



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
MEDICINA CONDUCTUAL

**EFICACIA DE AUTOVERBALIZACIONES PARA DISMINUIR ANSIEDAD
ANTE ASPIRADO/BIOPSIA DE MÉDULA ÓSEA. UN ESTUDIO PILOTO**

TESIS

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

MARÍA LUISA ESCAMILLA GUTIÉRREZ

TUTORA

DRA. MARÍA ROSA DE LOURDES ÁVILA COSTA
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

MTRA. MAETZIN ITZEL ORTIZ CARRILLO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

DRA. SANDRA ANGÉLICA ANGUIANO SERRANO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑÓN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO. NOVIEMBRE 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.

AGRADECIMIENTOS

Al *Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT)* por el apoyo económico brindado para la realización de esta investigación y demás actividades que me permitieron concluir el posgrado de manera satisfactoria.

A la *Universidad Nacional Autónoma de México* y a la *Facultad de Estudios Superiores Iztacala* por ser mi segunda Alma Máter que me ofreció la posibilidad de alcanzar un grado más en mi formación profesional.

A la *Dra. María Rosa*, por el tiempo e interés que dedicó a esta investigación, así como a la *Mtra. Maetzin* por su ayuda y guía en las actividades asistenciales y académicas de la maestría. A la *Dra. Rebeca* por su valioso apoyo incondicional en cada una de las etapas de mi vida profesional. Y al resto del *comité tutor* que se tomaron el tiempo para revisar y mejorar este proyecto.

Con especial cariño a *mis padres*, por ser mi principal sostén y forjadores de todos mis triunfos ¡Este logro también es de ustedes!

A otros miembros de *mi familia* que nunca han escatimado en el apoyo que me han dado durante toda mi vida.

A mis *amigos sinceros*, por estar en los momentos más difíciles, por escucharme y nunca dejar que me rindiera.

A cada uno de los integrantes del *Servicio de Hematología del Hospital Juárez de México*, por las atenciones y el reconocimiento que hacen a la intervención psicológica como una pieza importante para la atención integral de la salud.

Con todo mi respeto y admiración a *mis pacientes*, por compartir conmigo la situación límite por la que atravesaban y permitirme aprender de ellos como psicóloga y como persona. Fueron mi principal motivación para continuar a pesar de las adversidades.

¡Infinitas Gracias!

Índice

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Capítulo 1. Eficacia de Autoverbalizaciones para Disminuir Ansiedad ante Aspirado/Biopsia de Médula Ósea. Un Estudio Piloto	11
1.1 Marco Teórico	11
1.1.1 Epidemiología de los padecimientos Onco-Hematológicos	11
1.1.2 Aspirado /Biopsia de Médula Ósea	12
1.1.3 Ansiedad	14
1.1.3.1 Definición de Ansiedad	14
1.1.3.2 Modelos Teóricos de Ansiedad.	16
1.1.3.4 Síntomas de Ansiedad	17
1.1.3.5 Ansiedad durante el Aspirado/Biopsia de Médula Ósea	18
1.1.4 Técnicas de Distracción durante la Aspirado/ Biopsia de Médula Ósea	20
1.2 Planteamiento del Problema	24
1.2.1 Justificación	24
1.2.2 Pregunta de Investigación	24
1.2.3 Objetivo General	24
1.2.4 Objetivos Específicos	24
1.2.5 Hipótesis de Investigación	25
1.2.6 Hipótesis Estadísticas	25
1.3 Método	26
1.3.1 Variables	26
1.3.2 Variables Independientes	27
1.3.3 Tipo de Estudio y Diseño	27
1.3.4 Participantes	27
1.3.5 Criterios de Inclusión	27
1.3.6 Criterios de Exclusión	28
1.3.7 Criterios de Eliminación	28
1.3.8 Características del Procedimiento	28
1.3.9 Instrumentos	28
1.3.10 Materiales	29

1.3.11 Procedimiento	29
1.4 Resultados	30
1.5 Discusión y Conclusiones	36
Referencias	39
Capítulo 2. Reporte de Experiencia Profesional	47
2.1 Historia de la Medicina Conductual	47
2.2 Historia del Hospital Juárez de México	54
2.3 Servicio de Hematología	58
2.3.1 Historia del Servicio de Hematología	58
2.3.2 Organización del servicio de hematología: Ubicación del residente en Medicina Conductual	59
2.3.3 Principales padecimientos tratados en el servicio de hematología	60
2.3.4 Evaluación Inicial del Servicio de Hematología	63
2.4 El Papel del Médico Conductual en el Servicio de Hematología	64
2.4.1 Contexto Psicológico de los Pacientes en el Servicio de Hematología	64
2.4.2 Actividades del Médico Conductual en Hematología	64
2.4.2.1 Actividades Asistenciales	64
2.4.2.2 Actividades Académicas	66
2.4.2.3 Actividades no Programadas en el Hospital	67
2.4.2.4 Otras Actividades no Programadas Externas	68
2.4.2.5 Cronograma de Actividades	69
2.5 Productividad	70
2.6 Competencias Profesionales Alcanzadas	77
2.7 Evaluación de la Residencia	79
2.8 Conclusiones y Sugerencias	80
Referencias	82
Apéndices	84
Apéndice A. Primer Caso Clínico: Intervención Cognitivo- Conductual en un Caso de Ansiedad	84
Apéndice B. Segundo Caso Clínico: Intervención Cognitivo- Conductual en un Caso de Manejo del Enojo	103
Apéndice C. Tercer Caso Clínico: Intervención Cognitivo- Conductual en el Caso de una Adolescente con Leucemia y Sintomatología Mixta	136

Apéndice D. Cartas Descriptivas	162
Apéndice E. Consentimiento Informado	165
Apéndice F. Entrevista Semiestructurada Breve	166
Apéndice G. Escala de Ansiedad-Tensión	168
Apéndice H. Escala de Expresión Facial de Ansiedad (EEF-A)	169
Apéndice I. Escala de Expresión Facial de Dolor (EEF-D)	170

Índice de Figuras

Figura 1. Tensión Arterial Sistólica	33
Figura 2. Tensión Arterial Diastólica	33
Figura 3. Frecuencia Cardíaca	34
Figura 4. Organigrama del Servicio de Hematología	60
Figura 5. Distribución de los pacientes atendidos por sexo	70
Figura 6. Distribución de los pacientes atendidos por estado civil	71
Figura 7. Distribución de los pacientes atendidos por lugar de residencia	71
Figura 8. Distribución de los pacientes atendidos por área	72
Figura 9. Distribución de los pacientes atendidos por diagnóstico médico	73
Figura 10. Distribución de los pacientes atendidos por diagnóstico psicológico	74
Figura 11. Distribución de las intervenciones realizadas por tipo de consulta	75
Figura 12. Distribución de las intervenciones realizadas por clase de atención	75
Figura 13. Distribución de las intervenciones realizadas por modalidad de atención	76
Figura 14. Distribución de las intervenciones realizadas por técnica	77

Índice de Tablas

Tabla 1. Tasa de morbilidad hospitalaria por principales tumores malignos de la población de 20 y más según grupo de edad para cada tipo de cáncer y sexo	12
Tabla 2. Definición conceptual y operacional de la variable dependiente	26
Tabla 3. Conocimientos del BAMO previos a la psicoeducación	30
Tabla 4. Medición de reacciones fisiológicas	31
Tabla 5. Puntajes obtenidos en la EEF-A y EEF-D	32
Tabla 6. Cronograma de Actividades	69

Resumen

El presente documento aborda la realización de un estudio piloto en el que se evaluó la eficacia de las autoverbalizaciones en el manejo de respuestas de ansiedad ante la Biopsia/Aspirado de Médula Ósea, esta investigación se ejecutó en dos pacientes onco-hematológicos. Para la prueba de hipótesis se usaron pruebas no paramétricas (Wilcoxon y Friedman), de lo cual, no resultaron diferencias estadísticamente significativas entre la pre y post prueba. Debido al tamaño de la muestra, se sugiere tratar estos resultados con cautela y solo usarlos como un precedente de futuras investigaciones. Por otro lado, se expone el Reporte de Experiencia Profesional, que incluye las actividades realizadas durante el periodo enero de 2018 a abril de 2019 en el Hospital Juárez de México. Se hace énfasis en la colaboración con el Servicio de Hematología, donde se participó en actividades asistenciales y académicas. Durante este periodo se atendieron a 254 pacientes, en su mayoría hematológicos, aunque también se incluyeron pacientes de interconsulta, como de neurocirugía, reumatología, ortopedia, etc. En total, se llevaron a cabo 1258 intervenciones, de las cuales, la mayoría fueron realizadas en hospitalización (81%). El Hospital Juárez de México es el escenario ideal para ejercer la medicina conductual, pues se impulsa la intervención multidisciplinaria.

Palabras clave: Autoverbalizaciones, Ansiedad, Biopsia/Aspirado de Médula Ósea, Medicina Conductual, Hematología.

Abstract

This manuscript presents a pilot study about the efficacy of self-verbalizations in the management of anxiety responses to Bone Marrow Biopsy/Aspiration was evaluated, this research was carried out with two onco-hematological patients. For the hypothesis test, non-parametric tests (Wilcoxon and Friedman) were used. There were not statistically significant differences between the pretest and posttest, due to the sample size; thus, treat these results with caution and use them only as a precedent for future research. On the other hand, the Professional Experience Report was also accomplished, where activities carried out in January 2018 to April 2019 at Hospital Juárez de México are reported. Emphasis is placed on collaboration with the Hematology Service. In this service, Behavioral Medics participated in academic and assistance activities. During this period, 254 patients were attended, the majority of patients were hematological, although interconsultation patients were also included, such as neurosurgery, rheumatology, orthopedics, etc. In total, 1258 interventions were carried out, the majority were performed in hospitalization (81%). Hospital Juárez de México is the ideal place to practice behavioral medicine, since multidisciplinary intervention is promoted.

Key Words: Self-verbalization, Anxiety, Bone Marrow Biopsy/Aspiration, Behavioral Medicine, Hematology.

Introducción

La definición de salud ha cambiado con el paso del tiempo, anteriormente, este campo era dominado por la ciencia médica. En la actualidad, esto se ha transformado; la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona: “La salud es un estado completo de bienestar físico, psicológico y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006, p.1), esta definición de salud hace indispensable incluir a otros profesionales que participen en mantenerla.

Además, las enfermedades han modificado mucho su etiología, pues debido a la Transición Epidemiológica, el proceso salud-enfermedad se ha transformado como resultado de factores demográficos, económicos y sociológicos. Anteriormente, las principales causas de morbi-mortalidad eran de origen patógeno e infeccioso; en la actualidad, las principales causas de muerte están relacionadas con enfermedades crónico-degenerativas, es decir, enfermedades con etiología comportamental (Omran, 1971). Esta situación trajo como consecuencia el aumento del presupuesto destinado a la atención de las enfermedades crónico-degenerativas.

La Medicina Conductual es el campo interdisciplinario que une los conocimientos y técnicas de las ciencias del comportamiento y las de las biomédicas, para su aplicación clínica en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de desórdenes físicos (Schwartz, & Weiss, 1978 como se citó en Matarazzo, 1980).

Debido a lo anterior, integrar al psicólogo con especialidad en Medicina Conductual en el terreno de la salud, podría ser una ventaja, ya que se contribuiría a la prevención y el buen tratamiento de las enfermedades crónico-degenerativas.

La Medicina Conductual es una disciplina joven que poco a poco se está dando a conocer en el campo de la salud. En el Hospital Juárez de México, la residencia en Medicina Conductual de la Universidad Nacional Autónoma de México se incluyó en 1999 y desde entonces, sus alumnos colaboran para mejorar las condiciones psicológicas en las que se encuentran los pacientes de diferentes servicios, uno de ellos es el Servicio Hematología, donde los pacientes se exponen a una serie de factores desde la fase pre diagnóstica,

diagnóstico, tratamiento, recaída o de cuidados paliativos, lo que deriva en síntomas psicológicos como ansiedad y depresión.

Este documento tiene como objetivo ilustrar el papel del médico conductual en el Hospital Juárez de México, que comprende las actividades asistenciales, académicas y de investigación. Por lo que en el primer capítulo se presenta el estudio piloto “Eficacia de Autoverbalizaciones para Disminuir Ansiedad ante Biopsia/Aspirado de Médula Ósea” que se espera sea un precedente para investigaciones futuras en el Servicio de Hematología y que favorezca la atención psicológica de los pacientes. En el segundo capítulo, se narra la historia de la Medicina Conductual y del Hospital Juárez de México, se contextualiza el Servicio de Hematología, se señalan las tareas del Médico Conductual en este servicio, se presenta la productividad del periodo enero 2018-abril 2019 y se concluye con las competencias profesionales alcanzadas y los comentarios y sugerencias hacia la residencia.

Capítulo 1. Eficacia de Autoverbalizaciones para Disminuir Ansiedad ante Aspirado/Biopsia de Médula Ósea. Un Estudio Piloto

1.1 Marco Teórico

1.1.1 Epidemiología de los padecimientos Onco-Hematológicos

Con relación a las enfermedades neoplásicas, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) menciona que a nivel mundial, surgieron 509,590 casos nuevos de linfoma no Hodgkin, así como 248,724 fallecimientos por la misma enfermedad, ubicándola como la décimo segunda enfermedad neoplásica con mayor incidencia. La leucemia se encuentra en el lugar 14 de la tabla, con 437,033 casos nuevos y con 309,006 muertes. En el número 23 se localiza al mieloma múltiple con una incidencia de 159,985 casos y 106,105 fallecimientos. Por último, el linfoma de Hodgkin ubicado en la posición 27 con 79,990 casos nuevos y 26,167 fallecimientos.

A nivel nacional, la leucemia se encuentra en el lugar 11 de los cánceres más comunes con una incidencia de 6,406 casos nuevos y 4,470 fallecimientos. El linfoma no Hodgkin se localiza en el nivel 12 con 5,174 nuevos casos y 2,741 muertes. El linfoma de Hodgkin se encuentra en el lugar 21 con una incidencia de 2,388 casos y 543 muertes. Finalmente, el mieloma múltiple se localiza en la posición 24 con 1,642 casos nuevos y una mortalidad de 1,387 casos (OMS, 2018).

Asimismo, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2017) en México, durante el 2014 haciendo una clasificación por grupos de edad y sexo, se describe que tanto en hombres como en mujeres de 20 años y más, los tumores malignos de órganos hematopoyéticos ocupan el segundo lugar de morbilidad, los hombres registraron el 11.4 % y las mujeres el 17.6 %. Abajo se muestran con más detalle los datos (Ver Tabla 1).

Tabla 1.

Tasa de morbilidad hospitalaria por principales tumores malignos de la población de 20 años y más según grupo de edad para cada tipo de cáncer y sexo

2014

Por cada 100 mil habitantes para cada grupo de edad

Tumores malignos	Grupo de edad							
	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 64	65 a 74	75 a 79	80 y más
Hombres								
Células germinales (testículo)	28.47	18.12	6.22	3.18	2.76	3.21	2.75	2.87
Órganos hematopoyéticos	16.80	12.99	17.45	21.87	26.22	40.48	48.81	37.05
Sistema linfático y tejidos afines	10.77	11.70	16.13	28.03	44.28	52.04	56.89	47.75
Órganos digestivos	3.89	13.41	35.65	80.36	140.78	195.07	198.74	149.37
Órganos respiratorios e intratorácicos	1.87	2.59	7.27	20.62	45.84	81.94	104.78	76.18
Órganos genitales masculinos	0.63	1.29	4.24	23.04	65.45	147.68	205.91	154.85
Mama	0.41	0.57	2.08	3.34	4.37	7.59	8.69	5.87
Mujeres								
Órganos genitales femeninos	12.92	38.61	67.28	90.59	104.99	100.34	85.45	80.70
Órganos hematopoyéticos	11.16	9.71	16.05	21.78	25.90	31.30	26.94	24.55
Mama	7.43	40.21	124.90	203.19	218.24	209.06	155.89	94.78
Sistema linfático y tejidos afines	7.04	8.45	11.26	22.16	31.83	43.27	47.73	35.22
Células germinales (ovario)	5.49	8.72	25.18	40.00	41.43	40.88	28.10	18.01
Órganos digestivos	3.65	10.19	32.36	69.10	105.72	134.65	149.86	118.43
Órganos respiratorios e intratorácicos	0.76	2.49	4.37	12.48	17.28	28.44	42.21	23.85

Nota: Se utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), códigos: C15-C26, C30-C39, C50-C58, C60-C63, C81-C96.

Fuente: SSA (2016). *Base de Egresos Hospitalarios 2014*; y CONAPO (2016). *Proyecciones de la Población 2010-2050*.

Dada la relevancia epidemiológica de las enfermedades onco-hematológicas a nivel internacional y nacional y teniendo en cuenta que el método de diagnóstico por excelencia para cada una de ellas es la Biopsia/Aspirado de Médula Ósea (BAMO), es que se decide realizar esta investigación.

A continuación, se narra con mayor profundidad, la importancia de la BAMO.

1.1.2 Aspirado /Biopsia de Médula Ósea

La médula ósea es el lugar anatómico destinado para la hematopoyesis, el proceso por el cual las células indefinidas se diferencian y maduran en la producción de células sanguíneas como: eritrocitos que transportan oxígeno, las plaquetas que median la coagulación sanguínea; y los leucocitos que resultan indispensables para establecer los mecanismos de defensa contra bacterias, virus, hongos y parásitos (Jaime & Gómez, 2012; Wilcox, Siska, Petterino, & Young, 2018).

Los exámenes de sangre y de médula ósea son básicos para el diagnóstico de varias enfermedades hematológicas, tanto benignas como malignas, así como para evaluar la respuesta del tratamiento de leucemias y algunos linfomas. El examen de la médula ósea se utiliza para varios estudios (análisis citogenético, citometría y estudios moleculares) (Shabanloei, Golchin, Esfahani, Dolatkhan, & Rasoulilian, 2010); además, es un medio seguro y económico que proporciona la evaluación semicuantitativa y cualitativa del proceso de hematopoyesis y ayuda a los análisis histocitológicos, inmunocitológicos, citogenéticos y moleculares. Otra ventaja es que se puede obtener sin riesgo importante y con molestias menores, se procesa rápida y fácilmente para el examen. En resumen, el análisis de la médula ósea es la piedra angular para el diagnóstico hematológico, ya que proporciona el diagnóstico confirmatorio. Asimismo, la BAMO se usa también durante el manejo de la enfermedad (Lichtman, Kaushansky, Kipps, Prchal, & Levi, 2014; Nanwani & Khatri, 2017).

Las indicaciones para la BAMO se presentan a continuación; cuando la historia clínica y los resultados de las pruebas de laboratorio sugieren la posibilidad de un padecimiento hematológico, el análisis de la médula ósea podría ayudar a distinguir diagnósticos diferenciales. Cuando se ha comprobado que es necesario, se debe decidir si sólo se aspirará o se acompañará de biopsia. El aspirado se realiza siempre para observar la morfología. La biopsia es un estudio más complejo, que sirve para cuantificar la celularidad y diagnosticar enfermedades infiltrativas de la médula ósea (Lichtman et al., 2014).

El procedimiento consiste en remover un pedazo de hueso (biopsia) y/o extraer líquido (aspirado) de la médula ósea, usualmente se hace en la cresta iliaca posterior del hueso coxal, el esternón o el fémur. Se adormece un área pequeña de piel y la superficie del hueso con anestesia. Después, una aguja especial se inserta en el hueso. Se extrae la muestra con una jeringa. Esta muestra se manda al laboratorio para ser analizada con un microscopio (National Cancer Institute [NCI], s.f.).

El BAMO es de suma importancia para poder diagnosticar algunas enfermedades hematológicas, por eso, es inevitable su realización. Este procedimiento médico-invasivo puede traer como consecuencia algunos estados emocionales desagradables, como la ansiedad. En seguida, se describe con mayor profundidad qué es la ansiedad, sus síntomas,

los modelos que la explican, su relación con el BAMO y las técnicas de distracción que se han utilizado para disminuirlas.

1.1.3 Ansiedad

1.1.3.1 Definición de Ansiedad

La ansiedad es parte de una respuesta de adaptación, en donde se presenta un estado de inquietud o zozobra del ánimo, es una de las sensaciones más frecuentes en el ser humano, una emoción complicada y no placentera que se manifiesta con tensión emocional acompañada de somatización. Combina síntomas físicos y mentales que no son atribuibles a peligros reales, que se presentan como crisis o un estado persistente. Se anticipan peligros futuros, indefinibles e impredecibles. Se convierte en patológica cuando supera los parámetros de intensidad, frecuencia o duración (Sierra, Ortega, & Zubeidat, 2003).

Para Spielberger, Sydeman, Owen y Marsh (1999, como se citó en Castellanos, Guarnizo, & Salamanca, 2011) la ansiedad es un proceso que incluye constructos de estrés, amenaza y estado de ansiedad, que se desarrolla a través de una secuencia de eventos de naturaleza cognoscitiva, afectiva, psicológica y comportamental, este proceso puede comenzar por un estímulo externo que es percibido o interpretado como peligroso, aunque también puede ser detonado por un estímulo interno, como un pensamiento visto como amenazante.

Igualmente, puede entenderse como un mecanismo de adaptación que permite a las personas someterse a un estado de alerta ante situaciones percibidas como amenazantes, que en condiciones normales activan el sistema de respuesta, lo que facilita la concentración para afrontar eventualidades eficientemente, empero, un elevado nivel de ansiedad puede producir sentimientos de indefensión aun cuando el individuo se encuentre ante la ausencia de estímulos que generen esta reacción, lo que conduce a la disfuncionalidad a nivel psicológico y fisiológico, entorpeciendo sus actividades cotidianas (Riveros, Hernández, & Rivera, 2007 como se citó en Castellanos, Guarnizo, & Salamanca, 2011).

Para Clark y Beck (2010) la ansiedad es algo diferente del miedo, si bien, el miedo es una valoración automática primaria de la amenaza y es el proceso básico de todos los trastornos de ansiedad, la ansiedad por su parte es un estado más duradero del peligro e

incluye otros factores cognitivos además del miedo como la aversividad percibida, la incontrolabilidad, la incertidumbre, la vulnerabilidad (indefensión) y la incapacidad para obtener los resultados esperados. Ambos sufren de una orientación hacia el futuro, lo que tiene como consecuencia preguntas del tipo ¿Qué...si?, por ejemplo: ¿Qué pasaría si no paso esta entrevista de trabajo?

Al hablar de un trastorno de ansiedad, se hace referencia a una preocupación patológica, en donde las personas atienden selectivamente a estímulos personalmente amenazadores, y que anticipa resultados negativos a pesar de que exista una escasa posibilidad de que eso suceda. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad y preocupación no coinciden con la posibilidad o efectos reales del suceso temido. Tan solo mencionar que es imposible que ocurra, no altera la idea de la persona (Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, 2006).

Por último, con base en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM IV, American Psychiatric Association, 2000) se define al Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) como ansiedad y preocupación excesiva que se manifiesta más días de los que no se presenta, al menos durante seis meses, y respecto de muchos sucesos o actividades, es difícil controlarla. Se presentan más de los siguientes síntomas durante el mismo periodo: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño. El centro de atención de la ansiedad y preocupación no se limita a las características de un trastorno del Eje I, y la perturbación no se debe a efectos fisiológicos de una sustancia ni una enfermedad médica. Los síntomas causan angustia o daño clínicamente significativo en áreas importantes del funcionamiento.

Para fines de este estudio, se entenderá la ansiedad como el estado emocional que surge como respuesta a algún estímulo presente que, en el pasado, ha sido seguido por un estímulo perturbador, teniendo como consecuencia cambios en la respiración, frecuencia cardíaca, micción, etc. (Estes & Skinner, 1941). Y como la anticipación aprensiva de daño o desgracia futura acompañada de sentimientos de disforia o síntomas físicos de tensión, relacionada con miedo, preocupación, incomodidad y pavor (Lavoie, 2013).

1.1.3.2 Modelos Teóricos de Ansiedad.

Existen muchos modelos que intentan explicar por qué se presenta la ansiedad. Los más primitivos se asocian con la capacidad adaptativa de cualquier ser vivo, donde se retoma la teoría de la selección natural de Darwin, que justifica su aparición como defensa ante un posible peligro, las respuestas físicas y comportamentales son normales (Becerra-García, Madalena, Estanislau, Rodríguez-Rico, & Dias, 2007; Campos, Fogaça, Aguiar, & Guimarães, 2013; Cruz-Morales, González-Reyes, Gómez-Romero, & Arriaga-Ramírez, 2003).

