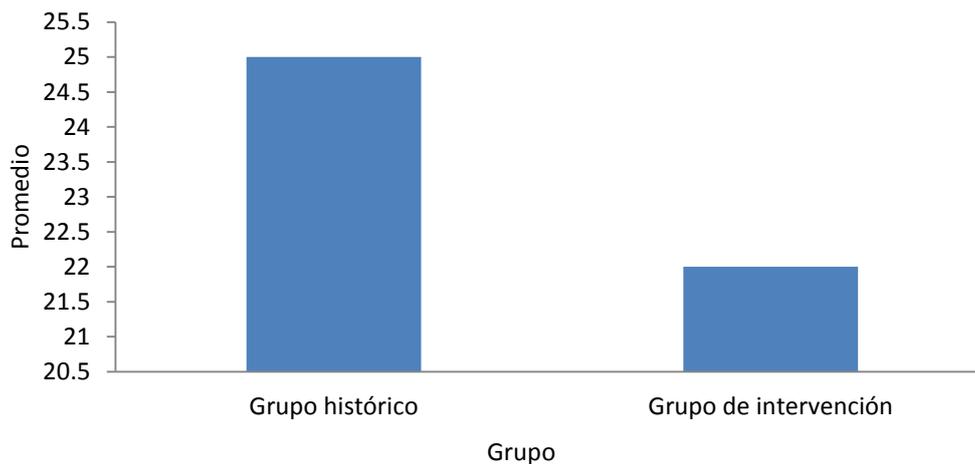


Figura 14. Días de estancia hospitalaria en grupos histórico y de intervención

## Discusión

Como parte de este estudio se realizó una evaluación inicial en la que el porcentaje de antecedentes personales psicológicos o psiquiátricos identificados coincide con lo reportado por Rodrigue, Pearman y Moreb (1999). Mientras que en la valoración de ansiedad y depresión, los resultados de este estudio coinciden con lo reportado por Sherman et al. (2004) con media de 5.8 y 4.9 respectivamente; pero contrasta con el 55% de pacientes con sintomatología ansiosa depresiva encontrado por Lee et al. (2005) mientras que en este estudio, se reportó el 22%; esta diferencia puede ser explicada debido a que en el estudio de Lee utilizaron los Inventarios de Beck, que presentan algunos síntomas que pueden ser confundidos con efectos secundarios

de tratamiento o propios de la enfermedad. En relación al incremento de distrés en los días periféricos a la infusión de células y al alta, los datos coinciden con lo identificado por Trask et al. (2002) y Bevans et al. (2011).

Sin embargo, el objetivo central de este estudio fue evaluar el efecto de un programa multicomponente en variables psicológicas comunes durante el proceso de trasplante de médula ósea como ansiedad, distrés y depresión; así como variables médicas como estancia hospitalaria y comorbilidad psiquiátrica. De acuerdo con los datos obtenidos se pudo constatar que la intervención fue efectiva en mantener, de manera general, la estabilidad psicológica de los sujetos, a pesar de las variaciones observadas, al someterse a un tratamiento que se ha considerado es capaz de producir sintomatología psicosocial por sí mismo (ESH, 2008; Fritzsche et al., 2003). Dichos resultados son apoyados por los efectos obtenidos en otros estudios en muestras e intervenciones similares (Jarden et al., 2007; Jarden et al., 2009).

Los cambios observados en las variables de ansiedad y depresión son apoyados por el estudio de Jarden et al. (2009), en el que se encontraron variaciones entre la evaluación pretrasplante y postrasplante, pero siempre se mantienen en rangos normales. Los principales momentos de incrementos de estas variables son consistentes con los tiempos especificados por Fife et al. (2000); en el caso de ansiedad se observa un incremento al ingreso a la unidad, posteriormente disminuye al alta y se observa un ligero incremento en la consulta; mientras que en el caso de la depresión, se mantienen muy estables con un ligero descenso al ingreso. Dichos incrementos en ansiedad y distrés en los días periféricos a la infusión de células pueden ser explicados por la interrelación de múltiples factores: (a) los malestares físicos como náusea, vómito y mareo derivados de los medicamentos

quimioterapéuticos administrados; (b) disminución en la frecuencia y duración de las visitas del personal de enfermería y familiares por riesgo de infección; (c) la incertidumbre sobre el procedimiento de infusión referido por los pacientes (Fife et al., 2000) y en el caso particular de los participantes, se observó que las limitaciones de movilidad derivadas de la baja en plaquetas, es referida como “de las peores cosas” ya que los obliga a permanecer en la habitación y en algunos casos realizar sus necesidades fisiológicas en productos de higiene como “cómodos y patos” ya que las habitaciones no cuentan con sanitario privado.

La eficacia del programa puede ser explicada gracias a la incorporación de técnicas con diversos objetivos que favorecen la adaptación del sujeto a las condiciones del trasplante; de manera específica, la psicoeducación y la educación para la salud adaptadas al procedimiento médico favorecen la adherencia a tratamiento e incrementan las habilidades de afrontamiento (Husson, Mols, & van de Poll-Franse, 2011; O'Connor, Coates, & O'Neill, 2013) que se atribuye a darle a conocer con anticipación las condiciones requeridas, formular y resolver sus dudas con el personal médico y generar un plan de acción que abraque todo el proceso de trasplante. Mientras que la relajación muscular progresiva ha demostrado ser eficaz para reducir el consumo de oxígeno, ritmo cardiaco, tensión muscular y para normalizar la presión sanguínea durante administración de quimioterapéuticos; así como para disminuir la intensidad y duración de los efectos secundarios como pérdida de apetito, pérdida de energía, náusea, reflujo y mucositis (Song, Xu, Zhang, Ma, & Zhao, 2013). Todos estos síntomas suelen presentarse durante un trasplante de médula ósea, por lo que se puede inferir que al reducir la sintomatología antes mencionada, el paciente presenta mayor energía y menos malestares que impidan la adherencia a tratamiento, primordialmente cuidados de

higiene y el programa de actividad física que a su vez permite reducir la pérdida de fuerza muscular durante la hospitalización (Jarden et al., 2009). Se infiere que en conjunto las técnicas contribuyen a disminuir los efectos secundarios del tratamiento y favorecer la adaptación del sujeto.

En cuanto a los decrementos en calidad de vida, los resultados son similares a los reportados en diversos estudios (Sherman et al., 2004; Braamse et al., 2012) y atribuidos a los efectos secundarios del tratamiento y de la hospitalización, así como a las restricciones médicas que impiden retomar sus actividades a corto plazo. Dichos estudios indican que existe una recuperación paulatina, lo que no pudimos comprobar con este estudio, debido a las limitantes temporales establecidas.

Las interconsultas realizadas por psiquiatría fueron menores en el grupo de intervención; del mismo modo que los diagnósticos establecidos requirieron de menor incidencia de manejo psicofarmacológico, lo que disminuye las comorbilidades y complicaciones en seguimiento y por otro lado reduce los costos del procedimiento. Esto puede ser atribuido a la estabilidad emocional de los pacientes durante el procedimiento, favorecida por el aprendizaje de las técnicas cognitivo conductuales y, a que la mayoría de los procedimientos se llevaron a cabo sin complicaciones médicas. Hasta donde se conoce es el primer estudio que compara estas variables.

En el caso de los días de estancia hospitalaria, se encontró que fue menor por cinco días en el grupo de intervención, lo que pudiera estar relacionado con menor incidencia de infecciones asociadas a tratamiento médico y patógenos conductuales, como mucositis (asociada a pobre higiene bucal), infecciones urinarias (relacionada

con baja ingesta de líquidos) y lesiones en piel (que pueden agravarse por rascarse o no hidratar adecuadamente la zona afectada) (ESH, 2008). Sin embargo, es necesario realizar estudios aleatorizados que generen evidencia en este sentido.

La selección del diseño se basó en consideraciones éticas, ya que no es posible agregar un grupo control debido a que actualmente no se cuenta con un protocolo de evaluación y el seguimiento durante la hospitalización se lleva a cabo en función de los requerimientos del personal de salud a cargo del paciente. Por otro lado el uso de grupo en lista de espera es inviable ya que en la mayoría de los pacientes es un procedimiento al cual se someterán una sola vez, por lo que no se verían beneficiados en ningún momento con la intervención propuesta.

De igual forma, la población es limitada para la realización de diversas estrategias de intervención a comparar; por lo que se propuso esta intervención multicomponente como un primer acercamiento; cuyos resultados podrían servir para el desarrollo de un protocolo durante un periodo más prolongado que permita la implementación de un diseño experimental capaz de generar resultados más confiables.

A pesar de las limitaciones, el presente estudio muestra congruencia con estudios previos (Krasuska et al., 2002; Luebbert et al., 2001; Kim & Kim, 2005; Courneya et al., 2000; Wiskemann et al., 2011; Jarden et al., 2007; Jarden et al., 2009) lo que parece indicar una tendencia en la eficacia de programas cognitivos conductuales en la evaluación y atención de pacientes sometidos a TCPH, con predominio de programas multicomponentes (Jarden et al., 2007; Jarden et al., 2009).

## **Capítulo 3**

### **Reporte de productividad del primer año de residencia**

#### **Hospital Juárez de México**

#### **Servicio de hematología**

#### **Generalidades del hospital**

El Hospital Juárez de México (HJM) fue inaugurado el 19 de septiembre de 1989, por instrucción del entonces presidente de la República Mexicana, el Licenciado Miguel de la Madrid Hurtado a través del Secretario de Salud, el Doctor Guillermo Soberón Acevedo. Se encuentra ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional, Número 5160, Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, Código Postal 07760, México, Distrito Federal (Secretaría de Salud, 2005).

Se trata de un hospital de tercer nivel ya que cuenta con servicios tanto en internamiento como consulta externa, con médicos especialistas que brindan atención y tratamientos a la población mexicana de escasos recursos económicos y que no cuenten con seguro médico; esto lo ha convertido en un centro de referencia. Por otro lado es sede de formación para médicos generales y residentes de diversas especialidades (Secretaría de Salud, 2005).

El hospital cuenta con 47 especialidades médicas distribuidos en siete edificios, 69 consultorios, 10 quirófanos, cuatro pisos de hospitalización, 400 camas censables,

135 camas no censables, un laboratorio clínico general, 10 aulas, una biblioheroteca y un auditorio.

El Diario Oficial de la Federación (DOF, 26 de enero de 2005), publicó el Decreto por el que se creó el Hospital Juárez de México, como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal, el cual está sectorizado a la Secretaría de Salud, con personalidad jurídica y patrimonios propios. Esto con el fin de agilizar la toma de decisiones y asegurar la eficiencia en el desempeño de la función del hospital.

### **Generalidades del servicio de hematología**

La hematología es la rama de las ciencias médicas encaminadas al estudio de los elementos que conforman la sangre y sus precursores, así como los trastornos estructurales y bioquímicos de éstos que pueden conducir a una patología. Como se muestra en Figura 15, las enfermedades de la sangre se han clasificado de acuerdo a su histopatología en tres grandes grupos (Hillman et al., 2006). En el HJM se atiende a pacientes con cualquier diagnóstico hematológico.

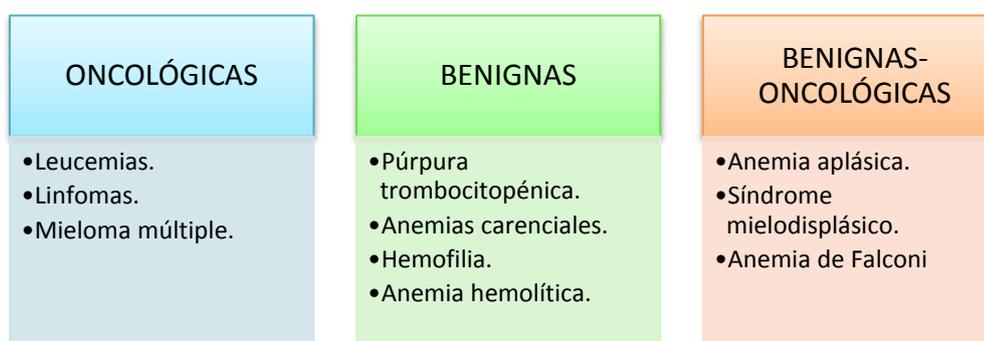


Figura 15. Clasificación de enfermedades hematológicas.

El diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades requiere de estudios y procedimientos médicos invasivos, tales como la toma de biopsia de hueso o ganglio y el aspirado de médula ósea; además, en el caso de las leucemias linfoides es necesario la aplicación de quimioterapia intratecal.

En relación a la epidemiología de estas enfermedades, en México reciben especial atención los padecimientos oncológicos debido a que, de acuerdo Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (2007), en los últimos años han mostrado un aumento en la morbilidad (Tabla 13), que si bien no ocupan los primeros lugares nacionales, son padecimientos que afectan en gran medida la calidad de vida de los pacientes.

Tabla 13  
*Morbilidad de enfermedades hemato-oncológicas*

	2004		2005		2006	
	N	%	N	%	N	%
Enfermedad de Hodgkin	1 031	0.89	922	0.82	1 202	1.33
Linfoma no Hodgkin	4 272	3.53	6 207	5.51	5 720	5.39
Linfoma de células T	212	0.28	123	0.11	144	0.14
Mieloma múltiple y tumores de células plasmáticas	651	0.56	1 146	1.02	1 068	1.01
Leucemias	2 890	2.51	2 602	2.3	5 757	5.42

Fuente: Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades  
<http://www.dgepi.salud.gob.mx>

La atención del servicio de hematología adultos está disponible por tres vías diferentes: (a) haber sido referido con el especialista por un centro de salud o institución de primer nivel, con indicación por escrito; (b) ingresar por urgencias con una condición de salud que amerite atención médica inmediata y, que por estudios de laboratorio, deba ser canalizado al servicio de hematología; o finalmente, (c) estar ingresado en algún otro servicio del hospital y debido a evolución y/o estudios médicos demostrar patología hematológica que amerite la solicitud de cambio de equipo médico tratante.

A este servicio se incorpora el residente de medicina conductual para brindar apoyo psicológico a pacientes, familiares y profesionales de la salud; para lo cual hace uso de todos los espacios disponibles:

- Hospitalización, localizado en el edificio “C”, tercer piso, lado norte.
- Consulta externa, que se encuentra en urgencias adultos, planta baja.
- Quimioterapia ambulatoria, ubicado en consulta externa de oncología, planta baja.

Para la atención médica en hospitalización, se cuenta con 15 camas; de las cuales seis pertenecen a sala general y nueve se ubican en área de aislados (seis para varones y tres para mujeres); sin embargo, debido a la demanda del servicio, en ocasiones los pacientes son hospitalizados en salas generales de nefrología y/o medicina interna.

Con el objetivo de brindar una atención integral a los pacientes; de manera paralela al abordaje médico, reciben apoyo de diversos profesionistas como trabajo social y enfermería; así como servicios interconsultantes, entre los que destacan laboratorio clínico e inmunogenética y nutrición; quienes forman parte indispensable del diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

En la Figura 16 se presenta el organigrama interno del servicio; se puede identificar la ubicación del residente de medicina conductual y las líneas de autoridad internas al HJM, que son el jefe de servicio y los médicos adscritos. De manera externa se contó con el apoyo de la supervisora académica, la Mtra. María Cristina Bravo González, quien asistió al hospital una vez por semana.

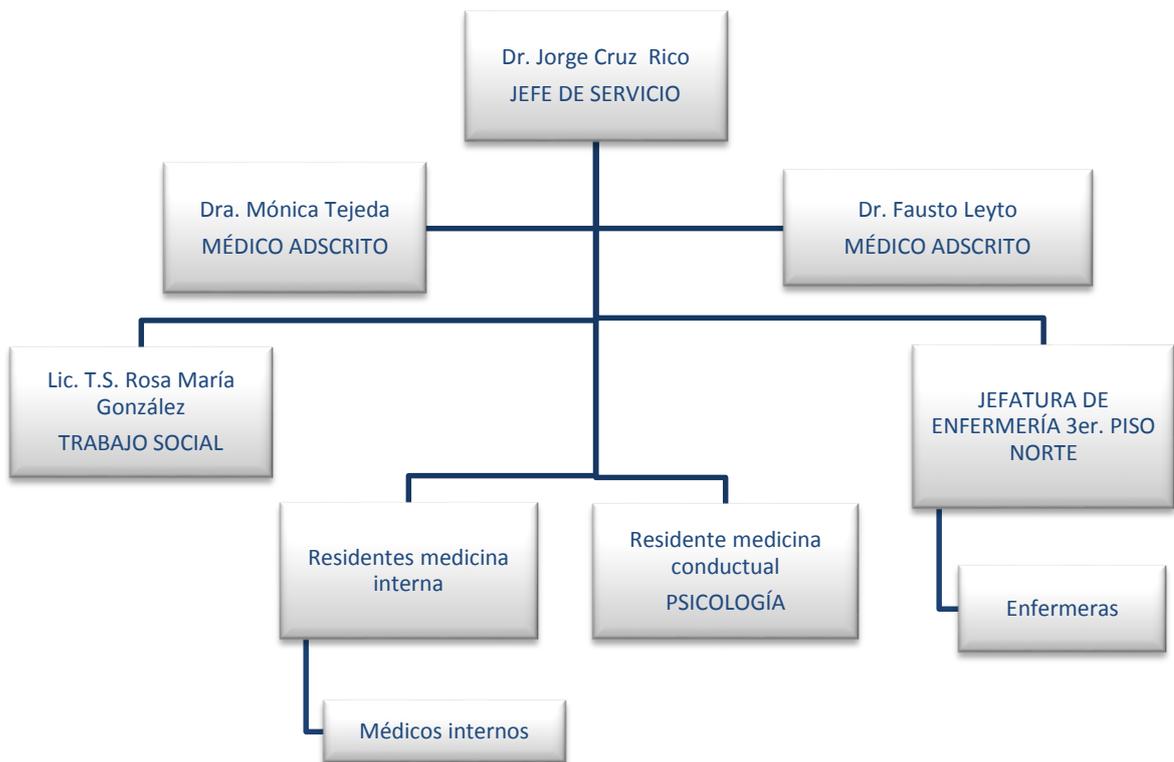


Figura 16. Organigrama interno del servicio de hematología del HJM.

### Evaluación inicial del servicio

Al ingreso del residente de medicina conductual al servicio de hematología, se identificó la disposición del personal de salud; tanto de médicos, trabajo social y enfermería, para colaborar en equipo en beneficio de los pacientes y brindar atención de calidad. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones la intervención del residente dependían de la propia detección de necesidades durante el pase de visita o en la consulta externa; además, debido a la inconsistencia en el uso del aula asignada para las pláticas dirigidas a pacientes y familiares, dicho espacio era constantemente ocupado por diversos médicos, lo que dificultaba la realización de las actividades programadas.

Generalmente el servicio contaba con dos residentes de medicina conductual, quienes se distribuían la atención de los pacientes hospitalizados en función de la carga laboral de cada uno, así como la atención en quimioterapia ambulatoria y consulta externa. No se reportaron protocolos de investigación recientes.

### **Actividades diarias**

De acuerdo con Reynoso y Seligson (2005), el trabajo del psicólogo en el contexto hospitalario debe enfocarse en las siguientes premisas: (a) propiciar cambios de conducta que permitan reducir las probabilidades de padecer alguna enfermedad, (b) estudiar la correlación entre las conductas de un individuo y los factores ambientales que pueden provocar una enfermedad crónica o infecciosa, e (c) implementar técnicas cognitivo-conductuales que modifiquen las conductas disfuncionales, sistematicen su estudio y mantengan los cambios.

Bajo este marco, las principales funciones del residente en medicina conductual son: (a) propiciar y mantener cambios de comportamiento y estilo de vida de los pacientes, con el objetivo de que el enfermo hematológico se adapte con mayor facilidad a su condición y mejorar, en la medida de lo posible, su estado de salud; (b) desarrollar en el paciente y sus familiares habilidades para la adecuada implementación de medidas de higiene concernientes al cuidado personal y ambiental; y (c) fomentar estrategias de afrontamiento adaptativas ante enfermedades y/o complicaciones probablemente incurables.

Para el logro de estos objetivos se cumple con una serie de actividades que contemplan la formación académica y la práctica clínica. Con fines de administración del tiempo, se generó un horario de actividades que se muestra en la Figura 17.

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	
8:00 a 9:00	Pase de visita	Pase de visita	Sesión académica	Sesión interdisciplinaria hematología	Pase de visita	
9:00 a 10:00			Pase de visita	Pase de visita		
10:00 a 11:00	Atención a pacientes hospitalizados	Sesión monográfica hematología	Clase medicina conductual		Atención a pacientes hospitalizados	Sesión bibliográfica hematología
11:00 a 12:00		Atención a pacientes hospitalizados		Pláticas con pacientes y familiares		Atención a pacientes hospitalizados
12:00 a 13:00						
13:00 a 14:00			Presentación de casos clínicos y revisión de artículos			
14:00 a 15:00			Atención a pacientes hospitalizados		Supervisión académica	

Figura 17. Horario semanal de actividades del residente de medicina conductual en el HJM.

## Descripción de actividades

### Actividades relacionadas con la práctica clínica.

Para la mayoría de los pacientes y sus familias, el diagnóstico de cáncer significa una crisis y un cambio en su vida, por lo cual se requiere de la implementación de un programa multidisciplinario, en el que la dimensión psicológica tiene un papel relevante en las diferentes etapas de la enfermedad (Meyer & Mark, 1995). Algunas de las actividades que se desarrollaron fueron:

- Pase de visita realizado todos los días con el personal de salud. Durante la visita a la cama de cada paciente, se comentaban los cambios en la condición médica del paciente, así como la existencia o no de problemas sociales o psicológicos que pudieran interferir con el proceso de enfermedad. Esto contribuyó a la toma de decisiones conjuntas del equipo de salud sobre las necesidades biopsicosociales del paciente y sus familiares.
- Durante la atención a pacientes hospitalizados se realizaron evaluaciones a todos los pacientes al ingresar al servicio para identificar necesidades informativas, de apoyo emocional y/o conductual tanto del paciente como del familiar. Con base en ello se crearon programas de intervención para modificación de aspectos psicológicos que pudieran interferir con el proceso de enfermedad.
- La atención psicológica a pacientes en consulta externa o quimioterapia ambulatoria consistió básicamente en atender a llamados del personal médico, enfermeras o del propio paciente. Las actividades realizadas son similares a las llevadas a cabo con pacientes hospitalizados, salvo las condiciones temporales, ya que es importante adaptar las sesiones a las diversas consultas del paciente.
- En las pláticas realizadas los días miércoles, participaron pacientes y familiares. Su objetivo primario fue brindar psicoeducación y educación para la salud sobre las generalidades de los padecimientos hematológicos, cuidados de higiene y generación de estrategias en el cuidador primario para la atención de su paciente. En ocasiones, en respuesta a las demandas de

los participantes, se invitó a otros servicios como médicos, trabajo social y enfermería.

### **Actividades relacionadas con la formación académica.**

Como parte de la formación teórico-práctica, el residente contó con supervisión académica y asistió a sesiones generales y del servicio de hematología. Por otro lado, se incorporó a las actividades del servicio de oncología donde participó en clases y revisiones. Algunas de las actividades académicas desempeñadas fueron:

- Asistencia a las sesiones generales, a las que acudió todo el personal médico. Se abordaron diversos temas médicos, sociales y culturales.
- Asistencia a las sesiones médicas del servicio de hematología, en donde se estudiaron los principales padecimientos hematológicos desde una perspectiva biológico-orgánica, en relación al diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Dicha actividad fungió como guía para el residente de medicina conductual, quien debe estar familiarizado con el lenguaje médico y con la probable evolución de las enfermedades para orientar los objetivos de sus intervenciones.
- Asistencia y participación a las sesiones del servicio de hematología, los días jueves, donde se presentaron diversos temas a cargo de personal de servicios externos como banco de sangre y laboratorio clínico. En dichas sesiones, el residente de medicina conductual fue programado mensualmente

para la presentación de temas de interés como “comunicación de malas noticias” y “estrés laboral”.

- Asistencia y participación en las sesiones de revisión de temas bibliográficos del servicio de hematología, donde se exponen diversos artículos médicos sobre los avances de la medicina en la atención a padecimientos hematológicos específicos.
- En las clases de medicina conductual del servicio de oncología se expusieron los principales padecimientos oncológicos considerando diagnóstico, estadificación, tratamiento y pronóstico. Por otro lado, se revisaron artículos de interés sobre estudios recientes en el campo de la psicología de la salud y específicamente en relación a la medicina conductual y oncología. Finalmente se presentaron casos clínicos, para su discusión.
- Durante la supervisión académica se revisaron y discutieron los avances teórico – metodológicos como una propuesta de protocolo de investigación y apoyo en búsqueda y revisión de literatura; además se presentaron casos clínicos a cargo de los residentes. La supervisora académico brindó asesoría ante dificultades en la práctica clínica expresadas por el residente; sin embargo, no tiene acceso a área de hospitalización y consulta, lo que impide la supervisión de las sesiones, tanto en las técnicas de entrevista como de intervención.

## Productividad

Durante el periodo comprendido del 1 de marzo del 2011 al 28 de febrero del 2012, se atendieron a un total de 166 pacientes de los cuales 49% fueron mujeres y 51% hombres; con una media de edad de 33 años, un rango de 8 a 79 y una desviación estándar de 15.59.

El estado civil más frecuente en las mujeres fue soltera (41.5%), mientras que en los hombres fue casado (41.7%), la distribución de todos los pacientes en función de su estado civil, se muestran en la Tabla 14.

Tabla 14  
*Estado civil de los pacientes atendidos en el HJM*

Estado civil	Mujeres n (%)	Hombres n (%)
Soltero	34 (41.5)	32 (38.1)
Casado	31 (37.8)	35 (41.7)
Unión libre	3 (3.7)	7 (8.3)
Separado	7 (8.5)	5 (6.0)
Divorciado	0 (0)	3 (3.6)
Viudo	7 (8.5)	2 (2.3)
<b>Total</b>	<b>82 (100)</b>	<b>84 (100)</b>

Debido a que la mayor parte de la actividad del residente se llevó a cabo en el área de hospitalización, se observó un predominio de pacientes con alguna enfermedad hemato-oncológica, con 104 (62.7%) casos; seguido de sujetos con padecimientos benignos en 37 (22.3%); mientras que el 15% restante se distribuyó de la siguiente forma: 8 (4.8%) pertenecieron al grupo de padecimientos benignos tendientes a evolucionar a oncológicos; en 14 (8.4%) no se logró concretar un diagnóstico debido a factores como cambio de Hospital o fallecimiento durante fase diagnóstico y en 3

(1.8%) sujetos se reportó VIH, por lo que fueron referidos al servicio de infectología (Tabla 15).

Tabla 15  
*Diagnósticos médicos de los pacientes atendidos en el HJM*

Diagnóstico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Leucemia aguda	70	42.1
Púrpura trombocitopénica	21	12.6
Linfomas	14	8.4
Mieloma múltiple	12	7.2
Leucemia crónica	8	4.8
Hemofilia	5	3.0
Síndrome mielodisplásico	4	2.4
Anemia aplásica	4	2.4
Anemia hemolítica	3	1.8
Otro	8	4.8
Diagnóstico no hematológico	3	1.8
Sin diagnóstico	14	8.4
<b>Total</b>	<b>166</b>	<b>100</b>

Se realizaron un total de 774 sesiones, de las cuales 137 (17.7%) fueron de primera vez y 637 (82.3%) subsecuentes. Por otro lado, del total de las intervenciones, 730 (94%) fueron durante la hospitalización, 30 (4%) en consulta externa, 13 (2%) en quimioterapia ambulatoria y 1 (0.12%) en terapia intravenosa. En algunas ocasiones se brindó atención tanto al paciente como al familiar, por lo que se cuantificaron 890 sesiones psicológicas.

No se presentan resultados de las intervenciones, debido a que la variedad de objetivos y la constante modificación de los mismos como consecuencia de los cambios en la condición médica de los pacientes, dificultó la implementación de programas de intervención prediseñados.

Con el fin de homogenizar la valoración de los pacientes y dar continuidad a la información sobre el tratamiento psicológico, se creó el formato de evaluación inicial (Anexo 6) que sirvió para establecer los diagnósticos psicológicos que se muestran

en la Tabla 16, donde se puede observar que los principales motivos de atención fueron:

1. Apoyo a pacientes con respuesta funcional durante tratamiento en 206 (31.5%) casos; diagnóstico utilizado en pacientes que al momento de la intervención, no mostraban sintomatología psicológica moderada o grave, participaban activamente en la toma de decisiones en relación a su enfermedad y mantenían adecuada adherencia al tratamiento. Se trabajó en reforzamiento de las estrategias implementadas y la adquisición de nuevas habilidades que les permitieran mantener la respuesta funcional durante esta etapa, principalmente solución de problemas.
2. Ansiedad en 183 (28%) pacientes, sintomatología que se presentó ante diversas condiciones como procedimientos médicos invasivos, estancia hospitalaria prolongada y diagnóstico.
3. Respuesta funcional durante fase diagnóstico en 80 (12.2%) ocasiones; categoría utilizada en casos en que el paciente mostró un estilo de afrontamiento funcional durante la fase diagnóstico. Se trabajó en favorecer la creación de plan de acción ante la posible confirmación de diagnóstico hematológico y generación de estrategias que permitieran mantener respuesta funcional como psicoeducación sobre probable enfermedad y respiración diafragmática para manejo de dolor ante procedimientos médicos diagnóstico.

Tabla 16  
*Diagnósticos psicológicos en pacientes hematológicos del HJM*

Diagnóstico psicológico.	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Respuesta funcional durante tratamiento	206	31.5
Respuesta funcional durante diagnóstico	80	12.2
Ansiedad relacionada con estancia hospitalaria	69	10.5
Ansiedad ante procedimientos médicos	65	9.9
Trastorno de ansiedad	33	5.0
Trastorno adaptativo	23	3.5
Problemas relacionados con el grupo de apoyo	23	3.5
Episodio depresivo ante estancia hospitalaria	22	3.3
Trastorno depresivo	22	3.3
Reacción funcional ante recaída	20	3.0
Ansiedad ante diagnóstico	16	2.4
Incumplimiento terapéutico	15	2.2
Episodio depresivo ante diagnóstico	14	2.1
Dolor	7	1.0
Reacción grave de estrés	6	0.9
Problemas económicos	6	0.9
Problemas de relación médico-paciente	6	0.9
Respuesta funcional ante fase terminal	6	0.9
Trastorno somatomorfo	6	0.9
Trastorno de personalidad	5	0.7
Delirium	3	0.4
<b>Total</b>	<b>653</b>	<b>100</b>

En la Tabla 17 se muestran las técnicas implementadas; se debe considerar que en cada paciente se llegaron a utilizar dos o más técnicas de acuerdo al diagnóstico psicológico y los recursos del paciente. Cabe resaltar que la frecuencia con que se llevaron a cabo elementos de solución de problemas 205 (18.1%) y psicoeducación 177 (15.7%); estuvo relacionado con las constantes demandas a que es sometido el paciente y la necesidad de incrementar su repertorio conductual con el fin de favorecer su participación activa durante el proceso de enfermedad.

