



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

Adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en un grupo de pacientes con dolor crónico

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA
OPTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LIC. PSIC. GUADALUPE ARELY HERNÁNDEZ GÁLVEZ

TUTORA: MTRA. MAETZIN ITZEL ORDAZ CARRILLO, FESI-UNAM

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTORIAL:

MTRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ, FESI-UNAM
DRA. PATRICIA HERNÁNDEZ SOLIS, HJM-SS
DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑÓN, FESI-UNAM
DRA. MARÍA ROSA ÁVILA COSTA, FESI-UNAM

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Estado de México, Enero de 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Índice

Resumen	1
Introducción	2
Parte 1. Reporte de experiencia.....	6
1. Medicina Conductual. Definición, acontecimientos históricos y aplicación en México.....	6
1.1 Acontecimientos históricos de Medicina Conductual	7
1.2 Medicina Conductual en México	11
2. Descripción y antecedentes de la sede	15
2.1 Antecedentes del HJM	15
2.2 Aspectos generales de la sede	16
2.3 Características del servicio Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos	19
3. Actividades de residente de Medicina Conductual	21
3.1 Datos de productividad.....	26
3.2 Casos clínicos.....	35
3.3 Otras actividades	35
4. Evaluación final	37
4.1 Evaluación del Servicio.....	37
4.2 Actividades diarias y académicas.....	40
4.3 Sistema de supervisión y tutoría.....	41
5. Competencias profesionales alcanzadas.....	42
6. Conclusiones finales y sugerencias	43
Parte 2: Protocolo de investigación: Adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en un grupo de pacientes con dolor crónico.....	46
2.1 Dolor Crónico.....	47
2.1.1 Clasificación de dolor.....	48
2.1.2 Evaluación del dolor.....	53
2.1.3 Tratamiento farmacológico y psicológico para dolor.....	55
2.2 Apoyo Social.....	59
2.2.1 Definición.....	60
2.2.2 Apoyo Social percibido y Salud.....	65
2.3 Terapia Cognitivo-Conductual y salud.....	70
2.4 Justificación.....	75

2.5 Objetivos e Hipótesis	76
Objetivo general.	76
Objetivos específicos.....	76
2.6 Método	77
2.6.1 Participantes	77
2.6.2 Criterios de inclusión	78
2.6.3 Criterios de exclusión.....	79
2.6.4 Criterios de eliminación	79
2.7 Diseño de la investigación y tipo de estudio	79
2.8 Escenario	79
2.9 Materiales	80
2.10 Variables.....	80
2.11 Instrumentos	81
2.12 Cronograma de actividades.....	82
2.13 Resultados	86
2.14 Discusión y conclusión.....	96
Referencias.....	106
Anexo 1: Caso de paciente con Trastorno adaptativo mixto, agudo	116
Anexo 2: Caso de paciente con Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica, agudo	131
Anexo 3: Caso de paciente con Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo, agudo	146
Anexo 4: Manual de infografías.....	162
Anexo 5: Presentaciones para sesiones de intervención	166
Anexo 6: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido	185
Anexo 7: Cuestionario MOS	186
Anexo 8: Cartas descriptivas.....	187

“En el examen de la enfermedad, ganamos sabiduría sobre anatomía,
la fisiología y la biología. En el examen de la persona con enfermedad,
ganamos sabiduría sobre la vida”

Oliver Sacks

Agradecimientos

A mi familia porque ellos son el motor de mi vida y sin ellos no hubiera podido alcanzar esta meta.

Al claustro de la residencia por todo el apoyo brindado durante mi formación académica, por sus comentarios y sugerencias para perfeccionar esta investigación.

Al equipo de trabajo de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del HJM por las enseñanzas tanto profesionales como personales.

A la Mtra. Maetzin Ordaz, mi tutora académica, por su paciencia, su apoyo y su orientación en el desarrollo de esta investigación.

A la Mtra. Ana Becerra y el grupo de supervisión académica por sus conocimientos transmitidos en el transcurso de mi formación académica y personal.

A mis amigos de generación, Denisse Campos, Omar Cano, Karen Ortiz, Karen Amaro y Vianney Zepeda por brindarme su apoyo incondicional durante la residencia y que contribuyeron en gran parte de este proyecto.

A Carlos Gómez y Angélica Medina por los momentos agradables que hemos compartido a lo largo de nuestras vidas, y por estar a mi lado apoyándome en situaciones difíciles en las que me he encontrado.

Resumen

El presente documento describe las actividades académicas, asistenciales y de investigación que el residente de Medicina Conductual realizó durante el periodo de Enero de 2017 a Junio de 2018, para poder adquirir habilidades y competencias profesionales y personales que le permiten diseñar intervenciones psicológicas aplicadas a pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Dicha descripción se llevará a cabo en dos apartados que a continuación se describe su contenido brevemente.

El primer apartado contiene el Reporte de Experiencia Profesional, que incluye las características generales de la sede y servicio asignado al residente, las actividades académicas e intervenciones psicológicas realizadas por el residente en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México, las habilidades adquiridas por el residente, y por último se agrega una evaluación y sugerencias hacia el servicio asignado y la residencia de Medicina Conductual.

El segundo apartado de este documento presenta el Protocolo de investigación donde se expone el diseño e implementación de un curso para la adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en un grupo de pacientes con dolor crónico, el cual se elaboró en 4 etapas: 1) evaluación del apoyo social percibido en pacientes de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México, 2) diseño de material psicoeducativo (infografías) validado por jueces expertos y pacientes con dolor crónico, 3) diseño del contenido del curso y 4) análisis de resultados. El objetivo de esta investigación es evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual para mejorar el apoyo social, en cuanto a tamaño y funcionalidad de la red, en pacientes con dolor crónico. Como resultados principales se obtiene que la implementación de una intervención cognitivo-conductual, basada en entrenamiento de estrategias en solución de problemas y comunicación asertiva, y el uso de psicoeducación, mejoró el apoyo social percibido en pacientes con dolor crónico.

Palabras clave: Medicina Conductual, Terapia Cognitivo Conductual, Apoyo Social Percibido y Dolor Crónico.

Introducción

Medicina Conductual se puede definir como el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo y la integración de conocimiento de la ciencia conductual, psicosocial y biomédicas, de técnicas relevantes para el entendimiento del proceso salud-enfermedad, la aplicación de técnicas (cognitivo-conductuales) a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación; por lo tanto, dicha disciplina adopta un enfoque de salud y de su cuidado, sin importar la edad, sexo o etnia, atendiendo las demandas de forma individual y grupal (Society of Behavioral Medicine, SBM, 2016).

En México, la Medicina Conductual se aplica interdisciplinariamente en diversas enfermedades crónicas degenerativas como: cardiovasculares, diabetes, cáncer, entre otras. Esta disciplina tiene un abordaje integral del paciente, teniendo como premisa que los cambios en la conducta pueden modificar o generar enfermedades y que las enfermedades modifican el comportamiento del paciente. Este campo se interesa en estudiar y modificar el comportamiento de la persona enferma en el contexto hospitalario; considerando sus creencias, sentimientos y pensamientos relacionados con la enfermedad, su curación, la participación de la familia, los médicos, los medicamentos, el hospital, la muerte, etc. (Arroyo et al., 2013, en Reynoso, 2014).

La importancia del trabajo del médico conductual hacia el paciente, es que al aplicar técnicas cognitivas-conductuales favorece entre otras cosas la adherencia terapéutica del paciente, previene o modifica conductas que impliquen factores de riesgo para la evolución de la enfermedad y modifica la percepción de situaciones problema (i.e. problemas familiares o económicos) que puedan afectar estancia intrahospitalaria o

en la exacerbación de la sintomatología de la enfermedad (Pinkerton, Hughes & Wenrich, 1982). Apoyando lo anterior, la Sociedad de Medicina Conductual (2016) menciona que en más de 25 años de investigación, práctica clínica e intervenciones comunitarias en el campo de Medicina Conductual han demostrado que los cambios de comportamiento pueden ayudar a las personas a sentirse mejor física y emocionalmente, mejora su estado de salud, aumenta sus habilidades de autocuidado y mejora su calidad de vida aún con enfermedades crónicas.

Algunos pacientes además de tener una enfermedad crónica degenerativa padecen dolor crónico, que es uno de los principales problemas de salud pública, no obstante, se carece de estudios epidemiológicos que documenten el impacto del dolor crónico en la población mexicana, sin embargo, en el 2003 se realizó una estimación de la población afectada por dolor crónico, se sugirió que este problema de salud afectaba del 25 al 29% de la población total, es decir, en ese entonces México contaba con 105 millones de habitantes, por lo tanto, 28.5 millones de habitantes padecía de dolor cónico (Harstall & Ospina, 2003, en Covarrubias-Gómez, et al., 2010).

A pesar de que es alto el índice de personas que padecen dolor crónico, no existe la cantidad suficiente de médicos algólogos que son los expertos en el manejo del dolor, para cubrir esta demanda, desde 1953 en México se han constituido Clínicas del Dolor que ayudan al manejo eficaz del dolor de los pacientes, es decir, la misión de una clínica del dolor es brindar alivio, no solamente del dolor, sino también de los síntomas que se asocian a éste, basándose en una atención integral que mejore la calidad de vida del paciente, cubriendo sus principales necesidades como un ser biopsicosocial, por lo tanto,

el personal de la clínica de dolor está compuesta por médicos algólogos anestesiastas, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras, lo que asegura que el manejo del paciente tenga un enfoque multidisciplinario (Covarrubias-Gómez & Guevara-López, 2006).

Una de las poblaciones más afectadas por el dolor son los pacientes en Cuidados Paliativos, la OMS lo define como “*Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, proporcionando apoyo espiritual, psicológico, desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida, y durante el duelo*”. Por lo tanto se necesitaban médicos paliativistas para proporcionar calidad de vida a los pacientes y familiares, se proporciona bienestar o confort (tener los síntomas bajo control) tanto en cuidados paliativos como en pacientes que se encuentran en fase terminal de una enfermedad terminal oncológica o no oncológica.

El Hospital Juárez de México cuenta con la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, en donde la atención del paciente incluye apoyo psicológico para facilitar al paciente una mejor adaptación a su situación actual de la enfermedad, fortalecer los tratamientos médicos y ayudar a la rehabilitación del paciente. Por lo tanto, el residente de Medicina Conductual evalúa los repertorios de enfrentamiento que el paciente posee para controlar tanto el dolor como la incapacidad que este produce y que pueden afectar el grado de deterioro físico y emocional asociado a la condición dolorosa, y si no son adaptativos estos estilos de enfrentamiento, el terapeuta lo dotará de estrategias para hacer frente a la situación y con esto contrarrestar el malestar; también se llevan a cabo técnicas para el incremento de la asertividad y minimización de los pensamientos

negativos sobre uno mismo, el cambio de los pensamientos y creencias desadaptativas sobre el dolor y el logro de objetivos (Ruvalcaba y Domínguez, 2009).

En este documento en el primer apartado se revisaran las actividades clínicas y académicas realizadas por el residente de Medicina Conductual en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos para satisfacer la demanda de los pacientes de dicha Clínica. En el segundo apartado se presenta el Protocolo de investigación donde se expone el diseño e implementación de un curso para la adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en un grupo de pacientes con dolor crónico.

Parte 1. Reporte de experiencia

1. Medicina Conductual. Definición, acontecimientos históricos y aplicación en México.

Una de las primeras definiciones de Medicina Conductual es la propuesta por Pomerleau y Brady (1979):

Medicina Conductual puede ser definida como el uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta (terapia conductual y modificación conductual) para la evaluación, prevención, manejo, o el tratamiento de enfermedades físicas o disfunciones psicológicas; y contribuye a la realización de investigaciones del análisis funcional y la comprensión del comportamiento asociado con los trastornos médicos y los problemas en el cuidado de la salud (p. xii).

A su vez, la Sociedad de Medicina Conductual (2016) considera que esta disciplina es el campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración de: a) conocimiento de la ciencia conductual, psicosocial y biomédicas, b) de técnicas relevantes para el entendimiento del proceso salud-enfermedad, y c) la aplicación teórico-práctico a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Dicha Sociedad menciona que los profesionales de la salud involucrados en la investigación y práctica de la Medicina Conductual, pueden ser cardiólogos, consejeros, epidemiólogos, fisiólogos del ejercicio, médicos familiares, educadores de salud, internistas, enfermeras, nutricionistas, pediatras, psiquiatras y psicólogos. Por lo tanto, Medicina Conductual adopta un enfoque del cuidado de la salud, trabajando con niños, adolescentes, adultos y

ancianos, atendiendo las demandas de forma individual o grupal, trabajando con diversas comunidades socioculturales (SBM, 2016). En México, se han estudiado interdisciplinariamente diversas problemáticas como las enfermedades crónicas degenerativas, cardiovasculares, diabetes, cáncer, entre otras. Sin embargo, dado los cambios en la organización política, social y económica del país se hace necesaria la incursión en áreas como políticas públicas, derechos humanos y bioética (Rodríguez, 2010).

Esta disciplina tiene un abordaje integral del paciente partiendo de que los cambios en la conducta pueden modificar o generar enfermedades y que las enfermedades modifican el comportamiento del paciente, considerando sus creencias, sentimientos y pensamientos relacionados con la enfermedad, su curación, la participación de la familia, los médicos, los medicamentos, el hospital, la muerte, etc. (Arroyo et al., 2013, en Reynoso, 2014).

1.1 Acontecimientos históricos de Medicina Conductual

Algunos acontecimientos que favorecieron el surgimiento de Medicina Conductual fueron los siguientes: a) se emplearon técnicas de modificación conductual a pacientes con problemas de salud, por ejemplo obesidad, tabaquismo, adicciones, entre otros; b) el uso del biofeedback para trastornos somáticos como migraña, hipertensión, cefaleas, úlceras y dolor crónico; y c) se reconoció el papel que juegan los cambios en el comportamiento sobre el tratamiento farmacológico y la prevención de enfermedades,

por lo tanto, se reconoce que el estilo de vida y las condiciones ambientales influyen en nuestra salud, y que los tratamientos médicos, no reditúan los beneficios necesarios hacia nuestra salud; por lo tanto, es necesario identificar conductas que reduzcan el riesgo de padecer ciertas enfermedades; y favorezcan conductas saludables, lo que implica un cambio y mantenimiento de un nuevo estilo de vida (Rodríguez, 2010).

En 1977 se organiza el Primer Congreso sobre Medicina Conductual en la Universidad de Yale. Se reunieron importantes especialistas del área de la salud y de las ciencias sociales, por ejemplo, investigadores de los campos de la antropología, epidemiología, medicina, psiquiatría, psicología y sociología, para formalizar la creación de Medicina Conductual, entendida como un campo interdisciplinario de integración de conocimientos biomédicos y sociales, con el fin de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de pacientes, siendo uno de sus principales resultados la definición más específica del campo de aplicación de Medicina Conductual. Una meta de la conferencia fue promover el trabajo interdisciplinario para encontrar mejores formas de integración y hacer que la investigación y la práctica clínica fuesen más efectivas (Rodríguez, 2010; Schwartz y Weiss, 1978^a, en Reynoso, 2014).

En 1978 se funda la Academia de Investigación en Medicina Conductual, en Estados Unidos; a partir de entonces, el campo de la Medicina Conductual comenzó a crecer rápidamente, se publicó el primer número del *Journal of Behavioral Medicine* en marzo de 1978. Posteriormente se reportaban investigaciones sobre la aplicación de las técnicas y procedimientos basados en Medicina Conductual a enfermedades, tales como

hipertensión arterial, dolor crónico, asma infantil, desórdenes cardiovasculares, rehabilitación neuromuscular, y cáncer (Rodríguez, 2010).

En la década de los 80, las investigaciones estuvieron centradas en enfermedades crónicas como hipertensión, cáncer, dolor crónico, insuficiencia renal y enfermedades inmunológicas (Contreras, Londoño, Vinaccia y Quinceno, 2006); se desarrollaron estudios con el fin de profundizar en aspectos preventivos, por mencionar algunos se encuentran los realizados por Vinaccia quien en 1981 acondicionó un laboratorio clínico de biorretroalimentación donde se desarrollaron una serie de estudios relacionados con cefalea tensional, dismenorrea y tortícolis espasmódica; se realizaron estudios de autocontrol de peso con el papel de estímulos intermediarios; y se retomaron poblaciones pediátricas y quemados como parte de la psicología en salud (Vinaccia, 1988).

En la década de los 90 la psicología de la salud aparece en numerosas conferencias y congresos como un campo sólidamente constituido y claramente diferenciado, se retoman investigaciones de calidad de vida, estrés psicosocial, enfermedades crónicas, conductas adictivas, psicooncología, el rol del psicólogo en el contexto hospitalario, entre otras (Rodríguez, 1994, en Contreras, Londoño, Vinaccia y Quinceno, 2006).

Desde el año 2000, la psicología de la salud que se desarrolla en los contextos hospitalarios (psicooncología, psicocardiología, psicodiabetes, entre otras áreas) cumple funciones tales como facilitar la adaptación de los pacientes a la hospitalización y a su enfermedad, interconsultar o diferir pacientes a otras especialidades, realizar trabajo interdisciplinario, realizar intervenciones psicológicas con el paciente, y gestionar

recursos humanos para mejorar la atención de los pacientes (Rodríguez-Marín, 2003, Palacios y Pérez, 2017)

Para el 2004, la Sociedad Internacional de Medicina Conductual (SBM), diseñó modelos y programas de intervención con el propósito de integrar grupos interdisciplinarios dedicados a la atención de la salud, comienza a impulsar innovaciones tecnológicas sobre servicios de calidad, e instrumentar políticas públicas eficaces con el propósito de fomentar una cultura a favor de conductas saludables, así como de impulsar la prevención y el control de factores de riesgo para el bienestar individual, familiar y social (Rodríguez, 2004).

Para complementar los datos relevantes de la historia de la Medicina Conductual, la SBM (2016) muestra una línea del tiempo, estos se pueden observar en la Figura 1.

Como futuras líneas de investigación, Tercyak, O'Neill, Roter y McBride (2012), afirman que los psicólogos de la salud a través de un enfoque en la investigación social y conductual relacionada con la salud, podrían liderar la superación de las divisiones en la comunicación, la comprensión y la acción sobre la genómica para el mejoramiento de las prácticas de salud tanto individuales como públicas, es decir, la participación del psicólogo de la salud sería activamente para propiciar una comunicación efectiva a la población en general de las complejas interacciones entre genómica, conducta y salud (Palacios y Pérez, 2017).

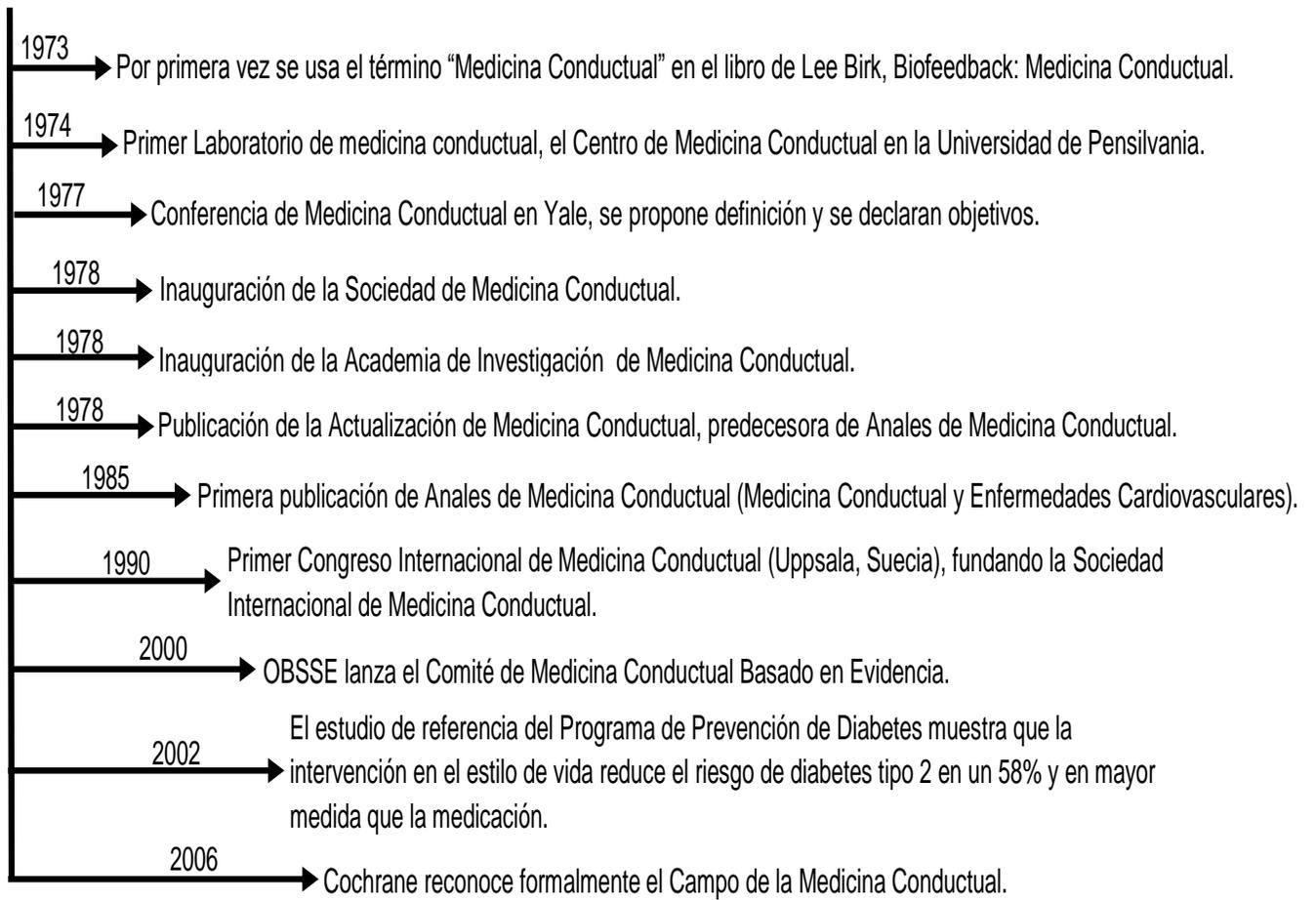


Figura 1. Línea de tiempo del campo de Medicina Conductual. Recuperada de Gellman y Pagoto (2016).

1.2 Medicina Conductual en México

Un hecho fundamental para la psicología dentro de Medicina Conductual fue que la APA comenzó a distribuir artículos promocionales con el lema "Psicología, la profesión del cuidado de la salud para el siglo XXI", por lo tanto ya no se podía hablar de salud sin considerar la participación de la psicología. Donde la promoción de la salud (calidad de vida y comportamientos saludables) se convierte en una vía fundamental para modificar las condiciones que llevan a México al actual perfil epidemiológico (Rodríguez, 2004).

En 2001, se inauguró la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual, siendo su presidenta fundadora Graciela Rodríguez Ortega, posteriormente Javier Urbina Soria y José Luis Ibarrola Calleja. En el 2002 se organiza el primer Coloquio de Medicina Conductual con la participación de la Facultad de Psicología y la Asociación para Evitar la Ceguera en México, teniendo como resultado la edición del primer libro de Medicina Conductual en México (Rodríguez, 2010).

En 2005, se llevó a cabo la quinta conferencia Mundial de Promoción de la Salud con sede en la Ciudad de México, la meta fue ampliar el trabajo interdisciplinario para la promoción de la salud, se propone la participación del equipo gubernamental, organizaciones no gubernamentales, sector privado, medios de comunicación e instituciones académicas, en la formulación conjunta de respuestas eficaces a los actuales retos de salud en el mundo. Para lograr estos objetivos, se firmó la Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud, con lo que culminó un proceso de dos años durante el cual México elaboró, válido y obtuvo el consenso de los ministros del sector, de todo el mundo, y de la OMS (Rodríguez, 2004).

Medicina Conductual en México, se ha caracterizado por reunir científicos de diferentes campos de conocimiento con el objetivo de definir acciones que puedan permitir acceder a la mejor calidad de vida a la población mexicana y así, enfrentar los principales retos de la atención a la salud. Sin embargo, existen retos que aún se tienen que enfrentar en México, por ejemplo, impulsar la investigación en este campo no sólo en las instituciones educativas sino también en las instituciones del sector salud y/o social. Asimismo, impulsar la conformación de estudios de posgrado que permitan

formar cuadros de profesionales así como abarcar diversas especialidades en relación al cada vez más complejo estado de salud de la sociedad (Rodríguez, 2010).

Para atender esta demanda, en la UNAM se implementó entre 1997 y 1998 el programa de maestría y doctorado en Psicología, ambos con la participación de docentes de las tres entidades académicas que contaban con estudios de posgrado en Psicología: la Facultad de Psicología y las Facultades de Estudios Superiores Iztacala y Zaragoza. En 1998 dentro del programa de Maestría en Psicología se diseñó el programa de residencia en Medicina Conductual y fue aplicado por primera vez en 1999 bajo la perspectiva de una relación docencia servicio-investigación, que implica fundamentalmente la solución de problemas bajo un enfoque cognitivo–conductual (Plan de Estudios de la Residencia en Medicina Conductual, 2001, en Reynoso, Hernández-Manjarrez, Bravo y Anguiano, 2011). El programa de residencia en Medicina Conductual tiene como finalidad que el alumno estudie y modifique el comportamiento de los pacientes bajo el contexto hospitalario con base al trabajo interdisciplinario con otros profesionales de la salud, para mejorar la calidad de vida del paciente y de los cuidadores primarios tanto en su estancia hospitalaria como en su vida cotidiana, teniendo como sedes instalaciones hospitalarias de segundo y tercer niveles de atención, el Hospital Juárez de México y el Hospital General de Atizapán “Dr. Salvador González Herrejón” (Reynoso, Hernández-Manjarrez, Bravo y Anguiano, 2011).

En la residencia, se aplican técnicas conductuales que favorecen a) el servicio directo al paciente, es decir, la aplicación de la programación conductual a las situaciones problema del paciente que este mermando su estancia hospitalaria o en la exacerbación de la enfermedad; 2) el uso de técnicas conductuales para incrementar la

adherencia del paciente al régimen médico y; 3) prevención, o intervención conductual para modificar conductas que constituyan factores de riesgo para la enfermedad (Pinkerton, Hughes & Wenrich, 1982).

En general, en investigación se incluyen la salud de los adolescentes, el envejecimiento, la ansiedad, la artritis, el asma, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares (enfermedades del corazón, la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares), la salud de los niños, el dolor crónico, la fibrosis quística, la depresión, la diabetes, enfermedades relacionadas con el dolor, trastornos alimenticios, VIH / SIDA, incontinencia, insomnio, dolor de espalda, dolor miofascial, obesidad, enfermedad pulmonar, calidad de vida, rehabilitación, enfermedades de transmisión sexual, apoyo social, medicina deportiva, abuso de sustancias toxicológicas y la salud de las mujeres (SBM, 2016).

Por lo tanto, se puede decir que los cambios en el comportamiento y estilo de vida pueden mejorar la salud, prevenir enfermedades y reducir los síntomas de la enfermedad. Más de 25 años de investigación, práctica clínica e intervenciones comunitarias en el campo de Medicina Conductual han demostrado que los cambios de comportamiento pueden ayudar a las personas a sentirse mejor física y emocionalmente, mejorar su estado de salud, aumentar sus habilidades de autocuidado y mejorar su calidad de vida aún con enfermedades crónicas. Las intervenciones conductuales también pueden mejorar la eficacia de las intervenciones médicas, reducir la sobreutilización del sistema sanitario y reducir los costos generales de la atención (SBM, 2016).

2. Descripción y antecedentes de la sede

La residencia tuvo como sede el Hospital Juárez de México (HJM) en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, a continuación se describen datos acerca del hospital y servicio sede así como la labor del residente de Medicina Conductual.

2.1 Antecedentes del HJM

El 23 de agosto de 1847 se fundó el Hospital Municipal conocido como Hospital de San Pablo que contaba con 40 camas para hombres y 20 para mujeres (Ezquerro, 1934).

El 20 de noviembre de 1970, el director Don Adrián Segura dio el visto bueno a la restauración del Hospital, quedando integrado por los siguientes edificios: consulta externa, servicios generales, torre de hospitalización, unidad de enseñanza, cuerpo de gobierno, servicio de cirugía experimental e investigación clínica, y residencia de médicos. Sin embargo en el terremoto de septiembre de 1985, derribo la Torre de Hospitalización, convirtiéndose en la tumba de muchos médicos, estudiantes de medicina, enfermeras y enfermos. Ante tal acontecimiento, el Presidente de la República el Lic. Miguel de la Madrid Hurtado ordeno que se destinaran fondos económicos para que el C. Dr. Guillermo Soberón Acevedo Secretario de Salud construyera un nuevo Hospital, para el día 19 de septiembre de 1989 surge el Hospital Juárez de México, al que se le doto de todos los adelantos de la medicina moderna, ocupando un área de casi

80 mil metros cuadrados, con construcciones que representan el 90% de su superficie, contando con 400 camas censables distribuidas en las especialidades de un Hospital de tercer nivel (HJM, 2005).

Para el 2005, se tenía en operación 44 servicios médicos y 3 unidades clínicas, incluyendo el servicio de banco de ojos. En total, 47 especialidades médicas. Asimismo la Dirección de Investigación y Enseñanza contaba con 6 servicios. Dadas estas condiciones del Hospital permitieron que acudieran pacientes de población abierta, así como asegurados no solo del Distrito Federal, sino de diferentes estados de la República Mexicana (HJM, 2016).

2.2 Aspectos generales de la sede

Hospital Juárez de México (HJM) el cual es un instituto de tercer nivel de atención, se encuentra ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Gustavo A. Madero, Magdalena de las Salinas, 07760 Ciudad de México.

Actualmente cuenta con los servicios de Cirugía cuya división es: Anestesiología (Sub Especialidad Medicina del dolor), Angiología, Cirugía cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Endoscopía, Medicina Física y Rehabilitación, Neurocirugía, Oftalmología, Oncología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Trasplantes y Urología. El servicio de Medicina cuya división es: Alergia e Inmunología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología,

Geriatría, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurología, Preconsulta, Psiquiatría, Reumatología y Salud Mental Comunitaria. El servicio de Pediatría cuya división es: Cirugía Pediátrica, Neonatología, Pediatría Médica, Urgencias Pediatría y Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. Servicio de Gineco-Obstetricia cuya división es: Biología de la Reproducción, Ginecología y Obstetricia. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento son: Anatomía Patológica, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico, Medicina Nuclear, Neurofisiología Clínica y Radiología e Imagen. Por último, el Hospital cuenta con servicio de Homeopatía, Toxicología y Unidad de Vigilancia Epidemiológica – Infectología (HJM, 2012)

La Misión del HJM es proporcionar atención médico-quirúrgica a la población del país, para prevenir, diagnosticar, tratar, rehabilitar y ofrecer seguridad hospitalaria, a través de personal calificado, empleando tecnología de vanguardia y afianzando la calidad con un programa de mejora continua e investigación biomédica. Mientras que su Visión es hacer del Hospital Juárez de México una institución con reconocimiento Nacional e Internacional en el ámbito de la salud por su alta eficiencia y calidad en la atención médica, con la tecnología de vanguardia e impulsora de recursos humanos con elevada preparación científica y compromiso bioético (HJM, 2012).

Su organigrama se puede observar en la Figura 2.

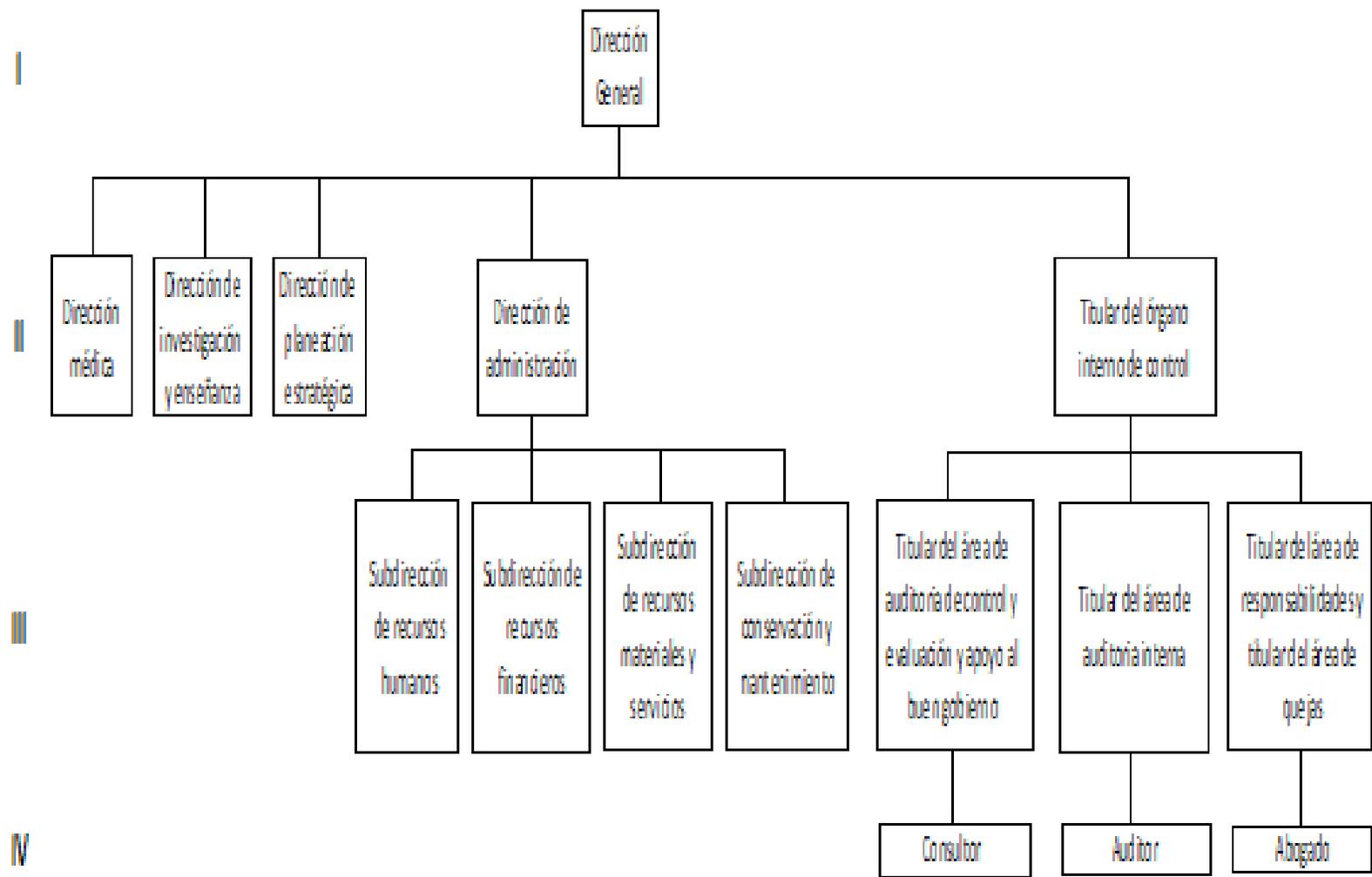


Figura 2. Estructura Dictaminada por la Secretaría de Salud. Recuperada de Hospital Juárez de México, 2004.

2.3 Características del servicio Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

En 1999 el HJM comenzó a atender pacientes con dolor crónico en los consultorios del área de terapia respiratoria. Después de que se obtuvo la aprobación de la Facultad de Medicina para impartir el curso de Anestesia General y el curso de Neuroanestesia en 2003; debido a los cambios en el organigrama general, el servicio se reestructuró y sus funciones se asignaron a otras áreas, y para el 2010 se restableció la Clínica del Dolor, con reconocimiento de la UNAM en el 2013 (Manrique, 2014).

El 5 de septiembre 2011 se inauguró la nueva sede de la Clínica del Dolor (HJM, 2011b.), siendo Director General del Hospital Juárez de México Martín Antonio Manrique. La Clínica del dolor es una unidad multidisciplinaria que atiende bajo una perspectiva biopsicosocial y en forma integral a pacientes que experimentan dolor tanto agudo como crónico, lo cual lo convierte en un síndrome de dolor por lo tanto, el dolor viene acompañado de muchos otros trastornos; y para atender a los pacientes, este servicio se apoya en la psicología y las distintas especialidades médicas del Hospital (oncología, radiología, etc.), continúa con los tratamientos y estudios. Esto implica una atención individualizada, un trato especial para cada persona (HJM, 2011b.).

Su misión es aliviar no solamente el dolor, sino también los síntomas que se asocian a éste, por lo que en la Clínica del Dolor se proporciona una atención integral para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

Por lo tanto, el objetivo de este servicio es mejorar la calidad de vida de aquellos pacientes cuyo dolor no responde a un determinado tratamiento quirúrgico o farmacológico. Para ello se utilizan medicamentos potentes, con grandes beneficios si se administran en las dosis adecuadas, por ejemplo medicamentos derivados del opio,

teniendo como principio activo la morfina. En caso de que la farmacología no dé resultados, se recurre al bloqueo o a métodos intervencionistas.

Desde el 2011 hasta la fecha, la Dra. Patricia Hernández Solís ha sido la Encargada de la Clínica del Dolor (HJM, 2011a.). Actualmente colaboran cinco residentes médicos de alta especialidad en Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos, y cada mes se integra un rotante del servicio de Anestesiología del HJM. Tiene el apoyo de dos enfermeras y dos residentes de Medicina Conductual (Figura 3); es importante señalar que en el 2013 se integra el residente de Medicina Conductual para realizar una detección de variables sociales y psicológicas que exacerben el dolor o que no permitan la correcta adherencia al tratamiento, realiza intervención en crisis ante la entrega de malas noticias, principalmente en pacientes terminales u otras situaciones en las que el paciente la requiera.

En cuanto al área de atención de pacientes de la Clínica del Dolor, ésta cuenta con dos camas de exploración, no cuenta con camas censables en piso, sin embargo se atienden a pacientes hospitalizados de los distintos servicios del Hospital por interconsulta, atendiendo aproximadamente a 200 pacientes por mes.

Los pacientes que son atendidos en clínica del dolor pueden ser pacientes de otro servicio del Hospital o llegar directamente a la Clínica para ser diagnosticados. Muchos son atendidos en el hospital y luego regresan a su domicilio, con consultas frecuentes para valorar la respuesta al tratamiento. Si requieren ser hospitalizados, antes son valorados por los médicos residentes de Medicina del Dolor y, en tal caso, se atienden en piso (HJM, 2011b.). Luego de su egreso se les valora mensualmente y, después, se continúan citas más espaciadas (3-6 meses) para continuar con el tratamiento, si el

paciente no tiene las condiciones físicas o económicas para su movilización al Hospital, se realiza un seguimiento vía telefónica. La atención que se brinda en este servicio puede ser dada al paciente y a sus familiares ya que muchos de los pacientes se encuentran en cuidados paliativos y cursan la etapa terminal de su vida y el personal médico en conjunto con el médico conductual les proporciona información necesaria y habilidades de toma de decisiones para el seguimiento de tratamiento, en el entendido de que tienen derecho a la privacidad y autonomía (HJM, 2011b.).

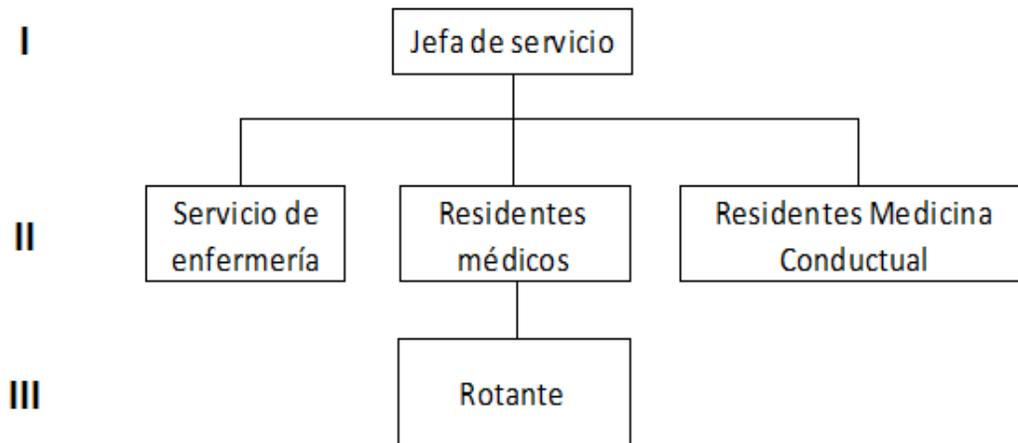


Figura 3. Organigrama de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Elaboración propia.

3. Actividades de residente de Medicina Conductual

A continuación se hará una descripción de las actividades clínicas realizadas por el residente de Medicina Conductual:

-Pase de visita. Tiene la finalidad de valorar el estado de salud del paciente y otorgar tratamiento para controlar dolor; esta actividad se realiza en el área de hospitalización, se atienden a pacientes censados y pacientes con interconsulta al servicio de Clínica del Dolor, el pase se realiza con médicos residentes, enfermera, jefa del servicio y el residente de Medicina Conductual, este último, realiza un monitoreo del estado anímico del paciente mediante el dialogo médico-paciente-familiar y lenguaje no verbal del paciente, por lo tanto el pase de visita permite que el residente identifique alguna necesidad psicológica, si se trata de una crisis, se atiende al finalizar la atención médica con el paciente, si es una necesidad que no requiere premura se atiende al finalizar el pase.

-Atención a pacientes. Esta actividad se divide en dos lugares, una es la atención al paciente hospitalizado y el segundo es atención al paciente en Consulta Externa. El objetivo de atender a pacientes hospitalizados es establecer intervenciones psicológicas si el paciente o familiar lo requiere, que se llevará a cabo mediante un seguimiento que se realiza días posteriores. se realiza entrevista inicial con pacientes atendidos por primera vez esto con el fin de recabar datos socio-demográficos, datos de percepción y ubicación de dolor, evaluar estado emocional del paciente ante la enfermedad y su estancia intrahospitalaria que interfieran con el plan terapéutico. Por otra parte, la atención a pacientes en Consulta Externa, se lleva a cabo en la Clínica del Dolor, donde el médico residente o adscrita otorgan consultas de primera vez o subsecuentes, el residente de Medicina Conductual permanece en la consulta para detectar necesidades psicológicas que presenten los pacientes o familiares ante diagnóstico, tratamiento y/o pronóstico de la enfermedad, si después de recibir este tipo de información el paciente o

familiar entran en crisis se realiza intervención inmediata, si se detectan necesidades que no requieren premura, se realiza intervención al terminar consulta médica; si se observa que el paciente necesita apoyo psicológico después de la intervención, se les asigna una cita para dar continuidad al caso.

Las actividades académicas realizadas por el residente de Medicina Conductual son:

-*Clases médicas.* La jefa de servicio y residentes médicos, abordan temas que competen a la subespecialidad de Dolor y Cuidados Paliativos con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre síndromes dolorosos y tratamiento del dolor. También los residentes de Medicina Conductual abordan temas que competen implicaciones psicológicas para el trato digno del paciente y estrategias para enfrentar de mejor manera situaciones difíciles estando frente a pacientes.

-*Sesión general.* Se realiza en el auditorio principal del Hospital Juárez de México con todo el personal de salud del hospital, donde se exponen temas de innovación médica, temas socioculturales y acerca de la labor médica en distintas especialidades y contextos.

-*Supervisión académica.* Se realizan revisiones teórico-prácticas de técnicas de entrevista y de intervención, asimismo se realiza la revisión de temas de importancia para los residentes de Medicina Conductual de los servicios de Geriátría y Clínica del Dolor, se supervisan supervisión a Casos Clínicos y Protocolo de investigación. En la Tabla 1 se muestran las clases otorgadas por la residente de Clínica del Dolor.

Tabla 1

Clases impartidas en supervisión académica

	Título de ponencia	Fecha de presentación
1	Evaluación del dolor.	05/03/2017
2	Conspiración del silencio.	05/03/2017
3	Infografía de muerte para población infantil.	24/04/2017
4	Redes sociales y apoyo social vinculadas con la salud.	21/08/2017
5	Voluntad anticipada.	02/10/2017
6	Duelo desde la TCC.	30/10/2017
7	Utilización del manual DSM-5.	19/02/2018
8	Cuidados Paliativos Pediátricos: Intervención Conductual	21/05/2018
9	Sedación Paliativa: Criterios médicos para su aplicación	11/06/2018

-Sesión bibliográfica. Los residentes de Medicina Conductual realizan la búsqueda, síntesis y exposición de artículos científicos recientes sobre la aplicación de la terapia Cognitivo-Conductual en enfermedades crónico degenerativas, posterior a la presentación del artículo, el Dr. Gallardo, residentes de Medicina Conductual y de Psiquiatría hacen aportaciones y discuten acerca de la metodología, resultados y posible replica en pacientes del Hospital Juárez de México del tema visto.

-Sesión de Caso Clínico. Se lleva a cabo con los residentes de Medicina Conductual, residentes de Psiquiatría, el Dr. Gallardo y dos supervisoras académicas. Durante la sesión se presenta un caso clínico realizado por un residente de Medicina Conductual, se presenta la historia clínica del paciente, motivo de consulta, diagnóstico DSM-IV-TR y DSM5, hipótesis y objetivos terapéuticos, intervención psicológica,

resultados y conclusiones. Al finalizar la presentación del caso se da retroalimentación del caso.

En la Tabla 2 se muestra el horario en el que se realizaron dichas actividades en el área clínica y académicas.

Tabla 2
Horario semanal de actividades del residente de Medicina Conductual

HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
8:00	Supervisión académica	Clase médica	Sesión General	Pase de visita	Clase médica
9:00			Pase de visita		
10:00		Pase de visita	Clase de Caso Clínico		Pase de visita
11:00				Sesión bibliográfica	
12:00	Atención a pacientes	Atención a pacientes	Atención a pacientes	Atención a pacientes	Atención a pacientes
13:00					
14:00					

3.1 Datos de productividad

En el transcurso de la residencia de Medicina Conductual en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México, se llevaron a cabo intervenciones psicológicas tanto con pacientes como con sus familiares y/o cuidadores primarios, con el objetivo de proporcionarles estrategias y habilidades que les permitan adaptarse a las demandas propias de síndromes dolorosos, a tratamientos convencionales e intervencionistas, y a la etapa paliativa y final de la vida del paciente.

En éste apartado se presenta la productividad que se realizó durante el periodo del día 9 de Enero de 2017 hasta el 29 de Junio de 2018 fueron atendidos en total 388 pacientes, en la Tabla 3 se muestran los datos sociodemográficos de los pacientes atendidos, teniendo como datos relevantes que la mayoría de los pacientes atendidos son del sexo femenino, casados, y residentes de la Ciudad de México y zona conurbada.

Se realizaron 533 intervenciones psicológicas, debido a que el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos es un servicio interconsultante, al alta de pacientes, por las características sociodemográficas o propias de la evolución de la enfermedad del paciente, no se logró dar seguimiento a todos los pacientes atendidos por primera vez, sin embargo, 245 pacientes han recibido consulta subsecuente (Tabla 4).

Tabla 3

Datos sociodemográficos de los pacientes atendidos

Categoría		Porcentaje/Media
Género	Mujer	65.98%
	Hombre	34.02%
Edad	Media en años	M 47.12
	Rango	3-90 años
Estado civil	Casado	45.15%
	Soltero	30.33%
	Unión libre	13.12%
	Separado	5.10%
	Viudo	4.18%
	Divorciado	1.07%
	No disponible	1.05%
Entidad	Local	81.04%
	Foráneo	18.02%
	No disponible	0.94%

Tabla 4

Pacientes atendidos de acuerdo al género y tipo de consulta

Tipo de Consulta	Hombres	Mujeres	Total
Primera Vez	132	256	388
Subsecuente	79	166	245

Retomando las áreas de atención se puede observar que la mayoría del total de pacientes, se realizaron en consulta externa, sin embargo se atendieron más hombres en hospitalización (Tabla 5).

