



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

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA DISMINUIR SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y  
DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:  
YESICA MARIA VILLANUEVA TORRES

TUTOR DR. ALVARO FLORENCIO TORRES CHÁVEZ  
FACULTAD DE PSICOLOGIA

MIEMBROS DEL COMITÉ  
MTRA. MARIA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
DR. JORGE CRUZ RICO  
HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
MTRA. MARTHA ELBA ALARCÓN ARMENDÁRIZ  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS  
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D. F. DICIEMBRE 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## **¡GRACIAS!**

A los pacientes del Hospital Juárez de México por compartir su tiempo conmigo y porque marcaron un antes y después no sólo en mi desarrollo profesional sino también personal.

A la Universidad Nacional Autónoma de México, porque a través de ella he adquirido nuevos conocimientos y experiencias, he conocido amigos, compañeros, profesores, colegas, a quienes respeto y admiro y por enseñarme la importancia de la educación y de que ésta siga siendo pública y gratuita.

A mis padres por todo su amor y apoyo para concluir cada proyecto.

Monze por estar siempre conmigo hermanita, y recordarme lo que es importante.

Tía Ade, Julián, Cinthia, Ari por estar conmigo durante esta etapa.

Al Hospital Juárez de México, en especial a los Servicios de Hematología y Oncología por el tiempo, conocimientos, el trabajo multidisciplinario y por permitirme ser parte de ellos.

Doctor Cruz Rico, por permitirme ser parte de su servicio y por reconocer el trabajo psicológico.

Cristina gracias por enseñarme a hacer Psicología clínica de calidad, por ser mi maestra en licenciatura y acercarme a la Medicina Conductual.

Martha por siempre acompañarme y apoyarme en este mundo académico.

Mayra Mora gracias por tus enseñanzas, porque la dedicación y calidad que exiges en el trabajo de tus alumnos me ayudo a ser una mejor profesional y también mejor persona.

Assol, tu apoyo en esta etapa de mi formación académica ha sido fundamental, gracias.

Cuca por tu apoyo para iniciar esta etapa.

Al Doctor Álvaro Torres, por su apoyo y orientación durante la residencia.

Al Doctor Samuel Jurado por su apoyo para la realización de este trabajo.

Ruth por tu amistad y ser parte de esta aventura, Jorge por ser mi Obi-Wan, Maira por tu amistad, Meche por escucharme, Yudy y Gerardo por compartir esta etapa conmigo.

Xochitl, Rodrigo y Karen por ser mi brújula y decirme donde están mis pies.

Gloria, Belem, Dania, Yaremi, Patsy, Catherine y Aurora por su amistad y apoyo para iniciar y concluir esta etapa.

## ÍNDICE

Resumen .....	1
Introducción .....	3
<b>1. ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA DISMINUIR SÍNTOMAS DE ANSIEDAD DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS .....</b>	<b>6</b>
1.1. Cáncer, Ansiedad y Depresión .....	6
1.2. Activación Conductual .....	14
1.3. Planteamiento del problema .....	31
1.3.1. Justificación .....	31
1.3.2. Objetivos .....	32
1.3.3. Hipótesis.....	33
1.3.4. Variables .....	33
1.4 Método.....	35
1.4.1. Participantes .....	35
1.4.2. Diseño de la investigación.....	36
1.4.3. Escenario .....	36
1.4.4. Instrumentos.....	36
1.4.5. Procedimiento .....	37
1.5. Resultados .....	41
1.6. Discusión .....	51
<b>2. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL .....</b>	<b>56</b>
2.1. Medicina Conductual .....	56
2.2. Descripción de Sede Hospital Juárez de México .....	62
2.2.1. Historia .....	62
2.2.2. Estructura física.....	63
2.2.3. Estructura organizacional y operativa.....	65
2.3. Servicio de Oncología.....	67
2.3.1. Descripción del servicio.....	67
2.3.2. Actividades del residente de Medicina Conductual .....	69
2.3.2.1. Actividades diarias .....	70
2.3.2.2. Navegación.....	72
2.3.2.3. Actividades académicas .....	75
2.3.3. Rotaciones y características específicas.....	77
2.3.4. Datos de productividad.....	83

2.3.5. Evaluación.....	93
2.3.5.1. Servicio de Oncología Hospital Juárez de México ....	93
2.3.5.2. Actividades diarias .....	94
2.3.5.3. Actividades académicas .....	95
2.3.5.4. Sistema de supervisión <i>in situ</i> y supervisión académica .....	96
2.3.6. Competencias profesionales alcanzadas .....	96
2.3.7. Conclusiones y sugerencias.....	97
2.4. Servicio de Hematología.....	99
2.4.1. Descripción del servicio.....	99
2.4.2. Actividades del residente de Medicina Conductual .....	100
2.4.2.1. Actividades diarias .....	101
2.4.2.2. Actividades académicas .....	103
2.4.3. Datos de productividad.....	105
2.4.4. Evaluación.....	114
2.4.4.1. Servicio de Hematología Hospital Juárez de México .....	114
2.4.4.2. Actividades diarias .....	115
2.4.4.3. Actividades académicas .....	116
2.4.4.4. Sistema de supervisión <i>in situ</i> y supervisión académica .....	117
2.4.5. Competencias profesionales alcanzadas .....	117
2.4.6. Conclusiones y sugerencias.....	118
2.5 Otras actividades .....	119
2.5.1. Asistencia a eventos académicos .....	119
Bibliografía .....	120
Anexos .....	126

## RESUMEN

El cáncer es una enfermedad crónica ocasionada por el crecimiento y diseminación incontrolados de células, los síntomas de la enfermedad así como aquellos asociados a los diferentes tratamientos, generan no sólo malestar y deterioro fisiológico sino también psicológico como: síntomas de ansiedad y depresión, esto hace necesarias intervenciones psicológicas oportunas que favorezcan la adaptación a la enfermedad. El objetivo de este estudio fue examinar el efecto de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión en pacientes oncológicos con síntomas de ansiedad, depresión y ansiedad-depresión que se encuentren hospitalizados para aplicación de quimioterapia. Se usó la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD) para medir el nivel de ansiedad y depresión, se empleó una Escala Visual Análoga (EVA) para evaluar estado de ánimo en cada sesión y un registro de activación conductual para el paciente. La intervención se realizó de forma individual en 5 sesiones, se utilizó un diseño preexperimental con pretest y posttest, participaron ocho pacientes con diagnóstico de leucemia, cáncer de colón o cáncer de testículo, de los cuales únicamente seis concluyeron el tratamiento. Todos los participantes iniciaron nuevas actividades, redujeron su tiempo de inactividad y conductas desadaptativas, el nivel de depresión disminuyó después del tratamiento, lo mismo ocurrió con el nivel de ansiedad. Esto muestra que la Terapia de Activación Conductual para la Depresión es flexible y permite realizarse con pacientes oncológicos hospitalizados, sin embargo es necesario analizar con mayor detalle la eficacia que tiene según el tipo de enfermedad oncológica.

**Palabras clave:** activación conductual, cáncer, depresión, ansiedad.

## ABSTRACT

The cancer is a chronic disease occasioned by the uncontrolled growth and spread of cells, the symptoms of the disease and its treatments generate physiological and psychological deterioration and discomfort as: anxiety and depression symptoms. Therefore timely psychological interventions that facilitate the disease adjustment are necessary. The aim of this study was to examine the effect of Behavioral Activation Treatment for Depression in oncological patients hospitalized for chemotherapy application with symptoms of anxiety, depression and anxiety-depression. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) was used to measure the anxiety and depression level, the frame of mind was evaluated each session with a Visual Analog Scale (VAS) and was used a behavioral activation record for each patient. The intervention consisted of five individual sessions, used a pre-experimental design with pretest and posttest. Participated eight patients diagnosed with leukemia, testicle cancer or colon cancer of which only six completed treatment. All patients initiated new activities, reduced their downtime and maladaptive behaviors, the depression level decreased after of treatment, the same occurred with anxiety level. It demonstrate that Behavioral Activation Treatment for Depression is flexible and can be performed with hospitalized cancer patients however it is necessary to analyze in more detail the effectiveness depending on oncological disease.

**Keywords:** behavioral activation, cancer, depression, anxiety.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes anuales; esto quiere decir que matan a más de 36 millones de personas cada año, de las cuales cerca del 80% se concentran en los países de ingresos bajos y medios, además son responsables del 45% de morbilidad a nivel mundial (OMS, 2013).

En México de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2012) las principales causas de muerte son: enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos.

El cáncer como el resto de enfermedades crónicas se caracteriza por tener una larga duración y progresión lenta, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) se trata de un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células, que puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo, el tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

Durante el periodo 2007-2009 la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de alguna neoplasia maligna en América Latina fue de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes, México presentó una tasa de 75.4 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013) y dieciocho de cada cien casos de morbilidad hospitalaria fueron por tumores malignos (INEGI, 2013).

El cáncer exige esfuerzos tanto del paciente como de su familia debido no sólo a la enfermedad, sino también a las posibles secuelas a corto, mediano y largo plazo que los tratamientos puedan generar, lo que ocasiona un desgaste tanto fisiológico como psicológico en los pacientes.

Situaciones como las exploraciones médicas, la espera de resultados, la confirmación de diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos de quimioterapia, radioterapia y los controles anuales, pueden generar malestar psicológico a los pacientes; además las necesidades psicológicas que presentan los pacientes son diferentes según la fase de la enfermedad: diagnóstico, tratamiento, intervalo libre, remisión, recidiva, enfermedad avanzada y terminal (Font, 2003).

Al respecto Reynoso y Seligson (2005) señalan que al ser el cáncer altamente deteriorante, no sólo a nivel interno sino externo, se requiere de la implementación de un programa multidisciplinario, dentro del cual adquiere un nivel importante la dimensión psicológica del problema.

El psicólogo especialista en Medicina Conductual, es un profesional capacitado para realizar programas que respondan a las necesidades de los pacientes con cáncer , ya que su campo de trabajo se centra en la interacción interdisciplinaria, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención e investigación en contextos hospitalarios, centros de tratamiento y universidades, de forma conjunta con otros profesionales, dedica su atención a la mejora de la intervención de los trastornos físicos y las disfunciones fisiológicas (Borda et al., 2000).

En el presente trabajo, se describe la intervención realizada por el psicólogo de la Residencia en Medicina Conductual del Programa de Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, la sede en que se desarrolló este trabajo fueron los Servicios de Oncología y Hematología del Hospital Juárez de México.

En un primer apartado se presenta una intervención basada en la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD), cuyo objetivo fue examinar el efecto de la TACD en pacientes oncológicos con síntomas de ansiedad, depresión y ansiedad-depresión que se encuentren hospitalizados para aplicación de

quimioterapia. En la segunda parte se describen las funciones del psicólogo dentro de los servicios de Hematología y Oncología, los datos de productividad como: número de pacientes atendidos, tipos de intervenciones psicológicas realizadas, diagnósticos médicos y psicológicos; se presentan los materiales psicoeducativos desarrollados, conclusiones y competencias profesionales alcanzadas.

# **1. ACTIVACIÓN CONDUCTUAL PARA DISMINUIR SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES ONCOLÓGICOS HOSPITALIZADOS**

## **1.1. Cáncer, ansiedad y depresión**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define a las enfermedades crónicas como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes; dentro de éstas se encuentra el cáncer, el cual, explica la OMS (2013), se trata de un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células, puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo, el tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.

En 2008 el cáncer fue la principal causa de muerte en el mundo, con 7.6 millones de casos, lo cual equivale al 13% de todas las muertes a nivel mundial, principalmente por cáncer de pulmón, estómago, hígado, colon y mama y se prevé que la mortalidad por cáncer aumentará un 45% entre 2007 y 2030 (pasará de 7,9 millones a 11,5 millones de defunciones). En la mayoría de los países desarrollados es la segunda causa de mortalidad después de las enfermedades cardiovasculares, y los datos epidemiológicos muestran el comienzo de esta tendencia en el mundo menos desarrollado, en particular en los países en transición y países de ingresos medianos, por ejemplo en América del Sur y Asia (OMS, 2013).

En América, causó 1,2 millones de muertes en 2008 de las cuales el 45% ocurrieron en América Latina y el Caribe, la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de alguna neoplasia maligna en América Latina fue de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes durante el periodo 2007-2009, México presentó una tasa de 75.4 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2013).

Algunos tipos de cáncer, como los de próstata, mama y colon, son más frecuentes en los países desarrollados. Otros tipos de cáncer, como los de hígado, estómago y cuello uterino, son más frecuentes en los países en desarrollo (OMS, 2013).

En México, durante 2009, dieciocho de cada cien casos de morbilidad hospitalaria fueron por tumores malignos en los órganos hematopoyéticos (principalmente leucemia) lo que representa un 17.9%; órganos digestivos con 14.8%; y mama con 12.5% de los casos; en la población menor de 20 años los tumores malignos en órganos hematopoyéticos fueron la principal causa de morbilidad hospitalaria. Entre los hombres, las principales causas de morbilidad hospitalaria se presentó en órganos hematopoyéticos (22.8%); órganos digestivos (17.5%); y del tejido linfático y afines, que incluye Sarcoma de Kaposi y Linfoma de células T, periférico y cutáneo (9.8%). Mientras que en las mujeres, el cáncer de mama constituyó la principal causa de morbilidad hospitalaria (22.0%); seguida de los tumores de los órganos hematopoyéticos (14.1%); y de los órganos genitales femeninos (13.5%) (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], 2013).

En cuanto al porcentaje de letalidad por tumores malignos, durante 2009 fue de 6.4, es decir, aproximadamente 6 de cada 100 personas hospitalizadas con estos padecimientos murieron en el hospital; la tasa de mortalidad observada por tumores malignos en hombres fue de 65.11 por cada 100 mil hombres y en las mujeres de 65.49 por cada 100 mil mujeres (INEGI, 2013).

Cabe señalar que un tercio de los casos de cáncer podrían prevenirse evitando factores de riesgo como el tabaco, consumo en exceso de alcohol, dieta poco saludable y la inactividad física (OPS, 2013); la aparición de cáncer se ha asociado a varios factores de riesgo como: un modo de vida poco sano, y exposición a carcinógenos en el entorno laboral o en el medio ambiente, y algunas infecciones, por lo cual muchos tipos de cáncer se podrían prevenir evitando la exposición a estos factores de riesgo (OMS, 2013).

Los principales factores evitables de riesgo de cáncer son: consumo de tabaco, que causa 1,8 millones de defunciones anuales por cáncer (el 60% de éstas se registran en países de ingresos bajos y medianos); exceso de peso, obesidad o inactividad física, en conjunto causan 274,000 defunciones anuales por cáncer; consumo nocivo de alcohol ya que causa 351,000 defunciones anuales por cáncer; infección por virus del papiloma humano transmitido por vía sexual, causa 235,000 defunciones anuales por cáncer; por último agentes carcinógenos en el entorno laboral, causan al menos 152,000 defunciones por cáncer. Además, un porcentaje importante de cánceres pueden curarse mediante cirugía, radioterapia o quimioterapia, especialmente si se detectan en una fase temprana (OMS, 2013).

Cada persona afectada por estos padecimientos tiene que realizar una lucha constante para tratar de sobrevivir a una enfermedad desgastante y demandante que exige esfuerzos tanto del paciente como de su familia (INEGI, 2013) debido no sólo a la enfermedad, sino también a las posibles secuelas a corto y largo plazo que los tratamientos puedan generar, lo que ocasiona un desgaste tanto fisiológico como psicológico en los pacientes.

Al respecto (García, 2010) señala que en el transcurrir del cuidado del paciente con cáncer, a través del diagnóstico, tratamiento, seguimiento y etapa terminal, además del personal médico, otros especialistas y recursos de salud se vuelven importantes en el cuidado y control de síntomas.

Sin embargo, un diagnóstico psicopatológico en el paciente con cáncer, es difícil de realizar, ya que presenta el problema de la confusión de síntomas derivados de la propia enfermedad oncológica y los efectos secundarios de los tratamientos médicos, con algunos síntomas somáticos, lo que dificulta el diagnóstico diferencial (Almonacid, Moreno & Lluch, 2009; Cano, 2005; Maté, Hollenstein & Gil, 2004).

Esto ocasiona que los trastornos depresivos o de ansiedad en pacientes con patologías médicas como el cáncer sean poco diagnosticados o ignorados, no tratados y rara vez se someten a tratamiento adecuado o son derivados para que reciban alguna valoración o tratamiento psicológico (Almonacid et al., 2009; García 2010; Valencia, 2006); además, en ocasiones los pacientes oncológicos presentan síntomas que no les permiten alcanzar los criterios diagnósticos y no mostrar un deterioro sustancial, por lo que son subdiagnosticados y subtratados por los médicos (Maté et al., 2004; Rodríguez et al., 2002).

Es importante la detección de síntomas y signos de ansiedad y depresión, ya que pueden ser significativos y generadores de gran malestar emocional, pero no cumplir con los criterios diagnósticos de trastornos específicos (Maté et al., 2004); y así, proporcionar a los pacientes atención psicológica adecuada, ya que estos padecimientos interfieren en su calidad de vida, adhesión al tratamiento, autocuidado, actividad laboral y supervivencia, sin mencionar la interacción de las medicaciones prescritas para los dos trastornos, la influencia bioquímica de los estados de ánimo en el sistema inmune; además, los pacientes oncológicos con mayores niveles de malestar psicológico requieren más servicios médicos y hospitalizaciones prolongadas, lo que genera mayores costos sanitarios, tienen más dificultades al tomar decisiones, están menos satisfechos con la labor médica y presentan peor adaptación a la enfermedad (Hernández, Cruzado & Arana, 2007; Maté et al., 2004; Valencia, 2006).

Las necesidades psicológicas que presentan los pacientes son diferentes según la fase de la enfermedad: diagnóstico, fase de duelo, tratamiento, intervalo libre, remisión, recidiva, enfermedad avanzada y terminal (Font, 2003). Alcántara, Jiménez, Diez y Alvarado (2008) señalan que durante todo el proceso de enfermedad, desde la aparición de los primeros síntomas, el momento del diagnóstico, los tratamientos oncológicos y aun durante la historia de vida posterior, la presencia de emociones como ansiedad, miedo y tristeza constituye una constante en la vida del paciente. Así mismo el malestar asociado al cáncer puede presentarse en varios niveles, que van desde la ausencia de malestar hasta

el malestar extremo, con crisis espirituales y presencia de síndromes psicopatológicos como depresión, ansiedad o crisis de angustia, pasando por sentimientos de vulnerabilidad, tristeza o miedo (Barroilhet, Forja & Garrido, 2005).

Situaciones como las exploraciones médicas, la espera de resultados, la confirmación de diagnóstico, las intervenciones quirúrgicas, los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, los controles anuales, pueden generar malestar psicológico a los pacientes (Font, 2003); así mismo el temor a la muerte, la alteración de los planes de vida, los cambios en la imagen corporal, cambios en el rol social y en el estilo de vida, las preocupaciones económicas y legales son asuntos importantes en la vida de cualquier persona con cáncer (National Cancer Institute [NCI], 2013).

De esta forma, es importante tener en cuenta que el diagnóstico de cáncer puede ser considerado un evento de vida estresante y desestructurante, la valoración del suceso como una pérdida importante tenderá a producir síntomas de malestar psicológico, diversos grados de tensión y perturbación emocional; la respuesta emocional al diagnóstico de cáncer o a una recaída puede comenzar con un período disfórico marcado por un aumento en la agitación, durante este tiempo el individuo experimentará trastornos del sueño y del apetito, ansiedad, cavilaciones y temor al futuro; estos síntomas pueden desaparecer al cabo de unas semanas con el apoyo de la familia, los amigos y el equipo médico; sin embargo, algunos pacientes continúan experimentando altos niveles de ansiedad y depresión que se intensifican y persisten por semanas o meses y pueden llegar a desembocar en trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Alcántara et al., 2008; Cano, 2005; NCI, 2013; Valencia, 2006;).

Al respecto, Maté et al., (2004) señalan que entre el 25 y 50% de los pacientes con cáncer avanzado presentan morbilidad psiquiátrica mantenida principalmente en forma de trastornos de ansiedad y depresivos, mientras que Rodríguez et al.,

(2002) encontraron la mayor presencia de ansiedad y depresión un mes después de terminar el tratamiento de quimioterapia.

Por su parte, Terol et al., (2000) evaluaron la calidad de vida y estado emocional (ansiedad y depresión) de pacientes oncológicos al inicio y en sus últimos ciclos de quimioterapia y observaron que los niveles de depresión y ansiedad se incrementaron cuando los pacientes se encontraban en los últimos ciclos de quimioterapia.

Investigaciones como la de Rodríguez et al., (2002) han demostrado que existe una alta prevalencia de depresión y ansiedad entre los pacientes oncológicos, ya que reportan que en España el 15,7% de un grupo de 534 pacientes con diagnóstico de cáncer dieron positivo en la subescala de ansiedad, incluida dentro de la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS), y el 14,6% lo hicieron en la subescala de depresión.

En otro estudio realizado en España, en el que participaron 450 pacientes oncológicos de los servicios de hematología y oncología médica, el diagnóstico psicológico más frecuente fue trastorno adaptativos mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido 48,5% del total, seguido de trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo y adaptativo con ansiedad, por lo que los trastornos adaptativos representan aproximadamente el 50% de los diagnósticos (Almonacid et al., 2009).

En México, entre los pacientes con cáncer hospitalizados, 32% presentan trastornos de adaptación, 6% trastornos depresivos y 2% trastornos de ansiedad; mientras que los pacientes ambulatorios presentan principalmente trastorno depresivo mayor (22%), trastorno de adaptación mixto con ansiedad y depresión (17%), trastorno de adaptación con depresión (14%) y 8% presenta distimia (Almanza, Breitbart y Holland, 1999 en Almanza & Holland, 2000).

De acuerdo con Valencia (2006) en la mayoría de estudios internacionales, se encuentra un rango de prevalencia de morbilidad psicológica en cáncer entre 4.5% y 50%, siendo la depresión el trastorno psiquiátrico que se asocia con más frecuencia con el cáncer.

La prevalencia de síntomas de depresión es bastante alta, pacientes en diferente situación de enfermedad, evolución y tratamiento, presentan síntomas depresivos entre un 17% y un 25% en poblaciones españolas y europeas y en otros países, entre un 2 y un 20% (Hernández et al., 2012).

La depresión es una afección comórbida, un síndrome que en Estados Unidos afecta aproximadamente de 15 a 25% de los pacientes con cáncer; se cree que la depresión afecta de igual manera tanto a los hombres como a las mujeres con cáncer y las diferencias relacionadas con el género en cuanto a incidencia y gravedad no se han evaluado adecuadamente (NCI, 2013).

En México un estudio realizado con 146 pacientes con diagnóstico de cáncer como: mama, ginecológico, hematológico, respiratorio, entre otros, en un Centro Oncológico Estatal, la prevalencia de depresión fue de 36%, los grupos etáreos más afectados fueron los de 30 a 44 años, así mismo reporta que los pacientes que se dedicaban al hogar y aquellos que se encuentran en Cuidados Paliativos tienen mayor riesgo de padecer depresión (García, 2010).

Las altas tasas de depresión en pacientes con cáncer pueden deberse al estigma, temores, percepciones y síntomas asociados con la enfermedad; el desarrollo de estos trastornos parece depender de factores como la patología médica específica (curso, evolución y pronóstico, que condicionan la cronicidad), la existencia de historia psiquiátrica previa, carencia de apoyo social y las estrategias de afrontamiento utilizadas (Valencia, 2006).

La tristeza y la pena son reacciones normales a las crisis que hay que enfrentar durante una enfermedad de cáncer; estas reacciones las experimentarán

periódicamente todas las personas, dado que la tristeza y la depresión son comunes; sin embargo, es importante distinguir entre los grados normales de tristeza y los trastornos depresivos, generalmente, la respuesta emocional que inicialmente muestra el paciente ante el diagnóstico de cáncer suele ser breve, con una duración de varios días o semanas, y puede incluir sentimientos de incredulidad, rechazo o desesperación, esta respuesta es normal y parte de un espectro de síntomas depresivos que van desde la tristeza normal, a un trastorno de adaptación de humor deprimido, hasta una depresión grave (NCI, 2013).

Con respecto a la ansiedad, en un estudio realizado en el Instituto Nacional de Cancerología en México con pacientes con cáncer de testículo, Alcántara et al., (2008) encontraron la presencia de ansiedad severa en el 25% de los pacientes, ansiedad mínima 25% y ansiedad leve en el 50%.

La ansiedad es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma, o situaciones de resultado incierto, la vivimos generalmente como una experiencia desagradable con la que nos ponemos en alerta (Cano, 2005). En los pacientes con cáncer los síntomas de ansiedad son uno de los problemas psicológicos más frecuentes y generalmente coexisten con síntomas depresivos y los estados mixtos (Maté et al., 2004).

La ansiedad se puede manifestar en el momento del diagnóstico de la enfermedad neoplásica o de la recidiva, cuando el paciente está esperando el nuevo tratamiento, durante el mismo y en los estadios avanzados o terminales, como resultado de una experiencia desagradable. Sin embargo cuando la frecuencia, intensidad o duración de la respuesta de ansiedad son excesivas, tenderá a disminuir la capacidad de adaptación del individuo al medio circundante, esta ansiedad incontrolable, duradera y con efectos perjudiciales sobre el rendimiento y la adaptación es la que se considera patológica (Alcántara et al., 2008; Cano, 2005; Maté et al., 2004).

Son diversas las variables que pueden generar síntomas y signos de ansiedad entre ellas están los síntomas derivados de la enfermedad, el grado de alteración que los tratamientos provocan para realizar las labores cotidianas, las alteraciones en la imagen corporal, la percepción de cercanía a la muerte; el miedo a la evolución de la enfermedad y las falsas creencias asociadas a la misma; problemas emocionales como la anticipación del sufrimiento propio y de los allegados, la dificultad para ventilar y expresar sentimientos, los temores y preocupaciones, la sensación de pérdida de control, problemas sociales de tipo económico (pérdida del empleo, baja por larga enfermedad e incapacidad laboral), problemas del entorno como pueden ser la privación o el exceso de estimulación, el aburrimiento, la falta de cuidados o la sobreprotección familiar, así como los estados previos de ansiedad (Alcántara et al., 2008; Maté et al., 2004).

Sin embargo, las intervenciones oportunas y adecuadas que favorezcan una mejor adaptación psicosocial al cáncer pueden traducirse, no sólo en una mejor calidad de vida y un mayor bienestar del paciente, sino también amplían su expectativa de vida (Barroilhet et al., 2005; Valencia, 2006); esto hace necesaria una evaluación constante con relación a la depresión y la ansiedad en el curso del tratamiento de los pacientes (NCI, 2013).

Por lo tanto, para responder a las necesidades de los pacientes con cáncer es necesario un abordaje multidisciplinario que incluya psicólogos especialistas en oncología, con intervenciones psicológicas encaminadas a la modificación de conductas y así incidir en la calidad de vida de los pacientes favoreciendo su adaptación a la enfermedad y pronóstico de la enfermedad.

## **1.2. Activación conductual**

Los tratamientos para la ansiedad y la depresión pueden dividirse en tratamientos farmacológicos o biológicos y en tratamientos no farmacológicos o psicológicos, en el caso de la depresión, los tratamientos biológicos que se usan de manera preferencial son la medicación y la terapia electroconvulsiva (Valencia, 2006), los

tratamientos psicológicos para la depresión y la ansiedad que se utilizan generalmente son la terapia cognitiva, la terapia cognitivo-conductual y conductual (Maté et al., 2004).

Una opción de tratamiento psicológico, para disminuir la ansiedad y la depresión en pacientes con cáncer es la Activación Conductual, ya que como explica Barraca (2009) aunque en la Activación Conductual se reconoce el posible curso de factores genéticos, biológicos u otros en la génesis del cuadro, el modelo enfatiza el papel de las pérdidas vitales como elicitadores, al menos, de algunas depresiones.

La Activación Conductual es un procedimiento relativamente nuevo, forma parte de la tercera generación de la terapia de conducta, la cual Pérez (2006) afirma se sitúa a partir de la década de 1990, aunque no sería dada de alta hasta 2004; en estas terapias de tercera generación se propone la aceptación y reconstrucción del horizonte de la vida, y de acuerdo con este autor, esta aportación no es nueva, ya que se puede reconocer en diversas psicoterapias tradicionales; “lo nuevo aquí, en la tercera generación, es que este principio se ha estudiado sistemáticamente” (Pérez, 2006, p. 166).

Villalobos, Díaz, Ruíz y Paz (2012, p. 516) afirman que la denominación de tercera generación puede resultar “pretenciosa”, ya que no se trata de un cambio revolucionario ni radical en la forma de hacer Terapia de Conducta, sino “un viraje hacia aspectos poco valorados u olvidados, la diferencia es que ahora son interpretados desde un nuevo entramado teórico en el que se desarrolla la praxis de esta nueva generación de terapias de clara vocación empírica”.

De acuerdo con Kanter, Busch y Rusch (2009) la Activación Conductual tuvo sus raíces en los primeros escritos de B. F. Skinner, quien se centró en los factores ambientales de la depresión y en cómo las personas eran sensibles a su entorno.

Mientras que Barraca (2009) señala que tiene sus bases en Fester, quien explicaba el estado depresivo como consecuencia del descenso de reforzamiento positivo originado por la falta de emisión de conductas adaptativas; para Fester la situación se creaba progresivamente, en un principio el sujeto sí emitía conductas para lograr reforzamiento pero al no obtenerlo comenzaba a focalizarse sobre su situación de deprivación y a desatender las fuentes de reforzamiento del entorno; simultáneamente, el repertorio de operantes adaptativas se hacía menos variado, por lo que se terminaba por caer en un estado de pasividad general. Por último, al percibir cada vez más consecuencias aversivas por sus acciones, el sujeto comenzaba a actuar de acuerdo con un paradigma de escape evitación.

Por su parte Hopko, Lejuez, Ruggiero y Eifert (2003) explican que autores como Lewinsohn y Graf parten de la idea que la depresión está asociada con una interrupción de la secuencia de conductas saludables establecidas, que han sido reforzadas positivamente por el ambiente social.

Para contrarrestar esto, tanto Fester como Lewinsohn proponían la programación de actividades placenteras y también el entrenamiento en habilidades sociales para incrementar el monto de reforzadores positivos contingentes (Barraca, 2009). A partir de estas premisas se realizaron investigaciones consistentes en el desmantelamiento de componentes de la Terapia Cognitiva de la depresión de Beck, y estudios empíricos donde se compara la Terapia de Activación Conductual con la terapia cognitiva y con la medicación, confirmando no sólo su eficacia sino también algunas ventajas sobre éstas; con estos hallazgos, el componente conductual fue tomado como terapia por sí misma, dando lugar a la Terapia de Activación Conductual (Hopko et al., 2003; Pérez, 2006).

Por su parte, Neil Jacobson planteó la recuperación de las técnicas conductuales para formalizar una terapia para la depresión basada exclusivamente en los planteamientos funcionales de la terapia de conducta; mientras que Lejuez, Hopko, LePage, Hopko y McNeil presentan en 2001 un modelo de tratamiento de

activación conductual más breve y parsimonioso, la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (Barraca, 2009).

Es decir, en la Activación Conductual se considera que el inicio de la depresión es consecuencia de un suceso desencadenante que, de forma súbita o progresiva, aparta al sujeto de reforzadores importantes y cuya perpetuación se debería al mantenimiento de conductas que actúan como un paliativo a corto plazo pero que impiden romper la dinámica que encadena al sujeto a una vida pobre en reforzamiento (Barraca, 2009), lo cual es común entre los pacientes con cáncer, quienes ven interrumpidas sus actividades diarias debido al tratamiento médico que deben seguir, por ejemplo la quimioterapia intrahospitalaria, en la que el paciente debe acudir regularmente al hospital y permanecer algunos días interno.

Además, mientras más tiempo pase en esta dinámica de evitación, es de esperarse que se torne más y más difícil enfrentarse a las cosas abandonadas hace meses y cueste más contrarrestar la inercia de la pasividad ya adquirida (Barraca, 2009).

Por lo tanto, la Activación Conductual tiene como objetivo incrementar el acceso a eventos placenteros y reforzadores positivos, así como disminuir la intensidad y frecuencia de eventos aversivos y sus consecuencias (Hopko et al., 2003).

Al respecto Kanter et al., (2009) señalan que el objetivo de la Activación (AC) Conductual es producir contacto con fuentes estables y diversas de reforzamiento positivo y crear una vida con significado y propósito, los síntomas depresivos deben reducirse a través del contacto con reforzadores positivos; por lo tanto, el objetivo de AC no es reducir síntomas, sino activar conductas alternativas.

Por su parte, Hopko et al., (2003) definen a la Activación Conductual como un proceso terapéutico que hace énfasis en ensayos estructurados para incrementar conductas que son placenteras o que ponen al paciente en contacto con

reforzadores ambientales contingentes y para producir una mejoría en el estado de ánimo, pensamientos y en general en la calidad de vida de los pacientes.

Mientras Ekers, Richards, McMillan, Bland y Gilbody (2011) explican que la Activación Conductual consiste en un programa estructurado para aumentar el contacto con potenciales ambientes antidepresivos y reforzadores a través de un horario y reduciendo la frecuencia de conductas de evitación

Barraca (2010) también resalta la organización de la Activación Conductual, ya que explica que se trata de un procedimiento bien estructurado, aunque flexible y con un carácter ideográfico, encaminado a lograr que los pacientes deprimidos aprendan a organizar sus vidas y cambiar su entorno para que se restablezca su contacto con fuentes de reforzamiento positivo.

Como se describía anteriormente, no se puede hablar de un programa o una terapia de Activación Conductual, ya que al surgir del análisis de los componentes de la Terapia Cognitiva para la depresión, se realizaron diversas investigaciones y a su vez surgieron distintos protocolos, que si bien comparten características fundamentales como la programación y monitorización de actividades, también tienen importantes diferencias, por lo tanto a continuación se describen algunas de las características de los programas de Activación Conductual.

Kanter et al., (2009, p. 111) reconocen cuatro programas de Activación Conductual: la versión más temprana de Lewinsohn (1974); la versión incorporada a la TC y probada por el análisis de componentes de Jacobson y colaboradores; la Activación Conductual de Martell y colaboradores y el Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (TBACD) de Lejuez y colaboradores, así como la propuesta que ellos mismos realizan la cual tiene como objetivo “proporcionar una estructura que aglutine y organice estas técnicas funcionalmente, mientras maximiza la eficiencia, la facilidad para implementar y la

flexibilidad de la Activación Conductual”, con la cual sumarían cinco programas de Activación Conductual.

Los protocolos mayormente conocidos y difundidos son: la Activación Conductual (AC) propuesto por Jacobson y colaboradores y la Terapia de Activación Conductual para la Depresión (TACD) de Lejuez y colaboradores.

Entre estos protocolos se aprecian diferencias como la duración de la intervención; la estructura de las sesiones; el énfasis en el reforzamiento positivo o negativo, ya que mientras en la Activación Conductual no se mencionan las ganancias que el sujeto deprimido puede obtener de sus conductas depresivas, en la Terapia de Activación Conductual para la Depresión se considera de suma importancia esta clase de reforzamiento positivo. Pero también coinciden en aspectos esenciales como la automonitorización del estado de ánimo, jerarquización de tareas, establecimiento de metas concretas, y tanto la Activación Conductual como la Terapia de Activación Conductual para la Depresión ven al cliente no como un enfermo, sino como alguien preso de una situación vital en la que no hay alicientes (o sólo a muy corto plazo), lo que explicaría el bajo estado anímico (Barraca, 2010).

De acuerdo con Barraca (2009), en la AC es fundamental que el paciente depresivo entienda el enfoque que se le presenta; se le explica que para cambiar sus sentimientos y pensamientos, ahora negativos, debe comprometerse con unos objetivos (actividades); se emplea como estrategia fundamental la monitorización a través de registros de actividades, la jerarquización de tareas y su programación.