También, existen modelos basados en las reacciones fisiológicas y los neurotransmisores que la provocan, por ejemplo, el papel de la amígdala y el sistema septo-hipocampal, en donde interviene como principal neurotransmisor el ácido gamaminobutírico, así como serotonina, noradrenalina y péptido colecistoquinina (Becerra-García et al., 2007; Cruz-Morales et al., 2003).

Asimismo, se han medido las reacciones fisiológicas relacionadas con la ansiedad como la conductancia de la piel, presión arterial, ritmo cardiaco, respuestas corticales y medidas cognitivas subjetivas (Becerra-García et al., 2007; Mora-Gallegos & Salas, 2014).

Otros modelos básicos se han realizado en animales, principalmente en ratas. Algunos con supresión condicionada, test de conflicto de Geller y Seifter, test del campo abierto, test de la tabla de agujeros, test de la transición claro-oscuro, separación de crías, laberinto en cruz elevado, modelo de sobresalto, conducta exploratoria y modelo de interacción social; todos coinciden en someter al sujeto a cierto estímulo ansiogénico y valorar sus reacciones (Becerra-García et al., 2007; Cruz-Morales et al., 2003).

Los modelos basados en la teoría del aprendizaje también intentan dar una explicación a la ansiedad, entre ellas se encuentra el condicionamiento usado por Watson y Reyner (1920, como se citó en Campos et al., 2013; Cruz-Morales et al., 2003; Lissek et al., 2005; Lissek et al., 2013) cuando indujeron miedo a Albert con un sonido fuerte pareado con un estímulo neutro. Para Estes y Skinner (1941, como se citó en Campos et al., 2013; Cruz-Morales et al., 2003; Lissek et al., 2005; Lissek et al., 2013) la ansiedad es un estado emocional que se presenta cuando un estímulo previo asociado con un estímulo temible, por

lo que la ansiedad es una respuesta condicionada. También, Mowrer (1939, como se citó en Campos et al., 2013; Cruz-Morales et al., 2003; Lissek et al., 2005; Lissek et al., 2013) propone que la ansiedad es una respuesta completamente aprendida, que se presenta ante estímulos condicionados que previamente se han asociado con situaciones de daño y dolor, es decir, la presencia de un estímulo aversivo (dolor) produce reacciones fisiológicas, como taquicardia y sudoración, cuando se parea con un estímulo neutral (aguja y jeringa), después, la presencia del estímulo neutral ocasionará reacciones parecidas a las que se aprendieron anteriormente, a esto se le conoce como ansiedad condicionada. Es justamente en este último modelo en el que se basa esta investigación, pues provee una buena explicación del porqué se manifiesta ansiedad en los procedimientos médico-invasivos como es el caso del BAMO.

Lakshmi y Sharma (2017) señalan otros modelos derivados de otros enfoques de la psicología, que para efectos de esta investigación, solo serán nombrados. Existe el modelo psicodinámico, el modelo del apego, modelo de excitación de Eysenck, modelo de incubación, modelo humanístico, modelo existencial, modelo dos-factores, modelo cognitivo, modelo metacognitivo, modelo expresivo-conductual, modelo de Cloninger y modelo biológico.

1.1.3.4 Síntomas de Ansiedad

Lakshmi y Sharma (2017) dividen los síntomas de ansiedad en 4 grupos. El primero corresponde a los síntomas cognitivos (indecisión, preocupación, atención, memoria y concentración dañadas), síntomas afectivos/emocionales (nerviosismo, enojo y tristeza), síntomas físicos (tensión muscular, sueño trastornado, dolor corporal, hipertensión y boca seca) y por último, los síntomas comportamentales (irritabilidad, impulsividad, etc.).

De acuerdo con la Secretaria de Salud (2010) los síntomas de ansiedad se dividen en físicos y psíquicos.

Físicos:

- Aumento en la tensión muscular.
- Mareos.
- Sensación de “cabeza vacía”.
- Sudoración.
- Hiperreflexia.
- Fluctuación de la presión arterial.
- Palpitaciones, taquicardia.
- Síncope.
- Parastésias.
- Temblor.
- Molestias digestivas.
- Aumento en la frecuencia y urgencia urinaria y diarrea.

Psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos):

- Intranquilidad e inquietud.
- Nerviosismo.
- Preocupación excesiva y desproporcionada.
- Miedos irracionales.
- Ideas catastróficas.
- Deseo de huir.
- Temor a perder la razón y el control.
- Sensación de muerte inminente.

1.1.3.5 Ansiedad durante el Aspirado/Biopsia de Médula Ósea

Se calcula que los pacientes con leucemia llegan a recibir en promedio 300 inyecciones durante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, convirtiendo a los procedimientos médicos invasivos como la segunda causa de dolor en los pacientes, mientras que la primera es la misma enfermedad, es la razón, por la que existen pacientes que piensan que los estudios y tratamiento son peores que la enfermedad (Rivera-Fong, 2014). Como se verá a continuación, el dolor está ligado a la ansiedad.

Varios artículos afirman que la BAMO provoca ansiedad y dolor (Brunetti et al., 2011; Bukola & Paula, 2017; Glennon et al., 2018; Hjortholm, Jaddini, Halaburda, & Snarski, 2013; Jaddini, Hjortholm, & Snarski, 2016; Kuivalainen, Pitkaniemi, Widenius Elonen, & Rosenberg; 2012; Lidén, Oloffso, Landgren, & Johansson, 2012; Shabanloei et al., 2010; Tanasale, Kluin, & Kluin-Nelemans, 2013; Yuvali, Demircioglu, & Ali, 2017; Zahid, 2015). No solo causando esto, sino de igual manera afectando la calidad de vida, la duración del tratamiento y futuros exámenes, pues muchos esquemas de tratamiento ameritan su realización en repetidas ocasiones (Rizi, Shamsalinia, Ghafarri, Keyhanian, & Naderi, 2017; Tanasale et al., 2013).

Se han demostrado niveles altos de dolor durante procedimientos médicos invasivos como la BAMO, notificándose en un estudio dolor de moderado a insoportable de un 50% a 70% de los pacientes sometidos a este procedimiento (Rizi et al., 2017). En otra investigación, el 70% reportó dolor, el 30% manifestó dolor, de severo al peor dolor que había experimentado en su vida (Lidén et al., 2012).

Además, la farmacoterapia no ha demostrado ser la estrategia más efectiva para tratar el dolor, ya que tiene muchos efectos secundarios como náuseas, vómito, complicaciones respiratorias, etc. Otros, como la anestesia local solo alivia el dolor cuando la aguja se inserta en el cuerpo, pero no en el momento que se realiza el aspirado, por lo que, a pesar de esto, muchos pacientes siguen calificando la experiencia como muy dolorosa (Shabanloei et al., 2010; Rizi et al., 2017; Tanasale et al., 2013).

Otro problema es la ansiedad, que incrementa la respuesta simpática e influye en los signos vitales, produce taquicardia e hipertensión (Rizi et al., 2017). De hecho, la ansiedad puede considerarse como un factor predictor de dolor (Tanasale et al., 2013). Pues muchos estudios han mostrado una correlación entre la intensidad del dolor y la ansiedad (Brunetti et al., 2011; Kuivalainen et al., 2012; Shabanloei et al., 2010; Yuvali et al., 2017).

Existen algunos factores que pueden favorecer el dolor y la ansiedad durante la BAMO, por ejemplo, la fase del procedimiento se ha reportado como más doloroso el momento justo del aspirado, además de que las personas jóvenes lo perciben como más doloroso que las mayores. El que el procedimiento se prolongue, que sea realizado por un médico sin experiencia y que sea el médico quien le brinde información de la BAMO,

también incrementa el dolor. La ansiedad puede estar relacionada con el procedimiento o con el resultado (Brunetti et al., 2011; Tanasale et al., 2013). De la misma manera, Zahid (2015) agrega que si el Índice de Masa Corporal (IMC) es alto y que el procedimiento se realice en el esternón, también puede incrementar el dolor.

En cuanto a si las experiencias previas modifican o no la sensación de dolor, Kuivalainen et al. (2012) mencionan que los principiantes y los pacientes con experiencia previa de BAMO tuvieron un grado similar de ansiedad antes del procedimiento, así como de la intensidad del dolor, excepto que la infiltración de anestésico local fue menos dolorosa en los primeros. Por el contrario, Zahid (2015) señala que las experiencias previas dolorosas condicionan a mayor ansiedad anticipatoria, haciendo que los posteriores acercamientos sean igual o más dolorosos.

Por lo que se ha llegado a la conclusión de que es necesario buscar métodos no médicos para el alivio del dolor, disminuir la ansiedad y controlar las respuestas fisiológicas (Rizi et al., 2017).

1.1.4 Técnicas de Distracción durante la Aspirado/ Biopsia de Médula Ósea

Algunos estudios avalan que las estrategias no farmacológicas pueden tener buenos resultados en el manejo del dolor y la ansiedad durante la BAMO (Birnie et al., 2014; Bukola & Paula, 2017; Ellis & Spanos, 1994; Glennon et al., 2018; Gorji, Taebei, Ranjbar, Hatkehlouei, & Goudarzian, 2016; Hjortholm et al., 2013; Hsiao et al., 2018; Koller & Goldman, 2012; Landier & Tse, 2010; Lechtzin et al., 2010; Powers, 1999; Rizi et al., 2018; Shabanloei et al., 2010; Wantanakorn, Harintajinda, Chuthapisith, Anurathapan, & Rattanathamrong, 2018; Zahid, 2015). Lamentablemente, la mayoría de ellos son realizados en población pediátrica, encontrando literatura escasa en pacientes hematológicos adultos.

Con base en algunas revisiones sistemáticas, los métodos no farmacológicos como brindar información completa y adecuada del procedimiento (usando los términos del paciente) y establecer confianza al ser honesto disminuye el dolor, y también decrementa la ansiedad. La combinación de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y la hipnosis tuvo mejores resultados, la hipnosis lo disminuyó más que la TCC, siendo más efectiva en pacientes jóvenes. La musicoterapia (combinación de sonidos de la naturaleza y paisajes

naturales), provoca distracción y como consecuencia, también disminuye el dolor y la ansiedad durante la BAMO (Hjortholm et al., 2013; Wantanakorn et al., 2018; Zahid, 2015).

De manera más específica, se ha demostrado que la distracción es una intervención no farmacológica útil para disminuir el dolor y la ansiedad, sustentada empíricamente (Birnie et al., 2014; Bukola & Paula, 2017; Glennon et al., 2018; Hsiao et al., 2018; Taddio & McMurtry, 2015). La distracción es una de las técnicas de control del dolor que implica los cinco sentidos para centrar la atención del paciente en otros estímulos y su resultado es un mejor control del dolor (Gorji et al., 2016; Koller & Goldman, 2012).

Las autoinstrucciones/autoverbalizaciones, son estrategias metacognitivas que favorecen el autocontrol de la conducta, así como la confianza en las propias habilidades. Sus funciones pueden ser preparar al individuo para utilizar otras autoinstrucciones, focalizar la atención en la tarea a realizarse, proporcionar refuerzo y autorretroalimentación, guiar la conducta y reducir la ansiedad (Ruiz, Díaz, & Villalobos, 2012).

Lauria et al. (2017) definen el autodiálogo positivo como un monólogo interno de contenido específico y frases estructuradas. Este autodiálogo positivo juega un papel importante en cómo las personas reaccionan a diferentes situaciones. Es considerado “la llave del control cognitivo”. Además de controlar la ansiedad, el autodiálogo positivo puede funcionar como facilitador de la autoeficacia (Brown & Morrissey, 2014).

El autodiálogo positivo también es definido como una técnica psicológica cognitiva que suele usarse para detener pensamientos que causan depresión, ansiedad y pesimismo, que interfieren en el funcionamiento y rendimiento (Hamilton, Miedema, McIntyre, & Easley, 2011).

Existen diferentes tipos de autodiálogo positivo: el instruccional, el motivacional, el relacionado con el estado de ánimo y el de autoafirmación (Lauria et al., 2017).

Mikes y Meyer (1991, como se citó en Lauria et al., 2017) proponen una guía para desarrollar un autodiálogo eficaz: 1) Elabora frases cortas y específicas. 2) Usa primera persona y tiempo presente. 3) Las frases deben ser positivas. 4) Cuando digas las frases para ti mismo, dilo con intención. 5) Háblate amablemente. 6) Repite las frases frecuentemente.

Las autoverbalizaciones han sido aplicadas exitosamente en entornos de atención médica, enseñando a niños a afrontar de la mejor manera, procedimientos médicos dolorosos (Hamilton et al., 2011). Algunos investigadores durante procedimientos odontológicos, anexaron esta estrategia en su plan de intervención y utilizaron frases como “Estaré bien en un rato”, “todo saldrá bien”, las cuales, al principio se repetían en voz alta y posteriormente solo se pensaban. Como resultado, los niños estuvieron más tranquilos y no mostraron conductas relacionadas con ansiedad (Seigel & Peterson, 1980; Peterson & Shigetomi, 1981).

Khan, Mancini, Hopper y Rennick (2019) indican que niños con artritis tratados con metrotrexato utilizan autoverbalizaciones como “no es ahora, es hoy más tarde” para no prestar atención al momento de la inyección, lo cual, les ayuda a afrontar de mejor manera el momento.

De acuerdo con Turk, Meichenbaum y Genest (1983) motivar a los pacientes a generar sus propias autoverbalizaciones podría facilitar el afrontamiento de pensamientos y emociones generadoras de dolor. A veces el uso de técnicas, como la imaginación guiada, no reducen el estrés o la ansiedad, por lo que integrar las autoverbalizaciones pueden ser de gran ayuda para relajarlos.

Worthington (1978) hizo un experimento para comprobar la eficacia de las autoverbalizaciones en el manejo del dolor y concluyó que las personas que hacían uso de este recurso tenían mayor tolerancia al dolor, aunque no disminuía el dolor percibido.

En los programas de preparación psicológica para la BAMO se emplean autoinstrucciones directoras (p. ej., “mira hacia otro lado”) junto a autoverbalizaciones de apoyo con el fin de que el paciente se aplique a sí mismo frases o mensajes que pretenden infundirle valor (por ejemplo, “puedo manejar la situación”), o minimizar el carácter aversivo de la situación (por ejemplo, “pronto habrá pasado todo”) (García, Mellado, Illarramendi & Pérez, 2014; Ortigosa et al., 2009).

Salas et al. (2003) analizó en qué momento del procedimiento era más eficaz utilizar determinada técnica de TCC, encontrando que es mejor utilizar la imaginación, técnicas de relajación y de distracción en las fases menos dolorosas del procedimiento; respiración en las fases más dolorosas o más ansiógenas del procedimiento médico; y autoafirmaciones

positivas durante el procedimiento para que se digan frases relajantes a sí mismos, como “esto acabará pronto”, “puedo soportarlo”, “esto me ayuda para que me cure...”.

En el caso de la población pediátrica se ha visto que entre más grandes son los niños, más se utilizan las autoinstrucciones, consiguiendo buenos resultados (Tremolada, Bonichini, Basso, & Pillón, 2015).

Nabors, Stough, Combs y Elkins (2019) hicieron un estudio piloto con niños con enfermedades crónicas para crear un manual que integrara TCC que contribuyera a mejorar el afrontamiento de la ansiedad derivada de los procedimientos médico-invasivos. Las autoverbalizaciones fueron consideradas, por lo que se les solicitó a los niños que identificaran pensamientos positivos que les ayudara a reducir su “preocupación” y surgieron frases como “Yo puedo lidiar con este piquete de aguja”, “Puedo hacerlo”, “Soy valiente”, “Cuando termine podré ir a casa”. Algunos niños usaron esta técnica durante los procedimientos como su forma personal de afrontar la ansiedad.

Asimismo, se ha estudiado que las personas que utilizan las autoinstrucciones/autoverbalizaciones para afrontar situaciones que producen ansiedad (como es el caso del cáncer de mama) obtienen mejores resultados, pues también ayuda en el autocontrol cognitivo (Hamilton et al., 2011; Weisman & Sobel, 1979).

Sin embargo, también hay investigaciones que señalan que el autodiálogo tranquilo tiene la misma efectividad que brindar psicoeducación sobre los procedimientos médico-invasivos (Anderson & Masur, 1983).

1.2 Planteamiento del Problema

1.2.1 Justificación

Los pacientes que son sometidos a procedimientos médicos invasivos como la BAMO comúnmente presentan ansiedad y dolor durante ellos, siendo la ansiedad un factor predictor del dolor, por lo que es esencial contar con intervenciones no farmacológicas eficaces que ayuden a disminuir estas dos situaciones, para favorecer el afrontamiento de los pacientes ante futuros procedimientos considerados como parte de su tratamiento y con esto, mejorar su calidad de vida. Asimismo, muchos estudios han buscado determinar la eficacia de técnicas de distracción durante la BAMO, todos ellos en población pediátrica, aumentando así, la necesidad de investigaciones que se centren en pacientes hematológicos adultos.

1.2.2 Pregunta de Investigación

¿Cuál es la eficacia de las autoverbalizaciones como técnica de distracción en el control de la ansiedad en pacientes hematológicos sometidos a aspirado y biopsia de médula ósea del Hospital Juárez de México?

1.2.3 Objetivo General

Determinar la eficacia de las autoverbalizaciones como técnica de distracción en el control de la ansiedad en pacientes hematológicos sometidos a aspirado y biopsia de médula ósea del Hospital Juárez de México.

1.2.4 Objetivos Específicos

Determinar la información de la biopsia/aspirado con la que cuentan los pacientes hematológicos del Hospital Juárez de México que serán sometidos a dicho procedimiento.

Evaluar las reacciones fisiológicas de ansiedad de los pacientes hematológicos sometidos a biopsia/aspirado de médula ósea del Hospital Juárez de México, antes y después del procedimiento.

Establecer los valores de tensión arterial (TA) y frecuencia cardiaca (FC) en pacientes hematológicos sometidos a biopsia/aspirado de médula ósea del Hospital Juárez de México en cuatro diferentes tiempos.

Valorar la percepción subjetiva de ansiedad de los pacientes hematológicos sometidos a biopsia/aspirado de médula ósea del Hospital Juárez de México, antes y después del procedimiento.

Determinar la eficacia de las autoverbalizaciones como técnica de distracción en el control de la ansiedad en pacientes hematológicos sometidos a aspirado y biopsia de médula ósea del Hospital Juárez de México.

1.2.5 Hipótesis de Investigación

El nivel de ansiedad en los pacientes hematológicos sometidos a biopsia/aspirado de médula ósea del Hospital Juárez de México disminuirá después de aplicar la técnica de autoverbalizaciones.

1.2.6 Hipótesis Estadísticas

H0: El nivel de ansiedad en los pacientes hematológicos sometidos a biopsia/aspirado de médula ósea del Hospital Juárez de México aumentará o se mantendrá igual después de aplicar la técnica de autoverbalizaciones.

H1: El nivel de ansiedad en los pacientes hematológicos sometidos a biopsia/aspirado de médula ósea del Hospital Juárez de México disminuirá después de aplicar la técnica de autoverbalizaciones.

1.3 Método

1.3.1 Variables

En seguida, se presentan las definiciones conceptuales y operacionales de las variables (ver Tabla 2).

Tabla 2

Definición conceptual y operacional de la variable dependiente

	Definición Conceptual	Definición Operacional
Ansiedad	Estado emocional que surge como respuesta a algún estímulo presente que, en el pasado, ha sido seguido por un estímulo perturbador, teniendo como consecuencia cambios en la respiración, frecuencia cardíaca, micción, etc. (Estes & Skinner, 1941). Anticipación aprensiva de daño o desgracia futura acompañada de sentimientos de disforia o síntomas físicos de tensión. Se relaciona con miedo, preocupación, incomodidad y pavor (Lavoie, 2013).	Se utilizará una entrevista semiestructurada breve (Ver Apéndice F), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberger & Díaz-Guerrero, 1975), la Escala de Ansiedad-Tensión (Ver Apéndice G) (Reynoso & Seligson, 1989) y la Escala de Expresión Facial de Ansiedad (EEF-A) (Ver Apéndice H) (Bieri, Reeve, Champion, Addicoat, & Ziegler, 1990) y se medirá FC y TA como reacción fisiológica, para ello se usará un pulsómetro y baumanómetro.

1.3.2 Variables Independientes

Autoverbalizaciones/autoinstrucciones: Estrategias metacognitivas que favorecen el autocontrol de la conducta, así como la confianza en las propias habilidades. Sus funciones pueden ser preparar al individuo para utilizar otras autoinstrucciones, focalizar la atención en la tarea a realizarse, guiar la conducta, proporcionar refuerzo y autorretroalimentación y reducir la ansiedad (Ruiz et al., 2012).

1.3.3 Tipo de Estudio y Diseño

Se utilizó un diseño preexperimental de un solo grupo con pretest y postest.

1.3.4 Participantes

Este estudio piloto contó con la participación de 2 sujetos, seleccionados por un muestreo intencional por cuotas. Existió participación de ambos sexos en un rango de edad de 29 a 55 años, los dos sabían leer y escribir (paciente 1 con secundaria terminada y el paciente 2 con segundo de primaria). Fue aplicado en consulta externa y en hospitalización. Ninguno se encontraba en atención psiquiátrica o psicológica, ni tampoco cumplieron con los criterios del DSM-IV de fobia de tipo sangre-inyecciones-daño y en el IDARE obtuvieron puntajes en nivel medio de la subescala de rasgo. Ambos pacientes tenían como sospecha diagnóstica una enfermedad onco-hematológica (Linfoma No Hodgkin y Leucemia Mieloide Crónica) y era la primera vez que se sometían al BAMO. Uno de ellos presentaba como comorbilidad hipertensión. Dado que cumplían con los criterios que se mencionan a continuación, fueron considerados para este protocolo de investigación.

1.3.5 Criterios de Inclusión

Que se sometan por primera vez al procedimiento con motivo de diagnóstico.

Pacientes con probabilidad de padecer una enfermedad oncológica.

Pacientes de entre 25 y 55 años de edad.

Que deseen participar.

Pacientes de ambos sexos, posteriormente se puede hacer una comparación entre ellos.

Pacientes con escolaridad primaria.

Que no tengan mucha información del procedimiento.

1.3.6 Criterios de Exclusión

Presentar problemas auditivos, respiratorios y cardiovasculares.

Padecer algún trastorno psiquiátrico o estar en medicación psiquiátrica.

Que tengan fobia de tipo sangre-inyecciones-daño.

Que tengan fobia al personal y contexto médico.

Obtener puntuaciones altas en la subescala rasgo del IDARE.

Que no sean capaces de seguir instrucciones.

1.3.7 Criterios de Eliminación

Que se interrumpa la técnica.

Que no se pueda psicoeducar acerca del procedimiento.

1.3.8 Características del Procedimiento

En cuanto a las características del procedimiento, se realizó la biopsia y el aspirado de médula ósea al mismo tiempo, en la cresta iliaca posterior por médicos residentes diferentes (R1 y R3), en ambos casos se pudo llevar a cabo en un solo intento. Hubo variación de tiempo de espera desde que se termina con la respiración pasiva (RP) y el procedimiento, en uno de los casos, el paciente esperó 133 minutos y en el otro 60 minutos. En cuanto al tiempo que tardaron en extraer la muestra, no existe mucha variación, en el primer caso transcurrieron 14 minutos y en el segundo 18 minutos.

1.3.9 Instrumentos

Escala Ansiedad- Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

La versión original en inglés es el State Trait Anxiety Inventory (STAI) creada por Spielberger en 1972. Fue adaptada al español por Spielberger y Diaz-Guerrero en 1975, la cual, consta de 20 afirmaciones que indican la propensión ansiosa relativamente estable. El inventario posee un alfa de Cronbach de entre 0.83 y 0.92.

Escala de Ansiedad-Tensión

Es una lista de chequeo compuesta por 23 reacciones fisiológicas de ansiedad, creada por Reynoso y Seligson (1989).

Escala de Expresión Facial de Ansiedad (EEF-A) y la Escala de Expresión Facial de Dolor (EEF-D)

Las dos escalas fueron diseñadas por Bieri en 1990, y constan de diferentes expresiones faciales que muestran analógicamente el nivel de la emoción, que va de 0 (ausencia de malestar) a 5 (máximo malestar) (ver Apéndice H e I).

Baumanómetro y Pulsómetro

Se usó un baumanómetro OMRON digital para registrar TA y FC-

1.3.10 Materiales

Video

Se usó el video “Psicoeducativo Aspirado de Médula Ósea” (Sánchez, 2017) para brindar psicoeducación acerca de la forma en la que se realiza el procedimiento.

Audio

Se utilizó el audio “Respiración Pasiva” (Sánchez, 2017) con el objetivo de entrenar en esta técnica antes del procedimiento.

