



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

***Terapia Cognitivo-Conductual para depresión en
Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 2B: Estudio de caso.***

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

JESSICA MEJÍA CASTREJÓN

DIRECTOR DEL REPORTE: Dr. Horacio Oscar Francisco Ismael
Quiroga Anaya

COMITÉ TUTORIAL:

Dr. Ariel Vite Sierra
Mtra. Rosa Elena Ornelas Mejorada
Dra. Sofía Sánchez Román
Mtro. Fernando P. Vásquez Pineda

México D. F.

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.

ÍNDICE

Agradecimientos	4
Resumen	5
1. Informe de caso: Tratamiento cognitivo-conductual para depresión en Neoplasia Endocrina Múltiple II B: Reporte de caso	10
1.1. Introducción	10
1.2. Objetivo	21
1.3. Método	21
1.3.1. Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia	21
1.3.2. Estrategias de evaluación	23
1.3.3. Formulación del caso	24
1.3.4. Historia del problema	27
1.3.5. Selección del tratamiento	28
1.3.6. Aplicación del tratamiento	31
1.3.7. Factores relacionados con el terapeuta	35
1.3.8. Diseño del estudio	35
1.4. Resultados	36
1.4.1. Significancia clínica	41
1.4.2. Percepción del paciente	42
1.5. Discusión	43
2. Actividades de la residencia en Medicina Conductual	46
2.1. Primer año de residencia: Instituto Nacional de Cancerología: Servicio de Psicooncología	50
2.1.1. Actividades realizadas	58
2.1.1.1. Atención psicológica	59
2.1.1.1.1. Atención en consulta externa	59
2.1.1.1.2. Atención en hospitalización	60
2.1.1.2. Actividades académicas	63
2.1.1.2.1. Clase de médicos residentes	64
2.1.1.2.2. Sesión general	65
2.1.1.2.3. Clase de psicooncología	65

2.1.1.2.4. Caso clínico de psicooncología	65
2.1.1.3. Actividades profesionales no programadas	66
2.1.2. Asistencia a eventos académicos	67
2.1.3. Evaluación del sistema de supervisión	68
2.1.4. Competencias profesionales alcanzadas	69
2.1.5. Conclusiones y sugerencias	72
2.2. Segundo año de residencia en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán: Servicio de Neurología, Psiquiatría y Psicología	72
2.2.1. Actividades realizadas	75
2.2.1.1. Rotaciones	76
2.2.1.1.1. Rotaciones con psiquiatría de enlace	76
2.2.1.1.2. Rotaciones en psicología	78
2.2.1.2. Atención psicológica	78
2.2.1.2.1. Atención en consulta externa	78
2.2.1.2.2. Atención en hospitalización	81
2.2.1.3. Actividades Académicas	83
2.2.1.3.1. Sesiones bibliográficas con psiquiatría	83
2.2.1.3.2. Clase de metodología	83
2.2.1.3.3. Revisión de artículos de psicología	83
2.2.1.3.4. Clase de psiquiatría de enlace	84
2.2.1.3.5. Revisión de casos clínicos con psiquiatría de enlace	84
2.2.1.3.6. Sesión general	84
2.2.1.3.7. Reuniones con supervisor académico	85
2.2.1.4. Actividades Profesionales no programadas	85
2.2.1.5. Asistencia a eventos académicos	85
2.2.2. Evaluación del sistema de supervisión	85
2.2.3. Competencias profesionales alcanzadas	87
2.2.4. Conclusiones y sugerencias	88
3. Referencias	91
4. Anexos	97

Agradecimientos

Siempre lo he dicho... “entrar a la maestría en Medicina Conductual es la mejor decisión profesional que he tomado en la vida” me ha construido como una mejor profesional y me ha brindado excelentes oportunidades de aprendizaje y de desarrollo en múltiples áreas y eso lo agradezco mucho.

Agradezco a mi mamá: Rosalina Castrejón Hernández por todo el amor, la paciencia, el cariño, el apoyo, por ser la mejor madre, mi angelito y mi más grande amiga. Estaré en deuda contigo toda la vida.

A mi papá: Salvador Mejía Marbán por el apoyo, el amor, por el enorme sacrificio que has hecho día a día para ayudar convertirme en lo que hoy soy.

A mis hermanas: Nallely y Ana Karen Mejía Castrejón por ser mis amigas, mis cómplices, mis confidentes, mi motivación, por estar conmigo en los buenos, malos y peores momentos, por su alegría y ternura, por ser las mejores hermanas.

A mi hermano: Exael Mejía Castrejón, siempre has estado presente en mi vida y estoy segura de que si estuvieras aquí estarías orgulloso de mí. Somos un gran equipo.

A toda mi familia: a mis abuelos Eloy, Vida, Pedro y Antonia, así como a mis tíos, primos, sobrinos que siempre me han motivado con una palabra, un abrazo o una sonrisa.

A mis queridos ellos: Caro, Poncho, Mariana, Ale y Gabriel quienes me ayudaron a ser mejor persona, mejor psicóloga y con quienes compartí maravillosos momentos.

A mis amigos y amigas de la preparatoria, de la universidad y a los que he conocido en el camino: por esta fuerte unión que tenemos, por los maravillosos momentos y por siempre estar ahí en las buenas y en las malas.

A quienes me han apoyado en el trabajo: Mtra. Lups Cuevas, Mtra. Diana Murguía, Dr. Rogelio Argüello.

A mis maestros quienes han sembrado en mí las ganas de querer ser mejor profesional: Dra. Consuelo Escoto, Dr. Sánchez Sosa, Dr. Reynoso Erazo, Lic. Rebeca Robles, Dra. Reyes Lagunes y a todos los que durante la maestría contribuyeron a que yo amaré y me apasionara tanto lo que hago.

A los pacientes por su confianza y por permitirme entrar a sus vidas.

A las instituciones que me permitieron aprender tanto durante la maestría: la Universidad Nacional Autónoma de México, al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, al Instituto Nacional de Cancerología, y al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

A los supervisores in situ, jefes de servicio, médicos y residentes que me apoyaron en las rotaciones: Dra. Erika Ruiz, Mtro. Edgar Landa, Dr. Salvador Alvarado, Dra. Judith Salvador, Mtra. Edith Rojas, Lic. Lorena González, Dra. Natasha Alcocer, Dra. Cristina Beltrán, entre muchos otros que me brindaron su ayuda.

A mi comité tutorial Dr. Ariel Vite Sierra, Mtra. Rosa Elena Ornelas Mejorada, Dra. Sofía Sánchez Román, Mtro. Fernando Vásquez Pineda por su tiempo, su interés, su apoyo y sus aportaciones.

De manera muy especial quiero agradecer a mi tutor el Dr. Quiroga Anaya por toda la ayuda, la motivación, el apoyo y la paciencia. Definitivamente es un gran psicólogo a quien yo admiro mucho y que además de apoyarme como tutor para mí ha sido como un padre en todo este proceso.

A quienes estuvieron, están y estarán iluminando mi camino...

Resumen

La maestría en psicología con residencia en medicina conductual es un posgrado de excelencia que tiene como finalidad que el alumno ponga en práctica los conocimientos adquiridos de acuerdo al principio de aprender haciendo y que desarrolle las competencias necesarias para resolver problemas y/o modificar factores cognitivos o conductuales asociados a condiciones médicas. Al finalizar la maestría el proceso de titulación es de vital importancia ya que mediante este se busca que los alumnos certifiquen la posesión y dominio de información, habilidades y actitudes útiles y éticas para ofrecer servicios profesionales eficaces. En el caso de la Residencia en Medicina Conductual, el proceso se basa en un informe comprensivo de la experiencia adquirida basada en metodología científica y el enfoque cognitivo-conductual.

En la primera parte del presente reporte se informa sobre la experiencia de un caso atendido durante el primer año de residencia en el Instituto Nacional de Cancerología en el cual se desarrolló una intervención cognitivo-conductual para abordar la depresión en un paciente con Neoplasia Endocrina Múltiple II B, esta enfermedad es un síndrome hereditario que predispone al individuo a tener tumores malignos en glándula tiroides, suprarrenal y tumores benignos en mucosa gástrica y fibras nerviosas, además, quienes padecen esta enfermedad presentan anormalidades en el desarrollo como deformidades esqueléticas o habitus marfanoide, entre otras. La prevalencia de la enfermedad es muy baja (se calcula que en México hay alrededor de 180 personas con este padecimiento) y el tratamiento puede incluir cirugía, radioterapia o quimioterapia. A pesar de que la literatura en relación a aspectos psicológicos es muy poca, en algunos artículos médicos como parte de su discusión enfatizan en la importancia de los aspectos psicológicos y su tratamiento dada la naturaleza de la enfermedad y el tratamiento. El

objetivo del presente estudio fue desarrollar una intervención cognitivo-conductual para abordar la depresión en un paciente con Neoplasia Endocrina Múltiple II B.

El paciente tenía 24 años, soltero, católico, estudiante de licenciatura y contaba con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor con 4 años de evolución. Se realizó la evaluación con el inventario de depresión de Beck, evaluación subjetiva de síntomas emocionales (depresión), el inventario de calidad de vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30) además se realizó una entrevista clínica semi-estructurada para identificar el motivo de consulta, el desarrollo del problema, la definición del mismo, las variables distantes, antecedentes, orgánicas y de respuesta, así como, intentos previos de solución. Con base en la información recabada se desarrolló un Mapa Clínico de Patogénesis, con el cual se elaboró el Mapa de Alcance de Metas compuesto por las siguientes estrategias de intervención: Psicoeducación de la depresión y Terapia Cognitivo Conductual, activación conductual, reestructuración cognitiva y entrenamiento en habilidades sociales con asertividad. Después de 15 sesiones de tratamiento se observó disminución del 75% en los puntajes en el inventario de depresión de Beck, y hubo disminución de depresión en el resto de las evaluaciones y un aumento de 22.7% en la calidad de vida, que se mantuvo durante el seguimiento, además, el paciente reportó disminución clínica de sintomatología depresiva y satisfacción con el tratamiento.

Los datos muestran que la TCC fue un tratamiento clínicamente significativo y útil para disminuir la depresión en el paciente con NEM IIB tanto en criterios DSM-IV; como en instrumentos de autoreporte; de igual forma, ayudó a aumentar la calidad de vida y el paciente percibió mejoría de sus síntomas depresivos, manteniendo los resultados hasta un año después de finalizada la intervención.

En la segunda parte del reporte se informa sobre experiencia durante los dos años y medio de maestría, este proceso se dividió en 3 etapas: la primera etapa tuvo una duración aproximada de 6 meses enfocada a la formación escolarizada teórico práctica que se llevó a cabo en escenarios universitarios (principalmente en aulas y en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología). Durante esta etapa cursé 17 talleres (aproximadamente 500 horas) algunos de ellos son medicina conductual y escenario médico, introducción a la evaluación cognitivo-conductual, análisis funcional de la conducta, elaboración de casos clínicos, aspectos psicosociales de las enfermedades crónico degenerativas, conceptos generales y lenguaje médico, evaluación y manejo de la depresión hospitalaria, intervención en crisis, biofeedback, estrés hospitalario, ética en medicina conductual entre otros. En estos talleres se recibió información sobre elementos teóricos conceptuales, además de practicar algunas técnicas entre sí dentro de las aulas.

En la segunda etapa realicé durante un año el programa de residencia en medicina conductual en el Instituto Nacional de Cancerología (InCan), con un aproximado de 1600 horas dentro de la institución donde atendí de forma individual a 123 pacientes, asistí a aproximadamente 432 horas de clase, realicé 136 horas de atención a grupos siendo beneficiados aproximadamente 446 pacientes. Además asistí a 4 eventos académicos (congresos, coloquios o simposios) de los cuales participé como ponente en 3 y acudí a 72 horas de cursos adicionales a los programados en la maestría.

Tanto en la primera como en la segunda etapa cursé materias de tronco común en total tuve 7 asignaturas (métodos de investigación aplicada, medición y evaluación, teorías y modelos de intervención en medicina conductual, cada una seriada) y asistí a un aproximado de 330 horas de clase.

En la tercera etapa realicé durante un año el programa de residencia en medicina conductual en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) con un aproximado de 1680 horas en la institución, de las cuales 528 horas fueron de rotaciones tanto con psiquiatras como con psicólogos en diferentes servicios, se tuvieron 480 horas de consulta externa atendiendo a un total de 45 pacientes, se tuvieron 60 horas de atención en hospitalización beneficiando a 47 pacientes y 384 horas de actividades académicas. Además asistí a 5 eventos académicos (congresos, coloquios y sesiones generales), fui ponente en los 5 (uno de ellos en Suecia) y publiqué 3 artículos 1 como autora principal y 2 como colaboradora.

Algunas de las competencias que adquirí en estos dos años y medio de maestría fueron:

- Adaptación al ambiente médico y de colaboración interdisciplinaria
- Selección, elaboración, aplicación y manejo de distintas técnicas y herramientas de evaluación y diagnóstico de problemas y necesidades psicosociales en pacientes medicamente enfermos
- Generación, adaptación y desarrollo intervenciones psicológicas tanto individuales como grupales en los diferentes niveles de atención (primario, secundario, terciario).
- Selección de técnicas y procedimientos de intervención sustentados en el modelo de psicología basada en evidencia.
- Desarrollo e implementación de estrategias de solución de problemas relacionados con la salud
- Actitud ética hacia el ejercicio de la profesión y compromiso con la calidad de la atención psicológica de los pacientes y la actualización constante y permanente
- Reconocimiento de limitaciones a nivel académico y clínico y compromiso para la mejora de esas limitaciones.

- Compromiso con el quehacer científico como vía al conocimiento y habilidades para el desarrollo de proyectos de investigación.
- Capacidad para transmitir conocimiento adquirido en diferentes escenarios como clases, congresos, ponencias, sesiones con médicos, psiquiatras y psicólogos.

1. INFORME DE CASO: TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA DEPRESIÓN EN NEOPLASIA ENDOCRINA MÚLTIPLE IIB

1.1 Introducción

Las neoplasias endocrinas múltiples (NEM) son síndromes raros con condiciones de carácter autosómico dominante que predisponen a los individuos a tener tumores malignos en las glándulas endocrinas (pituitaria, tiroides, paratiroides, adrenales, páncreas, paraganglia) o en órganos no endocrinos. Los síndromes NEM difieren de otros síndromes hereditarios de cáncer en que el crecimiento de tumores ocurre en glándulas secretoras de hormonas, esta característica tiene muchas consecuencias de importancia clínica (Rich & Perrier, 2008).

Existe una gran cantidad de condiciones que se incluyen dentro de las NEM (ver tabla 1), cada uno con manifestaciones diferentes, pero entre los síndromes más conocidos se encuentra la NEM II. La NEM II se clasifica en 3 subtipos: Neoplasia Endocrina Múltiple Tipo IIA (NEM IIA), Neoplasia Endocrina Múltiple tipo IIB (NEM IIB) y Carcinoma Medular Familiar de Tiroides (FMTC). Los 3 tipos tienen alto riesgo de desarrollar carcinoma medular de tiroides (CMT) pero la NEM IIB es la que tiene mayor riesgo en la primera infancia y en la edad adulta y se le considera como la más agresiva. El gen RET es el único gen conocido asociado con NEM IIB y causa mutaciones en más del 98% de estos pacientes (Moline, 2010).

Tabla 1. Muestra las distintas condiciones de NEM cuadro obtenido de RIch, T. A. & Perrier, N. K. (2008).

Síndrome	Gen mutado	Manifestaciones
NEM I	NEM I	Hiperparatiroidismo primario (usualmente hiperplasia de 4 glándulas) adenomas de la pituitaria anterior, tumores endocrinos de páncreas y duodeno, carcinoides del intestino anterior
NEM subtipo IIA	Proto-oncogen RET	Cáncer medular de tiroides, feocromocitoma, hiperparatiroidismo primario (usualmente solo adenoma), amiloidosis cutánea, enfermedad de Hirschsprung.
NEM Subtipo IIB	Proto-oncogen RET	Cáncer medular de tiroides, feocromocitoma, habito marfanoide, rasgos faciales resultantes de neuromas en mucosas, ganglioneuromatosis en el tracto gastrointestinal
Síndrome de cáncer medular de tiroides	Proto-oncogen RET	Cáncer medular de tiroides en por lo menos 4 miembros de la familia con ausencia documentada de otras endocrinopatías
Síndrome del tumor hiperparatiroidismo maxilar	HRPT2	Hiperparatiroidismo (usualmente solo adenoma) fibromas osificados en maxila o mandíbula, cistitis renal y harmatomas, 15% de riesgo de carcinoma en paratiroides
Hiperparatiroidismo familiar aislado	NEM I, HRPT2, CASR, y otros	Hiperparatiroidismo primario no sindrómico
Hipocalciúria familiar hipercalcemica	CASR	Hipercalcemia benigna, y manejo medico solo
VHL	VHL	Feocromocitoma, hemangioblastoma retinal y de sistema nervioso, hemangioblastoma, cistitis renal, carcinoma de células claras, cistitis pancreática y tumores de células islotes, cistadenomas del epidídimo y ligamento ancho.
Feocromocitoma familiar	SDHB, SDHC,	Multiples paragangliomas y feocromocitoma
Síndrome paraganglioma	SDHD	
Neurofibromatosis tipo 1	NF1	Feocromocitoma, hipófisis, características físicas (por ejemplo manchas “café con leche”, neurofibromas y pecas axilares e inguinales.
Síndrome de Cowden	PTEN	Cáncer no medular de tiroides (usualmente folicular más que papilar), tumores benignos y malignos de la piel, mucosa oral, mama y útero

Poliposis adenomatosa familiar	APC	Cientos de hipófisis adenomatosos de colon, cáncer de colon, variante morular cribiforme del cáncer papilar de tiroides.
Complejo de Carney	PRKAR1A	Tumores endocrinos (incluyendo tiroides, hipófisis, enfermedad adrenocortical pigmentada nodular primaria), pigmentación característica de la piel, mixomas, Schwannomas melanóticos
Cáncer familiar no medular de tiroides	DESCONOCIDO	Cáncer de tiroides no sindrómico no medular

La NEM II ha sido reportada en aproximadamente 500 a 1000 familias alrededor del mundo y la prevalencia ha sido estimada en 1:30,000 aproximadamente. De todos los casos de NEM II, la NEM IIA representa más del 80% y la NEM IIB más del 5% (Marini, Falchetti, Del Monte, Carbonell, Tognarini, Luzi & Brandi, 2006). Tomando en cuenta que en México no se encuentran estudios disponibles sobre prevalencia de este padecimiento, se estima de acuerdo a los datos anteriores, por medio de una regla de tres que para México, habiendo un aproximado de 112,336,538 habitantes habría un total de 3744 personas con NEM II, de los cuales solo un 5% correspondería a NEM IIB, es decir aproximadamente 187.23 personas en México con este padecimiento.

La NEM IIB es el subtipo más agresivo de la variante NEM II y representa alrededor del 5% de todos los casos de NEM II, se caracteriza por una ocurrencia temprana (antes de los 15 años) con múltiples manifestaciones entre las cuales se encuentran (Marini et al., 2006):

- Carcinoma medular de tiroides: Es un tumor agresivo, se origina como una hiperplasia multifocal de las células parafoliculares productoras de calcitonina (células C) y su progresión a CMT es extremadamente variable y puede tomar varios años pero ocurre en todos los pacientes con NEM IIB, siendo esta la primera manifestación clínica. El CMT presenta una tendencia natural a hacer metástasis locales (centrales y laterales, cervicales y a nódulos linfáticos mediastinales) y en ocasiones a lugares distantes (hígado, huesos y pulmón). En pacientes con NEM IIB el MTC es más agresivo y usualmente se desarrolla temprano. En individuos que no se realizan tiroidectomía al año de edad hay más probabilidades de desarrollar MTC con metástasis en etapa temprana.
- Feocromocitoma: es un tumor del tejido de la glándula suprarrenal, se llega a presentar entre el 40-50% de los casos con NEM IIB. Estos tumores regularmente no son cancerosos pero pueden generar altos niveles de hormonas de estrés en sangre

(epinefrina, norepinefrina o cortisol), en ocasiones esto no causa síntomas pero puede generar altos niveles de presión arterial, sudor sin razón, dolor de cabeza, taquicardia, mareos, sensación de ansiedad o ataques de pánico (M. D. Anderson Cancer Center, 2009).

- Neuromas mucosos: Son pequeños tumores no cancerosos que se desarrollan en fibras nerviosas de labios, lengua y párpados.
- Ganglioneuromatosis: Son tumores pequeños, benignos y encapsulados y de crecimiento lento, se encuentran formados por células ganglionares maduras y fibras nerviosas y se desarrollan en la mucosa gástrica (aproximadamente el 40% de los casos), son responsables de distensión abdominal, megacolon, constipación o diarrea.

Los pacientes con NEM IIB también pueden manifestar anomalías del desarrollo como (Marini, et al., 2006):

- Disminución de la proporción superior o inferior del cuerpo
- Deformaciones esqueléticas, por ejemplo, desviación anormal en la curvatura de la columna dorsal, también conocida como joroba (cifosis), curvatura rotatoria lateral de la columna vertebral (también conocida como globosidad costal o escoliosis), aumento anormal de la curvatura anterior de la columna lumbar (lordosis)
- Debilidad de articulaciones
- Habitus marfanoide, es decir, características físicas similares al fenotipo del síndrome de marfan, tales como talla alta, cara larga, depresión del esternón y los cartílagos costales causada por un tendón diafragmático central corto (tórax en embudo o pectus excavatum), talla alta desproporcionada en la cual las extremidades son largas (dolicoestenomelia) y dedos largos y delgados, lo que se le conoce como aracnodactilia.

Como se mencionó previamente la ocurrencia de este padecimiento es baja, y las manifestaciones antes mencionadas pueden ser variables, tal como lo señala un reporte de 21 pacientes (11 hombres y 10 mujeres) con NEM IIB atendidos en la Clínica Mayo entre 1970 y 1993 en el cual se observó que la edad promedio en que se diagnosticó la enfermedad fue 15.8 años (0.1 a 53). Del total solo 13 pacientes tenían historia familiar de NEM IIB. Todos los pacientes tenían neuromas y MTC, 19 pacientes tenían disfunción intestinal (de los cuales 19 presentaron trastornos de motilidad colónica como resultado de la ganglioneuromatosis intestinal, 14 pacientes tenían megacolon, 3 pacientes presentaron diverticulosis colónica severa) y documentaron 14 pacientes con síntomas (de los cuales 10 tenían constipación, 2 diarrea y 2 diarrea y constipación alternadas). Hubo 7 pacientes con feocromocitoma y 1 con hiperparatiroidismo. El fenotipo característico se encontró en todos los pacientes, los neuromas, el engrosamiento de labios, neuromas en mucosa bucal, estuvieron presentes en la mayoría de los pacientes y todos los adultos presentaron el habitus marfanoide. Con menos frecuencia se encontró la aracnodactilia, laxitud de las articulaciones y anomalías esqueléticas como pie cavo, escoliosis dorsal y pectus excavatum. El principal hallazgo oftalmológico fue engrosamiento de los nervios craneales, que se documentó en 13 pacientes, otras características en la minoría de los pacientes fueron neuropatía periférica (4 pacientes), xeroftalmia (3 pacientes), xerostomia (1 paciente), hiperhidrosis facial (2 pacientes), atrofia testicular (2 pacientes) y anomalías dentales como caries o dientes anormalmente espaciados (O'riordain, O'Brien, Crotty, Gharib, Grant & Van Heerden, 1995).

Un estudio posterior (Brauckhoff, et al., 2004) encontró resultados similares en cuanto a las manifestaciones del síndrome, de forma adicional mencionan que las manifestaciones intestinales graves se encuentran predominantemente en pacientes con inicio prepuberal (\leq 12 años) del MTC (n = 4 / 10) en comparación con los pacientes con inicio tardío ($>$ 12 años)

de la MTC ($n = 0 / 11$) ($p = 0.019$). Además se encontró que el pronóstico a largo plazo para los pacientes con inicio temprano de la MTC es más pobre que para los pacientes con inicio tardío de la MTC ($p = 0.005$).

El tratamiento médico para las manifestaciones del NEM IIB es variable, por ejemplo, para el MTC está indicada la cirugía para remover la glándula tiroides (tiroidectomía) y en ocasiones reseca los nódulos linfáticos del cuello (disección de cuello) cuando el NEM IIB ha sido diagnosticado temprano se puede hacer una tiroidectomía profiláctica, pero cuando la glándula tiroides ha sido removida los pacientes desarrollan hipotiroidismo por lo cual deben tomar tratamiento hormonal sustitutivo el resto de la vida. Cuando el MTC ha alcanzado lugares fuera de la tiroides se consideran otras opciones de tratamiento por ejemplo radiación y quimioterapia (M. D. Anderson Cancer Center, 2009).