Tabla 17  
*Técnicas cognitivo conductuales empleadas en el HJM*

Técnica	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Elementos de solución de problemas	205	18.1
Psicoeducación	177	15.7
Ejercicios de reestructuración cognitiva	148	13.1
Expresión emocional	106	9.4
Entrevista inicial	101	9.0
Respiración diafragmática	72	6.3
Activación conductual	65	5.7
Validación emocional	58	5.1
Relajación progresiva muscular	52	4.6
Distracción cognitiva	40	3.5
Ejercicios de habilidades social	27	2.3
Psicometría	25	2.2
Manejo de contingencias	22	1.9
Contención emocional	21	1.8
Autoinstrucciones	5	0.4
Primeros auxilios psicológicos	2	0.1
<b>Total</b>	<b>1126</b>	<b>100</b>

Debido a que a lo largo del tratamiento, el paciente será completamente dependiente de su cuidador primario en algunas fases, éste último también es evaluado y en la Tabla 18 se observan los diagnósticos psicológicos establecidos de los familiares; entre los que destacan resalta la ansiedad con 80 (38.1%) casos, seguido por respuesta funcional durante tratamiento 52 (24.8%) que es una fase en que las demandas físicas, conductuales y cognitivas son elevadas.

Tabla 18  
*Diagnóstico psicológico en familiares del HJM*

Diagnóstico psicológico en familiar	Frecuencia n	Porcentaje (%)
Respuesta funcional en etapa de tratamiento	52	24.88
Ansiedad ante diagnóstico de familiar	35	16.7
Trastorno de ansiedad	32	15.3
Respuesta funcional en etapa diagnóstico	27	12.9
Respuesta funcional en etapa terminal	17	8.1
Problemas relacionadas con el grupo de apoyo	12	5.7
Ansiedad ante donación de sangre	7	3.3
Problemas económicos	7	3.3
Ansiedad ante estancia hospitalaria	6	2.8
Trastorno depresivo	4	1.9
Reacción grave de estrés	4	1.9
Respuesta funcional en fase recaída	3	1.4
Seguimiento a fallecimiento de paciente	2	0.9
Problemas de relación médico-familiar	1	0.4
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100</b>

Con base en los diagnósticos psicológicos de los cuidadores, se llevaron a cabo diversas técnicas que se muestran en la Tabla 19 y entre las que resalta nuevamente la importancia de la solución de problemas con 110 (30.8%), principalmente para la generación de recursos humanos y materiales para la atención del paciente.

Tabla 19  
*Técnicas cognitivas conductuales implementadas en familiares en el HJM*

Técnicas	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Componentes de solución de problemas	110	30.8
Psicoeducación	92	25.7
Ejercicios de reestructuración cognitiva	35	9.8
Expresión emocional	33	9.2
Contención emocional	26	7.2
Validación emocional	16	4.4
Entrevista inicial	15	4.2
Distracción cognitiva	14	3.9
Manejo de contingencias	12	3.3
Ejercicios de habilidades sociales	8	2.2
Primeros auxilios psicológicos	5	1.4
<b>Total</b>	<b>366</b>	<b>100</b>

Se puede observar que tanto en los pacientes como los familiares, la técnica más utilizada fue elementos de solución de problemas, ya que durante el proceso de enfermedad se enfrentan a diversas adversidades que de no intervenir oportunamente para apoyar en su resolución a corto plazo; la percepción de posibilidades de alivio disminuyen, el problema parece insoluble y la ansiedad o desesperación llegan a ser paralizantes (Reynoso & Seligson, 2005). De manera que dicha técnica se utilizó tanto como estrategia preventiva para la aparición o cronicidad de síntomas psicológicos, como intervención para disminución de sintomatología ansioso – depresiva.

La estrategia de solución de problemas es comúnmente utilizada en pacientes con enfermedades onco-hematológicas durante la primera hospitalización; ya que además de ser el momento en el que se informa sobre el diagnóstico, tiene una duración promedio de 40 días; lo que generalmente representa un problema para los pacientes, al referir entre sus preocupaciones con mayor frecuencia la existencia de actividades inconclusas o pendientes fuera del hospital lo que genera ansiedad y dificultades en la adhesión a tratamiento. En estas situaciones la técnica de solución de problemas ayuda a generar alternativas de solución provisionales que disminuyen la sintomatología y permiten el acceso a otros objetivos de tratamiento psicológico.

En el caso de los familiares es muy frecuente que se enfrenten a diversos problemas como dificultades económicas para solventar los gastos, poco apoyo para el cuidado del paciente durante las hospitalizaciones y dificultades para conseguir donadores de sangre (en promedio se les solicita siete donadores por hospitalización). Situaciones en las cuales se trabaja con ellos mediante la técnica de solución de

problemas para resolver de manera efectiva la mayor cantidad de inconvenientes con el menor desgaste del cuidador posible.

La segunda técnica más utilizada fue la psicoeducación para moderar la ansiedad generada por la incertidumbre y desinformación sobre la enfermedad, además de propiciar conductas adaptativas a partir de la información objetiva y reducir el riesgo de patógenos conductuales como la exposición a agentes infecciosos que pudieran comprometer la condición médica del paciente.

Por otro lado, la psicoeducación es una técnica insustituible para explicar al paciente y familiares el enfoque del psicólogo especialista en medicina conductual y establecer objetivos de trabajo en común.

En tercer lugar, se utilizaron ejercicios de reestructuración cognitiva para evaluar mediante la evidencia los pensamientos negativos, tanto en pacientes como familiares, relacionados con la etiología y explicaciones causales sobre la enfermedad; así como pensamientos surgidos de complicaciones médicas como falla a tratamiento y recaída.

### **Evaluación del servicio**

Las actividades realizadas durante el primer año de residencia permitieron fortalecer el reconocimiento al trabajo del residente de medicina conductual, al demostrar que no sólo satisface las necesidades detectadas por el psicólogo, también contribuye al cumplimiento de objetivos generales de atención médica, beneficiando la salud física y psicológica del paciente y familiares.

El residente se integró a las actividades médicas y académicas propias del servicio, incrementando los temas expuestos durante las clases y participando activamente en los pases de visita y revisiones de caso. Lo que le permitió colaborar en el Comité de Trasplante de Médula y sesiones ante el Comité de Ética del Hospital para tomar decisiones sobre el tratamiento de algunos pacientes con necesidades especiales.

Por otro lado, el psicólogo fungió como medio de enlace de los pacientes y familiares con otros servicios (trabajo social y enfermería) e incluso invitados externos (estomatólogo), lo que fortaleció el trabajo en equipo, así como la incorporación del psicólogo en actividades de otros servicios.

Las actividades clínicas favorecieron la adquisición de competencias para la atención de pacientes en diversas condiciones de salud y diagnósticos psicológicos, desde la correcta evaluación, tratamiento y seguimiento. Ante la falta de supervisor in situ, el residente se incorporó a actividades del servicio de oncología, con lo que adquirió conocimientos específicos y actualizados para el desempeño de sus actividades; así como retroalimentación en la presentación de casos clínicos. Sin embargo, se revisaron exclusivamente padecimientos oncológicos, lo que difiere de las características de los pacientes de hematología.

La supervisión académica fue constante, cercana y puntual. Propició la revisión de temas actuales indispensables en la formación del residente, la revisión constructiva de casos clínicos y la adquisición de competencias metodológicas.

## Competencias adquiridas

Con base en los objetivos de la residencia en medicina conductual, la Tabla 20 permite observar una evaluación de las competencias adquiridas durante el primer año de residencia.

Tabla 20  
*Competencias adquiridas en el HJM*

Objetivos específicos de la residencia	Evaluación
Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por problemas orgánicos.	Adquirida
Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas.	En proceso
Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.	En proceso
Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.	Adquirida
Entrenar a los familiares de enfermos en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con el fin de mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto en el paciente como en los miembros de la misma.	Adquirida
Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.	Adquirida

## Recomendaciones

Con base en la experiencia obtenida en el servicio y las dificultades presentadas, se realizan las siguientes sugerencias para mejorar las condiciones de trabajo del residente de medicina conductual, así como los resultados obtenidos por éste.

- Apoyo de un supervisor *in situ* específico para el servicio de hematología; a pesar de contar con el apoyo del servicio de oncología, las características y necesidades de los pacientes hematológicos son diferentes en muchos

aspectos como la estancia hospitalaria, las modalidades de tratamiento y el pronóstico global entre otras.

- Fortalecer el vínculo institucional entre la Universidad Nacional Autónoma de México y el Hospital Juárez de México, específicamente en el área de investigación, ya que no existe un vínculo estrecho entre el servicio de psicología del hospital y los residentes de medicina conductual, lo que impide el registro de protocolos de investigación, al no contar con un psicólogo adscrito que encabece los proyectos.

## **Reporte de productividad de segundo año de residencia**

### **Instituto Nacional de Cancerología**

#### **Servicio de psicooncología**

##### **Generalidades del hospital.**

El Instituto Nacional de Cancerología (INCan) inició sus funciones el 25 de noviembre de 1946, bajo el régimen del Presidente General Manuel Ávila Camacho; está localizado en Av. San Fernando No. 22, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, C. P. 14080, México, Distrito Federal.

Es un organismo descentralizado de tercer nivel, dependiente de la Secretaría de Salud; encargado de brindar atención médica especializada desde un enfoque multidisciplinario durante procesos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento a enfermos oncológicos no derechohabientes de la seguridad social; además de ser un centro de enseñanza médica e investigación.

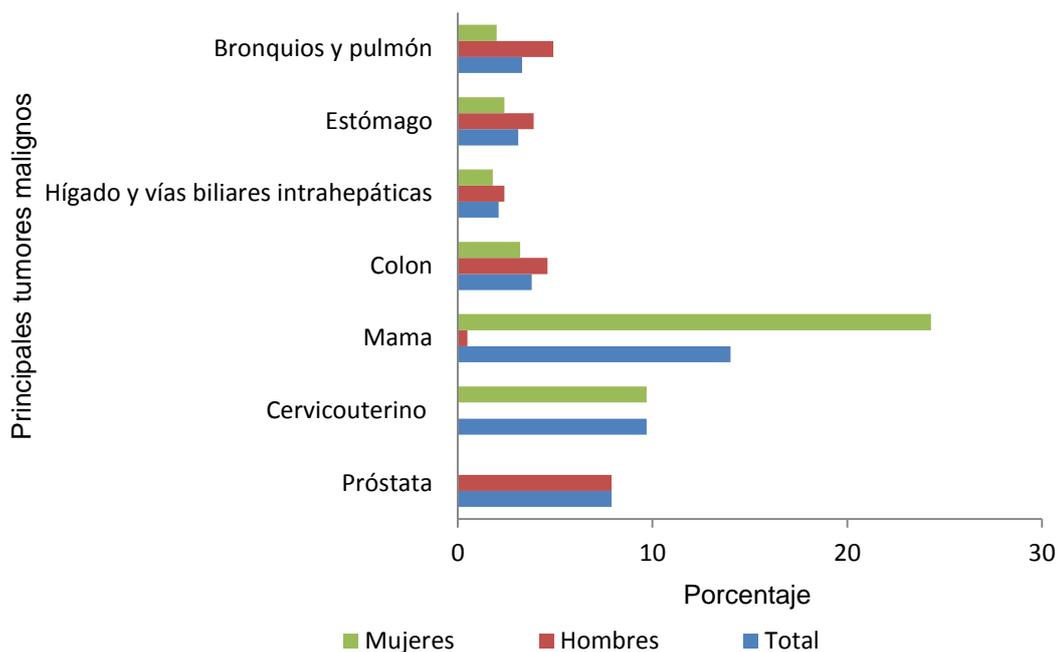
##### **Generalidades del servicio de psicooncología**

De acuerdo con Almanza-Muñoz y Holland (2000) la psicooncología es una disciplina dedicada al estudio científico del paciente que desarrolla cáncer, cuyo objetivo es coadyuvar al equipo médico-oncológico en el abordaje y manejo de los aspectos psicosociales que afectan al paciente oncológico y su familia. Es una labor

interdisciplinaria que incluye psiquiatría de enlace, enfermería, trabajo social, psicología, manejo del dolor, cuidado paliativo, servicio pastoral y participación de voluntarios (Fawzy, Fawzy, Arndt, & Pasnau, 1995).

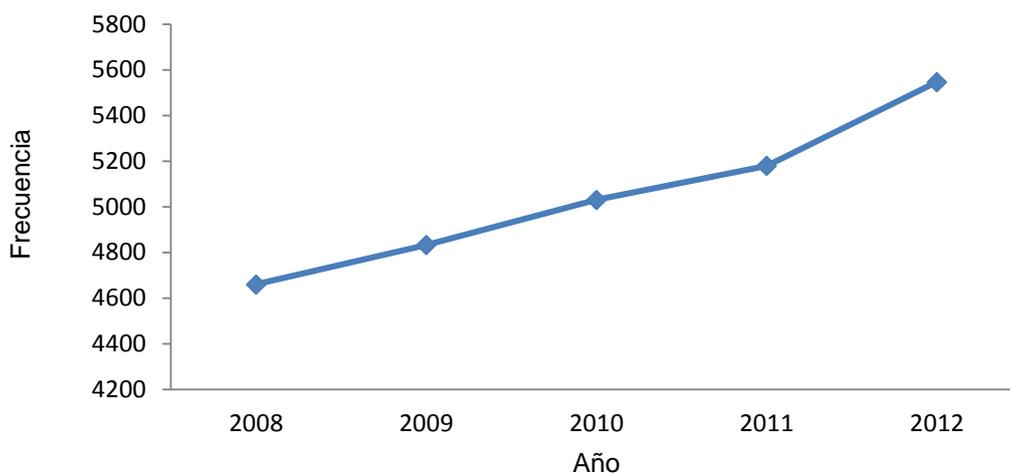
La atención psicológica a los pacientes con cáncer ha tomado gran importancia en las últimas décadas debido a que, de acuerdo con la OMS (2013), el cáncer es una de las principales causas de muerte. En el 2008, murieron por esta causa 7.6 millones de personas y cada año se diagnostican cerca de 13 millones de casos nuevos. Se ha observado que más de dos tercios de estos nuevos casos y de las muertes ocurren en los países en desarrollo, donde la incidencia del cáncer ha aumentado a un ritmo alarmante.

En México, el panorama es similar, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2012) reportó que, al tomar como base el total de defunciones durante el 2009, la tasa de mortalidad por cáncer en varones fue de 65.11 por cada 100 mil hombres, mientras que en el caso de las mujeres fue de 65.49 por cada 100 mil. Por otro lado, durante el 2010 los principales tumores malignos que afectaron a la población hospitalizada femenina adulta de 20 años y más fueron el cáncer de mama (24.3%), el cervicouterino (9.7%) y el de colon (3.2%); en los varones adultos se encontró el cáncer de próstata (7.9%), bronquios y pulmón (4.9%) y colon (4.6%) entre los más frecuentes (Figura 18).



*Figura 18.* Porcentaje de morbilidad hospitalaria de la población de 20 años y más, por principales tumores malignos según sexo. Adaptado de Instituto Nacional de Estadística y Geografía (4 de febrero de 2012). *Estadística a propósito del día mundial contra el cáncer.* Aguascalientes, México.

De manera particular, el Instituto Nacional de Cancerología (2013) ha mostrado del 2008 al 2012 un aumento de casi 20% en consultas de primera vez (Figura 19), y en congruencia con el enfoque multidisciplinario del Instituto, la psicología adquiere un papel predominante en la promoción y mantenimiento de la salud mental del paciente y su familia.



*Figura 19.* Frecuencia de consultas de primera vez en el Instituto Nacional de Cancerología.  
 Adaptado del Instituto Nacional de Cancerología  
[http://incanmexico.org/incan/incan.jsp?iu\\_p=/direccion/incanNumeros.xml](http://incanmexico.org/incan/incan.jsp?iu_p=/direccion/incanNumeros.xml)

En el servicio se llevan a cabo, de manera paralela, dos programas de formación: (a) curso de especialidad en psicooncología, con duración de un año y (b) es sede de rotación para residentes de medicina conductual. Debido a esta situación es necesario empatar algunas de las actividades académicas y clínicas de ambos grupos como lo tópicos tratados en las revisiones bibliográficas.

Con el objetivo de que los residentes tengan contacto con diferentes subespecialidades oncológicas y las particularidades de los pacientes y, de esta forma adquieran conocimientos sobre las peculiaridades de atención, se programaron rotaciones mensuales por diversos servicios del Instituto; en cada uno de ellos, el residente de medicina conductual tiene como función brindar apoyo psicológico a pacientes y familiares durante el proceso de enfermedad en los siguientes espacios:

- Consulta externa de los servicios de rotación.
- Hospitalización.

Los servicios que integran las rotaciones de manera permanente son: (1) mama, (2) gineco-oncología, (3) piel y partes blandas, (4) cabeza y cuello, (5) radioterapia, (6) gastro-oncología, (7) hemato-oncología y (8) urología. A los demás servicios del Instituto se les brinda apoyo mediante sistema de interconsulta.

Las decisiones sobre las rotaciones estuvieron a cargo del jefe de servicio, que como se muestra en la Figura 20 del organigrama interno del servicio de psicooncología, fue la principal autoridad, seguida por los psicólogos adscritos; sin embargo, debido a la formación académica, se decidió que la Mtra. Edith Rojas Castillo fungiera como supervisora directa del residente. Por otro lado, como vínculo académico con la Universidad Nacional Autónoma de México, se contó con el apoyo del supervisor académico, Mtro. Edgar Landa Ramírez, quien acudió al hospital una vez por semana.

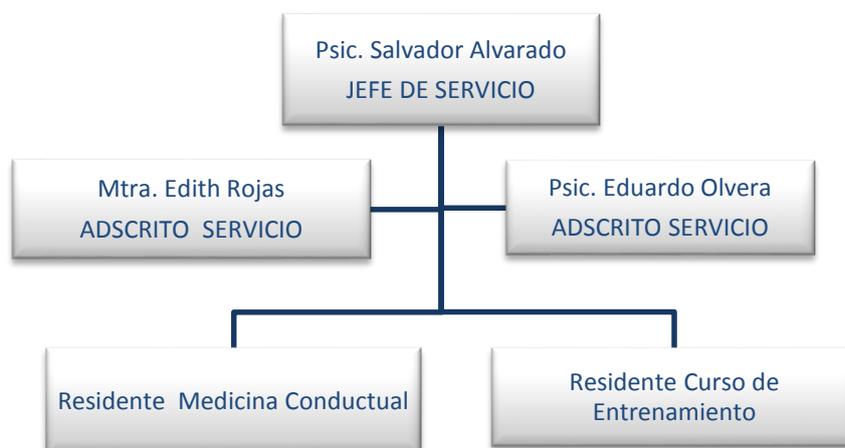


Figura 20. Organigrama del servicio de psicooncología.

## **Evaluación inicial del servicio**

Al ingreso al servicio se conoció el reglamento interno, en el cual se determinó que debido a la conceptualización del servicio como psicología de enlace, la principal función del residente fue establecer el primer contacto con los pacientes y realizar la evaluación que permita determinar si requiere atención psicológica, en caso de ser necesario, debería ser referido a la consulta externa de dicho servicio, donde será atendido por el jefe de servicio y/o los psicólogos adscritos.

Se estableció que durante las rotaciones, el principal campo de acción del residente se desarrolló en la consulta de primera vez, seguida por la atención a los requerimientos del personal de salud del servicio; y en casos particulares como radioterapia, se llevaron a cabo pláticas de psicoeducación.

## **Actividades diarias**

### **Descripción de actividades diarias**

Se creó un horario general de las actividades diarias del residente de medicina conductual que contiene las actividades académicas establecidas y los espacios temporales dedicados para la práctica clínica; las cuales que fueron adaptados a las demandas de cada servicio de rotación (Figura 21).

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
7:00 a 8:00	Clase oncología				
8:00 a 9:00	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
9:00 a 10:00	Atención servicio asignado	Clase psicooncología	Sesión general	Clase psicooncología	Sesión general
10:00 a 11:00		Atención servicio asignado	Atención servicio asignado	Atención servicio asignado	Atención servicio asignado
11:00 a 12:00					Supervisión académica
12:00 a 13:00					Supervisión clínica
13:00 a 14:00					
14:00 a 15:00					

Figura 21. Horario semanal de actividades del residente de medicina conductual.

Durante el año de residencia se rotó por siete servicios que se muestran en la Tabla 21, cabe señalar que la rotación por la unidad de trasplante de médula ósea no está contemplada en el programa general, sin embargo, debido a los requerimientos del protocolo de investigación del residente, se dieron las facilidades necesarias para realizar una rotación de cuatro meses por dicho servicio.

Tabla 21  
Rotaciones realizadas durante la residencia en el INCan

Mes	Servicio asignado
Marzo	Gineco-oncología
Abril	Mama
Mayo	Piel y partes blandas
Junio	
Julio	Radioterapia
Agosto	
Septiembre	Hematología
Octubre	Gastro-oncología
Noviembre	
Diciembre	Unidad de Trasplante de
Enero	Médula Ósea
Febrero	

## **Actividades relacionadas con la práctica clínica**

Las actividades de atención a pacientes se desarrollaron en:

- Consulta externa de los servicios de rotación, donde la referencia de pacientes y familiares era realizada por el personal médico y de enfermería, o el psicólogo detectaba síntomas que consideraba debían ser evaluados y, en su caso, canalizados a la consulta externa de psicooncología.
- Atención a interconsultas de hospitalización en las que se valoraron y atendieron necesidades inmediatas del paciente. Al momento del alta eran referidos a la consulta externa de psicooncología.

## **Actividades relacionadas con la formación académica**

Las actividades relacionadas con la formación teórica-metodológica del residente fueron:

- Asistencia a sesiones generales los días miércoles, en las que se abordaron temas médicos relacionados con proyectos de investigación para diagnóstico o tratamiento de padecimientos oncológicos.
- Asistencia a sesiones generales los días viernes, en donde se analizan diversos temas, en ocasiones participaron investigadores nacionales e internacionales externos al Instituto.

- Clase de psicooncología los días martes, en la que realizó revisión bibliográfica de temas relacionados con los padecimientos oncológicos y su impacto emocional.
- Clase de psicooncología los días jueves; se revisaron casos clínicos abordados por los residentes o retomados de la literatura.
- Supervisión académica, se realizaron revisiones bibliográficas de temas sobre las principales alteraciones psicológicas, diagnóstico y tratamiento desde la perspectiva de la medicina conductual. Por otro lado, se elaboró y revisó la metodología del protocolo de investigación.
- Supervisión clínica, llevada a cabo con la Psic. Adsc. Edith Rojas. Se revisaron casos clínicos y se elaboró y revisó la intervención del protocolo de investigación.

## **Productividad**

Durante el periodo comprendido del 1 de marzo del 2012 al 28 de febrero del 2013, se atendió a 117 pacientes y familiares. Debido a los servicios de rotación, se observó un predominio de las mujeres 90 (77%) sobre 27 (23%) hombres; con una media de edad de 47 años, un rango de 17 a 86 y una desviación estándar de 16.07.

El estado civil más frecuente en las mujeres fue casadas en 46 (51.1%) casos, mientras que en los hombres fue soltero en 15 (55.5%) ocasiones. En la Tabla 22, se muestra la distribución de todos los pacientes en función de su estado civil.

Tabla 22  
Estado civil de los pacientes atendidos en el  
INCan

Estado civil	Mujeres f (%)	Hombres f (%)
Casado	46 (51.1)	6 (22.2)
Soltero	24 (26.6)	15 (55.5)
Unión libre	4 (4.4)	4 (14.8)
Separado	10 (11.1)	1 (3.7)
Divorciado	2 (2.2)	1 (3.7)
Viudo	4 (4.4)	0 (0)
<b>Total</b>	<b>90 (100)</b>	<b>27 (100)</b>

En relación al diagnóstico médico, en la Figura 22 se muestra que los principales padecimientos, en los que cabe resaltar que no corresponden a las características de la población del Instituto, están determinadas por las rotaciones asignadas. En primer lugar se observa cáncer de mama y cáncer cérvicouterino con 19 (16.2%) casos cada uno, seguido por cáncer de endometrio en 15 (12.8%) pacientes.

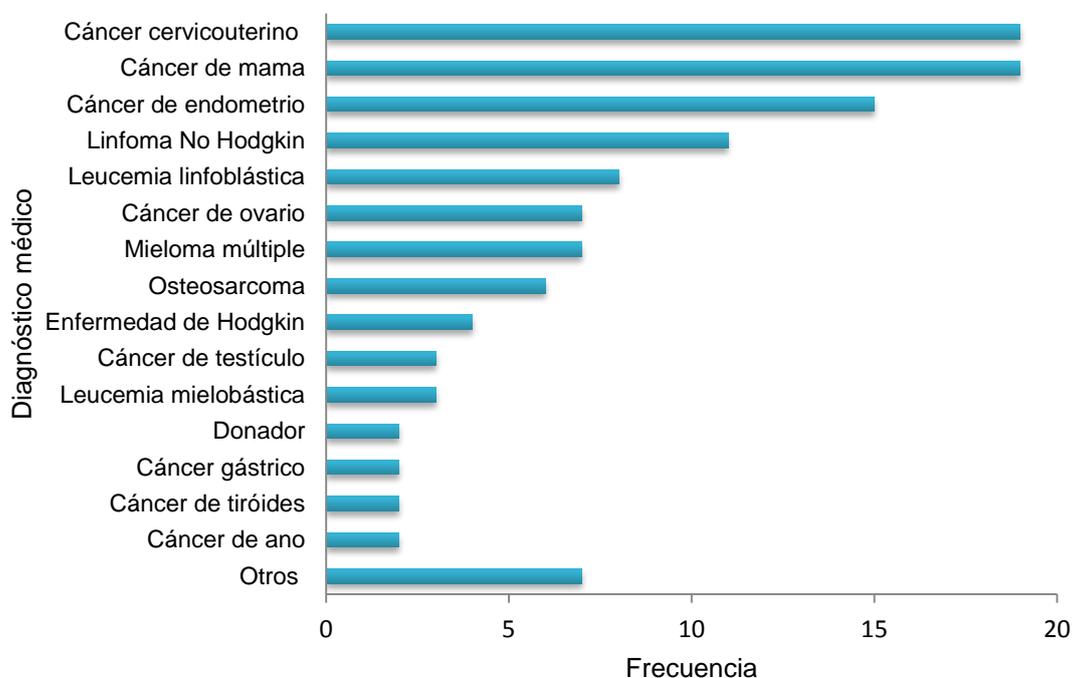


Figura 22. . Distribución de pacientes en relación a diagnóstico médico

Se realizaron un total de 142 intervenciones, de las cuales 129 (90.8%) fueron en consulta externa y 13 (9.2%) en hospitalización. En la Figura 23 se observa que el principal motivo fue valoración en 80 (56.3%) pacientes que durante el proceso de enfermedad presentaban sintomatología psicológica de acuerdo con el personal de salud. Tras la evaluación se canalizó a 39 sujetos a la consulta externa de psicooncología, mientras que 14 ya eran pacientes del servicio. Cabe resaltar que el grupo de apoyo correspondió al servicio de radioterapia, donde se brinda de manera permanente una plática sobre la aplicación de braquiterapia.

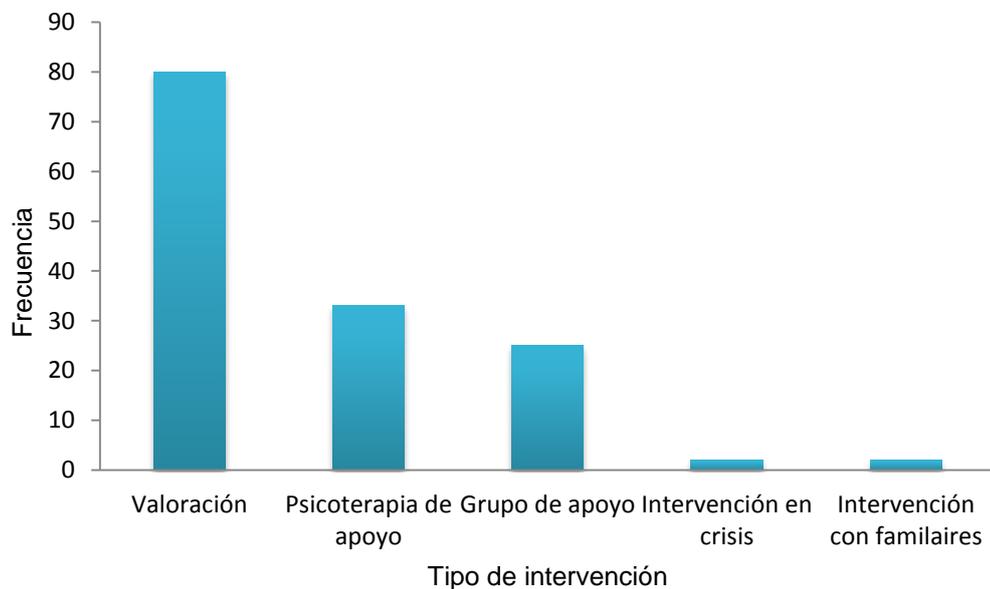


Figura 23. Distribución de tipo de intervención

Como se muestra en la Tabla 23, el principal diagnóstico psicológico fue respuesta funcional durante el tratamiento en 41 (28.8%) casos, seguido de ansiedad en 28 (19.7%) de las ocasiones y trastorno adaptativo en 14 (9.8%). Cabe resaltar que se incluye a los sujetos que participaron en sesiones de psicoeducación en relación a tratamientos médicos específicos.