1.3.11 Procedimiento

Fase 1. Selección de Participantes: Se hizo entrevista semiestructurada breve y se aplicó la escala Ansiedad-Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), con el objetivo de detectar sintomatología ansiosa en niveles altos, ya que esto sería un criterio de exclusión.

Fase 2. Consentimiento informado y psicoeducación: Se invitó a los pacientes con sintomatología ansiosa a participar y se les pidió que firmaran el consentimiento informado

(Ver Apéndice E). Se brindó psicoeducación del procedimiento y su importancia, por medio del video.

Fase 3. Pre-evaluación: Se evaluó la ansiedad pre-intervención (antes del BAMO) con la Escala de Ansiedad-Tensión y la EEF-A y se obtuvieron las medidas fisiológicas (TA y FC) en el primer contacto que se tuvo con el paciente, después de la RP y justo antes del procedimiento.

Fase 4. Intervención: Minutos antes del procedimiento se comenzó entrenando en RP y se determinaron las autoverbalizaciones para cada paciente. Durante el procedimiento se retomó la RP, así como las autoverbalizaciones.

Fase 5. Post-evaluación: Se aplicó nuevamente la Escala de Ansiedad-Tensión y la EEF-A y se obtuvieron las medidas fisiológicas (TA y FC), además de la EEF-D.

1.4 Resultados

El primer objetivo fue determinar la información de la biopsia/aspirado con la que cuentan los pacientes hematológicos del Hospital Juárez de México que serán sometidos a dicho procedimiento. Para ello, se integraron preguntas relacionadas con el tema en la entrevista semiestructurada breve. Ambos pacientes mencionaron que desconocían cómo era el procedimiento, al resto de las preguntas contestaron lo siguiente (Ver Tabla 3).

Tabla 3

Conocimientos del BAMO previos a la psicoeducación

	Paciente 1	Paciente 2
¿Cómo se imagina que es el procedimiento?	“Se saca líquido de la espina con una jeringa”	“Es una succión o piquete que saca sangre de la espalda”
¿Para qué sirve?	“Sirve para obtener un diagnóstico”	“Sirve para saber qué tan avanzada está mi enfermedad”
¿Por qué es importante realizárselo?	“Es importante para que no siga avanzando mi enfermedad”	“Es importante para saber hasta qué grado está la enfermedad y cómo se puede tratar”

Acerca de lo que les preocupó después de ver el video psicoeducativo, el paciente 1 indicó “nada, el video me tranquilizó” y el paciente 2 “Me preocupa que me vaya a doler, ¿Qué tan doloroso es?”, como otra inquietud el paciente 2 refirió “Quisiera saber en qué parte del cuerpo me lo van a hacer”.

El segundo objetivo planteado fue evaluar las reacciones fisiológicas de ansiedad de los pacientes hematológicos sometidos a biopsia/aspirado de médula ósea del Hospital Juárez de México, antes y después del procedimiento. Para llegar a este objetivo se usó la Escala de Ansiedad-Tensión. En el pretest, el paciente 1 contestó que sí a 3 preguntas (siente que suda, siente los latidos de su corazón y puede escuchar los latidos de su corazón). Mientras que el paciente 2 contestó a todas que no. Para el posttest, el paciente 1 solo contestó que sí a la pregunta *puede sentir los latidos de su corazón*, mientras que el paciente 2, nuevamente, contestó que no a todas las preguntas.

El tercer objetivo fue establecer los valores de TA y FC en pacientes hematológicos sometidos a biopsia/aspirado de médula ósea del Hospital Juárez de México en cuatro diferentes tiempos (cuando se tenía el primer contacto, después de la RP, justo antes del procedimiento y al terminar el procedimiento) (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Medición de reacciones fisiológicas

		Primer contacto	RP	Antes del procedimiento	Después del Procedimiento
Paciente 1	FC	89 p.p.m.	90 p.p.m.	86 p.p.m.	87 p.p.m.
	TA	135/74 mmHg	130/79 mmHg	129/76 mmHg	126/78 mmHg
Paciente 2	FC	97 p.p.m.	85 p.p.m.	102 p.p.m.	94 p.p.m.
	TA	177/99 mmHg	163/110 mmHg	190/110 mmHg	180/109 mmHg

El cuarto objetivo que se planteó fue valorar la percepción subjetiva de ansiedad de los pacientes hematológicos sometidos a biopsia/aspirado de médula ósea del Hospital Juárez de México, antes y después del procedimiento. Para poder lograrlo, se utilizaron la EEF-A y la EEF-D (Ver Tabla 5).

Tabla 5

Puntajes obtenidos en la EEF-A y EEF-D

	EEF-A		EEF-D
	Pretest	Postest	
Paciente 1	1 (ausente)	1 (ausente)	3 (dolor leve)
Paciente 2	3 (leve)	1 (ausente)	4 (moderado)

Por último, el objetivo cuatro fue determinar la eficacia de las autoverbalizaciones como técnica de distracción en el control de la ansiedad en pacientes hematológicos sometidos a aspirado y biopsia de médula ósea del Hospital Juárez de México, para esto, se compararon los resultados del pretest y del postest de los dos pacientes.

Los pacientes generaron sus autoverbalizaciones después de la RP y generaron frases como “todo va a salir bien”, “tranquilo”, “no pasa nada”, “no tengas miedo”, “no te van a hacer nada malo”, “solo es por un rato”, “es por mi bien”, “yo puedo con esto” y “mantente tranquilo”. En ambos casos, se utilizaron 5 autoverbalizaciones, las cuales se repitieron en un promedio de 5 veces.

Primero, en el caso de las medidas fisiológicas la TA sistólica sufrió variaciones, en el caso del paciente 2, cabe destacar que es el paciente que presentaba hipertensión arterial, se observa cómo disminuye en las dos primeras mediciones, después aumenta antes del procedimiento y al final desciende discretamente. Con el paciente 1, se mantuvo en disminución desde la medición inicial hasta la final (Ver figura 1).

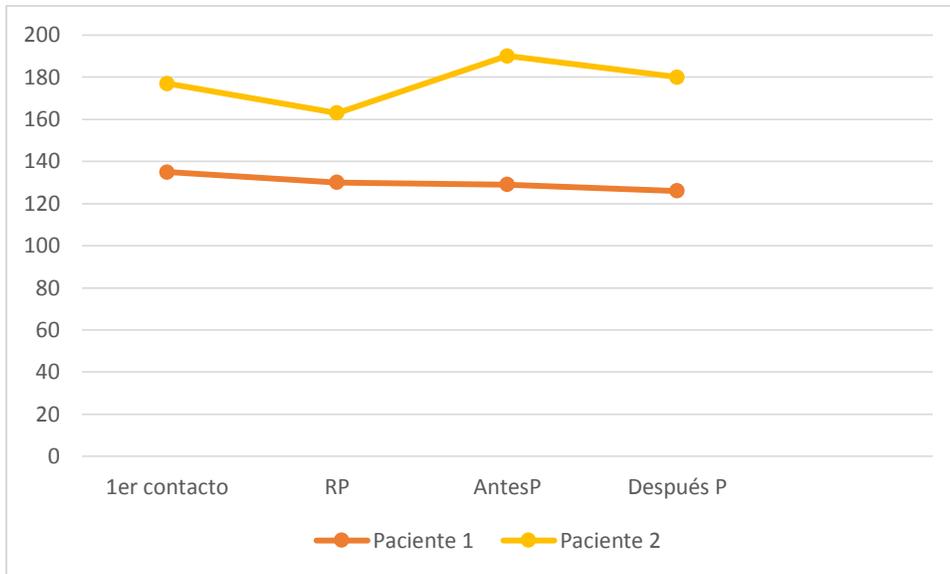


Figura 1. Tensión Arterial Sistólica

La TA diastólica en el paciente 1 se mantuvo cerca del mismo parámetro, aunque fluctuante. El paciente 2 tuvo más variaciones (Ver figura 2).

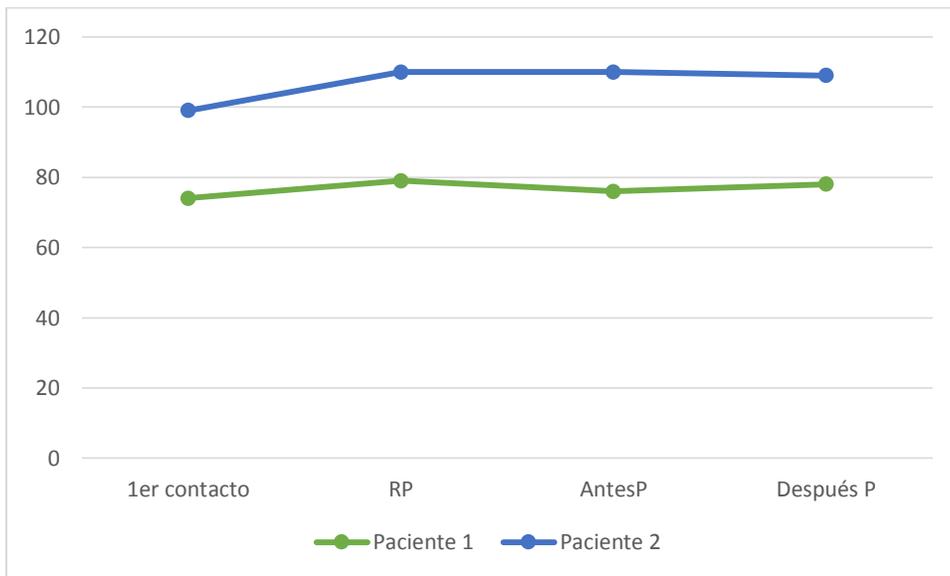


Figura 2. Tensión Arterial Diastólica

La FC en el paciente 1 aumentó de la primera medición a la segunda (después de la RP), disminuye antes del procedimiento y, por último, vuelve a aumentar ligeramente. En el caso del paciente 2, al principio tenía una FC de 97 p.p.m, la cual disminuyó a 85 p.p.m

después de la RP, antes del procedimiento aumentó a 102 p.p.m y al terminar el procedimiento, registró 94 p.p.m (Ver figura 3).

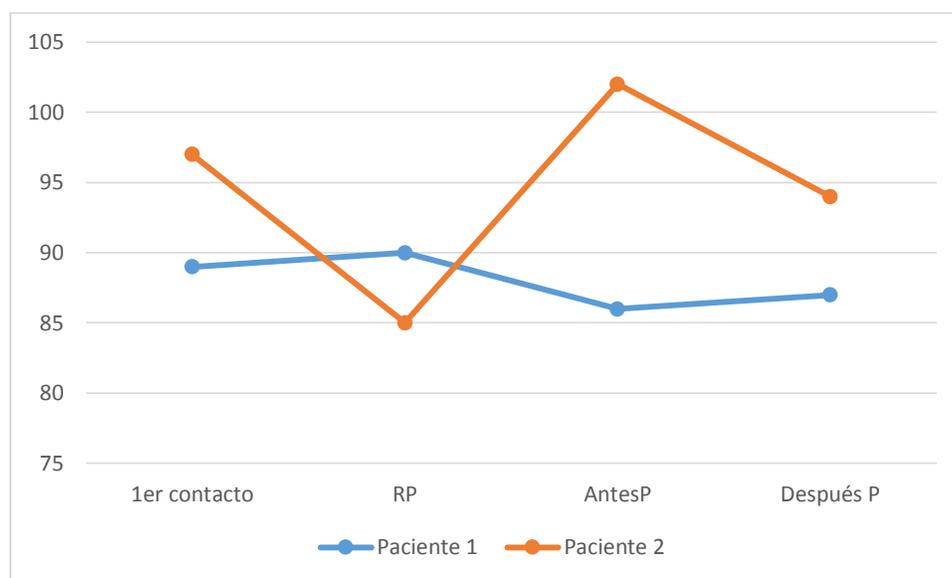


Figura 3. Frecuencia Cardiaca

Los resultados de la Escala de Ansiedad-Tensión en el paciente 2, no detectaron reacciones fisiológicas de ansiedad. Mientras que en el paciente 1, de tres síntomas percibidos en el pretest, disminuyó a un síntoma en el postest.

La EEF-A se aplicó justo antes de iniciar con el procedimiento (pretest) e inmediatamente después de que terminó el BAMO (postest). El paciente 1 se mantuvo con 1 en la pre y post prueba. EL paciente 2 disminuyó de 3 a 1 (Ver Tabla 5).

Por las características de esta investigación, solo puede considerarse como un estudio piloto y los resultados deben tomarse con reserva. A continuación, se presentarán las pruebas estadísticas que se podrían realizar si fuera una muestra más grande.

Para comparar los resultados en la aplicación de la Escala Ansiedad-Tensión pre-postest, se utilizó la prueba no paramétrica Wilcoxon, de lo cual resultó que no existen diferencias estadísticamente significativas ($Z=-1$; $p > .05$; $r = -.22$).

En el caso de los resultados de la EEF-A, se empleó también la prueba Wilcoxon para comparar la pre y post prueba. Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($Z=-1$; $p > .05$; $r = -.22$).

Se aplicó la prueba Friedman para evaluar si existieron diferencias entre las cuatro mediciones (primer contacto, después de la RP, antes de iniciar el procedimiento y al finalizar el procedimiento) de las reacciones fisiológicas.

La FC no sufrió cambios estadísticamente significativos durante la investigación ($\chi^2(3) = .60, p > .05$), no hubo diferencias importantes desde el primer contacto hasta después de la RP, $T = 1, r = -.09$, desde el primer contacto hasta justo antes de iniciar el procedimiento, $T = 2, r = -.09$, desde el término de la RP hasta el inicio del procedimiento, $T = 1, r = -.09$, desde el inicio del BAMO al término, $T = 1, r = -.09$, desde la RP al término del procedimiento $T = 2, r = -.09$ y desde el primer contacto hasta que terminó el BAMO, $T = .00, r = -.29$.

La TA sistólica tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2(3) = 1.20, p > .05$), no hubo cambios importantes desde el primer contacto hasta después de la RP, $T = .00, r = -.29$, desde el primer contacto hasta justo antes de iniciar el procedimiento, $T = 2, r = -.09$, desde el término de la RP hasta el inicio del procedimiento, $T = 2, r = -.09$, desde el inicio del BAMO al término, $T = .00, r = -.29$, desde la RP al término del procedimiento $T = 2, r = -.09$ y desde el primer contacto hasta que terminó el BAMO, $T = 1, r = -.09$.

La TA diastólica no demostró cambios estadísticamente significativos durante la investigación ($\chi^2(3) = 4.89, p > .05$), no hubo diferencias importantes desde el primer contacto hasta después de la RP, $T = 3, r = -.29$, desde el primer contacto hasta justo antes de iniciar el procedimiento, $T = 3, r = -.29$, desde el término de la RP hasta el inicio del procedimiento, $T = .00, r = -.22$, desde el inicio del BAMO al término, $T = 2, r = -.09$, desde la RP al término del procedimiento $T = 2, r = -.31$ y desde el primer contacto hasta que terminó el BAMO, $T = 3, r = -.29$.

1.5 Discusión y Conclusiones

El objetivo de este estudio fue determinar la eficacia de las autoverbalizaciones como técnica de distracción en el control de la ansiedad en pacientes hematológicos sometidos a aspirado y biopsia de médula ósea del Hospital Juárez de México. Difícilmente se podría afirmar que este objetivo se cumplió, debido a la cantidad de participantes que se tuvo. Los resultados, solo quedarán como precedente de investigaciones posteriores.

De acuerdo con los resultados obtenidos de la estadística inferencial, se rechaza la hipótesis de investigación.

Las técnicas de distracción en específico las autoverbalizaciones, han demostrado ser eficaces en el manejo de la ansiedad y del dolor durante el BAMO en población pediátrica (García et al., 2014; Ortigosa et al., 2009). En este estudio piloto, de acuerdo con los resultados obtenidos, se podría inferir que la técnica podría ser benéfica, pues se muestra que los puntajes en la Escala de Ansiedad-Tensión, la EEF-A y las respuestas fisiológicas se mantuvieron igual o disminuyeron al finalizar la intervención, sin embargo, al mismo tiempo, se suprimía el estímulo ansiogénico al terminar con el procedimiento, lo cual, podría justificar también la disminución de la ansiedad.

Otro aspecto que también pudo tener injerencia en el decremento de ansiedad fue el uso de la psicoeducación, ya que también ha sido una técnica que ha mostrado ser eficaz al reducir la ansiedad (Sánchez, 2017). Al ser una técnica fundamental ante cualquier situación se tuvo que incluir en la intervención, por lo cual, no podemos descartar que tuviera mayor peso en este resultado en comparación con las autoverbalizaciones.

Las técnicas de relajación y respiración han demostrado ser buenas estrategias para disminuir la TA. Sin embargo, en este estudio, se observó que solo la TA sistólica disminuía levemente al terminar con la RP, mientras que la TA diastólica aumentaba, cuando se esperaba que ambas bajaran, esto podría explicarse porque en las investigaciones se han realizado con respiración profunda y no con pasiva (Jiménez-Rodríguez, Conesa-Garcerán, & Belmonte-García, 2018)

El paciente 2 presentaba mayor nivel de ansiedad en sus medidas fisiológicas y en la EEF-A, además de haber percibido niveles más altos de dolor en la EEF-D. Aunque, en la

Escala de Ansiedad-Tensión, el paciente no detectó síntomas relacionados con la ansiedad, esto se puede deber a la edad o al nivel cognitivo y de educación que tiene. La percepción mayor de dolor comparada con el paciente 1, puede deberse a que el paciente 2, presenta un Índice de Masa Corporal de 33.7 kg/m², que de acuerdo con Hjortholm et al. (2013) esto podría incrementar la sensación de dolor, porque el hueso de la cresta iliaca posterior se vuelve inalcanzable en pacientes con obesidad mórbida (IMC > 30 kg/m²).

Lo que más le preocupó al paciente 2 fue que el procedimiento terminara siendo doloroso. Varios estudios han encontrado que el BAMO puede ser uno de los procedimientos médico-invasivos más dolorosos y que un gran porcentaje de pacientes (70%) lo ha experimentado. Asimismo, de los dos pacientes demostró ser el más ansioso, lo cual, también se relaciona con un dolor más fuerte (Brunetti et al., 2010; Kuivalainen et al., 2012; Lidén et al., 2012; Tanasale et al., 2013; Shabanloei et al., 2010; Rizi et al., 2017; Yuvali et al., 2017).

Una variable extraña que pudo intervenir también en el nivel de ansiedad del paciente 2, fue que ya conocía su diagnóstico, y que parecía más ansioso por la enfermedad que por el procedimiento en sí. Por cuestiones éticas, también se tuvo que psicoeducar en la enfermedad. De igual forma, el paciente refirió que el protocolo comprendía muchas preguntas y se le estaba poniendo más ansioso. Por lo que se recomienda dividir el estudio en dos sesiones o disminuir el uso de instrumentos y listas de chequeo.

El paciente 1 fue atendido en hospitalización, lo que trajo consigo otra serie de variables extrañas. Primero, al ser un paciente canalizado con intravenosa en brazo izquierdo, se tuvo que tomar la TA y la FC en brazo derecho. Desde hace años, se conoce que las medidas varían de un brazo a otro, el brazo dominante podría tener una TA mayor por 10 mmHg (López-Hernández et al., 2013; Penagos, Salazar, & Vera, 2005; Pin-Vieitio, Fernández-Fresnedo, Sanz de castro, & Arias, 2005), algo que puede estar afectando los resultados. Otra variable extraña en hospitalización es tener que apoyar al médico a alcanzar los materiales del procedimiento, lo cual interrumpía la aplicación de la técnica.

Una manera de mejorar el análisis de datos de este estudio es aplicar la EEF-A en varios momentos del estudio, tal como se hizo con las mediciones fisiológicas, esto con la finalidad de proporcionarle mayor solidez metodológica y pensar en diseños N=1 desde su planeación.

Además, para optimar la validez interna se sugiere comparar los resultados de la EEF-D en pacientes que no se someten a la técnica o que se les somete a técnicas diferentes, para tener referentes y que no se obtengan datos aislados.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.). Washington: APA
- Becerra-García, A.M., Madalena, A.C., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J.L., & Dias, H. (2007). Ansiedad y miedo. Su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (1), 75-81.
- Bieri, D., Reeve, R.A., Champion, D., Addicoat, L., & Ziegler, J.B. (1990). The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial Validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain*, 41, 139-150.
- Birnie, K.A., Noel, M., Parker, J.A., Chambers, C.T., Uman, L., Kisely, S.R., McGrath, P. (2014). Systematic review and meta-analysis of distraction and hypnosis for needle-related pain and distress in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 39 (8), 783-808
- Brown, T., & Morrissey, L. (2014). The effectiveness of verbal self-guidance as a transfer of training intervention. *Innovations in Education and Teaching International*, 41 (3), 255-271.
- Brunetti, G.A., Tendas, A., Meloni, E., Mancini, D., Maggiore, P., Scaramucci, L., Giovanni, M., Niscola, P., Cartoni, C., & Alimena, G. (2011). Pain and anxiety associated with bone marrow aspiration and biopsy. A prospective study on 152 Italian patients with hematological malignancies. *Annales of Hematology*, 90, 1233-1235
- Bukola, I.M., & Paula, D. (2017). The effectiveness of distraction as a procedural pain management technique in pediatric oncology patients. A meta-analysis and systematic review. *Journal of Pain and Symptoms Management*.
Doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.07.006
- Campos, A.C., Fogaça, M.V., Aguiar, D.C., & Guimarães, F.S. (2013). Animal models of anxiety disorders and stress. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35, 101-111.
doi:10.1590/1516-4446-2013-1139

- Castellanos, M.T., Guarnizo, C.A., & Salamanca, Y. (2011). Relación entre niveles de ansiedad y estrategias de afrontamiento en pacientes de psicología en una universidad colombiana. *International Journal of Psychological Research*, 4 (1), 50-57. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/2990/299022819007/>
- Clark, D.A., & Beck, A.T. (2010). *Terapia cognitiva para Trastornos de ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.
- Cruz-Morales, S.E., González-Reyes, M.R, Gómez-Romero, J.G. & Arriaga-Ramírez, P. (2003). Modelos de Ansiedad. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 29 (1), 93-105.
- Ellis, J.A., & Spanos, N.P. (1994). Cognitive-behavioral interventions for children's distress during bone marrow aspirations and lumbar punctures. *Journal of Pain and Symptom Management*, 9 (2), 96-108.
- Estes, W.K. & Skinner, B.F. (1941). Some quantitative properties of anxiety. *Journal of Experimental Psychology*, 29, 390-400.
- García, R.I., Mellado, A., Illarramendi, C., & Pérez, M.B. (2014). Movimientos psicoterapéuticos atendiendo al proceso del cáncer infantil. Una mirada constructivista narrativa. *Alternativas en Psicología*, (30), 66-81
- Glennon, C., McElory, S., Connelly, L., Lawson, L., Bretches, A., Gard, A., & Newcomer, L. (2018). Use of virtual reality to distract from pain and anxiety. *Oncology Nursing Forum*, 45 (4), 545-552
- Gorji, A.J., Taebei, M., Ranjbar, M., Hatkehlouei, M.B., & Goudarzian, A.H. (2016). Effect of distraction technique and hypnosis in pain of bone marrow aspiration in children: A narrative review. *International Journal of Pediatrics*, 5(3), 1521-4531
- Hamilton, R., Miedema, B., McIntyre, L., & Easley, J. (2011). Using a positive self-talk intervention to enhance coping skills in breast cancer survivors. Lessons from a community-based group delivery model. *Current Oncology*, 18 (2), 46-53.
- Hjortholm, N., Jaddini, E., Halaburda, K., & Snarski, E. (2013). Strategies of pain reduction during the bone marrow biopsy. *Annals of Hematology*, 92, 145-149.