En el caso del feocromocitoma el tratamiento incluye cirugía (adrenectomía) ésta puede ser unilateral o bilateral. Si ambas glándulas se remueven completamente, se debe tomar tratamiento durante el resto de la vida debido a la insuficiencia adrenal, que puede causar una crisis suprarrenal debido a la ausencia de cortisol en momentos de estrés físico elevado. (M. D. Anderson Cancer Center, 2009).

De acuerdo a al reporte de 21 pacientes con NEM IIB reclutados en 21 años de seguimiento que acudieron a operación en la clínica mayo todos se sometieron a operación para MTC con tiroidectomía total y cinco se sometieron de forma concomitante a disección radical de cuello modificada (3 unilaterales y 2 bilaterales), también se realizaron 6 cirugías para feocromocitoma y 2 colectomías para megacolon (O'riordain et al., 1995).

Es importante mencionar que las NEM tipo II son padecimiento raros, pero en particular la IIB, pues la prevalencia mundial es muy baja y es difícil conseguir datos de estos

pacientes, situación que se refleja en la literatura científica, por ejemplo, al colocar en pubmed las palabras correspondientes a los 3 tipos de neoplasia endocrina múltiple II (“multiple endocrine neoplasia type 2A” “familial medullary thyroid cancer” “multiple endocrine neoplasia type 2B”) es posible observar que la cantidad de artículos es baja (1532, 1541, 782 respectivamente), en comparación con palabras como “familial adenomatous polyposis” que arroja 10730 artículos o con “thyroid cancer” que arroja 54356 artículos.

En este sentido la literatura en relación con aspectos psicológicos en pacientes con NEM IIB es casi inexistente. Algunos médicos como parte de sus artículos señalan la importancia de los aspectos psicológicos e infieren que el impacto en esta área puede ser grande debido a la gran cantidad de alteraciones y complicaciones médicas que presentan estos pacientes y que repercuten en diferentes áreas de su vida.

Por ejemplo, de acuerdo a M. D. Anderson Cancer Center (2009). Las personas con NEM II requieren regulares chequeos y test a lo largo de la vida y consideran que esta condición puede ser emocional, física y económicamente difícil, además de que es frecuente la preocupación debido a que no se sabe si la vida se vivirá normalmente o si cada síntoma es causado por un tumor, hay preocupación por los hijos y otros miembros de la familia, además mencionan que puede haber culpa hacia sí mismo o hacia otros (como la familia), puede haber envidia a la salud de los demás, ira, frustración, preocupación o estrés.

De Acuerdo a O’riordain et al., (1995) las manifestaciones del NEM IIB tienen un impacto disruptivo en la calidad de vida de los pacientes. La amenaza del cáncer a una edad temprana, el trauma de múltiples procedimientos quirúrgicos, los síntomas gastrointestinales persistentes, y la multitud de alteraciones fenotípicas del esqueleto contribuyen a producir un efecto negativo profundo en el bienestar psicológico y en la existencia diaria de muchos de estos pacientes.

Lips, Höppener, Van Nesselrooi y Van Der LuijT (2005) mencionan que después de que el origen genético del síndrome se da a conocer, el paciente tiene que ser sometido a revisiones periódicas para vigilar la expresión de la enfermedad, así como la recurrencia, también se vigila después del tratamiento o la progresión de la enfermedad, pero el inicio periódico de tales exámenes clínicos en las familias involucra muchos problemas asociados a la complejidad de síndromes o tumores, a los costos, al tratamiento y a la atención continua e interrumpir la examinación periódica puede afectar la calidad de vida empeorar la esperanza de vida.

Por otro lado se menciona que debido a que el NEM es un trastorno primordialmente neoplásico, muchos pacientes tienen sentimientos de pérdida de seguridad y autoestima, problemas psicológicos como depresión mayor, negación, ansiedad, conductas evitativas, ataques de pánico, reacciones de duelo e incertidumbre, lo que también afecta la calidad de vida (Lips, Höppener, Van Nesselrooi & Van Der LuijT, 2005)

Aunque no se tienen datos sobre la morbilidad psiquiátrica en pacientes con NEM IIB, se sabe que la morbilidad psiquiátrica entre pacientes con cáncer es alta. Algunos estudios hablan de una prevalencia de trastornos psiquiátricos que va del 12 al 47%, siendo los trastornos adaptativos los que presentan mayor prevalencia (del 68 al 77%), seguido de trastornos del estado de ánimo como depresión o distimia (del 9 al 14%), trastornos de ansiedad (del 4 al 10.4%) y comorbilidad psiquiátrica (35%) (Gil, Costa, Pérez, Salamero, Sánchez & Sirgo, 2008; Derogatis, et al., 1983; Ladan-Lottick, Vanderwerker, Block, Zhang & Prigerson, 2005).

Por otro lado, en pacientes con síndrome de marfan (cuyo fenotipo es similar al de los pacientes con NEM IIB) se han encontrado altos niveles de ansiedad y depresión (hasta del 50%), (Rand-Hendriksen, Sørensen, Holmström, Andersson & Finset, 2007), además, el

síndrome afecta la elección de profesión o trabajo (47%) y los pacientes perciben discriminación en el trabajo (20%). La discriminación/devaluación se correlaciona de forma positiva con depresión y percepción de enfermedad y de forma negativa con autoestima. Aproximadamente el 30% de los pacientes usa estilo de afrontamiento evitativos, el 25% usa secretos y hay una correlación positiva entre estos dos estilos de afrontamiento con la depresión y la percepción de enfermedad y una correlación negativa con autoestima (Peters, Apse, Blackford, McHugh, Michalic & Biesecker, 2005).

Otro estudio menciona que hasta el 83% de pacientes con síndrome de marfan percibe que esta enfermedad ha traído consecuencias negativas en sus vidas y se encontró depresión en el 44% de los pacientes (Peters, Kong, Horne, Francomano & Biesecker, 2001). Otro estudio realizado con 17 pacientes entre 16 y 35 años que presentaban Síndrome de Marfan reveló que el 65% durante la infancia fue molestado por sus compañeros debido a sus características físicas, el 53% reportó baja autoestima debido a su apariencia y más del 90% era introvertido. También se encontró que usan afrontamiento evitativo y presentan más reacciones depresivas, menos expresión emocional, mayor evitación y tenían niveles muy altos de depresión y ansiedad en comparación con población normal (Van Tongerloo & De Paepe, 1998). Los datos en pacientes con síndrome de Marfan nos puede hacer suponer que la cantidad de alteraciones psicológicas en los pacientes con NEM IIB similar que la presentada por pacientes con síndrome de Marfan dadas las similitudes en el fenotipo y en la gravedad de la enfermedad.

Como se ha observado previamente los pacientes con NEM IIB tienen una gran cantidad de anormalidades a nivel físico, lo cual puede ser determinante en el bienestar psicológico de cualquier paciente con cáncer pues de acuerdo a Die Trill la apariencia física juega un papel fundamental en el desarrollo de la imagen corporal y de la identidad, una

alteración o deformidad física puede interferir en diferentes esferas en la vida del paciente, puede producir reacciones emocionales intensas, generar un efecto devastador sobre el individuo, su autoestima y su autoconcepto, además, puede generar reacciones de ansiedad, vergüenza, miedo, depresión e ideación suicida, alterar las relaciones familiares, sociales, de pareja y sexuales, así como afectar la calidad de vida. Además el paciente puede estar sometido a estigma, evitación social o interacciones sociales confusas y frustrantes (Die Trill, Die Trill & Die Goyanes, 2003).

Por otro lado, los pacientes con NEM IIB frecuentemente desarrollan cáncer de cabeza y cuello, pues el CMT es de los primeros en desarrollarse y específicamente los tumores de cabeza y cuello tienen gran influencia sobre la esfera psicológica de los pacientes pues la enfermedad y sus tratamientos (cirugía o radioterapia) pueden generar alteraciones secundarias en el aspecto físico (deformidad, cicatrices, manchas), pérdidas funcionales (alteraciones en la voz, dificultad para deglutir y respirar) o diferentes molestias (xerostomía, mucositis, dolor). El cáncer de cabeza y cuello supone una gran amenaza a la autoimagen, a la confianza e identidad, debido al significado simbólico, al enorme valor y carga afectiva del rostro, órgano de expresión emocional que emite señales, permite el contacto con el entorno y es de gran valor en las relaciones interpersonales. Por lo tanto es frecuente que estos pacientes presenten aislamiento, temor al rechazo, preocupación, indecisión y depresión dificultades en la adaptación psicosocial global, a la enfermedad y a los tratamientos (Die Trill, Die Trill & Die Goyanes, 2003).

Hablando específicamente de trastornos del estado de ánimo y en particular de la depresión, algunos estudios señalan que este trastorno puede generar peores resultados en los tratamientos, peor calidad de vida, recuperación más lenta y mayores costos de utilización (Brintzenhoge-Szoc, Levin, Yuelin, Li, Kissane, Zabora, 2009), también se ha

encontrado que altos niveles de síntomas depresivos predicen una elevada mortalidad (Pinquart y Duberstmein, 2010), lo cual se podría explicar por los efectos fisiopatológicos vía neuroendocrina e inmunológica, hay menos probabilidades que los pacientes deprimidos se adhieran al tratamiento o a las recomendaciones para mantener la salud, puede haber menos interés en obtener beneficio del apoyo médico, social, etc.. puede incrementar el uso de estrategias poco efectivas para afrontar (tabaquismo, alcoholismo o adicciones) y tiene riesgos no relacionados con el cáncer como el suicidio (Spiegel y Giese-Davis, 2003).

Hasta el momento no se han encontrado estudios de intervenciones psicológicas en pacientes con NEM IIB, sin embargo la literatura científica en población general indica que el tratamiento para depresión que ha mostrado mayor evidencia de su efectividad es la terapia cognitivo conductual (Dobson, Hollon, Dimidjian, Schmaling, Kohlenberg, Gallop, et al. 2008). También se ha observado que la terapia cognitivo conductual es la que ha mostrado mayor eficacia en pacientes con cáncer en general (Williams y Dale, 2006), pacientes con cáncer incurable (Akechi, Okuyama, Onishi, Morita, Furukawa, 2008) y pacientes sobrevivientes de cáncer, con efectos tanto a corto como a largo plazo (Osborn, Demoncada y Feurstein, 2006). Tales resultados hacen suponer que si en este tipo de población ha funcionado la terapia cognitivo conductual, también puede ser útil en pacientes con NEM IIB.

1.2. Objetivo

El objetivo del presente estudio fue desarrollar una intervención cognitivo-conductual para abordar la depresión y examinar su impacto en la calidad de vida de un paciente con Neoplasia Endocrina Múltiple IIB.

1.3. Método

1.3.1. Identificación del paciente y motivo de consulta o referencia

Paciente masculino de 24 años de edad, soltero, católico, estudiante de licenciatura en veterinaria, nivel socioeconómico medio-bajo, habita con su familia nuclear (padre, madre y hermano mayor) en el Distrito Federal. El paciente está diagnosticado con NEM IIB y cáncer de tiroides recurrente. Ha sido sometido a diferentes procedimientos quirúrgicos a lo largo de su vida (ver tabla 2); corrección de pie equinovaro bilateral, resección quirúrgica de papilomas palpebrales, resección de encía por gingivoestomatitis crónica, resección de fibroma palatino, hemitiroidectomía, tiroidectomía total, disección mediastinal, resección de nódulos y disección radical de cuello bilateral, además, ha recibido quimioterapia y radioterapia. Presenta fenotipo característico de pacientes con NEM IIB: micrognatia, rasgos marfanoides, excrecencia en párpados, longitud mayor del hemicuerpo superior, labios prominentes y engrosados. Desde Abril del 2008, que fue dado de alta en radioterapia, el paciente se encuentra en vigilancia y acude con frecuencia a citas para vigilar niveles de calcitonina.

Tabla 2. Fechas de procedimientos médico-quirúrgicos a los que el paciente ha sido sometido

Fecha	Tratamientos
Enero 2006	Hemitiroidectomía con reporte de cáncer medular de tiroides
Mar 2006	Tiroidectomía total y disección radical de cuello modificada
Julio 2006	Ingresa al INCan
Agosto 2006	Se envía a genética
Octubre 2006	Disección mediastinal, timectomía por cáncer medular
Junio 2007	Resección de nódulo adenopatía nivel III
Junio 2007	Diagnóstico de NEM IIB, mutación de Novo
Diciembre 2007	Recurrencia por tomografía por emisión de positrones
Enero 2008	Disección selectiva de cuello bilateral
Febrero 2008	Inicia tratamiento en radioterapia cuello 66.6 Gy
Abril 2008	Alta de tratamiento con radioterapia
Marzo 2011	Calcitonina: 708
Abril 2011	Tomografía axial computarizada sin evidencia de actividad tumoral
Junio 2011	Calcitonina de 670
Julio de 2011	Acude a servicio de cabeza y cuello sin evidencia clínica de AT

El paciente fue referido por el servicio de consulta externa de cirugía de cabeza y cuello del InCan, debido a que durante la consulta de seguimiento el paciente mencionó sentirse “muy triste y con problemas”. De igual forma el paciente, presenta diagnóstico psiquiátrico de trastorno depresivo mayor (TDM) con 4 años de evolución y mal apego a tratamiento pues no consumía los antidepresivos y no asistía a sus consultas psiquiátricas.

1.3.2. Estrategias de evaluación

Se aplicaron las siguientes estrategias para evaluar al paciente:

- Entrevista clínica semi-estructurada diseñada por mí con preguntas de acuerdo a los criterios de DSM-IV para episodio depresivo mayor y trastorno depresivo mayor
- Evaluación subjetiva de síntomas emocionales: depresión. Para la evaluación subjetiva de la depresión se usó uno de los ítems del Edmonton Symptom Assessment System instrumento inicialmente desarrollado para evaluar los síntomas de pacientes en cuidados paliativos pero cuyo uso se ha extendido a diferentes padecimientos médicos como cáncer o VIH e inclusive sobrevivientes de cáncer. Esta es una herramienta de autorreporte visual de síntomas con una escala horizontal de 11 puntos que va de 0 (nula intensidad del síntoma) a 10 (la máxima intensidad del síntoma imaginada). Es un método simple, breve, práctico, que ocupa poco tiempo y se basa en la percepción del paciente respecto al síntoma y evalúa presencia e intensidad, lo cual ayuda a tener una idea más clara de la prevalencia y severidad diaria de síntomas, en este caso de la depresión y la ansiedad. En general es un instrumento con adecuadas propiedades psicométricas y de manera particular el ítem de depresión ha presentado una consistencia interna que va de .68 a .80 y una validez concurrente que va .44 a .71, en el caso del ítem de ansiedad se ha encontrado una consistencia interna que va de .68 a .80 y validez (Richardson y Jones, 2009).

- Depresión: Inventario de depresión de Beck (BDI). Se midió por medio del inventario de depresión de Beck (1988), es un autoinforme de 21 ítems que se califica en una modalidad tipo Likert que va de 0 a 3 y evalúa la severidad de los síntomas en depresión. Fue estandarizado para población mexicana en 1998 por Jurado, et al. (1998), tiene un alpha de .87 y cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para los residentes de la ciudad de México.
- Calidad de Vida: European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ-C30. Es un instrumento para medir calidad de vida en pacientes con cáncer que incorpora nueve escalas: cinco escalas funcionales (física, rol, cognitivas, emocionales y sociales), siete escalas de síntomas (fatiga, náusea y vómito, dolor, disnea, pérdida de apetito, constipación y diarrea), y una escala de salud global y calidad de vida. Este instrumento cuenta con propiedades psicométricas adecuadas (Aronson, et al., 1993). En el caso de población mexicana el instrumento fue validado en el 2009 por Oñate-ocaña, Alcantara-pilar, Vilar-compte, García-Hubard, Rojas-Castillo, Alvarado-Aguilar, Carrillo y Blanzeby y cuenta con un alpha de Cronbach >0.7. El análisis estadístico demostró buena validez discriminante y convergente, los resultados de las pruebas test-retest fueron consistentes, por lo que se recomienda para uso en población mexicana.

1.3.3. Formulación del caso clínico

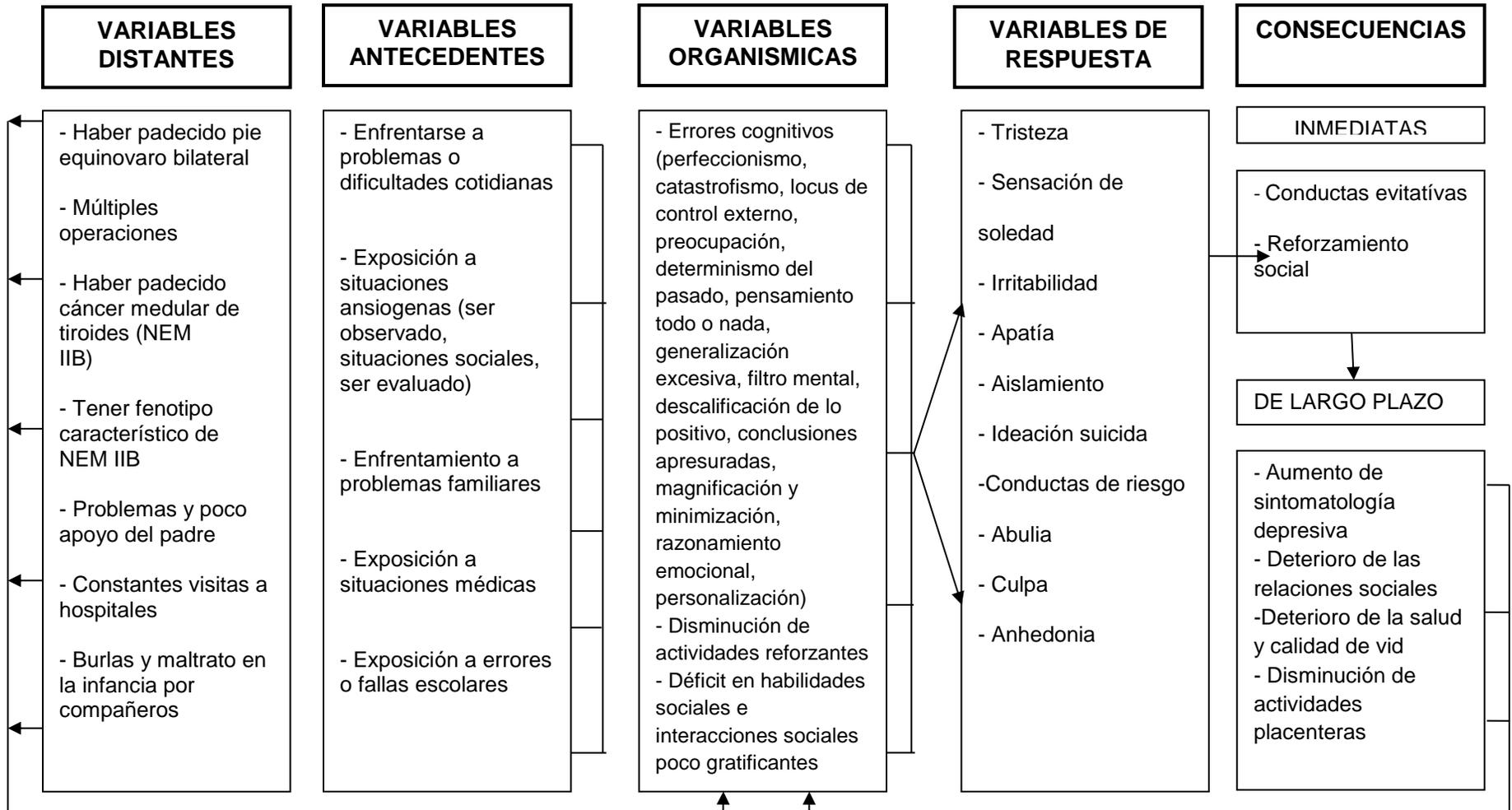
Durante la entrevista inicial el paciente indicó que buscó la atención psicológica debido a que se ha sentido muy deprimido y le da miedo que este problema se agrave y pueda afectarse a sí mismo o a su familia (refiriéndose al suicidio). Menciona que estos problemas le han generado irritabilidad, problemas escolares por su bajo desempeño, aislamiento tanto con su familia como con amigos, no disfruta sus actividades, ya no desea continuar acudiendo a sus consultas médicas, además, tiene conductas de riesgo y sus

ideas suicidas en ocasiones le atormentan. Refiere que sus problemas quedarían resueltos si él estuviera menos triste, si fuera más sociable, más activo, menos apático, más alegre, si saliera más, no se escondiera, si hiciera cosas diferentes, y si se aceptara físicamente y aceptara su enfermedad. Debido al alto riesgo suicida se le informa a la madre sobre las constantes conductas de riesgo del paciente.

Se formuló el caso y se desarrolló el tratamiento cognitivo conductual usando el enfoque basado en problemas de Nezu, Nezu y Lombardo (2006) debido a que es un modelo para la toma de decisiones que permite la efectividad y validez de la formulación de caso y diseño de tratamiento, además de que caracteriza al terapeuta cognitivo conductual como un solucionador de problemas activo y dada la poca información con que se cuenta de estos pacientes este caso se consideró un problema. Con los datos recolectados con base en los inventarios y entrevista fue posible realizar el mapa clínico de patogénesis e identificar las diferentes variables que estaban influyendo en el problema de depresión del paciente. Se identificaron las variables distantes, es decir los factores históricos o de desarrollo que pueden ser responsables del surgimiento inicial de vulnerabilidades en el paciente (por ejemplo el tener fenotipo marfanoide, haber sido expuesto a burlas y maltratos, disfunción familiar), se ubicaron las variables antecedentes (afrentar problemas, situaciones médicas, exposición a errores o fallas) que son las que actúan como estímulos para desencadenar los síntomas de depresión, es decir, las variables de respuesta, pero estas variables de respuesta se encuentran mediadas por variables organismicas, que son las que explican porque se manifiesta una respuesta determinada en presencia de variables antecedentes, y es justamente hacia las variables organismicas hacia las que va dirigido el tratamiento cognitivo conductual. Por último se analizaron las consecuencias que son las que operan para aumentar o disminuir la probabilidad de que la respuesta se manifieste en el futuro (ver figura 1).

Figura 1.

Mapa clínico de Patogénesis



1.3.4. Historia del problema

El paciente menciona que el síndrome que tiene le ha afectado desde la infancia (por ejemplo, recibió burlas e insultos por parte de sus compañeros, tenía visitas constantes al médico, problemas escolares por su bajo desempeño, problemas familiares, económicos) y ha impactado de forma negativa en su estado de ánimo, pero el problema de depresión tuvo su inicio como tal en el 2005 cuando empezó con manifestaciones del cáncer, las operaciones, las constantes faltas y problemas escolares, las alteraciones físicas y los problemas derivados de la enfermedad.

El paciente había recibido previamente atención psicológica (terapia ecléctica) en el servicio de psicooncología en julio del 2006, acudió a 8 citas y se suspendió su tratamiento debido a que fue enviado al servicio de psiquiatría, ahí le diagnosticaron trastorno depresivo mayor, se indicaron Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS), pero el paciente rechazó el tratamiento y se difirió uso. Inició tratamiento psiquiátrico un mes después, lo tomó 2 meses y suspendió sin regresar a su cita en octubre del 2007. En enero del 2011 es referido conmigo para terapia cognitivo conductual, se corroboró el diagnóstico de depresión de acuerdo al DSM IV con estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día, disminución de interés en sus actividades, disminución del apetito, insomnio, fatiga, sentimientos de inutilidad y culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e ideación suicida recurrente desde el 2005, lo cual le generó malestar clínicamente significativo en diferentes áreas (ver tabla 3).