Tabla 23  
*Diagnósticos psicológicos de pacientes en el INCan*

Diagnóstico	Frecuencia n	Porcentaje %
Respuesta funcional ante tratamiento	41	28.8
Trastorno adaptativo	22	15.4
Trastorno depresivo	14	9.8
Incumplimiento terapéutico	12	8.4
Ansiedad ante procedimientos médicos	12	8.4
Ansiedad ante diagnóstico	10	7
Respuesta funcional ante diagnóstico	7	4.9
Problemas de relación	5	3.5
Trastorno de ansiedad	3	2.1
Dolor	3	2.1
Respuesta emocional en etapa libre de enfermedad	2	1.4
Ansiedad ante estancia hospitalaria	2	1.4
Trastorno depresivo secundario a medicamento	2	1.4
Sintomatología ansioso – depresiva	2	1.4
Crisis	2	1.4
Ansiedad ante recaída	1	0.7
Crisis	1	0.7
Delirium	1	0.7
<b>Total</b>	<b>142</b>	<b>100</b>

En la Tabla 24 se observa que con base en los objetivos de intervención y los diagnósticos psicológicos, la principal técnica implementada fue psicoeducación relacionada con el impacto emocional secundario al padecimiento oncológico y su efecto en el proceso de enfermedad; también se utilizó como herramienta de sensibilización del paciente para ser referido al servicio de psicooncología y/o psiquiatría. En segundo lugar se utilizaron elementos de la respiración diafragmática para el manejo de ansiedad y dolor ante procedimientos médicos; así como técnica de regulación emocional para realizar una correcta evaluación del paciente.

Tabla 24  
*Técnicas de intervención empleadas en el INCa*

Técnica	Frecuencia n	Porcentaje %
Psicoeducación	82	31.9
Elementos de respiración diafragmática	31	12
Entrevista profunda	27	10.5
Relajación progresiva muscular pasiva	25	9.7
Ejercicios de solución de problemas	22	8.5
Elementos de reestructuración cognitiva	21	8.1
Validación emocional	13	5
Activación conductual	11	4.2
Elementos de habilidades sociales	10	3.8
Contención emocional	8	3.1
Expresión emocional	5	1.9
Primeros auxilios psicológicos	2	0.7
<b>Total</b>	<b>257</b>	<b>100</b>

### **Evaluación del servicio**

Las actividades realizadas durante la rotación permitieron al residente identificar un área de oportunidad para el desarrollo e implementación de un protocolo de intervención en la evaluación e intervención en pacientes sometidos a trasplante hematopoyético de células progenitoras. Lo que favoreció la adquisición y aplicación de conocimientos teóricos y metodológicos implicados en formación del especialista en medicina conductual.

El residente participó activamente en las actividades académicas propias del servicio y colaboró en las tareas de difusión del servicio mediante la impartición de ponencias dirigidas a pacientes y familiares externos al servicio médico tratante. Por otro lado, se propició el acercamiento de los pacientes a servicios como “Navegación” cuyo fin es apoyar al paciente ante dificultades de hospedaje y búsqueda de medicamentos, así como brindar talleres dirigidos a pacientes y familiares.

La supervisión clínica permitió analizar de manera teórica las intervenciones y técnicas cognitivo conductuales, sin embargo, ante la imposibilidad de realizar seguimiento personal con los pacientes, resultó viable llevarlos a la práctica clínica. Por otro lado, favoreció el desarrollo del protocolo de investigación, su registro e implementación.

La supervisión académica fue constante, cercana y puntual. Permitted la revisión de bibliografía oportuna para la formación clínica del residente y contribuyó significativamente al desarrollo del protocolo desde la revisión metodológica del mismo.

Una dificultad particular durante la residencia fue la diferencia en el enfoque de atención desde la perspectiva psicodinámica y la medicina conductual, lo que dificultó la revisión de casos en la formulación de casos y establecimiento de objetivos. Por otro lado, ésta diferencia también impactó en la revisión bibliográfica en temas como abordaje del familiar ante fallecimiento del paciente e intervención en crisis.

### **Competencias adquiridas**

De acuerdo con los objetivos de la residencia en medicina conductual, la Tabla 25 permite observar una evaluación de las competencias adquiridas durante el segundo año de residencia; en la que se observa que hubo un desarrollo de competencias teórico metodológicas, lo que complementó la formación del primer año de rotación.

Tabla 25  
*Competencias adquiridas en el INCan*

Objetivos específicos de la residencia	Evaluación
Resolver problemas psicológicos de los pacientes, generados por problemas orgánicos.	Poco desarrollada
Ofrecer alternativas educativas de cambio de estilo de vida para prevenir problemas y/o complicaciones orgánicas.	Poco desarrollada
Desarrollar intervenciones que favorezcan la adherencia a la terapéutica médica.	Desarrollada
Entrenar a los pacientes en técnicas de asertividad, solución de problemas, habilidades sociales, manejo de contingencias, retroalimentación biológica, afrontamiento y autocontrol con el fin de disminuir los niveles de estrés, ansiedad y depresión.	Desarrollada
Entrenar a los familiares de enfermos en estrategias de afrontamiento y manejo de contingencias con el fin de mejorar y/o mantener la calidad de vida tanto en el paciente como en los miembros de la misma.	Poco desarrollada
Trabajar con los pacientes y sus familiares lo relativo a enfermedad terminal y muerte.	No desarrollada

## Recomendaciones

Con base en la experiencia obtenida en el servicio y las dificultades presentadas, se realizan las siguientes sugerencias para mejorar las condiciones de trabajo del residente de medicina conductual, así como los resultados obtenidos por éste.

- Ampliar el campo de acción de residente de medicina conductual en diversas áreas como intervención en crisis, desarrollo e implementación de programas de intervención, entrenamiento en manejo de dolor, entrenamiento grupal y/o individual en manejo de ansiedad ante estancia hospitalaria y tratamiento, etc.
- Generar evaluaciones estructuradas para la detección de necesidades de los pacientes y sus familiares.
- Favorecer el desarrollo de intervenciones estructuradas que permitan evaluar los resultados obtenidos.

## Capítulo 4

### Presentación de casos

#### Programa de intervención cognitivo conductual en un paciente con trastorno mixto ansioso – depresivo

##### Resumen

A pesar de no contar con datos exactos sobre la prevalencia del trastorno mixto ansioso – depresivo (MADD), se sabe que aproximadamente el 50% de los pacientes que presentan ansiedad cumplen criterios para depresión y viceversa; lo anterior representa empobrecimiento del pronóstico del paciente. Para su tratamiento se ha recomendado la terapia cognitivo conductual; sin embargo, no se cuenta con suficiente evidencia sobre su efectividad en contextos clínicos, es por ello se presenta el reporte de caso único de un paciente masculino de 32 años con diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo, rasgos de personalidad del cluster C e intento de suicidio. Después de iniciar tratamiento farmacológico, recibió atención psicológica mediante un programa de intervención cognitivo conductual cuyo objetivo fue disminuir los síntomas de ansiedad y depresión. Al finalizar la intervención se observó mejoría clínica tanto en la sintomatología ansiosa como depresiva, incremento en la calidad de sueño y decremento en los criterios diagnóstico del CIE 10 para MADD. En conclusión, la TCC muestra una tendencia a mejorar síntomas de MADD.

PALABRAS CLAVE: Intervención psicológica, comorbilidad ansiedad - depresión

##### Abstract

Even though precise data about Mixed Anxious-Depressive Disorder (MADD) are not available, it is known that approximately 50% of patients who display anxiety also meet criteria for depression and that the inverse relation is also true, facts that are associated with a bad prognosis. Notwithstanding that cognitive-behavioral therapy has been recommended for their treatment, there is not enough evidence about its effectiveness in clinical contexts. Because of this, a case report of a 32-years-old male patient diagnosed with MADD, cluster C personality traits and a suicidal attempt is described. After initiating pharmacological treatment, he received psychological support through a cognitive-behavioral intervention program whose objective was decreasing the anxiety and depression-related symptoms. At the end of the intervention, clinical improvements were observed both in the anxiety and depression symptoms, increases in sleep quality and a decrease in the CIE 10 diagnostic criteria for MADD were also detected. In conclusion, CBT displays a tendency to improve MADD symptoms.

KEYWORDS: Psychological intervention, anxiety-depression comorbidity.

## **Antecedentes**

De acuerdo a la experiencia clínica, Cía (2007) sugirió que un número importante de pacientes que acuden con el médico general o a consultas psiquiátricas presentan una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos de diversa intensidad. Esta situación mantiene la controversia sobre si los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos representan distintas entidades clínicas o si se trata de diferentes aspectos de una misma alteración fisiopatológica.

Barlow (2008) propuso que tanto los trastornos de ansiedad como de los del estado de ánimo tienen una etiología común, relacionada con la interacción de tres factores de vulnerabilidad:

1. Factores generales de vulnerabilidad biológica, que contempla aspectos genéticos no específicos.
2. Factores generales de vulnerabilidad psicológica, relacionada con el desarrollo de estrategias de afrontamiento débiles o disfuncionales derivadas de experiencias vividas durante la infancia, especialmente eventos negativos, y que generan en el individuo la percepción de que los problemas son impredecibles e incontrolables.
3. Factores específicos de vulnerabilidad psicológica, que funcionan como potencializadores de los factores generales, incluyen aspectos como el estrés.

En este sentido, el modelo mixto ansioso-depresivo busca explicar la relación entre ansiedad y depresión al proponer que se trata de una mezcla de ambos tipos de

síntomas que difieren tanto de la ansiedad primaria como de la depresión primaria (Cía, 2007). La OMS incorporó, en la nomenclatura nosográfica de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE 10, 1992) al trastorno mixto ansioso depresivo (MADD, por sus siglas en inglés) como diagnóstico para pacientes con síntomas de ansiedad y depresión de intensidad leve a moderada, sin que ninguno predomine claramente. Dicho estado de tristeza y ansiedad se presenta por al menos un mes y es acompañado por un mínimo cuatro de los siguientes síntomas que provocan un deterioro significativo en la actividad social, laboral y familiar del individuo:

- Dificultades de concentración o memoria.
- Trastorno del sueño.
- Fatiga o falta de energía.
- Irritabilidad.
- Preocupación.
- Llanto fácil.
- Hipervigilancia.
- Sensación de peligro inminente para la persona o sus seres queridos.
- Desesperanza y pesimismo ante el futuro.
- Baja autoestima o sentimiento de inutilidad.

Echeburúa y Salaberría (1999) consideraron que, además de los síntomas previamente descritos, se debe considerar: (a) la presentación simultánea y crónica de diversos síntomas de ansiedad y depresión, (b) los cambios temporales en el predominio de los síntomas, (c) el establecimiento gradual del cuadro clínico e inexistencia de acontecimientos traumáticos, y (d) la identificación de rasgos de personalidad evitativa, dependiente u obsesiva.

Por otro lado, la Asociación Americana de Psiquiatría (2010), ha considerado la inclusión del MADD en el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, quinta versión (DSM-V), en el que se han propuesto como criterios diagnóstico que los pacientes cumplan con tres o cuatro de los síntomas de depresión mayor, acompañados por ansiedad y estrés.

En relación a los factores sociodemográficos asociados, se ha encontrado una fuerte asociación entre la presencia de MADD y el género femenino, tener hijos menores de 16 años, somatización y antecedentes de psiquiátricos reportados por el paciente (Walters, Buszewicz, Weich, & King, 2011).

Debido a que aún se mantiene la controversia por su diferenciación de otros trastornos mentales, no se cuenta con datos sobre la prevalencia del MADD, sin embargo, estudios como la Encuesta Nacional de Comorbilidades, (2003) realizada en Estados Unidos, reportó que alrededor del 75% de los pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, de acuerdo con el DSM-IV, también cumplieron criterios para algún otro trastorno mental entre los que se encuentran trastornos de ansiedad (59.2%), trastornos del control de impulsos (30%) y trastornos relacionados con sustancias (24%) (Kessler et al., 2003).

Por otro lado, Brown, Campell, Lehman, Grisham y Mancill (2001) reportaron que el 55% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad, cumplen criterios de al menos otro trastorno de ansiedad o de depresión al momento de la evaluación; pero si se explora la historia clínica del paciente, independientemente de que al momento de la entrevista presente sintomatología o no de comorbilidad, este

porcentaje se incrementa hasta 75%. Con base en esta información, se puede observar que son aislados los casos de pacientes que presentan únicamente algún trastorno de ansiedad o depresión.

En México tampoco se cuenta con datos exactos sobre la prevalencia del MADD, sin embargo, se puede tener un panorama general a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en la que se reportó que el 9.1% de la población general ha padecido alguna vez un trastorno afectivo y el 14.3% algún trastorno de ansiedad, confirmando así que constituyen las alteraciones psiquiátricas más comunes (Medina-Mora et al., 2003).

Se considera que los pacientes con ansiedad y depresión comórbidas tienen peor pronóstico que aquellos sin comorbilidad; debido a que tienden a mostrar impedimentos psicológicos y sociales más graves, mayores quejas somáticas y de ansiedad y utilizan con mayor frecuencia los recursos de atención de la salud (Cía, 2007).

Walters et al. (2011) encontraron que los pacientes con MADD obtuvieron puntajes significativamente más altos en estrés psicológico (evaluación que englobó ansiedad, depresión, síntomas somáticos y disfuncionalidad social) lo que a su vez mostró una asociación alta con mayor disfunción somática, incremento en los días de incapacidad y menor calidad de vida en la escala de salud mental.

Dada la complejidad del MADD, frecuentemente se observa una cronicidad del problema (Echeburúa & Salaberría, 1999); es por ello que los objetivos de tratamiento deben considerar tanto la remisión completa de los síntomas y la

recuperación de la calidad de vida (Cía, 2007), como un mayor control sobre las dificultades de la vida cotidiana mediante el aprendizaje de habilidades adecuadas de afrontamiento, la reducción del consumo de fármacos y la prevención de recaídas (Echeburúa, Salaberría, De Corral, Cenea, & Berasategui, 2000). Para ello actualmente existen diversas opciones farmacológicas y psicoterapéuticas (Cía, 2007).

Se recomienda en primera instancia el uso del tratamiento farmacológico mediante antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, (ISRSs) incluyendo a las benzodiacepinas, los cuales han sido ampliamente indicados en la medicina general y asistencia primaria gracias a que cuentan con un amplio margen de seguridad en sobredosis y producen limitados efectos secundarios (Cía, 2007).

Como parte del tratamiento psicológico, se ha considerado que lo más adecuado para este cuadro clínico es la combinación de estrategias terapéuticas utilizadas en los trastornos de ansiedad y depresión o distimia (Echeburúa, 1995; Moras, Telfer, & Barlow, 1993; Robinson, 1995).

De manera específica, para el manejo de la ansiedad se ha demostrado que la terapia cognitivo conductual (TCC) ha resultado la más efectiva, incluso para el control de síntomas secundarios como las alteraciones del sueño (Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). En cuanto a la depresión existen investigaciones que aseguran que la TCC muestra resultados efectivos en la disminución de la sintomatología (Di Giulio, 2010; Tolin, 2010).

De manera general, los protocolos actuales de intervención cognitivo conductual para trastornos del estado de ánimo se han centrado en los tres principios del cambio: (a) modificar la emoción generada a partir de las evaluaciones desadaptativas de los eventos más importantes para el paciente, (b) prevenir el uso de estrategias evitativas ante eventos internos o externos productores de la carga emocional y, (c) cambiar las conductas derivadas de los estados emocionales (Barlow, 2008).

Un estudio controlado aleatorizado reciente, mostró que los pacientes con MADD atendidos mediante TCC en línea tuvieron una adhesión alta y lograron un efecto positivo en la sintomatología ansiosa-depresiva. Sin embargo, al llevar a cabo la intervención en la atención primaria se observó un descenso en la adhesión, a pesar de mantener el efecto (Newby et al., 2013).

Los datos presentados permiten suponer que la TCC es una opción efectiva para abordar a pacientes con MADD. Es así que el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la TCC sobre los síntomas de ansiedad y depresión en un paciente masculino de 32 años con diagnóstico de MADD e intento suicida, atendido en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la Facultad de Psicología UNAM.

### **Identificación del paciente y motivo de consulta**

Paciente masculino de 32 años de edad, originario y residente del Distrito Federal, con diagnósticos psiquiátricos, emitidos en la Clínica Psiquiátrica Morelos (Instituto Mexicano del Seguro Social), de trastorno mixto ansioso-depresivo con dos meses

de evolución, rasgos de personalidad del Cluster C e intento suicida; tratado con sertralina y clonazepam (5 gotas por la noche). Así como diagnósticos médicos de Obesidad Grado II (Índice de masa corporal  $\geq 35$ ) e Hipertensión Arterial (HTA) de tres años de evolución, actualmente controlado con Captopril. Por motivos éticos se cambiará el nombre y se identificará como C.

C. es soltero, licenciado en comunicación, actualmente desempleado, no profesa ninguna religión, habita con su madre putativa de quien es cuidador primario ya que padece de glaucoma y síndrome de Sudeck<sup>1</sup>.

Al momento de la entrevista, refirió dieta adecuada en calidad y cantidad. Sin embargo, comentó pérdida de peso aproximada de 20 kg. en los últimos meses, relacionado con disminución en la ingesta alimentaria debido a falta de apetito.

En relación a los antecedentes psicológicos y psiquiátricos, recibió atención psicológica a los nueve años de edad, por aproximadamente seis meses, debido a “problemas de autoestima” (sic).

Dos meses previos a su primer contacto con el servicio, tuvo un intento suicida mediante una sobredosis de fármacos y alcohol, por lo que fue ingresado a la Clínica Psiquiátrica de Morelos dónde se emitieron los diagnósticos antes mencionados y se le sugirió buscar atención psicológica.

<sup>1</sup>El Síndrome de Sudeck es también llamado síndrome regional doloroso complejo (SRDC) es una dolencia multisintomática y multisistémica que suele afectar a una o más extremidades, pero pudiera afectar a cualquier parte del cuerpo. Sus principales características son dolor de intensidad desproporcionado al daño, cambios en la piel, hinchazón y trastornos del movimiento.

Expresó como motivo de consulta complementar el tratamiento psiquiátrico recibido con el fin de mejorar su estado de ánimo; C. consideró que el síntoma que más impacto tenía en su calidad de vida al momento de la entrevista era el insomnio, debido a que influía directamente en una disminución de su rendimiento a lo largo del día y alteraba su estado de ánimo.

### **Historia del problema**

Inició padecimiento psiquiátrico seis meses atrás, después de ser rechazado en dos empleos gubernamentales; ante esta situación presentó estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, apatía, insomnio de conciliación, disminución del interés por las actividades que realizaba, alteraciones del apetito (anorexia) y sentimientos de inutilidad. Ante estos síntomas no solicitó atención psiquiátrica o psicológica.

Dos meses después se sumó a la sintomatología antes descrita, ideación suicida y pensamientos recurrentes de muerte que lo llevaron a tener un intento suicida a través de intoxicación etílica y farmacológica (30 tabletas de clonazepam, 1 celebrex, 3 jarabes para el tratamiento de la tos, 2 tabletas de diazepam y 1/2 botella de whisky), medicamentos que tomó del botiquín médico de su casa; por lo que fue ingresado a la Clínica Psiquiátrica Morelos, donde estuvo hospitalizado diez días.

A su egreso, su entonces pareja, mostró mayor interés y atención hacia C, lo que mejoró su estado emocional. Sin embargo, un mes después ella decidió terminar la relación debido a percibir expectativas no recíprocas y temor a una recaída de síntomas depresivos del paciente. Como respuesta esto, C. presentó sentimientos

de ira, irritabilidad y resurgimiento de sintomatología emocional, por lo decidió buscar ayuda psicológica.

### **Antecedentes personales**

Durante la entrevista, C. expresó rechazo desde la infancia por parte de su familia extensa, ante lo cual la madre respondía con sobreprotección, reflejada en aislamiento de familiares y verbalizaciones como “te molestan porque te tienen envidia” (sic).

Durante la secundaria fue cambiado de colegio en tres ocasiones; todas ellas derivadas de expulsiones por incumplimiento de obligaciones escolares. A los 15 años inició con consumo de sustancias tóxicas (tabaco y alcohol) y desarrolló tolerancia y dependencia, lo que lo llevó a abandonar sus estudios de nivel medio superior. Ante la falta de condiciones para continuar sus estudios de nivel superior, su madre le compró un certificado apócrifo que le permitió iniciar una formación universitaria.

En este periodo se presentó un evento estresor (fallecimiento de abuelo) que produjo un cambio en la conducta de C., referido por él como “empecé a asumir responsabilidades” (sic. paciente) entre ellas el cumplimiento de labores académicas que le permitieron culminar su formación profesional. En el ámbito laboral ha sido inestable. Refirió haberse desempeñado en múltiples empleos, sin relación con su formación profesional, todos ellos con duración promedio de tres meses.

## Estrategias de evaluación

A la entrevista inicial se encontró con un paciente consciente, alerta, participativo durante la sesión, brindó información significativa sobre el motivo de consulta e historia del problema. Se observaron movimientos cortos aparentemente sin alteraciones del sistema motor. Orientado en las cuatro esferas, atención y concentración sostenidas, memorias conservadas, juicio lógico, pensamiento concreto circunstancial en cuyo contenido se identificó preocupación por su estado anímico. Afecto constante distímico, confirmado por gesticulaciones. Lenguaje verborreico, coherente y congruente con la situación; con fluidez, volumen y ritmo adecuados. Noción de enfermedad, locus de control externo, dirigido hacia su madre y personas del entorno, estilo de afrontamiento evitativo.

Se identificaron como variables dependientes de estudio, los síntomas relacionados con el reporte psiquiátrico (ansiedad y depresión), los cuales fueron evaluados de la siguiente forma:

- Para evaluar los síntomas de ansiedad se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), en su versión adaptada a la población general mexicana, con índice de consistencia interna de .83 y una correlación interclase (20 días entre aplicación)  $r = 0.75$  (Robles, Varela, Jurado, & Páez, 2001) (Anexo 7).
- Para la evaluación de la sintomatología depresiva se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI), en su versión adaptada para residentes de la Ciudad de México, que cuenta con un índice de consistencia interna de .87 (Jurado et al., 1998) (Anexo 7).

Los síntomas se midieron en tres momentos: (a) en la evaluación inicial (previo a la intervención), (b) al finalizar el tratamiento y, (c) seguimiento a un mes de culminar la intervención.

Se identificó como síntoma blanco las alteraciones de sueño que el paciente refirió como causales de deterioro significativo en el funcionamiento diario. Por lo que se llevó a cabo un registro diario de sueño que incluyó cuatro variables: (a) latencia de sueño, definido como el tiempo que tardó en conciliar el sueño; (b) horas de sueño, número de horas efectivas de sueño; (c) grado de descanso, evaluado inmediatamente al despertar con una escala de 0 a 100, donde 0 representó sin descanso durante la noche y 100 sueño totalmente reparador; y (d) requerimiento de medicamento para conciliar el sueño, con una escala dicotómica con opciones de respuesta sí y no.

Los resultados de la evaluación psicológica pretratamiento documentó la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, sin cumplir con criterios diagnóstico de algún trastorno del estado de ánimo ni de ansiedad (Tabla 26). Al analizar los datos con la información recopilada de la entrevista inicial y contrastarlo con los criterios diagnósticos propuestos en el CIE 10 para trastorno mixto ansioso – depresivo (Tabla 27) se estableció la evaluación multiaxial basado en el DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) donde se pueden observar alteraciones en diversas áreas del funcionamiento del paciente que determinaron los objetivos y programa de intervención (Tabla 28).

Tabla 26  
*Resultados de la evaluación inicial de ansiedad y depresión*

Prueba psicológica	Puntuación cruda	Interpretación
BAI.	18	Leve
BDI.	29	Moderado

Tabla 27  
*Criterios diagnóstico para MADD identificados en el paciente*

Criterios diagnóstico de MADD en CIE 10	Síntomas presentados por el paciente
<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas de ansiedad y depresión de intensidad leve a moderada sin que ninguno predomine claramente.</li> </ul>	Ansiedad Leve (BAI) Depresión Moderada (BDI)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se presenta por al menos un mes</li> </ul>	Seis meses de evolución
<ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos cuatro de los siguientes síntomas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultades de concentración o memoria.</li> <li>Trastorno del sueño.</li> <li>Fatiga o falta de energía.</li> <li>Irritabilidad.</li> <li>Preocupación.</li> <li>Llanto fácil.</li> <li>Hipervigilancia.</li> <li>Sensación de peligro inminente para la persona o sus seres queridos.</li> <li>Desesperanza y pesimismo ante el futuro.</li> <li>Baja autoestima o sentimiento de inutilidad.</li> </ul> </li> </ul>	No Sí Sí No Sí No No No Sí Sí

Tabla 28  
*Diagnóstico multiaxial del DSM IV*

Eje I	F41.2 Trastorno mixto ansiedad – depresión (CIE 10)
Eje II	Rasgos de personalidad dependiente
Eje III	Hipertensión Arterial Sobrepeso
Eje IV	Z56.7 Problemas laborales Z63.0 Problemas conyugales
Eje V	55 (Síntomas moderados de ansiedad y depresión con algunas dificultades laborales y de relación)

## **Formulación clínica del caso**

Como parte de la conceptualización clínica del problema desde una perspectiva cognitivo - conductual se realizó el modelo de secuencias EORC; (Fernández-Ballesteros & Carrobbles, 1981) con el que se organizó la información en relaciones de contingencia y los contextos generales que afectan a la secuencia. Este esquema incluye cuatro términos básicos:

- Estímulo antecedente (E): Acontecimientos que ocurren inmediatamente antes de la conducta problema. Pueden ser de tipo ambiental o en el comportamiento del propio individuo.
- Organismo (O): Variables del sujeto que tienen relación directa con la secuencia, pudiendo influir en los acontecimientos que ocurren en ella. Se incluyen variables que han estado presentes de manera prolongada (seis meses).
- Respuesta (R): Contempla toda actividad del organismo (motora, fisiológica o cognitiva) incluida en la secuencia. Hace referencia a la conducta problema.
- Consecuencia (C): Acontecimientos que ocurren inmediatamente después de la conducta problema y a largo plazo.

El modelo nos permitió identificar que C. respondía con sintomatología ansiosa depresiva; evidenciada a nivel cognitivo, conductual, fisiológico y emocional, ante situaciones valoradas como insuficientes y ante las demandas expresadas por la madre.

Las respuestas de C. lo conducen a un aumento inmediato de la sintomatología y reforzamiento de la dependencia emocional y económica a la madre, ya que no identifica posibles soluciones a sus problemas y responde pasivamente; esto, a largo plazo lo ha llevado a la cronicidad de los síntomas. Se identifican múltiples factores de vulnerabilidad familiares, sociales y personales que mantienen la respuesta de C. a pesar del malestar que provocan (Tabla 29).

Además se desarrolló el mapa de patogénesis (Nezu, Nezu, & Lombardo; 2006) en el que se muestra gráficamente la interacción de las variables y cómo la baja tolerancia a la frustración y déficit en habilidad de solución de problemas que lleva a C. a mantener la respuesta problema (Figura 24).

Tabla 29  
Modelo EORC

E	O	R	C
<p>Internos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Percepción de insatisfacción de objetivos (“ya debería ser independiente”, “yo esperaba ya tener una familia propia”).</li> </ul> <p>Externos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rechazo.</li> <li>Complicaciones médicas de la madre.</li> <li>Sobrevaloración de la madre.</li> <li>Contacto con ex pareja.</li> <li>Problemas de la vida cotidiana.</li> <li>Búsqueda de empleo.</li> </ul> <p>Historia.</p> <p>Extemporánea.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sobreprotección madre.</li> <li>Rechazo familiar.</li> </ul> <p>Contemporánea.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rechazo en empleos.</li> <li>Separación de la novia.</li> </ul>	<p>Biológico</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>HTA.</li> <li>Desnutrición infantil.</li> <li>Alteraciones de sueño.</li> <li>Antecedentes psiquiátricos.</li> </ul> <p>Historia de reforzamiento.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aprendizaje de conductas depresivas por antecedentes de la madre.</li> <li>La madre resuelve los problemas.</li> <li>Evita sumir responsabilidades.</li> </ul> <p>Habilidades y competencias.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacidad de escucha.</li> <li>Sensible a las necesidades de otros.</li> </ul> <p>Variables cognitivo-culturales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Limitadas redes de apoyo.</li> <li>Déficit en solución de problemas.</li> <li>Déficit en estrategias de afrontamiento y conducta asertiva.</li> <li>Locus de control externo.</li> <li>Baja tolerancia a la frustración.</li> <li>Limitada res de apoyo social.</li> </ul>	<p>Queja.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alteraciones emocionales</li> <li>Alteraciones de sueño de disminuyen rendimiento.</li> </ul> <p>Cognitiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Distorsiones cognitivas de falacia de control interno (“yo no puedo conseguir un trabajo”, “si no está mi novia, no puedo estar bien”).</li> <li>Estilo atribucional depresivo (“nunca lograré tener estabilidad”, “esta depresión no se me va a quitar y es lo peor”).</li> <li>Déficit en solución de problemas.</li> <li>Rumiación sobre la ruptura con su pareja.</li> </ul> <p>Fisiológicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Insomnio de conciliación.</li> </ul> <p>Motoras.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aislamiento familiar y social.</li> <li>Nulos intentos de búsqueda de empleo.</li> <li>Verbalizaciones de preocupación por su estado de ánimo (“si no puedo salir de esto, voy a estar toda la vida mal”, “voy a terminar con enfermarme”).</li> </ul>	<p>Inmediatas.</p> <p>Individuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tranquilidad por no enfrentar los problemas.</li> <li>Planeación de actividades (“ahora si voy a buscar trabajo”).</li> <li>Disminución de actividades placenteras (por falta de dinero).</li> </ul> <p>De otros</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conflictos con la ex pareja.</li> <li>Resolución de os problemas por parte de la madre.</li> </ul> <p>Mediatas</p> <p>Individuales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sentimientos de culpa.</li> <li>Sentimientos de inutilidad.</li> <li>Aislamiento.</li> <li>Estado de ánimo depresivo.</li> </ul> <p>De otros</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Conflictos con la madre.</li> <li>Reproches de la ex novia.</li> </ul>

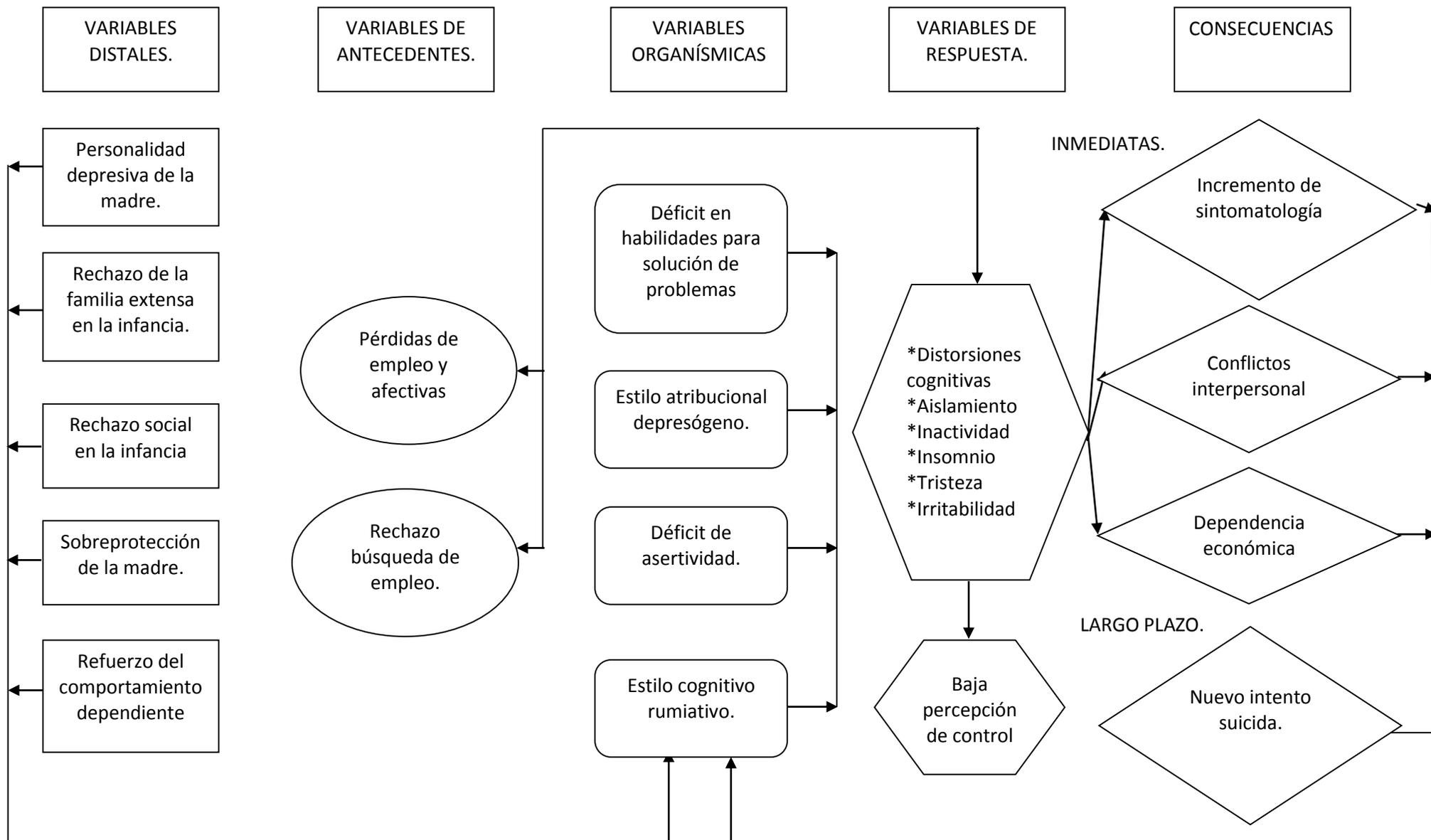


Figura 24. Mapa clínico de patogénesis.

