



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL ABORDAJE
DE LA ANSIEDAD Y LA PERCEPCIÓN DE CONTROL EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA AGUDA.

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

PRESENTA:
EDUARDO BLAS HERNÁNDEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: DR. ARIEL VITE SIERRA

MIEMBROS DEL COMITE TUTOR:
DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS
DR. JORGE CRUZ RICO
DR. JUAN JOSÉ SÁNCHEZ SOSA
DRA. ROSA ELENA ORNELAS MEJORADA

MÉXICO D. F., JUNIO DE 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

En la literatura clásica budista se cuenta como en alguna ocasión el Buda se encontraba sentado bajo la sombra de un árbol dialogando con sus discípulos más cercanos, cuando de pronto un hombre se le acercó y sorpresivamente le escupió en la cara. El Buda entonces le dijo: “¿Qué sigue? ¿Qué es lo que ahora quieres decirme?” El hombre se mostró perplejo para con la respuesta y cuestionamientos del Buda, ya que él mismo nunca anticipó que al escupir sobre alguien pudiera éste responder con dicho cuestionamiento. En el pasado ya había insultado a otras personas, quienes reaccionaban dominadas por el enojo, o con cobardía, externando una falsa sonrisa, tratando así de comprar su aprobación. Sin embargo, el Buda no era como ninguno de esos hombres, no estaba enojado ni ofendido, como tampoco mostraba debilidad o miedo. Tan sólo replicó “¿Qué sigue?” Sin manifestar reacción emocional alguna.

Naturalmente, los discípulos del Buda se llenaron de ira y así reaccionaron. Ananda, su asistente personal, dijo: “¡Esto es demasiado y no lo podemos tolerar! ¡El hombre debe ser castigado ya que de otra manera todo mundo comenzará a hacer cosas similares!”

Sorpresivamente el Buda le dijo: “¡Mantente en silencio Ananda, el hombre no me ha ofendido como tú ahora lo haces! Él es alguien nuevo, un extraño. Debe haber escuchado de alguna persona algo acerca de mí, que soy un ateo, un hombre peligroso quien distrae a la gente de su sendero, un revolucionario, quizá un corruptor. Así, debe haber formado una idea y opinión acerca de mi persona. Por tanto no me ha escupido, sino lo ha hecho sobre la noción errónea que tiene de mí. Ha escupido sobre la idea ilusoria que de mi persona ha formado, ya que no me conoce de forma alguna. Por tanto ¿cómo puede pensarse que ha escupido sobre mí?”

Así el Buda afirmó, “si lo piensas detenidamente, ha escupido sobre su propia mente. Yo no soy parte de ella y puedo apreciar que este pobre hombre debe tener algo más que decir, ya que finalmente esta es una forma de decir algo. El escupir es una forma de comunicación. Hay momentos cuando sentimos que el lenguaje es impotente: en el amor intenso, en el enojo candente, el odio y la plegaria. Existen instantes en donde el lenguaje es insuficiente y nos vemos dominados por la necesidad de hacer algo. Cuando estás enojado o intensamente molesto, golpeas a la persona, le escupes, comunicas algo. Puedo entenderlo, por lo que debe tener algo adicional que decir y así le pregunto “¿Qué sigue?, ¿qué es lo que ahora quieres decirme?”

El hombre, más perplejo que antes, escuchó al Buda decir a sus discípulos: “Estoy más ofendido con ustedes porque me conocen, por años han vivido conmigo y aun así reaccionan.”

Confuso y lleno de preguntas el hombre volvió a su casa, no pudo dormir en toda la noche. Cuando uno ve o interactúa con un Buda se hace imposible dormir de la misma manera que lo hacíamos antes. Una y otra vez se vio acosado por el recuerdo de la experiencia, no podía explicarse a sí mismo lo que había sucedido, temblaba y sudaba por todo su cuerpo. Nunca se había topado con un hombre como este, alguien capaz de transformar a la totalidad de su mente de sus patrones y su pasado.

A la mañana siguiente, el hombre de nueva vez buscó al Buda, postrándose ahora ante sus pies. El despierto le vio con ojos compasivos y así le preguntó: “¿Qué sigue?, ¿qué es lo que ahora quieres decirme?, esta es también una manera de expresar algo que no puedo ser dicho con el lenguaje. Cuando te acercas y tocas mis pies, estás intentando comunicarme algo que no puede ser externado de forma ordinaria, para lo que todas las palabras son un tanto estrechas, incapaces de contener la totalidad del significado.” Ahora el Buda volteó a su discípulo Ananda y le dijo: “Mira Ananda, este hombre ha vuelto, me está diciendo algo, se trata de una persona de profunda emotividad.”

El hombre dirigió su mirada al Buda y le dijo: “¡Perdóname por lo que te hice ayer!”

El Buda le replicó: “¿Perdonarte? Si ya no soy el mismo hombre a quien le hiciste eso. Así como el Ganges continúa fluyendo nunca siendo el mismo, cada hombre es un río. El hombre al que ayer le escupiste ya no está aquí presente, me parezco a él pero no soy el mismo. ¡Mucho es lo que ha transcurrido en estas últimas 24 horas! ¡El río ha fluido tanto! Por ello, no puedo perdonarte ya que no guardo rencor alguno para contigo.

“Tu también eres alguien nuevo, puedo ver que no eres el mismo hombre quien se me acercó el día de ayer para escupirme. Hoy ante mí te postras tocándome los pies. ¿Cómo puede pensarse que eres el mismo hombre? No eres entonces igual, olvidemos lo pasado. Esas dos personas, tanto el hombre quien escupió, así como el que fue escupido, ya no existen más. ¡Por ello acércate más querido amigo y hablemos de otra cosa!”

*Traducción y adaptación: Marco Antonio Karam,
Presidente y fundador de Casa Tibet México.*

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por su programa de posgrado en psicología que me ha permitido avanzar un paso más en mi formación profesional.

A mis padres y hermano, por apoyarme y aguantar el mal humor que me cargue ante ciertas circunstancias durante esta etapa.

Al Dr. Cruz Rico y a todo el equipo del servicio de Hematología del Hospital Juárez de México (Dra Tejada, Horte, Paty, residentes, enfermeras) quienes me recibieron con las puertas abiertas y permitieron la practica y aprendizaje continuo en un entorno «duro», pero que brinda enormes satisfacciones.

A mi tutor, Dr. Ariel Vite, y a mis sinodales (Dra. Angelica, Dra Rosa, Dr. Sanchez-Sosa y Dr Cruz), pues con su guía, experiencia, comentarios y enseñanzas han enriquecido mi preparación y la finalización de este trabajo

A mis maestros en Iztacala y C.U., que me permitieron conocer y aplicar una psicología de alto nivel para el servicio de los pacientes.

A los amigos-colegas de la generación AC/DC (chiste local) de Medicina Conductual (Victor, Eva, Mayra, Said, Noec, Archi, Mayte, Lupita, Pepe, Lau, Jose, Shey, Susy, Zoy & Alexis) que me han impulsado a probar nuevas cosas. Sin ellos la estancia hubiera sido menos divertida.

A los pacientes del servicio, mis maestros definitivos, que me enseñaron tanto con su experiencia vital (Ivan, Fabiola, Vladimir, Jose Luis, Selene, Whister, Carlos Daniel, Jose Ernesto, Adriana... y tantos otros, q. e. p. d.). Nada ha sido en vano.

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos	4
Tabla de Contenido.	5
Lista de Tablas	7
Lista de Figuras	8
Introducción.	10

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL CONTROL PERCIBIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON LEUCEMIA AGUDA.

Panorama General	13
Leucemias Agudas.	15
Respuestas Psicológicas de los pacientes hemato-oncológicos	21
<i>Percepción de Control</i>	23
<i>Estrés.</i>	29
<i>La Respuesta de Estrés.</i>	32
<i>Estrés y hospitalización.</i>	37
<i>Ansiedad.</i>	38
<i>Trastornos de Ansiedad.</i>	41
<i>Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).</i>	43
<i>Trastornos Adaptativos.</i>	46
Tratamiento psicológico de pacientes hemato-oncológicos.. . . .	48
Objetivos	54
<i>Objetivo general:</i>	
<i>Objetivos Específicos:</i>	
Método	54
<i>Participantes.</i>	
<i>Escenario</i>	
<i>Instrumentos y materiales</i>	
<i>Diseño</i>	
<i>Definición de variables</i>	
<i>Procedimiento</i>	

Resultados	64
Discusión	87
ACTIVIDADES DE LA RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL	
Introducción	92
Primer Año de Residencia.	
<i>Hospital Juárez de México: Servicio de Hematología.</i>	96
<i>Descripción de la sede.</i>	
<i>Servicio de Hematología.</i>	
<i>Actividades Realizadas en el Servicio</i>	
<i>Estadísticas de Atención Psicológica (PRODUCTIVIDAD).</i>	103
<i>Actividades Académicas.</i>	109
<i>Presentación de Caso Clínico (1er año)</i>	111
<i>Construcción y validación de un cuestionario para evaluar la representación cognoscitiva de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II.</i>	
<i>Resumen.</i>	127
<i>Método</i>	139
<i>Resultados.</i>	140
<i>Discusión</i>	148
<i>Evaluación del Sistema de Supervisión</i>	154
<i>Competencias profesionales alcanzadas</i>	154
<i>Conclusiones y sugerencias</i>	155
Segundo Año de Residencia.	
<i>Hospital Juárez de México: Servicio de Hematología.</i>	157
<i>Estadísticas de Atención Psicológica (PRODUCTIVIDAD).</i>	157
<i>Presentación Caso Clínico (2do año)</i>	166
<i>Evaluación del sistema de supervisión.</i>	188
<i>Competencias profesionales alcanzadas</i>	
<i>Conclusiones y sugerencias</i>	191
Referencias.	192
ANEXO 1	205
MANUAL DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES CON LEUCEMIA AGUDA EN HOSPITALIZACIÓN	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Respuestas fisiológicas y cambios orgánicos asociados al estrés psicológico (tomado de Sandin, 2009).	33
Tabla 2. Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR (2000) para el trastorno de estrés postraumático.	43
Tabla 3. Características sociodemográficas (n=5) de los participantes en el estudio	55
Tabla 4. Incidencia del tipo de diagnóstico hematológico, periodo enero-junio de 2013	103
Tabla 5. Diagnósticos psicológicos en los pacientes intervenidos, periodo enero junio de 2013.	104
Tabla 6. Diagnósticos psicológicos y enfermedades hematológicas.	106
Tabla 7. Técnicas más utilizadas para psicoterapia. Periodo enero-junio de 2013	109
Tabla 8. Modelo Secuencial Integrativo (EORC) de la paciente "M". "Necesito controlar mis emociones..."	125
Tabla 9. Resultados de prueba t para muestras independientes.	141
Tabla 10. Reactivos del Factor "Síntomas"	145
Tabla 11. Reactivos del Factor "Daño Orgánico"	145
Tabla 12. Reactivos del Factor "Síntomas"	146
Tabla 13. Reactivos del Factor "Alimentación y Obesidad"	146
Tabla 14. Reactivos del Factor "Dieta"	146
Tabla 15. Reactivos sin factor que pueden ser utilizados como indicadores.	147
Tabla 16. Cuadro de Conversión de Puntuaciones Brutas en Calificaciones T para el cuestionario de Representación Cognoscitiva de la Enfermedad. Normas Generales. N= 289.	148
Tabla 17. Incidencia del tipo de diagnóstico hematológico, periodo julio-2013 a junio 2014.	158
Tabla 18. Diagnósticos psicológicos en los pacientes intervenidos, periodo julio-2013 a junio-2014	159
Tabla 19. Pacientes con diagnóstico psicológico de «Síntomas de Ansiedad», por enfermedad hematológica.	160
Tabla 20. Diagnósticos psicológicos y enfermedades hematológicas.	161
Tabla 21. Pacientes con diagnóstico psicológico de «Reacción de Estrés», por enfermedad hematológica.	161
Tabla 22. Intervenciones más utilizadas para psicoterapia, periodo julio de 2013 a junio de 2014.	165
Tabla 23. Modelo Secuencial Integrativo (EORC) de la paciente YCJ. "Tengo miedo de continuar con la quimioterapia"	187

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo procesual del estrés. (Tomado de Sandin, 2009)	36
Figura 2. Resultados del IDARE-Estado (puntuación bruta) en el conjunto de pacientes.	65
Figura 3. Resultados del IDARE-Rasgo (puntuación bruta) en el conjunto de pacientes	66
Figura 4. Resultados HADS-Ansiedad en el conjunto de pacientes	67
Figura 5. Resultados HADS-Depresión en el conjunto de pacientes.	68
Figura 6. Resultados Control Percibido en el conjunto de pacientes	69
Figura 7. Estado de ánimo paciente 1.	71
Figura 8. Registro de numero de síntomas del paciente 1	72
Figura 9. Valoración subjetiva del Estado de ánimo de la paciente 2.	73
Figura 10. Registro de número de síntomas de la paciente 2.	74
Figura 11. Valoración Subjetiva del Estado de ánimo del paciente 3.	76
Figura 12. Registro de número de síntomas de la paciente 3	76
Figura 13. Valoración subjetiva del Estado de ánimo de la paciente 4.	78
Figura 14. Registro de número de síntomas de la paciente 4.	79
Figura 15. Valoración de estado de ánimo, paciente 5	80
Figura 16. Registro de número de síntomas, paciente 5	81
Figura 17. Resultados del IDARE-Estado durante el seguimiento.	82
Figura 18. Resultados del IDARE-Rasgo en el seguimiento	83
Figura 19. Resultados HADS-Ansiedad en el seguimiento	84
Figura 20. Resultados HADS-Depresión en el seguimiento	85
Figura 21. Resultados Control Percibido en el seguimiento	86
Figura 22 Organigrama del Hospital Juárez de México	97
Figura 23. Horario de Actividades del Residente de Medicina Conductual en Hematología.	100
Figura 24. Desglose del diagnóstico psicológico «Síntomas de Ansiedad» por enfermedad hematológica	105
Figura 25. Intervenciones realizadas de forma individual, familiar o individual-familiar.	107
Figura 26. Intervenciones psicológicas realizadas en el servicio de Hematología, periodo enero-junio de 2013.	108
Figura 27. Familiograma paciente "M"	113
Figura 28. Resultados en el instrumento HADS, de la paciente "M".. . . .	124
Figura 29. Intervenciones realizadas de forma individual, familiar o individual-familiar, periodo julio de 2013 a junio de 2014	163
Figura 30. Intervenciones psicológicas realizadas en el servicio de Hematología, periodo julio de 2013 a junio de 2014.	164
Figura 31. Familiograma caso clínico del segundo año.	169

<i>Figura 32. Resultados en el instrumento HADS, paciente YCJ</i>	<i>182</i>
<i>Figura 33. Resultados en el instrumento IDARE, paciente YCJ</i>	<i>183</i>
<i>Figura 34. Resultados de los instrumentos BDI y BAI, paciente YCJ</i>	<i>184</i>
<i>Figura 35. Resultados del tratamiento en Control Percibido, paciente YCJ</i>	<i>184</i>
<i>Figura 36. Resultados del tratamiento en Calidad de Vida, paciente YCJ</i>	<i>185</i>

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es un reporte de experiencia profesional en el que se desarrollan y detallan las actividades realizadas dentro de la Maestría en Psicología Profesional con residencia en Medicina Conductual. En el primer apartado se describe y analiza el estudio realizado con pacientes hospitalizados de Leucemia Aguda en el servicio de Hematología del Hospital Juárez de México. En donde se señala que las leucemias agudas permanecen entre los procesos malignos más agresivos y letales en adultos. A pesar de la alta tasa de respuesta inicial tras el inicio del tratamiento, la mayoría de los adultos con leucemia aguda fallecen de la enfermedad. Desafortunadamente, factores asociados al deterioro físico, mal estado general, otros de orden citogenético (como déficits en el funcionamiento y estructura de los cromosomas) , la resistencia a fármacos y el antecedente de mielodisplasia (grupo de enfermedades de la medula osea y la sangre cuya característica principal es la falta de maduración de la célula madre sanguínea) son muy frecuentes, lo que hace el pronóstico adverso y limita las opciones de tratamiento, que en muchos casos pueden reducirse a dosis bajas de quimioterapia con intento paliativo o intentos atenuados de tratamiento de inducción (Florensa, Pérez-Vila, & Woessner, 2001; Rowe & Avivi, 2004).

Durante el proceso del cáncer, se desarrollan de manera frecuente una serie de respuestas a nivel físico (estrés), emocional (culpa, vergüenza ira, miedo, ansiedad, tristeza, depresión), conductual (conductas de dominio y control, dependencia), cognitivo (sorpresa, evitación-negación, problemas de sueño, pensamientos suicidas, trastornos psiquiátricos) e inclusive, espiritual. Y aunque pueden considerarse de acuerdo a la situación como respuestas naturales y comprensibles a la enfermedad crónica, pueden llegar a ser destructivas e incapacitantes. El enfoque cognitivo-conductual sobre la salud

y la psicopatología ha adoptado un modelo causal de vulnerabilidad-estrés que a grandes rasgos, muestra la relación entre estresores ambientales y la activación de predisposiciones biológicas y psicológicas de las personas. El resultado de dicha interacción puede ser la enfermedad y la psicopatología, o por el contrario, el bienestar y salud. En la literatura se menciona que el tratamiento cognitivo-conductual resulta ser la mejor opción para una reducción de la valoración de amenaza así como de la intensidad de los estresores, potenciando el afrontamiento con el agente estresante que no pueda reducirse o eliminarse y estableciendo un sistema de apoyo para lograr la mejor adaptación posible. Por lo tanto, el objetivo del estudio fue someter a prueba la eficacia de una intervención psicológica de orientación cognitivo conductual sobre la ansiedad y percepción de control en 5 pacientes hospitalizados del servicio de hematología del Hospital Juárez de México. Se utilizó un diseño de N=1 de caso único con evaluación pre y post de los instrumentos de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), Ansiedad-Depresión Hospitalaria (HADS) y de Competencia Percibida en Salud. Se identificaron mejoras clínicamente significativas en las medidas de sintomatología ansiosa y percepción de control. Se identifican y comentan como principales problemas en la aplicación de la intervención el tipo de enfermedad hematológica y su tratamiento, así como la rotación de personal médico y enfermería, de cuidadores y la presencia de distintos compañeros de cuarto durante la hospitalización, condiciones difíciles de controlar durante la intervención.

Posteriormente, se continua con la descripción de las actividades realizadas a partir del segundo semestre en la sede asignada, que fue el servicio de Hematología del Hospital Juárez de México, consistentes de forma general en atención a pacientes hospitalizados y sus familiares, así como la atención a consulta externa. Se hace también referencia a varias actividades académicas realizadas y actividades no programadas, como la evaluación del

sistema de supervisión, una autoevaluación de competencias profesionales alcanzadas, terminando con conclusiones y sugerencias. Para el segundo año se brindó atención psicológica en el mismo servicio, por lo que solo se realiza la descripción de actividades no reseñadas previamente. De igual forma se realiza una evaluación del sistema de supervisión, se describen las competencias profesionales logradas y se finaliza con conclusiones y sugerencias generales.

INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y EL CONTROL PERCIBIDO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON LEUCEMIA AGUDA.

Panorama General

El cáncer es un término que se utiliza para enfermedades en las que las células anormales, producto de la interacción de factores internos (genéticos) y externos (ambientales, biológicos, físico-químicos) se multiplican sin control y de manera autónoma, generando lesiones y tumores malignos (neoplasias) que pueden llegar a diseminarse para invadir otros tejidos y órganos mediante el sistema sanguíneo y linfático, generando metástasis (INEGI, 2013; NCI, 2013).

El cáncer es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó en el año 2008 que la principal causa de muerte en el mundo es el cáncer (7.6 millones de casos) localizados en su mayoría en pulmón, estómago, hígado, colon y mama (WHO, 2013a). En México, desde la década de los 70 del siglo XX, los tumores malignos junto con enfermedades crónicas no transmisibles se han mantenido dentro de las tres primeras causas de muerte en México (Secretaría de Salud, 2011).

Por su parte, las enfermedades hemato-oncológicas designan a un grupo de neoplasias que son producidas por alteraciones en los mecanismos de vida, crecimiento, diferenciación y muerte de las células hematopoyéticas, como pueden ser el linfoma de Hodgkin, linfoma no Hodgkin, Mieloma Múltiple y las Leucemias (Gómez Almaguer & Jaime Pérez, 2009).

La importancia de las enfermedades hemato-oncológicas radica en que en algunas de ellas, como la Leucemia, el cáncer de sangre más común, se presenta con elevada incidencia y mortalidad en población infantil o adulta joven. En México, el Registro Epidemiológico de Neoplasias Malignas (RHNM), sistema de información que ha permitido conocer la frecuencia

y distribución de las diferentes neoplasias malignas en el país, para el periodo 2001-2002, registró un total de 108,064 casos de neoplasias malignas y 58,612 defunciones con diagnóstico histopatológico de cáncer, de las cuales cerca del 9.6% (10,400 casos) correspondieron a alguna enfermedad hemato-oncológica, ubicándose la leucemia linfoide dentro de las primeras 15 causas de neoplasias malignas. Respecto a la mortalidad registrada hasta ese periodo, en lo que implica leucemias linfoide y mieloide, fue del 4.6% respecto del total de defunciones registradas, ubicándose una vez más dentro de las primeras quince causas de mortalidad por neoplasias malignas. El 34% de los casos nuevos por leucemia se presentaron entre los 0 y 14 años de edad. La tasa de mortalidad por leucemia muestra una tendencia estable hasta los 35 años, de entre 1.7 y 2.5 por 100,000 habitantes, en ambos sexos, y a partir de allí, la tasa se duplica tanto en hombres (4.5) como en mujeres (3.8), alcanzando su nivel máximo en el grupo de 65 años y más (16.3 en hombres y 13.0 en mujeres) (Tirado-Gómez & Mohar-Betancourt, 2007).

En la actualización del RNHM publicada por la Secretaría de Salud en 2011, que únicamente incluye información hasta el año 2008 se brindan datos adicionales que enfatizan la importancia de los padecimientos hemato-oncológicos. En la sección de morbilidad por tumores, en el apartado Cáncer del Sistema Hematopoyético y otros, se comenta el aumento del número de registros, de 9722 registros en 2004 (8.4% del total de ese año) a 14340 registros para 2006 (13.5% del total). Respecto a egresos hospitalarios por tumores malignos, del total de 156,953 registros en el año 2008, el primer lugar es ocupado por la leucemia, con el 12.9% (20,184) del total, seguido de cáncer de mama (17,151 registros) y cérvico-uterino (9,701). En cuanto a la mortalidad general por tumores, para el año 2008, la leucemia representó el 5.6% del total (3,787 registros) y el 0,7% sobre el total de defunciones. Por sexo, representa el 5.9% en el caso de hombres (2,055) y el 4.8% en el caso de mujeres (1,732). Respecto a la tasa de mortalidad específica, la leucemia aguda es el cáncer más recurrente en menores de 15 años, y en la Ciudad de México representa alrededor del 40% de todas las neoplasias para este

grupo de edad. De 1980 al 2008, se observa una tendencia a la alza en la mortalidad por este padecimiento, con tasas por cada 100,000 habitantes de 26 a 62.8, representando un incremento de 140% (Secretaría de Salud, 2011).

Leucemias Agudas

La leucemia se define por la proliferación neoplásica de cualquier célula del tejido hematopoyético. Es una enfermedad grave que si no se trata de manera adecuada, puede causar la muerte (Gómez Almaguer & Jaime Pérez, 2009).

La leucemia se clasifica según el tipo de célula que da origen a la enfermedad, célula que recibe el nombre de blasto¹. El órgano afectado de manera predominante en el cual se origina el proceso patológico es la médula ósea, la cual al momento del diagnóstico por lo general está invadida y en ocasiones está llena de blastos, lo que explica la disminución de eritrocitos, leucocitos normales y plaquetas que presentan los pacientes, así como los síntomas y signos de la enfermedad. Además, la leucemia puede infiltrar cualquier órgano o tejido, si bien lo más común es observar infiltración en el bazo, ganglios e hígado. Se reconocen dos grandes familias de leucemia: aguda y crónica. A su vez, la leucemia aguda se divide en Linfoblástica (sistema linfoide) (LLA) y la Mieloblástica (LMA) (sistema hematopoyético), clasificación que resulta útil ya que de acuerdo al tipo de célula afectada así será el comportamiento de la Leucemia (Gómez Almaguer & Jaime Pérez, 2009; Rowe & Avivi, 2004).

La causa exacta de la leucemia aguda no se conoce, pero hay una serie de factores que han sido estudiados y correlacionados con su desarrollo. Por ejemplo, la existencia de una tendencia familiar, en el caso de gemelos idénticos, si uno de ellos desarrolla la enfermedad las probabilidades de que el otro se vea afectado es muy alta. En algunos casos se corrobora la exposición a agentes mutágenos, como la radiación o químicos derivados del

1 Sufijo de origen griego que indica una célula joven, una célula que no ha llegado al estado de madurez. En la leucemia, la maduración de las células precursoras de la sangre se detiene, originando diversas disfunciones de acuerdo a la célula afectada (mieloblastos o linfoblastos).

benceno. Exposición a fármacos como la fenilbutazona (antiinflamatorio no esteroideo que puede ser utilizado para el alivio de dolor crónico), arsénico (elemento químico empleado también de forma industrial en la creación de semiconductores cuyo mal manejo puede contaminar con facilidad el agua potable y causar intoxicaciones con efectos graves), cloranfenicol (antibiótico de bajo costo y uso limitado a infecciones graves, como la fiebre tifoidea o la meningitis) pueden estar relacionados. Tratamiento de otros tipos de cáncer con agentes alquilantes (como el melfalán, clorambucil y la ciclofosfamida) combinados con radiación pueden fomentar el desarrollo de una leucemia secundaria. Con certeza, la causa del desarrollo de leucemia aguda es multifactorial y no depende de una sola anomalía (Gómez Almaguer, 2009; Rowe & Avivi, 2004).

Las leucemias agudas han sido y siguen siendo entre los procesos malignos más agresivos y letales en adultos. A pesar de la alta tasa de respuesta inicial tras el inicio del tratamiento, la mayoría de los adultos con leucemia aguda fallecen por la enfermedad (Florensa, Pérez-Vila, & Woessner, 2001; Rowe & Avivi, 2004).

La Leucemia Mieloide Aguda (LMA) es una enfermedad de la célula madre mieloide hematopoyética. Todas las líneas celulares derivadas (neutrófilos, monocitos, basófilos, eosinófilos, megacariocitos, los hematíes) es probable que sean defectuosas cualitativamente con independencia del recuento celular real. Y ese defecto, al ser cuantificado, permite determinar el tipo de tratamiento a seguir, de acuerdo a la célula afectada.

La clasificación tradicional de la LMA se basa en la caracterización morfológica e histoquímica de las células en sangre periférica y médula ósea. Técnicas más recientes aunque de difícil acceso incluyen los estudios con citometría de flujo con análisis inmunofenotípico, pruebas citogenéticas y análisis a nivel molecular, que han permitido realizar proyecciones a nivel pronóstico y la utilización de modalidades específicas dirigidas al tratamiento para los subtipos de LMA.

La clasificación FAB (grupo Francés-Americano-Británico), una de las más utilizadas, relaciona la morfología de las células leucémicas con sus

contrapartidas hematopoyéticas. Se han descrito ocho tipos de LMA, de la M0 a la M7: los pacientes con M0 no tiene aspectos mieloides visibles; M1 es la leucemia mieloblástica indiferenciada; M2 es la leucemia mieloblástica indiferenciada con mieloblastos clásicos y bastones de Auer; M3 es la leucemia promielocítica; M4 es la leucemia mielomonocítica; M5 es la leucemia monocítica clásica (o Shilling); M6 describe la eritroleucemia o síndrome de DiGuglielmo; M7 se refiere a la leucemia megacarioblástica o la que fue inicialmente denominada mielofibrosis aguda (Florensa, Pérez-Vila, & Woessner, 2001; Rowe & Avivi, 2004).

La mayoría de los pacientes con LMA se presentan frecuentemente a la atención médica con fatiga progresiva, evidencia de infección o tendencia a la hemorragia. El recuento de leucocitos es generalmente elevado. En el caso de que los blastos no estén presentes en la sangre periférica, el diagnóstico se realiza mediante un aspirado de medula ósea. Hay anemia y con frecuencia es profunda. La trombocitopenia también es frecuente y los pacientes presentan con frecuencia petequias (sangrado subcutáneo que forma diminutos puntos rojos), equimosis (lesión subcutánea de mayor tamaño) y sangrado gastrointestinal.

El tratamiento más habitual, cuya fase inicial es denominada «de inducción», consiste en dosis de una antraciclina, como la daunorrubicina, idarrubicina o mitoxantrona, administrada durante tres días, junto con citarabina, administrada durante 5 o 7 días, lo cual logra remisión completa en poco más del 65% de los pacientes. La duración de la hospitalización para la quimioterapia de inducción es de 4 a 6 semanas, de los cuales hay un periodo de 2 a 4 semanas de pancitopenia absoluta, lo cual hace necesario que se le aisle para evitar la proliferación de infecciones, dado que la neutropenia es tan profunda que amenaza la vida.

Durante dicho periodo el paciente requiere transfusiones múltiples con hemoderivados como plaquetas y paquetes globulares, así como diversos antibióticos que son administrados en su mayoría de forma empírica. Pasada esta etapa y en el mejor de los casos lograda la remisión completa,

es necesario continuar con algún tipo de tratamiento post-remisión para aumentar las probabilidades de supervivencia. Esta etapa de tratamiento, denominada usualmente «consolidación», puede consistir (entre otros) en altas dosis de arabinósido de citosina (citarabina) con o sin una antraciclina u otros fármacos antileucemicos, por alrededor de 6 ciclos completos de altas dosis. (Rowe & Avivi, 2004; Gomez Almaguer, 2009).

Posterior al tratamiento de inducción o de consolidación, puede considerarse la realización de un trasplante de medula ósea (TMO). Hay dos tipos principales, cada uno con necesidades y consideraciones especiales. El TMO alógeno, si hay hermanos histocompatibles o donantes, puede ofrecer una probabilidad de supervivencia libre de enfermedad de alrededor del 50% en pacientes menores de 60 años, con una tasa de recaída menor al 20%, pero la mortalidad alrededor del trasplante, por complicaciones como la enfermedad injerto contra huésped (EICH) o neumonitis intersticial, puede ser de hasta el 30% (Lazarus, 2004). En el TMO autólogo, donde se utiliza la propia medula del paciente para la reinfusión, la mortalidad es considerablemente menor, y se evita la recurrencia de la EICH, pero es necesario tener una remisión completa y otras condiciones para disminuir el riesgo de recaída tras el autotrasplante. Si se cuenta con los recursos materiales y humanos, puede ser una opción adecuada de tratamiento posremisión (Rowe & Avivi, 2004).

Desgraciadamente, muchos de los pacientes con LMA tienen una recaída. Una vez ocurrida, el tratamiento con más potencial curativo es el TMO alogénico posterior a la reinducción de una segunda remisión completa, pero dadas las dificultades técnicas que implica lo anterior (un donante, lograr una segunda remisión en buenas condiciones), se continúan realizando estudios y buscando fármacos y combinaciones que puedan conseguir una remisión sin necesidad de realizar el trasplante (Lazarus, 2004; Rowe & Avivi, 2004).

En pacientes mayores de 65 años, el tratamiento de LMA es muy importante, dado que más del 50% de los pacientes son de este grupo de edad. Desgraciadamente, factores asociados al deterioro físico, mal estado

general, otros de orden citogenético, la resistencia a fármacos y el antecedente de mielodisplasia son muy frecuentes, lo que hace el pronóstico adverso y limita las opciones de tratamiento, que en muchos casos pueden reducirse a dosis bajas de quimioterapia con intento paliativo o intentos atenuados de tratamiento de inducción (Florensa, Pérez-Vila, & Woessner, 2001; Rowe & Avivi, 2004).

En la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), más del 80% de los niños pueden ser curados (Pui et al., 2010), pero en el caso de los pacientes adultos la supervivencia a largo plazo se mantiene baja (menos del 50% a cinco años) y con malos resultados de tratamiento. Factores diagnósticos adversos incluyen un recuento leucocitario alto al diagnóstico (>25,000-30,000/microlitro), la presencia del cromosoma Filadelfia (Ph)², la LLA pura de células B, obtener la remisión completa inicial en más de cuatro semanas, y la edad adulta (desde los 16 años) (DeAngelo, 2005).

La clasificación morfológica de la LLA es menos útil, a diferencia de la LMA. Tinciones histoquímicas habitualmente utilizadas (como la mieloperoxidasa) dan resultados negativos con los linfoblastos de la LLA. Por ello, las decisiones de tratamiento hacen uso del análisis inmunofenotípico y citogenético (Rowe & Avivi, 2004).

La alteración citogenética más frecuente en la LLA adulta es la presencia del cromosoma Ph, pero también es la que confiere un pronóstico más pobre. En los adultos mayores tiende a ocurrir en alrededor del 30% de los pacientes de nuevo diagnóstico con LLA.

El síntoma más común en los pacientes con LLA es la fatiga o debilidad (92%), seguida por el dolor óseo o articular (80%), fiebre (70%), pérdida de peso (66%) y masas anormales (62%); a menudo, el paciente consulta por púrpura (51%), hemorragia (27%) o infección (17%). Los signos más comunes son la esplenomegalia (86%), adenomegalia (76%), hepatomegalia

² Anormalidad genética resultado de la traslocación de los cromosomas 9 y 22, la cual produce una proteína que participa de forma importante en la alteración del ciclo de división celular (facilitando un trastorno proliferativo) e inhibe la reparación del ADN, contribuyendo a la inestabilidad del genoma.

(74%) y dolor a la presión esternal (69%). Las complicaciones más graves que se presentan con frecuencia son la infección y la hemorragia, que son las causas más comunes de muerte. El Sistema Nervioso Central puede infiltrarse hasta en un 70% de los casos en la LLA, si no se toman medidas preventivas (Gómez Almaguer & Jaime Pérez, 2009).

Aun con los resultados conocidos, el tratamiento de la leucemia está encaminado a obtener la curación, no únicamente mejorar la calidad y tiempo de vida del paciente.

Los pacientes con LLA, con independencia de las alteraciones citogenéticas o fenotípicas que se detecten al diagnóstico, reciben esquemas muy similares de tratamiento divididos en etapas, conocidas como: inducción a la remisión (dividida en fase 1 y fase 2), intensificación post-inducción y mantenimiento o terapia continúa de erradicación. En estos esquemas se utilizan fármacos como prednisona, vincristina, metrotexato, citarabina, etoposido, una antraciclina (como la daunorrubicina), 6-mercaptopurina y L-asparaginasa, en distintas dosis y combinaciones (quimioterapia combinada), lo cual permite eliminar de manera gradual las células leucémicas en la mayor parte de los pacientes, para obtener la respuesta total. Es obligado el tratamiento del Sistema Nervioso central mediante quimioterapia intratecal, y en su caso, aplicación de radioterapia (Florensa, Pérez-Vila, & Woessner, 2001; Rowe & Avivi, 2004; Gómez Almaguer, 2009).

Para el tratamiento de inducción, dada su agresividad con la médula ósea y su interferencia con la hematopoyesis normal, de forma general se hace necesario el internamiento en hospitalización en condiciones de aislamiento por periodos de 3 a 4 semanas en cada ciclo de quimioterapia, durante el cual es necesario tratamiento de soporte que incluye transfusiones de hemoderivados y plaquetas para prevenir hemorragias, así como antibióticos de amplio espectro para combatir y prevenir eventos infecciosos. El tratamiento de inducción inicial obtiene hasta 80-85% de tasa de remisión completa y debe seguirse en tratamiento adicional hasta por dos años. Hasta un 40% de adultos que sufren LLA pueden curarse (DeAngelo, 2005; Gómez Almaguer & Jaime Pérez, 2009; Ramos et al., 2011).

Por desgracia, más del 60% de los pacientes con LLA tienen recaída y el éxito del tratamiento para reinducir la remisión depende del resultado de la primera (DeAngelo, 2005), tras lo cual puede administrarse un Trasplante de Medula Ósea (TMO) que permita alargar la supervivencia con buena calidad de vida (Lazarus, 2004). Remisiones posteriores a los 18 meses tienen una probabilidad idéntica de alcanzar una segunda remisión como la tenían al diagnóstico. Una primera remisión breve o la recaída durante la fase de mantenimiento es probable que requiera fármacos más agresivos; conseguir una segunda remisión con frecuencia es difícil (Dominguez-Senin, Rodríguez-Rodríguez, Garrido-Martínez, Sánchez-Argáiz, & Martín-Chacón, 2012).

Respuestas Psicológicas de los pacientes hemato-oncológicos

La atención del enfermo de cáncer, y de un tipo hematológico como la leucemia aguda, implica la coordinación de esfuerzos de múltiples especialidades que confluye en complejas situaciones personales, médicas y terapéuticas a las que se han de enfrentar la mayoría de los pacientes, haciéndolos altamente susceptibles de presentar problemas importantes, complicaciones emocionales y psicosociales en las distintas fases del proceso de salud-enfermedad: diagnóstico, tratamiento, readaptación a la vida cotidiana, recidiva y fin de la vida (Die-Trill, 2003).

La mayoría de los pacientes, familiares y personas que cuidan a un enfermo de cáncer presentan algún grado de depresión, ansiedad y miedo cuando dicha enfermedad se convierte en parte de sus vidas. Muchas de estas sensaciones son normales ante esa experiencia que ha alterado su cotidianidad como personas. En muchos otros casos, se desarrollan patologías psicológicas que requerirán apoyos profesionales para poder salir adelante y curarse o aprender a vivir con la enfermedad (Doka, 2010).

Desde la realización de las pruebas diagnósticas hasta la remisión completa de la enfermedad o la situación final de la vida, los pacientes oncológicos

pasan por un proceso en el que existen momentos puntuales que suponen cambios muy importantes en su vida para los que no siempre el enfermo está preparado: el diagnóstico, la hospitalización; la realización de exámenes y procedimientos médicos invasivos; el sometimiento a tratamientos largos, que incluyen aislamiento, y con importantes efectos secundarios; la recidiva (recaída), la reincorporación a su vida o el afrontamiento al final de la vida. Esto supone cambios en las conductas del paciente y de su familia, y un esfuerzo de readaptación para volver a recuperar equilibrio emocional y funcionalidad, ya que comportamientos anteriormente adaptativos pueden ser ahora altamente disfuncionales y viceversa (Arranz & Coca, 2003).

Durante el proceso de una enfermedad grave como el cáncer, se desarrollan de manera frecuente una serie de respuestas a nivel físico (estrés), emocional (culpa, vergüenza, ira, miedo, ansiedad, tristeza, depresión), conductual (conductas de dominio y control, dependencia), cognitivo (sorpresa, evitación-negación, problemas de sueño, pensamientos suicidas, trastornos psiquiátricos) e inclusive, espiritual (acercamiento a grupos religiosos, práctica de oración). Y aunque pueden considerarse de acuerdo a la situación como respuestas naturales y comprensibles a la enfermedad aguda o crónica, pueden llegar a ser destructivas e incapacitantes. Por ejemplo, durante la fase de diagnóstico, las personas pueden mostrar temor a lo desconocido, a la soledad, a la pérdida de la familia y amigos, la pérdida de las funciones organizadas y mentales, a la pérdida del control y al dolor y al sufrimiento. Durante la fase crónica, las ansiedades y miedos pueden aumentar y disminuir, aunque a menudo existe un nivel “persistente” de ansiedad, en virtud de detalles pequeños como la aparición de una enfermedad de poca importancia, como una gripe, pueden ser origen de mucha ansiedad. Aun en casos de recuperación plena, eventos como nuevas enfermedades, nuevos síntomas que amenacen con el retorno o recaída en la enfermedad, o el fallecimiento de conocidos con el mismo padecimiento, pueden intensificar sensaciones de ansiedad. En algunos casos, los niveles de ansiedad pueden inhibir a los pacientes de compartir información con

los médicos tratantes, en caso de que esa información implique malas noticias que el paciente prefiera no conocer, por ejemplo, lo que puede ser potencialmente grave (Doka, 2010).

¿Qué mecanismos son los que determinan que se produzca o no cierto trastorno durante alguna de las fases de la enfermedad? El enfoque cognitivo-conductual sobre la salud y la psicopatología ha adoptado un modelo causal de vulnerabilidad-estrés (Sandin, 2009) que a grandes rasgos, muestra la relación entre estresores ambientales y la activación de predisposiciones biológicas y psicológicas de las personas. El resultado de dicha interacción puede ser la enfermedad y la psicopatología, o por el contrario, el bienestar y salud.

Percepción de Control

En 1975 Lazarus propuso que los rasgos de personalidad pueden influenciar la manera en que las personas interpretan los eventos vitales. Esas interpretaciones, a su vez, afectan las reacciones emocionales y fisiológicas que las personas experimentan en la exposición a dichos eventos (Sandin, 2009). Abramson y Alloy (en Haefel, Abramson, Brazy y Shah, 2008) acuñaron el término de “vulnerabilidad cognitiva” para referirse a factores de riesgo cognitivos de naturaleza distal que preceden a la aparición de psicopatología. El constructo de control percibido constituye una de las dimensiones utilizadas para interpretar las circunstancias de vida de las personas, así como un determinante importante sobre nuestra capacidad para manejar el estrés de manera efectiva (Salas-Auvert, 2008).

Se podría decir que la sensación de control se asocia a saber lo que se quiere, ser capaz de identificar los modos para conseguirlo, cambiar los objetivos si con el avance de lo que se quiere no resultan factibles, ser capaz de reconocer las propias habilidades, saber incrementarlas si son necesarias y decidir cuándo merece la pena ejercer el control y cuando no. Cualquier alteración en las posibilidades anteriores reduce la sensación de control (Thompson & Collins, 1995)

En un trabajo realizado por Báñez, Blasco y Fernández-Castro (2003) donde revisaron estudios sobre intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer desde 1990, comentando sus características y resultados, sugieren la existencia de un mecanismo común subyacente que podría ser la base de los resultados obtenidos: la inducción en el enfermo de una sensación de control sobre diversos aspectos de la enfermedad, la cual se lograría, de manera directa o indirecta, mediante diversos cambios obtenidos en la relación terapéutica así como el aumento de la autoeficacia o la reducción de la impredecibilidad o incertidumbre.

La investigación sobre el concepto “control” en psicología, así como sus principales características y consecuencias sobre el comportamiento constituyen un campo muy amplio en el que existe una gran variedad de enfoques y definiciones. Pero, a modo de resumen, se puede decir que se produce “sensación de control” cuando el individuo juzga que, ante una determinada situación, existe un agente que, a través de unos medios, puede conseguir unos resultados (Baréz et al., 2003).

Uno de los principales problemas que se encuentra al momento de intentar generalizar resultados y llegar a conclusiones útiles en el estudio del Control, se debe al gran número de conceptos y términos generados que se solapan y confunden, gracias a las propuestas de diversos autores y trabajos donde se denomina a lo mismo en diferentes términos, o al contrario, conceptos distintos que son denominados con palabras idénticas. Constructos con la palabra “control” tenemos: control personal, percepción de control, locus de control, control cognitivo, control vicario, ilusión de control, control primario y secundario, etc. Y otros constructos que no incluyen la palabra control pero que se refieren al mismo tema son: indefensión aprendida, autoeficacia, competencia, contingencia, atribución causal, expectativas de resultados, etc. (Báñez-Villoria, 2002). Entre toda esa cantidad de constructos, que intentan definir “Control” como variable psicológica, hemos elegido uno que se considera de los más importantes, denominado «control percibido», el cual hace referencia a la creencia de que uno puede tener control sobre un fenómeno frecuentemente. Este “control percibido” está vinculado a tres definiciones principales (Salas-Auvert, 2008):

1. Autoeficacia, el cual desde la teoría de Bandura, se define como la creencia de disponer de las habilidades instrumentales necesarias para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para alcanzar los logros deseados. Este tipo de control percibido puede aplicarse a los diferentes sistemas de comportamiento: control cognitivo, fisiológico, conductual y fisiológico. Las personas con una alta autoeficacia se orientan a las tareas y a resolver problemas como forma de aumentar las oportunidades de lograr sus objetivos. Al contrario, baja autoeficacia significa para las personas perciben los elementos del ambiente (o estresores) como inmanejables y se centran en sus deficiencias percibidas, lo que las hace propensas a experimentar más distrés cuando se enfrentan con un estresor, tener menos compromiso con sus objetivos y abandonar el intento de solucionar sus problemas prematuramente (Velásquez-Fernández, 2012) .
2. Comprensión y Atribución Causal, es la capacidad percibida de comprender o predecir una transacción ambiental. En la medida que una persona formule explicaciones y atribuciones sobre un evento se sentirá con diferentes grados de control. Si puede comprender y predecir se está en control, y viceversa. De acuerdo a Fiske y Taylor (1984), una de las primeras reacciones ante la pérdida de control es el deseo de buscar mayor información para poder comprender lo que sucede y predecir lo que ocurrirá. Por otra parte, si la persona se atribuye que la fuente de control está dentro de sí (locus de control interno) se maximiza la percepción de control, lo que no pasa si se cree que está fuera de sí (locus de control externo), teniendo como creencia que sus acciones en realidad tienen un impacto mínimo sobre los resultados deseados, ya que es el exterior el que controla (Visdómine-Lozano & Luciano, 2006).
3. Optimismo, o la expectativa de resultados favorables, donde la capacidad de predecir una transacción ambiental deseada hace que la persona se sienta en control (Chorpita & Barlow, 1998)

De acuerdo con Skinner (1996), en un artículo que explora los diversos constructos vinculados al “control” y realiza una propuesta de integración y organización de los mismos para contribuir a la teoría e investigación, los constructos relacionados con control consideran, entre otros, dos elementos fundamentales, de una u otra manera: la percepción de contingencia o creencia en la asociación entre conducta y resultados (también llamado “expectativa de resultados”) y la percepción de competencia o creencia en la propia capacidad para realizar la acción requerida (o “expectativa de eficacia”). Aquellas personas que creen que su salud depende principalmente de ellas mismas tienen mejor salud que las que creen que las causas de las enfermedades son externas.

Wallston (1992) en un artículo donde expone una modificación a la teoría de aprendizaje social de Rotten y la importancia de cambiar el concepto de locus de control aplicado a la salud, propuso un modelo con el constructo de Competencia Percibida o Competencia Personal (CP) pues encontró que el locus de control es una condición necesaria pero no suficiente para predecir la ejecución de una conducta de salud. Incorporo el valor asignado a la salud (que puede concebirse como un moderador de la relación entre las creencias de locus de control interno y la ejecución de la conducta de salud; y además tiende a concebirse elevado, cuando en realidad eso no se conoce hasta que se evalúa) y las creencias de autoeficacia. Lo definió como la expectativa que una persona tiene sobre la posibilidad de actuar positivamente ante los acontecimientos. Y emparentado con el concepto de autoeficacia, se distingue de éste en cuanto a su especificidad, pues mientras la autoeficacia hace referencia a cursos de acción relacionados con una meta concreta, la Competencia Percibida hace referencia a una creencia general, siendo un buen predictor del resultado obtenido por el sujeto en situaciones desconocidas, ambiguas o inciertas (Pastor et al., 2009). Para realizar una conducta de salud, los individuos han de valorar su salud como importante, considerar que es producto del comportamiento relacionado con su salud, y de manera concurrente, creer que son capaces de realizar la conducta en cuestión (Ortiz-Viveros & Ortega-Herrera, 2011)

Se han realizado algunos estudios donde se aborda la importancia de factores psicosociales relacionados con “control” como el de Competencia Percibida en la adaptación de pacientes con diversas enfermedades. Por ejemplo, en un estudio con pacientes con fibromialgia se buscó explicar las relaciones entre cogniciones, afrontamiento centrado en la enfermedad y emociones, además de investigar el papel mediador del afrontamiento y las emociones entre las creencias de control (CC) y los resultados de salud, encontrando que las CC que contienen el elemento de competencia (autoeficacia y competencia percibida en salud) tienen un efecto directo sobre todas las áreas del estado de salud evaluadas en este estudio (como dolor, ansiedad y depresión), por lo que los esfuerzos terapéuticos deberían incrementar las creencias de competencia para mejorar significativamente los resultados de salud y distrés emocional en el síndrome fibromiálgico (Lledó-Boyer, Pastor-Mira, Pons-Calatayud, López-Roig, Rodríguez-Marin y Bruehl, 2010).

En otro estudio realizado con el objetivo de describir los cambios y la influencia a lo largo del tiempo de las creencias de control sobre el estado emocional y la adaptación psicosocial en pacientes con cáncer de mama en remisión, las autoras encontraron que no hubo diferencias significativas a lo largo del tiempo, ni en las creencias de control ni en los resultados de salud, salvo que las pacientes puntuaron alto en las creencias de control, mostrando aumentos de su sentido de competencia y confianza ante los eventos negativos de su vida. El nivel de adaptación de las pacientes se mantuvo durante la amenaza del diagnóstico y tratamiento agresivo, y durante la remisión al hacer comparaciones con las etapas peores de su enfermedad, muy probablemente por los resultados positivos en sus chequeos de seguimiento y el poder recuperar roles y actividades normales con éxito. Las autoras observaron en estas pacientes una combinación de alto nivel de locus de control externo (pues atribuían al médico u otras personas sus resultados de salud) con moderado a bajo nivel locus de control interno (ellas hacían algo por su salud), por lo que las autoras concluyen que es muy pertinente el concepto de competencia percibida como predictor más potente de la adaptación emocional y

áreas de adaptación psicosocial, pues combina la expectativa de comportamiento con expectativas de resultados (sin la ambigüedad interno-externo del locus de control). Las mujeres podrían haber creído que su salud se vio afectada por su propio comportamiento, pero eso no quiere decir que se sentían capaces de adoptar el comportamiento correcto con el fin de controlar su salud. Allí es donde la competencia percibida tiene su lugar (Neipp, López-Roig, Terol, & Pastor, 2009).

En una investigación que se propuso examinar la relación entre la percepción de control de la diabetes y los componentes de salud física y mental de la calidad de vida en adultos indigentes fueron evaluados 188 pacientes de bajos ingresos que asistían a recibir atención en un centro médico académico. Después de un periodo de 12 meses, los sujetos participantes contestaron una encuesta que evaluaba el control percibido de la diabetes y la salud relacionada con la calidad de vida. Se incluyeron factores sociodemográficos como la edad, género, raza/etnia, ingreso, educación, empleo, estado civil y si contaban o no con un seguro, así como factores clínicos de condiciones de comorbilidades y uso de insulina. Se utilizaron modelos de regresión lineal múltiple para evaluar la asociación independiente entre el control percibido y la calidad de vida.

Entre los resultados destacan que la muestra estuvo compuesta en gran parte por mujeres de mediana edad con diabetes, la mayoría de raza negra; casi dos tercios tenían al menos educación secundaria y tres de cada cuatro eran desempleados. Respecto a la puntuación de la calidad de vida en general, están por debajo de una muestra representativa de la población estadounidense. La correlación indica una relación positiva entre la percepción de control y los aspectos de salud física y mental en la calidad de vida. Los resultados de la regresión apoyaron la asociación positiva entre el control y la calidad de vida percibida, aun controlando características sociodemográficas y de comorbilidad en el modelo final.

Los autores concluyen que el aumento de la percepción de control, probablemente debido a una combinación de educación y desarrollo de habilidades (o autoeficacia) se traducirá en una mayor calidad de vida

percibida entre las poblaciones desfavorecidas con diabetes (Hernández-Tejeda, Lynch, Strom & Egede, 2012).

Estrés.

El término estrés ya se empleaba en el siglo XVI para referirse a experiencias negativas, adversidades, dificultades, sufrimiento, aflicción, etc. En el siglo XVII por los trabajos del biólogo y físico R. Hooke el concepto de estrés (stress) se asocia a fenómenos como presión, fuerza, etc. A partir de este autor, fue usado en ingeniería y física para describir características físicas de los cuerpos sólidos, junto a otros como carga (load) y distorsión (strain) (R. S. Lazarus, 2000b).

Carga es el peso ejercido sobre una estructura mediante una fuerza externa. Estrés era la fuerza interna presente sobre una área en la que actúa una fuerza externa, cuando una estructura sólida es distorsionada (se mide en dinas por centímetro cuadrado). *Strain* (distorsión) era la deformación en tamaño o forma de la estructura respecto a su estado original, debido a la acción conjunta de la carga y el estrés. Físicamente, el estrés fue definido como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo. Los tres conceptos fueron adoptados por ciencias como la fisiología, la psicología y la sociológica e influyeron en el desarrollo de las teorías sobre el estrés. El término carga derivó en «estresor», como estímulo inductor de estrés. Los términos de estrés y strain, sin embargo, se integran en el primero para describir un estado del organismo («estado de estrés»). Aun así, en ocasiones se diferencian para llamar estrés al estímulo, que se puede medir, y el de strain para indicar la respuesta individual al estresor (Sandin, 2009).

Suele hablarse y estudiarse al estrés de tres maneras principales: a) como un estímulo; b) como respuesta; y c) de forma relacional o en interacción.

Como estímulo usualmente incluye su repercusión o impacto en el sujeto. Desde esta concepción se ha desarrollado el estudio de situaciones que

son estresores de hecho o potencialmente; acontecimientos estresores que pueden ser agudos, crónicos, intermitentes; cambios importantes en la vida de la persona versus aquellos que son “eventualidades” en la vida cotidiana. La investigación y evaluación se ha centrado a estudiar “acontecimientos vitales y “reajuste” adaptativo que éstos requieren (González de Rivera y Revuelta & Morera Fumero, 1983; R. S. Lazarus, 2000a).

Se habla del estrés como respuesta, que pueden agruparse en dos rubros. Las respuestas psicológicas que abarcan a su vez tres factores: emocional (pérdida de la energía física o psíquica, humor con tendencia a la depresión, apatía, pesimismo, temor, ansiedad, volubilidad, inestabilidad, tensión), cognitivo (incapacidad para tomar decisiones, bloqueo mental, confusión, distracción fácil, olvidos frecuentes) y de comportamiento (tartamudeo, abuso de sustancias –tabaco, alcohol, tranquilizantes-, tricotilomania, onicofagia, desórdenes alimentarios); y biológicas, donde intervienen el sistema nervioso central y periférico, y el sistema endocrino, que incrementa la secreción de hormonas (adrenalina y noradrenalina, entre otras) (Sandin, 2009; Benito, Simón & Matachana, 2014).

También se habla del estrés como relación: un acontecimiento ambiental estresante sobre un sujeto «suceptible». El estrés se origina a través de las relaciones particulares entre la persona y su entorno. Lazarus y Folkman (1986), definen el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo ésta valorada por la persona como algo que excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal. Así, puede entenderse que condiciones ambientales extremas sean estresantes para todo el mundo, mientras otras no lo sean tanto, entre otras cosas debido a las diferencias individuales (historia de aprendizaje, personalidad, genética) y a la «valoración», mediante la que las personas «comparan» constantemente la significación de lo que ocurre en relación con su bienestar personal. Es un mediador cognitivo de las respuestas personales de estrés a los estímulos relevantes (Fierro, 1997).

La teoría de Lazarus (2000a) distingue tres tipos de valoración: primaria, secundaria y reevaluación. La valoración primaria es el primer encuentro o

transacción con el tipo de demanda externa o interna. Tiene cuatro modalidades de evaluación: amenaza, como anticipación de un daño que aunque no haya ocurrido parece inminente; daño-pérdida, un daño psicológico que ya pudo haber ocurrido; desafío, donde se valora una situación que implica una ganancia y una amenaza, y que el resultado depende de la movilización adecuada de sus recursos; beneficio, donde no hay reacciones de estrés. La valoración secundaria se refiere a evaluación de los propios recursos para afrontar la situación. La valoración de los recursos personales determina en gran proporción que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista. Recursos personales o de «afrontamiento» incluyen habilidades de solución de problemas, apoyo social y recursos materiales. La revaloración implica procesos de retroalimentación que ocurren de acuerdo al desarrollo de la interacción del individuo y las demandas externas o internas, lo cual permite que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas.

La gran relevancia al aspecto cognitivo en la teoría de Lazarus es lo que la distingue de otros enfoques del estrés, pues este aspecto es el factor determinante de que una situación potencialmente estresante produzca estrés o no en el sujeto. El sujeto es presentado como algo activo, interactuando con el medio ambiente en un proceso. El estrés es entonces un sistema de procesos interdependientes, incluyendo la valoración y el enfrentamiento, que median en la frecuencia, intensidad, duración y tipo de las respuestas psicológicas y somáticas (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis, & Gruen, 1986).

Otro concepto importante en el entendimiento del estrés es el de afrontamiento o coping, que se entiende como los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para «manejar» tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo (Sandin, 2009). El desarrollo teórico y metodológico de este concepto se vincula a dos aproximaciones distintas. Un estilo personal para afrontar el estrés, donde los modelos teóricos parten de la base de que se trata de disposiciones

personales para hacer frente a las distintas situaciones estresantes (a modo de rasgo: disposiciones generales que llevan al sujeto a pensar y actuar de forma más o menos estable ante las diferentes situaciones estresantes). Y la otra que lo entiende como un proceso, donde es entendido como los esfuerzos cognitivos y conductuales en curso para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como algo que agrava o excede los recursos de la persona (Lazarus y Folkman, 1986). Investigaciones posteriores han mostrado que las estrategias de afrontamiento no pueden reducirse a estas únicas dos aproximaciones, sino que en son el producto de una interacción, pues los individuos tienen tendencia a usar ciertas estrategias de forma tran-situacional (Sandin, 2009).

La Respuesta de Estrés.

En unas líneas más arriba se mencionaba que ésta puede definirse en términos de sobreesfuerzo o «gravamen» impuesto a la homeostasis del organismo, por lo que conlleva una serie de respuestas fisiológicas características, con frecuencia acompañadas de respuestas emocionales negativas (también llamadas distress) y respuestas adicionales cognitivas y conductuales.

Respecto a las respuestas fisiológicas, puede observarse en la Tabla 1 que éstas implican múltiples componentes del organismo, no únicamente la activación e inhibición de funciones neuroendocrinas y del sistema nervioso.

Tabla 1.
 Respuestas fisiológicas y cambios orgánicos asociados al estrés psicológico
 (tomado de Sandin, 2009).

Tipo de Respuesta/Órgano	Tipo de Efecto
Cardiovascular	Aumento de la presión sanguínea sistólica
	Incremento de tasa cardíaca
	Aumento de la presión sanguínea diastólica
	Aumento output cardíaco
	Vasoconstricción periférica
	Posibles arritmias cardíacas
Otras respuestas psicofisiológicas	Incremento de la tensión muscular general
	Temblor
	Incremento de la tasa respiratoria
	Hiperventilación
	Incremento de la sudoración
	Incremento de la actividad electrodermal
	Incremento de la dilatación pupilar
	Reducción de la salivación
	Reducción amplitud de ondas EEG
	Reducción pH piel/saliva
Respuestas metabólicas	Liberación de glucosa
	Incremento en producción de glucosa
	Catabolismo proteico
	Aumento de ácidos grasos libres (mayor liberación de ácidos grasos en la sangre)
	Aumento de colesterol plasmático
	Incremento del transporte de oxígeno
Estómago	Incremento de secreciones gástricas
Bronquios	Dilatación
Timo y sistema inmune	Involución tímica y reducción de la competencia inmunológica
Tiroides	Incremento tamaño/actividad
Suprarrenales	Incremento tamaño/actividad
Glándulas sexuales	Reducción tamaño/actividad
Hígado	Involución
Páncreas	Involución
Riñón	Degeneración

Respecto al componente psicológico de la respuesta de estrés, la principal es de naturaleza emocional, una sensación subjetiva de malestar -distress- o emociones negativas, como ansiedad, miedo, ira, depresión, etc. (Doka, 2010). En ciertas condiciones, el estrés puede estar caracterizado por un tipo de emoción u otro, dependiendo de las circunstancias del individuo y su situación, como por ejemplo si el estrés es agudo o crónico. En circunstancias de estrés agudo parece frecuente la experimentación de ansiedad/miedo; cuando el estrés se crónifica puede predominar la experiencia de estado de ánimo depresivo, probablemente asociado a «agotamiento» en los mecanismos neurotransmisores del sistema nervioso central (Sandin, 2009).