Tabla 3. Fechas de atención psicológica y psiquiátrica a la que el paciente ha sido sometido

Fecha	Tratamientos
19 Julio 2006	Intervención en crisis y se envía a psicooncología
27 septiembre 2006	1ª cita en psicooncología
22 Diciembre 2006	2ª cita en psicooncología
29 Enero 2007	3ª cita en psicooncología

13 Marzo 2007	4ª cita en psicooncología
22 Mayo 2007	5ª cita en psicooncología
4 Junio 2007	6ª y última cita en psicooncología y se envía a Psiquiatría
5 Junio 2007	Acude a psiquiatría, se diagnostica con trastorno depresivo mayor Se indica IRSS, se nota reticente por lo que difiere uso
2 Julio 2007	Se indica tratamiento antidepresivo, con IRSS: Altruline
10 Julio 2007	Inicia tratamiento antidepresivo
17 Agosto 2007	refiere sin grandes cambios
11 Septiembre 2007	Acude a última cita en psiquiatría sin ser dado de alta
26 Enero 2011	Solicita en paciente apoyo psicológico e Inicia TCC

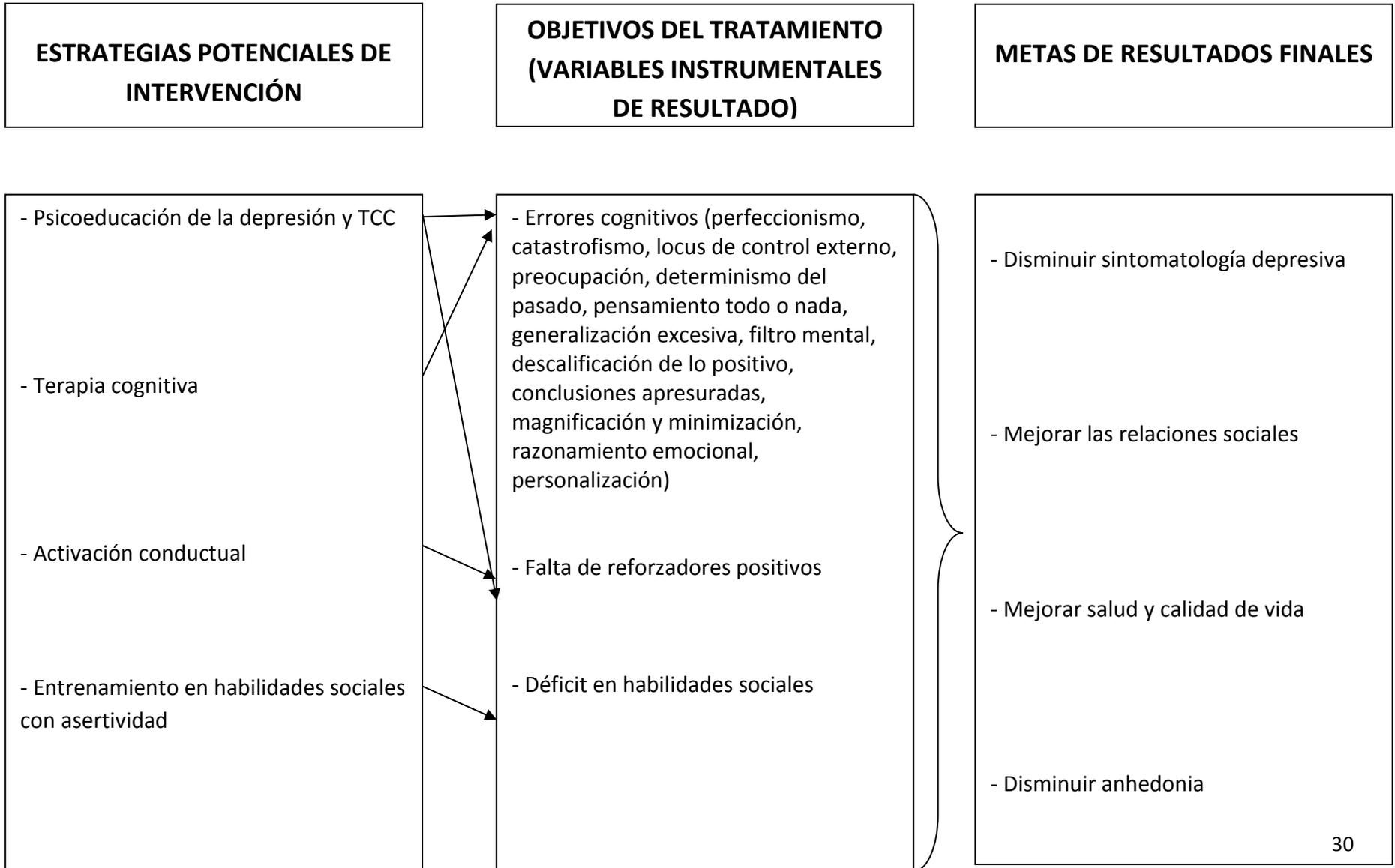
1.3.5. Selección del tratamiento

Para desarrollar el programa de tratamiento para el paciente se retomó el mapa clínico de patogénesis que facilitó la elaboración del mapa de alcance de metas, integrado por las estrategias potenciales de intervención que buscan impactar en los objetivos de tratamiento (o variables instrumentales de resultado), para llegar a las metas de resultados finales (ver figura 2).

La selección de las estrategias potenciales de intervención se realizó por medio una búsqueda en diferentes bases de datos como Pubmed, PsychInfo, Ebsco, CINAHL, Cochrane, MD Consult, Medline, Scopus, Science Direct, Springerlink, entre otras, para conocer el mejor tratamiento de los principales problemas encontrados, por ejemplo Hayes y Sturmk (2011) y Dobson, et al. 2008 mencionan que el tratamiento de elección para depresión en población clínica la activación conductual, y la terapia cognitiva, en el caso de pacientes con cáncer en general se ha encontrado que entre lo más efectivo ese encuentra la terapia cognitivo-conductual (Williams y Dale, 2006), al igual que con pacientes con cáncer incurable (Akechi, Okuyama, Onishi, Morita, Furukawa, 2008) y pacientes sobrevivientes de cáncer, teniendo efectos tanto a corto como a largo plazo (Osborn, Demoncada y Feurstein, 2006).

La base de las terapias conductuales para la depresión se encuentra en la teoría de aprendizaje según la cual los síntomas depresivos se asocian a bajos niveles de refuerzo positivo y a altos niveles de control aversivo. Cuando la gente se deprime, se retira de su entorno, realiza conductas de evitación y se desprende de sus rutinas, lo cual agrava el estado de ánimo. Este tipo de terapia se centra en el aumento de la frecuencia y la calidad de actividades agradables, lo que aumenta el sentido de dominio, la disminución de consecuencias aversivas, aumenta las fuentes de recompensa y mejora el estado de ánimo. Algunas técnicas que se usan son la programación de actividades agradables y sentimientos de dominio, exposición gradual a actividades desafiantes, habilidades sociales y autocontrol de formación. En el caso de la terapia cognitiva se parte del supuesto de que la depresión es mantenida por creencias disfuncionales y a un procesamiento de información sesgada negativamente. A los pacientes se les enseña a controlar y registrar sus pensamientos disfuncionales para que reconozcan la asociación entre pensamientos, emociones y conducta y puedan posteriormente cambiar esas cogniciones y volverlas adaptativas. Algunas técnicas que se usan son: programación de actividades, autorregistros, exposición a experiencias gratificantes, psicoeducación, debate socrático, juego de roles, prevención de recaídas.

Figura 2. Mapa de Alcance de Meta



2.3.6. Aplicación del tratamiento

Se retomaron y adaptaron componentes de la TCC que han sido evaluados exitosamente en otras poblaciones con cáncer. A partir de los mismos, se crearon cinco módulos de intervención: 1. Psicoeducación de la depresión y la NEM IIB; 2. Activación comportamental; 3. Reestructuración cognitiva; 4. Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad (ver tabla 19).

Tabla 4.

Descripción de objetivos y actividades realizadas en cada módulo de intervención.

Módulo de intervención	Objetivos	Actividades
Psicoeducación de la depresión y TCC	Que el paciente identifique los elementos teóricos, científicos y prácticos de la depresión, las variables asociadas y consecuencias desde un enfoque biopsicosocial	Se le explicó al paciente con base en el diagrama de Padesky la relación bidireccional existente entre pensamientos, emociones, conductas y síntomas físicos y cómo estos también son influenciados por el ambiente. Se enfatizó en la importancia del tratamiento basado en aprendizaje para la modificación de dichas esferas.
Activación comportamental	Que el paciente realice actividades cotidianas gratificantes para disminuir los patrones de evitación y retraimiento que contribúan a su deterioro funcional	Se realizaron tareas de exposición gradual y planificación de actividades placenteras realistas (susceptibles de realizar en su contexto cotidiano y de acuerdo a los recursos disponibles) con apoyo de registros de predicción del placer y registros agrado dominio. Se seleccionaron como actividades gratificantes el cuidado de las mascotas, voluntariado con profesora de clase y ejercicio cardiovascular.
Reestructuración cognitiva	Que el paciente identifique las distorsiones cognitivas o pensamientos desadaptativos que no correspondieran a la realidad para que	Se entrenó al paciente sobre el uso de autorregistros (ver anexo 15 y 16) para identificar emociones y creencias disfuncionales. El procedimiento consistió en: - Identificación de pensamientos irracionales - Debate por medio del contraste con la realidad.

	posteriormente formule pensamientos lógicos, realistas y en consecuencia se modifique también las emociones y conductas asociadas.	-Formulación del pensamiento alternativo - Implementación del pensamiento alternativo en situaciones desencadenantes identificadas - Valoración de emociones después de la implementación del pensamiento alternativo - Práctica supervisada
Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.	Que el paciente ejecutó conductas entrenadas para mejorar la calidad y cantidad de las relaciones interpersonales, reducir el número de conflictos y aumentar el número de interacciones gratificantes.	Se psicoeducó sobre los elementos de la técnica Se entrenaron componentes de habilidades sociales como mirar a los ojos, saludar, iniciar una conversación, etc. Posteriormente se entrenaron componentes de asertividad como expresar emociones positivas y negativas, expresar desacuerdos, negociar, etc. Ambos entrenamientos incluyeron juego de roles, modelado, moldeamiento y ensayos conductuales.

La aplicación de dichos módulos de intervención fue realizada en 15 sesiones individuales, las cuales se abordaron en un lapso de 25 semanas. Cada sesión tuvo una duración aproximada de 1 hora con 10 minutos involucrando diferentes actividades (ver tabla 4). El esquema de cada sesión fue organizado de la siguiente forma: revisión de tareas, revisión de autorregistros, explicación teórica o psicoeducación (si así lo requería la sesión), práctica de actividades planteadas, descripción de las principales conclusiones de la sesión y la asignación de actividades para casa, cuyo objetivo fue reforzar lo aprendido en la sesión y generalizar las habilidades adquiridas a la vida cotidiana. A lo largo de la terapia, el paciente llevó un registro semanal de su percepción de depresión, por medio de la escala de evaluación subjetiva del estado de ánimo. Se realizaron dos evaluaciones post tratamiento; la primera se hizo a la semana de haberse terminado la terapia, la segunda, se realizó un año después de haberse finalizado el tratamiento.

Tabla 5.
Descripción de actividades realizadas por sesión

Sesión	Actividades en sesión
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> – Entrevista inicial – Exploración de motivo de consulta – Exploración de síntomas de depresión, conductas de riesgo y suicidio – Aplicación de cuestionarios – Se enfatizó en la necesidad de hablar con familiar respecto a ideación suicida y conductas de riesgo
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> – Se le presentó al paciente el mapa clínico de patogénesis y mapa de alcance de metas, lo valida y se corrige en conjunto. – Se le explicó al paciente con base en el diagrama de Padesky la relación existente entre pensamientos, emociones, conductas y síntomas físicos y cómo estos también son influenciados por el ambiente. – Se enfatizó en la importancia del tratamiento basado en aprendizaje para la modificación de dichas esferas y se explica TCC
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> – Se informa a familiar en relación a ideas suicidas del paciente y conductas de riesgo – Con el paciente se analiza registro de pensamiento, se corrigen errores – Se retoma el diagrama de Padesky para explicar la importancia de las conductas en la modificación del estado de ánimo – Se realiza programación de actividades – Se adiestra sobre registro de predicción del placer y de valoración del 'agrado y dominio' de las actividades – Se realiza ensayo imaginario de las actividades a realizar – Se asignan de tareas graduales para casa
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> – Se revisan registros y realización de tareas iniciales – Se discute de problemas específicos encontrados – Se analiza la relación entre actividades realizadas, emociones y grado de dominio y agrado – Se adiestra sobre uso e importancia de autorregistros (retomado y adaptado de Padesky) – Se agregan actividades a la programación para ser llevadas a cabo en casa junto con registros de predicción del placer y valoración de actividades – Se inicia en casa autorregistro de pensamientos (anexo 15) en periodos de tristeza
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> – Se le da seguimiento a los registros de predicción de placer y valoración de actividades – Se revisa y corrige autorregistro de pensamiento – Se discuten pensamientos y el contenido recurrente – Usando registros se adiestra sobre pensamientos automáticos, y cogniciones

	<p>erróneas</p> <ul style="list-style-type: none"> - cuanto a debate racional
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa y complementa autorregistro - Se adiestra al paciente sobre errores cognitivos de beck y en el cuestionamiento de la validez de los pensamientos - Se promueve la búsqueda de pensamientos alternativos - Se facilitan estrategias para encontrar evidencia que contradice los errores cognitivos - Se ubica y revisa lista de errores cognitivos de beck - Para casa se solicita iniciar el llenado de las columnas restantes del autorregistro (ver anexo 16)
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisa y complementa autorregistro - Se analizan dificultades para implementar el nuevo pensamiento en contextos como hospital, la calle, particularmente en aspectos asociados a la imagen. - Se inicia entrenamiento en habilidades sociales, definiendo habilidad social - Se identifican componentes conductuales de la habilidad social moldeando y modelando dichos componentes - Para casa se continúa el uso de autorregistro, y la práctica de los componentes conductuales revisados por medio de lista de verificación
Sesión 9)	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente menciona que le dieron malas noticias en el hospital, la calcitonina salió demasiado alta y que tiene que hacerse una serie de estudios porque existe la probabilidad de que el cáncer haya regresado. - Se usa la situación para identificar y modificar pensamientos irracionales - Se continua con registros para casa y continuar practicando componentes conductuales revisados
Sesión 11	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisan autorregistros y se analizan usando la técnica de la flecha vertical para identificar creencias nucleares y modificarlas - Se revisa la práctica de los componentes conductuales de habilidades sociales realizados en casa y con compañeros
Sesión 13	<ul style="list-style-type: none"> - Se revisan autorregistros y se enfatiza en el papel de los reforzadores externos como elementos que mantienen la depresión - Se revisan errores o dificultades encontradas en la práctica de conductas sociales, se modelan y moldean las correctas. - Se psicoeduca sobre asertividad y lo que implica la conducta asertiva - Para casa se solicita integrar asertividad a las conductas para habilidades sociales.

-
- Sesión 14 – Se continúa con revisión de registros y debate de los pensamientos
- Se monitorea el avance en cuanto al pensamiento racional
 - Se promueve la generalización de las conductas sociales a otros contextos como en el trabajo y con amigas
 - Se solicita para casa practicar habilidades sociales en diferentes contextos
- Sesión 15 – Se retoma mapa de alcance de metas para ver avances
- Se trabaja prevención de recaídas
 - Se aplican pruebas psicométricas.
-

1.3.7. Factores relacionados con el terapeuta

Algunos de los procedimientos usados para establecer y mantener la alianza y la adherencia terapéutica incluyeron involucrar activamente al paciente en su tratamiento, por ejemplo, el paciente validó el mapa clínico de patogénesis y el mapa de alcance de metas, además, realizó sugerencias para complementarlo. También, se promovió el uso de la asertividad en la relación terapéutica y se fomentó la participación del paciente en la elección de estrategias o tareas para casa de acuerdo al “nivel de preparación” que el paciente consideró tener para poder realizar las actividades planteadas. Durante la intervención se observó un excelente grado de adherencia que se reflejó en el buen cumplimiento de autorregistros y práctica de actividades en casa, registro diario de escalas verbales análogas, asistencia puntual al 100% de las sesiones programadas y no hubo citas pérdidas durante el tratamiento.

1.3.8. Diseño del estudio

El diseño del presente estudio fue un diseño conductual de tipo ABCD con seguimiento. Se estableció una evaluación pre tratamiento (A), después se aplicó una intervención (B) y se realizó una evaluación post-tratamiento y un seguimiento (C), 14 meses después de la evaluación final (D), para evaluar las diferencias intrasujeto.

1.4. Resultados

De acuerdo al Inventario de Depresión de Beck hubo una disminución en los puntajes en el post-test que se mantiene en el seguimiento en 9 de las subescalas (estado de ánimo, pesimismo, indecisión, inhibición en el trabajo, perturbación del sueño, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de interés en el sexo (Ver tabla 20).

Tabla 20. Puntajes de las subescalas del Inventario de Depresión de Beck en el pre-test, post-test y seguimiento

	Pre-test	Post-test	seguimiento
Estado de ánimo	2	1	1
Pesimismo	2	0	1
Sentimientos de fracaso	0	0	0
Falta de satisfacción	1	1	1
Sentimiento de culpa	1	1	0
Sentimiento de castigo	0	0	0
Odio a sí mismo	1	0	1
Autoacusaciones	1	1	0
Deseos autopunitivos	1	0	1
Brotos de llanto	0	0	0
Irritabilidad	0	0	0
Aislamiento social	1	0	1
Indecisión	1	0	0
Imagen corporal	2	1	3
Inhibición del trabajo	1	0	0
Perturbación del sueño	1	0	0
Fatigabilidad	0	0	0
pérdida de apetito	2	0	0
Pérdida de peso	1	0	0
Preocupación somática	1	0	0
Pérdida de interés en el sexo	1	0	0

En el caso de la puntuación global de depresión también hubo una disminución, siendo esta de 75% (ver figura 3), en el pre-test el paciente tuvo una puntuación de 20 (depresión moderada-severa), en el post-test de 5 (depresión nula-mínima) y en el seguimiento de 9 (depresión nula-mínima).

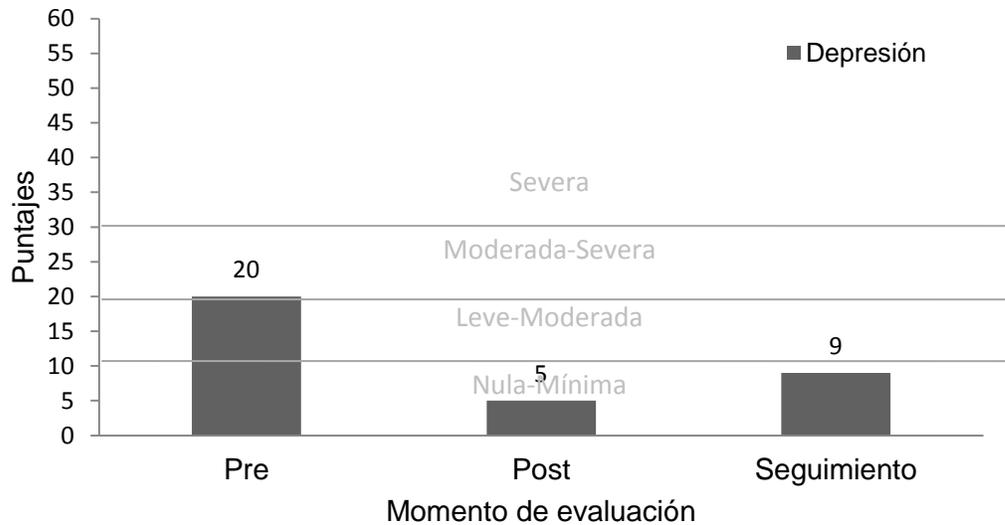


Figura 3: Puntajes totales en el Inventario de Depresión de Beck en el pre-test, post-test y seguimiento.

Los datos recogidos de la evaluación subjetiva de síntomas emocionales (depresión) indican cambios al cabo de 25 semanas de tratamiento. De acuerdo al promedio semanal hubo una disminución en los puntajes de depresión, iniciando en 8.1 y terminando en 1.3 en la semana 25, disminuyendo un 84% los puntajes. En seguimiento el paciente reporta un puntaje de 3 (ver figura 4).

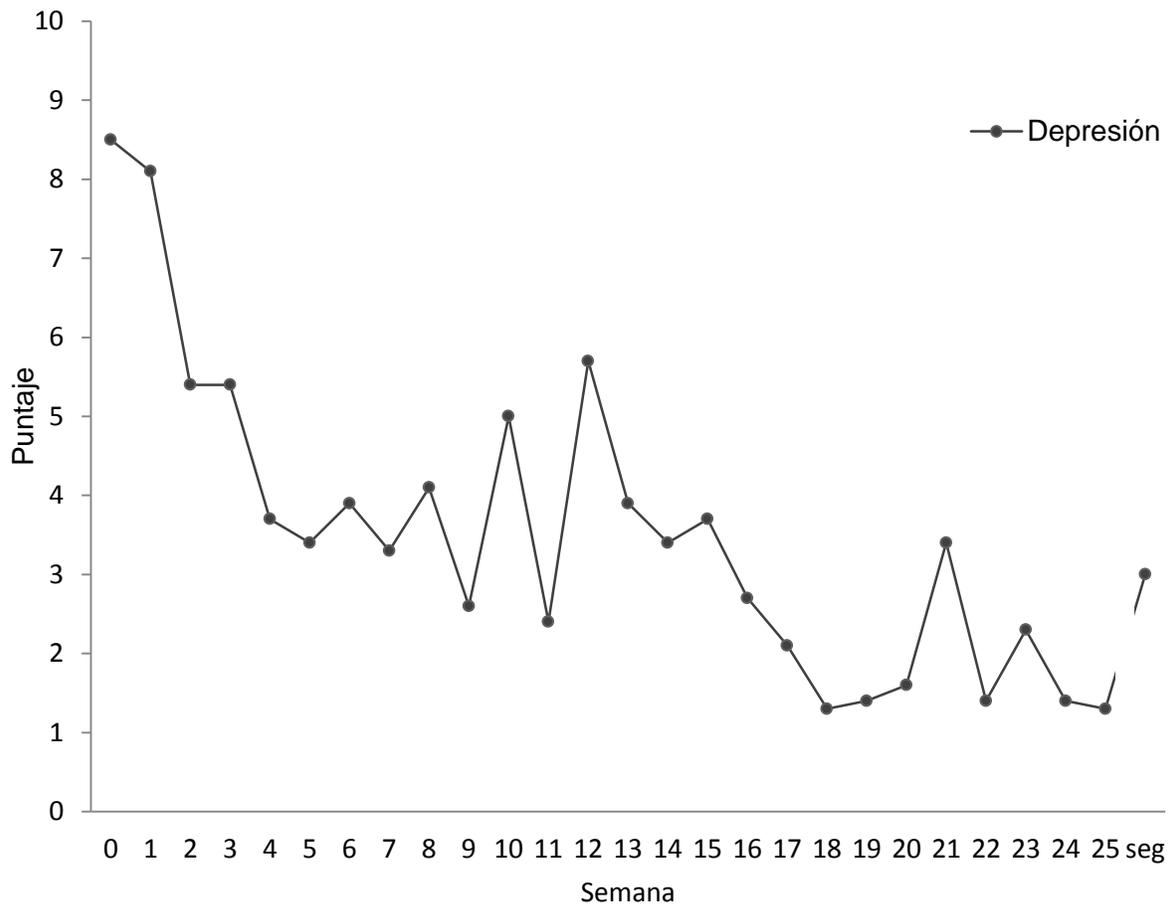


Figura 4: evaluación subjetiva de síntomas emocionales (depresión), donde se muestran los puntajes de depresión en la línea base (sesión 0,1), a lo largo del tratamiento (sesión 2-25) y en el seguimiento (seg).

En el caso del EORTC-QLQ-C30 se registró que la funcionalidad del paciente aumentó en todas las subescalas después del tratamiento: en funcionamiento físico aumenta de 80 a 100, en funcionamiento de rol de 33 a 83, en funcionamiento emocional de 33 a 92, en funcionamiento cognitivo de 50 a 100 y en funcionamiento social de 33 a 100 y tendió a mantenerse por encima del puntaje de la evaluación inicial en 100, 67, 58, 50 y 67 respectivamente (ver figura 5).