Otra característica de la Activación Conductual es el diagrama TRAP (en inglés), y cuya función es facilitar al cliente la comprensión de los patrones de evitación que le “entrampan”, donde T: Trigger (precipitante de la depresión), R: Response (respuestas ante ese precipitante), y AP: Avoidance Pattern (patrón de evitación ante esas respuestas); y la alternativa es tomar otro “camino” TRAC(k), que

sugiere que, frente al patrón de evitación, puede plantearse un Afrontamiento Alternativo (AC: Alternative Coping) (Barraca, 2009).

En la Terapia de Activación Conductual para la Depresión se añade la “Ley de igualación” la cual sugiere que si los beneficios (reforzadores) por manifestar conductas depresivas son mayores que los inconvenientes derivados de éstas, la situación se perpetuará y sólo haciendo que los beneficios de la conducta depresiva disminuyan existirán posibilidades de que revierta la situación. Por eso, en la TACD es esencial que no se consiga reforzamiento positivo por actuar depresivamente, y en cambio, se busquen y otorguen nuevos reforzadores al sujeto cuando actúa de forma “sana” o no depresiva; es decir, en el programa de TACD además de los principios de reforzamiento y castigo, también se emplea la extinción de conductas (Barraca, 2009; Hopko et al., 2003).

En el protocolo propuesto por Kanter et al. (2009), la activación simple (asignación de conductas no deprimidas para contactar con fuentes estables y diversas de refuerzo positivo) es suficiente para aquellos clientes que experimenten ganancias, es decir que con las actividades asignadas el paciente se comprometa en una multitud de actividades adicionales que no han sido programadas como tareas de activación, sin embargo para aquellos clientes a quienes la activación simple no funciona, se deben realizar intervenciones adicionales como centrarse en la evitación; por lo tanto, la activación simple es considerada como un escalón para intervenciones más complejas.

Con respecto al reforzamiento, en la AC el reforzamiento es básicamente social, mientras que en la TACD el reforzamiento contingente a la ejecución de las tareas de activación se considera esencial, y combina el reforzamiento social con el material; sin embargo, en ambas modalidades lo que se espera es que las actividades que el sujeto realiza sean las que le provean del reforzamiento natural (Barraca, 2009).

En cuanto a la jerarquización de tareas, Kanter et al., (2009), describen que comienza con un listado de áreas vitales significativas; se pide al cliente que puntúe qué tan importante es para él cada valor (1 a 10) y qué tan consistentes han sido sus acciones en la última semana con cada valor (1 a 10); posteriormente observar las discrepancias entre importancia y consistencia para estructurar las tareas de activación.

Barraca (2009) explica que tanto en la AC como en la TACD, la jerarquización de tareas es básica, pues el trabajo se gradúa para hacerlo posible a las capacidades del sujeto que, al principio, ni está motivado ni libre de emociones negativas; sin embargo, la elección de las tareas dependen de cada persona y se facilita esta labor ofreciendo pistas sobre distintas áreas de actividad e incluso posibles actividades concretas; específicamente en la TACD, se trata de programar tareas que puedan activar al sujeto (y que, en consecuencia, le hagan sentir bien), aunque no conecten necesariamente con temas trascendentales en su vida.

Es importante mencionar que en los dos modelos de activación, la conducta asignada generalmente ya está presente en el repertorio de comportamiento del paciente, pero actualmente este comportamiento no se emite o se produce en una frecuencia muy baja debido a reforzamiento insuficiente; por lo tanto, el moldeamiento generalmente no es considerado como un componente de la intervención, ya que esto implicaría que la atención se centre en aproximaciones sucesivas de una conducta que no está presente en el repertorio conductual; además si el tratamiento se centra en el logro de objetivos a largo plazo es necesario establecer y centrarse en objetivos intermedios, que permitirán lograr el objetivo a largo plazo (Hopko et al., 2003).

Hopko et al., (2003) explican que para cada actividad, el terapeuta y el paciente, en colaboración determinan cuáles son las metas semanales y finales, en términos de frecuencia y duración de la actividad por semana; además el terapeuta puede demorar la gratificación en aras a conseguir las metas

planteadas, que en su caso son el progreso del cliente y la mejora de su estado anímico (Barraca, 2009).

Para Kanter et al., (2009), la monitorización se debe iniciar desde la primera sesión, cuyo formato se determina ente el cliente y el terapeuta, también se pueden registrar otras variables como estado de ánimo o placer de la actividad; además considera como esencial que el terapeuta revise la tarea de monitorización, subrayar su utilidad y reforzar cualquier intento, debe explorar los déficit, los excesos y cualquier relación entre estado de ánimo y actividad, sin olvidar la importancia de la observación directa del cliente durante cada sesión.

Así mismo, en la TACD la elaboración de registros diarios de actividades y su efecto sobre el estado de ánimo son fundamentales, porque sirven como método para comprobar si se está obteniendo el reforzamiento ambiental buscado (Barraca, 2009).

En cuanto al número de sesiones, para Kanter et al., (2009), la integración de otras técnicas, además de la programación y monitorización de tareas, y por tanto el número de sesiones, dependerá del éxito alcanzado por esta primera intervención; sin embargo, mientras en la AC suelen emplearse entre 20 y 24 sesiones para la aplicación de las técnicas, en la TACD no se sobrepasan las 15 sesiones (Barraca, 2009).

Con respecto a las sesiones, Kanter et al., (2009), describen que se estructuran para centrar al terapeuta y al cliente en concretar el cambio conductual funcional, se realiza: encuadre del programa para la sesión, tareas para casa y revisión, pedir al cliente un resumen de los puntos clave y pedir al un feedback de la sesión.

Hopko et al., (2003), explican que al comienzo de cada sesión, el registro de actividades se examina y discute, estableciendo metas para la semana siguiente, tomando en cuenta el éxito o dificultades que se hayan tenido durante la semana;

los pacientes deben identificar los beneficios obtenidos semanalmente, al cumplir con la tarea propuesta.

En la AC, se programan sesiones de una hora aproximadamente, en la TACD esta duración sólo es necesaria en las primeras fases de tratamiento, reduciéndose luego hasta entre 15 y 30 minutos; además, la periodicidad también es diferente entre los dos protocolos, mientras que en la AC se programan dos sesiones semanales al inicio de la intervención y una semanal más adelante, en la TACD al comienzo el terapeuta puede ver al paciente tres o más veces por semana, para espaciar luego las sesiones a dos o una vez por semana, aunque también se puede hacer uso del contacto telefónico (Barraca, 2009).

Otra diferencia entre la TACD y la AC es que mientras en la primera la rumia cognitiva no requiere una intervención específica, pues se considera que ésta desaparecerá de forma natural cuando el sujeto esté lo suficientemente activado; en la AC se plantea de forma directa y se aborda con el cliente, por dos razones ya que puede tratarse de conductas problema al ser otra forma de evitación, y porque su presencia puede interferir en el tratamiento y hacer menos probables los efectos reforzantes de algunas actividades (Barraca, 2009).

Por último, tanto en la AC como en la TACD se plantea que la intervención debe ser directiva y estructurada, a ser posible con limitación temporal, aunque de forma más flexible en la AC que en la TACD (Barraca, 2009), no obstante la TACD plantea una intervención más estructurada y simple, cuya meta radica en guiar la actividad de los clientes hacia unos objetivos concretos; además enfatiza en la necesidad de eliminar cualquier reforzamiento positivo que el cliente obtenga cuando exhibe comportamientos depresivos (Hopko, Lejuez, & Hopko, 2004) por esa razón, la principal técnica que se propone es la programación de actividades y la automonitorización.

Sin embargo, en ambos protocolos los investigadores sugieren que el cambio afectivo en los tratamientos de activación es directamente atribuible a los incrementos relativos en refuerzo de conductas saludables versus conductas depresivas; así mismo cuando los pacientes dejan de aumentar las tasas de comportamiento tanto en la AC como la TACD proponen la reevaluación de las actividades asignadas para identificar los obstáculos, por ejemplo que las tareas propuestas sean castigadas, así como la inaccesibilidad y/o la falta de la habilidad en la obtención de reforzadores (Hopko et al., 2003).

Como puede verse, aunque estos programas de Activación Conductual tienen diferencias importantes, parten de la idea fundamental de que la depresión es producto de la falta de reforzamiento en el ambiente del sujeto, por lo tanto debe entrar en contacto con actividades que le provean este reforzamiento, para lo cual se valen de la programación y monitorización de actividades, esto la convierte en una intervención sencilla y con muchos beneficios tanto para el paciente como para el terapeuta.

Así Barraca (2010) señala que la Activación Conductual posee grandes ventajas: es una intervención que emplea procedimientos conductuales bien conocidos desde hace años (programación de actividades, exposición a situaciones evitadas, jerarquización de tareas); su modelo explicativo es parsimonioso y se basa en principios elementales de aprendizaje (reforzamiento negativo y positivo, extinción); la estructuración de la terapia resulta sencilla y su puesta en práctica no requiere un entrenamiento especialmente largo.

Pérez (2006) resalta el énfasis de la Activación Conductual en el desarrollo del análisis funcional, así como un replanteamiento contextual de la psicología clínica, el cual tiene una tarea de primer orden en la desmedicalización de los problemas psicológicos.

Para Barraca (2009) la Activación Conductual posee, en comparación con otros programas de intervención, una elaboración teórica mejor perfilada, para explicar tanto el origen como la perpetuación del estado depresivo; un nuevo enfoque sobre aspectos motivacionales para comprometer al cliente en la intervención; un protocolo de tratamiento bien desarrollado, organizado jerárquicamente y formalizado a partir de las técnicas de Activación Conductual más contrastadas en los trabajos empíricos; una integración genuinamente conductual de los aspectos cognitivos, en que la rumia depresiva se aborda desde una perspectiva funcional; el desarrollo de algunos instrumentos de evaluación originales para valorar el curso de la terapia; y una cuidada búsqueda de evidencia empírica para incluir las intervenciones entre las terapias de probada eficacia para el tratamiento de la depresión, así como un análisis detallado sobre los casos en que ha sido eficaz.

Otras contribuciones de la Activación Conductual son énfasis en el contexto ambiental de la vida de los clientes; insistente aliento al cliente para comprometerse en actividades que le permitan el contacto con reforzadores naturales; modificación del ambiente, no del pensamiento; focalización en el patrón de evitación conductual; entendimiento contextual e ideográfico de la conducta humana, sin suponer de entrada ningún déficit de conducta o de pensamiento, antes bien, se trata de evaluar las fuentes de reforzamiento que el cliente no está contactando y de activar conductas antidepresivas que puedan resultar reforzadas; énfasis en las contingencias naturales más que en la conducta gobernada por reglas (Pérez, 2006).

Barraca (2010) también describe algunas aportaciones del programa de Activación Conductual de Jacobson como el papel del reforzamiento negativo en el mantenimiento de los estados depresivos; se sirve de un conjunto más amplio de estrategias y no únicamente de la incorporación progresiva de tareas; tiene en cuenta las manifestaciones depresivas cognitivas.

Debido a estas aportaciones y sus características particulares, el programa de Activación Conductual, si bien se originó para el tratamiento de la depresión, también ha sido utilizado para tratar otros problemas.

Al respecto, Barraca (2009) explica que esto se debe en parte, a que la programación de actividades, uno de sus componentes clave, ha resultado altamente efectivo y sumamente atractivo por su fácil implementación y su bajo costo.

Además, si la Terapia Cognitivo Conductual y las intervenciones conductuales son igual de efectivas, entonces las intervenciones conductuales pueden ser preferibles porque son más simples de aplicar y pueden ser utilizadas por profesionales con menos entrenamiento (Ekers et al., 2011).

Barraca (2009) señala que el protocolo de la TACD, y pese a incluir en su denominación precisamente el término “depresión”, ha presentado ya estudios en una gama más amplia de problemas, como: trastornos mixtos ansioso-depresivos, en consumidores de drogas ilegales con síntomas depresivos, en pacientes con trastorno límite de la personalidad y alto riesgo de suicidio y en enfermos de cáncer.

Por ejemplo Ekers et al., (2011) compararon la efectividad de un programa de Activación Conductual aplicado por psicólogos especializados y por trabajadores en salud mental no especialistas, el objetivo de la Activación Conductual fue poner a pacientes con depresión en contacto con diversas fuentes estables de reforzamiento positivo en su medio ambiente y compararlo con un grupo control de pacientes quienes recibían atención psicológica establecida a partir de las necesidades observadas por su psicólogo especialista; sus resultados muestran que la Activación Conductual fue una terapia efectiva para la depresión, en comparación con el cuidado psicológico usual, la Activación Conductual aplicada por no especialistas tuvo beneficios significativos cuando se comparan los niveles

de depresión antes y después de la intervención; además en un seguimiento a tres meses se encontraron diferencias significativas en favor de la Activación Conductual, lo que sugiere menor deterioro funcional en este grupo; estos resultados apoyan la viabilidad y parsimonia de Activación Conductual.

Por su parte Wallbridge, Furer y Lionberg (2008), consideran que la AC puede ayudar en la rehabilitación de pacientes con lesiones cerebrales y accidentes cerebrovasculares que no enfrentan los comportamientos y cambios de estilo de vida que les podrían ser útiles, además de los síntomas comunes de depresión que a menudo conducen a conductas de evitación y la pérdida de la motivación afectando directamente el progreso de los pacientes para regresar a los niveles previos de funcionamiento; por lo tanto, la Activación Conductual puede ser muy valiosa, especialmente cuando los pacientes no responden a los esfuerzos iniciales del tratamiento.

Otro estudio realizado con el modelo de Terapia de Activación Conductual para la Depresión, es el de Hopko et al. (2004), quienes utilizaron este modelo con una paciente con trastorno de pánico con agorafobia y distimia, los cuales habían estado presentes desde hace 3 o 4 años, sin embargo sus síntomas aumentaron después de ser diagnosticada con colitis y la muerte de su tía debido al cáncer, por lo que decidió buscar ayuda. El tratamiento consistió en 10 sesiones, las evaluaciones postratamiento muestran disminución en los síntomas de ansiedad y depresión y un aumento en la calidad de vida, una de las principales complicaciones en el tratamiento fueron los síntomas de colitis de la paciente, los cuales a pesar de estar siendo tratados por su médico en ocasiones impidieron la realización de las actividades; sin embargo, la TACD es lo suficiente flexible como para ser implementada con pacientes con problemas de salud orgánicos y en colaboración con médicos, además de ser una estrategia a considerar cuando se trabaja con pacientes con síntomas coexistentes de ansiedad y depresión.

La TACD también ha sido utilizada con pacientes con esquizofrenia, Romero, Oñate y Vucinovich (2011) la emplearon con un paciente diagnosticado con esquizofrenia paranoide y un episodio depresivo mayor de intensidad moderada, la intervención consistió de 10 semanas con un total de 20 sesiones, la sintomatología depresiva fue valorada semanalmente durante el tiempo que duró el tratamiento así como en el seguimiento; los resultados demuestran que la intervención resultó eficaz para disminuir la sintomatología depresiva inicial, dejando de cumplir criterios de episodio depresivo al finalizar el tratamiento y manteniéndose este resultado durante el seguimiento, además se observa una disminución en algunos aspectos de la psicopatología propiamente psicótica.

En cuanto a la Activación Conductual para tratar la ansiedad, Barraca (2010) realizó un estudio pre-post test basado en Activación Conductual y mindfulness con un sujeto con síntomas depresivos; además de la activación conductual y depresión, también se midió: evitación conductual, pensamientos automáticos negativos y ansiedad rasgo estado; después de la intervención se observó una disminución en los puntajes de los autoinformes con los que se evaluaron estas variables, este autor señala que si bien hubo un cambio importante en la ansiedad, pasando de 41 a 20 en la ansiedad estado, y de 39 a 24 en la ansiedad rasgo; se debe ser consciente que estos cambios en los niveles de ansiedad, pueden explicarse en ocasiones por un proceso de habituación a la situación terapéutica, entre otras posibles razones.

Al respecto, Hopko, Lejuez, Lepage, Hopko y Mcneil (2003) señalan que es importante evaluar el efecto que la TACD tiene en la ansiedad y calidad de vida, ya que ellos realizaron un estudio en el que compararon la TACD con la psicoterapia de apoyo brindada en un hospital psiquiátrico, la muestra estuvo formada por 25 pacientes cuyo diagnóstico principal era depresión mayor, con diagnósticos coexistentes de abuso o dependencia de sustancias, trastornos de ansiedad y trastorno límite de la personalidad; el tratamiento duró dos semanas o hasta que los pacientes fueran dados de alta, lo que ocurriera primero. Los resultados muestran que los pacientes que recibieron TACD disminuyeron sus

puntuaciones en el Inventario de Depresión de Beck después de la intervención, el cual fue significativamente alto en comparación con los pacientes del grupo de psicoterapia de apoyo; así, considerando el tiempo limitado y el entrenamiento necesario para realizarla, la TACD parece ser el tratamiento ideal para pacientes hospitalizados psiquiátricos.

Por su parte, Fernández et al. (2011), señalan que la Activación Conductual en pacientes oncológicos podría ser idónea para el afrontamiento de la enfermedad, ya que sin presuponer ningún déficit de conducta y el énfasis que pone sobre el contexto ambiental, alienta al sujeto a comprometerse con tareas que puedan activar sus fuentes de reforzamiento cotidianas, logrando mantener y/o incrementar conductas saludables y reduciendo y/o eliminando conductas de enfermedad o desadaptativas, como lo son los síntomas de ansiedad.

Estos autores realizaron un estudio cuyo objetivo fue evaluar la eficacia de la Activación Conductual en pacientes oncológicos, participaron pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón que acudían por primera vez y cuyo tratamiento a seguir sería quimioterapia, fueron asignados aleatoriamente a un grupo control y un grupo de Activación Conductual; en la comparación inter e intra grupos encontraron que entre los pacientes con cáncer de pulmón asignados al grupo de activación, recuperaron en mayor medida su actividad cotidiana y, en particular, incrementaron las actividades de ocio; se observan diferencias estadísticamente significativas a favor de este grupo en comparación con el grupo control en las dos dimensiones de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD); es importante mencionar que la disponibilidad del paciente para aumentar el ocio fue mejor cuando su estado físico lo permitía y, en este sentido, la quimioterapia con los enfermos de cáncer de pulmón pudo haber jugado un papel facilitador, aunque no lo suficiente; en las pacientes con cáncer de mama no se observa ningún cambio relevante sobre la actividad cotidiana ni niveles de ansiedad y depresión.

Pese a estos ejemplos de aplicaciones en diversas problemáticas, es importante tener en cuenta algunas limitaciones de la Activación Conductual en cualquiera de sus modalidades, por ejemplo los autoregistros son muchas veces poco motivantes para los pacientes con depresión, por lo tanto el análisis funcional es muy importante para identificar en que ocasiones existe la posibilidad de disponer de más sesiones para una aproximación individualizada, como en el caso de la consulta privada, y los contextos en los que el protocolo más parsimonioso de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión podría ser una elección más justificable, por ejemplo los contextos institucionales (Barraca, 2010).

Fernández et al., (2011) y Hopko et al., (2003) mencionan que es necesario examinar la naturaleza de las conductas susceptibles a la Activación Conductual, las características de los pacientes que harían idónea la intervención, qué peculiaridades de la intervención (duración, momento de inicio) mejorarían la eficacia y efectividad de la misma y los principios conductuales básicos que hacen a la activación conductual efectiva.

Así mismo, a pesar de que la Activación Conductual ha demostrado ser una terapia efectiva en el manejo de la depresión y ansiedad (Barraca, 2010); y en pacientes hospitalizados (Hopko et al., 2003); se han desarrollado pocos trabajos para evaluar la eficacia de la TACD en esta población; de igual manera las investigaciones basadas en activación conductual para disminuir la ansiedad y depresión en pacientes con cáncer (Fernández et al., 2011) son escasas.

Además, aunque estos estudios aportan evidencia sobre los efectos de la Activación Conductual en pacientes con depresión, no brindan una intervención en la población mexicana con cáncer que recibe tratamiento hospitalizada y presenta síntomas de depresión y menos sobre los efectos de la activación conductual en pacientes oncológicos hospitalizados con ansiedad o con síntomas coexistentes; lo cual considero sumamente necesario e importante ya que la Activación Conductual y más aún la Terapia de Activación Conductual para la Depresión,

dada su duración y sistematización, podrían beneficiar a estos pacientes, además de permitir el trabajo multidisciplinario y ayudar a brindar una mejor atención integral.

### **1.3. Planteamiento del problema**

#### **1.3.1. Justificación**

El cáncer es una enfermedad que desde la aparición de los primeros síntomas hasta la historia de vida posterior puede generar malestar psicológico debido a los cambios en el estilo de vida y los síntomas asociados a los diferentes tratamientos de la enfermedad, los pacientes oncológicos con frecuencia presentan síntomas de ansiedad y depresión, que si no son tratados oportuna y adecuadamente pueden desembocar en trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, esto hace necesario un abordaje multidisciplinario que incluya una intervención psicológica.

La Terapia de Activación Conductual para la Depresión puede ser una opción de tratamiento adecuado, porque es fácil y sencilla de implementar; responde a necesidades inmediatas y se basa únicamente en la modificación de conducta, lo cual la hace ideal para poblaciones con pocos recursos cognitivos; enfatiza el papel de un suceso desencadenante que de forma súbita o progresiva, aparta al sujeto de reforzadores importantes como elicitador de la depresión; alienta al sujeto a comprometerse con tareas que puedan activar sus fuentes de reforzamiento cotidianas, logrando mantener y/o incrementar conductas saludables y reduciendo y/o eliminando conductas de enfermedad o desadaptativas, como los síntomas de ansiedad; es lo suficiente flexible como para ser implementada con pacientes con problemas de salud orgánicos, con pacientes hospitalizados y en colaboración con médicos; además de ser una estrategia a considerar cuando se trabaja con pacientes con síntomas coexistentes de ansiedad y depresión.

Sin embargo, a pesar de estas ventajas se han desarrollado pocos trabajos para evaluar el efecto de la activación conductual en pacientes oncológicos con depresión, ansiedad o con síntomas coexistentes, principalmente en la población mexicana. Por lo tanto una intervención basada en la Terapia de Activación Conductual para la Depresión con pacientes con leucemia mieloide aguda, leucemia linfocítica aguda, cáncer de colon y cáncer de testículo que reciben quimioterapia hospitalaria y presenten síntomas de ansiedad y/o depresión podría favorecer la adaptación a la enfermedad e incidir en la calidad de vida y pronóstico de los pacientes; proporcionará información útil para futuras investigaciones; además de permitir el trabajo multidisciplinario y ayudar a brindar una mejor atención integral.

### **1.3.2. Objetivos**

#### **General**

Examinar el efecto de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión en pacientes oncológicos que se encuentren hospitalizados para aplicación de quimioterapia con síntomas de ansiedad, depresión y ansiedad-depresión.

#### **Específicos**

- Generar conductas alternativas.
- Reducir conductas desadaptativas.
- Incrementar el reforzamiento de conductas adaptativas.
- Incrementar el acceso a eventos placenteros y reforzadores positivos.
- Producir contacto con fuentes estables y diversas de reforzamiento positivo.
- Disminuir el reforzamiento de conductas desadaptativas.
- Reducir tiempo de inactividad.
- Evaluar ansiedad en pacientes en quimioterapia intrahospitalaria con diagnóstico de cáncer a través de pruebas psicométricas.

- Evaluar depresión en pacientes en quimioterapia intrahospitalaria con diagnóstico de cáncer a través de pruebas psicométricas.
- Determinar la efectividad de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión en la disminución de la ansiedad en pacientes en quimioterapia intrahospitalaria con diagnóstico de cáncer.
- Determinar la efectividad de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión en la disminución de la depresión en pacientes en quimioterapia intrahospitalaria con diagnóstico de cáncer.
- Determinar la efectividad de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión en la disminución de síntomas coexistentes de depresión y ansiedad en pacientes en quimioterapia intrahospitalaria con diagnóstico de cáncer.

### **1.3.3. Hipótesis**

Si los pacientes inician o incrementan conductas alternativas, reducen sus conductas desadaptativas y tiempo de inactividad su nivel de depresión y/o ansiedad disminuirá.

### **1.3.4. Variables**

**Variable Independiente:** Terapia de Activación Conductual para la Depresión

**Variable Dependiente:** Nivel ansiedad, depresión, ansiedad-depresión

### **Definición conceptual**

**Terapia de Activación Conductual para la Depresión:** modelo de tratamiento de Activación Conductual más breve y parsimonioso presentado por Hopko, Lejuez, LePage, Hopko y McNeil (2001), forma parte de la tercera generación de la Terapia de Conducta, surge de estudios consistentes en el desmantelamiento de los componentes de la Terapia Cognitiva de la depresión de Beck, a partir de los cuales el componente conductual fue tomado como terapia por sí misma.

**Depresión:** respuesta caracterizada por sentimientos de tristeza, inutilidad, indefensión, culpa, abandono, incredulidad; disminución del interés o la capacidad para el placer y conductas como aislamiento, llanto constante, abulia, insomnio o hipersomnias; no justificados por la enfermedad o tratamiento médico.

**Ansiedad:** respuesta caracterizada por un estado constante de preocupación, inquietud, nerviosismo, tensión muscular, dificultad para tener la mente en blanco, sensación de huida, hipervigilancia y lenguaje verborreico y acelerado; no justificados por la enfermedad o tratamiento médico.

**Mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido:** Combinación de los síntomas de ansiedad y depresión antes descritos.

#### **Definición operacional**

**Terapia de Activación Conductual para la Depresión:** Programa de activación conductual el cual consistió en cinco sesiones de activación conductual durante dos semanas, programadas dos veces por semana, con duración de 30 a 60 minutos, las actividades que se establecieron fueron: bisutería, dibujo, lectura, resolución de sopas de letras, acertijos y cuadros mágicos y aquellas propuestas por el paciente.

**Depresión:** Puntaje mayor o igual a ocho en la subescala de depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).

**Ansiedad:** Puntaje mayor o igual a ocho en la subescala de depresión de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).

**Mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido:** Puntaje mayor o igual a ocho en las subescalas de depresión y ansiedad de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD).

## **1.4. Método**

### **1.4.1. Participantes**

Participaron ocho pacientes del Hospital Juárez de México, que recibían atención en el servicio de Oncología o Hematología, de los cuales únicamente seis concluyeron el tratamiento. La selección de pacientes fue no probabilística, se seleccionaron de forma intencional a partir de los criterios de inclusión.

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes del servicio de oncología o hematología.
- Pacientes cuyas edades fueran de los 16 a 70 años.
- Pacientes que se encontraran en quimioterapia intrahospitalaria.
- Pacientes con un puntaje igual o mayor a ocho en la subescala de ansiedad de la Escala de ansiedad y Depresión en el Hospital HAD.
- Pacientes con un puntaje igual o mayor a ocho en la subescala de depresión de la Escala de ansiedad y Depresión en el Hospital HAD.
- Pacientes que deseen participar en la investigación.

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con padecimientos psiquiátricos.
- Pacientes que al momento de la investigación se encontraban en tratamiento psicológico o psiquiátrico.
- Pacientes con algún impedimento para realizar la actividad (reposo absoluto, catéter intravenoso en mano o antebrazo, etc.).

## **Criterios de eliminación**

- Pacientes que durante la investigación presentaran algún impedimento para realizar la actividad (reposo absoluto, catéter intravenoso en mano o antebrazo, etc.).
- Pacientes que abandonen el estudio antes de concluir la intervención.
- Pacientes que fallezcan antes de concluir la intervención.

### **1.4.2. Diseño de la investigación**

El diseño en esta investigación es un estudio preexperimental con pretest y postest. A cada participante se le aplicó, previamente a la intervención, la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD) para tener un punto de referencia inicial sobre el nivel de ansiedad y depresión; después se inicio con el programa de Activación Conductual y finalmente se aplicó la HAD al finalizar el tratamiento.

### **1.4.3. Escenario**

El estudio se llevó a cabo en las salas del área de hospitalización de los servicios de Hematología y Oncología del Hospital Juárez de México, debido a que cada sala es para al menos tres pacientes, se recorrían las cortinas que separan cada una de las camas para brindar mayor privacidad.

### **1.4.4. Instrumentos**

**Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD)** (Bravo & Villegas, 2012) que consta de 14 reactivos, siete evalúan ansiedad y los siete restantes depresión; los reactivos se puntúan en una escala tipo Likert de cuatro puntos y reflejan el estado emocional de la persona durante la semana anterior a su aplicación. Si la calificación total de cada subescala es de siete o menos se considera trastorno ausente, si es de ocho a diez es un caso dudoso, mientras que si es mayor de once, hay un trastorno presente. Tiene una confiabilidad de 0.80 en general, 0.71 para ansiedad y 0.69 para depresión (Anexo 1).

**Formato de entrevista semiestructura e impresión diagnóstica**, incluye los datos demográficos del paciente, edad aparente, constitución, orientación, estado de alerta, higiene y aliño, atención y concentración, memoria, pensamiento, lenguaje, alteraciones senso-perceptuales, afecto, estado de ánimo, estilo de afrontamiento, locus de control, enfermedad y red de apoyo (Anexo 2).

**Escala Visual Análoga (EVA)** la cual se utilizó como unidad subjetiva del estado de ánimo, ya que se le indicaba al paciente que señalara la imagen que mejor describiera cómo se sentía ese día (Anexo 3).

**Registro de activación conductual para el paciente** que incluye actividad a realizar, material necesario, satisfacción al realizarla (Escala de 1 a 10), horario y duración de la actividad (Anexo 4).

**Check list para terapeuta**, en el que se registraba la actividad que el paciente realizaba y la entrega de producto terminado (Anexo 5).

#### **1.4.5. Procedimiento**

Los pacientes se identificaron durante el pase de visita en el servicio, después se realizó la primera sesión, la intervención fue de manera individual con cada uno de los pacientes.

#### **Sesión uno**

El Terapeuta acudió a la sala de hospitalización donde se encontraba el paciente se presentó y estableció rapport, después de lo cual se le explicó al paciente cuáles eran los objetivos de la intervención, sus reglas y funcionamiento, las cuales incluían: confidencialidad, respeto, la importancia de comprometerse con la realización de actividades y registros; honestidad para calificar la satisfacción con las actividades y que podía retirarse de la investigación en el momento que deseará.

Una vez realizado esto se le preguntó si deseaba participar en el estudio y se le presentó un consentimiento informado (Anexo 6), se recopilaron sus datos sociodemográficos y referentes a su historial psicológico y médico, se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD) para medir ansiedad y depresión y se preguntó cómo se sentía ese día utilizando la Escala Visual Análoga.

Después se pidió al paciente que mencionara al menos una actividad que deseara realizar en el hospital y se discutió su viabilidad; en los casos en los que el paciente no identificó ninguna actividad o la actividad propuesta no era viable, el terapeuta sugirió algunas actividades como: bisutería, dibujo, lectura, tejido, papiroflexia, resolución de sopas de letras, acertijos y cuadros mágicos. Si se proponía más de una actividad, estas se jerarquizaron de la más fácil a la más difícil y se acordó el inicio de cada una de éstas; se identificó el material necesario para realizar cada actividad, en los casos en los que no se contaba con el material (alguna lectura en específico, material que el paciente utilizaba previo a su hospitalización), se pidió al cuidador primario proporcionarle el material al paciente al día siguiente, cuando esto no fue posible el terapeuta proporcionó el material requerido.

Entre paciente y terapeuta se acordaron y programaron horarios y tiempo de realización para cada actividad; el terapeuta explicó cómo realizar registro y se establecieron las metas a alcanzar, las cuales serían revisadas en la siguiente sesión, por ejemplo número de sopas resueltas, capítulos de libros leídos o cantidad de pulseras terminadas. Finalmente se explicó a cuidador primario la importancia de reforzar la realización de las actividades planeadas y dejar de reforzar conductas depresivas o ansiosas.

### **Sesión dos**

Se preguntó al paciente cómo se sintió al realizar cada actividad, se revisaron los productos terminados o realizó interrogación acerca de la lectura realizada y se

registró en una lista de chequeo frente al paciente, se reforzó socialmente la realización de la actividad aunque no se hubiera alcanzado la meta señalada, en los casos en los que no se alcanzó la meta establecida se discutió por qué razón, se comentó la pertinencia de seguir con las actividades, en algunos casos se incorporó una actividad más, se establecieron nuevas metas a alcanzar las cuales serían revisadas en la siguiente sesión y se estableció criterio a alcanzar para la entrega de reforzador con aquellos pacientes con quienes además de reforzamiento social se utilizó algún reforzador material.

Se revisaron los registros, en los casos en que el paciente no los realizó, se explicó nuevamente la importancia de éstos y se discutió por qué no se habían realizado, cuando los pacientes señalaron que el motivo por el cual no habían registrado era porque el registro les pareció complicado, se elaboró un registro más sencillo entre paciente y terapeuta (Anexo 7). Finalmente se preguntó al paciente cómo se sentía ese día utilizando la EVA y se verificó con cuidador primario el cumplimiento de reforzamiento de la actividad y extinción de conductas depresivas y/o ansiosas.

### **Sesiones 3 y 4**

Al inicio de cada sesión se preguntó al paciente cómo se sintió al realizar cada actividad, se revisaron los productos terminados y autoregistros, se reforzó socialmente la realización de la actividad aunque no se hubiera llegado a la meta señalada y se entregó reforzador material en los casos en los que se utilizó y únicamente si se había llegado a la meta establecida, se discutieron las dificultades para realizar la actividad (debilidad, cansancio, náusea, mareo, vómito, dolor, factores ambientales como ruido, luz, falta de material); los progresos o avances alcanzados en cada actividad, por ejemplo en terminar un dibujo con diferentes técnicas o terminar una pulsera más compleja y cómo los hacía sentir estos logros y qué deseaban hacer con los productos terminados. Se fijaron los objetivos a alcanzar para la siguiente sesión y se entregó más material a aquellos pacientes que lo necesitaran; se les preguntó cómo se sentían ese día utilizando

una EVA y finalmente se verificó con cuidador primario el cumplimiento de reforzamiento de la actividad y extinción de conductas depresivas y/o ansiosas.

### **Sesión 5**

Se preguntó al paciente cómo se sintió al realizar cada actividad y al haber finalizado la intervención, se revisaron los productos terminados y autoregistros; se verificó si se habían alcanzado las metas y objetivos finales, se reforzó socialmente aunque no se hubiese alcanzado la meta final y se entregó reforzador material establecido, cuando estas se lograron; se explicó la importancia de continuar con la activación dentro del hospital en esta hospitalización, durante próximos internamientos para aplicación de quimioterapia y en casa, se repasó la estrategia de incorporar y jerarquizar nuevas actividades y registrar el tiempo y satisfacción al realizarla.

Se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD) y se preguntó al paciente cómo se sentía ese día utilizando una EVA; finalmente se verificó con cuidador primario el cumplimiento de reforzamiento de la actividad y extinción de conductas depresivas y/o ansiosas y se le explicó la importancia de que el paciente continuara con la activación en próximas hospitalizaciones y en casa, así como la importancia de su participación administrando reforzadores sociales y extinguiendo conductas desadaptativas.

### 1.5. Resultados

En la Tabla 1 se presentan los datos sociodemográficos de los pacientes que participaron en el estudio, el rango de edad es de 17 a 49 años con media de 31.75 años; fueron cinco hombres y tres mujeres.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de pacientes

Px	Sexo	Edad Años	Escolaridad	Estado civil	Ocupación	Religión	Origen	Residencia
1	Masculino	36	Secundaria	Casado	Empleado en construcción	Mormona	Michoacán	D.F.
2	Femenino	18	Secundaria	Casada	Ama de casa	Católica	D.F.	D.F.
3	Femenino	43	Primaria	Casada	Ama de casa	Católica	Edo. Méx.	Edo. Méx.
4	Masculino	21	Carrera técnica Sistemas computacionales	Soltero	Comerciante y músico ambulante	Ninguna	Edo. Méx.	Edo. Méx.
5	Masculino	27	Secundaria	Casado	Empleado en tortillería	Católica	Hidalgo	Hidalgo
6	Masculino	43	Secundaria	Casado	Coach futbol americano	Católica	Edo. Méx.	Edo. Méx.
7	Masculino	17	Secundaria	Soltero	Estudiante	Católica	D.F.	D.F.
8	Femenino	49	Secundaria	Casada	Ama de casa	Católica	Edo. Méx.	Edo. Méx.