Tabla 5

Pacientes atendidos distribuidos por género y área de atención

Área de atención	Hombres	Mujeres	Total
Consulta Externa	49	231	280
Hospitalización	127	99	226
Procedimientos	5	16	21
Interconsultas	0	3	3
Urgencias	1	2	3

En cuanto al tipo de enfermedad que padece la población atendida, se obtuvo que el 45.30% de los pacientes padecen enfermedades no oncológicas (Figura 4) debido a que la mayoría padece síndromes dolorosos, como se puede observar en la Figura 5 que contiene los principales diagnósticos médicos, es importante señalar que el 26.89% de pacientes que no tienen diagnóstico es debido a que son familiares y/o cuidadores primarios de los pacientes atendidos tanto en hospitalización como en consulta externa.

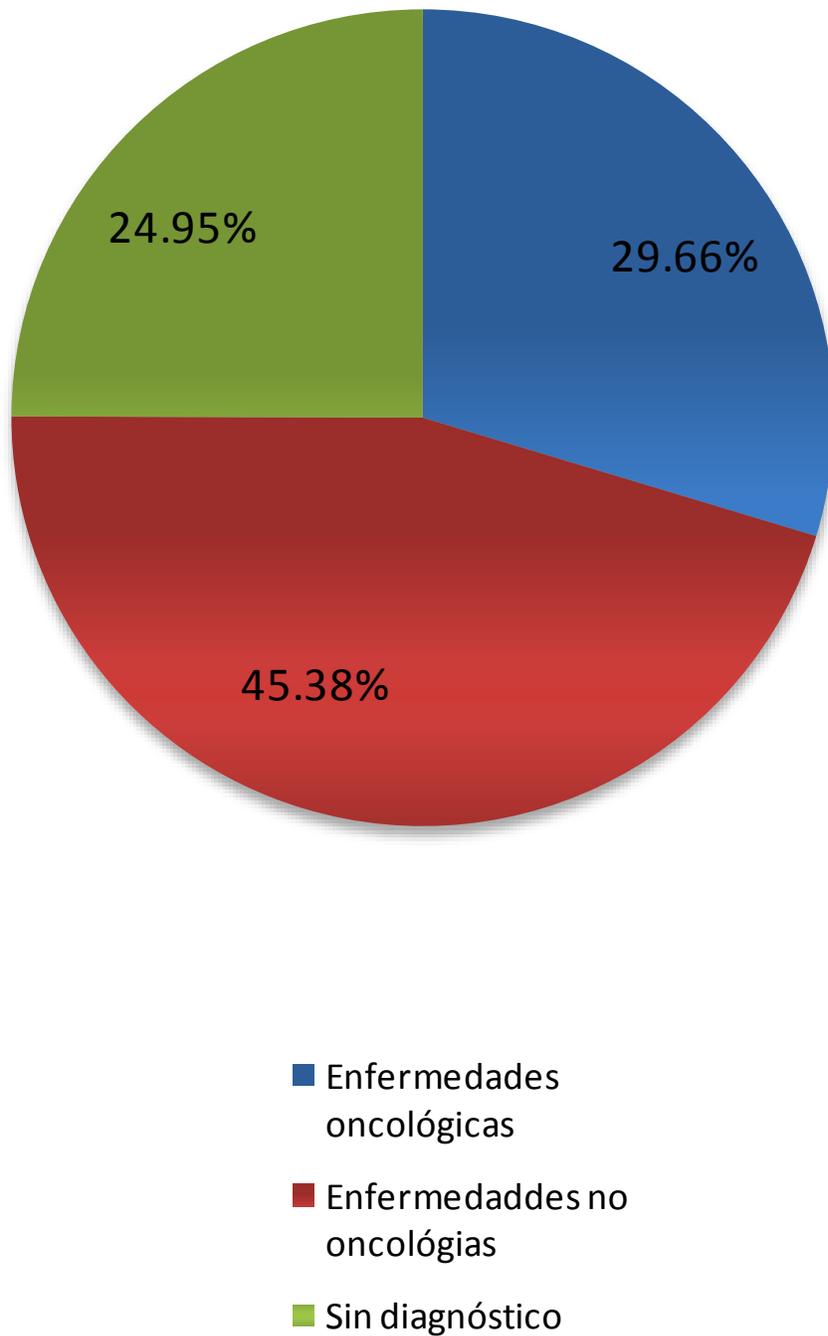


Figura 4. Tipo de enfermedades que padecen los pacientes atendidos

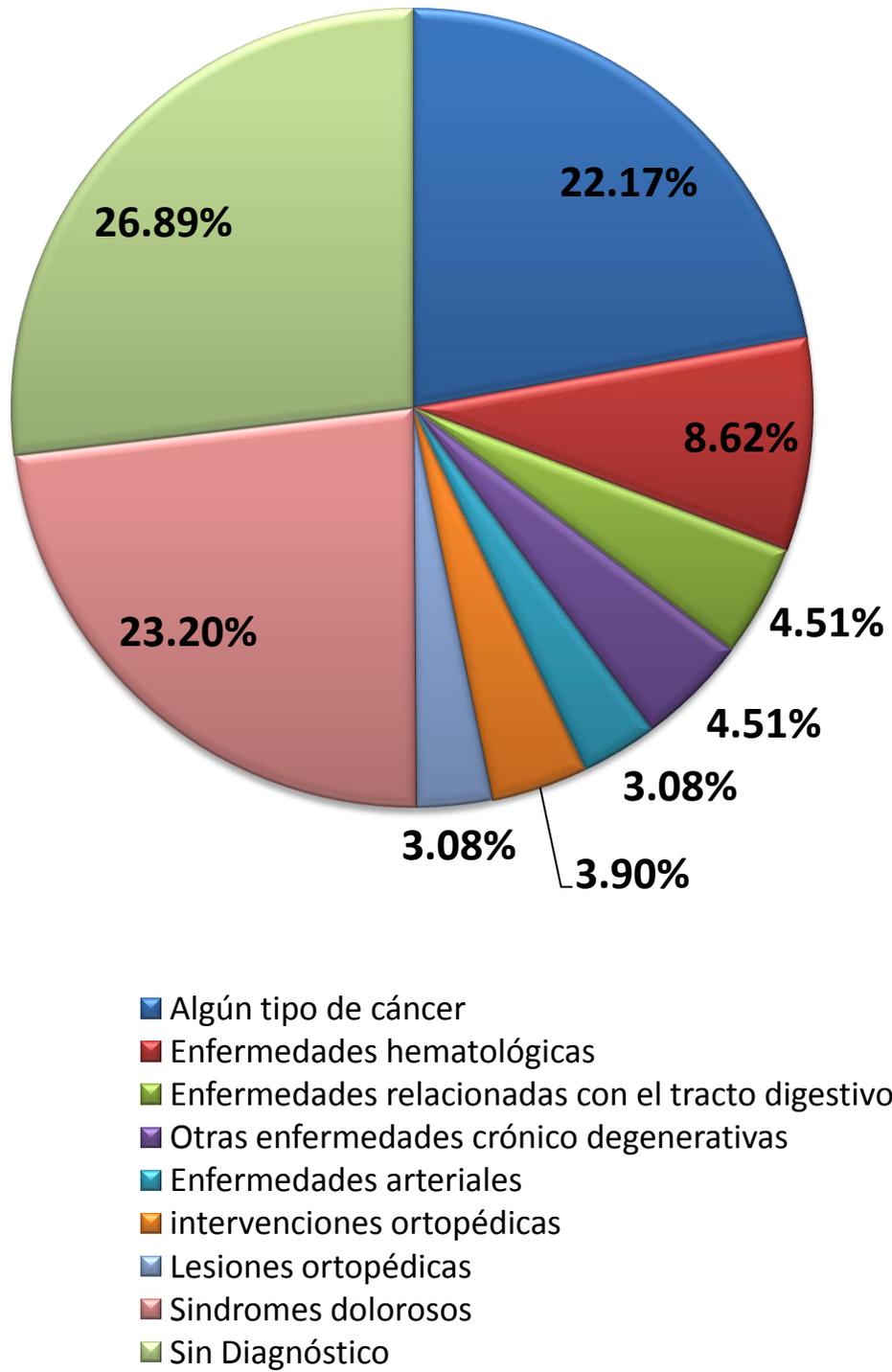


Figura 5. Diagnóstico médico de los pacientes atendidos

Como problemática psicológica principal, bajo los criterios nosológicos del DSM-IV, se encuentra que el 18.88% de los pacientes atendidos padecen Síntomas de depresión (Tabla 6), dicha sintomatología tenía origen o se mantenía debido a la estancia hospitalaria (primera vez, o larga estancia), comunicación de malas noticias, pérdida de autonomía, cambios conductuales y/o sociales debidos al avance de la enfermedad, entre otras. Cabe mencionar que se retoman síntomas de depresión y de ansiedad ya que los pacientes no cumplían con todos los criterios nosológicos del DSM IV para diagnosticar un trastorno.

Tabla 6
Problemas psicológicos de los pacientes atendidos

Diagnóstico	%
Síntomas de depresión	18.60%
Síntomas de ansiedad	18.00%
Reacción de estrés aguda	17.60%
Sin trastorno psicológico aparente	15.80%
Trastorno adaptativo con síntomas de depresión	11.40%
Distimia	4.80%
Sintomatología mixta	3.40%
Aplazado	2.80%
Incumplimiento terapéutico	1.60%
Trastorno adaptativo mixto	1.60%
Problemas relacionados con el grupo de apoyo	1.20%
Trastorno de ansiedad	1.00%
Episodio depresivo	0.80%
Factor psicológico que afecta estado físico	0.40%
No valorable debido a condición médica	0.40%
Insomnio primario	0.20%
Problemas en la interacción médico – paciente	0.20%
Trastorno por dolor	0.20%
TOTAL	100%

En relación con las modalidades de intervención psicológica (Tabla 7) se llevaron a cabo mayoritariamente de tipo individual, siendo el de tipo grupal con menor frecuencia, es importante señalar que esta modalidad se llevaba a cabo cuando se realizaban juntas familiares en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos para promover apoyo social de los familiares hacia los pacientes que estaban en situación de abandono.

Tabla 7
Modalidades de Intervención Psicológica

Modalidad de Intervención	N
Individual	348
Familiar	149
Individual y familiar	33
Grupal	3

La clase de intervención psicológica que se proporcionó a los pacientes con mayor frecuencia es la entrevista inicial con un 33.95% (Figura 6).

Por último, la técnica empleada principalmente en las intervenciones psicológicas fue psicoeducación con el 23.88% de ocurrencia (Tabla 8), esto se debe a que la mayoría de los pacientes desconocía: la relación bidireccional que existe entre la enfermedad y su salud mental; información relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico; la labor del médico conductual y de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos; entre otras situaciones.

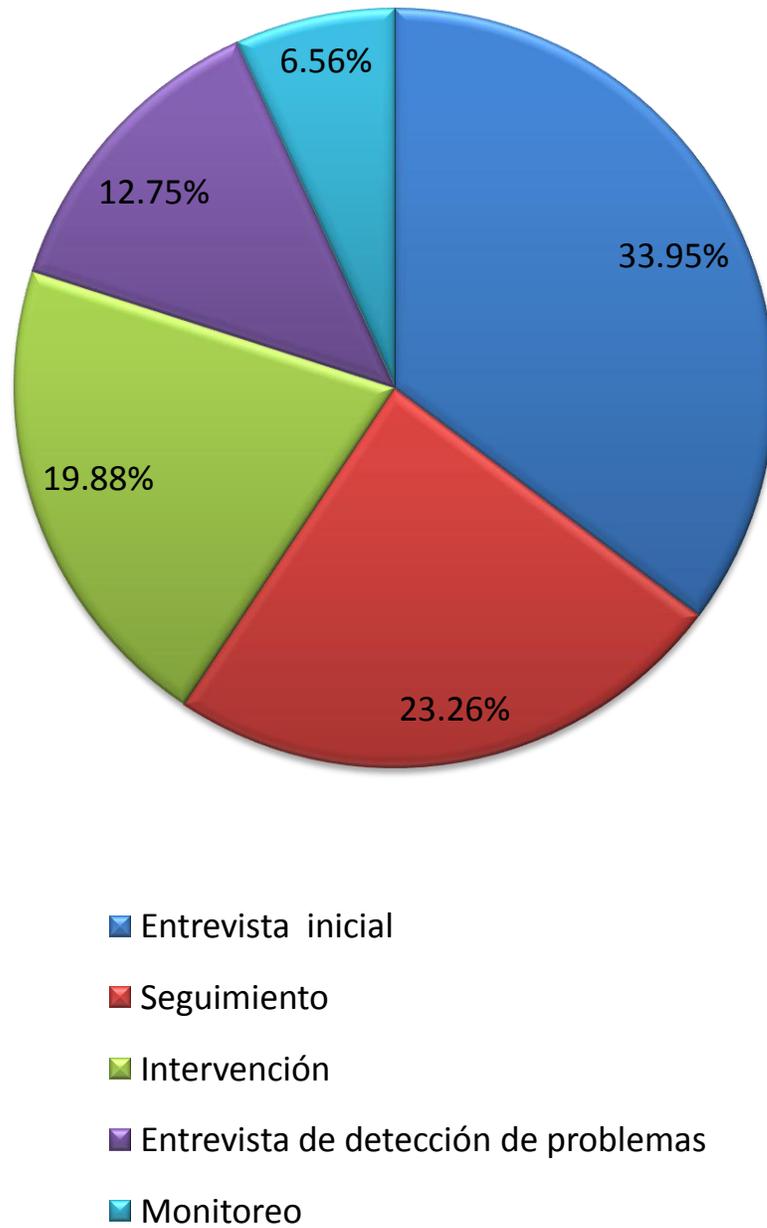


Figura 6. Clase de Intervención Psicológica

Tabla 8

Técnicas de intervención psicológica frecuentemente utilizadas

TÉCNICA EMPLEADA	<i>f</i>	%	TÉCNICA EMPLEADA	<i>f</i>	%
Psicoeducación	244	23.92%	Autoinstrucciones	21	2.05%
Entrevista	141	13.82%	Autocontrol	13	1.27%
Entrenamiento en Solución de problemas	93	9.11%	Imaginería Guiada	11	1.07%
Información	90	8.82%	Autoverbalizaciones	10	0.98%
Establecimiento de componentes de relación	73	7.15%	Orientación	10	0.98%
Respiración diafragmática	72	7.05%	Entrenamiento en manejo de contingencias	10	0.98%
Respiración pasiva	56	5.49%	Distracción Instrumental	5	0.49%
Elementos de activación conductual	50	4.90%	Relajación Autógena	5	0.49%
Terapia Racional-Emotiva o Terapia cognitiva	47	4.60%	Entrenamiento en relajación muscular progresiva	5	0.49%
Distracción cognitiva	39	3.82%	Primeros auxilios psicológicos	1	0.09%
Entrenamiento en Habilidades Asertivas o Sociales	24	2.35%			
			Total:	988	100 %

Las estadísticas presentadas confirman que en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México es necesaria la labor del residente de Medicina Conductual como parte del equipo multidisciplinario de dicha clínica, ya que la intervención psicológica apoya tanto a los pacientes como a sus familiares en el proceso salud-enfermedad para facilitar la adaptación a su nuevo estilo de vida conllevando una mejor adherencia al tratamiento médico y en el estado de anímico tanto en casa como en estancia intrahospitalaria.

3.2 Casos clínicos

Se presentan tres casos clínicos 1) Paciente masculino de 44 años de edad con diagnóstico médico de Discitis L5-S1, Hernia discal L5-S1 y Lumbalgia, con diagnóstico psicológico de Trastorno adaptativo mixto, agudo. 2) Paciente masculino de 12 años de edad con diagnóstico médico de Meduloblastoma, con diagnóstico psicológico de Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica, agudo, y 3) Paciente femenino de 26 años de edad, cuidadora primaria con diagnóstico psicológico de Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido (Ver Anexo 1, 2 y 3 respectivamente).

3.3 Otras actividades

Durante el mes de Mayo de 2017 en conjunto con R2 de Medicina Conductual de Clínica del Dolor se organizó el 3er. Curso de cuidadores de pacientes crónicos, participando con la ponencia “¿Cómo soluciono mis problemas?” y en el mes de Junio

de 2018 en conjunto con R1 de Medicina Conductual de Clínica del Dolor se organizó el 4to. Curso de cuidadores de pacientes crónicos, participando con la ponencia “¿Cómo soluciono mis problemas? ¿Cómo puedo hablar de la muerte con mi paciente y familiares?”; ambos llevados a cabo en las instalaciones del HJM.

Asistencia al VI Congreso Estudiantil y Primer Congreso Internacional de Investigación en Psicología del 19 al 21 de septiembre de 2017 celebrado en La Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. En dicho coloquio se presenta un cartel titulado “Medicina Conductual aplicada en el área de Dolor y Cuidados Paliativos”.

Durante abril y mayo de 2018 en conjunto con R1 de Medicina Conductual de Clínica del Dolor se organizó e impartió el “Taller de Habilidades Sociales y Comunicación de Malas Noticias” para residentes médicos de la Clínica del Dolor y rotante médico de Anestesiología.

Asistencia al VIII Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud ALAPSA 2018, del 14 al 18 de mayo de 2018 celebrado en La Habana Cuba. En dicho congreso se presentan dos ponencias en formato simposio, los trabajos llevan por título 1) Terapia Cognitivo Conductual en un caso de lumbalgia y 2) Medicina Conductual aplicada en el área de Hematología, Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México.

Asistencia al 1er Coloquio de Medicina Conductual: 20 años de experiencia del 13 al 15 de junio de 2018 celebrado en La Facultad de Estudios Superiores Iztacala. En dicho coloquio se presenta la ponencia “Efecto de una intervención cognitivo-conductual para la adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en un grupo de pacientes con dolor crónico”.

4. Evaluación final

4.1 Evaluación del Servicio

Durante el periodo de residencia en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Juárez de México, las actividades que realizó el residente de Medicina Conductual el primer bimestre se vieron un tanto entorpecidas por el servicio de enfermería, sin embargo, posteriormente se acordaron las actividades y el cómo se podría unificar y proporcionar atención a los pacientes de la Clínica así como de otros servicios tratantes.

El apoyo recibido por el R2 de Medicina Conductual resultó muy importante, ya que fue el encargado en proporcionar información respecto a: a) la dinámica de trabajo de la Clínica, b) la labor como residente al tener pacientes atendidos por otros psicólogos tanto de Medicina Conductual como de Salud Mental, c) procedimientos intervencionistas médicos, d) enfermedades principales atendidas en la Clínica, y e) diagnósticos diferenciales. Además, el R2 compartió experiencias y consejos tanto de evaluación como de tratamiento para realizar intervenciones psicológicas de calidad; asimismo impartió reglas de convivencia con el personal médico, de enfermería y administrativo del Hospital.

Es importante señalar que el equipo médico considera una valoración y tratamiento biopsicosocial para el paciente debido a que se tiene un enfoque interdisciplinario, por lo tanto se considera al médico conductual como parte esencial de éste para asegurar la atención integral del paciente con dolor y/o en cuidados paliativos; es por esta razón que el residente pudo realizar intervenciones en diferentes áreas de

atención como: hospitalización, consulta externa, juntas familiares, y en procedimientos médico-invasivos realizados en la Clínica y en Imagenología.

Debido a las características de los pacientes atendidos por la clínica no solo se otorgó atención psicológica a pacientes y sus familiares (tanto en Consulta Externa como en Hospitalización) sino también anualmente se realizan intervenciones breves con los residentes médicos de la Clínica, además se proporciona un Taller de Habilidades Sociales y Comunicación de Malas Noticias al personal de enfermería y médico de la Clínica.

Ante dudas médicas específicas de los pacientes, el equipo médico colaboró de forma activa con el residente de Medicina Conductual en el proceso de psicoeducación necesaria para que el paciente disminuyera su incertidumbre sobre la enfermedad y tratamientos médicos.

La demanda hacia el médico conductual no sólo era de los pacientes sino también por parte del equipo médico y administrativo de los servicios de Clínica del Dolor, Anestesiología, Otorrinolaringología y UTIP; por lo tanto se puede considerar que la labor del médico conductual puede ampliar su campo de acción y modificar percepciones respecto a la labor del psicólogo tradicional.

El servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos al ser un servicio interconsultante, le permitió al residente intervenir con pacientes de todas las etapas de la vida, diversos diagnósticos médicos, condiciones sociales y culturales; lo cual promovió la adquisición de habilidades de comunicación y de resolución de problemas.

Una limitante del servicio es la relación que lleva con el servicio de Oncología debido a que en este servicio se implementó un programa de Cuidados Paliativos, este hecho ha provocado confusión entre diversas áreas médicas ya que ambos servicios tienen la misma misión sin embargo, no trabajan con los mismos valores ni objetivos. Por lo tanto, un área de oportunidad es definir la labor y los pacientes que serán atendidos en cada servicio.

Cabe señalar que las clases médicas en algunas ocasiones se extienden en tiempo y no permite la realización de actividades propias del servicio de Medicina Conductual, por lo tanto se recomienda que para las nuevas generaciones se establezca un horario de actividades académicas dentro de la Clínica del Dolor.

Se puede concluir que el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos proporciona al residente ser parte activa del equipo interdisciplinario para ofrecer atención integral tanto a los pacientes como a sus cuidadores. En actividades académicas, las clases médicas y el estar presente en consultas de primera vez y subsecuentes, dota al residente con información necesaria de farmacología, anatomía, del proceso salud-enfermedad, etc. que da bases al residente para poder proporcionar información o psicoeducación al paciente, además de poder estimar el tiempo en el que se puede intervenir psicológicamente con pacientes que estén en Cuidados Paliativos, mediante escalas que evalúan funcionalidad tales como Karnofsky o Barthel; síntomas físicos y psicológicos; y observación clínica.

4.2 Actividades diarias y académicas

Las intervenciones psicológicas se llevaban a cabo en los consultorios de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, en hospitalización, en pasillos, en salas de espera, en el cubículo de Medicina Conductual y en la biblioteca del Hospital.

Se sugiere la gestión de espacios acondicionados para la atención de interconsultas, ya que en los consultorios de la Clínica del Dolor no pueden entrar pacientes que no sean atendidos por esta especialidad, aunado a la gran demanda de uso del cubículo de Medicina Conductual es complicado atender a estos pacientes, este problema fue resuelto llevando a los pacientes a la biblioteca del Hospital, sin embargo en este lugar no existen las condiciones básicas de entorno para su atención. Dicho lo anterior, se recomienda que el personal académico organice el uso de espacios para evitar el mal uso de ellos.

Para atender consultas subsecuentes de pacientes atendidos por la Clínica del Dolor en consulta externa, se ocupaban los consultorios de dicha Clínica en un horario de 12:30 a 15:00 horas.

En cuanto a las actividades académicas realizadas dentro las instalaciones del Hospital Juárez de México: a) la clase médica proporciona información de primera voz de médicos expertos en la materia, esto permite al residente tener noción de la labor que tienen otras áreas médicas y administrativas del Hospital y así poder referir pacientes si es necesario; b) presentación de caso clínico es la actividad más enriquecedora del residente ya que es la integración de conocimiento teórico y empírico de todos los residentes de Medicina Conductual y Psiquiatría, lo cual fomenta retroalimentación

positiva para cada caso; por último, c) la sesión bibliográfica promueve la implementación de intervenciones y evaluaciones psicológicas adecuadas a cada paciente dependiendo la enfermedad de base. Dicho lo anterior, estas actividades son necesarias para el desarrollo profesional del residente ya que se obtiene mayor información para estructurar y aplicar intervenciones efectivas con los pacientes.

4.3 Sistema de supervisión y tutoría

Respecto a la supervisión académica realizada por la Maestra Ana Leticia Becerra Gálvez, apoyaron al desarrollo de habilidades profesionales y personales del residente, se retomaron no sólo temas relacionados con la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos sino también relacionados con el servicio de Geriátrica, lo cual complementó el aprendizaje en cuanto a síndromes geriátricos y dolorosos, así como la intervención psicológica que puede emplearse en estas poblaciones, además permite que el residente tome decisiones informadas para realizar diagnósticos y proponer tratamientos que pueden llegar a ser multidisciplinarios.

La supervisión in situ realizada por el Doctor Ricardo Gallardo Contreras funge como complemento de la supervisión académica, ya que en casos difíciles para realizar diagnósticos psicológicos o para conocer farmacodinamia de los medicamentos psiquiátricos, el Doctor Gallardo apoya al residente a la toma de decisiones y propone métodos de intervención.

Por último, las tutorías llevadas a cabo por la Maestra Maetzin Ordaz Carrillo promueven el desarrollo de conocimientos teóricos y prácticos en metodología y

búsqueda de información en bases científicas para el diseño e implementación del protocolo de experiencia profesional, además dota al residente de habilidades de comunicación y le proporciona retroalimentación continua del avance obtenido en la estructura del protocolo.

Se considera que estas tres áreas son importantes en el desarrollo de habilidades del residente, ya que los tres encargados de cada área cuentan con conocimientos y experiencia en temas relacionados con el servicio de Clínica del Dolor y el actuar del Médico Conductual.

5. Competencias profesionales alcanzadas

La residencia de Medicina Conductual en el servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos representó distintos retos académicos, clínicos y personales, sin embargo se desarrollaron habilidades y competencias en el residente a continuación se detallan las más importantes.

En el aspecto académico destacan las siguientes habilidades: 1) investigar intervenciones cognitivo-conductuales antes de estructurar casos clínicos y el protocolo de investigación; 2) recabar información necesaria para la formulación de casos clínicos y la realización de notas en expedientes clínicos; 3) detección de necesidades básicas de los pacientes con dolor crónico para así poder implementar un curso que conllevo la elaboración de material psicoeducativo y su validación por jueces; y 4) búsqueda de información relacionada con síndromes dolorosos, tratamientos médicos tradicionales e intervencionistas y tratamientos alternativos para el control de síntomas.

En el aspecto clínico las habilidades alcanzadas fueron: 1) evaluar de manera rápida y eficaz a pacientes de distintos rangos de edad y con diferentes características sociodemográficas; 2) realizar diagnósticos basados en el DSM-IV TR y DSM 5, y en excesos y déficit de la conducta; 3) diseñar intervenciones cognitivo-conductual acorde a las características y necesidades de cada paciente, retomando elementos como la empatía, escucha activa y el derecho de autonomía del paciente; 4) diferenciar rasgos de personalidad, simulación y ganancia secundaria; y 5) comunicar malas noticias a pacientes y cuidadores primarios.

En el aspecto personal las principales habilidades alcanzadas son: 1) organizar actividades intrahospitalarias y académicas; 2) comunicación asertiva con el personal médico, de enfermería y administrativo del Hospital Juárez de México; 3) control de emociones ante pacientes y personal médico, además de la tolerancia a la frustración ante cambios y pérdidas; y 4) autocrítica tanto académico como profesional.

Cabe mencionar que esta serie de habilidades y aprendizajes fueron alcanzados por el apoyo y retroalimentación entre compañeros y maestros de la residencia, así como del personal médico, de enfermería y administrativo del Hospital Juárez de México, por lo tanto, también se adquirió la habilidad de trabajar en un equipo multidisciplinario.

6. Conclusiones finales y sugerencias

La residencia en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos permitió que el residente adquiriera y desarrollara habilidades necesarias para el ámbito laboral, ya que el

conocimiento teórico-práctico es esencial para proporcionar atención e intervenciones psicológicas efectivas.

Como se puede observar en los datos de productividad, la intervención que tiene mayor impacto en pacientes con dolor y/o en cuidados paliativos fue psicoeducación: en su enfermedad, diagnóstico y pronóstico, modificaciones o limitantes conductuales producto de la enfermedad y/o tratamientos médicos, adherencia terapéutica y el modelo cognitivo-conductual con el que interviene el médico conductual. Para potenciar ésta y el resto de las técnicas descritas en la Tabla 9, se considera pertinente la integración de técnicas basadas en terapias como Aceptación y Compromiso, Mindfulness y Terapia Analítico- Funcional ya que pueden ser complementos o ser conceptualizadas como terapias de primera línea para implementarse en pacientes con dolor crónico y con familiares cuyos pacientes se encuentren en fase terminal.

Durante la residencia, el residente cambió su percepción respecto al concepto calidad de vida y de muerte, respecto a pacientes que están en cuidados paliativos o etapa terminal, y sobre todo en la importancia de prevenir enfermedades crónico-degenerativas. Dicho lo anterior se recomienda que se realicen talleres que promuevan la prevención primaria y no tanto hacia la intervención.

Respecto al apoyo académico es importante destacar que siempre que se requería información para la atención oportuna de un paciente, tanto personal médico como supervisores y compañeros de Medicina Conductual proporcionaban al residente material impreso y/o consejos para realizar una evaluación e intervención concisa. Sin embargo se consideran dos áreas de oportunidad para mejorar la residencia, 1) la

supervisión académica retome temas generales para homogeneizar la información que existe entre residentes sin descuidar las particularidades de cada servicio, ya que parece que cada supervisor retoma temas de manera distinta y esto genera confusión entre residentes y 2) el horario de la sesión bibliográfica se modifique, ya que interrumpe el pase de visita de la mayoría de los servicios.

La labor del médico conductual es imprescindible en el ámbito hospitalario para intervenir con pacientes, cuidadores y personal de la salud y administrativo, por lo tanto se sugiere que se realice mayor promoción de las actividades realizadas en la Maestría tanto en el Hospital Juárez de México como en otras Instituciones.

Finalmente, Medicina Conductual representa una residencia en la cual se dotará al alumno de herramientas, habilidades y conocimiento teórico-práctico para la evaluación, diseño de intervenciones y seguimiento adecuados a las características propias del paciente y de su contexto; que permitirán una formación profesional amplia y fructífera.

Parte 2: Protocolo de investigación: Adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social en un grupo de pacientes con dolor crónico

En este apartado se abordan generalidades sobre dolor crónico, apoyo social y cómo estas dos variables pueden modificar aspectos psicológicos; se retoman intervenciones cognitivo-conductuales para la adquisición de estrategias de búsqueda de apoyo social que sean replicables en pacientes con dolor crónico; y se describe el protocolo de investigación realizado por el residente de Medicina Conductual.

La investigación conlleva el proceso de elaboración y validación del material psicoeducativo que se empleó durante el Curso “Ampliando mis redes de Apoyo Social” impartido con pacientes con dolor crónico, cuyo objetivo es evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual para mejorar el apoyo social, en cuanto a tamaño y funcionalidad de la red.

Este curso se implementó debido a que los pacientes con dolor crónico están en contacto con diversos estresores y esto puede disminuir el nivel de apoyo social percibido, y por ende aumentar el riesgo de aparición de trastornos psicológicos tales como ansiedad y depresión, por lo tanto se ve la necesidad de diseñar e implementar un Curso que amplíe las redes sociales de esta población para aumentar el nivel de apoyo social percibido que está positivamente relacionado con los niveles de salud y bienestar teniendo como consecuencia una mejor adaptación durante el curso de enfermedades crónicas (Castro, Campero & Hernández, 1997; Pérez-García, Oliván & Bower, 2013).

2.1 Dolor Crónico

El dolor al ser una experiencia sensorial, es un síntoma subjetivo y es difícil encontrar una definición exacta, sin embargo la más representativa es la proporcionada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP por sus siglas en inglés) donde dolor se define como “una experiencia sensorial desagradable asociada con una lesión hística¹ real o potencial, o que se describe como ocasionada por dicha lesión o cuya presencia es revelada por manifestaciones visibles y/o audibles de la conducta” (IASP, 2009). Es importante señalar que el dolor es un problema que concierne a personas de cualquier edad sin importar el sexo, edad, creencias y estado socioeconómico (Covarrubias-Gómez & Guevara-López, 2006).

En México, el dolor crónico es considerado un problema de salud pública, debido a que produce pérdidas económicas, laborales y sociales (Gordillo, Ramírez, Solís, Bautista y Kassian, 2004), no obstante se carece de estudios epidemiológicos actuales que documenten el impacto del dolor crónico en la población mexicana. Sin embargo, en el 2003 se realizó una estimación de la población afectada por dolor crónico, y se sugirió que este problema de salud afectaba del 25 al 29% de la población total, es decir, en ese entonces México contaba con 105 millones de habitantes, por lo tanto, 28.5 millones de habitantes padecía de dolor cónico (Harstall & Ospina, 2003, en Covarrubias-Gómez, *et al.*, 2010).

¹ Lesión hística: Daño corporal sufrido por un golpe o enfermedad.

2.1.1 Clasificación de dolor

La clasificación del dolor se puede hacer tomando en cuenta su patogenia, duración, localización, duración, curso, intensidad, factores pronóstico de control de dolor y según la farmacología (Puebla, 2005). A continuación se retomarán las clasificaciones más representativas (Figura 7):

- Según su patogenia:

1) Nociceptivo, involucra experiencias sensoriales, emocionales y cognitivas no placenteras causadas por un daño tisular² y un componente afectivo o reactivo (sufrimiento asociado al dolor) que se pueden manifestar por ciertas respuestas fisiológicas, autonómicas y conductuales, y la integración de estos componentes resulta la percepción final del dolor referida por el paciente (Covarrubias-Gómez, Guevara-López, Gutiérrez-Salmerón, Betancourt-Sandoval & Córdova-Domínguez, 2010; Neira & Ortega, 2008).

2) Neuropático, es producido por la estimulación directa del sistema nervioso central o por la lesión de vías nerviosas periféricas, las sensaciones principales de este tipo de dolor son de tipo punzante, quemante, ardoroso, corriente eléctrico y frío, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia (Puebla, 2005).

3) Psicógeno, este tipo de dolor no se debe a una estimulación nociceptiva o a una alteración neuronal, es decir, tiene una causa psíquica por ejemplo por depresión y/o

² Daño tisular: Daño relacionado a los tejidos.

hipocondría, o se puede tratar de la intensificación desproporcionada de un dolor orgánico que se debe a factores psicológicos (Del Arco, 2015).

- De acuerdo a su localización:

Se divide en dolor somático y en dolor visceral, el primero se refiere a la presencia de dolor a nivel de receptores en piel, tejidos blandos, músculo esquelético y huesos; el dolor visceral, refiere a la presencia de dolor a nivel de los receptores que se encuentran en los órganos internos (Pabón-Henao, Pineda-Saavedra y Cañas-Mejía, 2015)

- En función del momento de aparición y de la duración del dolor:

1) Dolor agudo, que es la respuesta normal, predecible y apropiada a un proceso de estímulo o enfermedad nociva que amenaza o produce lesión tisular, y que disminuye después de que se elimina el estímulo o se cura la lesión, este dolor es de inicio repentino de forma paralela a la causa que lo produce y de duración limitada (menor a seis meses).

2) Dolor crónico, éste persiste (episódica o recurrente) más tiempo del normal para la curación de la lesión tisular (Covarrubias-Gómez, *et al.*, 2010). Se mantiene el dolor por más de uno o seis meses, este tiempo depende de la regeneración particular de la lesión, por ejemplo con dolor no oncológico se considera dolor crónico a los seis meses, en dolor oncológico se considera dolor crónico desde antes del primer mes; este período de tiempo está determinado por la experiencia médica común, es decir, por tiempo estimado necesario para que la inflamación disminuya, o para la reparación de tejidos (Merskey & Bogduk, 2002).

- De acuerdo al curso se puede dividir en:

1) Continuo, que se caracteriza por ser persistente a lo largo del día con intensidades variables, y 2) Irruptivo, a lo largo del día hay exacerbación aguda y transitoria del dolor, de rápida aparición, corta duración y de intensidad que puede ser moderada o severa; el dolor incidental es el más representativo de esta categoría y se caracteriza por inducir dolor irruptivo al realizar algún movimiento (Puebla, 2005; Escobar, et. al., 2013).

- Puebla (2005) menciona que la clasificación del dolor según la intensidad se divide en:

1) Leve, con este nivel se puede realizar actividades habituales, 2) Moderado, este nivel de dolor interfiere con las actividades habituales y requiere de tratamiento con opioides menores, y 3) Severo, en este nivel el dolor interfiere con el descanso y las actividades diarias por lo tanto, requiere de tratamientos con opioides mayores.

- Factores pronóstico de control de dolor:

El control del dolor puede ser fácil o difícil dependiendo el tratamiento analgésico, sin embargo, por lo general se aplica la escala Edmonton Staging System para pronosticar el dolor de difícil control, el cuál consta de 10 escalas analógicas visuales que exploran 9 síntomas: dolor, astenia, anorexia, náuseas, ansiedad, depresión, bienestar general, somnolencia y disnea; además se agrega una opción abierta para que el paciente, familiar o médico tratante añada otro síntoma en caso de ser necesario (Nabal, Pascual y Llombart, 2006). Los resultados pueden dividirse en:

Estadio I (Buen pronóstico): Dolor visceral, óseo o de partes blandas. Dolor no irruptivo. No existencia de distrés emocional. Escala lenta de opioides. No antecedentes de enolismo y/o adicción a drogas.

Estadio II (Mal pronóstico): Dolor neuropático, mixto o de causa desconocida. Dolor irruptivo. Existencia de distrés emocional. Incremento rápido de la dosis de opioides. Antecedentes de enolismo y/o adicción a drogas.

- Puebla (2005) menciona tres grupos para diferenciar la farmacología del dolor:

1) Responde bien a los opiáceos: dolores viscerales y somáticos. 2) Parcialmente sensible a los opiáceos: dolor óseo y el dolor por compresión de nervios periféricos. 3) Escasamente sensible a opiáceos: dolor por espasmo de la musculatura estriada y el dolor por infiltración-destrucción de nervios periféricos.

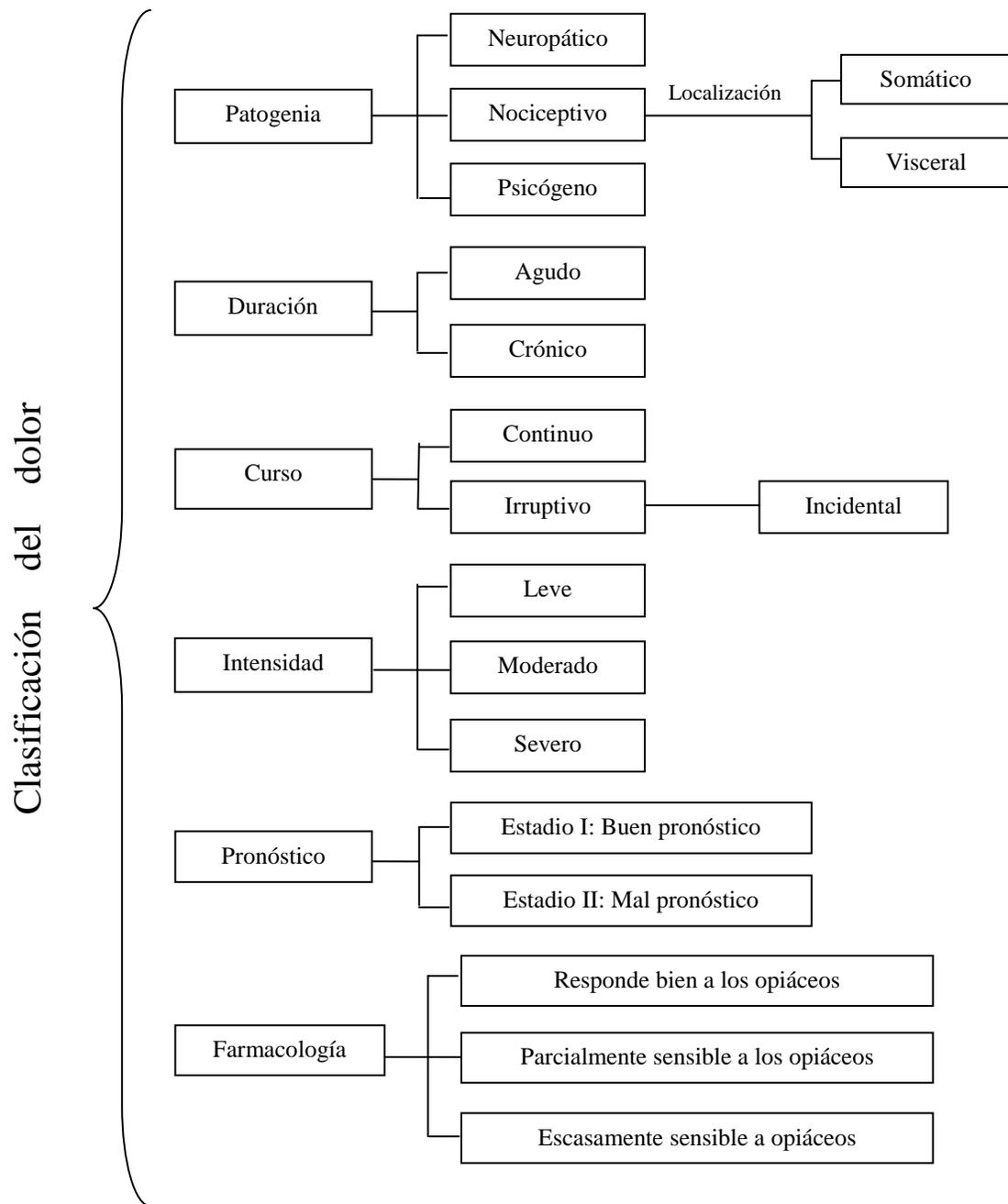


Figura 7. Clasificación de dolor. Elaboración propia.

2.1.2 Evaluación del dolor

El dolor es uno de los síntomas más importantes y prevalentes que integran la estructura general de la mayoría de las enfermedades, altamente valorado desde la semiología clínica por los profesionales de la salud (Finkel, 2005).

La historia clínica es necesaria para obtener datos importantes relacionados con el dolor para elaborar un plan de tratamiento efectivo, Cid y colaboradores (2014) mencionan que las preguntas que se formulan en esta entrevista deben seguir una estructura organizada, donde los apartados son: 1) Dolencia principal, 2) Historia de la dolencia principal (cómo inició, ubicación espacial, evolución, factores activadores, tratamiento actual y valoración del dolor), 3) Antecedentes personales, 4) Revisión de sistemas (dolor en cada sistema, salud general y toxicomanías), 5) Antecedentes familiares y 6) Historia laboral y social, incluyendo los efectos sociales del dolor. Para recabar esta información, el médico realiza una valoración acompañada de cuestionarios y escalas tanto médicas como psicológicas para valorar el dolor desde un enfoque biopsicosocial.

Serrano-Atero y colaboradores (2002) mencionan que una de las principales valoraciones del dolor es por medio de la medición subjetiva, existen diversos métodos psicofísicos para evaluar rangos de dolor y pueden ser medidas en tres categorías: 1) Métodos unidimensionales, que valoran únicamente la intensidad de dolor; 2) Métodos duales, que valoran la intensidad del dolor y la sensación de discomfort asociada, y 3) Métodos multidimensionales, que valoran aspectos sensoriales y no sensoriales de la

experiencia dolorosa, incluyendo su intensidad, cualidad y aspectos emocionales. En la Tabla 9 se presentan los principales instrumentos de medición para la valoración de dolor, estos datos se basan en Serrano-Atero y cols. (2002) y Cid y cols. (2014).

Se deben retomar métodos fisiológicos para la evaluación complementaria del dolor, Ferrándiz y Catalá (2008) mencionan que las pruebas que pueden emplearse son: estudio de las respuestas psicofisiológicas del sistema nervioso autónomo, estudio de patrones electromiográficos, potenciales evocados, neurografía percutánea, reflejos nociceptivos de dolor, determinación de catecolaminas, cortisol y ADH, y determinación de parámetros respiratorios.

Tabla 9
Instrumentos de medición para cada método de evaluación de dolor

Métodos unidimensionales	Métodos duales	Métodos multidimensionales
Escala numérica. 0= Ausencia de dolor a 10= Dolor de Máxima Intensidad	Se pueden emplear Escala Visual Análoga y Descriptiva Verbal para valorar intensidad de dolor y discomfort	Cuestionario de Dolor de McGill: explora dolor y las esferas sensorial y afectiva
Escala Descriptiva Verbal. Elegir la categoría que más se ajuste a la intensidad actual del dolor, las categorías pueden ser: Ausencia de Dolor, Dolor Leve, Dolor Moderado y Dolor Intenso		Test de Lattinen: explora incapacidad producida por el dolor, frecuencia y cantidad de analgésicos, calidad de sueño e intensidad de dolor
Escala Visual Análoga. En una línea continua donde el extremo izquierdo indica Ausencia de Dolor y el extremo derecho indica Dolor insoportable, se debe colocar una X en el lugar que corresponda a lo largo de la línea		Cuestionario Breve del Dolor: Evalúa la intensidad e impacto del dolor y los efectos del tratamiento analgésico.

2.1.3 Tratamiento farmacológico y psicológico para dolor

Como tratamiento para controlar o aminorar el síndrome doloroso es necesario emplear fármacos que se pueden agrupar en cinco grupos de analgésicos, que a su vez la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó un método secuencial farmacológico llamado Escalera analgésica de la OMS, que utiliza un pequeño número de medicamentos con eficacia ampliamente demostrada y seguridad probada (Figura 8), a continuación se describirán los cinco grupos de tratamiento del dolor de acuerdo a Blanco (2004), en la Guía de Buena Práctica Clínica en Dolor y su Tratamiento:

1) Analgésicos no opioides, donde podemos encontrar los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) que son fármacos con propiedades analgésicas, antipiréticas, antiagregantes y antiinflamatorias. Las indicaciones principales son en dolor leve o moderado de tipo nociceptivo somático o visceral (primer escalón de la OMS).

2) Analgésicos opioides (débiles y potentes), son compuestos naturales o sintéticos que se fijan a receptores específicos en el sistema nervioso central y producen analgesia, se pueden clasificar en agonistas puros (morfina, fentanilo, metadona, meperidina, codeína y tramadol), agonistas parciales (buprenorfina), mixtos (pentazocina) y en antagonistas (naloxona y naltrexona). Se indican cuando el dolor es de intensidad moderada a severa. Atendiendo su uso según la intensidad del dolor se clasifica en opioides débiles (codeína, dihidrocodeína, dextropropoxifeno y tramadol, indicados para dolor leve-moderado) situados en el segundo escalón de la OMS, y en

opioides potentes (morfina, buprenorfina, fentanilo y metadona, indicados para dolor moderado-intenso o muy intenso) situados en el tercer escalón de la OMS (Figura 8).

3) Coanalgésicos y coadyuvantes, son medicamentos que se utilizan para el alivio del dolor solos o asociados con analgésicos y son empleados con mayor frecuencia para el tratamiento de dolor neuropático. Se pueden dividir en antidepresivos (amitriptilina y venlafaxina) y en anticonvulsivantes (carbamacepina y gabapentina) también utilizado para neuropatía diabética y neuralgia postherpética. Los fármacos coadyudantes tratan síntomas que acompañan al dolor, como el insomnio, la ansiedad y la depresión, se utilizan antidepresivos, corticoides, benzodiacepinas, neurolépticos, bifosfonatos, lidocaína tópica y capsaicina.

4) Triptanes y ergóticos, son agonistas de los receptores de serotonina, tienen como efectos farmacológicos vasoconstricción craneal, inhibición neuronal periférica e inhibición de la liberación de neuropéptidos y de la inflamación neurogénica en el complejo trigeminocervical, sin embargo es mayormente empleado ante cefaleas y migraña. En administración oral se encuentran: sumatriptán, almotriptán, eletriptán, frovatriptán, naratriptán, rizatriptán, zolmitriptán (Barceló y Cots, 2003).

5) Anestésicos locales, actúan mediante un bloqueo reversible de la conducción por las fibras nerviosas. La OMS (2004) menciona que son ampliamente utilizados en odontología, intervenciones breves y superficiales, intervenciones obstétricas, y en técnicas especializadas de anestesia regional que requieren habilidades muy perfeccionadas. Se pueden emplear mediante distintas técnicas: infiltración local

(lidocaína), anestesia superficial (lidocaína y tetracaína), bloqueo regional (lidocaína y bupivacaína) y anestesia espinal (lidocaína y bupivacaína).