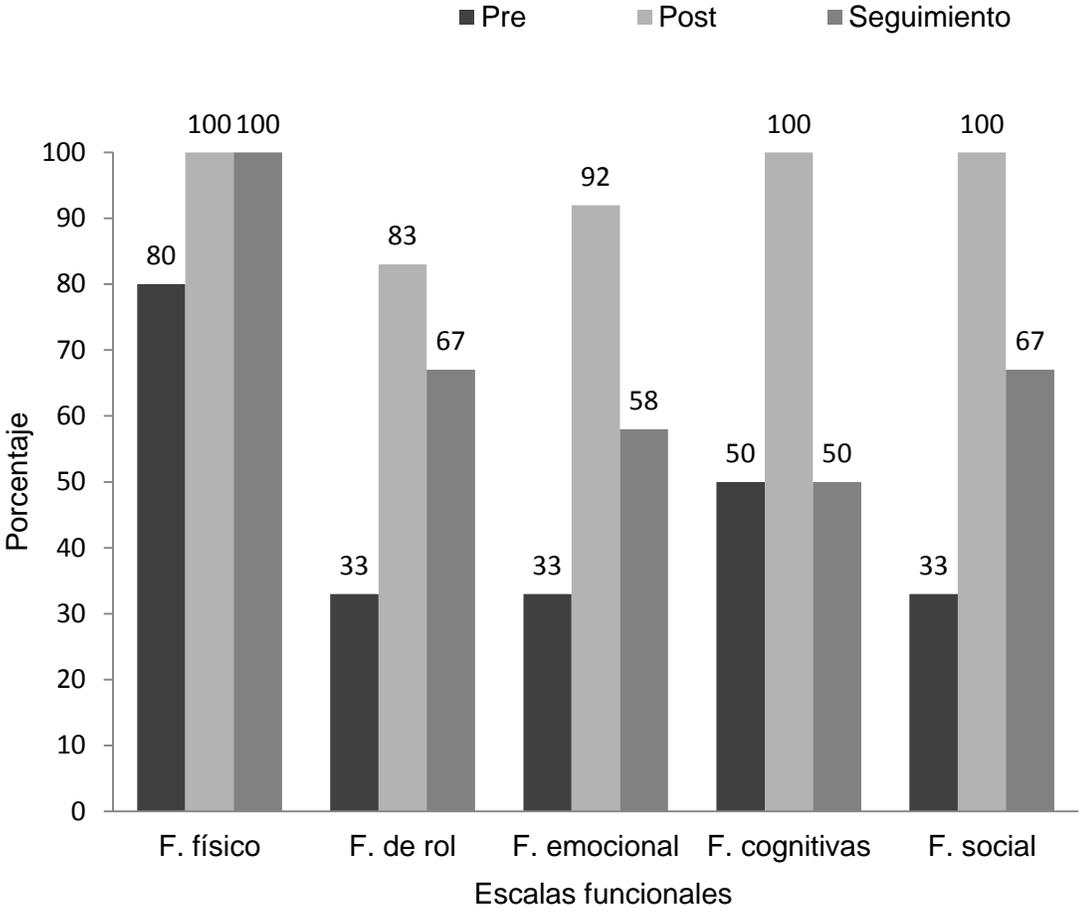
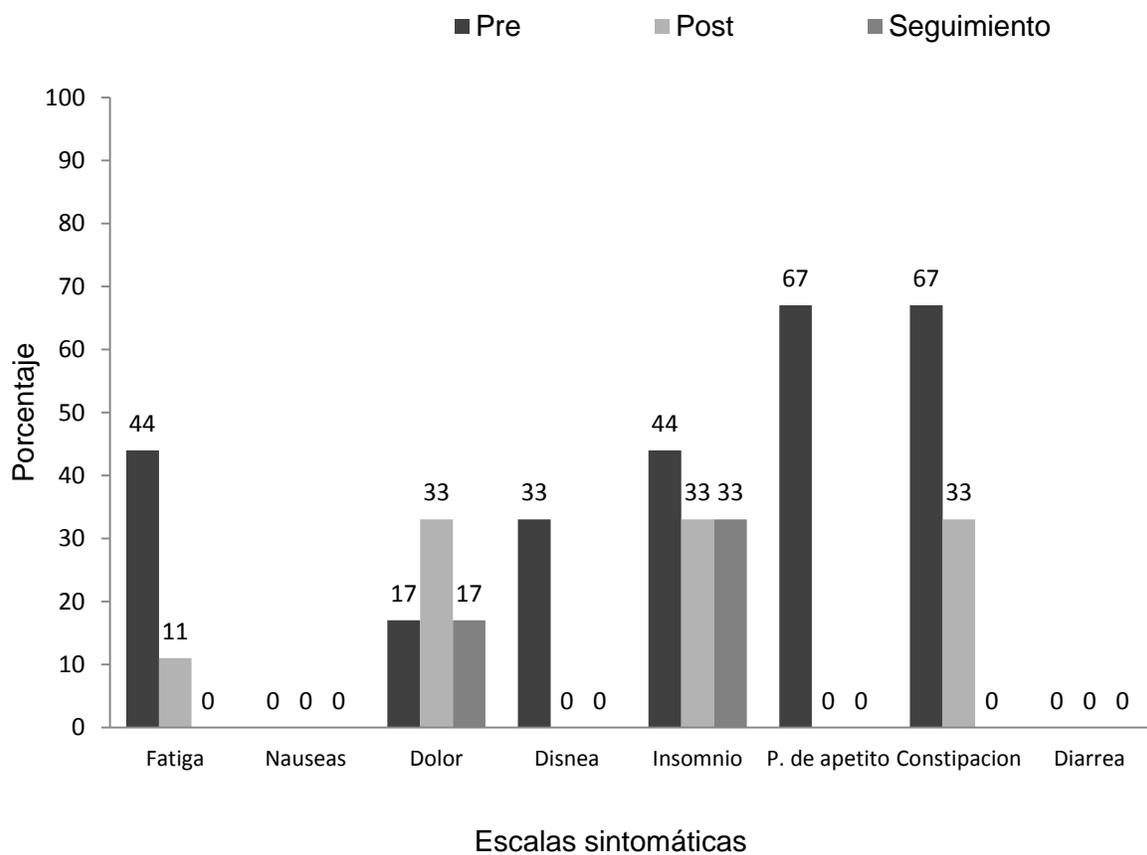


Figura 5: Porcentajes en las escalas funcionales del EORTC-QLQ-C30 antes del tratamiento cognitivo-conductual, después y en el seguimiento

En cuanto a las escalas sintomáticas fue posible observar que hubo una disminución de la pre evaluación a la post en fatiga de 44 a 11, en disnea de 33 a 0, en pérdida de apetito de 67 a 0 y en constipación de 67 a 33 (ver figura 6). En el seguimiento la disnea y la constipación se mantuvieron más bajas que en la evaluación inicial ambas en 0, al igual que los síntomas que se encuentran asociados a depresión: fatiga 0, insomnio 33 y pérdida de apetito 0.



En relación al nivel global de calidad de vida se muestra que el paciente evaluó mejor su calidad de vida después de la intervención, aumentando un 22.7% pasando de una puntuación de 58 antes del tratamiento a una puntuación de 75 después del tratamiento que se mantiene en el seguimiento (ver figura 7).

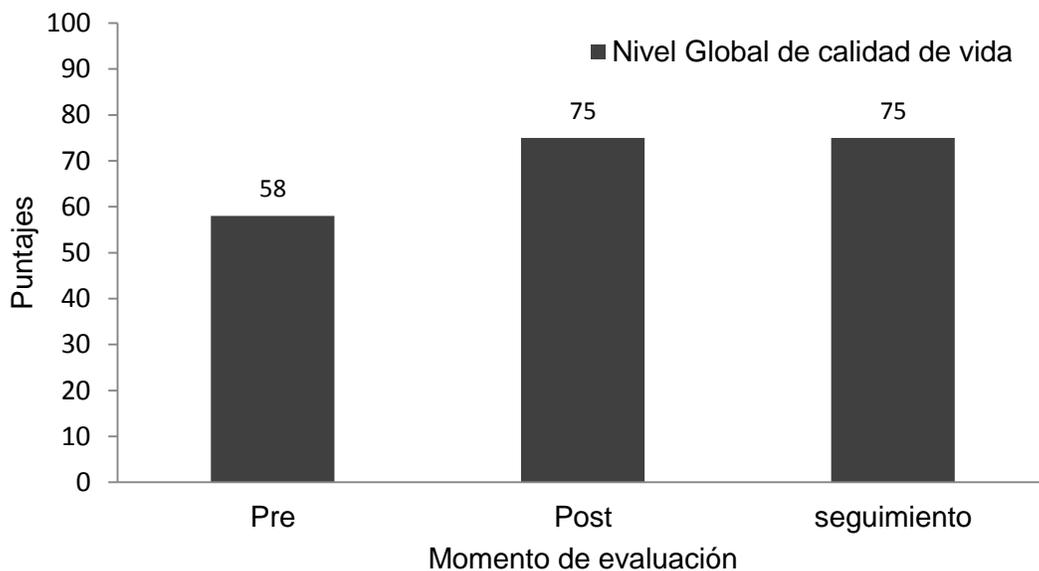


Figura 7: Puntajes en el nivel global de calidad de vida del EORTC-QLQ-C30 antes del tratamiento, después y en el seguimiento

2.5.1. Significancia clínica

De acuerdo a los criterios sugeridos por Foster y Marsh (1999), el primer criterio para tener significancia clínica es la satisfacción del participante con los efectos del tratamiento. Esto se evaluó con una escala bi-direccional que va de 0 a 7, evalúa los grados de cambio donde 0 significa deterioro, 3-4 sin cambio y 7 mejoría y se establece el 6 como punto de corte para indicar significancia clínica. En el post-tratamiento el participante evaluó que la intervención mejoró su estado de ánimo en un puntaje de 7. El segundo criterio usado es la evaluación del clínico del nivel de mejora en el participante en el post-tratamiento, lo que

proporciona un índice de validación social. Se usó una escala de respuesta similar, la mínima puntuación requerida fue 6. En este caso yo evalué el nivel de mejoría en 6. Además, los puntajes obtenidos de las pruebas en el post-tratamiento (el último dato en la fase de tratamiento), se redujo por lo menos en un 50% cuando se comparó con los puntajes del pre-tratamiento para que el cambio se considere significativo. El paciente disminuyó sus puntajes de depresión en un 75% al finalizar la intervención y en el seguimiento, se mantuvo la reducción en 55%. Por último, el participante tenía que llegar a una puntuación media de 67 después del tratamiento, esto debido a que la calidad de vida se ha identificado como un constructo que determina que el cambio es clínicamente significativo, el participante al finalizar llegó a una calidad de vida de 70. Todos estos datos nos indican que la intervención tiene significancia clínica (ver tabla 21).

Tabla 21.
Criterios de significancia clínica en el post-tratamiento

Evaluación	Criterio			
	Satisfacción del participante ≥ 6	Evaluación del clínico ≥ 6	Reducción en Beck $\geq 50\%$	Puntuación ≥ 67 en QLQ-C30
Post	si	si	si	si

2.5.2. Percepción del paciente

Para finalizar, es importante resaltar que el paciente también percibió mejoría de los síntomas depresivos y la ideación suicida que era lo que más le preocupaba, refiere ser más sociable, con más actividades, mejoría de la relación con su familia y menos malestar cuando se alteran sus niveles de calcitonina. En palabras del paciente “La terapia me ayudó con el problema por el cual me decidí a aceptar ayuda psicológica, me refiero a los pensamientos suicidas que tenía, considero que me fue de gran ayuda ya que esos pensamientos se minimizaron bastante, también me ayudó en el aspecto de relacionarme con las personas, me volví un poco más sociable, salir con amigos, saludar a los

compañeros, no predisponerme con las personas, a no tratar de saber que pensaban y mejor buscar alternativas ante situaciones que antes me estresaban por el hecho de predisponerme, ya casi no estoy triste, ni apático, hago más cosas y las hago mejor. También me ayudó en que ya no me altero tanto cuando suben mis niveles de calcitonina, no dominé el aspecto físico, pero creo que con lo poco que vi, me ayuda para sobre llevar ese tema. En el ambiente familiar creo que ha mejorado un poco, aunque a veces se me dificulta, creo que ellos no ven el mundo como yo lo veo, así que trato de acoplarme a su visión. En resumen si he sentido una mejoría, la verdad me ayudaste bastante a salir adelante ante los problemas y tu método que usas me quedó perfecto, ya que soy alguien activo y a todo le busco explicación, yo creo que otra(o) psicóloga(o) me hubiera dado hueva o llevado al suicidio” sic. Paciente. La madre, que en ocasiones lo acompañaba a las sesiones refiere también haber observado cambios “ya no se la pasa todo el tiempo encerrado en su cuarto y de malas peleando con todos aquí, me da gusto que ya no lo veo tan triste y que le echa más ganas a sus cosas”.

2.6. Discusión

El objetivo del presente estudio fue desarrollar una intervención cognitivo-conductual para abordar la depresión y su impacto en la calidad de vida de un paciente con NEM IIB.

De manera general los datos muestran que la TCC fue un tratamiento útil para disminuir la depresión en el paciente con NEM IIB tanto en criterios DSM-IV, como en instrumentos de auto reporte ya que, como se pudo observar en la sección de resultados, en todas las evaluaciones hubo una disminución de síntomas depresivos y mejoría de la calidad de vida, estos resultados se mantienen hasta un año después de finalizada la intervención. Así mismo, los cambios fueron clínicamente significativos en el post-tratamiento según los criterios sugeridos por Foster y Marsh (1999).

El contraste de estos resultados con estudios en personas con este padecimiento no ha sido posible debido a la falta de literatura disponible sin embargo los resultados obtenidos coinciden con otros reportes que hablan sobre la efectividad de la TCC en depresión tanto en población general (Cuijpers P, van Straten A, Schuurmans, Van Oppen, Hollon & Andersen, 2010), como en distintos tipos de población oncológica por ejemplo adultos (Fulcher, Badger, Gunter, Marrs & Reese, 2008), sobrevivientes de cáncer (Osborn, Demoncada & Feuerstein, 2006) o en pacientes con cáncer metastásico (Savard, Simard, Giguere, Ivers, Morin, Maunsell, Gagnon, Robert & Marceau, 2006) y corroboran que las intervenciones dirigidas a la disminución de depresión mejoran calidad de vida (Rehse, B. & Purkrop, 2003) manteniendo sus efectos por lo menos a 6 meses (Osborn, Demoncada & Feuerstein, 2006).

También es posible observar en algunos estudios que los componentes principales que se han seleccionado para el diseño de la intervención en el paciente con NEM IIB han sido eficaces en otros estudios, por ejemplo se ha demostrado que la activación conductual genera mejoras en los puntajes de depresión y calidad de vida en pacientes con cáncer los resultados se mantienen a 3 meses de seguimiento (Hopko, Bell, Armento, M.Hunt, Lejuez, 2005), también se ha observado que intervenciones que integran varios componentes de la terapia cognitivo conductual como los que nosotros integramos para este paciente (activación conductual, terapia cognitiva o exposición conductual) han dado resultados favorables (Hopko, Bell, Armento, Robertson, Mullane, Wolf, Lejuez, 2007). En el caso de la terapia cognitiva aplicada a pacientes con cáncer también se han observado resultados favorables, disminuyendo los puntajes en depresión, e inclusive impactando en síntomas como fatiga e insomnio (Gagnon, Robert & Marceau, 2006), síntomas asociados a depresión que también fueron modificados en el presente estudio.

A pesar de los hallazgos favorables, este estudio tiene diferentes limitaciones por ejemplo la gran cantidad de variables extrañas que pudieron influir en la mejoría del paciente por ejemplo historia, maduración, los test, instrumentación, etc., por lo cual se sugiere realizar otro tipo de estudios tales como “single-case experiments” y de ser posible ensayos controlados aleatorizados que permitan un mejor control de variables. Otra limitante es que por ser un estudio de caso la generalización de resultados no es posible pero dada la baja prevalencia de la enfermedad es difícil el reclutamiento de la muestra por lo cual se sugiere realizar estudios multicéntricos para reunir la población necesaria para realizar investigaciones más robustas.

Otro aspecto de relevancia en investigaciones futuras es el abordaje de la imagen corporal, tomando en cuenta el fenotipo que estos pacientes presentan y dada la retroalimentación del paciente al final de la sesión, es importante integrar a las futuras investigaciones componentes que aborden las alteraciones de la imagen corporal pues esta es una variable que no fue modificada pero que influye en la depresión.

Se sugiere también se realicen seguimientos más prolongados para ver el efecto de las intervenciones a largo plazo pues debido a la gran cantidad de cambios y complicaciones derivadas de la enfermedad la depresión puede fluctuar y probablemente empeorar, comprender este fenómeno favorecerá el diseño de intervenciones que prevengan recaídas. No obstante las limitaciones, hasta donde se tiene conocimiento este es el primer estudio que reporta el impacto de la TCC en la depresión de un paciente con NEM IIB y se concluye que la TCC puede ser opción para tratar depresión en esta población, lo que se vuelve relevante dada la gran cantidad de manifestaciones, la gravedad de la enfermedad y la poca literatura al respecto.

2. ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

El término “medicina conductual” fue utilizado inicialmente por Birk (1973a; 1973b) para señalar el uso de la retroalimentación biológica desde una perspectiva conductual en el tratamiento de padecimientos médicos como epilepsia, cefalea tensional, migraña o enfermedad de Reynaud (Reynoso & Seligson, 2005). Sin embargo, la medicina conductual surge a partir de la reunión de un grupo diverso de científicos conductuales y biomédicos quienes se juntaron para diseñar una definición interdisciplinaria, la declaración de objetivos y el conjunto de recomendaciones para el emergente campo de la medicina conductual, esto debido a la necesidad incrementada de la comunicación interdisciplinaria de teoría, investigación y aplicaciones en factores conductuales en la etiología, tratamiento, y prevención de la enfermedad (Schwartz & Stephen, 1978).

En dicha reunión se definió a la medicina conductual como el “campo preocupado por la investigación de los mecanismos básicos mediante el cual los fenómenos conductuales influyen la epidemiología, etiología, patogénesis, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de trastornos físicos. Las disciplinas que contribuyen al estudio de esos fenómenos incluyen la psicología, sociología, antropología, educación, epidemiología, bioestadística y psiquiatría. Estas disciplinas deben ir acompañadas de las ciencias biológicas y medicas pertinentes para la comprensión de los procesos de la enfermedad en estudio. La medicina conductual esta también relacionada con la epidemiología, etiología, patogénesis, diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación de condiciones conductuales como trastornos del apetito y la falta de adhesión a los regímenes terapéuticos, solo en la medida en que influyen en la salud física y la enfermedad como un punto final”. Algunos problemas en que la medicina conductual puede ser aplicada a algún trastorno físico son (Schwartz & Stephen, 1978):

- Influencias socioculturales en salud física y enfermedad, incluyendo estudios epidemiológicos, antropológicos y socioculturales.
- Factores psicosociales que contribuyen a la salud física y enfermedad, incluyendo psicología social, personalidad, y estudios psicofisiológicos en investigación, comportamiento, emocionales y sus consecuencias.
- Conductas saludables, conductas de enfermedad y el papel de la conducta enferma
- Determinantes cognitivos de salud física y enfermedad, con reconocimiento especial de los factores placebo
- Desarrollo de técnicas conductuales de diagnóstico, incluyendo procedimientos de medición psicofisiológicos.
- El dolor y su regulación.
- Factores que contribuyen a la adherencia al régimen médico (incluyendo estudios de cumplimiento) e investigación relevante en enfoques conductuales al control del abuso de sustancias.
- Contribuciones bioconductuales al tratamiento y rehabilitación de trastornos físicos, incluyendo manejo de estos, terapias de autorregulación como biofeedback y relajación, y la evaluación de diferentes tipos de psicoterapia y técnicas de cambio conductual.
- Enfoques conductuales a la prevención de enfermedades físicas y la promoción de salud, incluyendo investigación interdisciplinaria derivada de sistemas teóricos en educación, economía y sistemas sociales.

De acuerdo a Godoy (1991) son varios los elementos que han contribuido al desarrollo de la medicina conductual, por ejemplo, la falta de explicación del porqué unas personas enferman y otras no, la necesidad de formalizar una mutua y estrecha colaboración entre medicina y psicología, la madurez alcanzada por las ciencias conductuales, el

crecimiento del interés por la prevención de la enfermedad, la necesidad creciente, en la medicina de áreas subespecializadas centradas en estos aspectos comportamentales, la salud pública y la salud conductual, debido al elevado costo del tratamientos de la enfermedad, la atmosfera científica de aceptación de un modelo multifactorial de la enfermedad lo que supone soluciones interdisciplinarias al tratamiento y prevención de la misma, el reconocimiento cada vez más extendido entre los profesionales de la medicina del importantísimo papel de los factores comportamentales en la génesis, exacerbación y mantenimiento/eliminación de las enfermedades crónicas.

Todo esto hace necesario el desarrollo de recursos humanos especializados que cuenten con las herramientas necesarias para hacer frente desde una perspectiva científica y con un enfoque conductual a las demandas del medio hospitalario. Debido a esto, surge la maestría en Psicología que tiene como propósito la formación de profesionales capaces de detectar, evaluar e intervenir en el entorno complejo y demandante en el que está inmerso el psicólogo. Consiste en un plan en torno al desarrollo de competencias, capacidades y habilidades para realizar el ejercicio de la profesión en escenarios médicos desde una perspectiva multidisciplinaria y científica mediante la incorporación de los alumnos a programas de residencias con práctica profesional supervisada bajo la dirección de un tutor principal y de dos tipos de supervisor: el supervisor académico universitario, profesional de alto nivel y docente de la UNAM, y el supervisor *in situ*, profesional contratado por la institución sede, quien es responsable de que los alumnos cumplan las políticas y funciones de la institución receptora sede (Reynoso-Erazo, Hernández-Manjarrez, Bravo-González & Anguiano-Serrano, 2011).

El programa de residencia en Medicina Conductual fue diseñado en 1998 y aplicado por primera vez en 1999 bajo la perspectiva de una relación docencia-servicio- investigación,

que implica fundamentalmente la solución de problemas bajo un enfoque cognitivo-conductual y tiene como finalidad que el alumno ponga en práctica los conocimientos adquiridos de acuerdo al principio de aprender haciendo y que desarrolle las competencias necesarias para resolver problemas, esto durante dos años en instalaciones hospitalarias de segundo y tercer niveles de atención con un promedio de 2,800 horas de práctica (Reynoso-Erazo, Hernández-Manjarrez, Bravo-González & Anguiano-Serrano, 2011).

El proceso durante la maestría se divide en 3 etapas; en la primera etapa al alumno se le asigna un tutor desde su ingreso, encargados de orientar a los alumnos, con quienes deben reunirse periódicamente. Respecto a la formación escolarizada, existe una primera parte de naturaleza teórico práctica de siete meses de duración que se lleva a cabo en escenarios universitarios (principalmente en aulas y en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología). Durante esta etapa, los alumnos cursan 4 asignaturas (métodos de investigación aplicada, medición y evaluación, teorías y modelos de intervención en medicina conductual, programa de residencia, etc.) y 17 talleres (Medicina conductual y escenario médico, introducción a la evaluación cognitivo-conductual, análisis funcional de la conducta, elaboración de casos clínicos, aspectos psicosociales de las enfermedades crónico degenerativas, conceptos generales y lenguaje médico, evaluación y manejo de la depresión hospitalaria, intervención en crisis, biofeedback, estrés hospitalario, ética en medicina conductual entre otros) donde reciben información sobre elementos teóricos conceptuales, además de practicar algunas técnicas entre sí dentro de las aulas.

En la segunda etapa, de un año de duración y que inicia el día 1 de marzo (simultáneo al inicio de las residencias médicas), los alumnos aparte de cursar diferentes asignaturas son asignados a distintas instituciones hospitalarias bajo la asesoría de un supervisor *in situ*, quien es un psicólogo adscrito a la sede hospitalaria y se encarga de

vigilar el funcionamiento de los alumnos, mientras que la UNAM asigna a un supervisor académico, un docente que periódicamente visita la sede para asesorar a los alumnos en problemas clínicos.

En la tercera etapa, que corresponde con el segundo año de la residencia, los alumnos son asignados a una institución hospitalaria de tercer nivel de atención, donde las principales actividades de los alumnos consisten en el diseño y desarrollo de programas de intervención para coadyuvar con el personal médico en el manejo de enfermedades crónico degenerativas, lo que implica la evaluación, el diagnóstico, la instauración de plan de intervención, la aplicación de distintas técnicas y procedimientos y la evaluación de los resultados bajo un marco teórico cognitivo conductual; usando una metodología científica, por lo que se requiere evaluar cuidadosamente las condiciones del paciente antes y después del tratamiento; los diseños de investigación pueden ser individuales o grupales y se procura el seguimiento de los pacientes (Reynoso-Erazo, Hernández-Manjarrez, Bravo-González & Anguiano-Serrano, 2011).

2.1. Primer año de residencia: instituto nacional de cancerología: servicio de psicooncología

El cáncer es un trastorno caracterizado por la alteración del equilibrio entre la proliferación y los mecanismos normales de muerte celular; esta modificación conduce al desarrollo de una clona que tiene la capacidad de invadir y destruir los tejidos adyacentes y diseminarse en sitios distantes, con formación de nuevas clonas o propagación metastásica, esta anomalía frecuentemente conduce a la muerte del individuo al deteriorar la función normal de los órganos vitales. En la práctica, cáncer es un término genérico empleado para referirse a más de un centenar de enfermedades distintas, con epidemiologías, orígenes, factores de riesgo, patrones de diseminación respuesta al tratamiento y pronostico diversos.

Visto desde otro ángulo, el cáncer es un problema de salud pública, ya que se vincula con una enorme pérdida de vidas humanas y recursos económicos (Herrera, Granados, Gonzalez, 2006), afecta a personas de todas las edades y condiciones, es la segunda causa de muerte en los países desarrollados y en los países en desarrollo, figura entre las tres principales causas de muerte de los adultos. Se estima que en el año 2002 hubo 10.9 millones de casos nuevos en el mundo, que 24.6 millones vivían con esta enfermedad y que mató a 6.7 millones de personas en todo el mundo. Se prevé que en el 2020 el cáncer podría llegar a afectar a 16 millones de personas y matar a 110.3 millones de personas (World health organization, 2005).