En la Tabla 2 se muestra la historia de tratamiento médico y psicológico de cada participante, así como el número de días en hospitalización; se puede observar que cinco de los ocho participantes tiene un diagnóstico de enfermedad hematológica y tres enfermedad oncológica, dos tuvieron tratamiento quirúrgico previo, el participante cinco además de una cirugía recibió un ciclo de quimioterapia previo a su ingreso al Hospital Juárez de México, mientras que el resto de ellos recibían quimioterapia por primera vez. Siete de los participantes ingresaron directamente al servicio de oncología o hematología y el participante 2 estuvo quince días en el servicio de medicina interna antes de llegar al servicio de hematología, los sujetos 6 y 8 cuentan con tratamiento psicológico previo, el primero de ellos refiere haber recibido psicoeducación sobre su enfermedad, ya

que en expediente no se encontró registro; mientras que al segundo se le instruyó en relajación muscular progresiva para disminuir ansiedad, la cual fue suspendida debido a trombosis en miembro pélvico derecho y se inició activación conductual.

Tabla 2. Historia de tratamiento y estancia hospitalaria

Px	Diagnóstico médico	Tratamiento médico	Diagnóstico psicológico	EIH <sup>1</sup>	Tx médico Previo	Tx psicológico previo
1	Leucemia Mieloide aguda M4	Qt primer ciclo consolidación temprana esquema 7+3	Ansiedad	5	Ninguno	Ninguno
2	Leucemia Linfoide Aguda pre B L2	Qt primer ciclo San Judas	Depresión	15/5 <sup>2</sup>	Ninguno	Ninguno
3	Leucemia Linfoide Aguda L2	QT Hyper CVAD primera fase primer ciclo	Mixto	11	Ninguno	Ninguno
4	Cáncer de testículo (tumor germinal mixto)	QT BEP primer ciclo	Ansiedad	2	Orquiectomía derecha	Ninguno
5	Cáncer de testículo (tumor germinal mixto)	Qt BEP segundo ciclo	Mixto	3	Orquiectomía izquierda+ Primer ciclo Qt BEP	Ninguno
6	Leucemia Linfoide Aguda L2 pre B	Qt Hyper CVAD segunda fase de primer ciclo	Mixto	12	Ninguno	Psicoeducación
7	Leucemia Linfoide Aguda L2	QT San Judas	Depresión	20	Ninguno	Ninguno
8	Cáncer colón	Qt Neoadyuvante FOLFOX	Mixto	14	Ninguno	Relajación muscular progresiva

<sup>1</sup>EIH: Estancia intrahospitalaria

<sup>2</sup>La paciente estuvo quince días en el servicio de medicina interna previamente a los 5 días de hospitalización en hematología al iniciar activación conductual

Las actividades propuestas y desarrolladas por cada paciente, se muestran en la Tabla 3, se observa que los participantes 4 y 7 no concluyeron el tratamiento, el primero de ellos porque falleció en el transcurso entre la primera y la segunda sesión, mientras que el segundo sufrió un evento vascular cerebral. Con cinco de los seis participantes que concluyeron el tratamiento, la post evaluación se realizó el día 15 como estaba programado, sin embargo con el sujeto ocho la evaluación

se realizó el día 12, porque fue dado de alta del hospital. Debido a que los sujetos 3 y 8 expresaron que no realizaban el registro de actividades porque percibían el formato como complicado, se utilizó un registro más sencillo (ver Anexo 6).

Tabla 3. Descripción Activación Conductual por participante

Px	Actividades	Meta Propuesta	Actividad realizada	Reforzador	Tipo registro	Sesiones
1	Leer libro Sopa de letras Registrar	Terminar 1 libro Resolver 28 sopas de letras	1 Libro leído 4 Sopas de letras	Lectura Social	Estándar	5
2	Iluminar Sopa de letras Bisutería Registrar	Terminar 10 sopas de letras Iluminar 10 dibujos Hacer 10 pulseras	4 sopas de letras 7 dibujos iluminados 9 pulseras	Social	Estándar	5
3	Bisutería Registrar	Terminar 15 pulseras	20 pulseras terminadas	Social Bisutería Material de bisutería	Modificado	5
4*	Dibujar Registrar	Terminar 3 dibujos con sombreado	Ninguna	Social dibujar	Estándar	1
5	Iluminar Dibujar Registrar	Iluminar 15 dibujos Terminar 6 dibujos	4 dibujos iluminados 5 dibujos terminados	Social Dibujar Enviar dibujos a sus hijos	Estándar	5
6	Sopa de letras Cuadro mágico, Leer Registrar	20 sopas de letras 20 cuadros mágicos	7 sopas de letras 12 cuadros mágicos 1 Libro	Social	Estándar	5
7**	Sopa de letras Cuadro mágico Leer Registrar	40 sopas de letras 20 cuadros mágicos Leer 7 revistas	15 sopas de letras 8 cuadros mágicos Lectura 4 revistas	Social Leer	Estándar	2
8	Iluminar Leer Registrar	Iluminar 15 dibujos Leer 30 poemas	10 dibujos 13 poemas	Social	Modificado	5

\*Defunción

\*\*Evento vascular cerebral

En las Figuras 1 a 6 se muestra la ejecución de las actividades establecidas para cada participante durante los quince días que duro el programa de Activación Conductual, debido a que los sujetos registraban que habían realizado una vez la actividad ya sea que les tomara quince minutos o cuatro horas, el día se segmentó en cuatro periodos de tiempo (antes del desayuno, después del desayuno, después de la comida, después de la cena) por lo que por día cada actividad se podía realizar de 1 a 4 veces, por ejemplo si se inició con la lectura después del desayuno y se continuo con ella después de la comida entonces en la figura se observa un dos, mientras que si se resolvió una sopa de letras durante quince minutos después de la comida se observa un uno; el registrar se considera parte de la activación por lo que su ejecución también se incluye en las figuras.

Como se observa en la Figura 1, con el primer participante se inició la resolución de sopas de letras y registros desde el primer día, mientras que se empezó la lectura el segundo día, sin embargo la resolución de sopas de letras se extinguió en el día tres debido a que al sujeto no le agradaba tanto la actividad, la lectura se mantuvo variable, mientras que el registro se realizaba únicamente los días de sesión o un día previo a ésta.

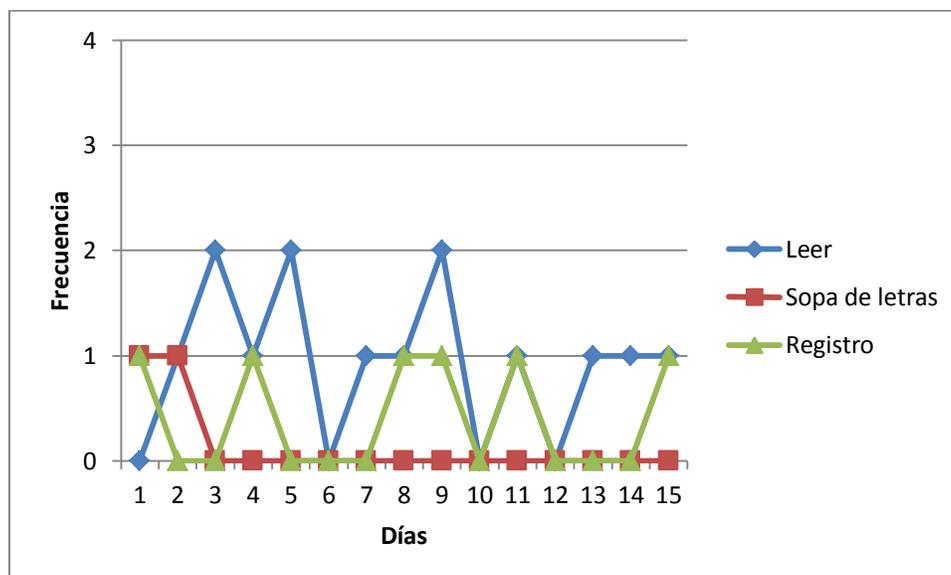


Figura 1. Ejecución de las actividades del participante 1.

En la Figura 2 se muestra que el sujeto dos inicio con las actividades de bisutería e iluminar desde el día uno, mientras que la sopa de letras la inicio el día 2, la actividad que más realizó fue bisutería, seguido de iluminar y finalmente la sopa de letras, aunque la realización de las tres conductas disminuyó en el primer fin de semana (días 5,6 y 7), porque de acuerdo con el participante al tener “visitas no tuvo ganas de hacerlas” el registro tampoco se realizó durante este periodo, sin embargo una vez explicada la importancia de hacerlo, se registró diariamente.

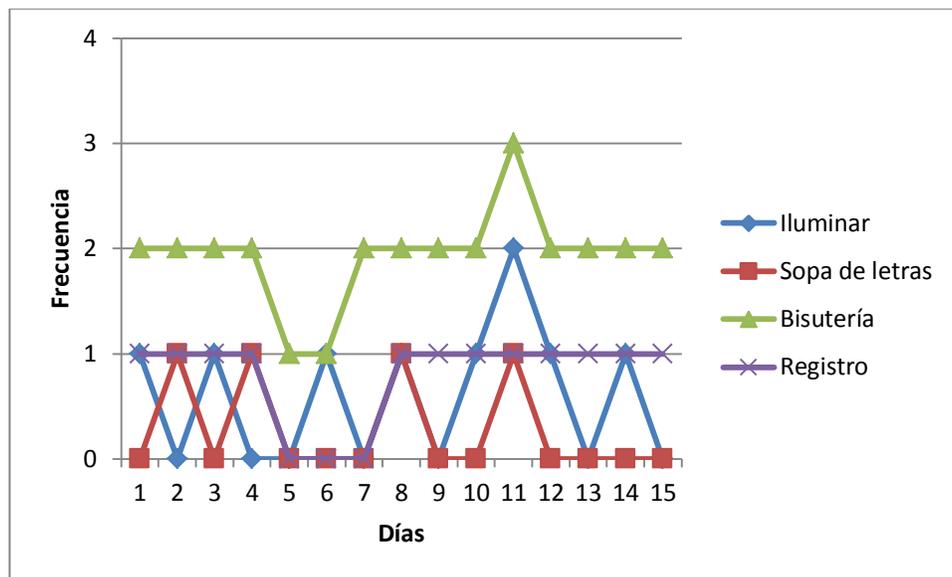


Figura 2. Ejecución de las actividades del participante 2.

El participante 3 únicamente realizó la actividad de bisutería y el registro de ésta, debido a que expresó que las otras actividades propuestas (leer, resolución de sopa de letras, cuadros mágicos, dibujar o papiroflexia) se le dificultaban además de sentirse débil y sin “ganas”. En la Figura 3 se observa que la actividad se llevó a cabo al menos una vez durante los quince días excepto los días 4,5,y 6 en los cuales el paciente reportó sentir dolor de cabeza, mareo y nausea debido a aplicación de quimioterapia intratecal. Sin embargo el registro solamente lo realizó los días de sesión y con la presencia del terapeuta, a pesar de que el formato de registro fue modificado después de que el paciente mencionó que el registro original le parecía complicado.

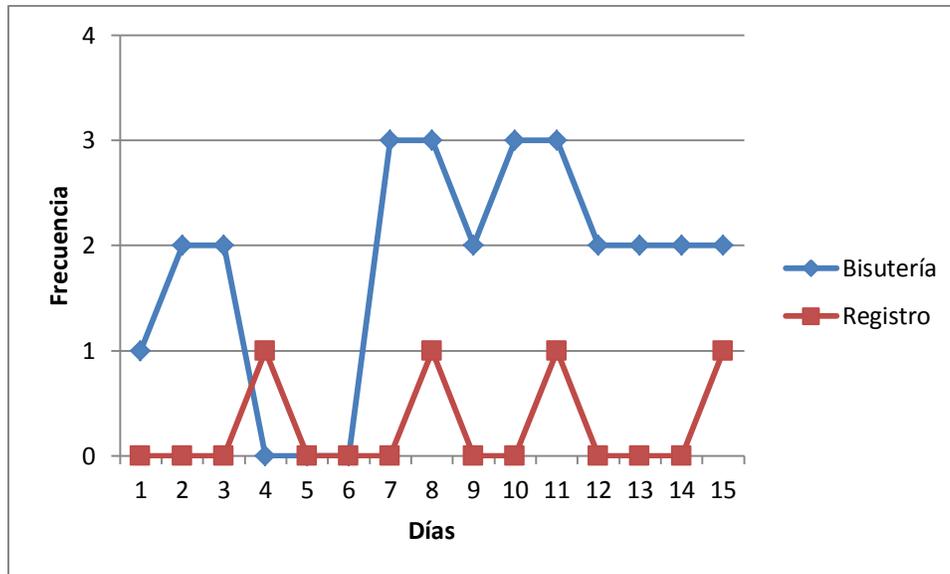


Figura 3. Ejecución de las actividades del participante 3.

El participante 5 inicio con dos actividades: iluminar y dibujar, como se observa en la Figura 4, la primera se extinguió en el día 5 debido a que expresó que no le agradaba mucho, mientras que dibujar se realizó al menos una vez al día, excepto los días 10 y 11 en los que el paciente reportó sentirse débil y con nauseas; el registrar se mantuvo constante.

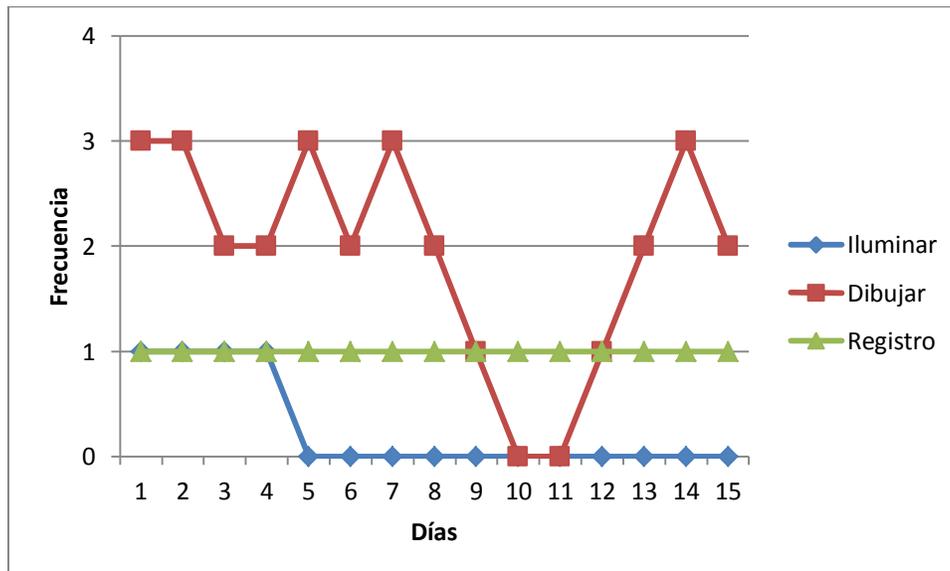


Figura 4. Ejecución de las actividades del participante 5.

En la Figura 5 se observa que el participante 6 inicio con las actividades: sopa de letras y cuadros mágicos, sin embargo, la primera se extinguió el día 5 debido a que señaló que no le agradaba e incluso le parecía un poco “aburrida”, la segunda se mantuvo variable y el día seis se inició la actividad de lectura, en cuanto a los registros, similar al participante tres, únicamente se realizaban los días de sesión y en presencia del terapeuta.

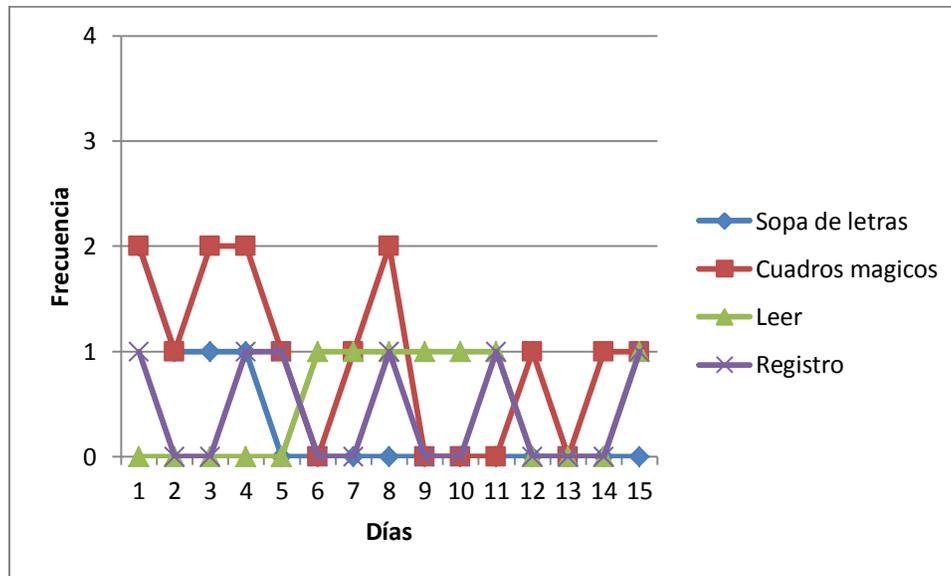


Figura 5. Ejecución de las actividades del participante 6.

Finalmente en la Figura 6 se observa la ejecución del participante ocho, como se señaló anteriormente las cinco sesiones se llevaron a cabo en 12 días debido a que la paciente fue dada de alta, realizó las actividades de iluminar y leer poemas, las cuales se ejecutaron de forma similar, observándose que su realización aumentó los días 6, 7 y 12 los cuales coincidían con el fin de semana e inicio de éste, en el que cambiaba de cuidador primario, quien fue fundamental para el reforzamiento, el registro se llevó a cabo 9 de los doce días, sin embargo también fue modificado porque la paciente lo reportó como muy difícil.

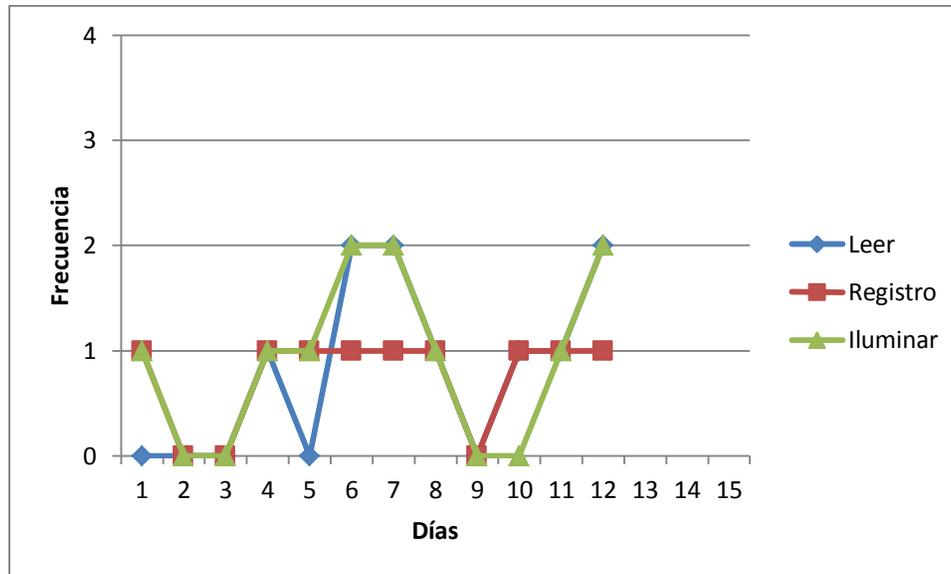


Figura 6. Ejecución de las actividades del participante 8.

Como puede observarse en las Figuras 1 a 6 la realización de las actividades dependió más del agrado que el paciente sentía por ellas que de la dificultad, así como de su condición orgánica, ya que cuando esta se deterioraba la actividad de los participantes disminuía. La mayoría de los participantes no realizaba el registro, las razones que dieron para no hacerlo es que les parecía muy difícil como en el caso de los participantes tres y ocho o les parecía muy sencillo y poco importante este es el caso de los participantes 1, 2 y 6.

Con respecto al nivel de ansiedad, al inicio de la intervención dos de los ocho participantes obtuvieron un puntaje correspondiente a trastorno ausente (0-7), dos caso dudoso (8-10) y cuatro de ellos trastorno presente (11 o más). Cuatro de los seis participantes que concluyeron el Programa de Activación Conductual presentaban ansiedad y depresión, mientras uno de ellos únicamente ansiedad, los cinco pacientes con ansiedad reportaron un menor nivel de ésta, al final del tratamiento.

Los pacientes 5 y 8 fueron los más beneficiados, ya que su nivel de ansiedad disminuyó de trastorno presente a trastorno ausente, el nivel de ansiedad de los participantes 3 y 6 disminuyó de caso dudoso a trastorno ausente y el participante 1 redujo su nivel de ansiedad de trastorno presente a caso dudoso, el participante 2 quien no alcanzó el puntaje para considerarse con ansiedad, también disminuyó su puntaje en esta escala, como se observa en la Figura 7. Se realizó una prueba T de Student para grupos relacionados y se encontró que existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento ( $t=6.928$ ,  $gl=5$ ,  $p<0.01$ ).

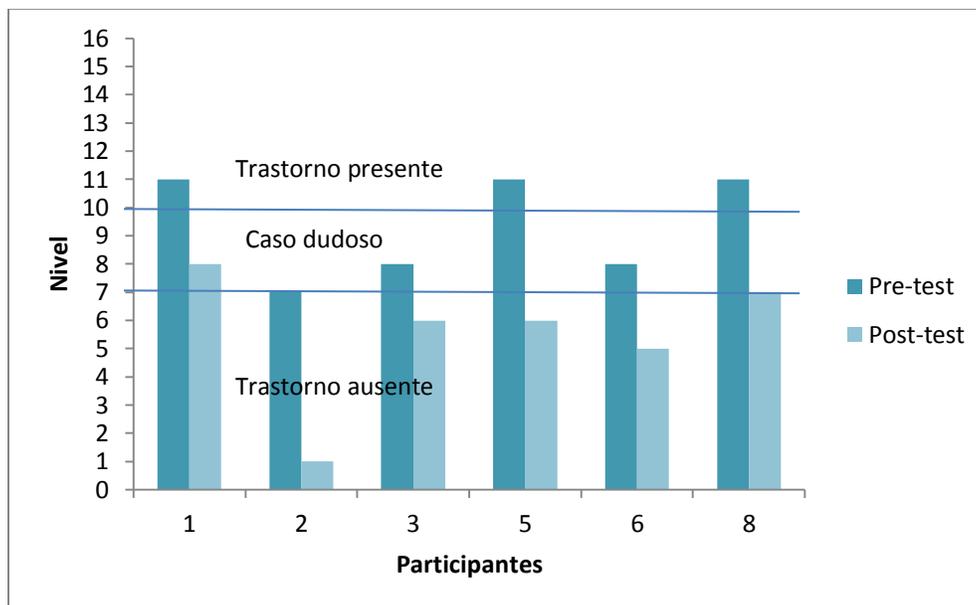


Figura 7. Nivel de ansiedad Pre-test Post-test de cada participante

En cuanto al nivel de depresión al inicio de la intervención dos de los ocho participantes obtuvieron un puntaje correspondiente a trastorno ausente (0-7), cinco caso dudoso (8-10) y uno de ellos trastorno presente (11 o más). Cuatro de los seis participantes que concluyeron el Programa de Activación Conductual presentaban ansiedad y depresión, mientras que uno de ellos únicamente presentaba depresión, los cinco pacientes con depresión reportaron un menor nivel de ésta, al final del tratamiento.

Los pacientes 2, 3, 5 y 6 redujeron su nivel de depresión de caso dudoso a trastorno ausente; mientras que el sujeto 8 lo redujo de trastorno presente a trastorno ausente, por lo que fue el más beneficiado, como se observa en la Figura 8. Se realizó una prueba T de Student para grupos relacionados y se encontró que existen diferencias significativas en el nivel de depresión antes y después del tratamiento ( $t=4.025$ ,  $gl=5$ ,  $p<0.01$ ).

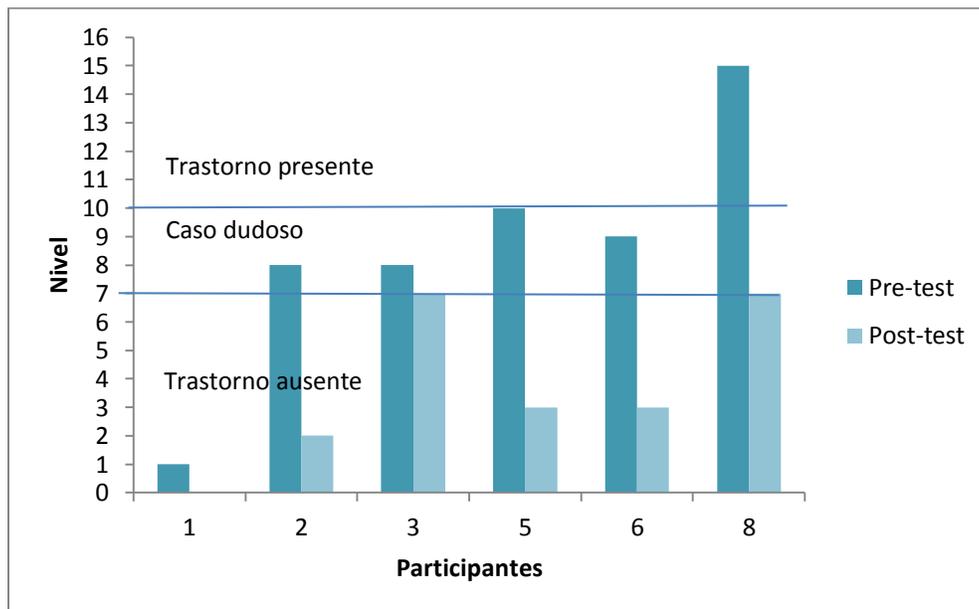


Figura 8. Nivel de depresión Pre-test Post-test de cada participante

## 1.6 Discusión

El propósito del presente estudio fue examinar el efecto de la Terapia de Activación Conductual para la Depresión en pacientes oncológicos hospitalizados para aplicación de quimioterapia con síntomas de ansiedad, depresión y ansiedad-depresión; se esperaba que los pacientes redujeran su tiempo de inactividad y conductas desadaptativas al iniciar nuevas actividades o incrementaran conductas alternativas, lo que a su vez produciría cambios en su nivel de depresión y/o ansiedad al concluir la intervención, como se observa en los resultados en términos generales se cumplió con este propósito.

Se logró generar conductas alternativas como lectura, dibujo y bisutería, las cuales contribuyeron a reducir el tiempo inactivo de los participantes; así mismo a nivel grupal se encontraron diferencias significativas entre el nivel de depresión reportado por los participantes antes y después de la intervención, lo mismo ocurrió con el nivel de ansiedad.

Se observó una disminución en los niveles de ansiedad y depresión tanto en pacientes quienes presentaban únicamente una de estas sintomatologías, así como en aquellos con síntomas coexistentes, por tanto como explica Hopko et al. (2004) la Terapia de Activación Conductual para la Depresión es una estrategia a considerar cuando se trabaja con pacientes con síntomas coexistentes de ansiedad y depresión.

El programa de activación conductual propuesto fue la Terapia de Activación Conductual para la Depresión, desarrollado por Lejuez, Hopko, LePage, Hopko y McNeil (2001), tal como señala Barraca (2009) se realizó una intervención directiva, simple y estructurada con limitación temporal, objetivos concretos y monitorización de actividades, lo cual fue benéfico para los pacientes, ya que los pequeños avances que los acercaban a su objetivo final eran autoreforzantes y recibían reforzamiento social por parte de cuidador primario.

Además de estos reforzadores, el terapeuta reforzó la realización de las actividades y el registro de éstas subrayando la importancia de este último, ya que el registro de actividades es parte de la activación (Kanter et al., 2009); Sin embargo a algunos pacientes les pareció difícil entender el formato de registro, mientras que otros lo consideraron muy sencillo y no creyeron que el registrar fuera tan importante como realizar las actividades, aunado a esto su condición orgánica, como la presencia de dolor de cabeza, sensación de debilidad, náusea o vómito, ocasionó que no realizaran el registro de actividades, lo que dificultó la monitorización.

Esto coincide con lo expuesto por Barraca (2010) quien explica que una limitación de la Activación Conductual en cualquiera de sus modalidades, son los autoregistros, los cuales son muchas veces poco motivantes para los pacientes con depresión. Para contrarrestar esto, tal como plantean Kanter et al. (2009) el formato de registro se determinó entre el paciente y el terapeuta, especialmente en los casos que se reportó como difícil, sin embargo a pesar de esto, en uno de los participantes no se observó un cambio, lo cual puede atribuirse al nivel de depresión que reportó y del cual uno de los principales síntomas era la falta de interés y abulia.

Otra limitación de la Activación Conductual en esta muestra fue su costo, ya que si bien se pudieron realizar las actividades, algunas se iniciaron después de lo programado, debido al poco acceso por parte de los pacientes al material requerido, por lo que en todos los casos la mayoría del material fue proporcionado por el terapeuta, esta característica podría dificultar la realización en el hospital y seguimiento de las actividades al ser dados de alta, una solución puede ser fomentar la donación de material entre el personal y usuarios del hospital, así como dar seguimiento a los pacientes una vez que son dados de alta y empezar a sustituir las actividades de ocio por actividades cotidianas que su estado orgánico les permita realizar y les sean autoreforzantes, favorecer el mantenimiento de

aquellas actividades iniciadas en el hospital y que significó una ayuda económica, como la venta de bisutería.

A pesar de que el estado fisiológico de los pacientes era variable y en ocasiones poco favorable, se pudieron desarrollar las actividades, así mismo se observa que la ejecución de actividades y la disponibilidad de los pacientes para iniciar nuevas actividades, fue mayor cuando su estado físico lo permitía, esto es similar a lo reportado por Fernández et al. (2011), al realizar activación conductual con pacientes con cáncer de mama y cáncer de pulmón.

Es importante resaltar que como explican Hopko et al. (2004), la terapia de activación conductual para la depresión es lo suficiente flexible como para ser implementada con pacientes con problemas de salud orgánicos y en colaboración con médicos, ya que permite establecer actividades de ocio fáciles de realizar y que no requieren mucho esfuerzo, además de que no requiere condiciones ambientales especiales, lo que facilitó su implementación en las salas de hospitalización, por lo cual es una opción de tratamiento cuando la infraestructura en salud mental es insuficiente o de difícil acceso.

Sin embargo, aunque no son necesarias condiciones ambientales especiales, hubo algunos factores ambientales que pudieron influir en la realización de actividades y establecimiento de metas, como los horarios para bañarse, encender y apagar la luz, tender camas, toma de muestras; al compartir la sala de hospitalización con al menos dos pacientes más, se estaba expuesto a llanto o malestar de otro paciente que impedía que se concentraran en la actividad, comentarios por parte de otros pacientes o cuidadores como: “para estar bien tiene que estar en reposo absoluto”; para solucionarlo, siempre que se presentó una situación como la antes descrita se pidió al médico tratante que explicará nuevamente que las actividades propuestas no interferían con su tratamiento médico ni ponían en riesgo su salud.

Otro factor que hay que tener presente es el tiempo de hospitalización, mortalidad de los pacientes oncológicos y complicaciones que pueden presentar, ya que como muestra este estudio, el programa de activación conductual fue modificado o suspendido de acuerdo a estas condiciones.

En este sentido en futuras investigaciones es necesario analizar con mayor detalle las diferencias que se pueden presentar de acuerdo al padecimiento oncológico de los participantes, ya que las condiciones orgánicas y por tanto los cuidados médicos requeridos y necesidades psicológicas son diferentes, por ejemplo el reposo que deben guardar, el tiempo de estancia hospitalaria es considerablemente mayor para un paciente hematológico en comparación con un paciente oncológico, de igual forma el aislamiento y visitas es diferente entre los pacientes oncológicos y hematológicos.

Así mismo, se debe tratar de dar seguimiento a los pacientes una vez que son dados de alta para observar si en casa continúan con las actividades y si integran nuevas actividades de acuerdo a la dinámica presentada en el hospital; es importante dar seguimiento en próximas hospitalizaciones para aplicación de quimioterapia y continuar con la Activación Conductual.

Además de autoregistros es importante contar con otra medida de la actividad realizada, por ejemplo considerar más la participación de cuidador primario tanto para la administración de reforzadores como para monitorear la actividad del paciente, para garantizar que sea la activación conductual y no otros acontecimientos los que producen cambios en el nivel de ansiedad y depresión. Así mismo si bien la Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital (HAD) permite detectar trastornos de ansiedad en un medio hospitalario y excluye síntomas somáticos como: insomnio, fatiga, pérdida de apetito, lo cual contribuye a realizar una mejor evaluación cuando se aplica a individuos con algún tipo de padecimiento orgánico, es necesario contar con otra medida del nivel de ansiedad y depresión de los participantes.

En este sentido se debe tratar de implementar un diseño de investigación que garantice una mayor validez interna, tomando en cuenta las características del escenario de la investigación, en este caso en un medio hospitalario, teniendo en cuenta aquellas consideraciones éticas pertinentes.

Por lo tanto es necesario desarrollar programas de activación conductual que se adapten a las características y necesidades de los pacientes oncológicos, por ejemplo en el caso de los pacientes hematológicos, plantear un seguimiento en hospitalización, debido a que su estancia hospitalaria es prolongada, lo cual beneficiaría más a esta población; mientras que con los pacientes del servicio de oncología convendría desarrollar intervenciones más abreviadas considerando que si bien en este estudio los participantes de este servicio tuvieron estancias hospitalarias prolongadas debido a su condición fisiológica, la mayoría de ellos tiene una estancia para aplicación de quimioterapia que no sobrepasa los ocho días.

Para concluir, aunque el tamaño de la muestra es pequeño y diverso, este estudio proporciona nueva evidencia sobre el tratamiento de Activación Conductual en pacientes con enfermedad crónica degenerativa, en específico en pacientes con cáncer en México, algunas de las características de las conductas susceptibles a la activación conductual, y variables que los profesionales de Medicina Conductual que trabajan con pacientes oncológicos deben tener presentes, además trajo beneficios para los participantes del estudio y el desarrollo de la investigación en psicología.

## 2. REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

### 2.1. Medicina Conductual

De acuerdo con Brannon y Feist (2001), si bien las enfermedades crónicas pueden tener muchas causas, el comportamiento y el estilo de vida individual están fuertemente implicados en su desarrollo. Puesto que la mayor parte de las enfermedades crónicas proceden, parcialmente del comportamiento individual, la psicología se ha visto implicada en los temas relacionados con la sanidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define a las enfermedades crónicas no transmisibles como enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta, los cuatro tipos principales de enfermedades crónicas son: las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, los infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares); el cáncer; las enfermedades respiratorias crónicas (por ejemplo, la neumopatía obstructiva crónica o el asma); y la diabetes. Estas son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes anuales; esto quiere decir que matan a más de 36 millones de personas cada año, de las cuales cerca del 80% se concentran en los países de ingresos bajos y medios; y son responsables del 45% de morbilidad a nivel mundial.

En México las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad, el cáncer, la hipertensión arterial, las enfermedades respiratorias y las dislipidemias son algunos de los problemas más importantes (Organización Panamericana de la Salud. México [OPS], 2013). De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2012) las principales causas de muerte en México son: enfermedades del corazón, diabetes mellitus y tumores malignos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013) explica que las enfermedades crónicas son aquellas que tienen una o más de las siguientes características: son permanentes, dejan incapacidad residual, son causadas por

alteración patológica no reversible, requieren entrenamiento especial del paciente para rehabilitación, y se puede esperar requerir un largo periodo de supervisión, observación o atención.

Estos problemas de salud se asocian a factores de riesgo comunes como exceso de peso, sedentarismo, alimentación inadecuada, tabaquismo y alcoholismo. (OPS, México, 2013) los cuales son problemas que atiende el psicólogo especialista en Medicina Conductual. Sin embargo, hasta la década de los setenta, el papel de los psicólogos en la Medicina estaba fundamentalmente restringido a la educación médica, la realización de test psicológicos y la medicina psicosomática. Sus habilidades raramente se solicitaban a la hora de ayudar a la gente a dejar de fumar, ingerir una dieta saludable, realizar ejercicio de forma adecuada, reducir el estrés o controlar el dolor (Brannon & Feist, 2001).