## **Hipótesis**

### **Hipótesis histórica.**

El rechazo por parte de su familia extensa y la sobreprotección de su madre durante la infancia dieron lugar a estrategias de afrontamiento débiles o disfuncionales (factores generales de vulnerabilidad psicológica).

### **Hipótesis de mantenimiento.**

Las respuestas de ansiedad y depresión permanecen como patrón de respuesta a situaciones valoradas como demandantes. Al enfrentarse a problemas cotidianos y no ser capaz de resolverlos se refuerzan los sesgos cognitivos de falacia de control (factores específicos de vulnerabilidad psicológica). Aunado a las demandas actuales como la enfermedad de la madre, el rechazo en empleos y el rompimiento de su relación de pareja.

## **Tratamiento**

De acuerdo con la revisión de literatura, se recomienda la combinación de estrategias terapéuticas utilizadas en los trastornos de ansiedad y depresión para el manejo de este trastorno (Echeburúa, 1995; Moras et al., 1993; Robinson, 1995); padecimientos sobre los que la TCC ha demostrado ser un tratamiento eficaz y

específico tanto de manera aislada (Hofman et al., 2012); como al integrar el diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo (Vera, 2004).

Como parte de la evidencia se encuentra un estudio que logró una disminución significativa tanto de la sintomatología ansiosa como depresiva, después de una intervención que incluyó: (a) relajación progresiva de Jacobson, (b) ensayo conductual, (c) reestructuración cognitiva, (d) solución de problemas, (e) entrenamiento en asertividad e (f) imaginería (Vera, 2004).

Para el abordaje particular del caso, se consideró al insomnio como blanco de intervención, debido a la molestia referida por el paciente y a estudios que han mostrado que en trastornos mentales con insomnio como comorbilidad; al lograr un impacto sobre el patrón de sueño, se presenta una tendencia a mejorar sintomatología depresiva; y para su tratamiento se recomienda a la TCC como primera línea de intervención, mediante el uso de técnicas como registro diario del sueño, control de estímulos, técnicas de relajación y terapia cognitiva (Sánchez-Orduño & Edinger, 2012).

Con base en lo anterior se decidió realizar una intervención cognitivo – conductual, mediante un estudio de caso bajo el paradigma pre – post con seguimiento. En el cual la variable independiente es la intervención cognitivo-conductual y la variable dependiente la sintomatología de ansiedad y depresión.

La intervención se conformó por cuatro componentes básicos: (a) psicoeducación sobre las emociones a partir del modelo de los aspectos de nuestras experiencias de

la vida (pensamiento – emociones – conductas – reacciones físicas y ambiente); (b) modificación de la emoción generada a partir de las distorsiones cognitivas que, a la par de un entrenamiento en técnicas de relajación, sirvieron para lograr una regulación emocional; (c) prevención del uso de estrategias evitativas ante eventos internos o externos productores de carga emocional como el rechazo o demandas ambientales; y (d) cambio de las conductas derivadas de los estados emocionales como aislamiento.

De manera específica, las técnicas de intervención para lograr los objetivos fueron:

- Psicoeducación: Componente común de la terapia cognitivo conductual, cuyo principal objetivo es exponer la relación entre los pensamientos, emociones y conductas. Así como la funcionalidad de sus reacciones para interpretar la información del ambiente. Por otro lado, se debe considerar el reforzamiento negativo; principalmente en relación a la respuesta, comúnmente evitativa ante eventos demandantes, la cual, ayuda momentáneamente a reducir la emoción; sin embargo, a largo plazo refuerza el ciclo de la emoción (Barlow, 2008).
- Respiración diafragmática: Estudios demuestran que una respiración adecuada facilita la oxigenación, lo que conllevará una mejoría del funcionamiento de los tejidos y cardíaco, reduciendo así los síntomas de fatiga y ansiedad (Davis, McKay, & Eshelman, 1982). Por otro lado, es la única forma de respiración que facilita la activación del parasimpático, lo que reduce el flujo sanguíneo al cerebro y produce un estado de somnolencia (Ballentine, 1976).

- Reestructuración cognitiva: Técnica fundamental de la terapia psicológica, principalmente en individuos con tendencia a evaluar los eventos externos de manera sesgada. El fin es evaluar objetivamente los pensamientos negativos para incorporar mayor sentido de realidad, mediante evaluaciones basadas en la evidencia. Puede ser conceptualizada desde una perspectiva de regulación emocional, si se logra que las nuevas evaluaciones de los eventos externos aparezcan antes que la carga emocional (Richards & Gross, 2000).
- Solución de problemas: Técnica de modificación de la conducta que facilita respuestas eficaces. Parte de la asunción fundamental de que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas, existiendo diferencias en esta habilidad entre sujetos. Esto implica que las personas que resuelven sus problemas adecuadamente suelen tener una adecuada competencia social (D’Zurilla & Goldfried, 1971).
- Activación conductual: Técnica que ha llegado a ser un elemento central en las intervenciones para la depresión, basados en la hipótesis de la emoción de Izard (1971) que postula que la forma más efectiva para modificar una emoción es cambiando la respuesta ante ésta. Además, esta técnica es capaz de inducirse exitosamente como estrategia de intención paradójica para el aislamiento social (Frankl, 1960).

### **Objetivo general del tratamiento psicológico.**

1. Disminuir los síntomas de ansiedad y depresión.

Con un fin práctico se elaboró el mapa de alcance de metas (Nezu et al., 2006) en el cual se presentan de manera gráfica las técnicas implementadas y el impacto esperado en las variables correspondientes a los objetivos específicos y generales (Figura 25).

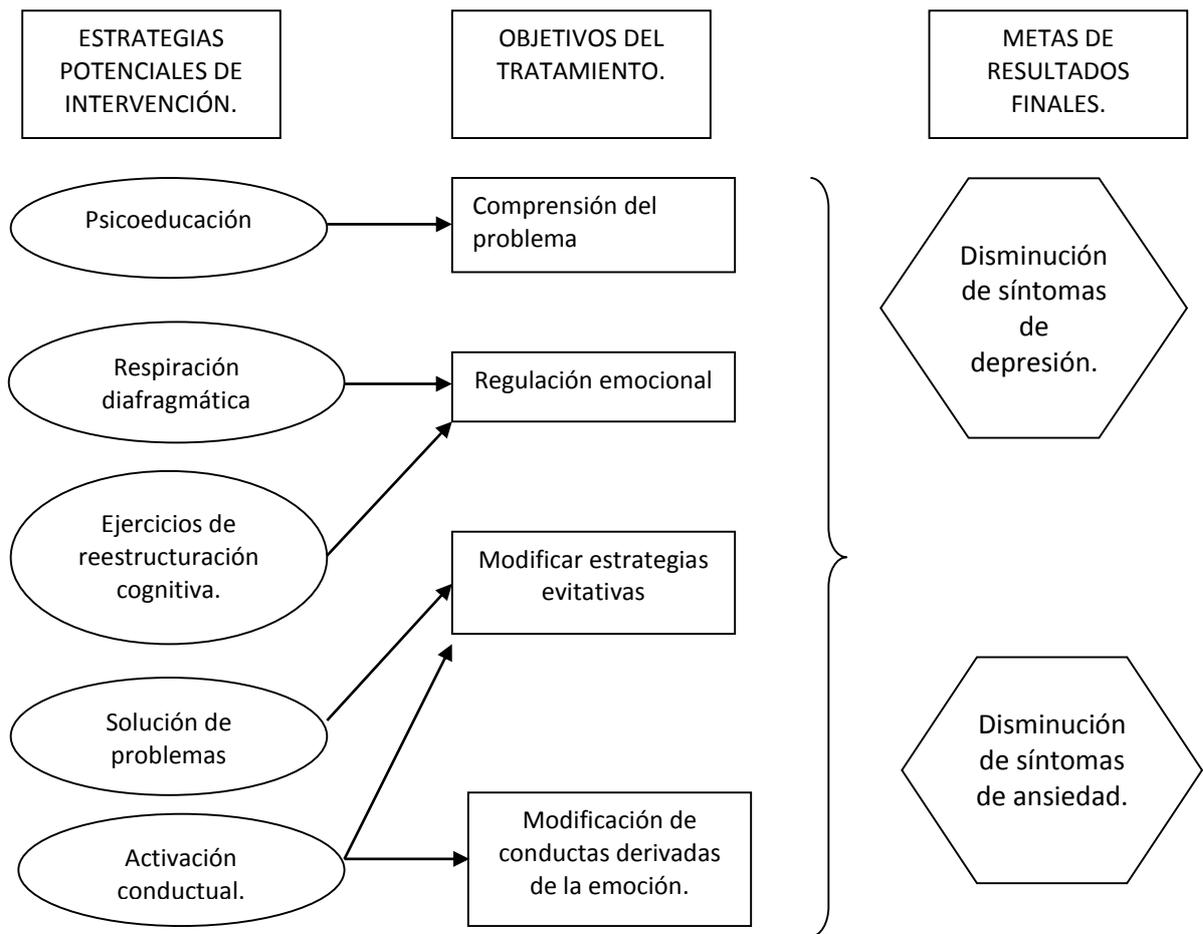


Figura 25. Mapa de alcance de metas.

El programa de intervención consistió en ocho sesiones de 45 minutos cada una, con un intervalo de tiempo de una semana entre cada sesión. En la Tabla 30 se muestra la carta descriptiva de las sesiones.

Tabla 30  
Carta descriptiva de intervención

Sesión	Objetivos	Técnica	Tareas	Evaluación
1	<p>Que el paciente proporcione ejemplos de la relación entre reacciones físicas - conducta – emoción – pensamiento, desarrolladas en un ambiente.</p> <p>Identifique dichos componentes en sus experiencias.</p> <p>Que el paciente ponga en marcha actividades de higiene del sueño.</p>	<p>Psicoeducación.</p> <p>Enfoque cognitivo conductual y los cinco aspectos de la experiencia de vida y Ejercicio “La comprensión de mis problemas”</p> <p>Psicoeducación sobre higiene del sueño</p>	<p>Registro “La comprensión de mis problemas y calidad del sueño.</p> <p>Registro de sueño.</p>	<p>El paciente logró identificar la relación entre los componentes mencionados.</p> <p>Ejemplo: “Cuando mi mamá me pide que haga muchas cosas, me siento presionado y pienso que no voy a poder, entonces me encierro en mi cuarto y no salgo”.</p> <p>Estableció un plan de actividades como preparación para ir a dormir (constancia en horario, evitar programas estimulantes previo a ir a dormir, actividades de aseo, etc.).</p>
2	<p>Que el paciente dirija el aire que inhala a la parte inferior de sus pulmones (Regulación emocional).</p> <p>Componentes de activación conductual (modificación estrategias evitativas y cambio de conductas derivadas de la emoción).</p>	<p>Ejercicio 1 del entrenamiento en respiración diafragmática (Labrador, Cruzado, &amp; Muñoz, 1995).</p> <p>Planificación gradual de actividades gratificantes: (a) análisis de actividades gratificantes, (b) discusión del significado “gratificante” y (c) asignación de dos tareas sencillas agradables.</p>	<p>Realizar ensayos del ejercicio de respiración diafragmática.</p> <p>Realización de actividades gratificantes.</p>	<p>Con el apoyo de las manos sobre el diafragma, logró dirigir el aire a la parte inferior de los pulmones.</p> <p>Selecciona dos actividades gratificantes: ir al cine y leer un libro de suspenso.</p> <p>Nota: Refirió deseos de interrumpir clonazepam; se comentan las consecuencias.</p>

3	Que el paciente lleve a cabo una inspiración completa.	Ejercicios 2 y 3 del entrenamiento en respiración diafragmática (Labrador et al., 1995).	Continuar con los registros ya establecidos.  Practicar respiración diafragmática y técnicas.	Refirió mejoría en el registro de sueño.  Llevó a cabo una actividad.  Llevó a cabo inspiraciones en tres tiempos.
	Que el paciente identifique sus pensamientos automáticos (Regulación emocional).	Identificación y valoración de sus pensamientos y emociones.		Identifica pensamientos automáticos como: “no voy a poder”, “no me van a dar el trabajo”.
4	Que el paciente establezca una adecuada alternancia respiratoria.	Ejercicios 4 y 5 del entrenamiento en respiración diafragmática (Labrador et al., 1995).	Continuar con los registros, incluyendo las nuevas técnicas.	Realizó espiraciones completas y regulares, mediante silbidos.
	Que el paciente evalúe objetivamente sus pensamientos automáticos.	Entrenamiento en búsqueda de evidencias a favor y en contra del pensamiento automático.  Incorporación de actividad física.	Llevar a cabo el plan de acción.  Registro búsqueda de evidencias.	Logró encontrar evidencia a favor y en contra en ejercicios simples.  Se planea inicio de actividad física.  Nota: Reitera deseo de suspender medicamento y refiere apoyó de la madre.
5	Que el paciente generalice la respiración completa a las condiciones habituales.	Fortalecimiento de técnica de evidencia a favor y en contra de los pensamientos automáticos.  Ejercicio 6 del entrenamiento en respiración diafragmática (Labrador, et al., 1995).	Practicar las técnicas aprendidas.  Planificación del tiempo a través del registro de actividades mediante un horario.	Logró llevar a cabo respiraciones completas en diversas situaciones.  Realizó una planeación de actividades diarias.

	Que el paciente acepte la existencia de problemas y la posibilidad de enfrentarlos (Modificación de estrategias evitativas).	Entrenamiento en solución de problemas (orientación hacia el problema).		Realizó búsqueda de evidencia a favor y en contra adecuadamente.  Identificó la existencia de problemas cotidianos, su atribución y control personal.
6	Que el paciente defina y formule el problema	Análisis de las tareas encomendadas.  Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurrila & Goldfried, 1971)	Autorregistros y práctica de las habilidades adquiridas.	Logró analizar la atribución de los problemas. Reevaluarlos como temporales y con causas ambientales y factores personales.  Logró definir y formular problemas simples.
7	Que el paciente genere soluciones alternativas y tomar decisiones.	Entrenamiento en solución de problemas (D'Zurrila & Goldfried, 1971)  Mantenimiento de habilidades mediante reforzamiento verbal.	Práctica de las técnicas adquiridas.	Logró genera y analizar posibles soluciones alcanzados.  Se refuerza verbalmente los objetivos alcanzados.
8	Que el paciente evalúe la ejecución y resultados de la solución al problema.	Solución de problemas (D'Zurrila & Goldfried, 1971)		Logró tomar decisiones para la solución de problemas simples y formular un plan.
	Que el paciente conozca la posibilidad de recaída y acciones a llevar a cabo.	Prevención de recaídas.	Se explica la posibilidad de recaída y conductas a seguir.	Se retroalimenta progresos.

## Resultados

C. se mostró adherente al programa de intervención psicológica, asistió puntualmente al 100% de las sesiones y realizó de manera oportuna y correcta las tareas requeridas durante la terapia.

En los inventarios de ansiedad y depresión de Beck (BAI y BDI) se observó una disminución en la sintomatología, tanto ansiosa como depresiva, al finalizar la intervención y en el seguimiento (Figura 26); el paciente refirió que la mejoría más significativa fue el manejo de los pensamientos automáticos y revalorar las situaciones y posibles soluciones. Se observó que al seguimiento, los puntajes de ansiedad como depresión se encuentran en puntajes considerados normales.

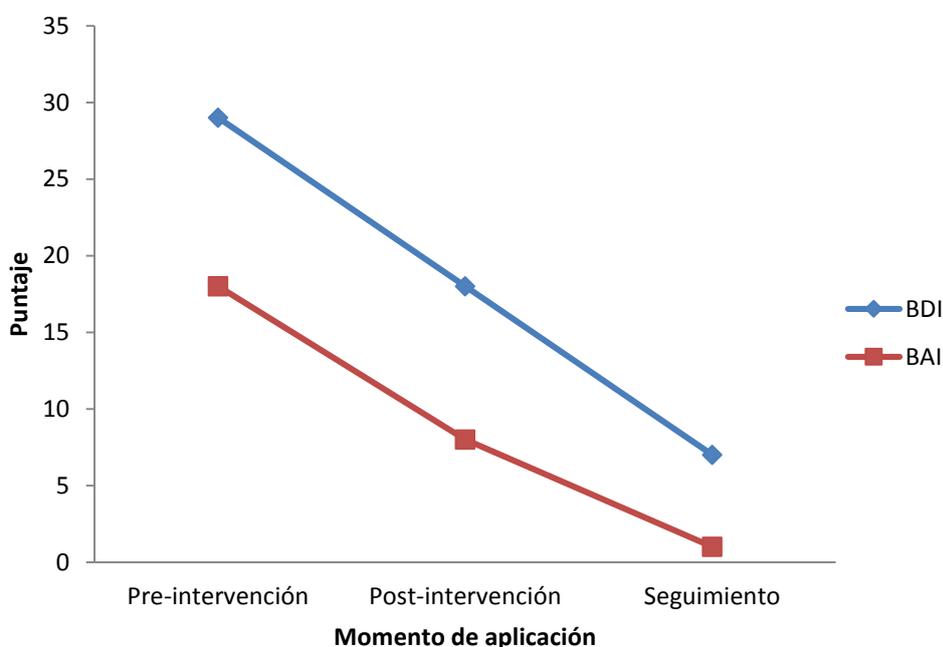


Figura 26. Evaluación de síntomas de ansiedad y depresión.

La implementación de técnicas de conductuales y de regulación emocional al inicio de la intervención favorecieron el logro de cambios significativos para el paciente en las primeras semanas; entre los que destacó su ingreso a un gimnasio local y un incremento en el promedio del grado de descanso en la semana tres a pesar de la disminución y finalmente interrupción de medicamento para dormir (clonazepam). Cabe señalar que la intervención dirigida al insomnio inició en la semana dos (Tabla 31). De acuerdo con el paciente, esto fungió como motivador para continuar con la terapia al aumentar la percepción de control sobre la sintomatología.

Tabla 31  
*Resultados de registro de sueño*

Semana	Latencia del sueño. (minutos)	Horas de sueño	Grado de descanso. (0 - 100)	Medicación (Número de días)
1	15,71	6,5	50	7
2	18,57	5,6	51,4	7
3	14,29	5,43	75,7	7
4	12,14	7,43	78,6	5
5	10	7	90	1
6	6,43	6,29	90	0
7	9,29	6	92,9	0

Durante el programa de intervención se disminuyeron las respuestas de evitación a las demandas ambientales y se fomentó la adquisición de nuevas conductas con el que C. alcanzó metas personales importantes entre las que destacan: (a) cortó la comunicación con su expareja, (b) participó activamente en la toma de decisiones familiares e (c) inició prácticas profesionales remuneradas en área acorde a su formación profesional en una institución pública, donde se puso a prueba también su tolerancia a la frustración ya que presentó propuestas de trabajo que fueron rechazadas sin provocar recaídas en el estado de ánimo. Los cambios logrados por

C. provocaron el reforzamiento social por parte de familiares cercanos y amigos, lo que contribuyó a la mejoría de la sintomatología.

Al finalizar la intervención se reevaluaron los criterios taxonómicos del CIE 10 y se concluyó que tras la intervención C. no cumplía con criterios para diagnóstico de MADD (Tabla 32).

Tabla 32  
Criterios diagnóstico para MADD identificados en el paciente

Criterios diagnóstico de MADD en CIE 10	Síntomas presentados por el paciente
<ul style="list-style-type: none"> <li>Síntomas de ansiedad y depresión de intensidad leve a moderada sin que ninguno predomine claramente.</li> </ul>	Ansiedad Normal (BAI) Depresión Normal (BDI)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Se presenta por al menos un mes</li> </ul>	-
<ul style="list-style-type: none"> <li>Al menos cuatro de los siguientes síntomas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>Dificultades de concentración o memoria.</li> <li>Trastorno del sueño.</li> <li>Fatiga o falta de energía.</li> <li>Irritabilidad.</li> <li>Preocupación.</li> <li>Llanto fácil.</li> <li>Hipervigilancia.</li> <li>Sensación de peligro inminente para la persona o sus seres queridos.</li> <li>Desesperanza y pesimismo ante el futuro.</li> <li>Baja autoestima o sentimiento de inutilidad.</li> </ul> </li> </ul>	No No No No Sí No No No No No

A pesar de no haber sido un objetivo de intervención psicológica; durante la cita de control en la Clínica Psiquiátrica de Morelos, los médicos tratantes decidieron iniciar la disminución en la dosis de sertralina con el objetivo de suspender su consumo; meta que se alcanzó a los tres meses de finalizar la intervención psicológica.

## Discusión

El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto de la terapia cognitivo conductual en los síntomas de ansiedad y depresión en un paciente con diagnóstico de trastorno mixto ansioso – depresivo. De acuerdo con los datos obtenidos se pudo contrastar que la intervención fue efectiva para la disminución de síntomas tanto de ansiedad como depresión; lo cual apoya los resultados obtenidos por diversos estudios dirigidos a pacientes con depresión (Di Giulio, 2010; Jorm, Morgan, & Hetrick, 2008; Tolin, 2010) y ansiedad (Hofmann et al., 2012).

La diferencia obtenida en las puntuaciones pre y post coincide con los datos obtenidos por Newby et. al (2013), al obtener efectos grandes sobre las variables de estudio.

En relación a los criterios del CIE 10 se puede identificar que al final de la intervención, el paciente únicamente cumplía con un criterio diagnóstico; hasta donde se conoce es el primer estudio que contrasta sus resultados con base en criterios taxonómicos.

En los datos complementarios durante el trabajo se encontró que la mejoría en la calidad de sueño se relaciona con la mejoría en la sintomatología tanto de ansiedad como depresión, lo que coincide con lo encontrado por Hofmann et al. (2012).

Por otro lado, se logró una adhesión del 100%, contrario a lo encontrado Newby et al. (2013). Una posible explicación es la individualización de la intervención, lo que

permitió la participación activa del paciente en el planteamiento de objetivos y favoreció un efecto positivo a corto plazo en control de síntomas como el insomnio. Ambas condiciones han sido asociadas con mayor adherencia a tratamiento (Amigo, Fernández, & Pérez, 1998).

Al tratarse de un estudio de caso, se tienen limitaciones sobre el control de variables extrañas que pudieron interferir con los resultados, así como el papel de los reportes del paciente. Sin embargo, el presente estudio muestra congruencia con estudios anteriores (Newby et al., 2013; Echeburúa, 1995; Moras et al., 1993; Robinson, 1995; Hofmann et al., 2012; Di Giulio, 2010; Jorm, et al., 2008; Tolin, 2010) lo cual parece marcar una tendencia en la eficacia de la TCC en la atención de pacientes con MADD.

## Caso 2

### Programa cognitivo conductual para manejo de ansiedad y dolor ante procedimiento médico en niña con leucemia linfoblástica aguda

#### Resumen

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es la enfermedad oncológica más frecuente en menores de 15 años; cuyo tratamiento médico está basado en altas dosis de quimioterapia por dos o tres años; se estima que en este periodo un niño llega a recibir hasta 300 inyecciones, lo que convierte al tratamiento en una de las principales causas de dolor; entre los procedimientos médicos evaluados como dolorosos destaca la quimioterapia intratecal. Para el manejo del dolor se ha reconocido la importancia de completar el tratamiento farmacológico con técnicas psicológicas cognitivo conductuales, las cuales cuentan con evidencia moderada de su uso en adultos o niños sanos, sin embargo, no se cuenta con suficiente evidencia en población pediátrica oncológica. Es por ello que se presenta el reporte de caso único de una paciente femenina de ocho años con diagnóstico de LLA sometida a quimioterapia intratecal sin anestésicos debido a condición médica; quien recibió intervención psicológica basada en psicoeducación y respiración profunda para manejo de dolor, ansiedad y conductas de estrés ante procedimiento médico. Durante la quimioterapia se presentaron complicaciones conductuales que no interfirieron con el curso normal del procedimiento, mientras que las valoraciones de ansiedad y dolor presentaron se mantuvieron en puntajes bajos y moderados respectivamente. En conclusión la psicoeducación y la respiración profunda pueden ser técnicas eficaces para el manejo no farmacológico del dolor agudo en pacientes pediátricos sometidos a procedimientos médicos, además de ser viables en contextos hospitalarios ya que requieren corto periodo de entrenamiento.

PALABRAS CLAVE: TCC, oncología pediátrica, punción lumbar

#### Abstract

Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) is the most prevalent oncologic disease among patients under 15 years, its medical treatment is based on high doses of chemotherapy spanning two or three years; it is estimated that during such a period, a patient may receive up to 300 injections, fact that makes the treatment one of the main causes of pain; among the medical procedures evaluated as highly painful *intrathecal chemotherapy* stands out. The importance of complementing the pharmacological treatment with psychological and behavioral techniques for managing pain has been recognized, there is some evidence for the importance of those techniques in adult and healthy children populations but the evidence for oncologic pediatric populations is scarce. Considering this, a case report of an 8-years-old female patient with ALL diagnosis who had been submitted to *intrathecal chemotherapy* without anesthetics because of her medical condition is detailed. The patient received a psychological intervention based on *psychoeducation* and deep breathing for the management of pain, anxiety and stress behaviors derived from the medical procedure. During chemotherapy, some behavioral complications that not interfered with the procedure's normal course arose, whereas the anxiety and pain ratings where associated with low and mild scores, respectively. In conclusion, *psychoeducation* and deep breathing represent effective techniques for the non pharmacological management of acute pain in pediatric patients submitted to medical procedures; in addition, they are feasible procedures in hospital settings as they require short training periods.

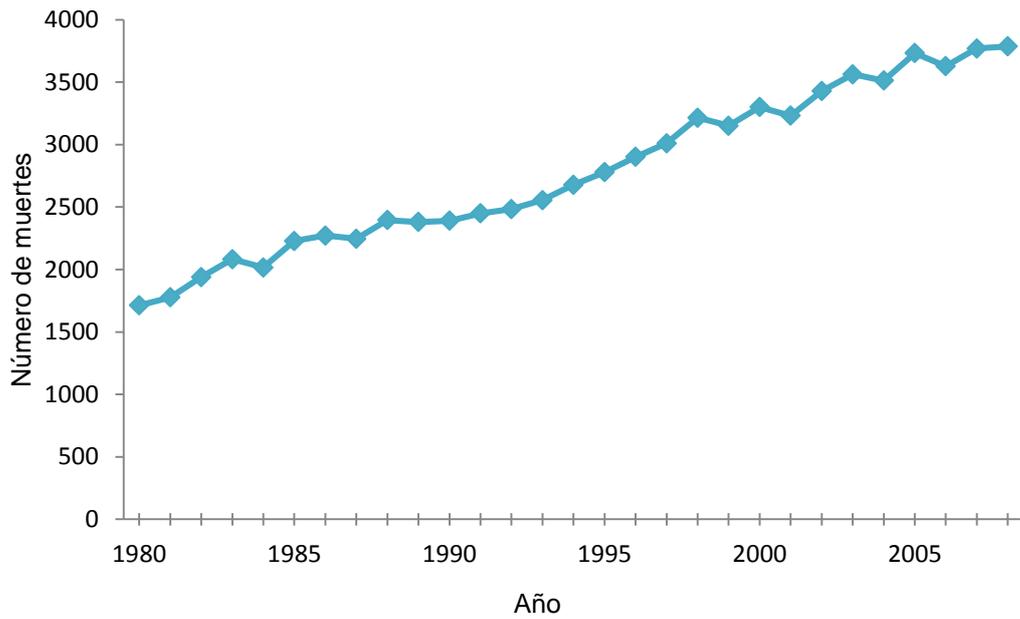
KEYWORDS: ALL, pediatric oncology, lumbar puncture.