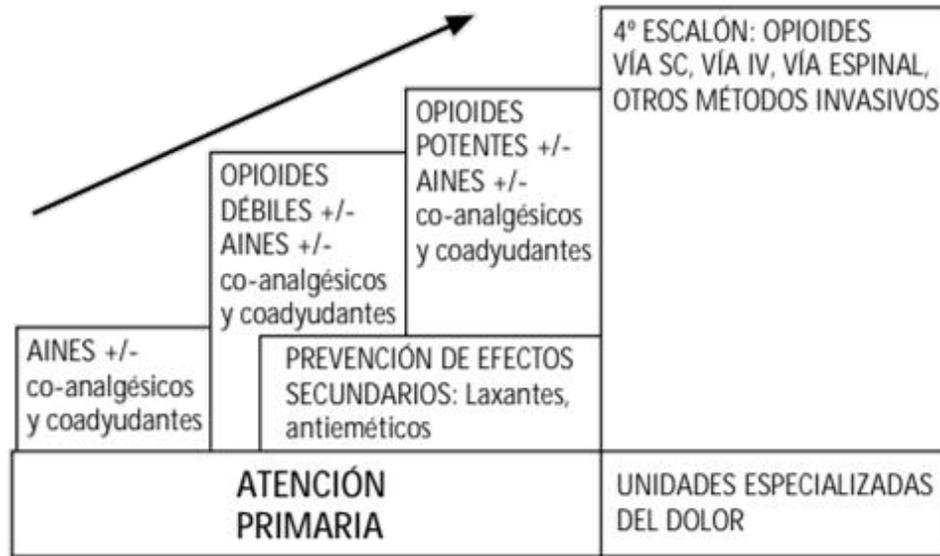


Figura 8. Escalera analgésica de la OMS. . Recuperada de Zech, Grond, Lynch y Lehmann, 1995..

Como se ha mencionado previamente, la evaluación y tratamiento del dolor, se retoma el modelo biopsicosocial en el que además de atender el factor biológico se incluyen factores psicológicos y sociales para la comprensión de la enfermedad médica de una persona, este modelo conlleva un enfoque multidisciplinario el cual trata de aminorar el sufrimiento asociado, la mejoría del dolor, la reducción de la incapacidad funcional y la reincorporación laboral del paciente (Collado, Torres, Arias, Ruiz-López y Muñoz-Gómez, 2004). Los profesionales de la salud que forman parte de este equipo multidisciplinario son médicos especialistas en dolor, psicólogos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales y cualquier otro tipo de

profesional de la salud que pueda contribuir al diagnóstico y tratamiento de los pacientes (De Andrés, 2005).

Vallejo (2005) menciona que los factores psicológicos son responsables de la ocurrencia y/o continuidad de un síndrome de dolor crónico, es decir, el impacto que el padecimiento del síndrome doloroso tiene sobre la persona y su entorno social, puede contribuir a su agravamiento e incapacitar aún más a quien lo padece. El tratamiento psicológico se enfoca en facilitar estrategias de afrontamiento o adaptación y convivencia al dolor, además apoya a fortalecer los tratamientos médicos y a su rehabilitación.

Van-der Hofstadt y Quiles (2001), mencionan que hay tres aproximaciones psicológicas para estudiar y atender el problema de dolor y sus tres sistemas de respuesta (conducta motora externa, conducta cognitivo-verbal y conducta fisiológica): 1) Fisiológico, dirigidas a romper el circuito dolor-tensión-dolor y remplazarlo por una reacción incompatible con la situación de tensión mediante técnicas de autocontrol fisiológico (relajación y biofeedback). 2) Condicionamiento operante, se pretenden modificar las consecuencias positivas que obtiene el paciente con la conducta de dolor (como la atención de sus familiares) y resolver los problemas derivados del exceso de incapacidad y las expresiones de sufrimiento del sujeto (Extinción y refuerzo). 3) Cognitivo-conductual, considera la forma en que los pacientes construyen su mundo y atribuyen significado a sus eventos, por lo tanto, en el tratamiento se incluyen los aspectos afectivos y cognitivos de la experiencia dolorosa (inoculación al estrés).

Sin embargo, el tipo de terapia que ha demostrado ser más efectiva en el tratamiento para personas con dolor crónico es la Cognitivo-Conductual, que tiene como principales beneficios la reducción significativa del dolor, facilita una mejor y mayor calidad de vida, un menor tiempo de recuperación y utilización de medicamentos además de mejorar el estado de salud general (Linton y Nordin, 2006). De igual manera, Moix y Casado (2011) mencionan que ésta terapia tiene un efecto coadyuvante de los procedimientos médicos, ya que los pacientes tratados con técnicas médicas y psicológicas muestran mayor reducción del dolor, de la incapacidad y de los estados de ánimo negativos.

Los objetivos de la Terapia Cognitivo-Conductual se dirigen principalmente a reemplazar los esquemas desadaptativos de pensamientos y emociones que el paciente tiene respecto a su condición por unos más positivos (Ruvalcaba y Domínguez, 2009). Entre estos esquemas desadaptativos se encuentra que los pacientes con dolor crónico es que disminuye la percepción de autoeficacia y control de la enfermedad, en este punto las redes de apoyo social son de vital importancia, ya que protegen al paciente del estrés que llega a generar la enfermedad y le permite adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento (Vega y González, 2009). En el siguiente apartado se describen las características principales del apoyo social y su relación con la salud.

2.2 Apoyo Social

Desde una perspectiva sociológica, en 1951 Durkheim reportó la primera evidencia científica de la relación entre el apoyo social y las enfermedades, realizó un

estudio sobre suicidio en el cual el autor resalta que es más frecuente entre personas con unos lazos sociales frágiles y escasos, a su vez, el autor identificó cómo la existencia de dos fuentes de apoyo social -el matrimonio y la pertenencia a grupos religiosos- reducen la incidencia de suicidios y la realización de conductas autodestructivas que a su vez influyen positivamente en la adquisición de comportamientos adaptativos (Díaz, 2014; Landete & Breva, 2000).

Landete y Breva (2000) mencionan que a mediados de los años setenta, Cassel y Cobb consideraron la importancia de las relaciones interpersonales como moduladoras entre los eventos estresantes y sus consecuencias nocivas. Por una parte, Cassel tras sus investigaciones concluye que el mejor modo de prevenir un gran número de enfermedades reside en el fortalecimiento de las redes sociales y no en la reducción de la exposición a sucesos estresantes; y Cobb además de estudiar la relación entre apoyo social y estrés, señala que estudiar apoyo social permite conocer información referente a los sentimientos que tiene un individuo al saberse cuidado, querido, valorado y estimado, y de pertenecer a una red social recíproca.

2.2.1 Definición

Apoyo social al ser un concepto multidimensional tiene un gran número de definiciones que tratan de englobar sus diversos aspectos. A continuación se presentan algunas de las definiciones más representativas para este concepto:

Se puede definir como “las transacciones interpersonales de diferentes tipos: de interés o apoyo emocional, de ayuda o apoyo instrumental, de apoyo informacional

(información para resolver problemas) o de apoyo evaluativo (información para evaluar la propia actuación)” (House, 1981 en Díaz, 2014, p. 140).

Tardy (1985) menciona que para estudiar apoyo social deben distinguirse de manera descendente las siguientes dimensiones (Figura 9): dirección (provisto o recibido), la disposición (disponible o real), su forma de descripción (descrito o evaluado), su contenido (emocional, instrumental, informativo, valorativo/evaluativo), por último la red social (familia, amigos cercanos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad y profesionales).

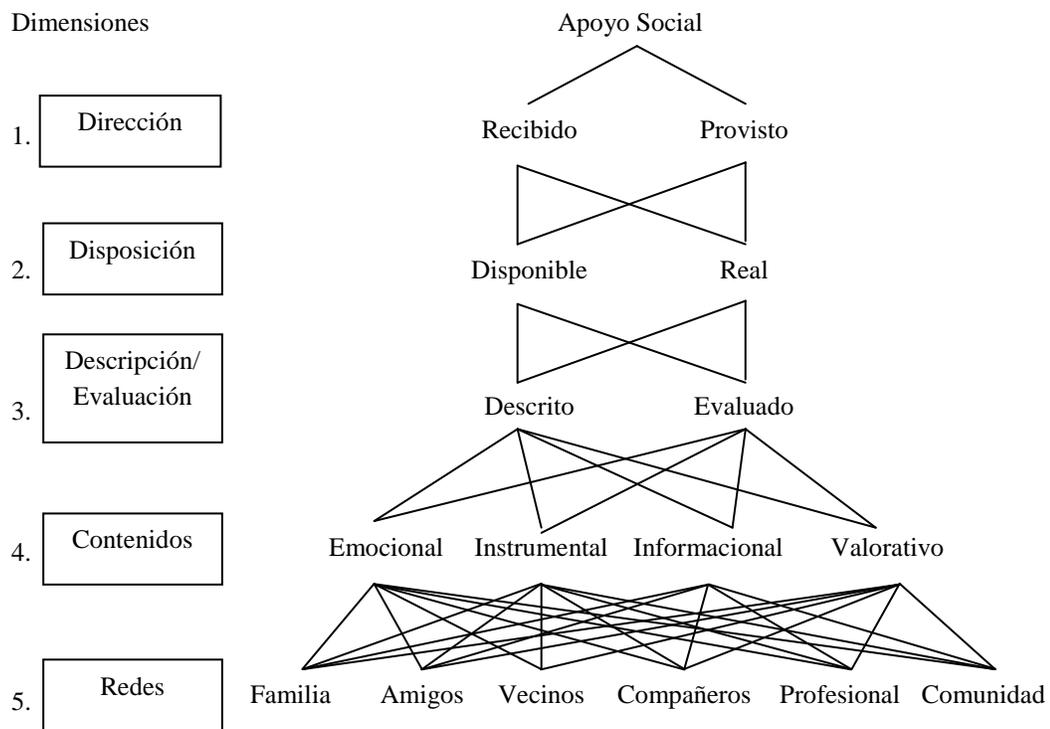


Figura 9. Dimensiones del Apoyo social. Recuperada de Tardy,1985.

Barrera (1986) refiere que la definición del concepto de apoyo social debe contemplar tres dimensiones: 1) *Grado de inclusión social*, se refiere a las conexiones

que los individuos tienen con otras personas significativas en sus entornos sociales, 2) *Apoyo social percibido*, se refiere a la evaluación cognitiva de los individuos respecto a la disposición del apoyo social, y 3) *Apoyo social provisto*, al igual que Tardy (1985), Barrera menciona que son acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado.

Pérez-García y Sanjuán (2003, citado en Díaz, 2014, p.140) mencionan que el apoyo social consiste en obtener recursos materiales, cognitivos o afectivos, por medio de la interacción con fuentes o redes de apoyo tales como la familia, amistades y otras redes sociales cercanas, que permitan la disminución de la percepción de amenaza de una situación, el aumento en el enfrentamiento ante situaciones estresantes y la reducción de consecuencias negativas sobre la salud de los incidentes estresantes.

Por lo tanto, el apoyo social incluye tanto la estructura de la vida social del individuo (por ejemplo, pertenencia a grupos, existencia de vínculos familiares) como las funciones de apoyo social más explícitas (por ejemplo, instrumental, financiero, informativo, evaluativo o emocional), por otra parte, la estructura o cantidad de apoyo social se define como el número de personas etiquetadas por el individuo como parte de su red social (Pérez-García, Oliván & Bover, 2013), que en relaciones sociales puede referirse en términos de integración social o de aislamiento, este último puede ocurrir en relaciones familiares, por ejemplo, algunas situaciones -divorcio, viudez o envejecimiento- parecen disminuir el acceso tanto a las relaciones familiares como a las interpersonales (House,1987), creando un desajuste en las funciones de apoyo social que a continuación se describirán.

Las funciones de apoyo social pueden ser tanto materiales como simbólicos y se pueden proveer o recibir de personas cercanas o por algún otro miembro de la comunidad. Entonces, el apoyo social opera en tres niveles: 1) Cognitivo, se brinda información, orientación o consejos para corregir concepciones erróneas y clarificar dudas, que a su vez implica el mejoramiento de la adaptación al contexto en el que se encuentra la persona, y se podría añadir el apoyo a la evaluación o evaluativo, se relaciona con la ayuda en la toma de decisiones, la retroalimentación adecuada o ayuda a decidir qué curso de acción tomar (Tardy, 1985); 2) Afectivo, se proporciona a la persona ánimo y afecto positivo continuado ante sus preocupaciones, miedos o conflictos sociales; este apoyo emocional fomenta el bienestar afectivo y genera una sensación de sentirse querido, lo que ayuda a aumentar la seguridad, que a su vez incide positivamente en la salud; 3) Conductual, donde se brinda apoyo instrumental o material para ofrecer estrategias concretas para la resolución de problemas prácticos y cotidianos, ayuda a disminuir la sobrecarga de tareas y puede consistir en otorgar ayuda en especie, económica, para movilizarse o en cuestiones laborales (Berkman, Glass, Brissette & Seeman, 2000; Díaz, 2014; Mancilla, Meyer, Pérez & Vegas, 1993 en García, 2009).

En el apoyo social se identifican dos dimensiones, la objetiva (apoyo real recibido) y la subjetiva (apoyo percibido), por una parte, el apoyo social recibido es objetivo y cuantitativo, se refiere a los recursos, provisiones o transacciones reales a los que la persona puede acudir en caso de necesitarlos (e.g. si alguien te acompaña a tu cita médica), por tanto se centra en la disponibilidad del apoyo para un momento dado. Por otra parte, el apoyo social percibido es subjetivo y cualitativo, se centra en la percepción de la disponibilidad del apoyo, es decir es la ayuda con la que cree contar (e.g. cuando

crees que nadie te apoya), el cual tiene un componente afectivo y otro cognitivo evaluativo (Caplan, 1974, en García, 2009; Díaz, 2014). En la Figura 10 se muestra un diagrama para sintetizar la estructura, funciones y dimensiones basadas en Berkman y cols. (2000), Díaz (2014) y Mancilla y cols. (1993, en García 2009), antes mencionadas que constituyen al apoyo social.

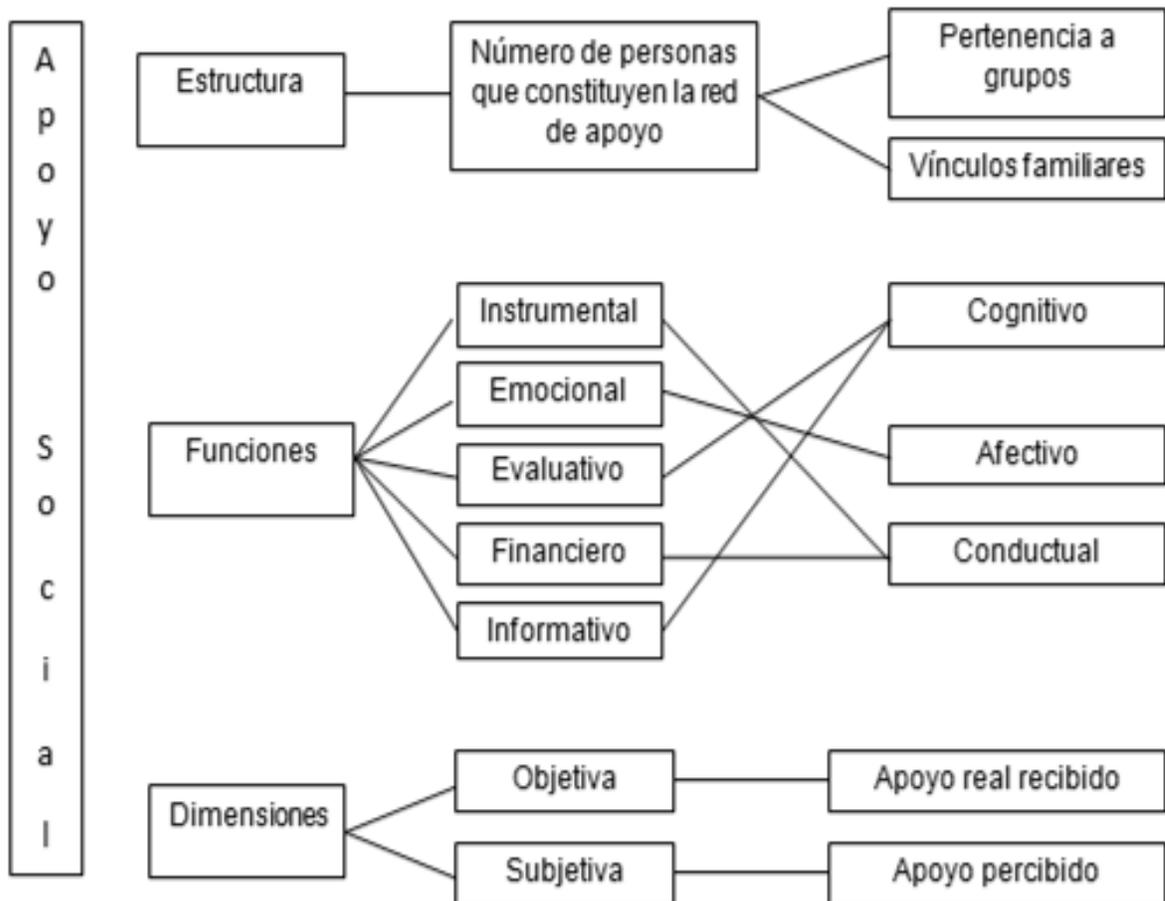


Figura 10. Estructura, funciones y dimensiones del apoyo social. Elaboración propia.

El apoyo social percibido visto como un factor psicosocial involucra la disponibilidad percibida y la cantidad de lazos de apoyo, donde no importa el número de personas que conforman la red social o el número de contactos que están establecidos en

ésta sino que es la percepción subjetiva del individuo respecto a la adecuación del apoyo proporcionado por la red social (familia, amistades y otros individuos del entorno) en caso de llegar a necesitar de ella (Barrera, 1986; Rodríguez-Fernández, Ramos-Díaz, Fernández-Zabala & Revuelta, 2016). Por lo tanto, la calidad o el apoyo funcional percibido ha sido conceptualizado como la evaluación subjetiva entre la cantidad y el tipo de apoyo necesario y la cantidad y tipo de apoyo disponible, o la percepción de que el apoyo estaría disponible si fuera necesario (Lett *et al.*, 2005, en Pérez García, Oliván & Bover, 2013).

2.2.2 Apoyo Social percibido y Salud

El apoyo social es un factor de protección para los individuos, positivamente relacionado con la satisfacción con la vida, y en especial, el apoyo social positivamente percibido se asocia con los niveles de salud y bienestar resultando una alta satisfacción en la vida durante el curso de enfermedades crónicas (Castro, Campero & Hernández, 1997; Pérez-García, Oliván & Bower, 2013), es decir, el apoyo social percibido es una variable que posee la capacidad de mejorar el bienestar subjetivo (Rodríguez-Fernández, *et al.*, 2016). A continuación se describirán meta-análisis y estudios que se han hecho para evaluar la relación entre apoyo social percibido y la salud.

Barrera (1986) realizó una revisión bibliográfica del concepto de apoyo social para determinar qué conceptos de apoyo social muestran relaciones positivas o negativas con el estrés y la angustia (distrés) de la vida, en esta revisión las medidas de apoyo social percibido muestran relaciones negativas con la angustia, tensión y estrés, es decir,

cuando aumentan algunas de estas sensaciones el apoyo social percibido disminuye (se deteriora) y esto puede provocar malestar psicológico, el autor señala que en algunos estudios se mostraron relaciones recíprocas entre el apoyo social percibido, el estrés y la sintomatología propia de la enfermedad o de trastornos psicológicos.

Prati y Pietrantonio (2010b) realizaron un meta-análisis de 37 estudios empíricos del papel del apoyo social recibido y percibido en la promoción de la salud mental, los resultados mostraron que el tamaño del efecto (r) del apoyo social percibido ($r = 0,31$) fue significativamente mayor que el tamaño del efecto del apoyo social recibido ($r = 0,22$), es decir, el apoyo social percibido es más potente que el recibido a la hora de proteger la salud mental (por ejemplo, ansiedad y depresión).

Roca y Riccardi (2014) realizaron un estudio en pacientes hospitalizados con depresión, como resultados de esta investigación los autores mencionan que la familia como red de apoyo social primaria, puede jugar un rol decisivo en el restablecimiento u optimización de la salud de la persona en particular de su salud mental, tratándose de severos cuadros psicopatológicos como la depresión. Dichos autores concluyen que el apoyo social percibido no resultó un buen predictor de la evolución clínica del paciente deprimido hospitalizado, no obstante, los autores apuntan que estos resultados pueden ser causados porque no hubo una indagación cualitativa que brindará mayor comprensión de los datos obtenidos.

Rodríguez-Fernández y cols. (2016) realizaron una investigación en población adolescente y se confirmaron asociaciones directas del ajuste psicológico con el apoyo familiar y de los pares (por ejemplo, compañeros de la escuela), asimismo reconocen

que el apoyo social percibido es un factor psicosocial asociado al bienestar en la adolescencia, entendido como la percepción subjetiva del adolescente respecto a la adecuación del apoyo proporcionado por su red social (familia, amistades y otros individuos del entorno), que con elementos de interacción evoluciona en gran medida a lo largo de la adolescencia.

Berkman, Glass, Brissette y Seeman (2000) consideran el apoyo social un estilo de enfrentamiento, ya que los esfuerzos por buscar apoyo, considerarse parte de una red de apoyo y hacer uso de ésta, involucran estrategias de enfrentamiento centradas en el problema y centradas en la emoción. Apoyando esta tesis, Amaya y Carrillo (2015) plantean que el apoyo social percibido se relaciona ampliamente con un enfrentamiento eficaz y adaptación a la enfermedad, y que es más importante la percepción que la persona tiene del adecuado apoyo social que el soporte que realmente recibe; dichas autoras identificaron los elementos determinantes en la alta percepción de apoyo social en pacientes con dolor crónico no maligno, estos fueron: acompañamiento y retroalimentación, saber que pueden contar con alguien, disposición de escucha, intereses comunes, aceptación, orientación, diálogo, comprensión, motivación por el autocuidado, distracción y preocupación; estos elementos minimizan los efectos negativos propios de la enfermedad y aumentan la satisfacción respecto a si mismo.

Berkman y Glass (2000) identificaron cuatro procesos para explicar cómo las redes sociales influyen en los resultados de salud, estos son: 1) La influencia social, es decir, la noción de que nuestros comportamientos son influenciados y regulados por otros en la que destaca principalmente el matrimonio; 2) El compromiso social, que se

refiere a la participación en las actividades sociales a través de las relaciones sociales, la participación a su vez que define y refuerza los roles sociales de una persona, su identidad, su significado y su sentido de pertenencia; 3) El intercambio de apoyo social, es la transferencia y/o el intercambio de apoyo emocional, informativo e instrumental; y 4) El acceso a los recursos materiales, es decir, es la capacidad de acceder a más oportunidades, en virtud de sus conexiones sociales (Ikeda & Kawachi, 2010).

En 2010, Ikeda y Kawachi realizaron una revisión sistemática de las pruebas epidemiológicas que vinculan las redes sociales con los resultados seleccionados de la salud, retomando revisiones de estudios prospectivos de cohortes que examinan los parámetros de mortalidad por todas las causas, supervivencia de la enfermedad cardiovascular y cáncer, y mantenimiento de la función cognitiva, a continuación de desglosa cada parámetro.

Mortalidad por todas las causas: la evidencia sugiere que las redes sociales están relacionadas con el riesgo de mortalidad por todas las causas, esto significa que personas con el nivel bajo de conexión social probablemente exista duplicación de la mortalidad por todas las causas en comparación con las que tienen el nivel más alto de integración social, sin embargo Ikeda y Kawachi (2010) mencionan que esta afirmación es robusta en lo que se refiere al control de variables de confusión, como la morbilidad y/o toxicomanías coexistentes.

Supervivencia en pacientes con enfermedad cardiovascular: se ha demostrado un efecto protector de las redes sociales sobre la incidencia de enfermedad coronaria, donde las redes sociales más fuertes se asociaron con menor incidencia tanto de accidente

cerebrovascular como de enfermedad coronaria fatal. Asimismo se sugiere un mejor pronóstico después de la enfermedad cardiovascular establecida entre individuos más socialmente integrados.

Supervivencia en pacientes con Cáncer: se han observado riesgos elevados de incidencia de cáncer y mortalidad en mujeres socialmente aisladas; hay un alto riesgo de mortalidad particularmente para los cánceres relacionados con el tabaco en mujeres socialmente aisladas. Sin embargo Ikeda y Kawachi (2010) mencionan que la mortalidad por cáncer puede no ser el punto final óptimo para probar la influencia potencial de las redes sociales debido a que los cánceres tienen diferentes niveles de pronóstico, características del tumor y modalidades de tratamiento, además de la comorbilidad propia del paciente. Sin embargo hay evidencia de que los individuos casados tienen mejor supervivencia después del diagnóstico de cáncer en comparación con los no casados, esta premisa se ha obtenido en pacientes con cáncer de mama (Osborne et al, 2005; Waxler-Morrison et al, 1991), cáncer de vejiga (Gore et al, 2005), cáncer colorrectal (Villingshøj et al, 2006), y Melanoma (Reyes Ortiz et al, 2007).

Declinación cognitiva: se ha encontrado evidencia de un efecto protector de las redes sociales sobre el mantenimiento de la función cognitiva y la prevención del inicio de la demencia (Crooks et al, 2008; Fratiglioni et al, 2000), esto se puede deber al concepto de compromiso social, donde los lazos sociales desafían a la gente a participar en intercambios interpersonales, a practicar sus habilidades de comunicación y a movilizar el disparo de sinapsis de materia gris de manera regular, de tal manera que

promueva el mantenimiento de la función cognitiva con el envejecimiento (Berkman, 2000).

Por lo tanto, podemos concluir que tanto la red social (lazos sociales) como el apoyo social (aspectos funcionales) influyen en los resultados de salud ya que mejoran el pronóstico y recuperación de la enfermedad, favorece el cambio de hábitos de conducta hacia conductas más saludables y disminuye el sufrimiento en los pacientes (Díaz, 2014); además que fungen como amortiguadores del estrés, es decir, los recursos sociales protegen al individuo contra los efectos negativos del estrés (Cohen y Wills, 1985).

2.3 Terapia Cognitivo-Conductual y salud

El apoyo social puede modificarse mediante la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), la cual pretende entender el cómo piensa uno de sí mismo y del mundo que lo rodea y cómo las consecuencias de sus acciones afecta los pensamientos y sentimientos actuales de la persona. En el ámbito de salud, la TCC se dirige a reemplazar los esquemas desadaptativos de pensamientos y emociones que el paciente tiene respecto a su condición médica por unos más adaptativos.

La TCC interviene en la interpretación, evaluación y creencias sobre la condición de salud actual del paciente (Ruvalcaba & Domínguez, 2009), y en el caso de pacientes con dolor crónico se evalúan los repertorios de enfrentamiento que el individuo posee para controlar tanto el dolor como la incapacidad que este produce y que pueden afectar el grado de deterioro físico y emocional asociado a la condición dolorosa, si no son

adaptativos estos estilos de enfrentamiento el terapeuta lo dotará de estrategias para hacer frente a la situación y con esto contrarrestar el malestar.

Es importante señalar que la combinación de fármacos con la TCC resulta eficaz en los casos en los que coexisten niveles altos de ansiedad y dolor clínicamente significativo (Asmundson & Katz, 2009). El fin de ésta dupla es restaurar la funcionalidad del paciente y dar una mejor calidad de vida hasta donde el síndrome doloroso lo permita, sin embargo no se ofrece una curación total.

Otro aspecto que hay que tener en cuenta es que el apoyo social percibido por los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas está relacionado con resultados favorables respecto a su salud y por ende una tasa menor de mortalidad (Uchino, 2015).

Brand, Lakey y Berman (1995) realizaron un experimento en el cual participaron 51 personas, la intervención consistió en 13 sesiones semanales de 3 horas cada una. Las seis sesiones iniciales se centraron en el entrenamiento de habilidades sociales, incluyendo afirmaciones positivas a sí mismo y otros, estrategias de resolución de problemas, escucha activa, hacer y rechazar solicitudes, expresar el efecto negativo de manera apropiada y responder a las críticas. Las sesiones restantes se centraron en la reestructuración cognitiva incluyendo la identificación y corrección de las actitudes disfuncionales, auto-instrucciones, autoaceptación y reconceptualización de pensamientos negativos y sentimientos asociados con relaciones importantes en la vida de los participantes. En cada sesión se modelaba, entrenaba y ensayaba cada técnica. Como resultados del estudio se encontró que la intervención aumentó el apoyo social

percibido en la red de apoyo familiar, al igual que en la autoestima y la frecuencia de auto-refuerzo de los participantes.

Gudenkauf y cols. (2015) realizaron un estudio con pacientes con cáncer de mama, en el que se conceptualiza al apoyo social percibido como un recurso interpersonal para manejar el estrés. Realizaron una intervención cognitivo-conductual que consistía en la enseñanza de habilidades interpersonales, como identificar fuentes de apoyo dentro de la red de apoyo, habilidades de asertividad, expresión de emociones y manejo de la ira, con el fin de identificar, utilizar y mantener los recursos sociales para manejar el estrés. Como resultados obtuvieron que los participantes manifestaron sentirse más seguros de contar con redes de apoyo social en momentos de estrés.

Como se puede observar en los estudios anteriormente descritos, emplean entrenamiento en estrategias de solución de problemas, en habilidades sociales y comunicación asertiva para mejorar redes de apoyo, a continuación se describen éstas técnicas.

Solución de problemas se define como el proceso cognitivo-conductual autodirigido por el cual una persona identifica o descubre soluciones efectivas para los problemas específicos que se plantean en la vida cotidiana, además que aumenta la probabilidad de seleccionar la solución más eficaz entre las distintas alternativas (D'Zurilla & Goldfried, 1971, citado en D'Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares, 2004). Por lo tanto, el objetivo de la técnica de solución de problemas es reducir la psicopatología y mejorar el funcionamiento psicológico y de comportamiento para prevenir recaídas y el desarrollo de nuevos problemas clínicos, así como para maximizar la calidad de vida

(D’Zurilla & Nezu, 2010). Los pasos de la técnica son: 1) definición del problema: retomar el problema basado en hechos y no en suposiciones, reunir y organizar información con preguntas que incluyan quién, qué, cómo, etc.; 2) generación de alternativas bajo tres principios: aplazamiento de juicio, cantidad y variedad, tomando en cuenta que se pueden hacer combinaciones entre alternativas; 3) toma de decisiones con apoyo de un balance decisional, analizar ventajas y desventajas de cada alternativa de solución retomando posibles consecuencias a nivel económico, emocional, físico y social, para posteriormente ordenar de la más viable a la menos viable; y 4) implementar la solución y verificar los resultados obtenidos (D’Zurilla & Goldfried, 1971 , citado en D’Zurilla & Nezu, 2010).

La técnica de habilidades sociales implica el repertorio de habilidades interpersonales que aumentan la eficacia de un individuo en situaciones sociales, las habilidades sociales están representadas por las habilidades de asertividad, la capacidad de cooperación, habilidades de autocontrol, habilidades y responsabilidad (Lamont & Van Horn, 2013). Para fines de esta tesis solo se retomará la habilidad de comunicación asertiva, la cual se define como la capacidad de un individuo para transmitir a otra persona sus posturas, opiniones, creencias y sentimientos de una manera eficaz y sin sentirse incomodo; sin ser manipulado y sin manipular a los demás para la construcción de las relaciones sociales equitativas (Kelly, 2002; López, Pino & Domínguez, 2015).

Por lo tanto, las habilidades sociales tales como la asertividad permiten la interacción social, el comportamiento pro-social, y habilidades socio-cognitivas, esto implica la capacidad del paciente para regular la conducta de acuerdo con el contexto

social, para participar en las interacciones sociales y para usar la expresión verbal y no verbal adecuada. León y Medina (2013) mencionan que los pasos para entrenar habilidades sociales son el uso de instrucciones, modelado, ensayo y retroalimentación-reforzamiento (moldear y mantener la conducta adquirida), aunado a lo anterior, Kelly (2002) menciona que durante el entrenamiento hay que modular componentes del lenguaje verbal y no verbal tales como el contacto visual, afecto, volumen de voz, gestos, comprensión de lo que el otro dice o expresión del problema, desacuerdo verbal, petición de cambio de conducta o propuesta de solución y expresiones de sentimientos personales.

Además de estas técnicas, en esta tesis se propone que en el área cognitiva se puede emplear psicoeducación, que a partir del diagnóstico de las necesidades se proporciona información de manera precisa y oportuna al paciente y a sus familiares, El supuesto de esta técnica es que a mayor conocimiento de la situación actual del paciente y de sus implicaciones en la vida diaria, el individuo tendrá mayor control de decisión sobre su enfermedad y se potencian conductas adecuadas para mejorar la calidad de vida del paciente (Benassini, 2002), además contribuye al fortalecimiento de estilos de afrontamiento de la enfermedad de un modo más adaptativo y se generan acciones que favorecen la prevención y control de la enfermedad (Montiel y Guerra, 2016). Retomando este supuesto se considera importante emplearla para dar a conocer la relación entre su salud con el apoyo social, facilitar la búsqueda de apoyo social y promover habilidades de comunicación y solución de problemas. Es importante señalar que en otras investigaciones, como las previamente descritas, se retoma la importancia de educar a los participantes, sin embargo, no se especifica que información se otorgó o

que medios se emplearon para llevar a cabo el objetivo principal de la psicoeducación o si sólo se empleó información necesaria para cubrir las necesidades de la investigación. Es por este motivo que en esta tesis se retoman los objetivos de la psicoeducación.

2.4 Justificación

La elaboración de un curso para ampliar redes de apoyo social en pacientes con dolor crónico bajo el modelo de la Terapia Cognitivo-Conductual puede ser validado y demostrar su confiabilidad para posteriormente ser replicado en poblaciones similares o distintas.

El Hospital Juárez de México, cuenta con la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos con un enfoque multidisciplinario. Una situación característica de la Clínica es que los pacientes con dolor crónico atendidos están en contacto con diversos estresores médicos (diagnóstico, tratamiento y pronóstico) y personales (falta de recursos económicos, apoyo familiar, etcétera) por lo tanto es importante evaluar el nivel de apoyo social percibido ya que se ha demostrado que dicho apoyo minimiza la aparición de trastornos psicológicos tales como ansiedad y de depresión, además está positivamente relacionado con los niveles de salud y bienestar de los pacientes teniendo como consecuencia una mejor adaptación durante el curso de enfermedades crónicas (Castro, Campero & Hernández, 1997; Pérez-García, Oliván & Bower, 2013).

Esta investigación se realiza con el propósito de aportar conocimiento sobre la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales en modalidad de curso a un grupo de pacientes con dolor crónico, cuyos resultados de esta investigación podrá sistematizarse

en una propuesta para poder ser incorporada en el Curso Anual para cuidadores de pacientes crónicos llevado a cabo en el Hospital Juárez de México, ya que se estará demostrando que el uso de la TCC mejora la percepción de apoyo social, además que el dolor crónico es mediado por el apoyo social (Zeng, Sun, Yang & Fu, 2016).

2.5 Objetivos e Hipótesis

Objetivo general.

Evaluar el efecto de una intervención cognitivo-conductual para mejorar el apoyo social, en cuanto a tamaño y funcionalidad de la red, en pacientes con dolor crónico.

Objetivos específicos.

- a) Evaluar el apoyo social percibido en pacientes de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos.
- b) Implementar actividades psicoeducativas (manual de infografías y presentación) para proporcionar información a los participantes referente a la diferencia entre apoyo social recibido y apoyo social percibido y la relación con el estado de salud del paciente, así como de cada entrenamiento.
- c) Entrenar a los pacientes en habilidades sociales (comunicación verbal y no verbal).

- d) Entrenar a los pacientes en estrategias de comunicación asertiva para realizar y rechazar peticiones.
- e) Entrenar a los pacientes en estrategias de solución de problemas ante situaciones relacionadas con toma de decisión referente a su salud.
- f) Describir los efectos de la intervención con enfoque cognitivo-conductual de cada participante.

2.6 Método

2.6.1 Participantes

Participaron 11 pacientes con dolor crónico (6 mujeres y 5 hombres), con un rango de edad de 28 a 61 años ($M=45.9$), en la Figura 11 se presenta un diagrama de flujo de acuerdo a CONSORT 2010.

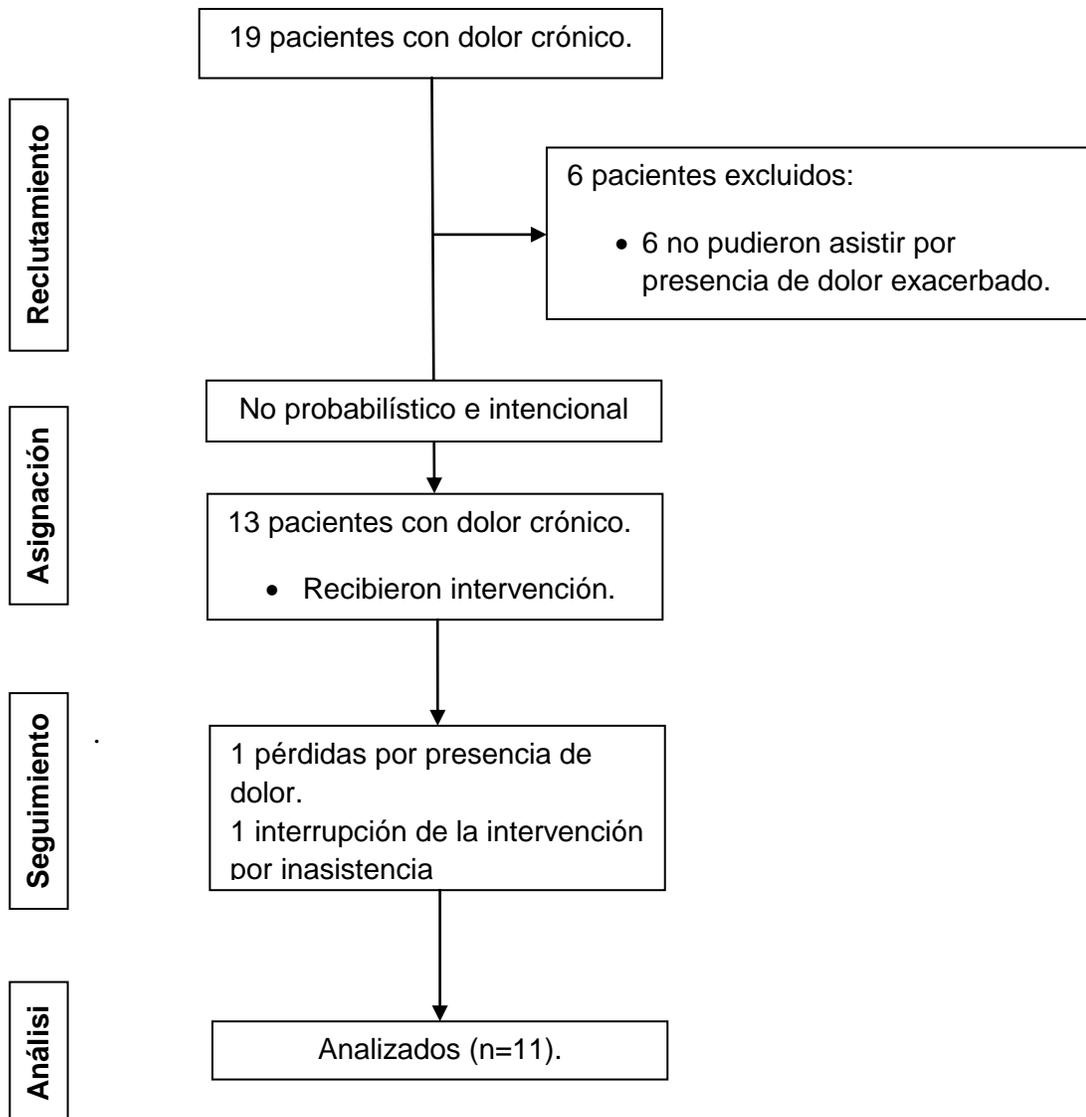


Figura 11. Diagrama de flujo

2.6.2 Criterios de inclusión

- a) Ser pacientes con dolor crónico.
- b) Pacientes mayores de 18 años de edad.
- c) Aceptar participar en el estudio y firmar consentimiento informado.

d) Concluir llenado de instrumentos de evaluación.

2.6.3 Criterios de exclusión

- a) Pacientes que sean atendidos por residentes de Medicina Conductual de otro servicio tratante.
- b) Pacientes con diagnóstico de dolor crónico menor a 6 meses.
- c) Pacientes que estén bajo tratamiento psiquiátrico.
- d) Pacientes con episodio de depresión mayor.

2.6.4 Criterios de eliminación

- a) Abandono del estudio en cualquiera de sus fases.
- b) No asistir por lo menos el 80% de las sesiones.

2.7 Diseño de la investigación y tipo de estudio

Es una investigación cuantitativa ya que se harán comparaciones entre las puntuaciones de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y Cuestionario MOS.

Es de tipo pre-experimental con pre-test y pos-test.

2.8 Escenario

El curso se llevo a cabo en un aula de las instalaciones del Edificio de Enseñanza del Hospital Juárez de México, con adecuada iluminación y ventilación.

2.9 Materiales

- a) A todos los participantes se les dio a firmar un consentimiento informado elaborado con base a los lineamientos de la Clínica del Dolor del Hospital Juárez de México.
- b) Manual de infografías (Ver Anexo 4) que se utilizó como material psicoeducativo para los temas de Red social y apoyo social, Influencia de la red social y apoyo social en la salud, Habilidades sociales, Estilos de comunicación y asertividad, y Solución de problemas. El manual se conforma de 6 infografías, ejercicios de repaso y un autorregistro diario de apoyo social percibido.
- c) Presentaciones para sesiones de intervención (Ver Anexo 5) se llevaron a cabo en formato Power Point 2007 para proporcionar a los participantes apoyo audiovisual de los temas por revisar en cada una de las 5 sesiones.

2.10 Variables

VD: Niveles de Apoyo Social Percibido.

Definición conceptual: Percepción que el individuo experimenta sobre la disponibilidad de apoyo social, es decir de los recursos del entorno otorgados por una red social, favorecedores del mantenimiento de las relaciones sociales, la adaptación y el bienestar del individuo (Suarez, 2011).

Definición operacional: puntuaciones en la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.

- Nivel Alto (5.1 - 7)
- Nivel Moderado (3 - 5)
- Nivel Bajo (1 - 2.9)

Definición operacional: puntuaciones en el Cuestionario MOS

- Apoyo emocional: Puntuación máxima 40, media 24 y mínima 8.
- Apoyo instrumental: Puntuación máxima 20, media 12 y mínima 4.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: Puntuación máxima 20, media 12 y mínima 4.
- Apoyo afectivo: Puntuación máxima 15, media 9 y mínima 3.
- Índice global: Máximo de apoyo social 95, un valor medio de 57 y un mínimo de 19.

VI: Intervención cognitivo-conductual.

Definición operacional: Entrenamiento en estrategias de solución de problemas y comunicación asertiva y el uso de psicoeducación.

2.11 Instrumentos

Para cuantificar el nivel de apoyo social percibido se aplicarán dos escalas:

- a) Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Anexo 6), que consta de 12 afirmaciones en las que se pide al participante describir cómo percibe apoyo por parte de familiares, amigos y otras personas importantes en su vida, las opciones de respuesta es de tipo Likert con cuatro puntos 1(Siempre) y 4 (Nunca).
- b) Cuestionario MOS (Anexo 7), consta de 20 ítems, el ítem número 1 hace referencia al tamaño de la red social y los 19 ítems restantes están referidos a cuatro dimensiones del apoyo social funcional: emocional/informacional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo. Las opciones de respuesta es de tipo Likert con cinco puntos 1(Siempre) y 5 (Nunca).

2.12 Cronograma de actividades

Fase 1: Construcción de materiales: se realizó un manual conformado por seis infografías con información referente a los siguientes temas: 1) Apoyo social, 2) Apoyo social y salud, 3) Habilidades sociales, 4) Tipos de comunicación, 5) Técnicas de asertividad y 6) Solución de problemas; posteriormente se establecieron criterios para su validación por jueces expertos, se consideró un acuerdo entre jueces por arriba de 80% para hacerlo válido y se definieron las siguientes características de evaluación para cada infografía: contenido, lenguaje, legible y diseño.

Para la validación por jueces expertos se realizaron dos juecesos debido al criterio de validación, los jueces eran Maestros en Psicología de la Salud, especialistas en Medicina Conductual (N=6), Doctora especialista en Dolor y Cuidados Paliativos (N=2) y Enfermera especialista en Dolor y Cuidados Paliativos (N=2); dichos jueces fueron

contactados por e-mail o de manera presencial para otorgar una invitación de participación, Cuando las infografías contaban con el criterio establecido para ser válidas, se realizó una validación de jueces no expertos, es decir se piloteo con pacientes con dolor crónico (N=10) quienes fueron contactados en consulta externa de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del HJM.

Se realizaron cartas descriptivas (Anexo 8) y presentaciones de Power Point como material audiovisual (Anexo 5) para las sesiones de intervención bajo supervisión de la Tutora Académica.

Fase 2: Reclutamiento: se llevo a cabo la propaganda del Curso por parte de Comunicación Social del Hospital Juárez de México (HJM), ofertándolo en redes sociales como Facebook, Twitter y la página web oficial del HJM, además se difundió por medio de carteles ubicados en zonas estratégicas del HJM y se otorgaron folletos a pacientes de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del HJM.

Fase 3: Evaluación inicial: se realizó entrevista inicial para el recabado de datos sociodemográficos de los participantes y el llenado de los instrumentos de evaluación (Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y Cuestionario MOS), la duración era de 15 minutos aproximadamente. Se solicitó firmar el consentimiento informado. Se les explicó el llenado del Registro Diario de Apoyo Social Percibido.

Fase 4: Intervención cognitivo-conductual: el entrenamiento conformado de cinco sesiones semanales de aproximadamente 2 horas de duración se llevó a cabo de forma grupal. A partir de la segunda sesión se realizó un repaso de la sesión anterior por parte de los participantes, además de revisar el Registro Diario de Apoyo Social

Percibido, además de comentar dudas o situaciones que pudieran obstaculizar las tareas semanales.

A continuación se resumirá el contenido de cada sesión y sus tareas semanales correspondientes:

- Sesión 1. Influencia de la red social y apoyo social en la salud. En esta sesión se realiza la aplicación de instrumentos de medición. El contenido psicoeducativo es referente a la definición y dimensiones del apoyo social y redes sociales; las consecuencias de tener o no apoyo social en distintos dominios incluyendo el proceso salud-enfermedad basada en evidencia empírica. Como tarea de refuerzo se deja observar durante la semana en curso qué tipo de apoyo social le proporcionan las personas que conforman su red social.
- Sesión 2. Habilidades sociales: Estilos de comunicación. El contenido de esta sesión es definir qué es el lenguaje y describir algunos propósitos de éste, retomando la importancia del lenguaje verbal y no verbal al momento de hacer o rechazar peticiones. Se introduce el tema de estilos de comunicación (definición). Como tarea se solicita al participante observar el estilo de comunicación empleado al hacer peticiones a su red social.
- Sesión 3. Estilos de comunicación y asertividad. Para dar continuidad en el tema de Estilos de comunicación se proporcionan ejemplos de la vida diaria para detectar el estilo empleado al realizar o rechazar peticiones o al comunicarse con sus familiares. Se definen y practican habilidades sociales y estrategias para comunicarse asertivamente (manejo de críticas, negociación y comunicación

positiva). Como tarea se deja practica el estilo de comunicación asertivo con familiares y detectar posibles obstáculos para ejercerla.

- Sesión 4. Solución de problemas. El contenido de la sesión incluyó la definición del constructo problema y en la definición y ejecución de la Técnica en Solución de Problemas propuesta por D’Zurilla, y Nezu (2010). Como tarea se dejo implementar la alternativa de solución elegida. Además repasar los temas antes vistos con apoyo en el cuadernillo de infografías, y anotar dudas o sugerencias.
- Sesión 5. Apoyo social proporcionado en el Hospital Juárez de México. Se define el apoyo proporcionado por el servicio de Trabajo social, Seguro Popular, Asociaciones Públicas, comedores comunitarios, donaciones y albergues. Se proporciona retroalimentación del Curso y se hace entrega de Constancias de participación.