Se habla también de respuestas psicológicas cognitivas y conductuales asociadas al estrés, aunque esta definición puede que sea válida únicamente con fines de exposición y didáctica, dado que en la teoría y metodología de estudio del estrés hay varios problemas para diferenciar entre estas respuestas y los modos de afrontamiento, así como en las respuestas cognitivas como formas de valoración de la amenaza, y los componentes propios cognitivos y conductuales asociados a la experiencia emocional (Sandin, 2009). Por ejemplo, la preocupación, la pérdida de control percibido y la negación son, por ejemplo, tres tipos de respuesta cognitiva de estrés señalados frecuentemente. Pero la preocupación es un componente cognitivo de la emoción (ansiedad), la sensación de pérdida de control es una faceta de la reevaluación cognitiva, y la negación es una estrategia de afrontamiento.

A modo de resumen, se incluye la Figura 1 que expone el Modelo Procesual del estrés propuesto por Sandin (2009), que hace una propuesta de articulación para las distintas variables básicas se relacionan con el estrés en forma directa o indirecta, y que ayudan a la comprensión de la psicopatología del estrés. Hasta este punto se han desarrollado algunas y otras se omiten por cuestión de importancia. Se menciona además que otros autores integran de manera más o menos completa los diferentes componentes, pero se podrá observar que se toma como marco de referencia principal un aspecto o fase del proceso de estrés (afrontamiento, emociones, como más relevantes). El modelo de Sandin(2009) se estructura en siete etapas:

1) Demandas psicosociales. Son los agentes externos causales primarios del estrés, por lo que podrían incluirse agentes ambientales naturales y artificiales. Son también los sucesos o situaciones mayores o vitales (v. gr. enfrentarse a una enfermedad grave), los sucesos menores (cotidianos) y el estrés crónico.

2) Evaluación cognitiva. Es la valoración que efectúa el individuo respecto a la situación o demanda. Se relacionan dos facetas con la evaluación cognitiva del agente estresor: el tipo de amenaza (que puede ser de pérdida, de peligro más o menos inminente o de desafío, y que pueden depender de la naturaleza de la demanda, de los rasgos del individuo o ambas cosas) y las características de la amenaza o demanda (valencia, si es positiva o negativa; predecibilidad, si es esperada o no; y controlabilidad).

3) Respuesta de estrés. Incluye el complejo de respuestas fisiológicas neuroendocrinas y asociadas al sistema nervioso autónomo, así como las respuestas psicológicas, en particular las emocionales (ansiedad y/o depresión).

4) Afrontamiento. Esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el sujeto para hacer frente a las demandas estresantes, así como para suprimir el estado emocional del estrés. Esta sería la última etapa del proceso de estrés propiamente dicho, pero las cuatro fases interaccionan en un proceso dinámico. El afrontamiento, con independencia de cuál sea la naturaleza del estresor, sirve para cambiar la situación de la que emergen los estresores, para cambiar el significado de la situación para reducir el riesgo de amenaza, o para reducir los síntomas del estrés. Por ello el afrontamiento, al igual que la evaluación cognitiva, son variables mediadoras de la respuesta de estrés.

5) Características personales. Son todo un conjunto de variables que suelen permanecer estables en el individuo y que diferencian a unos sujetos de otros: personalidad, herencia, sexo, raza, etc. Las características personales pueden determinar en gran medida la evaluación que el

individuo haga de la demanda psicosocial, pero también influyen en las estrategias de afrontamiento. Estas características forman parte de los recursos personales del afrontamiento ante el estrés.

6) Características sociales. El apoyo social (acciones realizadas para proveer asistencia instrumental, informativa y emocional en favor de un individuo por otras personas como amigos, familia, compañeros de trabajo, etc.), el nivel socioeconómico y las redes sociales (que no deben confundirse con el apoyo social) son características sociales relevantes para el manejo del estrés.

7) Estatus de salud. Tanto de manera fisiológica como psicológica, este estado depende del funcionamiento de las fases anteriores. Por ejemplo, un afrontamiento inapropiado (fumar) puede ser nocivo para la salud (desarrollo de cáncer de pulmón).

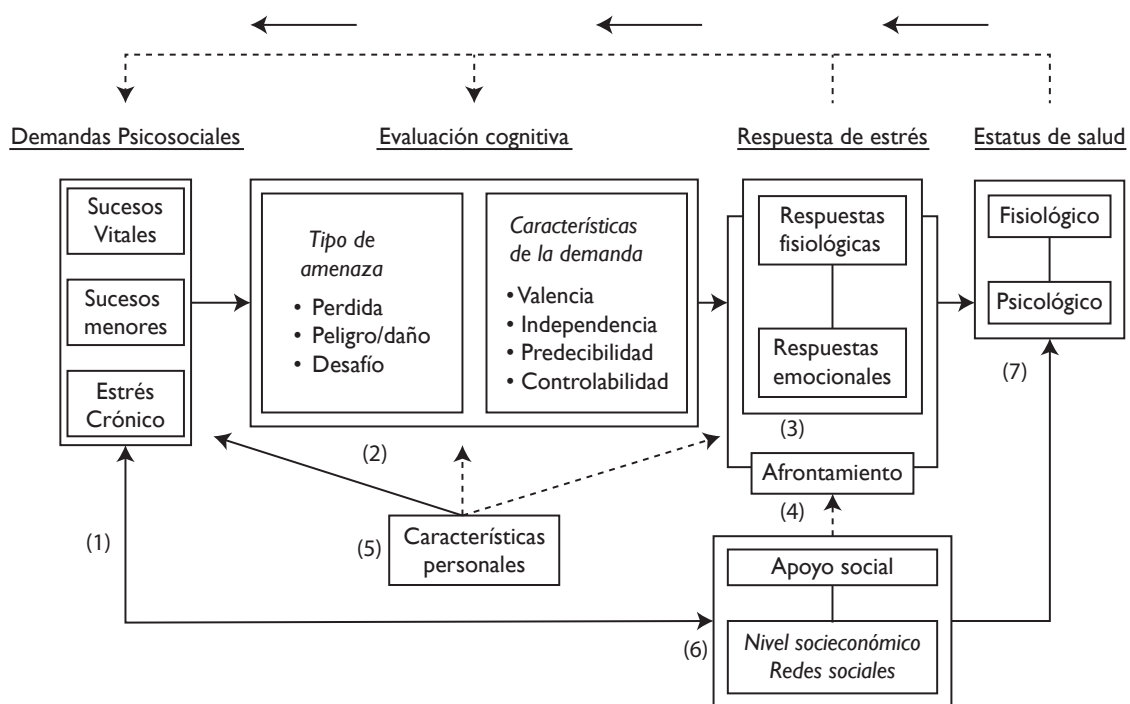


Figura 1. Modelo procesual del estrés. (Tomado de Sandin, 2009)

Estrés y hospitalización

En general, los hospitales parecen constituir lugares poco agradables y la hospitalización puede considerarse un acontecimiento estresante.

¿Qué características del hospital y la hospitalización son las que lo hacen estresantes? Rodríguez y Zurriaga (1997) brindan algunas claves que pueden ser observadas y tomadas en cuenta para responder a esta pregunta.

Antes de cualquier cosa que se diga, no hay que olvidar que la persona está enferma previamente a su ingreso al hospital y que el periodo de enfermedad sufrida, aunque de duración variable, es probable que reduzca la resistencia del individuo al estrés que supondrá la hospitalización. Además, la preocupación por el cuerpo, el registro de los síntomas, la confusión por el presente y la incertidumbre sobre el futuro, es también probable que socaven la capacidad para actuar propositivamente, sentirse competentes y tomar decisiones, lo que a un plazo variable estará acompañado con ansiedad o depresión.

Muchas personas que se han enfrentado a la experiencia de ser hospitalizados en una institución pública desafortunadamente pueden observar y experimentar que en la mayoría de los casos los procedimientos de admisión e ingreso pueden agravar la mala situación psicológica en que puede llegar el individuo: según su condición, después de esperar desde algunos minutos a varias horas, el enfermo es casi inmediatamente sentado en una silla de ruedas, o acostado en una camilla o en la cama correspondiente; pierde su nombre y pasa a ser un problema o una enfermedad, un número ("el leucémico de la 349"); es colocado en una habitación extraña (pero idéntica a otras del hospital), en compañía de otros pacientes desconocidos hasta ese momento, pero que durante la hospitalización van a convertirse en el círculo de su vida privada, la cual, al igual que su intimidad, va a desaparecer y ser completamente accesible para esos «extraños» y los profesionales que le someterán a análisis y pruebas peculiares, sobre las que el paciente tendrá poca o nula información (y que quien sabe si la comprende del todo) así como

cuyos resultados probablemente nunca conocerá; además, debe confiarse porque su salud, y muy probablemente, su vida, dependerá de ellos.

La mayoría de los pacientes observan y/o aprenden que sus pensamientos y emociones no interesan demasiado a la mayoría del personal, el cual está volcado a la atención de los síntomas corporales; y cualquier necesidad podrá atenderse mejor si logra traducirla o comunicarla en su correlato físico.

Y finalmente, el paciente hospitalizado observa que recibe una atención fragmentada, pues el personal del hospital es muy diverso y es poco probable que sepa quién es quién, qué diferencias existen entre el personal o cuales son las jerarquías. Muchas personas pasan ante él en un día, de manera rápida, únicamente para someterlo a las manipulaciones necesarias o interrogarle sobre algún aspecto (practicantes, médicos de servicio social, residentes, nutriólogos, personal de otros servicios). El médico tratante suele pasar y sus visitas son muy breves, sin dar tiempo a que el paciente pueda preguntar algo (o recordar que debía preguntar algo), pues en la mayoría de las ocasiones él es el que tiene que contestar las preguntas del médico.

Ansiedad.

La mayoría de las personas han experimentado ansiedad alguna vez, y parece una condición ubicua a la condición humana. Lejos de ser algo completamente negativo, la ansiedad permite al organismo ponerse alerta y activar mecanismos para enfrentar una situación determinada. En la cotidianidad, la ansiedad surge en la mayoría de las ocasiones en el contexto de demandas, presiones y estrés cotidiano en el desempeño de la vida, así como ante desastres naturales, actos de violencia y una enfermedad mortal, que pueden generar estados de miedo y angustia.

La ansiedad es una respuesta emocional que varía de acuerdo al estímulo que la produce, y suele venir con sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo. Usualmente se asocia a preocupaciones excesivas, y se puede considerar como una expectativa aprensiva (Benito, Simón & Matachana, 2014).

Es muy frecuente que la ansiedad se confunda con el miedo, el cual se produce como respuesta sana a una amenaza percibida o un peligro para la propia seguridad física o psíquica: nos advierte de un daño inminente y de la urgencia de una acción defensiva. Pero en ocasiones, el miedo puede ayudar poco a la adaptación si se produce en una situación neutral o donde no hay una amenaza que pueda ser malinterpretada como representativa de un peligro real. Por ello, es necesario distinguir la ansiedad del miedo y tener algunos parámetros que nos indiquen y permitan diferenciar entre una reacción normal y una anormal (Clarck & Beck, 2012).

Barlow (2002) define al miedo como una alarma primitiva en respuesta a un peligro presente, caracterizado por una intensa activación y las tendencias a la acción. Y la ansiedad la define como una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un rápido cambio hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos.

Por su parte, Clark y Beck (2012) definen al miedo como un estado neurofisiológico automático primitivo de alarma que conlleva la valoración cognitiva de una amenaza o peligro inminente, para la seguridad física o psíquica de un individuo. Y la ansiedad es definida como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva (a modo de amenaza) que se activa al anticipar sucesos o circunstancias que se juzgan como muy aversivas porque se perciben como acontecimientos imprevisibles, incontrolables y que potencialmente podrían amenazar los intereses vitales del individuo.

También mencionan que el miedo puede considerarse la valoración automática básica del peligro y que constituye el proceso nuclear de cualquier trastorno de ansiedad, muy evidente en la crisis de angustia y en brotes agudos de ansiedad, dado que las personas los manifiestan en situaciones que pueden determinarse con claridad. Por su parte, la ansiedad puede describir un estado más duradero de la amenaza o la «aprensión ansiosa» que incluye

otros factores cognitivos además del miedo, como la aversividad percibida, la incontrolabilidad, la incertidumbre, la vulnerabilidad (indefensión) y la incapacidad para obtener los resultados esperados.

Como se ha visto, al igual que en el estrés, el miedo parece cumplir con un papel de activar y movilizar a la persona para reaccionar ante la situación problemática que se está presentando. El miedo presenta una función adaptativa que es crítica para la supervivencia, pues advierte y prepara al organismo para la respuesta contra los peligros que amenazan la vida y ante las emergencias. Pero con la ansiedad la delimitación no es tan clara. ¿Qué hace que la ansiedad se convierta en anormal? ¿En qué punto la ansiedad se convierte en excesiva, en que haga la adaptación tan difícil que se recomiende una intervención clínica?

Clark y Beck (2012) sugieren cinco criterios que pueden usarse para distinguir los estados anormales de miedo y ansiedad. Comentan que no es necesario que todos los criterios estén presentes, pero es muy probable que muchas de las características estén presentes en estados de ansiedad clínica.

1. Cognición disfuncional. El miedo y la ansiedad anormales, de acuerdo a la teoría cognitiva de la ansiedad, se derivan de una asunción falsa que implica la valoración errónea del peligro (dado que se activan las creencias disfuncionales sobre la amenaza gracias a errores de procesamiento cognitivo) en una situación que no se confirma mediante la observación directa: el miedo es tan notable y excesivo que es incoherente con la realidad objetiva de la situación.
2. Deterioro del funcionamiento. La ansiedad clínica interfiere directamente con el manejo efectivo y adaptativo ante la amenaza percibida y de forma más general en la vida social, cotidiana y en el funcionamiento laboral de la persona.
3. Persistencia. En los estados clínicos, la ansiedad persiste mucho tiempo después de lo que podría esperarse en condiciones normales. El pensar

en una amenaza potencial, con independencia de que pueda realizarse o no, puede originar una sensación aumentada de aprensión subjetiva.

4. Falsas alarmas. Una crisis de angustia espontánea y sin estímulo (ausencia de señales de amenaza o de la más mínima provocación de amenaza) sugiere la presencia de un estado clínico.
5. Hipersensibilidad a los estímulos. En estados clínicos, el miedo es provocado por una amplia gama de estímulos o situaciones en las que la intensidad de la amenaza es relativamente leve y que podrían percibirse como inocuas por otros individuos que no están amedrentados.

Si la reacción provocada por la ansiedad ante un estímulo determinado resulta ser desproporcionada, es altamente probable que el individuo sea incapaz de enfrentarse a dichos estímulos y situaciones, lo que trastornara su vida cotidiana.

La situación de hospitalización genera un gran estrés, que puede manifestarse con un elevado índice de ansiedad. Agentes desencadenantes pueden ser la enfermedad, el hospital, y las expectativas con respecto a los cuidados, tratamientos e intervenciones a las que tiene que ser sometido.

Trastornos de Ansiedad.

La ansiedad constituye un elemento central en la psicopatología, pues está presente en la mayoría de los trastornos psicológicos y psicosomáticos. Investigaciones epidemiológicas muestran que los trastornos de ansiedad representan el problema mental más frecuente entre todos los trastornos psiquiátricos (por ejemplo, véase Medina-Mora et al., 2003).

La forma en que se han conceptualizado y categorizado los trastornos de ansiedad, debido a sus manifestaciones clínicas más o menos específicas, ha variado a través del tiempo, si bien los cambios más importantes se han llevado a cabo durante la segunda mitad del siglo XX. La creación de clasificaciones

está en el corazón de toda ciencia, pues permite comunicación e investigación entre profesionales (Barlow, 2002). En el caso de la ansiedad, han funcionado para brindar diagnósticos certeros y desarrollar intervenciones psicológicas y psiquiátricas efectivas.

Durante más de la mitad del siglo XX, los sistemas que categorizaron a los trastornos de ansiedad estuvieron dominados por el concepto de neurosis, entendido según el modelo psicoanalítico. Las ediciones del Diagnostic and Statistical Manual (DSM) (considerado el sistema de clasificación y diagnóstico más utilizado en el mundo) primera (DSM-I), publicada en 1952, y segunda (DSM-II) publicada en 1968, entendían la ansiedad como trastornos asociados a la ansiedad como trastornos psiconeuroticos (o neurosis). Las neurosis se definían por la presencia de síntomas de malestar emocional (“yo distónico”), como la ansiedad, fobias, obsesiones, compulsiones o depresión. Se asumía que las neurosis son defensas contra la ansiedad, con lo que la clasificación se establecía con base en criterios etiológicos y no puramente descriptivos. Constructos etiológicos hipotéticos, donde muchos aspectos inferidos de la ansiedad se explican mediante procesos inconscientes de defensa como la conversión y el desplazamiento (de acuerdo a la teoría psicoanalítica) (Sandin & Chorot, 2009).

El DSM-III, publicado en 1980, fue un cambio radical, de naturaleza conceptual y operacional. Es más descriptivo y detallado en comparación a sus antecesores, y los trastornos de ansiedad son definidos de forma más específica, operativa, fiable y válida, eludiendo los supuestos etiológicos psicodinámicos (se elimina el término «neurosis») y se centra más en conductas observables que en conductas inferidas. Cambios importantes también fueron: desaparecer el grupo general de neurosis y la conceptualización de los trastornos neuróticos (surgiendo los grupos de trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos disociativos y trastornos afectivos); se define y caracteriza por primera vez el trastorno de estrés postraumático (TEPT); y en definitiva, se separa a los trastornos de ansiedad de otras entidades clínicas (Sandin & Chorot, 2009)

El paso del DSM-III al IV (y posterior revisión, el DSM-IV-TR) no supuso un cambio estructural significativo en la clasificación de los trastornos de

ansiedad. Modificaciones principales se refirieron a especificación de criterios y tipos (dentro de categorías) y la inclusión de categorías nuevas para los trastornos de ansiedad. Específicamente, el «trastorno de estrés agudo», el «trastorno de ansiedad por condición médica general» y el «trastorno de ansiedad inducido por sustancias». Una diferencia importante de mencionar entre el trastorno de estrés agudo y el de estrés postraumático obedeció a parámetros temporales: el primero ocurre en el primer mes que sigue al suceso traumático y no dura más de este tiempo; el segundo puede ocurrir más tarde y siempre tiene una duración mayor de un mes. Respecto al trastorno de ansiedad por condición médica general y el trastornos de ansiedad inducido por sustancias, ambos presentan un complejo sintomatológico que incluye un elevado nivel de ansiedad, ataques de pánico, obsesiones o compulsiones, pero la diferencia es dada por la causa del trastorno: en un caso, la presencia de enfermedad médica (v.gr. hipotiroidismo) y en el otro por el uso de sustancias (alcohol, anfetaminas, etc.) (Brown & Barlow, 2002).

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Introducido en la edición del DSM-III, en 1980, es el único trastorno de ansiedad que incluye una variable etiológica entre sus criterios diagnósticos, es decir, el TEPT es la respuesta de una persona ante un acontecimiento específico (Clark & Beck, 2012). Para satisfacer los criterios diagnósticos del DSM-IV, la persona tiene que cumplir con los criterios de la Tabla 2.

Tabla 2.

Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR (2000) para el trastorno de estrés postraumático.

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás)
 2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

Tabla 2.

Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR (2000) para el trastorno de estrés postraumático.

<p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashbacks, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse)4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
<p>C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausentes antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma4. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.6. Restricción de la vida afectiva (v. gr. incapacidad para generar sentimientos de amor)7. Sensación de un futuro limitado (v. gr. no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia, o en definitiva, tener la esperanza de una vida normal).
<p>D. Síntomas persistentes de aumento de activación (arousal) (ausentes antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dificultades para conciliar o mantener el sueño2. Irritabilidad o ataques de ira3. Dificultades para concentrarse4. Hipervigilancia5. Respuestas exageradas de sobresalto
<p>E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan por más de un mes</p>
<p>F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
<p><i>Especificar si:</i> Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses Crónico: si los síntomas duran tres meses o más. De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses</p>

La rápida aparición y curso fluctuante de la leucemia aguda, además de las complicaciones frecuentes (y potencialmente mortales) sugieren que los síntomas de TEPT pueden ser un acompañamiento común. Y a pesar de la importancia que esto puede tener para los pacientes, se ha estudiado poco de manera sistemática. Un estudio de Rodin y colaboradores (2013) se propuso determinar la prevalencia y correlaciones de síntomas de TEPT en pacientes con leucemia aguda, así como observar la asociación de este trastorno con síntomas y malestar físico, la intensidad del tratamiento de quimioterapia, la comunicación con el equipo de salud, apoyo social, desesperanza, autoestima y bienestar espiritual.

Participaron 205 pacientes con leucemia aguda de tipo mieloide, linfoide y promielocítica, entre junio de 2008 y mayo de 2011, como parte de un estudio longitudinal sobre bienestar físico y psicológico en pacientes con este tipo de trastorno hematológico, que se llevó a cabo en el Hospital Princess Margaret en Toronto, Canadá. La relación entre síntomas de TEPT y las variables ya mencionadas se evaluó usando correlaciones y análisis de regresión múltiple, con una alfa de 0.05. También se construyó un modelo multivariable predictivo para relacionar los síntomas de TEPT y los factores: demográficos, físicos y enfermedades relacionadas, comunicación, y de naturaleza psicosocial. Entre los resultados, reportan un 14% de pacientes que cumplen con los criterios del DSM-IV para el TEPT y un 18% adicional para un TEPT subclínico, lo que hace cerca de un tercio del tamaño de la muestra. Además, encontraron una relación significativa entre los síntomas de TEPT y el número de síntomas físicos, ansiedad asociada, mala comunicación con el equipo médico y niveles más bajos de bienestar espiritual. No encontraron relación entre el TEPT y la intensidad del tratamiento.

Exponen en el estudio la importancia de la comunicación con el equipo médico, pues una enfermedad como la leucemia aguda, que requiere tratamientos en hospitalizaciones prolongadas, necesita una estrecha relación entre el paciente y los médicos tratantes. Además, comentan que solamente el 10% de los pacientes de la muestra (20/205) y el 26% (7/27) de los pacientes

que cumplieran con criterios para el diagnóstico de TEPT habían sido referidos a atención psicológica o psicosocial especializada, a pesar de la disponibilidad de atención en el centro. Y si bien la medida en que el apoyo psicológico especializado puede amortiguar los síntomas de TEPT y malestar emocional (distress) no fue investigado, es conocido que una intervención temprana tiene el potencial de disminuir las secuelas emocional a largo plazo que se observan en los sobrevivientes de cáncer (Rodin et al., 2013).

Trastornos Adaptativos

El diagnóstico de cáncer y su tratamiento conllevan un impacto significativo que puede influir el proceso de adaptación al cáncer, mismo que puede verse perturbado por diversos niveles de estrés en casi todos los pacientes y sus familias. El estrés no es un trastorno mental por sí mismo, pero su persistencia puede progresar para que en conjunto con otros factores de riesgo se desarrolle un trastorno adaptativo (Almanza, Rosario, Silva, & de la Huerta, 2010).

Los trastornos adaptativos aparecen como una reacción inadecuada a uno o varios factores estresantes que pueden ser de tipo psicosocial, pero los síntomas no necesariamente aparecen de inmediato. Pueden trascurrir hasta tres meses entre el factor estresante y la aparición de los síntomas, así como aparecer a cualquier edad y con una sintomatología variada, predominando los síntomas de ansiedad, depresión o mixtos en adultos. Los estresantes pueden ser un acontecimiento simple, recurrente o continuo, o deberse a factores múltiples, como circunstancias vitales adversas. No es posible predecir qué tipo de estresor provocará un trastorno adaptativo, pues puede que un acontecimiento sin importancia sea muy relevante para algunas personas y provoque el trastorno, mientras que otro intensamente traumático no impacte de forma significativa al individuo.

Para diagnosticar un Trastorno Adaptativo, el problema ha de representar un impacto importante en la persona, provocando una notable interferencia

y deterioro en su vida, junto con un gran malestar y sufrimiento personal. Algunos síntomas más recurrentes pueden ser: humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimientos de incapacidad para afrontar los problemas, para planificar el futuro o de poder continuar con la situación presente, etc. (American Psychiatric Association, 2002; Baños-Rivera et al., 2008).

El Trastorno Adaptativo es un diagnóstico fronterizo con la normalidad (procesos de adaptación constante a los cambios de la vida personal) y con otras patologías (ansiedad, depresión, otras). Es obligado cuestionarse que puede considerarse como una conducta normal ante un factor estresante. En el DSM IV-TR no existe ninguna categoría específica para los trastornos por estrés. Tanto el Trastorno por Estrés Agudo como el Trastorno por Estrés Post-Traumático están clasificados dentro del apartado de los trastornos de ansiedad (American Psychiatric Association, 2002). Tal vez el Trastorno por Adaptación probablemente constituye el diagnóstico “más leve” que un terapeuta puede asignar a un paciente que padece cierta disfuncionalidad por encima de la norma (Butcher, Mineka, & Hooley, 2007).

En una revisión del trastorno adaptativo en el paciente oncológico, se encontró que hay un amplio rango de prevalencia, de 3.6 a 55.7%, lo cual lo ubica por encima de la prevalencia a nivel general que tiene como rango un 5 a 20%. Otras características encontradas de los 12 estudios que cumplieron con los criterios de inclusión para la revisión, fueron: el 85% fueron publicaciones extranjeras; el 50% utilizó diseños transversales; el diagnóstico médico más representado fue el de cáncer de mama; se ubicó un estudio que reporta un tratamiento cognitivo-conductual eficaz para tratamiento de trastorno adaptativo mixto y se emplea la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) de manera muy frecuente (Pérez-Barrientos, Galindo-Vázquez, & Alvarado-Aguilar, 2014).

Tratamiento psicológico de pacientes hemato-oncológicos.

Fawzy (2005) (citado en Ibáñez & Soriano, 2008) menciona una serie de criterios comunes que pueden servir de guía al terapeuta que desarrolla intervenciones psicosociales en enfermos de cáncer, así como hacer visibles metas específicas de tratamiento, en conjunto con el tratamiento médico:

- Proporcionar consejo genérico y esperar y ver si algún enfermo experimenta alguna dificultad emocional sería; entonces intervenir.
- Identificar a aquellos enfermos que tienen un alto grado de distress y un ajuste pobre, y entonces intervenir.
- Intervenir en poblaciones específicas de pacientes con necesidades específicas.
- Intervenir en la familia o ambiente cercano del enfermo para producir los cambios necesarios para que éste pueda adaptarse convenientemente a su estado de enfermedad.
- Intervenir en los supervivientes que presenten problemas de adaptación o estrés postraumático.

Se han realizado estudios que buscan recabar evidencia para la efectividad de intervenciones psicológicas en pacientes con cáncer y sus problemáticas más frecuentes. Por ejemplo, en la literatura se menciona que en el tratamiento de los trastornos adaptativos se debe basar en las medidas psicoterapéuticas que permitan una reducción de la valoración de amenaza así como de la intensidad de los estresores, potenciando el afrontamiento con el agente estresante que no pueda reducirse o eliminarse y estableciendo un sistema de apoyo para lograr la mejor adaptación posible (Herrero-Gomez & Cano-Vindel, 2010).

Respecto a tratamientos efectivos para la ansiedad clínicamente significativa en pacientes con cáncer, un estudio de Traeger, Greer, Fernandez-Robles, Temel, y Pirl (2012) recopila evidencia en la busca de intervenciones eficaces para este tipo de pacientes, tanto de naturaleza psicofarmacológica

como psicosociales. Mencionan que de acuerdo a la naturaleza y curso de la ansiedad existe una gran heterogeneidad en el tipo y muestra de estudios. Respecto a las intervenciones de corte cognitivo conductual, aquellas orientadas al manejo del estrés, psicoeducación y la expresión emocional, comprenden una parte sustantiva de la literatura que muestra una eficacia modesta pero significativa para este tipo de pacientes, sobre todo en prevención. En dicho estudio, también brindan sugerencias para la práctica clínica en pacientes con ansiedad clínica de moderada a severa, como el provocar preocupaciones específicas; explorar las amenazas percibidas de los síntomas, resultados de pruebas e información sobre su condición, así como desarrollar intervenciones de corte cognitivo conductual o de manejo de estrés, las cuales tienen la oportunidad de enseñar al paciente habilidades de adaptación para enfrentar los estresores presentes y futuros.

En un estudio de caso con una paciente de cáncer de mama en recidiva con diagnóstico psicológico de trastorno adaptativo mixto (ansiedad y depresión), se reseña una propuesta de tratamiento breve en el marco de la intervención en crisis y de orientación cognitivo conductual, basado en el esquema de la Terapia Psicológica Adyuvante (modelo de Moorey y Greer para atender pacientes oncológicos que adapta la Terapia Cognitiva de Beck). Después de la aplicación de una entrevista semiestructurada de elaboración propia, un análisis funcional de las conductas problemas descritas en los tres niveles de respuesta, y de una evaluación inicial con la Escala de Ansiedad y Depresión hospitalaria (HADS), el Cuestionario de Ansiedad-Rasgo Estado (STAI) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), se estructuró un tratamiento individual de ocho sesiones de hora y media de duración, de periodicidad semanal y un seguimiento telefónico posterior. Como resultados, a nivel cuantitativo se manifestó una disminución significativa en las puntuaciones de ansiedad, y a nivel cualitativo hubo cambios en el triple sistema de respuestas, logrando una disminución de conductas desadaptativas e incrementado sus conductas de afrontamiento de la enfermedad y el tratamiento. La autora comenta que detectó otras problemáticas que podrían haberse tratado con otros enfoques terapéuticos, pero con la paciente se convino el tratar la

sintomatología ansiosa y depresiva para incrementar el dominio de la situación actual y establecer el nivel de funcionamiento previo mediante estrategias que también le permitieran enfrentar crisis futuras (Barraza, 2004).

El trabajo psicológico y estudio de variables psicosociales con pacientes de leucemia aguda ha sido realizado desde hace bastante tiempo en poblaciones como pacientes pediátricos y sus familiares (Rocha-García et al., 2003) y pacientes sometidos a trasplante de medula ósea (Molassiotis, Van Den Akker, Milligan, Goldman, & Boughton, 1996). Pero, en pacientes de edad adulta en hospitalización y tratamiento de inducción, es algo que al parecer ha sido dejado de forma sistemática. El por qué ha ocurrido esto es algo que no es lo suficientemente claro, aunque algunos estudios sobre la eficacia de tratamientos médicos (quimioterapia) dejan entrever que la supervivencia de este tipo de pacientes puede ser un factor a tomar en consideración (Stock, 2010; Dominguez-Senin, Rodríguez-Rodríguez, Garrido-Martinez, Sánchez-Argáiz, & Martín-Chacón, 2012).

Por otra parte, la utilidad clínica de evaluar la efectividad de técnicas e intervenciones psicológicas es fundamental con el fin de establecer las ventajas y desventajas de ser empleadas en intervenciones futuras, así como la oportunidad de diseñar planes de prevención o rehabilitación para los pacientes con este tipo de enfermedades que así lo requieran dependiendo de sus necesidades (Rivero-Burón et al., 2008). El paciente que sufre de una enfermedad onco-hematológica como la leucemia se enfrenta a situaciones que lo ponen al límite de sus capacidades, a una experiencia de sufrimiento donde pueden encontrarse la vida y la muerte, la esperanza y la desesperación, la capacidad de control y la indefensión. Por ello, el objetivo de desarrollar una intervención psicológica está dirigido a facilitar la adaptación a una situación altamente cambiante y fortalecer la percepción de control y el desarrollo y movilización de otros recursos, tanto internos como externos, para que la percepción del sufrimiento disminuya y pueda aumentar la capacidad de enfrentarse de manera más adaptativa a los retos relacionados con la enfermedad (Arranz & Coca, 2003)

No es sencillo encontrar investigaciones de calidad en pacientes con cáncer, y al parecer existen resultados que, aunque demuestran cambios positivos, puede que sean poco fiables. En una revisión de Raingruber (2011), hecha con el propósito de integrar literatura y meta-análisis para clarificar el panorama de resultados contradictorios en intervenciones psicosociales en pacientes con cáncer, utilizó 19 ensayos aleatorizados y controlados relevantes (de un total inicial de 953 artículos, en idioma inglés y de naturaleza clínica) para el periodo 2006-2011, divididos en cuatro categorías: intervenciones cognitivo-conductuales (el cómo los individuos experimentan las situaciones influye en su respuesta emocional y la capacidad para resolver problemas), intervenciones de soporte (escucha activa, validación emocional, manejo del estrés, solución de problemas y psicoeducación relacionada con el diagnóstico), intervenciones grupales e intervenciones asistidas por teléfono (contacto personal para establecer rapport, seguimiento y apoyo).

Como hallazgos encontró que en 11 estudios los resultados fueron positivos (cambio clínico), aunque la calidad de los estudios fue limitada, sobre todo por la multiplicidad de variables (condiciones del tratamiento, etapa del cáncer, lugar de tratamiento, edad, origen racial, calidad metodológica). En ocho estudios la intervención no se describió adecuadamente, 7 estudios no contienen hipótesis, 4 no incluyen criterios claros de elegibilidad, 10 no realizan una aleatorización correcta, 9 no listan formas de inclusión, 11 no realizan un análisis de potencia del efecto, 14 no incluyeron a pacientes ciegos, 10 no analizan las razones por las cuales se abandonó el estudio y 11 no discutieron la adhesión al tratamiento. Resultados consistentes en la mayoría de los estudios revisados incluían disminución de la depresión, de la ansiedad, mejora en la calidad de vida y un aumento en la funcionalidad y bienestar.

La autora recomienda que estudios futuros deben adherirse a los estándares de investigación de calidad (propone los criterios del CONSORT que son utilizados para la realización de ensayos controlados aleatorios) y medidas que puedan compararse entre sí, además de exponer la necesidad de realizar estudios cualitativos para determinar que pacientes, de qué

edad, de qué tipo de cáncer, etapa de cáncer y qué antecedentes raciales o étnicos pueden ser determinantes para realizar una intervención efectiva en el manejo de sus necesidades psicosociales.

Aunque los tratamientos psicológicos para pacientes con cáncer pueden equipararse entre sí y hacerse adaptaciones correspondientes, en la medida de lo posible es necesario conocer las particularidades y necesidades de los pacientes con los que se trabaja, con el objetivo de desarrollar intervenciones lo más adecuadas posible. En un estudio de revisión de Swash, Hulbert-Williams & Branwell (2014) se propusieron analizar la literatura disponible para conocer qué necesidades psicosociales tienen los pacientes con cáncer hematológico que no han sido atendidas de la mejor manera, lo cual puede tener un alcance significativo en varias áreas de vida del paciente.

Mencionan que a pesar de que existen estudios en pacientes con cáncer de otros tipos no hematológicos que exploran las necesidades psicosociales, tanto la forma y el contexto en el que los pacientes hematológicos son tratados difiere de los pacientes diagnosticados con tumores sólidos, dado que el tratamiento es relativamente intensivo y conlleva hospitalizaciones más prolongadas, además de los tiempos de supervivencia relativamente cortos de los pacientes, lo que hace pensar en las diferencias y tópicos que pueden ser de mayor relevancia para este grupo. Tener una clara comprensión de esos tópicos relevantes puede ayudar a la identificación de las preocupaciones principales más pertinentes a tratar con el desarrollo de intervenciones específicas dentro del tiempo limitado que se dispone para su atención.

De 14,549 títulos identificados en el estudio mencionado, únicamente fueron seleccionados 18 artículos para la revisión, con base en una lista de evaluación de calidad de 14 ítems e información básica del estudio (descripción de muestra, diseño, medidas y métodos estadísticos utilizados, la evaluación crítica del trabajo) y que la muestra incluyera pacientes hematológicos. Los datos fueron analizados utilizando un enfoque de síntesis narrativa pues las variaciones en las metodologías, las muestras y la falta de ensayos controlados aleatorios que aparecen en los documentos que pasaron el tamizaje no permitieron el uso de un meta-análisis.

Como tendencias generales en el tipo de necesidades insatisfechas emergen el miedo a la recidiva, la relación establecida con el personal médico que atiende y las necesidades de información. De esto último, con variaciones en saber más sobre el diagnóstico o sobre el tratamiento, lo que podía variar debido a que la información brindada a los pacientes con cáncer tiene que ser sensible a las necesidades y preferencias del paciente. Otras necesidades de información que emergieron en el estudio fueron los requerimientos de saber sobre fertilidad y problemas para tener hijos, sobre todo en pacientes en edad reproductiva jóvenes.

Como limitaciones al estudio, los autores encontraron que de los 18 documentos, 11 incluyeron igual número de herramientas de evaluación, lo cual significa diferencias en las formas en que son clasificadas las necesidades y que dificulta aún más la generalización de los resultados. Además, de los 18 estudios solamente tres trabajaron en forma exclusiva con pacientes hematológicos. Otra limitante fueron las fases de la enfermedad, pues ningún estudio evalúa las necesidades de los pacientes durante la fase de remisión sin tratamiento. Finalmente, concluyen que es necesario realizar investigaciones exclusivas con pacientes hematológicos que empleen instrumentos confiables y válidos, tomar en cuenta la etapa de la enfermedad en la que se encuentre para así detectar áreas clave y necesidades específicas en este tipo de pacientes y desarrollar servicios de apoyo eficaces (Swash, Hulbert-Williams & Branwell, 2014).

Dados los antecedentes previamente reseñados, que resaltan la dificultad e importancia de la atención psicológica a pacientes jóvenes adultos con una enfermedad hemato-oncológica como la leucemia aguda, el objetivo del presente trabajo es evaluar los efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la ansiedad y la percepción de control en pacientes hospitalizados con esta enfermedad.

Objetivos

Objetivo general:

Analizar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual sobre la sintomatología ansiosa y la percepción de control en pacientes con diagnóstico de Leucemia Aguda.

Objetivos Específicos:

Evaluar el nivel de ansiedad y percepción de control en pacientes con diagnóstico de Leucemia Aguda.

Diseñar, desarrollar e implementar una intervención psicológica de tipo cognitivo-conductual que disminuya la sintomatología ansiosa e incremente la percepción de control.

Diseñar, desarrollar material psicoeducativo y de apoyo para la realización de la intervención.

Método

Participantes.

Criterios de inclusión:

Pacientes con reciente diagnóstico de Leucemia Aguda (mieloide o linfoblástica) en etapa de tratamiento en el área de hospitalización del Hospital Juárez de México.

Mayores de 18 años.

Que puedan leer y escribir de manera autónoma.

Que acepten participar en la investigación (consentimiento informado)

Criterios de exclusión:

Pacientes con tratamiento psicológico concurrente

Pacientes que requieran o estén bajo tratamiento psiquiátrico

Pacientes con trastornos neurológicos o con discapacidad intelectual.

Pacientes de Consulta externa (no hospitalizados)

Pacientes con tratamiento previo de cualquier enfermedad oncológica, o en tratamiento paliativo

Pacientes con Depresión (moderada a grave, mediante evaluación pretest)

Eliminación

Pacientes que no deseen colaborar en el estudio

Pacientes que no concluyan la intervención.

Participaron cinco pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión mencionados. El rango de edad fue de 18 a 48 años. El 60% (tres) eran casados. El 80% (cuatro) tenía al menos un hijo. Cuatro de los participantes tenía al menos 9 años de escolaridad (secundaria completa) y religión católica (véase Tabla 3).

Tabla 3
Características sociodemográficas (n=5) de los participantes en el estudio

Paciente	Sexo	Edad	Diagnóstico Hematológico	Escolaridad	Procedencia	Estado Civil	Ocupación	Religión
1	M	21	LMA-M4E	Preparatoria	Veracruz	Unión Libre	Empleado	Cristiano
2	F	48	LMA-M5	Preparatoria	Distrito Federal	Casada	Negocio Propio	Católica
3	M	30	LMA-M3	Secundaria	Guerrero	Casado	Agricultor	Católica
4	F	18	LLA-L2 ph+	Secundaria	Estado de México	Soltera	Estilista	Católica
5	M	42	LMA-M2	Licenciatura	Estado de México	Soltero	Negocio Propio	Católica

Escenario

Las intervenciones se llevaron a cabo en el Tercer piso lado sur, en el área de hospitalización del servicio de Hematología del hospital, en la sala donde se encontraba la cama del paciente que participó en el estudio.

Instrumentos y materiales

Consentimiento informado: documento que describe de manera breve el procedimiento que se realizará y en el cual el paciente acepta formar parte de la investigación

Ficha de Datos generales (sociodemográficos) y entrevista semi-estructurada (véase Anexo 1): Recogida de datos con fines descriptivos (estilos de afrontamiento, conocimiento previo acerca de la enfermedad y los posibles tratamientos, conductas de autocuidado que fomenten la recuperación).

Inventario Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE; Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975), el cual es un instrumento autodescriptivo subdividido en dos partes. La primera pretende medir la ansiedad como estado (IDARE-E), con veinte proposiciones y cuatro posibles respuestas: “No, en lo absoluto”, “un poco”, “Bastante” y “Mucho”. En la segunda parte se pretende medir la ansiedad como rasgo (IDARE-R); también tiene veinte proposiciones con cuatro posibles respuestas: “No, en lo absoluto”, “un poco”, “Bastante” y “Mucho”, valoradas desde 1 hasta 4. Ambas escalas han demostrado una alta confiabilidad (alfa de cronbach de 0.83 para el IDARE-R y de 0.92 para el IDARE-E) para medir dos dimensiones de la ansiedad: Estado (cómo se siente el paciente en ese momento) y Rasgo (cómo se siente generalmente) (Spielberger & Díaz Guerrero, 1975)

Escala de Ansiedad y Depresión HADS. Escala desarrollada por Zigmond y Snaith en 1983, consta de 14 ítems contestados con una escala

de cuatro puntos, cuyos enunciados varían según la pregunta realizada. Se utilizó la versión de López-Alvarenga y colaboradores (2002) que tiene una confiabilidad de 0.84. Está indicada para pacientes hospitalizados con co-morbilidad orgánica. En esta investigación se empleó para coadyuvar a descartar pacientes sin sintomatología ansiosa o depresiva significativa.

Escala de Competencia Percibida en Salud (Pastor et al., 1997; adaptada de Smith, Wallston y Smith, 1995). Se trata de un instrumento unidimensional de ocho ítems que evalúa las creencias sobre la propia competencia para afrontar los problemas de salud. La consistencia interna fue $\alpha = .81$.

Lista de cotejo de Ansiedad (síntomas) y efectos del tratamiento, Autorregistro de valoración subjetiva de estado de ánimo, Autorregistro de Pensamientos disfuncionales, autorregistro de prácticas de relajación.

Presentación de apoyo. Material realizado para la explicación de la leucemia (véase Anexo 1). Fue mostrada en una iPad de 4ta generación de 16 Gb de capacidad.

Diseño

Se utilizó un diseño experimental de caso único ($n = 1$) en el que se examinaron las réplicas individuales del efecto clínico de la intervención en cada paciente (McGuigan, 1997) con una comparación longitudinal y una transversal (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). La primera se sirvió para evaluar los cambios pre y post exposición a la intervención, la segunda entre las medidas (variables dependientes) mostradas por los pacientes.

Definición de variables

Independientes:

Intervención cognitivo conductual, constituida por diversas técnicas originadas y provenientes de múltiples líneas de investigación psicológica

que han pasado por la prueba empírica que exigen los criterios metodológicos (psicoeducación, técnicas de distracción, relajación autógena, entrenamiento en solución de problemas).

1. Psicoeducación: Modalidad de tratamiento que integra y correlaciona intervenciones psicoterapéuticas y educativas, con la finalidad de contribuir a la eliminación de barreras que dificultan la comprensión de información compleja, así como desarrollar estrategias que permitan la utilización de esta información de manera proactiva, enfrentando los cambios y problemas que presente la enfermedad (Lukens & McFarlane, 2004).
2. Relajación Autógena: Técnica psicoterapéutica basada en las técnicas de hipnosis, que se basa en la concentración pasiva sobre sensaciones físicas (Payné, 2002).
3. Solución de Problemas: Entrenamiento que se brinda a los individuos como medio para facilitar y dirigir sus intentos para modificar el carácter problemático de alguna situación o sus reacciones ante ella (Nezu & Nezu, 1993).
4. Reestructuración Cognitiva: Estrategia general destinada a modificar el modo de interpretación y valoración subjetiva, mediante el dialogo socrático, el modelado y la práctica de hábitos cognitivos nuevos (Sage, Sowden, Cholton, & Edeleanu, 2008a).
5. Técnicas de distracción: Forma de manejo de la ansiedad que desconecta el foco atencional de las sensaciones corporales asociadas a la misma, mediante la concentración hacia estímulos externos al propio cuerpo (Dobson & Franche, 1993).

Dependientes:

Puntuaciones obtenidas durante la aplicación pretest y postest de las escalas propuestas:

1. Ansiedad: Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Spielberger & Díaz Guerrero, 1975)

Ansiedad-Estado: Condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

Ansiedad-Rasgo: Se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado.

2. Percepción de Control: Escala de Competencia Percibida en Salud (Pastor et al., 1997: Adaptada de Smith, Wallston y Smith,1995).

Competencia percibida en salud: La expectativa que una persona tiene sobre la posibilidad de actuar positivamente sobre los acontecimientos relacionados con su salud (Pastor et al., 2009).

Procedimiento

Se realizó en 4 fases de trabajo, las cuales se llevaron a cabo de forma individual, durante la duración de la hospitalización (poco más de 30 días en todos los casos) , en el lugar (cama) donde se encontraba el paciente, en horario comprendido entre las 12 y 16 horas del día, entre lunes y viernes.

Se habló con el personal de enfermería y médico tratante para reducir al mínimo indispensable y en la medida de lo posible los requerimientos/ interacción de ellos con los pacientes durante las sesiones de evaluación y tratamiento, lo cual fue atendido en más del 90% de los casos Cuando no era posible posponer la interacción con el personal, se hacía una pausa breve (de 5 a 10 minutos) y se retomaba posteriormente la sesión.

Fase 1: Identificación de Pacientes

Durante el pase de visita con los pacientes hospitalizados (de primera vez), se identificaba a los pacientes que podían participar en el estudio.

Fase 2: EVALUACION INICIAL

Sesión 1: Entrevista semiestructurada y aplicación de instrumentos.

Una sesión de 60 a 90 minutos de duración aproximadamente, que se realizó de manera estándar con todos los pacientes hospitalizados del servicio. El psicólogo establecía componentes de relación e indicaba a los pacientes la necesidad de realizar una evaluación preliminar para encuadrar la mejor forma de apoyo que se podría brindar. Se aplicaban los instrumentos para evaluar ansiedad y depresión, así como percepción de control, además de una entrevista semiestructurada (véase Anexo 2), que incluía datos sociodemográficos y personales.

Sesión 2:

De 20 a 40 minutos de duración, realizada al día siguiente de la evaluación inicial. De acuerdo a los resultados obtenidos en los instrumentos y la recopilación de información en la entrevista semiestructurada, si el paciente puntuaba de moderado a alto en ansiedad, se le invitaba a participar en un protocolo de investigación que le ayudaría con su problemática. Se describía a los pacientes el programa de tratamiento, y los beneficios potenciales de su participación en el programa. Se les presentaba y explicaba la carta de consentimiento informado con las características generales del estudio, beneficios, responsabilidades adquiridas, garantía de anonimato, confidencialidad y la opción completamente libre de abandonar el tratamiento en caso de que así lo deseen, sin consecuencias institucionales de ninguna índole para la atención de su problema de salud. En caso de dudas, estas se respondían de manera puntual. Si estaba de acuerdo en participar, se le pedía

firmara el documento y se procedía a la calendarización de las sesiones. Si el paciente no aceptaba participar, se procedía con la atención psicológica necesaria de acuerdo a los resultados de la evaluación.

Fase 3. INTERVENCIÓN

Se llevaron a cabo 5 sesiones de tratamiento, de duración y periodicidad variable, con los siguientes contenidos (véase Anexo 3 para detalles adicionales):

Sesión 3: Información y Psicoeducación de la enfermedad. Manejo inicial de la ansiedad.

De 60 a 90 minutos de duración, realizada al día siguiente de la sesión 2. En esta sesión se revisaron contenidos teóricos para comprender el funcionamiento de la sangre, cómo se desarrolla el cáncer (leucemia), cómo afecta el cuerpo y cómo trabaja el tratamiento de quimioterapia para intentar la curación (véase Anexo 1). Además, se hacían comentarios generales sobre los cuidados a seguir en hospitalización tanto por parte del paciente como de los familiares, para evitar en la medida de lo posible infecciones. Se solicitaba que si había dudas, el paciente las formulara al equipo médico (y se brindaban instrucciones sobre cómo hacerlo, de ser necesario). Respecto a la ansiedad, se efectuaba una explicación breve de qué es y se instruía en la respiración pasiva como método inicial para su control. Se instruía también en la importancia de la distracción mediante la búsqueda de actividades agradables a realizar en hospitalización como control inicial de la ansiedad. Finalmente, se enseñaba el llenado de un autorregistro de síntomas, formato en el cual anotaría la frecuencia con que se presentan los síntomas asociados a la ansiedad, de ser posible diariamente, y hasta su egreso (Anexo 1, Formatos de registro).

Sesión 4: Ejercicio de Respiración Diafragmática y Relajación Autógena (1).

Esta sesión, de 60 minutos de duración, se realizaba una semana después de la sesión 3. Se revisaba autorregistro de síntomas de ansiedad y se aclaraban dudas de ser necesario. Se continuaba con la psicoeducación sobre la ansiedad y el malestar emocional. Se instruía al paciente en respiración diafragmática: respecto a su importancia para controlar los síntomas de ansiedad, como paso previo al entrenamiento en relajación y se modela al paciente los distintos pasos para su realización. Además, se guiaba al paciente en un ejercicio corto de relajación autógena, brazos o piernas. Finalmente, se instruía sobre el llenado de un formato de práctica de relajación (Anexo 13) y se dejaba tarea para dominio de la técnica (práctica diaria de respiración diafragmática).

Sesión 5: Ejercicio de Relajación Autógena (2)

De 60 a 70 minutos de duración, realizada una semana después de la sesión 4. Se revisaban los registros de síntomas y de práctica de relajación, y se contestaban dudas. Se verificaba la práctica de respiración diafragmática, y se modelaba y corregía de ser necesario. Posteriormente, el psicólogo guiaba al paciente en un ejercicio de relajación autógena (Anexo 9), de 40 minutos de duración aproximada. Al finalizar, se comentaba el resultado y los potenciales problemas para su realización. Se proporcionaba una grabación de audio para efectuar una práctica diaria (mismo texto de Anexo 13) y se hacían comentarios positivos para reforzar el llenado de registros de síntomas de ansiedad y práctica de relajación.

Sesión 6. Ejercicio de Solución de Problemas y Reestructuración Cognitiva (1)

De 70 a 90 minutos de duración, realizada siete días después de la sesión 5. Se revisaban los registros de síntomas y de práctica de relajación, y se contestaban dudas y realizaba retroalimentación de la práctica de la sesión

anterior y la realizada en la semana. Se procedía a explicar la técnica de solución de problemas (pasos) y se realizaba un ejercicio con un problema ficticio o real (propuesto por el paciente), en el cual se enfatizaban los pasos de generación de alternativas y toma de decisiones. De acuerdo al tipo de problema propuesto, se dejaba de tarea su puesta en práctica y se comentarían los resultados en la próxima sesión.

De ser suficiente el tiempo y observando la condición del paciente (cansancio), se explicaba el modelo cognitivo y se proseguía con un ejemplo del paciente utilizando el formato de pensamientos disfuncionales (Anexo 10), donde ante la verbalización de una idea disfuncional el psicólogo cuestionaba su plausibilidad directamente o se conducía un ejercicio de preguntas y respuestas con la finalidad de desarrollar una o dos conclusiones: qué tan irracional o irreal es la idea y cómo puede interferir con su bienestar y tratamiento médico. Al finalizar la sesión se entregaba al paciente un formato con el procedimiento de solución de problemas (Anexo 4) para que lo relejera durante la semana y lo platicara con los familiares. Se conminaba a continuar con la práctica de relajación, y el llenado del formato de síntomas.

Sesión 7. Ejercicio de Solución de Problemas y Reestructuración Cognitiva (2)

De 60 a 90 minutos de duración, se realizaba siete días después de la sesión 6. En ella, se comenzaba revisando los formatos de autorregistro y se respondían dudas generales en caso de haberlas. Se hacía un repaso sobre la técnica de solución de problemas y se realizaba otro ejercicio, pidiendo al paciente seguir los pasos con ayuda del guión de apoyo (Anexo 4). Además, se repasaba el modelo cognitivo y algunas formas de atacar pensamientos disfuncionales sobre un ejemplo detectado en el paciente, utilizando el formato de apoyo (Anexo 10). Se finalizaba resolviendo dudas y se exhortaba al paciente a continuar el llenado de los formatos de síntomas y práctica de relajación.

Fase 4: EVALUACION FINAL

Sesión 8: Aplicación de los instrumentos iniciales.

De 30 a 50 minutos de duración, se realizaba un día antes del egreso. Se comenzaba revisando los formatos de autorregistro y se aclaraban dudas en caso de haberlas. Se continuaba con la aplicación de los instrumentos iniciales, y se finalizaba con el énfasis y refuerzo de las estrategias revisadas durante la intervención, y se recuperaban los logros alcanzados por el paciente. Además, se realizaban comentarios generales sobre conductas a seguir para la realización de cuidados (higiene y alimentación) durante la estancia en casa.

Seguimiento. Esta condición podía ser variable en el tiempo, de acuerdo al esquema de tratamiento y la necesidad de hospitalización, pero siempre con la intención de observar la estabilidad de la intervención. Se evaluaba al reingreso con los mismos instrumentos y una entrevista informal basada en la entrevista inicial, además de hacer una revisión de las técnicas empleadas durante el tratamiento y posibles aplicaciones realizadas por el paciente durante su estancia fuera de hospitalización (práctica en casa, por ejemplo).

Resultados

Respecto a la puntuación obtenida en los distintos instrumentos, en la Figura 2 se muestra el resultado en el cuestionario IDARE-Estado con los cinco pacientes, donde se puede observar una disminución de las puntuaciones brutas en esta variable. Puede mencionarse que el resultado de cambio más significativo de acuerdo a las normas de interpretación utilizadas (rango percentilar en el manual del instrumento obtenido en una muestra de pacientes de medicina general y cirugía) han sido con el paciente 3, que pasó del percentil 84 obtenido en la evaluación al percentil 26 al término

de la intervención, mientras que el cambio más moderado se da con el paciente 5, que pasó del percentil 75 al 55. El paciente 2 pasó del percentil 75 al 33, el paciente 1 del percentil 89 al 38 (un cambio también significativo) y finalmente el paciente 4 del percentil 60 al 29

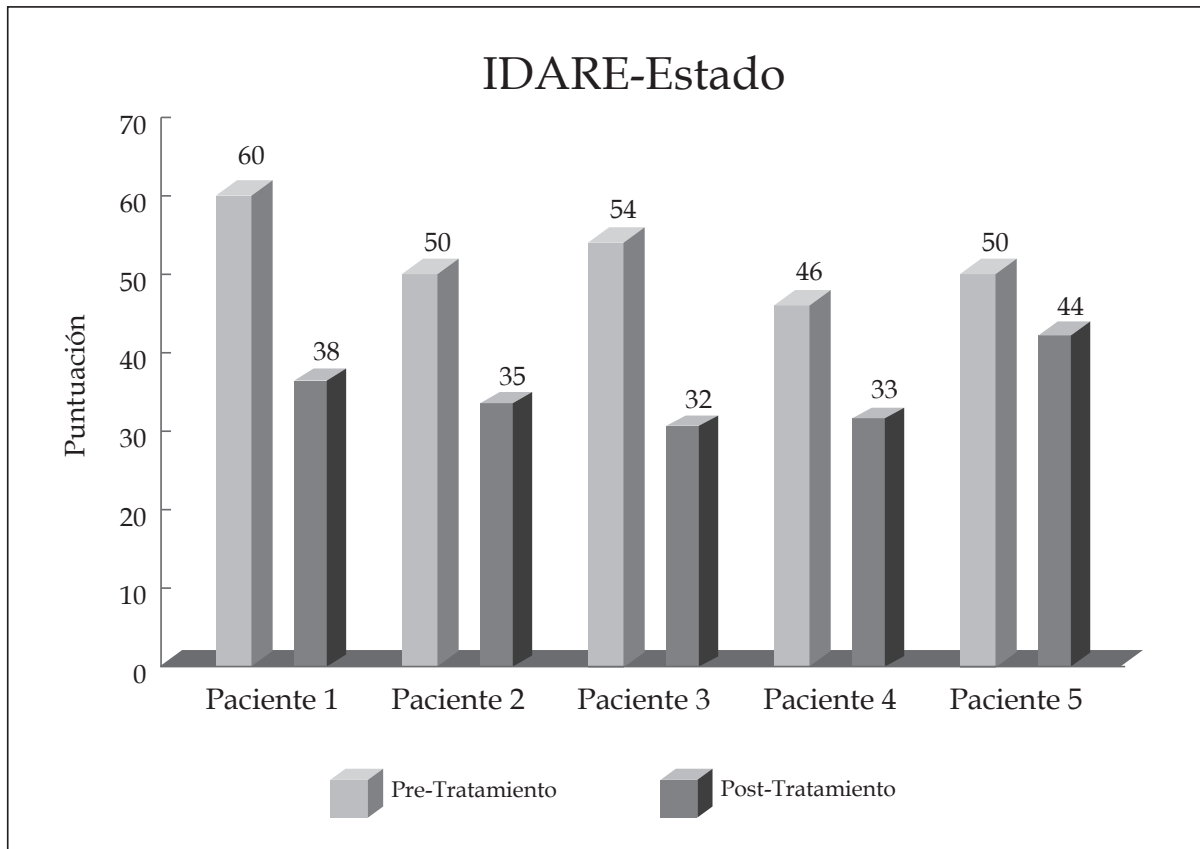


Figura 2. Resultados del IDARE-Estado (puntuación bruta) en el conjunto de pacientes

En la Figura 3, se pueden observar los resultados de las puntuaciones brutas para el cuestionario IDARE-Rasgo con los cinco pacientes, donde se observan variaciones poco pronunciadas pero con tendencia a disminuir después del tratamiento, excepto en el paciente cinco, quien mostró un incremento de 7 puntos

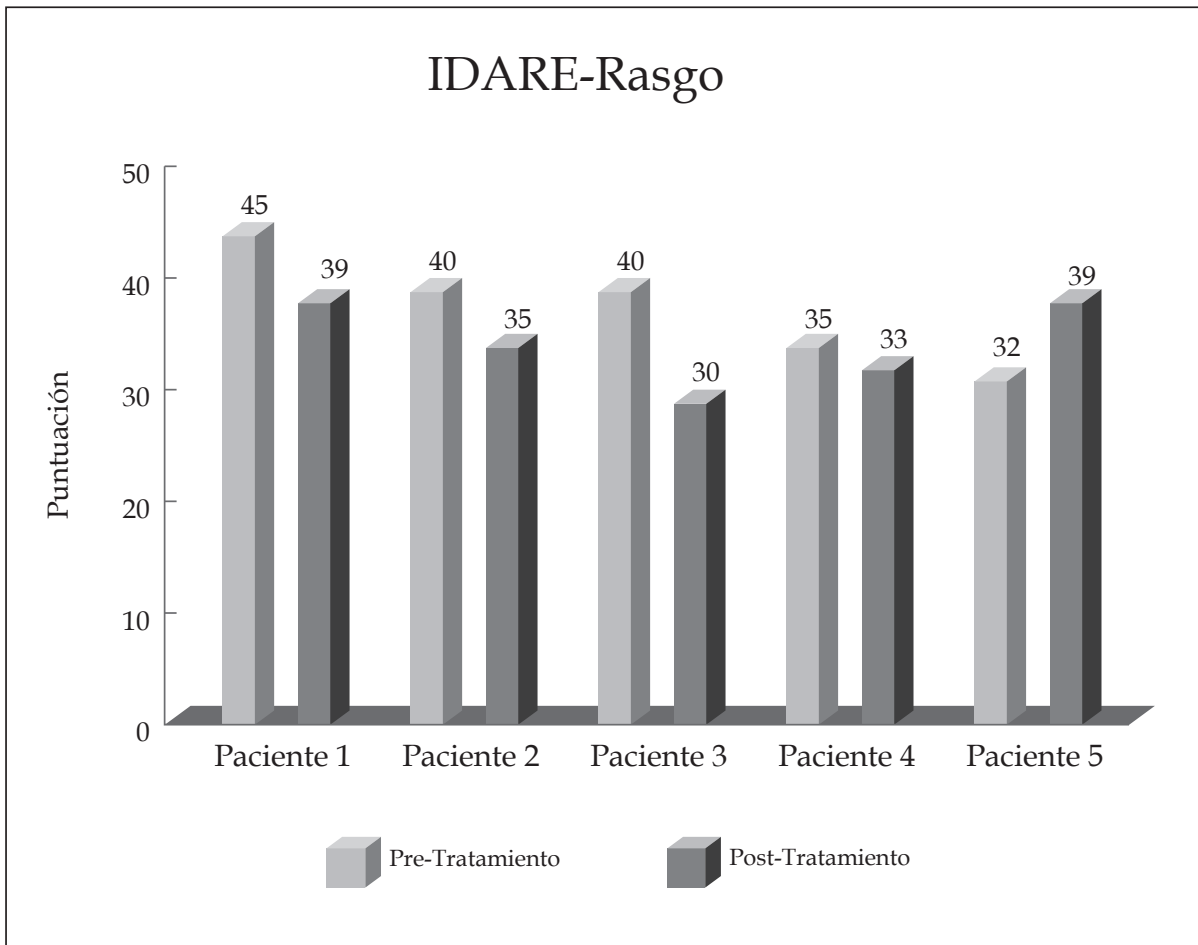


Figura 3. Resultados del IDARE-Rasgo (puntuación bruta) en el conjunto de pacientes

En la Figura 4, se pueden observar los resultados de ansiedad para el cuestionario HADS con los cinco pacientes, donde se observa una disminución de las puntuaciones obtenidas posterior a la intervención, siendo más significativa en los pacientes 1, quien disminuyó 8 puntos, y paciente 5, quien disminuyó 13 puntos.