- Hsiao, H.J., Chen, S.H., Jaing, T.H, Yang, C.P., Chang, T.Y., Li, M.Y., Chiu, C.H., & Huang, J.L. (2018). Psychosocial interventions for reduction of distress in children with leukemia during bone marrow aspiration and lumbar puncture. *Pediatrics and Neonatology*, 20, 1-7.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas a propósito del día mundial del cáncer (4 de febrero). Datos Nacionales*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf
- Jaddini, E., Hjortholm, N., & Snarski, E. (2016). Effective pain reduction during bone marrow biopsy and aspiration. Technique over experience. *Acta Hematológica Polonica*, 30, 1-6
- Jaime, J.C., & Gómez, D. (2012). *Hematología. La sangre y sus enfermedades*. (3ª ed.). México: McGrawHill.
- Jiménez-Rodríguez, D., Conesa-Garcerán, M., & Belmonte-García, T. (2018). Evaluación del efecto de la terapia de relajación en pacientes con hipertensión arterial. *Enfermería Clínica*, 30 (20), 1-8
- Khan, S., Mancini, J., Hopper, C., & Rennick, J.E. (2019). Perceptions of methotrexate intolerance and its impact on daily life in school-age children with juvenile idiopathic arthritis. *Journal of Pediatric Nursing*, 48, 49-54.
- Koller, D., & Goldman, R. (2012). Distraction techniques for children undergoing procedures. A critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 652-681.
- Kuivalainen, A.M., Pitkäniemi, J., Widenius, T., Elonen, E., & Rosenberg, P. (2012). Anxiety and pain during bone marrow aspiration and biopsy. *Scandinavian Journal of Pain*, 3, 92-96.
- Lakshmi, V., & Sharma, P. (2017). Psychological models of depression and anxiety. Counselor's. *The International Journal of Indian Psychology*, 4 (2), 117-128.
- Landier, W., & Tse, A.M. (2010). Use of complementary and alternative medical interventions for the management of procedure- related pain, anxiety, and distress in

- pediatric oncology. An integrative Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 566-579.
- Lauria, M.J., Gallo, I.A., Rush, S., Brooks, J., Spiegel, R., & Weigart, D. (2017). Psychological skills to improve emergency care providers' performance under stress. *Annals of Emergency Medicine*, 1-7.
- Lavoie, K. (2013). Anxiety. En M.D Gellman & Turner, J.R. (Eds.). *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. (pp.106-108). New York: Springer Science+Business Media. Doi:10.1007/978-1-4419-1005-9.
- Lechtzin, N., Busse, A.M., Smith, M.T., Grossman, S., Nesbit, S., & Diette, G.B. (2010). A randomized trial of nature scenery and sounds to reduce pain in adults undergoing bone marrow aspirate and biopsy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16 (9), 965-972
- Lichtman, M.A., Kaushansky, K., Kipps, T.J., Prchal, J.T., & Levi, M.M. (2014). *Williams Hematology*. (8th ed.). New York: McGrawHill.
- Lidén, Y., Oloffso, N., Landgren, O., & Johansson, E. (2012). Pain and anxiety during bone marrow aspiration/biopsy. Comparison of ratings among patients versus health-care professionals. *European Journal of Oncology Nursing*, 16, 323-329
- Lissek, S., Kaczkurkin, A.N., Rabin, S., Geraci, M., Pine, D.s., & Grillon, C. (2013). Generalized Anxiety Disorder Is Associated with Overgeneralization of Classically Conditioned Fear. *Biological Psychiatry*, 1-7
- Lissek, S., Powers, A.S., Mclure, E.B., Phelps, E., Woldehawarait, G., Grillon, C., & Pine, D.S. (2005). Classical fear conditioning in the anxiety disorders. A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1391-1424
- López-Hernández, J., Martínez-González, M., Armentia-González, I., Delgado-Benito, M., Marcos-García, E., & Muñoz-Cacho, P. (2013). Diferencia de presión entre brazos y riesgo cardiovascular. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 30 (2), 54-57.
- Mora-Gallegos, A., & Salas, S. (2014). Modelos animales de miedo y ansiedad: descripciones neuro-conductuales. *Actualidades en Psicología*, 28 (117), 1-12.

- Nabors, L., Stough, C.O., combs, A., & Elkins, J. (2019). Implementing the coping positively with my worries manual. A pilot study. *Journal of Child and Family Studies*. doi: 10.1007/s10826-019-01451-3
- Nanwani, P., & Katri, S. (2017). Role of bone marrow aspiration in diagnosis of hematological disorder. *Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare*, 4 (24), 1402-1406.
- National Cancer Institute. (s.f.). *NCI Dictionary of Cancer Terms*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/bone-marrow-aspiration>
- Nezu, A. M., Nezu, C.A., & Lombardo, E. (2006). Trastorno de ansiedad generalizada. En *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: El Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *World Mental Health Day 2017*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/en/
- Organización Mundial de la Salud (2018). *World Source. Globocan 2018*. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *México Source. Globocan 2018*. Recuperado de <http://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>
- Ortigosa, J.M., Méndez, F.X., & Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente. La perspectiva cognitivo conductual. *Psicooncología*, 6 (2-3), 413-428
- Penagos, S.P., Salazar, L.D., & Vera, F.E. (2005). Control de signos vitales. En *Guía para manejo de urgencias*. Fundación Cardioinfantil: Bogotá.
- Peterson, L., & Shigetomi, C. (1981). The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. *Behavior Therapy*, 12, 1-14.

- Pin-Vieito, N., Fernández-Fresnedo, G., Sanz de Castro, S., & Arias, M. (2005). ¿Es la diferencia de presión arterial entre ambos brazos un parámetro útil para la predicción de enfermedad cardiovascular? Presentación de tres casos clínicos. *Hipertensión*, 22 (3), 139-141.
- Powers, S.W. (1999). Empirically supported treatments in pediatric psychology. Procedure-related pain. *Journal of Pediatric Psychology*, 24 (2), 131-145.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (1989). *Desarrollo de una escala de ansiedad-tensión*. México: UNAM
- Rivera-Fong, L.M. (2014). Medicina Conductual y Hematología. En L. Reynoso, & A.L. Becerra (Cords.). *Medicina Conductual. Teoría y Práctica* (pp. 43-64). México: Qartuppi.
- Rizi, M.S., Shamsalinia, A., Ghafarri, F., Keyhanian, S., Nabi, B.N. (2017). The effect of acupressure on pain, anxiety, and the physiological indexes of patients with cancer undergoing bone marrow biopsy. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 29, 136-141.
- Ruiz, M.A., Díaz, M.I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. España: Desclée De Brouwer.
- Salas, M., Gabaldón, O., Miravete, J.L., Guerrero, R., Abisu, J., & Amayra, I. (2003). Intervenciones psicológicas eficaces para el afrontamiento de procedimientos médicos dolorosos en oncología pediátrica. Revisión teórica. *Anales de Pediatría*, 59 (1), 41-47
- Sánchez, J. (2017). Entrenamiento cognitivo-conductual para reducir la ansiedad durante aspirado de médula ósea en pacientes hematológicos (tesis de maestría). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Secretaría de Salud (2010). *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto*. México: CENETEC.

- Shabanloei, R., Golchin, M., Esfahani, A., Dolatkhan, R., & Rasoulia, M. (2010). Effects of music therapy on pain and anxiety in patients undergoing bone marrow biopsy and aspiration. *AORN Journal*, 91 (6), 746-752
- Siegel, L. J., & Peterson, L. (1980). Stress reduction in young dental patients through coping skills and sensory information. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 785-787.
- Sierra, J.C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés. Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3 (1), 10-59. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/271/27130102/>
- Spielberger, C.D., & Díaz-Guerrero, R. (1975). *Inventario de ansiedad rasgo-estado*. México: El Manual Moderno.
- Taddio, A. & McMurtry, M. (2015). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Pediatrics and Child Health*, 20 (4), 195-196
- Tanasale, B., Kluin, P.M, & Kluin-Nelemans, H. (2013). Pain and anxiety during bone marrow biopsy. *Pain Management Nursing*, 14 (4), 310-317.
- Tremolada, M., Bonichini, S., Basso, G., & Pillón, M. (2015). Coping with pain in children with leukemia. *International Journal of Cancer Research and Prevention*, 8 (4), 451-466.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Behavioral medicine. A cognitive-behavioral perspective*. USA: The Guilford Press.
- Wantanakorn, P., Harintajinda,S., Chuthapisith, J., Anurathapan, U., & Rattanatamrong, P. (2018). A new mobile application to reduce anxiety in pediatric patients before bone marrow aspiration procedures. *Hospital pediatrics*, 8 (10), 643-650
- Weisman, A. D., & Sobel, H. J. (1979). Coping with cancer through self-instruction: A Hypothesis. *Journal of Human Stress*, 5(1), 3-8. doi:10.1080/0097840x.1979.9934997

- Wilcox, A.L., Siska, W., Patterino, C., & Young, K.M. (2018). The bone marrow and hematopoiesis. *Comprehensive Toxicology*, *12*, 11-22.
- Worthington, E.L. (1978). The effects of imagery content, choice of imagery content, and self-verbalization on the self-control of pain. *Cognitive Therapy and Research*, *2*(3), 225-240.
- Yuvali, Y., Demircioglu, B., & Ali, R. (2017). Pain, anxiety and depression during bone marrow aspiration and biopsy. *Agri'pain*, *29*(4), 167-172
- Zahid, M.F. (2015). Methods to reducing pain during bone marrow biopsy. A narrative review. *Annals of Palliative Medicine*, *4*(4), 184-193.

Capítulo 2. Reporte de Experiencia Profesional

2.1 Historia de la Medicina Conductual

La Medicina Conductual se originó como respuesta a la necesidad de explicar desde la psicología y de intervenir conductualmente en los problemas médicos. Su quehacer se centra en aplicar los principios del conductismo en enfermedades crónicas, que anteriormente solo era campo de la profesión médica (Cuencas & Selby, 1991).

La medicina Conductual ha tenido variadas definiciones que suelen complementarse mutuamente o contraponerse.

El primero en hacer una descripción, pero no directamente una definición fue Birk (1973, como se citó en Piña, Obregón, Corral, & Márquez, 1996) que la señala como un nuevo espacio para la atención y el estudio de las enfermedades físicas.

Después de cuatro años, Schwartz y Weiss (1978, como se citó en Matarazzo, 1980; Reynoso, 2014; Reynoso-Erazo & Seligson, 2005; Rodríguez, 2010; Vinaccia, 1988), basándose en un modelo biopsicosocial, brindan una conceptualización inicial que se resume en el campo interdisciplinario que une los conocimientos y técnicas de las ciencias del comportamiento y las de las biomédicas, para su aplicación clínica en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de desórdenes físicos. Sin embargo, esta definición fue duramente criticada por Pomerleau y Brandy (1979, como se citó en Piña et al., 1996), pues afirmaban que no daban cuenta de la importancia del conductismo moderno y de la psicología experimental en esta nueva multidisciplina.

Pomerlau y Brandy (1979, como se citó en Piña et al., 1996; Reynoso-Erazo & Seligson, 2005) propusieron que la medicina conductual debe concebirse como el uso de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta que llevan, justamente a la modificación conductual. Tiende a la investigación, teniendo como sustento metodológico al análisis funcional de las conductas relacionadas con cualquier enfermedad médica.

Blanchard (1977, como se citó en Piña et al., 1996) la define como la aplicación sistémica del conocimiento y la tecnología conductual, al campo de la medicina y la salud.

Para Miller (1983, como se citó en Piña et al., 1996) es el campo interdisciplinario en el que se relacionan el conductismo y la biomedicina, importantes para el estudio de la salud y la enfermedad.

Otro ejemplo es Godoy (1991, como se citó en Piña et al., 1996) quien la conceptualiza como el campo integrador de conocimientos de variadas disciplinas, las biomédicas (neurología, psiquiatría, epidemiología, etc.) y las psicosociales (modificación de la conducta, psicología, aprendizaje, etc.). Todas están dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención, diagnóstico tratamiento y rehabilitación de la patología.

En lo que todos coinciden es que es un campo interdisciplinario en donde convergen la medicina y la psicología conductual en relación con la salud-enfermedad.

Para continuar es preciso separar a la Medicina Conductual de algunos otros términos con los que suele confundirse, como es el caso de la psicología de la salud, que si bien, contribuye en su desarrollo, es importante diferenciarlos (Rodríguez, 1988).

Matarazzo (1982) provee de la definición más importante de la psicología de la salud, entendida como “el conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la psicología, a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas, al análisis y mejoramiento del sistema de salud y a la formación de políticas de salud” (p.4). La diferencia con la medicina conductual es que ésta se vale de los enfoques conductuales y la psicología de la salud no obligatoriamente (Rodríguez, 1988). Además, Piña et al. (1996) concluye que la Medicina Conductual podría colocarse más en el ámbito de la rehabilitación que en evaluación, investigación y prevención.

Algunos investigadores han abordado la historia de la Medicina Conductual evidenciando que es una disciplina joven en aras de desarrollo (Reynoso, 2014; Rodríguez, 2010; Vinaccia, 1988).

La Medicina Conductual surge en el plano de la medicina psicosomática, de la cual, su principal propósito es detallar y explicar la relación enfermedad física-emociones, es decir, la emoción como patógeno de la enfermedad. La medicina psicosomática estaba basada en

la teoría psicoanalítica de las emociones, lo que la llevó a sumergirse en una gran crisis durante los años 60 y 70 del siglo XX (Flórez, 1991; Rodríguez, 1988). La medicina psicosomática le abrió camino a la medicina conductual, favoreciendo su rápido crecimiento (Rodríguez, 2010).

Existen tres factores importantes que impulsaron el surgimiento de la Medicina Conductual, estos fueron: la biorretroalimentación, el análisis conductual aplicado y el cambio en el perfil epidemiológico (Rodríguez, 2010).

Uno de los principales antecedentes de la Medicina Conductual se encuentra en los artículos *Biofeedback: furor therapeutics* y *Biofeedback: a clinician's overview*, escritos por Birk (1973, como se citó en Reynoso, 2014; Reynoso-Erazo & Seligson, 2005; Vinaccia, 1988), en los cuales, aparecían las últimas investigaciones del área de la biorretroalimentación como estrategia terapéutica de algunos trastornos como arritmias cardíacas, epilepsia y migraña, esto permitió que los psicólogos se involucraran en cuestiones de carácter fisiológico.

Como se mencionó, esta disciplina se basa en un modelo conductual, en donde el objetivo principal es la modificación de la conducta, teniendo como soporte metodológico, el análisis funcional de la misma (Rodríguez, 2010). Se retoman los aportes de Pavlov, Watson y Skinner al conductismo (Reynoso, 2014). La American Psychological Association (APA) desde 1979 aceptó que la terapia conductual es un método de psicoterapia con consistentes bases científicas (Reynoso-Erazo & Seligson, 2005).

Últimamente, se ha visto un incremento de la fuerza de los mediadores cognitivos de la conducta, lo cual ha llevado a la evolución de la terapia conductual pura a la terapia cognitivo-conductual, basada en la idea de que la conducta y el pensamiento están íntimamente ligados, y que la modificación conductual puede lograrse mediante el cambio cognoscitivo (Rodríguez, 1988). La Terapia Cognitivo-Conductual ha demostrado tener mayor eficacia al abordar problemáticas de salud (Rodríguez, 2010).

El cambio epidemiológico es otro elemento antecedente de la Medicina Conductual. De acuerdo con la Teoría de la Transición Epidemiológica (Omran, 1971), el proceso salud-enfermedad se ha ido transformando debido a factores demográficos, económicos y

sociológicos. Anteriormente, las principales causas de morbi-mortalidad eran de origen patógeno e infeccioso; en la actualidad esto se ha modificado, pues ahora, las principales causas de muerte están relacionadas con enfermedades crónico-degenerativas, es decir, enfermedades con etiología comportamental. Esta situación trajo como consecuencia el aumento del presupuesto destinado a la atención de las enfermedades crónico-degenerativas, por lo que, integrar al psicólogo en este campo podría ser una ventaja, ya que se contribuiría a la prevención de dichos padecimientos (Rodríguez, 2010).

La evolución de la Medicina Conductual se ha visto potencializada por la integración de modelos multifactoriales a la patogénesis de enfermedades crónicas, lo que permite entender muchos factores envueltos en el desarrollo de las enfermedades (Rodríguez, 1988).

La historia de la Medicina Conductual, propiamente dicha, comienza en 1977 con la organización de la *First Conference on Behavioral Medicine* en la Universidad de Yale en Estados Unidos, en donde se congregaron investigadores de antropología, epidemiología, medicina, psiquiatría, psicología y sociología; para abordar el contexto de la salud-enfermedad, como propósito principal de este nuevo campo de estudio. Asimismo, uno de los objetivos de la reunión fue mejorar la comunicación y trabajo interdisciplinario, para hacer intervenciones más eficaces. En ese mismo año, se crea la *Academy Research in Behavioral Medicine* cuyo primer presidente fue el psicólogo Neal Miller (Matarazzo, 1980; Reynoso, 2010; Reynoso-Erazo & Seligson, 2005; Rodríguez, 2010).

Posteriormente, se publicó, por primera vez la *Journal of Behavioral Medicine* en marzo de 1978, dirigida por Doyle Gentry (profesor de psicología médica de la Universidad de Duke). De igual forma se conformó la *Behavioral Medicine Society* (Matarazzo, 1980; Reynoso-Erazo & Seligson, 2005; Rodríguez, 2010).

Durante la década de los años 70, las principales aportaciones de la medicina conductual fueron desde la psicología experimental, por ejemplo, las aplicaciones de la biorretroalimentación a la clínica, y la expansión del condicionamiento clásico y operante al tratamiento de diferentes padecimientos, entre los que destacaban las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, ya que eran las principales causas de mortalidad y que necesitaban ser tratadas desde el cambio comportamental (Rodríguez, 2010).

Las principales problemáticas tratadas en ese entonces se centraban en la evaluación, tratamiento y modificación del patrón de conducta tipo A, cefaleas, dolor crónico, deterioro cognoscitivo en adultos mayores, disfunciones sexuales, obesidad, problemas de memoria y pacientes con traumatismo craneal. Igualmente, la promoción de la salud con ejercicio, nutrición y campañas contra el hábito de fumar (Rodríguez, 1988).

En México, la Medicina Conductual ha ido creciendo de una forma idéntica a lo que se mencionó. A continuación, se presenta un poco de estos acontecimientos en el país.

En la década de 1960 en la Universidad Veracruzana, Víctor Alcaraz, Emilio Ribes, Antonio Gago, Florente López y Serafín Mercado comenzaron con el análisis científico de la conducta en el país. Asimismo, Florente López y Francisco Barrera crearon el Centro de Entrenamiento y Educación Especial, que formaría el primer centro de análisis conductual aplicado en México (Rodríguez, 2010).

En 1975 se celebró en la Ciudad de México el Tercer Congreso Latinoamericano de Análisis de la Conducta, teniendo como invitado principal a B.F. Skinner. Todo ello, influyó para que se comenzara a consolidar la investigación conductual mexicana (Rodríguez, 2010).

A la par en este mismo año, se creó en la ENEP Iztacala UNAM, un nuevo modelo curricular para la enseñanza de la psicología a nivel licenciatura bajo el enfoque conductual y, para 1978 se ofreció el posgrado en Modificación de Conducta con áreas sobre estrés, retroalimentación biológica y enfermedades crónicas, siendo el primer antecedente académico de Medicina Conductual en México (Reynoso, 2014).

Investigadores como Benjamín Domínguez y Héctor Ayala trabajaron con jóvenes y adultos en reclusorios, en hospitales psiquiátricos y con adicciones, con la intención de modificar la conducta y rehabilitar a pacientes mentales crónicos, con la colaboración de otros profesionales de la salud (Rodríguez, 2010).

Durante la década de los 80, Xóchitl Gallegos y Víctor Alcaraz, aplicaban el biofeedback para tratar migrañas, parálisis facial, arritmias cardiacas, control de esfínteres y ciertas paresias y tipos de epilepsia. Asimismo, es creado el Laboratorio de Plasticidad Cerebral en la Facultad de Psicología de la UNAM, donde también se utilizó la retroalimentación biológica (Rodríguez, 2010).

En la Escuela Nacional de Estudios Superiores Zaragoza (UNAM) se creó un grupo de investigación encabezado por Luis Florez, que tuvo como objetivo aplicar técnicas de condicionamiento instrumental a respuestas autónomas, este grupo dio origen al Programa de Psicología de la Salud en conjunto con la Facultad de Psicología y la Secretaría de Salud (Rodríguez, 2010).

En 1981 se desarrolló, también en la ENEP Iztacala el Primer Simposio Internacional sobre Medicina Conductual en México, organizado por Seligson, que contó con la participación de Pomerleau, Reed y Stumphauzer (Reynoso, 2014).

Para 1995 se crea el programa de maestría y doctorado en psicología, del que se deriva la residencia en Medicina Conductual que inició oficialmente en 1999, con el objetivo de crear profesionales a nivel maestría altamente especializados en la resolución de problemas psicológicos derivados del hecho de padecer una enfermedad crónica; parte de la idea de que la conducta puede generar la enfermedad y de que la enfermedad modifica el comportamiento (Reynoso, 2014).

“Las líneas de investigación están dirigidas a desarrollar modelos de intervención en temas como epidemiología conductual, educación para la salud, salud y género, envejecimiento normal y patológico, trasplante de órganos y tejidos, adherencia terapéutica, conducta agresiva y comportamiento antisocial, diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, VIH/SIDA, adicciones, estrés, dolor crónico, ira, hostilidad, biofeedback, políticas públicas, derechos humanos y bioética” (Rodríguez, 2010, p. 9).

También se ha observado que en diferentes congresos nacionales se han presentado trabajos sobre temas de comportamiento y salud, en ámbitos como la neumología, cardiología, oftalmología y otras especialidades médicas (Rodríguez, 2010).

Desafortunadamente, la inclusión del psicólogo en el campo de la salud en México aún no se logra por completo, lo cual, implica esforzarse en demostrar que los cambios conductuales reducen riesgos en algunas enfermedades, así como que los cambios pueden mantenerse en el tiempo (Reynoso-Erazo & Seligson, 2005). Del mismo modo, cabe recordar la definición de “Salud” actualmente aceptada en el mundo, propuesta por la OMS que dice: “La salud es un estado completo de bienestar físico, psicológico y social, y no solamente la

ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006, p.1). Esta definición rectifica que en el campo de la salud es indispensable la figura del psicólogo para poder atender la salud desde sus tres esferas.

A manera de conclusión, al entender la salud como el bienestar biopsicosocial, es indispensable que sea tratada en todas estas esferas. La Medicina Conductual ofrece un espacio de discusión interdisciplinario para intercambiar enfoques y enriquecer abordajes teóricos y prácticos, pues el proceso salud-enfermedad incluye variables de naturalezas diversas, estudiadas por diferentes campos científicos. Por lo tanto, incluir al psicólogo en el equipo de salud puede traer mejores resultados, aunque esto solo se puede lograr si todas las disciplinas reconocen valiosas todas las aportaciones.

2.2 Historia del Hospital Juárez de México

El Hospital Juárez de México es un hospital de tercer nivel, que se encuentra ubicado en la avenida Instituto Politécnico Nacional, número 5160, colonia Magdalena de las Salinas, C.P. 07760, Ciudad de México, México.

Su objetivo como institución de salud es “contribuir a la consolidación del Sistema Nacional de Salud, ofreciendo asistencia médico-quirúrgica con calidad, seguridad, ética y humanismo; formando recursos humanos de excelencia y generando investigación científica alineada a las prioridades de salud nacional e internacional” (Manrique, 2016, p.1).

El Hospital Juárez de México forma parte de la historia del país, pues lo ha acompañado durante los acontecimientos más importantes de éste, lo cual, le ha permitido crecer a la par de la nación (Manrique, 2016).

Para hablar de los orígenes del hospital es preciso remontarnos hasta julio de 1847, cuando se presentó la invasión norteamericana, después de la toma del puerto veracruzano y de la derrota de Antonio López de Santa Anna, las tropas norteamericanas se disponían a marchar por la capital del país, por lo que el gobierno tuvo que tomar varias medidas para afrontar la situación, ya que se presagiaba que habrían varios heridos, así fue que se decidió establecer Hospitales de Sangre (Forjado, 2003; Manrique, 2014; Manrique, 2016; Rojas, 2008).

En un documento del 16 de agosto de 1847 escrito por el General Manuel María Lombardi para Don José Urbano Fonseca (Regidor de hospitales), le informa que puede usar el edificio del Colegio de los Agustinos de San Pablo como Hospital de Sangre. Don Urbano, solicitó a las hermanas de la caridad, que tomaran la dirección de este nosocomio. El 20 de agosto, se llevan a cabo las batallas de Padierna y Churubusco, pero los primeros heridos llegaron el 23 de agosto de 1847, quedándose a la posteridad como fecha de fundación (Manrique, 2016).

Este nuevo hospital estuvo a cargo principalmente de Sor Micaela Ayanz (de 1847 a 1869), y de 20 religiosas hermanas de la caridad; la atención médica estuvo bajo el mando del sacerdote y el médico de la iglesia de San Pablo, Ladislao De La Pascua, Guillermo Santa María y un practicante de apellido Gutiérrez, durante este periodo, el hospital fue usado como

Hospital Municipal. Estuvo equipado con 60 camas, 40 para hombres y 20 para mujeres (Forjado, 2003; Manrique, 2014; Manrique, 2016; Rojas, 2008).

Durante la segunda mitad del siglo XIX, cuando el Hospital San Pablo empezó a funcionar como centro de enseñanza, además de proporcionar cadáveres a la escuela (Manrique, 2016).