Fase 5: Evaluación final: Al término de la intervención se aplicó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y Cuestionario MOS para valorar modificaciones producidas por la intervención. Se comentaron los cambios que detectaron tras la intervención y se dio retroalimentación de la intervención.

Fase 6: Análisis de datos y organización del reporte de intervención: Se realizó análisis no paramétrico. Se calculó T de Wilcoxon para comparar los resultados del pre-test con el pos-test.

En el siguiente apartado se describen los resultados obtenidos de los instrumentos de medición de apoyo social percibido (Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido y Cuestionario MOS) y se detallarán los resultados reportados por los

participantes en el cuadernillo de infografías (tipo de apoyo social percibido recibido y provisto, estilo de comunicación que los participantes utilizan al realizar peticiones y al comunicarse de manera en general, y un ejercicio de solución de problemas), también se retoman los datos obtenidos del Registro diario de apoyo social percibido que fueron realizados durante las cuatro semanas que constituyeron la intervención.

2.13 Resultados

El programa de intervención diseñado en formato de taller se llevo a cabo en un aula del Hospital Juárez de México en dos periodos: el primero fue del 5 de abril al 3 de mayo del 2018, y el segundo periodo fue de 1 al 29 de junio del 2018; ambos con cinco sesiones semanales con duración de dos horas.

Participaron 11 pacientes con dolor crónico, el 54% son mujeres, el rango de edad iba de los 28 a los 61 años ($M= 45.09$, $DE= 9.27$), el 72% reside en la Ciudad de México y el resto en el Estado de México, el 100% de los participantes cuentan con escolaridad básica, el 72% trabajan de manera independiente y el resto son amas de casa, el 72% vive con su familia nuclear, 18% viven solos y el resto vive con su familia extensa. En cuanto a características del síndrome doloroso el 27% padecen lumbalgia crónica, 18% padecen fibromialgia, 18% padecen neuropatía diabética, el resto padece hernia discal, neuralgia postherpética, osteoartritis y osteocondritis con un caso por cada uno; en cuanto al tiempo de evolución el 81% de los participantes ha padecido su enfermedad por menos de 10 años, el resto lo ha padecido por más de 10 años.

Cada participante realizó el llenado de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP), los datos principales que se obtuvieron en el pre-test son: en la EMASP, que más del 90% de los participantes puntuaron un nivel bajo de apoyo social percibido por parte de familiares y de otras personas importantes, mientras que el 100% de participantes señalaron que percibían un nivel bajo de apoyo social por parte de sus amigos. En la evaluación post-test de apoyo social percibido obtenido por familiares, amigos y otras personas importantes se retoman los siguientes hallazgos:

- Apoyo social percibido por parte de Familiares: el 54% de los participantes aumentaron su nivel de apoyo social percibido (Nivel Bajo a Nivel moderado), y el resto se mantuvieron en el nivel moderado.
- Apoyo social percibido por parte de Personas Importantes: el 63% de los participantes aumentaron su nivel de apoyo social percibido (Nivel Bajo a Nivel moderado), 27% se mantuvieron en el nivel bajo y el 10% se mantuvo en nivel moderado.
- Apoyo social percibido por parte de Amigos: 27% de los participantes aumentaron su nivel de apoyo social (Nivel Bajo a Nivel moderado) y 73% participantes se mantuvieron en el nivel bajo.

Los datos obtenidos de la EMASP se analizaron mediante la T de Wilcoxon para grupos relacionados, en la Tabla 10 se puede observar la existencia de diferencias significativas intragrupo entre medidas de pre-test y pos-test ($Z = -2.943$, $p < 0.05$).

Tabla 10

Puntaje pre-test y post-test de EMASP de los participantes

		EMASP*		
		Familia	Personas Importantes	Amigos
P1	Pre-test	2.00	1.50	1.00
	Post-test	2.00	2.00	2.00
P2	Pre-test	2.00	1.50	1.00
	Post-test	2.00	2.00	2.00
P3	Pre-test	2.75	3.25	1.75
	Post-test	3.75	4.00	2.00
P4	Pre-test	2.50	2.25	1.50
	Post-test	3.75	4.00	2.00
P5	Pre-test	2.50	2.50	2.00
	Post-test	3.75	3.75	3.00
P6	Pre-test	1.25	2.75	1.00
	Post-test	1.75	3.75	2.00
P7	Pre-test	2.00	2.50	2.00
	Post-test	4.00	3.75	1.25
P8	Pre-test	2.25	2.75	1.50
	Post-test	3.00	3.75	2.00
P9	Pre-test	2.25	1.00	1.00
	Post-test	3.00	2.00	1.75
P10	Pre-test	3.25	1.50	2.50
	Post-test	3.75	3.00	3.25
P11	Pre-test	1.50	2.50	2.50
	Post-test	2.25	3.25	4.00
Wilcoxon Z		-2.956	-3.192	-2.188
Wilcoxon Sig.		0.003	0.001	0.029

*Calificación de EMASP: Nivel Alto (5.1 - 7), Nivel Moderado (3 - 5) y Nivel Bajo (1 - 2.9).

Los participantes realizaron el llenado del Cuestionario MOS previo y posterior a la intervención, los datos principales que se obtuvieron en el pre-test son: el 54% de los participantes perciben que reciben el mínimo de apoyo instrumental y emocional, el 36% perciben recibir el mínimo de apoyo para relacionarse socialmente en actividades de ocio y distracción, por último 18% de los participantes perciben recibir el mínimo de apoyo afectivo.

En la evaluación post-test del número de integrantes de su red social y del tipo de apoyo social percibido, se retoman los siguientes hallazgos:

- Número de amigos cercanos: 45% de los participantes aumentaron su número de amigos cercanos, y el resto de participantes mantuvieron el mismo número de integrantes.
- Número de familiares cercanos: 63% de los participantes aumentaron su número de familiares cercanos, y el resto de participantes mantuvieron el mismo número de integrantes.
- Apoyo social de tipo emocional: 54% de los participantes aumentaron su nivel de apoyo social percibido de un nivel medio a máximo, 36% se mantuvieron en nivel máximo y 10% se mantuvo en nivel medio.
- Apoyo social de tipo instrumental: 36% de los participantes aumentaron su nivel de apoyo social percibido de un nivel medio a máximo, 36% se mantuvieron en nivel máximo y 28% se mantuvieron en nivel medio.
- Apoyo social de tipo afectivo: 63% de los participantes se mantuvieron en nivel máximo, 18% participantes aumentaron su nivel de apoyo social percibido de un nivel medio a máximo y el resto de participantes se mantuvieron en nivel medio.
- Apoyo social de para relaciones sociales de ocio y distracción: 54% de los participantes se mantuvieron en nivel máximo, 27% se mantuvieron en nivel medio y el resto de los participantes aumentaron su nivel de apoyo social percibido de un nivel medio a máximo.

Se calculó mediante la T de Wilcoxon para grupos relacionados la existencia de diferencias significativas intragrupo, en la Tabla 11 se puede observar que si existen cambios estadísticamente significativos ($Z = -2.941$, $p < 0.05$).

Tabla 11
Puntaje pre-test y post-test del Cuestionario MOS de los participantes

		Cuestionario MOS*					Relaciones sociales de ocio y distracción
		N° amigos cercanos	N° familiares cercanos	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Apoyo afectivo	
P1	Pre-test	1	5	14	8	6	8
	Post-test	1	5	26	12	9	12
P2	Pre-test	2	3	16	8	6	8
	Post-test	2	10	22	11	6	9
P3	Pre-test	0	15	31	17	14	15
	Post-test	1	20	36	20	15	19
P4	Pre-test	5	14	29	13	10	16
	Post-test	5	15	40	18	15	20
P5	Pre-test	3	3	24	10	9	10
	Post-test	3	4	36	16	14	14
P6	Pre-test	2	3	22	11	11	14
	Post-test	3	3	30	18	13	14
P7	Pre-test	0	3	29	15	11	16
	Post-test	0	4	40	20	15	20
P8	Pre-test	1	2	23	13	14	14
	Post-test	2	2	33	20	15	17
P9	Pre-test	1	2	28	8	13	17
	Post-test	3	3	33	13	14	18
P10	Pre-test	5	6	22	12	9	8
	Post-test	7	7	32	17	14	12
P11	Pre-test	4	2	20	8	10	12
	Post-test	4	2	26	10	11	17
Wilcoxon Z		--	--	-2.941	-2.952	-2.829	-2.871
Wilcoxon Sig.		--	--	0.003	0.003	0.005	0.004

* Calificación del Cuestionario MOS: Apoyo emocional: Puntuación máxima 40, media 24 y mínima 8, Apoyo instrumental: Puntuación máxima 20, media 12 y mínima 4, Apoyo afectivo: Puntuación máxima 15, media 9 y mínima 3, y Relaciones sociales de ocio y distracción: Puntuación máxima 20, media 12 y mínima 4.

La información relacionada con la percepción de la estructura de la red apoyo social obtenida del cuadernillo de infografías indica que el tipo de apoyo social económico, es el que la mayoría de los participantes percibía recibir previo a la intervención; y posterior a la intervención el de tipo evaluativo es el que la mayoría de los participantes percibe recibir, además que los participantes perciben mayor variedad en cuanto a su tipo (Tabla 12).

Tabla 12

Frecuencia del tipo de apoyo percibido de los participantes previo y posterior a la intervención

	Emocional	Instrumental	Económico	Informativo	Evaluativo
Pre-test	5	4	6	2	0
Post-test	9	8	4	5	11

En la Tabla 13 se muestran los dominios reportados como parte de la red de apoyo de los participantes, en el dominio Otras personal se incluye a la comunidad religiosa y vecinos. Como datos relevantes, se obtuvo que posterior a la intervención aumentó el número de participantes en percibir apoyo por parte del personal de salud, la mayoría de los participantes reportó que la familia nuclear es la principal en la integración de su red de apoyo social.

Tabla 13

Frecuencia de dominios que integran la red de apoyo de los participantes previo y posterior a la intervención

	Familia nuclear	Familia extensa	Amigos	Otras personas	Personal de salud	Sin cambios
Pre-test	9	4	5	4	1	--
Post-test	10	5	6	4	5	3

Como dato complementario a la Tabla 13, el tamaño de la red de los participantes: previo a la intervención, el número de integrantes oscilaban entre 1-12 por participante, posterior a la intervención tres participantes se mantuvieron con el mismo número y el resto de participantes aumento el número de integrantes de su red (1 a 6 personas).

Como características principales de la red de apoyo social en cuanto a proximidad, el 72% la perciben cercana y el resto de los participantes la perciben lejana; en cuanto a los lazos sociales el 63% los perciben como relaciones fuertes y el resto como débiles; por último, en cuanto a funcionalidad de la red, el 63% la percibe como funcional y el resto de los participantes la percibe poco funcional.

Los participantes reportaron algunos cambios que debía tener su red para mejorarla, el cambio reportado con mayor frecuencia fue Ampliar su red social, en cuanto a número y dominio (45% de los participantes), cuatro participantes perciben que no es necesario realizar algún cambio (3 perciben su red cercana, fuerte y funcional), otro cambio es el Mejoramiento de la comunicación con los miembros de su red de apoyo (18%), por último, el Crear lazos más fuertes con los integrantes de su red (10%). Como apoyo provisto, la mayoría de los participantes apoyan a los integrantes de su red social de tipo emocional y económico (81%), el 63% de los participantes otorgan apoyo instrumental, 18% otorgan apoyo de tipo evaluativo y el 10% de tipo informativo.

Retomando el objetivo específico de entrenar a los pacientes en habilidades sociales (comunicación verbal y no verbal), durante la intervención los participantes se mostraron atentos ya que no consideraban el lenguaje no verbal al realizar peticiones. Por otra parte, el estilo de comunicación, como datos relevantes se obtiene que al

realizar peticiones a sus cuidadores y familiares, el 63% de los participantes ha llegado a emplear un estilo pasivo, 45% un estilo agresivo y 27% un estilo asertivo, este estilo de comunicación varía según el estado de ánimo y a la persona a quien se le está pidiendo. Los participantes reportaron que para comunicarse de manera general (no realizando peticiones), el 54% utiliza un estilo pasivo, y los estilos agresivo y asertivo lo emplean 45% de los participantes en cada uno.

La mayoría de los participantes (72%) adquirieron las estrategias asertivas de negociación y aplazamiento asertivo, que probablemente implementarán al momento de realizar peticiones con sus familiares, la estrategia que se implementó con menor frecuencia fue autorrevelación con 4 participantes.

Retomando el objetivo específico de entrenar a los pacientes en estrategias de solución de problemas ante situaciones relacionadas con toma de decisión referente a su salud, el 36% de los participantes mencionan que el principal problema al que se enfrentan es el tener recursos económicos insuficientes para la compra de medicamentos y/o pago de estudios clínicos, el 27% necesitan apoyo en el mejoramiento de comunicación con sus familiares para delegar responsabilidades y/o obtener bienestar familiar, el 18% necesitan apoyo emocional y el resto de los participantes requieren apoyo instrumental para mejorar sintomatología de dolor y/o poder asistir a consultas médicas.

Como propuesta de solución de su principal problema a resolver, el 45% de los participantes mencionaron implementar al menos una de las estrategias de comunicación asertiva entrenada en la intervención, además, se observa que el 81% de los participantes fungen como agente activo de cambio ante la solución del problema, mientras que el

resto de ellos ocupan un lugar secundario en el cambio. En la Tabla 14 se puede observar tres ejemplos del ejercicio de solución de problemas que se llevo a cabo en la quinta sesión.

Tabla 14

Ejemplos del ejercicio de solución de problemas por cada participante

Participante 1	Problema principal al que se ha enfrentado: Económico (medicamentos, estudios y consulta)		
	Ejercicio de solución de problemas		
	Problema meta: Dinero insuficiente	Objetivo: Comprar tratamiento	Importancia: Por salud física y mental
	Tres alternativas de solución: 1) Venta de celular. 2) Pedir prestado. 3) Conseguir otro empleo		
	Probable solución a implementar: Venta de celular		
Participante 9	Problema principal al que se ha enfrentado: No tener tiempo para cuidarme físicamente		
	Ejercicio de solución de problemas		
	Problema meta: Hacer espacio para relajarme y hacer ejercicio	Objetivo: Disminuir dolor	Importancia: Podré hacer mis actividades diarias sin molestias
	Tres alternativas de solución: 1) Hacer un cronograma de actividades. 2) Buscar un lugar para nadar cercano a mi trabajo. 3) Levantarme más temprano para correr		
	Probable solución a implementar: Hacer un cronograma de actividades que empaten con mi trabajo y horas de sueño		
Participante 11	Problema principal al que se ha enfrentado: No tener tiempo para cuidarme físicamente		
	Ejercicio de solución de problemas		
	Problema meta: Cuando necesite que me acompañen al médico vayan mis hijos	Objetivo: Disminuir dolor	Importancia: Hacer cosas y vender más
	Tres alternativas de solución: 1) Reunirme con mis hijos. 2) Decirle a mi esposa que los obligue a ir conmigo. 3) Explicarles porque tienen que ir		
	Probable solución a implementar: Reunir a mis hijos y esposa para que hablemos de mis sentimientos y aceptar mis errores y negociar el que me lleven al médico y apoyen con mis medicinas		

Por último, en cuanto a la observación clínica, al inicio del Taller los participantes no tenían noción de que era una red de apoyo social y de la existencia de diversos tipos de apoyo, la mayoría relacionaba este último con apoyo financiero, sin embargo, después de la psicoeducación sobre estos temas y los ejercicios de repaso los participantes identificaban su red y el tipo de apoyo que ellos recibían y otorgaban a esta. Como material psicoeducativo, se realizó y validó (validación por jueces expertos y no expertos) un manual de infografías referente a los siguientes temas: Apoyo social, Apoyo social y salud, Habilidades sociales, Tipos de comunicación, Técnicas de asertividad y Solución de problemas. Se construyeron presentaciones en Power Point para cada una de las sesiones de intervención bajo supervisión de la Tutora Académica.

Durante el taller, los participantes se caracterizaron por ser participativos en las actividades realizadas en el taller, además se mostraban interesados por el tema. Al finalizar se realizó retroalimentación del taller y de la ponente, los participantes comentaron que se sentían satisfechos con los temas vistos y comentaban que ya estaban llevando a cabo algunas estrategias para mejorar su comunicación con sus familiares y esto les permitía ampliar su red de apoyo.

2.14 Discusión y conclusión

Se lograron alcanzar los objetivos específicos y general de la presente investigación, teniendo como resultado principal el mejoramiento de la percepción del apoyo social en pacientes con dolor crónico (en cuanto a tamaño y funcionalidad de la red), mediante una intervención cognitivo-conductual basada en el entrenamiento en estrategias de solución de problemas, habilidades sociales, comunicación asertiva y psicoeducación.

A continuación se discutirán los aspectos más importantes retomados del apartado de resultados.

Los participantes refieren que el dominio con mayor percepción de apoyo es la Familia, Álvarez (2001) comenta que este grupo de apoyo suele ser el más relevante de una red social debido a que es el que proporciona mayor ayuda tanto afectiva como material o instrumental necesarios para el desarrollo y bienestar de sus miembros. De igual manera, Taylor (2007) comenta que el dominio Familia es de vital importancia para generar empatía, sentimiento de ser cuidado, amor y confianza en la persona que es apoyada, asimismo, añade el dominio Amigos, ya que menciona que el apoyo entre estos dos grupos pueden brindar apoyo emocional al reconfortar a la persona apoyada haciéndole sentir que es una persona valiosa e importante.

Los resultados obtenidos competen con lo que Gómez, Bolívar, Correa y Cadena (2000) mencionan, y es que la red de los participantes está conformada principalmente por: hijos, nietos, esposas y amigos, dichos autores afirman que la red apoyo social de una persona que padece alguna enfermedad crónica está constituida por familiares y

amigos, siendo su función el contribuir a la recuperación y mantenimiento del estado de la persona que padece la enfermedad, todo esto por medio de ayuda de tipo económico o emocional, para protegerla del malestar psicológico.

Sin embargo, el apoyo otorgado por un dominio u otro dependerá del momento y del tipo de apoyo que se requiera, por ejemplo, el apoyo de los amigos es más útil para manejar conflictos no relacionados con la familia, mientras que en problemas de salud es más efectivo el apoyo familiar que el de amigos (Cohen y Syme, 1985, citado en Varela, 2011). Partiendo de esta última premisa, los participantes de la presente investigación, perciben un nivel bajo de apoyo social por parte de sus amigos, es importante considerar que algunos participantes comentaban no tener una relación estrecha con alguien para considerarla como amistad, sin embargo, coinciden en que temas relacionados con la salud es mejor tratarlos de solucionar con apoyo Familiar, ya que perciben mayor intimidad en dicha relación. En cuanto a la categoría denominada como Otras personas importantes, es necesario señalar que el apoyo provisto permite a la persona crear sus propios recursos de afrontamiento, ya que esta categoría está conformada prioritariamente por personal de la salud que le otorga apoyo de tipo informacional.

Con la descripción obtenida del Cuestionario de MOS, se puede suponer que la intervención permitió que la red social de la mayoría de los participantes se ampliara en cuanto a número de integrantes, esto puede deberse a que la mayoría de los participantes en éste, colocó al personal de salud que lo atiende como parte de su red, es importante señalar que la mayoría de los participantes perciben el apoyo de este dominio en el post-test, lo cual podría mejorar la alianza terapéutica y favorecer adherencia terapéutica,

teniendo en cuenta que el apoyo social ha sido abordado como factor de relevante ante la vulnerabilidad al estrés, el ajuste y aceptación de la enfermedad y otros aspectos del proceso salud-enfermedad (Vilató, Martín y Pérez, 2015).

En cuanto a apoyo emocional se infiere que la mayoría de los participantes podrían haber aumentado su autoestima al sentirse valorado y aceptado por los demás, cabe recordar que este tipo de apoyo desempeña un papel muy importante sobre todo en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar (Díaz, 2014). La mayoría de los participantes reportaron que mantienen nivel máximo de apoyo instrumental, lo que se podría relacionar con mayor bienestar ya que este tipo de apoyo reduce la sobrecarga de las tareas y permite que la persona retome actividades o se integre a actividades sociales (Berkman, Glass, Brisette & Seeman, 2000), además hay que tener en cuenta que el dolor tiene trascendencia en la realización de actividades diarias por lo tanto la dependencia instrumental puede llegarse a presentar en pacientes con dolor crónico. En el tipo de apoyo afectivo, la mayoría de los participantes reportó tener a alguien con quien compartir sus sentimientos, con quien sentirse querido, valorado y aceptado, este tipo de apoyo podría ayudar a los pacientes a reducir su percepción de estrés y dolor debido a la activación de sistemas neuronales dopaminérgicos (Lumley, Cohen & Kafe, 2011). Por último, en el apoyo social para relaciones sociales de ocio y distracción, la mayoría de los participantes mencionan tener a alguien que les permita cambiar sus actividades cotidianas para distraerse o conversar de temas no relacionados con la enfermedad.

En cuanto al tipo de apoyo social, se puede apreciar que se diversificó y que previo a la intervención, la mayoría de los participantes demandaba apoyo económico pero al término de la intervención solo 4 participantes demandaban este tipo de apoyo, esto se puede deber al entrenamiento en habilidades de solución de problemas. Al término de la intervención todos los participantes reportaron recibir apoyo de tipo evaluativo, es decir, recibieron ayuda en la toma de decisiones, la retroalimentación adecuada o ayuda a decidir qué curso de acción tomar (Tardy, 1985).

Las características de la red de apoyo social percibidas por los participantes, se pueden analizar de acuerdo al enfoque estructural del apoyo social propuesto por Barrón (1996), donde se obtiene que todos los participantes perciben la existencia y pertenencia a una red de apoyo, en estructura de lazos sociales de la red: tamaño, funcionalidad, cercanía y fortaleza. Hay que retomar que el enfoque contempla tanto los rasgos estructurales de las redes sociales (antes mencionados), y en la forma en que éstas podrían modificarse para fomentar la salud (Varela, 2011), este último punto puede inferirse a partir del tipo de apoyo social que los participantes reciben, la mayoría recibe apoyo de tipo evaluativo, emocional e instrumental, lo que nos hace suponer que está relacionado con la disminución de eventos estresantes y orientación y/o resolución de problemas que puedan ocasionar un malestar psicológico o físico, por ende, el tipo de apoyo que perciben los participantes de esta investigación puede de mejorar su bienestar subjetivo (Rodríguez-Fernández, *et al.*, 2016).

Durante las sesiones de intervención, los participantes retomaron el término de reciprocidad de apoyo en su red social, donde se producen intercambios recíprocos y

mutuos entre las personas y la responsabilidad por el bienestar es compartida (Varela, 2011).

Como se ha mencionado en apartados anteriores, los pacientes con dolor crónico pueden tener dificultades al realizar peticiones y al comunicarse con sus familiares o cuidadores, ya que en ocasiones el dolor dificulta la comunicación asertiva. Cabe mencionar que los participantes mencionaban que este estilo de comunicación era fluctuante acorde al control de dolor, cuando este se exacerbaba tendían a emplear un estilo de comunicación pasivo que si no era atendido por los familiares cambiaba al estilo agresivo, sin embargo durante la intervención los participantes mencionaron que pondrían en práctica las técnicas de comunicación asertiva para realizar peticiones.

En la técnica de solución de problemas, se observó que algunos participantes mencionaron en la probable solución aplicar estrategias o técnicas de comunicación asertiva, ya que consideran el apoyo familiar como el pilar de su seguimiento con tratamientos médicos, por lo tanto, se puede sugerir que en este grupo de participantes, el apoyo social actúa como factor de protección asociado con los niveles de salud y bienestar (Pérez-García, Oliván & Bower, 2013). Es importante destacar que en la generación de la probable solución a implementar al problema meta, se observa que la mayoría fungen como agente activo de cambio ante la solución del problema, mientras que dos ocupan un lugar secundario en el cambio; en ambos casos, los participantes necesitan apoyo social para solucionar el problema, Yupanqui (2016) menciona que las personas implicadas en el evento, pueden aceptar consejos, soluciones y/o aportes benéficos que ayudan a la resolución de problemas, lo que al mismo tiempo disminuye

la respuesta del sistema neuroendocrino y colaboran a que la persona sea menos reactiva al estrés y en todo caso, pueda afrontarlo.

A lo largo de la intervención, se observó que aquellos participantes que no tenían las habilidades necesarias de comunicación al realizar y/o rechazar peticiones las adquirieron, y se pueden cotejar con los resultados de la última semana donde se reportaron mayor número de éxitos, sin embargo, es importante señalar que algunos participantes ya contaban con habilidades de comunicación.

Otro aspecto importante a señalar es que la mayoría de los participantes aumentaron el número de integrantes de su red, sin embargo, sólo un caso añadió dominios, este último dato contrasta con lo reportado en el C-MOS, ya que en ésta se muestra que cinco participantes aumentaron su red en cuanto a dominios, la razón de este cambio puede darse a que los participantes no requirieron apoyo de esos dominios durante la intervención.

Otra probable hipótesis respecto al cambio de tipo de apoyo social y dominios, es que ante enfermedades crónicas incluyendo el dolor crónico, el apoyo social fluctúa en cuanto a disponibilidad como intensidad a medida que pasa el tiempo, esto puede ocurrir por el desgaste de lazos o debido a la falta de conocimiento sobre cómo reaccionar o actuar ante ciertas peticiones de los pacientes, asimismo los cuidadores pueden sentirse vulnerables en ocasiones haciendo atribuciones disposicionales del problema (Cohen y Syme, 1985; Wortman y Lehman, 1985).

Retomando las técnicas empleadas durante la intervención, se considera que fueron satisfactorias con el resultado obtenido del Taller. La técnica de solución de problemas y

de habilidades sociales (comunicación asertiva), al igual que en otras investigaciones permitió que los participantes aumentaran el apoyo social percibido por la red de apoyo familiar, se infiere que aumentaron su autoestima y de sentirse más seguros de resolver problemas ante momentos estresantes, por ejemplo, el obtener recursos económicos para continuar con su tratamiento médico (Brand, Lakey y Berman, 1995; Gudenkauf, et.al., 2015). Por último, la técnica de psicoeducación, permitió a los participantes obtener información necesaria para tomar decisiones informadas, esto se pudo observar con mejor claridad durante la última sesión del Taller, donde se retomaron apoyos otorgados en el Hospital Juárez de México y Asociaciones públicas y privadas, en ésta sesión, los participantes se mostraron interesados en afiliarse al Seguro Popular, para obtener los beneficios de éste, por lo tanto se puede decir, que la psicoeducación potenció la realización de conductas adecuadas para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente por medio de la prevención (Benassini, 2002; Montiel y Guerra, 2016) y en general con la psicoeducación otorgada durante el Taller se promovió la búsqueda de apoyo social mediante la aplicación de habilidades de comunicación y solución de problemas.

En cuanto a la implementación de la intervención se considera que la modalidad taller fue adecuado para el tema y la población meta, sin embargo los criterios de inclusión y exclusión fueron rigurosos, por lo tanto, no todos los asistentes al taller se consideraron como participantes, es por esta razón que se propone flexibilizar dichos criterios y considerar a los cuidadores primarios de pacientes con dolor crónico para que participen. En esta investigación dos cuidadoras asistieron al taller, a continuación se muestran los datos relevantes:

Cuidadora 1: Femenino de 48 años de edad, residente del Estado de México, de escolaridad secundaria, ama de casa, actualmente vive con su familia nuclear. Es cuidadora primaria de paciente de la tercera edad con diagnóstico médico de osteoartritis de rodilla con evolución de 15 años. Como resultados de la aplicación de la EMASP y el C-MOS se observa un aumento en la percepción global de apoyo social. Como problema principal identificó bajo apoyo de tipo instrumental y como alternativa de solución propuso el implementar las estrategias de comunicación vistas en el taller. En general, se observó un incremento en número de integrantes de su red, sin embargo se mantuvo con el mismo número de dominios (familia y otras personas).

Cuidadora 2: Femenino de 40 años de edad, residente del Estado de México, de escolaridad secundaria, ama de casa, actualmente vive con su familia extensa. Es cuidadora primaria de paciente con diagnóstico médico de cáncer de mama con evolución de 2 años. Como resultados de la aplicación de la EMASP y el C-MOS se observa un aumento en la percepción global de apoyo social. Como problema principal identificó la falta de recursos económicos para pagar el tratamiento de su paciente, y como alternativa de solución propuso el implementar estrategias de búsqueda de apoyo para pacientes con cáncer de mama. En general, se observó un incremento en número de integrantes de su red y dominios.

Se considera importante retomar el papel del cuidador primario como proveedor de apoyo social, y que sea beneficiado por intervenciones que mejoren su apoyo social percibido, debido a que como mencionan Quiles y cols. (2003), el apoyo social hace referencia a que se consiga mejorar la autoestima del enfermo, aumentar sus ganas de

vivir y de curarse, mejora su humor y reduce el impacto de la enfermedad; y al contrario, tiene efectos negativos, cuando la conducta de ayuda comunica al enfermo sentimiento de impotencia, baja su autoestima o muestra una visión negativa de la vida y de su enfermedad. Por otra parte, se considera que el tener información por parte de los cuidadores ayudaría a disminuir la discapacidad social que pudiese existir en el llenado de cuestionarios.

Con los resultados obtenidos en la presente investigación se puede concluir que la implementación de una intervención bajo el modelo cognitivo-conductual, mejoró el apoyo social al aumentar el tamaño de la red y la funcionalidad de ésta, en pacientes con dolor crónico. Los participantes adquirieron habilidades sociales que les permite realizar y rechazar peticiones, y habilidades de solución de problemas que les permite ser más independientes y el poder planificar soluciones con mayor probabilidad de éxito. Es importante indicar que los resultados de esta investigación no pueden ser generalizados debido a las limitaciones metodológicas que presenta.

Como limitaciones principales se tienen que no se evaluaron niveles de sintomatología depresiva, ansiosa o estrés percibido, se considera relevante la medición de estas variables ya que como mencionan Barez, Blasco y Fernández (2003) el apoyo social percibido influye de manera favorable en la adaptación emocional de los pacientes, ya que guarda relación con menores niveles de depresión, ansiedad y puede influir de manera positiva en la percepción del dolor. De igual manera se recomienda realizar evaluación pre-test y post-test de la percepción estructural y funcional de la red de apoyo y el apoyo provisto de los participantes hacia su red.

Para próximas investigaciones se recomienda retomar algunas características individuales que puedan ejercer influencia en el apoyo social percibido, puesto que a que al ser de origen subjetivo, una persona con características como optimismo, alta autoestima o buenas habilidades sociales percibe mayor nivel de apoyo social, refieren sentirse más satisfechos con éste y son más objetivos y tolerantes al afrontar dificultades en torno a sus redes de apoyo, mientras que el pesimismo, negatividad o ánimo deprimido suele generar una menor percepción de apoyo social (Yupanqui, 2016).

Referencias

- Álvarez, M. (2001). El Procedimiento Familiar en Cuba, una necesidad impostergable. *Revista cubana de Derecho*, 18, 66-79.
- Amaya, M.C. y Carrillo, G.M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. *Aquichan*, 15(4), 461-474.
- Asmundson, G. & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depression and anxiety*, 26, 888-901.
- Barceló, M. y Cots, M. (2003). Los agonistas de la serotonina (triptanes) en el tratamiento de la migraña. *Butlletí d'informació terapèutica*, 15(7), 23-30. ISSN 0213-7801.
- Barez, M., Blasco, T. y Fernández, C. (2003). La inducción de la sensación de control como elemento fundamental de la eficacia de las terapias psicológicas en pacientes con cáncer. *Anales de Psicología*, 19, 235-246.
- Barrera, M. (1986) Distinctions between Social Support Concepts, Measures, and Models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Barrón López de Roda, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid: Siglo XXI.
- Benassini, O. (2002) *Trastornos de la atención. Origen, diagnóstico, tratamiento y enfoque psicoeducativo*. México: Trillas.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Eds.), *Social Epidemiology* (pp. 137-173). New York: Oxford University Press.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51, 843-857.

- Blanco, E. (2004). Farmacología. Vías de administración. Criterios de uso racional. En F. Toquero y J. Zarco (Coordinadores) *Guía de Buena Práctica Clínica en Dolor y su tratamiento*. Cap. 4. Madrid: International Marketing & Communications, S.A. (IM&C).
- Brand, E., Lakey, B. & Berman, S. (1995). A Preventive, Psychoeducational Approach to Increase Perceived Social Support. *American Journal of Community Psychology*, 23(1), 117-135.
- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435.
- Cid, J., Acuña, J., De Andrés, J., Díaz, L. y Gómez-Caro, L. (2014). ¿Qué y Cómo Evaluar al Paciente con Dolor Crónico? Evaluación del paciente con Dolor Crónico. *Rev. Med. Clin. Condes*, 25(4) 687-697.
- Cohen, S. and Syme, L. (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Cohen, S., and Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychol Bull*, 98, 310-357.
- Contreras F, Londoño C, Vinaccia S, Quiceno JM. . (2006). Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24(2), 120-129.
- Covarrubias-Gómez, A. y Guevara-López, U. (2006). ¿Qué son las clínicas del dolor?. *Revista Digital Universitaria*, 7(4), 1-8. Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art33/abr_art33.pdf
- Covarrubias-Gómez, A., Guevara-López, U., Gutiérrez-Salmerón, C., Betancourt-Sandoval, J. A. y Córdova-Domínguez, J. A. (2010). Epidemiología del dolor crónico en México. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33(4), 207-213.

- Crooks, V. C., Lubben, J., Petitti, D. B., Little, D., & Chiu, V. (2008). Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *Am J Public Health*, 98, 1221-1227.
- D'Zurilla, T. & Nezu, A. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (3r. Ed, Edited by K. S. Dobson). USA: The Guilford Press, pp. 197-225.
- D'Zurilla, T.; Nezu, A. & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social Problem Solving: Theory and Assessment. In: E. Chang; T. D'Zurilla & L. Sanna (Ed). *Social problem solving: Theory, research, and training*. Cap. 1. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Díaz, M. (2014). *Relación entre personalidad, afrontamiento y apoyo social con burnout, calidad de vida profesional y salud, en bomberos de Gran Canaria* (Tesis Doctoral inédita). Facultad de ciencias de la salud. Universidad de las palmas de Gran Canaria.
- Ezquerro, R. (1934). Hospital Juárez. Recopilación de datos históricos. México: S.n.
- Ferréndiz, M. y Catalá, E. (2008). Las clínicas del dolor. En E. Catalá , M. Ferrández, y M. Genové (Editores). *Manual de Tratamiento del Dolor*. 2nd ed. Barcelona: Publicaciones Permanyer.
- Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M. & Winblad, B. (2000). Influence of social net-work on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355, 1315-1319.
- García, E. (2009). Apoyo Social: Estructura, función y repercusión en el espectro esquizofrénico. *Psiquiatria.com*, 13(3).
- Gellman & Pagoto (2016), Field of Behavioral Medicine Historical Timeline. In Society of Behavioral Medicine. *Behavioral Medicine*. Disponible en: <https://www.sbm.org/UserFiles/file/Historyofbehavioralmedicinetimeline4-18-14.jpg>

- Gómez, A., Bolívar, S., Correa, S. y Cadena, A. (2000). Soporte social que tienen las personas con EPOC hospitalizadas durante los meses Febrero a Abril de 2000 en una institución hospitalaria de Bogotá. *Avances de Enfermería*. 19(2), 1-7. ISSN 0121-4500.
- Gore, J. L., Kwan, L., Saigal, C. S., & Litwin, M. S. (2005). Marriage and mortality in bladder carcinoma. *Cancer*, 104, 1188-1194.
- Gudenkauf, L., Stagl, J., Jutagir, D., Bouchard, L., Glück, S., Avisar, E., Antoni, M., Lechner, S., Blomberg, B., Derhagopian, R., Giron, G., Torres-Salichs, M. & Carver, C. (2015). *Brief Cognitive–Behavioral and Relaxation Training Interventions for Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 677-688.
- Hospital Juárez de México. (2004). Manual de organización específico del Hospital Juárez de México. Secretaría de Salud.
- Hospital Juárez de México. (2005). Manual de organización específico del Hospital Juárez de México. Secretaría de Salud.
- Hospital Juárez de México (Enero-Junio de 2011a.). Noticias y novedades. Nuevos nombramientos. *Gaceta HJM*, pág. 6.
- Hospital Juárez de México (Julio-Septiembre de 2011b.). Nuevas instalaciones de la Clínica del Dolor. *Gaceta HJM*, pág. 2.
- Hospital Juárez de México. (2012). Servicios y Divisiones. Recuperada el 20 de Octubre de 2016, de Secretaría de Salud Sitio web: <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/index.html>
- Hospital Juárez de México. (2012). *Organigrama* [Figura]. Recuperado de: Manual de organización específico del Hospital Juárez de México. Secretaría de Salud.
- Hospital Juárez de México. (2016). Manual de organización específico del Hospital Juárez de México. Secretaría de Salud.

- House, J. (1987). Notes and Insights. Social support and Social structure. *Eastern Sociological Sociological Forum*, 1(2), 135- 146.
- Ikeda, A. & Kawachi, I. (2010). Chapter 18 Social Networks and Health. In A. Steptoe (ed.), *Handbook of Behavioral Medicine* (237-261), New York: Springer.
- International Association for the Study of Pain: IASP. (2009). Dolor, diagnóstico y tratamiento. PAIN, N° 137 (473 – 477). Disponible en: www.catedradeldolor.com/PDFs/Cursos/Tema %201.pdf
- Kelly, A. J. (2002). *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Séptima Ed. España: Desclée de Brouwer, pp. 139-199.
- Lamont, A., & Van Horn, M. L. (2013). Heterogeneity in Parent-Reported Social Skill Development in Early Elementary School Children. *Social Development*, 22,(2), 384-405.
- Landete, O. & Breva, A. (2000). Evolución histórica en el estudio del apoyo social. *Revista de Historia de la Psicología*, 21(2-3), 589-596.
- León, J. M. y Medina, S. (2013). Aproximación conceptual a las habilidades sociales, en F. Gil y J. M. León (coordinadores). *Habilidades sociales. Teoría, investigación e intervención*. Cap. 1. España: Editorial Síntesis.
- Linton, S. & Nordin, E. (2006). A 5-Year Follow-Up Evaluation of the Health and Economic Consequences of an Early Cognitive Behavioral Intervention for Back Pain: A Randomized, Controlled Trial.. *Spine.*, 31 (8), 853-858.
- López, A.; Pino, M. & Domínguez, J. (2015) Social competence: Evaluation of assertiveness in Spanish adolescents. *Psychological Reports: Relationships & Communications*, 116, (1), 219-229.
- Lumley, M., Cohen, L. & Kafé, F. (2011). Pain and Emotion: A Biopsychosocial Review of Recents Research. *J. Clin. Psychol.*, 67 (9), 942-968.

- Manrique, M. A. (2014). 1989-2014. Hospital Juárez de México los primeros 25 años. La sede actual: El recuento de sus protagonistas. México: Diseño e Impresos Sandoval.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (2002). *Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. (2nd. ed.). USA: IASP Press.
- Moix, J. y Casado, I. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22(1), 41-50. ISSN: 1130-5274.
- Montiel, V. y Guerra, V. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 332-336.
- Nabal, M., Pascual, A. y Llombart, A. (2006). Valoración general del paciente oncológico avanzado. Principios de control de síntomas. *Atención Primaria*. 38(2), 21-8.
- Neira, F. y Ortega, J. L. (2008) Prevalencia del dolor agudo. En L. M. Torres y F. Collado (Eds.), *Manejo práctico actual del dolor agudo* (pp. 1-40). Barcelona: Ergon.
- OMS (2004). *Formulario Modelo de la OMS*. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s5422s/s5422s.pdf>
- Osborne, C., Ostir, G. V., Du, X., Peek, M. K., & Goodwin, J. S. (2005). The influence of marital status on the stage at diagnosis, treatment, and survival of older women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*, 93, 41–47.
- Palacios, X. y Pérez, A. (2017). *Evolución del concepto de psicología de la salud y su diferenciación de otros campos de acción profesional*. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario. ISSN: 2500-6428.

- Pérez-García, A.M., Oliván, S. & Bover, R. (2013). Life satisfaction, depressive symptoms and perceived social support in heart failure patients. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 93-105.
- Pinkerton, S., Hughes, H. & Wenrich, W. (1982). *Behavioral Medicine. Clinical applications*. USA: John Wiley & Sons, Inc.
- Pormealeu, O. & Brady, J. (1979) Introduction: The scope and Promise of Behavioral Medicine. In O. Pormealeu & J. Brady (Eds) *Behavioral Medicine: Theory and Practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Prati, G. & Pietrantonio, L. (2010b). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38 (3), 403-417.
- Quiles, Y., Terol, M. y Quiles, M. (2003). Evaluación del apoyo social en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: un estudio de revisión. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la Salud*, 3(2), 313-333.
- Reyes Ortiz, C. A., Freeman, J. L., Kuo, Y. F., & Goodwin, J. S. (2007). The influence of marital status on stage at diagnosis and survival of older persons with melanoma. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 62, 892–898.
- Reynoso, L., Hernández-Manjarrez, M., Bravo, M. y Anguiano, S. (2011). Panorama de la residencia en Medicina Conductual de la UNAM. *Revista de Educación y Desarrollo*, 17, 43-49 ISSN 1665-3572.
- Reynoso, L. (2014) Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso y A. Becerra (Coordinadores) *Medicina Conductual: Teoría y Práctica*. Cap. 1. México: UNAM-Qartuppi. ISBN 978-607-96359-1-6.
- Roca, M., & Riccardi, A. (2014). Familia: Funcionalidad y efectividad como red de apoyo social en pacientes con depresión que están ingresados en el área de

hospitalización de psiquiatría del hospital del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo en la ciudad de Guayaquil. *Informes Psicológicos*, 14(2), 81-102.

Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., Fernández-Zabala, A. & Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma Psicológica*, 23(1), 60-69.

Rodríguez, G. (2004). *Medicina conductual en México*. Tomo 1. México: Miguel Ángel Porrúa.

Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12.

Rodríguez, J. (1994). Health psychology applied psychology and quality of life research. *Appl psycho*, 42(1), 67-76.

Ruvalcaba, G. y Domínguez, B. (2009) La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y Salud*, 19(2), 247-252.

Serrano-Atero, M., Caballero, J., Cañas, A., García-Saura, P., Serrano-Álvarez, C. & Prieto, J. (2002). Pain assessment. *Rev Soc Esp Dolor*, 9, 94-108.

Society of Behavioral Medicine (2016). *Behavioral Medicine*. Disponible en: <http://www.sbm.org/about/behavioral-medicine>.

Suarez, M. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista Médica La Paz*, 17(1), 60-67.

Tardy, Ch. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-202.

Tardy, Ch. (1985). *Dimensions of social support* [Figura]. Recuperado de: *American Journal of Community Psychology*, 13(2), 187-202.

- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud*. Mc Graw Hill. Sexta Edición.
- Tercyak, K. P., O'Neill, S. C., Roter, D. L., & McBride, C. M. (2012). Bridging the communication divide: A role for health psychology in the genomic era. *Professional Psychology. Research and Practice*, 43(6), 568-575.
- Uchino, B. (2015). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspectives On Psychological Science*, 4(3), 236-255.
- Vallejo, A. (2005) Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.
- Van-der Hofstadt, C. & Quiles, M. (2001). Chronic pain: therapeutic intervention based on psychology. *Rev Soc Esp Dolor*, 8, 503-510.
- Varela, I. (2011). *Apoyo social y afrontamiento en enfermedad cardiaca* (Tesis Doctoral inédita). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Vega, O. y González, D. (2009). Social support key element in confronting chronic illness. *Enfermería Global*, (16), 1-11.
- Vilató, L., Martín, L., y Pérez, I. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 620-630.
- Villingshøj, M., Ross, L., Thomsen, B. L., & Johansen, C. (2006). Does marital status and altered contact with the social network predict colorectal cancer survival?. *Eur J Cancer*, 42, 3022–3027.
- Vinaccia, S. (1988). Historia de la medicina comportamental en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2(3), 385-390

- Waxler-Morrison, N., Hislop, T. G., Mears, B., & Kan, L. (1991). Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: a prospective study. *Soc Sci Med*, 33, 177–183.
- Wortman, C. & Lehman, D. (1985). Reactions to victims of life crisis: Support attempts that fail. En I.G. Sarason y B.R. Sarason. (Eds.). *Social support: theory, research, and applications*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Yupanqui, M. (2016). *Propiedades psicométricas de la escala multidimensional de apoyo social percibido de Zimet en una población geriátrica de un centro de adulto mayor en Trujillo* (Tesis de Licenciatura inédita). Facultad de Salud. Universidad Privada del Norte.
- Zech, D., Grond, S., Lynch, J., Hertel, D. & Lehmann, K. (1995). *Escalera analgésica de la OMS* [Figura]. Recuperado de: *Pain*, 63 (1): 65-67.
- Zeng, F., Sun, X., Yang, B., & Fu, X. (2016). Life events, anxiety, social support, personality, and alexithymia in female patients with chronic pain: A path analysis. *Asia-Pacific Psychiatry: Official Journal Of The Pacific Rim College Of Psychiatrists*, 8(1), 44-50.

Anexo 1: Caso de paciente con Trastorno adaptativo mixto, agudo

1. Ficha de identificación

Nombre: Diego
 Sexo: Masculino
 Edad: 44 años
 Estado civil: Unión libre
 Escolaridad: Secundaria
 Ocupación: Barnizador
 Originario y residente: Ciudad de México
 Religión: Católica
 Diagnóstico Médico: Discitis L5-S1, Hernia Discal L5-S1 y Lumbalgia

2. Selección del caso

La presentación del siguiente caso tiene por objetivo mostrar los cambios conductuales y cognitivos de un paciente, que ha experimentado en un lapso de tres meses un malestar clínicamente importante (pérdida de movilidad) que conlleva la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva que afecta su capacidad de emplear habilidades de solución de problemas y expresión de dudas y necesidades, dependiendo de la opinión y decisión de terceras personas (familia).

3. Motivo de consulta

El 17 de enero de 2017 se realiza valoración psicológica como parte de la rutina del servicio de Medicina Conductual/Clínica del Dolor. Diego está en su 11° día de estancia Intrahospitalaria, refiere dolor incidental de tipo postural punzante con un EVA 8/10, localizado en cadera y miembros pélvicos. Menciona sentirse ansioso (ERA 5/10) ante posibles diagnósticos médicos (Fractura de discal vs Hernia discal L5-S1), el paciente comenta: *“me hacen examen tras examen y me genera ansiedad no saber qué tengo”, “yo venía por un dolor de espalda y no sé qué tanto hacen, pero no me dan algo para que se me quite el dolor y pueda caminar”*. Presenta sentimientos de tristeza debido a pérdida de movilidad y dependencia instrumental (ERA 6/10) *“no sé qué me pasó, de la nada dejé de*

caminar, me dio fiebre y es lo único que recuerdo”, “ahora necesito de un familiar hasta para poder hacer del baño”, “ya me quiero ir, ya me desesperé mucho” (sic. pac.).

4. Antecedentes

4.1 Heredofamiliares

Interrogados y negados.

4.2 Personales no patológicos

Habitación: Habita en casa rentada, hecha a base de materiales perdurables, con todos los servicios intra y extra domiciliarios de urbanización.

Higiene: Adecuada con baño y cambio de ropa diarios.

Alimentación: Regular en cantidad y calidad.

Inmunizaciones: Completas para la edad, no muestra cartilla.

Toxicomanías: Interrogadas y negadas.

4.3 Personales patológicos

Diagnóstico médico de base: Lumbalgia (Fecha de Dx. 17.01.17) + Hernia discal L4-L5 L5-S1 (Fecha de Dx.19-01-17) + Discitis (Fecha de Dx. 27.01.17).