El cáncer no es una enfermedad única ya que bajo esa denominación se agrupan una multitud de diferentes procesos clínicos, con un comportamiento absolutamente diferente de unos a otros y que tienen como característica común el que son procesos debidos a un crecimiento celular descontrolado. Aunque hay más de 200 tipos de cáncer, la gran variedad de cánceres son de cuatro tipos: A) carcinomas: neoplasias malignas de la piel y de órganos, que viene a representar el 85% del total de los cánceres humanos; B) linfomas: cánceres del sistema linfático; C) sarcomas: neoplasias malignas del tejido muscular, óseo o conectivo y D) leucemias: cáncer de los órganos que forman la sangre (González, 2008).

Existen diferentes factores que pueden determinar la aparición del cáncer, estos se han agrupado en varias categorías: factores genéticos (por ejemplo mutaciones somáticas o germinales), factores hormonales (se sabe que algunas hormonas como los estrógenos o andrógenos tienen capacidad carcinógena), factores reproductivos (se ha encontrado que ciertos factores relacionados con el ciclo reproductivo de la mujer como menarquia precoz, menopausia tardía, ausencia de embarazos o embarazos superiores a los 31 años pueden estar implicados en la aparición de cánceres), agentes infecciosos (por ejemplo el virus de la

inmunodeficiencia adquirida, el virus del papiloma humano, el herpes virus, o virus de la hepatitis B o C), agentes ambientales o químicos (como alquitrán, arsénico inorgánico, asbesto), radiaciones (por ejemplo exposición a accidentes nucleares o a radiaciones solares), también entre los factores de riesgo importantes se encuentran los comportamentales o del estilo de vida, por ejemplo, hábitos como tabaquismo, patrones de alimentación, peso, detección precoz de algunos tipos de cáncer, estrés, toma de decisiones en relación al tratamiento (González, 2008).

Las estadísticas respecto al cáncer son preocupantes, en el año 2000 se reportaron en el mundo más de 19 millones de casos nuevos y alrededor de 12 millones de muertes debido a esa causa. En ambos casos, el cáncer de pulmón fue el que tuvo el primer lugar, ver tabla1 (Tirado-Gómez & Mohar, 2009).

Tabla 1. Diez primeras causas de morbilidad por cáncer en el mundo en el año 2000

Lugar	Causa	Numero	Porcentaje
1	Pulmón	1 238 861	6.5 %
2	Mama	1 050 346	5.5 %
3	Colon/recto	944 717	5.0 %
4	Estomago	876 341	4.6 %
5	Hígado	564 336	3.0 %
6	Próstata	542 990	2.8 %
7	Cuello uterino	470 606	2.5 %
8	Esófago	412 327	2.2 %
9	Vejiga	335 795	1.8 %
10	Linfoma no Hodkin	287 482	1.5 %

En México de acuerdo al Sistema Nacional de Información en Salud, el cáncer representa un problema de salud pública, se encuentra entre las primeras causas de morbilidad y presenta un patrón ascendente con el paso del tiempo (ver tabla2). De entre las primeras 20 causas de muerte en México, el cáncer representa un porcentaje de 5.7, es decir ocuparía el tercer lugar si se juntaran los porcentajes de los distintos tipos de cáncer.

Tabla 2. Principales causas de mortalidad general en México en el 2008

Orden	Descripción	Defunciones	Tasa ^{1/}	%
1	Diabetes mellitus	75 572	70.8	14.0
2	Enfermedades isquémicas del corazón	59 579	55.8	11.1
3	Enfermedad cerebrovascular	30 212	28.3	5.6
4	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	28 422	26.6	5.3
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	20 565	19.3	3.8
6	Accidentes de vehículo de motor	16 882	15.8	3.1
7	Enfermedades hipertensivas	15 694	14.7	2.9
8	Infecciones respiratorias agudas bajas	15 096	14.2	2.8
9	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	14 767	13.8	2.7
10	Agresiones (homicidios)	13 900	13.0	2.6
11	Nefritis y nefrosis	12 592	11.8	2.3
12	Desnutrición calórico protéica	8 310	7.8	1.5
13	Tumor maligno de tráquea, bronquios y pulmón	6 697	6.3	1.2
14	Tumor maligno del estómago	5 509	5.2	1.0
15	VIH/SIDA	5 183	4.9	1.0
16	Tumor maligno de la próstata	5 148	4.8	1.0
17	Tumor maligno del hígado	5 037	4.7	0.9
18	Tumor maligno de la mama	4 840	4.5	0.9
19	Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios)	4 668	4.4	0.9
20	Tumor maligno del cuello del útero	4 031	3.8	0.7
	Causas mal definidas	10 514	9.9	2.0
	Las demás	175 070	164.1	32.5
	Total	538 288	504.6	100.0

En cuanto a la distribución por género de los casos nuevos en México, el 35% es para los varones y 65% para las mujeres. En los varones, 40% de los casos de los tumores malignos se atribuyó a cáncer de piel (18%), próstata (16.6%) y estómago (5.6%). En las mujeres 21% se debió a cáncer de cuello del útero, 16% a cáncer de mama, 14.1% a cervicouterino y 11.2% a cáncer de piel (Ver tabla 3).

Los datos respecto a la mortalidad indican que en México, del total de defunciones notificadas en el año 2001 el 13% se atribuyó a tumores malignos con una prevalencia de 55 por 100,000 habitantes. La tasa mayor de mortalidad se registró en el grupo de edad de 65 o más años, seguido del grupo de 45 a 64. La distribución proporcional de los decesos por género fue apenas mayor en el sexo femenino (52 contra 48%). Las tasas de mortalidad por

cáncer más elevadas en varones se debieron en enfermedad maligna de próstata (17.4), bronquios y pulmón (8.8), estómago (5.3), hígado (3.8) y páncreas (2.7). En las mujeres fueron las siguientes tumoraciones: cérvix y útero (15.5%), mama (14.6), estómago (4.6), hígado (4.5) y bronquios y pulmón (3.9) (Tirado-Gómez & Mohar, 2009).

Tabla 3. Morbilidad por cáncer en México de acuerdo con el sitio anatómico y género (2001)

Lugar	Causa	Total		Masculino		Femenino	
		N	%	N	%	N	%
1	Piel	14 010	13.6	6 500	18.2	7 510	11.2
2	In situ del cuello del útero	13 549	13.6	---	---	13 849	20.7
3	Mama	10 905	10.6	33	0.1	10 672	16.2
4	Cervicouterino	9 456	9.2	---	---	9 456	14.1
5	Próstata	5 912	5.5	5 912	16.6	---	---
6	Estómago	3 395	3.3	1 670	5.2	1 525	2.3
7	Linfoma no Hodgkin difuso	2 297	2.3	1 205	3.4	1 081	1.6
8	Ovario	2 230	2.3	---	---	2 230	3.5
9	Bronquios y pulmón	2 260	2.2	1 450	4.1	780	1.2
10	Colón	2 203	2.1	1 137	3.2	1 066	1.6
11	Vejiga urinaria	2 170	2.1	1 579	4.4	591	0.9
12	Glándula tiroides	1 942	1.9	363	1.0	1 579	2.4
13	Cuerpo del útero	1 731	1.7	---	---	1 731	2.6
14	Riñón	1557	1.5	872	2.4	705	1.1
15	Encéfalo	1514	1.5	812	2.3	702	1.0
	Todas las demás	27 506	26.7	16 816	39.1	13 503	19.6
Suma		102 657	100	35 697	100	66 980	100

El tratamiento para pacientes con cáncer es variado, existen tratamientos que incrementan la expectativa de vida y resultan en la remisión y en muchos casos la cura del cáncer, por ejemplo cirugía, radioterapia, quimioterapia, trasplante de médula ósea, terapia hormonal e inmunoterapia pero en ocasiones, la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial de estos pacientes puede quedar gravemente alterado debido a los diferentes síntomas derivados del tratamiento (dolor, náusea, fatiga), además problemas derivados de la enfermedad como dificultades financieras, en el empleo, hogar o con los hijos, así como preocupación familiar y dudas existenciales o espirituales (González, 2008).

De acuerdo a algunos autores, el cáncer es una de las enfermedades más temidas, la presencia de cáncer se interpreta como catastrófico y se asocia directamente a la idea de muerte, incapacidad, dependencia, problemas, desfiguro, además causa considerables distress en pacientes, familiares, cuidadores y profesionales de la salud (White & Macleod, 2002; Almanza-Muñoz & Holland, 2000).

El cáncer en las diferentes etapas (diagnóstico, tratamiento, fin del tratamiento, después del tratamiento, en la recurrencia y en la enfermedad terminal) es considerado como un proceso grave, complejo, de evolución y pronóstico inciertos que produce un gran impacto no solo físico sino también psicológico y social en el paciente, su entorno familiar y social (Grupo Madrileño de Psicooncología & Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2004). El paciente al enfrentarse con el cáncer no solo presenta el sentimiento radical de confirmación de la pérdida de salud, sino puede presentar diferentes pérdidas: de identidad, de control, de relaciones, de la imagen de sí mismo, del estilo de vida, de la capacidad de procreación y hasta de los proyectos vitales o a futuro (Meseguer, 2003).

Además de lo antes mencionado, los pacientes con cáncer presentan una gran morbilidad psiquiátrica, (ver tabla 4) la prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer van del 12 al 47%, de los cuales los trastornos adaptativos, y los trastornos del estado de ánimo son los que se presentan con mayor frecuencia (ver tabla 4) (Gil, Costa, Pérez, Salamero, Sánchez y Sirgo, 2008; Derogatis, Morroy, Fetting, Penman, Piasetsky, Schmale, et al, 1983; Ladan-Lottick, Vanderwerker, Block, Zhang y Prigerson, 2005). Un ejemplo es un estudio realizado con 400 pacientes oncológicos en España que indica que hasta el 24% presenta algún trastorno mental, de los cuales la mayoría (77.3%) presenta trastorno adaptativo, seguido de distimia (5.2%), trastorno depresivo mayor (4.1%), fobia específica (3.1%), trastorno de angustia con o sin agorafobia (2.2%) y trastorno de estrés

postraumático (2.2%), además, los autores encontraron una mayor presencia de trastornos mentales en pacientes con antecedentes psicopatológicos, radioterapia previa, tratamiento psicofarmacológico, baja capacidad funcional o índice de Karnofsky, bajo apoyo social y presencia de estreñimiento, dolor, insomnio y astenia (Gil, Costa, Pérez, Salamero, Sánchez & Sirgo, 2008).

Esta realidad exige un abordaje interdisciplinar en el cual el papel de los especialistas en salud mental en general y del psicólogo en particular es fundamental, para lograr la atención integral que el enfermo oncológico necesita (Grupo Madrileño de Psicooncología & Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2004).

Tabla 4. Morbilidad psiquiátrica en pacientes con cáncer

Trastorno	Gil (2008) *	Derogatis (1983)*	Kadan-Lottick (2005)
Trastornos adaptativos	77%	68%	-
Trastornos del estado de ánimo (depresión o síntomas depresivos)	9 %	13%	14%
Trastornos de ansiedad	10 %	4%	10.4%
Trastornos de personalidad	-	7%	
Dos o más trastornos	-	-	35%
Otros	4%	8%	-
Porcentaje total	24%	47%	12%

El InCan se encuentra ubicado en Av. San Fernando No. 22, Col. sección XVI Delegación Tlalpan, C.P. 14080 México, D.F. es un organismo descentralizado, dependiente de la Secretaría de Salud, que brinda atención médica especializada a enfermos oncológicos

siendo, además, un centro de referencia y órgano rector del cáncer en México. Es un hospital de tercer nivel que cuenta con servicios de consulta externa e internamiento y dirige sus acciones a la atención de pacientes no derechohabientes de la seguridad social, provenientes de todo el país y ha sido política institucional otorgar servicios con eficiencia, calidad y calidez, con enfoque multidisciplinario en los procesos de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y seguimiento, aunado a las funciones asistenciales como centro de enseñanza médica e investigación.

El InCan inició sus funciones en la época postrevolucionaria, con un dispensario médico llamado “Dr. Ulises Valdez” teniendo como antecedente lo que hoy es el Hospital de la Mujer. En pocos años, ese dispensario resultó insuficiente para atender la demanda de pacientes con cáncer, por lo que se vio la necesidad de transformarlo en una institución especializada en el cuidado y tratamiento de esta enfermedad. Así, el 25 de noviembre de 1946, bajo el régimen del Presidente General Manuel Ávila Camacho, por Decreto Presidencial, nació el InCan, transformándose y dando cabida a los servicios de Consulta Externa, Laboratorio, Rayos X y Patología, entre otros.

En 1980 el InCan cambió sus instalaciones al que actualmente ocupa en Av. San Fernando No. 22, Tlalpan. Desde ese tiempo cobraron importancia las nacientes áreas de Investigación Básica y Clínica. Desde el punto de vista del equipamiento, el instituto se colocó entre las mejores unidades oncológicas del país. Hoy el InCan es el centro oncológico mejor equipado de América Latina y de varios países de Europa y tiene reconocimiento internacional por su participación con Instituciones como el American Cancer Society, la Unión Internacional Contra el Cáncer, el MD Anderson Cancer Center y el National Cancer Institute de los National Institutes of Health en EEUU.

El InCan es el coordinador de 25 Centros Estatales de Cáncer, con lo cual, se ofrece una posibilidad única para diseñar programas y estrategias comunes para un mejor control del cáncer y alcanzar un impacto nacional al mejorar la prevención y la detención temprana reduciendo la morbi-mortalidad del cáncer en México. Tiene como misión desarrollar la atención médica enseñanza e investigación oncológica de excelencia en México. Su visión es ser líderes en la generación de estrategias para controlar el cáncer y reducir su impacto como problema de salud pública en México.

Debido al gran impacto que tiene esta enfermedad en diferentes áreas, surge la necesidad de un abordaje integral, del cual la psicooncología ha sido parte fundamental. La psicooncología se define como una sub-especialidad de la oncología que abarca dos dimensiones psicológicas concernientes al paciente con cáncer: 1) La respuesta emocional de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente en todas las diferentes etapas de la enfermedad (psicosocial) y 2) Los factores psicológicos, de comportamiento y aspectos sociales que pudieran influir en la morbilidad y la mortalidad de los pacientes con cáncer (Die trill, 2003).

El servicio de psico-oncología en México nace a principios de 1980 por iniciativa del psiquiatra Juan Ignacio Romero Romo quien con el apoyo del doctor Arturo Beltrán Ortega, que era cirujano oncólogo y director general del INCan y el apoyo de otros destacados oncólogos, paliativistas y psiquiatras, quienes firmaron convenios de entrenamiento a nivel de servicio social, práctica clínica y elaboraciones de tesis, con diversas facultades y escuelas de psicología, institutos, centros oncológicos (Alvarado, 2004). Actualmente el servicio de psicooncología cuenta con un programa asistencial, académico y empieza a incursionar en el campo de la investigación (Alvarado & Méndez, 2006).

2.1.1. Actividades realizadas

Como se mencionó previamente parte fundamental de las actividades académicas fue la supervisión, durante este año de la residencia en Medicina Conductual en el InCan. No se contó con supervisor académico pero si se tuvo como supervisor in situ al adscrito al servicio de psicooncología Dr. Salvador Alvarado, el cual fungía también como primera autoridad y quien fue asignado para brindar apoyo y atención a los alumnos de maestría. Bajo esta supervisión las actividades que realicé durante el primer año en el servicio de psicooncología fueron de 4 tipos: de atención psicológica, académicas, profesionales no programadas y de investigación, las cuales se describen a continuación.

2.1.1.1. Atención psicológica

La atención psicológica durante la rotación en el InCan consistió en 2 áreas principales atención en consulta externa y en hospitalización.

2.1.1.1.1. Atención en consulta externa

La primera rotación la realicé en el servicio de tumores gastrointestinales, en el área de oncología médica, posteriormente, tuve la posibilidad de entrar también a los consultorios de cirugía oncológica en el mismo servicio. La segunda rotación fue en el servicio de cabeza y cuello donde me fue posible colaborar tanto en la consulta de cirugía como en la consulta de foniatría. Mi colaboración en estos servicios iniciaba durante la consulta médica del oncólogo como observadora con el objetivo de identificar a los pacientes o cuidadores que durante la consulta presentaran alteraciones cognitivas, conductuales, emocionales o somáticas (por ejemplo depresión, ansiedad, falta de apego a tratamiento, sobrecarga, etc.) para después entrevistarlos o evaluarlos y brindarles la atención psicológica pertinente de acuerdo al modelo cognitivo-conductual usando técnicas como debate racional, entrenamiento en relajación, activación conductual (ver tabla 7), también atendí a los

pacientes o cuidadores referidos por adscritos, residentes o rotantes. No había un espacio físico específico destinado a la atención psicológica por lo que fue necesario atender a los pacientes en lugares como salas de espera, pasillos, escaleras o patio. En ocasiones fue posible usar algún consultorio siempre y cuando este estuviera desocupado.

2.1.1.1.2. Atención en hospitalización

Para atender a los pacientes hospitalizados buscaba diariamente al residente de primer año de cirugía o de oncología médica para saber si algún paciente presentaba alteraciones psicológicas que requirieran atención, por ejemplo ansiedad preoperatoria, dificultades familiares, problemas económicos o depresión. Si los doctores me reportaban interconsultas, era necesario acudir lo antes posible a piso para poder intervenir al paciente debido a que cuando solicitaban la atención era porque el paciente ya estaba generando dificultades al personal.

Durante este primer año atendí un total de 160 pacientes (123 pacientes, 12 familiares y a 25 pacientes junto con su cuidador primario), de los cuales 108 fueron mujeres y 52 hombres, todos ellos con una edad promedio de 52.1 años (DS=15.2). Del total de pacientes 31 solicitaron la atención, 94 fueron referidos y a 35 se le ofreció el servicio psicológico, 120 fueron atendidos en la consulta externa y 40 en hospitalización. La mayoría fueron pacientes con cáncer de colon, recto, gástrico, laringe e hipofaringe, cavidad oral, tiroides y vías biliares (ver tabla 5).

Tabla 5. Diagnósticos oncológicos de los pacientes atendidos

Diagnostico	No de pacientes
Ca. Colon	32
Ca. Recto	28
Ca. Gástrico	26
Ca. Laringe e hipofaringe	15
Ca. Cavidad oral y orofaringe	11

Ca. Tiroides	9
Ca. Vías biliares	6
Ca. Mama	5
Ca. Canal anal	4
Ca. Esófago	4
Ca. Unión esófago gástrica	4
Ca. Hígado	3
Ca. Lengua	2
Ca. Ojo	2
Ca. Riñón	2
Ca. Cervico-uterino	1
Ca. Indiferenciado	1
Ca. Páncreas	1
Ca. Uretra	1
Leucemia	1
Primario desconocido	1
Seminoma	1

Debido a que en el instituto únicamente se pueden aplicar pruebas psicométricas si el comité científico y de ética lo aprueban, no las apliqué y en su lugar usé la entrevista y escalas verbales análogas para obtener una impresión diagnóstica. En cuanto a diagnóstico psicológico, la mayoría de los pacientes atendidos presentó síntomas depresivos, síntomas ansiosos, trastorno adaptativo, trastorno depresivo mayor y falta de adherencia (ver tabla 6).

Tabla 6. Diagnósticos psicológicos de los pacientes atendidos

Diagnóstico	No pacientes
Síntomas depresivos	38
Síntomas ansiosos	35
Trastorno adaptativo	26
Trastorno depresivo mayor	15
Sin diagnóstico	8
Falta de adherencia	7
Duelo	5
Problemas familiares	5
Crisis	3
Dolor	3
Insatisfacción corporal	3
Insomnio	3
Problemas de pareja	2

Problemas económicos	2
Culpa	1
Distimia	1
Sobrecarga	1
Simulación	1
Trastorno esquizotípico	1

El tratamiento psicológico que llevé a cabo con mayor frecuencia fue el debate racional, especialmente lo usé en pacientes con síntomas ansiosos y depresivos y cuya característica principal eran las ideas irracionales. La ventaja de esta técnica es que es de menor duración que la reestructuración cognitiva, ya que se requería de una técnica breve para generar resultados inmediatos dada la dificultad de dar seguimiento a algunos pacientes. Otras técnicas que usé con frecuencia fueron psicoeducación, consejo psicológico, entrenamiento en relajación diafragmática, terapia cognitiva, activación conductual y acompañamiento terapéutico entre otras (ver tabla 7). Cabe mencionar que estas fueron las intervenciones principales, pero en ocasiones fue necesario en una sola sesión usar dos o más técnicas, por ejemplo, usar debate racional y entrenamiento en relajación, esto debido a la necesidad de optimizar recursos a causa de la presión del tiempo y a la dificultad de continuar con seguimiento en las sesiones.

Tabla 7. Técnicas psicológicas usadas con los pacientes atendidos

Técnica	No de Pacientes
Debate racional	59
Psicoeducación	17
Consejo psicológico	11
E. en relajación diafragmática	11
Terapia cognitiva	9
Activación conductual	7
Acompañamiento terapéutico	5
E. en asertividad	5
Intervención en crisis	5
Manejo de duelo	5
Balance decisional	4

E. en solución de problemas	4
Entrevista motivacional	4
Higiene de sueño	4
Tiempo fuera	3
Exposición progresiva	2
Imaginación guiada	2
Derivación	1
E. en HH SS	1
Manejo de culpa	1

De acuerdo al reporte verbal de los médicos adscritos el servicio que brindé durante este tiempo en el hospital, ayudó a mejorar su relación con los pacientes (los pacientes no llegaban tan tristes o enojados y tenían dudas más concretas), a disminuir el tiempo de consultas (cuando los pacientes entraban en crisis eran atendidos de inmediato por mí y ya no se quedaban en el consultorio médico hasta calmarse), les dio certeza de que se atendía el aspecto psicológico en los pacientes y sus cuidadores, mejoró la comunicación entre el equipo y con esto la comprensión del paciente en otras esferas aparte de la médica. Además los doctores mejoraron su habilidad para detectar necesidades psicológicas en los pacientes ya que antes de ingresar a los diferentes servicios se referían 2 pacientes por mes a atención psicológica y, después, ya referían en promedio 10 pacientes. Los pacientes por su parte reportaban al personal sentirse más y mejor atendidos por el equipo y en las intervenciones en general reportaban disminución de síntomas por ejemplo de ansiedad o depresión).

2.1.1.2. Actividades académicas

Como en cualquier institución de tercer nivel, las actividades académicas son de fundamental importancia, por lo cual durante la rotación en este primer año se tenían programadas varias actividades como las clases de médicos residentes, las sesiones generales o las clases de psicooncología (ver tabla 8).

Tabla 8. Programación de actividades diarias en el InCan

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7:00 – 8:00	Clase con residentes	Clase con residentes	Clase con residentes	Clase con residentes	Clase con residentes
8:00 – 8:30	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno	Desayuno
8:30 – 9:30	Hora de platica	Clase psicooncología	Sesión general	Caso clínico de psicooncología	Sesión general
9:30 – 10:00	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa
10:00 – 11:00	Consulta externa	Grupo de apoyo	Consulta externa	Consulta externa	Grupo de terapia CC
11:00 – 12:00	Consulta externa	Grupo de apoyo	Consulta externa	Consulta externa	Grupo de terapia CC
12:00 – 1:00	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa
1:00 – 2:00	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa	Consulta externa
2:00 – 3:00	Comida	Comida	Comida	Comida	Comida

2.1.1.2.1. Clase de médicos residentes

Estas clases se impartían en el auditorio del instituto de lunes a viernes de 7:00AM a 8:00AM. Las clases eran impartidas por residentes y coordinadas por otro residente de mayor jerarquía, con el objetivo de presentar los avances médicos más recientes en relación a diferentes tipos de tumores (gástricos, de cabeza y cuello, mama, urología, ginecología, piel y partes blandas, hematología, etc.) y sus tratamientos (cirugía, radioterapia, quimioterapia, etc.), también se presentaban casos clínicos. En estas clases solo participaba como oyente.

2.1.1.2.2. Sesión general

Las sesiones generales se presentaban los miércoles y jueves de 8:30 a 9:30. Eran impartidas por personal de diferentes instituciones o del mismo instituto, en los cuales se abordaban temas de interés sobre oncología, medicina y salud, en menos ocasiones sobre cultura y rara vez sobre psicología. Durante mi estancia en el hospital me fue posible participar en una ocasión en la sesión general presentando información sobre casos atendidos en el instituto desde el enfoque cognitivo-conductual (anexo 1).

2.1.1.2.3. Clases de psicooncología

Estas clases eran impartidas martes de 8:30 a 9:30 de la mañana. Los días martes los integrantes del servicio de psicooncología (psicólogos de servicio social, practicas, entrenamiento y de medicina conductual) teníamos que exponer, con base en un artículo, temas como historia de la psicooncología, sus aspectos básicos, el paciente con cáncer y sexualidad, trastornos psiquiátricos más frecuentes, el uso de psicofármacos, quimioterapia, cirugía, radioterapia, cáncer de mama, ginecológico, del sistema nervioso, de cabeza y cuello, de pulmón, de próstata, óseos, trasplante, sida, procesos psicoterapéuticos, aspectos familiares, pacientes terminales, cuidados paliativos, síndrome de burnout, entre otros. Los enfoques eran muy diversos y la calidad de las exposiciones y artículos también. Habitualmente las exposiciones de medicina conductual eran las de mayor calidad en cuanto a la información.