En 1859 el Hospital pasó a depender del municipio, como resultado de la Guerra de Reforma. Para 1863 se vuelve nuevamente hospital de sangre con los ataques bélicos de Francia, en esta ocasión, se mezclaron soldados mexicanos y franceses; para esta fecha el hospital contaba con 213 camas y se hicieron remodelaciones. Tres años más tarde, es nombrado primer Director General del Hospital de San Pablo al Dr. Ignacio Alvarado, ocupando el cargo hasta 1875. Durante esta época, el hospital contó con una sala para la beneficencia francesa, española, suiza y belga. Durante la decena trágica también se atendieron heridos, y se incineraron 200 cuerpos (Manrique, 2014; Manrique, 2016).

El periodo comprendido entre 1869 y 1880 se le conoce como la “época de oro” de la cirugía mexicana, el Hospital Juárez fue uno de los protagonistas, distinguido hasta hoy como la cuna de la cirugía en el país, gracias a las habilidades desarrolladas por maestros y alumnos (Manrique, 2014; Manrique, 2016).

Algunos otros acontecimientos fueron: La primera radiografía mexicana a cargo del Dr. Tobias Nuñez en 1896. El Dr. Barceló y Villagrán fue el primero en realizar una transfusión eritrocitaria en América durante 1860 y en 1942 fue fundado el primer Banco de Sangre en el país, igualmente, durante esta década se echó a andar el Banco de Huesos, que exportó piezas a Estados Unidos (Manrique, 2016).

El 18 julio de 1872, un día después de la muerte de Benito Juárez, el regidor García López hizo la propuesta de cambiar el nombre del Hospital San Pablo por el de Hospital Juárez, propuesta aceptada el 19 de julio de ese mismo año (Forjado, 2003; Manrique, 2014; Manrique, 2016).

En 1874, Sor Micaela Ayanz y el resto de las hermanas de la caridad regresaron a España, abandonando así al Hospital Juárez (Forjado, 2003; Manrique, 2014; Manrique, 2016).

Así como el hospital ha tenido momentos de éxito, también ha tenido momentos difíciles, por ejemplo, en el artículo publicado por el poeta Juan de Dios Peza en 1880 describe un lugar lúgubre, miserable, triste, un lugar peor que el infierno, por las condiciones en las que se encontraban el mobiliario y las instalaciones (Manrique, 2014; Rojas, 2008).

Para 1881 se hizo una remodelación del hospital, fue ampliado, comprando el terreno restante a los Agustinos y una casa vecina. Se tuvieron nuevas salas y se reacondicionaron las ya existentes, todo esto a cargo de Adrián Segura (Forjado, 2003; Manrique, 2014; Manrique, 2016).

Para celebrar su centenario en 1947, el hospital se remodeló completamente y se construyó el edificio anexo. Para 1970 se hizo una nueva reconstrucción, con el objetivo de devolverle su aspecto original al Claustro del Colegio de los Agustinos de San Pablo, en ese entonces contaba con edificios para consulta externa, servicios generales, torre de hospitalización, unidad de enseñanza, cuerpo de gobierno, con el servicio de cirugía experimental y residencia de médicos (Forjado, 2003; Manrique 2016).

Desgraciadamente, el 19 de septiembre de 1985, un sismo destruyó la torre de hospitalización de 12 pisos, que tenía cerca de 700 camas. Perdieron la vida más de 1000 personas entre personal, estudiantes de medicina y enfermería, pacientes y familiares, los edificios quedaron muy dañados. Anteriormente, con los temblores de 1899 y 1900 el Hospital Juárez había sufrido daños considerables en su estructura, que quedó casi desplomado (Forjado, 2003; Manrique, 2014; Manrique, 2016; Rojas, 2008; Zaldívar & Rodríguez-Wong, 2014).

Como consecuencia de esta tragedia, fue inevitable desalojar el Convento de San Pablo, por lo que, para seguir atendiendo a la comunidad, el hospital fue organizado en 4 unidades pequeñas que mientras estuvieron activas se les conoció como Juárez I al IV (Manrique, 2016).

Por lo que el 4 de junio de 1988 el presidente de la República, Miguel de la Madrid Hurtado publicó en el Diario Oficial de la Federación que se edificaría un hospital al norte de la ciudad, con el nombre de Hospital Juárez de México y para el 19 de septiembre de 1989, comenzó de nuevo actividades como el hospital que ahora conocemos, se le dotó de todos

los adelantos de la medicina moderna, asentado en casi 80 mil metros cuadrados, ocupando el 90% del terreno. Cuenta con siete edificios horizontales y con 400 camas (Forjado, 2003; Manrique, 2014; Manrique, 2016; Rojas, 2008; Zaldívar & Rodríguez-Wong, 2014).

Lo que quedó del antiguo edificio se le conoce ahora como Hospital Juárez Centro, que se dedica a atender personas de bajos recursos en consulta externa y hospitalización de corta estancia (Forjado, 2003; Rojas, 2008).

A partir de este gran cambio, el Hospital Juárez creció exponencialmente. Por ejemplo, en 1992, se inició con los trasplantes de riñón, llevados a cabo por personal del mismo hospital y, en 1993 se abrió el Banco de Ojos (Manrique, 2016).

En 1999 surgió la residencia en Medicina Conductual, la cual estableció convenios con la Secretaría de Salud para aceptar a sus alumnos en los hospitales que dependían de ella. Desde ese momento, la residencia se integró a las actividades del Hospital Juárez de México en los servicios de Oncología y Trasplante Renal, posteriormente, se sumaron servicios como Medicina Interna, Pediatría, Hematología y Nefrología (Reynoso, 2014).

Al ser una institución de tercer nivel, lo convierte en un hospital de concentración y referencia, pues se brinda atención a población abierta de cualquier parte del país (Manrique, 2016).

El hospital es reconocido por formar recursos humanos capacitados en las especialidades médicas que integra su campo de enseñanza, asimismo diseña, ejecuta programas y cursos de capacitación y especialización de personal, dado que todo esto es esencial para un hospital-escuela. También cuenta con la Escuela de Enfermería (Manrique, 2016).

En el hospital se hace investigación básica, clínica y experimental en las especialidades antes mencionadas. Se ha dado prioridad, desde 2009 a la investigación de enfermedades crónico-degenerativas (Manrique, 2016).

Hasta octubre de 2017, el Hospital Juárez contaba con 47 servicios, divididos en seis divisiones o grupos. En los servicios de la División Quirúrgica se encuentra Anestesiología, Angiología, Cirugía Cardiovascular, Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica y Reconstructiva, Endoscopia, Medicina Física y Rehabilitación, Neurocirugía,

Oftalmología, Oncología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Trasplantes y Urología (Hospital Juárez de México, 2017).

En los servicios de la División Médica están especialidades como Alergia e Inmunología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Geriátrica, Gastroenterología, Hematología, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Preconsulta, Psiquiatría, Reumatología y Salud Mental Comunitaria (Hospital Juárez de México, 2017).

En los servicios de la División de Pediatría, se ubica Cirugía Pediátrica, Neonatología, Pediatría Médica, Urgencias Pediátricas y la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica. En los servicios de la División de Gineco-Obstetricia se encuentra Biología de la Reproducción, Ginecología y Obstetricia (Hospital Juárez de México, 2017).

Entre los servicios Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento están Anatomía Patológica, Banco de Sangre, Laboratorio Clínico, Medicina Nuclear, Neurofisiología Clínica y Radiología e Imagen (Hospital Juárez de México, 2017).

Finalmente, la Dirección Médica compuesta por Homeopatía, Toxicología y la Unidad de Vigilancia Epidemiológica-Infectología (Hospital Juárez de México, 2017).

El Hospital Juárez de México ha sido pieza importante de la historia del país, es un participante activo de la evolución de la medicina en México y el mundo, formador de varias generaciones de profesionales de la salud, que han dejado grandes legados en esta disciplina.

2.3 Servicio de Hematología

2.3.1 Historia del Servicio de Hematología

La hematología es definida como el estudio médico-científico de la sangre y los tejidos formadores de la misma (Gispert & Gárriz, 2013). Su objeto de estudio es la médula ósea, órgano productor de células de la sangre (Provan, Singer, Baglin, & Lilleyman, 2004).

El servicio de hematología del Hospital Juárez de México inició sus actividades en 1994, primero para atender pacientes adultos y dos años más tarde para población pediátrica. En enero de 1996 se incorporó la Unidad de Aféresis (actualmente a cargo del banco de sangre). En mayo de 1997 se realizó exitosamente el primer trasplante autólogo de células hematopoyéticas (Manrique, 2014).

Para junio de 1999, con la integración de más personal, la atención a pacientes en consulta externa se dividió en las siguientes modalidades: consultas de primera vez, subsecuentes, procedimientos, padecimientos onco-hematológicos, patologías benignas y hemostasia-trombosis (Manrique, 2014).

En hospitalización y consulta externa se atienden en promedio 24 pacientes adultos hospitalizados por día, de manera que las 15 camas asignadas son insuficientes. Asimismo, se realizan aproximadamente 250 consultas mensuales, de las cuales, casi el 80% son subsecuentes (Manrique, 2014).

El servicio imparte 2 cursos de pregrado en la Escuela de Medicina del IPN y en la Facultad de Medicina de la UNAM. Cuenta con el aval de la UNAM para la especialidad de hematología desde el 2013 (Manrique, 2014).

2.3.2 Organización del servicio de hematología: Ubicación del residente en Medicina Conductual

El servicio de hematología está conformado por un jefe de servicio (Dr. Jorge Cruz Rico), tres médicos adscritos (Dra. Mónica Tejeda Romero, Dr. Faustino Leyto Cruz y Dra. Andrea Milán Salvatierra), tres residentes de la subespecialidad en hematología, de dos a tres residentes de medicina interna que rotan cada dos meses, dos médicos internos de pregrado que rotan cada 2 semanas, una trabajadora social y enfermeras (Ver Figura 2).

Los residentes de medicina conductual son alumnos de la Maestría en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, quienes trabajan en multidisciplinaria con el resto de los integrantes del equipo. Durante esta rotación, el servicio de hematología contó con dos residentes de primer año y dos de segundo año (Ver Figura 4).

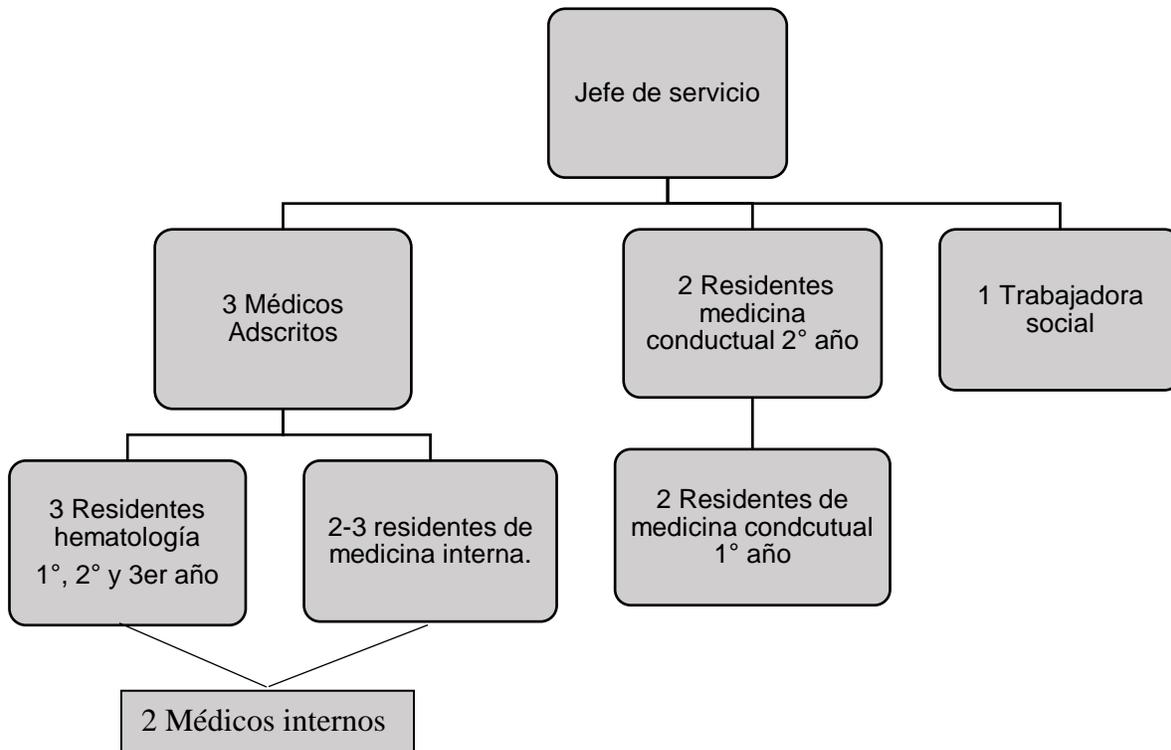


Figura 4. Organigrama del Servicio de Hematología

Al hablar del espacio físico del servicio de hematología, está compuesto por el consultorio 50, ubicado en el segundo piso, destinado a la consulta externa y por el área de hospitalización que consta de tres aislados ubicados en el tercer piso lado sur, con un total de 15 camas destinadas únicamente a pacientes con padecimientos hematológicos, dos salas para mujeres (9 camas) y una para hombres (6 camas), aunque como se mencionó, éstas son insuficientes, por lo que se pueden encontrar pacientes de hematología en otras salas en cualquiera de los tres pisos.

2.3.3 Principales padecimientos tratados en el servicio de hematología

En el servicio de hematología se tratan diferentes enfermedades, ya sea de orden onco-hematológicos o de carácter benigno, entre ellas se encuentran:

Leucemias: Las leucemias surgen de la proliferación maligna de las células hematopoyéticas, las cuales se acumulan en la médula ósea y en la sangre, lo que produce falla medular (anemia, neutropenia y trombocitopenia) e infiltración a órganos (hígado, bazo,

ganglios linfáticos, sistema nervioso, piel, etc.) (Jaime, & Gómez, 2012; Moraleda, 2017). Existen dos tipos de leucemia:

Leucemia aguda: son enfermedades invasivas que ocurren en estadios tempranos de la hematopoyesis, lo cual deriva en el desarrollo de blastos. Es una enfermedad muy grave, que de no ser tratada inmediatamente puede llevar a la muerte a corto plazo. En su mayoría responde a tratamientos y pueden curarse. De acuerdo con el tipo de célula que esté siendo afectada, puede derivarse una *Leucemia Linfoblástica Aguda* o una *Leucemia Mieloide Aguda*, esta última es más agresiva y resistente a la quimioterapia, el diagnóstico diferencial entre ambas es de suma importancia para determinar el plan de tratamiento y el pronóstico (Jaime, & Gómez, 2012; Moraleda, 2017).

Leucemia crónica: las células cancerígenas mantienen cierta capacidad de diferenciación por lo que es menos invasiva. Los pacientes pasan por un curso natural de la enfermedad más lento y crónico. El tratamiento no tiene fines curativos. La *Leucemia Linfocítica Crónica* es una enfermedad que se caracteriza por la proliferación de linfocitos maduros en la médula ósea, sangre, bazo y ganglios linfáticos. Por otro lado, la *Leucemia Mieloide Crónica* (también conocida como Granulocítica Crónica), es una enfermedad mieloproliferativa que se caracteriza por la translocación de los cromosomas 9, 22 (Cromosoma Filadelfia), por lo regular cursan con esplenomegalia y puede sufrir una progresión a fases más agresivas y terminar en una leucemia aguda (Jaime, & Gómez, 2012; Moraleda, 2017).

Síndrome Mielodisplásico: alteraciones de la médula ósea, la cual pierde la función de crear células sanguíneas funcionales, lo que deriva en una pancitopenia, pero las células inmaduras y displásicas aumentan. Lo que lo diferencia de la anemia aplásica es que la médula ósea es normal, ligeramente disminuida o hiper celular (Jaime, & Gómez, 2012; Moraleda, 2017).

Linfoma de Hodgkin: Neoplasia que procede de las células de Reed-Stenberg que afecta a los linfocitos B de centro germinal y se produce en los ganglios linfáticos (Jaime, & Gómez, 2012; Moraleda, 2017).

Linfoma No Hodgkin: Se origina con linfocitos anormales localizados en los ganglios linfáticos o el tejido linfoide extraganglionar (Jaime, & Gómez, 2012; Moraleda, 2017).

Mieloma Múltiple: es la proliferación de células plasmáticas que normalmente se encargan de la síntesis de inmunoglobulinas, estas células reemplazan a las células normales en la médula ósea, lo que provoca destrucción ósea. Se caracteriza por la presencia de anemia y daño renal (Jaime, & Gómez, 2012; Moraleda, 2017).

Púrpura Trombocitopénica Inmune: También es nombrada Púrpura Trombocitopeniaca Autoinmune, primaria o idiopática. Es una enfermedad adquirida por la disminución de plaquetas, pues los anticuerpos se dirigen contra los antígenos con los que están relacionadas (Jaime, & Gómez, 2012).

Anemia Megaloblástica: Anemia macrocítica causada por la deficiencia de vitamina B12 o ácido fólico, lo que ocasiona trastornos de la división celular en la médula ósea y otros tejidos. Es la segunda anemia carencial más frecuente, después de la ferropénica (Jaime, & Gómez, 2012; Moraleda, 2017).

Anemia Hemolítica: forma parte de un grupo heterogéneo que tiene en común el acortamiento de la vida media de los eritrocitos en la sangre periférica que normalmente es de 120 días, a lo cual se le denomina hemolisis. La anemia se produce cuando la respuesta compensatoria de la médula ósea es insuficiente (Jaime, & Gómez, 2012; Moraleda, 2017).

Anemia Ferropénica: Anemia microcítica que se presenta cuando ocurre un desequilibrio en el metabolismo del hierro, que provoca alteraciones en el correcto funcionamiento de músculos, del corazón, del sistema nervioso, entre otros. La anemia, es la etapa final de esa deficiencia de hierro. Esta problemática es muy común, por lo que se le considera un problema de salud pública (Jaime, & Gómez, 2012; Moraleda, 2017).

Aplasia Medular: También conocida como anemia aplásica, se encuentra dentro de las anemias arregenerativas. Se caracteriza por pancitopenia y desaparición o disminución de los precursores hematopoyéticos de la médula ósea, el tejido hematopoyético se sustituye por grasa (Jaime, & Gómez, 2012; Moraleda, 2017).

2.3.4 Evaluación Inicial del Servicio de Hematología

Durante los primeros acercamientos con el servicio de hematología, se obtuvo como evaluación inicial que los problemas psicológicos más importantes eran ansiedad, depresión y déficit de información debido al reciente diagnóstico y a la larga estancia hospitalaria, además de las condiciones en las que debían permanecer, como es el caso del reposo absoluto. A continuación, se presenta información más detallada.

2.4 El Papel del Médico Conductual en el Servicio de Hematología

2.4.1 Contexto Psicológico de los Pacientes en el Servicio de Hematología

Los pacientes de hematología tienen que enfrentarse a un sin número de estímulos aversivos que son amenazantes a la vida; desde que ingresan con una sospecha diagnóstica, durante el diagnóstico, el tratamiento y sus efectos secundarios, ante la sospecha de una recaída o cuando se les ha ofrecido todo para curarlos y nada funcionó y ahora tienen que comenzar con cuidados paliativos.

De acuerdo con Rivera-Fong (2014) los tratamientos y estudios de las enfermedades onco-hematológicas traen consigo efectos secundarios que muchas veces son reconocidos por los pacientes como peores que la propia enfermedad. Se calcula que un paciente con leucemia se somete a 300 inyecciones durante su tratamiento, entre biopsias, aspirado, quimioterapia intratecal, etc. La ansiedad es consecuencia de estos procedimientos médico-invasivos, estancias hospitalarias prolongadas (a veces mayores de un mes) en las que se encuentran en reposo absoluto por las altas probabilidades de hemorragias, lo que obliga al paciente a defecar y miccionar en la cama y a asearse en ella. La depresión se deriva del diagnóstico, falla de tratamiento o por la estancia prolongada. Muchas veces ambas sintomatologías prevalecen juntas. Igualmente se observa, que los pacientes desconocen la enfermedad que padecen y su pronóstico.

2.4.2 Actividades del Médico Conductual en Hematología

2.4.2.1 Actividades Asistenciales

Pase de Visita

Todas las mañanas se lleva a cabo el pase de visita a cargo del jefe de servicio o de los médicos adscritos, acompañados de los médicos residentes de hematología, medicina interna y medicina conductual, así como médicos internos de pregrado y la trabajadora social; con el objetivo de evaluar la evolución clínica y tratamiento de los pacientes hospitalizados, así como brindar el informe médico a estos últimos y sus familiares. Su duración depende del médico a cargo y la cantidad de pacientes, en promedio se destinan 4 horas. La función principal de los residentes en Medicina Conductual es detectar necesidades psicosociales del paciente mediante observación clínica, reporte verbal o referencia del personal de salud.

Hospitalización

La labor del Médico Conductual aquí es brindar atención psicológica a los pacientes hospitalizados y a sus cuidadores, basado en el modelo Cognitivo-Conductual; empezando por la evaluación conductual para detectar necesidades de manera más detallada, continuando con el análisis funcional y diseño del programa de intervención. El estado del paciente hematológico cambia constantemente, por lo que la intervención se debe ajustar a los nuevos requerimientos. Se interviene a lo largo de todo el proceso: en fase prediagnóstica (en donde se incluye la preparación para los procedimientos médico-invasivos), diagnóstica, tratamiento, recaídas y cuidados paliativos.

Consulta Externa en Hematología

Durante esta rotación fue la primera vez que el residente en medicina conductual estuvo presente durante la atención médica de consulta externa, lo cual se lleva a cabo diariamente, dependiendo de la cantidad de residentes. El principal objetivo es detectar necesidades en la mayor parte de la población que acude al servicio y atenderlas por consulta externa de Medicina Conductual.

Consulta Externa de Medicina Conductual

En consulta externa de Medicina Conductual se atiende a los pacientes de hematología que se encuentran en tratamiento ambulatorio y que se detecta que necesitan la intervención del médico conductual, ya sea por déficit de información, incumplimiento terapéutico, náuseas anticipatorias, ansiedad o depresión, etc.

Quimioterapia Ambulatoria

Al igual que en consulta externa, fue la primera vez que el residente de medicina conductual de hematología trabajó en el área de quimioterapia ambulatoria, con el propósito de detectar necesidades en los pacientes hematológicos o dar seguimiento después de haber intervenido con ellos en momentos previos.

Elaboración de Notas Clínicas

La problemática del paciente, el abordaje y plan terapéutico debe quedar asentado en una nota clínica, ya sea de primera vez, informativa o de resumen. Cuando lo solicita el servicio, éstas deben anexarse en el expediente clínico del paciente, para informar al resto del equipo sobre las cuestiones antes mencionadas.

Evaluación e Intervención en Trasplante de Células Hematopoyéticas.

Otra actividad importante del médico conductual es evaluar al paciente que es candidato a trasplante de médula ósea; desde los conocimientos que tiene del procedimiento, sus motivaciones para realizarlo, rasgos de personalidad que pudieran afectar su realización, ansiedad y depresión. Una vez detectadas estas situaciones, se diseña un plan de tratamiento para prepararlo para el trasplante.

Además, se evalúa al donador (en el caso de trasplantes alogénicos), con el objetivo de verificar que la decisión de ser donador ha sido completamente voluntaria y que entiende los riesgos a los que está expuesto.

2.4.2.2 Actividades Académicas

Sesión General

Todo el personal acude a las sesiones generales, aquí se presentan temas de actualidad propios de cada servicio del hospital. La asistencia es obligatoria para todos los residentes, incluidos los de medicina conductual.

Clases Médicas

Durante estas sesiones se tratan diversas temáticas relacionadas con la hematología, éstas son impartidas por los médicos residentes de medicina interna y de hematología. Se llevan en conjunto con onco-pediatría. El estar presentes durante las clases, le permite al residente en medicina conductual entender la etiología y tratamientos de las enfermedades que se observan día con día. Asimismo, de vez en cuando, la clase es proporcionada por alguno de los médicos conductuales.

Supervisión *In Situ*

Existen dos actividades principales de la supervisión a cargo del Dr. Ricardo Gallardo Contreras (jefe del servicio de psiquiatría). La primera se refiere a la presentación de un caso clínico a todos los residentes de medicina conductual, con el objetivo de aprender a estructurar un caso clínico, exponer lo que se hizo y brindar retroalimentación de los errores cometidos, de la evaluación, análisis funcional e intervención. Para esta actividad se presentaron tres casos clínicos (Ver Apéndices A, B y C). La segunda actividad tiene que ver con la presentación de un artículo científico, con el propósito de revisar literatura actualizada con buen sustento teórico y metodológico para mejorar la calidad de las intervenciones.