Infecto-contagiosas: Interrogados y negados.

Quirúrgicos: Interrogados y negados.

Transfusionales: Interrogados y negados.

Crónico-degenerativos: Interrogados y negados.

Traumatológicos: Interrogados y negados

Alérgicos: Interrogados y negados

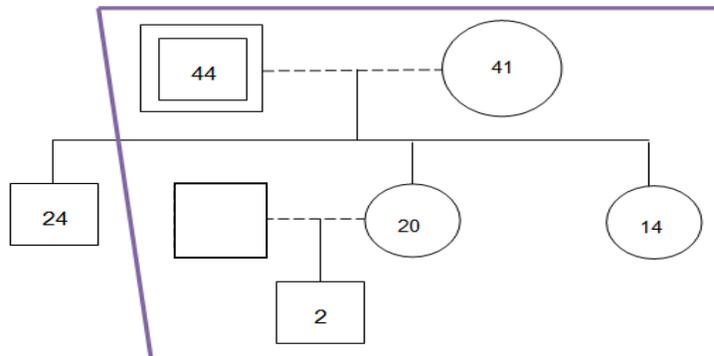
4.4 Psicológicos patológicos

Diego niega atención psiquiátrica previa a su hospitalización. Refiere haber asistido hace 20 años con el psicólogo debido a su sintomatología depresiva (sentirse triste la mayor parte del día), sin embargo, sólo asistió a una sesión porque “no confiaba en el trabajo de ese psicólogo”; al respecto el paciente no comenta haber presentado episodios depresivos últimamente. Durante su estancia intrahospitalaria en el Hospital Juárez de México, recibió apoyo psicológico por parte del servicio de Medicina Conductual de Medicina Interna del 11 al 19 de enero del 2017, se reportaron 3 sesiones individuales y una sesión con familiar del paciente (Ver Tabla 1). Al ser reubicado en Ortopedia, Medicina Conductual de Clínica del Dolor continúa con atención psicológica.

5. Dinámica familiar

El paciente refiere tener buena relación familiar, actualmente vive con su esposa, dos hijos y un nieto. Los integrantes de la familia mantienen comunicación clara, directa y abierta. Quienes solventan los gastos son el paciente, su esposa e hija.

5.1 Familiograma



6. Historia del problema

6.1 Médico

Se trata de paciente masculino que inicia su padecimiento actual el día 26.12.16 con fiebres intermitentes las cuales no ceden a analgésicos, motivo por el cual acude al Hospital General donde diagnostican *Infección en vías urinarias* e inicia tratamiento antibiótico no especificado. El día 06.01.17 acude (por si solo) al Hospital Juárez de México, ante la no mejoría de la sintomatología y aumento de pérdida de la fuerza muscular en extremidades pélvicas. Es asignado al servicio de Medicina Interna para iniciar protocolo de estudios, pero no se encuentra la causa específica de la fiebre. La Clínica del Dolor realiza valoración el día 17.01.17 y diagnóstica Lumbalgia aguda, con dolor a nivel lumbar con EVA de 4/10 de tipo visceral que irradia extremidad inferior derecha sin características de dolor neuropático, dolor continuo que se exagera con movimiento. Tratamiento: Buprenorfina 45mcg + Metamizol 4gr aforados en 100ml de solución salina 9% para 24 horas. Paracetamol 1gr cada 8 horas. Posteriormente, Medicina Interna toma Resonancia Magnética el día 19.01.17 en la cual se aprecia discopatía crónica degenerativa, se observa *hernia discal L4-L5 L5-S1*, por lo tanto se realiza interconsulta a Ortopedia para valoración y manejo por los diagnósticos de *Fiebre de Origen Desconocido, Pb Discitis L5-S1*. Dicho servicio inicia nuevo protocolo de estudios, así como gamagrama óseo, se continúa tratamiento médico y se continúa vigilancia. Paulatinamente se evidencia mejoría clínica al tratamiento, la captación de gamagrama óseo es compatible con el diagnóstico primario de *Discitis* y ante la mejoría clínica evidente se da la resolución de dar de alta al paciente con tratamiento médico, coadyuvado por el servicio de Clínica del Dolor el día 02.02.17. El 30.03.17 el paciente asiste a consulta externa de Ortopedia sin presencia de dolor y con adecuados arcos de movilidad, recuperando fuerza muscular con apoyo de faja lumbosacra. Se espera su próximo egreso del servicio tratante con tratamiento y envío a especialidades relevantes para su manejo integral.

6.2 Psicológico

Diego fue atendido por el servicio de Medicina Conductual de Medicina Interna del 11 al 19 de enero del 2017, en la Tabla 1 se muestra un resumen de la atención psicológica proporcionada durante la hospitalización de Diego. El 17 de enero, el paciente es valorado por la Médico Conductual del servicio de Clínica del Dolor, Diego reporta sentirse “triste” por depender de terceras personas, además que la estancia intrahospitalaria y el desconocimiento de diagnóstico hace que aumente su nivel de ansiedad que al mismo tiempo exagera percepción de dolor.

Tabla 1. Atención psicológica proporcionada por medico conductual de Medicina Interna.

Fecha	Motivo de consulta	Técnica
11.01.17	“estoy preocupado por mi ingreso económico”, “deje de trabajar” (Sic. Pac.)	*Establecimiento de componentes de relación. *Solución de problemas (lluvia de ideas).
16.01.17	“estoy molesto porque no veo mejoría de mi padre”, “aún refiere mucho dolor”, “considero que el gasto económico se está volviendo excesivo entre estudios y laboratorios” (Sic. Fam.)	*Escucha activa. *Solución de problemas. *Orientación de donde se encuentra trabajo social.
17.01.17	“me siento frustrado porque soy dependiente” (Sic. Pac.)	*Escucha activa. *Psicoeducación en pensamientos. *Identificación de pensamientos disfuncionales. *Listado de pensamientos alternativos.
19.01.17	“estoy triste por el diagnóstico y por el probable tratamiento” (Sic. Pac.)	*Escucha activa. *Psicoeducación en imaginación guiada. *Identificación de pensamientos disfuncionales. *Listado de pensamientos alternativos.

7. Padecimiento actual

Diego refiere que el 26 de diciembre del 2016 presentó fiebre e incapacidad para caminar por sí mismo, “recuerdo que me dio mucha fiebre, tanto hasta que me tuvieron que llevar al Hospital General, yo iba inconsciente”, “después intentaba caminar pero no podía”, “no sé qué es lo que paso” (sic. pac.). Al ver que no cedía la fiebre y seguir con disminución de Fuerza Muscular (FM) en las piernas, el 06 de enero del 2017 acude al Hospital Juárez de México, en dónde se inician protocolos de estudios para conocer la etiología de la fiebre y de la pérdida de FM, desde esa fecha el paciente muestra incertidumbre respecto al diagnóstico médico y la estancia hospitalaria, ya que el paciente menciona no tener los recursos económicos necesarios para solventar los gastos de la hospitalización, estudios y medicamentos, por lo tanto recibe atención psicológica por parte del Médico Conductual del servicio de Medicina Interna. El 17 de enero del 2017 Medicina Interna realiza interconsulta a Clínica del Dolor, se realiza valoración psicológica en la que Diego refiere dolor incidental de tipo postural punzante con un EVA 8/10, localizado en cadera y miembros pélvicos. Menciona sentirse ansioso (ERA 5/10) ante posibles diagnósticos médicos (Fractura de discal Vs Hernia discal L5-S1), presenta sentimientos de tristeza debido a pérdida de movilidad y dependencia instrumental (ERA 6/10).

8. Impresión y actitud general

Paciente masculino de complexión endomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acorde al contexto hospitalario. Presenta facie de dolor e hipervigilancia a los movimientos que condicionan dolor y con movimientos lentos de extremidades. Se muestra cooperador a la entrevista.

9. Examen mental

Paciente masculino de edad aparente igual a la cronológica. Orientado en cuatro esferas (T-E-P-C). Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y fluido. Pensamiento concreto centrado en el dolor. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente inteligencia promedio. Afecto eutímico. Con noción de enfermedad.

9.1 Factores psicológicos complementarios

Locus de control externo. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo revalorativo. Redes de apoyo valoradas y percibidas como existentes y funcionales de tipo instrumental, emocional y económico.

10. Personalidad previa

Diego se define como una persona responsable y que todo lo hace rápido para no perder tiempo y poder seguir trabajando, se considera una persona eficiente.

11. Selección y aplicación de técnicas de evaluación.

- Entrevista conductual.
- Observación clínica.
- Escala Verbal Análoga de dolor (EVA).
- Escala Referida Análoga de ansiedad y tristeza (ERA)

12. Descripción de conductas problema

- Respuestas de ansiedad que exacerbaban percepción de dolor:

A nivel motor por disminución de actividades gratificantes, evitar hacer movimientos bruscos, evita estar en una posición por mucho tiempo, evita movimientos que impliquen fuerza en la espalda baja, revisa el expediente clínico que se encuentra sobre la mesa, pregunta constantemente que medicamentos le están administrando y para qué son, trata de escuchar lo que los residentes médicos hablan de su caso (antes de que le den el informe)

- A nivel cognitivo por pensamientos de tipo filtro mental relacionados con la no mejoría del estado de salud *“yo venía por un dolor de espalda y no sé qué tanto hacen, pero no me dan algo para que se me quite el dolor y pueda caminar”*, pensamientos recurrentes relacionados con la inmovilidad y dependencia hacia terceras personas *“no sé que me pasó,*

de la nada deje de caminar, me dio fiebre y es lo único que recuerdo”, *“ahora necesito de un familiar hasta para poder hacer del baño”* y pensamientos relacionados a la atención médica y protocolos médicos/clínicos *“me hacen examen tras examen y me genera ansiedad no saber qué tengo”,*”, *“ya me quiero ir, ya me desespero mucho”*

- A nivel fisiológico: respiración agitada, percepción de dolor exacerbado, tensión muscular en cuello, hombros y mandíbula, sudoración en la frente, dificultad para dormir y disminución de apetito.

12.1 Análisis de conductas problema

En la Figura 1 se muestra el modelo EORC .

Estímulos (2)	Organismo (4)	Respuestas (1)	Consecuencias (3)
<p>Estímulos externos Someterse a estudios médicos que implican movilización o mantenerse en posición fija por mucho tiempo. Movilización del paciente por parte de camilleros (baño diario y sentarlo en una silla para ser trasladado a estudios médicos). Escuchar probables diagnósticos en el pase de visita. Moverse (cambio de posición en la cama).</p> <p>Estímulos internos Pensamientos respecto a dependencia instrumental y económica. Pensar en el dolor. Pérdida de fuerza muscular en extremidades inferiores. Percepción exacerbada de dolor.</p> <p>Historia contemporánea Inmovilización súbita de miembros pélvicos y fiebre que le condicionó pérdida de conciencia (26.12.16)</p>	<p>Biológico Masculino de 44 años de edad, con Diagnósticos médicos de Discitis L5-S1, Hernia Discal L5-S1 y Lumbalgia, quien cursa el 11° día de EIH.</p> <p>Habilidades, déficits y excesos Déficit en toma de decisiones y solución de problemas.</p> <p>Historia de reforzamiento Locus de control externo</p>	<p>Conducta de interés <i>“me hacen examen tras examen (médico) y me genera ansiedad no saber que tengo”, “éste dolor no me deja mover y no puedo trabajar”</i></p> <p>Motoras Disminución de actividades gratificantes Evitar hacer movimientos bruscos Evita estar en una posición por mucho tiempo Evita movimientos que impliquen fuerza en la espalda baja Revisa el expediente clínico Pregunta constantemente que medicamentos le están administrando y su función Trata de escuchar lo que los residentes médicos hablan de su caso (antes de que le den el informe)</p> <p>Cognitivas Pensamientos recurrentes relacionados con la inmovilidad y dependencia hacia terceras personas <i>“no sé que me pasó, de la nada deje de caminar, me dio fiebre y es lo único que recuerdo”, “ahora necesito de un familiar hasta para poder hacer del baño”</i> Pensamientos de tipo filtro mental relacionados con la no mejoría del estado de salud <i>“yo venía por un dolor de espalda y no sé qué tanto hacen, pero no me dan algo para que se me quite el dolor y pueda caminar”</i> Pensamientos relacionados a la atención médica y protocolos médicos/clínicos <i>“me hacen examen tras examen y me genera ansiedad no saber qué tengo”, “ya me quiero ir, ya me desespero mucho”</i>.</p> <p>Fisiológicas Respiración agitada. Exacerbación de dolor en la espalda. Tensión muscular en cuello, hombros y mandíbula. Sudoración en la frente. <u>Dificultad para dormir.</u> Disminución de apetito</p>	<p>Inmediatas individuales internas Hipervigilancia al dolor. Ansiedad Preocupación por realización de nuevos estudios médicos. Sentimientos de inutilidad/dependencia. Dolor.</p> <p>Inmediatas individuales externas Movimiento corporal en bloque.</p> <p>De otros Verbalizaciones por parte de familiares (esposa y sobrina) respecto a problemas económicos. Verbalizaciones por parte de la esposa por las <i>“deficiencias en la atención médica recibida”</i>. Propuesta de alta voluntaria por parte de su esposa.</p>

12.2 Análisis Funcional

Paciente masculino de 44 años de edad, con diagnóstico médico de Lumbalgia + Discitis L5-S1 + Hernia Discal L5-S1, quien cursa el 11° día de EI. El paciente es referido a Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos por el servicio de Medicina Interna, durante el pase de visita la residente de Medicina Conductual observó presencia de dolor exacerbado del paciente debido a la presencia de ansiedad. Durante la entrevista conductual Diego refiere dolor incidental de tipo postural punzante con un EVA 8/10 localizado en cadera y miembros pélvicos, menciona sentirse ansioso ante posibles diagnósticos médicos (ERA 5/10), muestra sentimientos de tristeza debido a pérdida de movilidad y dependencia instrumental (ERA 6/10). Dicha situación se caracteriza a nivel motor por disminución de actividades gratificantes, evita hacer movimientos bruscos, evita estar en una posición por mucho tiempo, evita movimientos que impliquen fuerza en la espalda baja, revisa el expediente clínico, pregunta constantemente que medicamentos le están administrando y su función, y trata de escuchar lo que los residentes médicos hablan de su caso (antes de que le den el informe); a nivel cognitivo por pensamientos de tipo filtro mental relacionados con la no mejoría del estado de salud *“yo venía por un dolor de espalda y no sé qué tanto hacen, pero no me dan algo para que se me quite el dolor y pueda caminar”*, pensamientos recurrentes relacionados con la inmovilidad y dependencia hacia terceras personas *“no sé que me pasó, de la nada deje de caminar, me dio fiebre y es lo único que recuerdo”*, *“ahora necesito de un familiar hasta para poder hacer del baño”* y pensamientos relacionados a la atención médica y protocolos

médicos/clínicos *“me hacen examen tras examen y me genera ansiedad no saber qué tengo”*, *“ya me quiero ir, ya me desespero mucho”*; y a nivel fisiológico por respiración agitada, percepción de dolor exacerbado, tensión muscular en cuello, hombros y mandíbula, sudoración en la frente, dificultad para dormir y disminución de apetito. Dichas respuestas comenzaron el 26 de diciembre de 2016, por la inmovilización súbita de miembros pélvicos y fiebre que le condicionó pérdida de conciencia, sin embargo, al hospitalizarse en el Hospital Juárez de México estas respuestas aumentaron cuando Diego se tiene que someter a estudios médicos que implican movilización o mantenerse en posición fija mucho tiempo, cuando se tiene que movilizar (por camilleros o por sí mismo), el pensar en el dolor y cuando escucha probables diagnósticos en el pase de visita. Dichas condiciones aumentan la percepción de su dolor y pensamientos referentes a dependencia de terceras personas debido a la pérdida de FM en extremidades inferiores. Esto se encuentra probablemente mantenido porque Diego se muestra hipervigilante a las situaciones que favorezcan el aumento de percepción de dolor, que a su vez incrementan su nivel de ansiedad y sentimientos de inutilidad, además que los familiares del paciente (sobrina y esposa), le comentan problemas económicos, las deficiencias en la atención médica recibida y la propuesta del alta voluntaria del paciente, aumentan los niveles de ansiedad del paciente y esto exacerba el dolor. Como variables mediadoras se encuentra que Diego tiene un locus de control externo, déficit en toma de decisiones y solución de problemas, y por lo tanto, ante situaciones novedosas y el aumento del dolor se incrementa el nivel de ansiedad y a su vez la ansiedad exacerba la percepción de dolor.

12.3 Hipótesis funcional

Si se ofrece al paciente una intervención multicomponente cognitivo-conductual basada en la técnica de psicoeducación, técnicas de relajación y distracción cognitiva, entonces el paciente enfrentará de forma adaptativa aquellas situaciones que le generan ansiedad, disminuyendo así su percepción de dolor.

13. Diagnostico DSM-IV- TR

Eje I: F43.28 Trastorno adaptativo mixto, agudo (309.28)

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico

Eje III: Dolor lumbar M545, Discitis M46.4, Hernia Discal M51.1

Eje IV: Problemas económicos

Eje V: EEAG 70-61

13.1 Diagnostico DSM-5

“Diagnóstico principal” 309.28 (F43.23) *Con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido agudo*: Predomina una combinación de depresión y ansiedad. Problemas económicos (Z59.7), WHODAS 57.

14. Objetivos del tratamiento psicológico

14.1 General

Diego disminuirá sus niveles de ansiedad en los tres niveles de respuesta, así como, la hipervigilancia al dolor que incrementa los niveles de ansiedad.

14.2 Especificos

- * El paciente disminuirá la percepción de dolor exacerbado (EVA 3/10).
- * El paciente identificará la relación bidireccional entre la ansiedad y la percepción de dolor.

- * El paciente disminuirá sus niveles de ansiedad ante movilización y estudios médicos.

14.3 Selección de técnicas de intervención

- *Respiración diafragmática profunda.

- * Psicoeducación.

- * Distracción cognitiva.

- *Dados los problemas ocurridos durante la EIH se suman al plan de intervención elementos de las técnicas de solución de problemas (balance decisional) y entrenamiento en habilidades sociales.

15. Descripción de las sesiones

Técnicas de evaluación/Intervención	Procedimiento	Resultados
Primera sesión Martes 17 de enero / Hospitalización		
<p>Entrevista conductual Psicoeducación Entrenamiento en Respiración diafragmática profunda (modelamiento y moldeamiento) EVA de dolor 8/10 de tipo postural incidental localizado en cadera y miembros pélvicos. ERA de ansiedad 5/10 ERA de tristeza 6/10</p>	<p>Se realiza entrevista de primera vez con el objetivo de establecer componentes de relación y evaluar percepción de dolor y estado anímico del paciente. Durante la entrevista Diego presenta facie de dolor y sudoración en la frente. El paciente refiere <i>“ya me quiero ir, ya me desesperé mucho”, “me hacen examen tras examen (médico) y me genera ansiedad no saber qué tengo”, “me siento triste, decaído por la enfermedad... me tomó de sorpresa y me genera impotencia el no poder caminar ni poder ir a trabajar”</i>. Se proporciona psicoeducación en componentes emocionales del dolor. Ante percepción de dolor exacerbado y agitación motora, se realiza entrenamiento en Respiración diafragmática profunda, se realizan dos ensayos de modelamiento y se moldea la conducta de respiración. Diego realizó éste ejercicio seis veces bajo supervisión y se recomienda realizarlo ante dolor exacerbado o cuando tuviera que moverse.</p>	<p>Al termino de la psicoeducación, el paciente refiere <i>“no sabía la relación entre el dolor y mi estado de ánimo, pero ahora que lo sé trataré de estar más tranquilo”</i>. Al finalizar ejercicio de respiración diafragmática, el paciente refiere EVA de dolor 5/10 y menciona <i>“me siento más tranquilo, el dolor disminuyó un poco”, “continuaré haciendo el ejercicio para que no me duela tanto”</i>. *El paciente tenía 38.3°C de temperatura dos horas antes de la intervención.</p>
Segunda sesión Jueves 19 de enero / Hospitalización		
<p>Entrevista conductual Respiración diafragmática profunda. Distracción cognitiva Psicoeducación EVA de dolor 9/10</p>	<p>Se realizó entrevista conductual con el paciente durante el pase de visita del servicio. El paciente presenta facie de dolor, dolor exacerbado debido a movimiento y menciona que debido a reciente toma de resonancia magnética, por el tiempo y por la posición en la que debía permanecer aumentó su percepción de dolor <i>“acaban de venir los médicos para revisarme pero hicieron que me moviera y me dolió mucho, no sé como quitarlo, ya me desesperé” “mi objetivo de recuperarme rápido se cayó”</i>. Se realizó ejercicio de respiración diafragmática para disminuir percepción de dolor y sintomatología ansiosa (tres ensayos).</p>	<p>Ante ejercicio de respiración diafragmática, el paciente refiere <i>“con el dolor no me acorde de respirar”, pero ya está pasando un poco menos que ayer, pero ahí va”</i> Al finalizar ejercicio de distracción cognitiva Diego refiere <i>“no sé qué hiciste pero mi dolor bajó más, creo que si lograste sacarme de mi dolor, me distraje y ahora estoy más tranquilo”</i> Ante la verbalización <i>“mi objetivo de recuperarme rápido se cayó”</i> se proporcionó información de los tiempos estimados que toman la realización de</p>

	<p>Al observar que el dolor no disminuía (continuaba con facie de dolor) se optó por realizar ejercicio de Distracción cognitiva, se hablaron temas de agrado del paciente. Al finalizar el ejercicio se proporcionó psicoeducación de la función de distracción cognitiva.</p>	<p>protocolos médicos y de la importancia que tiene el ser tolerante ante los resultados.</p> <p>El paciente refiere un EVA de dolor 5/10.</p> <p>La familiar (sobrina) se compromete a continuar ejercicio de respiración diafragmática y distracción con el paciente cada que lo vea con dolor.</p>
Tercera sesión Lunes 23 de enero / Hospitalización		
<p>Entrevista conductual. Psicoeducación y ejercicio de imaginación guiada. EVA de dolor 4/10 ERA ansiedad 3/10 ERA tristeza 0/10</p>	<p>Durante el pase de visita del servicio, el paciente solicita atención psicológica debido a cambio de servicio (de Medicina Interna a Ortopedia), por lo tanto se realiza entrevista conductual.</p> <p>El paciente menciona <i>“me cambiaron de servicio porque tengo una hernia en mi columna, leí la hoja del expediente y por lo que dice me van a hacer una cirugía”, “lo que me preocupa en este momento es que me van a meter a un protocolo de ortopedia y creo que me harán de nuevo la resonancia y un óseo, entonces necesito que me ayude con otra técnica porque la vez pasada con respiración no pude y ahí no puede pasar mi familiar para poder platicar y distraerme”</i>.</p> <p>Al interrogatorio el paciente refiere que usó una estrategia que le ayudó a disminuir el dolor cuando estaba en una posición fija (durante la Resonancia Magnética), esta era focalizar su atención en un punto específico del aparato de la Resonancia Magnética y pensar en cosas ajenas a la hospitalización como en su esposa; además que el residente de Medicina Conductual de Medicina Interna ya había trabajado imaginación guiada con el paciente. Se proporciona psicoeducación en imaginación guiada y se recomienda hacer el ejercicio en situaciones similares (estar en una sola posición mucho tiempo).</p> <p>Se realiza ejercicio de imaginación guiada usando lugares y actividades de agrado que se habían indagado en la</p>	<p>Al finalizar psicoeducación de imaginación guiada, el paciente menciona <i>“recuerdo que la otra psicóloga habló de eso pero creo que por mi dolor no escuché bien, ahora si entiendo que con esa técnica voy a dejar atrás lo que está pasando aquí y me concentraré en mí”</i>.</p> <p>Después del ejercicio de imaginación guiada, el paciente menciona <i>“me quitó una carga de encima, todas mis preocupaciones se quedaron guardadas en esa cabaña” “me siento más tranquilo ahora y por lo que venga adelante, porque ya sé como alejarme de todo, además de que continuaré con los ejercicios de respiración, porque me han ayudado, hasta la señorita de al lado me dice que he mejorado, que ya no me quejo tanto”, “ahora ya sé que objetivos tengo, el primero es ya no desesperarme tanto, el segundo es darle tiempo al proceso de aquí” “ahora entendí que depender de mis familiares es algo que tengo que vivir por el momento, pero que ellos no me van a juzgar, lo hacen porque me quieren”</i>.</p> <p>Después del ejercicio el paciente refiere un EVA de dolor 1/10 y ERA de ansiedad 1/10.</p>

	<p>sesión anterior, el ejercicio consistió en que el paciente fuera a “la casa del bosque”. Se recomendó realizar este ejercicio dos veces por día y ante situaciones similares.</p>	
Cuarta sesión Martes 24 de enero / Hospitalización		
<p>Entrevista conductual Balance decisional Entrenamiento en habilidades sociales (asertividad) EVA de dolor 5/10 ERA de ansiedad 4/10 ERA de tristeza 0/10</p>	<p>Durante el pase de visita del servicio, el paciente menciona la posibilidad de una alta voluntaria. El paciente menciona “desde el 19 de enero me cambiaron para Ortopedia y no me vienen a ver los médicos, sólo me piden estudios y estudios pero no me vienen a revisar”, “mi esposa ya habló con su jefe (Subdirector del Hospital General de la Villa) y le comentó que ya es mucho tiempo para que no me vean, si es que me van a operar yo ya tendría que haber salido de aquí”, “no entiendo muy bien que pasó, esto me tomó de sorpresa”, “yo ahorita no puedo hacer nada, más que obedecer a mi esposa”, “mi esposa va a exigir los estudios que ya se pagaron para trasladarme a otro hospital”. Ante probable alta voluntaria propuesta por familiar (esposa), se realiza ejercicio de balance decisional con el objetivo de tomar una decisión informada (evaluar las diferentes opciones con las que cuenta el paciente para atenderse). Durante el balance decisional se observó que el paciente no tenía la información necesaria para tomar una decisión, además que no contaba con las habilidades de comunicación necesarias para poder hacer preguntas con el personal de Ortopedia. Al finalizar el ejercicio de balance decisional llegó la esposa del paciente, al entrevistarla, ella menciona “no sé porqué no han atendido a mi esposo, hoy iré a hablar con el Jefe de Ortopedia para aclarar las cosas pero si no me hace caso gritaré para que me escuchen y si no lo hacen mañana comienzo con el trámite del alta de mi esposo, al cabo ya lo están esperando en el Hospital de la Villa” (Sic. Fam.). Ante queja de la familiar y falta de comunicación del paciente con personal médico de Ortopedia se realiza ejercicio de habilidades de comunicación asertiva tanto con el paciente como con la familiar para resolver dudas con</p>	<p>Al hacer la lista de ventajas que tendría el cambiarse de hospital el paciente menciona “me van a atender más rápido, ya que el jefe de mi esposa trabaja en ese hospital”, esta fue la única ventaja que el paciente pudo obtener. Al hacer el listado de desventajas que tendría el cambiarse de hospital el paciente menciona “tendrían que volver a hacer estudios”, “creo que sería más tiempo, porque como sea aquí ya está avanzado el protocolo”, “no sé si voy a tener una cama disponible para mí”, “no sé si hay ortopedista allá”, “ahora que me doy cuenta no sé muchas cosas” Tanto el paciente como la familiar mencionan que necesitan más información para tomar la decisión de solicitar el alta voluntaria. Después de elaborar la lista de preguntas el paciente menciona “creo que no tengo la suficiente información para irme al otro hospital, entonces cuando vea al médico le haré estas preguntas y otras que se me ocurran pero de manera tranquila”. La familiar menciona “también sé que no tengo la información requerida, iré a preguntar, ya no gritaré, pero si no vienen a revisar a mi esposo si me lo llevaré a la Villa (Hospital General “La Villa”)”.</p> <p>EVA de dolor 5/10 ERA de ansiedad 4/10</p>

	personal médico (realizan preguntas para hacerlas a los médicos).	
Quinta sesión Miércoles 25 de enero / Hospitalización		
<p>Entrevista conductual Balance decisional Entrenamiento en habilidades sociales (asertividad) EVA de dolor 7/10 ERA de ansiedad 5/10 debido a qué no sabe si se quedará en el HJM. ERA de tristeza 2/10 debido a la decisión tomada por su esposa.</p>	<p>Se realiza entrevista para conocer la decisión que tomaron respecto a la probable alta voluntaria; el paciente menciona “ya hablamos con el médico de Ortopedia y nos dijo que en ésta semana ya me operan, pero mi esposa está viendo que pasa con el otro Hospital”, “el médico nos dijo que no venían porque estoy en otro piso y luego se les olvida pasar, pero que ahora seré de los primeros en el censo”, “no puedo hacer más que los ejercicios que me dijiste para estar tranquilo, poner de mi parte para que salga rápido, pero mi esposa es la que decide porque es ella la que está pagando la mayor parte de mis estudios y días de hospitalización”.</p> <p>Durante la entrevista se detecta déficit para la toma de decisiones, por ejemplo “no puedo hacer nada más que obedecer lo que me diga mi esposa, ella es la que me está apoyando”, “yo estoy aquí pero los que están decidiendo son mis familiares, porque ellos son los que me cuidan y pagan”, “esto depende de terceras personas”. Por lo tanto se continúa ejercicio de balance decisional, encontrando como nueva ventaja la atención especializada que recibe actualmente en el HJM a diferencia de la atención que recibió en el Hospital General y la atención que podría recibir en el Hospital General de la Villa.</p> <p>Se recalca la importancia de tomar un papel activo en la toma de decisiones identificando ejemplos de cómo él lo hace en su vida cotidiana y laboral. Además de que se realiza ejercicio de comunicación asertiva para que el paciente pueda expresar su opinión respecto a su atención médica.</p>	<p>Al finalizar el ejercicio, Diego menciona “considero que la toma de decisiones es algo importante, que no tengo que tomarlas a la ligera”, “trataré de solucionar todas mis dudas antes de decidir algo, y no solo aquí sino también en mi casa”, “con los ejemplos que vimos ahorita acerca de cómo tomar decisiones me sirvieron para darme cuenta de que yo también puedo opinar, estamos hablando de mi salud”, “pero lamentablemente ahorita la decisión ya está tomada, y eso me entristece porque no la tomamos los dos (esposa y paciente), pero de aquí en adelante tomaré una posición activa en la toma de decisiones”.</p> <p>EVA de dolor 7/10 ERA de ansiedad 4/10 ERA de tristeza 2/10</p>

Sexta sesión Viernes 27 de enero / Hospitalización				
<p>Entrevista conductual Psicoeducación y entrenamiento en solución de problemas (búsqueda de alternativas, balance decisional) EVA de dolor 3/10 ERA de ansiedad 2/10 ERA de tristeza 0/10</p>	<p>En el pase de visita observamos que el paciente aún estaba en el Hospital, por lo tanto se indago estado de ánimo del paciente y continuar con evaluación. El paciente refiere sentirse más tranquilo ya que no se irá de alta, “ya no estoy preocupado por qué va a pasar conmigo, al parecer toda va mejor, ya el médico me viene a ver en la mañana y en la tarde y me atienden bien”.</p> <p>Dando continuidad a la sesión anterior, se realizó psicoeducación y entrenamiento en solución de problemas. Comenzó con una serie de ejemplos de cómo soluciona problemas de la vida diaria el paciente (relacionadas con su trabajo, casa y familia), posteriormente se realizó el entrenamiento -> Identificar un problema -> generar alternativas de solución -> ver de esas alternativas cuáles son convenientes y cuáles no.</p>		<p>Los problemas que el paciente propuso fueron: el menú del fin de semana, mezclas de color para barnizar, bajar de peso y hablar con su hija respecto al cuidado de su nieto. Al inicio del ejercicio de solución de problemas el paciente tenía dificultades para crear alternativas de solución, sin embargo, al paso de los ejemplos, el paciente pudo realizar el ejercicio sin mayor complicación (generaba mínimo 4 posibles soluciones). El paciente menciona “nunca me había puesto a pensar en todo esto, y es muy útil para decidir de una manera informada”, “si no fue buena decisión no hay problema porque ya sé cómo ver más allá de mi primer solución que no siempre es la correcta”.</p> <p>EVA de dolor 2/10 ERA de ansiedad 1/10</p> <p style="text-align: right;">*Familiares (hijo y sobrina) mencionan que el paciente no ha comido bien los últimos días.</p>	
Monitoreo de estado de ánimo y percepción de dolor				
30-01-17 Hospitalización	02-02-17 Hospitalización	21-02-17 Consulta Externa	01-03-17 Vía telefónica	30-03-17 Vía telefónica
<p>EVA de dolor 0/10 sin dolor aparente ERA ansiedad 0/10 ERA de tristeza 0/10</p>	<p>EVA de dolor 0/10 sin dolor aparente ERA ansiedad 2/10 ERA de tristeza 0/10</p> <p>*Rescates de morfina ½ tableta máximo 2 al día</p>	<p>EVA de dolor 4/10 ERA ansiedad 1/10 ERA de tristeza 0/10</p>	<p>EVA de dolor sin movimiento 0/10 al hacer movimiento 3/10. ERA ansiedad 0/10 ERA de tristeza 0/10</p>	<p>EVA de dolor sin movimiento 0/10 al hacer movimiento 3/10. ERA ansiedad 0/10 ERA de tristeza 0/10</p>

16. Resultados

- El trabajo psicológico realizado hasta el momento con Diego, ha sido satisfactorio debido a la adherencia al tratamiento médico y psicológico del paciente. En la Figura 2 se muestra los niveles de percepción de dolor y en la Figura 3 y 4 se muestran los niveles de ansiedad y depresión.

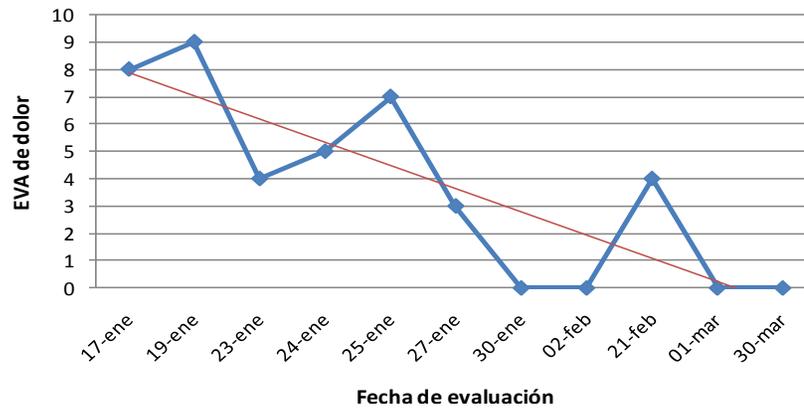


Figura 2. Percepción de dolor del paciente.

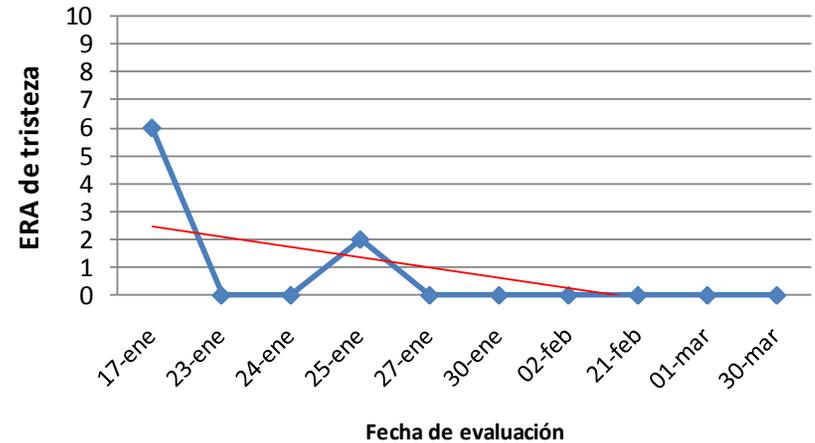
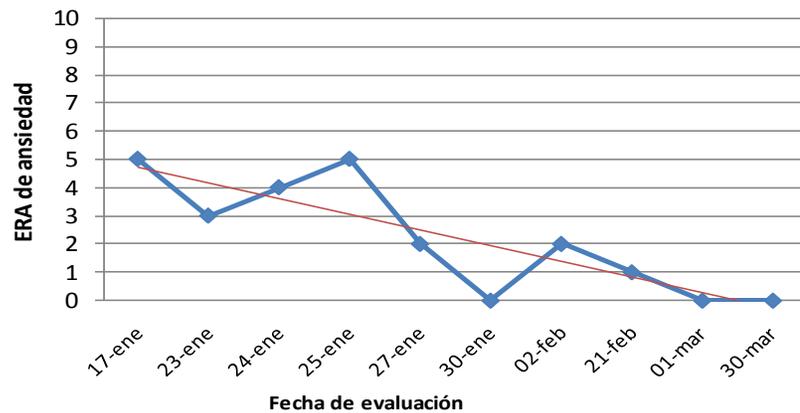


Figura 4. Percepción de tristeza del paciente.

Como se puede observar en las Figuras 2, 3 y 4, los niveles de percepción de dolor y sintomatología mixta han decrementado y se han mantenido en niveles bajos.

El paciente menciona que sigue empleando las técnicas de relajación para controlar su dolor y en dos ocasiones uso la técnica de solución de problemas y comunicación asertiva para enfrentar problemas familiares y por consecuente no incrementaron sus niveles de ansiedad.

Los familiares de Diego (hijo y sobrina) mencionan que lo han visto hacer ejercicios de relajación en lugar de tomar rescates de morfina, “ya puede controlar el dolor, sin necesidad de estar con más medicamento” (Sic. Fam.), además que han reforzado la mejoría del estado de salud de Diego.

17. Conclusiones

El caso se encuentra en curso, sin embargo para fines de esta presentación sólo se describe el trabajo psicológico para la sintomatología ansiosa y percepción de dolor. Se retoman mediciones de ERA de ansiedad y tristeza, así como, EVA de dolor que el paciente ha referido durante sesiones posteriores a las mencionadas en el caso.

En este caso se puede observar como el apoyo familiar que ha recibido este paciente, tanto instrumental, emocional y económico ha sido de vital importancia para la recuperación del paciente, esto se puede deber a que el apoyo social es un factor de protección para todos los individuos, en especial el apoyo social percibido como funcional, se asocia con los niveles de salud y bienestar resultando en una alta satisfacción en la vida durante el curso de enfermedades crónicas (Castro, Campero & Hernández, 1997; Pérez-García, Oliván & Bower, 2013).

Algunos aspectos que se consideraron durante el abordaje de este caso son:

- Debido a que la situación médica del paciente era poco común (fiebres e inmovilización), no se sabía que rumbo iban a tomar los protocolos médicos (estudios), lo cuál dificultó la toma de decisión sobre qué técnicas emplear con el paciente.
- Aunque el paciente refirió que posee la habilidad para generar alternativas de solución ante problemas de la vida cotidiana, se encontró incapaz de decidir ante la condición médica, ya que, se presentó de manera inesperada y súbita (inmovilización y pérdida de FM en miembros pélvicos) y por tanto delegó la decisión de su probable alta voluntaria a su familia. Este tipo de situaciones son características de pacientes con enfermedades médicas, pues como indican Nezu, Nezu y D’Zurilla (2014)

la relación que existe entre éstas y las respuestas ansiosas y depresivas se asocian con estrategias ineficaces de solución al problema.

- La coexistencia entre sintomatología ansiosa y depresiva que influyen en la exacerbación de percepción de dolor.
- El déficit de información aunado a la creencia generalizada de “el que paga manda” también contribuyeron para que el paciente delegara la toma de decisiones y no preguntara sus dudas al personal médico.
- Usar estrategias que el paciente ya tiene en su repertorio conductual (mirar un punto fijo durante la RM) permitió disminuir niveles de ansiedad y de dolor.
- El trabajo multidisciplinario (tanto médico como psicológico) permitió que el paciente se adaptará a su condición hospitalaria.

Áreas de oportunidad:

- La información de este caso pudo verse complementado con datos obtenidos en la aplicación de inventarios, tales como Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck y/o HADS, previos a la intervención y posterior a ella.
- Documentarse más sobre técnicas de intervención psicológica, así como de técnicas de rehabilitación física.

18. Referencias

- Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-435.
- Pérez-García, A.M., Oliván, S. & Bover, R. (2013). Life satisfaction, depressive symptoms and perceived social support in heart failure patients. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(2), 93-105.
- Nezu, A., Nezu, C. y D’Zurilla, T. (2014). *Terapia de solución de problemas. Manual de tratamiento*. España: Desclée de Brouwer.

Anexo 2: Caso de paciente con Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica, agudo

1. Ficha de identificación

Nombre: Alan
 Sexo: Masculino
 Edad: 12 años
 Estado civil: Soltero
 Escolaridad: 6° Primaria
 Ocupación: Estudiante
 Originario y residente: Estado de México
 Religión: Cristiana
 Diagnóstico Médico: Meduloblastoma

2. Selección del caso

El presente caso es catalogado como caso difícil ya que debido a que el control del dolor resultó complicado, tanto con fármacos como con intervención psicológica. La presentación del siguiente caso tiene por objetivo mostrar las dificultades (dolor crónico, ansiedad y pérdida de visión) en el proceso de adaptación a la enfermedad en éste paciente.

Motivo de consulta

El 28 de abril de 2017 se realiza valoración psicológica como parte de la rutina del servicio de Medicina Conductual/Clínica del Dolor. Alan está en su 23° día de estancia intrahospitalaria, refiere dolor incidental de tipo punzante y opresivo con un ENA 8/10, localizado en la cabeza (área occipital), debido a fenestración de quiste por abordaje supraorbitario transiliar (07/04/17). Menciona sentirse “*tranquilo*” sin embargo, durante la entrevista Alan presenta sintomatología ansiosa ante episodio de dolor, caracterizada por gritos, llanto, respiración agitada y sudoración; él menciona “*ya no quiero sentir dolor*”, “*me dijeron que ya no me iba a doler*” (sic. pac.).

4. Antecedentes

4.1 Heredofamiliares

Abuela materna diabética.

4.3 Personales no patológicos

Habita en casa propia, construida a base de materiales perdurables, con todos los servicios intra y extra domiciliarios de urbanización.

Higiene: Adecuada con baño y cambio de ropa diarios.

Alimentación: Regular en cantidad y calidad.

Toxicomanías: Interrogadas y negadas.

4.3 Personales patológicos

Infecto-contagiosas: Interrogados y negados.

Quirúrgicos: Interrogados y negados.

Transfusionales: Interrogados y negados.

Crónico-degenerativos: Interrogados y negados.

Traumatológicos: Interrogados y negados

Alérgicos: Interrogados y negados

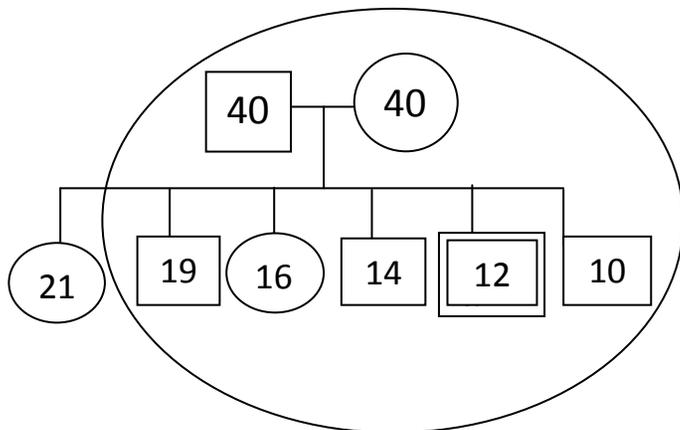
4.4 Psicológicos patológicos

Alan niega atención psicológica y psiquiátrica previa a su hospitalización.

5. Dinámica familiar

El paciente refiere tener buena relación familiar, actualmente vive con sus padres y cuatro hermanos, sin embargo, Alan tiene una relación más estrecha con su hermana de 16 años (Ana). Los padres de Alan refieren que como familia tienen comunicación funcional. El padre de Alan es campesino y es quién solventa los gastos del hogar. Durante la EIH de Alan, la hermana mayor (21 años) es quien cuida a sus cuatro hermanos, ya que sus padres son los cuidadores primarios de Alan en el Hospital.

5.1 Familiograma



6. Historia del problema

6.1 Médico

El padecimiento de Alan inició el 01/02/17 con presencia de náuseas y vómito, además de presentar cefalea holocraneana de intensidad ERA 3/10, comenzó la pérdida de agudeza visual en el transcurso de una semana; por lo tanto, es llevado a urgencias del Hospital Juárez de México donde se realizan estudios de imagen donde se diagnóstica neurocisticercosis, como tratamiento se proporciona Albendazol por 28 días y Prednisona por 15 días. En casa, Alan continúa con pérdida de agudeza visual, por lo tanto, el 06/04/17 asisten al HJM y es hospitalizado por el servicio de Neurocirugía; se realiza toma biopsia de aracnoides donde diagnóstica aracnoiditis optoquiásmática, encontrando aracnoides que infiltra ambos nervios ópticos. El 07/04/17 se realiza cirugía de Fenestración de quiste por abordaje supraorbitario transcliliar, como consecuencia del procedimiento, Alan pierde la visión total. El 13/04/17 es transferido al servicio de Infectología pediátrica del HJM por datos de Pb.Meningitis + Pb. Tuberculoma + PO de aracnoiditis optoquiásmática. El 27/04/17 se realiza interconsulta a Clínica del Dolor quienes inician tratamiento con Buprenorfina 80 Mcg en 100 cc NaCl 0.9% para 24 horas + Paracetamol 450mg IV cada 8 horas. El 30/04/17, Infectología realiza estudio de imagen donde se aprecia tumoración en occipital por lo tanto pasa a quirófano donde se toma biopsia de lesión y punción lumbar con reporte por patología compatible con meduloblastoma, por lo tanto pasa al servicio de Oncología pediátrica y se realiza biopsia de corteza cerebelosa el día 26/04/17, los resultados de esta se obtienen el 04/05/17 donde muestra neoplasia maligna de aspecto embrionario que favorece meduloblastoma (Grado IV). El 06/05/17 Alan inicia con hidrocefalia comunicante por lo tanto el 10/05/17 Alan pasa a colocación de válvula ventrículo peritoneal. Posteriormente el 12/05/17 se confirma el diagnóstico de Meduloblastoma y se informa a los familiares. El 13/05/17 Alan inicia tratamiento con quimioterapia (Carboplatino, VP16, e Ifosfamida) sin eventualidades. El 20/05/17 Alan es dado de alta por el servicio de Clínica del Dolor con tratamiento de dolor controlado por

servicio de Oncología pediátrica. El 22/05/17 Alan es dado de alta del HJM. El segundo ciclo de quimioterapia inició el 09/06/17 y terminó el 15/06/17.

6.2 Psicológico

El 28 de abril de 2017, se realiza valoración psicológica por el servicio de Medicina Conductual de Clínica del Dolor. Alan refiere sentirse *“tranquilo”* sin embargo, al interrogatorio presenta sintomatología ansiosa caracterizada por gritos, llanto, respiración agitada y sudoración ante episodio de dolor, él menciona *“ya no quiero sentir dolor”, “me dijeron que ya no me iba a doler”* (sic. pac.).