De acuerdo con Reynoso y Seligson (2005), la Medicina Conductual surgió como un paradigma tanto para la intervención y aplicación de programas clínicos como para la investigación empírica, ya que la investigación biomédica y la conductual se habían desarrollado de manera independiente, y desde la perspectiva de la Medicina no han sido capaces de explicar hasta un punto satisfactorio por qué algunas personas se mantienen sanas y otras se enferman; además se le considera un área derivada de la terapia conductual, ya que utiliza métodos de evaluación y técnicas de ésta.

Al respecto, Flórez (1991) señala que la Medicina Conductual surge como un enfoque integrador para la atención del proceso salud-enfermedad, con una convergencia interdisciplinaria. Así mismo, Rodríguez (2010) explica que el elemento principal de este paradigma es que no es necesario que todas las disciplinas tengan una misma perspectiva para que resulte efectiva la colaboración entre ellas.

La Medicina Conductual aparece con la aplicación de la retroalimentación biológica o biofeedback en el ámbito de la Medicina; el término "Medicina Conductual" fue usado por primera vez como subtítulo del libro "Biofeedback Behavioral Medicine" editado por el Psiquiatra Lee Birk de la Universidad de Harvard en 1973 (Borda, Pérez & Blanco, 2000; Flórez, 1991; Reynoso & Seligson, 2005).

De acuerdo con Borda et al. (2000, p. 25), la primera definición de Medicina Conductual es la formulada en la conferencia de Yale (1977) "La Medicina Conductual es la disciplina interdisciplinar que integra la psicología conductual y la medicina, así como el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud física y de la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y de las técnicas a la prevención, evaluación y rehabilitación".

Estos mismos autores señalan que meses después, en una reunión posterior se acuerda replantear la definición inicial y elaborar una segunda definición "campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias conductuales y biomédicas; para la comprensión de la salud física y de la enfermedad, y la aplicación de este conocimiento y técnicas a la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación", citada en 1978 por Schwartz y Weiss y retomada por autores como Borda et al. (2000); Flórez (1991); Luzoro (1992); Reynoso y Seligson (2005); Rodríguez (2010); Rodríguez y Jaén (2004).

Actualmente, la *Society of Behavioral Medicine* (SBM, 2014) la define como el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y la integración de los conocimientos del comportamiento psicosocial, la ciencia biomédica y las técnicas emanadas de éstas que resulten relevantes para la comprensión de la salud y la enfermedad, y la aplicación de estos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

A esta definición se le han sumado diversas definiciones, sin embargo todas tienen como características comunes: la orientación conductual, la utilización de las técnicas comportamentales y el interés en la evaluación, control, tratamiento y prevención de las enfermedades físicas o disfunciones fisiológicas (Borda et al., 2000).

Algunas de las características fundamentales de la Medicina Conductual, además de la interdisciplinariedad, son su enfoque aplicado, la intervención, la rehabilitación, la investigación y la prevención (Borda et al., 2000). Rodríguez (2010) señala que aborda el trabajo conjunto, integral y complementario hacia la atención de pacientes con problemas crónicos, entre otros, a través de diferentes modelos de intervención; los modelos clínicos que han demostrado mayor eficacia al abordar problemáticas de salud son los derivados de la Teoría Cognitivo Conductual.

La Medicina Conductual establece los siguientes objetivos: mejorar la prevención, diagnóstico, y rehabilitación; promover la salud y el tratamiento de las enfermedades; un énfasis especial en la investigación sobre la efectividad de la intervención; identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas; la mejora de sistemas de asistencia para la salud y de la política sanitaria; y abordar toda la gama de enfermedades físicas, sin distinción ni preferencia por determinadas enfermedades (Borda et al., 2000; Brannon & Feist, 2001).

Como se cita en Luzoro (1992) Singer y Krontz (1982) señalan como campo de la Medicina Conductual: los estilos de vida que afectan negativamente a la salud; los efectos fisiológicos que son consecuencia directa de estimulaciones psicosociales, tales como las situaciones productoras de estrés y el cumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

Con respecto a la investigación, Luzoro (1992) cita a Ribes (1979) quien explica que la Medicina Conductual abarca, no solamente aspectos vinculados a la aplicación de técnicas dirigidas al campo de la salud, sino también la investigación experimental de problemas biomédicos desde la perspectiva que ofrece el análisis experimental de la conducta, en este sentido Reynoso, Hernández, Bravo y Anguiano (2011) señalan que las técnicas que la Medicina Conductual emplea para el tratamiento pueden derivar de la experimentación en el laboratorio o de investigación aplicada.

De acuerdo con Rodríguez y Jaén (2004), la investigación en Medicina Conductual abarca todos los momentos del proceso salud-enfermedad, desde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, hasta la rehabilitación y el cuidado de pacientes con padecimientos terminales, con aproximaciones individuales, grupales y comunitarias; además de una importante labor interdisciplinaria, caracterizada por la atención integral de la salud pública

En lo que respecta al psicólogo especialista en Medicina Conductual, Borda et al. (2000) afirman que su campo de trabajo se centra en la interacción interdisciplinaria, el diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención e investigación en contextos hospitalarios, centros de tratamiento y universidades, de forma conjunta con otros profesionales, dedica su atención a la mejora de la intervención de los trastornos físicos y las disfunciones fisiológicas.

La residencia en Medicina Conductual de la Universidad Nacional Autónoma de México, permite realizar las actividades antes descritas, ya que a través de la incorporación de los alumnos a programas de residencias con práctica profesional en instalaciones hospitalarias de segundo y tercer niveles de atención, los prepara para enfrentarse a problemas psicológicos derivados del problema médico del paciente, los alumnos estudian y modifican el comportamiento de la persona enferma en el contexto hospitalario, a través del diseño y desarrollo de programas

de intervención para coadyuvar con el personal médico en el manejo de enfermedades crónico degenerativas (Reynoso et al., 2011).

Una de estas enfermedades crónicas es el cáncer, el cual como explican Reynoso y Seligson (2005), es altamente deteriorante, no sólo a nivel interno sino externo, un diagnóstico de cáncer significa una crisis y un cambio de vida, por lo cual se requiere de la implementación de un programa multidisciplinario, dentro del cual adquiere un nivel importante la dimensión psicológica del problema.

A continuación se presenta la intervención del psicólogo especialista en Medicina Conductual con pacientes con cáncer en los servicios de Hematología y Oncología del Hospital Juárez de México.

## **2.2. Descripción de sede Hospital Juárez de México**

Durante la residencia en Medicina Conductual estuve asignada a los servicios de Oncología y Hematología del Hospital Juárez de México, por lo tanto a continuación se realiza una descripción de la historia, estructura física, organización y características generales de esta institución.

### **2.2.1. Historia**

En el año de 1847, durante la invasión norteamericana, se integró una comisión especial con el propósito de establecer hospitales de sangre que pudieran prestar auxilio y asistencia a los heridos; el 16 de agosto de 1847, se comienza a disponer del edificio del colegio de los Agustinos de San Pablo para ser usado como hospital de sangre, de esta forma, el edificio se transforma en un hospital de campaña dentro de los muros del claustro; considerándose el 23 de agosto de 1847 como la fecha de fundación del hospital. El 19 de julio 1872 el hospital de San Pablo cambia de nombre a hospital Juárez y con motivo de los festejos del centenario en 1947, se inició la remodelación del hospital y la construcción del edificio anexo. El 20 de noviembre de 1970 se realizó la restauración del Claustro del Colegio de los Agustinos de San Pablo, restituyéndole al convento su aspecto original; quedando integrado con los siguientes edificios: consulta externa, servicios generales, torre de hospitalización, unidad de enseñanza, cuerpo de gobierno (en el claustro), servicio de cirugía experimental e investigación clínica, y residencia de médicos (Arce, 2012; [www.facmed.unam.mx/hjm/](http://www.facmed.unam.mx/hjm/), 2012).

Después del sismo en septiembre de 1985 en la ciudad de México, quedó derribada la torre de hospitalización, por lo que el gobierno de la República, destinó fondos para que la Secretaria de Salud, en septiembre de 1989 inaugurara el nuevo Hospital Juárez de México, al que dotó de todos los adelantos de la medicina contemporánea. El nuevo hospital fue construido en el norte de la ciudad, sobre la Avenida Instituto Politécnico Nacional número 5160, colonia

Magdalena de las Salinas, en la delegación Gustavo A. Madero, por lo tanto actualmente cuenta con dos sedes, una al centro y otra al norte de la ciudad (Arce, 2012; [www.hospitaljuarez.salud.gob](http://www.hospitaljuarez.salud.gob), 2012).

Actualmente, el Hospital Juárez de México tiene como misión ofrecer asistencia médico quirúrgica con calidad, seguridad, ética y humanismo; formar recursos humanos de excelencia y generar investigación científica alineada a las prioridades de salud nacional e internacional (Sánchez, 2012). Su población objetivo es la población mexicana, principalmente de escasos recursos que no cuenta con seguridad social, funge también como Hospital de Referencia para efectos del Fondo de Protección de Gastos Catastróficos y desarrolla funciones sustantivas de investigación y enseñanza en las especialidades que se tienen ([www.hospitaljuarez.salud.gob](http://www.hospitaljuarez.salud.gob), 2012).

### **2.2.2. Estructura física**

El hospital, está clasificado en segundo y tercer nivel de atención, con cobertura nacional y con el objetivo a largo plazo, de ser considerado como la sede del Instituto Nacional de Trasplantes; cuenta con una superficie de 61,500 metros cuadrados, donde se construyeron siete edificios, los cuales ocupan un total de 48,000 metros cuadrados manteniendo una zona de áreas verdes, en la Tabla 4 se describen los servicios de estos siete edificios ([www. facmed.unam.mx](http://www.facmed.unam.mx), 2012).

Tabla 4. Características físicas del Hospital Juárez de México

<p><b>Edificio A</b> <b>Consulta Externa</b> Superficie 6,330 m<sup>2</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cincuenta consultorios médicos</li> <li>• Consultorio de genética</li> <li>• Archivo clínico general</li> <li>• Caja general y Oficinas generales</li> <li>• Escuela de enfermería</li> <li>• Farmacia y almacén</li> <li>• Oficina de estadística, Sección sindical y conmutador</li> </ul>
<p><b>Edificio B y B1</b> <b>Imagenología,</b> <b>servicios médicos y</b> <b>administración</b> Superficie 6,590 m<sup>2</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Central de Imagenología</li> <li>• Hemodiálisis</li> <li>• Banco de sangre</li> <li>• Área de gobierno del Hospital y área de uso general</li> <li>• Inhaloterapia y fisiología pulmonar</li> </ul>
<p><b>Edificio C</b> Superficie 7,690 m<sup>2</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planta baja <ul style="list-style-type: none"> <li>-Urgencias</li> <li>-Oncología planta baja</li> <li>-Medicina física y rehabilitación</li> <li>-Anatomía patológica</li> </ul> </li> <li>• Planta alta <ul style="list-style-type: none"> <li>-Quirófanos</li> <li>-Hemodinamia</li> <li>-Tococirugía</li> <li>-Terapia intensiva y coronaria</li> <li>-Helipuerto</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Edificio D</b> <b>Hospitalización</b> Superficie 16,975 m<sup>2</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planta baja <ul style="list-style-type: none"> <li>-Admisión</li> <li>-Trabajo social</li> <li>-Aulas escuela de enfermería</li> <li>-Consultorio de prótesis maxilofacial</li> <li>-Laboratorio clínico automatizado</li> </ul> </li> <li>• Niveles 1, 2 y 3 hospitalización: Distribuidos en 2 alas, sur y norte <ul style="list-style-type: none"> <li>-Siete cubículos de 6 camas, 3 de 2 camas y 2 de una cama</li> <li>-Total 50 camas en cada ala, 100 por piso</li> </ul> </li> <li>• En total 400 camas censables y 135 camas no censables</li> </ul>
<p><b>Edificio E</b> <b>Investigación y</b> <b>enseñanza</b> Dos plantas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad de investigación con cuatro laboratorios: Inmunología, Microbiología, Genética molecular y Biología molecular y celular.</li> <li>• Unidad de docencia con: Doce aulas, Cuatro cubículos para coordinadores, Zona de apoyo a la enseñanza <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bibliohemeroteca</li> <li>-Aula magna para noventa personas</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Edificio F Servicios</b> <b>generales</b> Superficie 912 m<sup>2</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cocina, Intendencia y lavandería</li> <li>• Almacén general y subestación eléctrica</li> <li>• Pagaduría</li> <li>• Salas de espera</li> <li>• Oficina de seguridad</li> <li>• Auditorio principal</li> </ul>

### 2.2.3. Estructura organizacional y operativa

Se cuenta con un Director General y tres Direcciones de Área: Dirección de Investigación y Enseñanza; Dirección Médica y Dirección Administrativa; en la Figura 9 se muestra el organigrama del hospital ([www.facmed.unam.mx](http://www.facmed.unam.mx), 2012).

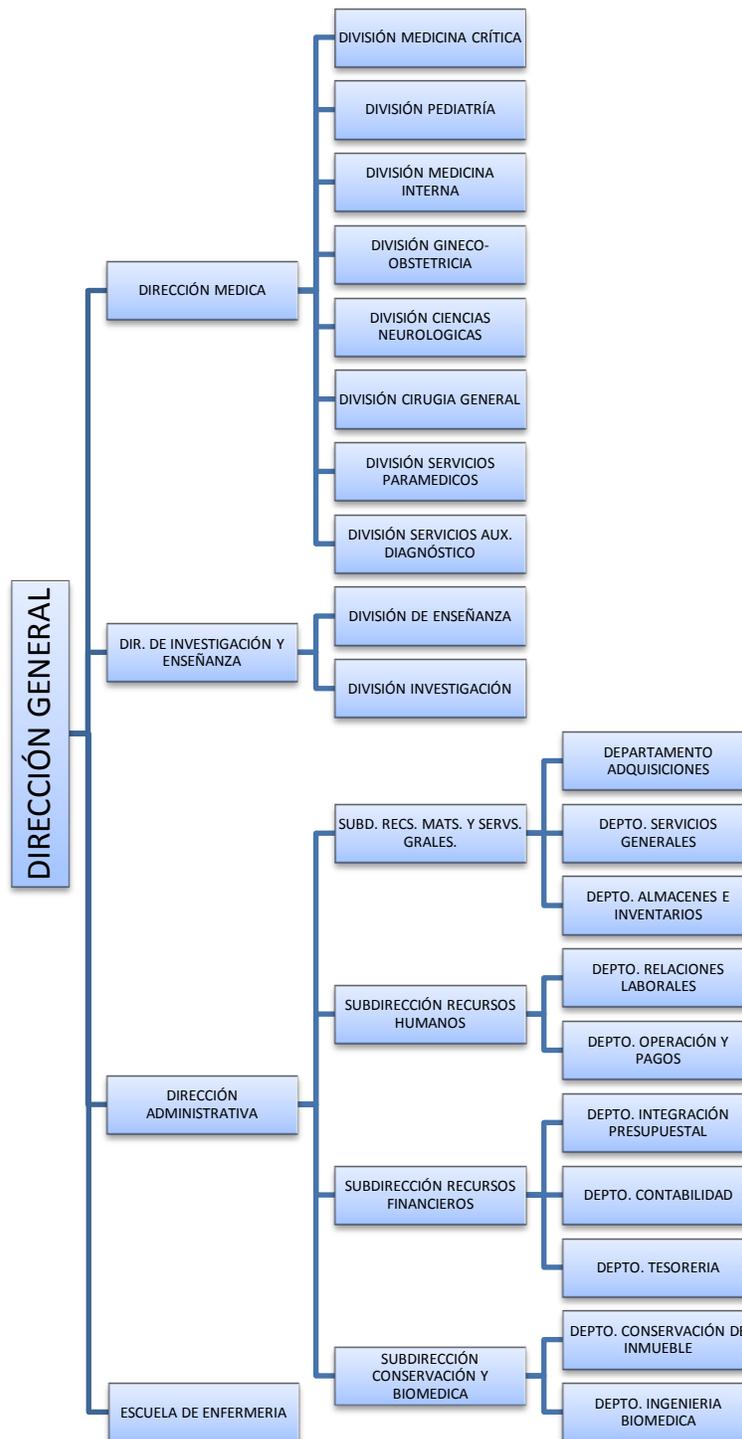


Figura 9. Organigrama del Hospital Juárez de México

Las especialidades que ofrece el hospital se observan en la Tabla 5, además de estos servicios, cuenta con las siguientes clínicas: Clínica del dolor agregada al servicio de anestesia; clínica de ostomías; clínica de catéteres; clínica de displasias; clínica de motilidad gastrointestinal y la clínica de labio y paladar hendido, integrada por varios servicios ([www.hospitaljuarez.salud.gob](http://www.hospitaljuarez.salud.gob), 2012).

Tabla 5. Especialidades del Hospital Juárez de México

ESPECIALIDADES				
DIVISIÓN MÉDICA	DIVISIÓN DE CIRUGÍA	DIVISIÓN DE GINECO-OBSTETRICIA	DIVISIÓN DE PEDIATRÍA	DIVISIÓN DE MEDICINA CRÍTICA
-Alergia e inmunología -Geriatría -Gastroenterología -Cardiología -Dermatología -Endocrinología -Hematología -Medicina interna -Neumología e Inhalo terapia -Nefrología -Psicología y psiquiatría -Reumatología -Preconsulta	-Cirugía general -Cirugía cardiotorácica -Oftalmología -Oncología -Ortopedia y traumatología -Otorrinolaringología -Cirugía plástica y reconstructiva -Urología -Cirugía maxilofacial -Quirófanos -Endoscopia -Trasplantes -Anestesiología -Neurocirugía -Angiología -Medicina física y rehabilitación	-Ginecología -Obstetricia -Biología de la reproducción	-Neonatología -Pediatria médica -Terapia intensiva y pediatria -Cirugía pediátrica -Urgencias pediátricas	-Urgencias adultos -Unidad de cuidados intensivos -Unidad de cuidados coronarios -Unidad de hemodinamia

## **2.3. Servicio de Oncología**

### **2.3.1. Descripción del servicio**

De enero a octubre de 2012 realicé la primera rotación de Medicina Conductual en el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, este servicio tiene como objetivo brindar atención médica quirúrgica, radioterapia y quimioterapia, tratar padecimientos con tumores, de la especialidad de Oncología, a la población mexicana, principalmente a pacientes de escasos recursos y sin seguridad social, además tiene a su cargo las acciones de tutoría de los médicos residentes en el campo de la enseñanza (Instituto Federal de Acceso a la Información [IFAI], 2012).

Este Servicio nació con la creación del nuevo Hospital en Politécnico Nacional, habilitándose un área específica para la ubicación de la consulta externa de Oncología, aplicación de quimioterapia y las instalaciones para alojar las máquinas de radioterapia. El Dr. Juan López Cueto junto con la Dra. Virginia Barrios y el Dr. Silvano Pérez Ortega formaron el servicio desde la década de 1960 hasta el año 1992 en que falleció el Dr. López Cueto tomando la jefatura del Servicio hasta el momento actual el Dr. Francisco Mario García Rodríguez.

Para el año 2012, el servicio constaba de 11 consultorios, cinco oficinas, un aula, un quirófano con central de esterilización y vestidores, área de aplicación de quimioterapia, 2 bunkers de radioterapia, una bomba cobalto 60, un simulador, sala de aplicación de braquiterapia, dos oficinas de trabajo social, dos consultorios para psicooncología, sala de espera, tres camas para procedimientos menores y urgencias ([www.hospitaljuarez.salud.gob](http://www.hospitaljuarez.salud.gob), 2012; Servicio de Oncología Hospital Juárez de México, 2012).

La gran demanda de pacientes motivó la división del servicio en cuatro áreas oncológicas: Tumores Mixtos, Tumores mamarios, Tumores Ginecológicos y Tumores de Cabeza y Cuello. Cada área cuenta con uno o dos médicos adscritos, todos ellos cirujanos oncólogos certificados y médicos residentes que rotan por los

mismos; en el año 2006 se contrató al primer oncólogo médico pediatra (Servicio de Oncología Hospital Juárez de México, 2012).

En 2012 el servicio de oncología contaba con 8 cirujanos oncólogos; tres radioncólogos; tres físicos adscritos al servicio de radiooncología; dos oncólogos médicos; 16 residentes de oncología; una protesista maxilofacial adscrita a la clínica de cabeza y cuello; un psicólogo adscrito; 3 residentes de medicina conductual; 3 trabajadoras sociales, una asignada a hospitalización y dos a consulta externa; un odontólogo y una tanatóloga, además de personal de enfermería en hospitalización y consulta externa; así como dos adscritos en oncología pediátrica y dos secretarías encargadas de recepción como se muestra en la Figura 10.

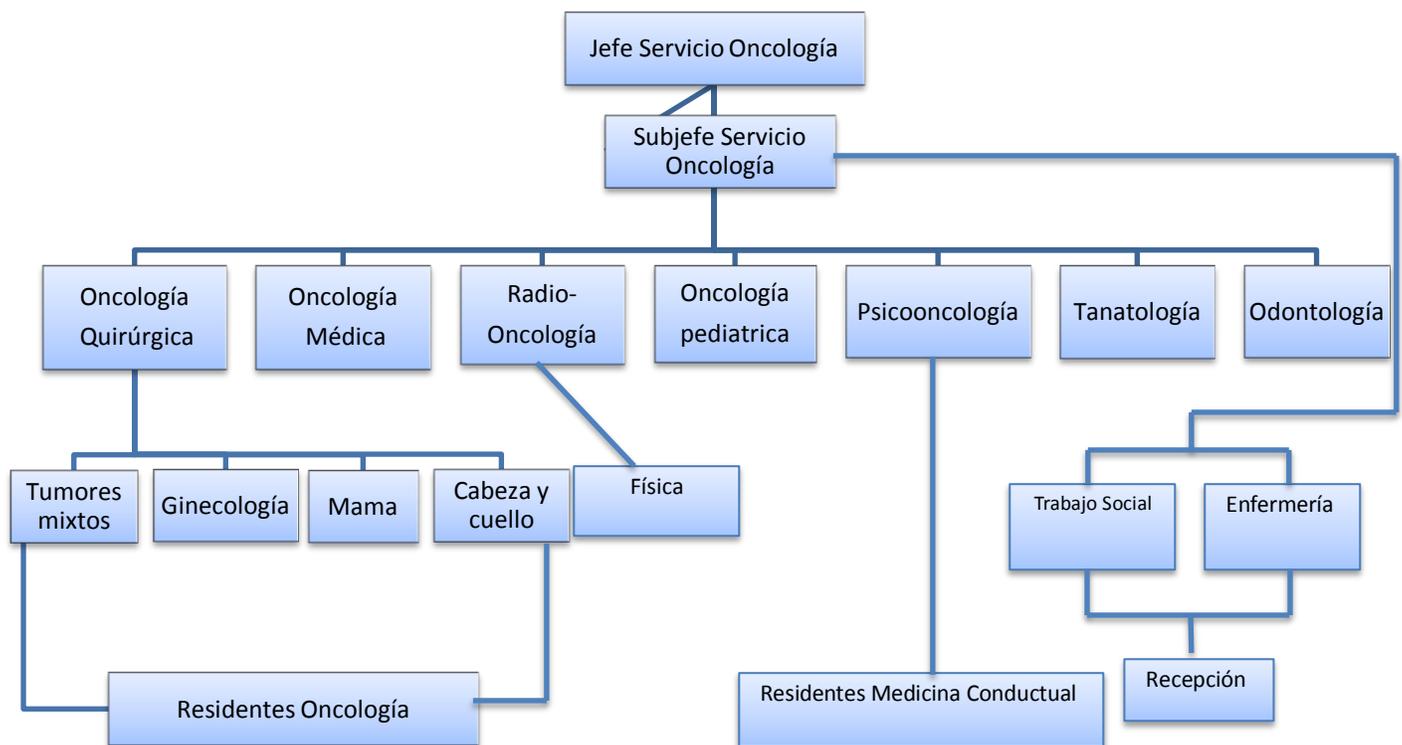


Figura 10. Organigrama Servicio de Oncología

Así mismo, el Servicio de Oncología fue certificado para participar en el programa de atención de Gastos Catastróficos en las áreas de tumores pediátricos, cáncer de testículo, linfoma no Hodking, cáncer cervicouterino y cáncer de mama, por lo que a todos los pacientes pediátricos afectados de cáncer, mujer u hombre con estos diagnósticos se les brinda atención integral y gratuita. Gracias a este programa y la amortización económica que representa se pudo lograr la compra de un equipo de alta tasa para braquiterapia, orientada fundamentalmente al manejo de las pacientes con cáncer cervicouterino aunque se pueden tratar prácticamente todos los tumores sólidos mediante aplicadores especiales (Servicio de Oncología Hospital Juárez de México, 2012).

### 2.3.2. Actividades del residente de Medicina Conductual

Las actividades y rotaciones para los residentes de Medicina Conductual se organizaron de acuerdo a las cuatro clínicas en que está dividido el servicio: tumores mixtos, mama, cabeza y cuello, ginecología, más la atención de la consulta de radioterapia, oncología médica, quimioterapia ambulatoria, terapia intravenosa y urgencias; en la Figura 11 se muestra a qué clínica se me asignó durante cada mes, como puede observarse la rotación en cada clínica tuvo una duración de dos meses y medio, por lo que en la primera mitad del mes de marzo cubrí la clínica de tumores mixtos y la otra mitad la clínica de mama, algo similar ocurrió en el mes de agosto en el cual la primera mitad estuve en cabeza y cuello y la otra mitad en las clínicas de ginecología y tumores mixtos.



Figura 11. Rotaciones en el Servicio de Oncología

### **2.3.2.1. Actividades diarias**

**Pase de visita** con el jefe de servicio, médicos adscritos y residentes de oncología, en éste se describe y discute la situación de cada uno de los pacientes en hospitalización. Horario: Lunes, jueves y viernes 8:00-9:00; martes y miércoles 9:00-10:00 aunque el horario varía dependiendo el número y estado de los pacientes.

**Consulta Externa**, cada una de las residentes en el servicio de oncología asistimos a consulta externa de la clínica donde estamos rotando, en ésta identificamos y atendemos aquellos pacientes que requieren nuestra intervención, la mayoría de estas son intervenciones en crisis; así mismo se evalúan y atienden a los pacientes remitidos por el médico tratante durante la consulta. El horario de esta actividad depende de la clínica en la que se esté rotando.

**Radioterapia, Oncología médica y Quimioterapia ambulatoria, Terapia intravenosa, Urgencias oncología**, además de rotar por las cuatro clínicas en las que está dividido el servicio, cada una de las residentes atiende una de estas clínicas en el siguiente orden: tumores mixtos-radioterapia, mama-urgencias, cabeza y cuello-terapia intravenosa, ginecología-quimioterapia ambulatoria; radioterapia incluye la consulta y pacientes que llegan a la aplicación de radioterapia; mientras que quimioterapia incluye la consulta de oncología médica y la atención de pacientes en quimioterapia ambulatoria; urgencias oncología tiene un horario de 8:00 a 14:00 horas en el que también se proporciona atención psicológica a los pacientes que lo requieran; en terapia intravenosa se identifica y atienden a los pacientes que requieren apoyo psicológico durante la colocación de catéter.

**Atención a pacientes en hospitalización**, cada una de las residentes, atiende a los pacientes en hospitalización de una de cuatro clínicas (tumores mixtos, mama, ginecología, cabeza y cuello) de acuerdo a la clínica en la que está rotando, el objetivo es brindar atención psicológica a todos aquellos pacientes en

hospitalización que la requieran, algunos ejemplos de intervenciones son disminuir ansiedad ante procedimiento médico, ansiedad y depresión por hospitalizaciones prolongadas, atención de pacientes paliativos y terminales, intervenciones en crisis con pacientes y familiares. El horario de esta actividad depende de la clínica en la que se esté rotando.

**Sesiones del “Grupo de Apoyo para Pacientes con Cáncer de Mama”**, esta sesión es preparada por el residente de Medicina Conductual que se encuentra rotando por la Clínica de Mama, está dirigida a los pacientes y familiares del servicio de oncología, su programación se elabora en conjunto con el grupo de damas voluntarias “Con ganas de vivir”. Se realizó hasta la mitad del mes de mayo los días jueves de 11 a 12 horas cada quince días, y durante la segunda mitad del mes de mayo en adelante los días martes de 8 a 9 de la mañana, cada quince días. Las cinco primeras sesiones que impartí fueron durante mi rotación por la clínica de mama, mientras que las últimas tres sesiones las realicé en periodos posteriores debido a que no había un residente de Medicina Conductual asignado a la clínica de mama, los temas que expuse fueron:

- Hablando del cáncer con los niños
- Aspectos emocionales del cáncer
- Apoyo familiar al paciente con cáncer
- La radioterapia y usted
- La quimioterapia y usted
- Mitos y realidades del cáncer
- Maquillaje y peinado para pacientes con cáncer de mama
- Sexualidad en pacientes con cáncer de mama

**Registro de actividades diarias**, una vez concluidas las actividades diarias cada residente en el servicio elabora el registro de productividad externa, el cual se entrega al servicio y el registro de productividad interna en el que se anota el número de pacientes atendidos, diagnóstico psicológico, diagnóstico médico, tipo de atención y técnicas utilizadas.

**Material psicoeducativo**, como parte de las actividades diarias y debido a la necesidad de brindar información clara y comprensible a pacientes y cuidadores, se elaboraron los siguientes materiales de psicoeducación:

- Tríptico “7 Consejos antes de su cita en Tumores Mixtos” (Anexo 8).
- Tríptico “Consejos sobre su colostomía” (Anexo 9).
- Neumotórax y sello de agua (Anexo 10).

Los cuales tuvieron como objetivo ayudar a la toma de decisiones respecto al tratamiento y autocuidados necesarios, y favorecer la adaptación de paciente y cuidadores a la enfermedad y ambiente hospitalario.

#### **2.3.2.2. Navegación**

Esta actividad no estaba contemplada en el programa operativo de la residencia; a partir de enero de 2012, en el servicio de oncología se inició el piloto de un programa de Navegación de pacientes, como una propuesta del Jefe de Servicio, el Dr. Francisco García, para evaluar su funcionamiento, utilidad, decidir si se implementa definitivamente en el servicio y elaborar una propuesta para el resto del hospital; está a cargo de la licenciada en psicología Laura García Chávez, navegadora del programa.

La navegación de pacientes tiene como objetivos: apoyar, orientar, informar y solucionar problemas y necesidades específicos de pacientes con cáncer y/o sus familiares (Freeman, 1990). El programa de navegación de pacientes en el servicio de oncología tiene como objetivos:

- Brindar APOYO a pacientes y familiares
- Facilitar su ADAPTACIÓN a la enfermedad
- Proporcionar INFORMACIÓN clara
- ORIENTAR para que puedan resolver sus necesidades
- OPTIMIZAR sus recursos

Está basado en el *Itinerario del paciente con Cáncer* ([www.pacienteconcancer.es](http://www.pacienteconcancer.es), 2012), el cual está organizado en cinco puertos:

**Puerto 1. Entender el cáncer:** diagnóstico, comunicación de la noticia, ¿qué es el cáncer?, tipos de cáncer, competencias de salud.

**Puerto 2. Conocer el sistema sanitario:** Identificar el lugar, localizar departamentos y oficinas, Ingresos, sistema de indicaciones, unidades/servicios, y equipo de salud.

**Puerto 3. Adaptación:** aspectos emocionales del cáncer, fatiga, control del dolor, técnicas de relajación, nutrición, ejercicio, recaída y cuidados paliativos.

**Puerto 4. Volver a la vida normal:** vida después del cáncer, importancia del autocuidado, aspectos sociales, aspectos laborales.

**Puerto 5. Ayuda:** Fundaciones, redes sociales, cómo colaborar.

Los residentes de Medicina Conductual participan en el puerto tres del programa, además de los objetivos ya descritos para este puerto, en colaboración con el jefe de servicio se planteó: medir el nivel de ansiedad, depresión, calidad de vida, adhesión terapéutica y satisfacción de los pacientes de primera vez con el servicio; identificar cuáles son sus necesidades al ingresar al servicio, dar seguimiento a aquellos pacientes que lo requieran y elaborar un expediente psicológico de los pacientes atendidos.

Una vez que han abierto expediente, acudido a preconsulta, consulta y trabajo social, los pacientes son conducidos por la “navegadora”, a psicooncología, aquí se le explica al paciente la importancia y objetivo de su evaluación psicológica, se realiza una entrevista semiestructurada y la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck, Escala de depresión de Zung, Perfil de Calidad de Vida para enfermos Crónicos (PECVEC), Unidad subjetiva del estado de ánimo, Impresión diagnóstica y examen mental, que conformaban el Cuadernillo de Evaluación de navegación (ver Anexo 11); la duración de la evaluación es de aproximadamente 30 minutos, pero puede variar si es necesario realizar intervención inmediata con el paciente,

la mayoría de intervenciones realizadas fueron intervención en crisis post diagnóstico y/o psicoeducación.

Debido al número de pacientes de primera vez que llegan diariamente al servicio, las tres residentes de medicina conductual y supervisor *in situ* participan en esta actividad, en el siguiente orden:

Lunes: Lic. Psic. Ruth Espinosa R1

Martes: Lic. Psic. Yesica Villanueva R1

Jueves: Lic. Psic. Maira Hurtado R1

Viernes: Lic. Psic. Salvador Valdés/Lic. Psic. Mayra Mora Supervisor *in situ*

El día miércoles no hay programa de navegación por ser día académico y no haber consulta externa. El horario del residente de medicina conductual para esta actividad es 10:00 a 13:30 horas, aunque puede variar de acuerdo al número de pacientes e intervenciones necesarias.

Una vez que el paciente concluía su cita de primera vez en el hospital, la navegadora aplicó una encuesta de satisfacción que evaluó:

1. Valoración global en el área de la preconsulta.
2. Valoración del proceso para obtener expediente y carnet.
3. Valoración del recorrido, facilidad y claridad para navegar por el hospital.
4. Valoración de la consulta médica.
5. Valoración del médico.
6. Valoración del servicio de trabajo social.
7. Valoración del servicio de Psicooncología.
8. Valoración de las citas y tiempo de espera.
9. Grado de satisfacción general de su estancia en el hospital.

Cada mes se reportó la cantidad de pacientes atendidos en el programa, sus datos sociodemográficos y su diagnóstico psicológico.

Esta actividad permitió al residente de Medicina Conductual:

- Practicar entrevistas de primera vez.
- Tener un primer contacto con los pacientes.
- Identificar a aquellos pacientes que requieren atención psicológica inmediata.
- Realizar impresión diagnóstica
- Realizar intervenciones en crisis.
- Facilitar el contacto y seguimiento de pacientes
- Realizar trabajo multidisciplinario

#### **2.3.2.3. Actividades académicas**

**Clase de oncología** impartida por jefe de servicio, asisten los médicos adscritos y residentes de oncología, en ésta se abordan temas de medicina y cirugía oncológica. Horario: lunes y viernes de 7:00-8:00.

**Sesión General**, a la que acuden todos los médicos del hospital, la asistencia es obligatoria. Horario: Miércoles de 8:00-9:00

**Sesión conjunta de casos clínicos**, asisten los residentes de Medicina Conductual de todos los servicios (oncología, hematología, oncopediatria, nefrología, trasplante y medicina interna); supervisores *in situ* Dr. Gallardo e *in situ* Psicooncología, supervisor académico, en la que los residentes presentan un caso destacado de su servicio. Horario: Miércoles de 10:30-11:30.

**Sesión Bibliográfica** en la que se revisan artículos relacionados con la maestría, cada sesión un residente de Medicina Conductual presenta un artículo, asisten todos los residentes de la maestría y los supervisores *in situ*. Horario Viernes de 11:00-12:00.

**Supervisión académica** con la Maestra en Medicina Conductual Cristina Bravo, a la que asisten los residentes del área de oncología (oncología, hematología y oncopediatria,) en ésta se revisan temas de interés de la maestría. Horario: Miércoles de 11:00-13:00.