## Antecedentes

La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es una enfermedad oncológica caracterizada por la proliferación descontrolada de leucocitos<sup>1</sup> inmaduros (Hillman et al., 2006). De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (NCI, 2013), es el padecimiento oncológico más frecuente en menores de 15 años, con 23% de todos los cánceres diagnosticados en esta población. En Estados Unidos cada año se diagnostican aproximadamente 2 900 niños y adolescentes menores de 20 años.

En el caso de México, de acuerdo con la Secretaría de Salud, a través de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y la Dirección General de Epidemiología (2011), en el 2006 se reportaron 1 359 casos nuevos de LLA en población general; de manera específica, en la Ciudad de México, las leucemias representaron el 40% de los diagnósticos de cáncer en menores de 15 años. A pesar de su baja incidencia, en México, se ha observado un aumento progresivo de la mortalidad en la población general a causa de las leucemias (Figura 27). En el 2008, de las 3 787 muertes registradas por esta causa, el 21.2% (800) fueron en menores de 15 años.

<sup>1</sup>Los leucocitos son las células sanguíneas también llamadas glóbulos blancos, que intervienen en la defensa del organismo ante infecciones o sustancias extrañas. La cifra normal de leucocitos en una persona sana oscila entre  $5 - 11 \times 10^9$



*Figura 27.* Aumento en la mortalidad a causa de leucemia en México. Adaptado de Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Epidemiología. (2011). Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. Recuperado de <http://www.dgepi.salud.gob.mx>

La sintomatología predominante al diagnóstico de la LLA es debilidad creciente, fatiga fácil, aparición de petequias (lesiones pequeñas en la piel de color rojo), epistaxis (sangrado que proviene de la nariz). En algunos casos pueden experimentar disnea (dificultad respiratoria), dolor óseo e infecciones constantes (Hillman et al., 2006).

De acuerdo con el NCI (2013), la opción de tratamiento estándar para la LLA es la quimioterapia a altas dosis, con una duración aproximada de dos a tres años; la cual, generalmente se divide en tres fases:

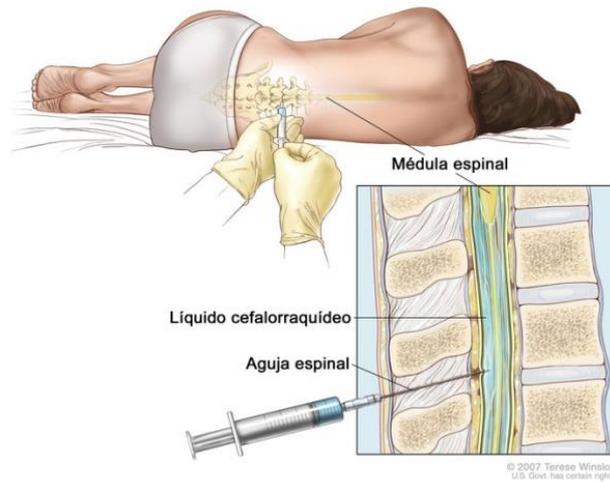
1. Inducción a la remisión que se inicia al momento del diagnóstico y su objetivo es destruir las células leucémicas de la sangre y la médula ósea (remisión).

2. Consolidación e intensificación que comienza una vez que la leucemia está en remisión. La meta es destruir las células leucémicas restantes que pueden no estar activas, pero que tiene posibilidad de regenerarse y causar una recaída (nueva activación de la enfermedad).
3. Mantenimiento, cuyo propósito es destruir toda célula leucémica restante que pudiera ocasionar una recaída. Generalmente se administran dosis menores de medicamentos en comparación con las dos fases anteriores.

En el Hospital Juárez de México, el principal esquema quimioterapéutico para niños con LLA es conocido como “San Judas”, de manera general consiste en:

1. Fase inducción: Tiene una duración de 27 días totales. Consta de: (a) la combinación de tres medicamentos contra el cáncer (vincristina, daunorubicina y L-asparaginasa) y (b) cuatro aplicaciones de intratecales (tratamiento mediante el cual se inyectan quimioterapéuticos mediante una punción lumbar, que ha sido identificado por los pacientes como uno de los procedimientos médicos más dolorosos (McGrath et al., 1990) (Figura 28).
2. Fase consolidación: Comienza el día 28 de tratamiento y consta de tres dosis de dos medicamentos inhibidores de las células que se reproducen a gran velocidad como las cancerígenas (etopósido y citarabina).

3. Fase de intensificación: Inicia en el día 49 de tratamiento y consta de tres aplicaciones de un medicamento quimioterapéutico de alta potencia (metrotexate).



*Figura 28.* Punción lumbar.

Procedimiento para aplicación de quimioterapia intratecal, que inicia con la colocación del paciente en posición fetal, posteriormente recibe anestesia local mediante lidocaína y se hasta llegar a la médula espinal, donde se aplica medicamento en el líquido cefalorraquídeo. Copyright 2007 por Terese Winslow.

Para la administración de la quimioterapia intratecal, el paciente debe permanecer inmóvil, ya que cualquier movimiento puede dañar la médula espinal y ocasionar efectos secundarios que van desde cefalea hasta paraplejía. Es por ello que algunas instituciones médicas como el Hospital Juárez de México, en los servicios de pediatría, llevan a cabo estos procedimientos médicos bajo anestesia general.

Como se puede evidenciar, los niños con cáncer son sometidos a numerosos procedimientos médicos durante el diagnóstico, tratamiento y seguimiento; se calcula que algunos llegan a recibir hasta 300 inyecciones durante el tratamiento (Jacobsen et al., 1990).

En este sentido, se ha encontrado que el 40% de los pacientes pediátricos con cáncer presentan dolor, cuya principal causa es el tratamiento en el 74% (Miser, Dothage, Wesley, & Miser, 1987). Por otro lado, de los pacientes que presentan dolor, el 61% refiere dolor de moderado a intenso durante las punciones lumbares (McGrath et al., 1991); que de manera general consisten en colocar al paciente en posición fetal, posteriormente se le administra anestesia local y con una aguja especial (llamada espinal, que es muy delgada y larga), se punciona entre las vértebras expuestas hasta a la médula espinal de donde se toma una pequeña muestra de líquido cefalorraquídeo y en la misma punción se administran medicamentos quimioterapéuticos. Durante el procedimiento presenta dolor al contacto con el sistema nervioso central y periférico y calambres musculares asociados a la posición y estimulación de médula espinal (Figura 28).

Estudios más recientes reportan que el 65.7% de los pacientes con cáncer, sin considerar la edad, presentan dolor, causado principalmente por el padecimiento oncológico en el 41.9% de los casos, pero como segunda causa del dolor se identificó a los tratamientos médicos con el 37.1% (Kurita et al., 2013). Debido a estos datos algunos niños consideran que los procedimientos son peores que la misma enfermedad (Weismann, Schechter, & Altman, 1990).

De acuerdo con la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP, por sus siglas en inglés), el dolor es definido como toda aquella experiencia emocional y sensorial desagradable tisular real o potencial, o que se describe en términos de ese daño (Loeser & Treede, 2008).

Por otro lado Melzack y Dennis (1980) clasificaron al dolor de acuerdo a su temporalidad en: (a) dolor fásico que suele aparecer al inicio de una lesión y tiene una duración corta, (b) dolor agudo que comprende tanto al dolor fásico como la presencia de dolor en periodos de tiempo variables hasta que remite la lesión y (c) dolor crónico cuya duración es mayor a seis meses y no responde a tratamiento convencional.

Mezlack y Casey (1968) afirmaron que la percepción y la experiencia de dolor están compuestas por tres dimensiones básicas:

1. Sensorial – discriminativa. Tiene como finalidad transmitir la estimulación nociceptiva (térmica, mecánica o química), su intensidad y características espacio – temporales. La intervención psicológica en esta dimensión es dirigida a aumentar los niveles sensoriales del umbral de dolor y modular la valoración de la intensidad de la estimulación nociceptiva. Las variables psicológicas más relevantes son la atención y la percepción.
2. Motivacional – afectiva. Tiene como finalidad valorar la experiencia de dolor como tolerable o aversiva. Es responsable de que se produzcan en el sujeto respuestas emocionales como miedo, ansiedad o depresión que van a motivar una conducta de escape y/o evitación.
3. Cognitivo – evaluativa. Tiene como finalidad modular el control y/o emisión de una conducta relacionada con la experiencia del dolor. Alude a variables como creencias y valores culturales hacia el dolor.

De aquí que tomen relevancia los factores psicológicos en el manejo de dolor ante procedimientos médicos, entre los que se resaltan:

- Que el niño preste atención máxima al dolor, lo que conduce a un aumento de la ansiedad y miedo a la sensación dolorosa; con lo que la experiencia sensorial puede magnificarse y sentirla como un empeoramiento del cuadro.
- La sobrevigilancia de las reacciones emocionales que produce el dolor, tiene como consecuencia no sólo una vivencia afectiva más desagradable (ya sea depresiva, ansiosa o ambas), sino también somática, produciendo en el niño aumento en la gravedad de los procesos patológicos y en la incapacidad que siente.
- La memoria de los estados dolorosos son un antecedente, por lo que el manejo de las circunstancias que le ocasionen dolor, pueden influir en sus experiencia, haciendo más fácil o más difícil el manejo en situaciones futuras.

Como se observa, el dolor es una experiencia multidimensional que incluye aspectos como la ansiedad que puede ser causada por el dolor, pero a su vez es un factor que incrementa la intensidad de dolor percibido; por lo que deben ser evaluados de manera conjunta.

El Instituto Nacional del Cáncer (NCI, 2013) reconoce la importancia de complementar el tratamiento farmacológico con técnicas psicológicas cognitivo conductuales y psicosociales que tienen potencial para mejorar directamente el

control del dolor y de manera indirecta incrementan en el paciente la percepción de control sobre la sintomatología. Se ha encontrado que cuando se enfocan a síntomas específicos como el dolor, pueden reducir de manera significativa la carga que representan los síntomas y mejorar la calidad de vida del paciente con cáncer (Given et al., 2002), por lo que se recomienda utilizar intervenciones individualizadas, considerando las preferencias del paciente.

En relación con las técnicas psicológicas utilizadas para el manejo del dolor agudo y ansiedad en niños; un estudio aleatorizado encontró que el uso de analgesia farmacológica en combinación con juegos de realidad virtual durante procedimientos médicos disminuyó tres puntos el dolor reportado en comparación con el uso sólo anestesia farmacológica (Das, Grimmer, Sparnon, McRae, & Thomas, 2005). El uso de juegos de realidad virtual también ha sido efectivos para disminuir la ansiedad durante procedimientos médicos (Aminabadi, Erfanparast, Sohrabi, Oskouei, & Naghili, 2012).

Por otro lado, la implementación de distracción cognitiva mediante diferentes medios como videos, música, caricaturas y libros; durante procedimientos médicos, mostró puntaje significativamente menor en ansiedad en comparación con un grupo control, sin embargo, en relación al dolor, no hubo diferencias (Sinha, Chistopher, Fenn, & Reeves, 2006).

Una revisión sistemática con metaanálisis reportó que la implementación de música produce un beneficio de leve a moderado en el dolor; sin embargo, de manera

preliminar las intervenciones musicales administradas por musicoterapeutas fueron más eficaces que las intervenciones mediante medicina musical<sup>2</sup> (Dileo, 2006).

Por otro lado, la hipnosis en adultos, ha sido efectiva como técnica de preparación para procedimientos médicos como biopsia de mama, donde mostró menor requerimiento de anestésicos durante la cirugía y menor puntuación en las mediciones de dolor, náusea, fatiga, incomodidad y disgusto al momento del alta (Montgomery et al., 2007).

En un reporte de caso, se mostró que al retirar la sedación total para la aplicación de aspirado de médula ósea y punción lumbar en una niña y sustituirlo con anestesia local complementada con hipnosis, hubo un incremento inicial de ansiedad, mientras que el dolor se mantuvo estable (Ramírez & Domínguez, 2011). Sin embargo es una técnica limitada a pacientes con alta capacidad de concentración e imaginación, además de requerir tiempo y disposición para practicar la técnica (Montgomery et al., 2007).

En un ensayo clínico controlado, los pacientes adultos que recibieron información estructurada previo a la realización de una cirugía, mostraron una disminución significativa de ansiedad situacional en comparación con los pacientes del grupo control; en relación al dolor no se encontraron diferencias entre ambos grupos (Chirveches et al., 2006).

<sup>2</sup>La medicina musical es entendida como escuchar música de forma pasiva durante algún procedimiento médico con el fin de distraerse; es llevada a cabo por un profesional médico sin ninguna especialización o capacitación musical. En las intervenciones llevadas a cabo por musicoterapeutas, el profesional selecciona una intervención basado en la evaluación de las necesidades inmediatas y a largo plazo del paciente, entre los ejemplos de intervención se encuentran improvisar música, cantar, componer canciones y la relajación musical.

Los datos presentados permiten suponer que la intervención psicológica es efectiva en combinación con anestesia farmacológica para manejo de dolor, ansiedad y estrés en pacientes sometidos a procedimientos médicos invasivos; sin embargo, debe considerarse que dichas investigaciones se han realizado primordialmente en adultos, niños sanos o con pacientes seleccionados intencionalmente, motivo por el cual es indispensable indagar el efecto que la intervención psicológica para manejo de dolor ante procedimientos médicos invasivos en niños y evaluar su eficacia en una población diferente. Es así que el objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la intervención psicológica en el manejo de dolor, ansiedad y conductas de estrés ante la quimioterapia intratecal en una paciente de ocho años con diagnóstico de LLA, atendido en el Hospital Juárez de México.

### **Identificación del paciente y motivo de consulta**

Paciente femenina de ocho años de edad, atendida en el Hospital Juárez de México desde hace seis meses por LLA de riesgo intermedio<sup>3</sup>. Al momento de la entrevista se encontraba en fase tratamiento quimioterapéutico. Sin antecedentes psicológicos o psiquiátricos. Por motivos éticos será identificada como S.

S. cursa el tercer grado de primaria en escuela pública, vive con sus padres y una hermana mayor de 12 años, profesa religión católica. Al momento de la entrevista inicial se refiere asintomática.

<sup>3</sup>El riesgo intermedio es determinado por la edad al diagnóstico (< 2 años ó > 6 años), con 25 000 blastos o más, con o sin infiltración a Sistema Nervioso Central (SNC) y con respuesta rápida a tratamiento inicial.

Es enviada con el residente de medicina conductual para preparación psicológica previa a procedimiento médico invasivo (quimioterapia intratecal) sin sedación debido a reacción alérgica a medicamento anestésico.

### **Historia del problema**

S. inició su padecimiento onco-hematológico seis meses previos con fatiga, dolor muscular, fiebre de predominio nocturno y hematomas (moretones); por lo que acudió a médico general quien la refirió al Hospital Juárez de México, donde fue diagnosticada con LLA L2 e inició tratamiento con esquema quimioterapéutico “San Judas”; habiendo completado con éxito las fases inducción, consolidación y re-inducción. Al momento de la entrevista se encontraba con respuesta completa a tratamiento, sin embargo, debía terminar esquema propuesto inicialmente para disminuir probabilidades de recaída.

Durante el tratamiento, presentó efectos secundarios esperados como fiebre, baja en el sistema inmune, náuseas y debilidad. No presentó complicaciones mayores relacionadas con infección; sin embargo, en la onceava aplicación de quimioterapia intratecal tuvo dificultades cardio-respiratorias graves asociadas a la sedación, lo que puso en riesgo su vida y fue necesario hospitalizarla en la unidad de cuidados intensivos (UCI) por tres días.

Con el objetivo de encontrar alternativas de sedación ante nuevos procedimientos de tratamiento y control, S. fue enviada con el médico alergólogo para iniciar protocolo de estudio; pero no fue posible tener resultados antes de la fecha programada para

la siguiente aplicación de quimioterapia intratecal, por lo que se consideró indispensable llevar a cabo dicho procedimiento sin sedación, únicamente con anestesia local tópica. Ante el dolor esperado y el riesgo del tratamiento se solicitó el apoyo del residente de medicina conductual para la preparación de la paciente.

### **Antecedentes personales**

S. es la menor de dos hijas, su madre refiere que consideraba que la paciente gozaba de excelente salud hasta el diagnóstico oncológico, previo a lo cual no había requerido de hospitalizaciones ni cirugías.

La madre comentó que el diagnóstico fue una crisis para toda la familia por lo que requirieron de apoyo psicológico que favoreció proceso de adaptación no sólo de la paciente, sino de la familia en general.

Comentó que S. se ha mostrado muy participativa con el tratamiento; consideró que el principal problema se presentó durante las primeras estancia hospitalarias largas en las cuales expresaba constantemente un deseo por regresar a la escuela y ver a sus amigos y, de manera ocasional exigió a sus padres y abuelos premios o concesiones como condición para someterse a los procedimientos, por lo que su madre solicitó apoyo de la psicóloga quien la orientó con técnicas conductuales que permitieron la extinción de dichas conductas. Esta situación favoreció la relación psicólogo - familia y fortaleció la disposición al trabajo en conjunto.

Al interrogatorio con la paciente, refirió que no presenta molestias durante la aplicación de quimioterapia ya que puede conversar con otros niños y hacer cosas como dibujar o jugar con plastilina. Identificó como principal molestia del tratamiento las hospitalizaciones. Expresó temor a la sedación debido a las complicaciones previas y refirió autoeficacia para tolerar el dolor del procedimiento médico sin anestesia general “cuando me pican o me destapan el catéter pienso que no me va a doler y no me duele. Debe de ser igual” (sic. paciente).

### **Estrategias de evaluación**

La principal herramienta de evaluación fue la entrevista a con la madre y S., lo que permitió obtener información sobre experiencias previas y cogniciones relacionadas con el dolor y los procedimientos médicos.

Se establecieron como variables dependientes ansiedad, dolor y conductas de estrés; las cuales fueron medidas de la siguiente forma:

- Distrés mediante la Procedure Behavioral Rating Scale (PBRS) creada para la evaluación de estrés del niño oncológico durante las punciones lumbares y aspiraciones medulares, la escala revisada consta de 11 conductas evaluadas en tres fases del procedimiento: (a) el niño al entrar a la sala, (b) limpieza de la zona y anestesia y (c) el procedimiento médico hasta retirar la aguja. Tiene una confiabilidad  $r = 0.94$  (Katz, Kellerman, & Siegel, 1980) (Anexo 8).

- Ansiedad a través de una Escala Visual Análoga (EVA) de ansiedad en tres momentos: (a) en la evaluación, (b) antes de iniciar el procedimiento médico y (c) al finalizar la punción lumbar. Dichas escalas son recomendadas para niños a partir de los ocho años (Malmierca, Pellegrini, & Malmierca, 2008) (Anexo 8).
- Dolor, evaluado mediante la Escala Facial del Dolor validada con niños de 6 a 12 años. Consiste en seis caras, acompañadas de una numeración. Es la escala más utilizada para medición de dolor en niños mayores de cuatro años. Fue aplicada al finalizar el procedimiento médico (Malmierca et al., 2008) (Anexo 8).

### **Formulación clínica del caso**

A la valoración se encontró con una paciente de ocho años, con edad aparente igual a la cronológica, en adecuadas condiciones de aliño e higiene, con vestimenta acorde a la edad, sin alteraciones en la marcha. Consciente, alerta, cooperadora ante la entrevista, memorias conservadas, atención y concentración predominantemente sostenidas, juicio lógico, pensamiento concreto con ideas centradas en las complicaciones del procedimiento previo. Afecto eutímico, lenguaje coherente y congruente, adecuado en velocidad, volumen y ritmo. Noción de enfermedad, autoeficacia para manejo de dolor.

S. refirió deseos de no ser sedada nuevamente “prefiero que me lo hagan así” (sic. paciente). En relación a la experiencia con procedimientos médicos previos,

consideró que los ha controlado, situación que le brinda confianza para tolerar el nuevo procedimiento. Comentó conocer estrategias de distracción cognitiva y relajación mediante imaginación, sin embargo, expresó desagrado y poco dominio por ésta última “quieren que imagine cosas y no me gusta, además es muy difícil” (sic. paciente). El personal médico reportó que nunca se han suspendido o retrasado procedimientos médicos debido a la solicitud de S. o falta de cooperación.

En la evaluación de ansiedad mediante EVA sobre los procedimientos médicos anteriores reportó tres; en relación al dolor, refirió una puntuación de cuatro en Escala Facial del Dolor en procedimientos sin sedación como cambio de catéter y venopunciones. Se observaron movimientos estereotipados de manos y pies ante cuestionamiento sobre la aplicación anterior y en menor grado ante el nuevo procedimiento.

Se identificó como principal técnica de la paciente, distracción cognitiva mediante juegos o plática con compañeros; la cual no es viable debido a las condiciones de espacio o posición de este procedimiento.

### **Hipótesis**

Si se brinda preparación psicológica; mediante educación para la salud, psicoeducación y respiración profunda, la niña podrá someterse al procedimiento médico invasivo sin complicaciones conductuales.

## Tratamiento

Debido a la limitación de tiempo (tres días antes del procedimiento) y las características de la paciente, se planteó una intervención cognitivo conductual de tres sesiones de intervención con las siguientes técnicas:

- **Psicoeducación:** Componente común de la terapia cognitivo conductual, cuyo principal objetivo es exponer la relación entre los pensamientos, emociones y conductas. Así como la funcionalidad de sus reacciones para interpretar la información del ambiente (Barlow, 2008).
- **Educación para la salud:** Proceso de comunicación interpersonal dirigido a propiciar la información necesaria para un examen crítico de los problemas de salud, y así, responsabilizar a los individuos y grupos sociales en las decisiones de comportamiento que tienen efectos directos o indirectos sobre la salud física y psíquica (Redondo, 2004).
- **Respiración profunda:** Propuesta por Lichstein (1988), consiste en adoptar un patrón respiratorio que implica una inspiración profunda, seguida de un periodo de retención (entre cinco y diez segundos), y posteriormente una exhalación lenta. Este procedimiento permite conseguir de forma rápida un estado de relajación.

## **Objetivos**

### **Objetivo general del tratamiento psicológico.**

1. Evaluar la viabilidad de una intervención cognitivo conductual compuesta por educación para la salud, psicoeducación y respiración profunda para manejo de complicaciones conductuales durante el procedimiento médico invasivo.

### **Objetivos particulares del tratamiento psicológico.**

1. Controlar el dolor percibido por S. durante el procedimiento médico.
2. Controlar síntomas de ansiedad durante procedimiento médico.
3. Controlar conductas de distrés durante procedimiento médico.

El programa de intervención consistió en tres sesiones en días consecutivos, cada una con duración aproximada de 30 minutos. Las técnicas implementadas en cada sesión se muestran en la Tabla 33.

Tabla 33  
*Carta descriptiva de intervención*

Sesión	Técnica	Objetivo	Tarea	Evaluación
1	Educación para la salud.  Psicoeducación.	Que S. sea capaz de explicar el procedimiento médico y cómo se lleva a cabo.  Que la paciente proporcione ejemplos de cómo sus pensamientos y conductas han interferido con la percepción o no de dolor y ansiedad.	S. deberá explicar a su papá el procedimiento médico y cómo se llevará a cabo; así como actividades y pensamientos que considera pueden ayudarle durante la quimioterapia intratecal.	La paciente logró explicarle a su padre el procedimiento a realizar.  Identificó actividades distractoras como juegos y platicar que le han ayudado a manejar el dolor y la ansiedad
2 - 3	Respiración profunda.	Que la paciente sea capaz de llevar a cabo cinco respiraciones profundas de manera consecutiva e identifique cambios corporales.	Practicar en casa la respiración profunda en compañía de su madre.	La paciente logró llevar cabo las respiraciones sin complicaciones.  Identificó cambios fisiológicos como “me da sueño”, “siento como si flotara”, “no puedo pensar en nada”. (sic. paciente).

El día del procedimiento médico se evaluó a S. veinte minutos previo a la hora programada para la quimioterapia y se le condujo a la sala de procedimientos donde se realizó nuevamente la técnica de respiración profunda, antes del arribo del personal médico. Durante la preparación del material a utilizar, se llevaron a cabo ejercicios de respiración profunda en la posición requerida para el procedimiento (posición fetal).

## Resultados

Tanto S. como su madre se mostraron cooperadoras durante programa de intervención, llevando a cabo las tareas designadas de manera conjunta.

Como se muestra en la Tabla 34, durante el procedimiento médico se presentaron algunas complicaciones conductuales, sin embargo, estas no interfirieron con el curso normal del procedimiento, ni fue necesaria la aplicación de nuevas dosis de anestesia local; lo que disminuyó las probabilidades de complicaciones médicas.

Tabla 34  
Evaluación con Procedure Behavioral Rating Scale

Conductas	Al entrar a la sala	Limpieza de la zona y anestesia local.	Procedimiento médico.
Llanto	0	0	0
Agarrarse	0	0	0
Dolor	0	1	1
Gritar	0	0	0
Retrasar el procedimiento	0	0	0
Movimientos involuntarios	0	0	0
Rechazo de posición	0	0	0
Restricción física	0	0	0
Rigidez muscular	0	0	1
Soprote emocional	1	1	1
Petición de finalización	0	0	1
TOTAL	1	2	4

En relación a las valoraciones de ansiedad y dolor, se puede observar en la Figura 29 que ambas variables tuvieron un incremento en comparación con las valoraciones de procedimientos previos y la colocación de anestesia local.

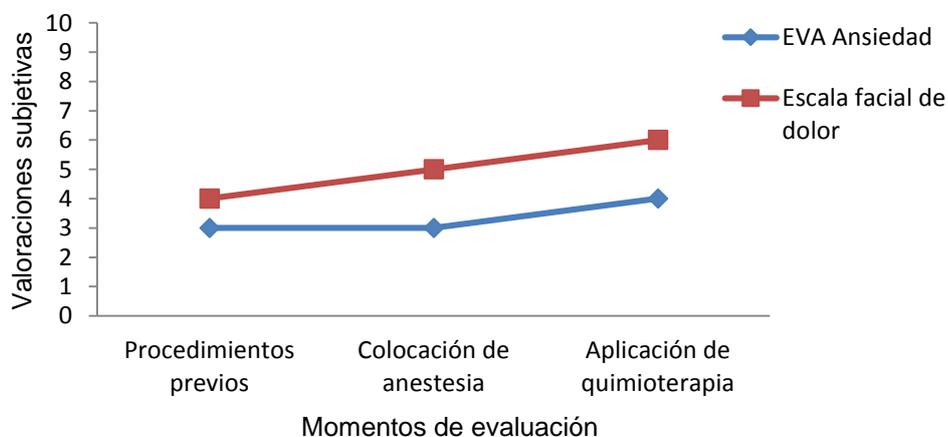


Figura 29. Autoevaluación de ansiedad y dolor.

Al finalizar el procedimiento, S. retomó sus actividades de juego con sus compañeros de quimioterapia ambulatoria sin reportar molestias. Se realizó un seguimiento telefónico al día siguiente y, tanto la madre como S. reportaron que presentó dolor leve (2); sin alteraciones de sueño ni apetito.

Una semana posterior al procedimiento, el médico alergólogo emitió su reporte médico en el que se brindó una opción de medicamento seguro para sedación en quimioterapias posteriores, por lo que no fue necesario repetir el procedimiento bajo estas condiciones.

## **Discusión**

El objetivo de este trabajo fue evaluar el efecto de técnicas cognitivo conductual en el control del dolor percibido y los síntomas de ansiedad en una paciente onco-pediátrica al ser sometida a un procedimiento médico invasivo (intratecal); esto con la finalidad de evitar complicaciones conductuales durante la aplicación del tratamiento.

Algunos estudios apuntan a que la principal causa de dolor en los niños con cáncer es el tratamiento médico (Miser et al., 1987), dentro de los cuales, la quimioterapia intratecal tiene un papel preponderante al ser reportada por más del 60% de los niños como causante de dolor moderado (McGrath et al., 1991); lo que hace indispensable generar técnicas psicológicas eficaces.

Al saber la condición multidimensional del dolor (Mezlack & Casey, 1968); importantes instituciones como el Instituto Nacional del Cáncer han recalcado la

importancia del manejo multidisciplinario proponiendo la inclusión de técnicas psicosociales y cognitivo conductuales que tienen potencial para mejorar directamente el control del dolor e indirectamente incrementan en el paciente la percepción de control sobre la sintomatología.

Se han empleado diversas técnicas cognitivo conductuales, principalmente encaminadas a la distracción cognitiva mediante juegos de realidad virtual (Das et al., 2005; Aminabadi et al., 2012); videos, música, caricaturas y libros (Sinha et al., 2006); además de intervenciones basadas en musicoterapia (Dileo, 2006) e hipnosis (Ramírez & Domínguez, 2011). En todas ellas se observa una tendencia a disminuir la sintomatología de ansiedad y/o dolor; sin embargo, requieren de infraestructura especial con la que no se cuenta en todos los hospitales y/o de un tiempo prolongado de preparación del niño.

De acuerdo con los datos obtenidos en este estudio se pudo contrastar, a pesar de los incrementos en las variables medias, que la intervención permitió mantener niveles de distrés bajos, observados en la escala conductual; por otro lado se mantuvieron puntajes bajos de ansiedad y dolor moderado. No se cuenta con estudios donde se haya utilizado la respiración profunda.

En relación a la viabilidad del estudio, se logró llevar a cabo sin complicaciones conductuales y con un tiempo de preparación corto, estos resultados pueden ser explicados parcialmente por el manejo basado en el modelo de Melzack y Casey (1968) al fomentar la atención de la niña en la técnica de respiración y no en el procedimiento médico y la experiencia del dolor; por otro lado, se retomaron

experiencias previas y se brindó información oportuna sobre el procedimiento, con lo que se trabajó el área-cognitiva evaluativa del dolor. También esta técnica pudo favorecer la autoeficacia de S. para el manejo del dolor, lo que de acuerdo con Harper et al. (2013) se asocia con menor ansiedad y estrés durante el procedimiento.