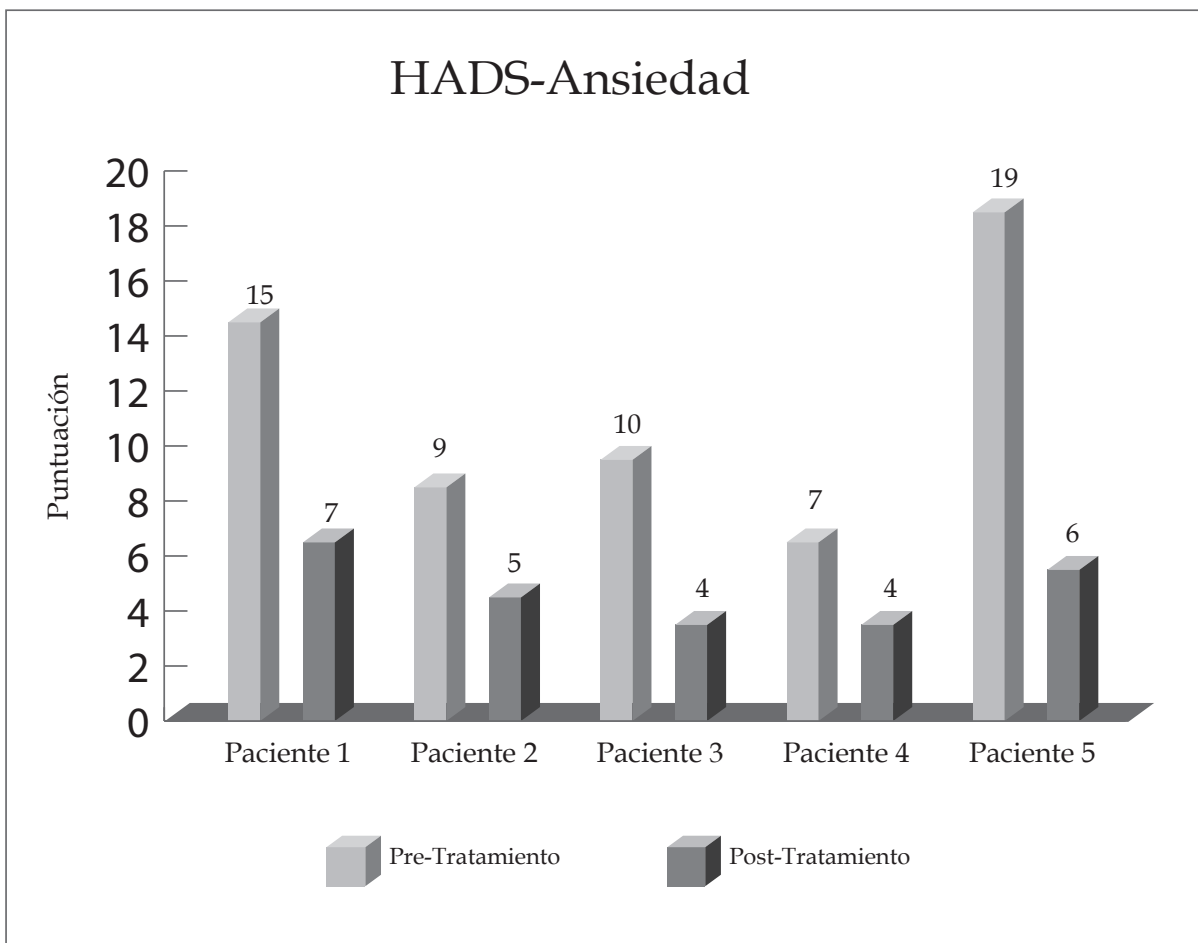


Figura 4. Resultados HADS-Ansiedad en el conjunto de pacientes

En la Figura 5, se pueden observar los resultados para depresión en el cuestionario HADS con los cinco5 pacientes, donde también se observa una disminución de las puntuaciones obtenidas posterior a la intervención, siendo más significativa con el paciente 5, quien disminuyó 10 puntos, seguido del paciente 2, que disminuyó 7 puntos, el paciente 4, que disminuyó 5 puntos. El paciente 1, quien disminuyó 2 puntos, y el paciente 3, quien disminuyó únicamente 1 punto, no presentaron, de acuerdo a las normas establecidas de este instrumento, niveles clínicamente significativos de depresión.

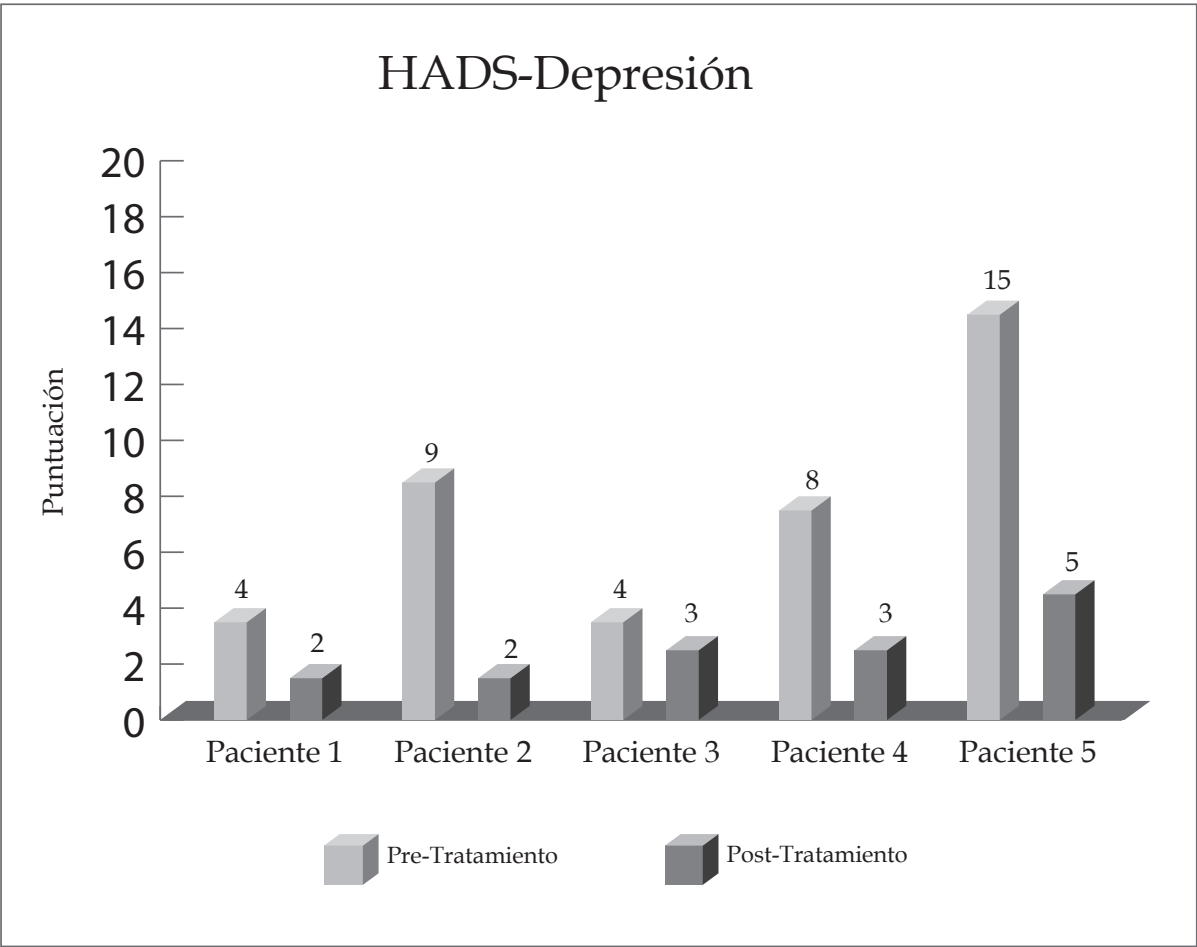


Figura 5. Resultados HADS-Depresión en el conjunto de pacientes

En la Figura 6, se pueden observar los resultados del cuestionario de Control Percibido en Salud para los cinco pacientes, donde se puede observar un aumento de hasta 9 puntos en el paciente 3, no así en la paciente 4, que sólo aumentó un punto, fue también quien tuvo la mayor puntuación previo a la aplicación de la intervención.

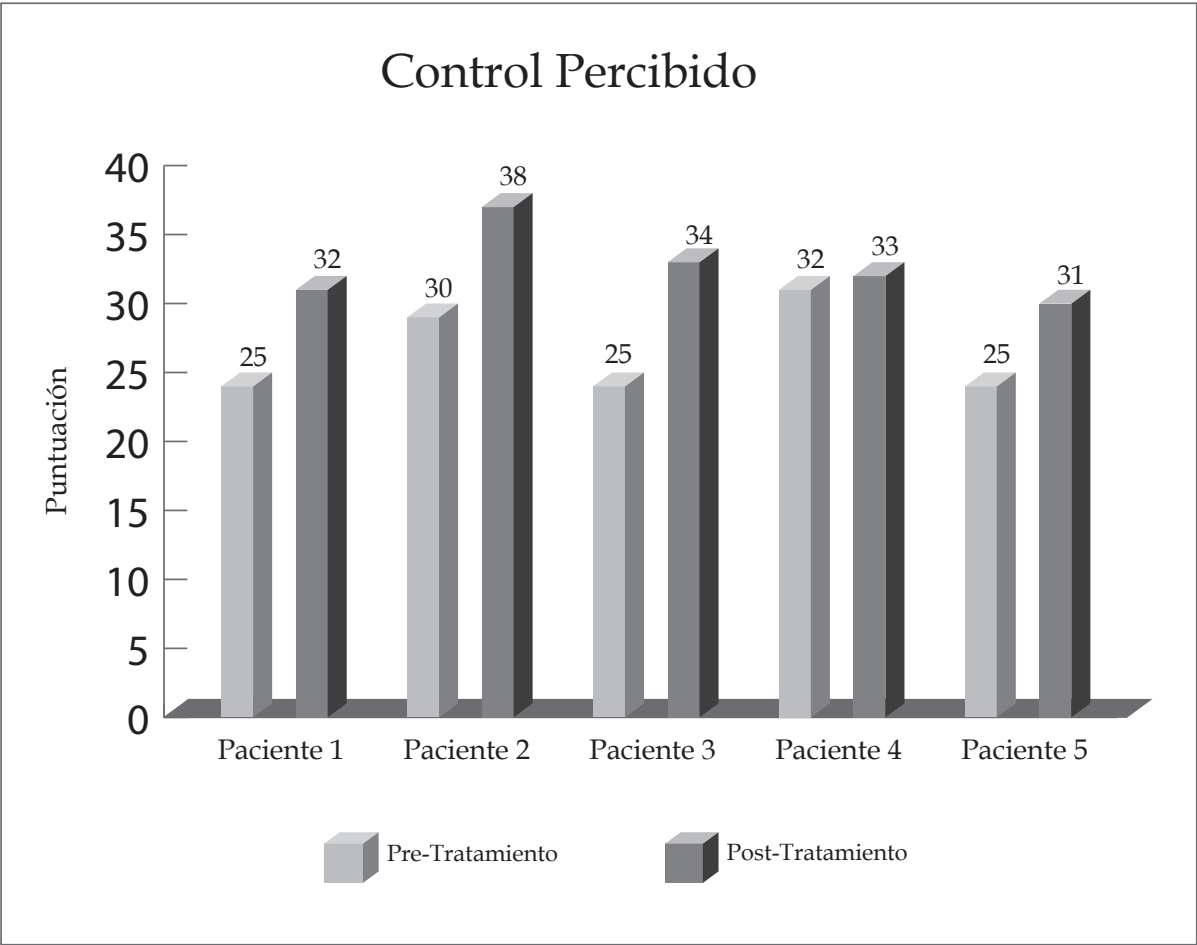


Figura 6. Resultados Control Percibido en el conjunto de pacientes

Respecto a los resultados del Registro de Estado de Ánimo y Síntomas, se hace a continuación un desglose por paciente, comentando algunas situaciones que se observaron durante el tratamiento y otras particularidades.

Paciente 1. Paciente masculino de 21 años de edad, originario y residente del estado de Veracruz, el menor de tres hermanos, vive en unión libre desde hace dos años, con un hijo varón de dos años de edad. Ocupación vendedor y machetero en una tienda miscelánea. 36 días de hospitalización. Después de buscar atención médica en Tamaulipas y desistir del tratamiento por el alto costo (no logró ni internarse en el hospital por la cuestión económica) llega a la Ciudad de México en compañía de su madre, un hermano y su pareja. El paciente refirió preocupación por lo que ocurría, pues contaba con el antecedente de un hermano menor que había fallecido de una enfermedad hematológica (anemia aplásica), y temía morir y dejar sola a su pareja e hijo, pues le habían dicho que padecía cáncer en la sangre y «esa es una enfermedad mortal» (sic. paciente), aunque refería también que con la ayuda de Dios y los médicos podría salir adelante.

Tenía noción del tratamiento de quimioterapia y de los cuidados generales a seguir, pero ignoraba el tiempo de hospitalización.

De antecedentes personales de importancia se puede mencionar que el paciente fue maltratado durante toda su infancia (golpes e insultos) por parte de su padre, con quien no se lleva bien. Además, hasta hace poco menos de un año presentaba episodios de alcoholismo de una semana de duración o más, que le hacían perder los trabajos que conseguía y vivir en la calle durante largos periodos.

En la Figura 7 se puede observar el registro de valoración de estado de ánimo realizado por el paciente del día 4 al 36 que duró la hospitalización (la primera de seis que dura el tratamiento).

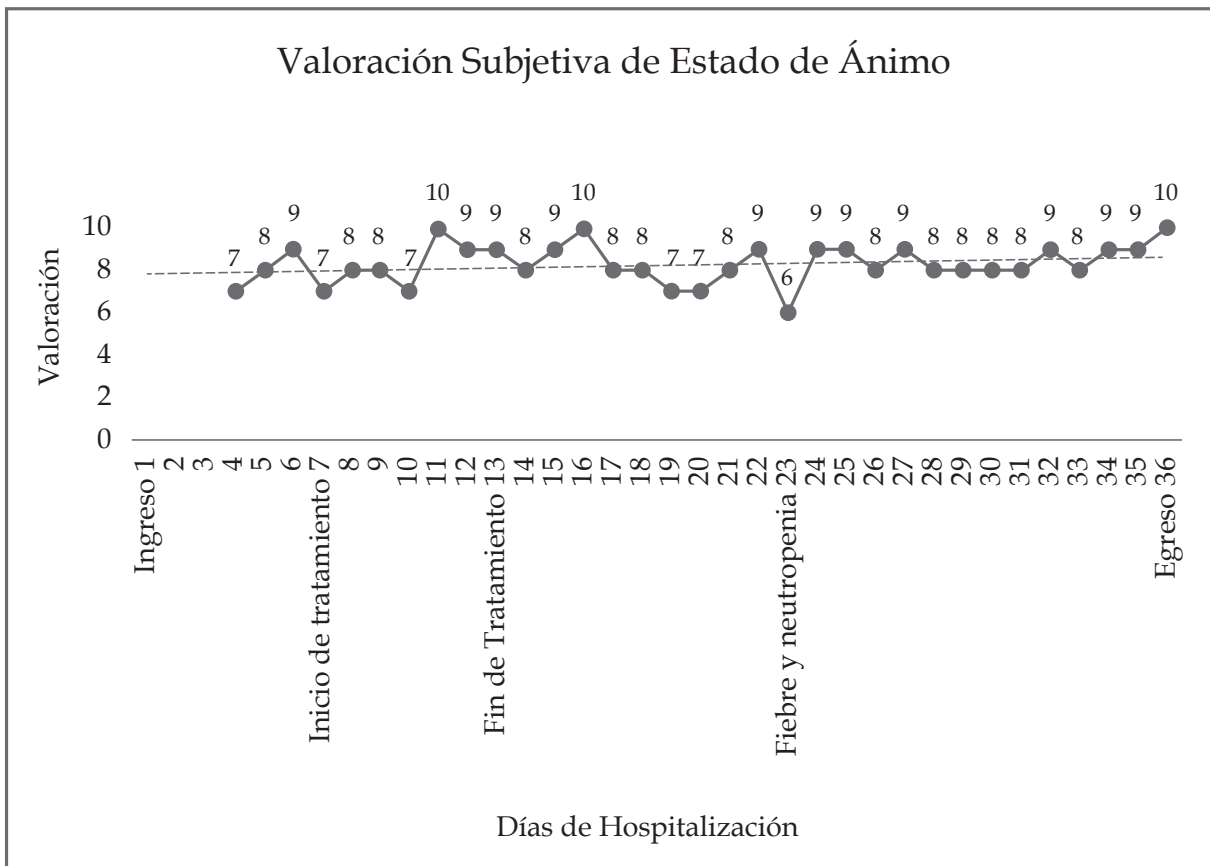


Figura 7. Estado de ánimo paciente 1

Los puntajes altos en este paciente pueden ser asociados a eventos agradables como visitas de familiares (tíos, hermanos) o eventos de buenos resultados de otros pacientes durante la hospitalización (altas en el tiempo pronosticado, pocos efectos secundarios en el tratamiento, rotación de personal conocido). El único evento donde la valoración fue menor (6) lo anotó el día 23 de hospitalización, cuando presentó el malestar físico de la fiebre.

Respecto a síntomas (véase Figura 8) este paciente fue el único del grupo que realizó pocas anotaciones, pues refería no presentar ninguno. De los anotados, los más recurrentes fueron rechinar o apretar de dientes, músculos tensos o contraídos y malestar estomacal, este último asociado a neutropenia.

Respecto a síntomas (véase Figura 8) este paciente fue el único del grupo que realizó pocas anotaciones, pues refería no presentar ninguno. De los anotados, los más recurrentes fueron rechinar o apretar de dientes, músculos tensos o contraídos y malestar estomacal, este último asociado a neutropenia.

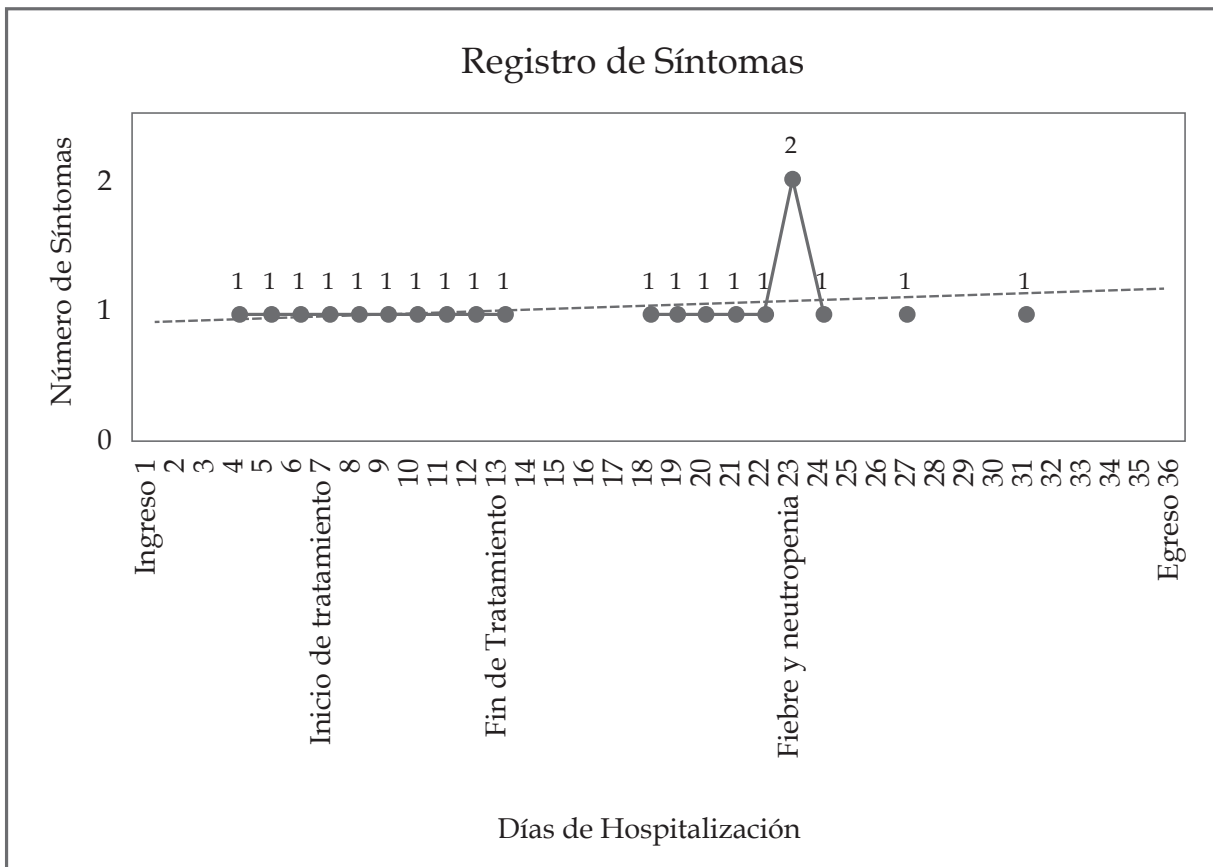


Figura 8. Registro de numero de síntomas del paciente 1

Paciente 2. Femenina de 48 años de edad, menor de nueve hermanos, originaria y residente del Distrito Federal. Casada (21 años), con dos hijos varones de ocupación fabricación y venta de regalos y manualidades. Después de cerca de un mes con síntomas como malestar físico, cansancio y un extraño taponamiento en la nariz que no le permitía respirar, acudió al servicio de urgencias del hospital debido a una abundante hemorragia bucal nocturna que no remitió en un par de horas. La paciente refirió conocer poco sobre la enfermedad, aunque comentó saber que tenía grados y esperaba estar en

uno de los más tempranos para “poder curarme”. Refirió estar preocupada por estar lejos de su familia (hijos, y madre, persona de 80 años de edad), los gastos a pagar (pues el esposo tenía trabajo eventual y lo podría perder dado que sería el cuidador principal) y también tener miedo de no saber lo que le esperaba pues el cáncer «es la muerte» (debido al antecedente de una hermana fallecida por cáncer de mama, y otra en tratamiento).

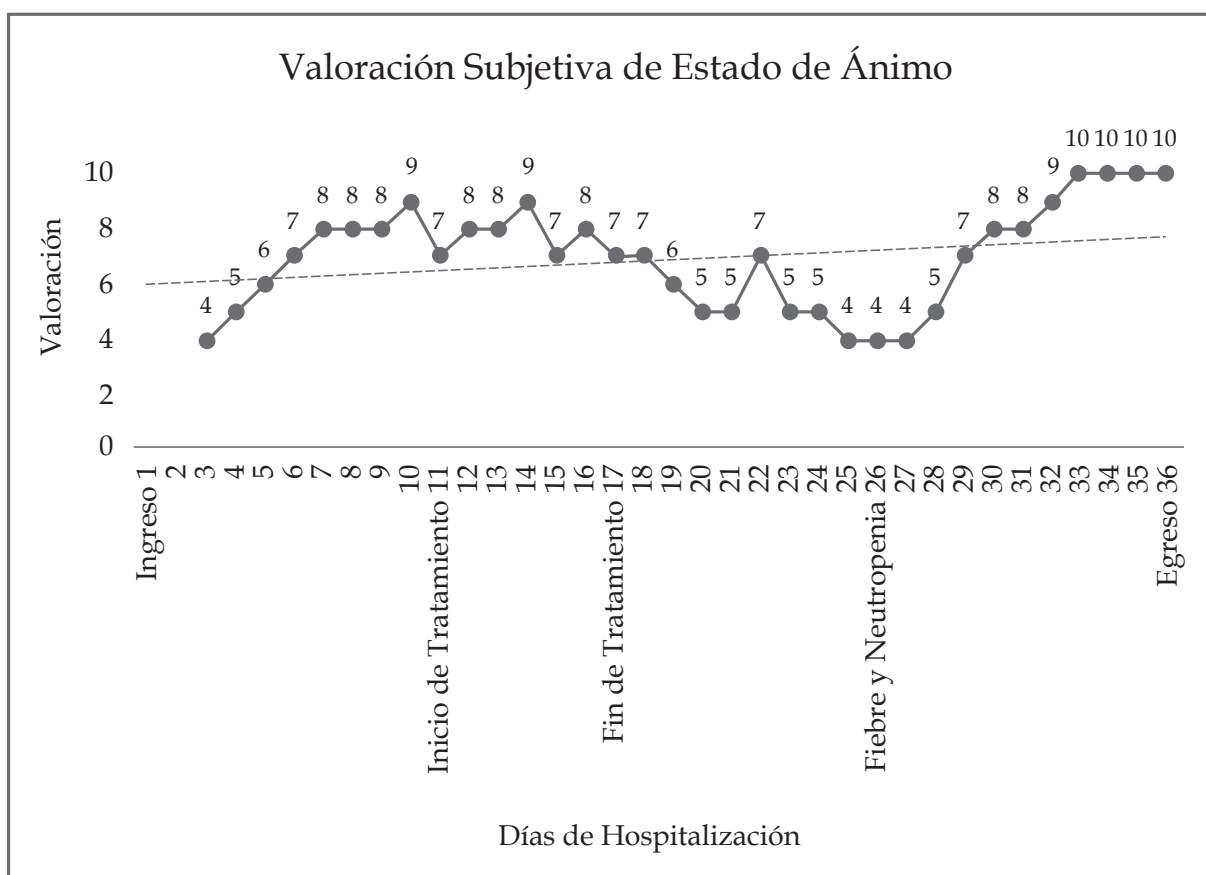


Figura 9. Valoración subjetiva del Estado de ánimo de la paciente 2.

Durante la hospitalización, siguiendo con la valoración subjetiva del estado de ánimo (Figura 9) la paciente ME presentó sus puntuaciones más bajas durante el inicio de la fiebre y neutropenia (hacia el día 26 de hospitalización), y las puntuaciones más altas durante la víspera a su egreso, (día 33 a 36 de hospitalización). Respecto al registro de síntomas, la paciente indicó lo que se muestra en la Figura 10. En los días previos al tratamiento sí existió una

molestia, pero no era de origen ansioso: dificultad para respirar, lo que analizó y se relacionó con el taponamiento nasal, el cual se concluyó ocurría debido a infiltración leucémica en los senos nasales y parte del maxilar superior.

De los síntomas reportados (Figura 10) el más frecuente fue sensación de inquietud (10) seguido de dificultad para dormir (7), cuerpo tembloroso (5), dificultad para concentrarse (3) y sensación de que algo malo va a pasar (3). Hacia el final de la hospitalización la paciente ya no anotó nada y refirió sentirse muy bien, aunque se valoró la situación y se concluyó que la paciente, al ver que otras compañeras del aislado en hospitalización próximas a salir se quejaban y las retenían para practicarles más estudios, posponiendo su egreso, ella había revalorado sus síntomas y callado sus malestares, lo cual podría poner en riesgo su salud de forma innecesaria ante la urgencia de salir. Cabe mencionar que este tema fue retomado para las sesiones de reestructuración cognitiva.

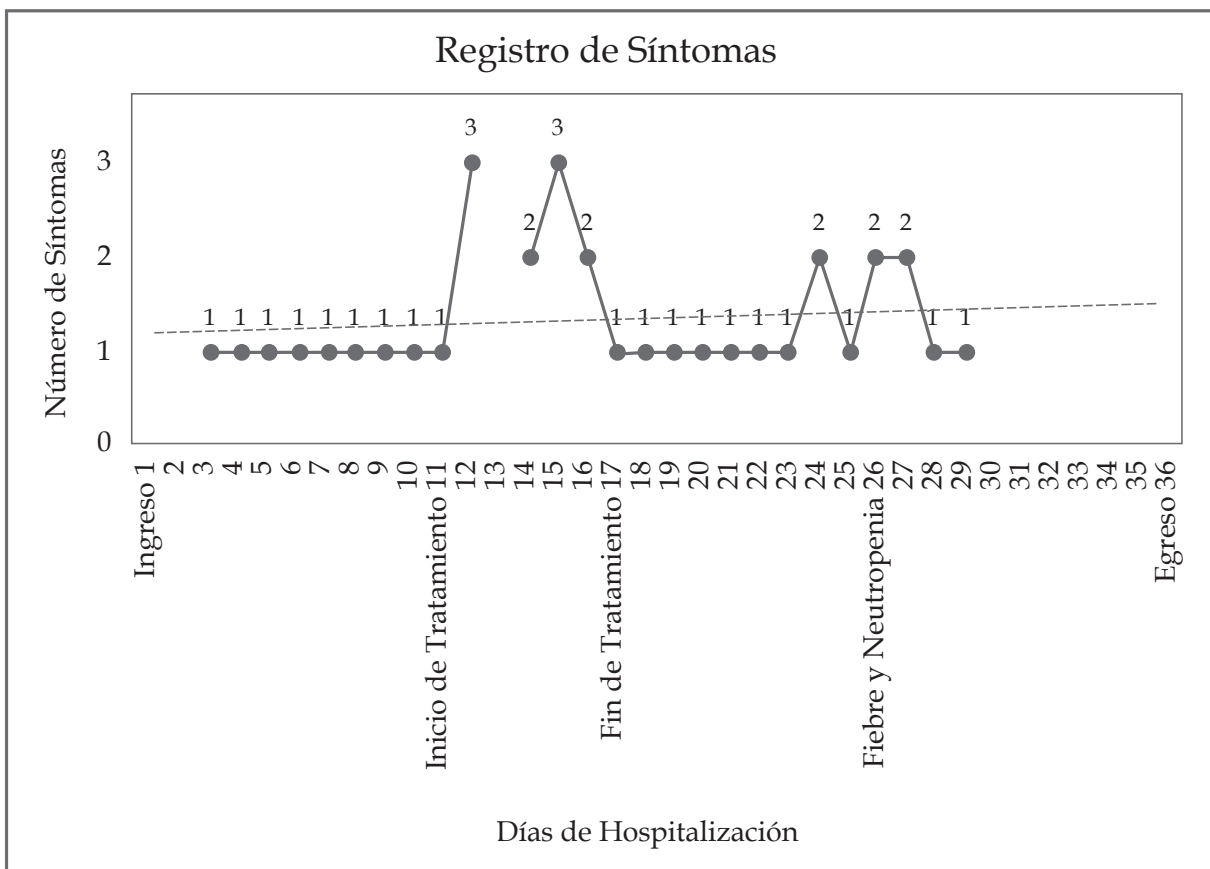


Figura 10. Registro de número de síntomas de la paciente 2.

Paciente 3. 43 días de hospitalización. Paciente masculino de 30 años de edad, originario del estado de Guerrero. Educación secundaria. Casado (9 años), con 5 hijos, de ocupación actual campesino. Después de un mes con malestar parecido a la gripa (fiebre, dolor muscular, cansancio extremo) llegó a la Ciudad de México acompañado de sus hermanas y un amigo del pueblo donde radica, directamente del Hospital General de Acapulco, donde permaneció tres días hospitalizado y únicamente le habían colocado plaquetas y sangre, ya que no contaban con los medios adicionales para atenderlo. En el servicio fue evaluado en situación de gravedad, mostrando aun sangrado nasal y bucal. A la entrevista refirió sentirse muy débil, cansado y con temor de no volver a ver a su familia. “ Aunque aquí los médicos no me han dicho como voy, me siento muy mal. En Acapulco me dijeron que tengo una enfermedad grave, la leucemia, un cáncer, y que si no me atienden rápido voy a morir... Quiero ver a mi esposa y a mis hijos... pero estoy tan lejos” (sic. pac.) Contaba con el apoyo de sus hermanas para ayuda de cuidado y costos derivados del tratamiento, además de algunos recursos que pudieron recibir por apoyo de la comunidad donde vivía. En cuanto reunieron los recursos económicos recibió también la visita de su esposa, cosa que ocurrió hacia el 13avo día de internamiento, elemento que quedó reflejado en la valoración subjetiva de estado de ánimo, que puede verse en la Figura 11, valoración que fue la más alta que realizó durante todo este periodo. Otras situaciones que reflejó que lo mantenían de buen humor era la convivencia con otros pacientes en el aislado, la visita de otros familiares. Situaciones que lo hicieron estar a la baja fueron la cantidad de síntomas físicos y molestias del cuerpo, elementos que también se ven reflejados en el registro de síntomas, que se puede ver en la Figura 12.

Después del análisis cualitativo y cuantitativo correspondiente al registro de síntomas (Figura 12) y las verbalizaciones del paciente, se puede comentar que muchos de los síntomas reflejados por el paciente 3 en su registro tienen poco en común con la ansiedad, y sí más con síntomas físicos relacionados al estado de su cuerpo ante el deterioro producido por la enfermedad, el

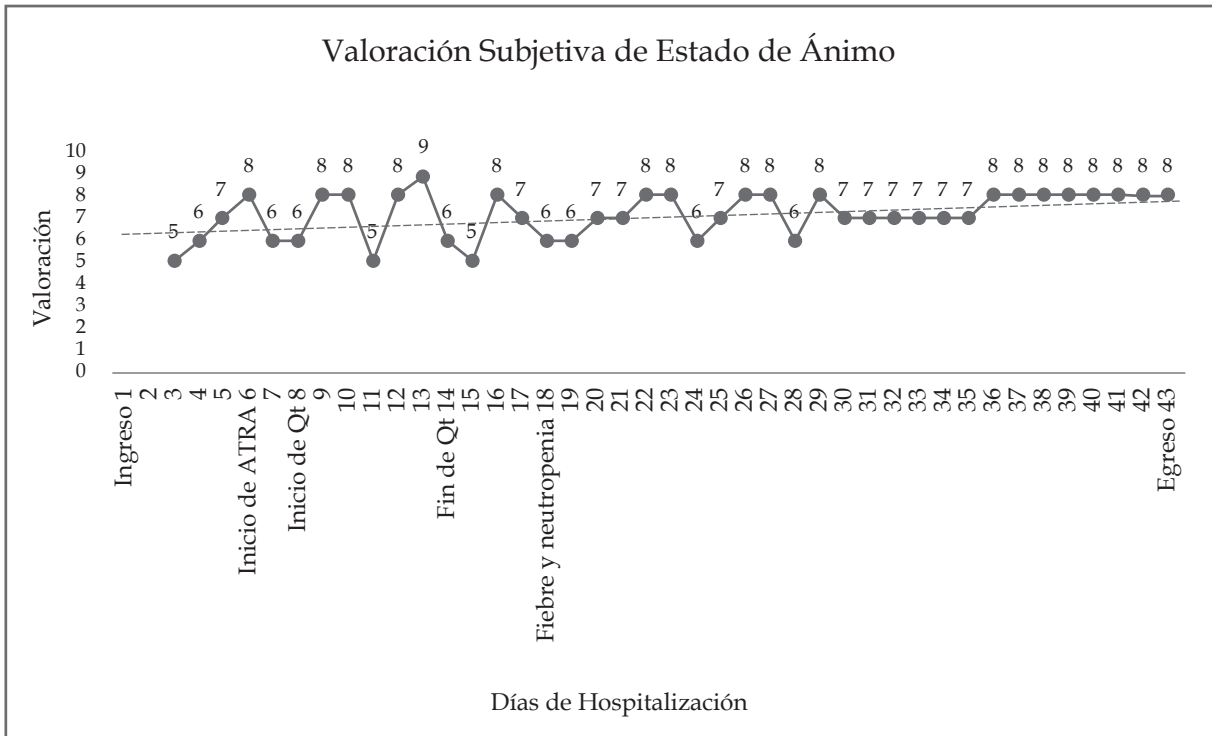


Figura 11. Valoración Subjetiva del Estado de ánimo del paciente 3.

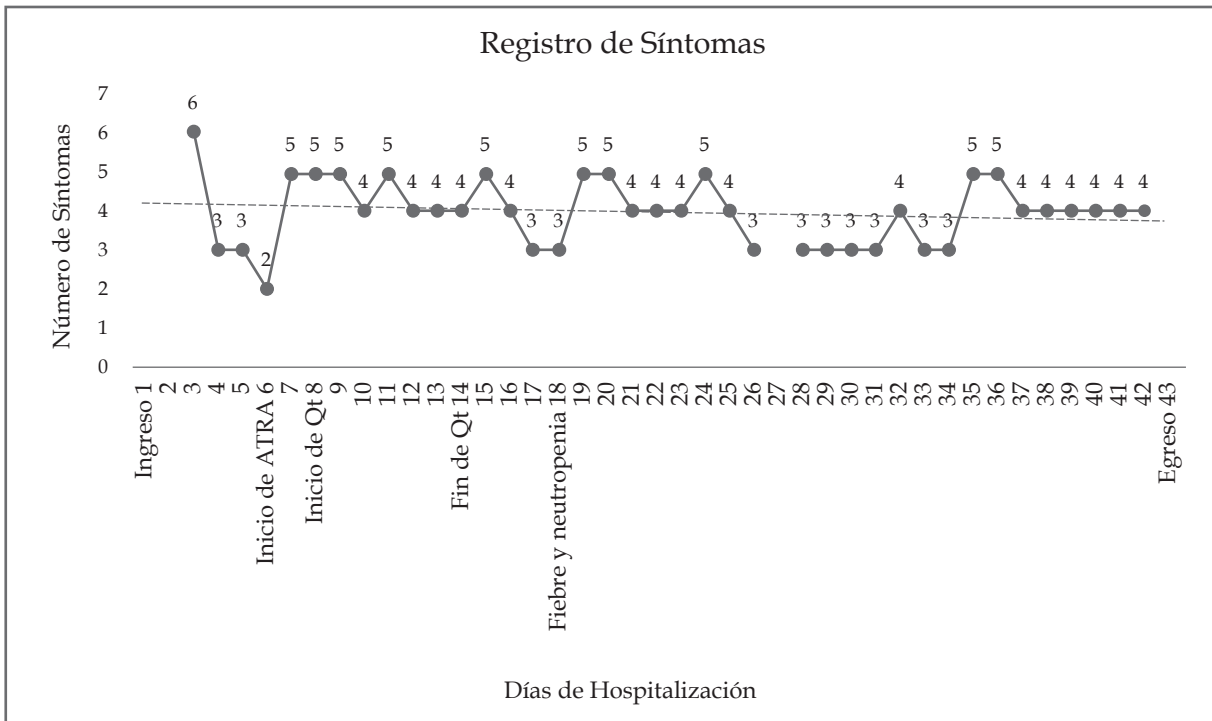


Figura 12. Registro de número de síntomas de la paciente 3

tratamiento y la prologada hospitalización. Síntomas frecuentes mencionados fueron: dolor en el pecho; entumecimientos u hormiguelo; dificultad para concentrarse; manos temblorosas; cuerpo tembloroso; músculos tensos, contraídos; dolor de cabeza, cuello, espalda; síntomas relacionados con la ansiedad fueron irritabilidad, enojo; nerviosismo y sensación de que “algo malo va a pasar”.

Paciente 4. 39 días de hospitalización. Paciente femenina de 18 años de edad, originaria y residente del Estado de México. Soltera, la mayor de 4 hermanos. Escolaridad secundaria incompleta, de ocupación aprendiz de estilista. Después de pasar cerca de 15 días con malestar general, dolor de garganta, busco atención en el Hospital General de Texcoco, donde permaneció hospitalizada cinco días hasta que fue referida al Hospital Juárez, donde permaneció dos días en medicina interna antes de cambiarla al servicio de hematología. Cuando la paciente se enteró del probable diagnóstico ante el cambio de servicio, sufrió una crisis de llanto que inquietó al cuerpo médico, para lo cual fue requerida la atención del residente de Medicina Conductual, quien realizó una intervención en crisis y de forma complementaria dio inicio al proceso de evaluación para la intervención principal.

La paciente 4 refirió ideas disfuncionales catastróficas (tipo inferencia arbitraria, maximización) cuyo contenido estaba relacionado con la muerte, la incapacidad permanente y el aislamiento (“no voy a salir de aquí jamás, moriré y no volveré a ver a mis hermanitos”, sic.). Había nociones de la enfermedad por programas de televisión, aunque se desconocía al completo el tipo de tratamiento, condiciones y su duración, aunque lo anticipaba como doloroso y molesto.

De apoyo social contaría con la participación de su madre y una tía como cuidadoras principales, además de contar con la ayuda de la Fundación de Casa de la Amistad A. C., dado que por su padecimiento el tratamiento podía ser costado casi en su totalidad por esta institución.

Respecto a la valoración subjetiva de estado de ánimo (Figura 13), la paciente 4 reflejó en los registros para los puntajes más altos el poder platicar con sus hermanos vía telefónica, la visita de un tío y en la víspera de su egreso el salir por fin del hospital.

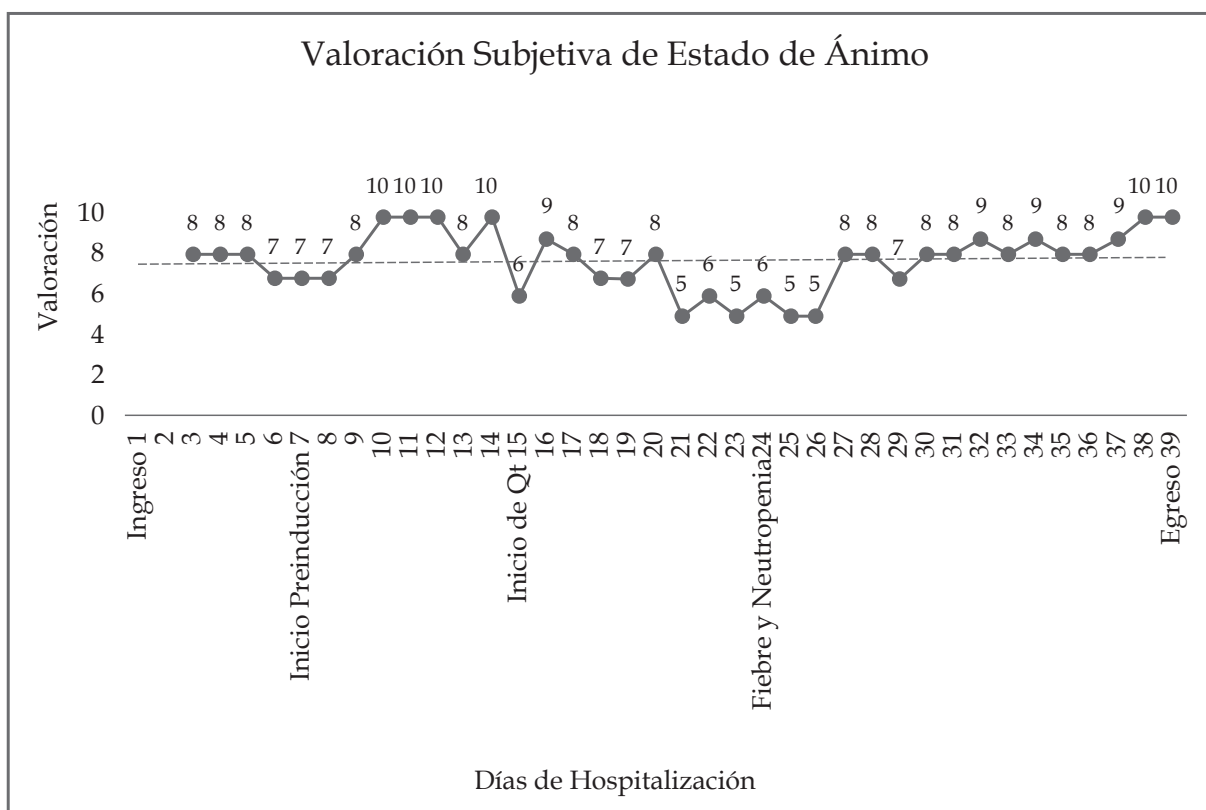


Figura 13. Valoración subjetiva del Estado de ánimo de la paciente 4.

Respecto al número de síntomas (Figura 14), al igual que con otros de los pacientes de este estudio, varios fueron asociados al malestar físico antes que a la ansiedad, sobresaliendo de manera importante por su frecuencia: sentir oleadas de calor, bochornos; malestar estomacal (nauseas, diarrea); sudoración no debida al calor; dolor de cabeza, cuello y espalda. Asociados a ansiedad se encontraron: músculos tensos, rígidos; nerviosismo; sensación de que algo malo va a pasar; asustado; dolor en el pecho y dificultad para dormir.

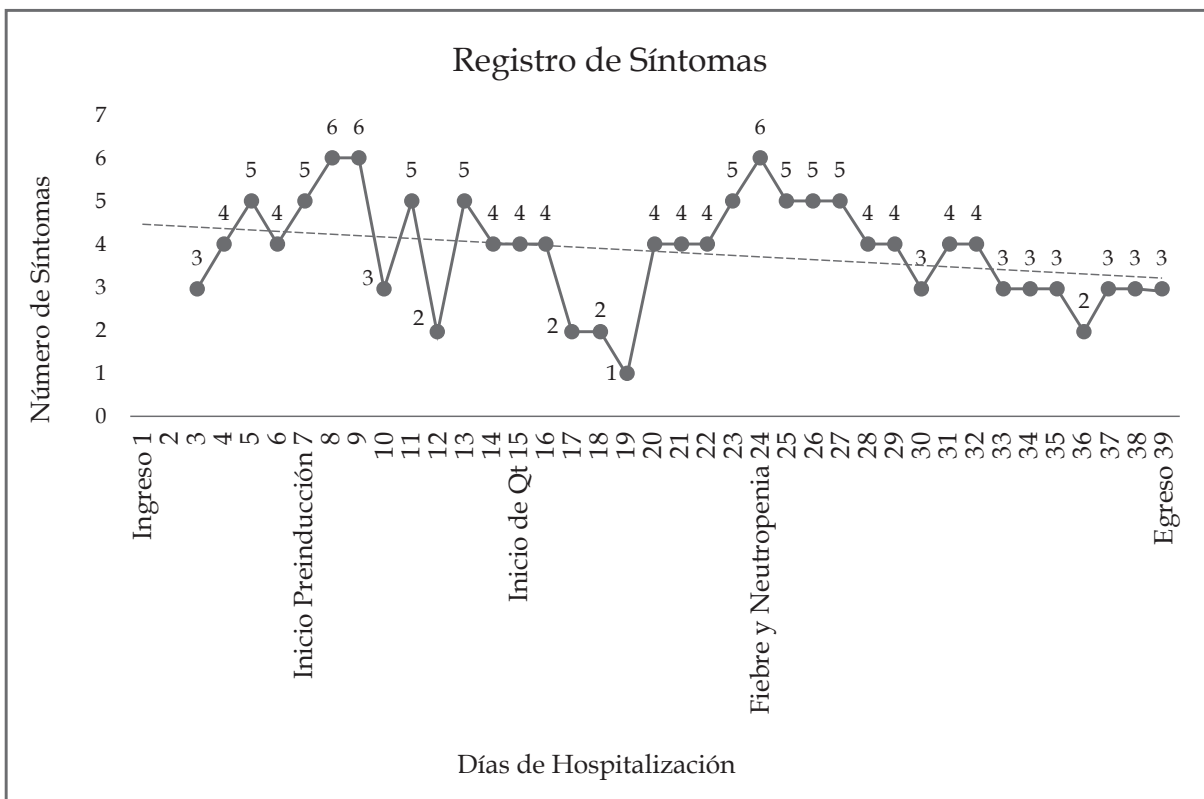


Figura 14. Registro de número de síntomas de la paciente 4.

Paciente 5. 43 días de hospitalización. Paciente masculino de 42 años de edad, originario y residente del Estado de México. Mayor de 4 hermanos. Soltero, con una hija (4 años). Escolaridad licenciatura (ingeniería), de ocupación negocio propio de venta de productos químicos para estéticas. Inició su padecimiento cerca de tres semanas atrás antes de internarse, con malestar general, cansancio y dificultad para respirar, que fueron incrementándose al paso de los días, hasta que acude a recibir atención a un consultorio de farmacias similares, donde mediante una biometría lo exhortan a acudir a recibir atención a un hospital grande, por lo que llega al Juárez. Lo reciben en consulta general con los estudios de biometría hemática y deciden referirlo de urgencia a consulta en hematología, donde el médico tratante decide internarlo, y hace de su conocimiento su impresión diagnóstica. En hospitalización y ya confirmado el diagnóstico, el paciente se muestra tenso, con movimientos estereotipados de manos y pies, hipervigilante.

A la entrevista refiere poco contacto con el equipo médico, pues no responden sus dudas “como debe de ser” (sic.). El paciente también refiere temor a morir, a no volver a ver a su hija, a contarle a las personas más importantes (que podrían brindar apoyo social) que tiene leucemia [“no quiero que me tengan lástima ni hablen chismes de mí”, (sic)] a ver cosas horribles en hospitalización (cuenta con antecedentes de cuidador en internamientos de su madre que padece diabetes) y al tratamiento, del cual tiene nociones relacionadas a que provoca muchas molestias.

Respecto a la valoración subjetiva del estado de ánimo (Figura 15), el paciente reportaba estados con tendencia a la baja, muchos de ellos relacionados a la mala relación con el equipo médico, a la experiencia de ver fallecer a dos personas durante su internamiento (y que según él, “pudieron haberse evitado”) y al constante pensamiento de que en la leucemia no hay certezas, y “eso es lo que necesito”.

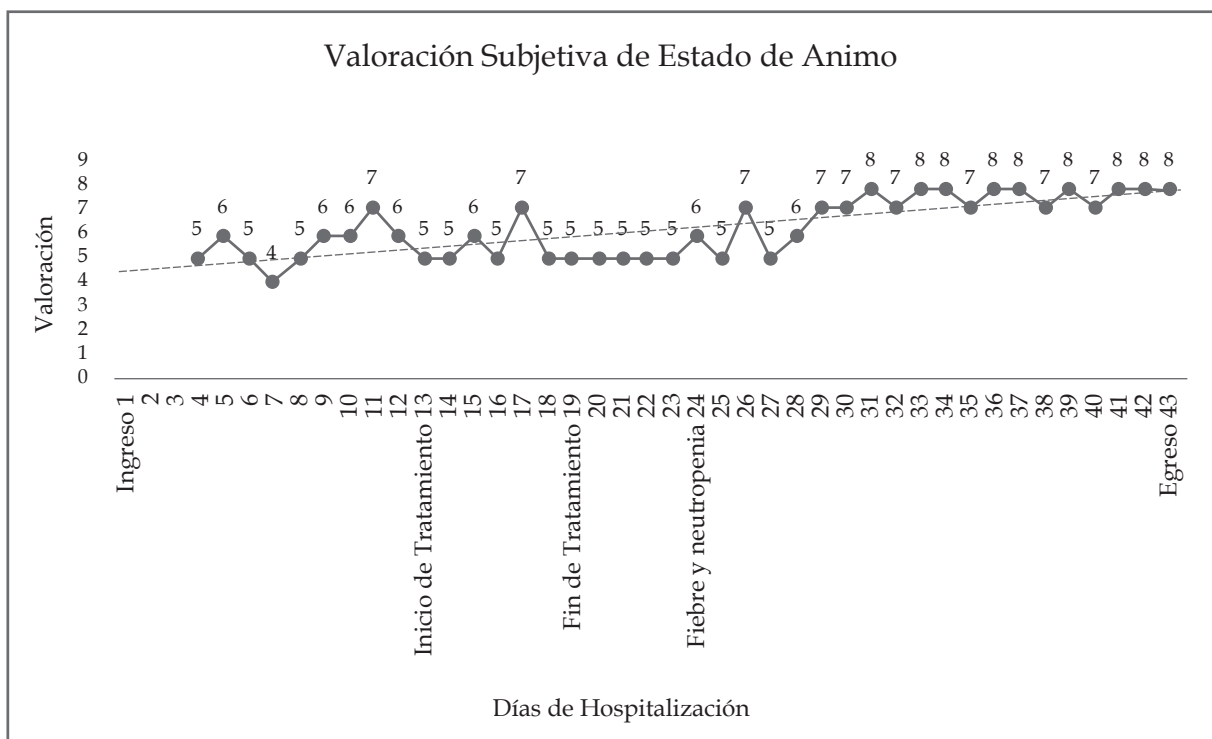


Figura 15. Valoración de estado de ánimo, paciente 5

Respecto al registro de síntomas (Figura 16), el paciente refirió como más frecuentes y relacionados con la ansiedad: sensación de que algo malo va a pasar; músculos tensos, contraídos o rígidos; dolor de cabeza, cuello o espalda; dolor y opresión en el pecho. De malestares relacionados con el estado físico, el tratamiento y la hospitalización el paciente refirió otros elementos como dolor anal, dificultad para concentrarse, latidos acelerados, debilidad, dificultad para dormir.

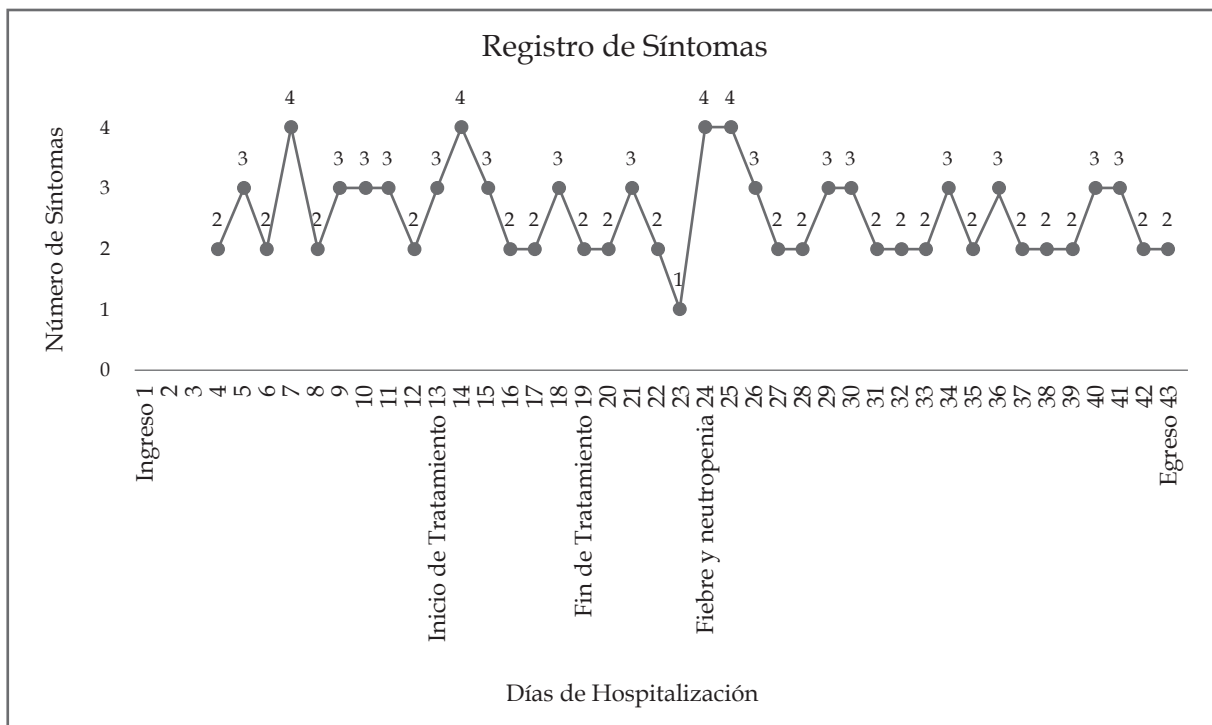


Figura 16. Registro de número de síntomas, paciente 5

Seguimiento.

Se pudieron realizar varias aplicaciones posteriores con cuatro de los cinco participantes que fueron incluidos en la intervención. Excepto con el paciente 3, con el resto de los participantes no se pudo llegar a evaluar hasta el final del tratamiento en hospitalización, restando al menos 2 internamientos más, debido a que el tiempo de permanencia del residente de Medicina Conductual llegaba a su fin en el servicio. Con la paciente 4 ya no se pudieron

realizar más mediciones debido a que ya no se presentó a atender la orden de hospitalización. Se consultó con Trabajo Social y al parecer la paciente había logrado ingresar al IMSS, pero no se confirma esto.