Al final del mes de mayo se integró la supervisora *in situ* Mayra Alejandra Mora Miranda quien incorporo dos clases a partir del mes de junio, estas fueron:

**Clase médica de psicooncología** cada quince días los días martes de 8 a 9, asisten las tres residentes de Medicina Conductual asignadas al servicio de oncología, en esta clase cada una de las residentes expone un tema previamente asignado por la supervisora *in situ* en el programa operativo, algunos de los temas son generalidades de padecimientos oncológicos, diagnóstico, tratamiento, pruebas de laboratorio y estudios de gabinete utilizados comúnmente en el servicio. Los temas que expuse fueron:

- Detección y diagnóstico: Métodos clínicos, Exámenes de laboratorio (marcadores tumorales), Exámenes de gabinete
- Cáncer en Cabeza y Cuello: Características y generalidades, Tipos de cáncer de cabeza y cuello, Modalidades de tratamiento, Efectos secundarios de tratamiento
- Urgencias oncológicas

**Clase de medicina conductual** se realiza los días miércoles de 7 a 8 de la mañana; asisten los residentes de Medicina Conductual del área oncológica (oncología, hematología, oncopediatria), en esta se revisan temas como intervención en crisis, técnicas cognitivas y conductuales de modificación de conducta, manejo del dolor, los cuales fueron previamente asignados a cada residente por la supervisora *in situ* en el programa operativo. Los temas que se me asignaron fueron:

- Aspectos psicosociales del cáncer: Características sociodemográficas del paciente oncológico, Estilos de vida y conductas de salud, Estilos y estrategias de afrontamiento, Personalidad tipo A, B y C.
- Preparación e intervenciones en procedimientos médicos oncológicos: Aspecto psicológicos y evaluación en el trasplante de células hematopoyéticas, Intervención en Crisis, Intervención en riesgo de suicidio, Estrés y burnout.

### **2.3.3. Rotaciones y características específicas**

#### **Enero-febrero**

En este bimestre estuve en la clínica de tumores mixtos, en la cual hay dos médicos adscritos, el Dr. Ziad y el Dr. Sosa, y estaban rotando en esta clínica cuatro residentes de oncología: Dr. Pacheco R3, Dra. Enríquez R1, Dr. Terrazas R1 y Dr. Mancera R1.

La clínica de tumores mixtos tiene consulta externa los días lunes, jueves y viernes, en un horario de nueve de la mañana a una de la tarde, aproximadamente ya que este horario se adapta al número de pacientes y necesidades del servicio, en consulta externa están los dos médicos adscritos antes mencionados, un residente por lo general R3, una enfermera y algunas veces un segundo residente R1. Esta clínica tiene reservado el quirófano los días martes y algunas veces reserva turno los días jueves. Las intervenciones psicológicas más frecuentes en esta clínica son distracción cognitiva y relajación ante procedimientos médicos; intervención en crisis con paciente y/o familiar ante diagnóstico; psicoeducación y balance decisional.

En este periodo también estuve asignada a radioterapia, donde hay tres médicos adscritos la Dra. Gil, Dr. Sánchez y el Dr. Florentino, los cuales se encargan de las simulaciones y el seguimiento de pacientes radiados en consulta externa, la cual brinda cada médico por separado asistidos por una enfermera, yo cubrí este

servicio los días viernes en la consulta externa del Dr. Sánchez en un horario de nueve a once de la mañana. El horario de actividades realizadas en este periodo se muestra en la Tabla 6.

Tabla 6. Actividades diarias Rotación enero-marzo

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>7:00</b>	Clase de oncología				Clase de oncología
<b>8:00</b>	Pase de visita	Atención a pacientes hospitalizados	Sesión general	Pase de visita	
<b>9:00</b>	Consulta externa Tumores mixtos	Pase de visita		Consulta externa Tumores mixtos	Consulta externa Radioterapia
<b>10:00</b>		Navegación	Sesión Casos clínicos		Sesión bibliográfica
<b>11:00</b>			Supervisión académica		Atención a pacientes hospitalizados
<b>12:00</b>			Atención a pacientes hospitalizados		
<b>13:00</b>	Registro actividades diarias				Atención a pacientes hospitalizados
<b>15:30</b>				Registro actividades diarias	
<b>16:30</b>					

### Marzo-abril

Durante la primera mitad de marzo estuve en la clínica de tumores mixtos, descrita anteriormente, en la segunda mitad y el mes de abril estuve en la clínica de mama, la cual tiene dos consultorios, uno es atendido generalmente por el Dr. Jiménez, el Dr. Gatica R3, Dra. Delgado R3 y un R1, mientras que el otro consultorio es atendido por el Dr. Ramírez, Dr. Medrano R3, Dr. Castro R1, y una enfermera para ambos consultorios. Esta clínica tiene reservado el quirófano los días viernes, brinda consulta los días lunes, martes y jueves; las intervenciones psicológicas más frecuentes en la clínica de mama son psicoeducación sobre el cáncer, tipos de biopsia, distracción cognitiva durante toma de biopsia e intervenciones en crisis ante diagnóstico médico. En ambas clínicas el horario se adapta al número de pacientes y necesidades del servicio.

También estuve en radioterapia, la cual se describió anteriormente y en urgencias oncología, servicio que brinda atención de 8 de la mañana a las 2 de la tarde, el Dr. Salomón es el médico adscrito a cargo, en urgencias rota un R1 y una enfermera cada mes, el residente de Medicina Conductual que cubre urgencias debe acudir a esta cada que es requerido por alguno de los médicos o enfermera que brindan atención en esta área, las intervenciones más frecuentes están dirigidas a disminuir ansiedad ante procedimientos médicos como toma de biopsia y sutura de puntos. Las actividades realizadas en la primera mitad de marzo se describen en la Tabla 6, mientras que en la Tabla 7 se describen las actividades del mes de abril.

Tabla 7. Actividades diarias rotación marzo- mayo

	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
<b>7:00</b>	Clase de oncología				Clase de oncología
<b>8:00</b>	Pase de visita	Atención a pacientes hospitalizados	Sesión general	Pase de visita	
<b>9:00</b>	Consulta externa Mama	Pase de visita		Consulta externa Mama	Atención a pacientes hospitalizados
<b>10:00</b>			Sesión Casos clínicos		
<b>11:00</b>		Navegación	Supervisión académica	Sesiones del "Grupo de Apoyo para Pacientes con Cáncer de Mama"	Sesión bibliográfica
<b>12:00</b>				Consulta externa Mama	Atención a pacientes hospitalizados
<b>13:00</b>	Atención a pacientes hospitalizados				
<b>15:30</b>	Registro actividades diarias			Atención a pacientes hospitalizados	
<b>16:30</b>				Registro actividades diarias	

### Mayo- junio

En el mes de mayo estuve asignada a la clínica de mama, el horario de actividades realizadas en este mes se describe en la Tabla 7, mientras que en el

mes de junio estuve asignada a la clínica de cabeza y cuello, la cual está a cargo del Dr. Del Bosque, la Dr. Ramírez protesista maxilofacial, la Dra. González R2, el Dr. Guerrero R1, el Dr. López R1 quienes están de forma permanente, el Dr. Medrano R3 quien estaba rotando en esta clínica y una enfermera. La clínica de cabeza y cuello tiene reservado el quirófano los días lunes y brinda consulta los días martes, jueves y viernes, en este último generalmente se cita a los pacientes para toma de biopsia. Las intervenciones psicológicas más frecuentes son distracción cognitiva y respiración diafragmática ante procedimientos como endoscopia y toma de biopsia, psicoeducación e intervención en crisis con pacientes y familiares ante diagnóstico.

Terapia intravenosa o clínica de catéteres es atendida por una enfermera permanente, una enfermera de servicio social y un residente R1 de oncología quien rota cada mes por la clínica; las intervenciones más frecuentes son respiración diafragmática y distracción cognitiva durante la colocación de catéter así como relajación previa a la colocación de catéter, a ésta asistía los días lunes como se observa en la Tabla 8.

Tabla 8. Actividades diarias rotación junio- agosto

	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
<b>7:00</b>	Clase de oncología		Clase Medicina conductual		Clase de oncología
<b>8:00</b>	Pase de visita	Clase Médica Psiconcología	Sesión general	Pase de visita	
<b>9:00</b>	Terapia intravenosa	Pase de visita		Consulta externa cabeza y cuello	Consulta externa cabeza y cuello
<b>10:00</b>		Consulta externa cabeza y cuello	Sesión Casos clínicos		Sesión bibliográfica
<b>11:00</b>			Supervisión académica		
<b>12:00</b>			Consulta externa cabeza y cuello		
<b>13:00</b>	Atención a pacientes hospitalizados				
<b>16:30</b>	Registro actividades diarias				

**Julio-agosto**

En el mes de julio y la primera mitad de agosto estuve asignada a la clínica de cabeza y cuello y terapia intravenosa, cuyo horario de actividades se describe en la Tabla 8.

En la segunda mitad de agosto estuve asignada a las clínicas de tumores mixtos y ginecología, en la clínica de tumores mixtos como ya se describió hay dos médicos adscritos, en Dr. Ziad y el Dr. Sosa, y en ese periodo se encontraban rotando tres residentes de oncología: Dr. Medrano R3, Dra. González R2, y Dr. García R1. Mientras que en la clínica de ginecología oncológica los médicos adscritos son el Dr. Várelas y el Dr. Ramírez, y estaban rotando el Dr. Capiz R3, Dr. Gatica R3, Dra. Delgado R3y la Dra. Enriquez R1.

La clínica de ginecología brinda consulta los días lunes, martes, jueves y viernes en dos consultorios cada uno atendido por un adscrito, un residente R3 y algunas veces un R1; tiene reservado el quirófano el día jueves, en el cual únicamente un médico adscrito entra a quirófano, mientras que el otro se queda en consulta externa con uno de los residentes de oncología; las principales intervenciones en esta clínica son distracción cognitiva y relajación ante procedimientos médicos, psicoeducación e intervención en crisis ante diagnóstico con pacientes y/o familiares, el horario de actividades realizadas durante la segunda mitad del mes de agosto se muestra en la Tabla 9.

**Septiembre-octubre**

Durante estos dos meses estuve asignada a las clínicas de tumores mixtos y ginecología oncológica, ambas clínicas ya descritas, el horario de actividades diarias en este periodo se observa en la Tabla 9.

Tabla 9. Actividades diarias rotación agosto-octubre

	<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>	
<b>7:00</b>	Clase de Oncología		Clase Medicina Conductual		Clase de Oncología	
<b>8:00</b>	Pase de visita	Clase Médica Psicooncología	Sesión General HJM	Pase de visita		
<b>9:00</b>	Consulta externa Tumores mixtos	Pase de visita		Consulta externa Ginecología oncológica	Consulta externa Tumores mixtos	
<b>10:00</b>		Consulta Externa Ginecología oncológica	Revisión de casos Clínicos HJM			Revisión artículo MC-HJM
<b>11:30</b>			Supervisión Académica			
<b>13:00</b>	Atención a pacientes hospitalizados			Atención a pacientes hospitalizados		
<b>13:30</b>	Atención a pacientes hospitalizados					
<b>14:00</b>	Atención a pacientes hospitalizados				Supervisión in situ	
<b>15:30</b>	Registro actividades diarias					

Es importante mencionar que el horario de las actividades descritas, así como la hora de entrada y salida, varía de acuerdo al número de pacientes y necesidades del servicio.

### 2.3.4. Datos de productividad

A continuación se presentan los datos de productividad durante mi rotación en el Servicio de Oncología, la cual se dividió en cinco periodos bimestrales.

En total se realizaron 720 intervenciones psicológicas, en la Tabla 10 se observa que el mayor número de intervenciones se realizó durante el periodo marzo-abril, mientras que enero-febrero es el periodo con menor número de intervenciones realizadas.

Tabla 10. Intervenciones realizadas por periodo

PERIODO	FRECUENCIA
Enero-Febrero	97
Marzo-Abril	<b>199</b>
Mayo-Junio	112
Julio-Agosto	164
Septiembre-Octubre	148
<b>TOTAL</b>	<b>720</b>

Durante los cinco bimestres se realizaron más intervenciones en hospitalización 583 (81%) que en consulta externa 137 (19%) como se muestra en la Figura 12.

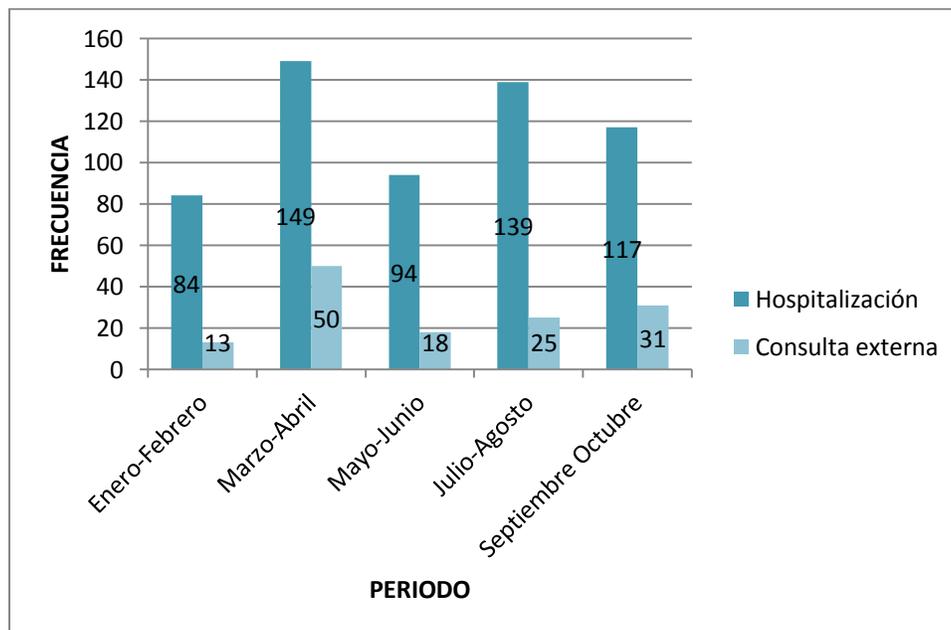


Figura 12. Frecuencia de intervenciones según lugar de atención

En los tres primeros periodos se realizaron más intervenciones de primera vez que subsecuentes, mientras que en los dos últimos periodos esto se invierte (Figura 14), esto puede deberse a que se les dio seguimiento a 373 (51.8%) de los pacientes, con un promedio de atención de tres veces por paciente, además, al final de la rotación disminuyó la asignación de nuevos pacientes debido a nuestro cambio a otro servicio. Así mismo, en la Figura 13 se observa que hubo 347 (48.2%) intervenciones de primera vez, mientras que subsecuentes fueron 373 (51.8%), esta mínima diferencia (3%) puede deberse a que un gran número de pacientes una vez que son intervenidos quirúrgicamente no regresan a hospitalización, además de las intervenciones en crisis las cuales pocas veces requieren terapia para la crisis.

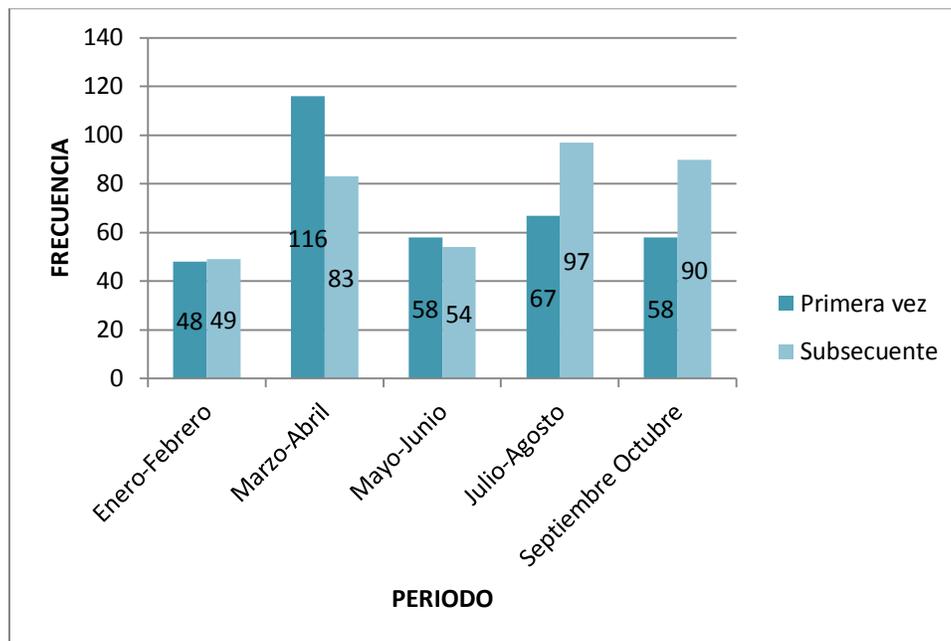


Figura 13. Frecuencia de intervenciones de primera vez y subsecuentes

En la Tabla 11 se observa que durante los cinco periodos se realizaron más intervenciones individuales, es decir únicamente con el paciente, seguido de intervenciones únicamente con familiar, mientras que individual y familiar (intervención con paciente y cuidador primario), y grupal (atención de paciente con más de un familiar) se realizaron con muy poca frecuencia.

Tabla 11. Porcentaje de Intervenciones según usuario atendido

INTERVENCIÓN	PERIODO					TOTAL
	Enero Febrero	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Agosto	Septiembre Octubre	
Individual	12.50	26.81	15.42	21.81	16.11	92.64
Familiar	0.69	0.83	0.14	0.97	1.81	4.44
Individual y familiar	0.14	0.00	0.00	0.00	2.64	2.78
Grupal	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.14
<b>TOTAL</b>	13.47	27.64	15.56	22.78	20.56	100.00

Como puede observarse en la Tabla 12 el tipo de intervención que se realizó con mayor frecuencia durante los cinco periodos fue psicoterapia, seguido de monitoreo y evaluación, aunque esta última se realizó en todas las primeras sesiones de psicoterapia, por lo que en la categoría evaluación se incluye únicamente a aquellos pacientes a los que se realizó evaluación y se determinó que no necesitaban intervención psicológica.

Tabla 12. Porcentaje de Intervenciones según su tipo

TIPO INTERVENCIÓN	PERIODO					TOTAL
	Enero Febrero	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Agosto	Septiembre Octubre	
Psicoterapia	8.33	16.94	9.72	15.69	15.97	66.67
Monitoreo	1.81	8.89	2.36	2.50	1.39	16.94
Evaluación	2.22	0.42	2.92	3.61	2.08	11.25
Intervención en crisis	1.11	1.39	0.56	0.69	1.11	4.86
Protocolo	0.00	0.00	0.00	0.28	0.00	0.28
<b>TOTAL</b>	13.47	27.64	15.56	22.78	20.56	100.00

De acuerdo a las cuatro clínicas en las que se divide el servicio, se realizaron más intervenciones con pacientes de la clínica de tumores mixtos como se observa en la Tabla 13, lo cual se esperaría debido a que rote cinco meses en esta clínica, además de que atiende más de 300 padecimientos oncológicos distintos, mientras que el menor número de intervenciones se realizó con pacientes de navegación quienes aún no tenían un diagnóstico así como con aquellos pacientes cuyo

diagnóstico es un tumor del cual se desconoce su localización y por lo tanto, no ha sido asignado a una clínica en específico.

Tabla 13. Pacientes atendidos por clínica

CLÍNICA	FRECUENCIA
<b>Tumores mixtos</b>	<b>356</b>
Mama	139
Ginecología	93
Cabeza y cuello	70
Sin diagnóstico/ primario en estudio	62
<b>TOTAL</b>	<b>720</b>

En la Tabla 14 se observa que el diagnóstico médico más frecuente entre los pacientes atendidos en tres de los cinco periodos fue cáncer de testículo, esto debido a que roté dos veces en la clínica de tumores mixtos en donde se atiende este padecimiento, el segundo diagnóstico más frecuente fue cáncer de mama, esto coincide con que cáncer de mama es el diagnóstico más frecuente en la población que acude a recibir atención médica en el hospital, la siguiente categoría más frecuente fue sin diagnóstico esto debido a que en éste se incluyeron todos los pacientes atendidos en navegación, los cuales aún no están diagnosticados dado que es la primera vez que acuden al servicio de oncología.

En la categoría enfermedades no oncológicas se incluyeron padecimientos no oncológicos atendidos por el servicio como apendicitis crónica, lipomas, quistes, sialodinitis, colecistitis crónica litiásica, ginecomastia, insulinoma, nódulo tiroideo, enfermedad pélvica inflamatoria, tumor hepático; síndrome icterico, leucoplasia, síndrome de vena cava y fistula biliar se incluyeron en la categoría padecimientos derivados de enfermedades y tratamientos oncológicos; mientras que otros tipos de cáncer incluye los diagnósticos que se presentaron una vez entre los pacientes atendidos como: cáncer de paladar, colangiocarcinoma, mesotelioma, cáncer de vulva, cáncer epidermoide, mieloma múltiple, adenoma pleomorfo, cáncer de faringe, cáncer de conducto auditivo, carcinoma, plasmocitoma, cáncer de duodeno, cáncer de orofaringe y enfermedad de Bowen.

Tabla 14. Porcentaje de intervenciones según diagnóstico médico

DIAGNÓSTICO MEDICO	PERIODO					TOTAL
	Enero	Marzo	Mayo	Julio	Septiembre	
	Febrero	Abril	Junio	Agosto	Octubre	
Cáncer de testículo	2.08	5.97	1.81	3.75	4.44	18.06
Cáncer de mama	0.69	7.64	3.75	1.11	1.67	14.86
Sin diagnóstico	0.14	4.31	1.94	0.56	0.42	7.36
Cáncer de colon	1.67	0.56	0	0.97	2.22	5.42
Cáncer cervicouterino	0.14	0.14	1.94	1.39	1.53	5.14
Cáncer de estómago	1.11	1.67	0	0.28	0.83	3.89
Cáncer de recto	1.25	1.25	0.14	0.56	0.56	3.75
Rabdomiosarcoma	0	0	0	1.25	2.36	3.61
Enfermedades no oncológicas	0.42	0.7	0.42	1.22	1.25	4.01
Masa anexial	0	0	0.56	1.81	0.56	2.92
Cáncer de endometrio	0	0.97	0	1.11	0.42	2.5
Linfoma no Hodking (LNH)	0	0.28	0.42	1.25	0.56	2.5
Cáncer de páncreas	0.42	0.42	0.42	0	0.97	2.22
Cáncer de ovario	0.14	0.28	0.56	0.97	0.14	2.08
Cáncer de tiroides	0.14	0	0.56	1.39	0	2.08
Cáncer de esófago	0.56	0.28	0	0	1.11	1.94
Cáncer de próstata	0.56	0.56	0.14	0	0	1.25
Primario desconocido	0.69	0	0	0.42	0.14	1.25
Padecimientos derivados de enfermedades y tratamientos oncológicos	0.14	0.42	0.28	0.28	0	1.12
Cáncer de pulmón	0	0.56	0	0.14	0.42	1.11
Tumor Klatskin	0	0	0	0.69	0.42	1.11
Tumor retroperitoneal	0.97	0	0	0.14	0	1.11
Sarcoma	0.28	0.42	0	0.28	0	0.97
Cáncer de laringe	0	0.14	0.56	0.28	0	0.97
Melanoma	0.56	0	0.42	0	0	0.97
Cáncer de parótida	0	0	0.42	0.28	0.14	0.83
Cáncer en mediastino	0.83	0	0	0	0	0.83
Linfoma	0	0	0.42	0.28	0	0.69
Probable sarcoma	0	0.28	0	0.42	0	0.69
Metástasis	0	0.42	0	0	0	0.42
Cáncer de riñón	0	0.14	0	0.14	0.14	0.42
Cáncer de cavidad oral	0	0	0.14	0.28	0	0.42
Cáncer de vesícula	0.42	0	0	0	0	0.42
Cáncer de vejiga	0	0.14	0	0	0.14	0.28
Tumor abdominal	0	0.14	0.14	0	0	0.28
Cáncer de lengua	0	0	0	0.28	0	0.28
Tumor maxilopatino	0	0	0	0.28	0	0.28
Otros tipos de cáncer	0.28	0	0.56	0.98	0.14	1.96
<b>TOTAL</b>	<b>13.49</b>	<b>27.69</b>	<b>15.6</b>	<b>22.79</b>	<b>20.58</b>	<b>100</b>

En la Tabla 15 se observa que en cuatro de los cinco periodos reacción de estrés grave y trastornos adaptativos fue el diagnóstico psicológico más frecuente, seguido de síntomas de ansiedad y depresión hospitalaria, esto coincide con lo reportado por Almanza, Breitbart y Holland (1999, en Almanza & Holland, 2000) quienes señalan que en México entre los pacientes hospitalizados 32% presentan trastornos de adaptación, 6% trastornos depresivos y 2% trastornos de ansiedad; con respecto a las categorías síntomas de ansiedad y depresión hospitalaria incluye los casos que si bien no cumplen con todos los criterios DSM IV para ser considerados como trastorno causan malestar considerable al paciente, lo que hace necesaria intervención psicológica, y tal como señalan Maté et al., (2004), es importante considerar estos síntomas para darle una atención adecuada al paciente y así incidir en su calidad de vida.

Tabla 15. Porcentaje de los principales diagnósticos psicológicos

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO	PERIODO					TOTAL
	Enero Febrero	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Agosto	Septiembre Octubre	
Reacción de estrés grave y trastornos adaptativos*	4.45	11.24	8.05	6.66	4.31	34.71
Síntomas de ansiedad hospitalaria	5	8.61	2.92	2.78	3.89	23.19
Síntomas de depresión hospitalaria	0.69	1.39	0.97	2.5	2.78	8.33
Trastornos de ansiedad*	0	3.61	0.42	2.08	1.67	7.78
Ansiedad ante procedimiento médico*	0.83	1.67	1.39	2.64	1.25	7.78
Aplazado*	0.97	0.14	1.12	1.95	2.09	6.25
Trastorno depresivo mayor*	0	0	0	0.97	2.36	3.33
Incumplimiento terapéutico*	0	0.28	0	1.53	0.56	2.36
Problemas paterno-filiales*	0	0	0.42	0.69	0.42	1.53
Episodio depresivo*	0.56	0	0.28	0.56	0.14	1.53
Factor psicológico que afecta a enfermedad médica*	0.56	0	0	0	0.69	1.25
Retraso mental*	0	0.28	0	0	0.28	0.56
Trastornos somatomorfos*	0.42	0	0	0	0	0.42
Patrón de comportamiento tipo B*	0	0	0	0.42	0	0.42
Delirium*	0	0.28	0	0	0	0.28
Trastornos mentales debido a lesión cerebral o enfermedad somática*	0	0	0	0	0.14	0.14
Trastornos específicos de la personalidad*	0	0.14	0	0	0	0.14
<b>TOTAL</b>	13.48	27.64	15.57	22.78	20.58	100

\*Diagnósticos incluidos en DSM IV TR

En 19% de las intervenciones realizadas se encontró más de un diagnóstico psicológico, por lo que en la Tabla 16 se presentan los padecimientos psicológicos que se encontraron como segundo diagnóstico psicológico con mayor frecuencia.

Tabla 16. Porcentaje de segundos diagnósticos psicológicos más frecuentes

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO II	PERIODO					TOTAL
	Enero Febrero	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Agosto	Septiembre Octubre	
Síntomas de depresión hospitalaria	13.14	13.14	2.92	0.00	9.49	38.69
Síntomas de ansiedad hospitalaria	0.73	1.46	1.46	5.11	20.44	29.20
Trastornos somatomorfos*	0.00	9.49	0.00	0.00	0.00	9.49
Problemas conyugales*	0.00	0.00	0.00	0.00	5.11	5.11
Incumplimiento terapéutico*	0.00	1.46	0.00	2.19	0.00	3.65
Ansiedad ante procedimiento médico*	0.00	1.46	1.46	0.00	0.00	2.92
Reacción de estrés grave y trastornos adaptativos*	0.00	0.73	0.00	0.73	0.73	2.19
Delirium*	0.00	2.19	0.00	0.00	0.00	2.19
Factor psicológico que afecta a enfermedad médica*	0.00	1.46	0.00	0.00	0.00	1.46
Episodio depresivo*	1.46	0.00	0.00	0.00	0.00	1.46
Trastorno depresivo mayor*	0.00	0.00	0.00	1.46	0.00	1.46
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica*	0.00	0.00	0.00	1.46	0.00	1.46
Trastornos de ansiedad*	0.00	0.73	0.00	0.00	0.00	0.73
<b>TOTAL</b>	15.33	32.12	5.84	10.95	35.77	100.00

\*Diagnósticos incluidos en DSM IV TR

En la Tabla 17 se muestran las técnicas más utilizadas, se observa que psicoeducación, distracción cognitiva y/o instrumental y activación conductual fueron las técnicas más utilizadas, mientras que relajación pasiva fue de las menos utilizadas.

Tabla 17. Porcentaje de las principales técnicas psicológicas utilizadas

TÉCNICAS	PERIODO					TOTAL
	Enero Febrero	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Agosto	Septiembre Octubre	
Psicoeducación	4.05	1.54	3.09	5.60	5.79	20.08
Distracción (cognitiva/instrumental)	3.28	5.41	3.09	1.74	2.70	16.22
Activación conductual	0.58	2.51	2.51	4.63	5.22	15.44
Contención (emocional, ambiental, farmacológica, física)	2.12	6.76	1.16	1.35	3.47	14.86
Solución de problemas (toma de decisiones)	0.77	1.93	0.77	1.54	1.93	6.95
Reestructuración cognitiva	0.39	0.58	1.54	2.51	1.74	6.76
Informar-orientar	0.58	3.86	0.77	0.19	0.19	5.60
Respiración diafragmática	0.00	0.77	0.58	2.51	1.54	5.41
Relajación con imaginación	1.16	0.97	0.39	1.35	0.00	3.86
Contrato conductual	0.00	0.39	0.00	0.19	0.77	1.35
Entrenamiento en habilidades sociales	0.00	0.39	0.19	0.58	0.00	1.16
Relajación autógena	0.00	0.58	0.00	0.00	0.00	0.58
Manejo de contingencias	0.00	0.00	0.00	0.19	0.19	0.39
Autoinstrucciones	0.00	0.00	0.00	0.19	0.19	0.39
Relajación pasiva	0.00	0.00	0.00	0.19	0.00	0.19
Economía de fichas	0.00	0.00	0.00	0.19	0.00	0.19
Detención del pensamiento	0.19	0.00	0.19	0.00	0.00	0.39
Manejo emocional	0.00	0.00	0.00	0.00	0.19	0.19
<b>TOTAL</b>	13.13	25.68	14.29	22.97	23.94	100.00

En 12% de las intervenciones se utilizó más de una de una técnica psicológica, en la Tabla 18 se muestran las técnicas utilizadas en combinación con alguna de las señaladas en la Tabla 17.

Tabla 18. Porcentaje de técnicas psicológicas utilizadas en combinación con otra técnica

TÉCNICAS II	PERIODO					TOTAL
	Enero Febrero	Marzo Abril	Mayo Junio	Julio Agosto	Septiembre Octubre	
Solución de problemas (toma de decisiones)	2.33	1.16	5.81	5.81	11.63	26.74
Activación conductual	0.00	0.00	0.00	5.81	18.60	24.42
Psicoeducación	3.49	5.81	1.16	2.33	5.81	18.60
Contención (emocional, ambiental, farmacológica, física)	3.49	0.00	0.00	1.16	5.81	10.47
Respiración diafragmática	0.00	0.00	0.00	0.00	4.65	4.65
Distracción (cognitiva/instrumental)	1.16	0.00	0.00	0.00	3.49	4.65
Reestructuración cognitiva	0.00	0.00	0.00	1.16	1.16	2.33
Informar-orientar	0.00	0.00	0.00	0.00	2.33	2.33
Relajación muscular progresiva	0.00	0.00	0.00	0.00	1.16	1.16
Contrato conductual	0.00	0.00	0.00	0.00	1.16	1.16
Detención del pensamiento	0.00	0.00	0.00	1.16	0.00	1.16
Manejo emocional	0.00	0.00	0.00	0.00	1.16	1.16
Counselling	0.00	0.00	0.00	0.00	1.16	1.16
<b>TOTAL</b>	10.47	6.98	6.98	17.44	58.14	100.00

En total se atendieron 407 pacientes en diez meses, de los cuales 255 (62.65%) fueron mujeres y 152 (37.34%) hombres, con edades de 14 a 89 años, el promedio de edad para mujeres fue de 49.44 años, mientras que para los hombres fue de 40.75 años; en la Figura 14 se muestra el número de usuarios atendidos por género en cada periodo, se observa que marzo y abril fue el periodo en el que se atendió un mayor número de pacientes, mientras que enero y febrero fue el periodo con el menor número de usuarios.

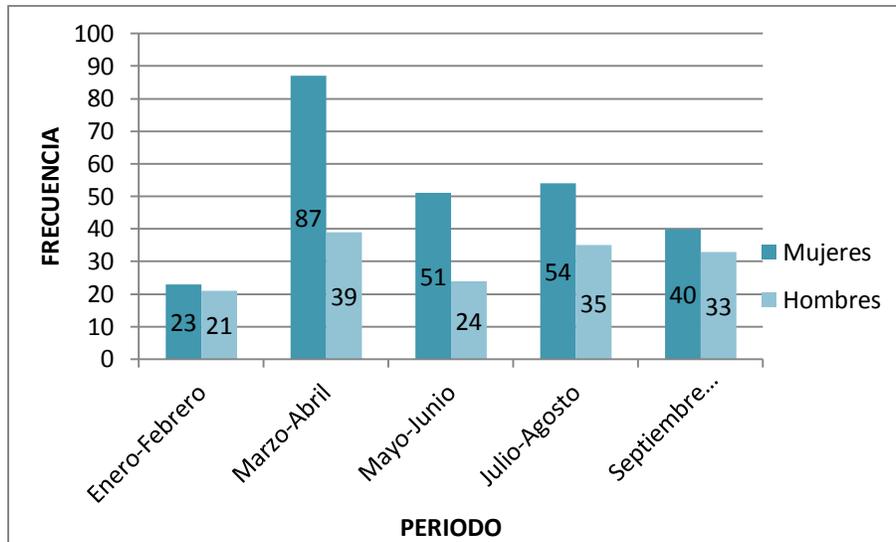


Figura 14. Número de pacientes en cada periodo según sexo

De las 720 intervenciones realizadas 49 de ellas (7%), como se observa en la Figura 15, correspondieron al programa de navegación, para mayor información ver sección Navegación.

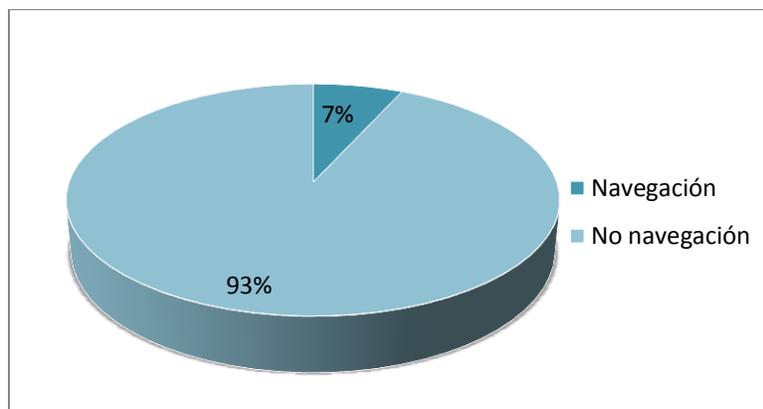


Figura 15. Porcentaje de intervenciones correspondientes a navegación

## 2.3.5. Evaluación

### 2.3.5.1. Servicio de Oncología Hospital Juárez de México

Oncología es un servicio muy organizado, en el que se aprecia mucho el seguimiento de horarios, con un número muy grande de personal, es un servicio muy vertical en el que las líneas de autoridad y jerarquías son muy respetadas; el

jefe del servicio es muy receptivo al trabajo de los psicólogos y tiene buenas referencias de generaciones anteriores, el resto del personal del servicio es receptivo aunque con algunas reservas, pero en general tanto los médicos adscritos, residentes y enfermeras solicitan y respetan el trabajo que realizamos. Sin embargo, aunque se tiene buenas referencias de generaciones pasadas, cada psicólogo que llega al servicio debe demostrar sus conocimientos y habilidades, lo que permite una mejor recepción por parte del demás personal del servicio, facilita el trabajo del residente de medicina conductual, y mejora la atención de los pacientes ya que se pueden realizar trabajo multidisciplinario.