8. Padecimiento actual

Alan refiere que el 01 de febrero de 2017 comenzó con dolor de cabeza, náuseas y vómito, y que posterior a estos síntomas comenzó a perder visión periférica, el paciente refiere *“yo veía solo al frente a los lados ya no, pero pensé que era por el vomito y dolor de cabeza”* (sic. pac.). A pesar de los medicamentos que le recetaron en el HJM, Alan continúa con la pérdida de agudeza visual, por lo tanto, el 06/04/17 asiste al HJM y es hospitalizado por el servicio de Neurocirugía; se realiza toma biopsia de aracnoides donde diagnóstica aracnoiditis optoquiasmática, encontrando aracnoides que infiltra ambos nervios ópticos. Los médicos hablan de los costos y beneficios de realizar Fenestración de quiste por abordaje supraorbitario transiliar (aracnoiditis optoquiasmática), a lo que Alan comenta *“no importa que me quede sin ver, mientras me quiten el dolor de mi cabeza y el vómito está bien”* (sic. pac.). Posteriormente el 07/04/17 se realiza la cirugía y Alan pierde por completo la visión. El 27 de abril de 2017 se realiza interconsulta a Clínica del Dolor debido a que no se puede controlar el dolor del paciente con el medicamento disponible en el servicio tratante. El 28 de abril de 2017 la médico conductual del servicio de Clínica del Dolor realiza valoración inicial del paciente quien refiere dolor incidental de tipo punzante y opresivo con un ENA 8/10, localizado en la cabeza, debido a PO aracnoiditis optoquiasmática (07/04/17). Alan menciona sentirse *“tranquilo”*

sin embargo durante la entrevista Alan presenta sintomatología ansiosa ante episodio de dolor, él menciona *“ya no quiero sentir dolor”, “me dijeron que ya no me iba a doler”* (sic. pac.).

8. Impresión y actitud general

Paciente masculino de complejión ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acorde al contexto hospitalario. Presenta facie ansiosa, muestra llanto contingente a la percepción de dolor. Se muestra cooperador a la entrevista sin presencia de dolor.

15. Examen mental

Paciente masculino de edad aparente menor a la cronológica. Orientado en tres esferas (T-E-P). Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y fluido. Pensamiento concreto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente inteligencia por debajo del promedio. Afecto lábil. Con noción de enfermedad.

9.1 Factores psicológicos complementarios

Locus de control externo. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo evitativo. Redes de apoyo valoradas y percibidas como existentes y funcionales de tipo instrumental, emocional, informativo y económico.

16. Personalidad previa

Alan se define como *“soy un niño alegre que le gusta jugar, correr, ver películas de sustos aunque me dan miedo”* (Sic. Pac.). La familiar (madre) de Alan lo define como *“un niño fuerte que ha demostrado las ganas de vivir, como familia nos ha enseñado a luchar”* (Sic. Fam.)

17. Selección y aplicación de técnicas de evaluación.

- Entrevista conductual.
- Observación clínica.
- Escala Numérica Análoga de dolor, ansiedad y tristeza (ENA).

18. Descripción de conductas problema

A nivel motor: ante presencia de dolor exacerbado gritos, evita mover su cabeza, estar acostado de lado izquierdo en posición fetal y morder su labio inferior.

A nivel cognitivo por pensamientos relacionados con la no mejoría del estado de salud *“los médicos me dijeron que si me operaba se me iba a quitar el dolor, y ahora tengo más”, “ya me quiero ir, quiero ver a mis hermanos”, “no puedo quitarme el dolor, por eso mejor me duermo”, “ya me quiero ir, porque aquí no me quitan el dolor”* (sic. pac.).

A nivel fisiológico: respiración agitada, taquicardia, llanto, percepción de dolor, sudoración en la frente.

12.2 Análisis de conductas problema

Estímulos (2)	Organismo (4)	Respuestas (1)	Consecuencias (3)
<p>Estímulos externos Revisión de cicatrización de la Cx (localización: nuca) Curaciones en herida quirúrgica Cambio de sábanas de la cama (cambio de posición del paciente)</p> <p>Estímulos internos Pensar que las intervenciones médicas no fueron útiles Pensar en que el dolor incrementó en intensidad Percepción de dolor</p> <p>Historia contemporánea Cx aracnoiditis optoquiasmática (07.04.17) Le mencionan a Alan que después de la Cx perderá la vista pero disminuirán los síntomas previos (cefalea, vómito y náuseas)</p>	<p>Biológico Masculino de 12 años de edad, con Diagnóstico de Meduloblastoma</p> <p>Variables sociales/étnicas/culturales Religión cristiana “si Dios así lo quiso está bien”</p> <p>Historia de reforzamiento Locus de control externo</p>	<p>Conducta de interés “no puedo quitarme el dolor” Sintomatología ansiosa aunada a percepción de dolor</p> <p>Motoras Gritos Evita mover su cabeza Permanece acostado de lado izquierdo Muerde labio inferior</p> <p>Cognitivas Pensamientos recurrentes relacionados con la no mejoría del estado de salud “los médicos me dijeron que si me operaba se me iba a quitar el dolor, y ahora tengo más”. Pensamientos relacionados con la pérdida de control “no puedo quitarme el dolor, por eso mejor me duermo”</p> <p>Pensamientos recurrentes “ya me quiero ir, quiero ver a mis hermanos”, “ya me quiero ir, porque aquí no me quitan el dolor”.</p> <p>Fisiológicas Respiración agitada Taquicardia Llanto Percepción de dolor Sudoración en la frente</p>	<p>Inmediatas individuales internas Ansiedad Dolor</p> <p>Inmediatas individuales externas No mover hombros, cuello ni cabeza Dormir Hipervigilancia de dolor (cambio de posición)</p> <p>De otros Verbalizaciones por parte de familiar (madre) “mejor duérmete para que ya no te duela”, “no te muevas para que cierre rápido tu herida” (sic. fam.) Caricias en la espalda por parte de la madre de Alan</p>

12.2 Análisis Funcional

Paciente masculino de 12 años de edad, con diagnóstico médico de Meduloblastoma, quien en presencia de dolor muestra sintomatología ansiosa. Dicha situación se caracteriza a nivel motor por gritos, evita mover su cabeza, permanece acostado de lado izquierdo y muerde su labio inferior; a nivel cognitivo por pensamientos recurrentes relacionados con la no mejoría del dolor *“los médicos me dijeron que si me operaba se me iba a quitar el dolor, y ahora tengo más”*, pensamientos relacionados con la pérdida de control *“no puedo quitarme el dolor, por eso mejor me duermo”*, *“ya me quiero ir, quiero ver a mis hermanos”*, *“ya me quiero ir, porque aquí no me quitan el dolor”*; a nivel fisiológico por respiración agitada, taquicardia, llanto, dolor en región occipital y sudoración en la frente (**R**). Dichas respuestas se presentan a partir del 07 de abril de 2017, tras cirugía de aracnoiditis optoquiásmática con la cual se espera remisión de síntomas previos (cefalea, vómito y náuseas). Sin embargo el dolor no disminuye provocando en Alan respuestas de ansiedad y pérdida de la sensación del control del mismo, generando poca satisfacción ante el trabajo médico. Las situaciones externas que favorecen la presencia de dolor son: revisiones médicas de la cicatrización, curaciones en herida quirúrgica o cambio de posición por aseo de la cama. Algunos estímulos internos que propicien la respuesta ansiosa de Alan son de tipo cognitivo (pensar que las intervenciones médicas no fueron útiles y que el dolor incrementó) y de tipo fisiológico (dolor) (**E**). Esto se encuentra probablemente mantenido porque Alan se muestra hipervigilante a las situaciones que favorezcan el aumento de percepción de dolor, que a su vez incrementan su nivel de ansiedad; como consecuencia, el paciente evita mover sus hombros, cuello y cabeza, si el dolor persiste él prefiere dormir; además que la familiar de Alan (madre), refuerza las respuestas evitativas ante el dolor del paciente con verbalizaciones tales como *“mejor duérmete para que ya no te duela”*, *“no te muevas para que cierre rápido tu herida”*, acompañadas de caricias en la espalda (**C**). Como variables mediadoras se encuentra que Alan tiene un

locus de control externo, y por lo tanto, percibe que no puede controlar su dolor ni ansiedad; por otra parte, Alan es de religión cristiana la cual le ha permitido adaptarse a la pérdida de su vista (*“si Dios así lo quiso, está bien”*) (**O**).

Dadas las condiciones en las que operan las respuestas de ansiedad de Alan aunadas a la presencia de dolor y considerando las variables que funcionan como mediadoras de la misma, se cree que si se emplean estrategias cognitivas conductuales disminuirán dichas respuestas.

12.3 Hipótesis funcional

Si se ofrece al paciente una intervención cognitivo-conductual basada en la técnica de psicoeducación, técnica de respiración diafragmática profunda y ejercicios de distracción cognitiva, entonces el paciente percibirá control sobre la presencia de dolor disminuyendo niveles de ansiedad.

19. Diagnostico DSM-IV- TR

Eje I: F45.4 Trastorno por dolor asociado a factores psicológicos y a enfermedad médica, agudo (307.89)

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico

Eje III: Meduloblastoma C71.6

Eje IV: Sin trastornos

Eje V: EEAG 80-71

13.1 Diagnostico DSM-5

“Diagnóstico principal” 308.82 [F45.1] Trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor, leve. Meduloblastoma, WHODAS 36(Versión 12 preguntas administrada por entrevistador)

20. Objetivos del tratamiento psicológico

14.1 General

Alan disminuirá sus respuestas de ansiedad a nivel fisiológico, conductual y cognitivo durante los episodios de dolor.

14.2 Especificos

* El paciente identificará la relación bidireccional entre la ansiedad y la percepción de dolor.

15. Descripción de las sesiones

* El paciente empleará respiración diafragmática profunda para disminuir su sintomatología ansiosa.

* El paciente empleará imaginación guiada ante las curaciones de la herida quirúrgica.

* El paciente creará cuentos a partir de frases incompletas para evitar poner atención en el dolor.

14.3 Selección de técnicas de intervención

* Psicoeducación.

*Respiración diafragmática profunda.

*Imaginación guiada.

* Distracción cognitiva: creación de cuentos/frases incompletas.

Técnicas de evaluación/Intervención	Procedimiento	Resultados
Primera sesión Viernes 28 de abril		
<p>Entrevista conductual Psicoeducación Entrenamiento en Respiración diafragmática profunda (modelamiento y moldeamiento) ENA de dolor 8/10 ENA de ansiedad 2/10 ENA de tristeza 0/10</p>	<p>Se realiza entrevista de primera vez con el objetivo de establecer componentes de relación y evaluar percepción de dolor y estado anímico del paciente. Durante la entrevista Alan menciona sentirse <i>“tranquilo”</i> sin embargo refiere <i>“cuando me duele mi cabeza no sé qué hacer, los medicamentos no me hacen”</i>, posteriormente, Alan comienza a mostrar sintomatología ansiosa (respiración agitada, sudoración en la frente) y muestra facie de dolor, al interrogar que había pasado, él contesta <i>“ya viene el dolor, me va a doler más mi cabeza”</i>, Alan comienza a llorar y a gritar de dolor.</p> <p>Se realiza ejercicio de respiración diafragmática con paciente y familiar (madre) para disminuir sintomatología ansiosa. Posterior a que la respuesta de ansiedad disminuye se realiza psicoeducación de los componentes emocionales del dolor y de la función de la respiración diafragmática profunda tanto con la madre como con Alan.</p> <p>Se realiza entrenamiento de respiración diafragmática, con moldeamiento para el paciente y modelamiento y moldeamiento con la madre del paciente.</p> <p>Se sugiere realizar este ejercicio de respiración cada que Alan sienta que el <i>“dolor va a llegar”</i>.</p>	<p>Al termino del ejercicio de respiración diafragmática profunda, Alan refiere ENA de dolor 5/10, ENA de ansiedad 2/10 y ENA de tristeza 0/10, menciona <i>“no sé qué pasó pero me senti menos mal”</i>, <i>“es fácil hacerlo”</i>.</p> <p>Después de la psicoeducación la familiar menciona <i>“no me había puesto a pensar en eso, que el dolor aumenta cuando estamos con otra emoción”</i>, <i>“trataré que Alan esté más tranquilo”</i>, <i>“de la respiración haré que haga el intento para que se calme más rápido”</i>.</p> <p>Al finalizar moldeamiento de respiración diafragmática con Alan, comenzó a percibir de nuevo dolor, menciona <i>“ya viene otra vez”</i>, por lo tanto se repite el ejercicio de respiración y Alan comenta <i>“si está pasando, ya vi como si se puede calmar”</i>.</p>
Segunda sesión Miércoles 03 de mayo		
<p>Entrevista conductual Entrenamiento en respiración diafragmática profunda Imaginación guiada ENA de dolor 5/10 ENA de ansiedad ante curación 6/10 ENA de tristeza 4/10</p>	<p>Se realizó entrevista conductual con el paciente para evaluar estado de ánimo del paciente y conocer si se habían continuado los ejercicios de respiración diafragmática. El paciente menciona <i>“ya no los he hecho tanto, es que no me quita el dolor”</i>, <i>“mi mamá me dice que mejor me duerma”</i>. Se realiza entrevista con familiar quien menciona <i>“no puedo hacer que siga con la respiración, le hablo pero él sigue llorando y ya mejor le digo que se duerma”</i>, <i>“se duerme llorando pero se queda sin dolor yo creo”</i>, por lo tanto se realiza entrenamiento en respiración diafragmática y se proporciona información respecto a la modulación de tono de voz que debe tener al momento de realizar el ejercicio de</p>	<p>Ante entrenamiento en respiración diafragmática, la familiar menciona <i>“espero que ahora si pueda hacerlo”</i>, <i>“intentaré hacerlo bien”</i>.</p> <p>Al finalizar ejercicio de imaginación guiada, Alan comenta <i>“me gustó mucho, fui con mi hermana Ana y jugamos un rato, ya sé cómo hacerle para verla”</i> refiere ENA de dolor 3/10. Alan menciona no haber sentido dolor durante la curación, por lo tanto se le explica el beneficio de la imaginación guiada a la madre y se le pide continuar con dicho ejercicio.</p> <p>Alan solicita hacer otro ejercicio de imaginación, en esta</p>

	<p>respiración con su hijo. Ante interrogatorio respecto a qué actividades Alan pudiera hacer para controlar su dolor, el menciona <i>“yo creo que trataré de respirar como me dijiste”, “pero también me gustaría que vinieran mis hermanos, bueno en especial Ana”,</i> al continuar con la entrevista, se detectó que Ana es la hermana con la que más está Alan y es quien lo cuida. Alan refiere tristeza (ENA 4/10). Posteriormente, se acercó la enfermera para realizar curación y Alan comenzó a sudar y a orientar el ruido causado por los zapatos de la enfermera al caminar, simultáneamente se realizó ejercicio de imaginación guiada. El ejercicio era guiado por situaciones y personas que él quería, en éste él estaba en su casa, jugando con su hermana Ana. Se dejó como tarea hacer este ejercicio por lo menos tres veces al día con ayuda de su familiar.</p>	<p>ocasión se realiza en conjunto con la familiar, sin embargo, Alan imaginó estar con zombies, y antes de terminar con el ejercicio él mencionó <i>“me está comenzando a doler más mi cabeza, estoy como en un 6 de dolor (ENA de dolor 6/10)”</i>, Por lo tanto se interrumpe ejercicio y se realiza respiración profunda, Alan refiere ENA de dolor 5/10, ENA de ansiedad 2/10 y ENA de tristeza 1/10.</p>
<p>Tercera sesión Lunes 08 de Mayo</p>		
<p>Entrevista conductual. Ejercicio de distracción cognitiva (realización de cuentos) ENA de dolor 5/10 ENA de ansiedad 3/10 ENA de tristeza 2/10</p>	<p>Se realizó entrevista conductual con el paciente para evaluar estado de ánimo y conocer si se habían continuado los ejercicios de respiración diafragmática e imaginación guiada. El paciente menciona <i>“yo he estado haciendo la respiración, mi mamá ya no me ayuda, pero cuando es fuerte el dolor no lo hago, no puedo”, “de la imaginación si lo he hecho pero luego no tengo con quién hacerlo o decirle lo que veo”</i>. Se otorga elogio verbal por realizar los ejercicios por sí solo. Durante la entrevista, Alan menciona que extraña a su hermana Ana por lo tanto se decide hacer un trato con Alan, el cual consistía en hacer cuentos (técnica de frases incompletas), él los iba a imaginar, mientras que la psicóloga, la familiar o el encargado del taller de lectura del HJM lo escribíamos para que se lo pudieran enseñar a Ana. Ante este trato, Alan se mostró muy emocionado y aceptó.</p>	<p>El elogio verbal si fue reforzante para Alan, por lo tanto se solicitó al encargado del taller de lecturas que lo proporcionará cada que Alan concluyera un cuento, y a la familiar cada que Alan intentará controlar su dolor. Al finalizar el ejercicio de distracción, Alan mencionó <i>“esto me gustó mucho, este cuento esta padre, se lo enseñaré a mis hermanos y a mis amigos de la escuela”</i> Después del ejercicio el paciente refiere un ENA de dolor 3/10 y ENA de ansiedad y tristeza 1/10. *Se decidió realizar actividad de distracción cognitiva con ayuda del encargado del taller de lectura debido a que en sesiones pasadas la familiar no realizaba las tareas encomendadas.</p>
<p>Cuarta sesión Lunes 15 de mayo</p>		
<p>Entrevista conductual Psicoeducación que incluye uso de metáfora</p>	<p>Se realizó entrevista conductual con el paciente para evaluar estado de ánimo y conocer si se habían continuado los ejercicios de respiración diafragmática y realización de</p>	<p>Después de la psicoeducación Alan menciona <i>“ahora entiendo él porque me da sueño, si están peleando dentro de mí para que me sienta mejor”, “es algo raro, pero</i></p>

<p>ENA de dolor 3/10 ENA de ansiedad 2/10 ENA de tristeza 0/10</p>	<p>cuentos. El paciente menciona “<i>me he sentido más tranquilo</i>”, “<i>si hemos hecho los cuentos Pablo y yo, luego los comparto con los otros niños que están aquí</i>”, “<i>al principio no tenía donde lo escribieran porque mis papás me decían que no habían hojas y mejor ellos se quedaban dormidos aunque yo les dijera que escribieran</i>”. Ante el ejercicio de respiración diafragmática, Alan menciona “<i>ya casi no lo hago porque ya no me duele mucho</i>”, “<i>pero cuando siento que viene lo hago</i>”. Durante la entrevista el paciente menciona que no sabe que es el nuevo medicamento que le están poniendo, pero que a veces lo marea y le da mucho sueño (haciendo referencia al primer ciclo de quimioterapia). Se proporciona psicoeducación mediante el uso de metáfora sobre un “Medicamento X” que era como las plantas que matan a los zombies (juego Plantas vs Zombies) y que le ayudarían a sentirse mejor después de un tiempo pero que por el momento le provocaba algunos malestares.</p> <p>*El 12 de Mayo les dan el Dx de Meduloblastoma. El paciente está bajo conspiración del silencio, ya que no le han dicho que su diagnóstico es cáncer ni que el tratamiento que tiene es quimioterapia, previo a esta sesión se proporcionó psicoeducación a los familiares (padres) de Alan respecto a conspiración del silencio, sin embargo ellos mencionan que le dirían todo cuando ellos creyeran que era necesario.</p>		<p>ahora haré un cuento de esto”.</p> <p>Se retoma el tema de conspiración del silencio con la madre de Alan y ella menciona “<i>aun no estamos listos para decirle que tiene cáncer, sé que responderá bien porque así paso con lo de su vista pero quiero hacerlo con todos mis hijos</i>”.</p> <p>ENA de dolor 2/10 ENA de ansiedad 0/10 ENA de tristeza 0/10</p> <p>*A partir de este día el servicio de Salud mental retoma el caso de Alan, sin embargo se continúa con monitoreo.</p>	
<p style="text-align: center;">Monitoreo diario</p>				
<p>Martes 16 de mayo</p>	<p>Miércoles 17 de mayo</p>	<p>Jueves 18 de mayo</p>	<p>Viernes 19 de mayo</p>	<p>Sábado 20 de mayo</p>
<p>ENA Dolor 3/10 ENA Ansiedad 1/10</p>	<p>ENA Dolor 6/10 ENA Ansiedad 3/10</p>	<p>ENA Dolor 6/10 ENA Ansiedad 3/10</p>	<p>ENA Dolor 7/10 ENA Ansiedad 5/10</p>	<p>ENA Dolor 3/10 *Residente de Clínica del Dolor *Pb. Alta el próximo lunes</p>

16. Resultados

El trabajo psicológico realizado con Alan puede categorizarse como funcional debido a que se logró que el paciente tuviera mayor sensación de control ante la presencia de dolor “*ahora sé que si puedo hacer algo para que cuando sienta que viene el dolor se vaya, puedo hacer respiración o imaginar cosas*” (está verbalización la realizó durante un monitoreo el día 19 de Mayo de 2017). Sin embargo, el cambio también pudo haberse dado por la mejoría del estado de salud de Alan, es decir, disminución de hidrocefalia y por el tratamiento proporcionado por Clínica de Dolor y por la QT.

En la Tabla 1 se muestra la semiología del dolor referido por Alan durante las sesiones de intervención realizadas durante el periodo que estuvo bajo la atención del residente de Medicina Conductual de la Clínica del Dolor.

Como se puede ver en la Tabla 1, el tratamiento farmacológico aunado al entrenamiento psicológico con estrategias cognitivo conductuales permitió al paciente funcionar de mejor manera en su EIH lo que permite afirmar que el trabajo multidisciplinario es necesario para estos casos. Pese a la colocación de válvula ventrículo peritoneal para control de hidrocefalia, el dolor se mantenía, por lo que fue necesario aumentar la dosis de Buprenorfina para aminorarlo.

En la Tabla 2 se muestran los puntajes de ENA de dolor ansiedad y tristeza, previos y posteriores a las intervenciones realizadas por la Médico Conductual

Tabla 1. Semiología del dolor

Fecha	Tipo de dolor	Ubicación del dolor	EN A	Desencadenantes	Atenuantes	Medicamentos	Rescates
28/04/17	Punzante y opresivo	Herida quirúrgica (nuca) Cuello, hombros y cabeza	8/10	Movimiento Curaciones y revisiones de la herida quirúrgica	Dormir	Buprenorfina 200 Mcg en 100 cc de Na Cl 0.9 % p/24 hrs. Paracetamol 450 mg IV c/8 hrs.	
03/05/17			5/10		Dormir Medicamentos Ejercicios de respiración	Clonazepam 3 gotas c/24 hrs (noche) Buprenorfina 200 Mgr + Dexmedetomidina 70 Mgr aforados en 100 cc de Na Cl 0.9% p/24 hrs. Paracetamol 450 mg IV c/8 hrs.	
08/05/17			5/10	Hidrocefalia		Clonazepam 3 gotas c/24 hrs (noche) Buprenorfina 300 Mgr + Dexmedetomidina 70 Mgr aforados en 100 cc de Na Cl 0.9% p/24 hrs.	
15/05/17			3/10	Movimiento Válvula ventrículo peritoneal	Medicamentos Distracción cognitiva (elaboración de historias)	Buprenorfina 300 Mgr + Dexmedetomidina 70 Mgr + Metamizol 1.5 gr aforados en 50 cc de Na Cl 0.9% p/24 hrs. Clonazepam 3 gotas c/24 hrs (noche). Paracetamol 400 mg IV c/8 hrs.	

Tabla 2. Pre-test y Post-test de ENA's de dolor, ansiedad y tristeza.

Sesión	Pre-test			Post-test		
	ENA Dolor	ENA Ansiedad	ENA Tristeza	ENA Dolor	ENA Ansiedad	ENA Tristeza
28/04/2017	8/10	2/10	0/10	5/10	2/10	0/10
03/05/2017	5/10	6/10	4/10	5/10	2/10	1/10
08/05/2017	5/10	3/10	2/10	3/10	1/10	1/10
15/05/2017	3/10	2/10	0/10	2/10	0/10	0/10

Como se puede observar en la Tabla 2, cuando aumenta la percepción de dolor aumenta la ansiedad por lo tanto se puede decir que son variables covariantes.

Alan realizó un total de 7 cuentos con ayuda de la médico conductual y el encargado del Taller de Lectura del HJM (ver Anexos). Alan al ser transferido al servicio de Oncología pediátrica, recibió atención por el sericio de psicooncología pediátrica, sin embargo no se dio continuidad a las técnicas empleadas anteriormente, la intervención que tendría es a base de mini-talleres.

17. Conclusiones

Ante el último internamiento (del 09/06/17 al 15/06/17) Alan recibió el segundo ciclo de quimioterapia, sin embargo no se realizó interconsulta a Clínica del Dolor ya que no hubieron eventualidades. Por otra parte, se prevee que dadas las condiciones físicas de Alan (talla y peso menores y Pb. de hidrocefalia), es probable que se interconsulte a Clínica del Dolor, por lo tanto se deben realizar propuestas de intervención para control de dolor.

Algunos aspectos que se consideraron durante el abordaje de este caso son:

- La relación covariante entre percepción de dolor y ansiedad que mostraba Alan.
- La falta de compromiso por parte de familiar del Alan para realizar ejercicios que disminuyeran sintomatología ansiosa y control del dolor.
- El trabajo en conjunto con el Taller de lecturas permitió que se realizarán los ejercicios de distracción cognitiva y el establecimiento de componentesde relación con otros pacientes de pediatría.
- Las metáforas como herremienta terapeutica, es de utilidad ya que a través de ella se envía un mensaje sin decirlo de manera literal, sin embargo el mensaje llega al paciente mediante el lenguaje percibido, ocasionando en él

posibles cambios actitudinales y/o de conducta. Como ventaja, la metáfora fomenta que el cliente capte por sí mismo el sentido del mensaje y que obtenga sus propias conclusiones (Centeno, 2003).

- La realización de cuentos ayudó al establecimiento de componentes de relación entre el médico conductual y el paciente.

Areas de oportunidad:

- Este caso pudo haberse complementado con mediciones objetivas, por ejemplo escalas conductuales para medir dolor (*e.g.* Escala de Andersen), sin embargo, al estar hospitalizado por el servicio de Infectología pediátrica no se podía ingresar hojas de papel, por lo tanto se decidió retomar las mediciones de ENA.

-Se encontraron dificultades para implementar técnicas que disminuyeran la percepción de dolor, ya que Alan contaba con lesión cerebelosa que provocaba mareo ante ciertos estímulos.

- Hacer que la creación de cuentos o mini historias sea una herramienta terapéutica. En este caso, solo se realizaron cuentos como una estrategia de distracción, sin embargo, desde la terapia narrativa, se pudo emplear el cuento de tal manera que no sólo se cuente una historia sino que al mismo tiempo mediante el lenguaje indirecto, se desprenda la búsqueda de significados relevantes para el paciente como lo que significa tener cáncer y su tratamiento, y aprovechar este medio para que el paciente elija que personaje quiere ser o a cual parecerse, para resolver conflictos internos de modo sutil, sencillo y no amenazante, con ayuda de la fantasía y metáforas (Sarabia, 2012).

Comentarios finales:

- Antes de ejecutar una actividad con pacientes pediatricos, hay que considerar la etapa de desarrollo de éstos por medio de una entrevista que incluya gustos, disgustos y actividades placenteras para ellos. En este caso a

pesar de que Alan tenía 12 años, su pensamiento y nivel de desarrollo era de un niño de menor edad (9 años aproximadamente), además durante la entrevista se detectó que le agradaban las historias de terror, en especial de zombies; por tal motivo se decidió implementar la estrategia de crear historias

-En algunas ocasiones no se tiene el apoyo necesario para implementar actividades creativas con fines terapéuticos, como se pudo ver en esta presentación de caso los cuidadores primarios de Alan no seguían las indicaciones otorgadas por la residente de medicina conductual, lo cual dificultó la realización de los ejercicios.

ANEXOS

Cuento 1

Había una vez un ratoncito que era muy chiquito y le gustaba el queso, pasaba corriendo por la cocina para buscar más queso. Él con su familia

vivían en el agujero de la pared, tenía a su mamá y a sus hermanos, pero él era el más rápido y era el encargado de ir por el queso. Su hermano mayor era el que veía cuando se iban las personas para que el ratoncito fuera por el queso. Pasaron días y el hermano le dijo al ratoncito que ya se habían ido las personas, entonces el ratoncito salió corriendo por el queso y se lo comieron en familia.

Fin.

Cuento 4

Había una vez una niña que le gustaba jugar en el parque con su hermano. Se iban a jugar al sube y baja y a los columpios. Se divertían mucho en el parque. Llegaron sus amigos y seguían jugando todos a las escondidas, la niña era la que encontraba más rápido. Y así todos eran muy felices y colorín colorado este cuento se ha terminado.

Glosario

Aracnoiditis optoquiasmática: es un proceso inflamatorio, (meningitis) que afecta a la cisterna optoquiasmática, situada por debajo del quiasma. Etiología tuberculosa (Caviedes, Collado & Gómez, 1991, p. 215)

Fenestración: Acción o efecto de provocar una abertura de una cavidad al exterior o hacia otra cavidad.

Hidrocefalia comunicante: existe un flujo libre de LCR dentro del sistema ventricular, pero hay un problema de absorción fuera de ellos (Díaz, López, Pérez & Palacios, 2003).

Meduloblastoma: es el tumor maligno del sistema nervioso central (SNC) más frecuente en la edad pediátrica. Ocurre con mayor prevalencia en

varones (ratio 1.5:1) y antes de los 10 años, aunque también puede presentarse, con mucha menor asiduidad, en adultos entre la tercera y cuarta décadas de la vida (Martínez, 2010).

Neurocisticercosis: es causada por la larva de *Taenia solium*, un céstodo o gusano plano y es con mucho, la infección parasitaria más común del sistema nervioso central (Gutiérrez, et. al., 2004)

Tuberculoma: son manifestaciones extrapulmonares de la tuberculosis.

Válvula ventrículo peritoneal: procedimiento realizado en el quirófano bajo anestesia general. El cirujano hace una incisión o corte en forma de herradura por detrás del oído. Se hace otra incisión quirúrgica pequeña en el abdomen. Se perfora un agujero pequeño en el cráneo. Un pequeño tubo delgado denominado catéter se pasa hasta un ventrículo en el cerebro. Se

coloca otro catéter bajo la piel desde la parte posterior del oído. Se baja por el cuello y el pecho, y por lo general llega hasta la zona abdominal. Se coloca una válvula (bomba de líquido) bajo la piel por detrás del oído. La válvula se conecta a ambos catéteres. Cuando se acumula presión adicional alrededor del cerebro, la válvula se abre y el líquido excedente sale de este hacia la zona del tórax o el abdomen. Esto ayuda a disminuir la presión intracraneal (Campellone, 2016).

Referencias

Campellone, J. (2016). Derivación ventriculoperitoneal. MedlinePlus. Disponible en <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003019.htm>

Caviedes, S., Collado, J. y Gómez, A. (1991). *Oftalmología II*. Universidad de Cantabria: Datagrafic, S. A.

Centeno, L. (2003). El uso de la metáfora en el trabajo de psicoterapia breve. *Revista de la Universidad Autónoma de Yucatán*; 226, 12-21.

Díaz, C., López, G., Pérez, J. y Palacios, G. (2003). Hidrocefalia, derivación ventricular y ependimitis (Parte I). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*; 23(2), 38-43.

Gutiérrez, J., Ceja, H., Pérez, D., López, A. y Avilés, K. (2004). Neurocisticercosis. *Investigación en Salud*; VI

Martínez, M. (2010). Meduloblastoma pediátrico, revisión y puesta al día. *Radiología pediátrica*; 53 (2), 134-145.

Sarabia, A. (2012). El cuento como herramienta psicoterapéutica en el manejo emocional de niños con discapacidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*; 15(4), 1209-1223

Anexo 3: Caso de paciente con Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo, agudo

1. Ficha de identificación

Nombre: Laura
 Sexo: Femenino
 Edad: 26 años
 Estado civil: Soltera
 Escolaridad: Licenciatura en Médico Cirujano
 Ocupación: Médico
 Originario y residente: Ciudad de México
 Religión: Católica
 N° de hermanos: 0
 N° de hijos: 0

2. Selección del caso

El presente caso muestra la importancia del trabajo multidisciplinario que se llevó a cabo en la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos con una paciente en fase terminal y su cuidadora primaria desde la confirmación de diagnóstico malo para la vida y para la función con una sobrevivida de menos de 3 meses para la paciente. Previo y posterior al fallecimiento de la paciente se da atención psicológica a la cuidadora primaria para disminuir su sintomatología mixta y que le permita adaptarse a su nueva condición de vida.

3. Motivo de consulta

Para fines de este caso se denomina paciente a la cuidadora primaria (Laura).

El 7 de septiembre de 2017 la madre de Laura acude a cita de primera vez a Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos, durante la consulta Laura presenta llanto contingente ante el diagnóstico de cáncer pancreático metastásico y pronóstico de su familiar (Cuidados paliativos, en etapa terminal, sobrevivida menor a 3 meses) por lo tanto se realiza valoración psicológica. Laura menciona “yo sabía que esta enfermedad era mala pero no quería saber

que ya le quedan pocos días a mi mamá”, “quisiera no ser médico para no entender todos los términos que usan los médicos que atienden a mi mamá”, “si se va ella ¿qué voy a hacer?”, “no soportaré el estar sin ella”, “¿qué sentido tendría la vida?”, “¿quién me va a apoyar? Si estoy sola” (Sic. pac.)

4. Antecedentes

4.1 Heredofamiliares

Abuela materna finada por cáncer de mama.

Madre finada por cáncer de páncreas metastásico.

4.4 Personales no patológicos

Habita en casa propia, construida a base de materiales perdurables, con todos los servicios intra y extra domiciliarios de urbanización.

Higiene: Adecuada con baño y cambio de ropa diarios.

Alimentación: Adecuada en cantidad y calidad.

Toxicomanías: Interrogadas y negadas.

4.3 Personales patológicos

Infecto-contagiosas: Interrogados y negados.

Quirúrgicos: Interrogados y negados.

Transfusionales: Interrogados y negados.

Crónico-degenerativos: Interrogados y negados.

Traumatológicos: Interrogados y negados

Alérgicos: Interrogados y negados

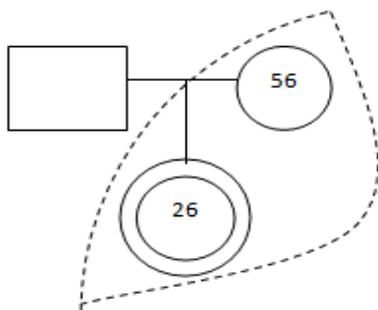
4.4 Psicológicos patológicos

Laura niega atención psicológica y psiquiátrica previa.

5. Dinámica familiar

La paciente refiere haber sido la cuidadora primaria de su madre y abuela materna, ambas finadas por cáncer. Menciona haber tenido buena relación con su madre y abuela, sin embargo con el resto de la familia no mantiene comunicación.

5.1 Familiograma



6. Historia del problema Psicológico

El 18 de enero del 2017 fallece su abuela materna a causa de Cáncer de mama (cuidadoras principales eran Laura y su madre) ante este hecho Laura menciona *“es algo que esperábamos, me hizo sentir triste pero estaba consciente de que ella fallecería”* (sic.pac.).

El 7 de septiembre de 2017, se realiza valoración psicológica por el servicio de Medicina Conductual de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos. Laura refiere sentirse *“triste y con miedo”*, durante la entrevista ella muestra llanto fácil ante el diagnóstico y pronóstico de su madre.

El 7 de octubre fallece la madre de Laura, la paciente menciona *“estoy muy triste, aún no superaba la muerte de mi abuelita y mi mamá falleció”*, *“me siento muy triste no sé si pueda salir de ella, siento un gran vacío”* (Sic.pac.)

9. Padecimiento actual

Laura refiere que desde el mes de agosto del 2017 comenzó a notar a su madre distinta en cuanto a estado de salud, *“yo sabía que ella tenía cáncer sólo que no sabíamos dónde lo tenía”*, *“como mi abuela falleció en enero (2017) no habíamos hecho algo por saber dónde estaba el origen del cáncer de mi mamá”*, *“todo pasó muy rápido”*, *“ahora también mi mamá va a fallecer pronto, no sé qué voy a hacer”*, *“aún está muy reciente la muerte de mi abuela y ahora sigue mi mamá, yo estaré sola”*, *“no tengo apoyo de nadie, no conozco a alguien que me pueda ayudar”*, *“estoy y estaré sola”*, *“estas últimas noches no he podido dormir bien porque estaba pensando en qué podría tener mi mamá”*, *“yo ya tenía una idea de que pasaría, pero no quería que fuera tan rápido”*, *“no quisiera ser médico porque entiendo todo lo que dicen los médicos que la atienden y no me gusta el pronóstico”*, *“primero mi abuelita, ahora mi mamá eso me entristece mucho, no he superado lo de mi abue y ahora mi mamá está peor”*, *“no he podido comer ni dormir bien por estar atenta a ella”*, *“cuando estamos dormidas, yo me levanto a ver cómo esta porque luego se queja de dolor”*, *“no me concentro para estudiar”* (sic.pac.). Durante la entrevista la paciente muestra llanto fácil, movimientos estereotipados en manos, sudoración y ruborización.

8. Impresión y actitud general

Paciente de complejión ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acorde al contexto. Presenta facie de tristeza, muestra llanto contingente a verbalizaciones médicas del estado de salud de su madre. Se muestra cooperadora a la entrevista.

21. Examen mental

Paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica. Orientada en cuatro esferas (T-E-P-C). Conciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y fluido. Pensamiento abstracto. Sin alteraciones aparentes en senso-percepción. Juicio conservado. Impresiona clínicamente inteligencia superior al promedio. Afecto hipotímico.

a. Factores psicológicos complementarios

Locus de control externo. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción de tipo evitativo. Redes de apoyo valoradas y percibidas como reducidas y poco funcionales de tipo instrumental, emocional, informativo y económico.

22. Personalidad previa

Laura se define como *“soy una persona temerosa, que no sabe cómo resolver sus problemas sola”, “no soy amiguera”* (Sic. Pac.).

23. Selección y aplicación de técnicas de evaluación.

- Entrevista conductual.
- Observación clínica.
- Escala Numérica Análoga ansiedad y tristeza (ENA).
- Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.
- Cuestionario MOS de apoyo social.
- Inventario de ansiedad de Beck.
- Inventario de depresión de Beck.
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)

12. Descripción de conductas problema

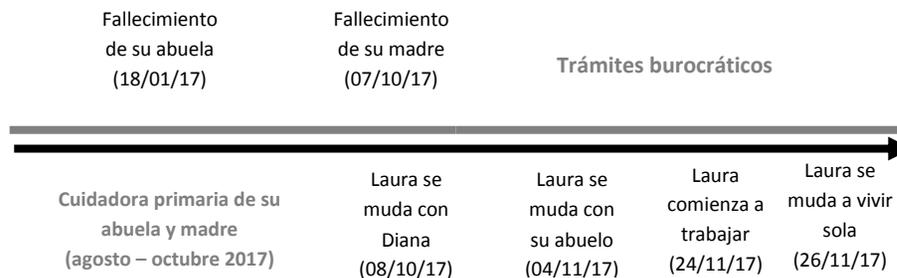
A nivel motor: llanto fácil, movimientos estereotipados en manos, hipersomnia vespertina (dormir por más de 8 horas, despierta

aproximadamente a las 11 am o 12 pm), evita hablar de temas relacionados al fallecimiento de su madre y aislamiento social.

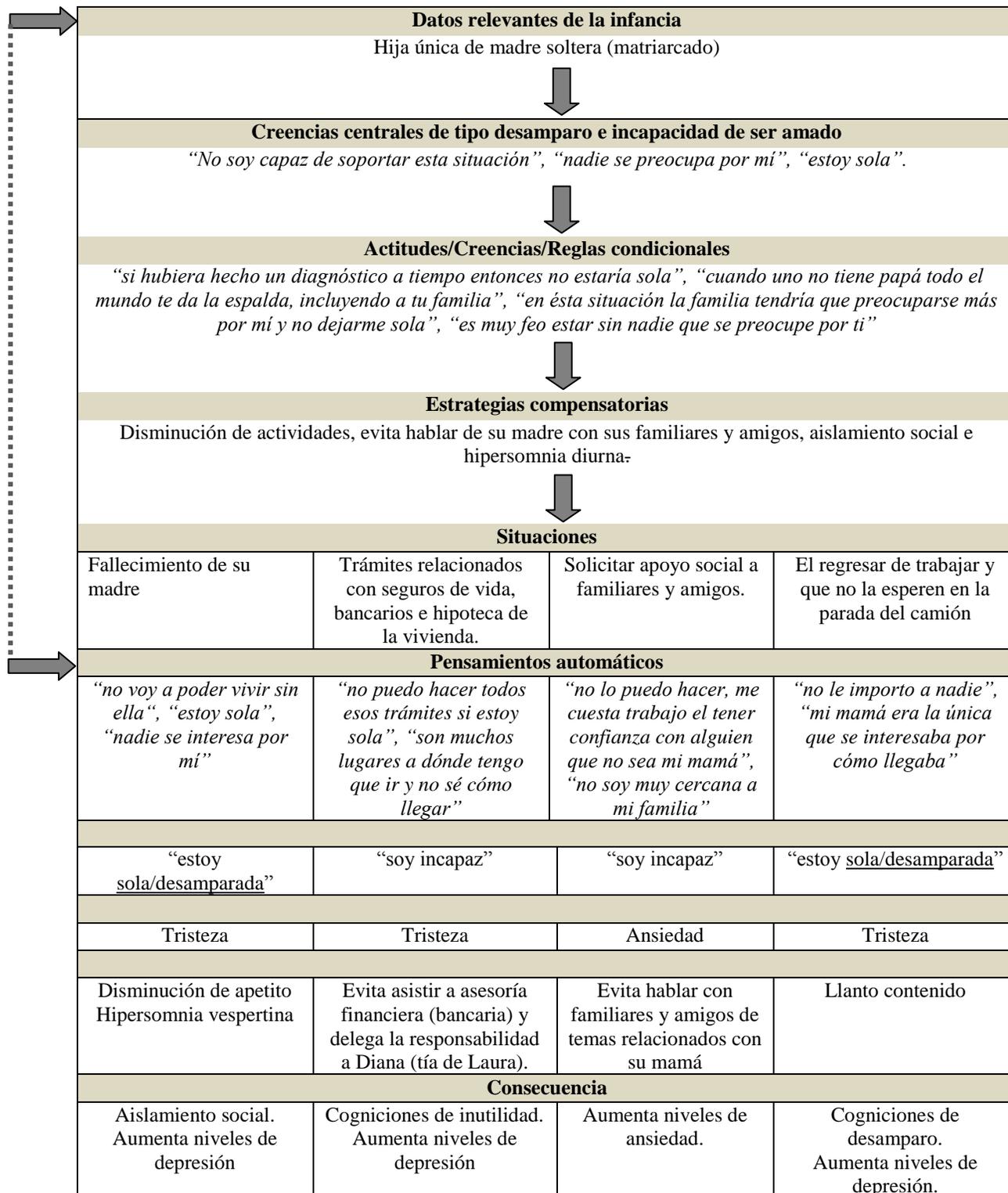
A nivel cognitivo por pensamientos relacionados con la condición médica de su madre: *“yo sabía que ella tenía cáncer sólo que no sabíamos dónde lo tenía”, “como mi abuela falleció en enero no habíamos hecho algo por saber dónde estaba el origen del cáncer de mi mamá”, “todo pasó muy rápido”, “ahora también mi mamá va a fallecer pronto, no sé qué voy a hacer”, “aún está muy reciente la muerte de mi abuela y ahora sigue mi mamá, yo estaré sola”, “no tengo apoyo de nadie, no conozco a alguien que me pueda ayudar”, “estas últimas noches no he podido dormir bien porque estaba pensando en que podría tener mi mamá”, “yo ya tenía una idea de que pasaría, pro no quería que fuera tan rápido”* (sic. pac.).

A nivel fisiológico: sudoración, ruborización, falta de apetito e insomnio (duerme aproximadamente a las 12 o 1 am).

Línea del tiempo



12.3 Análisis de conductas problema: A continuación se muestra el diagrama de conceptualización cognitiva de Judith Beck, se retoma el caso a partir del fallecimiento de la madre de Laura.



12.2 Análisis Funcional

Paciente femenino de 26 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México, soltera, escolaridad superior, ocupación médico y religión católica. La paciente acude a Medicina Conductual debido a que recientemente se le comunicó el diagnóstico de su madre y pronóstico malo para la vida y para la función a corto plazo. Durante la evaluación inicial Laura menciona *“yo sabía que esta enfermedad era mala pero no quería saber que ya le quedan pocos días a mi mamá”, “quisiera no ser médico para no entender todos los términos que usan los médicos que atienden a mi mamá”, “si se va ella ¿qué voy a hacer?”, “no soportaré el estar sin ella”, “¿qué sentido tendría la vida?”, “¿quién me va a apoyar? Si estoy sola”* (Sic. pac.) y se identifica que hay diversas situaciones que le generan tristeza y ansiedad, caracterizada por respuestas a nivel fisiológico con sudoración, ruborización, falta de apetito e insomnio, a nivel motor con llanto fácil, movimientos estereotipados en manos e hipersomnias vespertinas, evita hablar de temas relacionados al fallecimiento de su madre y aislamiento social, y a nivel cognitivo con distorsiones cognitivas de tipo personalización, abstracción selectiva y debería.

Entre las situaciones que le generan tristeza y ansiedad se encuentran el fallecimiento de su madre. Ante esta situación Laura presenta pensamientos como *“no voy a poder vivir sin ella”, “estoy sola”, “nadie se interesa por mí”*. En la situación de trámites burocrático ella presenta las siguientes cogniciones *“no puedo hacer todos esos trámites si estoy sola”, “son muchos lugares a dónde tengo que ir y no sé cómo llegar”*. Ante la situación de solicitar apoyo social a familiares y amigos, ella recurrentemente piensa *“no lo puedo hacer, me cuesta trabajo el tener confianza con alguien que no sea mi mamá”, “no soy muy cercana a mi familia”*. Por último, ante la situación de regresar de trabajar y que no la esperen en la parada del camión muestra pensamientos como *“no le importo a nadie”, “mi mamá era la única que se interesaba por cómo llegaba”*.

Se identifican estrategias compensatorias de tipo evitativo como disminución de actividades cotidianas y relacionadas al deceso de su madre, evita hablar de su madre con sus familiares y amigos, aislamiento social y dormir más de 8 horas; actitudes, creencias y reglas condicionales como *“si hubiera hecho un diagnóstico a tiempo no estaría sola”, “cuando uno no*

tiene papá todo el mundo te da la espalda, incluyendo a tu familia”, “en ésta situación la familia tendría que preocuparse más por mí y no dejarme sola”, “es muy feo estar sin nadie que se preocupe por ti” y creencias centrales del tipo desamparo e incapacidad de ser amado (*“No soy capaz de soportar esta situación”, “nadie se preocupa por mí”, “estoy sola”*). Por último, como datos relevantes de la infancia que pueden mantener dichas cogniciones, se encuentran que es hija única de madre soltera (matriarcado).

De acuerdo a lo anterior y debido a que la paciente presenta primordialmente respuestas de tipo cognitivo que condicionan la presencia de ansiedad y tristeza, se propone la implementación de una intervención cognitiva complementada con técnicas conductuales con la finalidad de que la paciente genere cogniciones adaptativas ante las situaciones activadoras.

12.4 Hipótesis funcional

Si se ofrece a la paciente una intervención cognitivo- conductual basada en las técnicas de psicoeducación, respiración diafragmática profunda, entrenamiento en solución de problemas y habilidades asertivas, búsqueda de evidencias, programación de actividades y ensayo conductual, entonces la paciente enfrentará de forma adaptativa aquellas situaciones que le generan síntomas de ansiedad y depresión.

13. Diagnostico DSM-IV- TR

Eje I: F43.22 Trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo, agudo [309.28], Z63.4 Duelo (V62.82)

Eje II: Z03.2 Sin diagnóstico

Eje III: Sin diagnóstico

Eje IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo

Eje V: EEAG 80-71

13.1 Diagnostico DSM-5

“Diagnóstico principal” 309.28 [F43.23] Trastorno de adaptación con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido, agudo; V62.82 [Z63.4] Duelo

no complicado. Problemas relativos al grupo primario de apoyo. WHODAS 23 (Versión 12 preguntas administrada por entrevistador)

14. Objetivos del tratamiento psicológico

14.1 General

Laura generará cogniciones más adaptativas ante su condición de vida actual, conllevando una disminución de sintomatología mixta.