En promedio, el seguimiento fue realizado 18 días después de cada hospitalización, al reingreso, aunque en el caso del paciente 3 fue realizado hasta 25 días después, dado que su tratamiento es completamente diferente a otras leucemias de tipo mieloide e implica menos tiempo en hospitalización dado que puede recibir su tratamiento de forma ambulatoria.

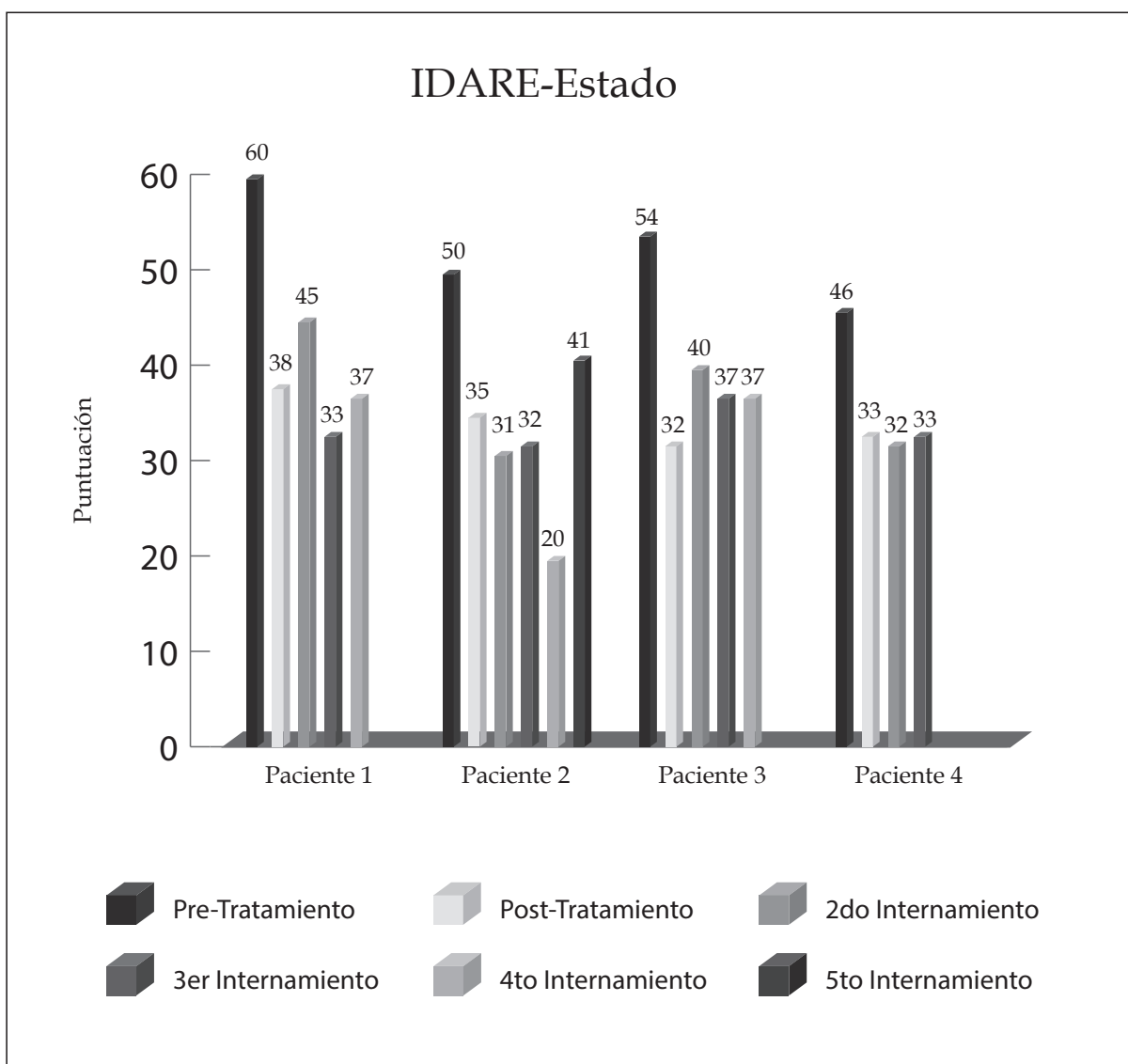


Figura 17. Resultados del IDARE-Estado durante el seguimiento.

En la Figura 17 se observan los puntajes brutos del instrumento IDARE-E, donde puede observarse una disminución sostenida en los puntajes de los pacientes en general. En el caso de la paciente 2, de quien se pudo obtener una sexta medida, se vuelve a dar un pico a la alza, debido probablemente a la dificultad presentada durante dicho internamiento, que consistió en síntomas variados provocados por una súbita baja de defensas, lo cual la puso en estado grave.

En la Figura 18 se pueden observar los puntajes brutos para el IDARE-R, observándose variaciones poco significativas a lo largo de las distintas mediciones que se pudieron aplicar.

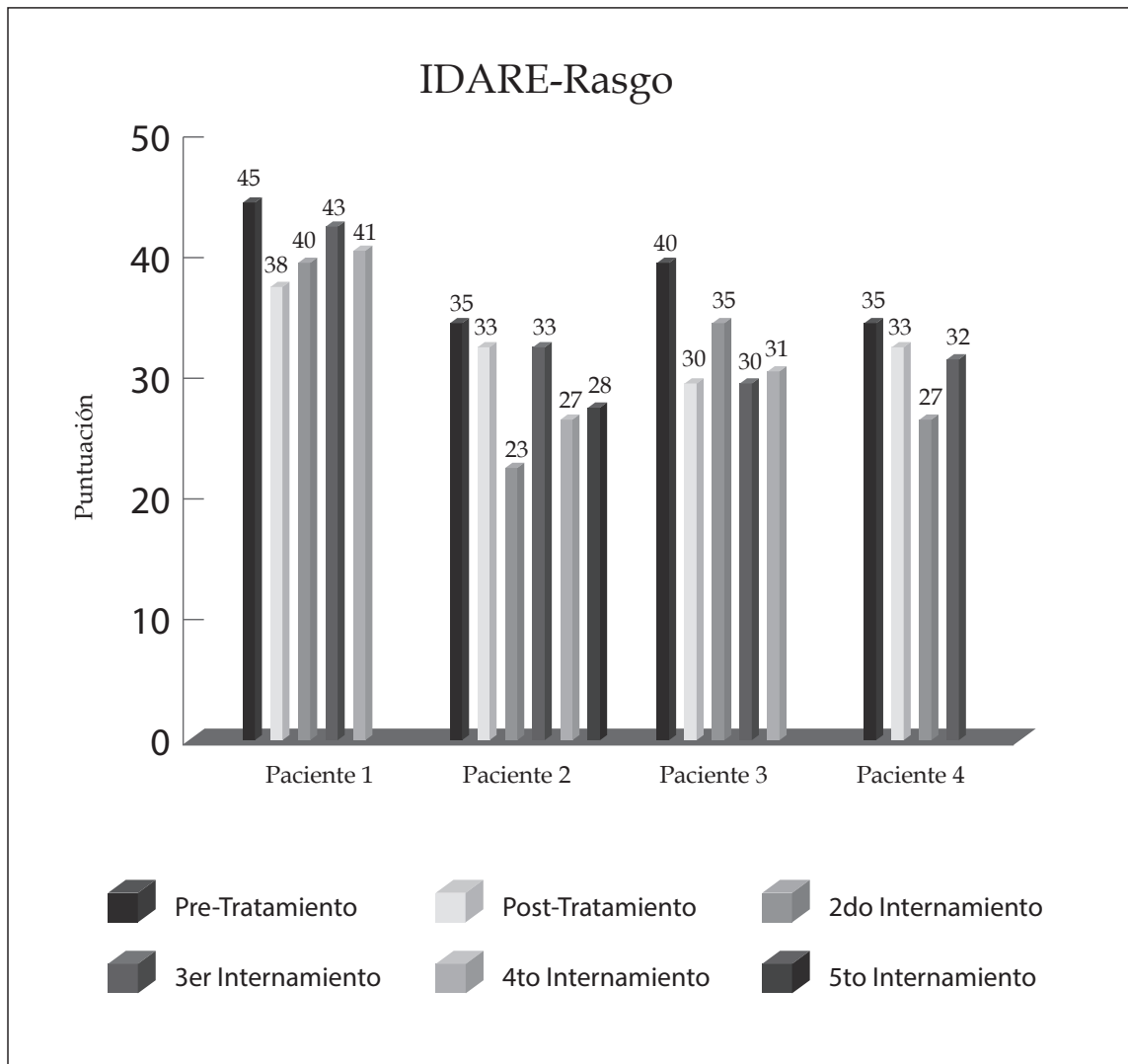


Figura 18. Resultados del IDARE-Rasgo en el seguimiento

En la Figura 19 se pueden observar los puntajes obtenidos para el instrumento HADS en la subescala de ansiedad, donde se observan que las puntuaciones continuaron bajas y prácticamente al mismo nivel en los cuatro pacientes evaluados. El paciente 1 continuó presentando niveles moderadamente altos de ansiedad después de la intervención, y la paciente 4 mostro decremento en la medida post-tratamiento y el segundo internamiento, y fue la única que regreso a la medida pre-tratamiento.

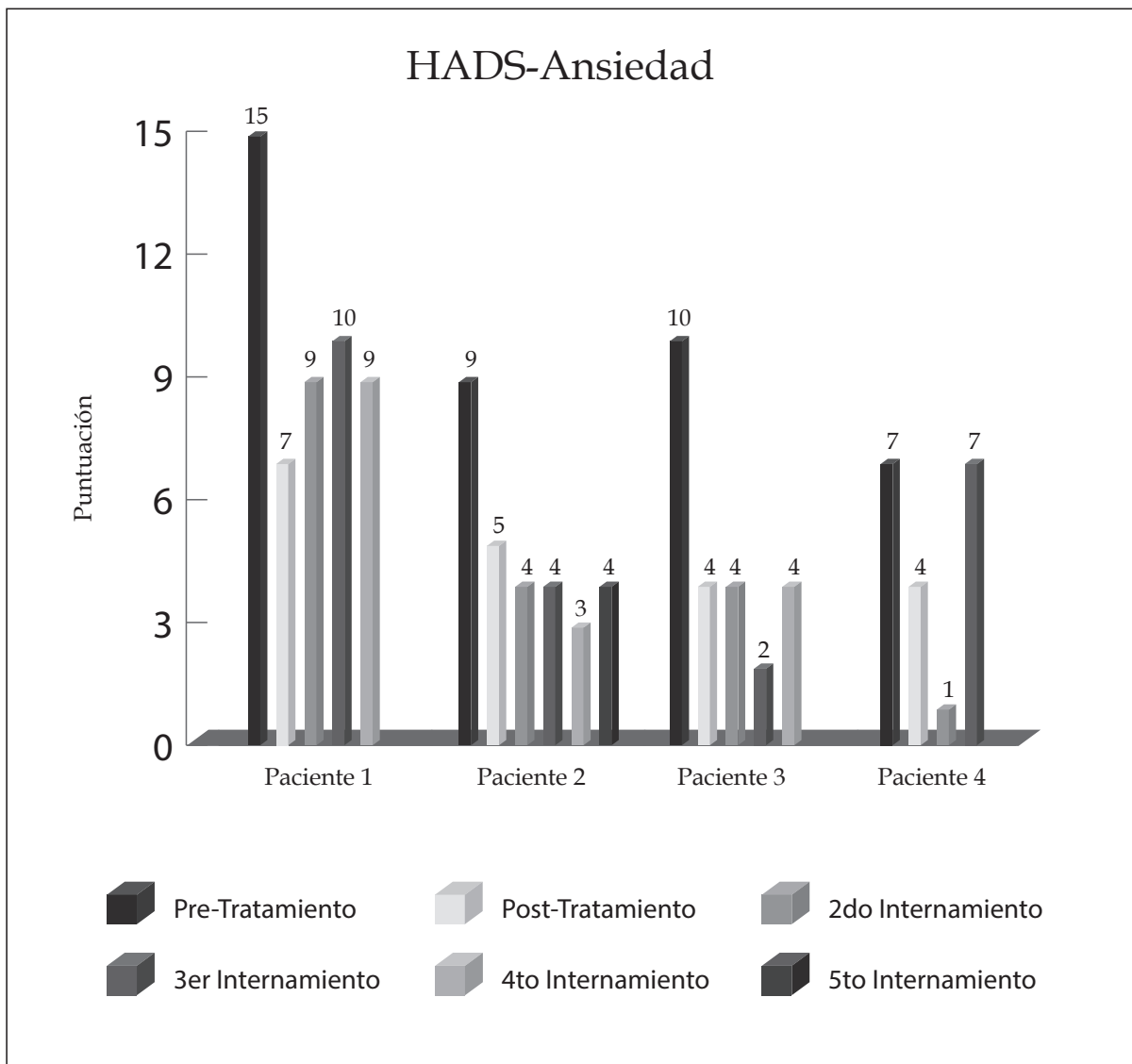


Figura 19. Resultados HADS-Ansiedad en el seguimiento

En la Figura 20 se muestran los datos obtenidos para la subescala HADS-Depresión, donde los puntajes se muestran a la baja en el transcurrir de las mediciones. Llama la atención la paciente 2, donde después de un descenso importante vuelve a subir durante los últimos dos internamientos, probablemente relacionado a la situación médica a la que se enfrentó en ese momento. El paciente 1 presenta un pico durante el 3er internamiento, lo cual puede ser asociado a dificultades económicas para trasladarse desde el lugar de origen.

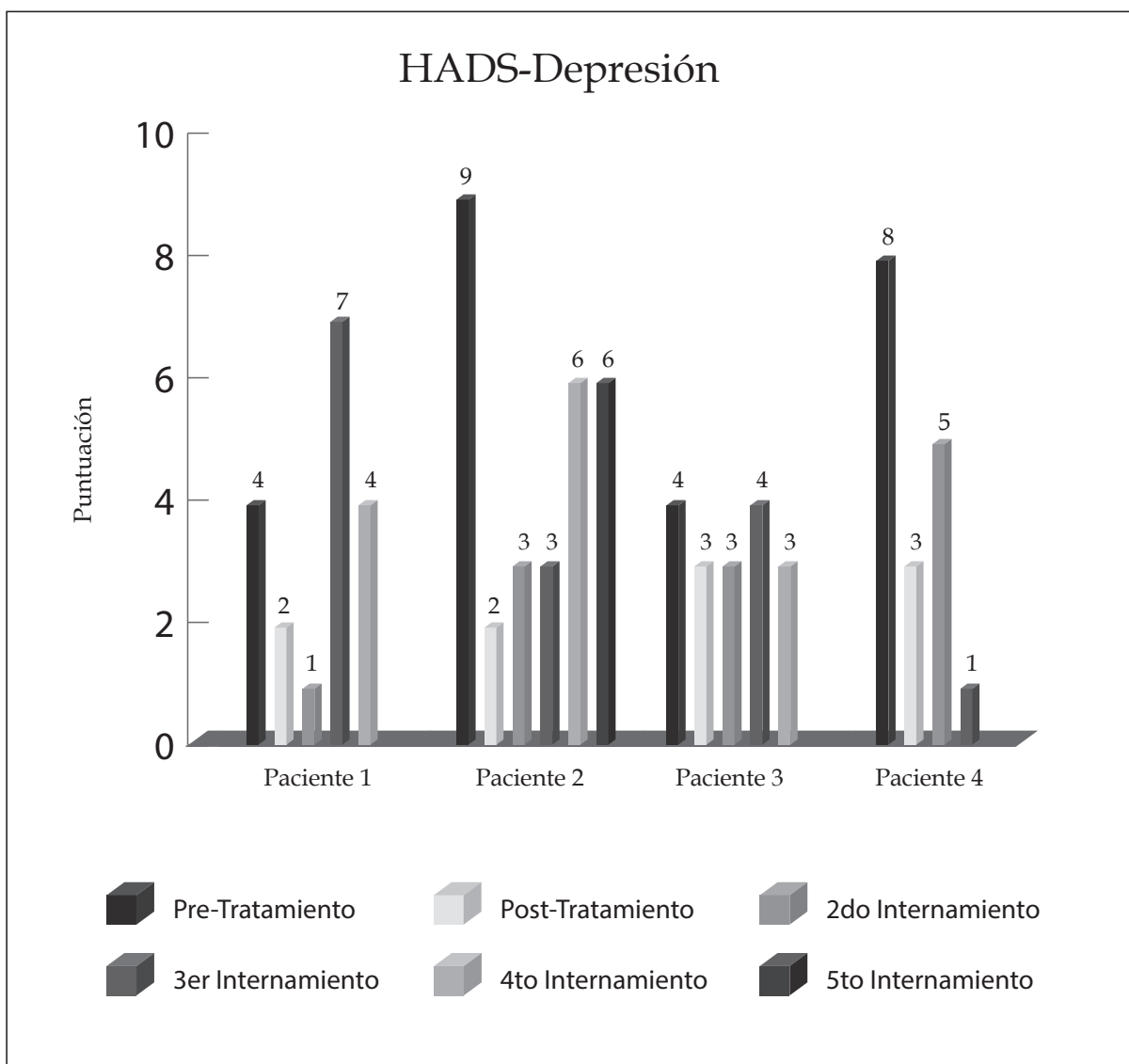


Figura 20. Resultados HADS-Depresión en el seguimiento

En la Figura 21 se pueden observar los puntajes para la variable de Control Percibido en Salud con los cuatro pacientes, donde se observa cambios a la alza en los cuatro pacientes en el tiempo posterior a la intervención. Cambios significativos se dieron en el paciente 3, quien subió 8 puntos entre la primera y última medida. La paciente 2 subió hasta 11 puntos, pero el malestar presentado al inicio del quinto internamiento disminuyó ligeramente el aumento. La paciente 4 mantuvo prácticamente los mismos niveles durante las cuatro medidas, mostrando el aumento de un punto únicamente entre la evaluación inicial y la evaluación durante su tercer internamiento, el último al que ingreso en el hospital.

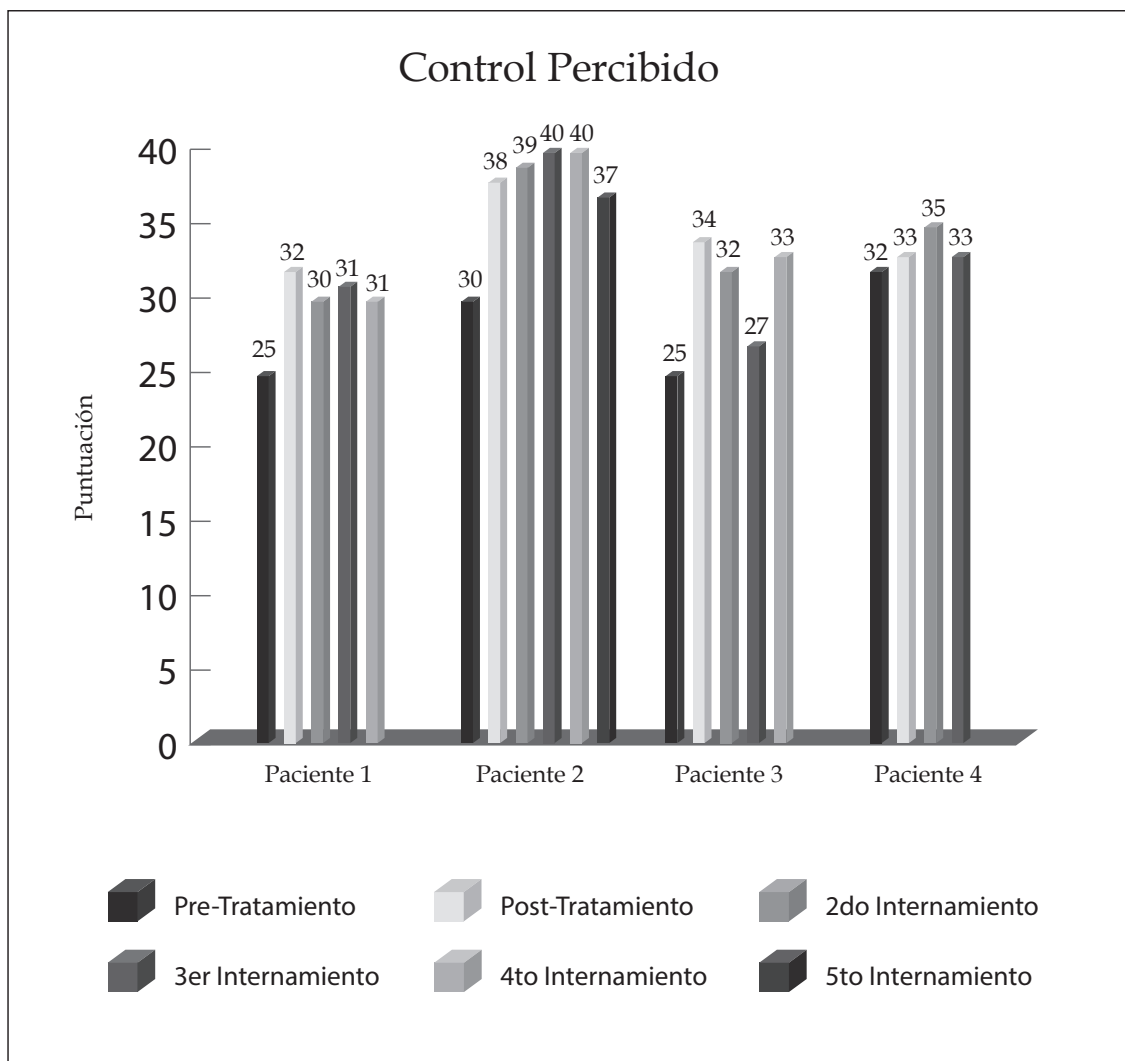


Figura 21. Resultados Control Percibido en el seguimiento

Discusión

El objetivo principal de la presente investigación fue analizar la eficacia de una intervención cognitivo-conductual sobre la sintomatología ansiosa y la percepción de control en pacientes con diagnóstico de leucemia aguda. Los resultados obtenidos en líneas generales muestran una reducción en los puntajes de ansiedad y un aumento en la percepción de control (competencia percibida en salud), lo que se tradujo en una mejoría clínica de cada uno de los participantes.

Por otra parte, los datos permiten delinear una intervención en este tipo de pacientes que aborda de forma integral componentes de terapéutica psicológica dentro del marco cognitivo-conductual, los cuales cuentan con un amplio cuerpo de evidencia que soporta su utilidad en el manejo de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con cáncer, que a su vez pueden coadyuvar en el desarrollo de habilidades para enfrentar y adaptarse a las distintas etapas de evolución de la enfermedad (Sage, Sowden, Choltan, & Edeleanu, 2008b; Traeger et al., 2012). Además, la intervención, aunque estructurada y sistematizada en líneas generales, se desarrolló de manera flexible y adaptable a las necesidades de los pacientes, debido a que se recomienda modificar el trabajo terapéutico en función de las variaciones conductuales, cognitivas y emocionales que pueden presentarse a lo largo del tratamiento así como modificaciones en el estado de salud debido al mismo y a la condición hospitalaria (Rivera-Fong, 2014).

En el caso de los pacientes que incrementaron de forma significativa su puntuación de percepción de control a la par de la disminución de sus puntuaciones en ansiedad, está en consonancia con lo encontrado por Lledó-Boyer et al. (2010) en el caso de pacientes con fibromialgia, los cuales encontraron varias relaciones entre las Creencias de Competencia en Salud (o control) con el impacto físico, psicosocial e intensidad del dolor, mediadas por estados emocionales de ansiedad y depresión (más afrontamiento centrado en la enfermedad).

En el modelo de ecuaciones estructurales obtenido por los autores, una de las relaciones permite afirmar que altos niveles de autoeficacia y control percibido (la mejora de estas creencias de competencia) que pueden traducirse en cambios notables en el estado de salud (que en el caso de pacientes con fibromialgia es reducción del impacto físico de la enfermedad), así como la reducción en niveles de ansiedad y depresión pueden tener impacto en el área psicosocial y del desempeño físico. Así, recuperando una vez más uno de los objetivos de este trabajo, la investigación tuvo como propósito desarrollar una intervención mediante componentes que de acuerdo a la revisión de la literatura (Lukens & McFarlane, 2004; Sage et al., 2008a; Rivero-Burón et al., 2008) pueden coadyuvar a desarrollar Creencias de Control que pueden traducirse en conductas para adaptarse a la enfermedad, recuperar la salud y la calidad de vida.

El que los pacientes puedan tener información acerca de la enfermedad que padecen, los efectos que produce en el cuerpo, los riesgos ante su no atención pronta y expedita, el tipo de tratamiento y las posibilidades que existen, sus efectos a largo plazo, lo que se puede realizar en hospitalización y en casa como las conductas de higiene y autocuidado así como la importancia de hacerlo, la necesidad de participación en la toma de decisiones del tratamiento en general y el poder desarrollar y concebir la participación de otros miembros de la familia y redes de apoyo en el mismo mediante la estructuración de estrategias terapéuticas y de afrontamiento como psicoeducación, ejercicios de solución de problemas y reestructuración cognitiva hacen que los pacientes reduzcan también sus niveles de ansiedad y puedan recuperar recursos personales y aprender maneras y estrategias nuevas para enfrentarse a una enfermedad de etiología incierta y pronóstico reservado como lo es la leucemia aguda en pacientes adultos.

Otro aspecto que se ha comentado en la literatura y que puede ser motivo de investigaciones futuras con este tipo de pacientes es el caso donde la percepción de control pudiera ser una variable contraproducente o poco adaptativa, sobre todo ante reiteradas tentativas fallidas que puede realizar el sujeto para obtener control en la enfermedad (Burish et al., 1984; Cano,

2005; Remor, Ulla, Arranz, & Carrobles, 2001). La leucemia aguda en adultos es una patología que sigue manifestando en la actualidad una alta tasa de recaídas en el corto plazo, lo que puede frustrar al paciente y cuestionar sus habilidades para enfrentarse al padecimiento.

La investigación desarrollada en el presente estudio se centró en la fase inicial del tratamiento de la leucemia y se enfocó en el desarrollo de habilidades para que el paciente pudiera controlar sus pensamientos y concomitantes estados emocionales ante los nuevos hechos presentados por esta enfermedad hematológica, así como en las posibilidades de modificación en el ambiente inmediato que le rodeaba (hospitalización y problemas personales derivados de la condición de enfermedad), en suma: dotar de habilidades para dominar la situación.

Algo que no se tocó en profundidad con los pacientes participantes de este estudio fue la posibilidad de las recaídas y algún plan de acción para llegar a hacerle frente. Es un tema muy delicado que se observó de manera tangencial en otros pacientes con leucemia que no participaron en el estudio, a propósito de observar la falla de tratamiento, complicaciones y muerte de otros pacientes-compañeros durante la hospitalización, mostrando sentimientos de tristeza y cogniciones catastróficas relacionadas como el “ya no hay nada que hacer... pero no quiero morir”.

Sería importante sistematizar una serie de estrategias y medir su impacto para abordar la problemática de desamparo o impotencia (helplessness) y que puedan incrementar la percepción de control mediante otros procesos adaptativos y de búsqueda de dominio en otras etapas de la enfermedad (la recaída en este caso), pudiendo ser, entre otras, buscar nuevas contingencias en el ambiente, identificar los límites de la acción efectiva y, en casos especiales y que podrían calificarse de no deseables, escapar de la situación, distanciarse de la misma o dejar el control en manos de otros (Baréz et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2010; Doka, 2010)

De acuerdo al tipo, número de participantes y al diseño empleado en el presente trabajo, no fue posible considerar otros mecanismos de control adicionales como una línea base múltiple o el registro de otros cambios

a corto plazo, para incrementar la validez interna y externa del trabajo investigación.

A pesar de los logros observados, es complicado atribuir de forma exclusiva los resultados a la intervención. Factores asociados a la hospitalización y la enfermedad como la convivencia con otros pacientes, la rotación de personal, la rotación de cuidadores, las visitas, las etapas de los distintos tratamientos, la evolución ante los mismos, y factores personales como la movilidad-cambio de institución ante los costos del tratamiento (conseguir afiliación al IMSS) entre otras variables, hacen difícil una comparación y contaminan los resultados, por lo que se hace necesario para futuros trabajos considerar también formas de medir estos factores y observar el papel que pueden tener en la evolución del tratamiento psicológico.

Una variable sobre la que no se impactó de manera clínica fueron los síntomas físicos derivados de la hospitalización y el tratamiento, ya que al finalizar el primer internamiento la mayoría de los pacientes presentaban de uno a tres síntomas, la mayoría asociados a la postración y la debilidad muscular. Sería importante incluir en otras intervenciones el manejo de este tipo de síntomas y componentes de terapia física (como lo que se hace con pacientes con problemas cardíacos en rehabilitación), los cuales muestran cierta eficacia en el tratamiento de estas molestias, sobre todo, al egreso de hospitalización (Rivera-Fong, 2014).

Otra limitación observada y que debe ser considerada es el seguimiento a largo plazo con este tipo de pacientes. El tiempo que pasa el residente de Medicina Conductual en el servicio (de manera reciente hasta año y medio) no es suficiente para observar en la mayoría de los casos la evolución de un paciente fuera del tratamiento-estancia en hospitalización, lo cual brindaría mucha información sobre la estabilidad de la intervención. Por ello, se plantea la necesidad de articular un trabajo a largo plazo mediante el supervisor *in situ*, quien pueda llevar con cierto detalle el trabajo realizado con los distintos pacientes, así como sugerir líneas nuevas de investigación o darle continuidad a las que se puedan establecer en este tipo de enfermedad con todas las particularidades que se han descrito.

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o también conocidas como enfermedades crónicas, son aquellas que no se transmiten de persona a persona y que presentan una larga duración, evolucionando muy lentamente. Hay cuatro grandes tipos/grupos de enfermedades no transmisibles: a) enfermedades cardiovasculares; b) el cáncer; c) las enfermedades respiratorias crónicas y d) la diabetes (WHO, 2013b).

Las ENT se han convertido en la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas. Datos de la Organización Mundial de la Salud indican que de los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo, 36 millones (63%) se debieron a ENT, y el mayor ritmo de aumento de la carga combinada de estas enfermedades corresponde a países, poblaciones y comunidades de ingresos bajos. Cerca de la cuarta parte de la mortalidad mundial relacionada con las ENT afecta a personas menores de 60 años. Además, suele pensarse que las ENT afectan a la población de ingresos altos, pero la evidencia disponible demuestra lo contrario. Estas enfermedades causan el 80% de las muertes en los países de ingresos bajos y medios, y son la causa de muerte más frecuente en la mayoría de los países, excepto en África, continente en el cual se prevé para 2030 que las ENT superaran por primera vez a las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales como primera causa de defunción (WHO, 2011).

Las ENT se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte del crecimiento económico, la urbanización y los modos de vida en el siglo XXI: consumo de tabaco, dietas malsanas, inactividad física y uso nocivo del alcohol. Y en poblaciones de ingresos bajos y medios es fácil que se produzca un círculo vicioso: la pobreza expone a la gente a factores de

riesgo comportamentales de las ENT y las ENT tienden a agravar la espiral que encajona a las familias a la pobreza. Por ello, si no se hace algo con este tipo de enfermedades en los países más gravemente afectados, el impacto seguirá acentuándose (WHO, 2011).

Existen dos grandes grupos de intervenciones que pueden realizarse para mitigar los efectos de este grupo de enfermedades: a nivel poblacional e individual. A nivel poblacional, relacionadas con las acciones gubernamentales y leyes en la materia, incluyen políticas como: imponer prohibiciones sobre la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco; aumentar impuestos sobre el alcohol; sensibilizar a la población acerca de la alimentación y la actividad física, en particular a través de los medios de comunicación; protección frente a factores de riesgo ocupacionales o medioambientales asociados al cáncer, como la aflatoxina, el amianto y contaminantes del agua potable.

A nivel individual, se sugiere la intervención de pacientes que padecen ENT o bien en quienes corren el riesgo de desarrollarlas mediante enfoques preventivos, antes que la atención sea en los servicios de urgencias de los hospitales, lugares donde llegan los afectados por ENT cuando ya se han manifestado como crisis agudas o complicaciones de largo plazo. Para ello, también es necesaria la articulación de acciones gubernamentales como el desarrollo de políticas de estado donde se fomente la creación de programas educativos y de prevención a largo plazo, así como se capacite al personal adecuado y lo integre para atender estas problemáticas de salud, que pueden generar un ahorro importante de recursos y/o canalizarlos a otros ámbitos de atención a la población (WHO, 2011).

Los factores de riesgo mencionados por la OMS para las ENT son variables en las que puede intervenir el trabajo de los especialistas en Medicina Conductual, pues es un campo interdisciplinar cuyo ámbito de aplicación está centrado en el contexto médico. Una definición de esta especialidad fue formulada por primera vez en la Conferencia de Yale en 1977:

La Medicina Conductual es un campo interdisciplinar interesado en el desarrollo e integración de los conocimientos de las ciencias biomédicas y del comportamiento de interés para la comprensión de la salud y de la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y técnicas para la prevención, evaluación, tratamiento y rehabilitación (Schwartz & Weiss, 1978).

Muchas otras definiciones de la Medicina Conductual están centradas en comprender y utilizar la relación entre el comportamiento humano y la enfermedad y/o el mantenimiento de la salud. De acuerdo a Borda-Mas, Pérez-San Gregorio y Blanco-Picabia (2000), quienes en su texto desglosan varias definiciones de esta interdisciplina hechas a lo largo de poco más de dos décadas, hay varias características fundamentales que pueden definir la Medicina Conductual:

1) Interdisciplinaridad. La Medicina Conductual es un campo interdisciplinario que puede integrar los avances de diversas áreas (fisiología, inmunología, antropología, etc.) con el objetivo de comprender, evaluar, diagnosticar, tratar y prevenir la enfermedad, y en última instancia, mantener la salud, desde un enfoque conductual.

2) Enfoque aplicado. Aprender, estudiar y analizar la conducta de la persona con problemas psicológicos y físicos para poder ayudarle a abordar y poner solución al problema (enfoque ideográfico).

3) Intervención y Rehabilitación. Además de los trastornos mentales, interviene en el tratamiento y rehabilitación de los trastornos físicos que resultan de la interacción entre los factores ambientales, biológicos y comportamentales.

4) Investigación. Hay interés en determinar el alcance de los procedimientos terapéuticos mediante la investigación clínica en el ámbito de los trastornos físicos y las disfunciones fisiológicas,

comparando la efectividad de técnicas de conducta versus otras psicoterapias, así como sobre el tratamiento farmacológico, intervenciones quirúrgicas y otros procedimientos médicos.

5)Prevenición. No restringe su actuación al tratamiento y la rehabilitación, sino que se encarga de la evaluación de las variables moduladoras que pueden encontrarse en los cuadros físicos y estudia los factores de riesgo para así prevenir las posibles recaídas o reincidencia de los trastornos médicos o disfunciones fisiológicas.

No es poco frecuente que se confunda la Medicina Conductual con la Psicología de la Salud. Pero, mientras la Medicina Conductual es un campo interdisciplinar que puede incluir varias áreas (ciencias biomédicas y del comportamiento, antropología, medicina, etc.) para tratar la enfermedad y promover la salud, la Psicología de la Salud se puede definir a grandes rasgos como una disciplina encargada de estudiar los avances que se producen en diversas áreas de la psicología (que pueden ser social, del aprendizaje, modificación de conducta, etc.) para poder ser aplicado, por ejemplo, en el campo de la Medicina Conductual (Borda-Mas, Pérez-San Gregorio, & Blanco-Picabia, 2000).

El presente apartado constituye el reporte de actividades asistenciales y de formación académica de un especialista en Medicina Conductual durante 18 meses de estancia en el servicio de Hematología del Hospital Juárez de México.

Primer Año de Residencia.

Hospital Juárez de México: Servicio de Hematología.

Descripción de la sede.

El Hospital Juárez de México, organismo desconcentrado de la Administración Pública Federal, se encuentra localizado en la avenida Instituto Politécnico Nacional número 5160, colonia Magdalena de las Salinas, C. P. 07760, en la Ciudad de México.

Fue fundado el 23 de agosto de 1847 en el edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo, por lo que su nombre inicial fue Hospital de San Pablo, El 19 de julio de 1872 recibe el nombre de Hospital Juárez, en homenaje al Licenciado Benito Juárez, Benemérito de las Américas.

A lo largo de su historia el hospital ha adquirido prestigio en el campo de la cirugía, lo que ha permitido que sea considerado como la cuna de la cirugía en México, sobre todo al periodo entre 1869-1880, considerado la edad de oro de la cirugía mexicana.

Hechos relevantes en la historia del hospital son: La realización de la primera radiografía mexicana, que se tomó en el Hospital Juárez el 1° de octubre de 1896 por el Dr. Tobías Núñez. El Dr. Barceló y Villagrán fue el segundo en hacer una transfusión sanguínea en América en 1860. Se fundó el primer banco de sangre del país en 1942. En la misma década de los cuarentas se abrió el banco de huesos el que exportó huesos al vecino país del norte, tal como lo señaló el Dr. Rene Leriche quien trabajo en el banco de huesos del Hospital Juárez.

El hospital contó con remodelaciones y ampliación de sus instalaciones en 1881, 1947 (con motivo de la celebración del centenario) y 1970. En 1985 con el sismo que afectó la Ciudad de México, el cual derribó la torre de hospitalización y que ocasionó otros daños mayores a sus instalaciones,

el hospital salió de su sede original y funcionó durante un tiempo con unidades alternas (Juárez I a IV). Con fondos destinados por la Secretaría de Salud se construyeron las nuevas instalaciones al norte de la ciudad, siendo inauguradas el 19 de septiembre de 1989, lugar donde se encuentra actualmente (Cruz-Rico, 2009).

El hospital es de segundo y tercer nivel de atención, cuenta con servicios de internamiento, 44 servicios médicos en operación y 3 unidades clínicas (véase Figura 22). Tiene como objetivo contribuir a la consolidación del Sistema Nacional de Salud, ofreciendo atención médico-quirúrgica con calidad, seguridad, ética y humanismo, formando recursos humanos de

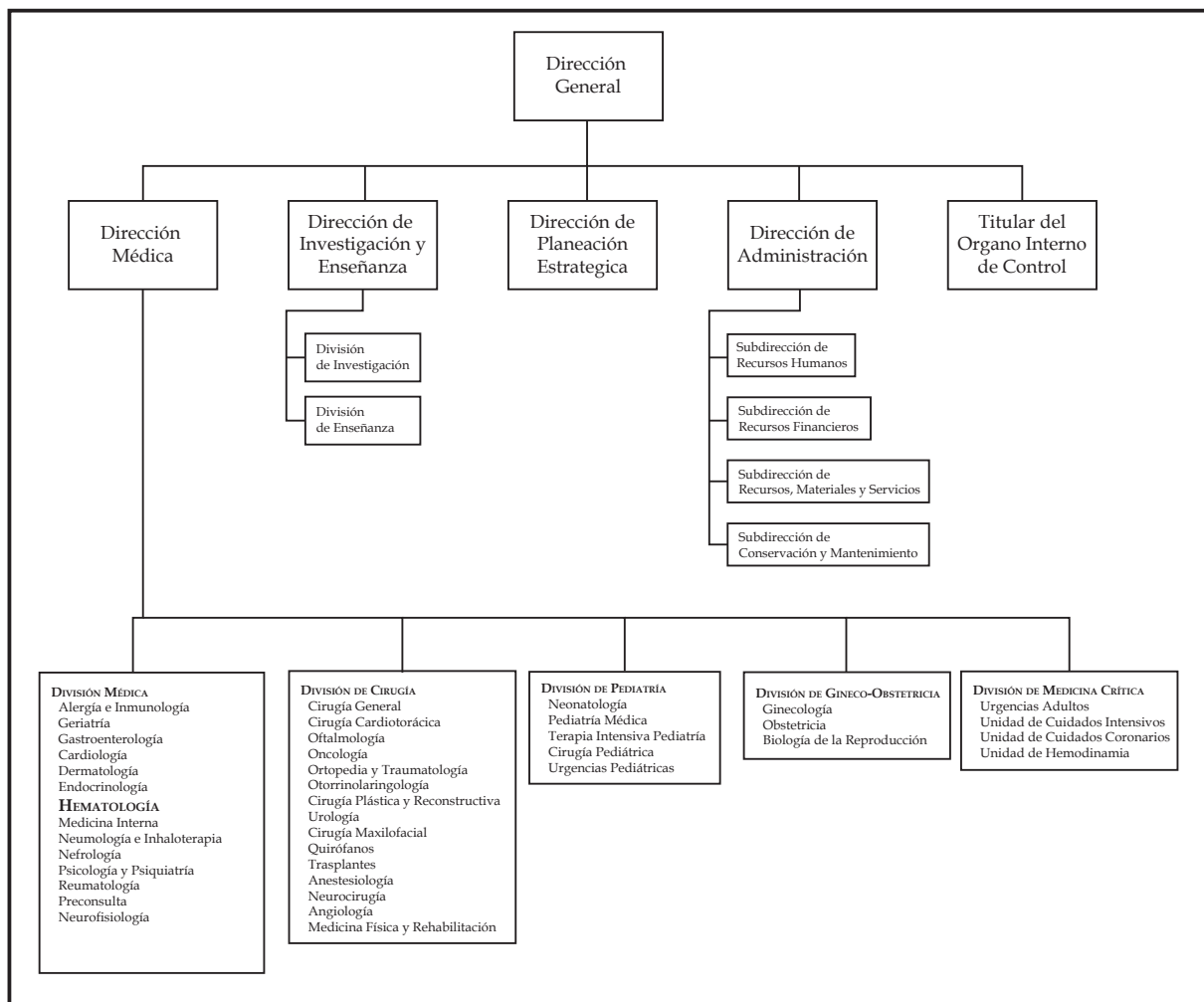


Figura 22 Organigrama del Hospital Juárez de México

excelencia y generando investigación científica alineada a las prioridades de salud nacional e internacional.

Servicio de Hematología.

El Servicio de Hematología, dependiente de la División Médica, está conformado por un jefe de servicio, dos médicos adscritos, dos a tres residentes de Medicina Interna, de dos a tres médicos internos de pregrado, una trabajadora social, enfermeras y los residentes de Medicina Conductual. Los médicos residentes están adscritos al servicio de Medicina Interna y rotan por Hematología dos meses.

El servicio en el área de hospitalización está conformado por 15 camas divididas en dos salas de 6 y una sala de 3, en el tercer piso lado sur: Camas 337 a 342 para mujeres; camas 343 a 348, para hombres, y un aislado de 3 camas, 334 a 336, el cual se desaloja y se convierte en aislado para la permanencia de un paciente en el caso de haber un trasplante de células hematopoyéticas. Cuando es alta la demanda de hospitalización los pacientes ingresan a alguna de las camas de los otros servicios (sobre todo Medicina Interna).

La consulta externa se lleva a cabo en el consultorio 2 de Banco de Sangre en el área de urgencias, los médicos atienden a pacientes de primera vez y de seguimiento a aquellos que tienen algún padecimiento hematológico que no requiere hospitalización.

Los pacientes del servicio con algún tipo de cáncer y que requieren quimioterapia ambulatoria la reciben en el área asignada a la misma, en Oncología planta baja, cerca del área de urgencias.

Las líneas de autoridad en el servicio de Hematología son el jefe de Servicio de Hematología, Dr. Jorge Cruz Rico; médicos adscritos Dra Mónica Tejada Romero (turno matutino) y Dr. Faustino Leyto Cruz (turno vespertino).

Para los residentes de Medicina Conductual la línea de autoridad es el supervisor *in situ* y Jefe del Servicio de Psiquiatría, Dr. Ricardo Gallardo

Contreras. La supervisión académica estuvo a cargo en un primer periodo por la Mtra. Ma. Cristina Bravo González (enero-diciembre de 2013), y en un segundo periodo por la Mtra. Mayra Mora Miranda (enero-junio de 2014).

Actividades Realizadas en el Servicio

A mi ingreso al servicio, ya se encontraban dos residentes de segundo año (R2) de Medicina Conductual rotando por éste, lo que hizo que esta fuera la primera vez que hubo tres residentes, al menos para el periodo académico del semestre 2013-2, hasta julio de 2013. De julio a diciembre de 2013 me encontré únicamente como encargado del servicio en hospitalización; y de enero a junio de 2014 hubo una vez más tres residentes, al ingresar nuevamente dos residentes que se encargaran del servicio al término de mi periodo.

Los pacientes se asignaron para intervención de acuerdo a la cantidad de personas hospitalizadas y la dificultad de los casos, intentando lograr equidad de pacientes entre los tres residentes de Medicina Conductual. Se determinó que en caso de que un paciente ya hubiera sido hospitalizado previamente, el mismo residente se encargaría de verlo. Caso contrario, los de primera vez, se asignan en función de la carga de trabajo y de la potencial dificultad de abordaje, que se determina durante el pase de visita y revisando el expediente clínico, ante lo cual los residentes R2 de Medicina Conductual con más experiencia tomaban el caso, dejando los de menor dificultad al Residente R1. Esto último ocurrió al menos por los primeros meses de rotación.

Las actividades que se realizaron se describen como sigue. Puede verse la Figura 23 para contextualizarlas

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	
8:00 - 9:00	Pase de visita	Pase de visita	Sesión General HJM	Clase Monográfica Hematología	Pase de visita	
9:00 - 10:00			Pase de visita	Pase de visita		
10:00 - 11:00	Atención a pacientes	Clase Monográfica Hematología	Sesión de Caso Clínico MC		Atención a pacientes	Sesión Artículo Hematología
11:00 - 12:00		Atención a pacientes	Supervisión Académica	Atención a pacientes		Sesión de Artículo MC
12:00 - 13:00						Atención a pacientes
13:00 - 14:00						
14:00 - 15:00	Notas clínicas y productividad	Notas clínicas y productividad	Notas clínicas y productividad	Notas clínicas y productividad	Notas clínicas y productividad	

Figura 23. Horario de Actividades del Residente de Medicina Conductual en Hematología.

Visita diaria a las salas de Hospitalización. Se efectuaba de lunes a viernes de 8 a.m. a 10 a.m. aproximadamente, en dependencia del número de pacientes. Asistían el médico adscrito, los tres médicos residentes, los tres residentes de medicina conductual, la trabajadora social y por lo menos dos médicos internos de pregrado. Una vez que llegaba el médico adscrito, todo el personal iniciaba el pase de visita y se comenzaba por la sala de hombres, luego mujeres, el aislado de tres camas y se continuaba en las áreas donde haya pacientes hospitalizados del servicio, que por demanda utilizaba camas de otros servicios (Medicina Interna).

Frente a la cama de cada paciente se informaba sobre su estado de salud, el tratamiento a seguir y se resolvían dudas del paciente. Los residentes de Medicina Conductual tomaban notas sobre lo más importante del estado médico del paciente, así como una breve impresión psicológica del mismo. Se identificaba si requerían apoyo psicológico o alguna intervención ya sea

por nuevo ingreso, notificación de diagnóstico, crisis o ante procedimientos médicos invasivos como biopsia de hueso, aspirado de médula o intratecal, entre otros. Al terminar la visita con los pacientes de la sala, se informaba en el pasillo a los familiares sobre el estado de su paciente, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y otras consideraciones a seguir. En ese momento también el residente de medicina conductual identificaba si el familiar también requiere algún tipo de intervención o apoyo psicológico, el cual podía brindarse en ese momento al final del pase de visita.

Atención psicooncológica en consulta externa por parte del Residente de Medicina Conductual. En consulta externa, realizada dentro de los horarios de trabajo posteriores al pase de visita, se brindó atención subsecuente a los pacientes del servicio, ya fuera por falta de adhesión a los tratamientos, reacciones de estrés ante diagnóstico u otras problemáticas psicológicas que fueron considerados pertinentes de abordar por el residente de Medicina Conductual, o a consideración del médico adscrito, quien puede referir a los pacientes de hospitalización para realizar una evaluación, brindar tratamiento psicológico y dar seguimiento, de ser el caso.

Elaboración de notas clínicas. Se redactaron para el expediente clínico cada vez que se trabajó con el paciente o con los familiares, o en caso de que se presente alguna situación delicada que tuviera que ver con la evolución y pronóstico de los pacientes. Si es de primera vez, incluían ficha de identificación, padecimiento actual, motivo de consulta, historia clínica, examen mental, diagnóstico psicológico y plan de tratamiento. En las notas subsecuentes, se describe motivo de consulta y plan de tratamiento. En ocasiones también se redactaron notas informativas para asentar situaciones que podían ser potencialmente perjudiciales para el paciente, los familiares o el funcionamiento del servicio.

Atención en quimioterapia ambulatoria. En algunas ocasiones se acudió a la sala de quimioterapia ambulatoria en el área de Oncología planta baja, para realizar intervenciones breves de relajación con imaginería y solución de problemas (balance decisional), entre otras técnicas, con pacientes que fueron sometidos a punciones intratecales o presentaban dificultades en la administración de su tratamiento (ansiedad ante procedimiento médico, déficit en el manejo de los efectos secundarios –vómito, náuseas, algunos tipos de dolor).

Pláticas psicoeducativas con familiares y cuidadores. En conjunto con Trabajo Social, los miércoles cada quince días, a medio día (12 pm), en la sala de juntas de 3er piso, se llevaron a cabo sesiones con duración de 30 a 60 minutos donde se abordaron temas que pudieran resultar de interés para los familiares y cuidadores de los pacientes en hospitalización, como: cuidados del paciente en el hospital y en casa; Alimentación saludable para el paciente con cáncer; Mitos sobre el cáncer; ¿Qué es la leucemia?; ¿Cómo le puedo preguntar al médico? etc.

Evaluación y preparación psicológica para paciente en Protocolo de Trasplante de Células Hematopoyéticas. Del mes de abril a junio de 2013 se realizó en cuatro sesiones la evaluación e inicio del trabajo de preparación de un paciente con Mieloma Múltiple que sería trasplantado en noviembre de 2013 (y cuyo trasplante, por diversos motivos, no se realizó). El objetivo de la valoración psicológica fue determinar si las condiciones emocionales del paciente lo hacían apto o no para ser sometido al trasplante, así como establecer lineamientos de intervención para el manejo psicológico previo y posterior a dicho procedimiento.

Estadísticas de Atención Psicológica (PRODUCTIVIDAD).

Para el periodo del 7 de enero al 28 de junio de 2013, se realizaron un total de 357 intervenciones psicológicas en 54 pacientes hospitalizados en el servicio, de los cuales 25 fueron mujeres (45.5% del total, con un promedio de edad de 44.04 años, y una desviación estándar de 20.53) y 29 hombres (54.5% del total, con promedio de edad de 45.5 años y una desviación estándar de 15.81). Del total de pacientes, 38 fueron de primera vez y 16 subsecuentes, ya vistos con anterioridad por algún residente de Medicina Conductual.

Durante este periodo, en consulta externa (CE) se vio a un paciente hombre con Mieloma Múltiple en 4 ocasiones, quien estuvo en protocolo para la realización de un Trasplante Autólogo de Células Hematopoyéticas. Este paciente ya había recibido psicoterapia por otro residente de Medicina Conductual durante varias hospitalizaciones durante el tratamiento de su enfermedad.

En este periodo se realizaron dos pláticas para familiares con un promedio de 6 asistentes, de los temas: “¿Qué es la Leucemia” y “Mitos de la Leucemia”.

En la Tabla 4. se pueden observar los principales diagnósticos médicos siendo el grupo de las Leucemias agudas el que cuenta con más registros, seguido de Mieloma Múltiple y Síndrome Mielodisplásico, los cuales en conjunto suman el 56.36% del total de los pacientes vistos durante este periodo.

Tabla 4.
Incidencia del tipo de diagnóstico hematológico, periodo enero-junio de 2013

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Leucemia Aguda (Linfoide y Mieloide, varios subtipos)	21	38.18%
Mieloma Múltiple	5	9.09%
Síndrome Mielodisplásico	5	9.09%
Leucemia Crónica (varios subtipos)	4	7.27%
Trombocitopenia Inmune Primaria	3	5.45%
Linfoma No Hodgkin	3	5.45%
Hipoplasia Medular	3	5.45%

Tabla 4. (continuación)

Incidencia del tipo de diagnóstico hematológico, periodo enero-junio de 2013

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Citopenias en Estudio (Bi o Pancitopenia)	3	5.45%
Anemia Hemolítica	2	3.64%
Anemia Megaloblástica	2	3.64%
Linfoma de Hodgkin	1	1.82%
Anemia Bleferropenica	1	1.82%
Trombocitemia Esencial	1	1.82%
Purpura Trombocitopénica Trombótica	1	1.82%
Total:	55	100%

Respecto a la valoración psicológica que se realizó de los pacientes, de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), el diagnóstico psicológico más frecuente fue el de síntomas de ansiedad, con 33 casos, seguido de síntomas de depresión, con 7 casos, representando en conjunto el 70.2% de los diagnósticos realizados a los pacientes durante este periodo. Para detalles, véase la Tabla 5.

Tabla 5.

Diagnósticos psicológicos en los pacientes intervenidos, periodo enero junio de 2013.

Diagnóstico Psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas de ansiedad (ante comunicación de malas noticias, procedimientos médicos, revisión médica, estancia hospitalaria, etc.)	32	57.1%
Síntomas de depresión (ante estancia hospitalaria, comunicación de malas noticias, etc.)	7	12.5%
Sin trastorno psicológico (sustituye a: En adaptación a enfermedad, incluye las distintas fases de la misma)	6	10.7%
Reacción de estrés aguda (casos donde hay respuestas de crisis o bien aquellos en que la respuesta no es de crisis, sino sólo de estrés "normal" a la situación)	4	7.1%
No valorable debido a condición médica (Paciente intubado, posquirúrgico o en Unidad de Cuidados Intensivos)	3	5.4%
Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad	2	3.6%
Trastorno adaptativo con síntomas de depresión	1	1.8%
Problemas relacionados con el grupo de apoyo	1	1.8%
TOTAL	56	100%

Relacionando enfermedad hematológica con diagnóstico psicológico, al desglosar el diagnóstico psicológico más frecuente (síntomas de ansiedad) por enfermedad hematológica, las leucemias agudas concentran el 62.5% de los pacientes con este diagnóstico (20 pacientes), seguidos de linfomas (12.5%), leucemias crónicas, mieloma múltiple, hipoplasia medular (6.3% cada uno), síndrome mielodisplásico y un caso de pancitopenia en estudio (3.1% cada uno) (véase Figura 24).

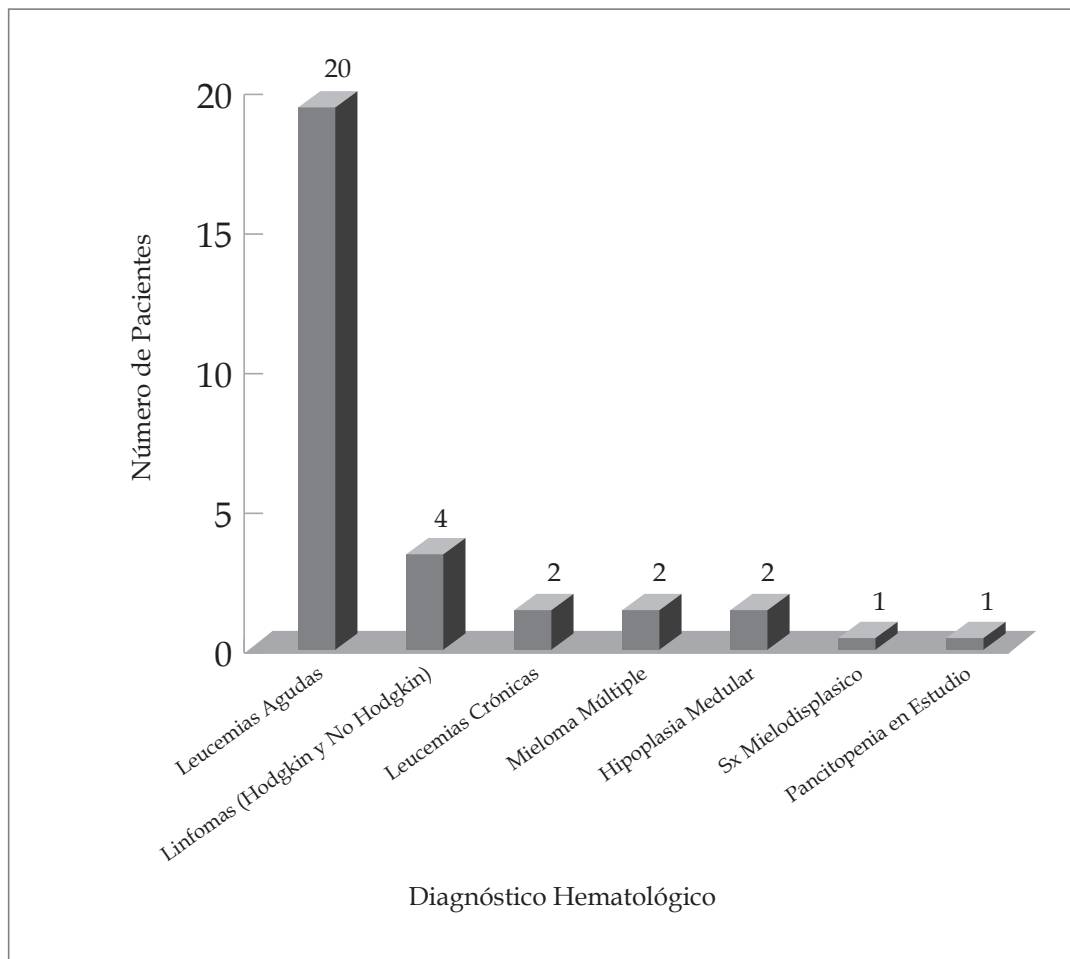


Figura 24. Desglose del diagnóstico psicológico «Síntomas de Ansiedad» por enfermedad hematológica

En la Tabla 6 se presentan los restantes diagnósticos psicológicos en relación con enfermedades hematológicas. Es interesante notar que los pacientes con diagnóstico de «Síntomas de Depresión» fueron pacientes

con Trombocitopenia Inmune Primaria y síndrome mielodisplásico, lo cual probablemente se debe a las recaídas frecuentes y la necesidad de hospitalización para mejorar condiciones y continuar con el tratamiento. De los pacientes «Sin trastorno psicológico» fueron únicamente aquellos que tuvieron algún tipo de anemia, excepto un paciente con hipoplasia medular, lo cual puede indicarnos la condición “poco amenazante” de estos trastornos cuyos tratamientos son más llevaderos y casi siempre de forma ambulatoria.

Tabla 6.
Diagnósticos psicológicos y enfermedades hematológicas.

Diagnostico Psicológico	Enfermedad Hematológica	No de pacientes
Síntomas de depresión	Trombocitopenia Inmune Primaria	4
	Sx. Mielodisplásico	3
Sin trastorno psicológico	Hipoplasia Medular	1
	Anemia Bleferropenica	1
	Anemia Hemolítica	2
	Anemia Megaloblástica	2
Reacción de estrés aguda	Mieloma Múltiple	3
	Pancitopenia en Estudio	1
No valorable por condición médica	Leucemia Aguda	1
	Leucemia Crónica	2
Tx Adaptativo Síntomas de Ansiedad	Sx Mielodisplasico	1
	Trombocitemia Esencial	1
Tx Adaptativo Síntomas de Depresión	Trombocitopenia en Estudio	1
Problemas de Relación Grupo de Apoyo	Leucemia Aguda	1
	Total	24

Del total de intervenciones hechas, la mayoría fueron realizadas con los pacientes (individual), seguidas de intervenciones con familiar (ya sea familiares o cuidadores) y el resto de tipo individual-familiar (se aplicaba la intervención en conjunto paciente y familiar). Véase Figura 25.