Una limitación fue el espacio con el que se cuenta, ya que aunque se tenían dos consultorios para la atención de pacientes, durante la mañana uno de ellos se utilizaba para el programa de navegación, dejando solo un consultorio disponible para el seguimiento de pacientes o para la atención de crisis post diagnóstico, por lo que muchas veces se tuvo que realizar intervención en el pasillo, la sala de quimioterapia ambulatoria o algún otro consultorio u oficina disponible.

Al finalizar la rotación considero que el servicio de oncología del Hospital Juárez de México permite al residente de medicina conductual desarrollar y mejorar diversas competencias profesionales, además de otras personales como tolerancia a la frustración, estrategias de afrontamiento, habilidades sociales y autocontrol emocional; además requiere desarrollar actividades extras como navegación e invertir mayor tiempo del establecido en el programa.

#### **2.3.5.2. Actividades diarias**

Considero que las actividades diarias establecidas en el programa operativo del primero de junio al primero de noviembre fueron las adecuadas, en los meses anteriores a este periodo, agregaría el horario establecido para supervisión de actividades por parte de la supervisión *in situ*, así como una mayor orientación respecto al objetivo y funciones de los residentes de medicina conductual en el

servicio y la retroalimentación realizada después de las sesiones con el grupo de damas voluntarias y los pacientes del servicio.

### **2.3.5.3. Actividades académicas**

Las actividades académicas establecidas en el programa operativo que se nos proporcionó en mayo y el cual estuvo vigente del primero de junio al primero de noviembre me parecen adecuadas, sin embargo en el periodo de enero a la primera mitad del mes de mayo agregaría la clase médica de psicooncología y la clase de medicina conductual y creo que se les debe de dar seguimiento en periodos posteriores de la residencia, ya que la clase médica de psicooncología permite conocer las particularidades de los padecimientos oncológicos, tratamiento, procedimientos y las características sociodemográficas de los pacientes, los cuales son esenciales que el residente de medicina conductual conozca, así mismo la clase de medicina conductual de los días miércoles permite a los residentes del área oncológica conocer algunas particularidades de su servicio, las actividades y funciones del médico conductual en servicios como oncología, hematología y oncopediatria.

En cuanto la sesión bibliográfica me parece que es adecuada, sin embargo en la sesión conjunta de casos clínicos en algunas ocasiones hubo algunas diferencias entre el formato que presentaban los residentes, lo que dificultaba su exposición, por lo cual creo que se debería manejar un mismo formato y criterios para todos los residentes sin importar si el servicio en el que rotan es del área oncológica o no.

La clase de oncología con los médicos del servicio le permite al residente de medicina conductual obtener más conocimientos sobre los padecimientos de los pacientes y entender la dinámica del servicio. La sesión general es muy importante ya que muestran un panorama general de la situación de salud y características de la población que acude al hospital, los servicios y personal con el que cuenta y permite entender las jerarquías y dinámicas del hospital.

#### **2.3.5.4. Sistema de supervisión *in situ* y supervisión académica**

En el periodo del primero de junio al primero de noviembre la supervisión *in situ* fue adecuada, en los meses anteriores a estos, añadiría mayor retroalimentación sobre el desempeño de los residentes en el servicio, mayor orientación en casos complicados, mejor explicación en la realización de notas SOAP, y en el manejo de la papelería del servicio.

En la supervisión académica se revisaron algunos casos complicados, lecturas de bibliografía sobre las técnicas más utilizadas en el servicio así como la revisión del protocolo de investigación y reporte de experiencia profesional, me parece que la supervisión académica fue adecuada.

#### **2.3.6. Competencias profesionales alcanzadas**

Las competencias profesionales que adquirí en el servicio de oncología a través de las actividades diarias y académicas, realizadas durante la primera rotación fueron:

- Identificar y evaluar pacientes oncológicos que requieren atención psicológica.
- Diagnosticar problemáticas emocionales, cognitivas y conductuales de pacientes oncológicos.
- Aplicación de técnicas y procedimientos de medicina conductual para la resolución de problemas psicológicos en pacientes oncológicos.
- Conocer las generalidades de padecimientos oncológicos.
- Conocer procedimientos diagnósticos, de prevención y tratamientos médicos en pacientes oncológicos.
- Identificar las necesidades psicológicas de pacientes oncológicos de acuerdo a la fase de enfermedad en que se encuentran (fase diagnóstico, fase tratamiento, fase recaída, periodo libre de enfermedad y fase terminal).
- Identificar pacientes en riesgo de desarrollar problemas psicológicos derivados de su padecimiento orgánico.

- Prevenir el desarrollo de problemas psicológicos en pacientes con cáncer.
- Realizar intervenciones en crisis.
- Crear estrategias para promover adhesión terapéutica.
- Aplicar técnicas psicológicas para reducir problemas como ansiedad, depresión, estrés, en pacientes oncológicos y cuidador primario.
- Organizar grupos terapéuticos para pacientes oncológicos.
- Canalizar pacientes a otros especialistas cuando era necesario.
- Adquirir información sobre los diferentes tipos de cáncer y su tratamiento para realizar psicoeducación.
- Elaborar materiales de psicoeducación para pacientes y familiares.
- Realizar notas clínicas en los expedientes clínicos.
- Identificar las necesidades psicológicas del personal de salud.
- Brindar atención psicológica al personal de salud.

Además pude desarrollar habilidades personales que fortalecen mi formación profesional, como mejores estrategias de afrontamiento y mayor autocontrol emocional.

### **2.3.7. Conclusiones y sugerencias**

Mi experiencia profesional en el servicio de Oncología del Hospital Juárez de México fue satisfactoria, ya que es un servicio que permite y exige desarrollar todas las competencias profesionales contempladas en el programa operativo de la Residencia en Medicina Conductual, las cuales considero que alcancé, además adquirí otras no contempladas en el programa como tolerancia a la frustración, mejores estrategias de afrontamiento, mayor autocontrol emocional y mejores habilidades sociales, las cuales enriquecieron no únicamente mi formación profesional sino también personal; además, oncología es un servicio que permite realizar trabajo multidisciplinario y así brindar una mejor atención a los pacientes.

Es importante dar continuidad al trabajo realizado por los residentes de Medicina Conductual en el servicio y mantener el reconocimiento que el trabajo psicológico

tiene entre el personal, por lo tanto es necesario un compromiso del residente, porque como se explicaba anteriormente al ser un servicio que atiende a un gran número de pacientes, muchas veces es necesario realizar más actividades y dedicar más tiempo que el señalado en el programa operativo; así mismo es necesario desarrollar habilidades sociales y generar empatía no sólo con los pacientes del servicio si no también con el personal que labora en él.

Con respecto a las actividades académicas, es necesario que a los residentes de Medicina Conductual se les proporcione un programa académico en el que se señalen claramente sus funciones, actividades, horarios y objetivos en cada servicio; el sistema de evaluación al cual serán sometidos y el temario durante cada rotación; así mismo es importante contar con supervisión *in situ* y promoverse siempre la retroalimentación a los residentes por parte de ésta.

Finalmente en la sesión bibliográfica y de casos clínicos que se realizan de manera conjunta entre los servicios del área oncológica y los que no lo son, es necesario establecer criterios comunes a todos los residentes para presentar casos clínicos y artículos, en lo referente a la clase de medicina conductual y la clase médica de psicooncología son necesarias para la formación de los residentes en medicina conductual que roten por el servicio de oncología, por lo tanto se deben mantener.

## **2.4. Servicio de Hematología**

### **2.4.1. Descripción del servicio**

De noviembre de 2012 a julio 2013 realice mi segunda rotación de Medicina Conductual en el Servicio de Hematología del Hospital Juárez de México, este servicio tiene como objetivo tratar todas las enfermedades de la sangre, de los glóbulos rojos y blancos, de los trastornos de la coagulación y sangrados que deben ser estudiados por el hematólogo y también brinda la posibilidad de trasplantes de médula ósea; su población objetivo es la población mexicana, principalmente de escasos recursos que no cuenta con seguridad social, (IFAI, 2012; Secretaría de Salud [SSA], 2012).

El área de hospitalización del servicio se encuentra en el tercer piso sur y consta de tres aislados con un total de quince camas, cuando, debido a la demanda, el servicio requiere mayor espacio, se utilizan los aislados de otros servicios como nefrología. Para consulta externa se cuenta con un consultorio ubicado en la planta baja del hospital a un costado del banco de sangre, éste es utilizado en un horario de 10 a 14 horas; para la consulta externa vespertina se utiliza uno de los consultorios del área de oncología planta baja.

El servicio de hematología está formado por el jefe de servicio el Dr. Jorge Cruz Rico y dos médicos adscritos, uno asignado en un horario matutino y el otro en un horario vespertino, 2 o 3 residentes de medicina interna y en ocasiones un residente de urgencias, los cuales rotan cada dos meses, dos médicos internos quienes rotan cada quince días, una trabajadora social, enfermeras, en los dos primeros meses de mi rotación (noviembre y diciembre) una pasante de química farmacobióloga y dos secretarías, una asignada a hospitalización y otro a consulta externa como se observa en la Figura 16.

El jefe de servicio y el médico adscrito de la mañana, la doctora Tejeda rotan cada dos meses para pasar visita en hospitalización. La consulta externa durante

la mañana es atendida lunes y viernes por el jefe de servicio, martes y jueves por la Dra. Tejeda y por la tarde los martes y miércoles por el doctor Leyto, el otro médico adscrito.

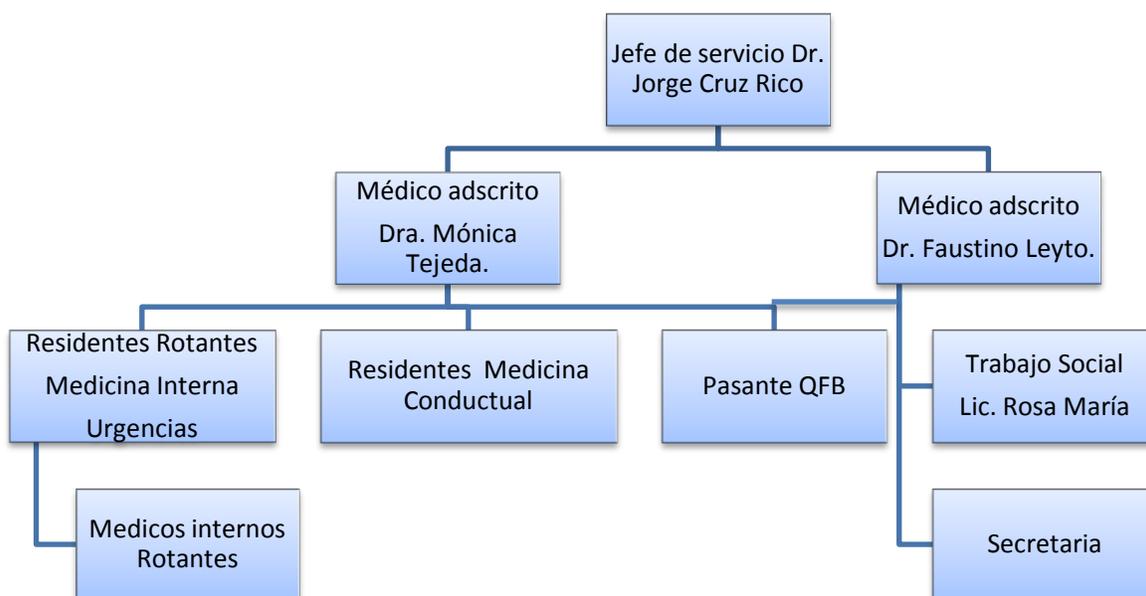


Figura 16. Organigrama servicio de Hematología

Así mismo, el Servicio de Hematología fue certificado para participar en el programa de atención de Gastos Catastróficos en la atención de adolescentes con cáncer.

#### 2.4.2. Actividades del residente de Medicina Conductual

Además de la atención a pacientes hospitalizados y de consulta externa, el residente de Medicina Conductual realiza otras actividades en el servicio de Hematología, tanto de carácter profesional como académico, éstas se describen a continuación.

### **2.4.2.1 Actividades diarias**

**Pase de visita**, con el jefe de servicio o médico adscrito, residentes de medicina y trabajo social, en el que se describe la situación de cada uno de los pacientes en hospitalización y el médico adscrito da indicaciones. Durante este se toma nota sobre el estado médico del paciente y se identifica si requiere intervención psicológica. Horario: lunes, martes y viernes inicia a las 8:00, miércoles y jueves inicia 9:00 y la hora de término es variable.

**Atención a pacientes hospitalizados**, cada uno de los residentes de Medicina Conductual, atiende a los pacientes en hospitalización, el trabajo y número de pacientes atendidos se reparte equitativamente entre los residentes del servicio, el objetivo es brindar atención psicológica a todos aquellos pacientes en hospitalización que la requieran; algunos ejemplos de intervenciones son: relajación, distracción cognitiva, activación conductual para disminuir ansiedad ante procedimiento médico, ansiedad y depresión por hospitalizaciones prolongadas, atención de pacientes paliativos y terminales, intervenciones en crisis con pacientes y familiares. El horario de esta actividad depende del número de pacientes asignados a cada residente, así como del estado físico y psicológico de éstos.

**Atención de pacientes de consulta externa y quimioterapia ambulatoria**, se atiende a aquellos pacientes de consulta externa o familiares de éstos remitidos por el médico tratante, así mismo se atiende a aquellos pacientes de quimioterapia ambulatoria remitidos por el servicio de enfermería, y se da seguimiento a pacientes conocidos en hospitalización durante la aplicación de quimioterapia ambulatoria. No hay un horario establecido para esta actividad.

**Sesiones cuidadores primarios** esta actividad se realiza en coordinación con trabajo social, está dirigida al cuidador primario del paciente hematológico en

hospitalización, en ella se imparten temas de índole administrativo como la realización de trámites en el hospital y de salud, los temas que impartí fueron:

- Lavado de manos y conductas de higiene dentro del aislado
- Mitos y realidades de la leucemia
- Mitos y realidades de la leucemia II

Horario: miércoles cada quince días en la sala de juntas tercer piso de 11:00 a 12:00

**Evaluación de pacientes para trasplante de células hematopoyéticas**, una de las actividades del residente de Medicina Conductual en el servicio de Hematología es la aplicación y calificación de una batería de pruebas psicológicas a pacientes que se encuentran en protocolo de trasplante de células hematopoyéticas, la cual consistió en: Entrevista semiestructurada para receptor de trasplante de médula ósea; Evaluación Psicosocial de Candidatos para Trasplante (PACT); el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE); Inventario de Depresión de Beck (BAD); Inventario de Ansiedad de Beck (BAI); Cuestionario de 16 Factores de personalidad (16PF); Inventario de Calidad de Vida y Salud (INCAVISA); Prueba Mínima para Determinación del Estado Mental (MMSE). Ésta se realiza una vez que el paciente ha cumplido con la evaluación médica y de trabajo social, en caso de que el paciente no cuente con las habilidades psicológicas para ser candidato a trasplante, el residente debe brindar atención psicológica para proporcionárselas. El horario de esta actividad es variable ya que se programa de acuerdo a las citas médicas del paciente en el hospital.

**Registro de actividades diarias**, una vez concluidas las actividades diarias cada residente en el servicio elabora el registro de productividad externa y el registro de productividad interna en el que se anota el número de pacientes atendidos, diagnóstico psicológico, diagnóstico médico, tipo de intervención y técnicas utilizadas.

**Material psicoeducativo**, como parte de las actividades diarias y debido a la necesidad de brindar información clara y comprensible a pacientes y cuidadores, se elaboraron los siguientes materiales de psicoeducación:

Tríptico “Linfoma de Hodgking” (Anexo 12).

Tríptico “Cáncer y sexualidad mujeres” (Anexo 13).

Tríptico “Cáncer y sexualidad hombres” (Anexo 14).

Los cuales tuvieron como objetivo ayudar a la toma de decisiones respecto al tratamiento y autocuidados necesarios, y favorecer la adaptación de paciente y cuidadores a la enfermedad y ambiente hospitalario.

También se elaboró el “Cuadernillo de comunicación y estimulación” (Anexo 15), surgió de la necesidad de comunicarse con un paciente diagnosticado con Leucemia Linfoide Aguda L2 que sufrió un Evento Vascular Cerebral y fue tratado con craniectomía y traqueostomía a consecuencia de éstas no podía comunicarse verbalmente y únicamente podía señalar con el miembro torácico derecho, por lo que se diseñó un sistema de comunicación personalizado el cual incluye imágenes de actividades placenteras para el paciente; imágenes referentes a sus cuidadores primarios, así como imágenes de conductas de cuidados y necesidades básicas como: dormir, limpiar cánula de traqueostomía, masaje en manos y pies, entre otras. Posteriormente se añadieron imágenes de números, letras, diferentes objetos y colores para estimularlo y contribuir a mantenerlo despierto durante el día ya que tenía su ritmo circadiano invertido.

#### **2.4.2.2. Actividades académicas**

**Sesión General**, a la que acuden todos los médicos del hospital, la asistencia es obligatoria. Horario: Miércoles de 8:00-9:00.

**Sesión Monográfica de hematología**, sesión conjunta con el servicio de oncopediatria, asisten los jefes de servicio y médicos adscritos de ambos

servicios, los residentes rotando en hematología y oncopediatria y los residentes de Medicina Conductual, en ésta se revisan temas de hematología y oncología pediátrica. Horario Martes de 10:00-11:00.

**Sesión Temas diversos** sesión conjunta con el servicio de oncopediatria a la que asisten los residentes rotando en estos servicios, en la cual se invita a expertos en temas relacionados con el servicio, por ejemplo interpretación de biometría hemática, conciliación medicamentosa. En esta sesión los residentes de medicina conductual tiene un espacio cada mes o cada dos meses para exponer temas psicológicos relacionados con el servicio, horario jueves de 8:00-9:00; los temas que impartí fueron:

- Intervención en crisis
- Comunicación de malas noticias
- Burnout

**Sesión Bibliográfica Hematología**, sesión conjunta con el servicio de oncopediatria, asisten jefes de servicio y médicos adscritos de ambos servicios y residentes rotando en hematología y oncopediatria, en la que los residentes de hematología y oncopediatria presentan artículos sobre enfermedades hematológicas y oncológicas, en ocasiones se abre un espacio para temas de psicooncología. Horario: viernes de 9:30-1:30.

**Sesión conjunta de casos clínicos**, asisten los residentes de Medicina Conductual de todos los servicios (hematología, oncología, oncopediatria, nefrología, trasplante, geriatría, pediatria y medicina interna); supervisor *in situ* Dr. Gallardo, en la que los residentes presentamos un caso destacado de nuestro servicio, aunque esta actividad se suspendió durante el periodo noviembre-diciembre. Horario: Miércoles de 10:30-11:30.

**Sesión Bibliográfica** en la que se revisan artículos relacionados con la maestría, cada sesión un residente de Medicina Conductual presenta un artículo, asisten

todos los residentes de la maestría y el supervisor *in situ*. Horario Viernes de 11:00-12:00.

**Supervisión académica** con la Maestra en Medicina Conductual Cristina Bravo, a la que asisten los residentes del área de oncológica (hematología, oncología, oncopediatria) en ésta se revisan temas de interés de la maestría. Horario: Miércoles 11:00-13:00. Las actividades durante esta rotación y el horario de éstas se muestran en la tabla 19.

Tabla 19. Actividades diarias servicio Hematología

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>8:00</b>	Pase de visita	Pase de visita	Sesión general	Sesión Temas diversos Hematología	Pase de visita
<b>9:00</b>	Pase de visita	Pase de visita	Pase de visita	Pase de visita	Pase de visita
<b>9:30</b>		Sesión Monográfica Hematología	Sesión Casos clínicos <sup>1</sup>		Sesión Bibliográfica Hematología
<b>10:00</b>					
<b>10:30</b>		Pase de visita	Sesiones con cuidadores primarios <sup>2</sup>		Sesión Bibliográfica Medicina Conductual
<b>11:00</b>					
<b>12:00</b>	Atención a pacientes hospitalizados		Supervisión académica	Atención a pacientes hospitalizados	
<b>13:30</b>	Atención a pacientes hospitalizados y quimioterapia ambulatoria				
<b>15:00</b>	Registro actividades diarias				

<sup>1</sup>Actividad suspendida durante el periodo noviembre-diciembre

<sup>2</sup>Actividad realizada cada quince días

### 2.4.3. Datos de productividad

Los datos de productividad en el servicio de hematología, correspondiente a mi segunda rotación se presentan a continuación, éstos fueron divididos en cuatro periodos los tres primeros bimestrales y el último de ellos incluye los meses de mayo, junio y la primera mitad de julio 2013 que es cuando concluyo mi rotación.

Como se observa en la Tabla 20, en total se realizaron 337 intervenciones psicológicas, el periodo en el que se realizó un mayor número de intervenciones fue en marzo-abril, esto quizá a que de acuerdo con los censos del servicio, hubo una mayor demanda de pacientes en estos meses.

Tabla 20. Intervenciones realizadas en cada periodo

PERIODO	FRECUENCIA
Noviembre-Diciembre	50
Enero-Febrero	97
Marzo-Abril	120
Mayo, Junio, Julio	70
<b>TOTAL</b>	<b>337</b>

Se realizaron más intervenciones en hospitalización (98%) que en consulta externa-quimioterapia ambulatoria (2%), como se aprecia en la Figura 17, esto debido a como se explicó anteriormente, en quimioterapia ambulatoria se hacen seguimientos y en consulta externa se atienden únicamente a los pacientes que son remitidos por el médico tratante, ya que en su mayoría se tratan de seguimientos, mientras que en hospitalización se hace más necesaria la atención psicológica debido a las estancias prolongadas, además de que en su mayoría se trata de pacientes onco-hematológicos.

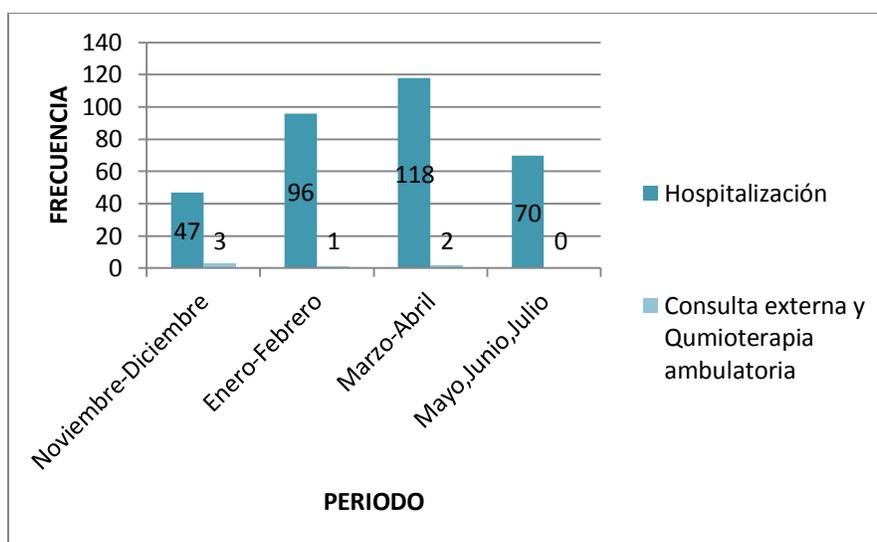


Figura 17. Frecuencia de intervenciones según lugar de atención

En la Figura 18 se muestra que se realizaron 27 intervenciones de primera vez, mientras que subsecuentes fueron 310, esto puede deberse a que los pacientes tienen largas estancias en hospitalización, así mismo se observa que en el periodo marzo-abril hubo más intervenciones de primera vez y subsecuentes que en otros periodos, esto debido a que en este periodo hubo una mayor demanda de pacientes en el servicio de hematología.

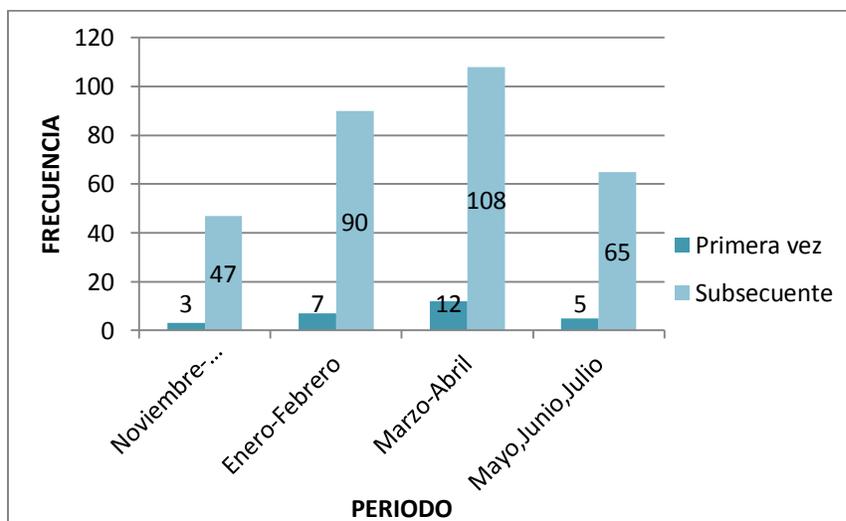


Figura 18. Frecuencia de intervenciones de primera vez y subsecuentes

En la Tabla 21 se observa que durante los cuatro periodos se realizaron más intervenciones individuales, es decir únicamente con el paciente, seguido de intervenciones únicamente con familiar, mientras que individual y familiar (intervención con paciente y cuidador primario), y grupal (atención de paciente con más de un familiar) se realizaron con muy poca frecuencia.

Tabla 21. Porcentaje de intervenciones según usuario atendido

ATENCIÓN	PERIODO				TOTAL
	Noviembre-Diciembre	Enero-Febrero	Marzo-Abril	Mayo, Junio, Julio	
Individual	9.20	23.15	26.11	16.02	74.48
Familiar	2.97	4.15	5.34	2.37	14.84
Individual y familiar	2.67	1.48	4.15	2.08	10.39
Grupal	0.00	0.00	0.00	0.30	0.30
<b>TOTAL</b>	14.84	28.78	35.61	20.77	100.00

Como puede observarse en la Tabla 22, el tipo de intervención que se realizó con mayor frecuencia durante los cuatro periodos fue psicoterapia, seguido de monitoreo y evaluación, aunque esta última se realizó en todas las primeras sesiones de psicoterapia, por lo que en la categoría evaluación se incluye únicamente a aquellos pacientes a los que se realizó evaluación y se determinó que no necesitaban intervención psicológica.

Tabla 22. Porcentaje de intervenciones según su tipo

TIPO DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA	PERIODO				TOTAL
	Noviembre-Diciembre	Enero-Febrero	Marzo-Abril	Mayo, Junio, Julio	
Psicoterapia	10.09	18.40	21.96	14.84	65.28
Monitoreo	0.89	5.64	5.64	3.56	15.73
Evaluación	1.48	4.45	5.64	1.19	12.76
Intervención en crisis	2.37	0.30	0.59	0.00	3.26
Protocolo	0.00	0.00	1.78	1.19	2.97
<b>TOTAL</b>	14.84	28.78	35.61	20.77	100.00

En la Tabla 23 se observa que el diagnóstico médico más frecuente entre los pacientes atendidos durante los cuatro periodos fue Leucemia Linfocítica Aguda L2, el segundo diagnóstico más frecuente fue Leucemia Linfocítica Aguda, esto coincide con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2013), ya que señala que durante 2009 en México el 17.9% de morbilidad hospitalaria es debido a tumores malignos en los órganos hematopoyéticos, principalmente leucemia, y que entre los hombres, representa la principal (22.8%); mientras que en las mujeres, constituyó la segunda causa de morbilidad hospitalaria (14.1%)

Tabla 23. Porcentaje de intervenciones según diagnóstico médico

DIAGNÓSTICO MEDICO	PERIODO				TOTAL
	Noviembre-Diciembre	Enero-Febrero	Marzo-Abril	Mayo, Junio, Julio	
Leucemia linfoide aguda L2 (LLA L2)	5.64	11.57	14.24	10.09	41.54
Leucemia linfoide aguda (LLA)	1.48	3.26	7.12	1.48	13.35
Leucemia mieloide aguda (LMA)	2.67	5.04	2.08	0.00	9.79
Leucemia mieloide aguda M4 (LMA M4)	0.00	0.00	2.67	3.56	6.23
Leucemia mieloide aguda M2 (LMA M2)	0.89	2.37	1.78	0.00	5.04
Mieloma múltiple	0.00	1.19	0.00	1.48	2.67
Sin Diagnóstico	0.30	0.00	2.08	0.30	2.67
Leucemia promielocítica M3	0.00	0.00	0.00	2.67	2.67
Síndrome mielodisplásico	1.48	0.89	0.00	0.00	2.37
Trombocitopenia	0.00	1.78	0.59	0.00	2.37
Probable LLA	0.30	0.00	0.89	0.59	1.78
Hipóplasia medular	0.00	1.78	0.00	0.00	1.78
Linfoma Hodking (LH)	0.00	0.00	1.19	0.00	1.19
Purpura trombocitopenica autoinmune (PTA)	0.00	0.00	0.59	0.59	1.19
Leucemia granulocítica crónica (LGC)	0.30	0.00	0.59	0.00	0.89
Anemia hemolítica autoinmune	0.00	0.00	0.89	0.00	0.89
Probable LMA	0.30	0.00	0.30	0.00	0.59
Anemia ferropénica	0.00	0.59	0.00	0.00	0.59
Hepatitis C	0.59	0.00	0.00	0.00	0.59
Colecistitis crónica	0.59	0.00	0.00	0.00	0.59
Pancitopenia	0.30	0.00	0.00	0.00	0.30
Anemia megaloblástica	0.00	0.00	0.30	0.00	0.30
Probable Trombocitopenia	0.00	0.00	0.30	0.00	0.30
Leucemia mieloide aguda M5 (LMA M5)	0.00	0.30	0.00	0.00	0.30
<b>TOTAL</b>	<b>14.84</b>	<b>28.78</b>	<b>35.61</b>	<b>20.77</b>	<b>100.00</b>

En 13% de intervenciones realizadas, los pacientes tenían más de un padecimiento médico, en la Tabla 24 se muestran estos padecimientos.

Tabla 24. Segundos diagnósticos médicos más frecuentes

DIAGNÓSTICO MEDICO II	PERIODO				TOTAL
	Noviembre-Diciembre	Enero-Febrero	Marzo-Abril	Mayo, Junio, Julio	
Linfoma no Hodking (LNH)	11.36	38.64	13.64	0.00	63.64
Post craneotomía	0.00	0.00	20.45	11.36	31.82
Síndrome de Cushing	0.00	0.00	0.00	4.55	4.55
<b>TOTAL</b>	11.36	38.64	34.09	15.91	100.00

En la Tabla 25 se observa que el principal diagnóstico psicológico durante los cuatro periodos fue ansiedad hospitalaria, esto puede deberse a que como se mencionó anteriormente, la mayoría de pacientes en hospitalización tiene estancias prolongadas; el segundo diagnóstico más frecuente fue trastorno adaptativo, esto coincide con Almanza, Breitbart y Holland (1999, en Almanza & Holland, 2000) quienes señalan que en México entre los pacientes hospitalizados 32% presentan trastornos de adaptación, 6% trastornos depresivos y 2% trastornos de ansiedad; la categoría de síntomas de ansiedad hospitalaria incluye los casos que si bien no cumplen con todos los criterios DSM IV para ser considerados como trastorno causan malestar considerable al paciente.

Tabla 25. Porcentaje de los principales diagnósticos psicológicos

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO	PERIODO				TOTAL
	Noviembre-Diciembre	Enero-Febrero	Marzo-Abril	Mayo, Junio, Julio	
Síntomas de ansiedad hospitalaria	3.56	10.39	9.50	7.72	31.16
Trastorno adaptativo*	1.48	5.04	5.04	5.64	17.21
Aplazado*	1.48	4.45	8.01	0.59	14.54
Reacción estrés grave*	2.67	1.48	3.86	3.56	11.57
Trastornos de ansiedad*	2	1	0.30	2.08	5.93
Episodio depresivo*	0.00	2.97	2.37	0.00	5.34
Trastornos mentales debido a lesión cerebral o enfermedad somática*	0.00	0.00	2.67	0.89	3.56
Factor psicológico que afecta a enfermedad médica*	0.89	2.08	0.59	0.00	3.56
Síntomas de depresión hospitalaria	0.00	0.00	2.97	0.00	2.97
Trastorno depresivo mayor*	1.48	0.89	0.00	0.00	2.37
Ansiedad ante procedimiento médico*	0.30	0.30	0.00	0.30	0.89
Demencias*	0.00	0.00	0.30	0.00	0.30
Incumplimiento terapéutico*	0.30	0.00	0.00	0.00	0.30
Problemas conyugales*	0.30	0.00	0.00	0.00	0.30
<b>TOTAL</b>	<b>14.84</b>	<b>28.78</b>	<b>35.61</b>	<b>20.77</b>	<b>100.00</b>

\*Diagnósticos incluidos en DSM IV TR

En 9% de las intervenciones realizadas se encontró más de un diagnóstico psicológico, en la Tabla 26 se presentan los padecimientos psicológicos que se encontraron como segundo diagnóstico psicológico con mayor frecuencia.

Tabla 26. Porcentaje de segundos diagnósticos psicológicos más frecuentes

DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO II	PERIODO				TOTAL
	Noviembre- Diciembre	Enero- Febrero	Marzo- Abril	Mayo, Junio, Julio	
Problemas conyugales*	10.00	3.33	0.00	16.67	30.00
Problemas paterno-filiales*	10.00	16.67	3.33	0.00	26.67
Episodio depresivo*	0.00	20.00	0.00	0.00	20.00
Síntomas de depresión hospitalaria	10.00	3.33	0.00	0.00	13.33
Trastornos adaptativos*	0.00	3.33	0.00	0.00	6.67
Trastornos de ansiedad*	0.00	3.33	0.00	0.00	3.33
<b>TOTAL</b>	30.00	50.00	3.33	16.67	100.00

\*Diagnósticos incluidos en DSM IV TR

En la tabla 27 se muestran las técnicas de intervención más utilizadas, se observa que distracción cognitiva y/o instrumental, psicoeducación y activación conductual fueron las más utilizadas.

Tabla 27. Porcentaje de las principales técnicas psicológicas utilizadas

TÉCNICA	PERIODO				TOTAL
	Noviembre- Diciembre	Enero- Febrero	Marzo- Abril	Mayo, Junio, Julio	
Distracción (cognitiva/instrumental)	3.06	11.79	14.85	7.86	37.55
Psicoeducación	4.37	3.06	9.17	6.11	22.71
Activación conductual	4.37	4.37	0.87	3.06	12.67
Solución de problemas (toma de decisiones)	1.31	3.06	1.31	2.18	7.86
Contención (emocional, ambiental, farmacológica, física)	1.31	1.75	1.31	0.87	5.24
Reestructuración cognitiva	0.44	1.75	0.44	1.31	3.93
Respiración diafragmática	2.18	0.00	0.44	0.00	2.62
Terapia racional emotiva	0.44	0.87	0.44	0.00	1.75
Autoinstrucciones	0.87	0.44	0.00	0.00	1.31
Counselling	0.00	0.00	1.31	0.00	1.31
Entrevista motivacional	0.44	0.87	0.00	0.00	1.31
Relajación con imaginación	0.00	0.87	0.00	0.00	0.87
Informar-orientar	0.44	0.00	0.00	0.00	0.44
Manejo emocional	0.44	0.00	0.00	0.00	0.44
<b>TOTAL</b>	19.65	28.82	30.13	21.40	100.00

En 15% de las intervenciones se utilizó más de una de una técnica psicológica, en la Tabla 28 se muestran las técnicas utilizadas en combinación con alguna de las señaladas en la Tabla 27.