2.1.1.2.4. Caso clínico de psicooncología

Estas sesiones de casos clínicos eran impartidas los jueves de 8:30 a 9:30 de la mañana, eran coordinadas por los supervisores *ínsitu*, y se promovía la exposición de casos que impactaran emocionalmente al expositor, no había una estructura establecida, ni un

orden específico. Los casos siempre eran presentados por los integrantes del equipo de psicooncología previamente mencionados y con una gran variedad de enfoques terapéuticos. Los residentes de Medicina conductual tratábamos de apegarnos a criterios específicos que promueve la APA para la redacción y exposición de casos clínicos y siempre apegándonos al marco teórico cognitivo conductual, profundizando en los aspectos teóricos y científicos en la evaluación y selección del tratamiento.

Durante el año de residencia en el InCan asistí a un aproximado de 432 horas de clase, del total de horas el 56% correspondió a clases con los residentes, el 22% a sesiones generales y el 22% a clases de psicología en las que se incluyen también las sesiones de casos clínicos.

2.1.1.3. Actividades profesionales no programadas

Entre las actividades profesionales no programadas se encuentra la participación en el Centro de Apoyo para la Atención Integral (CAAI). Este centro forma parte del InCan y en él se promueven diversas actividades para que los pacientes con cáncer complementen el manejo médico y favorezcan la calidad de vida, por ejemplo sesiones informativas, terapia ocupacional, talleres, actividades físicas, actividades recreativas, terapia cognitivo conductual de grupo y grupos de apoyo. Yo solicité permiso para poder integrarme a las actividades de psicoterapia de grupo cognitivo conductual y al grupo de apoyo, esto debido a que tomando en cuenta que en el servicio de psicooncología no se proporcionaba este tipo de atención consideré que era una buena oportunidad para obtener experiencia y completar mi formación.

La psicoterapia de grupo cognitivo conductual tenía lugar los viernes a las 10:00 AM y concluía a las 12:00 era coordinada por una ex estudiante de medicina conductual. De inicio mi participación fue como cooterapeuta y posteriormente como coordinadora en

sesiones. Los grupos tenían siempre participantes nuevos y diferentes y acudían tanto pacientes como familiares, por lo cual, se abordaban temáticas muy diversas como comunicación asertiva, pensamientos irracionales, estrategias de afrontamiento, psicoeducación, solución de problemas, estilo de vida saludable, mitos sobre el cáncer, duelo, técnicas para manejo de estrés y adaptación a la enfermedad. En total, participé en 35 sesiones desde finales de junio del 2010 hasta febrero del 2011 y, en promedio, en cada sesión participaban 9 pacientes, habiendo en ocasiones un mínimo de 4 y un máximo de 19 pacientes. Se beneficiaron en promedio de 315 pacientes.

El grupo de apoyo tenía lugar los martes de 10:00 a 12:00 en el CAAl, y cumplía con diversas funciones como promover y generar redes de apoyo entre los pacientes con cáncer y sus familiares, ofrecer soporte emocional a los miembros mediante discusiones, brindar educación, compartir experiencias de personas en situaciones similares, promover estilos de afrontamiento adaptativos, brindar información en relación al cáncer o su tratamiento, aprender de experiencias propias y del resto de los participantes, promover relaciones horizontales, todo esto en una atmosfera de aceptación, entendimiento, confidencialidad, comprensión, seguridad, animo solidaridad y organización. En total participé en 33 sesiones desde finales de junio del 2010 hasta febrero del 2011, donde acudían en promedio 7 pacientes, habiendo en ocasiones un mínimo de 2 y un máximo de 11 personas. Se beneficiaron en promedio 231 pacientes.

2.1.2. Asistencia a eventos académicos

Durante mi residencia en el InCan, me fue posible participar en varios eventos académicos (ver tabla 9) que me ayudaron a actualizarme, a conocer nuevas e interesantes líneas de investigación con distintos tipos de pacientes y a intercambiar opiniones y críticas con otros profesionales sobre los trabajos o la información presentada.

Tabla 9. Asistencia a eventos académicos durante el primer año de la residencia

Fecha	Evento académico
Octubre 2009	Asistencia al XVII Congreso Mexicano de Psicología “La psicología del siglo XXI: ciencia al servicio de una sociedad en constante transformación”. Acapulco Guerrero (ver anexo 2)
Noviembre 2009	Participación en el 7º coloquio nacional y de investigación estudiantil en psicología con la ponencia: “Uso de un programa cognitivo conductual para disminuir síntomas depresivos, ansiosos y autoesquemas negativos: Estudio de caso. Los reyes Iztacala (ver anexo 3)
Junio 2010	Participación en el curso-taller internacional P.A.I.N. Management-State of Art Instituto Nacional de Cancerología (ver anexo 4)
Junio 2010	Impartición de taller “inducción a vivir en el extranjero” Facultad de Psicología a estudiantes de la UNAM (ver anexo 5)
2010-2011	Pharmed Solutions Institute Diplomado medicina para psicólogos Centro Médico Siglo XXI (ver anexo 6)
Febrero 2011	Participación en el simposio alteraciones de la imagen corporal en el paciente con cáncer de cabeza y cuello Instituto Nacional de Cancerología (ver anexo 7)

1.1.3. Evaluación del sistema de supervisión

Supervisor in situ: El supervisor in situ fue el Psicooncólogo Salvador Alvarado Aguilar y la Mtra. en Medicina Conductual Edith Rojas, ambos psicólogos adscritos al servicio de psicooncología en el instituto y su función era la supervisión clínica, evaluación del desempeño académico, la observación diaria del desempeño en general. A manera de sugerencia considero importante que haya más rotaciones y en un periodo de por lo menos un mes, aumentar las clases de psicología ya que la mayoría de las clases son médicas, también considero importante tener indicadores de desempeño y retroalimentación sobre el desempeño, creo que esto pudo haberme ayudado a mejorar mi práctica clínica en el hospital, además, es importante incluir exámenes que reflejen lo aprendido en las clases.

Supervisión académica: En el caso del Instituto Nacional de Cancerología durante el primer año de rotación no hubo supervisión académica. Una forma de suplir esta necesidad eran reuniones frecuentes del equipo completo de residentes de medicina para resolver dudas o comentar casos. En estos casos también se acudía al tutor principal el Dr. Horacio Oscar Quiroga, quien resolvía dudas y proporcionaba artículos o material de apoyo cuando había dudas. Otra persona que fungió como supervisor fue el Mtro. Leonardo Reynoso, quien por medio de correos electrónicos o cuando era posible en persona resolvía dudas y proporcionaba artículos o material de consulta en relación a las dudas específicas. A manera de sugerencia considero importante que se cuente con un supervisor académico pues en ocasiones era complicado el abordaje de algunos casos.

1.1.4. Competencias profesionales alcanzadas

De acuerdo al programa de la residencia en medicina conductual el egresado debe desarrollar capacidades requeridas para el ejercicio de la profesión en escenarios médicos desde una perspectiva multidisciplinaria. Entre las competencias y habilidades que considero haber adquirido durante este año de residencia en el InCan se encuentran:

- *Capacidad de adaptación al ambiente médico.* Está habilidad se vio reflejada en la rotación realizada en el servicio de cirugía de cabeza y cuello, conocido por ser un servicio muy complicado, pues no aceptan el trabajo del psicólogo y muchos de los compañeros solicitaron cambiar de servicio después de un par de semanas, debido a que no toleraban el ambiente. En mi caso me pude adaptar muy bien, logré que el personal respetara mi trabajo y pude atender a varios pacientes, inclusive referidos por el personal médico.
- *Desarrollo de estrategias de evaluación y diagnóstico de problemas y necesidades psicosociales en el paciente oncológico.* Debido a la imposibilidad de aplicar pruebas

psicométricas en el InCan, me vi en la necesidad de desarrollar mis propias estrategias de evaluación y diagnóstico usando, por ejemplo, observación directa, check list, escalas análogas, autorregistros y análisis funcional, entre otros.

- *Diseño de estrategias de intervención.* Esta habilidad es de fundamental importancia, ya que el tipo de pacientes en la institución era muy diversa, por lo cual, las estrategias de intervención se tenían que diseñar y adaptar de acuerdo a las características y condición médica del paciente, para lo que el análisis funcional fue de gran ayuda.
- *Desarrollo e implementación de estrategias de solución de problemas relacionados con la salud.* Las estrategias implementadas ayudaron, por ejemplo, a mejorar el apego a dieta, a cuidados post-quirúrgicos, a disminuir factores conductuales de riesgo, a controlar problemas económicos que pudieran dificultar la asistencia del paciente a sus consultas o a continuar con la quimioterapia.
- *Habilidades para la colaboración interdisciplinaria para el manejo de pacientes.* Esta habilidad se vio reflejada en la relación estrecha y constante comunicación con el personal del área de medicina, enfermería y trabajo social para poder atender brindarle mejor atención al paciente.
- *Compromiso con la calidad de la atención psicológica de los pacientes.* Durante mi estancia en la maestría, me di cuenta lo importante que puede llegar a ser la atención psicológica y el gran impacto que puede tener en diferentes áreas, particularmente la salud, lo cual generó un compromiso muy grande, lo que me ha motivado a tomar cursos, asistir a congresos y conferencias, a supervisar casos complicados y revisar publicaciones recientes sobre intervenciones.
- *Actitud ética hacia el ejercicio de la profesión.* Considero que durante este año me conduje respetando los principios de ética que promueve la Sociedad Mexicana de Psicología, por ejemplo, el principio de beneficencia y no maleficencia, el principio de

integridad, de justicia, de respeto y dignidad de las personas. Esta actitud se vio reforzada al ver que otros supuestos “profesionales de la salud” no respetaban estos principios y podían generar sufrimiento y complicaciones al paciente.

- *Reconocimiento de limitaciones a nivel académico y clínico y compromiso para la mejora de esas limitaciones.* Creo que esta habilidad se adquirió, principalmente, por medio de mis profesores, supervisores y compañeros, quienes a pesar de tener un excelente dominio de la psicología siempre tenían la humildad para reconocer errores y limitaciones y un fuerte compromiso para superarse, ver esta actitud me ayudó a ser así en mi práctica cotidiana.
- *Habilidades para realizar intervenciones grupales.* Considero que durante este año y por medio del aproximadamente 60 sesiones en el CAAI, adquirí habilidades para definir y analizar problemas en el grupo, para planificar y aplicar de programas de tratamiento grupales, y capacidad para organizar, integrar, dirigir y controlar grupos terapéuticos y evaluar sus resultados, todo esto bajo el modelo cognitivo conductual.
- *Habilidades para el desarrollo de proyectos de investigación.* Esta habilidad se ve reflejada en el desarrollo del proyecto de investigación titulado: Impacto de un programa de tratamiento cognitivo conductual para reducir estrés en pacientes con cáncer colorrectal: estudio piloto, el cual fue aceptado por el comité científico y de ética del InCan (ver anexo 8), además de la colaboración en otros proyectos de investigación.
- *Compromiso de actualización constante y permanente.* El instituto, la UNAM y los docentes de la maestría promueven entre sus valores fundamentales la excelencia y estar en un ambiente rodeado de médicos que todo el tiempo se están actualizando para lograr la excelencia me ha motivado para actualizarme, para también, estar a la altura, esto se refleja en la asistencia a 72 horas de cursos adicionales a los programados por la maestría (ver anexo 4 y 6).

1.1.5. Conclusiones y sugerencias

La rotación durante este primer año en el InCan me permitió un gran aprendizaje; con los elementos teóricos adquiridos durante este año y el semestre previo y las actividades como parte de la practica en el instituto, me fue posible adquirir una serie de habilidades y competencias que han fortalecido las bases para un buen desarrollo académico y profesional, lo que ha repercutido en la atención brindada a los pacientes atendidos en la institución.

Además, este primer año de actividad clínica permitió el enfrentamiento a distintos retos que hicieron posible un crecimiento tanto a nivel personal como a nivel profesional y aumentaron el deseo de continuar la preparación y la capacitación para también poder mejorar la atención a los pacientes.

En este proceso también fue de vital importancia las horas de seminarios, talleres, revisiones de estudios de caso, sesiones clínicas y bibliográficas así como el apoyo de los tutores, maestros, supervisores y compañeros quienes también enriquecieron el trabajo realizado durante la práctica en el hospital.

1.2. Segundo año de residencia: instituto nacional de ciencias médicas y nutrición salvador zubirán; servicio de neurología y psiquiatría

El INCMNSZ fue fundado por el Dr. Salvador Zubirán, quién en 1944 inició la modernización del Servicio de Enfermedades de la Nutrición del Hospital General de la Ciudad de México y su inauguración formal fue el 12 de octubre de 1946 con el nombre de Hospital de Enfermedades de la Nutrición. En el año 2000 se cambia el nombre de Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán por el de Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, nombre que refleja más adecuadamente las actividades de

atención médica, investigación y enseñanza que ahí se desarrollan en el ámbito de la medicina interna, la cirugía y la nutrición.

El INCMNSZ es una institución médica de tercer nivel que, desde su fundación, se le ha considerado como una institución médica modelo en la que las actividades de asistencia, enseñanza e investigación han sido los ejes de su actividad lo que ha ayudado a que se convierta en una institución líder de la medicina mexicana.

En esta institución se atienden enfermedades complejas del área de medicina interna y cirugía que no pueden ser resueltas en otras instituciones, por ejemplo:

- Enfermedades de glándulas endócrinas y metabólicas
- Enfermedades digestivas.
- Enfermedades del hígado y páncreas.
- Enfermedades del riñón y vías urinarias.
- Enfermedades genéticas en adultos.
- Enfermedades hematológicas.
- Infecciones crónicas.
- Enfermedades reumáticas.
- Cirugía de abdomen y de glándulas endócrinas
- Trasplantes

El INCMNSZ es Institución nacional de salud que realiza investigación, docencia y asistencia de alta calidad, con seguridad, honestidad, responsabilidad y compromiso social, en un marco de libertad y lealtad, al servicio del ser humano y su entorno y, tiene como visión ser una institución de salud líder nacional e internacional por la excelencia en la

asistencia, docencia e investigación con una red de centros afiliados que apliquen el mismo modelo integrador. Su plan estratégico tiene los siguientes objetivos:

- Proporcionar atención médica especializada, integral y de alta calidad a población adulta.
- Ampliar la participación y repercusión de las actividades sustantivas a nivel nacional.
- Formar recursos humanos al más alto nivel científico y técnico, con actitud ética y responsabilidad social.
- Proporcionar asesoría a los sectores público, social y privado, en las áreas de su competencia.
- Fortalecer la participación del Instituto en la educación continua para profesionales de la salud y en la educación para la salud de la población.
- Fortalecer los programas de investigación y de innovación tecnológica que contribuyan al desarrollo del conocimiento o al bienestar social.
- Desarrollar un modelo de administración integral innovador que fortalezca las actividades.
- Impulsar un modelo de desarrollo organizacional innovador que favorezca el desempeño óptimo y seguro de las actividades institucionales.

El instituto consta de una consulta externa, 120 camas para internación, servicios de laboratorios y gabinetes y diferentes departamentos médicos como endocrinología, gastroenterología y hematología.

Uno de los servicios interconsultantes del instituto es el servicio de de Neurología, psiquiatría y psicología. El tipo de psiquiatras que laboran en esta institución se conocen como psiquiatras de enlace. La psiquiatría de enlace estudia las manifestaciones psiquiátricas asociadas con enfermedades somáticas y aquellas manifestaciones somáticas asociadas con enfermedades psiquiátricas, se encarga de la relación entre psiquiatría y

medicina (Castro-Manglano & Sarraís, 2010). La psiquiatría de enlace surge desde que por primera ocasión Barrett propone el término “enlace” en 1922 para describir lo que el psiquiatra hace en relación a la medicina y a los problemas psicosociales (Lipsitt, D. R. 2004). En el INCMNSZ los inicios de la psiquiatría de enlace surgen en 1972 cuando, tras la aprobación del Dr. Salvador Zubirán se funda el departamento de medicina psicológica por los doctores Arturo Fernández Cerdeño, José Luis Salinas y Lauro Estrada Inda, todos psicoanalistas. Posteriormente el proyecto de medicina psicológica estableció vínculo con el personal médico y los pacientes de la recién implantada psiquiatría de enlace también poco conocida en México por medio de grupos Balint, después se amplió el campo de trabajo para ver pacientes que formaban parte del personal de la institución como de consulta externa como de hospitalización referidos por todas las especialidades de instituto.

2.2.1. Actividades realizadas

Durante este segundo año de la residencia en Medicina Conductual fui la única residente de Medicina Conductual asignada al área de psicología. Las adscritas son la Dra. Sofía Sánchez Román y la Psic. Lorena González de Jesús quienes fungían como supervisoras insitu y como supervisor académico. Se contó con el apoyo del Mtro. Edgar Landa. Durante este año la participación en el servicio de psicología como parte del área de neurología, psiquiatría de enlace y psicología incluía diferentes actividades en un horario aproximado de 8:00AM a 3:00PM: rotaciones, actividades académicas, profesionales no programadas y de investigación. En ocasiones el horario podía extenderse e iniciar desde las 7:00AM o por la tarde hasta las 5:00 o 6:00 PM debido a la gran carga de trabajo y a la demanda de la atención del servicio de medicina conductual por parte del departamento de psiquiatría (ver tabla 10).

2.2.1.1. Rotaciones

Como parte de las actividades en el instituto tenía que rotar en diferentes servicios, esto, con la intención de integrarme al equipo interdisciplinario en la evaluación de pacientes, detección de necesidades e intervenciones psicológicas. Las rotaciones se realizaban tanto con psiquiatras de enlace como con psicólogos. A continuación se detallan ambos tipos de rotación.

Tabla 10. Programación de actividades diarias en el INCMNSZ

HORA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00 – 9:00	Evaluación protocolo	Consulta externa	Clase de psiq. de enlace	Consulta externa	Sesión general
9:00 – 10:00	Sesión bibliog. con psiq.	Consulta externa	Rotación	Consulta externa	Rotación
10:00 – 11:00	Rotación	Consulta externa	Rotación	Consulta externa	Rotación
11:00 – 12:00	Rotación	Consulta externa	Rotación	Consulta externa	Rotación
12:00 – 1:00	Rotación	Consulta externa	Rotación	Consulta externa	Rotación
1:00 – 2:00	Clase de metodología y estadística	Revisión de artículos de psicología	Reunión con supervisor académico	Revisión de casos clínicos de psiquiatría	Revisión de casos clínicos de psiquiatría
2:00 – 3:00	Hora de comida	Hora de comida	Hora de comida	Hora de comida	Hora de comida

2.2.1.1.1. Rotaciones con psiquiatras de enlace

En estas rotaciones me integraba a las actividades con los adscritos y rotantes, todos psiquiatras y realizaba junto con ellos el pase de visita o acudía con ellos a la consulta externa, donde se realizaban entrevistas, evaluaciones, detección de necesidades y se decidía sobre el tratamiento, etc. A continuación se describe la rotación en los diferentes servicios de psiquiatría.

- Trastornos de la conducta alimentaria: El psiquiatra adscrito en la consulta externa y en hospitalización realizaba entrevistas de primera vez y subsecuentes a las pacientes con bulimia, anorexia o trastorno por atracón, esto para diagnosticar y tratar las posibles comorbilidades psiquiátricas pudieran presentar las pacientes. Yo participaba también en la entrevista para complementar la información.
- Trasplantes: El psiquiatra valoraba a los pacientes candidatos a trasplante (de riñón, hígado, medula) y a sus donadores. El objetivo principal era identificar la existencia de trastornos que dificulten el apego a tratamiento o los cuidados post-trasplante. Mi participación era también en las entrevistas apoyando a los psiquiatras para brindar una comprensión más integral del caso desde el análisis funcional. En casos donde no había apego a tratamiento o era necesaria alguna intervención se me referían los pacientes para darles seguimiento.
- Terapia intensiva: En esta rotación el equipo de psiquiatras realizaban evaluaciones para detectar alteraciones en los pacientes internados en la unidad de terapia intensiva por ejemplo delirium además implementaban medidas farmacológicas para su tratamiento. Mi participación consistía también en la evaluación (supervisada) y en la aplicación de medidas no farmacológicas para el control de delirium, además de identificar diferentes clases de alteraciones que los pacientes pudieran presentar por ejemplo ansiedad.
- Obesidad: La psiquiatra de este departamento realizaba valoraciones a los candidatos a cirugía bariátrica para identificar alteraciones psiquiátricas o psicológicas que pudieran dificultar el apego a las indicaciones postquirúrgicas. Mi participación se limitaba a complementar las entrevistas para comprender mejor el caso y a veces atender pacientes.
- VIH: En esta rotación los psiquiatras atendían interconsultas de pacientes con VIH y mi participación era en la entrevista y no en el tratamiento de los pacientes pues estos eran

atendidos por las psicólogas de medicina conductual, sin embargo yo tenía que estar al pendiente del trabajo de mis compañeras para informar a los psiquiatras.

2.2.1.1.2. Rotaciones en psicología

- Neuropsicología: En este servicio la neuropsicóloga realizaba evaluaciones neuropsiquiátricas a pacientes geriátricos, en esta rotación pude evaluar a varios pacientes e incluso sugerir intervenciones para varios pacientes con deterioro cognitivo y para sus cuidadores.
- Clínica de sueño: En este servicio las psicólogas realizan polisomnografías para detectar y tratar alteraciones del sueño en los pacientes. Durante la rotación participé en las entrevistas a pacientes con Apnea del sueño y que usan CPAP, además me encargaba de la evaluación de factores de riesgo para apego a tratamiento en estos pacientes.
- Clínica de obesidad y trastornos de la conducta alimentaria: Las psicólogas de este servicio solo evalúan a los pacientes para protocolos pero no se les brinda tratamiento alguno, más bien son derivados a instituciones donde se les proporciona tratamiento psicoanalítico. En esta rotación solo ingresé a presenciar las sesiones de evaluación.

2.2.1.2. Atención psicológica

La atención psicológica consistió en 2 áreas de atención: consulta externa y hospitalización

2.2.1.2.1. Atención en consulta externa

El tiempo que medicina conductual tenía asignado para la consulta externa era martes y jueves de 8:00AM a 1:00PM en el área de consulta externa de psicología. Este espacio atendí a los pacientes que los psiquiatras de enlace, residentes o médicos referían para terapia cognitivo conductual, para evaluar usé una entrevista diseñada por mí (anexo

9), esa información ayudaba en llenado del formato de mapa clínico de patogénesis y de alcance de metas (anexo 10) y usaba inventarios como Hospital Anxiety and Depression Scale (anexo 11), entre otros. Yo atendí a un total de 45 pacientes con una edad promedio de 47.7 años, teniendo cada paciente un promedio de 7 consultas. En total se proporcionaron 312 sesiones lo que representa el 50.9% del total de las sesiones de consulta externa que proporcionó el servicio (sin contar técnicas de relajación grupales ni pacientes de protocolo). Los diagnósticos médicos más frecuentes fueron SAOS, diabetes, obesidad, cáncer y lupus (ver tabla11).

Tabla 11. Diagnósticos médicos de los pacientes que atendí en consulta externa

Diagnostico	No de pacientes
SAOS	12
Diabetes	6
Cáncer	4
Obesidad	3
Lupus	2
Intestino corto	1
Síndrome de klinefelter	1
Huntington	1
Hipotiroidismo	1
Osteomielitis crónica	1
Litiasis vesicular	1
VIH	1
Gastritis	1
Trombofilia	1
EPOC	1
Fibromialgia	1
Miastenia gravis	1
Reflujo gastroesofágico	1
Hipertensión primaria	1
Cirrosis	1
Hepatitis	1
IRC	1
Gastritis	1

Los diagnósticos psiquiátricos y/o psicológicos más frecuentes de los pacientes que atendí fueron: falta de apego a tratamiento, trastorno depresivo mayor, síntomas depresivos, trastorno de ansiedad generalizada y síntomas ansiosos (ver tabla 12). De los 45 pacientes atendidos 8 presentaron comorbilidad psiquiátrica siendo síntomas ansiosos y depresivos la principal comorbilidad. Entre las técnicas más usadas para el tratamiento de estos diagnósticos fueron, psicoeducación, terapia cognitiva, manejo de contingencias, activación conductual, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en solución de problemas, etc. La principal ventaja de la consulta externa era que se le podía dar seguimiento al paciente, pues se les asignaban citas semanales, eso ayudaba a seleccionar el mejor tratamiento para el paciente sin las limitaciones que exige el tiempo en escenarios como hospitalización.

En total, de los 45 pacientes atendidos 21 (47%) fue dado de alta con mejoría clínica de acuerdo a los instrumentos aplicados, 13 pacientes (29%) fueron dados de baja pues dejaron de acudir a tratamiento, 6 pacientes (13%) fueron referidos a otras instituciones y 5 pacientes (11%) les dio seguimiento mi compañera de medicina conductual que entró después de mí al servicio.