14.2 Especificos

- La paciente empleará respiración diafragmática para disminuir los síntomas de ansiedad.
- La paciente tomará decisiones informadas previo y posterior al fallecimiento de su madre.
- La paciente reconocerá las cogniciones que afectan su estado de ánimo y conductas.
- La paciente pondrá a prueba sus cogniciones de tipo culpabilidad e incapacidad.
- La paciente realizará un plan de actividades especificando tiempos y horarios para su ejecución.
- La paciente identificará su red y tipo de apoyo social.
- La paciente solicitará sus necesidades de forma asertiva con familiares y amigos.

14.3 Selección de técnicas de intervención

- Respiración diafragmática profunda
- Elementos y entrenamiento en solución de problemas
- Búsqueda de evidencias
- Programación de actividades (Beck)
- Psicoeducación
- Ensayo conductual encubierto
- Ensayo onductual
- Entrenamiento en habilidades asertivas

15. Descripción de las sesiones

Técnicas de evaluación/Intervención	Procedimiento	Resultados
Primera sesión Jueves 7 de septiembre		
Entrevista inicial Respiración diafragmática profunda	<p>Se realiza intervención en crisis con la paciente debido a que trae a su mamá a consulta externa de la Clínica del Dolor con carácter urgente.</p> <p>Posteriormente se realizan ejercicios de respiración diafragmática profunda para disminuir sintomatología ansiosa, ya que no puede concentrarse ante la explicación médica del Pb diagnóstico y tratamiento para su madre.</p> <p>Se comienza entrevista con la paciente sin embargo no se logra terminar ya que deben llevar a su madre a toma de estudios de imagen con carácter urgente.</p>	<p>Al término del ejercicio de respiración diafragmática profunda, disminuye niveles de sintomatología ansiosa y Laura presta atención a la explicación médica.</p> <p>Como datos relevantes de la entrevista se obtiene que Laura tiene noción de la enfermedad de su madre, menciona “yo sabía que ella tenía cáncer sólo que no sabíamos dónde lo tenía”, como historia contemporánea ella menciona: “como mi abuela falleció en enero (18/01/17) no habíamos hecho algo por saber dónde estaba el origen del cáncer de mi mamá”, “todo pasó muy rápido”, “ahora también mi mamá va a fallecer pronto, no sé qué voy a hacer”.</p>
Del 8 de septiembre al 27 de septiembre		
<p>El 8 de septiembre se confirma el diagnóstico de cáncer pancreático metastásico (madre de Laura), lo cual conlleva un pronóstico malo para la vida y para la función a corto plazo, por lo tanto desde el 8 al 27 de septiembre, como parte de Cuidados Paliativos se proporciona asistencia médica a la madre de Laura y se proporciona asistencia médica, de enfermería y psicología a Laura, la cual consistía en identificar los síntomas propios de la enfermedad y los que representaban una urgencia médica, se proporciona información acerca de la modificación de hábitos alimenticios, ciclo vigilia-sueño, y modificación de la cama de la paciente en fase terminal; este apoyo se realizó por vía telefónica y mensajes por WhatsApp tanto con Laura como con su madre.</p>		
Segunda sesión Martes 3 de octubre		
<p>Entrevista inicial</p> <p>Entrenamiento en respiración diafragmática profunda</p> <p>Elementos de Solución de problemas</p> <p>ENA de tristeza</p> <p>Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido</p> <p>Cuestionario MOS de apoyo social</p> <p>Inventario de ansiedad de Beck</p> <p>Inventario de depresión de Beck</p>	<p>Se entregan Escalas e Inventarios de medición a la paciente cuando ella se encuentra en la sala de espera para su llenado.</p> <p>En la sesión se realiza entrevista conductual de evaluación para completar datos faltantes de la anterior.</p> <p>Debido a que la paciente muestra respuestas ansiosas (movimientos estereotipados en manos y piernas) se realiza ejercicio de respiración diafragmática, posteriormente se entrena dicho ejercicio.</p> <p>Durante la entrevista se detecta que Laura tiene dificultades para solicitar apoyo a sus familiares para el cuidado de su madre y desconoce qué trámites tiene que realizar para adquirir el certificado de defunción (ella no lo quiere realizar), de cobranza de seguros, funerarios y bancarios; por lo tanto se realizan elementos de solución de problemas (orientación al problema y generar alternativas de solución).</p>	<p>ENA de tristeza 8/10</p> <p>EMASP: Apoyo Global: Bajo con 2.08 (Bajo 1-2.9)</p> <p>C- MOS: Índice global: Rango Medio-Máximo con 66 puntos (Rango 57-94 pts.)</p> <p>IAB: Ansiedad moderada con 22 puntos (16-30 pts.)</p> <p>IDB: Depresión moderada con 20 puntos (20-28 pts.)</p> <p>HADS: Ansiedad como problema clínico con 17 puntos (>11 pts.) Depresión como dudoso con 8 puntos (8-10 pts.)</p> <p>Ante entrenamiento en respiración diafragmática, la paciente refiere “me siento más tranquila, es que cuando me pongo a pensar en todo lo que va a pasar me pongo mal”, “pero ahora cuando sienta que me pondré ansiosa respirare como ahorita”.</p> <p>En la entrevista se obtienen las siguientes verbalizaciones: “no tengo apoyo de nadie, no conozco a alguien que me</p>

<p>Escala de ansiedad y depresión hospitalaria</p>	<p>En esta sesión la madre de Laura se encontraba en el hospital en el área de trabajo social para tramitar una donación de prótesis pancreática. Sin embargo comenzó a sentirse mal y se dirige a la Clínica del Dolor en busca de su hija. Por lo tanto se interrumpe la sesión debido a que se realiza intervención médica con la madre de Laura y se les menciona que se encuentra en fase terminal. Un punto a resaltar es que ante esta situación Laura retoma ejercicios de respiración diafragmática por sí misma.</p>	<p><i>pueda ayudar”, “estoy y estaré sola”, “primero mi abuelita, ahora mi mamá eso me entristece mucho, no he superado lo de mi abue y ahora mi mamá está peor”, “no he podido comer ni dormir bien por estar atenta a ella”, “cuando estamos dormidas, yo me levanto a ver cómo esta porque luego se queja de dolor”, “no me concentro para estudiar para el examen de ingreso a Alta Especialidad”, “no he podido pensar en los gastos funerarios, en la hipoteca de la casa, las cuentas del banco y seguros, es mucho no creo poder aguantar”.</i></p> <p>En el ejercicio de solución de problemas, se identificó como problema principal el <i>“resolver trámites funerarios de mi mamá”</i>, las alternativas que se generaron fueron: 1) Preguntarle a mi mamá por el seguro de vida que involucra gastos funerarios, 2) Hablar con el hermano mayor de mi mamá para saber si en el lugar que se enterró a mi abuela hay más lugares, 3) Buscar opciones funerarias en panteones cercanos.</p>
<p>El 6 de octubre Laura acude a la Clínica del Dolor por sedación paliativa para su madre quien será atendida en un Hospital privado.</p> <p>En la madrugada del 7 de octubre la madre de Laura fallece y se realiza intervención en crisis vía telefónica.</p> <p>Se realiza monitoreo del estado de ánimo de Laura durante una semana, ella comentaba <i>“me siento triste, no sé cómo llenaré este vacío”</i>, sin embargo durante los rosarios de su madre, Laura recibía muestras de cariño y ella mencionaba <i>“me da gusto que mi mamá fuera tan querida pero ahorita sólo quiero estar sola, quisiera que no estuviera nadie con nosotras, no me dejan vivir mi tristeza”, “pero también no quisiera estar sola”, “sólo quisiera que no me pregunten por ella”</i> (sic.pac) por lo tanto se da información sobre derechos asertivos. Además Laura comenta <i>“no sé que me pase estoy triste, enojada, sé que estoy entrando en duelo pero tengo miedo de sentirme triste toda la vida”</i> por lo tanto, se proporciona psicoeducación respecto a duelo.</p>		
<p>Tercera sesión 16 de Octubre</p>		
<p>Entrevista de seguimiento. Registro ABC de Beck Búsqueda de evidencias ENA de tristeza</p>	<p>Se realiza entrevista de seguimiento con la paciente quien refiere <i>“me siento muy triste, no sé si vaya a poder vivir así”, “quisiera no sentir este vacío en mi vida en mi corazón”, “me gustaría no haber salido del hospital el día en que falleció”, “yo la veía con signos vitales bajos pero estable, llego la prima de mi mamá y me dijo que fuéramos a la cafetería por algo de comer y fui, no tenía que haber hecho eso, cuando llegamos mi mamá ya había fallecido ya estaba toda mi familia en el cuarto”, “hicimos un circulo de oración pero yo lo único que pensaba es que yo tenía que estar allí para sentir su último suspiro o quizás para ver qué podía hacer y ayudarla”, “me siento culpable de que no haya visto los síntomas de mi mamá</i></p>	<p>ENA de tristeza 10/10</p> <p>En la entrevista se detectan distorsiones cognitivas de tipo personalización, abstracción selectiva, culpabilidad y debería.</p> <p>Registro ABC A: Despertar y no ver a mi mamá B: “estoy sola”, “no tengo a nadie quien me quiera o a quien le importe” C: Conductual: Quedarme acostada hasta las 11 o 12</p>

	<p><i>antes, quizás y cómo yo estaba pensando en que era un cáncer agresivo le dio”, “entonces ¿yo le di la enfermedad?, no lo sé”, “me confunde toda la situación que pasó y la que está pasando”, “ahora vivo con la prima de mi mamá, no me quiero acercar a mi casa porque me da miedo cómo me pondré”, “debí mostrarle más amor a mi mamá”, “ahora me siento sin ganas de hacer nada, total ya no tengo con quien compartir”, “tengo problemas para dormir y para comer porque sigo pensando en mi mamá y el cómo ella ya no está” (sic.pac.).</i></p> <p>Se normalizan emociones y se continúa con psicoeducación y ejercicio de registro ABC de Beck.</p> <p>Debido a que en el registro y entrevista la paciente menciona sentirse culpable (no detectó a tiempo el Dx de su madre) se realiza ejercicio de búsqueda de evidencias.</p>	<p>Cognitivo: <i>“Pensar en mi mamá y en lo que pude haber hecho para ayudarla a tener un tratamiento a más temprana evolución”.</i></p> <p>Emotivo: Tristeza y culpa</p> <p>Fisiológico: Llanto</p> <p>Al finalizar el debate Laura comenta <i>“sé que no podía hacer nada para salvar a mi mamá y ahora entiendo que no fui yo la que le provoqué cáncer a mi mamá sino que veía probablemente que tenía, pero eso era porque soy médico”, “por esa parte me siento más tranquila pero no sé que pase conmigo en un futuro, si llenaré ese vacío”.</i></p> <p>Se deja como tarea la realización de registro ABC de Beck semanal.</p>
<p>Cuarta sesión martes 24 de Octubre</p>		
<p>Entrevista de seguimiento Programación de actividades (Beck) Psicoeducación (red y apoyo social) ENA de tristeza</p>	<p>Se realiza entrevista de seguimiento con la paciente quien menciona <i>“no pude hacer la tarea en físico pero sí recuerdo que es lo que tenía que llevar el registro, la situación en este momento es que no puedo hacer las cosas que quiero, en la B es “no soy capaz de hacerlo porque estoy sola y eso me causa tristeza”, “esta semana he visto que ya casi nadie me pregunta como estoy, Diana (prima de su mamá) evita hablar conmigo y siempre está pegada al celular, yo necesito que me abrace pero ella no se preocupa de mí como yo quisiera”, “ella me lleva a fiestas y no me gusta, me molesta porque yo no quiero estar ahí”, “me confundo porque sé que si quiero retomar mis actividades de antes pero en serio no sé cómo iniciar, ahora tengo que hacer muchos trámites pero no creo poder hacerlos, no me siento bien”, “quisiera no tener que hacerlas yo pero sé que si no las hago perdería todo lo que mi mamá me dejó”, “sólo quisiera poder ser feliz otra vez” (sic.pac.).</i></p> <p>Debido a que la paciente menciona reiteradamente la cognición <i>“no soy capaz de hacer...”</i> se realiza ejercicio de programación de actividades.</p> <p>Se proporciona psicoeducación de redes sociales y apoyo social.</p>	<p>ENA de tristeza 7/10</p> <p>En la entrevista se detectan creencias de desamparo, evitación y de incapacidad.</p> <p>Al finalizar con ejercicio de programación de actividades la paciente menciona <i>“no sé si pueda realizar estas actividades pero lo voy a intentar”</i></p> <p>Actividades a realizar: levantarse a las 10 am, ir al supermercado 1 o 2 veces a la semana, ir al banco a arreglar cuentas bancarias y asesorarse para trámites referentes a seguros de vida e hipoteca de su casa.</p> <p>Posterior a la psicoeducación menciona <i>“no creo tener tanto apoyo, me cuesta trabajo ver quiénes son las personas que me ayudan”.</i> Se deja como tarea la realización de un esquema de red social y apoyo social.</p>
<p>Quinta sesión martes 31 de Octubre</p>		
<p>Entrevista de seguimiento Elementos de solución de</p>	<p>Se realiza entrevista con la paciente quien menciona <i>“realice la mayoría de las actividades que quedamos, sólo el ir de compras no</i></p>	<p>ENA de tristeza 6/10</p> <p>Elementos de solución de problemas:</p>

<p>problemas Programación de actividades ENA de tristeza</p>	<p><i>pude porque Diana no quiso acompañarme”, “vi que tendré que hacer muchas cosas para cobrar los seguros de mi mamá pero espero poder hacerlos ahora que ya me estoy levantando más temprano”, “no encuentro una estabilidad”, “me siento sola”, “extraño a mi mamá”, “he tenido problemas con Diana, ella es demasiado obsesiva con su casa y no me deja hacer nada para que quede como ella quiere”, “ya no quiero vivir con ella, me cuesta el hecho de que estemos en la misma casa y ella no se preocupe por mí, siempre habla de sus problemas y cuando yo le digo como me siento ella me evita”, “quiero ser más independiente” (sic.pac.).</i> Debido a que la paciente menciona <i>“ya no quiero vivir con Diana”</i> y clínicamente se observa tensa por dicha situación, se realiza ejercicio de solución del problemas (generación de alterativas de solución y balance decisional). Se continúa con programación de actividades incluyendo su red social (obtenida de la tarea anterior).</p>	<p>Alternativas de solución:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Irme a casa de una amiga 2) Irme a casa de mi abuelo 3) Irme a casa de una amiga de mi mamá y mía 4) Regresar a mi casa 5) Hablar con Diana <p>Balance decisional (por alternativa de solución):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ventaja: estaría con alguien de mi edad que me entienda Desventaja: quizás y su papá no esté muy de acuerdo en que yo me vaya a vivir a su casa, y con el carácter de mi amiga y mío podríamos llegar a pelear. 2) Ventaja: estaría más tiempo sola, podría estar en un lugar sin peleas. Desventajas: cambio generacional, sé que él no me haría mucho caso. 3) Ventaja: es muy amorosa conmigo. Desventaja: no me daría tanta confianza el estar en su casa. 4) Ventaja: sería mi espacio, podría hacer lo que quiera. Desventaja: me recordaría a mi mamá, eso me da miedo aun no puedo estar en mi casa. 5) Ventaja: puedo quedarme más tiempo con ella. Desventaja: ya lo he intentado y ella no me escucha. <p>Jerarquización de alternativas: 5, 4, 2, 1 y 3 La paciente menciona <i>“hablaré con Diana para decirle lo que siento”, “igual le comentaré que no me quiero quedar mucho tiempo sólo unos 6 meses y no más”</i></p>
<p>Sexta y séptima sesión 7 y 14 de noviembre</p>		
<p>Entrevista de seguimiento Ensayo conductual encubierto Respiración diafragmática ENA de tristeza</p>	<p>Se realiza entrevista de seguimiento con la paciente quien menciona <i>“ya no estoy viviendo con Diana, peleamos y no pudimos hablar bien, ahora estoy viviendo en casa de mi abuelo pero no me gusta, intente ir a mi casa pero no puedo quedarme mucho tiempo, siento ansiedad y miedo”, “en día de muertos me dio mucha tristeza el ver a mi mamá en la ofrenda”.</i></p> <p>Se realiza ensayo conductual encubierto en conjunto con ejercicios de respiración diafragmática para lograr que Laura evocará imágenes que le permitieran entrar y permanecer en su casa, el cual consistía en aproximarse a la avenida cercana a su departamento,</p>	<p>ENA de tristeza 8/10 (7 de noviembre) ENA de tristeza 7/10 (14 de noviembre) Durante los ensayos conductuales encubiertos se observó que Laura podía controlar sus niveles de ansiedad mediante el uso de respiración diafragmática, por lo tanto en la sexta sesión se deja como tarea un ensayo conductual que consistía en acercarse a la puerta de su casa, sin embargo en este ensayo la paciente menciona <i>“pude hacerlo y no me quede ahí quería saber que tanto podía soportarlo, pero sólo pude estar como 10 minutos dentro de la casa, es que pase al cuarto de mi mamá y se me vinieron muchos recuerdos y mejor me salí”.</i></p>

	<p>dirigirse a la entrada de las unidades dónde está su departamento y llegar a su puerta y abrirla (sexta sesión), posteriormente se le solicita que ingrese a su departamento que entre a su habitación y áreas comunes y por último entre a la habitación de su madre (séptima sesión).</p>	<p>Para la séptima sesión se deja de tarea un ensayo conductual que consistía en ir a su habitación y ordenar sus cosas, la paciente menciona <i>“pude hacerlo estuve cerca de 40 minutos en casa, pero no entre a la habitación de mi mamá”</i>. Como tarea de la séptima sesión se deja añadir ensayo conductual como parte de las actividades de la programación de actividades.</p>
<p>Octava sesión jueves 23 de noviembre</p>		
<p>Entrevista de seguimiento Solución de problemas ENA de tristeza</p>	<p>Se realiza entrevista de seguimiento con la paciente quien menciona <i>“en esta semana fui tres veces a mi casa, ya me he estado quedando más tiempo en ella, por ejemplo el martes que fui con mi tío a buscar documentos nos quedamos como cuatro horas allí”, “me sentí contenta por eso pero también me puse triste porque cuando estábamos buscando documentos encontré varias cosas que mi mamá guardaba que eran mis regalos de niña y cosas así”, “de esta semana salí con dos amigas a Parque Hundido, fui a arreglar cosas de la hipoteca de la casa y ya por fin pude cancelar las cuentas bancarias, fui al supermercado, fui a comer con otra amiga, el domingo fui a una fiesta y no me sentí mal”</i> (sic.pac.). Debido a que la paciente menciona <i>“ahora que tengo que hacer tantos trámites no me he puesto a pensar que es lo que quiero hacer para el bien de mi vida”, “quisiera saber cuáles son mis propósitos y metas”</i>, se realiza ejercicio en solución de problemas.</p>	<p>ENA de tristeza 6/10 Solución de problemas Orientación al problema: Ser independiente Generar alternativas de solución: <ol style="list-style-type: none"> 1) Vivir sola 2) Tener un trabajo 3) Relacionarme más con mi familia 4) Continuar con trámites <p>Balance decisional: <ol style="list-style-type: none"> 1) Ventajas: no estaría molestando a mi abuelo, tendría más espacio para mí y podría hacer lo que quiera sin sentirme incomoda, ya he ido a mi casa y no me he puesto mal. Desventajas: no sé quienes me puedan ayudar en arreglar mi casa respecto a plomería y electrodomésticos. 2) Ventajas: tendría dinero por mí misma. Desventaja: tengo que hacer muchos trámites aún no me daría tiempo de estar en ambas cosas. 3) Ventajas: podrían ayudarme en cuestión de trámites acompañándome y orientándome además podría dejar de sentirme sola. Desventajas: no les hablo desde hace mucho tiempo, no somos tan cercanos. 4) Ventajas: tendría el apoyo económico que mi mamá me dejó. Desventajas: me quita tiempo. <p>Jerarquización de alternativas: 4, 2, 1 y 3. Elección de alternativa: 4 y 2 Llevarlo a cabo: seguiré haciendo trámites pero también buscaré trabajo de medio tiempo.</p> </p></p>

Novena sesión jueves 30 de noviembre		
Entrevista de seguimiento Registro ABC de Beck ENA de tristeza	<p>Se realiza entrevista de seguimiento con la paciente quien menciona <i>“estoy contenta porque ya estoy viviendo en mi casa, me mude el fin de semana dos días se quedaron conmigo dos de mis amigos para que no estuviera sola y me ayudaron a limpiar la casa, donamos muchas cosas tanto mías como de mi mamá”, “ya no me siento ansiosa cuando estoy ahí, pero si me siento triste porque ahora ya nadie va por mí a la parada del camión”, “no me preguntan cómo me fue, porque ya estoy trabajando”, “me dieron trabajo en el Hospital dónde estuvo internada mi mamá, estoy haciendo guardias y eso me ayuda mucho porque puedo hacer trámites en las mañanas”, “sigo haciendo mis horarios para poder tener una rutina y hacer los trámites que me faltan”, “en la noche recuerdo a mi mamá pero no está enferma eso me hace sentir bien”</i> (sic.pac.).</p> <p>Se realiza registro ABC de Beck como evaluación.</p>	<p>ENA de tristeza 8/10</p> <p>Registro ABC</p> <p>A: Llego a la parada del camión y no veo a mi mamá allí</p> <p>B: “tengo que hacer esto sola”, “yo tengo que cuidarme sola”, “no va a pasar nada”</p> <p>C: Conductual: Ir a mi casa rápido</p> <p>Cognitivo: Pensar en que todo estará bien, sólo tengo que ir rápido para que no me asalten.</p> <p>Emotivo: Miedo</p>
<p>Debido a que a Laura le cambian el horario de trabajo (24x24) y que los trámites de testamento y seguros de vida se tenían que hacer en Toluca, se realiza monitoreo con la paciente la cual comenta sentirse agotada por la jornada de trabajo pero sobre todo por el traslado y papeleo de los trámites. En cuanto a estado emocional ella refiere sentirse mejor debido a que ha tenido mayor contacto con su familia y amigos. En ENA de tristeza el 10 y 20 de diciembre refiere 5/10.</p>		
Décima sesión 11 de enero de 2018		
Entrevista de seguimiento Psicoeducación Entrenamiento en habilidades asertivas ENA de tristeza	<p>Se realiza entrevista de seguimiento con la paciente quien menciona <i>“hoy no me siento bien, estoy muy triste todo iba muy bien hasta que sentí que no tengo a alguien que se preocupe realmente por mí”, “ya ni Diana me habla porque discutimos porque ella dice que no le hablo ni que estuviera tan ocupada, pero en serio no he tenido tiempo libre, ahora si el tiempo libre que tengo me duermo y no porque me sienta triste sino porque estoy realmente cansada”, “tengo que estar yendo a Toluca porque se abrirá caso legal para el testamento de mi mamá”, “he estado yendo a las aseguradoras y con mi trabajo no estoy dispuesta a hacer las cosas que me dice Diana”, “pero quisiera arreglar las cosas con ella, quisiera poder hablar con mis demás familiares pero no puedo, no me dan confianza y me da pena hablarles es que ya son mayores”</i> (sic.pac.).</p> <p>Se proporciona psicoeducación de los tipos de comunicación pasiva, asertiva y agresiva.</p>	<p>ENA de tristeza 10/10</p> <p>Al término de la psicoeducación Laura comenta <i>“creo que yo uso más el pasivo y en algunas ocasiones el asertivo, pero me cuesta trabajo establecer una conversación con mis familiares”</i>.</p> <p>Después del entrenamiento en asertividad Laura comenta <i>“trataré de aplicar esto que hicimos en esta semana que viene, haber como me va”</i></p>

Se entrena en habilidades asertivas a través de modelamiento y moldeamiento para aumentar comunicación asertiva.		
Undécima sesión 19 de enero de 2018		
Entrevista de seguimiento Ensayo conductual ENA de tristeza Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido Cuestionario MOS de apoyo social Inventario de ansiedad de Beck Inventario de depresión de Beck Escala de ansiedad y depresión hospitalaria	Se realiza entrevista de seguimiento con la paciente quien menciona <i>“en esta semana me fue muy bien, pude hablar con más familiares por lo menos con dos ya pude hablar sin agacharme o desviar la mirada”, “aunque estoy un poco triste porque ayer fue el año luctuoso de mi abuelita y fue extraño ver a mi familia llorar”, “en esta semana que sigue quisiera intentar hablar con un hermano de mi mamá que es con quien más trabajo me cuesta porque es muy serio pero me interesa hablarle porque es quién me está asesorando en cuanto a finanzas y seguros”</i> (sic.pac.). Se realiza ensayo conductual con el tema de comunicación asertiva. Se aplican Escalas e Inventarios de medición.	ENA de tristeza 6/10 EMASP: Apoyo Global: Bajo con 1.83 (Bajo 1-2.9) C- MOS: Índice global: Rango Medio-Máximo con 63 puntos (Rango 57-94 pts.) IAB: Ansiedad moderada con 16 puntos (16-30 pts.) IDB: Depresión mínima con 13 puntos (0-13 pts.) HADS: Ansiedad como problema clínico con 12 puntos (>11 pts.) Depresión como trastorno ausente con 3 puntos (0-7 pts.) La situación que se retomó para realizar el ensayo conductual fue el hablar con su tío, tanto en el ámbito personal como en el asesoramiento financiero, en este ensayo se observó a Laura mantener contacto visual todo el tiempo, hace preguntas más concretas y controla sus niveles de ansiedad. Como tarea se deja el hablar con su tío por lo menos una vez en la próxima semana.

16. Resultados

El trabajo psicológico realizado con Laura puede considerarse como funcional debido a que disminuyeron distorsiones cognitivas presentes en situaciones novedosas que a su vez disminuyeron síntomas de depresión y ansiedad.

Se logró que la paciente desarrollara habilidades adaptativas ante la muerte de su madre, al momento, Laura vive sola en su casa, trabaja y realiza trámites burocráticos, además que ha establecido comunicación asertiva con familiares y amigos, para expresar sus necesidades y solicitar apoyo instrumental y emocional.

En cuanto a niveles de ansiedad y depresión (ver Tabla 1) han disminuido, en los niveles de ansiedad en el Inventario de Ansiedad de Beck se observa

que tanto en la evaluación inicial y final se categoriza como ansiedad moderada, sin embargo en la evaluación final se obtiene un puntaje límite inferior, mientras que en HADS para ansiedad se mantiene en ansiedad como problema clínico pero decrementó 5 puntos. En cuanto a la sintomatología depresiva en el Inventario de Depresión de Beck se observa que en la evaluación inicial presenta depresión moderada y en la sesión final presenta depresión mínima; en el HADS para depresión reduce el puntaje de depresión como dudoso a depresión como trastorno ausente; estos últimos puntajes pueden contrastarse con los obtenidos con las ENA's de tristeza (ver Figura 1) donde se muestra que no se ha controlado el nivel de depresión percibido por la paciente aunque tiene una tendencia a la disminución

Tabla 1. Evaluación inicial y final de IAB, IDB y HADS, reportados por Laura.

	Evaluación inicial (03/10/17)	Evaluación final (19/01/18)
Inventario de Ansiedad de Beck	Ansiedad moderada con 22 puntos (16-30 pts.)	Ansiedad moderada con 16 puntos (16-30 pts.)
Inventario de Depresión de Beck	Depresión moderada con 20 puntos (20-28 pts.)	Depresión mínima con 13 puntos (0-13 pts.)
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria	Ansiedad como problema clínico con 17 puntos (>11 pts.) Depresión como dudoso con 8 puntos (8-10 pts.)	Ansiedad como problema clínico con 12 puntos (>11 pts.) Depresión como trastorno ausente con 3 puntos (0-7 pts.)

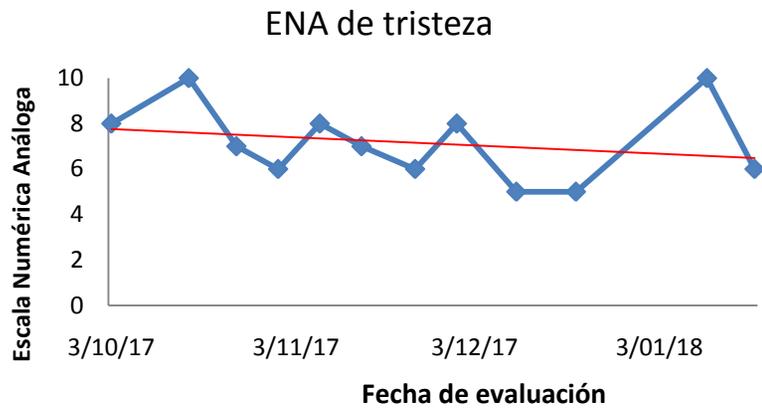


Figura 1. Escala Numérica Análoga de tristeza reportada por Laura..

En apoyo social percibido, en el Cuestionario de MOS se obtuvo que para la evaluación inicial Laura percibía como moderado el apoyo de tipo emocional (28 pts), de distracción (17 pts.) y afectivo (13 pts.), mientras que el apoyo instrumental lo percibía como medio (8 pts.) obteniendo como índice global de apoyo social 66 puntos que indican percepción moderada. En la evaluación final Laura percibía como moderado el apoyo de tipo emocional (28 pts), de distracción (16 pts.) y afectivo (10 pts.), mientras que el apoyo instrumental lo percibía como medio (9 pts.) obteniendo como índice global de apoyo social 63 puntos que indican que se mantuvo su percepción como moderada. En cuanto al número de los integrantes de la red de apoyo en la evaluación inicial Laura identifica a 2 familiares íntimos y en la evaluación final a 3 amigos y familiares íntimos.

Para la red de apoyo, con la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, en la evaluación inicial Laura percibía apoyo social bajo con familiares (2.25 pts.), amigos (2 pts.) y de otras personas importantes (2 pts.) obteniendo como apoyo global percibido 2.08 puntos que significa un nivel bajo. En la evaluación final Laura percibía apoyo social bajo con familiares (1.75 pts.), amigos (1.75 pts.) y de otras personas importantes (2 pts.) obteniendo como apoyo global percibido 1.83 puntos que significa que se mantuvo en un nivel bajo.

En cuanto a la sintomatología mixta, se ha observado un cambio a la observación clínica, en cuanto a la depresión se ha observado disminución de llanto fácil durante las sesiones, mientras que para sintomatología ansiosa ha disminuido el movimiento exacerbado en manos y ruboración además que mantiene contacto visual durante las últimas sesiones. La paciente ha verbalizado disminución de frecuencia en pensamientos de “culpa”, “personalización” y “falacia de control” respecto al fallecimiento de su madre.

Un aspecto importante en este caso es que la paciente adquirió la habilidad de programación de actividades la cuál en un inicio fungió como reestructuración cognitiva de la creencia “soy incapaz”, sin embargo la paciente comenzó a emplearla posteriormente para organizar sus actividades.

17. Conclusiones

Cómo parte de los cuidados paliativos, los profesionales de la salud no podemos ser ajenos al impacto emocional de los cuidadores primarios durante la enfermedad y posterior al fallecimiento del paciente, por lo tanto se propone evaluar, prevenir e intervenir ante las consecuencias psicológicas y físicas que conlleva.

Parte fundamental en este apoyo del sector salud es dotar de estrategias al cuidador para afrontar situaciones que puedan producir ansiedad, estrés, depresión o alguna otra alteración psicológica, la manera en la que se puede lograr este objetivo es proporcionar información y psicoeducación de la enfermedad que cursa el paciente y la manera en la que puede cuidar al paciente, así como enseñarle a detectar y prevenir las situaciones de riesgo de ellos como cuidadores familiares, con el fin de evitar la sobrecarga (Rodríguez & Rihuete, 2011). En el presente caso, se puede observar que un factor importante para que dicho objetivo (antes mencionado) se llevara a cabo es que Laura es médico, lo cual homogeneizó la información proporcionada de los médicos tratantes de su mamá, sin embargo al mismo tiempo fue un problema para la paciente debido a que ella conocía el pronóstico de su madre dieron origen sus cogniciones desadaptativas (e.g. *“me siento culpable de que no haya visto los síntomas de mi mamá antes, quizás y cómo yo estaba pensando en que era un cáncer agresivo le dio”, “entonces ¿yo le di la enfermedad?, no lo sé”*).

Rocamora en 1999 (citado en Expósito, 2008) menciona que el cuidador primario atraviesa por una crisis en el ámbito personal de éste, y desarrolla tres fases:

1. *Desorganización*: Debido al impacto que produce el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad, se interrumpen los proyectos de futuro y se fractura o reduce la red apoyo. Esta fase se puede ejemplificar cuando Laura deja de estudiar para su examen de ingreso a especialidad médica por cuidar a su madre.

2. *Recuperación-adaptación*: La familia o cuidador primario inicia su adaptación en aspectos concretos (redistribución de trabajos y tareas), en cuanto al apoyo social se redefinen las relaciones interpersonales, es decir, puede aumentar la red o a fortalecer lazos. Los cuidadores tienden a ser más activos y se produce el inicio a la adaptación. Esta fase se puede ejemplificar cuando Laura comienza a solicitar apoyo social para realizar trámites burocráticos, para expresar necesidades con sus familiares y en que la paciente vive sola y cuenta con un trabajo relacionado con su profesión. Actualmente Laura está en esta etapa por lo tanto se continúa en seguimiento.
3. *Reorganización*: Se inicia el nuevo equilibrio en función de la situación de la enfermedad y sus consecuencias.

Asimismo el apoyo social tanto instrumental como emocional es indispensable para el cuidador debido a que disminuye la carga emocional al momento de tomar una decisión importante y esto podría disminuir la frecuencia de pensamientos de culpa e incapacidad. En el presente caso, en cuanto al apoyo social percibido de Laura, no hubo cambio significativo tras la intervención (C-MOS evaluación inicial 66 pts y evaluación final 63 pts ambos significan apoyo social moderado), ya que el nivel se mantuvo en apoyo social percibido bajo, sin embargo hay que considerar que en la evaluación inicial la paciente contempló el apoyo de su mamá y de Diana, para la evaluación final ella comenta “*sólo puse que tengo tres personas allegadas y son Diana, mi tío y mi amigo, porque son con los que más he compartido, sin embargo ellos no son los únicos que me están apoyando*”, por lo tanto se puede suponer que si se incrementó el número de integrantes de la red (2 personas) estableciendo un lazo fuerte.

18. Áreas de oportunidad

Se considera que hubiese sido necesario haber tenido una medición de línea base en el momento en que se conoce a la paciente (03/09/17) para tener un mayor control en cuanto a sus niveles de ansiedad y depresión.

Para fines de este caso se retoma el trabajo psicológico realizado a partir del fallecimiento de la madre de Laura, el caso está en curso.

A pesar de que en el IAB y HADS la sintomatología ansiosa se retomaba como moderada y problema clínico respectivamente, no se realizó una intervención enfocada a atenderla primordialmente, ya que a la observación clínica la paciente se mostraba más deprimida por lo tanto la intervención se dirigió más hacia esta variable.

Es importante señalar que se consideró tomar como eje principal el mejoramiento de apoyo social para modular la sintomatología depresiva y ansiosa, sin embargo los niveles de sintomatología mixta sí disminuyeron tanto en Escalas e Inventarios de medición y a la observación clínica pero la percepción del apoyo social no se pudo modificar.

Se recomienda que para casos posteriores se utilicen escalas subjetivas para sintomatología ansiosa y no sólo para depresión como en este caso.

Referencias

Expósito, Y. (2008). La calidad de vida en los cuidadores primarios de pacientes con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 7(3) Recuperado en 30 de enero de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es&tlng=es.

Rodríguez, A. y Rihuete, M. (2011). Influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares. *Medicina Paliativa*, 18(4): 135-140

Anexo 4: Manual de infografías

Universidad Nacional Autónoma de México
 Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
 Residencia en Medicina conductual
 Sede Hospital Juárez de México



**AMPLIANDO MIS REDES DE APOYO SOCIAL.
CURSO DIRIGIDO A PACIENTES CON DOLOR
CRÓNICO.**

Sesión 1: Influencia de la red social y apoyo social en la salud.
 Sesión 2: Habilidades sociales: Estilos de comunicación.
 Sesión 3: Estilos de comunicación y Asertividad.
 Sesión 4: Solución de problemas.
 Sesión 5: Apoyo social proporcionado en el Hospital Juárez de México.

Impartido por Lic. Psic. Guadalupe Arely Hernández Gálvez
 Residente de Medicina Conductual del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos





¿Cómo me pueden ayudar los demás?

Necesitas saber que...

1.- Una red social esta conformada por aquellas personas que nos rodean.

Por ejemplo:



2.- El apoyo social son todas aquellas acciones que realizan las personas que te rodean.



¿En qué me apoyan los demás?



- 1.- Te proporcionan información, orientación o consejos.
- 2.- Te dan ánimo y afecto, escuchan tus preocupaciones, miedos o problemas.
- 3.- Te ayudan a disminuir la sobrecarga de tus actividades diarias.
- 4.- Te proporcionan ayuda económica.
- 5.- Te proporcionan medicamentos o alimento.
- 6.- Te acompañan a tus citas médicas.
- 7.- Te ayudan a tomar decisiones difíciles y te dan su opinión.





¿Cómo se relaciona el apoyo que me proporcionan con mi salud?

- 1.- Aumenta tu seguridad y autoestima.
- 2.- Te ayuda a ver menos amenazante el proceso de tu enfermedad.
- 3.- Disminuyen tus niveles de estrés y ansiedad.
- 4.- Te ayuda a liberar tus emociones y pensamientos.
- 5.- Te permite resolver problemas relacionados con tu enfermedad.
- 6.- Cumplir con tu tratamiento médico.











Residencia en Medicina Conductual, UNAM
 Sede Hospital Juárez de México
 Creado por Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez

¿Porqué es importante contar con el apoyo de personas cercanas a mi durante la enfermedad?

Tener una enfermedad crónica puede generarme tristeza o ansiedad, sin embargo, tener apoyo de mis seres queridos, me permite:

- Sentirme querido y pleno aún con la enfermedad.
- Tener un mejor nivel de salud.
- Enfrentar de mejor forma mi malestar físico y emocional.
- Tener mejor calidad de vida.
- Expresar mis sentimientos, emociones y deseos.
- Me motiva a continuar con mi tratamiento.

Ante el dolor crónico, el tener apoyo me da los siguientes beneficios:

- Mejora el curso y recuperación de mi enfermedad.
- Realizo las actividades que me gustan.
- Minimiza mis malestares y síntomas de la enfermedad.
- Me ayuda a no pensar constantemente en el dolor.

El tamaño de mi red de apoyo puede relacionarse con:

- Si es grande y funcional aumenta la supervivencia en pacientes cáncer.
- Si es pequeña aumenta el riesgo de mortalidad en pacientes con enfermedades del corazón.

En algunas ocasiones puedes pensar que no tienes apoyo pero intenta observar las acciones de los que te rodean, por ejemplo:

Hay alguien que te acompaña, sabes que ante una situación difícil cuentas con alguien. Esa persona te escucha, tiene intereses en común contigo, te acepta, comprende y te orienta. Es alguien con quien puedes platicar, te motiva, te distrae y se preocupa por ti.

Residencia en Medicina Cardíaca, SIMM, SISA Hospital, Juárez de México. Creador por Lic. Psic. E. Arán Hernández Salinas.

¿Qué puedo hacer para relacionarme mejor con los demás?

Algunas situaciones sociales como platicar con alguien, conocer nuevas personas, asistir al Hospital y preguntar dudas al médico pueden resultar difíciles para algunos pacientes. ¿Te ha pasado??
A continuación te brindamos algunas sugerencias para hacer más amenas tus relaciones sociales.

- Al hablar hay que tener en cuenta:**

 - Lenguaje no verbal: Mirada, expresión facial, postura corporal, etc.
 - Lenguaje verbal: Hablar claro y preciso.
 - Voz: Volumen y velocidad.
- Puedes comenzar con:**

 - Iniciar una conversación.
 - Intentar conocer las necesidades de las personas que te rodean para expresarte mejor.
 - Agradecer, perdonar y solicitar disculpas si lo crees necesario.
 - ¡Átrévete a pedir favores!
- Con los demás:**

 - Si lo necesitas pide ayuda, recuerda que en algunas ocasiones no podemos solos.
 - Participa en actividades grupales, esto te ayudará a no sentirte agobiado.
 - Aun cuando no estés de acuerdo da tu opinión.
- En cuanto a lo afectivo:**

 - Reconoce y expresa tus sentimientos y emociones.
 - Trata comprender los sentimientos de los demás.
 - Respeta los sentimientos de los demás.

Residencia en Medicina Cardíaca, SIMM, SISA Hospital, Juárez de México. Creador por Lic. Psic. E. Arán Hernández Salinas.

Cuando hablo con mis familiares a veces peleo o siento que no me escuchan y no llegamos a ningún acuerdo...
entonces ... ¿cómo me expreso?

Necesitas conocer qué estilo de comunicación empleas cuando hablas con tus familiares.

Agresivo	Asertivo	Pasivo
<p>Cuando al expresarnos no tomamos en cuenta sus derechos.</p> <p>Por ejemplo:</p> <p>¡No me importan tus problemas, ¡yo sé lo que quiero!</p> 	<p>Nos expresamos tomando en cuenta los derechos de los demás y los nuestros.</p> <p>Por ejemplo:</p> <p>¡Hola! ¿cómo va tu día?</p> <p>¡Hola! ¿cómo va tu día? ¿cómo va el trabajo?</p> 	<p>Nos expresamos sin respetar nuestros derechos.</p> <p>Por ejemplo:</p> <p>¡No sé si es mejor que me digas que no, pero si siges así no te voy a querer... ¡me voy a ir!</p> 

Algunos tips para ser asertivos son:

Escucha activa:
 Escuchar con atención e interés, demostrando que entiendes lo que te dicen.



Expresar mi opinión:
 No se trata de imponer, sino de hacer acuerdos.

Decir lo que pienso:
 Sin ofender a la otra persona pero defendiendo tu opinión.



Residencia en Medicina Conductual, UNAM
 Sede Hospital Juárez de México
 Ciudad por Líc. Psic. E. Arely Hernández Gálvez

¿Qué puedo hacer para tener mejor comunicación con mis familiares?

En ocasiones es difícil comunicarte con tus familiares debido a que pueda que te sientas criticado o que no entienden cómo te sientes. A continuación te presentamos algunos consejos para que puedas expresar tus emociones, sentimientos, necesidades y deseos de una manera más asertiva.

1. Cuando me critican puedo llegar a enojarme, sin embargo, tengo que valorar si la crítica que me están haciendo es cierta. De ser este el caso:

Una estrategia que me puede ayudar es aceptar mis errores sin excusarme o culpabilizar por ellos.

Por ejemplo:
 "es verdad, fui grosero al no querer comer porque la comida no tenía sal"


2. En algunas ocasiones me enojo con facilidad cuando hablo de ciertos temas, comienzo a gritar o digo cosas de las cuales me arrepiento después.

La estrategia que puedo utilizar es esperar a que esté relajado y preparado para comenzar una nueva conversación.

Por ejemplo:
 "espérame unos minutos, en este momento me siento enojado y no quiero ser grosero contigo"


3. A veces peleo con mis familiares cuando no logramos ponernos de acuerdo.

La estrategia que me puede ayudar es ofrecer un acuerdo aceptable por ambas partes.

Por ejemplo:
 "está bien, ya no me quejaré tanto, pero visítame más seguido"


4. Quisiera tener una mejor relación con mis familiares, pero me es difícil expresar mis emociones y pensamientos.

Una estrategia que te puede ayudar es la autorrevelación, que es compartir información personal necesaria para que la otra persona pueda entender tus sentimientos y el por qué de tus decisiones.

Por ejemplo:
 "en ese momento me sentía enojado porque pensé que no me escuchabas, por eso me fui sin decir nada"



Bibliografía: Contares, S. (1991). La actividad, expresión de una sana autonomía. Síntesis. Dirección de Estudios

Residencia en Medicina Conductual, UNAM
 Sede Hospital Juárez de México
 Ciudad por Líc. Psic. E. Arely Hernández Gálvez

¿Cómo puedo solucionar mis problemas?

Los problemas son situaciones de la vida cotidiana que pueden generar preocupación y estrés. A veces es inevitable sentirnos sobrepasados por ellos, por eso a continuación te daremos algunas recomendaciones para crear y escoger soluciones efectivas para problemas de la vida cotidiana.

- 1 Pregúntate:**

¿Cuál es mi problema?
¿Puedo hacer algo para solucionarlo?
¿Puedo hacerlo solo?
¿Para qué quiero solucionarlo?
¿Qué espero que pase cuando lo solucione?


- 2 Crea alternativas de solución:**

Mientras más ideas mejor.
No hay opciones buenas ni malas.
¡No importa que suene descabellada!
Contempla diferentes opciones, por ejemplo lugares, personas, actividades, entre otras.



¡Escribe tus ideas, todas pueden servir para solucionar tu problema!
- 3 Elige la mejor opción:**

Evalúa las ventajas y desventajas de cada alternativa de solución.
Identifica la viabilidad de cada alternativa.
Evalúa entre las alternativas si se pueden complementar con otra.
De todas las alternativas, elige la que tenga mayor posibilidad de éxito.



No olvides enlistar las alternativas de mayor a menor viabilidad ¡Será más fácil decidir!
- 4 Desarrolla un plan de acción:**

¿Qué puedes hacer para llevar a cabo la alternativa de solución?
¿Cómo podrás lograrlo?
¿Necesitas ayuda de alguien?
¿Cuándo y dónde comenzarás a implementar la alternativa de solución?


- 5 ¡Manos a la obra, echa a andar la solución!**

Comprueba si el resultado de implementar la solución fue acorde a lo que esperabas.
Si no se lograron los resultados esperados, hay que analizar ¿qué sucedió?, si lo detectas puedes regresar al paso 3 para elegir la mejor opción, si no detectas el contratiempo, comienza con el paso 1.



Bibliografía:
Gardner, L., Neale, A., & Mayhew-Oliver, A. (2014). Social Problem Solving: Theory and Assessment. In A. Chang, L. Glick, & L. Santos (Eds.), Social problem solving: Theory, research, and training. Cap. 1. Washington, DC: The American Psychological Association.
Gardner, L., & Neale, A. (2014). Handbook of cognitive-behavioral therapies (2nd ed., edited by R. S. Bellack). New York: Guilford Press, pp. 157-225.

Residencia en Medicina Conductual, UNAM
Sede Hospital Juárez de México
Creado por Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez

¡Gracias por tu participación!



Lic. Psic. Guadalupe Arely Hernández Gálvez
Residencia en Medicina Conductual
Sede Hospital Juárez de México
Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

Anexo 5: Presentaciones para sesiones de intervención

Sesión 1

<p style="text-align: center;">INFLUENCIA DE LA RED SOCIAL Y APOYO SOCIAL EN LA SALUD</p> <p>Lic. Psic. Guadalupe Arely Hernández Gálvez</p> <p>Residencia en Medicina Conductual Sede Hospital Juárez de México Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos</p> 	<p style="text-align: center;">Aplicación de instrumentos</p> <p>Objetivo: Evaluar nivel de apoyo social percibido en el paciente.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center;">Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido</div>  </div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center; margin: 10px auto; width: 150px;">Cuestionario MOS</div> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; background-color: #4a7ebb; color: white; text-align: center; margin: 10px auto; width: 150px;">Consentimiento informado</div>												
<p style="text-align: center;">¿QUÉ TIPO DE APOYO TIENES?</p> 	<p style="text-align: center;">¿Qué es el apoyo social?</p> <p style="text-align: center;">Es la ayuda que recibes de otras personas o instituciones</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Emocional</td> <td>Instrumental</td> <td>Informacional</td> <td>Evaluativo</td> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Te proporcionan ánimo y afecto ante tus preocupaciones, miedos o conflictos. • Te fomenta bienestar y genera una sensación de sentirte querido. • Aumenta tu seguridad. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Te ayudan a realizar actividades y así evita que te sobrecargues. • Te proporcionan ayuda en especie, económica, para movilizarse o en cuestiones laborales. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Te ayudan a tomar decisiones. </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Te ayudan a reconocer logros, áreas de oportunidad, emociones y falta de información. </td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;">Barrera, M. (1986) ; Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T.E. (2000) ; Tardy, Ch. (1985)</p>					Emocional	Instrumental	Informacional	Evaluativo	<ul style="list-style-type: none"> • Te proporcionan ánimo y afecto ante tus preocupaciones, miedos o conflictos. • Te fomenta bienestar y genera una sensación de sentirte querido. • Aumenta tu seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Te ayudan a realizar actividades y así evita que te sobrecargues. • Te proporcionan ayuda en especie, económica, para movilizarse o en cuestiones laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Te ayudan a tomar decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Te ayudan a reconocer logros, áreas de oportunidad, emociones y falta de información.
													