Tabla 28. Porcentaje de técnicas psicológicas utilizadas en combinación con otra técnica

TÉCNICA II	PERIODO				TOTAL
	Noviembre-Diciembre	Enero-Febrero	Marzo-Abril	Mayo, Junio, Julio	
Psicoeducación	3.92	3.92	9.80	9.80	27.45
Solución de problemas (toma de decisiones)	5.88	1.96	3.92	3.92	15.69
Reestructuración cognitiva	3.92	1.96	1.96	5.88	13.73
Contención (emocional, ambiental, farmacológica, física)	3.92	3.92	3.92	0.00	11.76
Relajación con imaginación	3.92	1.96	0.00	3.92	9.80
Distracción(cognitiva/instrumental)	1.96	1.96	1.96	3.92	9.80
Respiración diafragmática	0.00	0.00	1.96	0.00	1.96
Relajación autógena	1.96	0.00	0.00	0.00	1.96
Informar-orientar	0.00	0.00	1.96	0.00	1.96
Manejo de contingencias	0.00	1.96	0.00	0.00	1.96
Activación conductual	1.96	0.00	0.00	0.00	1.96
Autoinstrucciones	1.96	0.00	0.00	0.00	1.96
<b>TOTAL</b>	29.41	17.65	25.49	27.45	100.00

En total se atendieron 70 pacientes, durante ocho meses y medio, de los cuales 32 fueron mujeres y 38 hombres, con edades de 17 a 84 años, el promedio de edad para mujeres fue de 39 años, mientras que para los hombres fue de 38 años; en la Figura 19 se muestra el número de usuarios atendidos por género en cada periodo, se observa que marzo y abril fue el periodo en el que se atendió un mayor número de pacientes, mientras que mayo, junio, julio fue el periodo con el menor número de usuarios, debido a que en éste únicamente se dio seguimiento a los pacientes ya conocidos, por ser el fin de la rotación.

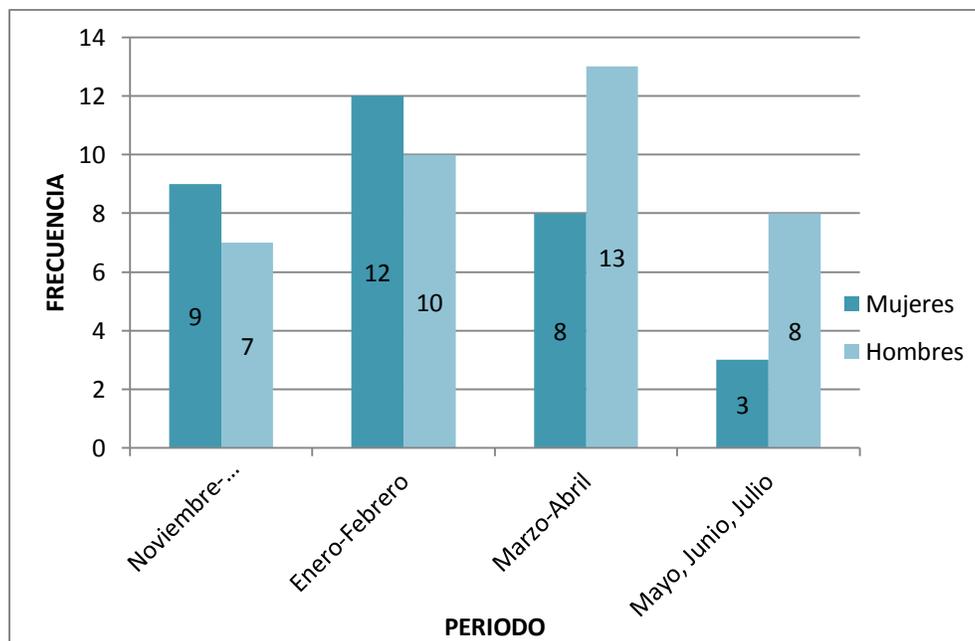


Figura 19. Número de pacientes en cada periodo según sexo.

#### 2.4.4. Evaluación

##### 2.4.4.1. Servicio de Hematología Hospital Juárez de México

El servicio de Hematología es un servicio bien organizado que ha ido creciendo, evidencia de ello es la falta de camas disponibles en hospitalización para atender a pacientes; en este servicio se requiere de un cuidador primario por paciente las veinticuatro horas; los informes sobre el estado de salud del paciente se dan únicamente a dos personas quienes deben estar registradas en trabajo social del servicio, el horario de informes es después del pase de visita matutino y vespertino ya que quien da informes es el jefe de servicio o médico adscrito a cargo.

El jefe de servicio y médicos adscritos tienen buenas referencias de generaciones anteriores de Medicina Conductual, son muy receptivos al trabajo de los psicólogos y promueven esto entre los residentes de medicina quienes rotan cada dos meses por el servicio; sin embargo fue necesario desarrollar una estrategia de comunicación inmediata entre los residentes de medicina conductual y el personal médico y de enfermería rotante, ya que los médicos residentes rotan únicamente

durante dos meses en el servicio; para lograr esto fue necesario ejercer habilidades de comunicación asertiva: escuchar a los demás, enfrentar mensajes contradictorios, pedir ayuda, ayudar a los demás; examinar las relaciones entre el personal e identificar patrones de interacción; lo que permitió brindar una mejor atención a pacientes. No obstante es necesario ayudar al personal médico rotante a mejorar sus habilidades de comunicación, en especial con pacientes y cuidadores primarios, ya que se observaron déficit como: dificultad para escuchar, seguir instrucciones, dar instrucciones, informar malas noticias, enfrentarse con el enfado del otro; también es necesario desarrollar un mejor estilo de afrontamiento a la mortalidad entre el personal del servicio.

Otro cambio que se realizó en el servicio fue dejar de usar un formato exclusivo de Psicooncología para elaborar notas (Anexo 16) y empezar a hacerlas continuas a las notas médicas, lo cual fue complicado debido a que el servicio no cuenta con un espacio donde realizarlas ni tampoco con una máquina de escribir, computadora o impresoras para hacerlas, otra limitación fue el espacio para la atención de pacientes de consulta externa o cuidadores primarios de pacientes en hospitalización, ya que al no contar con un consultorio para el seguimiento de pacientes o para la atención de crisis post diagnóstico, muchas veces se tuvo que realizar intervención en el pasillo o en la sala de juntas de tercer piso.

Al finalizar la rotación considero que el servicio de Hematología del Hospital Juárez de México permite al residente de Medicina Conductual fortalecer y mejorar competencias como tolerancia a la frustración y de comunicación tanto con pacientes como con el personal de salud.

#### **2.4.4.2. Actividades diarias**

Considero que las actividades diarias realizadas en el servicio de hematología durante el periodo de noviembre de 2012 a julio 2013, fueron de calidad y de acuerdo al nivel académico que cursamos (posgrado), aun sin contar un Programa Académico para Residentes; esto pudo realizarse gracias a las competencias

profesionales y habilidades alcanzadas durante la primera rotación, por lo que considero que esta segunda rotación ayudo a fortalecer y enriquecer los conocimientos adquiridos previamente y adquirir nuevos conocimientos; así mismo el no contar con supervisión *in situ* para los servicios del área oncológica, nos permitió mejorar nuestras habilidades de búsqueda de información y establecer mayor comunicación con las líneas de autoridad en el servicio y en el hospital.

#### **2.4.4.3. Actividades académicas**

Al igual que en la rotación anterior creo que en la sesión de casos clínicos es necesario establecer un mismo formato para la presentación para todos los residentes sin importar si el servicio en el que rotan es del área oncológica o no. La sesión bibliográfica de medicina conductual me parece que es adecuada.

La sesión monográfica de hematología ayuda al residente de medicina conductual a conocer los diversos padecimientos que atiende el servicio y la evolución que éstos tienen, la sesión bibliográfica de hematología es igualmente importante ya que en ésta generalmente se revisan artículos sobre padecimientos vigentes en el servicio, o de síntomas y problemas concomitantes a éstos; la sesión de temas diversos permite al residente de medicina conductual conocer aspectos relacionados al tratamiento y cuidados del paciente hematológico, además le da la posibilidad de presentar temas de psicología ante el servicio una o dos veces al mes.

Por último, la sesión general es muy importante ya que muestra un panorama general de la situación de salud y características de la población que acude al hospital, y entender las jerarquías y dinámicas del hospital; así mismo considero que se deben retomar las clases de medicina conductual, que hasta la rotación anterior se realizaban los días miércoles a las siete de la mañana.

#### **2.4.4.4. Supervisión *in situ* y supervisión académica**

La supervisión académica fue adecuada, facilitó el desarrollo de actividades como la elaboración de protocolo y realización del reporte de experiencia profesional, la presentación de casos clínicos, además de que se nos asesoró en casos clínicos complicados y proporcionó recursos como material de lectura y evaluación, lo que facilitó mi desempeño en el servicio, ayudo a mejorar la atención brindada al paciente y así mejorar mis habilidades como terapeuta.

Sin embargo, es necesario mejorar la supervisión *in situ*, ya que a pesar de la supervisión académica de los días lunes y miércoles, se presentan situaciones administrativas o durante la atención de pacientes, que se podrían resolver más fácilmente con la presencia de un supervisor *in situ* para los servicios del área oncológica, como se había realizado en la rotación anterior.

#### **2.4.5. Competencias profesionales alcanzadas**

- Identificar pacientes hematológicos que requieren atención psicológica.
- Realizar evaluación psicológica a pacientes hematológicos.
- Diagnosticar problemáticas emocionales, cognitivos y conductuales de pacientes hematológicos.
- Brindar atención psicológica a pacientes hematológicos.
- Conocer las generalidades de padecimientos hematológicos.
- Conocer procedimientos diagnósticos, de prevención y tratamientos médicos en pacientes hematológicos.
- Identificar las necesidades de pacientes hematológicos de acuerdo a la fase de enfermedad en que se encuentran (fase diagnóstico, fase tratamiento, fase recaída, periodo libre de enfermedad y fase terminal).
- Identificar pacientes en riesgo de desarrollar problemas psicológicos derivados de su padecimiento orgánico.
- Prevenir el desarrollo de problemas psicológicos en pacientes con algún padecimiento hematológico.

- Aplicación de técnicas y procedimientos de medicina conductual para la resolución de problemas psicológicos en pacientes hematológicos.
- Aplicar técnicas psicológicas para reducir problemas como ansiedad, depresión, estrés, en pacientes hematológicos y cuidador primario.
- Evaluar a pacientes en protocolo de trasplante de células hematopoyéticas.
- Realizar intervención psicológica con pacientes en protocolo de trasplante de células hematopoyéticas.
- Establecer objetivos de trabajo en equipo en un ambiente hospitalario.

#### **2.4.6. Conclusiones y sugerencias**

Mi experiencia profesional en el servicio de Hematología del Hospital Juárez de México fue satisfactoria, ya que me permitió fortalecer y adquirir conocimientos, habilidades y competencias profesionales y personales como la tolerancia a la frustración y un mayor autocontrol. Además de organizado, el servicio de hematología es un servicio que está creciendo rápidamente, donde el trabajo de los psicólogos es muy respetado, por lo cual es importante dar continuidad al trabajo realizado por los residentes de Medicina Conductual en el servicio y mantener el reconocimiento que el trabajo psicológico tiene entre el personal de salud.

Con respecto a las actividades académicas y diarias, es necesario que durante cada rotación a los residentes de medicina conductual se les proporcione un programa académico por servicio que defina detalladamente sus actividades y objetivos por alcanzar, ya que si bien se cuenta con un programa operativo para la maestría, un programa por servicio facilita la realización correcta de las actividades de cada residente.

Por último, considero que es importante contar con supervisión *in situ*, ya que hematología al igual que el resto de servicios que brindan atención a pacientes oncológicos, es muy demandante y requiere de la presencia de alguien capaz de resolver eficiente y eficazmente situaciones relacionadas directamente con la

atención de pacientes, de índole administrativo y brinde retroalimentación a los residentes. Así mismo la clase de medicina conductual, que se impartía los días miércoles durante mi primer año de residencia es esencial para la formación del psicólogo especialista en medicina conductual, por lo tanto creo que debe incluirse dentro de las actividades académicas.

## **2.5. Otras actividades**

Dentro del hospital se realizaron otras actividades que no estaban contempladas en el programa operativo de la Residencia en Medicina Conductual, estas fueron:

- Interconsultas a otros servicios como: Clínica del dolor y Clínica de ostomías para realizar valoraciones e intervenciones.
- Intervención psicológica con el personal de salud, quienes presentaban síntomas de estrés y burnout debido a la carga de trabajo en el hospital.
- Evaluación de médicos aspirantes a especialidades y subespecialidades médicas del Hospital Juárez de México.

### **2.5.1. Asistencia a eventos académicos**

- 7mo Congreso Mundial de Terapias Cognitivas y Comportamentales, 2013. Presentación del tema “Intervención del psicólogo especialista en medicina conductual en el ámbito hospitalario”.
- 3er Coloquio Nacional de Psicooncología, 2013. Presentación del tema “Intervención psicológica en pacientes con cáncer de tiroides, análisis de tres casos”.
- Asistencia al 1er Simposio Controversias en Medicina y Cuidados Paliativos, 2012
- Asistencia al V Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología, 2011.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alcántara B. M., Jiménez, R. M. A., Díez, M. F. F., & Alvarado A. S. (2008). Ansiedad asociada a disfunción eréctil en pacientes con cáncer de testículo. Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología México. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 7 (2), 29-34.
- Almanza, M. J., & Holland, C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Revista del Instituto Nacional de Cancerología*, 46 (3), 196-206.
- Almonacid, V., Moreno, P., & Lluch, A. (2009). Estudio sobre la derivación de pacientes oncológicos a la unidad de Psicooncología según criterio médico. *Psicooncología*, 1 (6), 203-210.
- Arce, R. G. (2012). *Hospital Juárez de México Síntesis histórica*. <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/>.
- Barraca, M. J. (2009). La activación conductual (AC) y la terapia de activación conductual para la depresión (TACD). Dos protocolos de tratamiento desde el modelo de la activación conductual. *Revista de Psicología y Educación*, 8 (1), 23-50.
- Barraca, M. J. (2010). Aplicación de la Activación Conductual en un Paciente con Sintomatología Depresiva. *Clínica y Salud*, 21 (2), 183-197.
- Barroilhet, S. D., Forja, J. M., & Garrido, L. E. (2005). Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas Psiquiatría*, 33 (6), 390-397.
- Borda, M., Pérez, M. & Blanco, A. (2000). *Manual de Técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. España: Universidad de Sevilla Secretariado de Publicación.

- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. España: Paraninfo Thomson Learning.
- Bravo, M. & Villegas, C. (2012). Estudio psicométrico de la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital en mujeres mexicanas. Manuscrito no publicado.
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2 (1), 71-80.
- Ekers, D., Richards, D., McMillan, D., Bland J. M., & Gilbody, S. (2011). Behavioural activation delivered by the non-specialist: phase II randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 198, 66-72.
- Fernández, C., Villoria, E., Amigo, I., Padierna, C., Gracia, J., Fernández, R. & Peláez, I. (2011). Terapia de activación Conductual en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 2 (27), 278-291.
- Flórez, L. (1991). La psicología de la salud y sus relaciones con la medicina conductual. *Revista de Psicología*, 26, 13-30.
- Font, G. A., (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En M., Pérez, J. Fernández, R., Fernández & V., Amigo. (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II Psicología de la Salud* (pp. 57-92). España: Ediciones Pirámide.
- Freeman, H. P. (1990). Harold P. Freeman Patient Navigation Institute. Recuperado de: <http://www.hpfreemanpni.org/>.
- García, F. R. O. (2010). Prevalencia de depresión en una población de pacientes con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 3 (9), 89-93.
- Hernández, M., Cruzado, J. A., & Arana, Z. (2007). Problemas psicológicos en pacientes con cáncer: dificultades de detección y derivación al psicooncólogo. *Psicooncología*, 4 (1), 179-191.

- Hernández, M., Cruzado, J. A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. Á., & Martín, J. C. (2012). Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer. *Psicooncología*, 9 (2-3), 233-257.
- Hopko, D., Lejuez, C. W., & Hopko, S. (2004). Behavioral Activation as an Intervention for Coexistent Depressive and Anxiety Symptoms. *Clinical Case Studies*, 3 (1), 37-48.
- Hopko, D., Lejuez, C.W., LePage, J., Hopko, S., & McNeil, D. (2001). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. *Behavior Modification*, 4 (27), 458-469.
- Hopko, D., Lejuez, C. W., Ruggiero, K., & Eifert, G. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clinical Psychology Review*, 23, 699–717.
- Hospital Juárez de México (2012). *Instalaciones*. Recuperado de: <http://www.facmed.unam.mx/hjm/>
- Hospital Juárez de México (2012). *Funciones*. Recuperado de: <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/>
- Instituto Federal de Acceso a la Información IFAI (2012). Servicio/showConsulta. Recuperado de: [www.portaltransparencia.gob.mx](http://www.portaltransparencia.gob.mx)
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI, 2013). Temas Salud. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/>
- Itinerario de navegación del paciente con cáncer (2012). Bienvenida. Recuperado de: <http://www.pacienteconcancer.es/>
- Kanter, J. W.; Busch, A. M. & Rusch, L. C. (2009). *Activación conductual refuerzos positivos ante la depresión*. España: Psicología Alianza Editorial.

- Lewinsohn, P. (1974). A behavior approach to depression. En R. J., FFriedman & M. M., Katz. (Eds.). *Psychology of depression: Contemporary Theory and research*, Inglaterra: John Wiley & Sons.
- Luzoro, J. (1992). Psicología de la salud. *Revista de Psicología*, 1 (3), 25-29.
- Maté, J., Hollenstein, M. F., & Gil, F. L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1, (2-3), 211-230.
- National Cancer Institute (2013). Medical Care. Recuperado de: <http://www.cancer.gov>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Topics-Cancer. Recuperado de: <http://www.who.int/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). Medica centre. Recuperado de: <http://www.who.int/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2013). Enfermedades crónicas. Recuperado de: <http://www.paho.org/hq/?lang=es>
- Organización Panamericana de la Salud. México (2013). Enfermedades crónicas no transmisibles. Recuperado de: <http://www.paho.org/mex/>
- Pérez, A. M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación: third-generation behavior therapy. *EduPsykhé*, 5 (2), 159-172.
- Reynoso, L., Hernández, M., Bravo, M., & Anguiano, S. (2011). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Universidad de Guadalajara, Facultad de Psicología UNAM y Manual Moderno.

- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 18 (1), 5-12.
- Rodríguez, G. & Jaén, C., (2004). *Tendencias actuales de la investigación en medicina conductual en México*. En Rodríguez, G. (Eds.), *Medicina Conductual en México*. México (pp. 37-56). México: Porrúa.
- Rodríguez, V. B., Ortiz, V. A., Palao, T. A., Avedillo, C., Sánchez, C.A., & Chinchilla, C. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. *European Journal of Psychiatry*, 16 (1), 27-38.
- Romero, G. R., Oñate, P. S., & Vucinovich, N. (2011). Terapia de activación conductual para la depresión: aplicación a un paciente con esquizofrenia paranoide. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37 (155-156), 65-75.
- Sánchez, L. S. (2012). Misión del Hospital Juárez de México. Recuperado de: <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/>.
- Secretaría de Salud (2012). Hospitales Federales de Referencia. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/>
- Servicio de Oncología Hospital Juárez de México. *Servicio de Oncología Manual de procedimientos*. (2012).
- Sociedad de Medicina Conductual (2014). Definition. Recuperado de: <http://www.sbm.org/about>
- Terol, M. C., López, R. S., Rodríguez, M. J., Pastor, M. A., Mora, M., Martín, A. M., Leyda, M. J. I., Neipp, M. C., & Lizón, J. (2000). Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. *Anales de psicología*, 16 (2), 111-122.

- Valencia, L. S. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Revista diversitas – perspectivas en psicología*, 2 (2), 241-257.
- Villalobos, A., Díaz, M. I., Ruiz, A., & Paz, G. M. (2012). Terapias de tercera generación. En Ruiz, M. A., Díaz, M. I., & Villalobos A. (Eds.), *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductuales* (pp 513-552). España: Descleé de Brouwer.
- Wallbridge, H. R., Furer, P., & Lionberg, C. (2008). Behavioral Activation and Rehabilitation. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46 (3), 36-44.

# ANEXOS

## Anexo1. Escala de Ansiedad y Depresión en el Hospital

Lee cada frase y marca la respuesta que más se ajusta a cómo te has sentido durante la semana pasada. No pienses mucho las respuestas. Lo más seguro es que si trabajas deprisa tus respuestas se ajustarán mucho más a cómo te has sentido la semana pasada.

1. Me siento tenso o nervioso.
 

<input type="checkbox"/> Todos los días.	<input type="checkbox"/> Muchas veces.	<input type="checkbox"/> A veces.	<input type="checkbox"/> Nunca.
--	--	-----------------------------------	---------------------------------
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba.
 

<input type="checkbox"/> Como siempre.	<input type="checkbox"/> No lo bastante.	<input type="checkbox"/> Sólo un poco.	<input type="checkbox"/> Nada.
--	--	--	--------------------------------
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.
 

<input type="checkbox"/> Definitivamente y es muy fuerte.	<input type="checkbox"/> Sí, pero no es muy fuerte.	<input type="checkbox"/> Un poco, pero no me preocupa.	<input type="checkbox"/> Nada.
---	---	--	--------------------------------
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas.
 

<input type="checkbox"/> Al igual que siempre lo hice.	<input type="checkbox"/> No tanto ahora.	<input type="checkbox"/> Casi nunca.	<input type="checkbox"/> Nunca.
--	--	--------------------------------------	---------------------------------
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.
 

<input type="checkbox"/> La mayoría de las veces.	<input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia.	<input type="checkbox"/> A veces, aunque no muy a menudo.	<input type="checkbox"/> Sólo en ocasiones.
---	---	---	---
6. Me siento alegre.
 

<input type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> No muy a menudo.	<input type="checkbox"/> A veces.	<input type="checkbox"/> Casi siempre.
---------------------------------	---	-----------------------------------	--
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado.
 

<input type="checkbox"/> Siempre.	<input type="checkbox"/> Por lo general.	<input type="checkbox"/> No muy a menudo.	<input type="checkbox"/> Nunca.
-----------------------------------	--	---	---------------------------------
8. Me siento como si cada día estuviera más lento.
 

<input type="checkbox"/> Por lo general en todo momento.	<input type="checkbox"/> Muy a menudo.	<input type="checkbox"/> A veces.	<input type="checkbox"/> Nunca.
--	--	-----------------------------------	---------------------------------
9. Tengo una sensación extraña como de aleteo en el estómago.
 

<input type="checkbox"/> Nunca.	<input type="checkbox"/> En ciertas ocasiones.	<input type="checkbox"/> Con bastante frecuencia.	<input type="checkbox"/> Muy a menudo.
---------------------------------	--	---	--
10. He perdido interés en mi aspecto personal.
 

<input type="checkbox"/> Totalmente.	<input type="checkbox"/> No me preocupo tanto como debiera.	<input type="checkbox"/> Podría tener un poco más de cuidado.	<input type="checkbox"/> Me preocupo igual que siempre.
--------------------------------------	---	---	---
11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme.
 

<input type="checkbox"/> Mucho.	<input type="checkbox"/> Bastante.	<input type="checkbox"/> No mucho.	<input type="checkbox"/> Nada.
---------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------
12. Me siento optimista respecto al futuro.
 

<input type="checkbox"/> Igual que siempre.	<input type="checkbox"/> Menos de lo que acostumbraba.	<input type="checkbox"/> Mucho menos de lo que acostumbraba.	<input type="checkbox"/> Nada.
---	--	--	--------------------------------
13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico.
 

<input type="checkbox"/> Muy frecuentemente.	<input type="checkbox"/> Bastante a menudo.	<input type="checkbox"/> No muy a menudo.	<input type="checkbox"/> Nada.
--	---	---	--------------------------------
14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de tv.
 

<input type="checkbox"/> A menudo.	<input type="checkbox"/> A veces.	<input type="checkbox"/> No muy a menudo.	<input type="checkbox"/> Rara vez.
------------------------------------	-----------------------------------	---	------------------------------------

## Anexo 2. Formato de entrevista semiestructura e impresión diagnóstica

### 1. Ficha de identificación

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
 Número de expediente: \_\_\_\_\_ H CE Servicio: \_\_\_\_\_  
 Edo.Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
 Residencia: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Religión: \_\_\_\_\_ No. Hijos: \_\_\_\_\_  
 Edades: \_\_\_\_\_ No. Hermanos: \_\_\_\_\_  
 Lugar que ocupa entre ellos: \_\_\_\_\_  
 Días EIH: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### 2. Historia Clínica

Dx: \_\_\_\_\_ Tratamiento actual: \_\_\_\_\_

Tratamientos previos recibidos

Cirugía   
 Quimioterapia   
 Radioterapia

Otro \_\_\_\_\_

¿Actualmente padece otra enfermedad? Si No

¿Cuál (es)? \_\_\_\_\_

¿Desde hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Ha estado alguna vez en tratamiento psicológico psiquiátrico? Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

### 3. Impresión diagnóstica

Edad aparente congruente

#### 1. Constitución

Caquética   
 Ectomórfica   
 Mesomórfica   
 Endomórfica

#### 2. Orientación

Tiempo   
 Espacio   
 Persona

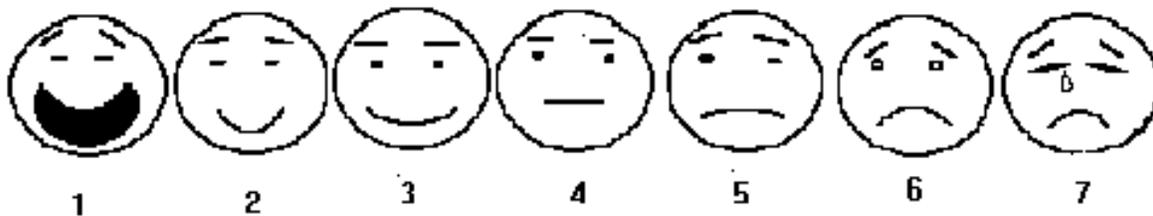
#### 3. Edo. Alerta

Somnoliento   
 Obnubilado   
 Comatoso

4. Higiene y aliño   
 Adecuada   
 Inadecuada
5. Atención y concentración   
 Adecuada   
 Inadecuada
6. Memoria   
 Corto   
 Mediano   
 Largo
7. Pensamiento   
 Concreto   
 Abstracto   
 Centrado en \_\_\_\_\_
8. Lenguaje   
 Claro   
 Fluido   
 Congruente
9. Alteraciones sensoriales \_\_\_\_\_
10. Afecto   
 Distímico   
 Hipomímico   
 Eutímico   
 Eufórico
11. Edo. Animo   
 Ansioso   
 Deprimido   
 Preocupado   
 Otro \_\_\_\_\_
12. Estilo de afrontamiento   
 Activo   
 Pasivo   
 Evitativo
13. Locus de control   
 Interno   
 Externo
14. Enfermedad   
 Noción   
 Conciencia
15. Red de apoyo   
 Funcional   
 Real   
 Percibida
16. Cooperador a entrevista SI NO

### Anexo 3. Escala Visual Análoga

¿El día de hoy cómo se siente? Elija la imagen que mejor lo describa





## Anexo 4. Registro de activación conductual para el paciente



### Plan de actividades

¿Qué actividad quiero hacer?	¿Qué necesito?	¿Cuándo y cuánto tiempo durara?	¿Lo haré solo o acompañado?	¿Cómo me sentí al realizarla?	Intensidad (0-10)

**Anexo 5. Check list para terapeuta**

Fecha	Actividad	Realizada		Producto	Terminado	
		SI	NO		SI	NO

## Anexo 6. Consentimiento informado

Fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente yo

---

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre
------------------	------------------	--------

Declaro libremente que estoy de acuerdo en participar en este estudio cuyos beneficios y riesgos se me han explicado. Se me ha informado que tengo la absoluta libertad para dejar el estudio en cualquier momento sin que ello signifique que la atención médica que se me proporciona se vea afectada. También se me ha informado que el participar en este estudio no repercutirá en el costo de atención médica que recibo.

Se me ha explicado que se realizaran cinco sesiones de terapia con una frecuencia de dos veces por semana; se me pedirán algunos datos y que conteste un cuestionario y se me ha informado que las respuestas y toda la información que proporcione se mantendrán en confidencialidad, y se utilizará únicamente para propósitos de investigación.

Otorgo mi consentimiento para participar en este estudio, comprometiéndome a contestar los cuestionarios y realizar las actividades pertinentes.

---

Participante

---

Investigador



## Anexo 8. Tríptico "7 Consejos antes de su cita en Tumores Mixtos"

6. Durante la Revisión recuerda escuchar atentamente las indicaciones del médico y colocarte en la posición solicitada.



7. Si sientes nervios/preocupación antes o durante la consulta y exploración física te sugerimos tomar aire lentamente y llena tu estómago de ese aire, sostenlo tres segundos y sácalo por tu boca muy lento. Repite el ejercicio al menos cinco veces, si sientes mareos deja de hacerlo



### Al terminar la consulta

Los médicos te darán instrucciones, recuerda que siempre puedes preguntar

**NO olvides el Carnet**, el médico te entregara tu carnet de citas médicas al final de la consulta

TODO LO RELACIONADO CON LOS PAGOS, COBERTURA Y ASIGNACIÓN DE NIVEL SOCIOECONÓMICO, ESTÁ A CARGO DE TRABAJO SOCIAL. ACÉRCATE CON ELLOS PARA QUE PUEDAN RESOLVER TUS DUDAS.

Cualquier procedimiento médico tiene riesgos y beneficios, es obligación de tu médico informarte a detalle de lo que pueda ocurrir, sin que esto implique que las posibles complicaciones te vayan a pasar. Recuerda que para cada complicación existe un tratamiento.

Elaboró:

Lic. Psic. Yesica Maria Villanueva Torres  
R1 Medicina Conductual

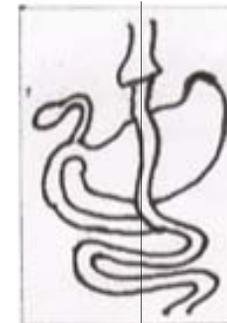
Las imágenes provienen de diversos catálogos en internet y pueden tener *copyright*.



**Hospital Juárez de México**  
**Servicio de Oncología**  
**Psicoonología**

Clinica de Tumores Mixtos

**7 Consejos antes de tu cita**  
**en Tumores Mixtos**



## ¿Tienes consulta en tumores mixtos próximamente?

### ¿Qué va a ocurrir?

- Los médicos te harán algunas preguntas.
- Posiblemente revisarán algunos estudios que te hayan mandado anteriormente o te solicitarán nuevos estudios.
- Probablemente harán una exploración física.

### ¿Qué incluye la exploración física?

Esta dependerá de los síntomas que presentes, pero puede incluir una revisión de tu cuello, axilas, ingles, tacto rectal.

### ¿Qué necesitas?

Es importante llevar ropa cómoda y que facilite la revisión médica

### Hombres

Evitar ropa ajustada y/o cinturones difíciles de desabrochar.



### Mujeres

Acude con falda o vestido y alguna blusa fácil de quitar para que la revisión sea más sencilla. Ponte la falda al llegar al hospital pues no sabes cuándo te van a llamar.



1. Acude acompañado y procurar estar cerca de la persona que te acompaña para pasar juntos con el médico.



2. Recuerda siempre llevar todos tus estudios o pagos a la mano por si te los piden.



3. Anota en un cuaderno todas las dudas que tengas, medicamentos y dosis que tomes, y fechas importantes, así será más fácil tener todo presente durante la consulta.



4. Si tú y/o tu acompañante tienen dudas siempre hablen para resolverlas con su médico. Tienen derecho a estar informados.



5. Puedes realizar alguna actividad mientras esperas tu turno para entrar a consulta.



## Anexo 9. Tríptico “Consejos sobre su colostomía”

### ¿Tener relaciones sexuales?

Puede continuar con su vida sexual, lo principal es comunicarse con su pareja.

Se recomienda vaciar la bolsa antes de tener relaciones sexuales.



### ¿Puedo viajar?

Puede viajar con su colostomía.

La presión de aire en los aviones no afecta su bolsa.

### Se recomienda

Mantener los productos de su ostomía en lugar seco, lejos de zonas de calor y humedad.

### **Emociones**

Puede presentar sentimientos como miedo, tristeza, enojo, recuerde:

1. No está sol@
2. Tener confianza y hablar con su pareja, familiares y amigos
3. La comunicación es muy importante, le permitirá planear cómo manejar los cambios en su cuerpo y su rutina
4. Puede compartir la higiene y cambio de dispositivo con familiares y amigos



5. Todos los estomas son únicos
6. No trate su estoma como si fuera una herida
7. Si tiene dudas sobre el cuidado y manejo de su estoma hable siempre con su médico o enfermera especialista.



8. Si los sentimientos de miedo, tristeza, enojo, etc., persisten puede acercarse al servicio de Psicooncología



### Elaboró:

Lic. Psic. Yesica María Villanueva Torres  
R1 Medicina Conductual

Las imágenes provienen de diversos catálogos en internet y pueden tener *copyright*



## Hospital Juárez de México Servicio de Oncología Psicooncología

### Consejos sobre tu colostomía

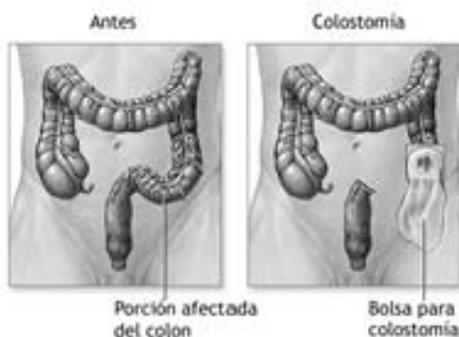


### ¿Qué es una ostomía?

Es una abertura o salida de un órgano a la superficie de la piel, dependiendo de dónde se localice recibirá un nombre diferente, por ejemplo ileostomía, urostomía o colostomía.

### ¿Qué es una colostomía?

Es una abertura por medio de la cual un segmento del colon (tripa) se saca a la superficie de la piel.



Las heces fecales dejan de evacuarse por el ano y la evacuación se realiza a través de la colostomía (tripa), al que se adhiere una bolsa recolectora.

### Características de una colostomía

- Puede ser temporal o permanente.
- Debe tener un color rojo (como el interior de la boca) y estar húmeda.
- La consistencia de las heces fecales depende del punto del colon donde este localizada pueden ser: líquidas o pastosas, pastosas o semiformadas, heces completamente formadas.

### Dudas

Puede haber dudas como:

#### ¿Tendrá olor desagradable?

Si la bolsa está limpia y se coloca de forma adecuada, solamente olerá al vaciarla o cambiarla.

Evita que la bolsa se sature, cuando el material fecal llegue a un tercio de la bolsa es momento de vaciarla.



#### ¿Qué comer?

En la mayoría de los casos después de recuperación podrás volver a tu dieta habitual, si tienes alguna duda pregunta a tu médico.

Come lentamente y mastica bien los alimentos.



#### ¿Qué ropa usar?

Puedes usar el mismo tipo de ropa, sólo si tu estoma queda en la cintura, tu pantalón/falda deberá quedar arriba para evitar frotarlo.



#### ¿Cómo bañarse o ducharse?

Te puedes bañar o duchar como antes, cuando te bañes protege tu colostomía, y seca muy bien por la parte de adelante y de atrás después de bañarte.

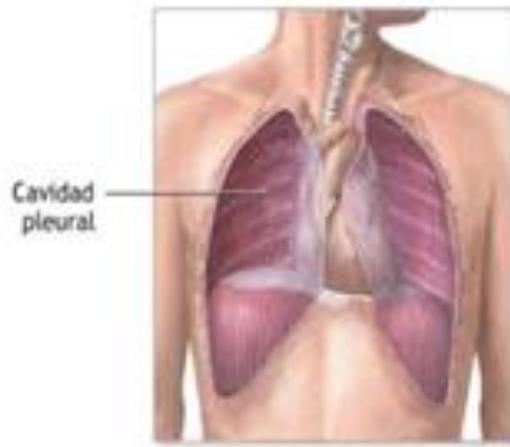
El día que retires todo tu equipo puedes bañarte y dejar que el jabón y el agua caigan sobre tu colostomía y enjuagar muy bien.



#### ¿Practicar ejercicios y/o deportes?

Puedes practicar ejercicio y deporte con excepción de deportes de contacto muy brusco o levantamiento de pesas.