Supervisión Académica

Esta supervisión se dirige por la Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carillo y se comparte con los residentes de medicina conductual del servicio de medicina interna y trasplantes, aquí se da seguimiento al caso clínico que se presenta en la supervisión *in situ*, se revisa la factibilidad de los protocolos de investigación, así como el reporte de experiencia profesional, se analizan casos difíciles y se abordan temas que pudieran ayudar a mejorar la evaluación e intervención psicológica.

2.4.2.3 Actividades no Programadas en el Hospital

Interconsultas

Hasta junio de 2018, se atendieron pacientes de servicios en los que no existía algún residente de medicina conductual, ya sea por pase o interconsulta, después de que el servicio de interconsulta detectara alguna necesidad psicosocial. Para atender a todas ellas, se estableció un rol entre todos los residentes.

Presentación de Temas Psicológicos en las Clases Médicas

Con el objetivo de mejorar la relación médico-paciente y dar a conocer las actividades del médico conductual en hematología, se hicieron 9 presentaciones desde mayo de 2018 a abril de 2019: “Objeción de Conciencia en la Práctica Médica. Concepto y marco legal para el México del siglo XXI”, “Técnicas de Relajación para disminuir Reacciones Fisiológicas de Ansiedad ante Aspirado y Biopsia de Médula Ósea”, “Ortotanasia”, “Comunicación de

malas noticias. Habilidades de comunicación como una competencia del profesional de la salud”, “Autocuidado del Médico”, “Manejo Psicológico del Síndrome de Caquexia por Cáncer”, “Medicina Conductual. Generalidades, Funciones y Alcances”, “Obstinación vs Adecuación del Esfuerzo Terapéutico”, “Intervención Cognitivo-Conductual en un Caso de “Enojo” relacionado con Púrpura Trombocitopénica Inmune”.

Taller para Cuidadores Primarios

Se realizó un taller para cuidadores primarios, titulado “si te cuidas, me cuidas” compuesto de cuatro sesiones grupales, donde el principal objetivo era proveer de herramientas a los cuidadores, que les permitiera mejorar sus conductas de autocuidado y la manera en que cuidan a sus familiares.

Plática en la Conmemoración del Día Mundial del Mieloma Múltiple

Como parte de la conmemoración del Día Mundial del Mieloma Múltiple, se integró la participación del médico conductual brindando la plática “Mi vida con Mieloma Múltiple”, en donde se abordaron las situaciones a las que se enfrenta una persona con este diagnóstico.

2.4.2.4 Otras Actividades no Programadas Externas

Participación en el XVI Congreso Caribeño de Psicología

Durante el XVI Congreso Caribeño de Psicología se presentó la ponencia *Intervención Cognitivo-Conductual en un Caso de “Enojo” relacionado con Púrpura Trombocitopénica Inmune* (Ver Apéndice B).

Donde se tuvo la oportunidad de intercambiar conocimientos con ponentes de 7 países (Estados Unidos, Puerto Rico, Cuba, República Dominicana, Guatemala, Haití y España) e identificar, de esta manera, las características del ejercicio profesional (líneas de investigación e intervención) en estos lugares. De igual manera, se pudo presentar un poco de la actividad del psicólogo en Medicina Conductual en México, observando sus respuestas y comentarios al respecto.

Como productos físicos se obtuvo la constancia de participación y ser parte de las memorias del congreso. Así también, se encuentra en proceso de edición y publicación, una entrevista realizada por los organizadores del congreso.

Creación de Manual de Procedimientos del Médico Conductual en Hematología

Se elaboró el Manual de Procedimientos con el objetivo de contar con una herramienta administrativa de consulta que contenga la descripción sistemática y esquemática de las funciones y actividades realizadas por el estudiante de Medicina Conductual asignado al Servicio de Hematología.

2.4.2.5 Cronograma de Actividades

A continuación, se presentan las actividades antes mencionadas organizadas en un cronograma (Ver Tabla 6).

Tabla 6

Cronograma de Actividades

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00-9:00	PV/ CE y QA (Hemato)	PV/ CE y QA (Hemato)	Sesión general	Clase médica	PV/ CE y QA (Hemato)
9:00-10:00			PV/ CE y QA (Hemato)	PV/ CE y QA (Hemato)	
10:00-11:00		Clase médica	Presentación de caso clínico		Clase médica
11:00-12:00		Hospitalización y consulta externa (MC)			Pase de visita/ Consulta externa (Hematología)
12:00-13:00		Hospitalización y CE (MC)	Supervisión académica	Hospitalización y CE (MC)	Hospitalización y CE (MC)
13:00-14:00					

2.5 Productividad

Las actividades asistenciales son las más importantes para el residente en Medicina Conductual, por lo que es a las que más tiempo les dedica. Durante el periodo del 8 de enero de 2018 al 30 de abril de 2019 se atendieron en total N=254 pacientes, de los cuales el 60% fueron mujeres (Ver Figura 5).

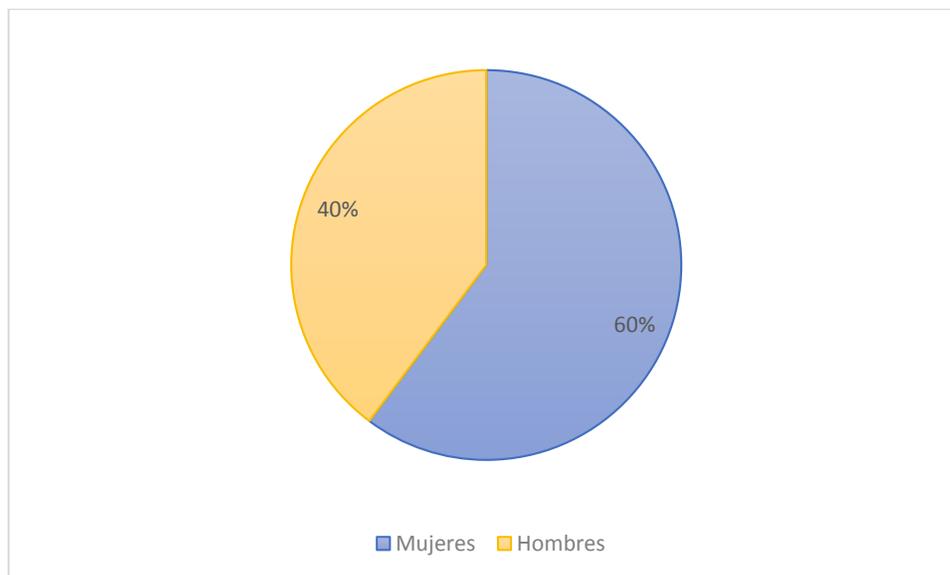


Figura 5. Distribución de los pacientes atendidos por sexo

Las características sociodemográficas de los pacientes son las siguientes: La edad promedio de los pacientes fue de M= 51 años, moda de 21, 45 y 55 años y un rango entre 17 y 89 años.

En cuanto a su estado civil la mayoría estaba casado n1=97 (38%) y el menor porcentaje n6=6 (3%) estaba divorciado (ver Figura 6).

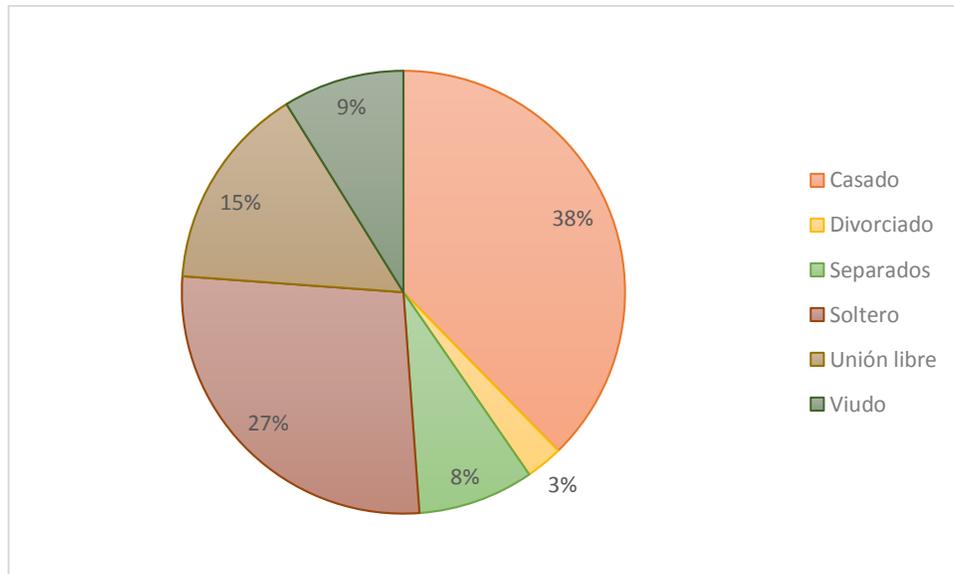


Figura 6. Distribución de los pacientes atendidos por estado civil

De acuerdo con el lugar de residencia, los resultados son muy parejos, aunque la mayoría de los pacientes era local, no es mucha la diferencia con los foráneos (Ver Figura 7).

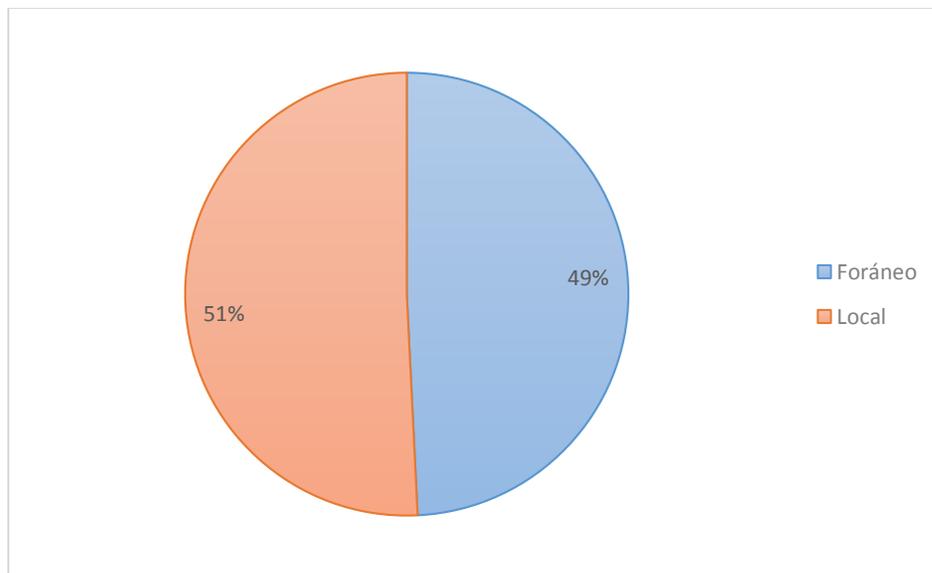


Figura 7. Distribución de los pacientes atendidos por lugar de residencia

Los pacientes que hablaban español y una lengua indígena fueron $n_1 = 7$ (3%) y los que hablaban solo español $n_2 = 247$ (97%).

La gran mayoría de pacientes eran del servicio de hematología $n_1 = 248$ (98 %), sin embargo, hasta junio de 2018, se atendieron a $n_2 = 6$ (2%) pacientes por interconsulta de servicios como neurocirugía, neurología, reumatología, ortopedia y nefrología, por diagnósticos médicos como epilepsia, Alzheimer, colitis crónica, artritis reumatoide, reciente amputación de miembro pélvico izquierdo e insuficiencia renal crónica.

Como se había indicado, la mayor parte del trabajo del médico conductual se desarrolla en el área de hospitalización con un 81% y la menor parte la comprende la evaluación de protocolo de trasplante de células hematopoyéticas (1%), puesto que este proyecto estaba en proceso para reiniciarse (Ver Figura 8).

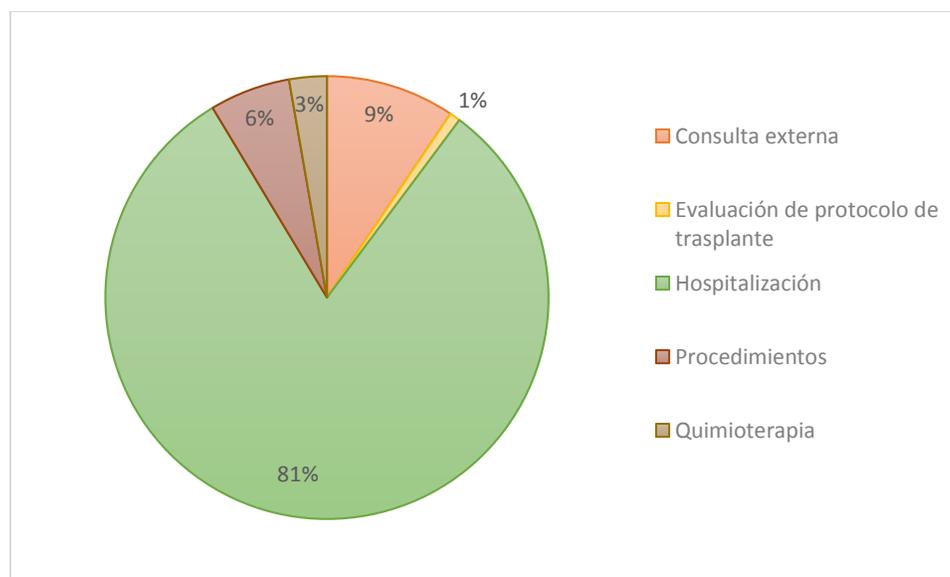


Figura 8. Distribución de los pacientes atendidos por área

En cuanto a los diagnósticos hematológicos más frecuentes fueron Leucemia Linfocítica Aguda, Linfoma no Hodgkin, Púrpura Trombocitopénica Inmune, Leucemia Mieloide Aguda, Mieloma Múltiple, anemias (se incluye anemia megaloblástica, hemolítica, ferropénica, aplásica, etc.), Linfoma de Hodgkin, Leucemia Mieloide Crónica y Síndrome Mielodisplásico. Y también enfermedades poco comunes como la Leucemia Mastocítica, la enfermedad de Castleman, la enfermedad de Rosai-Dorfman o la anemia drepanocítica. En

la categoría de “otros” se agregaron probables diagnósticos, las bicitopenias, pancitopenias y trombocitopenias en estudio (Ver Figura 9).

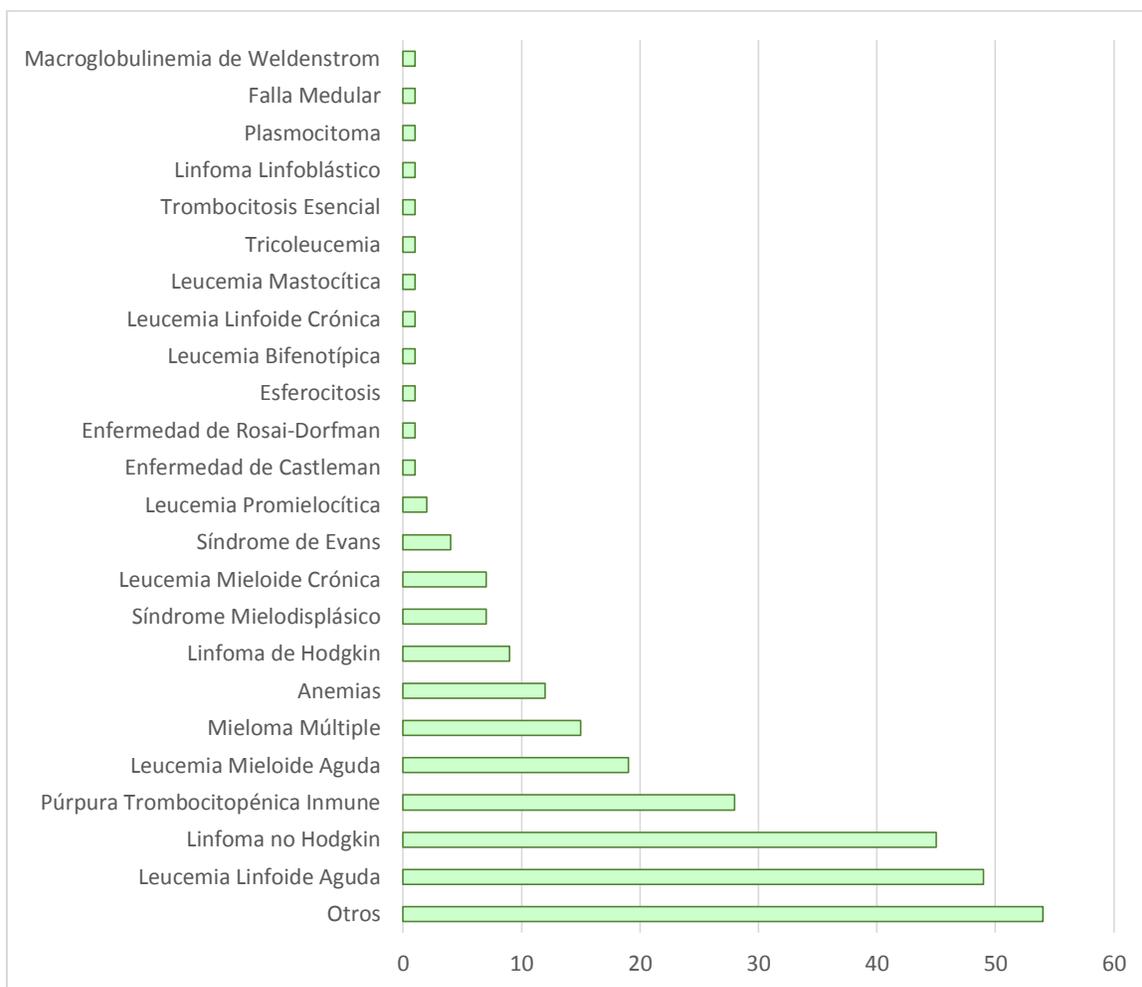


Figura 9. Distribución de los pacientes atendidos por diagnóstico médico

En relación al diagnóstico psicológico, n1=69 corresponde a los síntomas de ansiedad, n2=53 a síntomas de depresión, n3=44 sin trastorno psicológico aparente, n4= 27 aplazado, n5=15 paciente no valorable por intubación, en delirium o por hipoacusia y ser analfabeta, n6=13 sintomatología mixta, n7=11 factor psicológico que afecta a enfermedad médica (déficit de habilidades sociales, rasgos de personalidad, déficit de información, estilo de afrontamiento, etc.), n8= 8 trastorno del estado de ánimo, n9=7 trastorno de ansiedad, n10= 3 problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, n11= 3 reacción de estrés

agudo, n12=1 trastorno adaptativo mixto (ver Figura 10). Cabe mencionar, que estas impresiones diagnósticas son de la primera vez que se tiene contacto con el paciente, en las subsecuentes puede cambiar debido a la comunicación de diagnóstico, recaída o por la estancia prolongada.

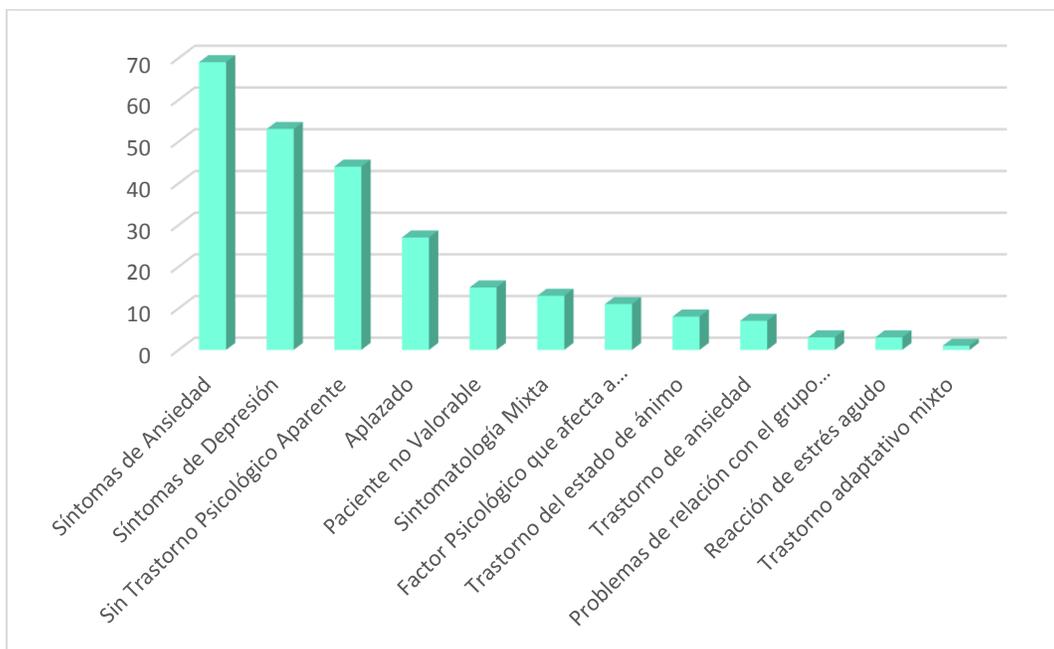


Figura 10. Distribución de los pacientes atendidos por diagnóstico psicológico

Se realizaron en total N= 1258 intervenciones, de las cuales, n1=222 fueron de primera vez y n2=1036 subsecuentes (Ver Figura 11).

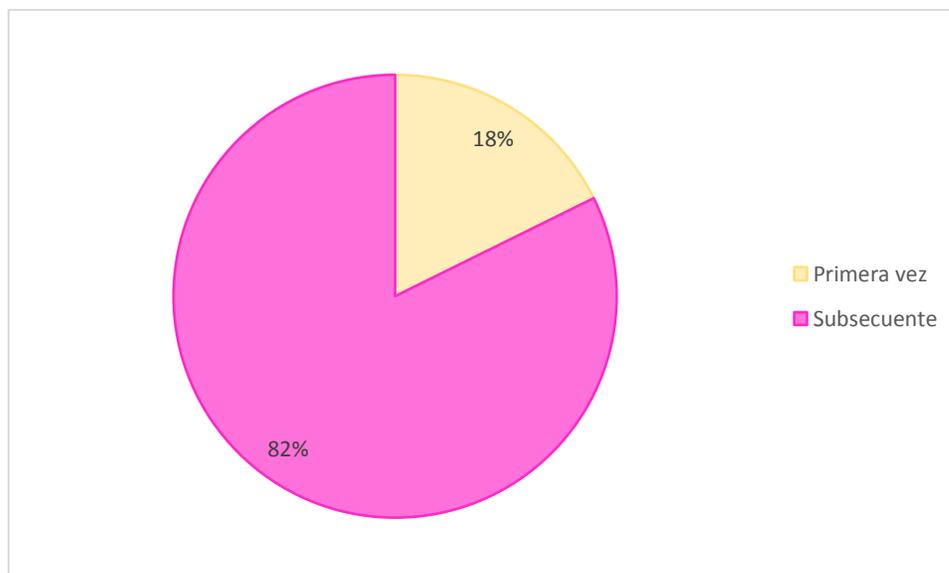


Figura 11. Distribución de las intervenciones realizadas por tipo de consulta

En cuanto a la clase de intervención, se hicieron $n_1=634$ intervenciones propiamente dichas, es decir, se aplicaron técnicas con el objetivo de modificar comportamientos, $n_2=375$ fueron monitoreos, $n_3=153$ fueron entrevistas iniciales, $n_4= 59$ corresponden a intervenciones en crisis, $n_5=15$ fueron entrevistas de detección de problemas, $n_6=11$ fueron evaluaciones en las que se aplicaron instrumentos y $n_7=9$ seguimientos (Ver Figura 12).