Al tratarse de un estudio de caso, se tienen limitaciones sobre el control de variables extrañas que pudieron interferir con los resultados. Sin embargo, muestra estos resultados coinciden con diversos estudios en los que se utilizaron técnicas cognitivo conductuales (Das et al., 2005; Aminabadi et al., 2012; Sinha et al., 2006), lo cual parece marcar una tendencia en la eficacia de técnicas cognitivo conductuales para el manejo no farmacológico de dolor agudo en pacientes pediátricos sometidos a procedimientos médicos invasivos.

## **Capítulo 5**

### **Evaluación general de la maestría en psicología con residencia en medicina conductual**

La transición epidemiológica, así como las diversas modificaciones que se han realizado a la concepción y atención de la salud, hacen indispensable el trabajo interdisciplinario de expertos en salud para el éxito de los tratamientos de diversas enfermedades preponderantemente crónicas. Entre estos profesionales, los especialistas en la medicina conductual tienen un amplio campo de trabajo, ya que partiendo de la definición que brinda Pomerleau y Brady (1979) de la medicina conductual, en la que se hace hincapié del uso del análisis experimental de la conducta para la atención pacientes con desórdenes médicos y problemas en el cuidado de la salud; considero extiende su labor en los tres niveles de prevención de la salud e incluso en la atención de la salud pública.

Sin embargo, el programa de maestría en psicología con residencia en medicina conductual ha centrado en sus esfuerzos en la prevención terciaria, al atender únicamente a población enferma con el fin de evitar la permanencia de secuelas, invalidez y muertes prematuras, así como atendiendo las necesidades de reintegración social y laboral o académica; en este sentido considero recomendable para la formación del residente y el sistema de salud de México, la extensión del programa a la creación de intervenciones dirigidas a los dos primeros niveles de prevención que pudieran tener un impacto en la disminución de la prevalencia de enfermedades prevenibles mediante inmunógenos conductuales. Un ejemplo de

estos programas, pueden ser los desarrollados por la Unidad de Cardiología Conductual en la que se realizan investigaciones sobre factores psicosociales que favorecen la aparición y el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Figueroa, Domínguez, Ramos del Rio, & Alcocer, 2009).

Para lograr este objetivo, considero que en apego a la definición de medicina conductual, es indispensable incorporar entre sus residentes e involucrar en la plantilla docente una variedad más amplia de profesionales en salud como enfermeras, médicos y trabajadores sociales que brinden una perspectiva diferente del manejo integral del paciente, ya que en algunos momentos se deja de lado la formación en medicina conductual para sobreponer a la psicología clínica. A manera de ejemplo, se conoce que en diversos servicios de la residencia en los que se pide al residente que brinde terapia a un paciente o familiar por una problemática no relacionada con el proceso de enfermedad como alteraciones del estado de ánimo durante proceso de divorcio.

Por otro lado, no se debe perder de vista lo expresado por Rodríguez-Ortega (2010) en relación a la imperiosa necesidad de impulsar la investigación en instituciones del sector salud y social, en este sentido, es imperante difundir los estudios realizados por los especialistas en medicina conductual en ambientes más allá de los académicos, por ejemplo, en áreas de política pública, derechos humanos y bioética y se esta forma crear vínculos de trabajo que nos permitan tener un impacto directo a nivel de salud pública.

En relación al programa como actualmente está diseñado, considero que se cuenta con sedes de alta calidad que permiten al residente en medicina conductual tener una práctica profesional exitosa; acompañada de excelentes académicos científicos y clínicos como los tutores en primer instancia, seguidos de los supervisores académicos e in situ que guían su labor cotidiana; sin embargo, en algunas ocasiones no se cuenta con la infraestructura mínima necesaria como consultorios y espacios de atención, dificultando el trabajo del residente y mermando la calidad de la atención que se le brinda al paciente, por ejemplo, en muchas ocasiones es imposible brindarle garantías indispensables como privacidad.

Por otro lado, es realmente valiosa la posibilidad que se brinda durante la maestría de participar en eventos académicos y científicos como Congresos, ya que brindan al residente la oportunidad de mantenerse actualizado en los avances científicos de interés y fungen como impulsor de difusión de estudios realizados, así como de fuente de ideas para la generación para nuevos proyectos y vínculos profesionales realmente valiosos. En este sentido, considero necesario la generación de proyectos de investigación longitudinales que consideren la participación de residentes de dos o más generaciones, ya que es frecuente que las investigaciones realizadas sean limitadas por factores temporales relacionados con el tiempo de rotación por un servicio o por falta de recursos humanos.

De manera personal, considero a lo largo de mi estancia por la maestría logré cumplir con los objetivos específicos del programa de residencia en medicina conductual, esto gracias a las diferentes sedes de residencia y los vínculos establecidos con el personal de salud de cada uno de ellos.

## Otras actividades

### Participación en eventos académicos

- Jornadas de Psicología Infantil Basada en Evidencia. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. 10 al 12 de noviembre de 2010. México, Distrito Federal.
  - Taller: “Técnicas cognitivo-conductuales para el desarrollo de la autoestima en niños”.
  - Taller: “Formulación de casos clínicos para el éxito en el tratamiento con niños”.
  - Presentación de cartel: “La atención psicológica de los niños en contexto hospitalario”.
- 5to. Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud. Ponencia en simposio: “Elaboración de instrumento de conciencia de enfermedad (awareness) en personas con sobrepeso y obesidad exógenas (CESOE)”. Universidad Veracruzana, Instituto de Investigaciones Psicológicas y Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. Del 18 al 20 de mayo de 2011. Xalapa, Veracruz.

- XV Congreso Colombiano de Psicología. Ponencia: “La medicina conductual en la atención integral del paciente hematológico. Reporte de experiencia”. Fundación Universitaria los Libertadores y Sociedad Colombiana de Psicología. 26 de abril de 2012. Colombia, Bogotá.
- Plática: “Aspectos médicos y psicosociales del paciente con Linfoma No Hodgkin y su familia”. Instituto Nacional de Cancerología. 13 de septiembre de 2012. México, Distrito Federal.
- XX Congreso de la Sociedad Mexicana de Psicología y III Congreso Iberoamericano de Psicología y Salud. Presentación de cartel: “Evaluación e intervención cognitivo – conductual en pacientes y donadores candidatos a trasplante de médula ósea”. Sociedad Mexicana de Psicología, A. C., colegio Mexicano de Profesionistas de la Psicología, A. C., Colegio de Psicólogos del Estdo de Campeche, Sociedad Universitaria de Investigación en Psicología y Salud y Asociación Española de Psicología Conductual. Del 17 al 19 de octubre de 2012. México, Campeche.
- Congreso de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta. Ponente en taller: “La medicina conductual: pasado, presente y futuro” y ponente en simposio: “Intervención cognitivo conductual tras diagnóstico de leucemia linfobástica aguda”.
- 1er. Simposio “Controversias en medicina y cuidados paliativos”. Instituto Nacional de Cancerología. 5 de octubre de 2012. México, Distrito Federal.

## Referencias

- Agras, W. S. (1982). Behavioral medicine in the 1980s: Nonrandom connections. *Journal of consulting and clinical psychology, 50*(6), 797-803. doi:10.1037/0022-006X.50.6.797
- Alberdi, S., Taboada, O., Castro, C., & Vázquez, C. (2003). Depresión. *Guías clínicas Fisterra, 6* (11), 1 - 6. Recuperado de [www.fisterra.com/guias2/depresion.asp](http://www.fisterra.com/guias2/depresion.asp)
- Almanza-Muñoz, J. J. & Holland, J. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología, 46*(3), 196 – 206. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca003k.pdf>
- Almanza-Muñoz, J. J., Juárez, I. R., & Pérez, S. (2008). Traducción, adaptación y validación del termómetro de distrés en una muestra de pacientes mexicanos con cáncer. *Revista de sanidad militar, 62*(5), 209-217 Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2008/sm085a.pdf>
- American Cancer Society (ACS). (2012). Trasplante de células madre (trasplantes de sangre periférica, médula ósea y sangre de cordón umbilical). Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002991-pdf.pdf>
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (4<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC, APA.
- American Psychiatric Association (2010). *Proposed Draft Revisions to DSM Disorders and Criteria*. American Psychiatric Association. <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/>

- Amigo, I., Fernández, C., & Pérez, M. (1998). La adhesión a los tratamientos terapéuticos. En I. Amigo (Ed.), *Manual de psicología de la salud* (pp. 229-270). Madrid: Pirámide.
- Aminabadi, N. A., Erfanparast, L., Sohrabi, A., Oskouei, S. G., & Naghili, A. (2012). The impact of virtual reality distraction on pain and anxiety during dental treatment in 4 – 6 years-old children: a randomized controlled clinical trial. *Journal of dental research, dental clinics, dental prospects*, 6(4), 117-124. doi:10.5681/joddd.2012.025
- Andorsky, D. J., Loberiza, F. R., & Lee, S. J. (2006). Pre-transplantation physical and mental functioning is strongly associated with self-reported recovery from stem cell transplantation. *Bone marrow transplantation*, 37(9), 889-896. doi: 10.1038/sj.bmt.1705347
- Arredondo, J. L., Carranza, N., Vázquez, M., & Rodríguez, M. A. (2003). Transición epidemiológica. *Acta Pediátrica de México*, 24(1), 46-56. Recuperado de <http://www.nietoeditores.com.mx>
- Ascencio, L. (2011). Evaluación psicológica para protocolo de trasplante de células hematopoyéticas en adolescentes. *Psicología y salud*, 21(2), 253-263. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-2/21-2>
- Ballentine, R. (1976). *Science of breath*. Illinois, USA: Himalayan International Institute.
- Barlow, D. H. (2008). *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual*. New York, USA: The Guilford Press.
- Bevans, M., Wehrlen, L., Prachenko, O., Soeken, K., Zabora, J., & Wallen, G. R. (2011). Distress screening in allogeneic hematopoietic stem cell (HSCT)

- caregivers and patients. *Psychooncology*, 20(6), 615 - 622. doi: 10.1002/pon.1906
- Blanchard, E. B. (1982). Behavioral medicine: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(6), 795-796. doi:10.1037/h0077935
- Birk, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral Medicine*. New York, USA: Grune & Stratton.
- Braamse, A. M., Gerrits, M. M., Van Meijel, B., Visser, O., Van Oppen, P., Boenink, A. D., Cuijpers, P., Huijgens, P. C., Beekman, A. T., & Dekker, J. (2012). Predictors of health-related quality of life in patients treated with auto- and allo-SCT for hematological malignances. *Bone marrow transplantation*, 47(6), 757–769. doi: 10.1038/bmt.2011.130
- Brown, T. A., Campell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, 110(4), 585 - 599. doi: 10.1037//0021-843X.110.4.585
- Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR). (2011). Current uses and outcome of hematopoietic stem cell transplantation 2011. Recuperado del sitio de internet del CIBMTR: <http://www.cibmtr.org>
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (2007). Boletín de *Morbilidad Hospitalaria*. Recuperado de <http://www.dgepi.salud.gob.mx>
- Chirveches, E., Arnau, A., Soley, M., Rosell, F., Clotet, G., Roura, P., Oriol, M., Isern, O., & Faro, M. (2006). Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. *Enfermería clínica*, 16(1), 3-10. doi: 10.1016/S1130-8621(o6)71171-8

- Cía, A. (2007). Ansiedad y depresión. En Autor (Eds.), *La ansiedad y sus trastornos* (pp. 453-467). Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992) Trastornos mentales y de comportamiento. E.D. Meditor. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Courneya, K. S., Keats M. R., & Turner, A. R. (2000). Physical exercise and quality of life in cancer patients following high dose chemotherapy and autologous bone marrow transplantation. *Psychooncology*, 9(2), 127-136. doi: 10.1002/(SICI)1099-1611(200003/04)9:2<127::AID-PON438>3.0.CO;2-L
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavioral modification. *Journal of abnormal psychology*, 78(1), 107-126. doi: 10.1037/h0031360
- Das, D. A., Grimmer, K. A., Sparnon, A. L., McRae, S. E. & Thomas, B. H. (2005). The efficacy of playing a virtual reality game in modulating pain for children with acute burn injuries: a randomized controlled trial. *BioMed Central Pediatrics*, 5(1), 1–10. doi: 10.1186/147-2431-5-1
- Davis, M., McKay, M., & Eshelman, E. R. (1982). *The relaxation and the stress reduction workbook*, NY, USA: Now Harlinger Publications
- Diario Oficial de la Federación. (26 de enero de 2005). *Decreto por el que se crea el Hospital Juárez de México, como un organismo descentralizado de la Administración Pública Federal*. Recuperado el 19 de julio de 2013 de [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=761771&fecha=26/01/2005](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=761771&fecha=26/01/2005)
- Di Giulio, G. (2010). *Therapist, client factors, and efficacy in cognitive behavioral therapy: a meta-analytic exploration of factors that contribute to positive outcome*. Ottawa: University of Ottawa.

- Díez-Campelo, M., Pérez-Simón, J. A., González-Porras, J. R., García-Cecilia, J. M., Salinero, M., Caballero, M. D., Cañizo, M. C., Ocio, E. M., & Miguel, J. F. (2004). Quality of life assessment in patients undergoing reduced intensity conditioning allogeneic as compared to autologous transplantation: results of a prospective study. *Bone marrow transplantation*, *34*(8), 729-738. doi: 10.1038/sj.bmt.1704646
- Dileo, C. (2006). Effects of music and music therapy on medical patients: a meta-analysis of the research and implications for the future. *Journal of the society for integrative oncology*, *4*(2), 67-70. doi: 10.2310/7200.2006.002
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Echeburúa, E., & Salaberría, K. (1999). Trastorno mixto de ansiedad y depresión: ¿un nuevo cuadro clínico? *Revista de psicología contemporánea* *6*, 22-29.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P., Cenea, R., & Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultado de una investigación experimental. *Análisis y modificación de la conducta*, *26*(108), 509-535.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136. doi:10.1126/science.847460
- European Organisation for Research and Treatment of Cancer (2001). EORTC QLQ-C30 Scoring Manual.
- European School of Haematology (ESH). (2008). *The EBMT handbook. Haematopoietic stem cell transplantation*. Francia:Évreux.

- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Arndt, L. A., & Pasnau, R. O. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of general psychiatry*, 52(2), 100 – 113. doi: 10.1001/archpsyc.1995.03950140018003
- Fernández Ballesteros, R., & Carroble, J. A. (1981). Evaluación versus tratamiento. En Autor (Eds.), *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*, Madrid, España: Pirámide.
- Fife, B. L., Huster, G. A., Cornetta, K. G., Kennedy, V. N., Akard, L. P., & Broun, E. R. (2000). Longitudinal study of adaptation to the stress of bone marrow transplantation. *Journal of clinical oncology*, 18(7), 1539-1549. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10735903>
- Figueroa, C., Domínguez, B., Ramos del Río, B., & Alcocer, L. (2009). Emergencia de la cardiología conductual en la práctica clínica. *Psicología y salud*, 19(1), 151 – 155. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/655/1148>
- Frankl, V. E. (1960). Paradoxical intention: A logo therapeutic technique. *American journal of psychotherapy*, 14, 520-535.
- Frederiksen, H. (1969). Feedbacks in economic and demographic transition. *Science*, 166(3907), 837-847. doi: 10.1126/science.166.3907.837
- Fritzsche, K., Struss, Y., Stein, B., & Spahn, C. (2003). Psychosomatic liaison service in hematological oncology: need for psychotherapeutic interventions and their realization. *Hematological Oncology*, 21(2), 83-89. doi: 10.1002/hon.711
- Given, B., Given, C. W., McCorkle, R., Kozachik, S., Cimprich, B., Rahbar, M. H., & Wojcik, C. (2002). Pain and fatigue management: results of a nursing randomized clinical trial. *Oncology nursing forum*, 29(6), 949 – 956. doi: 10.1188/02.ONF.949-956

- Godínez, M., & Dirección General de Información en Salud. (2010). *Estimación de tasas de mortalidad, esperanza de vida y AVP por causas de muerte, 2010 – 2020*. Recuperado del sitio de internet de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) <http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/4rnis-is-05.pdf>
- Gulke, N., Bailer, H., Kächele, H., & Bunjes, D. (2005). Psychological distress of patients undergoing intensified conditioning with radioimmunotherapy prior to allogeneic stem cell transplantation, *Bone marrow transplantation*, 35(11), 1107-1111. doi: 10.1038/sj.bmt.1704971
- Harper, F. W., Peterson, A. M., Uphold, H., Albrecht, T. L., Taub, J. W., Orom, H., Phipps, S., & Penner, L. A. (2013). Longitudinal study of parent caregiving self-efficacy and parent stress reactions with pediatric cancer treatment procedures, *Psychooncology*, 22(7), 1658-1664. doi:10.1002/pon.3199
- Hillman, R. S., Ault, K. A. & Rinder, H. M. (2006). *Hematología en la práctica clínica*. México:McGraw Hill.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A. A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Hoodin, F. & Kalbfleisch, K. R. (2003). Factor analysis and validity of the Transplant Evaluation Rating Scale in a large bone marrow transplant sample. *Journal of psychosomatic research*, 54(5), 465-473. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00413-0
- Husson, O., Mols, F., & van de Poll-Franse, L. V. (2011). The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Annals of oncology*, 22(4), 761 – 772. doi: 10.1093/annonc/mdq413

Instituto Nacional de Cancerología, Subdirección de Servicios Paramédicos, Departamento de Archivo Clínico y Bioestadística. Consultado el 1 de junio del 2012.

Instituto Nacional de Cancerología (2013). El INCan en Números. *Principales causas de consulta externa*. Recuperado de [http://incanmexico.org/incan/incan.jsp?iu\\_p=/direccion/incanNumeros.xml](http://incanmexico.org/incan/incan.jsp?iu_p=/direccion/incanNumeros.xml)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2011*. Recuperado del sitio de internet del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI): <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (4 de febrero de 2012). *Estadística a propósito del día mundial contra el cáncer*. Aguascalientes, México. Recuperado de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2011/cancer11.asp?s=inegi&c=2780&ep=50>

Izard, C. E. (1971). *The face of emotion*. New York, USA: Appleton Century Crofts.

Jacobsen, P. B., Manne, S. L., Gorfinkle, K., Schorr, O., Rapkin, B., & Redd, W. H. (1990). Analysis of child and parent behavior during painful medical procedures. *Health psychology, 9*(5), 559-576. doi: 10.1037/0278-6133.9.5.559

Jacobsen, P. B., Sadler, I. J., Booth-Jones, M., Soety, E., Weitzner, M. A., & Fields, K. K. (2002). Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(1), 235-240. doi: 10.1037/0022-006X.70.1.235

- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation (2)*. University of Chicago Press: Chicago, USA.
- Jarden, M., Hovgaard, D., Boesen, E., Quist, M., & Adamsen, L. (2007). Pilot study of a multimodal intervention: mixed-type exercise and psychoeducation in patients undergoing allogeneic stem cell transplantation. *Bone marrow transplantation, 40(8)*, 793-800. doi: 10.1038/sj.bmt.1705807
- Jarden, M., Baadsgaard, M. T., Hovgaard, D. J., Boesen, E. & Adamsen, L. (2009). A randomized trial on the effect of a multimodal intervention on physical capacity, functional performance and quality of life in adult patients undergoing allogeneic SCT. *Bone marrow transplantation, 43(9)*, 725-737. doi: 10.1038/bmt.2009.27
- Jorm, A. F., Morgan, A. J., & Hetrick, S. E. (2008). Relaxation for depression. *Cochrane database of systematic reviews, 4*. doi: 10.1002/14651858.CD007142.pub2.
- 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(3)*, 26-31.
- Kaminsky, L. (2006). *ACSM Resource manual for guidelines for exercise testing and prescription*. 5. USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Katz, E. R., Kellerman J. & Siegel, S. E. (1980). Behavioral distress in children with cancer undergoing medical procedures: developmental considerations. *Journal of consulting and clinical psychology, 48(3)*, 356 – 365. doi: 10.1037/022-006X.48.3.356
- Keefe, F. J. (2011). Behavioral medicine: A voyage to the future. *Annals of behavioral medicine, 41(2)*, 141-151. doi:10.1007/s12160-010-9239-8

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., Walters, E. E., & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *The journal of the American medical association*, 289(23), 3095-3105. doi. 10.1001/jama.289.23.3095
- Kim, S. D. & Kim, H. S. (2005). Effects of a relaxation breathing exercise on anxiety, depression, and leukocyte in hematopoietic stem cell transplantation patients. *Cancer nursing journal*, 28(1), 79-83. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15681986>
- Klesges, L. M., Dzewaltowski, D. A., & Christensen, A. J. (2006). Are we creating relevant behavioral medicine research? Show me the evidence! *Annals of behavioral medicine*, 31(1), 3-4. doi:10.1207/s15324796abm3101\_2
- Krasuska, M. E., Dmoszyńska, A., Daniluk, J., & Stanislawek, A. (2002). Information needs of the patients undergoing bone marrow transplantation. *Annales Universitatis Mariae Curie Sklodowska*, 57(2), 178-185. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12898837>
- Kurita, G. P., Tange, U. B., Farholt, H., Sonne, N. M., Strömgren, A. S., Ankersen, L., Kristensen, L., Bendixen, L., Gronvold, M., Petersen, M. A., Nordly, M., Chrstrup, L., Niemann, C., & Sjogren, P. (2013). Pain characteristics and management of inpatients admitted to a comprehensive cancer centre: a cross-sectional study. *Acta anaesthesiologica Scandinavica*, 57(4), 518 – 525. doi: 10.1111/aas.12068
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A., & Muñoz, M. (1995). Manual de técnicas de modificación y terapias de conducta. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

- Lakhan, S. E. (2006). *The biopsychosocial model of health and illness*. Recuperado de <http://cnx.org/content/m13589/1.2>
- Lee, S. J., Loberiza, F. R., Antin, J. H., Kirkpatrick, T., Prokop, L., Alyea, E. P., Cutler, C., Ho, V. T., Richardson, P. G., Schlossman, R. L., Fisher, D. C., Logan, B., & Soiffer, R. J. (2005). Routine screening for psycho social distress following hematopoietic stem cell transplantation. *Bone marrow transplantation*, 35(1), 77-83. doi: 10.1038/sj.bmt.1704709
- Lichstein, K. L. (1988). *Clinical relaxation strategies*, Nueva York, Wiley.
- Loeser, J. D., & Treede, R. D. (2008). The Kyoto protocol of IASP Basic Pain Terminology. *Pain*, 137, 473-477. doi: 10.1016/j.pain.2008.04.025
- Luebbert, K., Dahme, B., & Hasenbring, M. (2001). The effectiveness of relaxation training in reducing treatment-related symptoms and improving emotional adjustment in acute non-surgical cancer treatment: a meta-analytical review. *Psychooncology*, 10(6), 490-502. doi: 10.1002/pon.537
- Malmierca, F., Pellegrini, J., & Malmierca, A. J. (2008). Pediatría Integral. Órgano de expresión de la sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. *Revista de educación integral del pediatra extrahospitalario*. Recuperado de [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/\\_USER\\_/DOLOR\\_Valoracion.pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/DOLOR_Valoracion.pdf)
- Marqués, F., Sáez, S., & Guayta, R. (2004). *Métodos y medios en promoción y educación para la salud*. UOC: Barcelona
- Martínez, R. (2009). *Reporte de experiencia profesional* (Tesis de maestría). Recuperada de <http://www.dgbiblio.unam.mx/index.php/catalogos>

- Masur, F.T. (1979). An update on medical psychology and behavioral medicine. *Professional psychology, 10*(2), 259-264. doi:10.1037/0735-7028.10.2.259
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American psychologist, 35*(9), 807-817. doi:10.1037/0003-066X.35.9.807
- McGrath, P. J., Hsu, E., Cappelli, M., Luke, B., Goodman, J. T., & Dunn-Geier, J. (1990). Pain from pediatric cancer: a survey of an outpatient oncology clinic. *Journal of psychosocial oncology, 8*(2/3), 109-124. doi: 10.1300/J077v08n02\_06
- Medina, C., Barquera, S., & Janssen, I. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. *Instituto Nacional de Salud Pública*. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ActividadFisica.pdf>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud mental, 26*(4), 1-16. Recuperado de <http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/Articulos%20Jorge/2003/Prevalencia%20de%20trast.%20ment.%20y%20uso%20de%20serv.2003.pdf>
- Melzack, R. & Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational and central control determinants of pain. En D. R. Kenshalo (Ed.), *The skin senses* (pp. 423-439). Springfield: CC Thomas.

- Melzack, R. & Dennis, S. (1980). Phycogenetic evolution of pain expression in animals. En H. Kosterlitz & L. Terenins. (Eds.), *Pain and society* Alemania:Velaf Chemie
- Meyer, T. J., & Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health psychology, 14*(2), 101-108. doi: 10.1037/0278-6133.4.2.101
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Miser, A. W., Dothage, J. A., Wesley, R. A. & Miser, J. S. (1987). The prevalence of pain in a pediatric and young adult cancer population. *Pain, 29*(1), 73-83. doi: 10.1016/0304-3959(87)90180-1
- Molassiotis, A., Van den Akker, O. B., & Boughton, B. J. (1997). Perceived social support, family environment and psychosocial recovery in bone marrow transplant long-term survivors. *Social science and medicine journal, 44*(3), 317 – 325. Recuperado de <http://www.nature.com/bmt/journal/v37/n9/pdf/1705347a.pdf>
- Montgomery, G. H., Bovbjerg, D. H., Schnur, J. B., David, D., Goldfarb, A., Weltz, C. R., Schechter, C., Graff-Zivin, J., Tatrow, K., Price, D. D., Silverstein, J. H. (2007). A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *Journal of the National Cancer Institute, 99*(17), 1304-1312. doi: 10.1093/jnci/djm106
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México:Unison y Secretaria General Administrativa de la Universidad de Sonora.
- Moras, L., Telfer, L. A., & Barlow, D. H. (1993). Efficacy and specific effects data on new treatments: a case study strategy with mixed anxiety-depression. *Journal*

*of consulting and clinical psychology*, 61(3), 412-420. doi: 10.1037/0022-006X.61.3.412

National Cancer Institute. (13 de enero de 2010). *El cáncer según su ubicación en el cuerpo: sangre y sistema hematológico*. Recuperado del sitio de internet del National Cancer Institute: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/por-partes-cuerpo/sangre-sistema-hematologico>.

National Cancer Institute (2013). Información general sobre la leucemia linfoblástica aguda (LLA) infantil. Recuperado de <http://www.cancer.gov>

Newby, J. M., Mackenzie, A., Williams, A. D., McIntyre, K., Watts, S., Wong, N., & Andrews, G. (2013). Internet cognitive behavioural therapy for mixed anxiety and depression: a randomized controlled trial and evidence of effectiveness in primary care. *Psychological medicine*, 43(12), 2635 - 2648. doi: 10.017/S0033291713000111

Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México. Manual Moderno.

Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-003-SSA-1994, para la Disposición de Órganos y Tejidos de Seres Humanos con Fines Terapéuticos. Recuperado de <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/nrm/1/240/13.htm?s=iste>

O'Connor, G., Coates, V., & O'Neill, S. (2013). Randomised controlled trial of a tailored information pack for patients undergoing surgery and treatment for rectal cancer. *European journal of oncology nursing*, article in press. doi: 10.1016/j.ejon.2013.10.011

- Olshansky, S. J. & Ault, A. B. (1986). The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of delayed degenerative diseases. *The Milbank Quarterly*, 64(3), 355-391. doi:10.2307/3350025
- Omran, A. R. (1971). The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538 doi:10.2307/4349375
- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración Alma-Ata. Salud para todos. *Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, URSS*. Recuperado de: <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010. Description of the global burden of NCDs, their risk factors and determinants*, Ginebra:WHO. ISBN: 9789241564229. Recuperado de: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/en/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/)
- Organización Mundial de la Salud (Febrero, 2013). *La mitad de los países no están preparados para prevenir y tratar el cáncer, según una encuesta de la OMS*. (Nota para medios de información). Ginebra, Francia: Jasarevic, Gaudin & Thomas. Recuperado de [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2013/world\\_cancer\\_day\\_20130201/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2013/world_cancer_day_20130201/es/index.html)
- Pomerleau, O., & Brady, J. (Eds.). (1979). *Behavioral medicine: Theory and practice*. Baltimore:Williams & Wilkins.
- Provan, D., Singer, C., Baglin, T., & Lilleyman, J. (2004). *Oxford handbook of clinical haematology*, London:Oxford University Press.