Tabla 12. Diagnósticos psicológicos de los pacientes que atendí en consulta externa

diagnóstico	No pacientes
Falta de apego a tratamiento	15
Trastorno depresivo mayor	9
Síntomas depresivos	7
Trastorno de ansiedad generalizada	5
Síntomas ansiosos	3
Problemas de conducta	1
Fobia social	1
Trastorno bipolar 1	1
Trastorno adaptativo	1
Fobia específica	1
Problemas de relación	1

2.2.1.2.2. Atención en hospitalización

En el caso de la atención a pacientes hospitalizados no había como tal un horario asignado, lo usual era atender a los pacientes por las tardes y en algunas ocasiones en espacios libres, por ejemplo, cuando los pacientes de consulta externa no acudían. Los pacientes regularmente eran referidos por adscritos de psiquiatría de enlace, residentes o rotantes, en otras ocasiones durante las rotaciones y el análisis de casos, se le proponía a los residentes y adscritos diferentes intervenciones que pudieran beneficiar al paciente; habitualmente los médicos aceptaban la propuesta y se procedía a visitar al paciente a piso o a terapia intensiva dependiendo el caso.

Durante este año atendí a un total de 47 pacientes hospitalizados y proporcioné un total de 91 sesiones, con un promedio de 2 sesiones por paciente. Del total de consultas del departamento de psicología en hospitalización el 35% se llevó a cabo por mí. Los diagnósticos médicos más frecuentes fueron Cáncer, insuficiencia renal crónica, lupus, diabetes, trasplantados y varios síndromes (ver tabla 13).

Tabla 13. Diagnósticos médicos de los pacientes que atendí en hospitalización

Diagnostico	No de pacientes
Cáncer (excepto leucemia)	11
Leucemia	8
Insuficiencia renal crónica	3
Lupus	3
Diabetes	2
Trasplantados	2
Pérdida de peso en estudio	1
Penfigo vulgar	1
Anorexia	1
Cirrosis	1
Dolor	1
Hepatitis	1
Herida por arma de fuego	1

histoplasmosis	1
Neuralgia post-herpética	1
Obesidad	1
Oclusión intestinal	1
SAOS	1
SIDA	1
Síndrome de dress	1
Síndrome de anticuerpos antifosfolipidos	1
Síndrome de Gillian Barré	1
Síndrome de Sjögren	1
Síndrome de Vic	1

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos que los pacientes presentaron con más frecuencia están: síntomas ansiosos, trastorno depresivo mayor, síntomas depresivos, trastorno adaptativo, dolor, crisis de angustia y delirium entre otros (ver tabla 14). Las técnicas que usé con mayor frecuencia fueron debate racional, activación conductual, entrenamiento en asertividad, entrenamiento en relajación, balance decisonal, psicoeducación, counseling, entrevista motivacional y duelo.

Tabla 14. Diagnósticos psicológicos de los pacientes que atendí en hospitalización

Diagnostico	No de pacientes
Síntomas ansiosos	10
Trastorno depresivo mayor	8
Síntomas depresivos	6
Trastorno adaptativo	6
Dolor	4
Crisis de angustia	2
Delirium	2
Ansiedad preoperatoria	1
Duelo	1
Estrés	1
Falta de apego a tratamiento	1
Insomnio	1
Irritabilidad	1
Poca conciencia de enfermedad	1
Problemas familiares	1
Trastorno borderline	1

2.2.1.3. Actividades académicas

2.2.1.3.1. Sesiones bibliográficas con psiquiatría

Estas sesiones consisten en la selección de temas relacionados con psiquiatría de enlace. Por mes se selecciona un tema, las tres primeras semanas se presentan exposiciones del tema y se detalla la presentación de un artículo (con 5 años de antigüedad como máximo) y la última semana, se presenta un caso. A mí me correspondió la exposición de dos temas en el año. Además, participé activamente en las sesiones para complementar las exposiciones desde la perspectiva de medicina conductual. En total acudí a 48 sesiones bibliográficas.

2.2.1.3.1. Clase de metodología

Estas clases eran proporcionadas por la supervisora insitu. Se revisaban temas de metodología de investigación, estadística y uso de SPSS aplicado a psicología. En estas clases hicimos prácticas con bases de datos para comprender mejor los temas. En total acudí a 38 clases de metodología.

2.2.1.3.3. Revisión de artículos de psicología

Estas clases eran coordinadas por una adscrita donde se presentaban exposiciones de artículos de investigación de aspectos como personalidad, trastornos psiquiátricos, psicología hospitalaria, y psiquiatría de enlace. En las clases tanto residentes como voluntarios y alumnos de servicio social teníamos que exponer, yo expuse en 7 ocasiones pero en todas las sesiones tuve que participar. En total asistí a 41 sesiones de revisión de artículos.

2.2.1.3.3. Clase de psiquiatría de enlace

Estas clases eran impartidas por adscritos del instituto o de otras instituciones reconocidas por su experiencia en el tema. Se presentaron módulos como clinimetría en hospital general, delirium, unidad de terapia intensiva, psicofarmacología, dolor crónico, paidopsiquiatría, ginecoobstetricia, geriatría, reumatología, trastornos somatomorfos, gastroenterología, endocrinología, neurología, VIH, trastornos de la conducta alimentaria, trasplantes, cardiología, cuidados paliativos, trastornos del dormir, dermatología y psicoterapia. En total acudí a 44 clases de psiquiatría de enlace y mi participación se limitó a preguntar dudas al final de la clase.

2.2.1.3.5. Revisión de casos clínicos con psiquiatría de enlace

Era como una especie de entrega de guardia donde se discutían los casos vistos diariamente durante el pase de visita. Esté se realizaba diariamente pero yo solo acudía dos veces por semana. En estas sesiones se intercambian opiniones con base en la revisión de literatura y mi participación era importante, pues orientaba para mejorar el manejo terapéutico del paciente y ahí surgían interconsultas que debía atender en hospitalización. Acudí aproximadamente a 76 revisiones de casos, exponiendo en 7 ocasiones.

2.2.1.3.6. Sesión general

Durante estas sesiones cada uno de los departamentos del instituto presentaban las actividades clínicas que realizaban, presentaban casos de difícil manejo médico, también presentaban los protocolos de investigación que realizaban. En total acudía a 45 sesiones generales.

2.2.1.3.7. Reuniones con supervisor académico

Durante las reuniones con supervisor académico revisábamos temas relevantes para el equipo de medicina conductual nuestro trabajo clínico y académico, también revisábamos los avances en el reporte de titulación. Acudí aproximadamente a 30 reuniones con el supervisor académico y expuse en 3 ocasiones.

2.2.1.4. Actividades Profesionales no programadas

En este año no hubo tantas actividades profesionales no programadas, únicamente acudí a un curso de metodología de la investigación con una duración de 15 horas impartido en el departamento de neurología por uno de los adscritos. También participé en un protocolo de evaluación de pacientes con apnea de sueño, realicé entrevistas y aplicación de pruebas psicométricas como SCID; HAD; MMPI.

2.2.1.5. Asistencia a eventos académicos

Durante la residencia en el INCMNSZ me fue posible participar en varios eventos académicos nacionales e internacionales (ver tabla 15), en este año mi participación fue más activa pues fui ponente en la mayoría ya sea como autora principal o colaboradora.

2.2.2. Evaluación del sistema de supervisión

Durante este año el sistema de supervisión fue mucho más completo que el año previo, pues se contó con el tutor principal quien siempre estuvo muy pendiente de las actividades clínicas y académicas y proporcionó su apoyo en todo momento. También se contó con dos supervisoras in situ quienes a pesar de no tener formación cognitivo conductual tenían conocimientos al respecto y mucha experiencia por lo que las sesiones de supervisión eran completas y con diferentes puntos de vista para la mejora de habilidades.

Otro aspecto importante fue el apoyo del supervisor académico quien cada semana ayudaba en la realización del reporte de titulación, promovía clases en áreas que el equipo de medicina conductual consideraba importantes y clases que él consideraba de importancia para la práctica clínica. Otra forma de supervisión que no se encuentra contemplada por el programa de maestría en el INCMNSZ fue la supervisión por parte del grupo de adscritos quienes supervisaban clases y actividades realizadas con sus pacientes, además de retroalimentar sobre el manejo de casos.

Tabla 15. Asistencia a eventos académicos durante el segundo año de la residencia

Fecha	Evento Académico
Mayo 2011	Participación como asistente y ponente en el 5º Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud “Hacia la humanización del cuidado de la salud” con los carteles “tratamiento cognitivo-conductual de una paciente oncológica con trastorno adaptativo crónico con ansiedad: estudio de caso”, “impacto de una intervención cognitivo-conductual en un paciente con cáncer de pulmón: estudio de caso” y “Evaluación psicosocial orientada a pacientes candidatos a cirugía bariátrica”. Universidad Veracruzana
Agosto 2011	Participación como asistente y ponente en Sesión General con el tema “Experiencia de la Terapia Cognitivo-Conductual individual y grupal para la disminución de los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer” Instituto Nacional de Cancerología
Agosto 2011	Participación como asistente y ponente en el 2º Coloquio Nacional de Psicooncología con el tema “El papel de la medicina conductual en el paciente oncológico: Caso clínico” Instituto Nacional de Cancerología
Septiembre 2011	Participación como ponente en el programa “Educación para pacientes con cáncer” con el tema “asertividad” Instituto Nacional de Cancerología
Septiembre 2011	Participación como ponente en el European Multidisciplinary Cancer Congress con el cartel titulado “Quality of life and stress in patients with colorectal cancer before starting chemotherapy” Estocolmo Suecia

2.2.3 Competencias profesionales alcanzadas

- *Selección, elaboración, aplicación y manejo de distintas técnicas y herramientas para realizar diagnósticos precisos y adecuados en pacientes medicamente enfermos.* Se usaron instrumentos como Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), inventario de depresión de Beck, Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA), Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, escalas visuales análogas, además de una entrevista inicial diseñada por mí para facilitar la realización del análisis funcional (ver anexo 9)
- *Seleccionar técnicas y procedimientos de intervención sustentadas en el modelo de psicología basada en evidencia.* Esta habilidad se adquirió debido a los constantes debates con los psiquiatras, pues ellos, como médicos y adoptando el modelo de medicina basada en evidencia solo tomaban en cuenta mi opinión si la fundamentaba en revisiones de la literatura.
- *Generar, adaptar y desarrollar intervenciones psicológicas en los diferentes niveles de atención (primario, secundario, terciario).* Aunque esta competencia fue adquirida en el año previo, considero que se mejoró en este año, pues la gran variedad de pacientes, con una gran cantidad de comorbilidades médicas en ocasiones poco conocidas me obligaba a generar intervenciones de acuerdo al análisis funcional y a desarrollarlas en situaciones muy complicadas, esto se vió reflejado en el alta por mejora clínica del 47% de los pacientes atendidos en consulta externa.
- *Capacidad para transmitir conocimiento adquirido en diferentes escenarios como clases, congresos, ponencias, sesiones con médicos y psiquiatras.* Esta competencia se vió reflejada en las clases presentadas en las sesiones de psiquiatría y psicología (13 clases) donde en general la evaluación fue buena, también en la participación en diferentes congresos (3 congresos, 1 sesión general y 1 programa para pacientes), y en

el inicio de mi etapa como docente en la Universidad del Valle de México con la materia de intervención psicológica en pacientes terminales.

- *Compromiso con el quehacer científico como vía al conocimiento.* En el Instituto y por medio de mi práctica cotidiana y la revisión de literatura me di cuenta de la importancia que tiene la literatura científica en la toma de decisiones clínicas para una mejor atención al paciente, el observar esto me hizo comprometerme y desarrollar interés por la investigación en escenarios clínicos. Esta competencia se ve reflejada en la publicación de 3 artículos con mi participación titulados: programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato (Escoto, Camacho, Rodríguez & Mejía-Castrejón, 2010), avances hacia una psicología científica en oncología (Mejía-Castrejón, Rojas-Castillo, Balarezo-Jaramillo, Núñez-Valencia & Carrillo-Navarrete, 2011) y modelo de resolución de problemas; caso clínico (Núñez-Valencia, Rojas-Castillo, Lozano-Zavaleta, Mejía-Castrejón, & Carrillo-Navarrete, 2011) cuya portada se puede ver en los anexos 12, 13 y 14 respectivamente.
- *Habilidades para la participación en equipos interdisciplinarios.* Está habilidad fue adquirida debido a la constante colaboración con el equipo de psiquiatría de enlace, los médicos, enfermeras y trabajadores sociales.

1.2.4. Conclusiones y sugerencias

Este año en particular fue un año sumamente enriquecedor, en general el INCMNSZ me parece una excelente sede y considero que aporta mucho a la adquisición de conocimientos y la práctica clínica de los estudiantes de medicina conductual. Durante este año hubo muchas oportunidades de aprendizaje, atendí a una gran cantidad de pacientes (aproximadamente 100 pacientes) proporcionando más de 400 sesiones, lo que permitió poner en práctica mayores herramientas. También se atendieron a pacientes con una gran

variedad de padecimientos médicos por ejemplo obesidad, diabetes, insuficiencia renal, pénfigo vulgar, trombofilia, etc. lo que me ayudó a generar estrategias de tratamiento más específicas con ayuda el análisis funcional y me permitió un mayor dominio y comprensión de la correlación entre alteraciones psicológicas y psiquiátricas y enfermedades.

Otro aspecto de importancia fue que tuve la posibilidad de atender pacientes hospitalizados y también en consulta externa con las ventajas de intervenciones en ambos casos, en el primer caso, por ejemplo, fue necesario desarrollar e implementar intervenciones breves pues como se comentó previamente el promedio de sesiones eran 2, por lo que se tenían que dar resultados rápidos con intervenciones breves, en el caso de la consulta externa la ventaja era que se les podía dar seguimiento a los pacientes, había la posibilidad de aplicar técnicas más completas, solicitar registros conductuales o de pensamientos, vigilar los avances y la mejoría del paciente.

Un aspecto más que consideró fundamental para mi proceso de aprendizaje fueron las ocho rotaciones que realicé, creo que estas me permitieron adquirir un gran conocimiento respecto a distintas poblaciones de pacientes, a su manejo médico y psiquiátrico, además, me permitieron desarrollar habilidades para comunicarme tanto con médicos como con psiquiatras para interactuar en un equipo interdisciplinario, lo que repercutió en la calidad de la atención al paciente. También permitió conocer más sobre el sustrato biológico asociado a las alteraciones psicológicas de los pacientes y contribuir desde el conocimiento de medicina conductual a la formación de los residentes mediante la comprensión de la psicología basada en evidencia en ambientes hospitalarios.

A manera de sugerencia sería una buena opción aumentar las clases con el supervisor académico, integrando psicología basada en evidencia sobre todo para evaluación y tratamiento de pacientes, así como perfeccionar las clases con las

supervisoras in-situ, ya que en ocasiones los compañeros de prácticas y voluntariado carecían de elementos y sus exposiciones eran limitadas, además, se sugiere solicitar a las adscritas de clínica del sueño que la rotación de medicina conductual sea como la de los psiquiatras que rotan ahí incluyendo horas de práctica en la realización de polisomnografías.

3. REFERENCIAS

- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JCJM, Kaasa S, Klee MC, Osoba D, Razavi D, Rofe PB, Schraub S, Sneeuw KCA, Sullivan M, Takeda F. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85: 365-376.
- Aaronson, N.K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., et al. (1993). The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*, 85,365-376.
- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T., Furukawa, T. A. (2008). Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(CD005537) DOI: 10.1002/14651858.CD005537.pub2.
- Almanza-Muñoz, J. J. & Holland. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Cancerología*, 46(3), 196-206.
- Alvarado, S. & Méndez, J. (2006). Aspectos historio biográficos del logotipo de la Sociedad Mexicana de Psicooncología, A. C. *Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39, 92-94.
- Alvarado. S. (2004). Psicooncología en México; perspectiva histórica. *Gamo*, 3, 82-85.
- Beck, T. A., Steera, R. & Garbin, G. M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 77-100.
- Brauckhoff, M., Gimm, O., Weis, C., Ukkat, J., Sekulla, C., Brauckhoff, K., Thanh, P. N. & Dralle, H. (2004). Multiple Endocrine Neoplastic 2B syndromes due to codon 918 Mutation: Clinical manifestation and course in early and late onset disease. *World Journal of Surgery*,28(12),1205-1311.
- Brintzenhoge-Szoc, K. M., Levin, T. T., Yuelin, Li, B. S., Kissane, W., Zabora, J. R. (2009). Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*, 50, 383-391.
- Brügmann A. Capacitación de pasantes de psicología en intervención clínica en el instituto de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

- Castro-Manglano, P. & Sarrais, F. (2010). Psiquiatría de enlace. En F. Ortuño (coord.), Lecciones de psiquiatría (pp.613-632). Madrid: Editorial Panamericana.
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983; 24:385-396.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983) A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24,385-396.
- Cuijpers P, van Straten A, Schuurmans J, et al. Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2010; 30:51-62.
- Derogatis, L. R., Morroy, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A., et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.
- Die trill, M. (2003). *Psicooncología*. Madrid: ADES ediciones.
- Die Trill, M., Die Trill, J. & Die Goyanes, A. (2003). Tumores de cabeza y cuello. En M. Die Trill (Ed.), *Psicooncología* (pp. 145-163). Ades Ediciones.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468-477. doi:10.1037/0022-006X.76.3.468.
- Escoto, M. C., Camacho, E. J., Rodríguez, G. & Mejía-Castrejón, J. (2010). Programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 1(2), 112-118
- Foster, S. L., & Mash, E. J. (1999). Assessing social validity in clinical treatment research: Issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 308–319.
- Fulcher CD, Badger T, Gunter AK, et al. Putting evidence into practice: interventions for depression. *Clin J Oncol Nurs* 2008; 12:131-140.
- Gagnon, P., Robert, J., & Marceau, D. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliative and Supportive Care*, 4, 219-237.
- Gil, F. L., Costa, G., Pérez, F. J., Salamero, M., Sánchez, N & Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 130, 90-92.

- Godoy, J. F. (1991). Medicina Conductual. En V. E. Caballo (Comp.), Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta (pp. 871-890). España: Siglo XXI.
- González MT, Landero R. (2007) Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *Spanish Journal of Psychology*, 10(1):199-206.
- González, F. (2008). Intervención psicológica en el cáncer; aplicaciones profesionales prácticas. España: Formación Alcalá
- González, M. T. & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *Spanish Journal of Psychology*, 10(1) ,199-206.
- Grupo Madrileño de Psicooncología & Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2004). Propuesta de inclusión del psicólogo en la atención integral al enfermo de cáncer. *Psicooncología*, 0(1) ,157-160.
- Hayes, A. & Sturnk, D. (2011). Depression. Recuperado el 12 de Enero del 2011 de http://www.div12.org/PsychologicalTreatments/disorders/depression_main.php
- Herrera, A., De la Garza, J. G. & Granados, M. (2009). Epidemiología del cáncer. En M. G. García & Herrera, A. (Eds.), Manual de oncología: Procedimientos medico quirúrgicos (pp. 10-20). México: Mc Graw Hill.
- Herrera, A., Granados, M. & González, M. (2006). Manual de oncología; Procedimientos médico quirúrgicos. Mc Graw Hill tercera edición
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M., Robertson, S., Mullane, C., Wolf, N. & Lejuez, C. W. (2007). Cognitive-Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in a Medical Care Setting. *Behavior Therapy*, 39(2), 126–136.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K. & Lejuez, C. W. (2005). Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in Primary Care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(2), 236-243. doi: 10.1037/0033-3204.42.2.236
- Instituto Nacional de Cancerología. (2010). Organización. Recuperado el 23 de Mayo del 2011 de http://www.incan.org.mx/elementos/seccionesMenuIzq/documentos/1228422151_1300497483000.pdf
- Instituto Nacional de Cancerología. Nosotros. (2010). Recuperado el 12 de Abril del 2011 de <http://www.incan.salud.gob.mx/>
- Jones, R. G. (1968). *A factors measure of Ellis Irrational Belief System, with personality and maladjustment correlates*. Doctoral Dissertation, Texas Techological College.

- Jurado, S., Villegas, M. E., 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*,
- Ladan-Lottick, N. S., Vanderwerker, L. C., Block, S. D., Zhang, B. & Prigerson, H. G. (2005). Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. *Cancer*, *104*(12), 2872-2881
- Lips, C. J., Höppener, J. W., Van Nesselrooij, B. P. & Van Der Luit, R. B. (2005). Counselling in multiple endocrine neoplastic syndromes individual experience to general guidelines, *257*, 69-77.
- Lipsitt, D. R. (2004). Consultation-liaison psychiatry. *American Journal psychiatry*, *161*:769-769
- M. D. Anderson Cancer Center. (2009). Multiple Endocrine Neoplasia Type 2. Recuperado el 21 de Noviembre del 2011 de <http://www.mdanderson.org/patient-and-cancer-information/care-centers-and-clinics/childrens-cancer-hospital/diseases---treatment/men2.pdf>
- Marini, F., Falchetti, A., Del Monte, F., Carbonell, S., Tognarini, I., Luzi, E. & Brandi, M. L. (2006). Multiple endocrine neoplasia type 2. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, *1*(48),
- Mejía-Castrejón, J., Rojas-Castillo, E., Balarezo-Jaramillo, V., Núñez-Valencia, C. & Carrillo-Navarrete, G. (2011). Avances hacia una Psicología científica en Oncología. *Gaceta Mexicana de Oncología*, *10*(3), 150-155.
- Meseguer, C. (2003). El adulto con cáncer. En M. Die trill (Ed.), *Psicosociología* (pp. 103-114). Madrid: ADES ediciones.
- Moline, J., Eng, C. (2010). Multiple Endocrine Neoplasia Type 2. En R. A. Pagon, T. D. Bird, C. R. Dolan & K. Stephens (Eds.), *Gene reviews* (internet). Seattle Washington: University of Washington, Seattle. Recuperado el 19 de Octubre de 2011 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1257/?report=printable>
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Núñez-Valencia, C., Rojas-Castillo, E., Lozano-Zavaleta, V., Mejía-Castrejón, J. & Carrillo-Navarrete, G. (2011). Modelo de resolución de problemas; Caso clínico. *Gaceta Mexicana de Oncología*, *10*(3), 162-166.

- O'riordain, D. S., O'Brien, T., Crotty, T. B., Gharib, H., Grant, C. S. & Van Heerden, J. A. (1995). Multiple endocrine neoplastic type 2B: More than an endocrine disorder. *Surgery*, 118(6), 936-942.
- Oñate-ocaña, L.F., Alcantara-pilar, A., Vilar-compte, D., García-Hubard, G., Rojas-Castillo, E., et al. (2009). Validation of the Mexican Spanish Version of the EORTC C30 and STO22 Questionnaires for the evaluation of health-related Quality of Life in Patients with Gastric Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 16, 88-95.
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C. & Feueerstein M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in medicine*, 36(1), 13-34.
- Osborn, R. L., Demoncada, A. C. & Feurstein, M. (2006). Psychosocial interventions for depression, anxiety and quality of life in cáncer survivors: Meta-analyses. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 36(1),13-34.
- Peters, K. F., Kong, F., Horne, R., Francomano, C. A. & Biesecker, B.B. (2001). Living with Marfan Syndrome I. Perceptions of the condition. *Clinical Genetics*, 60,273-282.
- Pinquart, M. & Duberstmeim, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 40, 1797-1810.
- Rand-Hendriksen, S., Sørensen, I., Holmström, H., Andersson, S. & Finset, A. (2007). Fatigue, cognitive functioning and psychological distress in Marfan syndrome; a pilot study. *Psychology, Health & Medicine*, 12(3), 305-313.
- Rehse, B. & Purkrop, R. (2003). Effects of psychological interventions on quality of life in adults cancer patients. Meta-analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patient Education and Counseling*, 50(2), 179-186.
- Reynoso, E. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud; un enfoque conductual*. México; Manual Moderno
- Reynoso-Erazo, L. Hernández-Manjarrez, M. E., Bravo-González, M. C. & Anguiano-Serrano, S. A. (2011). El panorama de la residencia en medicina conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17,43-49.
- Rich, T. A. & Perrier, N. K. (2008). Multiple endocrine multiple neoplastic syndromes. *Surgical Clinics of North America*, 88,863-895.
- Richardson, L. A. & Jones, G. W. (2009). A review of the reliability and validity of the Edmonton Symptom Assessment System. *Current Oncology*, 16(1), 53-64.
- Rodin, G. (1996). Consultation-liaison psychiatry. En Q. Rae-Grant (Coord.), *Images in psychiatry* (pp. 57-62). Canada: Library of congress cataloging-in-publication data.