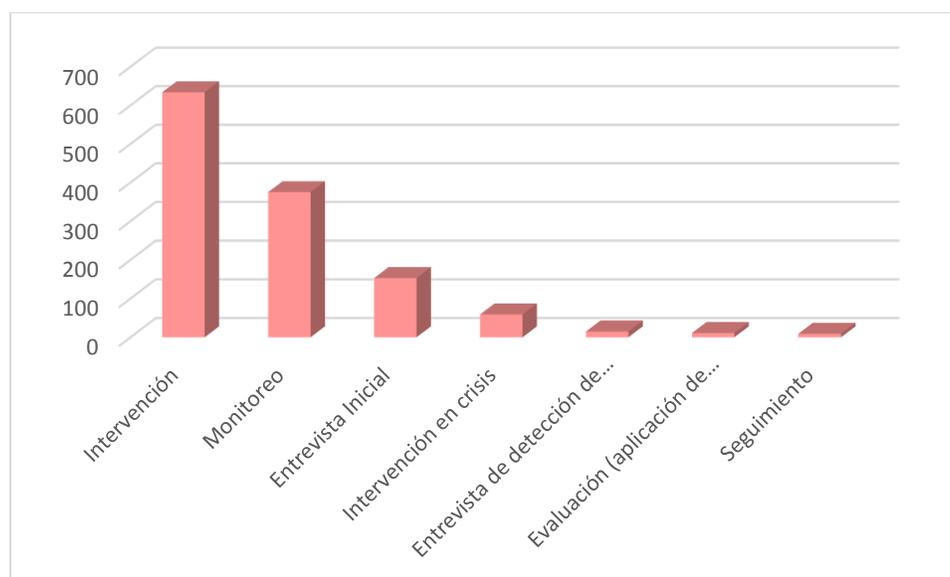


Figura 12. Distribución de las intervenciones realizadas por clase de atención

Se hicieron n1=809 intervenciones individuales (únicamente con el paciente), n2=282 intervenciones con el paciente y su familiar, n3=150 únicamente con el familiar y se trabajó con n4=17 personas en 4 sesiones grupales (Ver Figura 13).

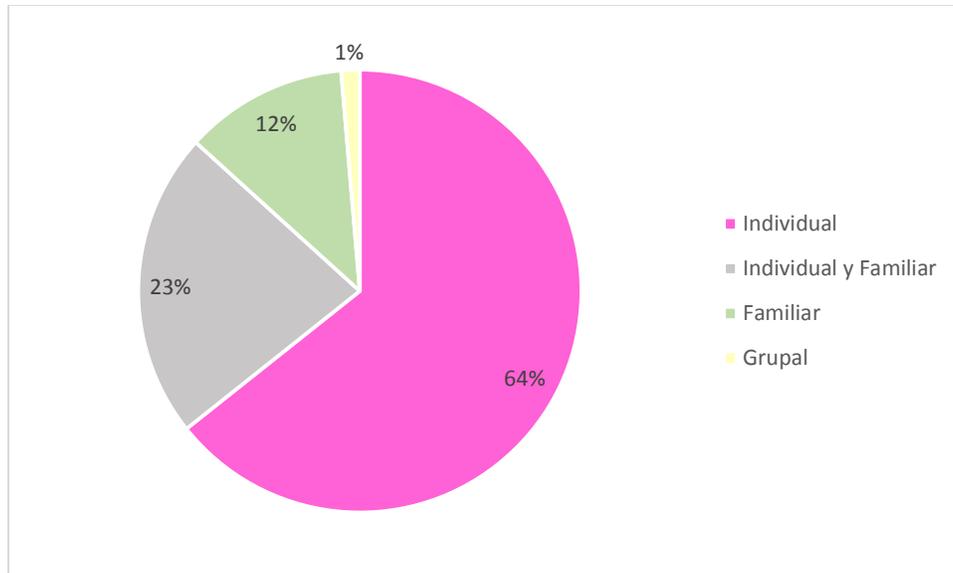


Figura 13. Distribución de las intervenciones realizadas por modalidad de atención

Por último, se muestran las técnicas de intervención utilizadas. La psicoeducación fue la más utilizada con n1=343, así como proporcionar información, la respiración pasiva, solución de problemas, distracción cognitiva, establecimiento de componentes de relación, orientación, entrenamiento en habilidades sociales, de reestructuración cognitiva (terapia cognitiva), de imaginación guiada, paro de pensamiento, entre otras (Ver Figura 14).

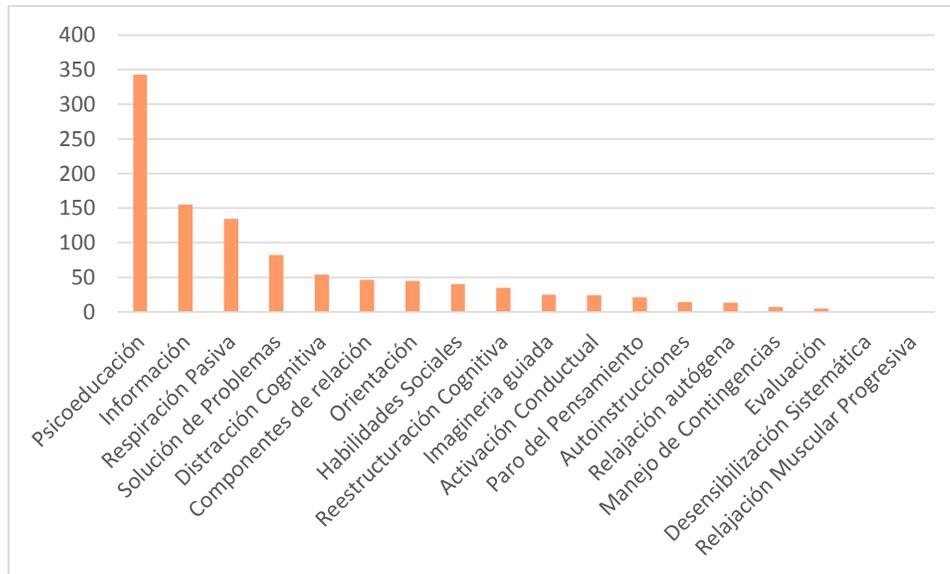


Figura 14. Distribución de las intervenciones realizadas por técnica

2.6 Competencias Profesionales Alcanzadas

El estar en un hospital de tercer nivel como el Hospital Juárez de México trae variadas experiencias debido a la gran cantidad de pacientes que se atiende y las características socioculturales de cada uno, lo cual trae consigo diferentes problemáticas, por lo que fue forzoso mejorar las habilidades para solucionar dichos problemas eficientemente y dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

Hematología es un servicio donde el estado de salud de los pacientes puede cambiar abruptamente, por ello se requieren también aptitudes para adaptarse a las nuevas condiciones y planear rápidamente el nuevo camino de la intervención. Al presentarse continuamente situaciones críticas como la comunicación del diagnóstico, de refractariedad al tratamiento, de recaída, de atención paliativa o incluso el fallecimiento del paciente, se tienen que realizar intervenciones en crisis, por consiguiente, adquirí habilidades para detectar necesidades inmediatamente y formular una intervención de urgencia.

Asimismo, las actividades diarias en el hospital me posibilitaron, primero que nada, desenvolverme en un equipo multidisciplinario, resultando ser enriquecedor, pues me permitió participar activamente en éste, intercambiando información para el tratamiento integral y

haciéndome responsable de la atención psicológica de los pacientes. El pase de visita, la atención de los pacientes en hospitalización, consulta externa, la participación durante aspirado/biopsia de médula ósea, el abordaje de pacientes en quimioterapia ambulatoria me brindó la oportunidad de mejorar mi “ojo clínico” y con la práctica, poder detectar más fácilmente las necesidades de intervención. Igualmente, desarrollar habilidades de entrevista y evaluación, de tal manera que pudiera generar el Análisis Funcional de la Conducta; del mismo modo, adquirir mayor destreza para elegir y aplicar las técnicas de intervención y buscar las estrategias que facilitarían el aprendizaje por parte del paciente.

De la misma forma, es una excelente oportunidad para fortalecer capacidades relacionadas con el trabajo en equipo entre los residentes de medicina conductual que se encuentran en el servicio, pues es necesario transmitir información, ponerse de acuerdo en la atención de pacientes, etc.

Las actividades académicas, más específicamente de las clases médicas, favorecieron el aprendizaje y el manejo teórico necesario de las enfermedades más frecuentes en el servicio y su tratamiento, lo que fue piedra angular para ejecutar técnicas como psicoeducación y solución de problemas (toma de decisiones). Al mismo tiempo, autorizar que los residentes en medicina conductual presenten temas a los médicos, favorece habilidades expositoras y de docencia.

La presentación de casos clínicos me ayudó a ser más crítica con mi trabajo, detectar los errores y mejorar así mis intervenciones. De igual modo, pude aprender de las fallas de los demás y buscar la mejor manera de brindarles retroalimentación.

La supervisión *In Situ* fortaleció conocimientos sobre intervención o problemáticas más comunes por medio de la consulta de artículos en las sesiones bibliográficas. Además, el que el supervisor tuviera una formación en psiquiatría, ayudaba a generar otras perspectivas. Aprendí que la psiquiatría y la psicología no pueden estar peleadas, sino que son parte de un mismo equipo que tiene como objetivo común, mejorar la salud mental de los pacientes y que al colaborar se pueden obtener mejores resultados.

La supervisión académica contribuyó a la mejora de las habilidades de evaluación e intervención, pues me orientó en varias ocasiones en cómo abordar casos difíciles, así como,

se me dio la oportunidad de tener la libertad de elegir el rumbo de la intervención, para después corregir algunos elementos gracias a las sugerencias.

De la elaboración del protocolo de investigación aprendí que existen ocasiones que las cosas no salen cómo se planean y que, en el caso de algunos escenarios como los hospitales, es complicado eliminar variables extrañas.

2.7 Evaluación de la Residencia

El servicio de hematología es un espacio rico en aprendizajes, que, si se sabe aprovechar, se pueden obtener muy buenos resultados. El papel del psicólogo es altamente valorado, pues es considerado como figura importante del equipo de salud. Hay muchas opciones para enriquecer la práctica diaria y el servicio siempre está abierto a recibir y apoyar nuevas propuestas de trabajo.

El ambiente laboral en hematología fue agradable la mayor parte del tiempo, aunque no así en la sede en general. Debido a la situación administrativa poco clara en la que se encontraba la residencia con autoridades del hospital, el ambiente se volvió pesado, demandante y poco motivante, lo que dificultó el trabajo diario e incluso, mermó la salud de los alumnos.

Las actividades diarias permitieron llevar a la práctica conocimientos teóricos, mejorar y desarrollar habilidades para una buena praxis, sin embargo, las actividades se convirtieron en excesivas al final de la rotación, puesto que todo el trabajo únicamente recaía en dos residentes, cuando anteriormente el grupo de medicina conductual estaba conformado por cuatro integrantes.

Las actividades académicas, como la presentación de casos clínicos y la presentación de artículos aportaron diferentes conocimientos y habilidades, no obstante, existieron ocasiones en que parecía que no existía un avance en el conocimiento, sino más bien, un estancamiento, por la elección de materiales bibliográficos o la manera en la que se conducían o redactaban los casos.

En cuanto a la realización del protocolo de investigación, debido a situaciones administrativas del hospital, fue complicado cumplir con lo planeado, además, considerando el tiempo que nos consumía otras actividades como pase de visita y la atención de pacientes

de primera vez, era más complicado coincidir con los tiempos en que se realizaban los procedimientos.

La supervisión *In Situ* me brindó nuevas perspectivas de los problemas psicológicos a través de las actividades académicas, aunque la accesibilidad, cuando se necesitaba apoyo, era complicada.

De la supervisión académica la orientación ofrecida fue siempre suficiente y adecuada, favoreciendo la adquisición de conocimientos y habilidades. En todo momento existió apertura y accesibilidad para hablar de los problemas que se presentaban en las actividades diarias, colaborando a buscar las mejores alternativas de solución.

Las competencias profesionales adquiridas fueron las necesarias para poder tener un buen desempeño como médico conductual, desde desarrollar habilidades para la solución de problemas, evaluar de manera amplia las dificultades de los pacientes y diseñar un plan de intervención ideográfico para cada uno. Así como, fortalecer habilidades sociales y de comunicación para poder interactuar con el personal médico y con el resto de los médicos conductuales de servicios que se relacionaban con hematología.

2.8 Conclusiones y Sugerencias

La residencia en medicina conductual ofrece la posibilidad de formar profesionales capacitados para atender psicológicamente a pacientes con enfermedades médicas. Permite desarrollar y fortalecer habilidades necesarias para la evaluación e intervención psicológica.

Como todo programa de profesionalización, presenta muchos aciertos, pero también algunas áreas de oportunidad.

Entre alguno de los aciertos se encuentra tener como escenario de acción el servicio de hematología, en donde se realizan actividades que ayudan al desarrollo de dichas habilidades y en donde se permite el trabajo multidisciplinario característico de la medicina conductual. También se encuentra la supervisión académica que, por medio de la revisión de casos difíciles y de algunos temas, se pudieron mejorar muchos aspectos de la atención de los pacientes.

Como sugerencia, es necesario aclarar y llegar a acuerdos desde un principio, acerca de la situación del “residente” en medicina conductual, con relación al lugar que ocupa en la sede hospitalaria y evitar así, exponer a eventos incómodos y estresantes a los alumnos. Asimismo, buscar soluciones más sencillas desde que se presentan los inconvenientes.

Para mejorar las actividades académicas, es preciso establecer normas más específicas para la selección de artículos, por ejemplo, solo permitir material con enfoque cognitivo-conductual reciente. En cuanto a los casos clínicos, buscar que los lineamientos sean cubiertos objetivamente, ya que, al finalizar la rotación, no se seguían como se encontraba indicado, presentando gran cantidad de errores. Con el propósito de mejorar a lo largo de las presentaciones de casos, evitar que los errores que se cometieron en los primeros se sigan presentando en los subsecuentes.

Cuando no se cuente con el número de residentes que comúnmente integraba el grupo de medicina conductual en hematología, buscar alternativas de solución eficaces, para que las actividades no rebasen los recursos humanos, siempre considerando que al finalizar la rotación se integran actividades como la realización del protocolo de investigación, que es la tarea primordial de los residentes de último año.

Como recomendación para protocolos siguientes, se considera que es más adecuado crear intervenciones breves y sencillas, que no se tengan que llevar a cabo en momentos muy específicos en los que no se tenga control de la hora en que se realizarán.

Referencias

- Cuencas, R., & Selby, D. (1991). La medicina conductual. Un modelo interdisciplinario en una clínica para el dolor crónico de la columna. *Salud Mental*, 14 (4), 25-32.
- Flórez, L. (1991). La psicología de la salud y sus relaciones con la medicina conductual. *Revista de Psicología*, 26, 13-30.
- Forjado, G. (2003). Hospital de San Pablo, primer hospital municipal. Precedió al Hospital Juárez. Hoy existen el Hospital Juárez de México y el Hospital Juárez Centro. Una historia azarosa llena de avatares. En. *Del Hospital de Jesús a institutos, centros médicos y albergues. Historia de los hospitales de la Ciudad de México. 1521-2003* (90-106). México: GalaxoSmithKline.
- Gispert, C., & Gárriz, J. (2013). *Diccionario de medicina océano Mosby*. España: Oceano.
- Hospital Juárez de México (2017). *Servicios y especialidades*. Recuperado desde http://www.hjm.salud.gob.mx/interna/atencion_medica/servicios_y_especialidades
- Jaime, J.C., & Gómez, D. (2012). *Hematología, La sangre y sus enfermedades*. (3ra. Ed.). México: McGraw Hill
- Manrique, M.A. (2014). *HJM los primeros 25 años. La sede actual. El recuento de sus protagonistas*. México: Hospital Juárez de México.
- Manrique, M.A. (2016). *Manual de organización específicos del Hospital Juárez de México*. México: Secretaría de Salud.
- Matarazzo, J. (1980). Behavioral health and behavioral medicine. Fronteirs for a new health psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenge to academic scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14 (p. 4).
- Moraleda, J.M. (2017). *Pregrado de Hematología*. (4ta. Ed.). Madrid: Luzán5
- Omran, A.R. (1971). The epidemiology transition. A theory of epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49 (4), 509-538.

- Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Piña, J.A., Obregón, F., Corral, V., & Márquez, I. (1996). ¿Constituye la medicina conductual una alternativa multidisciplinaria de la psicología para el campo de la salud? En J.J. Sánchez, C. Carpio, & E. Díaz (Comp.). *Aplicaciones del conocimiento psicológico*. (pp. 95- 115). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Provan, D., Singer, C.R., Baglin, T., & Lilleyman, J. (2004). *Oxford handbook of clinical hematology*. Inglaterra: Oxford University Press.
- Reynoso, L. (2014). Medicina conductual. Introducción. En A.L.Becerra, & L. Reynoso (Cords). *Medicina Conductual. Teoría y Práctica* (11-26 pp.). México: Qartuppi.
- Reynoso-Erao, L., & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Rivera-Fong, L.M. (2014). Medicina Conductual y Hematología. En L. Reynoso, & A.L. Becerra (Cords.). *Medicina Conductual. Teoría y Práctica* (pp. 333-650). México: Qartuppi.
- Rodríguez, E. (1988). Medicina conductual y terapia cognitiva. ¿Paradigmas complementarios o rivales? *Perspectivas Psicológicas*, 2 (1), 22-25
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 5-12.
- Rojas, C.A. (2008). El Hospital Juárez de San Pablo. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 75 (2), 81-82.
- Vinaccia, S. (1988). Historia de la medicina comportamental en Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30 (3), 385-390.
- Zaldivar, O., & Rodríguez-Wong, U. (2014). El Hospital Juárez de México. 25 años en sus nuevas instalaciones. *Revista Hospital Juárez de México*, 81 (3), 140.

Apéndices

Apéndice A. Primer Caso Clínico: Intervención Cognitivo- Conductual en un Caso de Ansiedad

Ficha de Identificación:	
Nombre: Sergio	Religión: Católico
Edad: 24 años	Lugar de origen y residencia: Estado de México
Sexo: Hombre	Número de hijos: 1
Estado Civil: Casado	Diagnóstico médico: Leucemia Mieloide Aguda
Escolaridad: Secundaria	
Ocupación: Herrero	

Selección del Caso

Dar malas noticias, aunque es un suceso frecuente en cualquier institución de salud, sigue representando un gran reto para el personal médico, pues si no se comunica adecuadamente, puede generar un gran impacto emocional o agravar sintomatología ya comúnmente presente en los pacientes que la reciben. La persona a la que se le comunica recordará con precisión quién, cómo, cuándo y dónde se la dijeron, esto puede afectar o ayudar a la adaptación del paciente y su familia a su nueva situación e influirá en la relación médico-paciente en un futuro (Sobrino, 2008).

Por ello, el presente caso tiene como objetivo, ilustrar el impacto emocional de la comunicación de malas noticias que podría exacerbar la sintomatología ansiosa del paciente, así como la manera en que el Médico Conductual puede intervenir para disminuir dicho estado emocional.

Motivo de Consulta

El paciente reporta sentirse preocupado por lo que le pueda pasar “No me esperaba esta noticia, yo creo que me voy a morir, estoy muy preocupado por mi hijo, él aún es muy pequeño” (sic. pac.). “Tengo mucho miedo de lo que me pueda pasar” (sic. pac.).

Antecedentes Heredofamiliares

Interrogados y negados.

Antecedentes Personales No Patológicos

Vivienda: Sergio reside con su esposa y su hijo en casa propia, con todos los servicios de urbanización: agua, luz y drenaje, construida de materiales perdurables, pared y piso de cemento.

Hábitos Higiénicos-Dietéticos: Alimentación adecuada en cantidad y calidad. Hábitos higiénicos adecuados, con baño y cambio de ropa diarios.

Toxicomanías: Positivo a Cannabis a razón de todos los días, desde los 14 años, suspendido desde hace 3 meses. Tabaquismo a razón de 1 cigarro por día también desde los 14 años. Alcoholismo ocasional.

Antecedentes Personales Patológicos

Médicos crónico-degenerativos: Negados.

Quirúrgicos o fracturas de importancia: Negados.

Alergénicos: Negados.

Transfusiones: Negadas.

Hospitalizaciones: Negadas.

Antecedentes Psicológicos Patológicos

Refiere no haber recibido atención psicológica ni psiquiátrica anteriormente. Sin embargo, durante la entrevista reporta haber acudido con el médico general seis meses atrás, por un supuesto ataque de pánico “estaba muy alterado, el corazón me latía muy rápido y no podía respirar. Pensé que me iba a dar un paro cardiaco; pero el médico me dijo que era un ataque de pánico” (sic. pac.). Este episodio ocurrió debido a que se sentía culpable por haberse ido de fiesta y no haber ido a trabajar “me sentía muy culpable y preocupado por haberme ido de fiesta y por haber faltado al trabajo... Estaba solo acostado, pensando en eso, me sentía muy mal. Mi papá y esposa me llevaron al doctor” (sic. pac.).

También menciona que frecuentemente se preocupa por muchos ámbitos de su vida “siempre me estoy preocupando por todo, mi trabajo, mi familia y el dinero” (sic. pac.).

Menciona que siempre está inquieto, se le dificulta concentrarse en algo, no puede dormir, se siente tenso y constantemente piensa “cosas malas” “me va a ir mal en el trabajo”, “me voy a quedar sin trabajo y qué voy a hacer con mi hijo” (sic. pac.).

Dinámica Familiar y Familiograma

Sergio menciona vivir con su esposa y su hijo de 4 años (ver Figura A1), refiere que le gusta pasar tiempo con este último. Sus padres, hermana y esposa, fungen como sus cuidadores durante la estancia hospitalaria.

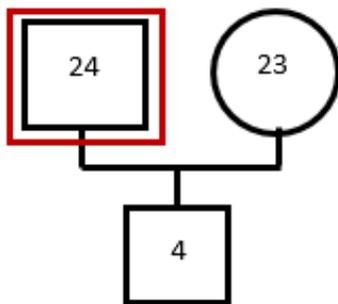


Figura A1. Familiograma

Historia del Problema

Médica

Sergio acude al Hospital Juárez de México porque comienza a sentirse cansado y mareado, con astenia, adinamia, artralgias, hiporexia, edema, fiebre y diaforesis nocturna; es recibido en el servicio de urgencias, para posteriormente pasar al servicio de hematología, aquí se le da el diagnóstico de Leucemia Mieloide Aguda M2. Actualmente se encuentra en tratamiento con esquema de quimioterapia 7+3.

Problemática Psicológica Actual

Sergio refiere sentirse muy preocupado por lo que pueda pasar y que no pueda ver a su hijo crecer. Asimismo, comenta sentirse nervioso cuando cualquier integrante del equipo médico se acerca, pues piensa que le pueden dar otra mala noticia o que le vayan a hacer algo que lo pueda lastimar.

Impresión y actitud general

Paciente de complexión ectomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acorde al contexto hospitalario. Presenta facie preocupada y llanto contingente a verbalizaciones. Se muestra cooperador ante la entrevista de primera vez.

Examen mental

Paciente masculino de edad aparente igual a la cronológica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño al contexto hospitalario. Orientado en las cuatro esferas (T-E-P-C). Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Se muestra cooperador ante la entrevista. Lenguaje coherente y congruente. Pensamiento concreto, sin alteraciones en sensopercepción. Aparenta inteligencia promedio. Afecto ansioso. Sin noción de la enfermedad.

Factores psicológicos complementarios

Paciente con locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo existentes y funcionales, apoyo social, percibido por él como adecuado, de tipo instrumental, emocional y económico. Su madre, hermana y esposa se encargan de cuidarlo en el hospital, otros familiares de situaciones económicas.

Personalidad Previa

Sergio se describe a sí mismo antes de enfermarse como alguien tranquilo (que no se mete en problemas), inquieto (siempre anda de un lugar a otro), que disfrutaba de hacer ejercicio y pasar tiempo con su hijo, acomedido en las labores del hogar y muy trabajador.

Selección y aplicación de técnicas de evaluación.

- ✓ Entrevista Conductual.
- ✓ Observación Clínica.
- ✓ Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).
- ✓ Escala de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).
- ✓ ENA de Ansiedad.

Lista de Conductas Problema

Motoras

Inquietud motora de extremidades.

Cognitivas

“Vienen a darme malas noticias”.

“Me van a lastimar”.

“Tengo miedo que algo malo me pueda pasar”.

“No me quiero morir”.

“Quiero ver a mi hijo crecer, aún es muy pequeño”.

Fisiológicas

Agitación.

Mareo.

Taquicardia.

Tensión muscular de espalda, cuello y hombros.

Análisis de Secuencias

A continuación, se presenta el modelo secuencial integrativo para detallar las relaciones funcionales que mantienen la conducta problema de Sergio (Ver Tabla A1).