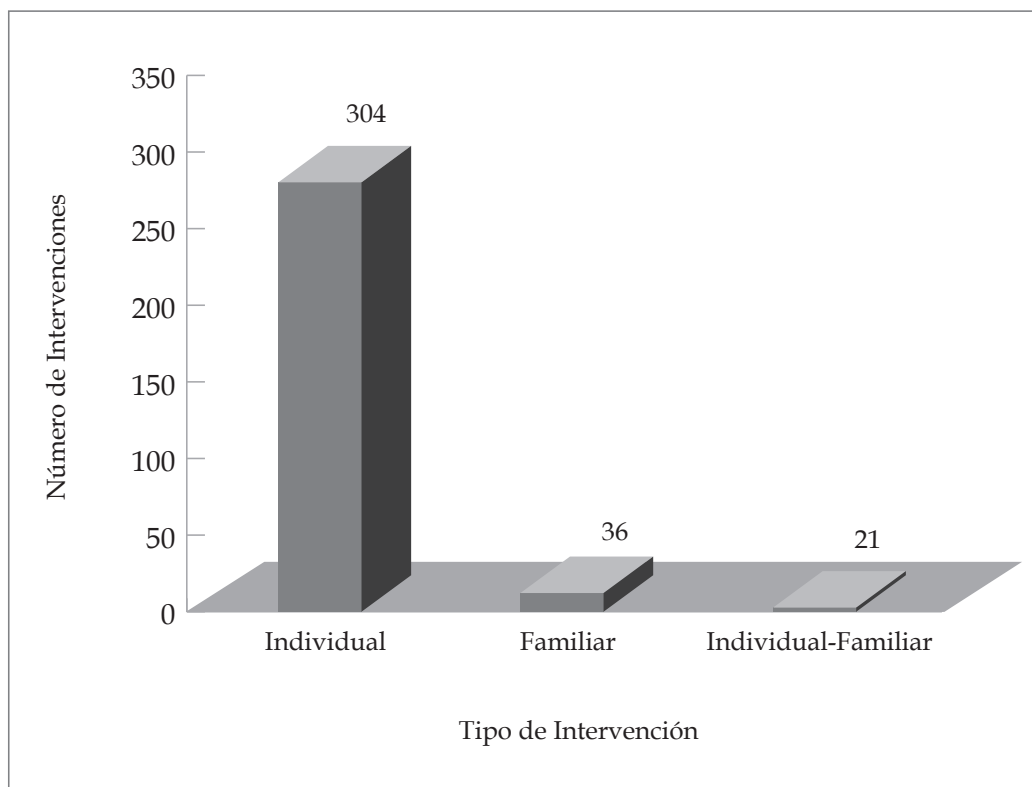


Figura 25. Intervenciones realizadas de forma individual, familiar o individual-familiar.

Respecto al tipo de intervención psicológica realizada en los pacientes y familiares, las sesiones de psicoterapia son prácticamente el 50% del total, seguidas de monitoreo y sesiones de evaluación, que son el 30.5% y 16.1% respectivamente. Para detalles, véase Figura 26.

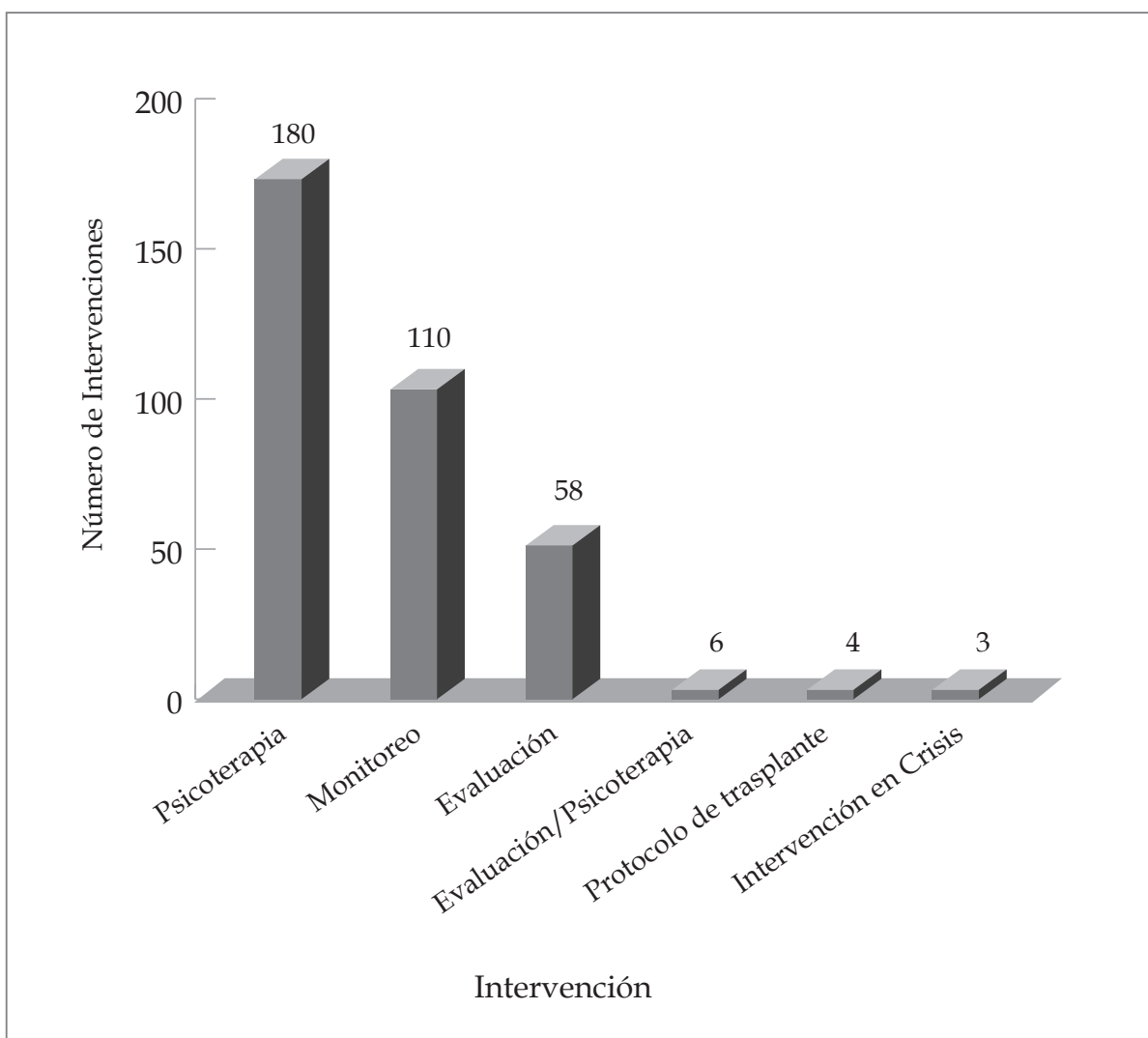


Figura 26. Intervenciones psicológicas realizadas en el servicio de Hematología, periodo enero-junio de 2013.

En la Tabla 7 se presentan las técnicas empleadas durante sesiones de psicoterapia. La más utilizada fue la de información-orientación, seguida de psicoeducación y solución de problemas, sumando en conjunto el 69.1% de las técnicas utilizadas durante este periodo.

Tabla 7.
Técnicas más utilizadas para psicoterapia. Periodo enero-junio de 2013

Técnica	Frecuencia	Porcentaje
Información-Orientación	107	40.4%
Psicoeducación	41	15.5%
Solución de Problemas (vgr. Generación de alternativas, o Toma de decisiones).	35	13.2%
Distracción Cognitiva	33	12.5%
Distracción Instrumental	26	9.8%
Respiración diafragmática	13	4.9%
Terapia Cognitiva (Debate Cognitivo)	4	1.5%
Relajación con imaginería	3	1.1%
Establecimiento de componentes de relación (incluye escucha activa)*	2	0.8%
Respiración pasiva	1	0.4%
Total	265	100.0%

Actividades Académicas.

Sesión General del HJM. Esta sesión se realizó los días miércoles, de 8:00 a 9:00 de la mañana, a la cual asistían los jefes de servicio, médicos residentes, adscritos, internos de pregrado y las autoridades del hospital. En ella, los distintos servicios de la institución presentan casos clínicos, resultados de investigaciones, eventos culturales o temas de interés para todo el personal.

Sesiones monográficas con los servicios de Hematología y Oncopediatría. Se realizaron los martes de 10 a 11 de la mañana. Asistieron los médicos adscritos, los médicos residentes, los médicos internos de pregrado y los residentes de medicina conductual de ambos servicios. En esta sesión los médicos residentes que rotaron presentaron temas fundamentales para su práctica clínica durante su estancia en los servicios, como: Guías clínicas de tratamiento para fiebre y neutropenia, síndrome de lisis tumoral, leucemias agudas (linfoblástica y mieloblástica), anemias, etc., así como otros temas a interés de los residentes o por el tipo de pacientes a tratar en hospitalización (v. gr.: Complicaciones del trasplante autólogo, trombofilias, complicaciones por transfusiones, hemofilia, mitos de la hematología, etc.

Sesiones de Caso Clínico, pendientes, u otros. Se realizaron los jueves, de 8 a 9 de la mañana. Asistieron los médicos adscritos, los médicos residentes, los médicos internos, los residentes de medicina conductual y los residentes e internos de onco-pediatría. Se invitó a personal del hospital, como médicos de otras especialidades, químicos o enfermeras, para que impartieran pláticas sobre técnicas citogenéticas, seguridad del paciente, procedimientos administrativos y de práctica clínica que deben conocer los residentes rotantes que están a cargo de los pacientes en Hematología. En estas sesiones es donde el residente de medicina conductual presentó algún tema psicológico por rotación que fuera relevante para los médicos, como: comunicación de malas noticias, Factores psicológicos que afectan a los pacientes en hospitalización, intervención en crisis, síndrome de Burnout en médicos residentes, etc. También se pueden presentar casos clínicos del servicio, aunque eso no se realizó durante mi rotación.

Sesiones Bibliográficas. Se realizaron los viernes de 9:30 a 11:00 de la mañana. Asistieron los médicos adscritos, médicos residentes, médicos internos y residentes de Medicina Conductual. Los médicos residentes e internos de pregrado presentaban en cada sesión un artículo de un tema asignado. Los residentes de Medicina Conductual podían presentar un artículo relacionado con el tema de la sesión en el cual intervengan variables psicológicas.

Sesión de caso clínico de Medicina Conductual. Se realizó los miércoles de cada semana, de 10:30 a 11:30 de la mañana. Asistieron todos los residentes de Medicina Conductual rotando en el HJM, así como los supervisores in situ y académico. Cada semana un residente presentó un caso importante tanto por la problemática como por su dificultad, recibiendo comentarios y retroalimentación sobre su desarrollo y programa de tratamiento por parte de los asistentes a la sesión.

A continuación se presenta el caso clínico correspondiente al primer año.

Presentación de Caso Clínico (1er año)

Fecha de identificación del paciente:

Nombre: "M"

Edad: 39 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Casada

Escolaridad: Carrera Técnica (Turismo)

Ocupación: Hogar

Religión: Católica

Lugar de origen/residencia: Estado de México (Ecatepec)

Número de hermanos y posición que ocupa: 4/5

Número de hijos: 2 (dos)

DX médico: Trombocitopenia Inmune Primaria (TIP) Crónico-Refractaria

Motivo de referencia-consulta

La paciente es valorada un día después de su ingreso a hospitalización, el 5 de noviembre de 2013, y además por observarse llanto durante el pase de visita, posterior a la actualización de resultados de biometría hemática ("plaquetas bajas").

A la realización de la entrevista, la paciente solicita el apoyo psicológico, refiere: "no he podido dormir, necesito controlar mis emociones... tengo que tranquilizarme y tener fe y paciencia, pero me cuesta mucho trabajo" (sic. pac.).

Antecedentes heredofamiliares

Madre, con migraña y diabetes mellitus tipo II, fallecida.

Padre, con diabetes mellitus tipo II, fallecido.

Hermano mayor (1/5), insuficiencia renal.

Hermano menor (5/5), Hepatitis A, TIP.

Antecedentes personales patológicos

Migraña, desde los 9 años de edad, con un evento promedio por mes, asociado al ciclo menstrual.

Evento Vascular Cerebral, hace alrededor de 10 años, que deja como secuelas hemiparesia del lado izquierdo (perdida de movilidad en brazo)

Hipertensión Arterial.

Crisis Convulsivas (Epilepsia), desde hace dos años.

Diabetes secundaria a uso de esteroide.

Niega otros antecedentes alérgicos y transfusionales

Antecedentes psicológicos patológicos

La paciente refiere llorar con facilidad cuando algo no sale como ella quiere, ser “muy aprensiva” y “bajonearse” cuando las cosas van mal: “Lloro por cualquier cosa y eso me desespera (...) Me cuesta mucho trabajo controlarme cuando me pongo mal (...) no quiero preocupar a los doctores, ni a mi esposo, pero me gana (...) Quisiera que las cosas salieran siempre como yo digo... A veces, lo que hago es guardarme las cosas, intentar soportarlo por mí misma, pero casi siempre no puedo, y es cuando me siento mal”. La paciente también refiere un miedo significativo a la muerte, pues tuvo la experiencia de ver fallecer a su padre en casa: “Tendría 9 o 10 años cuando mi padre falleció, y yo lo vi... recuerdo su cuarto oscuro, su cara, su expresión, sus últimos momentos... recuerdo eso y espero no acabar de la misma forma”.

Antecedentes personales no patológicos

Casa rentada, en la cual conviven 4 personas y un perro. Tabaquismo, etilismo y otras toxicomanías interrogados y negados. Tatuajes y perforaciones negados. Exposición a sustancias mielotóxicas y solventes, negados.

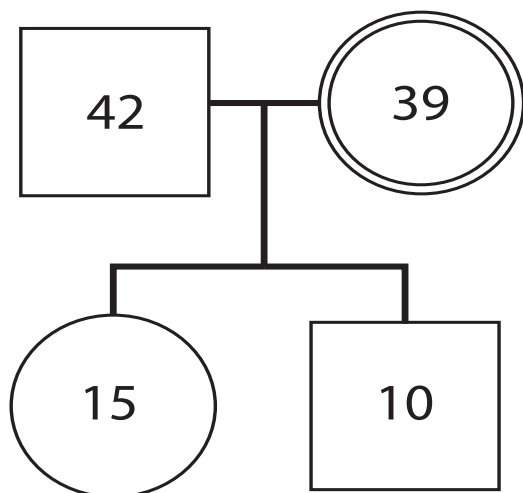
Menarca a los 14 años, con periodos regulares, muy abundantes. Vida sexual activa a partir de los 20 años, con dos parejas sexuales de tipo

heterosexual. Uso de condón como método anticonceptivo de manera regular. Enfermedades de transmisión sexual negadas.

Dinámica familiar y familiograma

“M” vive en compañía de su esposo y sus dos hijos, de 15 años (mujer) y 10 años (hombre). Con 17 años de matrimonio, la paciente refiere que últimamente han aumentado los problemas con su marido, sobre todo los relacionados con dinero y apoyo para actividades cotidianas. “Cuando el dinero no nos alcanza él se pone muy agresivo conmigo, me insulta y después me deja de hablar por días... desde que tengo la purpura siento que lo hago gastar más dinero... pero de repente, todo vuelve a la normalidad, es amable, está conmigo, nos compra cosas, hace la lucha por sacarnos a pasear, pero no falta que le vaya mal en su trabajo (chofer de taxi) para que lo saque de sus casillas y volvemos a lo mismo... esa actitud que tiene ha alejado a mi familia y a algunos amigos, que fácilmente podrían ayudarnos en estos momentos... pero por no tener problemas con él, mejor ni se acercan” (sic. pac.). Y también refiere: “En ocasiones me ha pasado por la cabeza dejarlo, irme con mis hijos... pero así como estoy, que no puedo ni trabajar, es algo imposible... por eso trato de sobrellevarlo, pero me hace sufrir” (sic. pac.).

Con sus hijos, la paciente refiere cercanía y apoyo: “Quiero mucho a mi hijo, y quiero estar con él... de los dos, creo que es el que más me necesita... se parece mucho a mí... Mi hija es más independiente y me da muchos ánimos, me apoya



en las cosas de la casa cuando no puedo trabajar... es como el brazo que me falta... lo que me duele con ellos es que no puedo estar allí (en casa)... los necesito a mi lado”.

Figura 27. Familiograma paciente “M”

Historia del problema

Médico-Hematológico

La paciente ingresa por primera vez al servicio de Hematología del HJM en julio de 2012, mediante el servicio de urgencias, al presentar síntomas como astenia, adinamia, petequias, moretones en brazos y piernas, así como un sangrado de encías que no cedía. Se realizó protocolo de estudio para TIP y se inició tratamiento con esteroide (prednisona). Ante nula respuesta al tratamiento, se realizó protocolo de estudio para realizar esplenectomía (procedimiento quirúrgico que elimina total o parcialmente el bazo), la cual se lleva a cabo en septiembre de 2012, pasando a consulta externa de Hematología para seguimiento.

Para finales de octubre de 2013, la paciente presenta un sangrado menstrual profuso, abundante, que no cesa en el tiempo esperado (3 a 4 días, de acuerdo a la paciente) además de petequias y moretones en brazos y piernas, que la hacen llegar a urgencias, donde es valorada por la médico tratante (Dra. Tejada) quien decide ingresarla a hospitalización el 4 noviembre de 2013 para iniciar protocolo de estudio por recaída y poder ofrecer otras opciones terapéuticas.

La paciente se encuentra hospitalizada del 4 de noviembre al 10 de diciembre de 2013, periodo en el que se realizan diversos tratamientos (reacondicionamiento con esteroide, tratamiento contra *Helicobacter pylori*, inmunoglobulina) con el fin de revertir los conteos plaquetarios bajos (promedio de 4,000 plaquetas). Ante la nula respuesta, se brinda tratamiento con Rituximab y se egresa el 10 de diciembre, reinternándose semanalmente para recibir 3 dosis más el 17, 23 y 5 de enero de 2014, egresando para seguimiento por consulta externa de Hematología el 6 de enero de 2014, ante mejora en el conteo plaquetario (23,000 plaquetas.).

Psicológico

La paciente refiere que desde que sufrió el EVC, su vida comenzó a cambiar por completo, y fue necesario hacer adaptaciones a su nueva circunstancia: “yo antes era muy independiente, muy movida.... Me gustaba mi trabajo,

me gustaba viajar... siempre había sido muy vanidosa, me gustaba como me veía... con la parálisis, deje de hacer muchas cosas, me hice dependiente de mi esposo y de una hermana que me apoyó mucho a criar a mis hijos... le eché ganas a las terapias, no me imaginaba ni quería quedar en silla de ruedas, pude volver a caminar... a encontrar otro sentido a mi vida" (sic.pac.).

Con la TIP, la paciente refiere haber tenido que enfrentarse a otro panorama, más difícil y más "incierto" (sic.), tener dificultad para hacer preguntas a los médicos ("a veces no sé si me convenga saber", sic. pac.) y tener pensamientos recurrentes "que no puedo quitarme de la cabeza": "Pensé que con la operación (esplenectomía) la purpura iba a quedar bajo control, pero no paso así... no entiendo que pasa... ¿Será por qué no me cuide lo suficiente? ¿Será porque me gustaba caminar tanto, y no debía de hacerlo?... Tengo miedo de morir... no quiero dejar a mis hijos chicos... tengo miedo de no volverlos a ver... de no volver a disfrutarlos jamás... con todas las limitaciones que me impone esta enfermedad ya no encuentro como disfrutar de la vida... la doctora me dice que se me están acabando las opciones, que no sabe qué va a hacer conmigo... ¿y si no funciona lo que me van a dar? No quiero sufrir en hospitales toda la vida que me quede... tengo miedo de no saber qué va a pasar conmigo...".

Impresión y actitud general

Femenina en condiciones de higiene y aliño adecuadas a contexto hospitalario, se ha mostrado cooperadora durante la evaluación y las intervenciones.

Examen Mental (Primera Vez)

Femenina de edad aparente igual a la cronológica, de constitución endomorfa, orientada en tiempo, espacio, persona y circunstancia; presenta llanto fácil, respiración acelerada e inquietud motora. Atención, concentración y memorias conservadas. Consciente, hiperalerta y con respuesta adecuada al ambiente. Estado de ánimo hipertímico y afecto ansioso. Pensamiento

concreto, centrado en ideas disfuncionales de tipo visión catastrófica, abstracción selectiva y generalización excesiva respecto a pronóstico y tratamiento. Lenguaje coherente, congruente, fluido, sin alteraciones en la sensopercepción. Con noción de enfermedad. Locus de control interno, estilo de afrontamiento centrado en la emoción con estrategia activa. Redes de apoyo con dificultad para movilizarse.

Evaluación

Entrevista Clínica Conductual

Observación Directa.

HADS. Puntuación Ansiedad de 16, problema de Atención Clínica; Puntuación Depresión de 9, trastorno presente.

Análisis y descripción de conductas problema

Llanto fácil, respiración acelerada, inquietud motora, tensión muscular (motor, fisiológico).

Pensamientos disfuncionales de tipo abstracción selectiva, visión catastrófica y generalización excesiva sobre los tratamientos, evolución y pronóstico de la enfermedad (cognitivo).

Sentimientos de miedo, ansiedad y desesperación ante la estancia hospitalaria y la muerte (emocional).

Disminución en la Percepción de Control (cognitivo).

Análisis Funcional

“M”, paciente femenina de 39 años de edad, en condiciones adecuadas de higiene y aliño. Casada, de religión católica, de escolaridad Técnica en Turismo, dedicada al hogar. En hospitalización del servicio de Hematología desde noviembre de 2013 para ser estudiada y recibir tratamiento médico de TIP en recaída, fue evaluada por el residente de MC debido a que durante el

pase de visita, en la interacción con la médico tratante y los residentes a cargo del servicio, así como al recibir resultados de biometría hemática “negativos”, la paciente manifiesta a nivel motor inquietud; a nivel cognitivo pensamientos disfuncionales relacionados con el tratamiento, evolución y pronóstico de la enfermedad; a nivel fisiológico presenta llanto fácil, respiración acelerada y tensión muscular. Lo anterior se encuentra probablemente mantenido porque la paciente “M” desconoce o distorsiona información importante sobre su enfermedad, encuentra dificultades para preguntar a los médicos, lo cual a su vez exagera la rumiación de pensamientos disfuncionales que le hacen sentir miedo a la hospitalización y a pensar en su condición de salud, que ella vislumbra cercana a la incapacidad permanente y la muerte.

A largo plazo, la paciente incrementa sus sesgos sobre la información médica por fatiga, cansancio y dificultad para concentrarse, lo cual exagera la sensación de miedo, que la movilizan a desear abandonar el tratamiento y el hospital, situación que la pone en grave riesgo y la hace completamente dependiente de sus familiares. Por ello, para disminuir sintomatología ansiosa, se considera oportuno intervenir en el componente cognitivo mediante ejercicios de psicoeducación, solución de problemas, reestructuración cognitiva y distracción, para modificar contenido de pensamiento, así como en el componente fisiológico con ejercicios de respiración diafragmática y relajación autógena.

Hipótesis Funcional

Si la paciente “M” recibe una intervención cuyos componentes consisten en: ejercicios de psicoeducación, solución de problemas, reestructuración cognitiva y distracción cognitiva, podrá disminuir frecuencia y modificar contenido de pensamientos disfuncionales; y mediante ejercicios de respiración diafragmática y relajación autógena, podrá disminuir intensidad y frecuencia de síntomas físicos; todo lo anterior asociado a disminuir la sintomatología ansiosa y lograr una mejor adaptación a la hospitalización y a la enfermedad.

Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I: F 43.28 Trastorno Adaptativo con síntomas de Ansiedad.

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico.

Eje III: Trombocitopenia Inmune Primaria Crónico-Refractaria

Eje IV: Z 63.0 Problemas Conyugales. Problemas económicos.

Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global: 60.

Objetivo General. Objetivos Específicos

Al finalizar la intervención, "M" utilizará diversas técnicas cognitivo-conductuales mediante ejercicios de debate cognitivo, distracción, respiración pasiva y diafragmática, relajación autógena y solución de problemas, para disminuir síntomas de ansiedad y conseguir mejor adaptación a la hospitalización y la enfermedad.

Específicos:

La paciente desarrollará conciencia de enfermedad mediante psicoeducación, y generará preguntas para realizar al equipo médico tratante.

La paciente identificará sensaciones de ansiedad en su cuerpo ante lo cual usará ejercicios de respiración pasiva, diafragmática o relajación autógena.

La paciente identificará pensamientos disfuncionales y podrá debatirlos y sustituirlos por otros más adaptativos.

La paciente realizará actividades placenteras que le permitan distracción cognitiva e instrumental durante la hospitalización.

Estrategias de intervención

Psicoeducación

Técnicas de reestructuración cognitiva (Debate) y de distracción.

Solución de Problemas (Generación de Alternativas)

Respiración diafragmática y pasiva.

Relajación autógena

Plan de Tratamiento (Sesiones)

Sesión 1 y 2.

La paciente es conocida y evaluada por el residente de MC mediante aplicación de HADS y entrevista clínica el 6 de noviembre de 2013. Ese día, durante el pase de visita, la paciente presentó llanto y verbalizaciones como “no entiendo que pasa”, “¿y ahora?”, posterior a la presentación de resultados de biometría hemática (< 3,000 plaquetas).

Durante la primera sesión se establecieron componentes de relación con el objetivo de establecer la relación terapéutica, se realiza entrevista y se aplica instrumento HADS.

La paciente refiere padecer durante los internamientos en hematología (aunque este es el segundo), dado que “se ven cosas feas, como muchos muertos... mucha gente se muere” (sic) y que espera que sea poco tiempo, pues su hija está próxima a cumplir “sus 15 años, y yo no quiero perderme la fiesta... no quiero que la suspendan por mí” (sic. pac.). Al preguntarle sobre su reacción al conocer los resultados de la BH la paciente comienza nuevamente a llorar y manifiesta una serie de preguntas que, se observa, generan mucho malestar: ¿Hasta qué grado puedo vivir? ¿Qué voy a poder hacer, si aquí no me dejan ni moverme? (reposo absoluto) ¿Cuánto voy a vivir? ¿No me desgastaré mucho? ¿Voy a hospitalizarme toda la vida? ¿Se deberá a un problema de hígado, como con mi hermano? ¿Y si tengo leucemia? ¿Cuántos tipos de purpura hay? ¿No qué con la cirugía podía olvidarme de todo esto? Ante lo anterior, se brinda un ejercicio de respiración pasiva, y con la paciente más ecuánime, se proporciona psicoeducación respecto a la enfermedad y su evolución, aclarando algunas de las dudas de la paciente. Se anotan en un papel las dudas que es necesario

realizar a médico tratante, y se propone a la paciente que las realice durante el siguiente pase de visita (tarea que la paciente no lleva a cabo).

En la segunda sesión, el día 7 de noviembre, se continúa con entrevista clínica, se refuerza información proporcionada por médico tratante sobre el tratamiento en curso (reinducción con altas dosis de Prednisona de 7 a 15 días) y se resuelven algunas dudas sobre la enfermedad. Se interroga sobre el por qué no realizó la tarea y la paciente refiere que no se atrevió por miedo a llorar ante todos, otra vez, por lo que prefirió hacer sus preguntas a uno de los residentes ese mismo día por la tarde.

Para aprovechar la estancia hospitalaria y coadyuvar al manejo de síntomas de ansiedad, se buscó junto con la paciente la realización de actividades distractoras, proporcionándose sopas de letras, lecturas (cuentos cortos) y hojas blancas, donde la paciente anota algunas de sus vivencias a lo largo del día.

Sesión 3.

Durante esta sesión, realizada el 15 de noviembre, la paciente continúa con cuenta plaquetaria baja (>9,000 plaquetas), lo que la hace seguir en reposo absoluto. En dos días es el cumpleaños de su hija y presenta una crisis de llanto, pues no podrá estar con ella como estaba planeado. “Mi esposo me dijo que ya canceló todo... yo no quería hacerle esto a mi niña... quiero estar con ellos, quiero salir pronto, pero nada más no suben mis plaquetas, no sé lo que pasa... me siento culpable” (sic. pac.).

Se refuerza información proporcionada por médico tratante sobre el avance del tratamiento y se debaten algunas ideas desadaptativas relacionadas con el origen de la enfermedad y el pronóstico (“...ha de ser por mis emociones que se me destruyen las plaquetas”... “no me cuide lo suficiente, por eso sigo aquí... si no hubiera caminado tanto... aunque me gusta tanto caminar” sic. pac.). Además, se realiza ejercicio de respiración pasiva y se realiza un ejercicio de relajación autógena (brazos-peso). La paciente se observa más tranquila, y a la expectativa “que suban las plaquetas” (sic. pac.). Se deja de tarea realizar el ejercicio en la semana una vez diariamente.

Sesión 4.

Realizada el 22 de noviembre de 2013, la paciente continua con cuenta plaquetaria baja (>3,000), en su día 17 de tratamiento con prednisona, por lo que el equipo médico evalúa modificar y/o cambiar el tratamiento (otro esteroide o inmunoglobulina). Además, inician búsqueda de *Helicobacter pylori*. La paciente se muestra preocupada y triste, y ante interrogatorio manifiesta miedo pues ahora le dan más pastillas para la diabetes, y refiere “yo no estaba así de descontrolada, no sé qué va a pasar... ¿ya soy más diabética?”. Su cumpleaños es el día 24, y manifiesta deseos de salir y estar con su familia, pero también refiere: “quiero estar bien para ellos... si me voy así es peligroso... pero en ratos me dan ganas” (sic.pac.). Se refuerza información proporcionada por médico tratante y se brinda psicoeducación acerca de los efectos secundarios del esteroide, y de las opciones de tratamiento disponibles. Además, se generan varias preguntas para realizar al equipo médico (¿qué es lo que sigue?). Se refuerza ejercicio de respiración diafragmática.

Sesión 5.

Realizada el 29 de noviembre. Conteo plaquetario de 4,000 en BH el día 25. Se cambia el reposo de absoluto a relativo con precaución. Ante la nula respuesta al esteroide, el equipo médico proporciona dosis de Globulina por tres días, del 25 al 27 de noviembre. Se toma BH el 28 y arroja como resultados 2,000 plaquetas, ante lo cual la paciente tiene nueva crisis de llanto durante el pase de visita. Los médicos también informan cultivo positivo de *Helicobacter pylori* en heces fecales, lo que es necesario eliminar, para lo cual la paciente requiere comprar el tratamiento que cuesta alrededor de \$1200 pesos (duración de dos semanas), dinero que la paciente no tiene, ni su familia, y que no saben cómo le van a hacer para obtener. Se realiza un ejercicio de solución de problemas (generación de alternativas y toma de decisiones) para abordar esta problemática, ante lo cual se obtienen como posibles facilitadores económicos una vecina y un hermano.

Sesión 6 y 7.

Realizadas el 03 y 06 de diciembre. La paciente continua con el tratamiento contra *Helicobacter pylori*, el cual tiene que finalizar antes de optar por otras opciones terapéuticas. Cuentas plaquetarias sin cambios (>2,000). Al enterarse de la cifra de plaquetas la paciente ya no muestra signos de malestar ni de inquietud, pero refiere dudas sobre "lo que sigue". Se valora la experiencia de un fallecimiento en cama contigua a la paciente, ante lo cual refiere: "me dio miedo... pero me puse a respirar, a contar al revés, y en un momento me quede dormida... creo que lo pude llevar mejor". Se refuerza ejercicio de respiración diafragmática.

Sesión 8

Realizada el 9 de diciembre de 2013. Conteo plaquetario de 5,000. Los médicos valoran su egreso para el día 10, después de proporcionar una dosis (de cuatro) de Rituximab, nueva opción de tratamiento, pues ya a estas alturas el *Helicobacter pylori* está prácticamente erradicado y sigue sin haber respuesta. La paciente se muestra contenta y con la esperanza de que este tratamiento "sea el bueno" (sic). Se trabaja con la paciente generación de preguntas a realizar a equipo médico tratante sobre cuidados y condiciones a seguir durante su estancia en casa. La paciente refiere estar muy contenta, pues por fin podrá ver a sus hijos y tal vez, pasar la navidad con ellos.

La paciente se reingresa domingo 15 para recibir segunda dosis de Rituximab, egresando al siguiente día hábil.

La paciente se reingresa el lunes 23, para recibir tercera dosis, pero tiene que permanecer hospitalizada para manejo de un absceso en la axila izquierda, ante posible riesgo de infección.

Sesión 9

Realizada el 26 de diciembre de 2013. Conteo Plaquetario de 4,000. La paciente se encuentra tranquila, aun a pesar de la cuenta plaquetaria y de

haber pasado la navidad en hospitalización. Y refiere: “estuvo bastante tranquilo... pensé que los doctores me traerían una piñata o algo especial para cenar, pero vinieron a platicar y con eso estuvo bien”. La paciente muestra expectativas positivas ante el tratamiento, además refiere haberse dado cuenta de que con ese conteo de plaquetas puede realizar muchas más actividades de las que esperaba: “la doctora me dijo que puedo cocinar, hacer un poco de quehacer, y lo más importante, estar con mis hijos... ellos me dan energía, valor... tengo confianza en que algo bueno va a pasar” (sic. pac.). Se refuerza ejercicio de respiración diafragmática.

Cuarta dosis de Rituximab, el 29 de diciembre de 2013, mientras está hospitalizada.

Sesión 10

Realizada el 3 de enero de 2014. Conteo plaquetario de 17,000 el día 30 de diciembre de 2013. Conteo plaquetario de 23,000 el día 2 de enero de 2014. Ante los resultados de la BH, los médicos planean egresarla hacia el 6 de enero, al ser positiva la respuesta al tratamiento, la cual se atribuye en parte a la transición de un medicamento anticonvulsivo que genera trombocitopenia (Carbamazepina) a uno que no la provoca (Clonazepam). Se realiza escucha activa y se revisa lo que se ha realizado hasta el momento, reforzando las habilidades trabajadas durante la hospitalización (manejo de síntomas físicos de ansiedad, cuestionar pensamientos y distraerse cuando no se puede hacer otra cosa). Se trabajan dudas a realizar a equipo médico, cuyas respuestas y estrategias puedan facilitar la adhesión terapéutica: sobre conductas que permite realizar la enfermedad, el control de la menstruación, los medicamentos a consumir de manera habitual y el seguimiento médico por consulta externa.

Se proporcionó número de teléfono en caso de necesitar atención y se dejó a cita abierta atención psicológica.

Resultados

Al egreso, la paciente obtuvo una puntuación de 4 en depresión y 6 en ansiedad en el instrumento HADS, lo cual se vio reflejado clínicamente en la disminución de la sintomatología psicológica asociada como se ha reseñado en el reporte de sesiones (Véase Figura 28).

La paciente logró realizar ejercicios de debate cognitivo para intentar modificar cogniciones disfuncionales, así como respiración para el manejo de sintomatología fisiológica.

Se facilitó la realización de preguntas y emisión de información por parte de equipo médico tratante, lo cual coadyuvo en el desarrollo de conciencia de enfermedad.

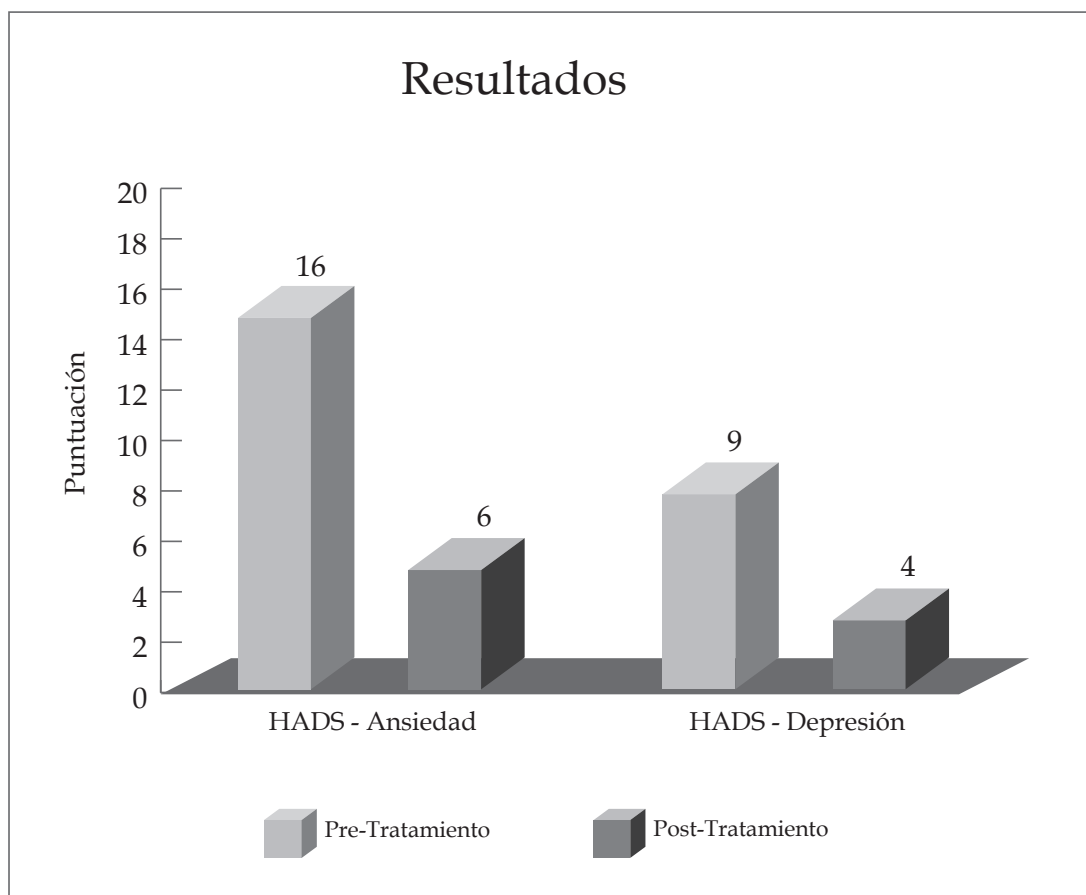


Figura 28. Resultados en el instrumento HADS, de la paciente "M".

Tabla 8 Modelo Secuencial Integrativo (EORC) de la paciente "M". "Necesito controlar mis emociones...".			
Estimulo(2) Antecedentes	Organismo (4)	Respuestas (1)	Consecuencias (3)
<p><u>Historia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasada: <ol style="list-style-type: none"> a. Presencia de la muerte del padre. b. Evento Vascular Cerebral, con secuelas como hemiparesia lado izquierdo. • Contemporánea: <ol style="list-style-type: none"> a. Problemas de pareja por cuestiones económicas. b. Recaída de la TIP c. Hospitalización para recibir tratamiento <p><u>Estímulos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Externos <ol style="list-style-type: none"> a. En hospitalización. b. Pase de Visita c. En la interacción con médicos. d. El conocer los resultados de biometría hemática. • Internos <ol style="list-style-type: none"> a. Expectativa, anticipación. b. Hipervigilancia. 	<p><u>Biológicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemiparesia lado izquierdo • TIP • Crisis Convulsivas • Diabetes secundaria a uso de esteroide. <p><u>Habilidades, déficits y excesos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja percepción de control en relación con su salud. • Déficit de información en relación con la enfermedad (TIP) y los tratamientos. • Déficit en solucionar problemas <ul style="list-style-type: none"> • Motivación al cambio <p><u>Historia de reforzamiento.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención por parte de familiares (hijos). • Atención por parte de médico tratante. 	<p><u>Motoras</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietud <p><u>Cognitivas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • "Tengo miedo de morir". • "Tengo miedo de no volverlos a ver (a mis hijos)". • "¿Y si no funciona lo que me van a dar?" • No quiero sufrir en hospitales toda la vida que me quede <p><u>Emocionales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo <p><u>Fisiológicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Llanto Fácil • Respiración acelerada • Tensión muscular 	<p><u>Usuario</u></p> <p>A corto plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cognitivas: Falta de información sobre la enfermedad (Evitación) • Fisiológicas: Llanto, respiración acelerada, tensión muscular. • Motoras: Inquietud. Dificultad para hacer preguntas. <p>A largo plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cognitivas/emocionales: Sesgos sobre la información médica. Rumiación de pensamientos disfuncionales. Miedo constante. Disminución de la atención. Disminución en la percepción de control. Dificultad para concentrarse. • Fisiológicas: Fatiga, cansancio. • Motoras: Abandono del tratamiento, del hospital (Evitación) <p><u>De los otros</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia de los familiares para muchas actividades. • "Causar sufrimiento a mi familia".

Sesión Bibliográfica de Medicina Conductual. Se realizaron los días viernes de 11:00 a 12:00 del día. Asistían todos los residentes de Medicina Conductual y el supervisor in situ. Se presentaba un artículo relevante sobre alguna intervención cognitivo-conductual, y se discutía entre los asistentes cuestiones de diseño, intervención, metodología, etc.

Supervisión Académica. Se realizó los miércoles, de 11:30 a 13:30 hrs. Durante la rotación, del semestre 2013-2, correspondiente al primer año, asistieron los residentes de Medicina Conductual adscritos al servicio de Oncología, Hematología y Onco-Pediatría, junto a la supervisora académica, Mtra. Cristina Bravo. El objetivo fue revisar bibliografía aplicada, comentar y desarrollar casos difíciles, así como realizar y calendarizar actividades para la elaboración del reporte de experiencia profesional y protocolo de investigación.

Actividades no programadas.

Construcción y Validación de un instrumento. Durante la estancia en el hospital se culminó el trabajo para la materia de Medición y Evaluación I y II, que consistió en la realización de un cuestionario para evaluar la representación cognoscitiva de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II. El proceso llevado a cabo, junto con el instrumento obtenido, se muestra en el siguiente apartado.

Construcción y validación de un cuestionario para evaluar la representación cognoscitiva de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo II.

RESUMEN

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica, de naturaleza metabólica, y de etiología multifactorial, producida por una deficiencia absoluta o relativa en la producción o acción de la insulina. Alrededor del 90% de la población de pacientes diabéticos presenta diabetes mellitus tipo 2 (DM2), que se caracteriza por ser asintomática en etapas iniciales y manifestarse preferentemente en personas mayores de 40 años. Con el tiempo, esta enfermedad produce descompensaciones metabólicas y genera importantes complicaciones de salud (SSA, 2007).

Las Representaciones de la Enfermedad constituyen un conjunto de creencias acerca de cómo puede ser afectado el cuerpo, el impacto en la vida diaria y las posibilidades de cura, ideas que tendrán un impacto en la interpretación de síntomas para el autodiagnóstico, búsqueda de ayuda, relación con otros enfermos, estado anímico, selección de tratamiento y adhesión al tratamiento médico.

Para evaluar la Representación Cognoscitiva de la Enfermedad en Diabetes Mellitus tipo 2, se construyó un instrumento de 54 reactivos tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que utiliza el marco teórico propuesto por el modelo de Leventhal, Meyer y Nerenz (1980) (Causas, Consecuencias, Identidad, Tiempo y Cura-Control), tomando como base los resultados de una exploración del lenguaje en 90 personas (46 mujeres y 44 hombres, con edad promedio de 40.45 años) mediante un cuestionario de 6 preguntas abiertas. Para validar el instrumento se realizaron un total de 289 aplicaciones en pacientes con DM2 habitantes del valle de México. Las propiedades psicométricas del cuestionario y sus implicaciones en el tratamiento de la enfermedad, se discuten en el presente trabajo.

Palabras clave: Representación Cognoscitiva, Diabetes Mellitus tipo

II, Evaluación, construcción de instrumentos, Enfermedades crónico-degenerativas.

La representación de la enfermedad es un concepto central en Modelo de Sentido común de la Enfermedad, desarrollado por Leventhal y colaboradores, en el campo de la psicología de la salud para tratar de responder a determinadas preguntas acerca de la influencia de las ideas de “sentido común” en el enfrentamiento y en el ajuste a la enfermedad (Leventhal, Meyer, & Nerenz, 1980).

Los orígenes del Modelo de Sentido Común se sitúan en los primeros estudios de Leventhal y sus colaboradores durante los años sesentas del siglo pasado, sobre el miedo y su efecto en la adopción de determinadas conductas de salud. Se pretendía conocer el efecto de la manipulación del miedo (a través de campañas publicitarias sobre algunas enfermedades) tanto en las actitudes como en la conducta, y para ello se animaba a los participantes a desarrollar planes específicos de acciones para afrontar la enfermedad, o la amenaza a la salud, en este caso (Leventhal, 1965; Leventhal, Singer, & Jones, 1965).

Los resultados fueron parcialmente consistentes con las hipótesis planteadas: los mensajes que provocaban más miedo eran más eficaces en el cambio de actitudes que aquellos que no provocaban miedo.

Por otro lado, los mensajes que provocaban altos niveles de miedo no eran mejores en lo que se refería a la adherencia a las conductas saludables que habían sido recomendadas. O sea, independientemente de que el contenido del mensaje provocara altos o bajos niveles de miedo, solo se producía una acción si los mensajes iban acompañados de un plan de acción, como el advertir a los participantes que iban a llevarse a cabo revisiones médicas gratuitas ese día cerca del edificio donde se realizaba la investigación. Además, estos efectos no duraban más allá del recuerdo del mensaje provocador de miedo (Hale, Treharne, & Kitas, 2007).

Los datos encontrados no eran consistentes con la idea de que el miedo

producía efectos estables y duraderos de cambio en las actitudes y conducta. El miedo provocaba un efecto que tenía sentido siempre y cuando pudiera mantenerse “caliente en la mente de los sujetos” (Leventhal et al., 1997). Efectos positivos más importantes eran la activación de verbalizaciones referentes a la intención de realizar acciones preventivas, lo que no implica que esas acciones fueran llevadas a cabo en ausencia de un plan específico. Por otro lado y a partir de estos hallazgos, los autores se plantearon que si las acciones se llevaban a cabo independientemente del nivel de miedo inducido, la motivación debía ser distinta al miedo (Leventhal et al., 1997).

Así surgió la Representación Cognoscitiva de la amenaza para la salud (Leventhal et al., 1997), como aquello que motiva a mantener una conducta preventiva más allá del tiempo que dura el efecto de miedo provocado por el mensaje. La amenaza como cognición (ideas sobre la amenaza a la salud, en qué consiste, qué consecuencias tiene, etc.) y se «separó» el miedo como emoción. Surge entonces el Modelo de los Procesos Paralelos, que postulaba que los estímulos amenazantes para la salud, generan tanto una representación de miedo o malestar, como una representación cognoscitiva de la amenaza (Leventhal, 1965). Para ambas representaciones se crea una necesidad de manejarlas: control del peligro y control del miedo, que hacen referencia a las acciones paralelas que son llevadas a cabo y evaluadas de acuerdo a su eficacia en reducir aquellas emociones negativas que surgen por las amenazas a la salud (control del miedo) y amenazas en sí mismas (control del peligro).

Por lo cual este modelo consta de dos componentes principales:

- 1) El procesamiento paralelo, y relativamente independiente, de la representación cognoscitiva del peligro (es decir, la amenaza de la enfermedad) y la representación emocional del miedo.

- 2) La separación entre la representación de la amenaza a la salud y los planes de acción para llevar a cabo acciones preventivas o protectoras (Leventhal et al., 1997)

El modelo de los procesos paralelos propone que una representación cognoscitiva de la amenaza para la salud es necesaria para el control del peligro pues establece metas para su control, procedimientos específicos, estrategias y criterios para evaluar el éxito en el progreso percibido sobre la eficacia de la respuesta. El combinar el plan para la acción con el mensaje de la amenaza tiene éxito en la generación de la motivación para ejecutar tareas específicas para controlar el peligro (en el ejemplo, era el poder tomar la vacuna contra el tétanos). Aun así, seguía sin quedar claro que característica del mensaje era esencial para lograr esta movilización hacia la acción. ¿Qué características debe tener el mensaje para generar una representación de la amenaza?

El nivel perceptual y conceptual de la Representación de la Enfermedad.

En los años 70 del siglo XX, Johnson y Leventhal (1974) (citados por De los Santos-Roig, 2009) llevaron a cabo una serie de experimentos donde postularon la hipótesis de que la experiencia perceptual de síntomas era lo que estimulaba el miedo, y que esta ponía en marcha una serie de conductas de auto-manejo eficaces (lo que líneas más arriba denominábamos control del peligro), aunque dependiendo de cómo fueran interpretadas esas sensaciones.

Trabajaron con una serie de pacientes que serían sometidos a una experiencia médica de colonoscopia y endoscopia, procedimientos desagradables y en la mayoría de los casos, dolorosos. Ellos pensaron que las sensaciones provocadas por dicha intervención podrían ser experimentadas e interpretadas como dañinas y peligrosas, lo que produciría miedo y evitación. Así mismo, también establecieron la hipótesis que dichas sensaciones podrían ser experimentadas de la misma manera, excepto que podrían ser interpretadas de tal manera que provocaran conductas apropiadas. Para lograr lo anterior, hicieron que los pacientes escucharan una descripción de lo que iban a sentir durante la exploración, e instruyéndoles sobre las conductas de afrontamiento adecuadas. Según Leventhal (2003, en De los Santos-Roig, 2009) el miedo se provoca por una “influencia hacia arriba” (button-up),

donde las sensaciones sobre los síntomas desencadenan la emoción al activar las creencias sobre el “riesgo de peligro”. Al proporcionar una serie de datos e información abstracta sobre el significado de la experiencia, se puede cortar la experiencia de miedo mediante un mecanismo de “influencia hacia abajo” (top-down), convirtiendo a los síntomas en benignos y manejables. Así, las acciones serían llevadas a cabo según esa interpretación y serían evaluadas en función de su eficacia para el manejo de la situación.

Entonces, la interpretación de las sensaciones y, al mismo tiempo, la representación de éstas, son la guía de las conductas saludables. Leventhal y sus colegas argumentaron además que más allá de las sensaciones, las teorías que la gente posee sobre las enfermedades también pueden mediar en las respuestas –conducta- que se ejecutan ante las amenazas (Leventhal et al., 1997).

¿Cómo se forma la representación de la Enfermedad?

De acuerdo al Modelo de Sentido Común o de Autorregulación de la Enfermedad o Modelo de los Procesos Paralelos (Nerenz & Leventhal, 1983) los individuos crean representaciones mentales de su enfermedad basándose en información disponible concreta y abstracta con el objetivo de dar sentido y manejar el problema. Es la interpretación de la información el primer paso en el proceso de ayuda, en la realización de una conducta de afrontamiento o en el hecho de adoptar un régimen para manejar la enfermedad.

La representación de la enfermedad está guiada por tres fuentes básicas de información (Leventhal et al., 1980):

- 1) El conjunto general de información asimilada por el individuo a partir de la comunicación social y del conocimiento cultural sobre la enfermedad.
- 2) El mundo social externo y demás personas percibidas como importantes, como pueden ser los padres y los médicos.
- 3) Finalmente, la experiencia actual del sujeto con la enfermedad (información somática o sintomática basada en percepciones actuales

y en experiencias previas con la enfermedad, así como el conocimiento de eficacia de procedimientos usados con anterioridad para enfrentar el problema de salud).

Otros factores como la personalidad y el bagaje cultural también son importantes en la creación de las representaciones y el sentido de la enfermedad que se forme el sujeto.

Los componentes de la Representación Cognoscitiva de la Enfermedad

Cinco temas o dimensiones han sido reconocidos por los investigadores después de usar entrevistas con pacientes de diversas enfermedades crónicas (Meyer, Leventhal, & Gutmann, 1985). Aunque en un inicio se reportaban cuatro componentes, denominados identidad, curso, causa y consecuencias (Leventhal & Nerenz, 1985), se introdujo posteriormente el componente control/cura (Hagger & Orbell, 2003), aunque Leventhal no lo aceptaba al inicio, dado que lo vinculaba al conjunto de expectativas que se podían tener sobre los resultados del afrontamiento. Posteriormente, se pudo comprobar que las cinco dimensiones han sido empleadas y adoptadas para varios estudios, constituyendo inclusive un “bloque estructural básico” (Heijmans & de Ridder, 1998).

Las dimensiones, pueden definirse de la siguiente manera:

a) Identidad: Incluye una etiqueta (el nombre de la enfermedad, como gripe, asma, diabetes, etc.) y los síntomas. Con ambos se puede identificar la ausencia o presencia de enfermedad y la frecuencia y seriedad de los síntomas (“Creo que tengo gripe. Por ello, me duelen los músculos y las articulaciones”).

b) Curso: Se refiere a las expectativas que tiene las personas respecto a cuanto es probable que dure una enfermedad o sus síntomas, así como su curso característico (“La diabetes es para siempre”; “El dolor empezó de repente. Espero no sea grave”).

c) Causa: Se refiere principalmente a las causas percibidas, aunque se han determinado un gran número de causas, como biológicas

(virus, bacterias, sistema inmune, gérmenes, etc.) emocionales (estrés, depresión), medioambientales (contaminación, agentes químicos) y otras variables psicológicas generales (Heijmans & de Ridder, 1998; Moss-Morris et al., 2002).

d) Consecuencias: Se refiere a las consecuencias percibidas que pueden ser tanto físicas, como sociales, económicas o emocionales. ¿Qué tanto impacta la enfermedad en la calidad de vida de la persona, o en su capacidad funcional? (“Mi enfermedad no me permite trabajar como antes”).

e) Control/Cura: Este último componente hace referencia a la creencia del paciente sobre su recuperación y la sensación de poder respecto a la realización de conductas de afrontamiento (“Si sigo mi tratamiento, seguramente curaré la enfermedad”) o sobre la eficacia del tratamiento (“tomar este medicamento me ayuda a aliviar el dolor de mi enfermedad”).

En resumen, las personas cuando piensan sobre la enfermedad organizan sus pensamientos sobre cinco cuestiones principales: ¿qué es y qué síntomas la conforman? (componente Identidad), ¿Cuánto durará? (componente Curso), ¿Qué lo ha causado? (componente Causa), ¿Podrá controlarse o curarse? (componente Control/Cura) y ¿Cómo me afectará? (componente Consecuencias). Las respuestas personales a estas cuestiones constituyen la representación individual de la enfermedad.

Evaluación de la Representación Cognoscitiva de la Enfermedad.

Se han realizado múltiples investigaciones con el Modelo de Sentido común, lo que ha incluido el desarrollo de algunos cuestionarios para evaluar la representación cognoscitiva en pacientes con fines de investigación, clasificación y tratamiento, en diversas enfermedades.

Instrumentos

El *Illness Perception Questionnaire* (IPQ), desarrollado por Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne (1996), evalúa las cinco dimensiones cognitivas de la representación de la enfermedad derivadas del modelo. El propósito principal con el que fue generado era la ausencia de un instrumento que evaluara de manera cuantitativa dichos componentes, dado que al usar el método más usual, de entrevistas en profundidad y preguntas abiertas, se obtenían una gran variedad de respuestas tanto en contenido como en extensión, consumiendo gran cantidad de tiempo y haciendo más difícil el análisis cuantitativo y cualitativo. Además, se construyó con el objetivo de entender la naturaleza del afrontamiento de la enfermedad, para desarrollar intervenciones que facilitaran el autocontrol en enfermedades crónicas de distinta naturaleza, por lo cual se buscó que fuera un cuestionario teóricamente basado y psicométricamente útil, con la suficiente flexibilidad para ser usado en diversos contextos y diversos tipos de enfermedades y pacientes.

Hacia el año 2002, se hizo una revisión y modificación del IPQ, ante la observación de falta de consistencia interna de dos escalas, la de control/cura, que fue dividida en dos sub-escalas (creencias sobre el control personal; control del tratamiento) y la de tiempo, a la cual se agregaron nuevos ítems relacionados con algo que los autores llaman “creencias sobre el tiempo cíclico”, un aspecto que puede bifurcarse en los aspectos de cronicidad o agudeza de la enfermedad. También se agregaron ítems para evaluar la representación emocional, factor que fue ignorado en la primera versión del instrumento y que se considera contribuye a la descripción y comprensión de la respuesta del paciente ante la enfermedad. Por último, se agregó una nueva dimensión que evalúa la coherencia de la enfermedad, para explorar el modo en que está tiene sentido como un todo para el paciente y que puede desempeñar un papel importante en el ajuste a largo plazo (Moss-Morris et al., 2002).

La flexibilidad del instrumento original para realizar investigación permanece, permitiendo por ejemplo que la palabra enfermedad (illness) pueda cambiarse por el término o etiqueta de la enfermedad que se esté investigando, como hizo un equipo de trabajo español que investigó las propiedades psicométricas de una adaptación española para pacientes con hipertensión, que mostró a grandes rasgos la misma estructura factorial del IPQ-R, pero con algunas particularidades de la enfermedad, como el traslape en la dimensión control-cura (la hipertensión es un trastorno cuyo control recae de manera importante en las actividades y rutinas -estilo de vida- que haga el individuo, lo cual de alguna manera también se convierte en tratamiento) (Bélendez-Vázquez, Bermejo-Alegría, & García-Ayala, 2005).

Pocos años después, se desarrolló la versión breve del IPQ (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006). La versión del IPQ-R tiene poco más de 80 reactivos, lo que en algunas situaciones lo hace difícil de aplicar, sobre todo en pacientes con enfermedad severa, aquellos que tienen el tiempo disponible limitado para realizar una evaluación, personas adultas mayores y personas con dificultades para leer y escribir. Para solucionar los problemas anteriores, se desarrolló un cuestionario corto que fuera poco complicado y de fácil aplicación, lo que inclusive permitiría hacer investigación en un amplio rango de grupos de pacientes, sobre todo en grandes baterías de evaluación de constructos psicológicos.

Clasificación y Tratamiento

Se han desarrollado varios trabajos donde se muestra la importancia que tiene el conocer el estudio de la representación cognoscitiva de la enfermedad para fines de tratamiento, mediante la diferenciación en grupos con características especiales.

Por ejemplo el equipo de trabajo de Letelier, Nuñez y Rey (2011) realizó una investigación con pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, con la finalidad de explorar los diferentes perfiles de representaciones de enfermedad que pudieran presentar este tipo de pacientes, lo cual serviría para identificar y

clasificar a los participantes en grupos con características distintivas de variables psicológicas, conductuales y demográficas, como adhesión al tratamiento, respuesta emocional, sexo, edad, educación y tiempo de tratamiento. Para ello, se utilizaron el IPQ-R, y otros instrumentos para evaluar adhesión, creencias sobre los tratamientos y variables sociodemográficas. Después de los análisis estadísticos pertinentes con los participantes miembros de dos centros de atención primaria, los investigadores detectaron la presencia de tres grupos de pacientes que denominaron Preocupado, Desesperanzado y Negador. Los grupos no sólo se diferenciaron en sus representaciones de enfermedad, sino también en sus respuestas emocionales, intención de adhesión al tratamiento, tiempo de tratamiento, conocimientos de su problema de salud, creencias sobre los medicamentos, edad, nivel educativo y lugar de residencia.