- Savard, J., Simard, S., Giguere, I., Ivers, H., Morin, C. M., Maunsell, E., Gagnon, P., Robert, J. & Marceau, D. (2006). Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: Psychological and immunological effects. *Palliative & Supportive Care*, 4(3), 219-237.
- Schwartz, G. E. & Stephen, M. W. (1978). Yale conference on Behavioral Medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(1), 3-12.
- Sistema Nacional de Información en Salud. (2008). Principales causas de mortalidad general. Recuperado el 26 de Junio del 2011 de <http://www.sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>
- Spiegel, D. & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, 54,269-282.
- Tirado-Gómez, L. & Mohar, A. (2009). Epidemiología del cáncer. En M. G. García & Herrera, A. (Eds.), *Manual de oncología: Procedimientos medico quirúrgicos* (pp. 10-20). México: Mc Graw Hill.
- Van Tongerloo & De Paepe. (1998). Psychosocial adaptation in adolescents and young adults with Marfan Syndrome: an exploratory study. *Journal of Medical Genetics*, 35,4005-409.
- White, C. A. & Macleod, U. (2002). ABC of psychological medicine: cancer. *British Medical Journal*, 325, 337-380.
- Williams, D. & Dale, J. (2006). The effectiveness of treatment for depression/depressive symptoms in adults with cancer: a systematic review. *British Journal of Cancer*, 94,372-390.
- World health organization. (2005). Acción mundial contra el cáncer ¡ahora! Recuperado el 14 de abril de 2010 de <http://www.who.int/cancer/media/AccionMundialCancerfull.pdf>

4. ANEXOS

Anexo 1. Constancia de participación en la sesión general del InCan



Anexo 2. Constancia de asistencia al XVII Congreso Mexicano de Psicología



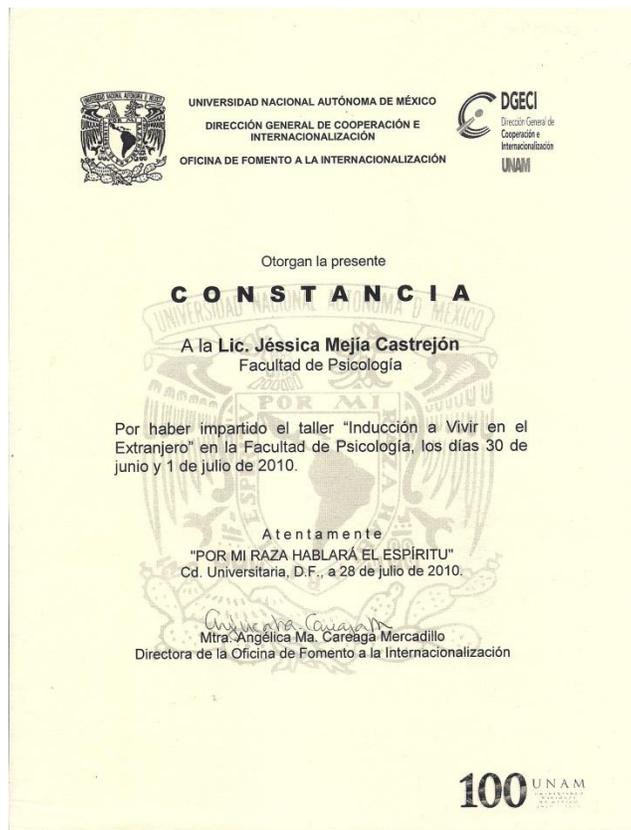
Anexo 3. Constancia de participación en el 7º coloquio de investigación estudiantil en psicología



Anexo 4. Constancia de asistencia al taller internacional P.A.I.N management-state of art



Anexo 5. Constancia de impartición del taller inducción para vivir en el extranjero



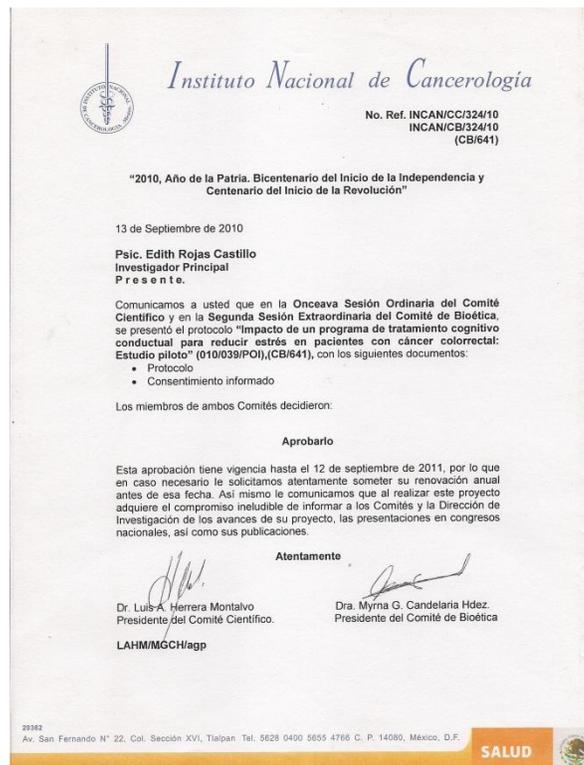
Anexo 6. Constancia de asistencia al diplomado medicina para psicólogos



Anexo 7. Constancia de participación en el simposio alteraciones de la imagen corporal en el paciente con cáncer de cabeza y cuello



Anexo 8. Comprobante de aceptación del protocolo: Impacto de un programa de tratamiento cognitivo conductual para reducir estrés en pacientes con cáncer colorrectal: estudio piloto



Anexo 9. Entrevista semiestructurada diseñada para el uso en el INCMNSZ

FICHA DE ADMISIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____
 Sexo (M) (F) Edad: _____ Estado civil: _____ Nivel máximo de estudios: _____
 Dirección: _____
 Teléfono particular: _____ Celular: _____ Correo electrónico: _____
 ¿Con quién vive? Padre () Madre () Hermanos () Pareja () Hijos () Otros () _____
 ¿Trabaja? SI () NO () ¿Dónde? _____
 ¿En qué consiste su trabajo? _____
 ¿Cuántas personas dependen de su ingreso? _____ ¿Quiénes ayudan al ingreso familiar? _____
 Si no trabaja ¿de quién o quienes depende económicamente? _____
 Si es menor de edad nombre de responsable _____
 Motivo de consulta: _____

¿Desde cuándo le pasa esto? _____

Explique cuáles serían sus objetivos al asistir a consulta psicológica _____

¿Ha recibido algún tipo de ayuda o tratamiento para resolver su(s) problema(s)? SI () NO ()

En caso afirmativo especifique el tipo de tratamiento o ayuda y la fecha en que la recibió: _____

¿Está siendo atendido por un problema de salud en la actualidad? SI () NO ()

Si su respuesta fue SI especifique cual o cuales _____

¿Toma algún medicamento? SI () NO ()

Si su respuesta fue SI, Especifique cual, porque, desde cuándo y quien se lo receto: _____

¿Ha padecido alguna enfermedad que considere significativa en su vida? SI () NO ()

En caso afirmativo especifique cuales: _____

Especifique en qué áreas sus dificultades actuales le están afectando o limitando, indicando con una X en qué grado (0=Nada 10=Mucho)

Social	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Explique:
Laboral	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Explique:
Familiar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Explique:
Académico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Explique:
Pareja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Explique:
Sexual	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Explique:
Salud	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Explique:

¡MUCHAS GRACIAS!

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre: _____ Edad: _____ No Exp: _____

Referido por: _____ Dx médico: _____ Dx: Psiquiatría: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Padecimiento: _____

Signos y síntomas				
Frecuencia				
Duración				
Intensidad				

Estime la gravedad de su(s) problema(s) con base en la siguiente escala
 [1] Levemente inquietante [2] Moderadamente grave [3] Grave [4] Muy grave [5] Totalmente incapacitante

En las últimas dos semanas ¿qué tan satisfecho se ha sentido con su vida en general?
 Nada satisfecho 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MUY SATISFECHO

Evalúe la intensidad de sus emociones en las últimas dos semanas siendo 0 nada y 10 totalmente

Emoción	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ansiedad											
Depresión											
Enojo											

Factores (predisponentes, precipitantes, causales): _____

Excesos conductuales: _____

Déficits conductuales: _____

¿Cómo sería su vida si su problema quedara resuelto? _____

Episodios previos (inicio, curso, síntomas, frecuencia, duración, intensidad): _____

¿Cómo lo superó? _____

AUTOVALORACIÓN

Pensamientos: _____

Sentimientos: _____

Conductas: _____

¿Cómo podría describir su personalidad? _____

ETAPAS DE VIDA

Infancia (0-6): _____

Niñez (6-12): _____

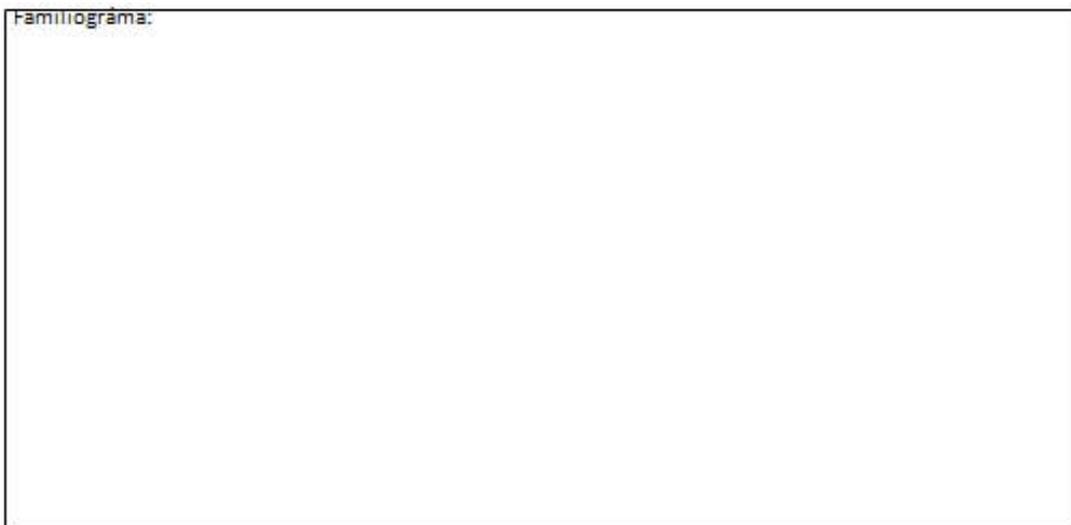
Adolescencia (13-18): _____

Juventud (18-35): _____

Adulthood (35 en adelante): _____

HISTORIA FAMILIAR:

Familiograma:



FACTORES BIOLÓGICOS

Estatura: _____ Peso actual: _____

¿Qué tanto ha cambiado su peso en los últimos dos años? Nada +/- 2kg +/- 3.3 a 5 kg +/- 5Kg

¿A qué atribuye esos cambios en su peso? _____

¿Tiene alguna preocupación acerca de su salud? _____

¿Existen antecedentes de alguna enfermedad en su familia? _____

Describa brevemente cómo es su alimentación y cuántas veces al día come _____

¿Cuáles son sus pasatiempos o actividades recreativas realiza? _____

¿Qué actividad(es) relajante practica? _____

¿Realiza regularmente ejercicio físico? ¿De qué tipo y con qué frecuencia? _____

¿Cuántas horas duerme diariamente? _____

¿Qué tan reparador es su sueño? _____

Describa cualquier operación quirúrgica a la que se haya sometido y cite fechas _____

¿Alguna vez ha perdido la conciencia o algo similar? [Sí] [No] ¿Cuál fue la causa? _____

¿Consuma algún tipo de sustancia (adicción)? _____

HISTORIA ESCOLAR: _____

HISTORIA OCUPACIONAL: _____

HISTORIA MARITAL: _____

EXAMEN MENTAL: _____

OBSERVACIONES: _____

IDX: Eje 1:
Eje 2:
Eje 3:
Eje 4:
Eje 5:

Anexo 10. Formato de mapa clínico de patogénesis y mapa de alcance de metas

Mapa Clínica de Patogénesis

Nombre: _____ Fecha: _____ Sesión _____

Variables Distantes	Variables Antecedentes	Variables Organismicas	Variables de Respuesta	Variables de Resultado
				Corto Plazo
				↓
				Largo Plazo

Diagram description: The form is a flowchart for clinical pathogenesis. It consists of five vertical columns. The first four columns are labeled 'Variables Distantes', 'Variables Antecedentes', 'Variables Organismicas', and 'Variables de Respuesta'. The fifth column is labeled 'Variables de Resultado' and contains two boxes: 'Corto Plazo' (Short Term) at the top and 'Largo Plazo' (Long Term) at the bottom, with a downward arrow between them. Vertical lines connect the top of each column to the 'Corto Plazo' box. From the bottom of the 'Corto Plazo' box, a horizontal line extends to the left, then two vertical lines go down to the 'Variables Organismicas' and 'Variables de Respuesta' columns, with arrows pointing up into them. A similar horizontal line and vertical lines with arrows point up into the 'Variables Antecedentes' and 'Variables Distantes' columns. A final horizontal line connects the bottom of these two columns back to the 'Corto Plazo' box, completing the loop.

Mapa de Alcance de Metas

Estrategias ptenciales de intervención	Objetivos de tratamiento	Metas de resultados finales

Diagram description: The form is a table for goal scope. It has three columns: 'Estrategias ptenciales de intervención' (Potential intervention strategies), 'Objetivos de tratamiento' (Treatment objectives), and 'Metas de resultados finales' (Final result goals). Each column has a large empty rectangular box below the header for notes.

Anexo 11. Hospital Anxiety and Depresión Scale

Escala H.A.D. (2000)

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
Fecha _____ No. Registro _____

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de las enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente, puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido diseñado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

- Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.
- No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

- Me siento tenso(a) o nervioso(a):
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
- Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
- Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:
 Si y muy intenso Si, pero no muy intenso Si, pero no me preocupa No siento nada de eso
- Soy capaz de reirme y ver el lado gracioso de las cosas:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
- Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
- Me siento alegre:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
- Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
- Me siento lento(a) y torpe:
 Todo el día Casi todo el día De vez en cuando Nunca
- Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
- He perdido el interés por mi aspecto personal:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
- Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
- Espero las cosas con ilusión:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
- Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto
- Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:
 Casi siempre Frecuentemente Rara vez No en absoluto

Anexo 12. Portada del artículo programa para modificar alteraciones de la imagen corporal en estudiantes de bachillerato



Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios

Mexican Journal of Eating Disorders

Journal homepage: <http://journals.iztacafca.unam.mx/>

Program to Modify Body Image Disturbances in High School Students

Programa para Modificar Alteraciones de la Imagen Corporal en Estudiantes de Bachillerato

Maria del Consuelo Escoto Ponce de León^{1*}, Esteban Jaime Camacho Ruiz², Gabriela Rodríguez Hernández¹, Jessica Mejía Castrejón¹

1Centro Universitario UAEM Ecatepec, Universidad Autónoma del Estado de México.
2Unidad Académica Profesional Nezahualcóyotl, Universidad Autónoma del Estado de México.

Abstract
Eating disorders are associated with several health problems, so it is important to prevent its occurrence. This study evaluated the impact of a selective prevention program designed to modify body image disturbances. Sample included 15 women from 15 to 18 years old, recruited through advertisements placed in a public high school situated in north zone of Mexico City. Participants were randomly assigned to one of two conditions: cognitive-behavioral ($n = 8$) and wait list control group ($n = 7$) and completed three measures (Body Shape Questionnaire, Contour Drawing Rating Scale, and Body Image Avoidance Questionnaire) before and after the intervention, which included 7 sessions (two per week) for 2 hours each. The repeated measures ANOVA indicated a reduction in body dissatisfaction and avoidance of social activities. The results provide evidence for the use of cognitive behavioral prevention programs.

Resumen
Los trastornos del comportamiento alimentario están asociados a diversos problemas de salud, por lo que resulta relevante prevenir su aparición. Este estudio evaluó el impacto de un programa de prevención selectiva diseñado para modificar las alteraciones de la imagen corporal. Participaron 15 mujeres de 15 a 18 años de edad reclutadas por medio de anuncios colocados en una escuela pública de nivel bachillerato ubicada en la zona norte de la Ciudad de México. Las participantes fueron asignadas aleatoriamente a una de dos condiciones: programa cognitivo-conductual ($n = 8$) y grupo control en lista de espera ($n = 7$) y completaron tres medidas (Cuestionario de Imagen Corporal, Escala de Siluetas Corporales y Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal), antes y después de la intervención, la cual comprendió 7 sesiones (dos por semana) de 2 horas cada una. El ANOVA de medidas repetidas indicó una reducción en la insatisfacción corporal y en la evitación de actividades sociales. Los resultados aportan evidencia a favor del uso de programas de prevención cognitivo conductuales.

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Recibido 17/10/2010
Revisado 19/11/2010
Aceptado 25/11/2010

Keywords: Prevention, body dissatisfaction, adolescents, women.

Palabras clave: Prevención, insatisfacción corporal, adolescentes, mujeres.

Introducción

La prevención de los trastornos mentales se enfoca en la reducción de los factores de riesgo y en el incremento de los factores de protección asociados con la enfermedad mental, y queda comprendida dentro del campo de la promoción de la salud mental (World Health Organization [WHO, por sus siglas en inglés], 2004). De acuerdo con Gordon (1983) y Mrazek y Haggerty (1994) incluye tres niveles: 1) *prevención primaria*, la cual pretende disminuir la incidencia o número de nuevos casos del trastorno o enfermedad, detectando y neutralizando las condiciones que fa-

vorecen la aparición del trastorno; 2) *prevención secundaria*, que busca disminuir la tasa de casos establecidos del trastorno en la población (prevalencia), para evitar la cronicidad y la aparición de secuelas; y 3) *prevención terciaria*, intenta disminuir la incapacidad o deterioro en el funcionamiento (secuelas) y el daño asociado al trastorno diagnosticado. A su vez, la prevención primaria se divide en: 1) *prevención universal*, la cual se dirige a muestras comunitarias en las que el riesgo potencial no ha sido identificado; 2) *prevención selectiva*, que se dirige a individuos o subgrupos de la población, cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente superior al promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológicos o sociales; y 3) *prevención indicada*, que se dirige a personas en alto riesgo,

*Correspondencia: Centro Universitario UAEM Ecatepec, Universidad Autónoma del Estado de México, José Revueltas 17, Tierra Blanca, Ecatepec, Estado de México, México. CP. 55020. Teléfono: +52 55 57873626 ext. 121, Fax: +52 55 57873510 correo electrónico: consuelo_escoto@hotmail.com; cescotop@uaemex.mx.

● Artículo de revisión

Avances hacia una psicología científica en oncología

Progress towards a scientific psychology in oncology

Jessica Mejía-Castrejón,¹ Edith Rojas-Castillo,² Virginia Balarezo-Jaramillo,³ Carolina Núñez-Valencia,¹ Gina Carrillo-Navarrete¹

▷ RESUMEN

La psicología en sus inicios se caracterizó por su subjetividad, era una rama de la filosofía y su objeto de estudio era el alma. Con el tiempo adquirió un carácter empírico apoyándose en el método científico; fue la terapia conductual la que proporcionó los primeros elementos para impulsar su desarrollo científico. Actualmente la terapia cognitivo conductual ha proporcionado mayor evidencia y ha demostrado efectividad en una variedad de trastornos mentales mediante el uso de criterios que rigen a la psicología basada en evidencia, cuyo objetivo es la aplicación, estudio y difusión de tratamientos psicológicos que hayan sido sometidos a validación científica para apoyar decisiones clínicas. Como parte del avance hacia una psicología científica se promueve el desarrollo y uso de guías clínicas, revisiones sistemáticas, meta-análisis y ensayos clínicos de acuerdo a los criterios CONSORT. En el área oncológica disciplinas como la medicina conductual desarrollan investigaciones bajo los criterios de la psicología basada en evidencia contribuyendo con tratamientos que mejoran la calidad de vida del paciente. La aportación del psicólogo que labora con pacientes oncológicos seguirá en aumento en la medida que continúe el desarrollo científico en esta área.

Palabras clave: Psicología basada en evidencia, científica, terapia cognitivo conductual, México.

▷ ABSTRACT

Psychology in its beginning, was characterized by subjectivity, was a branch of philosophy and its subject was the soul. Over time it acquired an empirical character based on the scientific method but it was the behavioral therapy that provided the first elements to promote the development of scientific psychology. Today, Cognitive Behavioral Therapy is the most important source of evidence and has demonstrated to be effective in mental illness by using evidence-based psychology whose aim is the implementation, review and promotion of validated psychological treatments. In order to advance scientific psychology it is necessary to make and use clinical guidelines, systematic reviews, meta-analysis and clinical trials according to the CONSORT criteria. In Oncology, disciplines such as cognitive medicine develop investigations under the criteria of evidence-based psychology, contributing with treatments that improve the quality of life of the patient. The contribution of the psychologist that works with oncological patients will grow as scientific development continues in this area.

Keywords: Evidence-based psychology, science, cognitive behavioral therapy, Mexico.

¹Universidad Nacional Autónoma de México.
²Instituto Nacional de Cancerología, México.
³Universidad del Azuay, Ecuador.

Correspondencia: Jessica Mejía Castrejón. Residente de la Maestría en Medicina Conductual. Psicooncología. Av. San Fernando No. 22, Col. Sección XVI Delegación Tlalpan, 14080, México, D. F. Teléfono: 5628 0400. Correo electrónico: j.mejiacastrejon@gmail.com

● Caso clínico

Modelo de resolución de problemas

Problem solving model

Carolina Núñez-Valencia,¹ Edith Rojas-Castillo,² Valentín Lozano-Zavaleta,³ Jessica Mejía-Castrejón,¹ Gina Carrillo-Navarrete⁵

▷ RESUMEN

Es ampliamente descrito en la bibliografía que el enfoque cognitivo conductual permite aumentar la autoeficacia y el sentido de control en pacientes oncológicos. El modelo de resolución de problemas permite abordar de forma puntual la problemática del paciente, logrando así resultados favorables en pocas sesiones. El objetivo del presente trabajo es mostrar la aplicación de este modelo con un paciente oncológico hospitalizado. Se describe la formulación del caso, el diseño del tratamiento y los logros terapéuticos, entre los que destaca la adherencia a los tratamientos oncológicos.

Palabras clave: Modelo de resolución de problemas, enfoque cognitivo conductual, leucemia, México.

▷ ABSTRACT

It is widely reported in the literature that the cognitive behavioral approach can increase self-efficacy and sense of control in cancer patients. The model of problem solving allows addressing the problem of the patient, in a timely manner and achieving favorable results in few sessions. The aim of this work is to show the application of this model in a cancer patient during hospitalization. We describe the case formulation, the treatment design and therapeutic achievements, among which adherence highlights.

Keywords: Model problem solving, cognitive behavioral approach, leukemia, Mexico.

▷ INTRODUCCIÓN

La leucemia mieloide aguda (LMA) es un grupo heterogéneo de enfermedades caracterizadas por la proliferación incontrolada de células progenitoras hematopoyéticas neoplásicas en la médula ósea, con el consecuente deterioro de la producción de la hematopoyesis normal que conduce a neutropenia, anemia y trombocitopenia.¹

La incidencia anual de leucemia aguda es de 2.4 por cada 100 mil habitantes para todos los grupos de edad; la LMA es el tipo de leucemia más común en la edad adulta y el adulto mayor (90%).²

El origen de esta neoplasia es desconocido; no obstante, se ha identificado predisposición genética (síndrome de Down, anemia de Fanconi) y ambiental

¹Maestría en psicología residencia en medicina conductual. Facultad de Psicología, UNAM

²Psicóloga adscrita al servicio de psicooncología.

³Médico adscrito al departamento de hematología.

Instituto Nacional de Cancerología.

⁵Servicio Social. Universidad Nacional Autónoma de México.

Correspondencia: Carolina Núñez Valencia, Av. San Fernando N° 22 Col. Sección XVI, México, D.F., 14080. Teléfono: 5628 0400, ext. 251. Como electrónica: ruval_caro@hotmail.com

Anexo 15. Formato de registro de pensamiento

"AUTORREGISTRO"

Fecha y hora	Antecedente ¿Qué? ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Dónde?	Emociones (0-10) ¿Emocionalmente como me senti? Estimación de cada emoción	Pensamientos ¿Qué pasaba por mi mente justo antes de sentirme así?	Conductas ¿Qué es lo que hago después?

Anexo 16. Formato registro de pensamiento

"AUTORREGISTRO"

Fecha y hora	Antecedente ¿Qué? ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Dónde?	Emociones (0-10) ¿Emocionalmente como me senti? Estimación de cada emoción	Pensamientos ¿Qué pasaba por mi mente justo antes de sentirme así?	Conductas ¿Qué es lo que hago después?	Pensamiento Racional o alternativo ¿Existe otra explicación? ¿Hay pruebas de eso que pienso? ¿Tengo algún pensamiento irracional?	Emociones (0-10) Estimación de cada emoción después del pensamiento racional