- Ramírez, L. M., & Domínguez, B. (2011). Tratamiento psicológico del dolor por procedimientos en un paciente pediátrico oncológico. *Psicología y salud*, 21(1), 65-71. Recuperado de [www.uv.mx/psicysalud/psicysalud.../Laura-Miriam-Ramirez-Zamora.pdf](http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud.../Laura-Miriam-Ramirez-Zamora.pdf)
- Redondo, P. (2004). Introducción a la educación para la salud. *Caja costarricense de seguro social, Centro de desarrollo estratégico e información en salud y seguridad social y Proyecto fortalecimiento y modernización del sector salud*.
- Reynoso, L. (2012). *Manual ilustrado de actividad física*. Universidad Nacional Autónoma de México. iBooks Author.
- Reynoso, L., Bravo, C., Anguiano, S., & Mora, M. (2012). La evaluación de la residencia en Medicina Conductual. ¿La historia se repite? *Revista de educación y desarrollo*, 23, 45-53. Recuperado de [http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu\\_desarrollo/anteriores/23/023\\_Reynoso.pdf](http://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/anteriores/23/023_Reynoso.pdf)
- Reynoso-Eraza, L. y Carrascoza-Venegas, C.A. (2011). *Plan de estudios de la residencia en manejo integral de riesgos conductuales en salud*. FES Iztacala UNAM. Recuperado de los archivos del Programa de Maestría en Psicología, Residencia en Medicina Conductual
- Reynoso, L. & Seligson, N. I. (2005) *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Richards, J. M. & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive cost of keeping one's cool. *Journal of personality and social psychology*, 79(3), 410 - 424. doi: 10.1037/0022-3514.79.3.410
- Rico, J. L., Restrepo, M., & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS) en una muestra de pacientes

con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en medición*, 3, 73 – 86. Recuperado de <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/1692-0023/2/4.pdf>

- Rischer, J., Scherwath, A., Zander, A. R., Koch, U., & Schulz-Kindermann, F. (2009). Sleep disturbances and emotional distress in the acute course of hematopoietic stem cell transplantation. *Bone marrow transplantation*, 44(2), 121-128. doi: 10.1038/bmt.2008.430
- Robinson, P. (1995). New territory for the behavior therapist: Hello depressed patients in primary care. *The behavior therapist*, 18, 149-153.
- Robles, R., Varela, R., Jurado, S., & Páez, F. (2001). Versión mexicana del inventario de ansiedad de Beck. Propiedades psicométricas. *Revista mexicana de psicología*, 18(2), 211-218.
- Rodes, J., Piqué, J., & Trilla, A. (2007). Ejercicio físico. En A. Vilella (Eds.), *Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA* (73-208). Barcelona:Fundación BBVA/Hospital Clínic.
- Rodrigue, J. R., Pearman, T. P., & Moreb, J. (1999). Morbidity and mortality following bone marrow transplantation: predictive utility of pre-BMT, affective functioning, compliance, and social support stability. *International journal of behavioral medicine*, 6(3), 241-254. doi: 10.1207/s1532755ijbm0603\_3
- Rodríguez-Ortega, G. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista latinoamericana de medicina conductual*, 1(1), 5-12. doi:10.5461/rlmc.v1.n1.02

- Sánchez-Ortuño, M. M., & Edinger, J. D. (2012). Cognitive-behavioral therapy for the management of insomnia comorbid with mental disorders. *Current psychiatry reports, 14*(5), 519-528. doi:10.1007/s11920-012-0312-9
- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Conceptos y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. B. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2 pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Schoulte, J.C., Lohnberg, J. A., Tallman, B., & Altmaier, E. M. (2011). Influence of coping style on symptom interference among adults recipients of hematopoietic stem cell transplantation. *Oncology nursing forum, 38*(5), 582-586. doi: 10.1188/ONF.582-586
- Schwartz, G., & Weiss, S. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic medicine, 36*(6), 377-381. Recuperado de <http://www.psychosomaticmedicine.org>
- Schwartz, G., & Weiss, S. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of behavioral medicine, 1*(3), 249 - 251. doi:10.1007/BF00846677
- Schwartz, M. S. & Haynes, S. N. (1974). *Passive relaxation*, Nueva York: Guilford
- Secretaría de Salud. (2005). *Manual de organización específico del Hospital Juárez de México*. Recuperado de [http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/normatividad/MANUAL\\_ORGANIZACION-\\_2005.pdf](http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/descargas/normatividad/MANUAL_ORGANIZACION-_2005.pdf)
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud y Dirección General de Epidemiología. (2011). *Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México*. Recuperado de <http://www.dgepi.salud.gob.mx>

- Sherman, A. C., Simonton, S., Latif, U., Spohn, R., & Tricot, G. (2004). Psychosocial adjustment and quality of life among multiple myeloma patients undergoing evaluation for autologous stem cell transplantation. *Bone marrow transplantation*, 33(9), 955-962. doi: 10.1038/sj.bmt.1704465
- Sigerist, H. E. (1941) *Medicine and human welfare*. New Haven:Yale University Press.
- Sinha, M., Christopher, N. C., Fenn, R., & Reeves, L. (2006). Evaluation of nonpharmacologic methods of pain and anxiety management for laceration repair in the pediatric emergency department. *Pediatrics*, 117, 1162-1168. doi: 10.1542/peds.005-1100
- Smith, J. M. & McDonald, R. A. (2005). Renal transplantation in adolescents. *Adolescent medicine clinics*, 16(1), 201-214. doi: 10.1016/j.admecli.2004.09.003
- Song, Q. H., Xu, R. M., Zhang, Q. H., Ma, M., & Zhao, X. P. (2013). Relaxation training during chemotherapy for breast cancer improves mental health and lessens adverse events. *International journal of clinical and experimental medicine*, 6(10). 979 - 984. Recuperado de [http://www.ijcem.com/V6\\_No10.html](http://www.ijcem.com/V6_No10.html)
- Sosa, A., (2009). *Importancia de la medicina conductual en el servicio de hematología* (Tesis de maestría). Recuperada de <http://www.dgbiblio.unam.mx/index.php/catalogos>
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than others therapies? A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(6), 710-720. doi: 10.1016/j.cpr.2010.05.003

- Trask, P. C., Paterson, A., Riba, M., Brines, B., Griffith, K., Parker, P., Weick, J., Steele, P., Kyro, K., & Ferrara, J. (2002). Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone marrow transplantation, 29*(11), 917-925. doi: 10.1038/sj.bmt.1703557
- Velarde-Jurado, E. & Ávila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de México, 44*(4), 349-361. doi: 10.1590/S0036-363420020000400009
- Vera, P. E. (2004). Estrategias de intervención en psicología clínica. Las intervenciones apoyadas en la evidencia. *Liberabit. Revista de psicología, 10*, 4-10. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/686/68601001.pdf>
- Villagómez, P. (s.f.). *El envejecimiento demográfico en México: niveles, tendencias y reflexiones en torno a la población de adultos mayores*. Instituto de Geriatria, 305-313. Recuperado del sitio de internet del Instituto Nacional de Geriatria <http://www.geriatria.salud.gob.mx>
- Walters, K., Buszewicz, M., Weich, S., & King, M. (2011). Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care. *The British journal of psychiatry, 198*(6), 472-478. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085092
- Weismann, S., Schechter, N. L., & Altman, A. J. (1990). Report of the consensus conference on the management of pain in childhood cancer. *American Academy of Pediatrics, 86*, 814-834. Recuperado de <https://catalyst.library.jhu.edu>
- Wiskemann, J., Dreger, P., Schwerdtfeger, R., Bondong, A., Huber, G., Kleindienst, N., Ulrich, C. M., & Bohus, M. (2011). Effects of a partly self-administered exercise program before, during, and after allogeneic stem cell transplantation. *Blood, 117*(9), 2604-2613. doi: 10.1182/blood-2010-09-306308

# **A N E X O S**

## **Anexo 1**

### **Consentimiento informado de protocolo de investigación**

Investigador principal:

Nombre: Edith Rojas Castillo.

Teléfono: 56 28 04 00 ext. 251

Correo electrónico: [bachhimiss2003@yahoo.com.mx](mailto:bachhimiss2003@yahoo.com.mx)

Colaboradores:

Nombre: Liliana Mey Len Rivera Fong.

Nombre: Sofía Campos Ugalde.

Título del proyecto:

Estudio piloto de evaluación psicológica a pacientes y donadores de trasplante hematopoyético de células madre y evaluación del efecto de una intervención cognitivo conductual multicomponente sobre variables psicológicas y médicas implicadas en el proceso del trasplante.

Versión del consentimiento: Paciente 2012

Sitio dónde se realizará: Instituto Nacional de Cancerología.

Usted ha sido seleccionado como candidato a trasplante de médula ósea, el cual es un procedimiento asociado a ansiedad, depresión y/o distrés desde el momento de la evaluación y hasta el seguimiento. Es por ello que lo estamos invitando a participar en una investigación con el objetivo de evaluar algunos **aspectos sobre cómo se siente emocionalmente**, y poder entrenarlo en algunas técnicas psicológicas que esperamos le ayuden a afrontar el procedimiento adecuadamente.

Es importante recordarle que su participación es voluntaria y no afectará la atención médica que recibe. De igual forma, en caso de tener dudas o requerir de aclaraciones sobre los procedimientos, riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación y el tratamiento, puede exponerlas a alguna de las investigadoras antes mencionadas quienes buscaran aclarar sus dudas. Durante el proceso, usted recibirá información actualizada sobre los datos obtenidos, aun cuando esta pudiera afectar su voluntad para continuar participando. **Este estudio se llevará a cabo durante los meses de agosto a diciembre del presente año.** En caso de participar, el proyecto consiste en dos fases que son descritas a continuación:

- **FASE 1: EVALUACIÓN.**

Evaluar antes del trasplante **aspectos emocionales** que pueden tener un impacto durante el trasplante. Para ello será entrevistado por uno de los investigadores y se le aplicarán tres **cuestionarios** breves con el fin de conocerlo mejor; este proceso **se llevará cabo en dos sesiones de aproximadamente 45 minutos cada una**, se buscará que dichas sesiones coincidan con alguna de sus citas de evaluación a los diferentes servicios del hospital, **una**

**vez por semana aproximadamente. Se estima que esta fase se realice un mes previo a su hospitalización, tiempo que se requiere para la evaluación por los demás servicios del hospital.**

Los **cuestionarios** le serán aplicados nuevamente en cuatro ocasiones durante la **hospitalización** con el fin de vigilar su estado de ánimo.

- **FASE 2: PROGRAMA DE ATENCIÓN.**

Se le brindará información sobre el trasplante y algunas recomendaciones que puede llevar a cabo y se le enseñará una técnica para relajarse que podrá poner en práctica durante la **hospitalización** cuando se sienta nervioso. Para ello se requerirá que asista con un investigador en **cuatro sesiones con duración aproximada de una hora cada una**, se buscará que dichas sesiones se lleven a cabo después de alguna de sus citas en los diferentes servicios del hospital, **aproximadamente una vez por semana.**

Una vez hospitalizado se llevará a cabo un programa con ejercicio físico ligero **todos los días**, esperamos que esto le permita conservar la fuerza de su cuerpo. La rutina esto tomará **aproximadamente 30 minutos durante la mañana.**

**Al finalizar este periodo se le explicarán a detalle todas las variables sobre su estado emocional que fueron evaluadas.**

**Se espera que participen aproximadamente 20 personas en este proyecto, todos pacientes del Instituto Nacional de Cancerología con algún diagnóstico onco-hematológico que serán sometidos a un trasplante de médula ósea.** Se busca identificar de manera precisa su estado emocional previo al trasplante, con lo cual podremos brindarle un mejor servicio; de igual forma esperamos que con la ayuda de las estrategias planeadas, las cuales han demostrado que ayudan a los pacientes a enfrentar el trasplante con menor impacto emocional, usted logre someterse al procedimiento con menor impacto psicológico.

De igual forma, los resultados obtenidos ayudarán para mejorar la atención psicológica brindada a los pacientes que sean sometidos a trasplante de médula ósea en un futuro. Esta investigación no

busca obtener beneficio económico alguno para los investigadores, ni para los colaboradores del estudio.

**No existe ningún riesgo para su salud.** De cualquier forma, se le brindará apoyo psicológico en caso de que lo requiera. Es importante que recuerde que se puede reservar el derecho a contestar a cualquier cuestionamiento que le resulte incómodo durante la evaluación o a participar en alguna técnica en cualquier momento del programa; sin que esto afecte la atención médica que recibe.

Actualmente la evaluación de psicología para el trasplante de médula ósea se realiza en el servicio de psicooncología, quienes llevan un seguimiento de acuerdo a los requerimientos del paciente durante el proceso del trasplante. Si usted decide no participar en el presente protocolo, será referido al servicio de psicooncología para que sea valorado y manejo.

Para todo lo anterior requerimos su cooperación durante el proceso antes descrito, por lo que le solicitaríamos acuda a las citas establecidas previo a su hospitalización, con el fin de brindarle las estrategias planeadas de manera completa, de igual forma, será de gran ayuda que nos mantenga informados sobre cualquier su estado emocional durante todo el proceso.

Su médico estará enterado de su participación en este protocolo y todos los registros que se hagan se identificarán con un número o código, **no con su nombre ni número de expediente**, por lo que sólo los investigadores participantes en este proyecto estarán autorizados para revisar su expediente como parte de sus actividades de supervisión del estudio. Si los resultados del presente estudio son publicados, usted **no será identificado por el nombre**.

Usted no será recompensado económicamente por su participación en este protocolo, en caso de requerir atención psicológica como consecuencia de su participación en este estudio, será referido al servicio de psicooncología.

USTED ENTIENDE QUE SU PARTICIPACIÓN ES **VOLUNTARIA**. EN CUALQUIER MOMENTO PUEDE RETIRAR SU CONSENTIMIENTO A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO, SIN QUE SU ATENCIÓN MÉDICA O PSICOLÓGICA POSTERIOR SE VEA AFECTADA. SU MÉDICO TAMBIÉN PODRÁ DETENER EL ESTUDIO POR RAZONES MÉDICAS O DE OTRA ÍNDOLE.

## INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTE

En caso de dudas sobre el estudio que surjan antes, durante o después de este estudio, podrá consultarla con la investigadora principal Mtra. En Psic. Edith Rojas Castillo al teléfono al 56280400 ext. 251 y en caso de dudas sobre sus derechos como paciente que participa en un estudio clínico contactar al Presidente del Comité de Bioética del Instituto Nacional de Cancerología, la Dra. Myrna G. Candelaria o al Secretario, el Dr. Noel Castañeda Soto al teléfono 56280400 ext. 338.

Si acepta participar, debe firmar el presente consentimiento informado que implica que usted ha comprendido su contenido. Este formulario debe ser firmado antes de llevar a cabo cualquier evaluación. Usted recibirá una copia del mismo.

Yo: \_\_\_\_\_ declaro que estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación "Evaluación e intervención cognitivo conductual a pacientes y donadores de trasplante hematopoyético de células madre y prevalencia de alteraciones del sueño durante estancia hospitalaria" cuyo objetivo, beneficios y riesgos me fueron especificados por la investigadora. Ella me ha ofrecido, al momento de firmar la presente, aclarar cualquier duda o contestar cualquier pregunta que surja durante el desarrollo de la entrevista.

México D.F., a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2012.

### PARTICIPANTE

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma.

### TESTIGO

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

### TESTIGO

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Firma

Investigador Principal:

\_\_\_\_\_

**Mtra. Edith Rojas Castillo**  
**Tel. 56 28 04 00 Ext. 251**

## **Anexo 2**

### **Entrevista semiestructurada a pacientes candidatos a trasplante de médula ósea**



## DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGÍA. SERVICIO DE PSICOONCOLOGÍA

Nombre: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Nivel de estudios: \_\_\_\_\_ Nivel socioeconómico: \_\_\_\_\_  
Cuenta con seguro popular: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_  
Tipo de trasplante: \_\_\_\_\_  
En caso de trasplante alogénico, tipo de donador: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. (EXPEDIENTE)

--

### EXAMEN MENTAL

CONSCIENCIA: _____	CONSTITUCIÓN: _____
APARIENCIA: Edad aparente _____ a la cronológica.	
CONDICIONES DE ALIÑO E HIGIENE: _____ de acuerdo al contexto hospitalario	
CONDUCTA EXPLÍCITA: _____	
ACTIVIDAD PSICOMOTORA: _____	
ACTITUD HACIA LA ENTREVISTA: _____	
HUMOR: _____ AFECTO: _____ ESTADO DE ÁNIMO: _____	
LENGUAJE: _____	
ALTERACIÓN PERCEPTUAL: _____	
PENSAMIENTO: _____ IDEAS: _____	
INTELIGENCIA: Idx. Clínicamente _____	
ORIENTACIÓN: Persona: _____ Tiempo: _____ Espacio: _____	
MEMORIAS: Retrógrada: _____ Anterógrada: _____ Atención: _____	
IMPULSIVIDAD: _____ JUICIO: _____	
FIABILIDAD: _____	
ESTILO DE AFRONTAMIENTO: _____ ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: _____	

**ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS. (PACIENTE)**

**ANTECEDENTES PERSONALES PSICOLÓGICOS O PSIQUIÁTRICOS. (PACIENTE)**

**ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS. (EXPEDIENTE)**

**ANTECEDENTES FAMILIARES PSICOLÓGICOS Y/O PSIQUIÁTRICOS. (PACIENTE)**

**INFORMACIÓN QUE TIENE EL PACIENTE SOBRE EL TRASPLANTE.**

OBJETIVO / EXPECTATIVAS:

PRODECIMIENTO / TIEMPO:

RIESGOS:

-

-

MIEDOS Y TEMORES:

**PRINCIPALES MOTIVADORES DEL PACIENTE.**

**APOYO SOCIAL.**

NÚMERO DE PERSONAS:

PERSONA O INSTITUCIÓN:	PARENTESCO	TIPO DE APOYO	VALORACIÓN SUBJETIVA

**EXPERIENCIAS PREVIAS DE HOSPITALIZACIÓN.**

TIEMPO PROMEDIO:

NO. DE HOSPITALIZACIONES: \_\_\_\_\_

PRINCIPALES DIFICULTADES:

ESTADO DE ÁNIMO

PREDOMINANTE:

ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO:

**Entrevistador**

---

Psic. Liliana Rivera Fong

### **Anexo 3**

**Batería psicológica para protocolo de intervención en pacientes sometidos a  
trasplante hematopoyético de células madre**

## Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

*Instrucciones:* A continuación se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se expresa como pueden llegar a sentirse las personas cuando se encuentran hospitalizadas. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que mejor indique cómo se ha sentido usted en la **última semana**.

### **A 1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):**

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

### **D 1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:**

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

### **A 2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:**

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

**D 2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:**

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

**A 3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:**

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

**D 3. Me siento alegre:**

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

**A 4. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquilo(a) y relajado(a):**

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

**D 4. Me siento lento(a) y torpe:**

3. Gran parte del día
2. A menudo
1. A veces
0. Nunca

**A 5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:**

0. Nunca
1. Sólo en algunas ocasiones
2. A menudo
3. Muy a menudo

**D 5. He perdido el interés por mi aspecto personal:**

3. Completamente
2. No me cuido como debería hacerlo
1. Es posible que no me cuide como debiera
0. Me cuido como siempre lo he hecho

**A 6. Me siento inquieto(a) como si no pudiera parar de moverme:**

3. Realmente mucho
2. Bastante
1. No mucho
0. En absoluto

**D 6. Espero las cosas con ilusión:**

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

**A 7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:**

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

**D 7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:**

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca

¡GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!

## TERMOMETRO DE DISTRÉS

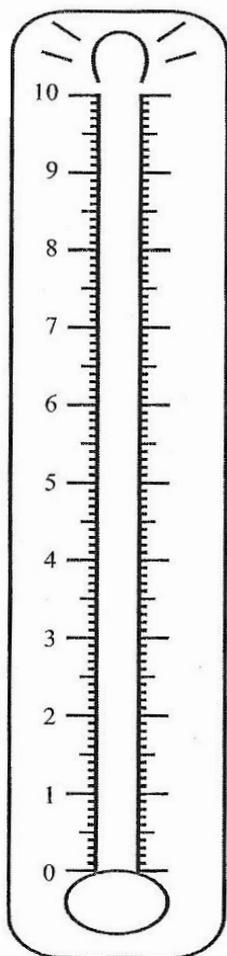
A continuación lea el significado de estrés y siga las instrucciones de los puntos 1 y 2.

**Distrés:** Experiencia desagradable de naturaleza psicológica (pensamientos, conductas y emociones) que interfieren con la habilidad para enfrentar el cáncer, sus síntomas físicos y/o sus tratamientos.

1. Por favor encierre en un círculo el número (0 al 10) que mejor describa qué tanto estrés ha experimentado en la última semana, incluyendo el día de hoy.

2. Por favor indique si ha tenido cualquiera de los siguientes problemas en la última semana, incluyendo el día de hoy. Asegúrese de marcar SI o NO para cada uno.

Distrés extremo



Sin distrés

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Problemas prácticos</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Problemas físicos</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidados de los hijos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apariencia
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Casa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baño/vestido
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seguridad financiera		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respiración
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transporte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en la orina
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Escuela/Trabajo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Problemas familiares</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación de pareja		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentación
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los hijos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fatiga
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensación de debilidad
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Problemas emocionales</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Movilidad
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miedo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indigestión
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nerviosismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Memoria/Concentración
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tristeza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en la boca
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nausea
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de interés de en las actividades habituales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nariz seca/congestión
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Preocupaciones religiosas o espirituales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sexuales
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piel seca/comezón
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas para dormir
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hormigueo en manos o pies.

Otros problemas \_\_\_\_\_

## EVA Fatiga

*Instrucciones:* A continuación se muestra un rectángulo que representa lo cansado que una persona se puede llegar a sentir. Va desde “Nada cansado(a)” hasta “extremadamente cansado(a)”. Coloree o marque una línea en el rectángulo de acuerdo a qué tan cansado(a) se siente en este momento.

NADA	<input type="text"/>	EXTREMADAMENTE
CANSADO(A)		CANSADO(A)

## **Anexo 4**

### **Manual de psicoeducación para pacientes candidatos a trasplante hematopoyético de células madre**



DEPARTAMENTO DE HEMATOLOGÍA.  
SERVICIO DE PSICOONCOLOGÍA.

# GUÍA PARA PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.

**Lic. Liliana Mey Len Rivera Fong.**

Universidad Nacional Autónoma de México.  
Instituto Nacional de Cancerología.  
Contacto: liliana\_medicinaconductual@hotmail.com

**Mtra. Edith Rojas Castillo.**

Psicóloga adscrita. Servicio de Psicooncología.  
Instituto Nacional de Cancerología

**Dr. Luis Manuel Valero Saldaña.**

Departamento de Hematología.  
Jefe de la Unidad de Trasplante de Médula Ósea.  
Instituto Nacional de Cancerología.

**E. O. Ana Irma Hernández Pájaro.**

Subjefe de enfermeras Unidad de Trasplante de Médula Ósea.  
Instituto Nacional de Cancerología.

**Dra. Angélica Riveros Rosas.**

Universidad Nacional Autónoma de México.

GUÍA PARA PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE DE  
MÉDULA ÓSEA

México, D.F. 2012

# Í N D I C E

---

1. ¿Qué es el trasplante de médula ósea?

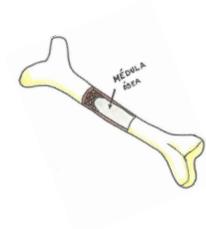
2. ¿Cuáles son los tipos de trasplante?

3. ¿Qué se debe hacer antes del trasplante?

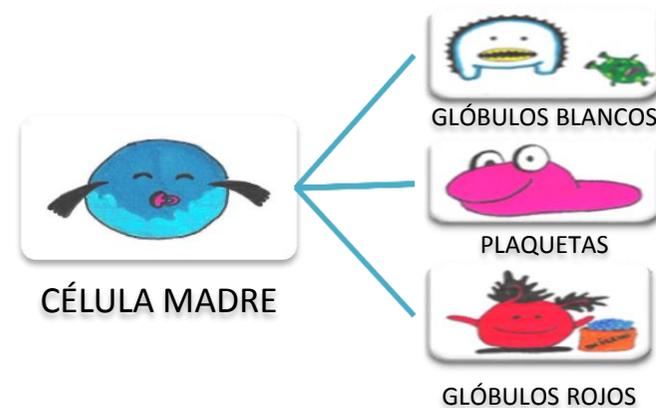
4. ...Y una vez internado...

5. ...Después del trasplante ¿Qué sigue?

La médula ósea es el tejido que se reproduce más rápido del organismo, se encuentra en el túetano (dentro del hueso) que es la parte esponjosa y aloja a las millones de células madre hematopoyéticas que se producen todos los días.



Las células madre hematopoyéticas, son células de la sangre que al crecer se convierten en glóbulos blancos (leucocitos o defensas), plaquetas o glóbulos rojos.



En enfermedades como leucemias, linfomas y mieloma múltiple, se puede recomendar un trasplante de médula ósea con la finalidad de lograr un mejor control y en muchos casos curar la enfermedad.

**El trasplante de médula ósea exige un gran compromiso del paciente, la familia y el personal de salud.**

Para hacerlo, se utiliza quimio y/o radioterapia que matan las células malignas liberando espacio en la médula ósea (a este proceso se le llama ACONDICIONAMIENTO); y después se hace una infusión de células madre (TRASPLANTE) lo que va a ayudar a la médula ósea a recuperarse y que vuelva a producir células normales.



- QUIMIOTERAPIA.



Consiste en varios medicamentos que matan a las células malas y evitan que se sigan reproduciendo; sin embargo, también afectará a células normales que se producen cotidianamente como la propia médula ósea, las mucosas y el cabello.

- RADIOTERAPIA.

En algunos casos se puede utilizar este tratamiento que consiste en emisión de rayos X con más energía de la usada para tomar radiografías, es usada para destruir a las células malas. Se aplica con equipos similares al de la imagen en el Servicio de Radioterapia.



Estos tratamientos son muy efectivos para el manejo del cáncer, sin embargo, tienen efectos secundarios como los que se describen a continuación y se le sugieren algunos consejos.

Efecto	¿Qué hacer?
<b>Nauseas y vómito</b>	El médico puede recetar medicamentos para disminuir estos síntomas. Trate de mantenerse tranquilo, ya que el factor psicológico es muy importante y puede empeorar la situación.
<b>Mayor susceptibilidad a infecciones</b>	Sea muy cuidadoso con las medidas de higiene que se le recomienden. Avise al personal de enfermería en caso de fiebre o diarrea. Tome los medicamentos preventivos y de tratamiento adecuadamente.
<b>Mayor susceptibilidad a sangrar.</b>	Evite golpearse. Tenga cuidado con el manejo de objetos punzocortantes (tijeras, cuchillos, etc.) Avise al médico y personal de enfermería en caso de sangrado por cualquier parte del cuerpo.

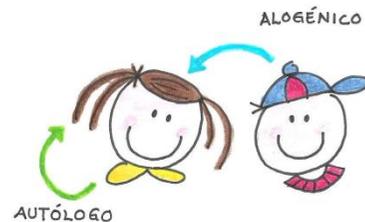
**Cada persona es diferente, por lo que los efectos secundarios del tratamiento se experimentan de forma distinta.**

Efecto	¿Qué hacer?
 <b>Mucositis (Heridas en la boca)</b>	Cepille cuidadosamente sus dientes después de cada alimento. Realice los enjuagues que le indiquen; ayudarán a hidratar su boca y evitar infecciones. Recuerde que su cabello volverá a crecer.
<b>Caída del cabello.</b>	Puede utilizar gorras, sombreros, mascaradas, etc. Si lo desea puede utilizar una peluca a su alta del hospital
<b>Daños al sistema reproductor.</b>	Los hombres pueden congelar los espermatozoides (se conservarán por 10 años). Las mujeres podrán recurrir a una fertilización in vitro.
	PREGUNTE A SU MÉDICO SOBRE LAS OPCIONES DISPONIBLES Y DÓNDE ACUDIR.

**Haga varias veces al día los enjuagues bucales con bicarbonato y vantal, tal como tu médico lo recomiende. Ayudará a hidratar tu boca.**

Dependiendo del lugar donde se obtienen las células madre, un trasplante puede ser:

- Del mismo paciente: autólogo.
- De otra persona: alogénico.
  - Familiar
  - No familiar
  - Cordón umbilical



El proceso general para un trasplante es:



El médico de Trasplante es la única persona que puede recomendar la realización de un trasplante, así como el tipo y mejor momento para hacerlo.

Durante el proceso, pasará por varias etapas:

- Estudios y decisión de trasplante.
- Búsqueda de donador (en caso de necesitarlo).
- Cosecha de células.
- Hospitalización (acondicionamiento, infusión y recuperación).
- Seguimiento.

**Preste mucha atención a las indicaciones médicas en cada una de las fases del trasplante y sígalas cuidadosamente.**

Uno de los riesgos del trasplante alogénico es que puede presentarse una reacción llamada enfermedad injerto contra hospedero, también conocida como EICH por sus iniciales, se produce debido a que las células del donador no son idénticas a las del receptor, por lo que las células trasplantadas desconocen los diferentes tejidos de cuerpo, ocasionando daño a diferentes niveles.

Existen dos tipos de EICH:

### AGUDO

Ocurre en los primeros 10 días después de la infusión de células madre.

Afecta a diferentes órganos, por ejemplo:

- **Piel:** Comezón o sensación de dolor, así como lesiones en la piel.
- **Hígado:** La piel se torna amarilla.
- **Tubo digestivo:** Diarrea, sangrado, dolor, náuseas, vómito, dificultad para comer, ascitis (acumulación de líquido en el vientre).
- **Pulmones:** neumonía.
- **Otros órganos:** Puede presentar fotofobia (intolerancia a la luz), conjuntivitis hemorrágica (infección que se caracteriza por enrojecimiento de los ojos, sensación de tener algo en ellos) y anemia.
- **ES UN RIESGO PARA DESARROLLAR EICH CRÓNICO.**

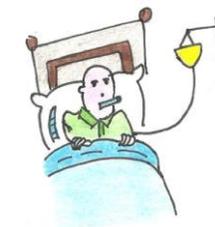
### CRÓNICO

Ocurre después de los tres meses del trasplante.

Sus principales síntomas son en:

- **Piel:** Pueden aparecer lesiones en cualquier parte del cuerpo y la boca; en ocasiones se detonan por el contacto con el Sol.
- **Hígado:** Hay elevación de las enzimas hepáticas, así como Colestasis hepática (el síntoma más frecuente es que la piel se torne amarilla).
- **Síndrome de Sicca:** Enfermedad reumática crónica que su principal característica es la sequedad de las mucosas ocular, oral y genital. Lo que produce dolor, sensación de quemadura, sensibilidad a los alimentos ácidos y picantes.
- **Bronquiolitis obstructiva:** Inflamación de la vía aérea, por lo que disminuye el aire que entra y sale de los pulmones y al mismo tiempo aumentan las secreciones que obstruyen las vías respiratorias.
- **Más susceptibilidad a infecciones;** debido a que los pacientes con EICH deben recibir inmunosupresores y las defensas no son suficientemente fuertes para defenderse de las infecciones.

Actualmente contamos con medicamentos que le ayudan a prevenir o minimizar esta reacción.





Una vez que el médico de trasplante lo acepta como candidato, le explicará el proceso, los posibles riesgos y beneficios esperados. Con esta información usted decidirá someterse o no al procedimiento; si acepta deberá iniciar

con valoraciones en varios servicios, entre ellos:

- **Medicina interna:** Verificará su estado de salud general y si padece alguna enfermedad adicional que pueda interferir con el trasplante.
- **Cardiología:** Realizará estudios de su corazón para verificar que se encuentre en condiciones de recibir quimioterapia.
- **Odontología:** Se asegurará que no tenga lesiones en la boca que pudieran infectarse durante el trasplante.
- **Psicooncología:** Hará un análisis de su estado emocional y le enseñará estrategias para afrontar el trasplante con el menor impacto emocional posible.

- **Psiquiatría:** Estudiará la presencia de trastornos mentales previos o la posibilidad de que se presenten durante el trasplante.
- **Trabajo social:** Se asegurará de que cuente con las condiciones administrativas, de seguridad e higiene en las diferentes fases del trasplante.
- **Inhaloterapia:** Revisará que no tenga algún problema respiratorio que interfiera con el trasplante.