Por ejemplo, el grupo Preocupado tiene una alta valorización de las consecuencias negativas de la enfermedad, su cronicidad y carácter cíclico, así como una mayor respuesta emocional negativa. Sin embargo, tiene confianza en el tratamiento y en su capacidad individual para poder atenuar y enfrentar los efectos de la enfermedad.

Por su parte, el grupo Desesperanzado, aunque similar al Preocupado en cuando a notar consecuencias de la enfermedad así como su carácter crónico y cíclico, manifiesta una baja creencia acerca de la capacidad personal y de los medicamentos para controlarla.

El grupo Negador, como el nombre sugiere, subvalora las consecuencias de su condición, declara no experimentar ciclos con los síntomas, considera que la diabetes no es una enfermedad crónica y declara menos síntomas que los otros grupos, así como una menor respuesta emocional.

Los resultados anteriores se ven modulados en gran parte por variables sociodemográficas, de acuerdo a los resultados encontrados por los autores. Por ejemplo, el grupo de Negadores está formado en gran parte por gente que proviene del medio rural y con solo enseñanza básica, lo cual contrasta con las características del grupo Preocupado, cuyos integrantes provienen de ciudades y tienen mayor cantidad de años de escolaridad.

Finalmente, aun tomando en cuenta las limitaciones del estudio que no permiten su aplicación de manera extensiva, los autores sugieren que de realizarse una intervención, la posibilidad de diferenciar a los pacientes de acuerdo a su representación permite a los equipos de salud formular estrategias adecuadas de tratamiento, siguiendo las características de los pacientes. Por ejemplo, el grupo Preocupado requeriría menos trabajo para confirmar su representación, al contrario que el grupo Negador, donde se requerirían muchas sesiones de intervención para hacer evidente su condición. En el caso del grupo Desesperanzado, se requeriría una intervención con el objetivo de desarrollar confianza en las posibilidades que tiene para mejorar su salud y minimizar el efecto de malos resultados que probablemente haya experimentado en su tratamiento con la enfermedad (Letelier et al., 2011).

Diabetes en México

La diabetes es un estado causado por una deficiencia absoluta o relativa en la producción o acción de la insulina. La insulina es una hormona secretada por el páncreas, producida en la célula Beta de los islotes de Langerhans, su función principal es permitir que la glucosa sanguínea penetre en las células para transformarse en energía. Dentro de los síntomas característicos se encuentran: exceso en la micción, incremento de la sed, incremento en el consumo de alimentos y pérdida de peso. Sin embargo, en estados avanzados se puede presentar cansancio, aburrimiento, modificaciones del carácter, irritabilidad, visión borrosa, intolerancia alimentaria, náuseas, vómitos, deshidratación y en menor medida confusión mental y pérdida de la conciencia (Matarama Peñate, 2005).

En lo que respecta al tipo de diabetes, la literatura maneja principalmente dos tipos:

- a) Diabetes Mellitus insulino dependiente (Tipo 1)
- b) Diabetes Mellitus no dependiente de insulina (Tipo 2)

- c) Diabetes secundaria
- d) Diabetes gestacional.

La tipo 2 ocupa el 90% de la población de pacientes diabéticos y los tipos c y d se consideran formas poco frecuentes (WHO, 2012)

El diagnóstico de diabetes, por lo menos a nivel clínico, se establece cuando hay presencia de azúcar y cuerpos cetónicos en la orina. Las complicaciones crónicas en la diabetes son: retinopatía, nefropatía, neuropatía y arterosclerosis entre las más frecuentes

En México, las enfermedades crónico-degenerativas han tenido un sensible incremento. Dentro de estas enfermedades, la diabetes destaca de entre las demás por la gran cantidad de complicaciones asociadas al problema y que implican una importante derrama económica para el sector salud (SSA, 2007b).

Aunque la diabetes es una enfermedad que puede presentarse en cualquier etapa de la vida, la tipo 2 es la más frecuente representando el 90% de los casos y la que se encuentra asociada con la edad adulta. Estadísticas del 2007 proporcionadas por el boletín informativo de Diabetes Mellitus tipo II, indicaban un total de 11,068 nuevos casos para ese año, de los cuales un 86 % son pacientes atendidos en alguna institución del sector salud. El promedio de edad al ingreso a hospitalización es de 58 años y de diagnóstico de 48 (SSA, 2007a). Para el año 2010, se han presentado un total acumulado de 420,032 nuevos casos en toda la república de acuerdo al Sistema Único para la Vigilancia Epidemiológica. Por otra parte la diabetes ocupa la primera causa de muerte entre la población en el año 2008, con una tasa de 70.8 defunciones por cada 100,000 habitantes (SSA, 2011b).

Los pacientes diabéticos no solo se enfrentan a las dificultades físicas que implica la enfermedad sino que aunado a esto existen problemas psicológicos que tienen injerencia e impactan directamente en la salud de los individuos. Entre los problemas que se presentan con mayor frecuencia se encuentran la depresión, el estrés, los miedos, la falta de estrategias de afrontamiento

efectivas o adecuadas hacia la enfermedad. Por lo que resulta pertinente contar con protocolos, programas e instrumentos que ayuden no solo a enfrentar los problemas físicos sino también realizar intervenciones precisas, adecuadas y específicas para la constelación de los problemas psicológicos que puedan estar asociados al padecimiento.

Con base en los conceptos anteriores, el propósito del presente trabajo fue la construcción y validación de un instrumento para evaluar la Representación Cognoscitiva de la Enfermedad de acuerdo a la propuesta de Leventhal y Colaboradores (1980) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II, con la finalidad de contribuir al desarrollo de instrumentos que permitan la realización de intervenciones diferenciadas para el manejo psicológico de este importante problema de salud.

MÉTODO

Participantes. Se trabajó con un grupo de 289 personas (156 hombres y 133 mujeres) residentes de la Ciudad de México y municipios conurbados, con edades de entre 22 y 85 años, con una media de 46.89, siendo la moda de 42 años; todos ellos con padecimiento de Diabetes Mellitus tipo II, con una media de 91.64 meses desde el diagnóstico de la enfermedad.

Instrumento. El Cuestionario de Representación Cognoscitiva de la Diabetes, se construyó a partir de la exploración del lenguaje en 90 personas, 46 mujeres y 44 hombres, 11 con diagnóstico de alguna enfermedad y promedio de edad de 40.45 años. Mediante 5 preguntas abiertas para completar (1. La diabetes tiene como síntomas...; 2. La diabetes tiene un tiempo de duración de...; 3. La diabetes es causada por...; 4. La diabetes tiene como consecuencias...; 5. La diabetes se cura o controla con...) se obtuvieron palabras "frecuentes" para cada una de las cinco dimensiones del modelo de Leventhal y colaboradores (1980), con lo cual se procedió a la construcción de reactivos, quedando de la siguiente manera: Causas, con 13 reactivos como "Tengo diabetes por herencia", "Mi diabetes es una enfermedad del metabolismo", "Tengo diabetes por un coraje

que hice”; Síntomas, con 12 reactivos como “Mi diabetes produce cansancio”, “Mi diabetes me hace sentirme mareado”, “Mi diabetes me produce dolor de cabeza”; Control-Cura, con 10 reactivos como “Mi diabetes es un padecimiento que necesita mucha responsabilidad de mi parte”, “Mi diabetes se puede controlar haciendo ejercicio”; Consecuencias, con 13 reactivos como “Gasto mucho dinero por mi diabetes”, “Mi diabetes me ha hecho iniciar una nueva vida”, “Mi diabetes ha dañado mi riñón”; y Curso, con 6 reactivos, como “Mi diabetes es una enfermedad que se puede curar”, “Mi diabetes se aliviara en unos meses”, dando un total de 54 reactivos constituyentes de la prueba. Los reactivos fueron diseñados en formato tipo Likert de 4 opciones de respuesta que indican que tan cierta es la afirmación en relación a la diabetes.

Procedimiento. Se contactó a los participantes en salas de espera de diversos hospitales de primer y segundo nivel de atención en la Ciudad de México, preguntándoles si padecían Diabetes Mellitus tipo II, y de ser el caso, se les pedía que contestaran el cuestionario, el cual buscaba obtener información sobre su punto de vista y características acerca de su diabetes. Si accedían, se hacía énfasis en que no hay respuestas buenas ni malas, por lo que se pedía contestaran con toda franqueza. Además, también se les solicitó información adicional, como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad y datos sociodemográficos como sexo, edad, escolaridad, ocupación y si padecían algún otro trastorno de importancia, ante lo cual se garantizó la confidencialidad de las respuestas. De haber dudas durante la aplicación, estas se resolvían.

RESULTADOS

Para la validez de constructo y confiabilidad a las dimensiones utilizadas para la construcción de este cuestionario, se han seguido los criterios de Reyes-Lagunes y García-Barragan (2008), realizándose los análisis estadísticos de:

Análisis de Frecuencias, solicitando media y sesgo con la finalidad de descartar errores de captura y verificar que todas las opciones hayan sido

atractivas (frecuencias de respuesta mayores a cero). El siguiente paso fue comprobar si el sesgo por cada reactivo fue el adecuado. De acuerdo a lo que se busca para este instrumento, la distribución que se esperaba era la sesgada (conductas típicas en la población objetivo), y se eligieron reactivos cuyo sesgo fuera mayor a $-.5$ y $+.5$. En caso de no cumplir con esto, se consideraba la eliminación del reactivo.

El siguiente criterio fue verificar que cada reactivo tuviera la capacidad para discriminar entre quienes habían puntuado más algo frente a los más bajos en cada pregunta. Para ello, se constituyeron dos grupos teniendo como puntos de corte los percentiles 25 o grupo 1, con 72 sujetos, y percentil 75 o grupo 2, con 79 sujetos. Posteriormente se aplicó la prueba t de Student para muestras independientes. En el caso de encontrar diferencias estadísticamente significativas entre dichos puntajes, los reactivos continuaban en el análisis, de lo contrario, se eliminaban definitivamente. En la Tabla 9 se puede ver el resultado de este análisis, donde los reactivos 7, 9, 12, 17, 25, 26, 32, 37 y 44 se eliminan del instrumento, quedando este con 45 reactivos para continuar con el análisis.

Tabla 9
Resultados de prueba t para muestras independientes.

Reactivo	Prueba t	gl	Significancia	Decisión
1. Mi diabetes produce cansancio	-10.353	118	.000	Se conserva
2. Yo sé por qué tengo diabetes	-2.615	140	.010	Se conserva
3. Gasto mucho dinero por mi diabetes	-4.645	149	.000	Se conserva
4. Mi diabetes es un padecimiento que necesita mucha responsabilidad de mi parte	-7.626	84	.000	Se conserva
5. Mi diabetes es una enfermedad que se puede curar	-3.48	105	.001	Se conserva
6. Mi diabetes me produce resequedad en la piel	-10.558	102	.000	Se conserva
7. Tengo diabetes por herencia	-1.775	149	.078	Se elimina
8. Por diabetes, tengo que dejar de comer lo que me gusta	-7.346	149	.000	Se conserva

Tabla 9 (Continuación)
Resultados de prueba t para muestras independientes.

Reactivo	Prueba t	gl	Significancia	Decisión
9. Mi diabetes se controla tomando suplementos alimenticios	1.808	149	.073	Se elimina
10. Mi diabetes es una enfermedad que me acompañara hasta la muerte	-4.706	73	.000	Se conserva
11. Mi diabetes ha afectado mi vida	-9.829	112	.000	Se conserva
12. Tengo diabetes por un susto	-.888	149	.376	Se elimina
13. Mi diabetes se controla siguiendo una dieta baja en azúcares	-5.714	112	.000	Se conserva
14. Mi diabetes me produce muchas ganas de orinar.	-116.08	98	.000	Se conserva
15. Mi diabetes ha dañado mi riñón.	-11.760	149	.000	Se conserva
16. Mi diabetes se aliviara en unos meses	-2.517	99	.013	Se conserva
17. El tratamiento médico puede controlar mi diabetes	-1.187	149	.237	Se elimina
18. Mi diabetes es una condición que durara toda la vida	-2.105	126	.037	Se conserva
19. Mi diabetes es provocada por obesidad	-4.701	149	.000	Se conserva
20. Mi diabetes me hace sentirme mareado	-11.576	131	.000	Se conserva
21. Mi diabetes me hace sentir cansado, sin fuerzas.	-9.697	124	.000	Se conserva
22. Puedo llegar hasta donde quiera con	2.911	149	.004	Se conserva
23. Mi diabetes se puede controlar tomando medicamentos	-2.179	149	.031	Se conserva
24. Mi diabetes me produce mucha sed	-10.049	99	.000	Se conserva
25. Mi diabetes es una enfermedad del metabolismo	-1.801	149	.074	Se elimina
26. Mi diabetes es una enfermedad que se puede controlar haciendo ejercicio	-1.514	149	.132	Se elimina
27. Mi diabetes me hace ver borroso o nublado	-9.938	149	.000	Se conserva
28. Mi diabetes durara muchos años	-2.656	99	.009	Se conserva
29. Mi diabetes me hace sentir débil.	-10.243	132	.000	Se conserva
30. Tengo diabetes porque tuve una emoción muy fuerte	2.09	146	.038	Se conserva

Tabla 9 (Continuación)
Resultados de prueba t para muestras independientes.

Reactivo	Prueba t	gl	Significancia	Decisión
31. Mi diabetes hace que las heridas y cortadas no cicatricen rápido	-13.656	115	.000	Se conserva
32. Mi diabetes se puede controlar con alimentación adecuada.	-1.679	144	.095	Se elimina
33. Mi diabetes es una enfermedad crónica	-2.684	116	.008	Se conserva
34. Mi diabetes me está quitando la vista	-12.170	141	.000	Se conserva
35. Mi diabetes es producto de mi sobrepeso	-5.981	139	.000	Se conserva
36. Mi diabetes puede dañar todo mi organismo	-7.952	115	.000	Se conserva
37. Mi diabetes solo se controla con medicamentos	-.682	146	.496	Se elimina
38. Mi diabetes me puede hacer perder la visión	-7.117	122	.000	Se conserva
39. Mi diabetes me dio por tener mala alimentación	-5.520	149	.000	Se conserva
40. Mi diabetes está haciendo que pierda peso	-6.847	149	.000	Se conserva
41. Mi diabetes es una enfermedad producida por la falla del páncreas	-3.669	116	.000	Se conserva
42. Mi diabetes me ha hecho iniciar una nueva vida	-10.648	97	.000	Se conserva
43. Mi diabetes me produce dolor de cabeza	-10.704	122	.000	Se conserva
44. Tengo diabetes por un coraje que hice	.160	149	.873	Se elimina
45. Mi diabetes ha provocado daños en mi salud	-11.404	88	.000	Se conserva
46. Mi diabetes es algo que puedo controlar siguiendo una dieta rigurosa	-4.357	149	.000	Se conserva
47. Mi diabetes hace que suba la azúcar de mi sangre	-4.848	91	.000	Se conserva
48. Mi vida no volverá a ser la misma con la diabetes.	-8.526	89	.000	Se conserva
49. Mi diabetes está provocando que pierda la salud	-11.770	100	.000	Se conserva
50. Tengo diabetes por comer muchos alimentos con azúcar	-5.73	149	.000	Se conserva

Tabla 9 (Continuación)
Resultados de prueba t para muestras independientes.

Reactivo	Prueba t	gl	Significancia	Decisión
51. Mi diabetes puede provocar que me corten un dedo o un pie	-10.020	84	.000	Se conserva
52. Tengo diabetes por algo que hice	-6.879	149	.000	Se conserva
53. Mi diabetes puede llevarme a la muerte si no me cuido	-3.678	71	.000	Se conserva
54. Mi diabetes me permite comer cualquier tipo de alimento	-7.187	132	.000	Se conserva

Posteriormente, realizó un análisis de crosstabs a cada uno de los reactivos para estimar la direccionalidad del reactivo, o si las frecuencias de las opciones de respuesta se distribuían uniformemente y en la dirección adecuada (de mayor a menor o de menor a mayor).

A continuación, y ya con los reactivos que aprobaron los pasos previos, se procedió a calcular la confiabilidad del cuestionario mediante el Alfa de Cronbach (α) para eliminar reactivos que tuvieran poca relación con los demás. Se obtuvo un valor α de 0.897. Posteriormente, se realizó también un análisis de intercorrelaciones entre los reactivos finales para elegir el tipo de rotación que sería el adecuado para el análisis factorial exploratorio por realizar. La mayoría de los valores obtenidos fueron medianos, por lo que se realizó el análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación ortogonal (Varimax), quedando únicamente ítems cuya carga factorial fuera igual o mayor a 0.40. De los factores obtenidos, se observó el punto de quiebre de Cattell para decidir el número de factores reales, eliminando reactivos que cargaran en más de un factor y tomando en cuenta también la congruencia conceptual.

Así, se obtuvieron 5 factores que explican el 48.634 % de la varianza. Se realizó posteriormente un nuevo análisis de confiabilidad con los 24 reactivos finales constituyentes de los 5 factores, obteniéndose un valor α de 0.844 para el Cuestionario Final. Para cada uno de los factores obtenidos se realizó también un análisis de confiabilidad, que se describe como sigue.

En el factor denominado “Síntomas”, se obtuvieron 6 reactivos, con un valor α de 0.895, y que explica el 22.698% de la varianza total. Para más detalles, véase la Tabla 10.

Tabla 10.
Reactivos del Factor “Síntomas”

α	Reactivo	Carga Factorial
.895	Mi diabetes me hace sentir cansado, sin fuerzas	.873
	Mi diabetes me hace sentir débil	.873
	Mi diabetes me produce cansancio	.841
	Mi diabetes me produce muchas ganas de orinar	.697
	Mi diabetes me produce mucha sed	.625
	Mi diabetes me produce resequedad de la piel	.614

En el factor que fue denominado “Daño Orgánico”, se constituyó de 4 reactivos, con un valor α de 0.869 y explica el 9.591% de la varianza. Para detalles, véase la Tabla 11.

Tabla 11.
Reactivos del Factor “Daño Orgánico”

α	Reactivo	Carga Factorial
869	Mi diabetes me hace ver borroso o nublado	.818
	Mi diabetes me está quitando la vista	.814
	Mi diabetes ha dañado mi riñón	.790
	Mi diabetes me puede hacer perder la visión	.766

En el factor denominado “Curso de la Diabetes”, está constituido por 6 reactivos con un valor α de 0.781 que explica el 6.254% de la varianza. Para detalles adicionales, puede verse la Tabla 12.

Tabla 12.
Reactivos del Factor “Síntomas”

α	Reactivo	Carga Factorial
.781	Mi diabetes durara muchos años	.702
	Mi diabetes es una condición que durara toda la vida	.699
	Mi diabetes se aliviara en unos meses	.694
	Mi diabetes es una enfermedad que me acompañara hasta la muerte	.668
	Mi diabetes es una enfermedad que se puede curar	.645
	Mi diabetes puede llevarme a la muerte si no me cuido	.492

En el factor que fue denominado “Alimentación y Obesidad”, se constituye por 5 reactivos con un valor de α de 0.818. Para más detalles, véase la Tabla 13.

Tabla 13.
Reactivos del Factor “Alimentación y Obesidad”.

α	Reactivo	Carga Factorial
.818	Mi diabetes es producto de mi sobrepeso	.873
	Mi diabetes es provocada por obesidad	.863
	Mi diabetes me dio por tener mala alimentación	.775
	Tengo diabetes por comer muchos alimentos con azúcar	.660
	Tengo diabetes por algo que hice.	.567

Y finalmente el factor denominado “Dieta”, constituido por tres reactivos, se obtuvo un valor α de 0.618. Para más detalles, véase la Tabla 14.

Tabla 14.
Reactivos del Factor “Dieta”.

α	Reactivo	Carga Factorial
.618	Mi diabetes se controla siguiendo una dieta baja en azucares	.746
	Mi diabetes es un padecimiento que necesita mucha responsabilidad de mi parte	.549
	Mi diabetes es algo que puedo controlar siguiendo una dieta rigurosa	.473

En la Tabla 15, pueden verse 12 reactivos que si bien no cargaron de manera significativa en ningún factor de los que se han constituido, pueden servir de indicadores para observación de conducta e información importante en la evaluación de la Representación Cognoscitiva de la Diabetes.

Tabla 15.
Reactivos sin factor que pueden ser utilizados como indicadores.

Reactivo
Mi diabetes me permite comer cualquier tipo de alimento
Mi diabetes me ha hecho iniciar una nueva vida
Mi diabetes es una enfermedad crónica
Mi diabetes es una enfermedad producida por la falla del páncreas
Mi diabetes ha afectado mi vida
Mi diabetes se puede controlar tomando medicamentos
Puedo llegar hasta donde quiera con mi diabetes.
Mi diabetes hace que suba la azúcar de mi sangre
Mi diabetes está haciendo que pierda peso
Yo sé por qué tengo diabetes
Tengo Diabetes porque tuve una emoción muy fuerte
Gasto mucho dinero por mi diabetes.

Como parte del desarrollo de este instrumento, también se realizó un ejercicio de Normas con la muestra de 289 participantes, para lo cual primero se calcularon las puntuaciones z , y posteriormente las calificaciones T , para ubicar a los sujetos, mediante la creación de un cuadro de conversión.

Para Normas Generales, se obtuvo un valor de media de 74.9, y una desviación estándar de 10.024. Con ello, se calculó las puntuaciones z y las puntuaciones T para las puntuaciones brutas obtenidas en el conjunto de participantes. Para detalles, véase la Tabla 16.

En términos generales, aunque no definitivos, se entiende que a mayor puntaje, mayor “Representación Cognoscitiva de la Diabetes”.

Tabla 16.

Cuadro de Conversión de Puntuaciones Brutas en Calificaciones T para el cuestionario de Representación Cognoscitiva de la Enfermedad. Normas Generales. N= 289.

Puntuaciones brutas	Puntuaciones z	Calificacion T	Puntuaciones brutas	Puntuaciones z	Calificacion T
33	-4.18	8	73	-0.19	48
35	-3.98	10	74	-0.09	49
47	-2.78	22	75	0.01	50
48	-2.68	23	76	0.11	51
52	-2.28	27	77	0.21	52
53	-2.19	28	78	0.31	53
55	-1.99	30	79	0.41	54
56	-1.89	31	80	0.51	55
58	-1.69	33	81	0.61	56
59	-1.59	34	82	0.71	57
60	-1.49	35	83	0.81	58
61	-1.39	36	84	0.91	59
62	-1.29	37	85	1.01	60
63	-1.19	38	86	1.11	61
64	-1.09	39	87	1.21	62
65	-0.99	40	88	1.31	63
66	-0.89	41	89	1.41	64
67	-0.79	42	90	1.51	65
68	-0.69	43	91	1.61	66
69	-0.59	44	93	1.81	68
70	-0.49	45	94	1.91	69
71	-0.39	46	95	2	70
72	-0.29	47	96	2.1	71

DISCUSIÓN

Se construyó y validó un cuestionario para evaluar la representación cognoscitiva de la diabetes en una muestra de pacientes con diabetes del Valle de México, tomando como propuesta teórica el modelo desarrollado por Leventhal y Colaboradores (1980). Si bien el cuestionario comenzó con 54 reactivos y terminó con 24 más 12 indicadores, los valores obtenidos de confiabilidad tanto del total de ítems como por factor nos indican una adecuada consistencia interna de la escala.

Llama la atención que del plan de prueba originalmente propuesto, y de acuerdo a la propuesta del modelo, únicamente se recuperaron las dimensiones de: “Síntomas”, donde los más notorios tienen que ver con el cansancio, la sed, las ganas de orinar y la resequedad de la piel; y la de tiempo o “Curso”, donde está presente la posibilidad de que la diabetes se aliviara en unos meses hasta el que es una condición que durara desde el momento del diagnóstico para toda la vida, o también hasta el momento de la muerte. Y aunque relacionado con la dimensión de “Causas”, emerge de manera importante para el grupo al que se aplicó el cuestionario un factor en el que se refleja la relación de la Diabetes con la alimentación y el sobrepeso, teniendo esto una importancia relevante en el surgimiento y evolución de la Diabetes.

Los reactivos indicadores que no fueron significativos para ningún factor son muy interesantes y es necesario considerarlos como fuente importante de información clínica y de conducta para evaluaciones en intervenciones para Diabetes. Por ejemplo, el reactivo “Tengo Diabetes porque tuve una emoción muy fuerte” llama la atención que no se integrara como “causa” de la diabetes, pues es una creencia popular que uno de los orígenes de la diabetes es por un coraje o un susto (Gaytan-Hernández & García de Alba-García, 2006).

Para perfeccionar el desarrollo de normas de este cuestionario, se sugiere realizar aplicaciones por grupos de tiempo de diagnóstico, a 12, 36, y más de 60 meses, así como por grupos de escolaridad (primaria-secundaria, preparatoria, universidad y posgrado) pues es sabido que las personas que no cuentan con una escolaridad alta y que además son de reciente diagnóstico del padecimiento, presentan poco conocimiento del mismo y tienen dificultades de distinta índole, como adherirse al tratamiento (Letelier et al., 2011). En la población a la que se aplicó este cuestionario se solicitó el tiempo de padecer la enfermedad, pero la amplia variabilidad que fue desde un mes con el padecimiento hasta más de 300 meses no permitió hacer comparaciones significativas utilizando esta variable. Y algo similar pasa

con la escolaridad, pues los grupos no son similares, aunque como ejercicio es bastante útil en caso de que pudiera llegar a realizarse.

El poder entender las formas como las personas comprenden la diabetes y algunas variables que pueden incidir en su manera de vivir con ella, es importante porque puede ayudar a crear intervenciones para desmontar hábitos profundamente arraigados que pueden coadyuvar o no a un adecuado control y prevención de la enfermedad.

Cuestionario de Representación Cognoscitiva de la Diabetes

Este cuestionario busca obtener información sobre su punto de vista y características acerca de su Diabetes. Por favor, indique para cada afirmación que tan cierta es en relación a su Diabetes, haciendo un tache o cruz en el sitio que corresponda. **No hay respuestas buenas ni malas**, por favor conteste con toda franqueza, diciendo la verdad.

De este cuestionario se podrán derivar recomendaciones útiles para usted mismo(a), para otras personas y familias. Solicite ayuda en caso de cualquier duda, o bien para leer o llenar el cuestionario. Con todo gusto se le orientara.

Su punto de vista acerca de la diabetes	Completamente Cierto	Cierto en Parte	Falso en Parte	Completamente Falso
1. Mi diabetes me hace sentir cansado, sin fuerzas.				
2. Mi diabetes me hace ver borroso o nublado.				
3. Mi diabetes durara muchos años				
4. Mi diabetes es producto de mi sobrepeso				
5. Mi diabetes se controla siguiendo una dieta baja en azucares.				
6. Mi diabetes me permite comer cualquier tipo de alimento				
7. Mi diabetes me hace sentir débil				
8. Mi diabetes me está quitando la vista				
9. Mi diabetes es una condición que durara toda la vida				
10. Mi diabetes es provocada por obesidad				
11. Mi diabetes me ha hecho iniciar una nueva vida.				
12. Mi diabetes me produce cansancio				
13. Mi diabetes ha dañado mi riñón				
14. Mi diabetes se aliviará en unos meses				
15. Mi diabetes me dio por tener mala alimentación				

Su punto de vista acerca de la diabetes	Completamente Cierto	Cierto en Parte	Falso en Parte	Completamente Falso
16. Mi diabetes es algo que se puedo controlar siguiendo una dieta rigurosa.				
17. Tengo diabetes porque tuve una emoción muy fuerte				
18. Mi diabetes me produce muchas ganas de orinar.				
19. Mi diabetes me puede hacer perder la visión.				
20. Mi diabetes es una enfermedad que me acompañara hasta la muerte.				
21. Tengo diabetes por comer muchos alimentos con azúcar.				
22. Mi diabetes es una enfermedad producida por la falla del páncreas.				
23. Mi diabetes me produce mucha sed				
24. Mi diabetes es una enfermedad que se puede curar				
25. Tengo diabetes por algo que hice				
26. Mi diabetes ha afectado mi vida.				
27. Mi diabetes me produce resequedad de la piel				
28. Mi diabetes puede llevarme a la muerte si no me cuido.				
29. Mi diabetes se puede controlar tomando medicamentos				
30. Puedo llegar hasta donde quiera con mi diabetes.				
31. Mi diabetes hace que suba la azucar de mi sangre.				
32. Mi diabetes está haciendo que pierda peso				
33. Yo sé porqué tengo diabetes				
34. Mi diabetes es una enfermedad crónica.				
35. Gasto mucho dinero por mi diabetes.				

Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____ Ocupación: _____

¿Desde hace cuanto tiempo tiene diabetes? _____

¿Tiene alguna enfermedad aparte de la diabetes? ¿Cual? _____

¡GRACIAS POR PARTICIPAR!

Evaluación del Sistema de Supervisión

La supervisión in situ con la que se contó en el primer año de la rotación fue buena, ya que la revisión de casos y artículos nos permitieron estar trabajando y revisando material actualizado para la atención de los pacientes. Pero, aunque se cuenta con apoyo para evaluación y tratamiento de los padecimientos de origen psiquiátrico, sigue faltando un supervisor in situ que pueda brindar más contexto y formación para los pacientes oncológicos como los que son tratados en el servicio.

Por parte de la supervisión académica, esta fue adecuada para dar soporte al trabajo asistencial y elaborar el protocolo de intervención, con la revisión y búsqueda de literatura pertinente, solución de dificultades con casos problemáticos y la conformación de intervenciones adecuadas que permitían la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos y resolver las eventualidades más frecuentes del servicio.

Competencias profesionales alcanzadas

El inicio del desarrollo de habilidades por el residente en Medicina Conductual en la atención del paciente con una enfermedad crónica y degenerativa como son las enfermedades hematológicas y hemato-oncológicas se logró gracias a la observación de intervenciones por parte de residentes de mayor experiencia, la supervisión y la creación de intervenciones cognitivo-conductuales para atender las necesidades de estos pacientes. Este tipo de enfermos, por sus condiciones, pueden desarrollar con facilidad síntomas de ansiedad, depresión, dificultad para tomar decisiones y movilizar el apoyo social, entre otros, lo que hace difícil el tratamiento y control de la enfermedad, por lo que atender esas dificultades mediante intervenciones psicológicas pertinentes es esencial para facilitar el tratamiento y mejorar su calidad de vida durante su supervivencia.

Competencias desarrolladas:

Aplicación de entrevista para desarrollo de historia clínica y formular una impresión diagnóstica.

Aplicación práctica de técnicas cognitivo-conductuales como: de relajación (autógena, con respiración diafragmática, con imaginación); solución de problemas; psicoeducación, entre otras, como parte de un tratamiento integral.

Habilidad para la Evaluación conductual y la formulación de caso.

Aprendizaje de conocimientos teóricos necesarios de las enfermedades hematológicas (causas, consecuencias, formas de prevención, tratamientos, complicaciones, efectos secundarios, etc.) para poder brindar educación para la salud a pacientes y familiares así como ayudar a incrementar la comunicación entre el equipo de salud y los pacientes del servicio.

Diseño y creación de programas de intervención psicológica con el fin de responder a las necesidades (problemática) de los pacientes hematológicos, así como evaluación de los mismos.

Búsqueda de material documental en bases de datos y bibliografía acorde a las necesidades de los pacientes.

En el plano personal:

Incremento de la comunicación asertiva en la interacción con el personal del hospital y el equipo multidisciplinario.

Expresión de una actitud responsable en el ejercicio de la práctica profesional.

Búsqueda de actualización permanente en el campo de la psicología.

Conclusiones y sugerencias

En este primer año es muy importante el trabajo que se hace en conjunto con los residentes de mayor experiencia, pues ellos son los que pueden guiar el aprendizaje y desempeño del residente de recién ingreso de manera

más cercana y de “tú a tú”. Y desde la generación antecedente a la nuestra, es más probable por el tiempo de rotación en la sede, que se pueda dar continuidad al trabajo realizado en el servicio.

A pesar de ser ya poco más de 9 años de Medicina Conductual en Hematología, es necesario continuar con la labor de divulgación del trabajo psicológico que se realiza con este tipo de pacientes, si bien no al interior del servicio, sí con los médicos residentes que rotan en él.

También sería importante que en este primer periodo se brinde información adicional práctica y una buena supervisión sobre el manejo de la experiencia de muerte y cuidados paliativos, pues resulta impactante enfrentarse a pacientes con esas necesidades en estadios avanzados de la enfermedad.

Segundo Año de Residencia.

Hospital Juárez de México: Servicio de Hematología.

Para el periodo julio-2013- junio de 2014 que constituyen el segundo año de la residencia, se continuó en el mismo servicio, en la misma sede, cuyas características y actividades a grandes rasgos ya fueron reseñadas en el apartado anterior. Solamente se harán agregados donde hubo cambios.

Actividades Realizadas en el servicio (ya reseñadas en el apartado del primer año).

Visita diaria a las salas de Hospitalización

Atención psicooncológica en consulta externa por parte del Residente de Medicina Conductual

Elaboración de notas clínicas

Atención en quimioterapia ambulatoria.

Pláticas psicoeducativas con familiares y cuidadores.

Estadísticas de Atención Psicológica (PRODUCTIVIDAD)

Para el periodo del 1 de julio de 2013 al 27 de junio de 2014 se realizaron un total de 860 intervenciones, de las cuales 836 fueron en hospitalización, 22 en consulta externa (CE) y 3 en quimioterapia ambulatoria (Qt), en 125 pacientes, de los cuales 60 fueron mujeres (promedio de edad de 43.17 y desviación estándar de 19.72) y 65 hombres (promedio de edad de 41.05 y desviación estándar de 18.24). Del total de pacientes, 98 fueron de primera vez, 14 ya vistos por mí en el periodo de la rotación anterior y 13 ya vistos por algún residente de Medicina Conductual en rotaciones pasadas.

Durante este periodo se realizaron 6 pláticas para familiares con promedio de 5 asistentes, de los temas: “¿Qué es la Leucemia?” en tres ocasiones, “Mitos sobre el cáncer” en dos y “Cuidados del paciente en hospitalización y en casa” en una ocasión.

En la Tabla 17 se pueden observar los principales diagnósticos médicos, siendo el de las leucemias agudas el que cuenta con más registros para este periodo, seguido de trombocitopenia inmune primaria, leucemia mieloide crónica y mieloma múltiple, que en conjunto suman el 63.2% de los pacientes vistos durante este periodo.

Tabla 17.
Incidencia del tipo de diagnóstico hematológico, periodo julio-2013 a junio 2014

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Leucemia Aguda (Incluye linfoide y mieloide)	51	40.8%
Trombocitopenia Inmune Primaria (TIP)	10	8%
Leucemia Mieloide Crónica	9	7.2%
Mieloma Múltiple	9	7.2%
Síndrome Mielodisplásico	7	5.6%
Linfoma No Hodgkin (LNH)	5	4%
Anemia Hemolítica	4	3.2%
Síndrome de Evans	4	3.2%
Hipoplasia Medular	4	3.2%
Linfoma de Burkitt	2	1.6%
LNH Folicular en recaída	2	1.6%
Pb Linfoma	2	1.6%
Linfoma de Hodgkin	2	1.6%
Bicitopenia en Estudio	1	0.8%
Anemia Severa	1	0.8%
Anemia Megaloblástica	1	0.8%
Esferocitosis	1	0.8%
Plasmocitoma Solitario	1	0.8%
Porfiria Eritropoyética	1	0.8%
Síndrome de Castleman	1	0.8%
Sarcoma Granulocítico	1	0.8%
Hemofilia A	1	0.8%
Trombofilia	1	0.8%
Linfoma Linfoblástico	1	0.8%
LNH Anaplásico	1	0.8%
Pb Linfoma Cutáneo	1	0.8%
Pb Ca Próstata	1	0.8%
Total:	125	100%

En la Tabla 18 se muestran los resultados de la valoración psicológica realizada a los pacientes, de acuerdo a los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). El diagnóstico psicológico más frecuente fue el de síntomas de ansiedad, con 46 casos, seguido de reacción de estrés aguda con 16 y 15 pacientes sin trastorno psicológico aparente. Estos tres diagnósticos suman el 55% del total de diagnósticos realizados durante este periodo. Cabe destacar que 18 pacientes tuvieron dos diagnósticos, y uno tres.

Tabla 18.
Diagnósticos psicológicos en los pacientes intervenidos, periodo julio-2013 a junio-2014

Diagnóstico Psicológico	Frecuencia	Porcentaje
Síntomas de ansiedad (ante comunicación de malas noticias, procedimientos médicos, revisión médica, estancia hospitalaria, etc.)	46	32.9
Reacción de estrés aguda	16	11.4
Sin trastorno psicológico (sustituye a: En adaptación a enfermedad, incluye las distintas fases de la misma)	15	10.7
No valorable debido a condición médica (Paciente intubado, posquirúrgico o en Unidad de Cuidados Intensivos)	14	10.0
Factor psicológico que afecta a enfermedad médica (Estilo de afrontamiento evitativo)	13	9.3
Síntomas de depresión (ante estancia hospitalaria, comunicación de malas noticias, etc.)	12	8.6
Problemas relacionados con el grupo de apoyo	10	7.1
Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad	4	2.9
Episodio depresivo	3	2.1
Incumplimiento terapéutico	2	1.4
Trastorno adaptativo con síntomas de depresión	2	1.4
Delirium	1	0.7
Fobia específica de tipo situacional	1	0.7
Trastorno de Estrés Postraumático	1	0.7
Total:	140	100%

Relacionando enfermedad hematológica con diagnóstico psicológico, al desglosar el diagnóstico psicológico más frecuente (síntomas de ansiedad), las leucemias agudas concentran el 50% del total, seguidos de otros padecimientos oncológicos como la leucemia crónica, síndrome mielodisplásico y linfomas. Para detalles, véase la Tabla 19.

Tabla 19.
Pacientes con diagnóstico psicológico de «Síntomas de Ansiedad», por enfermedad hematológica.

Diagnóstico hematológico	No de pacientes	Porcentaje
Leucemias Agudas	23	50.0%
Leucemia Crónica	3	6.5%
Sx Mielodisplásico	3	6.5%
Linfoma No Hodgkin	2	4.3
Hipoplasia Medular	2	4.3
Pb Linfoma	2	4.3
Linfoma Cutáneo	1	2.2
Leucemia Bifenotípica	1	2.2
Linfoma de Burkitt	1	2.2
Linfoma de Hodgkin	1	2.2
Bicitopenia en Estudio	1	2.2
Anemia Megaloblástica	1	2.2
Pb. Ca de Próstata	1	2.2
Porfiria Eritropoyetica	1	2.2
Trombocitopenia Inmune Primaria (TIP)	1	2.2
Sx de Evans	1	2.2
Linfoma Linfoblastico	1	2.2
Total	46	100%

En el desglose del diagnóstico psicológico de “Reacción de Estrés” por enfermedad hematologica, esta en primera posición seis casos de leucemia aguda y seguida de trombocitopenia inmune primaria, con tres casos, sumando en conjunto el 56.25% del total. Para otros detalles, vease la Tabla 20.

Tabla 20.
Pacientes con diagnóstico psicológico de «Reacción de Estrés», por enfermedad hematológica.

Diagnóstico hematológico	No de pacientes	Porcentaje
Leucemia Aguda	6	37.50%
Trombocitopenia Inmune Primaria	3	18.75%
Anemia Hemolítica	1	6.25%
LNH Anaplasico	1	6.25%
Leucemia Crónica	1	6.25%
Mieloma Múltiple	1	6.25%
Linfoma de Burkitt	1	6.25%
Trombofilia	1	6.25%
Hipoplasia medular	1	6.25%
Total	15	100%

En la Tabla 21 se muestran los restantes diagnósticos psicológicos en relación con enfermedades hematológicas. Al contrario de lo que ocurrió en el periodo anterior, en esta ocasión hay más variedad de diagnósticos hematológicos en cada diagnóstico psicológico, lo cual puede ser atribuido, de inicio, a la mayor cantidad de pacientes vistos. El mismo comentario puede hacerse respecto a las leucemias agudas, que siguen siendo de los diagnósticos hematológicos con más número de casos en casi la totalidad de los diagnósticos psicológicos.

Tabla 21.
Diagnósticos psicológicos y enfermedades hematológicas.

Diagnostico Psicologico	Enfermedad Hematológica	No de Pacientes
Sin trastorno psicológico	Trombocitopenia Inmune Primaria (refractaria)	3
	Leucemia Crónica	3
	Anemia Hemolítica	3
	Leucemia Aguda	2
	Esferocitosis (anemia esferocítica congénita)	1
	Linfoma No Hodgkin	1
	Sarcoma Granulocítico	1
	Sx Mielodisplásico	1

Tabla 21. (continuación)
 Diagnósticos psicológicos y enfermedades hematológicas.

Diagnostico Psicologico	Enfermedad Hematológica	No de Pacientes
No valorable por condición médica	Leucemia Aguda	6
	Mieloma Múltiple	3
	Sx. Mielodisplásico	3
	Anemia Severa	1
	Hipoplasia medular	1
Estilo de Afrontamiento que afecta a enfermedad médica	Leucemia Aguda	5
	Sx de Evans	2
	Mieloma Múltiple	2
	Linfoma de Hodgkin	1
	Leucemia Crónica	1
	Hemofilia A	1
Síntomas de depresión	Linfoma de Burkitt	1
	Leucemia Aguda	6
	Mieloma Múltiple	2
	LNH Folicular en recaída	2
	Plasmocitoma Solitario	1
Problemas de Relación grupo de apoyo.	Linfoma No Hodgkin	1
	Trombocitopenia Inmune Primaria (TIP)	3
	Leucemia Aguda	3
	Enfermedad de Castleman	1
	Linfoma de Burkitt	1
	Pb Ca de Prostata	1
Episodio Depresivo	Trombofilia	1
	Síndrome de Evans	1
	Leucemia Crónica con falla a Imatinib	1
Incumplimiento Terapéutico	Trombocitopenia Inmune Primaria(TIP)	1
	Linfoma No Hodgkin	1
Delirium	Mieloma Múltiple	1
Tx Adaptativo Síntomas de Ansiedad	Linfoma Linfoblastico	4
Fobia Especifica de Tipo Situacional	Linfoma de Hodgkin	1

Tabla 21. (continuación)
Diagnósticos psicológicos y enfermedades hematológicas.

Diagnostico Psicologico	Enfermedad Hematológica	No de Pacientes
Trastorno adaptativo con síntomas de depresión	TIP en recaída	1
Trastorno de Estrés Postraumático	Leucemia Aguda	1

Del total de intervenciones realizadas, la mayoría fueron hechas con los pacientes (individual), seguidas de intervenciones con familiar (ya sea familiares o cuidadores) y el resto de tipo individual-familiar (se aplicaba la intervención en conjunto paciente y familiar). Para detalles, véase la Figura 29.

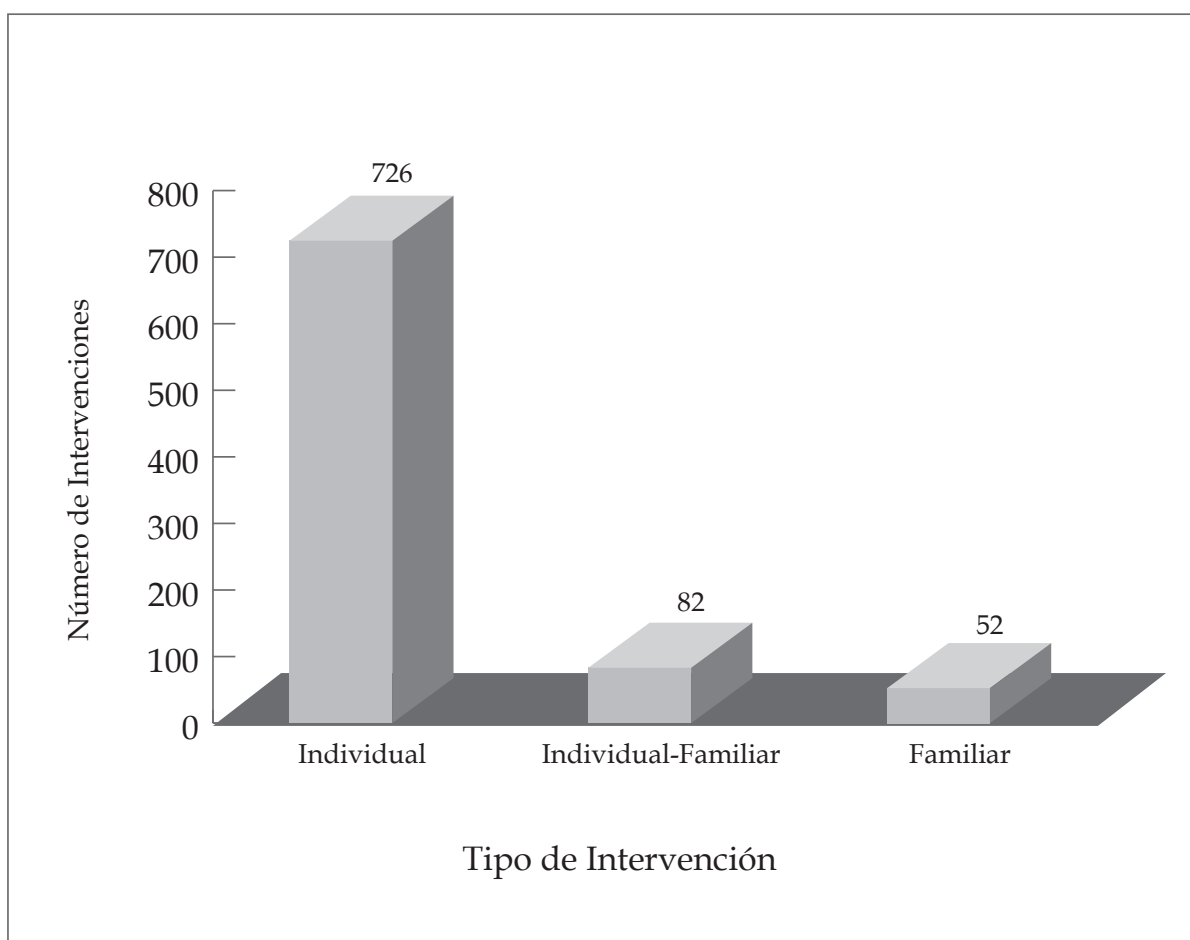


Figura 29. Intervenciones realizadas de forma individual, familiar o individual-familiar, periodo julio de 2013 a junio de 2014

Respecto al tipo de intervención psicológica realizada en los pacientes y familiares, el primer puesto lo ocupa las intervenciones de psicoterapia con el 72%, seguidas de sesiones de monitoreo con 17% y sesiones de evaluación, con el 6.9%. Únicamente se realizaron 6 sesiones de intervención en crisis, que representaron el 0.7% del total de las intervenciones. Para otros detalles, véase la Figura 30.

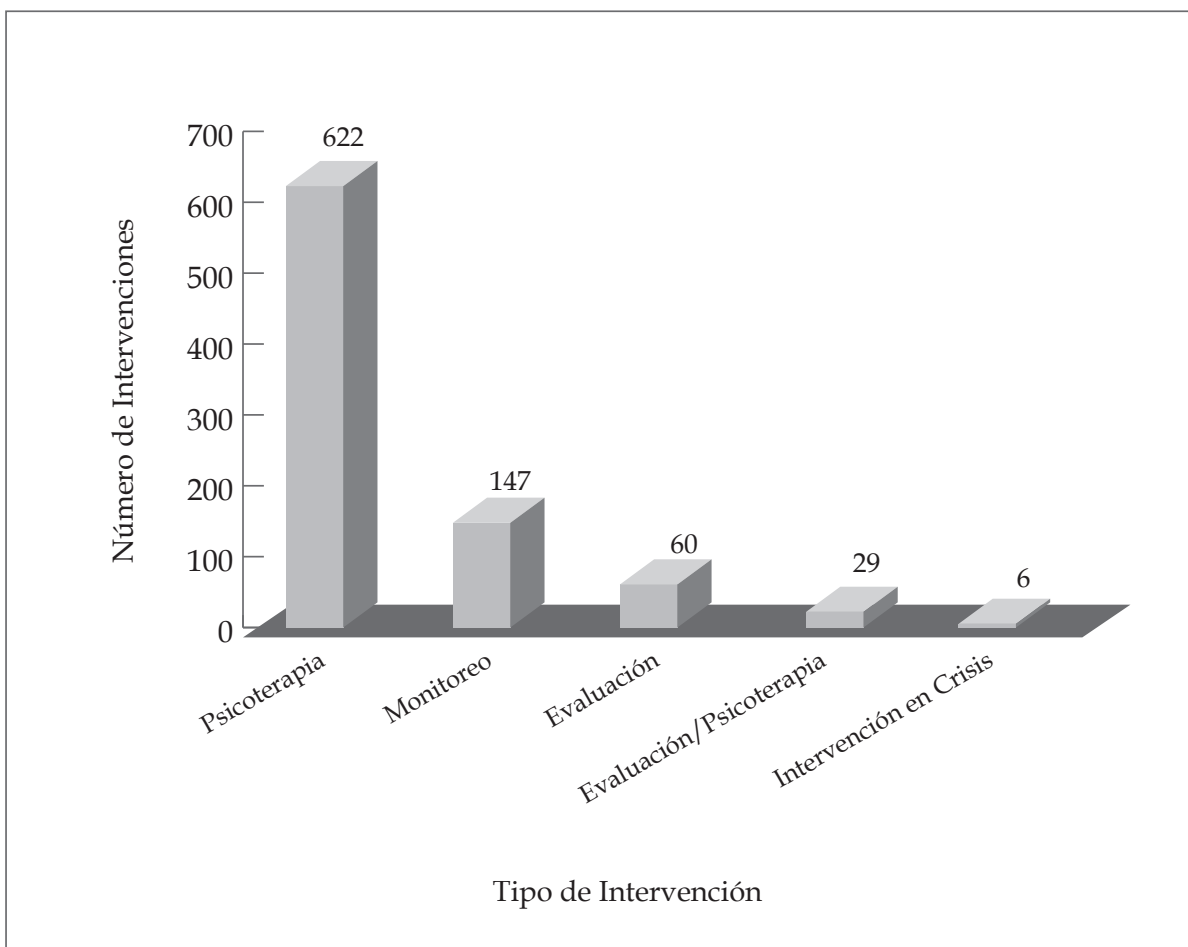


Figura 30. Intervenciones psicológicas realizadas en el servicio de Hematología, periodo julio de 2013 a junio de 2014.

En la Tabla 22 se presentan las técnicas empleadas durante las sesiones de psicoterapia. La más utilizada fue la de información-orientación, seguida de psicoeducación, terapia cognitiva (debate) y solución de problemas, las cuales suman el 72.4% del total de las técnicas empleadas durante este periodo.

Tabla 22.
Intervenciones más utilizadas para psicoterapia, periodo julio de 2013 a junio de 2014.

Técnica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Informar-Orientar	283	30.40
Psicoeducación	163	17.51
Terapia Cognitiva (Debate Cognitivo)	136	14.61
Solución de Problemas	92	9.88
Distracción Cognitiva	69	7.41
Escucha Activa (componentes de relación)	54	5.80
Distracción Instrumental	52	5.59
Respiración Diafragmática	35	3.76
Relajación con imaginería	16	1.72
Relajación Autógena	15	1.61
Respiración Pasiva	13	1.40
Ejercicio de Asertividad	3	0.32
Total	931	100%

Actividades Académicas (reseñadas en su mayoría en el apartado del primer año).

Sesión General del HJM.

Sesiones monográficas con los servicios de Hematología y Oncopediatría.

Sesiones de Caso Clínico, pendientes u otros.

Sesiones Bibliográficas.

Sesión de caso clínico de Medicina Conductual. A continuación se presenta el caso asignado para el segundo año.

Presentación Caso Clínico (2do año)

Fecha de identificación del paciente:

Nombre: YCJ

Edad: 22 años

Sexo: Femenino

Estado Civil: Soltera

Hijos: 1 (varón, 2 años de edad)

Escolaridad: Preparatoria completa

Ocupación: Diseño de Ropa (patrones)

Religión: Católica (no practicante)

Lugar de origen/residencia: Estado de México (Ecatepec)

Número de hermanos y posición que ocupa: 5/6

DX médico: Leucemia Linfoblástica Aguda L2 (LLA-L2 pre-B).

Antecedentes de atención previa en el servicio

La paciente fue conocida por el residente de MC a finales de junio de 2013 durante su hospitalización para el diagnóstico y tratamiento (quimioterapia de inducción a la remisión) de su enfermedad. Al presentar síntomas de ansiedad (taquicardia, sudoración, temblor de manos y pies, sensación de que puede pasar lo peor) ante procedimientos médicos (punción intratecal) y por la presencia de ideas disfuncionales relacionadas con la evolución y pronóstico de su enfermedad, fue tratada en siete ocasiones con técnicas de terapia cognitivo-conductual, como ejercicios de respiración pasiva y diafragmática, solución de problemas, distracción instrumental así como información y psicoeducación sobre la enfermedad, procedimientos médicos y el tratamiento.

Al finalizar su internamiento para pasar a la etapa de intensificación en agosto de 2013, la paciente ponía en marcha algunos de los ejercicios realizados al presentar síntomas de ansiedad (sobre todo respiración diafragmática), con la información proporcionada realizaba más preguntas a los médicos tratantes

(pues para ella conocer de su enfermedad era muy importante), logrando mejorar su adaptación al tratamiento. Se proporcionó número telefónico para brindar apoyo psicológico en caso de ser necesario (mediante cita a consulta externa).

La paciente se continuó internando durante estancias cortas (una semana de duración aproximada) durante los meses de septiembre, octubre y noviembre para recibir dosis altas de metrotexato, en las cuales se brindaba monitoreo y se reforzaban los ejercicios empleados previamente (además de re-valoración psicológica de su condición ante la enfermedad, brindando información, haciendo comentarios y sugiriendo estrategias para resolver algunos inconvenientes producto del tratamiento, como la fatiga física).

Motivo de Referencia-Consulta

La paciente solicita atención psicológica al residente de Medicina Conductual dado que pronto será su internamiento para recibir altas dosis de metrotexato, y tiene miedo a la quimioterapia, que ésta le deje incapacitada el resto de su vida, y a la hospitalización, a ya no volver a salir del hospital. Sabe que si deja el tratamiento puede tener consecuencias graves (recaída, la muerte), pero se siente muy mal de pensar en lo que puede volver a ocurrir (reacción adversa).

Antecedentes heredofamiliares

Madre con diabetes mellitus tipo II desde hace más de 10 años, bajo control.

Padre con ingesta de alcohol de 2 a 3 días de duración hasta llegar a la embriaguez.

Antecedentes personales patológicos

Niega antecedentes alérgicos y transfusionales. Sobrepeso.

Antecedentes psicológicos patológicos

La paciente refiere ser en ocasiones muy impulsiva y enojona. Además, si las cosas no se hacen como ella dice, hay problemas.

Antecedentes personales no patológicos

Casa propia en la cual 6 personas, con todos los servicios básicos. Tabaquismo, consumo de alcohol y otras toxicomanías interrogadas y negadas. Tatuaje en tobillo derecho. Menarca a los 16 años con periodos regulares. Vida sexual activa a partir de los 18 años. Una pareja sexual. Enfermedades de transmisión sexual negadas.

Dinámica familiar y familiograma

YCJ vive en compañía de ambos padres, su hermana mayor y su hermano menor, junto a su hijo. La paciente refiere vivir en un ambiente cordial y de comunidad, aunque se valora de forma significativa la independencia y el trabajo individual. Con el padre refiere una relación cercana, pero en ocasiones problemática, pues es alcohólico y se desaparece varios días al mes, lo cual ocasiona malestar entre los miembros de la familia dado que las obligaciones se tienen que reprogramar y además se originan gastos adicionales (la familia posee una carnicería que se deja de atender, lo cual ocasiona pérdidas económicas). Con su madre tiene una relación difícil, de roce constante, pues le demanda se hagan las cosas como ella quiere. “Desde que me enfermé, siento que me protege demasiado, tanto que a veces me siento asfixiada... sé que le preocupa mi salud, pero creo que exagera... a veces quiero ayudarlo con el quehacer, me siento bien, pero no me deja” (sic. paciente). Con su hermano menor tiene una interacción de apoyo y cordialidad bastante estrecha, al igual que con la hermana mayor, la que cuida de su hijo cuando ella está ausente de casa por el tratamiento, y con la cual tienen una boutique de ropa casual con la que se apoya un poco para los gastos. Con su hijo la paciente refiere dificultad en ocasiones para criarlo,

pues es frecuente que haga berrinches y ella no sabe qué hacer, excepto regañarlo y en ocasiones darle nalgadas. “Por eso mejor que lo cuide mi hermana. Lo quiero, pero a veces me desespera” (sic. pac.).

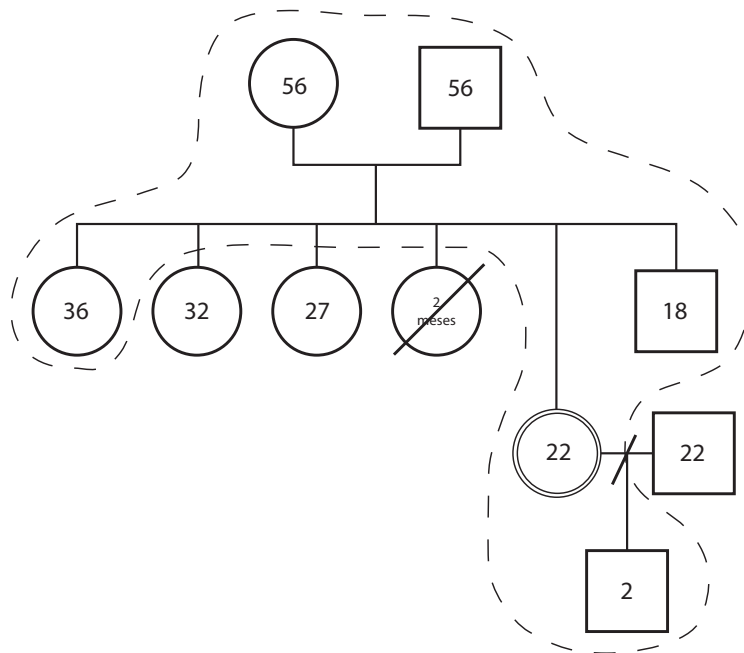


Figura 31. Famiograma caso clínico del segundo año

Historia del problema

Médico-Hematológico

La paciente tiene diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda L2, desde julio de 2013. Cuenta con el apoyo de Casa de la Amistad A.C. para cubrir la mayoría de los gastos de su tratamiento. Actualmente se encuentra en la etapa de mantenimiento, la cual se suspendió parcialmente en diciembre de 2013, debido a la probable respuesta adversa a la administración de un medicamento (metrotexato o asparaginasa), la cual le provocó malestar general, mutismo, parálisis parcial de extremidades y afasia expresiva. Dado este evento adverso, se ajustaron y reprogramaron las quimioterapias ambulatorias semanales así como los internamientos posteriores, siendo el siguiente hacia finales de marzo de 2014.