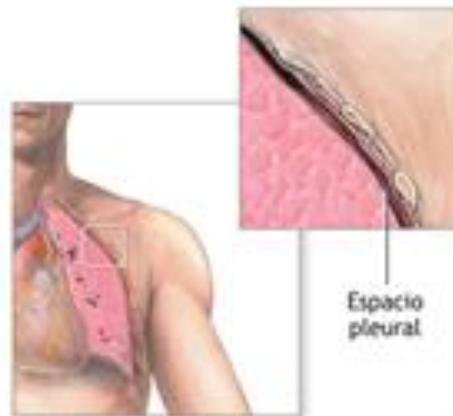
## Anexo 10. "Neumotórax y sello de agua"



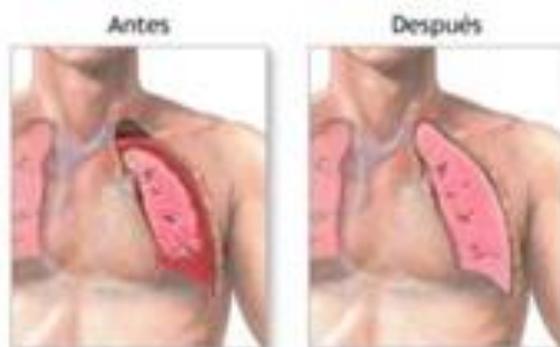
La cavidad torácica tiene tres compartimentos, uno para cada pulmón y el mediastino. Los pulmones están cubiertos por las pleuras o membrana pleural (una especie de bolsita).

#ADAM

El espacio pleural que existe entre las dos pleuras contiene una pequeña cantidad de líquido lubricante, que permite el movimiento sin fricciones, de los pulmones durante la respiración.



#ADAM

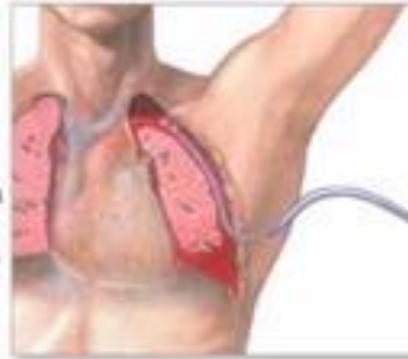


El neumotórax, es la acumulación de aire en el espacio que rodea los pulmones. Esta acumulación de aire ejerce presión sobre el pulmón, de manera que no se puede expandir tanto como lo hace normalmente cuando usted inspira.

#ADAM



La sonda torácica  
ena la sangre  
que se encuentra  
en los pulmones



**Drenaje con sello bajo agua,** que se conectan una sonda para extraer el aire fuera del espacio pleural, evitando su retomo.

**Sistema de tres botellas:** La primera botella sirve para recolectar el drenaje procedente del tubo y del tórax del paciente. La segunda, sirve como sello de agua. La tercera botella sirve para controlar la presión de aspiración a través del tubo que está sumergido en el agua.

#### Propósito

- Drenar el aire del espacio pleural.
- Reexpandir el pulmón



Elaboró: Lic. Psic. Yesica María Villanueva Torres R1 Medicina Conductual

Las imágenes provienen de diversos catálogos en internet y pueden tener copyright.



## Anexo 11. Cuadernillo de Evaluación de Navegación

### HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO Servicio de Oncología Psicooncología



#### Ficha de Identificación

#### PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Expediente médico: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_ .Hijas: \_\_\_\_ (edades) \_\_\_\_ .Hijos: \_\_\_\_ (edades) \_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_ Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Último grado de estudios: \_\_\_\_\_ Concluido: Si ( ) No ( )

Dirección:

Calle o Avenida: \_\_\_\_\_ Núm. Ext.: \_\_\_\_ Núm. Int.: \_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ Delegación o Municipio: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono en donde se le pueda localizar: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

¿Por qué motivo asistió a revisión médica? \_\_\_\_\_

Clínica de atención: Mama ( ) Cérvico-uterino ( ) Cabeza y Cuello ( ) Tumores Mixtos ( )

#### CUIDADOR PRIMARIO

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

Edad: \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_ .Hijas: \_\_\_\_ (edades) \_\_\_\_ Hijos: \_\_\_\_ (edades) \_\_\_\_

Vive con usted: Si ( ) No ( ) Religión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_ Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Último grado de estudios: \_\_\_\_\_ Concluido: Si ( ) No ( )

#### EVALUACIÓN DEL ESTRÉS

Mencione si en el último año ha ocurrido un evento(s) estresante capaz de producir un cambio significativo en su vida y que haya dado lugar a situaciones desagradables persistentes:

\_\_\_\_\_

¿Hace cuánto tiempo que ocurrió esto? \_\_\_\_\_

¿Qué cambios ocurrieron en su vida a partir de ese momento?

¿Qué hizo para adaptarse y/o manejar la situación? \_\_\_\_\_

**BAI**

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy.

- 0. En absoluto
- 1. Levemente
- 2. Moderadamente
- 3. Severamente

Ítems	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1. Torpe o entumecido.				
2. Acalorado.				
3. Con temblor en las piernas.				
4. Incapaz de relajarse.				
5. Con temor a que ocurra lo peor.				
6. Mareado (o que se le va la cabeza).				
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados.				
8. Inestable.				
9. Atemorizado o asustado.				
10. Nervioso.				
11. Con sensación de bloqueo.				
12. Con temblores en las manos.				
13. Inquieto, inseguro.				
14. Con miedo a perder el control.				
15. Con sensación de ahogo.				
16. Con temor a morir.				
17. Con miedo.				
18. Con problemas digestivos.				
19. Con desvanecimientos.				
20. Con rubor facial.				
21. Con sudores fríos o calientes.				

### SDS-Z

En el cuestionario se presentan veinte frases, las cuales deberá de contestar colocando una X en el recuadro que indique la frecuencia con la que usted se identifica con cada afirmación.

1. Muy pocas veces
2. Algunas veces
3. Muchas veces
4. La mayoría de las veces

Ítems	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces
1. Me asiento aburrido, desanimado y triste.				
2. Por la mañana es cuando mejor me siento.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Me cuesta trabajo dormir o duermo mal por la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Tengo interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Creo que estoy adelgazando.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso aunque no haga nada.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13. Me siento intranquilo y no puedo estar quieto.				
14. Tengo esperanzas en el futuro.				
15. Soy más irritable que de costumbre.				
16. Tomo decisiones fácilmente.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Pienso que es agradable vivir, mi vida es plena				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Me gustan las mismas cosas que me agradaban antes.				

Zung WW. (1965). A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry 12: 63-70.

## PECVEC

**Instrucciones:** Responda a las siguientes preguntas marcando dentro del  con una "X" la opción que mejor lo describa en los últimos 7 días. La información que usted proporcione será totalmente confidencial.

1.- ¿Durante los últimos 7 días, en qué medida disminuyó su capacidad física, vitalidad o rendimiento?

0 Nada en absoluto    1 Un poco    2 Moderadamente    3 Mucho    4 Muchísimo   ( )

2.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo cumplir con las exigencias de su trabajo o tareas diarias?

0 Nada en absoluto    1 Malamente    2 Moderadamente    3 Bien    4 Muy bien   ( )

3.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo realizar trabajo físico intenso?

0 Nada en absoluto    1 Malamente    2 Moderadamente    3 Bien    4 Muy bien   ( )

4.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo mantener la concentración durante todo el día?

0 Nada en absoluto    1 Malamente    2 Moderadamente    3 Bien    4 Muy bien   ( )

5.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo resistir el ajetreo y el estrés del trabajo diario?

0 Nada en absoluto    1 Malamente    2 Moderadamente    3 Bien    4 Muy bien   ( )

6.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo dedicarse a sus pasatiempos o aficiones?

0 Nada en absoluto    1 Malamente    2 Moderadamente    3 Bien    4 Muy bien   ( )

7.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo animarse para hacer cosas?

0 Nada en absoluto    1 Malamente    2 Moderadamente    3 Bien    4 Muy bien   ( )

8.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo desconectarse de sus problemas y lograr relajarse?

0 Nada en absoluto    1 Malamente    2 Moderadamente    3 Bien    4 Muy bien   ( )

9.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo olvidarse de sus preocupaciones y miedos?

0 Nada en absoluto    1 Malamente    2 Moderadamente    3 Bien    4 Muy bien   ( )

10.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo comer con apetito?

0 Nada en absoluto  1 Malamente  2 Moderadamente  3 Bien  4 Muy bien ( )

11.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo dormir por las noches?

0 Nada en absoluto  1 Malamente  2 Moderadamente  3 Bien  4 Muy bien ( )

12.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo disfrutar o alegrarse por algo?

0 Nada en absoluto  1 Malamente  2 Moderadamente  3 Bien  4 Muy bien ( )

13.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo interesarse por algo?

0 Nada en absoluto  1 Malamente  2 Moderadamente  3 Bien  4 Muy bien ( )

14.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo mantener contacto con amigos y conocidos?

0 Nada en absoluto  1 Malamente  2 Moderadamente  3 Bien  4 Muy bien ( )

15.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo ayudar y/o dar ánimo a los demás?

0 Nada en absoluto  1 Malamente  2 Moderadamente  3 Bien  4 Muy bien ( )

16.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo contar a otros lo que le preocupaba?

0 Nada en absoluto  1 Malamente  2 Moderadamente  3 Bien  4 Muy bien ( )

17.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo interesarse por las preocupaciones de los demás?

0 Nada en absoluto  1 Malamente  2 Moderadamente  3 Bien  4 Muy bien ( )

18.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo hacer algo con otras personas? (Ejemplo: ir al cine, hacer deporte, jugar, etc.).

0 Nada en absoluto  1 Malamente  2 Moderadamente  3 Bien  4 Muy bien ( )

19.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo luchar para hacer que se cumplan sus deseos o necesidades?

0 Nada en absoluto  1 Malamente  2 Moderadamente  3 Bien  4 Muy bien ( )

20.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo hacer algo para sentirse mejor?

0 Nada en absoluto  1 Malamente  2 Moderadamente  3 Bien  4 Muy bien ( )

21.- ¿Durante los últimos 7 días, pudo soportar las decepciones y los enfados de la vida diaria?

0 Nada en absoluto  1 Malamente  2 Moderadamente  3 Bien  4 Muy bien ( )

22.- ¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido triste y deprimido?

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

23.- ¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido atento y concentrado?

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

24.- ¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido tenso y nervioso?

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

25.- ¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido feliz de buen humor?

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

26.- ¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido apático e indiferente?

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

27.- ¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido preocupado e intranquilo?

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

28.- ¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido activo y lleno de vida?

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

29.- ¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido tranquilo y relajado?

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

30.- *¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido cansado y débil?*

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

31.- *¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido enojado o irritado?*

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

32.- *¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido asustado y amenazado?*

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

33.- *¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido desesperado y sin esperanza?*

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

34.- *¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido esperanzado y optimista?*

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

35.- *¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido solo, incluso aunque este acompañado por otras personas?*

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

36.- *¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido cercano a una persona de su confianza?*

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

37.- *¿Durante los últimos 7 días, en qué medida se ha sentido a gusto y perteneciente a su familia y a su círculo de amigos?*

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

38.- *¿Durante los últimos 7 días, en qué medida tuvo la impresión de ser rechazado por los demás?*

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

39.- *¿Durante los últimos 7 días, en qué medida tuvo la sensación de ser comprendido y tomado en serio?*

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

40.- *¿Durante los últimos 7 días, en qué medida tuvo la sensación de que se cansa físicamente?*

0 Nada en absoluto  1 Un poco  2 Moderadamente  3 Mucho  4 Muchísimo ( )

### IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA PSICOLÓGICA

En los últimos cinco años a recibido atención psicológica o psiquiátrica: Si ( ) No ( )  
 Motivo: \_\_\_\_\_

¿Concluyó su tratamiento psicológico? \_\_\_\_\_  
 ¿Concluyó su tratamiento psiquiátrico? \_\_\_\_\_

### INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA INMEDIATA

Técnicas utilizadas y por qué (si fue necesaria intervención inmediata):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿En este momento cómo se siente? Elija la imagen que mejor lo describa



### EXAMEN MENTAL

Edad aparente: Mayor  Igual  Menor  a la cronológica.

1. Constitución

- Caquéctica
- Ectomórfica
- Mesomórfica
- Endomórfica

2. Orientación

- Tiempo
- Espacio
- Persona

3. Edo. Alerta

- Somnoliento
- Obnubilado
- Comatoso

4. Higiene y aliño

- Adecuada
- Inadecuada

5. Atención y concentración

- Adecuada
- Inadecuada

6. Memoria

- Corto
- Mediano
- Largo

7. Pensamiento

- Concreto
- Abstracto
- Centrado en \_\_\_\_\_

8. Lenguaje

- Claro
- Fluido
- Congruente

9. Alteraciones senso perceptuales \_\_\_\_\_

10. Afecto

Distímico   
 Hipotímico   
 Eutímico   
 Eufórico

11. Edo. Ánimo

Ansioso   
 Deprimido   
 Preocupado   
 Otro \_\_\_\_\_

11. Estilo de afrontamiento Activo  Pasivo

Espíritu de lucha   
 Evitación/negación   
 Fatalismo (aceptación estoica)   
 Desesperanza-indefensión   
 Preocupación ansiosa

12. Locus de control

Interno   
 Externo

13. Enfermedad

Noción   
 Conciencia

12. Red de apoyo

Funcional   
 Real   
 Percibida

Cooperador a entrevista Si  No

PSICÓLOGO RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

### Tratamiento de Linfoma

Los especialistas que tratan el linfoma de Hodgkin son hematólogos, oncólogos y oncólogos radiólogos.

Las personas con linfoma de Hodgkin pueden ser tratadas con quimioterapia, radioterapia o con ambas.

#### Quimioterapia

Son fármacos para destruir células de linfoma, se desplazan por el torrente sanguíneo, pueden administrarse por inyección en la vena (intravenoso) o pueden tomarse por la boca.

Se administra en ciclos, usted tiene un periodo de tratamiento seguido por un periodo de descanso.

Puede recibir el tratamiento e ir a casa (ambulatoria) o permanecer en el hospital para el tratamiento (intrahospitalaria).



### Anexo 12. Tríptico "Linfoma de Hodgkin"

#### Radioterapia

Se usan rayos X de alta energía u otros tipos de radiación para destruir células cancerosas o impedir que crezcan.



## Hospital Juárez de México Servicio de Hematología Psicooncología

### Linfoma de Hodgkin



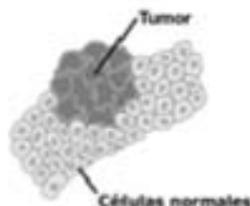
#### Elaboró:

Lic. Psic. Yesica María Villanueva Torres  
R2 Medicina Conductual

Las imágenes provienen de diversos catálogos en internet y pueden tener copyright

### ¿Qué es el cáncer?

Es el crecimiento y diseminación incontrolados de células, puede aparecer prácticamente en cualquier parte del cuerpo.

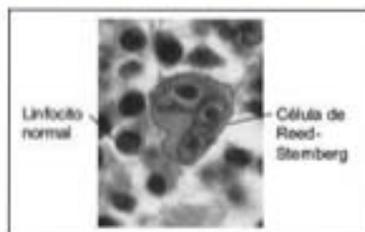


### ¿Qué es una célula?

Son una especie de celdillas o ladrillos muy pequeños (por eso no podemos verlos) de los que está formado todo nuestro cuerpo

### Célula del linfoma de Hodgkin

En las células del sistema inmunitario una célula anormal se divide para hacer copias de sí misma. Las nuevas células se dividen una y otra vez, produciendo más y más células anormales. Las células anormales no mueren cuando deberían morir y no protegen el cuerpo de infecciones o de otras enfermedades.



### ¿Qué es el sistema inmunitario?

El sistema inmunitario combate infecciones y otras enfermedades.

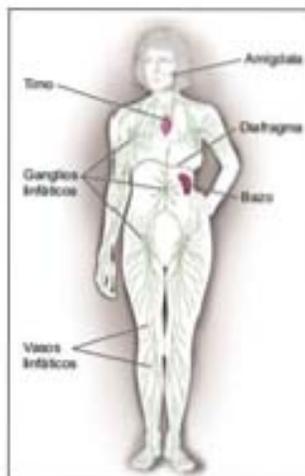
El sistema linfático es parte del sistema inmunitario y comprende lo siguiente:

**Vasos linfáticos:** Se ramifican en todos los tejidos del cuerpo, formando una especie de red

**Linfa:** Es un líquido claro que es transportado por los vasos linfáticos.

**Ganglios linfáticos:** Son unas pequeñas masas redondeadas de tejido que se conectan con los vasos linfáticos. Hay grupos de ganglios linfáticos en el cuello, axilas, pecho, abdomen e ingle.

Otras partes del sistema linfático: amígdalas, el timo y el bazo. El tejido linfático se encuentra también en el estómago, la piel y el intestino delgado.



### Síntomas de Linfoma de Hodgkin

- Ganglios linfáticos inflamados (que no duelen) en el cuello, en las axilas o en las ingles.
- Hacerse más sensible a los efectos del alcohol
- Tener dolor en los ganglios linfáticos después de tomar bebidas alcohólicas.
- Pérdida de peso sin razón alguna
- Fiebre persistente
- Sudor nocturno excesivo
- Comezón en la piel
- Tos, problema para respirar o dolor de pecho
- Debilidad y cansancio continuo



### Anexo 13. Tríptico "Cáncer y sexualidad mujeres"

- ✓ Si alguna parte de su cuerpo está muy sensible o adolorida, puede guiar la forma en que su pareja esté tocando para generar mayor placer y evitar el malestar.
- ✓ Eviten discontinuar la oportunidad de sentir placer solo porque la rutina normal haya cambiado.

#### También

Puede sentirse triste, angustiada, o con miedo, por lo cual puede acercarse a los psicólogos del servicio.



Elaboró:

Lic. Psic. Yesica María Villanueva Torres  
R2 Medicina Conductual

Las imágenes provienen de diversos catálogos en internet y pueden tener *copyright*



SALUD



**Hospital Juárez de México**  
**Servicio de Hematología**  
**Psicooncología**

**Cáncer y sexualidad**  
**Mujeres**



Después de recibir un diagnóstico de cáncer pueden surgir muchas dudas que no siempre son expresadas, entre ellas se encuentran:

#### ¿Puedo tener relaciones sexuales?

Esto dependerá del ciclo o fase de tratamiento en que se encuentre, por lo que es importante que pregunte a su médico.



#### ¿La enfermedad o tratamiento puede tener algunos efectos en mi vida sexual?

Usted podría tener:

- Menstruación irregular o que no aparece.
- Estrés, cansancio o desinterés en tener relaciones sexuales.

#### Es importante

Hablar sobre el sexo con su pareja.

Preguntar a su médico sobre la actividad sexual que puede realizar y contarle a su pareja lo que le haya dicho.



#### Recuerde que:

- ✓ La comunicación es muy importante, le permitirá planear cómo manejar los cambios que se presenten en su cuerpo y su rutina sexual.
- ✓ Sin importar el tipo de tratamiento que esté recibiendo, aún conservará su capacidad de sentir placer a través del tacto.

- ✓ Este momento puede ser la oportunidad de aprender nuevas formas de dar y recibir placer sexual.
- ✓ A veces, el sólo acurrucarse y abrazarse puede resultar placentero.
- ✓ Usted y su pareja pueden ayudarse mutuamente a lograr el orgasmo a través del tacto y de las caricias.



- ✓ También puede dar continuidad al placer al tocarse a sí misma.
- ✓ Si siente cansancio o debilidad y quiere que su pareja tenga una participación más activa al tocarle, dígaselo.



#### Anexo 14. Tríptico "Cáncer y sexualidad hombres"

- ✓ También puede dar continuidad al placer al tocarse a sí mismo.
- ✓ Si siente cansancio o debilidad y quiere que su pareja tenga una participación más activa al tocarle, dígaselo.
- ✓ Si alguna parte de su cuerpo está muy sensible o adolorida, puede guiar la forma en que su pareja esté tocando para generar mayor placer y evitar el malestar.
- ✓ Eviten discontinuar la oportunidad de sentir placer solo porque la rutina normal haya cambiado.

#### También

Puedes sentirte triste, angustiado, o con miedo, por lo cual puede acercarse a los psicólogos del servicio.



Elaboró:

Lic. Psic. Yesica Maria Villanueva Torres

R2 Medicina Conductual

Las imágenes provienen de diversos catálogos en internet y pueden tener copyright



**Hospital Juárez de México**  
**Servicio de Hematología**  
**Psicooncología**

**Cáncer y sexualidad**  
**Hombres**

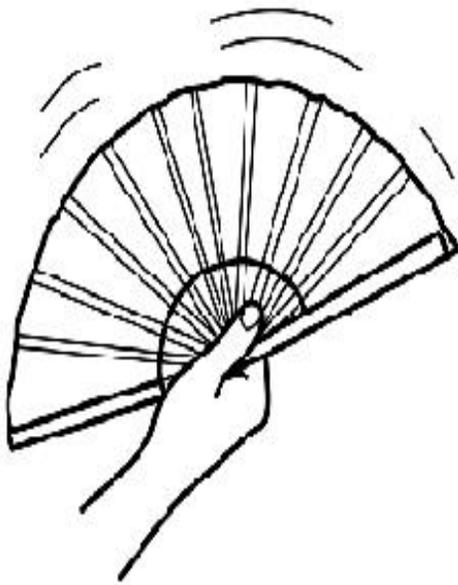


Anexo 15. Cuadernillo de comunicación y estimulación

# Yo quiero



# Yo quiero



Que me abaniquen



Dormir

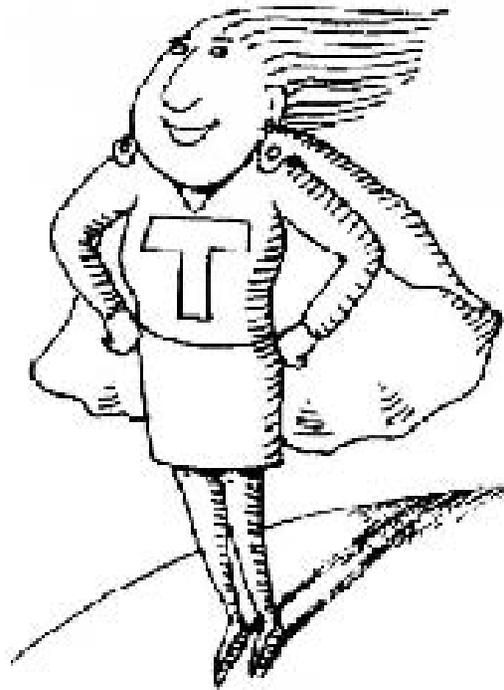


Que me bañen

Yo quiero ver a



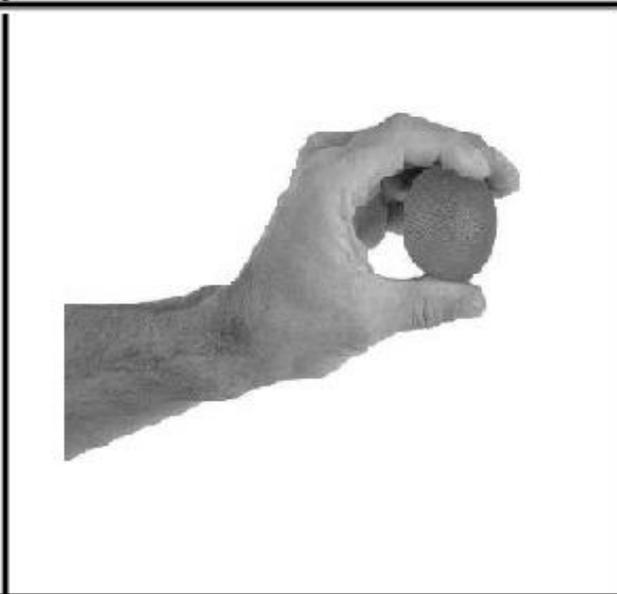
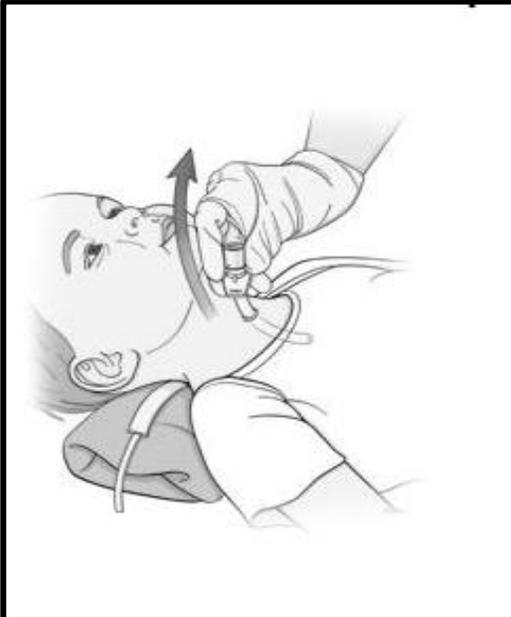
Mamá



Tía



Primo



**SINO**

**SINO**

**A B C D E F G**

**H I J K L M N**

**Ñ O P Q R S T**

**U V W X Y Z**

0

1

2

3

4

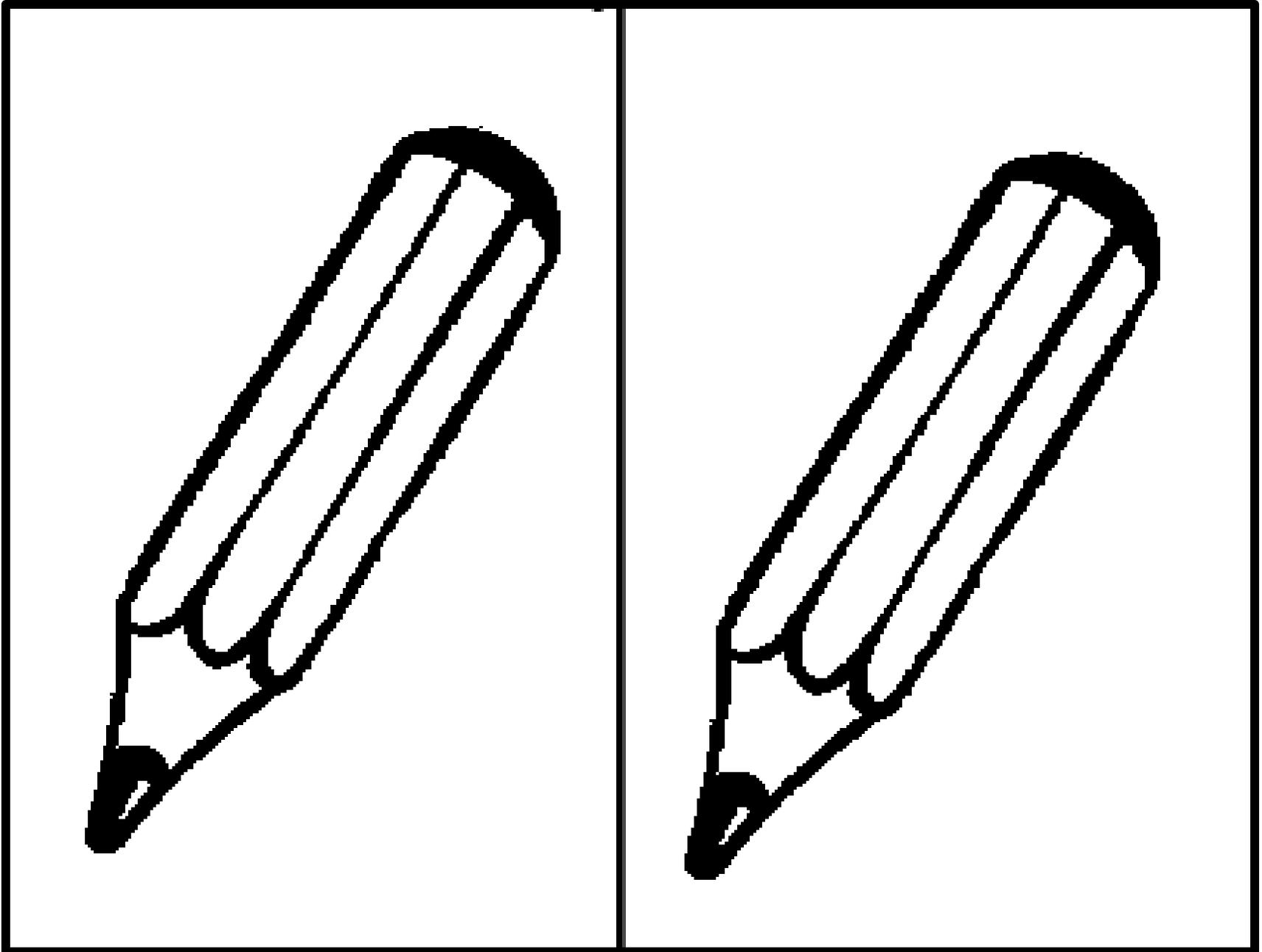
5

6

7

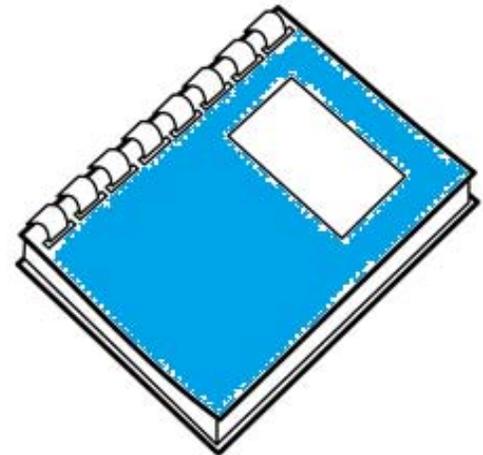
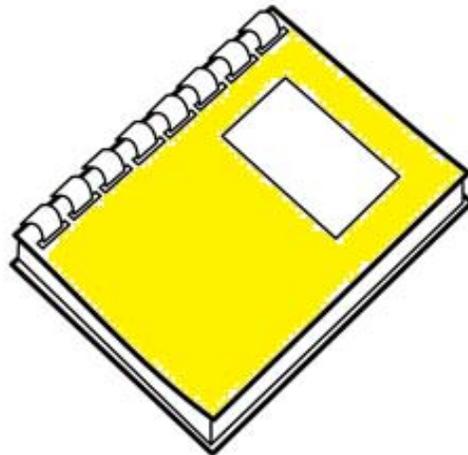
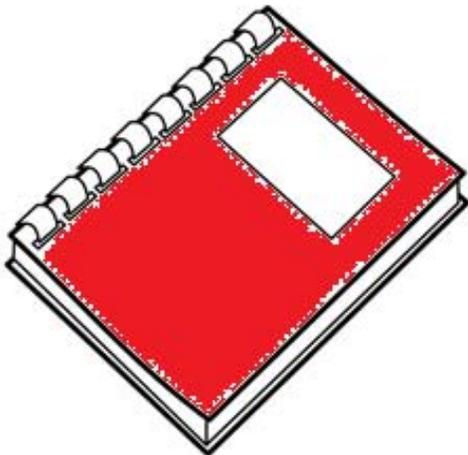
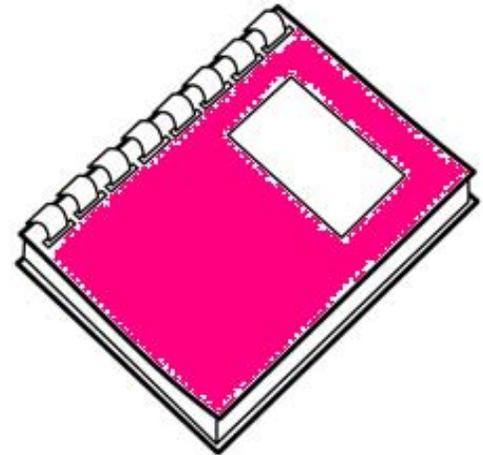
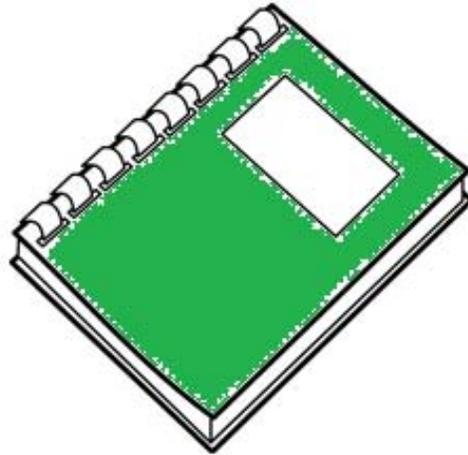
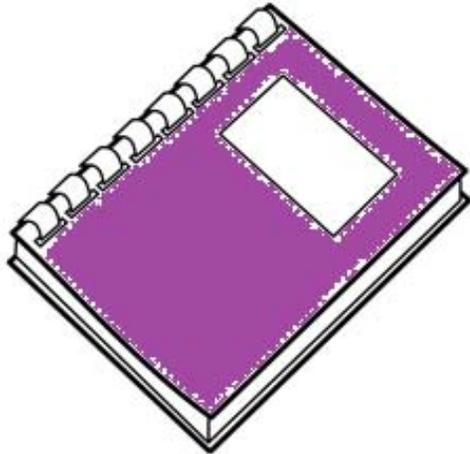
8

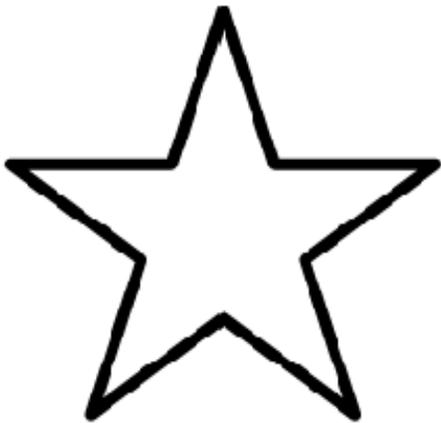
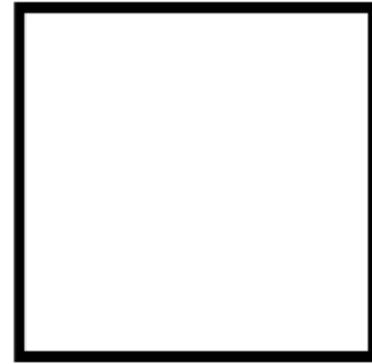
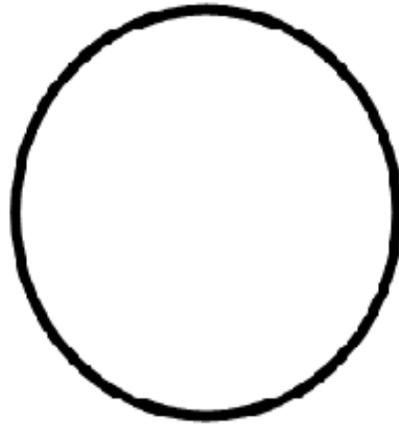
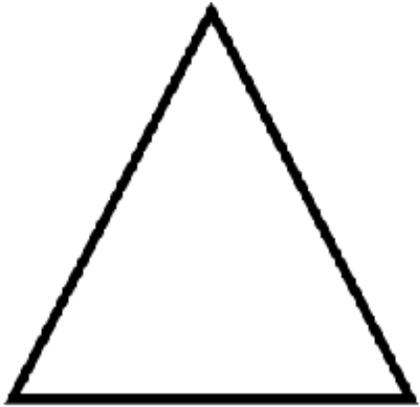
9











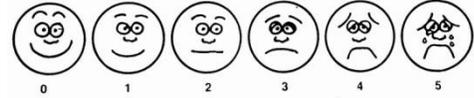


### Anexo 16. Formato de Notas de Psicooncología



HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO  
SERVICIO DE HEMATOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL  
NOTA DE PSICOONCOLOGIA

Fecha: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_ Subsecuente: \_\_\_\_\_



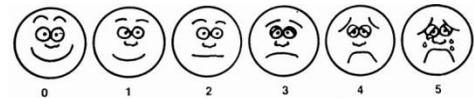
Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Supervisor

Residente

Fecha: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_ Subsecuente: \_\_\_\_\_



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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Supervisor

Residente