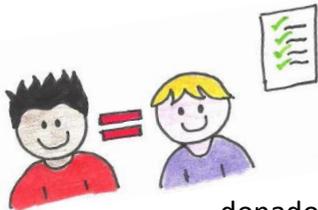
Apunte sus citas en una libreta, junto a ellas anote sus dudas para cada uno de los médicos.

**¡NO FALTE A NINGUNA DE SUS CITAS!**



Durante este proceso se le solicitarán diferentes estudios con el fin de valorar el estado funcional de diferentes órganos del cuerpo y determinar si está en condiciones de ser sometido a este tratamiento.

- MUGA. Fracción de Eyección Ventricular: Para determinar que no exista alteraciones del corazón.
- Espirometría: Para valorar la función de sus pulmones.
- Perfil de Hepatitis y VIH.
- Perfil de TORCH: Necesario para evaluar algunos padecimientos infecciosos.



En caso de tratarse de un trasplante alogénico; se harán pruebas de compatibilidad a los posibles donadores para elegir al mejor candidato.

Cuando se haya decidido quién será su donador; él o ella será informada sobre el procedimiento para la obtención de las células madre (Ver manual del donador).

**Para ser donador no importa la edad ni el sexo.**

En caso de un trasplante autólogo; el médico le indicará el procedimiento y la fecha para iniciar el proceso de cosecha y obtención de células madre (Ver manual del donador).

Este proceso lleva varias semanas, tiempo que puede aprovechar para prepararse para el momento del internamiento.

**Es muy importante que el día de su ingreso a la Unidad de Trasplante acuda rapado y, en caso de los hombres, con la barba rasurado. Ya que con el tratamiento su cabello se caerá y puede convertirse en un foco de infección durante el trasplante.**

 SUGERENCIAS:

- ✓ Platique con sus familiares más cercanos y decida con ellos, quién será el responsable.
- ✓ Tiene derecho a decidir las visitas que desea recibir y los momentos en que se harán.
- ✓ Trate de resolver los pendientes más inmediatos.
- ✓ Asigne sus pendientes a alguien de confianza.
- ✓ Prepare una maleta con las cosas que va a necesitar para el trasplante. En la siguiente página hay una lista que le puede servir de guía.
- ✓ Haga una lista de actividades que pueda hacer mientras esté internado y ponga las cosas que necesite en su maleta.

Al salir del internamiento, deberá permanecer un tiempo en casa; por lo que es importante que se acerque a Trabajo Social para que lo orienten sobre las condiciones de higiene que va a necesitar y, en caso de ser necesario, hacer cambios.



**COSAS QUE NO DEBO OLVIDAR.**

- \_\_\_\_\_ Tres pijamas de algodón con botones al frente.
- \_\_\_\_\_ Ropa interior.
- \_\_\_\_\_ Sandalias para baño (chancas).
- \_\_\_\_\_ Pantuflas.
- \_\_\_\_\_ Crema para el cuerpo (Lubriderm).
- \_\_\_\_\_ Pasta de dientes (Vantal).
- \_\_\_\_\_ Enjuague bucofaríngeo (Vantal).
- \_\_\_\_\_ Cepillo de dientes suave (Oral B 35).
- \_\_\_\_\_ 2 corta-uñas (uno para manos y otro para pies).
- \_\_\_\_\_ Un frasco de vaselina.
- \_\_\_\_\_ Un frasco chico de aceite de almendras.
- \_\_\_\_\_ Dos cajas de bicarbonato en polvo.
- \_\_\_\_\_ Dos botellas de agua 1 ½ litros.
- \_\_\_\_\_ Medicamentos que toma regularmente.
- \_\_\_\_\_ Medicamentos que su doctor le pidió.
- \_\_\_\_\_ En caso de necesitar lentes NO de contacto.
- \_\_\_\_\_ En caso de trasplante alogénico, debe traer protector solar con factor 90



**COSAS PARA ENTRETENERME.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Su médico le dirá el día y la hora en que se hospitalizará; debe venir acompañado por su familiar responsable y traer la maleta con los medicamentos, productos de higiene y cosas que se le hayan solicitado.

Es importante que se presente:

- Con baño y aseo diario.
- Desayunado.
- Con ropa cómoda.



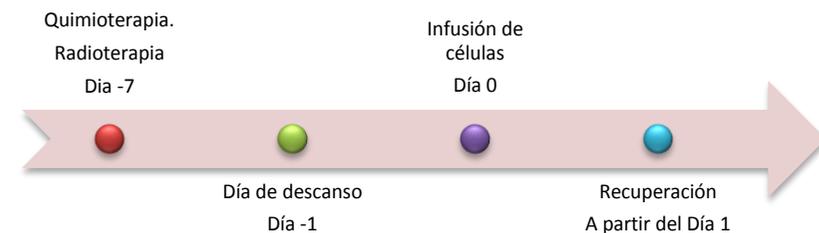
Recuerde que por su seguridad, durante la hospitalización estará aislado en un ambiente estéril por lo que su familia podrá verlo a través de la ventana de su habitación. Al ingresar a la Unidad de Trasplante, se presentará con usted parte del personal de enfermería que lo atenderá y lo conducirá a su habitación.

**Si tiene dudas puede acercarse al personal de enfermería o médico que se encuentren en ese momento.**

Una vez que le den su habitación, acomode sus cosas en los espacios que están disponibles para ello, de manera que se sienta cómodo.

**Se le realizarán análisis clínicos y será revisado por personal de salud.**

El proceso de trasplante iniciará al día siguiente de su hospitalización siguiendo un proceso similar al que se presenta a continuación:

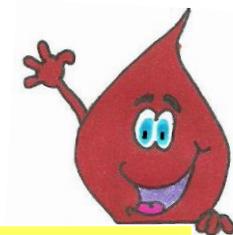


El tratamiento provocará que sus defensas bajen, por lo que es necesario que sea cuidadoso en su higiene personal:

- Báñese todos los días con agua tibia; ponga especial atención en el área perianal. Si requiere el apoyo del personal de enfermería, no dude en solicitarlo. Séquese con suavidad con una toalla limpia, poniendo especial atención en los pliegues de la piel.
- Cámbiese de ropa todos los días.
- Después de bañarse póngase abundante crema en todo el cuerpo para mantener la piel hidratada todo el día.
- Aplique aceite de almendras en mucosa nasal dos veces al día para mantenerla humectada.
- Desinfecte constantemente las cosas que utiliza.
- Lave sus manos antes de cada alimento y después de ir al baño.



- Lave cuidadosamente sus dientes después de comer, recuerde realizar enjuagues bucales repetidamente y NO use enjuagues bucales con alcohol.
- Corte las uñas de sus pies y manos con conta-uñas diferentes. Evite que queden demasiado cortas.
- Si siente sequedad en los ojos, lávelos con suero fisiológico y aplique lágrimas artificiales.
- NO camine descalzo por la habitación.
- Tal vez tendrá náuseas o vómito, pero es importante que coma aunque sean pequeñas cantidades.
- Tome líquidos, debe estar hidratado.



**Durante el proceso de recuperación se le transfundirá la sangre y plaquetas necesarias.**

Durante este periodo es posible que experimente diferentes emociones como sentirse nervioso o triste; esto debido a los efectos secundarios del tratamiento y el aislamiento. Sin embargo, usted puede hacer cosas para sentirse mejor, le recomendamos:

- ✓ Recuerde que es temporal.
- ✓ Recuerde por qué decidió someterse al trasplante.
- ✓ Practique los ejercicios de relajación que se le enseñarán.
- ✓ Manténgase activo con las actividades que decidió realizar durante este periodo.
- ✓ Descanse cuando lo necesite. Duerma el tiempo que su cuerpo lo requiera.
- ✓ Si desea hablar con sus familiares puede hacerlo por el interfon.



Todos los días se le harán estudios de sangre para monitorear los resultados del trasplante, una vez que su médula comience a producir sus propias células, poco a poco se le dejarán de hacer transfusiones hasta que su médico considere que la cantidad de células que tiene son seguras para ir a casa.



Cuando vaya a casa su médula estará produciendo sus propias células, sin embargo, eso no significa que usted esté completamente recuperado, este proceso tardará en promedio un año (el tiempo es diferente en cada paciente). Durante este tiempo tendrá defensas bajas, principalmente si desarrollo EICH.

Por ello deberá seguir con cuidados para evitar infecciones o complicaciones.

SÍNTOMA	¿QUÉ HACER?
<b>CANSANCIO</b> Tal vez se sienta más cansado que en el hospital, esto es porque en casa realiza más actividad física.	Descanse cuando lo necesite; principalmente después de comer. Duerma bien por la noche.

SÍNTOMA	¿QUÉ HACER?
<b>Problemas con la comida.</b> Tal vez le parezca que los alimentos tienen sabor a metal o están salados. Además puede presentar náuseas y vómito.	Coma varias veces al día pocas cantidades. Esto regularmente mejora en pocos días o semanas. Beba mucha agua, sobre todo si toma medicamentos.
<b>Si presenta malestar general.</b>	Vigile su temperatura axilar y en caso de que tenga fiebre acuda inmediatamente al médico.
<b>Tal vez no tenga ganas de hacer nada o al contrario quiera hacer muchas cosas.</b>	Trate de hacer actividades ligeras durante el día. Puede ayudar a sus familiares en algunas labores del hogar. Haga actividades que disfrute. Haga un poco de actividad física; de inicio no practique natación ni deportes intensos.



Cuidados que debe tener:

### TRATAMIENTO

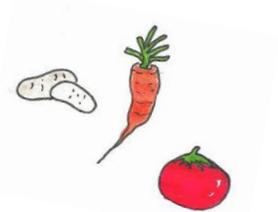
- Tome todos sus medicamentos en la dosis y momento adecuado. Puede llevar un cuadernillo o registro de medicamentos para que no los olvide.
- Si convive con niños y les corresponde alguna vacuna, pueden recibir cualquiera. Sólo tenga cuidado en el caso de la Polio, que es peligrosa para usted si el niño la recibe vía oral; pero pueden administrársela a través de una inyección y ninguno correrá riesgos.



- Aléjese de personas que estén enfermas, podrían contagiarlo. Si por alguna razón convive con alguna persona con varicela, debe acudir inmediatamente con su médico.
- Evite fumar o estar cerca de personas que fuman.
- No tome bebidas alcohólicas hasta que su médico se lo permita. Tampoco cervezas sin alcohol.

### ALIMENTACIÓN

- Coma sólo alimentos cocidos y preparados higiénicamente.
- Las carnes y pescado deben estar cocidos, hervidos o a la plancha.
- Evite alimentos pesados como carnes rojas, grasas, picantes o alimentos condimentados.
- Coma alimentos ricos en fibra (avena, chícharos trigo, salvado) y en hierro (frijoles, pescado, almendras, espinacas).
- Evite alimentos muy calientes o muy fríos.
- Tome entre 2 y 2 ½ litros de agua al día.



### HIGIENE PERSONAL.

- Debe seguir las indicaciones de higiene que llevó a cabo durante la hospitalización.
- Si lo desea puede utilizar pelucas pero deben de ser de fibras naturales y no contener pegamentos.
- Es conveniente dejar airear la cabeza el mayor tiempo posible.

- Una vez que empiece a crecerle vello, consulte a su médico sobre los resultados de laboratorio, si su conteo de plaquetas es adecuado puede depilarse con pinzas, máquinas de depilar o para afeitar, EVITE RASTRILLOS.
- También puede utilizar productos de decoloración de vello y cera depilatoria siempre y cuando no tenga lesiones en la piel.
- Puede usar tintes vegetales.
- Los artículos de higiene personal como cepillos o peine para peinar, toallas, jabón, esponja de baño, etc. sólo puede usarlas usted.
- Revise que su piel no tenga cambios de coloración, enrojecimiento o dolor.
- No utilice jabones neutros, sin aromas.
- No rasque su piel.
- Utilice ropa cómoda, preferentemente de algodón.
- Puede dormir con su pareja, a menos que esta esté enferma.

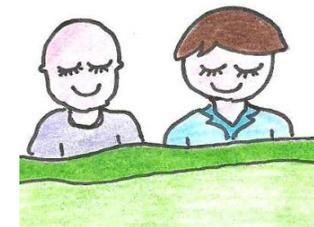
- Podrá tener relaciones sexuales una vez que tenga una cuenta de defensas y plaquetas adecuado (pregunte a su médico).
- Tal vez no tenga deseo sexual, es normal por el cansancio, la debilidad y falta de producción de hormonas; hágale saber con su pareja. Debe de saber que esto es temporal.

**MUJERES:**

- Podrá presentar síntomas parecidos a la menopausia: sequedad vaginal o molestias durante la relación sexual. Si es así hágale saber con su hematólogo.
- Puede desaparecer su menstruación (regla).
- Si menstrua, NO USE TAMPONES.

**HOMBRES:**

- Al principio puede sufrir impotencia, si esto ocurre consulte a su hematólogo.



**CUIDADOS EN CASA.**

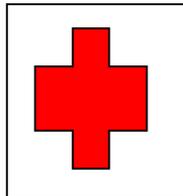
- Deberán sacudir la casa todos los días con un trapo húmedo.
- Evite estar cuando se levante polvo.
- No debe haber alfombras o peluches, porque estas acumulan polvo.
- Debe haber especial cuidado en la limpieza de la cocina y los trastes, lávenlos con agua caliente y jabón.
- Evite plantas naturales o artificiales dentro de la casa.
- Si hay mascotas en casa, no se acerque cuando lo cepillen o limpien su jaula o espacio.
- Evite que utilicen cerca de usted disolventes, pinturas, pegamentos, etc.
- Evite cambios bruscos de temperatura.

**AL SALIR DE CASA.**

- Evite exponerse al Sol (durante un año), cuando salga use lentes, gorra, sombrero, procure traer manga larga y pantalón o falda larga.
- USE PROTECTOR SOLAR.
- No asista a balnearios y albercas.
- Si va a salir de la ciudad avise a su hematólogo, especialmente si son viajes al extranjero.
- Podrá regresar a sus actividades productivas aproximadamente al 6to mes del trasplante.
- Evite salir a lugares concurridos (cine, restaurantes, club, etc.) por lo menos los primeros 3 meses.
- Evite los traslados en transporte público por lo menos los primeros 3 meses.
- Si sale, utilice cubrebocas.

**CUIDADO DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL**

- Evite que se moje.
- Acuda a todas sus citas a E.T.I. para que se realicen las curaciones necesarias. No lo toque.
- Manténgalo fijo.
- Verifique que no haya secreciones por el catéter.
- Si percibe calor, dolor o enrojecimiento en el área de catéter, acuda inmediatamente a su médico.

**ACUDA A SU MÉDICO SI...**

- Tiene fiebre por arriba de 38°C
- Aparecen manchas en la piel.
- Aparecen lesiones en la boca.
- Tiene sangrado por cualquier parte del cuerpo.
- Tiene vómito frecuente.
- Tiene diarrea.
- Si tiene cualquier síntoma como tos, dificultades para ir al baño, etc.

**N O T A S**


---



---



---



---



---



---



---



---



---



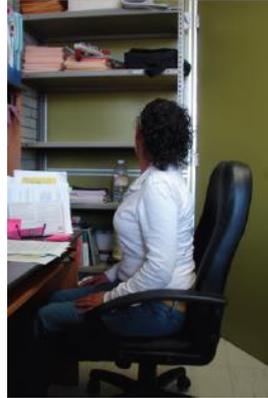
---



## **Anexo 5**

### **Programa de actividad física para pacientes sometidos a trasplante hematopoyético de células madre**

## PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE HOSPITALIZACIÓN PARA TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA.



Gire la cabeza a la izquierda tratando de mirar sobre su hombro.

Sostenga la posición 5 segundos.

Repita el movimiento hacia el lado derecho.

Repita 10 veces



Mueva la cabeza hacia adelante buscando que su barba toque su pecho

Sostenga la posición 5 segundos.

Mueva la cabeza hacia atrás, tratando de ver el techo.

Repita 10 veces



Levante los hombros tratando de tocar las orejas.

Sostenga la posición 3 segundos.

Repita 10 veces



Coloque que los brazos buscando que los antebrazos queden paralelos a las piernas; formando un ángulo de 90º



Mueva los brazos hacia atrás, tratando de elevar los codos y extienda los antebrazos.

Sostenga la posición 5 segundos.

Repita 10 veces.



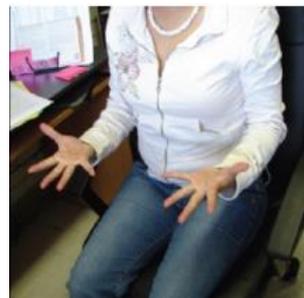
Coloque los brazos sobre las piernas o los descansabrazos. Coloque las palmas de las manos hacia arriba y ciérrelas.

Flexione las manos hacia atrás. Sostenga la posición 5 segundos y realice la extensión de las manos 5 segundos.

Repita 10 veces



Empuñe las manos y sostenga la posición 3 segundos



Extienda los dedos 3 segundos.

Repita el movimiento 10 días



Coloque los brazos en los descansabrazos, con las manos hacia arriba. Empuñe las manos y trate de tocar los hombros con los puños, sin levantar los codos.

Repita 10 veces.



Coloque los brazos hacia abajo, a los lados del cuerpo, las palmas de la mano mirando hacia atrás.

Levante los brazos hacia adelante hasta que las palmas de las manos queden a la altura de los hombros. Sostenga 3 segundos y regrese a la posición inicial.

Repita 10 veces.



Coloque los brazos hacia abajo, a los lados del cuerpo, las palmas de la mano tocando la silla.

Levante los brazos hacia los lados hasta que las palmas de las manos queden a la altura de los hombros. Sostenga 3 segundos y regrese a la posición inicial.

Repita 10 veces.



Coloque los brazos en los descansabrazos, con las palmas de las manos mirando hacia su cuerpo; empuñe las manos. Mueva los brazos hacia atrás y abajo y estírelos. Sostenga 3 segundos y regrese a la posición inicial.

Repita 10 veces.



Coloque los brazos en el descansabrazos; siéntese un poco más adelante en la silla, despegando la espalda del respaldo.

Con la espalda recta gire el torso hacia la izquierda, sostenga la posición 5 segundos.

Gire el torso hacia la derecha y sostenga 5 segundos.

Repita 10 veces.



Coloque los codos en el descansabrazos y la espalda recargada en el respaldo de la silla.

Contraiga el abdomen, tratando de que el ombligo toque la espalda. Sostenga esa contracción 5 segundos.

Repita 10 veces.



Coloque los codos en el descansabrazos y la espalda recargada en el respaldo de la silla.

Mueva las piernas hacia arriba y adelante hasta que los pies se encuentren a la altura del asiento. Sostenga la posición 5 segundos.

Repita 10 veces.



Coloque los codos en el descansabrazos y la espalda recargada en el respaldo de la silla.

Levante los talones lo más alto posible para que solamente se encuentre pisando con las puntas de los pies. Sostenga la posición 5 segundos.

Repita 10 veces.



Coloque los codos en el descansabrazos y la espalda recargada en el respaldo de la silla.

Levante las puntas de los pies lo más alto posible para que solamente se encuentre pisando con los talones. Sostenga la posición 5 segundos.

Repita 10 veces.

## **Anexo 6**

**Entrevista semiestructurada de primera vez para pacientes hematológicos del  
Hospital Juárez de México**



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
RESIDENCIA MEDICINA CONDUCTUAL  
SERVICIO DE HEMATOLOGÍA



RESIDENTE: \_\_\_\_\_

NO. DE CAMA: \_\_\_\_\_ NO. DE EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_  
DX. MÉDICO: \_\_\_\_\_ MÉDICO TRATANTE: \_\_\_\_\_

**ENTREVISTA DE PRIMERA VEZ.**

**FICHA DE IDENTIFICACIÓN.**

FECHA: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ RELIGIÓN: \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_  
L. DE ORIGEN: \_\_\_\_\_ L. DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ TIPO DE VIVIENDA: \_\_\_\_\_  
APOYO SOCIO-FAMILIAR PERCIBIDO: \_\_\_\_\_ APOYO SOCIO-FAMILIAR PERCIBIDO: \_\_\_\_\_  
SINTOMATOLOGÍA DE INICIO: \_\_\_\_\_  
SINTOMATOLOGÍA ACTUAL: \_\_\_\_\_  
TIEMPO DE EVOLUCIÓN: \_\_\_\_\_ BÚSQUEDA DE AYUDA ANTERIOR: \_\_\_\_\_  
ETAPA CLÍNICA: \_\_\_\_\_ TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_  
HOSPITALIZACIONES PREVIAS: \_\_\_\_\_ TIEMPO APROXIMADO DE ÚLTIMA HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_  
PRINCIPALES DIFICULTADES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN: \_\_\_\_\_

**ESTRESORES QUE DIFICULTAN**

EIH:  
AMBIENTALES: \_\_\_\_\_ SOCIALES: \_\_\_\_\_  
FAMILIARES: \_\_\_\_\_ ECONÓMICOS: \_\_\_\_\_

**EVALUACIÓN ANTE ENFERMEDAD.**

CONSCIENCIA DE ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_  
ACTITUD Y CREENCIAS SOBRE LA ENFERMEDAD: \_\_\_\_\_

CONOCIMIENTO SOBRE EL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

ACTITUD, CREENCIAS Y EXPECTATIVAS ANTE EL TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

**ADHESIÓN A TRATAMIENTOS PREVIOS:**

TOMA DE MEDICAMENTOS: \_\_\_\_\_ DIETA: \_\_\_\_\_  
PLAN DE EJERCICIOS: \_\_\_\_\_ CUIDADOS DE HIGIENE PERSONAL: \_\_\_\_\_  
SEGUIMIENTO DE INDICACIONES: \_\_\_\_\_ RESTRICCIONES MÉDICAS: \_\_\_\_\_

PRINCIPALES DIFICULTADES PARA ADHESIÓN TERAPÉUTICA: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS.**

ANTECEDENTES FAMILIARES PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS.

**DINÁMICA FAMILIAR.**

FAMILIOGRAMA	DESCRIPCIÓN DE PRINCIPALES RELACIONES FAMILIARES.

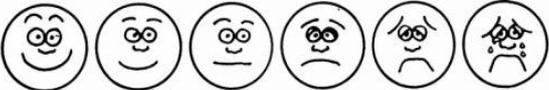
**ÁREA SEXUAL.**

NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES: _____	TIPO DE PAREJAS: _____
TIPO DE RELACIÓN: _____	NÚMERO DE EMBARAZOS: _____
ANTECEDENTES DE ETS: _____	_____

**EXAMEN MENTAL:**

APARIENCIA: Edad aparente _____ a la cronológica.	CONSTITUCIÓN: _____
CONDICIONES DE ALIÑO E HIGIENE: _____ de acuerdo al contexto hospitalario	CONSCIENCIA: _____
ATENCIÓN: _____	CONCENTRACIÓN: _____
ORIENTACIÓN: Persona: _____	TIEMPO: _____
MEMORIAS: Retrógrada: _____	Anterógrada: _____
MARCHA Y MOVIMIENTOS: _____	ACTITUD HACIA LA ENTREVISTA: _____
AFECTO: _____	ESTADO DE ÁNIMO: _____
PENSAMIENTO: _____	IDEAS: _____
LENGUAJE: _____	_____
INTELIGENCIA: Idx. Clínicamente _____	LOCUS DE CONTROL: _____
ESTILO DE AFRONTAMIENTO: _____	ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: _____

**EVALUACIÓN PSICOLÓGICA:**

DSM IV	EJE 1: _____	
	EJE 2: _____	
	EJE 3: _____	
	EJE 4: _____	
	EJE 5: _____	

IDX: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CUIDADOR PRIMARIO.**

CUIDADOR 1		CUIDADOR 2	
NOMBRE:	_____	NOMBRE:	_____
EDAD:	_____	EDAD:	_____
PARENTESCO:	_____	PARENTESCO:	_____
OCUPACIÓN:	_____	OCUPACIÓN:	_____
MEDIO DE CONTACTO:	_____	MEDIO DE CONTACTO:	_____

OBSERVACIONES GENERALES:

\_\_\_\_\_  
SELLO Y FIRMA DEL  
SUPERVISOR.

\_\_\_\_\_  
RESIDENTE.

## **Anexo 7**

**Batería psicológica utilizada en paciente con diagnóstico de trastorno mixto  
ansioso depresivo (MADD)**

# INVENTARIO DE BECK, BDI

Inventario de Beck (BDI). Versión adaptada por J.J. Sánchez-Sosa y A. Riveros de la estandarizada por: Samuel Jurado Cárdenas, Lourdes Méndez Salvatore y Enedina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM, marzo, 2007.

## Instrucciones:

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

1.	No me siento triste	Me siento triste	Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2.	En general veo alentador el futuro	Me siento desalentado(a) por mi futuro	No le veo esperanza a mi futuro	Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no van a mejorar
3.	No me siento fracasado(a)	Siento que he fracasado más que la mayoría de las personas	Al repasar mi vida todo lo que veo son fracasos	Siento que soy un completo fracaso como persona
4.	Ahora obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes	No disfruto de las cosas como antes lo hacía	Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada	Estoy insatisfecho(a) y hastiado(a) de todo
5.	En realidad no me siento culpable	Me siento culpable por cosas que he hecho o dejé de hacer	Me siento culpable la mayor parte del tiempo	Me siento culpable todo el tiempo
6.	No me siento castigado(a)	Siento que tal vez seré castigado(a)	Siento que voy a resultar castigado(a)	Me siento castigado(a)
7.	No me siento desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy desilusionado(a) de mí mismo(a)	Estoy fastidiado(a) conmigo mismo(a)	Yo no me soporto
8.	No creo ser peor que otras personas	Me critico a mí mismo(a) por mis debilidades o errores	Me culpo todo el tiempo por mis fallas	Me culpo por todo lo malo que sucede
9.	No tengo pensamientos suicidas	Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo	Me gustaría suicidarme	Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10.	No lloro más de lo usual	Ahora lloro más que antes	Actualmente lloro todo el tiempo	Siento ganas de llorar pero no puedo
11.	No estoy más irritable de lo usual	Me enojo o irrito más fácilmente que antes	Me siento irritado(a) todo el tiempo	Ya no me irritan las cosas que antes me irritaban

12.	No he perdido el interés en la gente	Estoy menos interesado(a) en la gente que antes	He perdido en gran medida el interés en la gente	He perdido todo el interés en la gente
13.	Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho	Pospongo tomar decisiones más que antes	Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes	Ya no puedo tomar decisiones
14.	No siento que me vea peor que lo normal	Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)	Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo(a)	Creo que me veo feo(a)
15.	Puedo trabajar tan bien como antes	Requiero esforzarme más para empezar algo	Tengo que obligarme para hacer algo	Yo no puedo hacer ningún trabajo
16.	Puedo dormir tan bien como antes	Ya no duermo tan bien como antes	Me despierto una o dos horas más temprano de lo normal y me cuesta trabajo volverme a dormir	Me despierto muchas horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir
17.	Yo no me canso más de lo habitual	Me canso más fácilmente que antes	Con cualquier cosa que haga, me canso	Estoy muy cansado(a) para hacer cualquier cosa
18.	Mi apetito no es peor de lo normal	Mi apetito no es tan bueno como antes	Mi apetito está muy mal ahora	No tengo apetito de nada
19.	No he bajado mucho de peso últimamente	He bajado más de dos kilos	He bajado más de cinco kilos	He bajado más de ocho kilos

**20. A propósito** estoy tratando de perder peso comiendo menos. SI \_\_\_\_\_, NO \_\_\_\_\_.

21.	No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes	Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores, malestar estomacal o gripa	Estoy muy preocupado(a) por mis problemas físicos y me da trabajo pensar en algo más	Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
22.	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que estaba	Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora	He perdido completamente el interés por el sexo

# INVENTARIO DE BECK, BAI

Inventario de Beck (BAI). Versión adaptada por J.J. Sánchez-Sosa y A. Riveros de la estandarizada por Rubén Varela Domínguez y Enequina Villegas Hernández, Facultad de Psicología, UNAM, Marzo, 2007.

## Instrucciones:

La siguiente es una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante *la última semana, incluyendo el día de hoy*, encerrando en un círculo la frase correspondiente a la intensidad de la molestia

## Síntoma

- |     |                                             |             |             |               |             |
|-----|---------------------------------------------|-------------|-------------|---------------|-------------|
| 1.  | Entumecimiento, hormigueo.                  | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 2.  | Sentir oleadas de calor (bochorno).         | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 3.  | Debilitamiento de las piernas.              | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 4.  | Dificultad para relajarse.                  | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 5.  | Miedo a que pase lo peor.                   | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 6.  | Sensación de mareo.                         | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 7.  | Opresión en el pecho, o latidos acelerados. | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 8.  | Inseguridad.                                | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 9.  | Terror.                                     | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 10. | Nerviosismo.                                | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 11. | Sensación de ahogo.                         | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |
| 12. | Manos temblorosas.                          | Poco o Nada | Más o Menos | Moderadamente | Severamente |

13.	Cuerpo tembloroso.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
14.	Miedo a perder el control.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
15.	Dificultad para respirar.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
16.	Miedo a morir.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
17.	Asustado.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
18.	Indigestión o malestar estomacal	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
19.	Debilidad	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
20.	Ruborizarse, sonrojamiento.	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente
21.	Sudoración (no debida al calor).	Poco o Nada	Más o Menos	Moderadamente	Severamente

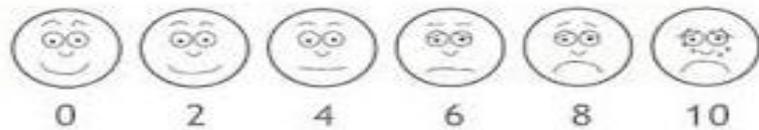
## **Anexo 8**

**Batería psicológica utilizada en paciente pediátrico sometido a procedimiento médico invasivo (punción lumbar)**

## Procedure Behavioral Rating Scale

Conductas	Al entrar a la sala	Limpieza de la zona y anestesia local.	Procedimiento médico.
Llanto			
Agarrarse			
Dolor			
Gritar			
Retrasar el procedimiento			
Movimientos involuntarios			
Rechazo de posición			
Restricción física			
Rigidez muscular			
Soporte emocional			
Petición de finalización			
TOTAL			

## Escala Visual Análoga de Ansiedad



## Escala Facial de Dolor