Psicológico

En febrero de 2014 la paciente se pone en contacto con el residente de Medicina Conductual mediante mensaje de texto, solicitando una consulta, la cual se lleva a cabo el 12 de febrero. En la sesión, la paciente refiere malestar emocional (miedo) para continuar con la quimioterapia, lo cual atribuye a un evento ocurrido en noviembre de 2013. Días posteriores al internamiento que le correspondía en ese mes, padeció una «crisis neurológica» que le hace perder el habla (afasia expresiva) y la movilidad física, motivo por el cual pasa una semana internada en el servicio de neurología, hasta su recuperación. Refiere que los médicos que le dan seguimiento a su caso le dijeron que tiene tres manchas en el cerebro y que es necesario hacer un ajuste a su tratamiento de quimioterapia. Cuando tiene consulta con el médico tratante en diciembre de 2013, ella le platica sus temores y dudas, ante lo cual él médico le comenta que “es muy pronto para tenerle miedo a la quimio” y “es muy difícil saber si los medicamentos fueron los que provocaron el evento neurológico” (sic). Por ello, continuó en su esquema ambulatorio semanal sin cambios especiales.

A partir del evento la paciente refiere tener recuerdos constantes de su experiencia durante la crisis neurológica (miedo y terror de no poder hablar con sus familiares ni con nadie, sensación de embotamiento) que comenzaron a aumentar y surgir a cualquier hora del día, aunque se intensifican a la hora de dormir. Refiere además sentirse tensa, acalorada (sudores) y con dificultad para concentrarse, así como esfuerzos para intentar dejar de pensar en lo que pasó, sin éxito. Antes del evento adverso la paciente tomaba una siesta por la tarde, lo cual no ha podido hacer al menos desde tres semanas antes a la solicitud de atención psicológica. Y por la noche tiene aún más dificultad. También refiere dificultad para expresarse, para “encontrar las palabras” (sic.) y un temblor-calambre en el brazo derecho, que se incrementa cuando está muy nerviosa. Respecto a la quimioterapia a la que tiene que acudir de forma semanal, la paciente refiere un miedo creciente a asistir al hospital para recibirla, pero tiene que asistir, aumentado su sensación de malestar que

solo se aliviaría si “saliera corriendo” (sic. pac.). Cuando está en la sala de quimioterapia, refiere tener sentimientos de “miedo y coraje” al ver a otros pacientes que tienen que llevar en silla de ruedas por su estado físico. “Me da coraje esta enfermedad... no quiero quedar así, como una inútil a la que le tengan que hacer todo” (sic. pac.). Hacia mediados de marzo de 2014 se reiniciarán los internamientos para altas dosis de metrotexato, y pensar en dicho internamiento la hace sentir mal. Tiene pensamientos disfuncionales como “¿qué tal si me pasa lo mismo?”, “¿y si quedo peor?”, “¿y si ya no puedo hablar?”, “no quiero que me pase nada” (sic. Paciente).

Impresión y actitud general

Femenina en condiciones de higiene y aliño adecuadas, se ha mostrado cooperadora e interesada durante la evaluación y las intervenciones.

Examen Mental (Primera Vez)

Femenina de edad aparente igual a la cronológica, de constitución endomorfa, orientada en tiempo, espacio, persona y circunstancia; presenta llanto fácil, e inquietud motora. Atención, concentración y memorias conservadas. Consciente, alerta y con respuesta adecuada al ambiente. Estado de ánimo hipertímico y afecto ansioso. Pensamiento abstracto, centrado en ideas disfuncionales de tipo visión catastrófica, abstracción selectiva y generalización respecto a tratamiento y pronóstico. Lenguaje coherente, congruente, fluido, sin alteraciones en la sensorio-percepción. Con conciencia de enfermedad. Locus de control interno, estilo de afrontamiento centrado en el problema con estrategia activa. Redes de apoyo movilizables.

Evaluación

Entrevista Clínica

HADS

IDARE

BAI

BDI

INCAVISA

Escala de Competencia Percibida en Salud.

Análisis y descripción de conductas problema

Respiración acelerada, inquietud motora (temblor), tensión muscular, sudoración (motor, fisiológico).

Recuerdos de la experiencia de inmovilidad que se presentan de manera intrusiva, casi todo el día (cognitivo)

Pensamientos disfuncionales de tipo abstracción selectiva, visión catastrófica y generalización excesiva sobre el tratamiento y pronóstico de la enfermedad; embotamiento (cognitivo).

Sentimientos de miedo y ansiedad ante la próxima estancia hospitalaria (emocional).

Análisis Funcional

Se presenta a paciente femenina de 22 años de edad, con diagnóstico médico de Leucemia Linfoblástica Aguda tipo L2, complexión endomorfa, originaria y residente del Estado de México, soltera, con un hijo. La paciente solicita la atención del residente de Medicina Conductual dado que por lo menos desde hace tres semanas ante la cercanía de un internamiento en hospitalización para recibir quimioterapia, ha empezado a sentir miedo y terror de pensar en ello, así como una respuesta de ansiedad caracterizada a nivel fisiológico por respiración acelerada, tensión muscular y sudoración, a nivel motor inquietud (temblor), a nivel cognitivo/emocional recuerdos intrusivos del evento de hospitalización previo (dificultad para comunicarse y moverse), así como pensamientos disfuncionales de tipo abstracción selectiva, visión catastrófica y generalización excesiva.

La respuesta es antecedida a nivel cognitivo por pensamientos anticipatorios catastróficos y abstracción selectiva de elementos relacionados con la evolución de la enfermedad y tratamiento (hospitalización, deterioro físico, dependencia). La respuesta tiende a ocurrir en casa, de forma cada vez más intrusiva, al recordar el evento adverso y/o tratar de olvidarlo, y al asistir al hospital para recibir quimioterapia ambulatoria, así como al observar a pacientes con un deterioro físico relacionado con el cáncer u otra enfermedad (invalidez). Como consecuencias a corto plazo que mantienen la conducta, a nivel cognitivo la paciente confirma los pensamientos catastróficos relacionados con la enfermedad y el tratamiento; a nivel fisiológico se presenta aumento de la tensión muscular y taquicardia, así como respiración acelerada, y a nivel motor aumentan la inquietud y la necesidad de escapar. A largo plazo se dificulta la realización de actividades cotidianas debido al aumento del malestar físico y la probabilidad de abandono de tratamiento, lo que puede ocasionar dependencia de sus familiares.

Hipótesis Funcional

Si la respuesta de ansiedad está asociada a los pensamientos disfuncionales anticipatorios y de tipo catastrófico y automático (relacionados a la evolución de la enfermedad y su tratamiento) así como a la respuesta fisiológica (tensión muscular, respiración acelerada, sudoración), la intervención psicológica dirigida a desarrollar formas de afrontar pensamientos disfuncionales para lograr su identificación, cuestionamiento y cambio, mediante estrategias de terapia cognitiva, así como la disminución de la respuesta fisiológica, mediante el entrenamiento en relajación y ejercicios de desensibilización sistemática, logrará que se reduzca la respuesta de ansiedad mejorando su bienestar psicológico, adherencia terapéutica y calidad de vida.

Diagnóstico DSM-IV-TR

Eje I: F43.1 Trastorno de estrés postraumático agudo

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico.

Eje III: Leucemia Linfoblástica Aguda L2 (LLA-L2)

Eje IV: Sin diagnóstico.

Eje V: Escala de Evaluación de la Actividad Global: 60.

Objetivo General.

Que la paciente afronte de manera funcional el tratamiento de quimioterapia mediante la utilización de técnicas cognitivo conductuales como el debate cognitivo y la desensibilización sistemática para el manejo de la sintomatología ansiosa.

Objetivos Específicos

Que la paciente conozca y explique de forma básica qué es el trastorno de estrés postraumático: cómo surge, sus síntomas principales, y su relación con la ansiedad.

Que la paciente conozca la importancia de la respiración diafragmática y pueda ponerla en práctica como forma inicial de afrontamiento ante situaciones que evoquen ansiedad.

Que la paciente pueda exponerse de forma controlada y progresiva a la situación temida

Que la paciente pueda identificar sus pensamientos disfuncionales catastróficos y automáticos, y cuente con herramientas para detener su frecuencia y/o cambiarlos (debate cognitivo, experimentos conductuales).

Variables y Estrategias de intervención

Variable Independiente	Variable dependiente	Meta
Psicoeducación	Conocimiento del estrés postraumático: cómo surge, sus síntomas y la relación con la ansiedad.	Incrementar conocimientos
Respiración Diafragmática y relajación autógena	Respuesta fisiológica de la ansiedad	Generar respuesta opuesta a la ansiedad (relajación)
Exposición en imaginación	Respuesta cognitiva y fisiológica de la ansiedad	Enfrentar las situaciones temidas (quimioterapia ambulatoria, hospitalización)
Solución de problemas	Respuesta cognitiva de la ansiedad	Desarrollar planes de acción para enfrentar las situaciones temidas.
Debate cognitivo y experimentos conductuales	Pensamientos disfuncionales	Identificar, cambiar y disminuir frecuencia de distorsiones cognitivas

Reporte de sesiones de tratamiento

El tratamiento se efectuó entre los meses de febrero a junio de 2014, en el consultorio de consulta externa de psico-oncología (planta baja de oncología-urgencias, en horario matutino (7 am). Adicionales a las sesiones de evaluación (dos), se calendarizaron 14 sesiones de 60 minutos de duración, de las cuales únicamente se efectuaron 12, debido a la ausencia de la participante por motivos de salud y de trámites médicos. También durante este periodo la paciente se hospitalizó en dos ocasiones por el tratamiento, tomándose medidas adicionales con algunos de los instrumentos para observar el desempeño de la intervención. Se definió este intervalo de tiempo y número de sesiones debido al tipo de técnicas empleadas y al tiempo que todavía se permanecería en el servicio, pues el residente de Medicina Conductual lo dejaría al finalizar junio de 2014.

Sesión 1 y 2

Durante estas sesiones se aplicaron los instrumentos señalados previamente y se evaluó mediante entrevista la naturaleza de los eventos que evocan la respuesta de ansiedad. La paciente refirió que ya sentía miedo al asistir a quimioterapia ambulatoria, aunque leve, sobre todo por lo que observaba y escuchaba de otras pacientes, relacionado al deterioro físico y platicar de la enfermedad. Después del evento adverso de quimioterapia, y ante la cercanía de su próximo internamiento, refiere empezaron los problemas, pues ya no quería asistir a quimioterapia, el malestar físico se incrementaba y, aunque lo intentaba de forma sostenida, no podía quitarse de la cabeza las ideas de que todo podría ir mal, quedaría invalida y moriría irremediabilmente.

Para controlar estos pensamientos y los síntomas físicos asociados, se realizaron ejercicios de respiración diafragmática (que medianamente ya dominaba) y se inició con la psicoeducación de la ansiedad y el modo de controlarla. Se orientó en el llenado de un registro de valoración subjetiva de estado de ánimo semanal que se dejaría de tarea así como en la realización de periodos de cinco minutos de respiración diafragmática cuando surgieran las sensaciones de miedo durante sus actividades cotidianas.

Sesión 3.

Durante esta sesión se revisaron los registros de estado de ánimo y las situaciones que pudieron explicar las variaciones, siendo frecuentes los pensamientos asociados a consecuencias catastróficas, aunque la paciente comenzó a referir la realización de actividades de quehacer doméstico y de estancia con su hijo que lograron distraerla de los pensamientos intrusivos.

Se explicó en detalle en que consiste el trastorno de estrés postraumático, y se mostró a la paciente la relación entre las variables que dieron origen en su caso a esta problemática, las estrategias que se utilizarían para impactar en ellas y mejorar su salud psicológica. Con el tiempo disponible se practicó un ejercicio de respiración diafragmática y se exhortó al llenado del registro de valoración subjetiva de estado de ánimo.

Sesión 4.

En esta sesión se revisó el registro de valoración de estado de ánimo, donde la paciente comenzó a referir otras actividades que le hacían manejar mejor los síntomas, además de disminuir la frecuencia de pensamientos catastróficos, de a casi todo el día a dos o tres por la noche, antes de dormir, y el día de la quimioterapia ambulatoria.

También durante esta sesión se realizó un ejercicio breve de relajación autógena, con el objetivo de que la paciente reconociera la sensación de relajación profunda y empezara a familiarizarse con ella. Se entregó una grabación en memoria usb que reproducía el ejercicio realizado en su forma completa, y se dejó de tarea realizarlo al menos una vez al día, sobre todo antes de dormir. Se exhortó a continuar el llenado de la valoración subjetiva de estado de ánimo y se agregó un nuevo registro de práctica de relajación.

Sesión 5.

Se examinan los registros y se observa una valoración subjetiva de ánimo con variaciones a la baja, lo cual la paciente atribuye a que la semana próxima será el internamiento al que teme acudir, y que nuevamente han comenzado a surgir pensamientos catastróficos relacionados con el internamiento y el tratamiento. Entonces, se da comienzo a las técnicas de reestructuración cognitiva, explicando a detalle el modelo cognitivo de la ansiedad y debatiendo con la paciente los pensamientos más frecuentes (“¿y si no vuelvo a salir?”, “¿y si me pasa lo mismo?”), además de realizar un ejercicio de solución de problemas para establecer conductas a seguir por parte de sus familiares y ella misma, en caso de alguna eventualidad. Esto último ayudó mucho a la paciente, y le permitió trazar una ruta de acción para enfrentarse a potenciales dificultades que por la naturaleza de su enfermedad son casi nulas, pero tienen la posibilidad de ocurrir.

Monitoreo en Internamiento.

Se brindó un monitoreo durante el internamiento que duró cuatro días y en el cual no se presentó ninguna eventualidad de carácter médico, excepto náusea y fatiga. Se aplican los instrumentos HADS, IDARE y Competencia percibida en salud.

Sesión 6.

Durante esta sesión se revisaron los registros y en la valoración de estado de ánimo, su pico más bajo (4) fue un día antes de la hospitalización, así como el punto más alto (9) al egreso. Se comentó con la paciente la experiencia y se utilizó como evidencia para contribuir a la detección y cambio de pensamientos disfuncionales, pues “todo lo que pensamos no ocurre necesariamente de esa manera”. La paciente refirió la utilidad de las técnicas revisadas y practicadas hasta el momento durante la hospitalización para estar más tranquila, así como el preguntar dudas a los médicos sobre su tratamiento. Se repasó el modelo cognitivo de la ansiedad y se realizó un ejercicio de debate sobre un pensamiento evocado durante la hospitalización (“esto es lo peor que se puede sentir en la vida”). Se continuó exhortando al llenado de los formatos de sesiones previas, así como la práctica de relajación.

Sesión 7

Se revisaron los registros dejados para la semana de forma rápida, pues se realizaría un ejercicio completo de relajación autógena para verificar la práctica realizada por la paciente. Se corrigieron algunos detalles y se exhortó a continuar con el llenado de los formatos de estado de ánimo y práctica de relajación.

Sesión 8

Esta sesión, además de revisar los registros y comentarlos, estuvo enfocada a revisar el tipo de ideas irracionales de acuerdo al modelo cognitivo. Se

comentaron las de mayor frecuencia detectada en la paciente (de tipo catastrófico y abstracción selectiva) y se utilizó el debate para cuestionar su viabilidad. Se instruyó en el uso del registro de pensamientos disfuncionales y se dejó de tarea el llenado de un registro de este tipo mediante la detección de dos pensamientos molestos e intentar generar respuestas alternativas para cambiarlos.

Sesión 9

La paciente se presenta a la sesión tarde y triste, pues una amiga muy cercana falleció hace dos días después de padecer un agresivo cáncer ovárico. Se escucha a la paciente y se cuestionan los pensamientos disfuncionales relacionados con lo enérgico de la enfermedad de su amiga (“¿por qué tan rápido?”) y el reflejo que genera en la paciente (“¿en cuánto tiempo me tocará a mí?”). Además, se realiza un ejercicio breve de relajación con imaginación guiada para despedirse de su amiga, pues ella no pudo estar presente cuando durante el velorio, y no podría acudir a su funeral al estar en quimioterapia ambulatoria. Se dejó así mismo pudiera continuar con los registros de ánimo, relajación y pensamientos disfuncionales.

Sesión 10

Se analizan y comentan los registros realizados. A pesar del evento con su amiga, la paciente tiene estados de ánimo por encima de ocho, describiendo la realización de actividades con buen humor y disposición, pues le han dejado permanecer en la boutique de la familia para atenderla y su mamá le ha “aflojado un poco” la sobreprotección. La sesión se centra en continuar con la detección y cambio de ideas disfuncionales relacionadas con el tratamiento y la evolución, así como en la búsqueda de más actividades a realizar para

Sesión 11

Se revisan y comentan los registros realizados. Se destina una sesión más para continuar trabajando con el modelo cognitivo y detectar y cambiar pensamientos irracionales vinculados al tratamiento, la enfermedad y la evolución. La paciente refiere la realización de más actividades (paseos al parque, en compañía de su hijo), y en la próxima consulta con el médico tratante le preguntará sobre si puede realizar un trabajo más sostenido como dibujar. Se continúa dejando el registro de relajación y de valoración subjetiva de estado de ánimo.

Sesión 12

Se revisan y comentan los registros realizados. La paciente refiere además sentirse sorprendida de no sentirse mal por una situación ocurrida en la semana, pues un tío paterno acaba de fallecer de cáncer de hígado y ella como si nada. Refiere: “me sorprende un poco. Creo que hace unos meses me hubiera sentido muy mal, pero me da gusto haber conocido a mi tío y convivir con él. Tarde o temprano todos moriremos y él lo hace un poco adelantado, y lo más importante: como quiso que ocurriera, a pesar de la enfermedad”. Como contenido de sesión se repasó la técnica de solución de problemas y se realizó un ejercicio propuesto por la paciente (Quiero trabajar... ¿Qué puedo hacer al respecto?). Se dejan registros de relajación y estado de ánimo, para continuar monitoreo de situaciones que pudieran presentar un reto a la paciente y comentarlo en sesión.

Monitoreo de hospitalización

Se brindó monitoreo ante una nueva hospitalización de casi seis días de duración para recibir altas dosis de metrotexato. La paciente se muestra cansada por la quimioterapia y con náusea. Refiere que le costó menos trabajo

hospitalizarse que la vez anterior, pero aún es difícil para ella: “no me dan de comer lo que me gusta/ayuda para las náuseas y aquí no puedo realizar muchas cosas, pero bueno... me aguanto, esto también pasará” (sic. pac.) Se aplican los instrumentos HADS, IDARE y Competencia percibida en salud.

Sesión 13

En esta sesión se revisaron y comentaron los registros realizados durante la semana y en hospitalización. Se realiza un ejercicio breve de relajación para monitorizar la técnica. Se revisan los logros alcanzados hasta el momento, y se da inicio al cierre de tratamiento, que ocurrirá en la próxima sesión. Se dejan los registros a libre uso, invitando a continuar practicando las habilidades aprendidas.

Sesión 14

Se conversa con la paciente los eventos más relevantes ocurridos en la semana, donde hubo consulta con el médico tratante. Refiere sentir más cercanía con él al haberle contestado un par de dudas respecto a la evolución y estado de su enfermedad. Se aplican los instrumentos de la evaluación inicial, y se rescatan más objetivos logrados a lo largo del tratamiento. Dada la evolución clínica, se decide dejar a cita abierta la atención psicológica de la paciente, quien cuenta con las referencias para contactar a los nuevos residentes de Medicina Conductual que se harán cargo del servicio. Se hace énfasis en que ellos realizarán monitoreo pero que ella, en caso necesario, no dude acercarse a ellos para recibir tratamiento psicológico.

Resultados

A lo largo de la intervención psicológica la paciente logró incrementar las habilidades para enfrentar la quimioterapia y la hospitalización. Así mismo,

también se evidenció la disminución de la sintomatología ansiosa y el número e intensidad de pensamientos disfuncionales, varios de los cuales pudo modificar por sí misma.

En la Figura 32 puede observarse los resultados pre y post-tratamiento, así como las medidas realizadas durante el primer y segundo internamiento evaluados con el instrumento HADS, donde puede observarse la variación con tendencia a la baja en ansiedad y en depresión. En la medida realizada del primer internamiento, se observa el despunte en ansiedad, pero se explica por lo que se ha reseñado en el desarrollo de las sesiones.

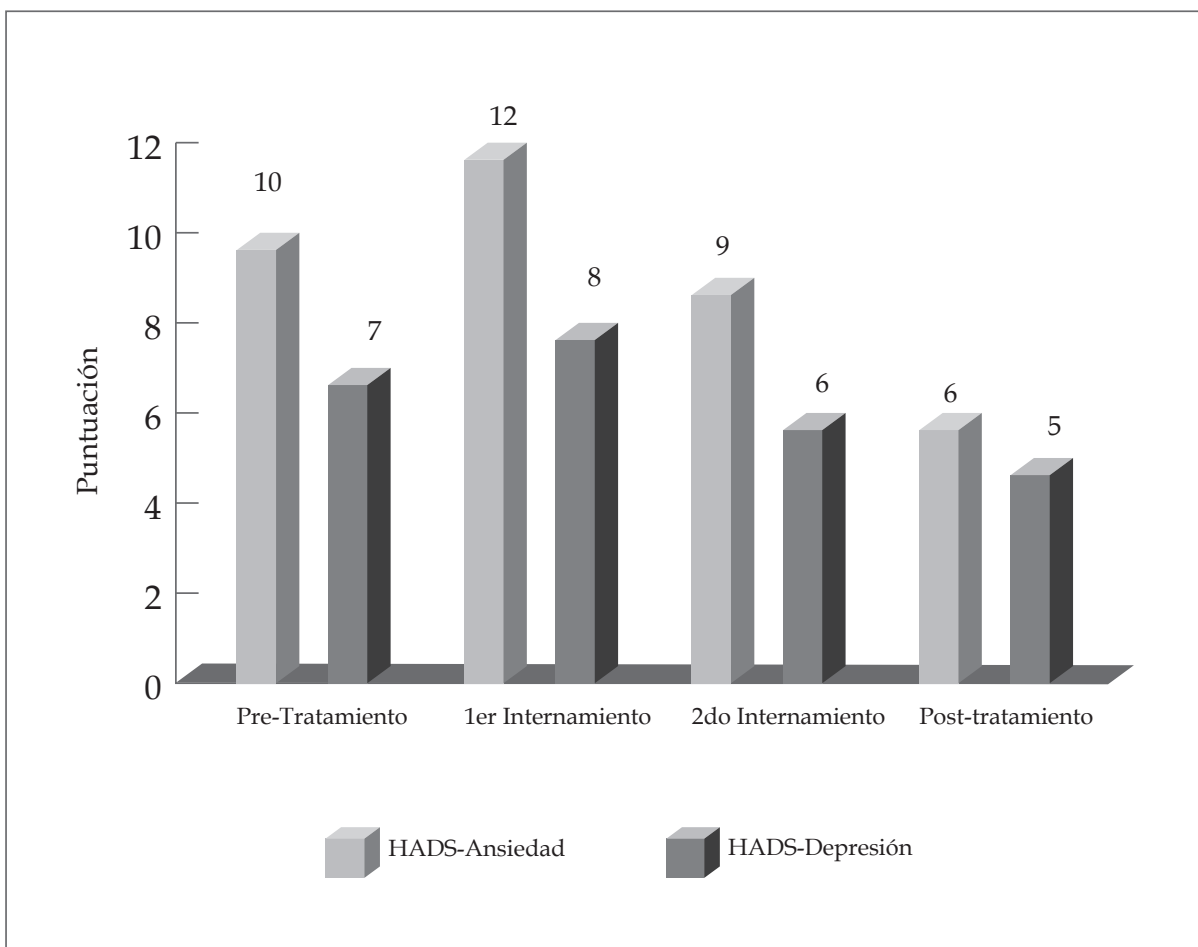


Figura 32. Resultados en el instrumento HADS, paciente YCJ

En la figura 33, puede observarse el efecto del tratamiento evaluado mediante el instrumento IDARE, donde se observa una disminución de las puntuaciones en ansiedad-estado, mientras que la ansiedad rasgo se mantiene casi al mismo nivel.

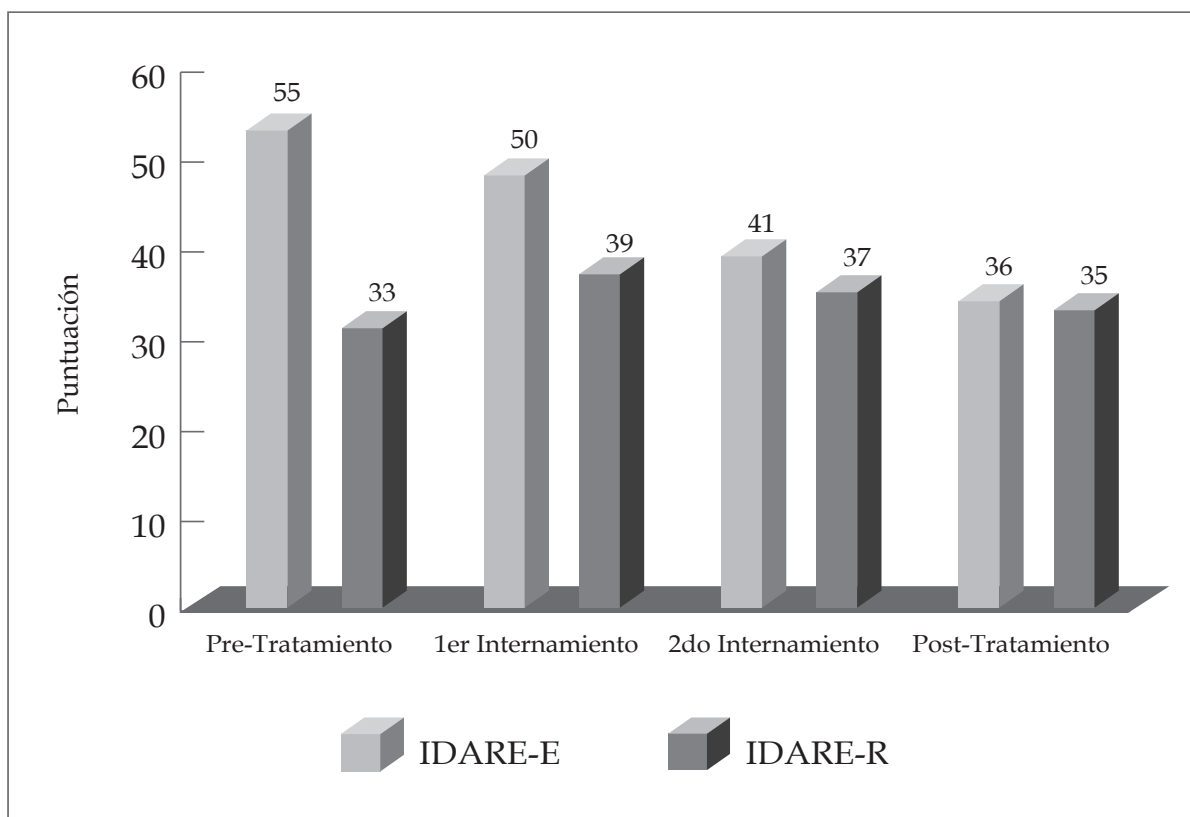


Figura 33. Resultados en el instrumento IDARE, paciente YCJ

En la Figura 34 se observa los resultados del tratamiento de acuerdo a la evaluación realizada por los instrumentos de Ansiedad y Depresión de Beck. Para la ansiedad, se observa una disminución significativa de 21 puntos, al pasar de ansiedad moderada a normal de acuerdo a las normas disponibles. En depresión, se observa una baja en las puntuaciones discreta, al disminuir únicamente tres puntos, dado que sus valores tanto pre y post-tratamiento están dentro del nivel de depresión mínima de acuerdo a las normas del BDI para México.

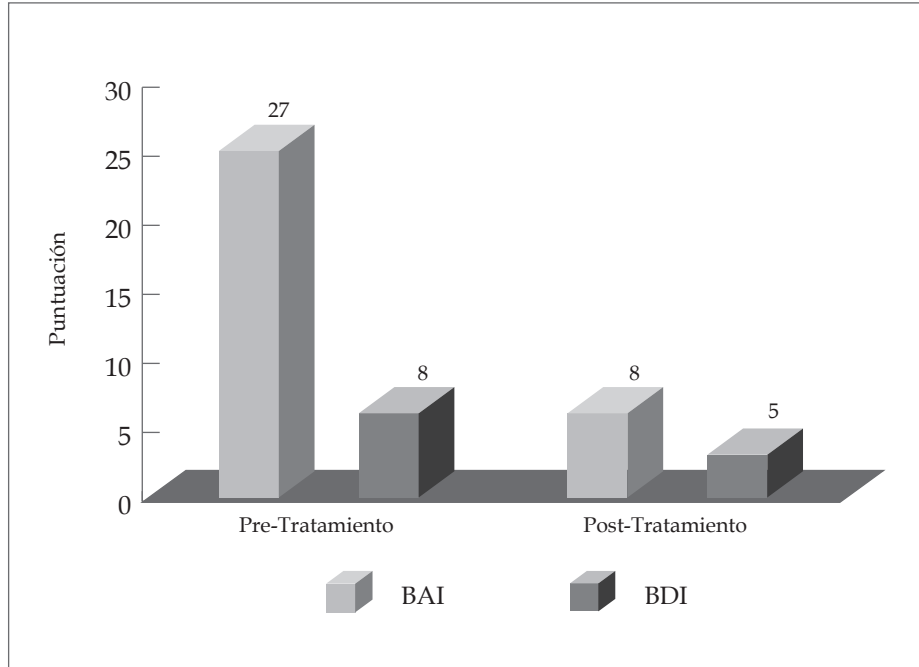


Figura 34. Resultados de los instrumentos BDI y BAI, paciente YCJ

En la Figura 35 se puede observar el efecto del tratamiento en la variable de control percibido en salud, que aumentó 4 puntos respecto a la evaluación inicial.

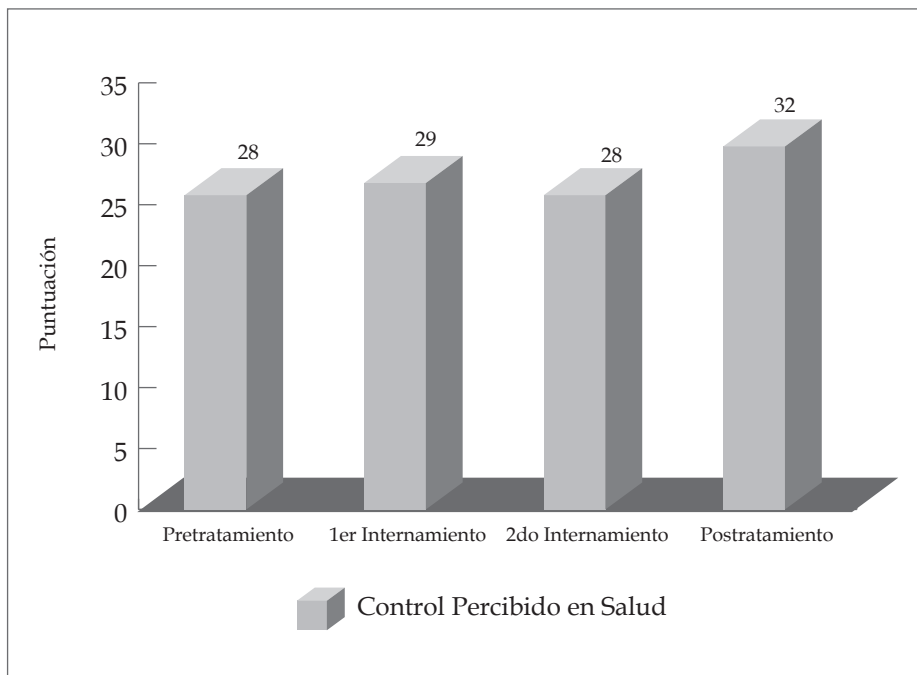


Figura 35. Resultados del tratamiento en Control Percibido, paciente YCJ

Finalmente, en la Figura 35 se muestran los resultados en calidad de vida evaluados por el INCAVISA. Todas las áreas del perfil obtenido se mostraron con calificación Normal en la evaluación pre-tratamiento, excepto desempeño físico que obtuvo una calificación Alta, y en las áreas de aislamiento, redes sociales y dependencia médica que mostraron una calificación de Muy Alta. En la evaluación post-tratamiento, todas las áreas entraron en la calificación Normal de calidad de vida, excepto actitud ante el tratamiento, que disminuyó a la calificación de Baja.

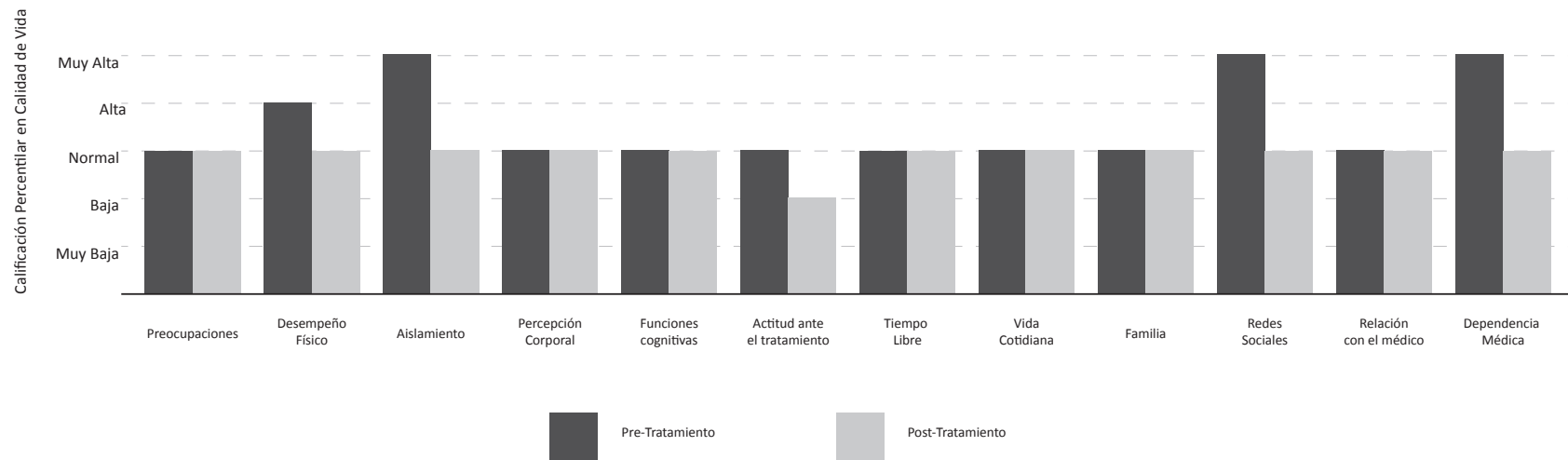


Figura 36. Resultados del tratamiento en Calidad de Vida, paciente YCJ

A lo largo de la intervención psicológica la paciente logro incrementar las habilidades para enfrentar la quimioterapia y la hospitalización. Así mismo, también se evidencio la disminución de la sintomatología ansiosa y el número e intensidad de pensamientos disfuncionales, varios de los cuales pudo modificar por sí misma.

En este caso, durante la intervención no se presenció ningún evento estresante de forma importante como falla terapéutica al tratamiento de quimioterapia u hospitalizaciones prolongadas por otros motivos asociados también a la enfermedad, por lo cual es importante que pueda seguirse evaluando en el seguimiento y monitoreo factores estresantes y la estabilidad de las habilidades aprendidas.

Tabla 23

Modelo Secuencial Integrativo (EORC) de la paciente YCJ. "Tengo miedo de continuar con la quimioterapia".

Estímulo(2) Antecedentes	Organismo (4)	Respuestas (1)	Consecuencias (3)
<p><u>Historia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Pasada: <ul style="list-style-type: none"> a. Evento adverso en quimioterapia de mantenimiento •Contemporánea: <ul style="list-style-type: none"> a. Situación de enfermedad actual. <p><u>Estímulos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Externos <ul style="list-style-type: none"> a. Asistir a quimioterapia ambulatoria. b. Ver pacientes en estado físico deteriorado c. Hospitalización •Internos <ul style="list-style-type: none"> a. Pensar en la hospitalización (no volver a salir o salir mal) (cognitivo) b. Pensar en las peores consecuencias del tratamiento (invalidez, dependencia de los demás) (cognitivo) c. Imágenes de la experiencia asociada al evento adverso (cognitivo) 	<p><u>Biológicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •LLA-L2 <p><u>Habilidades, déficits y excesos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Capacidad para resolver problemas •Poca tolerancia a los cambios •Motivación al cambio <p><u>Historia de reforzamiento.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Alta valoración de la independencia personal. 	<p><u>Motivo:</u> Malestar (ansiedad) para continuar con el tratamiento de quimioterapia</p> <p><u>Motoras</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Inquietud, evitación <p><u>Cognitivas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Pensamientos intrusivos de tipo catastrófico, abstracción selectiva y generalización excesiva relacionados con el tratamiento ("¿Y si me vuelve a pasar lo mismo?", "¿Y si no vuelvo a salir del hospital?") y el pronóstico ("Me voy a morir"). <p><u>Emocionales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Miedo, terror <p><u>Fisiológicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Respiración acelerada •Tensión muscular •Sudoración (diaforesis) 	<p>Usuario</p> <p><u>A corto plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Cognitivas: Confirmación de pensamientos catastróficos. Pensar en la hospitalización. •Fisiológicas: Distensión muscular, taquicardia, respiración acelerada •Motoras: incremento de la inquietud, evitación <p><u>A largo plazo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> •Cognitivo: Pensamientos relacionados con el deterioro físico y abandonar el tratamiento. •Fisiológicas: Respiración acelerada, tensión muscular, diaforesis. Fatiga. •Motor: Abandonar el tratamiento <p>De los otros</p> <ul style="list-style-type: none"> •Dependencia de los familiares para realizar sus actividades.

Supervisión Académica. Se realizó los miércoles, de 11:30 a 13:30 hrs. En este segundo año de rotación, para el semestre 2014-1, asistieron los residentes de Medicina Conductual adscritos al servicio de Oncología y Hematología junto a la supervisora académica, Mtra. Cristina Bravo. Para el semestre 2014-2 asistieron los residentes de Medicina Conductual en Hematología y Medicina Interna, junto a la supervisora académica Lic. Mayra Mora Miranda. El objetivo en ambos periodos académicos fue revisar bibliografía aplicada, comentar y desarrollar casos difíciles, así como realizar y calendarizar actividades para la elaboración del reporte de experiencia profesional y protocolo de investigación.

Actividades no programadas.

Asistencia a eventos académicos.

Asistencia como expositor al 3er Coloquio Nacional de Psicooncología, del 22 al 24 de agosto de 2013, con el tema “Modelo de Intervención en Pacientes Hematológicos”.

Asistencia como expositor (cartel) al XXI Congreso Mexicano de Psicología, del 9 al 11 de octubre de 2013, en la ciudad de Guadalajara Jalisco, México.

Asistente al Curso “Sensibilización y Capacitación para el trato digno al usuario”, en el Hospital Juárez de México, el 3 de abril de 2014.

Evaluación del sistema de supervisión.

La supervisión in situ con la que se contó en el segundo año de la rotación continuo siendo buena, pues la revisión de casos y artículos permitió estar trabajando y revisando material actualizado para la atención de los pacientes. Pero, aunque se cuenta con apoyo para evaluación y tratamiento de los padecimientos de origen psiquiátrico, continúo faltando un supervisor in situ que pueda brindar más contexto y formación para los pacientes oncológicos como los que son tratados en el servicio.

Por parte de la supervisión académica, esta fue adecuada y más enriquecedora al contar ahora con los residentes de Medicina Conductual en Medicina Interna para dar soporte al trabajo asistencial y dar continuidad y finalizar el protocolo de intervención. También fue importante para la revisión y búsqueda de literatura pertinente, solución de dificultades con casos problemáticos y la conformación de intervenciones adecuadas que permitían la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos así como resolver las eventualidades más frecuentes del servicio.

Competencias profesionales alcanzadas

Las habilidades desarrolladas por el residente en Medicina Conductual en la atención del paciente con una enfermedad crónica y degenerativa, se lograron gracias a la creación de intervenciones cognitivo-conductuales en pacientes en su mayoría hemato-oncológicos, con complicaciones asociadas a la condición de enfermedad y los tratamientos y procedimientos médicos concomitantes. Este tipo de pacientes desarrolla por lo general síntomas psicológicos como ansiedad, depresión, dificultad para tomar decisiones y movilizar el apoyo social, entre otras, lo que hace difícil el tratamiento y control de la enfermedad, por lo que atender esas dificultades mediante intervenciones psicológicas pertinentes es esencial para facilitar el tratamiento y mejorar su calidad de vida durante su supervivencia.

Competencias desarrolladas:

Aplicación de entrevista para desarrollo de historia clínica psicológica en pacientes con padecimientos hematológicos (así como formatos necesarios para dejar registro de las actividades: nota SOAP (Subjetivo, Objetivo, Análisis, Plan), subsecuente e informativas en expediente clínico; formato interno de entrevista, instrumentos psicométricos) y formular una impresión diagnóstica.

Aplicación práctica de técnicas cognitivo-conductuales como: de

relajación (autógena, con respiración diafragmática, con imaginación); solución de problemas; psicoeducación, entre otras, como parte de un tratamiento integral.

Habilidad para la Evaluación conductual y la formulación de caso.

Consolidación del conocimiento teórico necesario de las enfermedades crónicas hematológicas para continuar brindando psicoeducación a los pacientes y familias que pueda coadyuvar en el manejo de la enfermedad y ayudar a incrementar la interacción y comunicación con el equipo de salud para recibir una atención integral y de calidad.

Diseño y creación de programas de intervención psicológica con el fin de responder a las necesidades (problemática) de los pacientes hematológicos, así como evaluación de los mismos.

Búsqueda de material documental en bases de datos y bibliografía acorde a las necesidades de los pacientes.

Conclusiones y sugerencias

Es necesario continuar el trabajo realizado en el servicio, sobre todo en el área de las pláticas a familiares, que bien puede ser tema de investigación para futuras generaciones de residentes.

Es importante desarrollar un plan de seguimiento a largo plazo con los pacientes que transitan por hospitalización (sobre todo en los pacientes supervivientes de leucemia) y que requirieron un tratamiento psicológico, lo cual frecuentemente no se realiza por la carga de trabajo y la falta de un sistema establecido que dé continuidad al trabajo de los residentes que han pasado por el servicio. Por lo anterior, sería importante articular y mostrar en foros o clases especiales el trabajo hecho por otros residentes que han pasado por el servicio, pues parte de la experiencia teórica y práctica aprendida en la sede con las características especiales de la población atendida y la sede en sí misma se pierde. Esta revisión podría ser hecha por el residente de reciente ingreso y dirigida por el supervisor académico y/o in situ.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Arranz, P., & Coca, C. (2003). Intervención psicológica en un servicio de hematología. En E. Remor, P. Arranz & S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 641-678). España: Desclée de Brouwer.
- Baños-Rivera, R. M., Guillen-Botella, V., Botella-Arbona, C., García-Palacios, A., Jorquera-Rodero, M., & Quero-Castellano, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de Caso. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 303-316.
- Bárez, M. (2002). *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama*. Tesis de doctorado no publicada. España: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Baréz, M., Blasco, T., & Fernández-Castro, J. (2003). La inducción de sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes de cáncer. *Anales de Psicología*, 19(2), 235-246.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its Disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2nd Ed.). New York: The Guilford Press.
- Barraza, P. A. (2004). Evaluación en Intervención psicológica en un caso de Trastorno Adaptativo Mixto con Ansiedad y Estado de Animo Depresivo en una mujer con recidiva por Cáncer de Mama. *Psicooncología*, 1(1), 165-178.
- Bélendez-Vázquez, M., Bermejo-Alegría, R., & García-Ayala, M. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17(2), 318-324.
- Benito, MaP., Simón, MaJ., & Matachana, M. (2014). Estrés y ansiedad. Cuidados auxiliares en enfermería. *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. (pp. 51-68). España: McGraw-Hill Interamericana S. L.

- Borda-Mas, M., Pérez-San Gregorio, A., & Blanco-Picabia, A. (2000). *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta en Medicina Comportamental*. España: Universidad de Sevilla.
- Broadbent, E., Petrie, K., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2002). *Classification of anxiety and mood disorders. Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (2nd ed., pp. 292-327). New York: The Guilford Press.
- Burish, T. G., Carey, M. P., Wallston, K. A., Stein, M. J., Jamison, R. N., & Naramore, J. (1984). Health Locus of Control and Chronic Disease: an external orientation may be advantageous. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2(4), 326-332.
- Butcher, J. N., Mineka, S., & Hooley, J. M. (2007). Estrés y trastornos de adaptación. *Psicología Clínica*. (12 ed., pp. 135-169). Madrid: Pearson Educación.
- Cano, A. (2005). Control Emocional, Estilo Represivo de Afrontamiento y Cáncer: Ansiedad y Cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.
- Clarck, D. A., & Beck, A. T. (2012). Ansiedad: una condición común pero multifacética. *Terapia Cognitiva para trastornos de ansiedad. Ciencia y Practica* (pp. 19-68). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cruz-Rico, J. (2009). El Hospital Juárez de México y el Servicio de Hematología. En Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología, G. Ruiz-Reyes & E. Torre-López (Eds.), *La Hematología en México. Apuntes históricos y datos actuales* (pp. 92-93). México: Editorial Médica Panamericana.
- De los Santos-Roig, M. (2009). *Evaluación de las creencias de "sentido común" sobre la enfermedad: creación de la Escala sobre la Representación Cognitiva de la Enfermedad, ERCE*. (Tesis de Doctorado no publicada), Universidad de Granada.

- DeAngelo, D. J. (2005). The treatment of adolescents and young adults with acute lymphoblastic leukemia. *Hematology*, 123-130.
- Die-Trill, M. (2003). Intervención Psicológica en un servicio de oncología. En E. Remor, P. Arranz & S. Ulla (Eds.), *El psicólogo en el ámbito hospitalario* (pp. 621-640). España: Desclée de Brouwer.
- Dobson, K., & Franche, R.-L. (1993). La práctica de la terapia cognitiva. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta* (pp. 493-526). Madrid: Siglo XXI.
- Doka, K. J. (2010). Respuestas ante enfermedades mortales. *Psicoterapia para enfermos en Riesgo Vital*. (1 ed., pp. 119-151). España: Desclée de Brouwer.
- Dominguez-Senin, L., Rodríguez-Rodríguez, J., Garrido-Martinez, M., Sánchez-Argáiz, M., & Martín-Chacón, E. (2012). Efectividad y seguridad del régimen FLAG-IDA en leucemias agudas resistentes o recidivantes. *Farmacia Hospitalaria*, 36(4), 261-267.
- Fierro, A. (1997). Estrés, afrontamiento y adaptación. En M^a I. Hombrados (Comp.), *Estrés y Salud* (pp. 9-38). Valencia: Promolibro.
- Fiske, S. T., & Taylor, S. E. (1984). *Social cognition*. USA: Addison-Wesley Pub. Co.
- Florensa, L., Pérez-Vila, E., & Woessner, S. (2001). Introducción al estudio de las leucemias agudas. Clasificación. Descripción de las distintas variedades. Formas especiales. En J. Sans-Sabrafen, C. Besses Raebel & J. L. Vives Corrons (Eds.), *Hematología Clínica* (5ta ed., pp. 409-434). Madrid: Elsevier.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.
- García-Vidrios, M. V., Lomelí-Guerrero, A., Sanchez-Valle, E., & Gómez Almaguer, D. (2002). Tratamiento de las leucemias agudas del adulto. *Gaceta Médica de México*, 138, 94-101.

- Gaytan-Hernández, A. I., & García de Alba-García, J. E. (2006). El significado de la Diabetes Mellitus tipo 2 desde la perspectiva del paciente. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(2), 113-120.
- Gómez Almaguer, D. (2009). Leucemia mieloblástica aguda. En J. C. Jaime Pérez & D. Gómez Almaguer (Eds.), *Hematología. La sangre y sus enfermedades* (pp. 83-86). México: McGraw Hill.
- Gómez Almaguer, D., & Jaime Pérez, J. C. (2009). Leucemia linfoblástica aguda. En J. C. Jaime Pérez & D. Gómez Almaguer (Eds.), *Hematología. La Sangre y sus enfermedades* (2 ed., pp. 77-82). México: Mc Graw-Hill.
- González de Rivera y Revuelta, J. L., & Morera Fumero, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4(1), 7-11.
- Haefel, G. J., Abramson, L. Y., Brazy, P. C., & Shah, J. Y. (2008). Hopelessness theory and the approach system: Cognitive vulnerability predicts decreases in goal-directed behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 281-290. doi: 10.1007/s10608-007-9160-z
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184.
- Hale, E. D., Treharne, G. J., & Kitas, G. D. (2007). The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patient's needs? *Rheumatology*, 46, 904-906. doi: 10.1093/rheumatology/kem060
- Heijmans, M., & de Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 485-503.
- Hernández-Tejeda, M., Lynch, Ch., Strom, J., & Egede, L. (2012) Effect of Perceived Control on Quality of Life in Indigent Adults with Type 2 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 38(2), 256-262. doi:10.1177/01457217111436135

- Herrero-Gómez, V., & Cano-Vindel, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: Evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 53-59.
- Ibáñez, E., & Soriano, J. (2008). Intervención psicológica en enfermos de cáncer: Planteamientos del presente, deseos del futuro. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 259-289.
- INEGI. (2013). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer [Nota de Prensa]. Recuperado de: www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/cancer0.doc
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21(3), 26-31.
- Kazdin, A. E. (2002). *Research design in clinical psychology*. Boston: Pearson Education.
- Lazarus, H. M. (2004). Trasplantes autólogo y alogénico en los tumores hematológicos. En J. J. Mazza (Ed.), *Hematología Clínica* (3era ed., pp. 478-490). Madrid: Marbán Libros.
- Lazarus, R. S. (2000a). Estrés psicológico y valoración. *Estrés y Emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud* (pp. 61-96). España: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. S. (2000b). Estrés y emoción. *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. (pp. 39-59). España: Desclée de Brouwer.
- Letelier, C. J., Núñez, D. E., & Rey, R. J. (2011). Taxonomía de pacientes con diabetes tipo 2 basada en sus representaciones de enfermedad. *Psykhé*, 20(2), 115-130.
- Leukemia & Lymphoma Society (2011) Leucemia mieloide aguda. LLS (Ed.) (pp. 54) Recuperado de http://espanol.lls.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeeducationmaterials/spanish/pdf/sp_aml.pdf
- Leukemia & Lymphoma Society (2012) Leucemia linfoblástica aguda. LLS (Ed.) (pp. 56) Recuperado de http://espanol.lls.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeeducationmaterials/spanish/pdf/sp_all.pdf

- Leventhal, H. (1965). Fear communications in the acceptance of preventive health practices. *Bull. N. Y. Acad. Med.*, 41(11), 1144-1168.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E. A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C. (1997). Illness representations: Theoretical foundations. En J. Weinman & K. Petrie (Eds.), *Perceptions of health and illness* (pp. 19-45). London: Harwood Publishers.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. En S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology* (Vol. 2, pp. 7-30): Pergamon Press.
- Leventhal, H., Singer, R., & Jones, S. (1965). Effects of fear and specificity of recommendation upon attitudes and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2(1), 20-29.
- Lledó-Boyer, A., Pastor-Mira, M., Pons-Calatauyd, N., López-Roig, S., Rodríguez-Marin, J., & Bruehl, S. (2010). Control beliefs, coping and emotions: exploring relationships to explain fibromyalgia health outcomes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 459-476.
- López-Alvarenga, J. C., Vázquez-Velázquez, V., Arcila-Martínez, D., Sierra-Ovando, Á. E., González-Barranco, J., & Salín-Pascual, R. (2002). Exactitud y utilidad diagnóstica del Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en una muestra de sujetos obesos mexicanos. *Revista de Investigación Clínica*, 54(5), 403-409.
- Lukens, E. P., & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205-225. doi: 10.1093/brief-treatment/mhh019
- Matarama Peñate, M. (2005). Diabetes Mellitus. En V. Autores (Ed.), *Medicina interna. Diagnóstico y tratamiento* (pp. 369-386). La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., . . . Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental, 26*(4), 1-16.
- McGuigan, F. J. (1996). Diseño experimental: Investigación de un solo sujeto (n=1). *Psicología experimental: Métodos de investigación* (pp. 226-254). México: Prentice Hall.
- Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-Sense Models of illness: The example of hypertension. *Health Psychology, 4*(2), 115-135.
- Molassiotis, A., Van Den Akker, O. B. A., Milligan, D. W., Goldman, J. M., & Boughton, B. J. (1996). Psychological Adaptation and Symptom Distress in Bone Marrow Transplant Recipients. *Psycho-Oncology, 5*, 9-22.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health, 17*(1), 1-16.
- NCI. (2013, 8 de febrero de 2013). ¿Qué es el cáncer? Recuperado el 10 de octubre, 2013, de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>
- Neipp, M. C., López-Roig, S., Terol, M., & Pastor, M. (2009). Changes in control beliefs, emotional status and psychosocial adaptation among women with breast cancer. *Anales de Psicología, 25*(1), 36-43.
- Nerenz, D. R., & Leventhal, H. (1983). Self-Regulation Theory in Chronic Illness. In T. G. Burish & L. A. Bradley (Eds.), *Coping with chronic disease. Research and applications* (pp. 13-37). USA: Academic Press.
- Nezu, A M., & Nezu, C. M. (1993). Entrenamiento en Solución de Problemas. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-554). España: Siglo XXI.

- Ortiz-Viveros, G., & Ortega-Herrera, É. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicología y Salud, 21*(1), 79-90.
- Pastor, M., Martín-Aragón, M., López-Roig, S., Terol, M., Pons, N., Lledó, A., . . . Sánchez, S. (2009). La Escala de Competencia Percibida en Salud: Propiedades psicométricas en una muestra española. *Ansiedad y Estrés, 15*(1), 85-96.
- Payné, R. A. (2002). Entrenamiento autogénico. *Técnicas de relajación. Guía práctica* (3 ed.). España: Editorial Paidotribo.
- Pérez-Barrientos, H., Galindo-Vázquez, Ó., & Alvarado-Aguilar, S. (2014). Trastorno adaptativo en el paciente oncológico: Una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología, 13*(1), 59-65.
- Piña-López, J. A. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: De las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e Investigación en Psicología, 15*(2), 233-255.
- Pui, C.H., Pei, D., Sandlund, J. T., Ribeiro, R. C., Rubnitz, J. E., Raimondi, S. C., . . . Relling, M. V. (2010). Long-Term results of St. Jude Total Therapy studies 11, 12, 13A, 13B and 14 for childhood acute lymphoblastic leukemia. *Leukemia, 24*(2), 371-382. doi: 10.1038/leu.2009.252
- Raingruber, B. (2011). The effectiveness of psychosocial interventions with cancer patients: An integrative review of the literature (2006-2011). *International Scholarly Research Network Nursing, 2011*(1), 1-27. doi: 10.5402/2011/638218
- Ramos, C., Rozen, E., León, M., Martínez T., A., Olarte, I., Castellanos, H., . . . Collazo, J. (2011). Tratamiento de la leucemia linfocítica aguda del adulto. Experiencia de un hospital en la Ciudad de México. *Revista Médica de Chile* (135), 1135-1142.
- Remor, E., Ulla, S., Arranz, P., & Carrobes, J. A. (2001). ¿Es la Percepción de control un Factor protector contra el estrés emocional en personas VIH+? *Psiquis, 22*(3), 111-116.

- Reyes-Lagunes, I. L., & García-Barragan, L. F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante: un ejemplo. En S. Rivera Aragón, R. Díaz Loving, R. Sánchez Aragón & I. L. Reyes-Lagunes (Eds.), *La Psicología Social en México* (Vol. XII, pp. 625-636). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- Rivera-Fong, L. (2014). Medicina Conductual y Hematología. En L. Reynoso-Erazo & A. L. Becerra-Gálvez (Coords.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (1era ed., pp. 333-350). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rivero-Burón, R., Piqueras-Rodríguez, J. A., Ramos-Linares, V., García-López, L. J., Martínez-González, A. E., & Oblitas-Guadalupe, L. A. (2008). Psicología y cáncer. *Suma Psicológica*, *15*(1), 171-198.
- Rocha-García, A., Álvarez del Río, A., Hernández-Peña, P., Martínez-García, M. d. C., Marín-Palomares, T., & Lazcano-Ponce, E. (2003). The Emotional Response of families to children with leukemia at the lower socio-economic level in central Mexico: A preliminary report. *Psycho-Oncology*, *12*, 78-90. doi: 10.1002/pon.679
- Rodin, G., Yuen, D., Mischitelle, A., Minden, M. D., Brandwein, J., Schimmer, A., . . . Zimmermann, C. (2013). Traumatic stress in acute leukemia. *Psycho-Oncology*, *22*(2), 299-307.
- Rodríguez-Marín, J., & Zurriaga-Llorens, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Rowe, J. M., & Avivi, I. (2004). Leucemias agudas en adultos. En J. J. Mazza (Ed.), *Hematología Clínica* (3era ed., pp. 255-269). Madrid: Marbán Libros.
- Sage, N., Sowden, M., Cholton, E., & Edeleanu, A. (2008a). Methods of Cognitive Change. CBT for chronic illness and palliative care: A workbook and toolkit (pp. 143-157). England: John Wiley & Sons Ltd.

- Sage, N., Sowden, M., Cholton, E., & Edeleanu, A. (2008b). Does Cognitive Behaviour Therapy Work? The Evidence Base. *CBT for Chronic Illness and Palliative Care: A workbook and toolkit* (pp. 18-46). England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Salas-Auvert, J. A. (2008). Control, salud y bienestar. *Suma Psicológica*, 15(1), 15-42.
- Sandin, B. (2009). El Estrés. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. II, pp. 3-42). Madrid: McGraw-Hill.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(3), 249-251. doi: 10.1007/BF00846677
- Skinner, E. A. (1996). A Guide to Constructs of Control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549-570.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. (2010). Perceived Control and the Development of Coping. En S. Folkamn (Ed.), *The Oxford Handbook of Stress, Health and Coping* (pp. 35-59). USA: Oxford University Press.
- Spielberger, C. D., & Díaz Guerrero, R. (1975). *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)*. México: Manual Moderno.
- SSA. (2007a). Boletín Informativo, México 2007 Diabetes Mellitus. 4. Recuperado del website del Centro Nacional de Vigilancia epidemiológica y control de Enfermedades: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boldiabetes/Boletin-cierre07.pdf>
- SSA. (2007b). Programa Nacional de Salud 2007-2012. 188pp. Recuperado de http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/programa_nacional_salud.pdf
- SSA. (2011a). Perfil Epidemiológico de los tumores malignos en México (pp. 200). Recuperado de http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DE_LOS_TUMORES_MALIGNOS_M%C3%A9xico.pdf

- SSA. (2011b). Programa Emergente 2011-2012: Prevención y control del sobrepeso y obesidad. 55. Recuperado del website de la Secretaría de Salud.
- Stock, W. (2010). Adolescents and young adults with acute lymphoblastic leukemia. *Hematology*, 2010, 21-29.
- Swash, B., Hulbert-Williams, N., & Branwell, R. (2014). Unmet psychosocial needs in hematological cancer: A systematic review. *Support Care Cancer*, 22, 1131-1141. doi: 10.1007/s00520-014-2123-5
- Tafoya-Ramos, S., Gómez Pérez-Mitre, G., Ortega-Soto, H., & Ortiz-León, S. (2006). Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): validez y confiabilidad en estudiantes que solicitan atención psiquiátrica en la UNAM. *Psiquis*, 15(3), 82-87.
- Thompson, S. C., & Collins, M. A. (1995). Applications of perceived control to cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13(1-2), 11-26. doi: 10.1300/J077V13N01_02
- Tirado-Gómez, L. L., & Mohar-Betancourt, A. (2007). Epidemiología de las neoplasias hemato-oncológicas. *Cancerologia*, 2, 109-120.
- Traeger, L., Greer, J. A., Fernandez-Robles, C., Temel, J. S., & Pirl, W. F. (2012). Evidence-based treatment of anxiety in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(22), 1197-1205. doi: 10.1200/JCO.2011.39.5632
- Visdómine-Lozano, J. C., & Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: Revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 729-751.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-Pocus, the Focus isn't strictly on locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 183-199. Weinman, J. (1996). The Illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-441.