Emocional	Instrumental	Informacional	Evaluativo										
<ul style="list-style-type: none"> • Te proporcionan ánimo y afecto ante tus preocupaciones, miedos o conflictos. • Te fomenta bienestar y genera una sensación de sentirte querido. • Aumenta tu seguridad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Te ayudan a realizar actividades y así evita que te sobrecargues. • Te proporcionan ayuda en especie, económica, para movilizarse o en cuestiones laborales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Te ayudan a tomar decisiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Te ayudan a reconocer logros, áreas de oportunidad, emociones y falta de información. 										
<p style="text-align: center;">¿QUÉ TIPO DE APOYO TIENES?</p> 	<p style="text-align: center;">El apoyo social debe contemplar cuatro dimensiones:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grado de inclusión social</td> <td>Apoyo social percibido</td> <td>Apoyo social recibido</td> <td>Red social</td> </tr> <tr> <td>Conexiones que tienes con otras personas significativas...</td> <td>Ayuda con la que cree contar, el cual tiene un componente afectivo y otro cognitivo evaluativo.</td> <td>Apoyo real que te proporcionan en caso de necesitarlos.</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; font-size: small;">Díaz, M. (2014); García, E. (2009)</p>					Grado de inclusión social	Apoyo social percibido	Apoyo social recibido	Red social	Conexiones que tienes con otras personas significativas...	Ayuda con la que cree contar, el cual tiene un componente afectivo y otro cognitivo evaluativo.	Apoyo real que te proporcionan en caso de necesitarlos.	
													
Grado de inclusión social	Apoyo social percibido	Apoyo social recibido	Red social										
Conexiones que tienes con otras personas significativas...	Ayuda con la que cree contar, el cual tiene un componente afectivo y otro cognitivo evaluativo.	Apoyo real que te proporcionan en caso de necesitarlos.											

¿Qué es una red social?

Red social



Relaciones sociales que rodean a un individuo

- Estructura de los lazos sociales**
- Número de personas**
- Frecuencia de contacto**
- Tamaño (número de miembros conectados al índice individual)**
- Diversidad de dominios**



Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T.E. (2000).

¿CÓMO ES TU RED DE APOYO?

Estructura, tamaño, frecuencia y diferentes dominios.

¿Cómo la percibes?

La tengo, en algunas ocasiones, nula.



¿CREES QUE ES ADECUADA?

Es funcional o no.

¿Qué cambios le harías?



¿En qué me beneficia la ayuda que recibo?

Es un factor de protección para los individuos:

- Apoyo social positivamente percibido se asocia con los niveles de salud y bienestar resultando en una alta satisfacción en la vida durante el curso de enfermedades crónicas.



Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997); Pérez-García, A.M., Oliván, S. & Bover, R. (2013); Rodríguez-Fernández, et al. (2016).

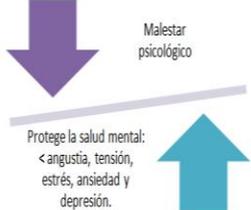
¿Cómo se relaciona el apoyo social con el proceso de salud-enfermedad?

Apoyo social percibido

Estilo de enfrentamiento

Adaptación a la enfermedad

Es más importante el ASP que el apoyo social que realmente recibe



Malestar psicológico

Protege la salud mental: < angustia, tensión, estrés, ansiedad y depresión.

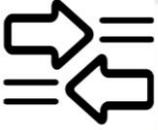
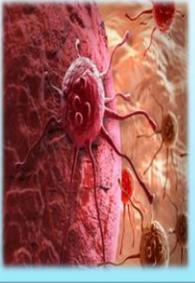
Elementos determinantes en la alta percepción de apoyo social en pacientes con dolor crónico

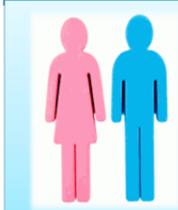
Acompañamiento y retroalimentación	Intereses comunes	Diálogo	Preocupación
Saber que pueden contar con alguien	Orientación	Comprensión	Aceptación
Motivación por el autocuidado	Distracción	Disposición de escucha	

Minimizan los efectos negativos propios de la enfermedad y aumentan la satisfacción respecto a si mismo.

El apoyo social mejora el pronóstico y recuperación de la enfermedad, favorece el cambio de hábitos de conducta hacia conductas más saludables y disminuye el sufrimiento en los pacientes.

Berkman, Glass, Brissette & Seeman, (2000); Amaya y Carrillo, (2015); Diaz, (2014); Roca & Pérez, (1999).

<p>Cuatro procesos y mecanismos por los cuales las redes sociales ejercen sus principales efectos en los resultados de salud.</p>  <p>Influencia social sobre los comportamientos relacionados con la salud</p> <p>Nuestros comportamientos son influenciados y regulados por otros. Matrimonio (lazo íntimo).</p>  <p>Compromiso social</p> <p>Participación en las actividades sociales: refuerza los roles sociales, su identidad, su significado y su sentido de pertenencia.</p> <p><small>Berkman, Glass ySeaman (2000); House et al. (1988).</small></p>	 <p>Diferentes tipos. Apoyo emocional: se cree que amortiguan el estrés.</p> <p>Intercambio de apoyo social</p>  <p>Acceso a los recursos materiales</p> <p>Las personas con redes sociales más amplias son capaces de acceder a más. No tienen por qué ser fuerte o íntimo (lazos fuertes o débiles).</p>
<p>¿CÓMO AYUDAS A TUS SERES QUERIDOS?</p> 	<p>La relación entre las redes sociales y la salud basada en la evidencia empírica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sugiere que las redes sociales están relacionadas con el riesgo de mortalidad. • Nivel bajo de conexión social (soltero, tener pocos amigos cercanos, no pertenecer a grupos) = doble de probabilidad de mortalidad por todas las causas en comparación con las que tienen el nivel más alto de integración social. • Mayor tamaño y frecuencia de los contactos sociales, mayor diversidad de redes a través de diferentes dominios sociales en comparación con aislamiento social, más es mejor. • Posibles variables de confusión (como la morbilidad coexistente o toxicomanías)  <p><small>Ikedá, A. y Kawachi, I. (2010).</small></p>
<p>Enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio y EVC)</p> <ul style="list-style-type: none"> •Efecto protector de las redes sociales sobre la incidencia de enfermedad coronaria. •EU las redes sociales más fuertes se asociaron con una menor incidencia tanto de EVC como de enfermedad coronaria fatal (definida como muerte dentro de las 48 h del inicio de los síntomas). •Mejor pronóstico después de la enfermedad cardiovascular establecida entre individuos más socialmente integrados.  <p><small>Ikedá, A. y Kawachi, I. (2010).</small></p>	<p>Cáncer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgos elevados de incidencia de cáncer y mortalidad en mujeres socialmente aisladas, pero no en hombres. • Supervivencia del cáncer más pobre en las personas con menos redes sociales. • Se requieren estudios más detallados que tomen en cuenta el sitio del tumor, las características detalladas del tumor, así como las diferencias en la modalidad de tratamiento y la co-morbilidad. • Hay evidencia de que los individuos casados tienen mejor supervivencia después del diagnóstico de cáncer en comparación con los no casados  <p><small>Ikedá, A. y Kawachi, I. (2010).</small></p>

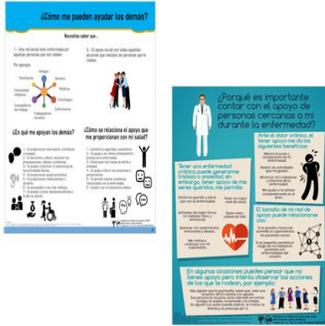
<h3 style="text-align: center;">Declinación cognitiva</h3>  <ul style="list-style-type: none"> • Efecto protector de las redes sociales sobre el mantenimiento de la función cognitiva y la prevención del inicio de la demencia. • Los lazos sociales desafían a la gente a participar en intercambios interpersonales, a practicar sus habilidades de comunicación y a movilizar el disparo de sinapsis de materia gris de manera regular, de tal manera que promueva el mantenimiento de la función cognitiva con el envejecimiento ("Usarlo o perderlo"). <p style="text-align: right; font-size: small;">Ikeda, A. y Kawachi, I. (2010).</p>	<h3 style="text-align: center;">Género</h3>  <ul style="list-style-type: none"> • Las mujeres son más propensas que los hombres a mantener relaciones emocionalmente íntimas. las mujeres son más susceptibles al "contagio del estrés" cuando los cambios en sus redes experimentan un suceso. <p style="text-align: right; font-size: small;">Ikeda, A. y Kawachi, I. (2010).</p>
--	--

<h3 style="text-align: center;">Conclusión</h3> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">  <p>Las redes sociales están fuertemente asociadas con los resultados de salud.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">  <p>Mantenimiento de aspectos del envejecimiento exitoso, como el funcionamiento cognitivo. Implican probablemente una combinación de influencia social, compromiso social, acceso al apoyo social, así como recursos materiales.</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">  <p>Redes sociales y resultados de salud: cuanto más diverso, mejor y algunos vínculos pueden sustituir a otros.</p> </div>	<h2 style="text-align: center;">¿CUÁL ES TÚ CONCLUSIÓN DE LO QUE ACABAMOS DE VER?</h2> 
---	---

 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%; text-align: center;"> <p>"APOYATE CON ESTAS INFOGRAFÍAS PARA REALIZAR TU TAREA"</p> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Observar durante esta semana qué tipo de apoyo social le proporcionan las personas que conforman su red social. Infografía</p> <table border="1" style="width: 100%; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th>Lunes</th> <th>Martes</th> <th>Miércoles</th> <th>Jueves</th> <th>Viernes</th> <th>Sábado</th> <th>Domingo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7">¿Quiénes me ayudaron?</td> </tr> <tr> <td colspan="7">¿En qué me ayudaron?</td> </tr> </tbody> </table>	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	¿Quiénes me ayudaron?							¿En qué me ayudaron?							 <p style="text-align: center; font-weight: bold;">Nos vemos el próximo jueves a las 11.00 am.</p>
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo																
¿Quiénes me ayudaron?																						
¿En qué me ayudaron?																						

<p>Referencias</p> <p>Amaya, M.C. y Carrillo, G.M. (2015). Apoyo social percibido y afrontamiento en personas con dolor crónico no maligno. <i>Aquichan</i>, 15(4), 461-474.</p> <p>Barrera, M. (1986) Distinctions between Social Support Concepts, Measures, and Models. <i>American Journal of Community Psychology</i>, 14(4), 413-445.</p> <p>Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. <i>Social Science and Medicine</i>, 51, 843-857.</p> <p>Castro, R., Campero, L. y Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. <i>Revista de Saúde Pública</i>, 31(4), 425-435</p> <p>Díaz, M. (2014). <i>Relación entre personalidad, afrontamiento y apoyo social con burnout, calidad de vida profesional y salud en bomberos de Gran Canaria</i> (Tesis Doctoral inédita). Facultad de ciencias de la salud. Universidad de las palmas de Gran Canaria.</p> <p>Garola, E. (2009). Apoyo Social: Estructura, función y repercusión en el espectro esquizofrénico. <i>Psiquiatría</i>, 13(3).</p> <p>House, J. (1987). Notes and Insights. Social support and Social structure. <i>Eastern Sociological Sociological Forum</i>, 1(2), 135- 146.</p> <p>Ikeda, A. & Kawachi, I. (2010). Chapter 18 Social Networks and Health. In A. Steptoe (ed.), <i>Handbook of Behavioral Medicine</i> (237-261). New York: Springer.</p>	<p>Pérez-García, A.M., Oliván, S. & Bower, R. (2013). Life satisfaction, depressive symptoms and perceived social support in heart failure patients. <i>Revista de Psicopatología y Psicología Clínica</i>, 18(2), 93-105.</p> <p>Prati, G. & Pietrantonio, L. (2010b). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: A meta-analytic review. <i>Journal of Community Psychology</i>, 38 (3), 403-417.</p> <p>Roca, M., & Riccardi, A. (2014). Familia: Funcionalidad y efectividad como red de apoyo social en pacientes con depresión que están ingresados en el área de hospitalización de psiquiatría del hospital del IESS Dr. Teodoro Maldonado Carbo en la ciudad de Guayaquil. <i>Informes Psicológicos</i>, 14(2), 81-102.</p> <p>Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., Fernández-Zabala, A. & Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. <i>Suma Psicológica</i>, 23(1), 60-69.</p> <p>Tardy, Ch. (1985). Social Support Measurement. <i>American Journal of Community Psychology</i>, 13(2), 187-202.</p>
--	--

Sesión 2

<h2>Habilidades sociales: Estilos de comunicación</h2> <p>Lic. Psic. Guadalupe Arely Hernández Gálvez</p> <p>Residencia en Medicina Conductual Sede Hospital Juárez de México Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos</p> 		<p>Revisión de tarea</p> <p>¿Qué ocurrió ésta semana?</p> <p>¿Cómo les fue con el registro?</p> <p>¿Cómo es el apoyo que recibieron en ésta semana?</p>																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #333; color: white;"> <th>Lunes</th> <th>Martes</th> <th>Miércoles</th> <th>Jueves</th> <th>Viernes</th> <th>Sábado</th> <th>Domingo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="7" style="padding: 5px;">¿Quiénes me ayudaron?</td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="padding: 5px;">¿En que me ayudaron?</td> </tr> </tbody> </table>			Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	¿Quiénes me ayudaron?							¿En que me ayudaron?						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo																	
¿Quiénes me ayudaron?																							
¿En que me ayudaron?																							

¿Qué es el lenguaje?

Propósitos del lenguaje

Función	Propósito	
Representativa	Informar	Explicar algún suceso o término.
Expresiva	Expresar los sentimientos y emociones	Acercarse a otros, compartir alguna idea, para llegar a un entendimiento o identificación.
Apelativa	Persuadir	Pretende influir, convencer, formar alguna idea, provocar un cambio de actitud o reforzar creencias y valores.
Directiva	Actuar	Intenta dirigir, motivar, impulsar a realizar alguna acción, por medio de argumentos que atiendan las necesidades o expectativas del oyente.

Guardia de Viggiano, N. (2009); Santos, D. (2012); Hernández, A. (2014).

Lenguaje verbal

Escrita: representación gráfica de signos.



Lenguaje no verbal

Oral: signos orales y palabras habladas: gritos, silbidos, llantos y risas.



Fajardo, L. (2009)

Cualidades de la voz

Garantizan la aceptación y el gusto del que escucha.



Dicción

Hace clara y entendible la expresión oral. Permite que el mensaje llegue de manera eficaz.



Volumen

Se comprueba por medio de los oídos, los rostros y las actitudes de los que nos escuchan.

- Medio: plática familiar.
- Alto: momentos de entusiasmo.
- Bajo: expresiones de miedo.

Hernández, A. (2014).

Lenguaje no verbal

Complementa la comunicación verbal para reforzarla, contradecirla, sustituirla, acentuarla y regularla o controlarla.

Gestos, movimientos de la cabeza o corporales, postura, expresión facial, la mirada, proximidad o cercanía, tacto o contacto corporal y orientación.

SIGNOS DE AFECTO
 Expresiones faciales que reflejan el estado emocional de la persona. Puede reforzar o contradecir el mensaje verbal.



Gestos

SIGNOS DE CONTROL
 Movimientos corporales y gestos que monitorean y controlan la comunicación verbal con la otra persona. Proveen la retroalimentación que se necesita para saber si entiende el mensaje, si se necesita aclararlo.



Guardia de Viggiano, N. (2009)

SIGNOS DE ADAPTACIÓN
 Movimientos y gestos, sin intención de comunicar. Son esfuerzos para adaptarse a las necesidades físicas e inmediatas, como un grito de dolor.



Comunicación táctil

Abrazos, besos y apretón de manos



Emociones positivas
 Expresan una relación íntima, de amor, de aprecio, apoyo o interés sexual.



Control
 Órdenes implícitas, dominación o poder



Ritual
 Saludarse y despedirse.

Guardia de Viggiano, N. (2009)

Postura y movimientos



Mantenerse erguido con naturalidad

Refleja seguridad. Encorvarse o relajarse demasiado: tímidos o de poca autoestima.



No descuidar la parte inferior del cuerpo

Pararse con las piernas abiertas, muy juntas o entrelazadas no es recomendable. Posición ligeramente abierta, con un pie más adelante que el otro, evitando hacer movimientos o balancearse en forma continua.



Consejo

Observarnos y practicar.



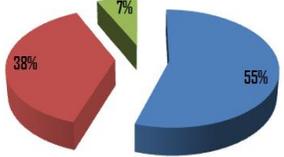
Disposición de conversar

Evitarlo (incomodidad o ignorar)

Muestra interés y atención

Conducta visual

¿Por qué es importante el lenguaje no verbal?



Categoría	Porcentaje
No verbal	55%
Voz (tono, volumen, velocidad)	38%
Verbal	7%

Hernández, A. (2014).

Recomendaciones para comunicarnos de mejor manera

Tratar de hacer	Evitar hacer
Hablar sin rodeos.	Guardar silencio. Interrumpir.
Contempla el estado de ánimo del otro.	Cambiar el tema no concluido.
Usa un lenguaje sencillo.	Criticar. No responder. Monoslabos.

Verbal

No Verbal	
Escucha con atención.	Expresar desinterés.
Refleja interés con la mirada.	Evitar la mirada.
Asentir con la cabeza.	Distraerse.

Guardia de Viggiano, N. (2009); Hernández, A. (2014).



Y tú ¿cómo te comunicas con los demás?

Al hacer peticiones o al dirigirse con los demás.

Petición

- Solicitar favores.
- Solicitar ayuda.
- Solicitar a otra persona que modifique su conducta o actitud.

¿Una petición debe ser aceptada?

SI	No
Exigencia	Reconocer el derecho del otro a rechazarla

¿Quiénes podrían ayudarnos?

Red de personas e instituciones.



Algunas dificultades son:



- Pedir un favor puede resultarte bastante difícil.
- Difícil admitir que necesitamos ayuda para hacer algo.

Algunos tips para realizar peticiones

Solicitar apoyo en el momento adecuado para quien esperas que te ayude. Previene avergonzarlo o hacerlo enojar.



Ejemplo



Explicar tu situación detalladamente para evitar suposiciones o malentendidos.

Ejemplo

Agradece a quien te ayude y a quien no.

No te enojess si es que no pueden ayudarte, esa persona ha sido honesta contigo.

No tomes su decisión como algo personal.

No te alejes de esa persona, puede pensar que eres convenenciero.

Ten un plan de emergencia

Prepárate a estar dispuesto a ayudar a otros cuando lo necesiten.




Estilos de comunicación

Agresivo
 Pasivo
 Asertivo



Estilo agresivo

No me interesan tus derechos y los míos se anteponen a los tuyos. Yo consigo lo que quiero.

Ejemplo



Asertivo

Respeto tus derechos, pero definiendo también los míos y si tengo que decirte que no a algo lo hago.

Ejemplo



Pasivo

Dejo que los derechos de los demás se antepongan a los míos. No me atrevo a defender mis derechos

Ejemplo



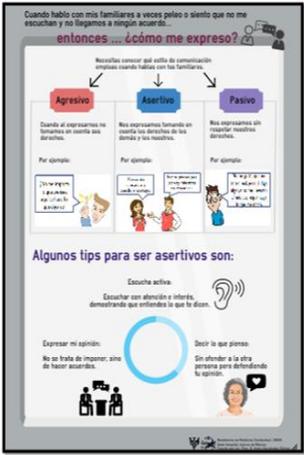
“APOYATE CON ESTAS INFOGRAFÍAS PARA REALIZAR TU TAREA”

Tarea

- 1) ¿Qué estilo de comunicación usas al hacer peticiones a tu red social?.
- 2) Registro de apoyo social percibido.

 <p>Nos vemos el próximo jueves a las 11.00 am.</p>	<p>Referencias</p> <p>Fajardo, L. (2009). A propósito de la comunicación verbal. <i>Forma y Función</i>, 22(2), 121-142.</p> <p>Guardia de Viggiano, N. (2009). <i>Lenguaje y comunicación</i>. Costa Rica: Coordinadora Educativa y Cultural Centroamericana CECC/SICA. ISBN 978-9968-818-72-8.</p> <p>Hernández, A. (2014). <i>Compilación de LCC. Expresión oral y escrita II</i>. Universidad Tecnológica de Izúcar de Matamoros. Recuperado de https://licangelahdez.files.wordpress.com/2014/01/unidad-i-com-verbal-y-no-verbal-eeei.pdf.</p> <p>Santos, D. (2012). <i>Comunicación oral y escrita</i>, Estado de México, México: Red Tercer Milenio. ISBN 978-607-733-174-2.</p>
---	---

Sesión 3

<p>Estilos de comunicación y Asertividad</p> <p>Lic. Psic. Guadalupe Arely Hernández Gálvez</p> <p>Residencia En Medicina Conductual Sede Hospital Juárez de México Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos</p> 	 <p>Revisión de tarea</p> <p>¿Qué ocurrió ésta semana?</p> <p>¿Qué estilo de comunicación usaron más?</p> <p>¿Tienen alguna duda de los estilos de comunicación?</p>
---	---

Manejo de críticas

Aserción negativa:
aceptar los propios
errores sin excusarnos
por ello.

Reconocer las críticas
bien fundadas.



Roca, E. (2003).

Negociación

Acuerdo viable: llegar a
una situación aceptable
para ambas partes.

Las dos partes deben
ceder algo.

Mostrar que se le
escucha y entiende, para
ofrecerle después un
compromiso realista.



Castanyer, O. (1996).



¿Cómo aplicarías estas estrategias
ante situaciones relacionadas con tu
salud?



¡Es momento de actuar!

Estilo agresivo



¡Continúa la actuación!

Estilo asertivo



¡La última y nos vamos!

Estilo pasivo

¿Qué opinan de la actividad?

¿Se les ocurre otra posible solución?

¿Creen que siempre tenemos que comunicarnos asertivamente?



Tarea

- Practica el estilo de comunicación asertivo con tus familiares.
- Registro de apoyo social percibido.



Nos vemos el próximo jueves a las 11.00 am.

Referencias

Castanyer, O. (1996). *La asertividad, expresión de una sana autoestima*. Bilbao, España: Desclee de Brouwer.

Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Valencia, España: Gráficas Papallona, S. Coop.

Sesión 4

Solución de problemas

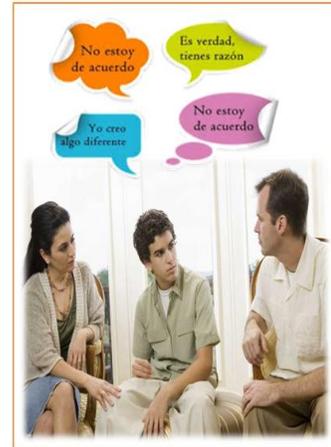
Lic. Psic. Guadalupe Arely Hernández Gálvez

Residencia en Medicina Conductual
 Sede Hospital Juárez de México Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos



Revisión de tarea

- ¿Qué tipo de comunicación usaste más en esta semana?
- ¿Fuiste asertivo?
- ¿Qué se te complicó?
- ¿Cómo te sentiste?



¿Qué es un problema?

- Situación de difícil solución.
- Cuestión o punto discutible que se intenta resolver.

¿Cuál es el problema al que te enfrentas más seguido?



¡Aplicamos juntos la técnica de solución de problemas!

D'Zurilla, T. & Nezu, A. (2010).

¿Cómo puedo solucionar mis problemas?

Los problemas son situaciones de la vida cotidiana que pueden generar preocupación y estrés. A veces se sienten eventos sobrenaturales por ellos, que sólo con voluntad se dan paso. Algunas recomendaciones para crear y elegir soluciones efectivas para problemas de la vida cotidiana.

- 1 Pregúntate:**
 - ¿Cuál es mi problema?
 - ¿Puedo hacer algo para solucionarlo?
 - ¿Puedo hacerlo solo?
 - ¿Para qué quiero solucionarlo?
 - ¿Cuál espero que pase cuando lo soluciono?
- 2 Crea alternativas de solución:**
 - Muéstrame más ideas mejor.
 - No hay opciones buenas o malas.
 - No importa que suene descabellado!
 - Considera diferentes opciones, por ejemplo lugares, personas, actividades, entre otros.
- 3 Elige la mejor opción:**
 - Evalúa las ventajas y desventajas de cada alternativa de solución.
 - Identifica la viabilidad de cada alternativa.
 - Evalúa entre las alternativas si se pueden complementar entre sí.
 - De todas las alternativas, elige la que tenga mayor posibilidad de éxito.
- 4 Desarrolla un plan de acción:**
 - ¿Cuál puedes hacer para llevar a cabo la alternativa de solución?
 - ¿Cómo puedes lograrlo?
 - ¿Alternativas puedes de apoyo?
 - ¿Cuándo y dónde comenzarás a implementar la alternativa de solución?
- 5 Mímonos a la obra, échale andar a la solución!**
 - Comprueba si el resultado de implementar la solución fue acorde a lo que esperabas.
 - Si no lo logras los resultados esperados, trata que mejorar ¿qué te acordó? ¿a lo defectos puedes regresar al paso 1 para elegir la mejor opción, o te detienes el costo/tiempo, comienza con el paso 1.

- Nos generan emociones desagradables.
- Creemos que no somos capaces de solucionar.
- Por más que hagamos, no encontramos una solución efectiva.

“Es importante siempre ver a los problemas como un reto y no como una amenaza”.



Orientación al problema:

Ejemplo:

«necesito conseguir dinero para mi tratamiento»

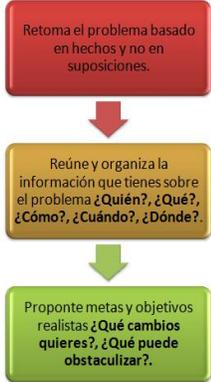


Ejemplo:

«necesito conseguir dinero para mi tratamiento»



Definición y formulación del problema:




D'Zurilla, T.; Nezu, A. & Maydeu-Olivares, A. (2004).

Ejemplo:

«Requiero \$2, 000 para comprar mis medicamentos»

- Necesito el dinero para el día de mañana
- Mi obstáculo principal es el haber pedido apoyo económico al mismo familiar las últimas 5 veces.



Generación de alternativas:

Genera tantas posibles soluciones como sea posible, con ideas nuevas y originales, ten en cuenta estos principios:




D'Zurilla, T.; Nezu, A. & Maydeu-Olivares, A. (2004).

Ejemplo:

- Vender alguna pertenencia
- Pedir un préstamo al banco
- Hipotecar mi casa
- Pedir prestado a mis amigos... etc.



Balance decisional:

- Analiza las ventajas y desventajas de cada alternativa de solución propuesta.
- Elimina las alternativas de poca viabilidad.



D'Zurilla, T.; Nezu, A. & Maydeu-Olivares, A. (2004).

- Analiza los posibles resultados de cada alternativa.
- Analiza las consecuencias de cada una: a nivel emocional, físico, económico y sociales.



D'Zurilla, T.; Nezu, A. & Maydeu-Olivares, A. (2004).

Ejemplo:

Vender alguna pertenencia

Ventajas	Desventajas

Hacemos esto con todas...

Ejecución y verificación de soluciones:

- Lleva a cabo la solución elegida.
- Evalúa los resultados.
- En caso de ser correcta ¡Felicite! ¡Resolviste tu problema!
- Si no fue satisfactoria, regresa a analizar las demás alternativas de solución.



D'Zurilla, T.; Nezu, A. & Maydeu-Olivares, A. (2004).

Ejemplo:

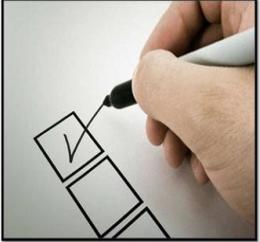
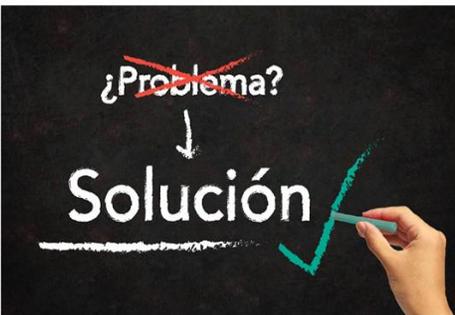
Elijo en primer lugar:

- Acudir con mis amigos para obtener el dinero necesario (mayor rapidez en obtenerlo).

Evalúo... Si me funciona ¡felicidades!, y si no, realizo:

- Vender alguna pertenencia.

Vuelvo a evaluar...

Pongamos en práctica la técnica de solución de problemas!
 coméntanos un problema que quieras que resolvamos juntos

1. Tomamos un respiro... nos tranquilizamos y nos decimos que no hay problemas imposibles de solucionar... son sólo retos que podemos manejar.

2. ¿Cuál es el problema que quiero resolver?, ¿Qué quiero lograr?, ¿Por qué es importante?



3. Pensemos en por lo menos tres alternativas de solución



4. Analizamos cada solución ¿me ayudará a obtener mi meta?, ¿Qué efectos puede producir?, ¿Cuánto tiempo y esfuerzo me llevará?, ¿Cómo puedo mejorar esta solución?

5. Elegimos una solución y ¡manos a la obra!...



Tarea

Repasa los temas antes vistos con apoyo en el cuadernillo de infografías, anota tus dudas o sugerencias.



Nos vemos el próximo jueves a las 11.00 am.

Referencias

D'Zurilla, T.; Nezu, A. & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social Problem Solving: Theory and Assessment. In: E. Chang; T. D'Zurilla & L. Sanna (Ed). Social problem solving: Theory, research, and training. Cap. 1. Washington, DC, US: American Psychological Association.

D'Zurilla, T. & Nezu, A. (2010). Handbook of cognitive-behavioral therapies (3r. Ed, Edited by K. S. Dobson). USA: The Guilford Press, pp. 197-225.

Sesión 5

Apoyo social proporcionado en el Hospital Juárez de México.

Lic. Psic. Guadalupe Arely Hernández Gálvez
Residencia en Medicina Conductual
Sede Hospital Juárez de México Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos



Revisión de tarea

¿Tienen alguna duda?

¿Tienen alguna sugerencia?

¿Qué han entendido hasta el momento?

Universidad Nacional Autónoma de México
Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Residencia en Medicina Conductual
Sede Hospital Juárez de México

AMPLIANDO MIS REDES DE APOYO SOCIAL
CURSO DIRIGIDO A PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO.

Sesión 1: Influencia de la red social y apoyo social en la salud.
Sesión 2: Habilidades sociales: Estilos de comunicación.
Sesión 3: Estilos de comunicación y Asertividad.
Sesión 4: Solución de problemas.
Sesión 5: Apoyo social proporcionado en el Hospital Juárez de México.

Impartido por Lic. Psic. Guadalupe Arely Hernández Gálvez
Residente en Medicina Conductual del Servicio de Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos

Trabajo social

- Nivel socioeconómico.
- Seguimiento a la problemática.
- Referencia a otros hospitales como el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.
- Albergue San José (Monumento a los Indios Verdes).
- Comedores comunitarios.



- Cada área: Directorio institucional.
- No hay programas de apoyo interno pero si ASOCIACIONES.
- Donaciones.
- Clínica de diabetes.
- Escuela a distancia pediatría.



FUNDACION REBECCA DE ALBA

Zamora 169, Int 6, Cuauhtémoc, Condesa, 06140 Ciudad de México, CDMX



BANCO DE MEDICAMENTOS
 PARA PACIENTES HEMATO-ONCOLÓGICOS
 Abierto de 9:00 a 18:00 horas, de lunes a viernes.

Medicamentos, materiales y equipo, de acuerdo a nivel socioeconómico.

Para apertura de expediente presentar:

- Carnet
- Receta vigente
- Identificación del paciente
- Identificación del familiar responsable

Máximos # 25, col. Valle Gómez, del. Cuauhtémoc, Entre Circuito Interior y Plomo Conca del Inverno Misterioso. Tel. 55431022

CGDO



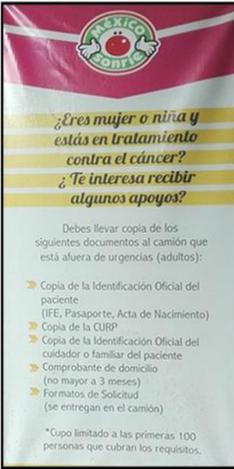
Fundación DEVLYN

EXAMEN DE LA VISTA GRATIS

Anteojos Graduados desde **\$190.00**

ADEMÁS Lente Solar DE REGALO

Estamos ubicados frente al Módulo de Informes



MEXICO SORPRESA

¿Eres mujer o niña y estás en tratamiento contra el cáncer?
 ¿Te interesa recibir algunos apoyos?

Debes llevar copia de los siguientes documentos al camión que está afuera de urgencias (adultos):

- Copia de la Identificación Oficial del paciente (IFE, Pasaporte, Acta de Nacimiento)
- Copia de la CURP
- Copia de la Identificación Oficial del cuidador o familiar del paciente
- Comprobante de domicilio (no mayor a 3 meses)
- Formatos de Solicitud (se entregan en el camión)

*Cupo limitado a las primeras 100 personas que cubran los requisitos.

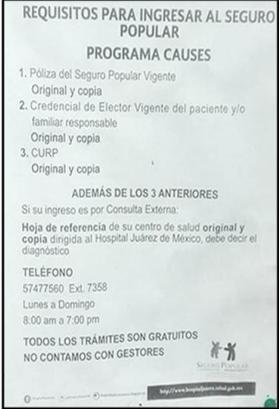
Apoyo emocional




Seguro popular

CAUSES (Catalogo universal de servicios sociales).

- 125 intervenciones
- Fx, embarazos, cesárea.
- Pediatría (apéndice, neumonía, vesícula y pie equino).
- Urgencias: cubre la EIh, estudios.
- Programado por CE: servicio de referencia por pase de 1ra. Vez por Centro de Salud (Nacional).



REQUISITOS PARA INGRESAR AL SEGURO POPULAR PROGRAMA CAUSES

1. Póliza del Seguro Popular Vigente Original y copia
2. Credencial de Elector Vigente del paciente y/o familiar responsable Original y copia
3. CURP Original y copia

ADEMÁS DE LOS 3 ANTERIORES

Si su ingreso es por Consulta Externa.
 Hoja de referencia de su centro de salud original y copia dirigida al Hospital Juárez de México, debe decir el diagnóstico

TELÉFONO
 57477560 Ext. 7358
 Lunes a Domingo
 8:00 am a 7:00 pm

TODOS LOS TRÁMITES SON GRATUITOS
 NO CONTAMOS CON GESTORES

http://www.hospitaljuarez.com.mx

Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos

- Linfoma Hodgkin
- Cáncer de próstata.
- CaCU
- Ca mama
- Niños y adolescentes
- 6 años de seguimiento (consultas, estudios, medicamentos y cirugías).
- Recaída otros 6 años.
- Dictamen médico solicitar apoyo en trabajo social.



GASTOS CATASTRÓFICOS

- ¿Conoces otro tipo de apoyo en el HJM?.
- ¿Qué apoyo consideras que hace falta en el HJM?.
- ¿Qué te pareció el curso?.



arelehernandez@gmail.com

Anexo 6: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido



Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Estudios Superiores Iztacala
 Residencia en Medicina Conductual
 Sede Hospital Juárez de México



El presente cuestionario tiene la finalidad de conocer cómo percibes el apoyo que te dan tus familiares, amigos y otras personas importantes en tu vida. Es importante que leas cada enunciado e indiques con una "X" la respuesta con la que más te identifiques.

A continuación se te dará un ejemplo de cómo contestar este cuestionario.

		Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	Nunca
1	Hay una persona importante en mi vida a quien puedo expresar mis quejas.		X		

Este ejemplo indicaría que **Casi siempre** hay una persona importante en mi vida a quien puedo expresar mis quejas.

		Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	Nunca
1	Hay una persona importante en mi vida cerca de mí cuando la necesito.				
2	Hay una persona con la cual puedo compartir mis alegrías y tristezas.				
3	Mi familia intenta ayudarme.				
4	Cuando necesito apoyo emocional la obtengo de mi familia.				
5	Hay una persona importante en mi vida que me consuela.				
6	Mis amigos realmente intentan apoyarme.				
7	Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.				
		Siempre	Casi siempre	Frecuentemente	Nunca
8	Puedo hablar de mis problemas con mi familia.				
9	Tengo amigos con quien puedo compartir mis alegrías y tristezas.				
10	En mi vida hay una persona especial que se interesa por mis sentimientos.				
11	Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.				
12	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.				

Anexo 7: Cuestionario MOS

Las siguientes preguntas se refieren al apoyo o ayuda que usted tiene:

1.- Consideremos sólo a las personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre.

Aproximadamente ¿cuántos **amigos** cercanos tiene? _____

Aproximadamente ¿cuántos **familiares** cercanos tiene? _____



Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Estudios Superiores Iztacala
 Residencia en Medicina Conductual
 Sede Hospital Juárez de México



¿Cuenta con alguien?	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
² Que le ayude cuando tenga que estar en cama.					
³ Con quien pueda contar cuando necesite hablar.					
⁴ Que le aconseje cuando tenga problemas.					
⁵ Que le lleve al médico cuando lo necesite.					
⁶ Que le muestre amor y afecto.					
⁷ Con quien pasar un buen rato.					
⁸ Que le informe y ayude a entender la situación.					
⁹ En quien confiar o con quién hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
¹⁰ Que le abrace.					
¹¹ Con quien pueda relajarse.					
¹² Que le prepare la comida si usted no puede hacerlo.					
¿Cuenta con alguien?	Siempre	La mayoría de las veces	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
¹³ Cuyo consejo realmente desee.					
¹⁴ Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas.					
¹⁵ Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
¹⁶ Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos.					
¹⁷ Que le aconseje cómo resolver sus problemas personales.					
¹⁸ Con quién divertirse.					
¹⁹ Que comprenda sus problemas.					
²⁰ A quien amar y hacerle sentirse querido.					

Anexo 8: Cartas descriptivas



Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Estudios Superiores Iztacala
 Residencia en Medicina Conductual
 Sede Hospital Juárez de México



Taller Apoyo social en pacientes con dolor crónico					
Encargada: Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez			Tema: Influencia de la red social y apoyo social en la salud.		
Fecha: 05 de Febrero de 2018		N° Sesión: 1		Duración: 70 minutos	
Objetivo general de la sesión: Los participantes identificarán el tipo de apoyo que provee su red social y como se relaciona con su estado de salud.					
N° de Actividad	Objetivo específico	Descripción de la actividad realizada por la facilitadora	Duración de la actividad	Materiales	Actividades que realizarán los participantes
1	Evaluar nivel de apoyo social percibido en el paciente.	Se describirá la función que tiene el uso de instrumentos de medición y posteriormente se proporcionarán dos escalas que miden apoyo social percibido.	25 min.	<ul style="list-style-type: none"> Lápiz Cuestionario de datos sociodemográficos Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido Cuestionario MOS Consentimiento informado 	
2	Los pacientes identificarán la diferencia entre apoyo social y redes sociales.	Mediante una presentación en Power Point, la encargada explicará ¿Qué es una red social? y ¿Qué es el apoyo social?	30 min.	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón Cuadernillo de infografías 	Los participantes darán tres ejemplos de su propia red social y el tipo de apoyo social que tienen y cuál desearían obtener.
3	Los pacientes identificarán la relación entre apoyo social y salud.	Mediante una presentación en Power Point, la encargada realizará la exposición de ¿Cómo se relaciona el apoyo social con el proceso de salud-enfermedad?	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón Cuadernillo de infografías 	Los participantes darán tres ejemplos de cómo perciben ellos esta relación.
Observaciones: Se dejará como tarea observar durante esta semana que tipo de apoyo social que le proporcionan las personas que conforman su red social. Esta tarea se anotará en la parte de atrás de la infografía correspondiente.					

Taller Apoyo social en pacientes con dolor crónico					
Encargada: Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez			Tema: Habilidades sociales: Estilos de comunicación		
Fecha: 12 de Febrero de 2017		N° Sesión: 2		Duración: 70 minutos	
Objetivo general de la sesión: Los participantes serán capaces de reconocer el estilo de comunicación que usan cotidianamente.					
N° de Actividad	Objetivo específico	Descripción de la actividad realizada por la facilitadora	Duración de la actividad	Materiales	Actividades que realizarán los participantes
1	Proporcionar retroalimentación del ejercicio en casa.	Tres participantes dirán en voz alta su tarea, y se dará retroalimentación por parte de la encargada.	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> Cuadernillo de infografías 	Los participantes detectarán los problemas que tuvieron al realizar el ejercicio.
2	Los participantes identificarán los propósitos y tipos de lenguaje.	La encargada realizará una exposición sobre ¿Qué es el lenguaje?, Tipos de lenguaje y recomendaciones para comunicarnos de mejor manera.	25 min.	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón Cuadernillo de infografías 	Los participantes detectarán las características que emplean en su lenguaje cotidiano.
3	Los participantes identificarán estrategias para realizar peticiones.	La encargada realizará una exposición sobre ¿Qué es una petición?, Dificultades para realizar una petición y Tips para realizar peticiones.	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón Cuadernillo de infografías 	Los participantes identificarán la diferencia entre peticiones y exigencias.
4	Los participantes identificarán el estilo de comunicación que tienen con sus familiares al realizar peticiones.	La encargada realizará una exposición sobre Estilos de comunicación.	15 min.	<ul style="list-style-type: none"> Laptop Cañón Cuadernillo de infografías 	El participante detectará que estilo de comunicación usa ante peticiones o al dirigirse con sus familiares.
Observaciones: Se dejará como tarea observar durante esta semana que estilo de comunicación emplean al expresar sus necesidades y solicitar apoyo con su red social. Esta tarea se anotará en la parte de atrás de la infografía correspondiente.					

Taller Apoyo social en pacientes con dolor crónico					
Encargada: Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez			Tema: Estilos de comunicación y Asertividad		
Fecha: 19 de Febrero de 2018		N° Sesión: 3		Duración: 75 minutos	
Objetivos generales de la sesión: 1) Los participantes serán capaces de reconocer en que situaciones se puede usar cada estilo de comunicación y 2) los participantes realizarán ensayos conductuales de comunicación asertiva.					
N° de Actividad	Objetivo específico	Descripción de la actividad realizada por la facilitadora	Duración de la actividad	Materiales	Actividades que realizarán los participantes
1	Proporcionar retroalimentación del ejercicio en casa.	Tres participantes dirán en voz alta su tarea, y se dará retroalimentación por parte de la encargada.	15 min.	• Cuadernillo de infografías	Los participantes detectarán el estilo de comunicación que se usó en la tarea.
2	Los pacientes detectarán ante que situaciones pueden aplicar cada estilo de comunicación.	La encargada realizará una exposición sobre Asertividad. Se usarán viñetas de situaciones cotidianas en las que los participantes señalarán el estilo de comunicación empleado y si es el adecuado.	35 min.	• Laptop • Cañón • Cuadernillo de infografías	Los pacientes identificarán la diferencia entre estilos de comunicación, además detectarán y evaluarán situaciones hipotéticas.
3	Los pacientes detectarán el estilo de comunicación usado por sus compañeros.	Mediante tres ensayos conductuales los participantes interpretarán situaciones cotidianas en donde se aplique cada estilo de comunicación.	25 min.	• Cuadernillo de infografías	Los participantes detectarán el estilo de comunicación empleado ante ciertas situaciones.
Observaciones: Se dejará como tarea practicar el estilo de comunicación asertivo con sus familiares.					

Taller Apoyo social en pacientes con dolor crónico					
Encargada: Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez			Tema: Solución de problemas		
Fecha: 26 de Febrero de 2018		N° Sesión: 4		Duración: 65 minutos.	
Objetivo general de la sesión: Los participantes identificarán los elementos de la técnica de solución de problemas.					
N° de Actividad	Objetivo específico	Descripción de la actividad realizada por la facilitadora	Duración de la actividad	Materiales	Actividades que realizarán los participantes
1	Los participantes conocerán la estructura básica de la Técnica de Solución de Problemas.	La encargada realizará una presentación de ¿Qué es un problema y cómo puedo resolverlo? Destacando los puntos clave de la Técnica de Solución de Problemas.	25 min.	• Laptop • Cañón • Cuadernillo de infografías	Los participantes nombrarán los pasos a seguir para solucionar un problema.
2	Los participantes realizarán un ejercicio de solución de problemas aplicado a su vida cotidiana.	La encargada guiará la solución de problemas que los participantes hagan de su vida cotidiana, el ejercicio llegará hasta la obtención de la mejor solución.	25 min.	• Cuadernillo de infografías	Los participantes identificarán que paso de la técnica se les dificultó y el porqué. Además conocerá la importancia de tomar una decisión informada.
3	Se realizará un ejercicio grupal de solución de problemas.	Se elegirá un problema de un participante y en grupo se llevará a cabo la técnica de solución de problemas.	15 min.	• Cuadernillo de infografías	Los participantes crearán una solución efectiva.
Observaciones: Se dejará como tarea repasar los temas antes vistos con apoyo en el cuadernillo de infografías para detectar dudas o sugerencias que serán retomadas en la siguiente sesión.					

Taller Apoyo social en pacientes con dolor crónico					
Encargada: Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez			Tema: Apoyo social proporcionado en el Hospital Juárez de México y Clausura del Taller		
Fecha: 05 de Marzo de 2018		N° Sesión: 5		Duración: 100 minutos	
Objetivos generales de la sesión: 1) Los participantes identificarán el apoyo social proporcionado en el HJM en diversas poblaciones, 2) Los participantes darán retroalimentación del Taller, 3) Los participantes identificarán la modificación en el estilo de comunicación que usan ante su red social ante peticiones referentes a su estado de salud.					
N° de Actividad	Objetivo específico	Descripción de la actividad realizada por la facilitadora	Duración de la actividad	Materiales	Actividades que realizarán los participantes
1	Los participantes conocerán los apoyos proporcionados por el HJM y Seguro Popular.	La encargada realizará una presentación de Apoyo Social proporcionado en el HJM Destacando las áreas de: trabajo social y asociaciones civiles y privadas, apoyo emocional (Medicina Conductual), y Seguro Popular (Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y Programa CAUSES).	35 min.	• Laptop • Cañón	Los participantes identificarán los apoyos existentes en el HJM y los pasos a seguir para solicitarlos.

CONTINUACIÓN DE SESIÓN 5					
2	Evaluar nivel de apoyo social percibido en el paciente.	Se describirá la función que tiene el uso de instrumentos de medición y posteriormente se proporcionarán dos escalas que miden apoyo social percibido.	25 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Lápiz • Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido • Cuestionario MOS 	
3	Los pacientes expresarán como relacionan el estilo de comunicación con su apoyo social percibido.	Cada participante expresará en voz alta cómo percibe la relación entre el estilo de comunicación, solución de problemas y apoyo social desde su experiencia.	20 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuadernillo de infografías 	Los participantes nombrarán la relación entre red social, tipo de apoyo social, estilo de comunicación y solución de problemas ante su enfermedad.
4	Los pacientes retroalimentarán el taller.	Se aclararán dudas, además cada participante expresará qué le pareció el Taller o si hay sugerencias.	10 min.		
5	Los pacientes recibirán constancia de participación	A los participantes que hayan asistido al menos a 4 sesiones se les otorgará una constancia.	10 min.	<ul style="list-style-type: none"> • Constancias de participación 	
Observaciones: Se entregarán constancias de participación sólo a aquellos que hayan cumplido con el 90% de asistencia. Se entregarán números de contacto de Instituciones y Asociaciones públicas y privadas para solicitar apoyo si es requerido.					

Correo de contacto

arelehernandez@gmail.com

Lic. Psic. G. Arely Hernández Gálvez