- WHO. (2011). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. (20 pp.). Recuperado de http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
- WHO (2012). Nota Descriptiva no 312: Diabetes. Recuperado el 25 de noviembre, 2012, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- WHO (2013a). Cáncer. Fact sheets num 297. Recuperado el 25 de octubre, 2013, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
- WHO (2013b). Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva de marzo de 2013. Recuperado el 11 mayo, 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

ANEXOS

ANEXO 1

MANUAL DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA PACIENTES CON LEUCEMIA AGUDA EN HOSPITALIZACIÓN

Componentes que constituyen este manual:

1. Entrevista Semiestructurada
2. Plan de Tratamiento (Descripción General de sesiones)
3. Guía de Solución de Problemas
4. Guía de Información #1: Leucemia Mieloide Aguda
5. Guía de Información #2: Leucemia Linfoblástica Aguda
6. Las Funciones de la Sangre (Esquema de Presentación)
7. Las Leucemias Agudas (Esquema de Presentación)
8. Guía de Relajación Autógena
9. Formatos de Registro

1. Entrevista Semiestructurada pacientes de primera vez

Hospital Juárez de México
Servicio de Hematología
Medicina Conductual/Psicooncología

Formato de Entrevista (Primera Vez)(Hospitalización) v 3.5

Datos Generales

Fecha de evaluación _____

Nombre: _____ No. Expediente _____

Dx Médico: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____ No. de hijos: _____ Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Religión: _____

Origen: _____ Residencia: _____

Lugar que ocupa entre sus hermanos: _____

Con quien vive actualmente _____

Familiograma:

1. ¿Ha estado hospitalizado previamente? (En caso afirmativo, indagar el motivo)

2. ¿Qué hace un psicólogo en un hospital?

3. ¿Quién le va a apoyar en caso de gastos fuertes? (o podría apoyarle en caso de que la hospitalización lleve mucho tiempo)

4. ¿Qué hace cuando tiene un problema difícil?

5. ¿Hay alguna habilidad de la que usted se sienta orgulloso?

6. ¿Con quién habla cuando se siente triste?

7. Si pudiera pedir únicamente dos deseos, ¿Cuáles serían?

8. Cuando esta es una situación difícil, ¿qué suele pensar para sentirse mejor? ¿qué suele hacer?

9. Cuando se siente presionado, ¿cómo intenta tranquilizarse? ¿Cómo se ve a futuro?

10. Describame cualquier situación en la que pueda sentirse tranquilo o relajado

11. ¿Hay algún tipo de imagen o pensamiento recurrente reciente que interfiera con sus actividades cotidianas?

12. ¿Tiene amigos? ¿Quiénes son? ¿Los ve seguido? ¿Les ha platicado o les platicara de esto?

13. ¿Cómo inicio su padecimiento? ¿Cómo llego al servicio de hospitalización? (De ser el caso)

14. ¿Qué le dijeron los médicos? De lo que escucho, ¿qué entendió? (durante el pase de visita, por ejemplo)

15. ¿En qué consiste la enfermedad que tiene? ¿Qué se imagina? ¿qué sabe de ella?

16. ¿Qué cosas en su vida van a verse alteradas? ¿Qué si puede hacer? ¿Qué cosas dejará de hacer (o ha dejado de hacer)?

17. ¿En qué consiste el tratamiento? ¿Sabe si puede haber algún efecto o daño?

18. ¿De qué manera cree que podría ayudar con el tratamiento?

19. ¿De qué manera crees que podrías dificultar el tratamiento?

20. ¿Hay algo que le preocupe de estar hospitalizado?

21. En lo que le confirman su diagnóstico, ¿qué va a hacer?

Edad aparente	Constitución
Apariencia General	Coopera con la entrevista
Movimientos	Atención
Afecto	Orientado T-E-P y C
Concentración	
Lenguaje	
Memoria a largo plazo	Memoria a corto plazo
Pensamiento	Juicio
Impresiona inteligencia	Humor
Personalidad	

Observaciones adicionales y comentarios

2. Plan de Tratamiento «Intervención en Pacientes con Leucemia Aguda hospitalizados»

En este apartado se describe de forma general las actividades a realizar en cada sesión de la intervención. Las sesiones 1 y 2 se omiten al ser consideradas «de evaluación».

Sesión 3. Información y psicoeducación (~90 minutos)						
Objetivos	Procedimiento y duración aproximada	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Criterio de cambio	Técnicas de evaluación	Tareas para dominio
El paciente conocerá los elementos básicos para entender el funcionamiento de las células de la sangre, el cáncer (leucemia) y como este afecta su cuerpo, así como la necesidad de tratamiento para su recuperación.	<p>*Explicar en qué consiste la célula y cómo cambia durante el proceso de cáncer (Anexo 1, apartado 7)(20 minutos).</p> <p>*Explicar las funciones de la sangre (Anexo 1, apartado 6) (10 minutos)</p> <p>*Relacionar las funciones de la sangre y los síntomas de la enfermedad en el paciente (20 minutos)</p> <p>*Explicar el objetivo y la función general del tratamiento de quimioterapia (10 minutos)</p> <p>*Explicar que es la ansiedad, como se presenta, así como dos métodos iniciales para controlarla: respiración pasiva y distracción (20-30 minutos)</p> <p>*Explicación de llenado de autorregistros de síntomas.</p>	<p>*Exponer</p> <p>*Explicar</p> <p>*Aclarar dudas</p> <p>*Pedir ejemplos</p> <p>*Retroalimentar</p> <p>*Reforzar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atender • Preguntar • Autoretroalimentar 	-----	Verbalizaciones por parte del paciente de en qué consiste la leucemia, como afecta su cuerpo y como es el tratamiento.	<p>Platicar del tema con sus familiares y generar preguntas para el equipo médico.</p> <p>Búsqueda de actividades distractoras a realizar durante el internamiento</p> <p>Llenado de autorregistro</p>

Sesión 4. Ejercicio de Respiración Diafrágica y Relajación Autógena (1) (~60 minutos)

Objetivos	Procedimiento y duración aproximada	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Criterio de cambio	Técnicas de evaluación	Tareas para dominio
<p>Revisar el autorregistro de la sesión anterior</p> <p>Enseñar al paciente a respirar diafrágicamente.</p>	<p>1. Continua exposición sobre la ansiedad y el papel de la relajación para controlarla (10 minutos)</p> <p>2. Explicación de la respiración diafrágica como paso previo indispensable a la relajación autógena (10 minutos).</p> <p>3. Exposición de la técnica mediante un ejemplo (5-10 minutos)</p> <p>4. Explicación de beneficios y potenciales complicaciones (5 minutos)</p> <p>5. Guiar y corregir al paciente durante varios ejercicios. Realizar un ejercicio de respiración autógena breve -brazos o piernas- (20-30 minutos)</p> <p>6. Instrucciones para llenado de registro de relajación.</p>	<p>*Explicar</p> <p>*Aclarar dudas</p> <p>*Ejemplificar-modelar</p> <p>*Retroalimentar</p> <p>*Reforzar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atender • Preguntar • Practicar • Corregir 	<p>Realizar 2 series de 7 respiraciones correctas</p> <p>Verbalizar la importancia de la relajación para el manejo de la ansiedad</p>	<p>Demostración ante el terapeuta</p>	<p>Respiración de 3 a 5 minutos, dos veces al día (minimo)</p> <p>Llenado de registros</p>

Sesión 5. Ejercicio de Relajación Autógena (2) (~70 minutos)

Objetivos	Procedimiento y duración aproximada	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Criterio de cambio	Técnicas de evaluación	Tareas para dominio
<p>Enseñar y practicar con el paciente un ejercicio completo de relajación autógena (cuerpo completo)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar y corregir autorregistros (10 min) 2. Responder dudas sobre la sesión anterior u otros pendientes surgidos en la semana.(10 minutos) 3. Verificación de la práctica de respiración diafragmática. (5 minutos) 4. Explicar el procedimiento de relajación autógena (5 minutos). 4. Guiar al paciente durante un ejercicio de relajación autógena (40 minutos) 5. Comentar la práctica y corregir detalles de la misma.(5-10 minutos) 6. Entrega de grabación e instrucciones sobre su uso (5-10 minutos) 	<ul style="list-style-type: none"> *Explicar *Aclarar dudas *Guiar *Observar *Corregir *Retroalimentar *Reforzar 	<ul style="list-style-type: none"> • Atender • Preguntar • Practicar • Corregir 	<p>-----</p>	<p>Demostración ante el terapeuta y verbalización.</p>	<p>Práctica diaria de relajación, utilizando grabación</p> <p>Llenado de registros de practica y síntomas</p>

Sesión 6. Ejercicio de Solución de Problemas y Reestructuración Cognitiva (1) (~70-90 minutos)

Objetivos	Procedimiento y duración aproximada	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Criterio de cambio	Técnicas de evaluación	Tareas para dominio
<p>Enseñar y practicar con el paciente un ejercicio de solución de problemas</p> <p>Enseñar el modelo cognitivo y practicar su utilización mediante un ejercicio ejemplo de reestructuración cognitiva.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisar y comentar autorregistros (10 min) 2. Responder dudas sobre la sesión anterior u otros pendientes surgidos en la semana.(5-10 minutos) 3. Explicar los pasos de la técnica de solución de problemas (20 minutos) 4. Realización de ejercicio centrado en paso de generación de alternativas y toma de decisiones (20 minutos) 5. Entrega de guión de solución de problemas (Anexo 1, apartado 3). 6. Explicación del modelo cognitivo mediante un ejemplo y uso de formato (Anexo 1, apartado 9 10-20 minutos) 	<ul style="list-style-type: none"> *Explicar *Aclarar dudas *Guiar *Observar *Escuchar *Corregir *Retroalimentar *Reforzar 	<ul style="list-style-type: none"> • Atender • Preguntar • Practicar • Auto-corregir 	<p>Generación de 5 alternativas. Poner "manos a la obra"</p> <p>Generar cinco pensamientos alternativos.</p>	<p>Demostración ante el terapeuta y verbalización.</p>	<p>Práctica diaria Leer y comentar con familiares el procedimiento de solución de problemas; generar dudas para la próxima sesión.</p> <p>Llenado de registros de práctica de relajación y síntomas</p>

Sesión 7. Ejercicio de Solución de Problemas y Reestructuración Cognitiva (2) (~60-90 minutos)

Objetivos	Procedimiento y duración aproximada	Actividades del terapeuta	Actividades del paciente	Criterio de cambio	Técnicas de evaluación	Tareas para dominio
<p>Repasar y practicar con el paciente un ejercicio de solución de problemas</p> <p>Repasar el modelo cognitivo y practicar su utilización mediante un ejercicio-ejemplo de reestructuración cognitiva.</p>	<p>1. Revisar y corregir autorregistros (10 min)</p> <p>2. Responder dudas sobre la sesión anterior u otros pendientes surgidos en la semana.(10 minutos)</p> <p>3. Reestudio del proceso de solución de problemas y realizar un ejercicio de solución de problemas, utilizando el guion de apoyo (25-30 minutos)</p> <p>4.Reestudio del modelo cognitivo y realización de un ejercicio para atacar pensamientos disfuncionales de acuerdo a ejemplos detectados en el paciente(Anexo 1, apartado 9)</p>	<p>*Explicar *Aclarar dudas *Guiar *Observar *Escuchar *Corregir *Retroalimentar *Reforzar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atender • Preguntar • Practicar • Corregir 	<p>Generación de 5 alternativas. Poner "manos a la obra"</p> <p>Generar cinco pensamientos alternativos</p>	<p>Demostración ante el terapeuta y verbalización.</p>	<p>Llenado de registros de práctica y síntomas</p>

3. Guía de Solución de Problemas (Adaptado de Nezu & Nezu, 1993)

En esta sección se desglosan los pasos para llevar a cabo ejercicios de Solución de Problemas. Este material será entregado de forma impresa al paciente, previa explicación y aplicación de ejemplos en conjunto paciente-terapeuta.

1. Orientación hacia el problema.

- Los problemas son normales e inevitables, y se pueden enfrentar de forma eficaz.
- ¿Puedes examinar los problemas que has experimentado o podrías experimentar en áreas como el trabajo, amistades, religión, carrera, recursos económicos?
- En algunas ocasiones, una manera de saber que tenemos un problema enfrente es por los sentimientos o las sensaciones que ese “algo” nos provoca («Me siento triste», «Me siento confuso»). Una manera de verlo también es mediante esta imagen: la luz roja del tráfico (sensación) nos dice “alto” (y podemos detenernos a pensar y enfocar el problema).

2. Definición y formulación del problema

- Es necesario buscar toda la información y todos los hechos disponibles sobre el problema.
 - i. Preguntas básicas: quién, qué, dónde, cuándo y por qué.
- Es necesario describir estos hechos en términos CLAROS y sin AMBIGUEDADES.
- Es necesario aprender a diferenciar la información relevante de la irrelevante, así como los hechos objetivos de inferencias, suposiciones e interpretaciones no comprobadas que podemos hacer.
- Es necesario establecer una serie de objetivos REALISTAS en la solución de los problemas.
 - i. ¿Hay sub-objetivos, pequeñas tareas que ayuden a la consecución del objetivo “mayor”?
 - ii. ¿Qué problemáticas u obstáculos podrían presentarse? (novedad, incertidumbre, conflictos de intereses, falta de recursos, alguna otra deficiencia personal o ambiental).

3. Generación de Alternativas

- Se generan la mayor cantidad de posibilidades y opciones, lo cual nos permitirá acercarnos a la solución e identificar la más eficaz
- Dos principios fundamentales
 - i. Principio de cantidad:
 1. Cuantas más alternativas se produzcan, más elevada es la probabilidad de que se generen opciones eficaces o de gran calidad.
 2. Cada objetivo o sub-objetivo requiere la mayor cantidad posible de alternativas.
 - ii. Principio de Aplazamiento de Juicio:
 1. Se puede aplicar el principio de cantidad mucho mejor si se elimina el juicio o calidad de cualquier idea, hasta que se produzca una lista lo más extensa posible.
 2. El único criterio que puede emplearse es el de la relevancia para el problema presente.

4. Toma de decisiones

- ¿Qué consecuencias potenciales podrían ocurrir si una alternativa particular se pone realmente en práctica?
 - i. Efectos a corto, mediano y largo plazo.
 - ii. Consecuencias personales y sociales.
- Una solución eficaz es aquella que se caracteriza por una cantidad máxima de consecuencias positivas y una cantidad mínima de consecuencias negativas.
 - i. ¿Cuánto tiempo me llevaría emplear la solución?
 - ii. ¿Cuánto trabajo?
 - iii. ¿Cómo se vería afectado mi bienestar físico, emocional? ¿Mejoraría, a pesar del esfuerzo? ¿Vale la pena intentarlo?
 - iv. ¿Qué impacto tendría en mis relaciones con los demás? ¿Mejorarían, empeorarían?
 - v. ¿Qué habilidades necesito? ¿Las tengo? ¿Las puedo obtener? ¿Quién puede o podría ayudarme?
- Para ayudar a sopesar las consecuencias positivas y negativas, se pueden añadir valores numéricos positivos y negativos (por ejemplo +10 para una consecuencia positiva y -10 para una negativa). Al final, puede efectuarse la suma y ayudar a decidir.

- Para cada solución, puede hacerse este “balance” numérico.
- Si solamente un pequeño número de ideas son potencialmente “satisfactorias”, es pertinente hacerse las siguientes preguntas (entre otras):
 - i. ¿tengo suficiente información?
 - ii. ¿he definido el problema correctamente?
 - iii. ¿son demasiado elevados mis objetivos propuestos?
 - iv. ¿genere suficientes opciones?
 - v. Etc.

5. Puesta en práctica de la solución, y verificación.

- Aplicación de las opciones elegidas
- Vigilancia y valoración de los resultados reales de la solución
 - i. Desarrollo de autoregistros
 1. Emociones, pensamientos, para tener constancia objetiva.
 2. ¿Bienestar emocional?
 3. Esfuerzo empleado (horas, minutos, etc.)
 4. Razón beneficio/coste total o bienestar personal – social general.
- Autorreforzamiento
 - i. ¿Con que puedo recompensarme si el trabajo ha sido bien hecho, si el resultado es satisfactorio?
- Reciclar
 - i. Si la solución no es satisfactoria, es probable (y pertinente) reiniciar el proceso de solución de problemas.
 - ii. Averiguar las correcciones a hacer para hallar una solución más eficaz.
- Es necesario diferenciar entre la aplicación de una opción, y el proceso de solución de problemas en sí mismo.

4. Guía Información #1 (Adaptado de Leukemia & Lymphoma Society, 2011)

En esta sección se describe el material utilizado para las sesiones de psicoeducación respecto a la leucemia mieloide aguda.

Leucemia Mieloide Aguda (LMA)

Se puede conocer a la LMA por otros nombres, como leucemia mielógena aguda, leucemia mielocítica aguda, leucemia mieloblástica aguda y leucemia granulocítica aguda.

Los avances en las pruebas médicas y el tratamiento para la LMA están dando como resultado mejores tasas de remisión y de cura, pero aún queda mucho trabajo por hacer.

¿Qué es la Leucemia?

La leucemia es un cáncer de la médula ósea y la sangre. Los cuatro tipos principales de leucemia son la leucemia mieloide aguda, la leucemia mieloide crónica, la leucemia Linfoblástica aguda y la leucemia linfocítica crónica.

Las leucemias agudas son enfermedades de progresión rápida que afectan a las células que no se han desarrollado completamente. Estas células no pueden desempeñar sus funciones normales.

En el caso de la leucemia mieloide, el cambio comienza en una célula de la médula ósea que normalmente forma ciertas células sanguíneas, es decir, los glóbulos rojos, algunos tipos de glóbulos blancos y las plaquetas.

¿Cómo se presenta la LMA?

Una vez que la célula de la médula ósea se transforma en una célula leucémica (célula con mutaciones en el ADN -material genético-), se multiplica en 11 mil millones de células o más. Estas células, llamadas “blastos leucémicos”, no funcionan normalmente. Sin embargo, crecen y sobreviven mejor que las células normales.

La presencia de blastos impide la producción de células normales. Como resultado, cuando se diagnostica un caso de LMA la cantidad de células sanguíneas suele ser menor de la normal, provocando:

Conteo...	Provoca...
Bajo de glóbulos rojos	Anemia
Bajo conteo de plaquetas	Trombocitopenia
Bajo conteo de neutrófilos	Neutropenia

¿Qué provoca o desencadena la LMA?

La mayoría de los pacientes diagnosticados con LMA no presentan un evento desencadenante claro.

Sin embargo, la exposición reiterada a la sustancia química benceno puede ser un factor en el desarrollo de LMA. El benceno puede originarse en productos derivados del petróleo, el humo del cigarrillo, y ciertos entornos industriales.

Algunos casos de LMA pueden originarse por recibir tratamiento de quimioterapia o radioterapia para otros tipos de cáncer.

Algunos trastornos genéticos de nacimiento, como la anemia de Fanconi, el síndrome de Shwachman, el síndrome de Diamond-Blackfan y el síndrome de Down, pueden favorecer la aparición de LMA.

La LMA no se hereda ni es contagiosa.

La LMA puede presentarse como progresión de otros tipos de cáncer, como la policitemia vera, la mielofibrosis primaria, la trombocitemia esencial y los síndromes mielodisplásicos.

¿Qué tan frecuente es la LMA?

La LMA es el tipo de leucemia aguda más común que afecta a las personas adultas. Los adultos mayores tienen más probabilidad de presentar LMA que los adultos jóvenes o niños.

El riesgo de presentar LMA aumenta diez veces más desde los 30 a los 34 años (un caso por cada 100,000 personas) a los 65 a 69 años (alrededor de 10 casos por cada 100,000 personas).

Signos y síntomas.

Es común que las personas con LMA sientan una pérdida de bienestar, debido a la producción insuficiente de células normales en la médula ósea. Es posible que la persona se canse con más frecuencia y que le falte el aliento durante las actividades físicas normales. Además pueden tener:

- Palidez a causa de la anemia
- Signos de sangrado causados por conteo bajo de plaquetas, como moretones o hematomas sin motivo aparente o debidos a una lesión menor; aparición en la piel de puntos rojos, del tamaño de una cabeza de alfiler, llamados "petequias"; sangrado prolongado por cortaduras leves.
- Fiebre leve
- Encías inflamadas

- Infecciones menores frecuentes, como llagas perianales
- Pérdida de peso y apetito
- Molestias en huesos o articulaciones
- Aumento del tamaño del bazo
- Aumento del tamaño del hígado.

Sangrado. El sangrado en los pulmones o el cerebro es serio y puede ser mortal. Sin embargo, dicho sangrado suele estar precedido por sangrados menores tales como sangrados nasales, sangre en la orina o moretones.

Infección. Pueden ocurrir infecciones serias en el momento del diagnóstico, pero se vuelven más comunes y a menudo más serias durante el tratamiento, cuando se inhibe la médula ósea. Una infección seria es una de las principales causas de muerte por LMA.

Diagnóstico

El diagnóstico exacto ayuda al médico a calcular como progresará la enfermedad y a determinar el tratamiento adecuado.

Pruebas de sangre y medula ósea. Estas pruebas se usan para diagnosticar LMA y el subtipo correspondiente. Algunas de estas pruebas se pueden repetir durante y después del tratamiento para medir los efectos del mismo. Para hacer las pruebas se suelen tomar muestras de sangre de una vena del brazo del paciente. Las muestras de células de la medula ósea se obtienen mediante una aspiración y una biopsia de la medula ósea. Las células de las muestras de sangre y de medula ósea se examinan al microscopio.

Confirmación del diagnóstico. El diagnóstico se confirma identificando: células blásticas en muestras de medula ósea; más de 20% de blastos en medula; actividad química específica en las células blásticas; marcadores característicos (antígenos) sobre la superficie de las células blásticas.

Otras pruebas. El cariotipo y el “análisis citogenético” son procesos utilizados para identificar ciertos cambios en cromosomas y los genes.

Subtipos de la LMA. La mayoría de las personas con un diagnóstico de LMA tiene uno de los ocho subtipos que se muestran en la Tabla 1. Esta tabla está basada en el sistema de clasificación francés, estadounidense y británico (FAB, por sus siglas en inglés) que usan muchos médicos. El tratamiento es similar para la mayoría de los subtipos, con la excepción de M3: leucemia promielocítica aguda.

Tratamiento

Hay varios factores que afectan la selección y el resultado del tratamiento, incluyendo

- El subtipo de AML que tiene

- Los resultados del análisis citogenético
- Si ha recibido quimioterapia en el pasado para tratar otro tipo de cáncer
- Si ha tenido un síndrome mielodisplásico (MDS, por sus siglas en inglés) u otro tipo de cáncer de la sangre
- Si la AML se encuentra en su sistema nervioso central
- Si su enfermedad no ha respondido al tratamiento, o si ha sufrido una recaída de la AML
- La presencia de una infección sistémica en el momento del diagnóstico
- Su edad y su estado de salud en general.

Tabla 1. Subtipos de la AML¹

Subtipo de las células	Descripción
Mieloblástica	M0: AML mínimamente diferenciada.
Mieloblástica, con maduración mínima	M1: los mieloblastos son las células leucémicas dominantes en la médula en el momento del diagnóstico.
Mieloblástica, con maduración	M2: muchos mieloblastos, pero algunas células están en proceso de convertirse en células sanguíneas totalmente formadas.
Promielocítica	M3: las células leucémicas tienen una translocación entre los cromosomas 15 y 17.
Mielomonocítica	M4: las células leucémicas suelen tener una translocación o una inversión del cromosoma 16.
Monocítica	M5: las células leucémicas tienen características de monocitos (glóbulos blancos) en desarrollo.
Eritroleucémica	M6: las células leucémicas tienen características de glóbulos rojos en desarrollo.
Megacariocítica	M7: las células leucémicas tienen características de plaquetas en desarrollo.

¹Basado en la clasificación FAB.

Tabla 1. | Las células de AML pueden tener características de los glóbulos rojos, las plaquetas o los glóbulos blancos (monocitos, eosinófilos o, rara vez, basófilos o mastocitos) además de los mieloblastos o promielocitos. Cuando una línea celular es dominante, puede referirse a la enfermedad como leucemia eritroide, leucemia megacariocítica aguda, leucemia monocítica aguda, etc.

Quimioterapia

La fase inicial de la quimioterapia se llama “tratamiento de inducción a la remisión”.

La inducción puede implicar el uso simultáneo de varios fármacos, o una secuencia planificada de tratamientos. Para la mayoría de los subtipos de la LMA, los pacientes se tratan con una antraciclina, como daunorrubicina, doxorubicina o idarrubicina, combinada con citarabina (también llamada “citosina arabinosida” o “ara-C”). Es posible que se añadan otros fármacos, o que se administren sustitutos para pacientes en mayor riesgo, con una enfermedad resistente al tratamiento o en recaída. Para los pacientes que sufran una recaída de LMA o pacientes con alto riesgo de recaída después de la quimioterapia, puede que se añada al plan de tratamiento un autotrasplante o alotrasplante de células madre.

La antraciclina y la citarabina actúan de diferentes modos para detener la proliferación de las células de AML, y provocan la muerte de las células de LMA. La antraciclina por lo general se administra durante los primeros 3 días de tratamiento. La citarabina comienza a administrarse al mismo tiempo, pero se administra durante 7 a 10 días de tratamiento. Este tratamiento también se conoce como “7 y 3”. Ambos fármacos se disuelven en líquidos y se administran al paciente a través de un catéter permanente (vía central) o acceso venoso. Mientras que el “7 y 3” se consideran el tratamiento estándar, hay varios ensayos clínicos actuales en las que los investigadores buscan formas de mejorar tanto la tasa como la duración de la remisión agregando fármacos específicos molecularmente dirigidos, aumentando las dosis de citarabina y/o antraciclina, o usando un nuevo fármaco que combine la citarabina y la antraciclina en una proporción muy específica y los ofrezca en forma de cápsula.

El catéter central se coloca con una cirugía en una vena de la parte superior del pecho.

El catéter forma un túnel por debajo de la piel del tórax, para que se mantenga firme en su sitio. El extremo externo del acceso venoso se puede usar para administrar medicamentos, líquidos o hemoderivados, o para sacar muestras de sangre para hacer los conteos de células y las pruebas químicas.

Típicamente, la seriedad de la enfermedad y los efectos secundarios de esta terapia inicial tienen como resultado una estadía inicial en el hospital de entre 4 y 6 semanas.

El objetivo de la terapia de inducción es eliminar los blastos leucémicos que estén visibles en la sangre y la médula ósea. En general, si las células blásticas siguen siendo evidentes luego del primer ciclo de quimioterapia de inducción, se administra un segundo ciclo de la misma quimioterapia.

Tratamiento posterior a la Remisión.

La producción normal de células sanguíneas se reanuda, en muchos pacientes, varias semanas después de terminado el tratamiento inicial. Los conteos de células sanguíneas vuelven gradualmente a la normalidad, regresa el bienestar y no es posible detectar células de leucemia en la sangre ni en la médula ósea. Esto se llama "remisión". Una pequeña cantidad de células residuales de LMA no interferirán con la producción de células sanguíneas normales, pero la cantidad de células tiene el potencial de proliferar y causar una recaída de la LMA.

La terapia posterior a la remisión, también llamada "terapia de consolidación", es necesaria para destruir el resto de las células de AML y evitar la recaída. Algunos de los principales factores que influyen sobre el enfoque utilizado son:

- La edad del paciente
- La capacidad de tolerar un tratamiento intensivo
- Las características citogenéticas y moleculares de las células de AML
- La disponibilidad de un donante de células madre, emparentado o no, con HLA compatible.

El tratamiento posterior a la remisión de la AML consiste en quimioterapia intensiva adicional una vez lograda la remisión, con o sin un autotrasplante o alotrasplante de células madre. Los pacientes son hospitalizados para recibir la terapia posterior a la remisión.

La duración de la estadía varía en función del tratamiento y otros factores.

Los pacientes que no reciben un trasplante generalmente reciben cuatro ciclos de quimioterapia. Si se usa quimioterapia sola, los mejores resultados se dan cuando se administra un tratamiento intensivo. La quimioterapia intensiva puede administrarse con altas dosis de citarabina u otros fármacos.

Es posible que algunos pacientes se beneficien de la quimioterapia intensiva sola seguida de uno de los dos tipos de trasplantes de células madre: Autotrasplante o Alograsplante. La cuestión de cuáles son los pacientes que probablemente se beneficien del trasplante luego de su primera remisión completa es una cuestión a considerar y ser evaluada por el médico tratante.

5. Guía de Información # 2 (Adaptado de Leukemia & Lymphoma Society, 2012)

En esta sección se describe el material utilizado para las sesiones de psicoeducación respecto a la leucemia linfoblástica aguda.

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)

Es un cáncer de la médula ósea y de la sangre. La leucemia aguda es una enfermedad que progresa rápidamente y produce células que no están completamente desarrolladas. Estas células no pueden desempeñar sus funciones normales.

Cada leucemia se clasifica en varios subtipos, los cuales son importantes de conocer porque en función de ellos es el plan de tratamiento.

En la Leucemia Linfoblástica, la alteración cancerosa comienza en una célula de la médula ósea que normalmente forma linfocitos (tipo de glóbulo blanco). Esa célula sufre una “lesión” o daño en su ADN, lo cual ocasiona que empiece a reproducirse de forma descontrolada y sus “hijos”, células denominadas “blastos”, “linfoblastos” o “blastos leucémicos” impiden en la médula ósea la producción de células normales. Por ello, cuando se diagnostica un caso de LLA, la cantidad de células sanguíneas sanas (glóbulos rojos, blancos y plaquetas) suele ser inferior a lo normal.

Conteo bajo de glóbulos rojos (anemia)

Conteo bajo de plaquetas (trombocitopenia)

Conteo bajo de neutrófilos (un tipo de glóbulo blanco) (Neutropenia)

Las causas de la LLA no son claras. Se han vinculado algunos factores, llamados “de riesgo”, como el exponerse a altas dosis de radiación, pesticidas y estar en contacto derivados del petróleo como el benceno.

Posiblemente se pregunten qué podrían haber hecho de otra manera para evitar la enfermedad; lamentablemente, en la actualidad no hay una respuesta clara a esta pregunta.

Signos y síntomas

El malestar en las personas con LLA se debe a la producción insuficiente de células normales en la médula ósea. Cansancio frecuente, falta de aliento a la realización de actividades, palidez, signos de sangrado, fiebre leve, infecciones, dolor de huesos, y el aumento del tamaño del bazo, el hígado y los ganglios, son signos y síntomas que puede tener una persona que padece leucemia.

Diagnóstico

Se realizan pruebas de sangre (mediante la toma de muestras de sangre del brazo del paciente) para examinar las células sanguíneas y de la médula ósea (obtenida mediante una aspirado y una biopsia de médula ósea) para diagnosticar la LLA e identificar el subtipo.

Otras pruebas que se pueden realizar son de tipo citogenético y genética molecular, para identificar el tipo de células (fenotipo) de acuerdo al cual se establece el tipo de leucemia, que puede ser, para LLA: de precursores de linfocitos B; de linfocitos B; de linfocitos T y con cromosoma Philadelphia positivo (Ph+). Además, el examen de células leucémicas mediante técnicas citogenéticas permite la identificación de anomalías cromosómicas o genéticas, las cuales guían al médico tratante para brindar el mejor tratamiento y definir un pronóstico de la enfermedad.

Tratamiento:

El objetivo inicial del tratamiento es lograr una REMISIÓN, en la cual: a) no haya evidencia de blastos en sangre ni en la médula ósea; b) se restaure la producción normal de células sanguíneas y los conteos vuelvan a niveles normales.

La selección y el resultado del tratamiento se ven afectados por factores como el subtipo de LLA, la presencia de células de leucemia en la sangre y el tipo de linfocitos leucémicos, el inmunofenotipo, el haber recibido quimioterapia antes, la presencia de LLA en el sistema nervioso central, la presencia de una infección sistémica al momento del diagnóstico, la edad y el estado general del paciente (presencia o no de otras enfermedades que pueden ser de naturaleza cardíaca, pulmonar, renal o diabetes mellitus).

Las medicinas empleadas para combatir la leucemia, así como otros tipos de cáncer, reciben el nombre genérico de “quimioterapia”.

Típicamente, el tratamiento de la LLA consiste en tres partes: inducción, consolidación (intensificación) y mantenimiento. La consolidación y el mantenimiento son tratamientos posteriores a la remisión.

Inducción. Fármacos, dosis y horario de administración dependen de factores como edad del paciente, características de la leucemia y la salud general. La gravedad de la enfermedad y los efectos secundarios de esta terapia inicial tienen como resultado una estadía inicial en el hospital de 4 a 6 semanas. El objetivo de la terapia de inducción es eliminar los blastos que estén visibles en la sangre y en la médula ósea.

Se coloca un catéter central mediante un procedimiento quirúrgico en una vena de la parte superior del pecho a través del cual se administran medicamentos, líquidos y hemoderivados.

Terapia posterior a la remisión (consolidación y mantenimiento). Y que luego de la remisión quedan células residuales de la leucemia que no se pueden detectar en exámenes de sangre ni de medula ósea, el tratamiento de la LLA requiere una terapia adicional intensiva después de la remisión, la cual se administra en ciclos (consolidación) y hasta por 2 años (mantenimiento). Una vez más, factores individuales como tolerancia al medicamento, hallazgos citogenéticos y otras variables pueden influir en el enfoque del tratamiento elegido.

Profilaxis al Sistema Nervioso Central (SNC). Muy a menudo, las células de LLA se acumulan en las membranas de la medula espinal y las del cerebro, denominadas "meninges". Estas áreas del cuerpo, poco accesibles a la quimioterapia oral o intravenosa, suelen denominarse también "sitios santuario". Si esto no se trata, las meninges pueden albergar a las células de leucemia y dar lugar a una recaída en ese sitio. Por ello, se inyectan fármacos como el metrotexato en la columna vertebral.

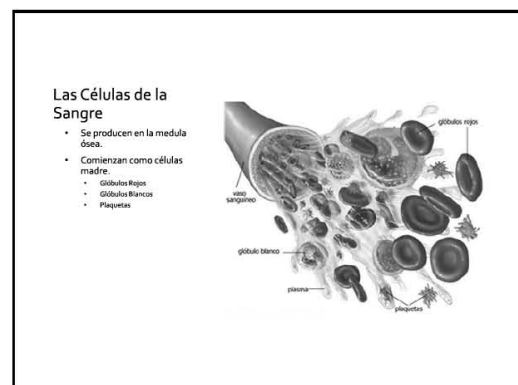
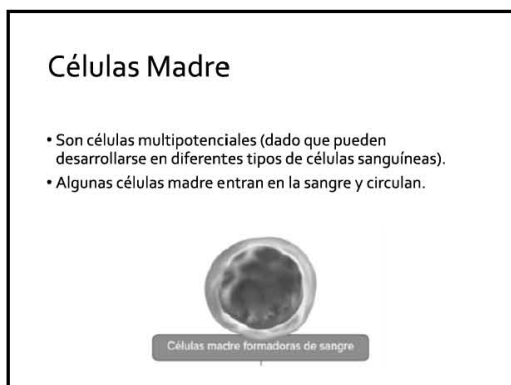
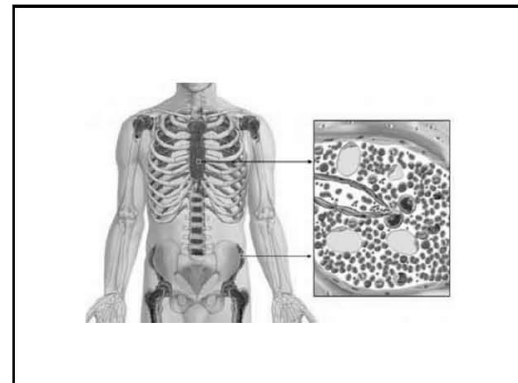
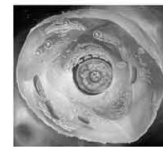
6. Las Funciones de la Sangre (Presentación)

En este apartado se presenta una versión de la presentación utilizada para explicar las funciones de la sangre. Puede utilizarse de prototipo o adaptarse según las necesidades.



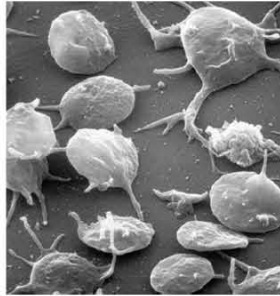
¿Qué es una célula?

- Es la unidad más pequeña y funcional de todo ser vivo.
- Todos los organismos están compuestos de células, y esas células derivan de otras células.
- Contienen la información genética, base de la herencia, en su ADN.



LAS PLAQUETAS

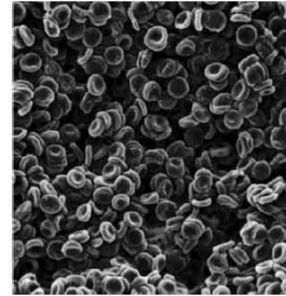
Forman tapones que ayudan a detener el sangrado en el sitio de una lesión.



GLOBULOS ROJOS

Llevar el oxígeno a todo el cuerpo.

Cuando hay menos cantidad a la normal, se produce ANEMIA, la cual puede causar cansancio, dificultad para respirar, y piel pálida.



GLOBULOS BLANCOS

Son las DEFENSAS del cuerpo contra las infecciones.

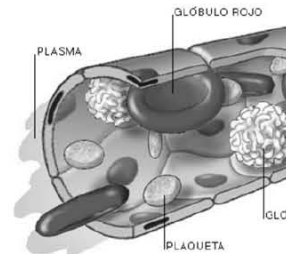
2 tipos principales:

- *Las que ingieren gérmenes (neutrófilos y monocitos)
- *Las que combaten infecciones (linfocitos B, T y células citotóxicas)



PLASMA

- Parte líquida de la sangre, que es principalmente agua.
- Contiene también vitaminas, minerales, proteínas, hormonas y otras sustancias químicas naturales.



Conteos normales

- Hemoglobina:
 - Hombres: de 14 a 17 gramos por 100 ml de sangre
 - Mujeres: de 12 a 15 gramos por 100 ml de sangre
- Plaquetas:
 - 150,000 a 450,000 por microlitro de sangre
- Glóbulos Blancos
 - De 4,500 a 11,000 glóbulos blancos por microlitro de sangre

¿Alteraciones en la sangre?

- Cualquier alteración en los conteos de células sanguíneas pueden ser indicadores de varios trastornos.

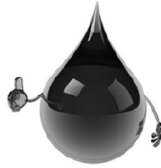
- Excesos (Muchos)
- Deficits (Pocos)

EJEMPLOS

- ANEMIA (Baja de hemoglobina – glóbulos rojos)
- NEUTROPENIA (Baja de defensas)
- TROMBOCITOPENIA (Baja de Plaquetas)

Hematología

- Hematólogo: especialista en enfermedades de la sangre.
- De acuerdo al cuadro clínico, pueden solicitarse diversos estudios que ayudarán al diagnóstico y tratamiento.



7. Las Leucemias Agudas (Presentación)

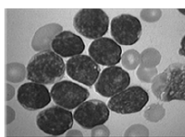
En este apartado se presenta una versión de la presentación utilizada para explicar las leucemias agudas. Puede utilizarse de prototipo o adaptarse según las necesidades.

¿Qué es la leucemia?

- Es un cáncer de la médula ósea y la sangre.
- 4 tipos principales
 - Leucemia Mielóide Crónica (LMC)
 - Leucemia Mielóide Aguda (LMA)
 - Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)
 - Leucemia Linfocítica Crónica (LLC)
- Cada una además, se clasifica en subtipos, el cual es importante conocerlo porque el plan de tratamiento se basa en el subtipo.

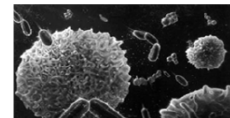
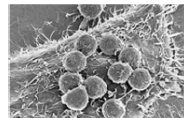
¿Qué es?

- Es una enfermedad que progresa rápidamente y produce células que no están totalmente desarrolladas.
- Esas células no pueden desempeñar sus funciones normales. Son llamadas *blastos*.



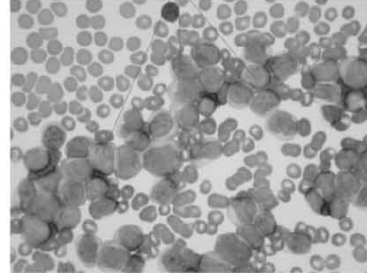
¿Cómo se desarrolla?

- Los médicos no saben la causa de la mayoría de los casos de leucemia pero sí saben que una vez que la célula de la médula sufre un cambio leucémico, las células de leucemia pueden multiplicarse y sobrevivir mejor que las células normales.
- Con el tiempo, las células de leucemia superan en cantidad o inhiben el desarrollo de células normales.



Leucemia Aguda

- **Tipos**
 - Mieloide
 - Linfoide
- En estas enfermedades, la célula leucémica original forma más de un millón de millones de células de leucemia (blastos)
- **Características de los blastos**
 - No funcionan (no maduran).
 - Desplazan a las células normales en la medula
- **Resultado**
 - Bajo conteo de glóbulos rojos (ANEMIA)
 - Bajo conteo de plaquetas (RIESGO DE SANGRADO)
 - Bajo conteo de neutrófilos –defensas- (INFECCIONES)



Leucemias Crónicas

- **Tipo**
 - Mieloide
 - Linfoide
- Aumento descontrolado de linfocitos o células precursoras de la sangre.
- En las leucemias crónicas, las células si maduran, pero no son células maduras normales... no realizan su función de manera adecuada.
- Problemas: Infecciones (falla en la función) y acumulación en la sangre.

Síntomas

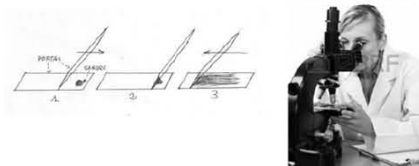
- Cansancio o falta de energía
- Dificultad para respirar al hacer actividades físicas
- Piel pálida
- Fiebre o sudores nocturnos
- Cortes que no sanan, sangrado excesivo
- Moretones sin motivo claro
- Puntos rojos bajo la piel, del tamaño de una cabeza de alfiler.
- Dolores en huesos o articulaciones
- Conteos bajos de defensas (monocitos o neutrófilos)
- Crecimiento de órganos (megalias)

¿Quiénes están en riesgo?

- Personas de cualquier edad, aunque es más común en personas mayores de 60 años.
- En adultos: LMA y LLC
- En niños: LLA
- **Factor de Riesgo:** Es un concepto que se utiliza para describir **ALGO** que puede aumentar las posibilidades de que una persona presente leucemia.
- Para la mayoría de los tipos de leucemia, los factores de riesgos y las causas posibles no se conocen.

Diagnóstico

- Conteos de células sanguíneas (Biometría Hemática).
- Aspirado de Medula Ósea (y biopsia, en su caso).



Factores de Riesgo

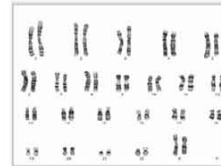
- Haber recibido quimioterapia para otros tipos de cáncer.
- Síndrome de Down, otras enfermedades congénitas.
- Exposición crónica al benceno (derivado del petróleo) (humo del cigarrillo)
- Radioterapia.



- La Leucemia no se contagia.

Diagnóstico

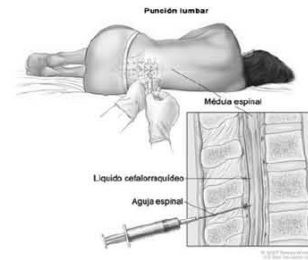
- Otras pruebas que se pueden realizar son de tipo **citogenético** y genética molecular, para identificar el tipo de célula de acuerdo al cual se establece el tipo de leucemia, el tratamiento y permiten definir un pronóstico.



Un Cariotipo

Tratamiento

- El objetivo inicial del tratamiento es lograr una **remisión**, en la cual:
 - No haya evidencia de blastos en la sangre ni en medula ósea.
 - Se restaure la producción normal de células sanguíneas y los conteos vuelvan a niveles normales.
- Se toma en cuenta para el tratamiento:
 - Subtipo de Leucemia
 - Cantidad de células de leucemia en la sangre.
 - Inmunofenotipo
 - Presencia de una infección sistémica en el momento del diagnóstico.
 - Presencia de enfermedad en el Sistema Nervioso Central (CEREBRO)
 - Edad
 - Estado general del paciente.



Quimioterapia

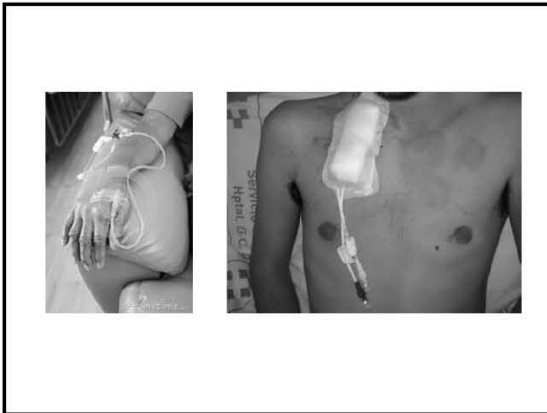
- Así se denomina de manera genérica a las medicinas empleadas para combatir la leucemia, así como otros tipos de cáncer.
- De acuerdo al tipo de leucemia, será la combinación de fármacos y sus dosis y horarios de administración.
- La primera fase, denominada "INDUCCIÓN A LA REMISIÓN" requiere una estancia en el hospital entre 4 y 6 semanas.



Quimioterapia


- Posterior a la remisión se habla de **CONSOLIDACIÓN** y **MANTENIMIENTO**, siguientes etapas en el tratamiento que se administran en forma de **CICLOS** con el objetivo de eliminar cualquier célula residual de enfermedad.
- Ambulatorios o en hospitalización.
- El periodo de tiempo es variable (hasta dos años o más, de acuerdo a esquema de tratamiento)





Inconvenientes del Tratamiento

- Afecta células sanas y malignas, y puede provocar:
 - Anemia
 - Infecciones
 - Sangrados
- Múltiples efectos secundarios (no se presentan todos)
 - Náusea
 - Vómito
 - Caída de Pelo
 - Fatiga...



¿Dudas?

blasonline@gmail.com

8. Guía de Relajación Autógena (Adaptación de Payné, 2002)

En este apartado se describe el ejercicio de relajación autógena empleado en esta intervención. Se cuenta con una versión grabada en audio de 32 minutos de duración que es proporcionada a los pacientes para la práctica diaria.

INTRODUCCIÓN

En los siguientes minutos, vas a realizar un ejercicio de relajación.

Si estas en una cama, recuéstate en una posición cómoda, boca arriba, con las manos en los costados... y no cruces las piernas.

Si estuvieras en una silla o sillón, siéntate cómodamente, y pon ambas manos en tus muslos, y no cruces las piernas.

Comienza observando tu respiración. Pon atención en la entrada y salida de aire. Que sea lento, pausado, tranquilo.

Si notas algún ruido o circunstancia exterior que quiera perturbarte, toma nota e ignórala, y continúa observando tu respiración.

La relajación, es un estado del cuerpo donde puedes funcionar mejor, estas tranquilo y puedes tener una sensación de bienestar... estas a gusto en tu cuerpo.

Y en ocasiones, no habrá otra cosa sino esperar... pero ¿por qué esperar de manera inquieta, intranquila, pensando cosas que no te sirven? Para esos momentos puedes practicar una habilidad que está en ti, pero que en ratos olvidas.

PREPARACIÓN

Recuerda observar tu respiración. Que sea lenta, pausada, tranquila. Respira con el estómago, no con el pecho.

Inhala lentamente por la nariz, siente como tu abdomen se llena de aire, sostén la respiración brevemente, exhala lentamente, por la nariz o por la boca... no importa.

Inhala una vez más. Sostén un momento el aire. Exhala.

Puedes repetir para ti, en tu cabeza “estoy completamente tranquilo”. Otra vez: “estoy completamente tranquilo”.

Sigue respirando de forma lenta y pausada. Repite “Estoy completamente tranquilo”. Otra vez: “Estoy completamente tranquilo”.

Ahora, comienza a sentir la superficie que hay debajo de ti... deja que tu cuerpo se hunda en ella... date cuenta de cómo te sostiene... percibe los puntos de contacto entre el cuerpo y la superficie donde estas: la cabeza... los hombros... la columna vertebral...

las costillas... las caderas... los talones... los codos... los antebrazos y las manos... siente como todo tu cuerpo se hunde en la superficie sobre la que estas tendido... nota como tu cuerpo gana pesadez a medida que la tensión empieza a disiparse... siéntete en paz... inspira profundamente y, al expirar, siente como esta expiración se lleva la tensión... y no olvides, continua observando cómo es tu respiración... con ritmo, suave, lenta, pausada, tranquila...

Repite "Estoy completamente tranquilo". Otra vez: "Estoy completamente tranquilo". Otra vez: "Estoy completamente tranquilo".

EJERCICIO PESO BRAZO DERECHO

Concéntrate ahora en tu brazo derecho. Desde la punta de los dedos hasta el hombro, empezará a estar muy pesado, pesadísimo. Se hunde del enorme peso, no lo puedes mover.

Repites para ti mismo: "Mi brazo derecho está muy pesado", "Mi brazo derecho está muy pesado". "Mi brazo derecho está muy pesado", "yo estoy completamente tranquilo".

Sigue respirando de forma lenta y pausada. Repite "Estoy completamente tranquilo". Otra vez: "Estoy completamente tranquilo".

EJERCICIO PESO BRAZO IZQUIERDO

Concéntrate ahora en tu brazo izquierdo. Desde la punta de los dedos hasta el hombro, empezará a estar muy pesado, pesadísimo. Se hunde del enorme peso, no lo puedes mover.

Repites para ti mismo: "Mi brazo derecho está muy pesado", "Mi brazo derecho está muy pesado". "Mi brazo derecho está muy pesado", "yo estoy completamente tranquilo".

Sigue respirando de forma lenta y pausada. Repite "Estoy completamente tranquilo". Otra vez: "Estoy completamente tranquilo".

TRANSICIÓN

Mientras notas como ambos brazos están pesados, muy pesados, continua observando tu respiración, que es muy lenta, pausada, tranquila, cómoda. Disfruta de esas sensación por algunos segundos

EJERCICIO PESO PIERNA DERECHA

Ahora, concéntrate en tu pierna derecha. Desde la punta de los dedos hasta la cadera, empezara a estar muy pesada, pesadísima. Se hunde del enorme peso, no la puedes mover.

Repites para ti mismo: mi pierna derecha está muy pesada... mi pierna derecha está muy pesada... mi pierna derecha está muy pesada... yo estoy completamente tranquila(o).

Sigue respirando de forma lenta y pausada. Repite: estoy completamente tranquilo.
Otra vez: estoy completamente tranquilo.

EJERCICIO PESO PIERNA IZQUIERDA

Ahora, concéntrate en tu pierna izquierda. Desde la punta de los dedos hasta la cadera, empezara a estar muy pesada, pesadísima. Se hunde del enorme peso, no la puedes mover.

Repites para ti mismo: mi pierna izquierda está muy pesada... mi pierna izquierda está muy pesada... mi pierna izquierda está muy pesada... yo estoy completamente tranquilo(a).

Sigue respirando de forma lenta y pausada. Repite: estoy completamente tranquilo(a).
Otra vez: estoy completamente tranquilo(a).

TRANSICIÓN

Mientras notas como ambas piernas están pesadas, muy pesadas, continua observando tu respiración, que es muy lenta, pausada, profunda, tranquila, cómoda. Disfruta de esa sensación por algunos segundos.

ABDOMEN PESO

Y así, mientras notas como tus piernas, tus brazos, están muy, muy pesados, y sigues respirando de manera lenta y profunda, esa sensación de peso se transmite ahora a tu abdomen, al tronco de tu cuerpo. Sientes como esta pesado, muy pesado. Si no fuera por el lugar donde estas apoyado, tu tronco se hunde, se iría hasta el piso. No lo puedes mover. Es extraordinariamente pesado. Muy pesado.

Sigue respirando de forma lenta y pausada. Repite: estoy completamente tranquilo(a).
Otra vez: estoy completamente tranquilo(a).

TRANSICIÓN

Mientras notas como ambas piernas, ambos brazos y tu abdomen y tronco están pesados, muy pesados, todo tu cuerpo esta extraordinariamente pesado, continua observando tu respiración, que es muy lenta, pausada, profunda, tranquila, cómoda. Disfruta de esa sensación por algunos segundos

*****SI NO HAY TIEMPO, SALIR EN ESTE PUNTO ES POSIBLE. VER SALIDA*****

EJERCICIO CALOR BRAZO DERECHO

Concéntrate ahora en tu brazo derecho. Desde la punta de los dedos hasta el hombro, empezarás a sentir calor. Un calor suave, agradable, como cuando uno toma el sol para quitar el frío, o cuando uno toma en la palma de la mano la taza con el té, el café o tu bebida caliente favorita.

Repites para ti mismo: “Mi brazo derecho está caliente”, “Mi brazo derecho está muy caliente”. “Mi brazo derecho está muy, muy caliente”, “yo estoy completamente tranquilo”. Sigue respirando de forma lenta y pausada. Repite “Estoy completamente tranquilo”. Otra vez: “Estoy completamente tranquilo”.

EJERCICIO CALOR BRAZO IZQUIERDO

Concéntrate ahora en tu brazo izquierdo. Desde la punta de los dedos hasta el hombro, empezarás a sentir calor. Un calor suave, agradable, como cuando uno toma el sol para quitar el frío, o cuando uno toma en la palma de la mano la taza con el té, el café o tu bebida caliente favorita.

Repites para ti mismo: “Mi brazo izquierdo está caliente”, “Mi brazo izquierdo está muy caliente”. “Mi brazo izquierdo está muy, muy caliente”, “yo estoy completamente tranquilo”. Sigue respirando de forma lenta y pausada. Repite “Estoy completamente tranquilo”. Otra vez: “Estoy completamente tranquilo”.

TRANSICIÓN

Mientras notas como ambos brazos están calientes y pesados, muy calientes y muy pesados, continua observando tu respiración, que es muy lenta, pausada, tranquila, cómoda. Disfruta de esa sensación por algunos segundos.

EJERCICIO CALOR PIERNA DERECHA

Ahora, concéntrate nuevamente en tu pierna derecha. Desde la punta de los dedos hasta la cadera, empezaras a sentir calor. Un calor suave, como cuando tomas el sol.

Repites para ti mismo: mi pierna derecha está caliente y pesada... mi pierna derecha está muy caliente y pesada... mi pierna derecha está muy muy caliente y pesada... yo estoy completamente tranquila.

Sigue respirando de forma lenta y pausada. Repite: estoy completamente tranquilo. Otra vez: estoy completamente tranquilo.

EJERCICIO CALOR PIERNA IZQUIERDA

Ahora, concéntrate en tu pierna izquierda. Desde la punta de los dedos hasta la

cadere, empezaras a sentir calor. Un calor suave, como cuando tomas el sol.

Repites para ti mismo: mi pierna izquierda está caliente y pesada... mi pierna izquierda está muy caliente y pesada... mi pierna izquierda está muy muy caliente y pesada... yo estoy completamente tranquila.

Sigue respirando de forma lenta y pausada. Repite: estoy completamente tranquilo.
Otra vez: estoy completamente tranquilo.

TRANSICIÓN.

Mientras notas como ambas piernas están calientes y pesadas, muy calientes y extraordinariamente pesadas, continua observando tu respiración, que es muy lenta, pausada, profunda, tranquila, cómoda.

ABDOMEN CALOR

Y así, mientras notas como tus piernas, tus brazos, están calientes y pesados, y sigues respirando de manera lenta y profunda, esa sensación de peso y de calor se transmite a tu abdomen, al tronco de tu cuerpo. Emanan un calor suave, desde el ombligo, que se irradia a todo tu cuerpo. Sigue respirando de forma lenta y pausada. Repite: estoy completamente tranquilo(a), estoy completamente tranquilo(a), estoy completamente tranquilo.

FINAL

Siente como tu corazón late tranquilo y fuerte. Respira lenta y profundamente. Tus brazos, tus piernas y tu abdomen están pesados y calientes. Tu frente esta agradablemente fresca. Tu respiración es tranquila.

Y repites (x2 al menos):

Estoy completamente tranquilo,

Mi cuerpo me pesa mucho,

Mi cuerpo está caliente,

Mi corazón late tranquilo y fuerte,

Mi respiración es tranquila,

Mi cuerpo irradia calor,

Mi frente esta agradablemente fresca.

Disfruta de esa sensación por algunos segundos.

SALIDA

Y ahora volveremos al mundo real. Te pido que empieces a tomar conciencia lentamente de tus piernas.

Tal vez querrás empezar a estirarlas un poco, moverlas.

Y continúa subiendo por tus piernas, sintiéndolas, observando en donde están apoyadas.

Llegas a las nalgas, al abdomen. Siente como están. En donde están apoyadas.

Ahora siente tus brazos, tus manos. Y los estiras un poco, y los comienzas a mover.

Y cuando te sientas listo, pausada y lentamente puedes abrir tus ojos.

9. Formatos de Registro

En este apartado se muestran los tipos de registros (de creación propia) empleados durante la intervención: de pensamientos disfuncionales, de estado de ánimo, de síntomas de ansiedad, de práctica de relajación.

AUTORREGISTRO DE PENSAMIENTOS DISFUNCIONALES

Instrucciones:

- Cuando usted experimente una emoción desagradable, trate de observar cual es la situación que parecio provocarla. Anótelas.
- Luego, observe y anote el pensamiento "automático" o "habitual" relacionado con la emoción.
- Califique la emoción donde: 1= leve; 100= lo más intensa posible. Anote su valoración.
- Después, anote si hizo algo para sentirse mejor; y valore si funciono, describiendo un poco al respecto como se siento después.

Situación	Emoción (0 a 100%)	¿Qué pense?	¿Qué hice con esto?	¿Funciono?

AUTORREGISTRO DIARIO DE SINTOMAS DE ANSIEDAD

A continuación se muestra una lista que contiene los síntomas más comunes de los estados de ansiedad. Lea cuidadosamente cada uno y marque con una “X” el día que lo presente.

Semana: _____

Síntoma:	Día de la Semana						
Sentir oleadas de calor (bochornos)							
Irritabilidad (enojado)							
Dolor u opresión en el pecho							
Latidos acelerados							
Sensación de que “algo malo me va a pasar”.							
Sentir los “pelos de punta”.							
Sensación de ahogo							
Entumecimiento, hormigueo en manos o pies							
Manos temblorosas							
Cuerpo tembloroso							
Perdida de interes							
Dificultad para respirar							
Asustado							
Malestar estomacal							
Sensacion de inquietud							
Sudoración no debida al calor							
Dificultad para dormir							
Rechine o apretar de dientes							
Musculos tensos, contraidos, rigidos.							
Dolores de cabeza, cuello o espalda							
Dificultad para concentrarse							
Asustado							
Nerviosismo							