Tabla A1
Modelo Secuencial Integrativo

Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
<p>Estímulos externos Visita del personal médico y de enfermería. *Pase de visita. *Cuando las enfermeras se acercan a él.</p>	<p>Biológico Leucemia Mieloide Aguda. Quimioterapia con esquema 7+3.</p>	<p>Conducta de interés Sintomatología ansiosa ante la posibilidad de recibir malas noticias por parte del personal médico y de enfermería.</p>	<p>Inmediatas <u>Individuales</u> <u>Internas</u> “Tengo que echarle ganas”. “Tengo que tranquilizarme”.</p>
<p>Estímulos internos “No puedo creer que esto me haya pasado a mí”. “¿Qué me van a hacer? ¿Me van a lastimar?”. “Me van a dar malas noticias”.</p>	<p>Antecedentes Culturales, sistema de valores y creencias. La creencia de que las personas con leucemia se mueren.</p>	<p>Motoras. Inquietud motora de extremidades.</p> <p>Cognitivas. “Vienen a darme malas noticias”. “Me van a lastimar”. “Tengo miedo que algo malo me pueda pasar”. “No me quiero morir”. “Quiero ver a mi hijo crecer, aún es muy pequeño”.</p>	<p>Externas Inquietud motora de extremidades. Llorar.</p> <p>De otros Sus familiares lo animan.</p>
<p>Historia Pasada Antecedente de ataque de pánico.</p>	<p>Déficit De información sobre la leucemia y su tratamiento.</p>	<p>Fisiológicas. Agitación. Mareo. Taquicardia. Tensión muscular en espalda, cuello y hombros.</p>	<p>Mediatas <u>Individuales</u> <u>Internas</u> Intolerancia a no saber que va pasar en el futuro. Pensar que todo va a salir mal. Pensamientos rumiativos.</p>
<p>Contemporánea La noticia de su diagnóstico.</p>	<p>Historia de reforzamiento Locus de control externo. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.</p>		

Análisis Funcional

Sergio es un paciente masculino de 24 años, casado, padre de un niño de 4 años, herrero, originario y residente del Estado de México, con reciente diagnóstico de Leucemia Mieloide M2, en tratamiento con esquema de quimioterapia 7+3.

Durante la entrevista se identifica sintomatología ansiosa ante la posibilidad de recibir malas noticias por parte del personal médico y de enfermería. La conducta blanco se caracteriza a nivel motor por inquietud motora de extremidades y llanto, a nivel cognitivo, por pensamientos como “vienen a darme malas noticias”, “me van a lastimar”, “tengo miedo que algo malo me pueda pasar”, “no me quiero morir” y “quiero ver a mi hijo crecer, aún es muy pequeño” (sic. pac.). A nivel fisiológico se presenta agitación, mareo, taquicardia y tensión muscular en espalda, cuello y hombros.

La conducta anterior, probablemente ocurre con la presencia del personal médico durante el pase de visita o cuando las enfermeras se acercan a él. Además de pensamientos como “no puedo creer que esto me haya pasado a mí”, “¿qué me van a hacer? ¿me van a lastimar?”, “me van a dar malas noticias” (sic.pac.). Como historia pasada, reporta un episodio de ataque de pánico alrededor de hace 6 meses y como historia contemporánea, se encuentra el momento en que le dieron la noticia de su diagnóstico.

La conducta problema puede estarse manteniendo por pensamientos como “tengo que echarle ganas” y “tengo que tranquilizarme”; también por el alivio momentáneo de la ansiedad que trae consigo el llorar y la atención que le prestan sus familiares cuando lo animan diciéndole que todo va a salir bien. Aunado a lo anterior, se sitúa la preocupación por no saber lo que va a pasar, pensar que todo va a salir mal y la rumiación que le provoca.

Sergio cree que las personas con leucemia se mueren, como parte de la cultura mexicana rescatada de la televisión. Asimismo, presenta déficit de información acerca de la enfermedad. Muestra un locus de control externo y un estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Dado lo anterior se considera dirigir el tratamiento a la disminución de la sintomatología ansiosa, por medio de un tratamiento cognitivo-conductual que incluya técnicas como

psicoeducación, respiración pasiva, imaginación guiada, detención del pensamiento, autoverbalizaciones y planeación de actividades.

Hipótesis funcional

Si el paciente recibe un tratamiento cognitivo-conductual compuesto de las técnicas: psicoeducación, respiración pasiva, imaginación guiada, detención del pensamiento, autoverbalizaciones y planeación de actividades disminuirá sus niveles de ansiedad.

Diagnóstico DSM IV

Eje I: [300.02] Trastorno de Ansiedad Generalizada [F41.1]

Eje II: Sin diagnóstico en el Eje II

Eje III: Leucemia Mieloide Aguda (C92.0)

Eje IV: Ninguno

Eje V: EEAG 61-70

Cumple con:

- A. Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan por más de seis meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):
 - 1. Inquietud o impaciencia
 - 2. Dificultad para concentrarse
 - 3. Tensión muscular
 - 4. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar el sueño)
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o

padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Diagnóstico DSM V

Dx. Principal. 300.02 [F41.1] Trastorno de Ansiedad Generalizada. Leucemia Mieloide Aguda. WHODAS: 27 (Administrado por el entrevistador, 12 preguntas).

Cumple con:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante mínimo seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades.
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian con tres o más de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los “nervios de punta”.
 2. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 3. Tensión muscular.
 4. Problemas de sueño (dificultad para dormirse).
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La atención no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni a otra afección médica.

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental como trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de estrés post traumático, anorexia nerviosa, trastorno dismórfico corporal, trastorno de ansiedad por enfermedad, etc.

Objetivos de la Intervención Psicológica

General

Disminuir en el paciente la sintomatología ansiosa a nivel cognitivo y conductual.

Específicos

El paciente:

Identificará qué es la leucemia, su tratamiento y los efectos secundarios de este último.

Identificará qué es la ansiedad y sus características.

Adquirirá la habilidad de relajarse y de controlar las reacciones fisiológicas por medio de respiración e imaginación guiada.

Detendrá pensamientos intrusivos y generará otros más funcionales.

Generará y utilizará autoverbalizaciones que le ayuden a controlar la ansiedad.

Generará y realizará actividades de su agrado, que le permitan mantenerse tranquilo durante las hospitalizaciones.

Selección de técnicas

- Psicoeducación.
- Respiración pasiva.
- Imaginación guiada.
- Detención del pensamiento.
- Autoverbalizaciones.
- Planeación de actividades.

Descripción de las Sesiones

La descripción de la intervención por sesión se muestra en la Tabla A2.

Tabla A2

Descripción de las Sesiones

Sesión y fecha	Técnicas de Intervención	Procedimiento	Resultados
<p>Sesión 1 06/02/2018 Hospitalización</p>	<p>Observación Clínica Intervención en crisis Psicoeducación</p>	<p>-Presentación del médico conductual con el paciente. -Se hace intervención en crisis compuesta de escucha activa y normalización de emociones. -Se brinda psicoeducación acerca de los contenidos de la TV que no siempre coinciden con la realidad y que no están relacionados con él y su enfermedad.</p>	<p>Durante el pase de visita, los médicos le dan la noticia a Sergio de que padece Leucemia Mieloide Aguda. Se observa que comienza a respirar aceleradamente. <i>“Me voy a morir” “Tengo miedo” “He visto en la TV que las personas con leucemia mueren” “estoy preocupado por mi hijo el aún es muy pequeño” “No puedo creer que me haya pasado”</i> Ansiedad: 10/10 Sergio llora durante la sesión, hasta que se le explica lo de los contenidos de la TV.</p>
<p>Sesión 2 08/02/2018 Hospitalización</p>	<p>Entrevista Conductual Psicoeducación</p>	<p>-Se realiza, formalmente, entrevista de primera vez para detección de conducta problema. -Se identifica que el paciente muestra déficit de información acerca de la leucemia, su tratamiento y los efectos secundarios del mismo. Debido a esto se brinda psicoeducación acerca</p>	<p><i>“Ya entendí por qué no debo pararme”, “Entonces a esos efectos secundarios se referían los doctores en la mañana, ya entendí lo que me puede pasar”</i></p>

		de ello, con ayuda de material psicoeducativo.	Explica lo que comprendió, evidenciando que ahora tiene noción de la enfermedad.
		-Se le solicita que explique lo que entendió de lo antes expuesto.	
		-Sergio realiza una lista con las dudas que le surgieron, para aclararlas con los médicos.	Lista de Preguntas: ¿La quimioterapia es radioactiva? ¿Después de que me la apliquen podré estar con mi hijo? Sergio hace las preguntas durante el pase de visita, posteriormente, menciona que ya no tiene dudas.
		-Se identifica que el paciente presenta sintomatología ansiosa, la cual reporta se exagera cuando el personal médico y de enfermería se acerca.	<i>“Me da miedo cuando doctores o enfermeras vienen, pienso que me van a dar otra mala noticia,” “No me quiero morir, quiero ver a mi hijo crecer”</i>
Sesión 3	Evaluación	-Se aplican pruebas psicológicas (HADS e IDARE).	HADS
09/02/2018	Aplicación del HADS y del IDARE		Ansiedad: 11 (presencia de ansiedad) Depresión: 2 (ausencia)
Hospitalización	IDARE		IDARE Estado: 46 (alto) Rasgo: 45 (alto)
Sesión 4	Psicoeducación	-Se brinda retroalimentación de los resultados de las pruebas.	<i>“Sí, me han pasado algunos de esos síntomas. Sentir que el corazón me late rápido como si me fuera a dar un paro, sentirme muy tenso, no poder dormir por la preocupación por el trabajo o mi familia, no me puedo concentrar por estar pensando cosas malas. Nunca puedo estar quieto”</i>
15/02/2018	Respiración Pasiva	-Se brinda psicoeducación acerca de qué es la ansiedad y cómo se manifiesta.	<i>“Hace 6 meses fui con el médico por un ataque de pánico,</i>
Hospitalización	Imaginación Guiada	-Se explica que para controlar los síntomas físicos existen técnicas de relajación. -Se valora si Sergio tiene habilidades para	

		<p>imaginar, lo cual resulta positivo.</p> <p>-Se pide que describa un lugar que le agrade, en el cual pueda relajarse y que no le traiga recuerdos que lo puedan poner más ansioso o triste. Menciona que ese lugar es su cuarto.</p> <p>-Se entrena en respiración pasiva.</p> <p>-Se usa imaginación guiada.</p> <p>-Se deja de tarea que lo practique.</p>	<p><i>y también tenía esos síntomas”</i></p> <p>Ansiedad antes de relajarse 6/10</p> <p><i>“Sí pude imaginar que estaba en mi cuarto (...) me siento relajado”</i></p> <p>Ansiedad después de relajarse 2/10</p>
<p>Sesión 5</p> <p>21/02/2018</p> <p>Hospitalización</p>	<p>Entrevista Conductual</p>	<p>- Se retoma la técnica imaginación guiada.</p> <p>-Se planeaba continuar con otras técnicas del plan, sin embargo, el paciente indica no necesitarlo en ese momento.</p>	<p>- <i>“Me ayudó a relajarme, ahora me siento bien”</i></p> <p>- <i>“Ahorita estoy tranquilo, no he tenido pensamientos malos”</i></p> <p>- <i>“Mi familia me apoya mucho, siempre estoy platicando con ellos, me consienten. No me aburro”.</i></p> <p>Ansiedad: 1/10</p>
<p>Sesión 6</p> <p>01/03/2018</p> <p>Hospitalización (Aislado)</p>	<p>Entrevista Conductual</p> <p>Psicoeducación</p> <p>Detención de Pensamiento</p>	<p>-Se explora si hay un nuevo incremento de sintomatología ansiosa dada la condición de aislamiento actual del paciente.</p> <p>-Se ofrece psicoeducación sobre la función e importancia del aislamiento y las indicaciones médicas.</p> <p>-Se detectan pensamientos que incrementan la ansiedad.</p>	<p>-Familiares reportan verlo decaído por el aislamiento “Ha estado triste y llorando desde que lo cambiaron, lo vemos más decaído” (sic. fam.).</p> <p><i>“Estar aquí es peor, estoy abandonado, casi nadie viene a verme. Las enfermeras son más serias, ni siquiera se presentan como las de allá arriba (...) me siento como un virus, al que nadie quiere acercarse.</i></p>

		<p>-Se le explica cómo los pensamientos influyen en la conducta.</p> <p>-Se le pide que detecte los pensamientos que lo hacen sentirse ansioso.</p> <p>-Se le solicita que elija una frase o una palabra para detenerlos.</p> <p>-Se le pide que proponga pensamientos alternativos.</p> <p>-Se deja de tarea que lo siga practicando.</p>	<p><i>Sé que nadie quiere contagiarse conmigo y lo entiendo, en este piso también hay niños y no quiero contagiarlos”</i></p> <p><i>“yo pensaba que me tenían aquí para no contagiar a nadie, no para que no me contagien a mí. Me siento menos mal”</i></p> <p>- Pensamiento detectado: <i>“Soy un virus y nadie quiere estar conmigo”</i></p> <p>-Frase elegida para detener el pensamiento: <i>“Ya no hables tanto”</i></p> <p>- Pensamiento alternativo: <i>“Mi familia está conmigo, me siento feliz”</i></p> <p><i>Ansiedad al principio de la sesión 8/10</i></p> <p><i>Ansiedad al final de la sesión 6/10</i></p>
<p>Sesión 7</p> <p>02/03/2018</p> <p>Hospitalización (Aislado)</p>	<p>Psicoeducación</p> <p>Evaluación (aplicación del HADS)</p>	<p>-Se retoma la técnica de detención de pensamiento.</p> <p>-Se indaga sobre las dudas de Sergio.</p> <p>-Se le pide que vuelva a explicar los efectos de la quimioterapia, lo cual hace adecuadamente.</p> <p>-Se aplica, nuevamente, el HADS. Con el objetivo de conocer los niveles de ansiedad y</p>	<p>- <i>“Sí, me ha servido. Ya no estoy tan preocupado”</i> <i>“Ya no tengo tantos pensamientos malos”</i></p> <p>-Durante el pase de visita, los médicos le mencionan a Sergio que tiene cero neutrófilos, a causa de esto se alarma <i>“¿Es malo que esté vacío de eso?”</i></p> <p>- <i>“¡Ah sí! Recuerdo que me dijiste que la quimioterapia iba a</i></p>

depresión, durante esta nueva condición.

barrer todas las células buenas y malas. Solo que no sabía que esos, también eran células”

HADS

Ansiedad: 12 (presencia de ansiedad)

Depresión: 4 (ausencia)

ENA de ansiedad 6/10

Nota: el 6 de marzo se hace monitoreo con la hermana y reporta que *“en la mañana se desilusionó mucho porque él pensaba que ya nos íbamos, pero le dijeron que es mejor que espere unos días más. Veo que ya lo está aceptando. Esperaremos el tiempo necesario”* (sic. fam.). Se le pide que le recuerde seguir practicando las técnicas antes proporcionadas.

Sesión 8	Psicoeducación	-Se recapitula acerca de las técnicas ya empleadas y se le hace hincapié en que estas le pueden servir en su vida en general y no sólo cuando está hospitalizado.	<i>“Sí, me ha servido. Seguiré practicándolo”</i>
09/03/2018	Planeación de actividades	-Se brinda psicoeducación sobre los cuidados que deberá tener en su casa, al momento del alta.	<i>“Me cuidaré, para aprovechar el tiempo con mi hijo”</i>
Hospitalización (Aislado) <i>Alta</i>		-Se genera un “Plan de Internamiento”, con el objetivo de que venga preparado para realizar actividades que le permitan distraerse y sentirse menos ansioso durante el siguiente internamiento.	Plan de internamiento: 1. Traer teléfono con TV descargada, series y juegos. 2. Libro de historias 3. Sopa de letras y crucigramas. 4. Grabadora. 5. Lápiz y libreta para dibujar. <i>“Me parece buena idea venir preparado para el próximo internamiento, así cuando mis familiares me dejen solo, ya no me aburriré, y ya no pensaré tantas cosas malas”</i>

Resultados

En seguida se presentan los resultados obtenidos durante las 8 sesiones que se trabajaron con Sergio, cabe resaltar, que el caso aún sigue en curso.

El IDARE arrojó que Sergio maneja niveles altos de ansiedad como estado (46 puntos) y como rasgo (45 puntos).

De acuerdo con el HADS, las variables, depresión y ansiedad, no tuvieron demasiada variación, sin embargo, se puede observar, que ambas aumentaron en la segunda aplicación (ver Figura A2).

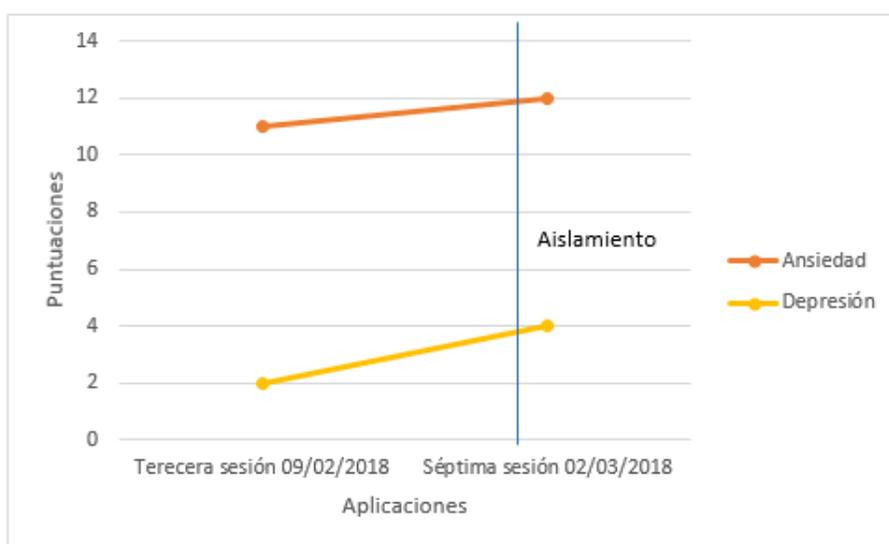


Figura A2. Comparación de los puntajes del HADS durante dos evaluaciones (durante las sesiones tres y siete).

La subescala de ansiedad reporta la presencia de dicha sintomatología, en contraste, la de depresión, indica que ésta se encuentra ausente.

En cuanto a la ENA de ansiedad, se observan varias fluctuaciones, al principio, la ansiedad percibida, disminuye, pero al final, ésta vuelve a incrementarse (ver Figura A3).



Figura A3. Nivel de ansiedad percibido a lo largo de la intervención.

En cuanto a las verbalizaciones que hizo el paciente relacionadas con los objetivos de la intervención, los resultados son los siguientes (ver Tabla A3):

Tabla A3

Resultados cualitativos por sesión

Objetivos de la sesión	Verbalizaciones al finalizar la sesión
Que el paciente entienda su enfermedad y siga las indicaciones médicas de autocuidado y de tratamiento.	<i>“Ya entendí por qué no debo pararme”, “Entonces a esos efectos secundarios se referían los doctores en la mañana, ya entendí lo que me puede pasar”.</i>
Que el paciente identifique qué es la ansiedad, sus características y los síntomas de ansiedad específicos que él presenta.	<i>“Sí, me han pasado algunos de esos síntomas. Sentir que el corazón me late rápido como si me fuera a dar un paro, sentirme muy tenso, no poder dormir por la preocupación por el trabajo o mi familia, no me puedo concentrar por estar pensando cosas malas. Nunca puedo estar quieto”</i> <i>“Hace 6 meses fui con el médico por un ataque de pánico, y también tenía esos síntomas”.</i>
Que el paciente aprenda a relajarse y a controlar reacciones fisiológicas por medio de respiración e imaginación guiada.	<i>“Sí pude imaginar que estaba en mi cuarto (...) me siento relajado”</i> <i>“Me ayudó a relajarme, ahora me siento bien”.</i>
Que el paciente entienda la función del aislado y disminuir así, la sintomatología ansiosa asociada con este estímulo.	<i>“Yo pensaba que me tenían aquí para no contagiar a nadie, no para que no me contagien a mí. Me siento menos mal”.</i>

Qué el paciente identifique y disminuya pensamientos negativos y a la vez, la ansiedad que le producen.	<i>“Sí, me ha servido. Ya no estoy tan preocupado” “Ya no tengo tantos pensamientos malos”.</i>
Que el paciente entienda que sus células están bajando como resultado esperado de la quimioterapia y disminuir, así, la ansiedad.	<i>“¡Ah sí! Recuerdo que me dijiste que la quimioterapia iba a barrer todas las células buenas y malas. Solo que no sabía que esos, también eran células”.</i>
Que el paciente siga con actividades de autocuidado después del alta médica.	<i>“Me cuidaré, para aprovechar el tiempo con mi hijo”.</i>

Conclusiones

Como se ilustra en este caso, la comunicación de malas noticias (diagnóstico, aislado, baja celularidad, etc.) puede exacerbar la respuesta ansiosa ya manifestada con anterioridad en el paciente. Estudios han demostrado que los hombres desarrollan niveles más altos de ansiedad durante las fases de inducción y consolidación de la quimioterapia, por lo que es importante abordarlos desde el inicio del proceso (Mihaela & Zeno, 2014).

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación patológica que abarca varios temas o aspectos de la vida. Las personas con TAG solo seleccionan los estímulos que les parecen amenazadores y anticipan resultados negativos, aunque sea poco probable que ocurran. Sus síntomas se clasifican en varias esferas como cogniciones, conductas, fisiológicas, interpersonales, etc. Por lo tanto, los tratamientos que han demostrado eficacia están dirigidos a disminuir todos estos síntomas (Nezu A., Nezu, C., & Lombardo, 2006).

Si bien, se notaron pequeños cambios durante la intervención, hasta este momento, no se podría asegurar que éstos se debieron directamente a la intervención, pues podrían ser consecuencia de la adaptación normal a la enfermedad y a la información proporcionada por todo el equipo médico, que como menciona Mihaela y Zeno (2014) la ansiedad puede disminuir debido al control transmitido por la información recibida sobre la leucemia. Asimismo, el paciente refiere que el apoyo de su familia, también le ha ayudado a disminuir su ansiedad; lo cual también se sustenta por Vega y González (2009) que mencionan que el

apoyo social puede facilitar la adaptación a la enfermedad, su reevaluación y generar mejores respuestas de afrontamiento.

Coincidiendo con lo anterior, es evidente que cuando se incluía la psicoeducación en la sesión, el paciente disminuía sus síntomas ansiosos. Empero, las técnicas de respiración pasiva, imaginación guiada, detención de pensamiento y planeación de actividades, podrían potencializar esos cambios en internamientos posteriores, debido a la mayor práctica de las mismas.

En cuanto a las áreas de oportunidad se puede señalar que:

1. Durante la sesión de psicoeducación de la enfermedad, tratamiento y efectos secundarios, se presentó demasiada información, que pudo haber confundido al paciente y haber impedido que todo quedara claro.
2. En la primera sesión en el aislado, cuando él menciona que las enfermeras son más serias, proponiéndolo como una problemática para él en ese momento, se pudo haber abordado con algunos elementos de habilidades sociales.
3. Utilizar en todas las sesiones la ENA para poder obtener mejores mediciones de la ansiedad.
4. Ser más específica en las tareas.
5. Hacer una evaluación más detallada desde el principio de la intervención.
6. Incluir a los familiares en el entrenamiento, para que le ayuden a hacer las técnicas cuando él se encuentre en aislado.

Referencias

- Mihaela, A.M., & Zeno, R. (2014). The evolution of depression and anxiety in cases of leukemia depending on the phases of the disease and the treatment. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 127, 887-889.
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: El Manual Moderno.
- Sobrino, A. (2008). Comunicación de malas noticias. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología*, 9 (2), 111-122.
- Vega, O.M., & González, D.S. (2009). Apoyo social. Elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, (16), 1-11.

Apéndice B. Segundo Caso Clínico: Intervención Cognitivo- Conductual en un Caso de Manejo del Enojo

Ficha de Identificación:	
Nombre: Bianca	Religión: Atea
Edad: 20 años	Lugar de origen y residencia: Ciudad de México
Sexo: Mujer	Diagnóstico médico: Trombocitopenia Inmune Primaria (PTI)
Estado Civil: Soltera	Comorbilidades: Asma (actualmente controlada).
Escolaridad: Secundaria	
Ocupación: Demostradora de Productos/ Mesera.	

Selección del Caso

La Trombocitopenia Inmune Primaria o Púrpura Trombocitopénica Inmune (PTI) es una enfermedad hemorrágica caracterizada por la destrucción prematura de plaquetas a cargo de los anticuerpos. Se encuentran involucrados mecanismos citotóxicos y en algunos casos, los anticuerpos antiplaquetarios pueden afectar la producción de las plaquetas (Consejo de Salubridad General, 2009).

La PTI comúnmente es tratada con prednisona, la cual, en algunos casos, genera algunos efectos adversos como: síndrome de Cushing, obesidad, hiperglucemia, hipertensión, acné, osteoporosis, aumento de infecciones, etc. A nivel psicológico puede producir ansiedad, inestabilidad emocional, irritabilidad, depresión, alteraciones de memoria y en el peor de los escenarios, psicosis (Lorenzo et al., 2015).

Es para el residente en Medicina Conductual un reto determinar si los cambios de humor de los pacientes sometidos a tratamiento con prednisona son parte de sus reacciones secundarias o son consecuencia de factores psicológicos como el déficit de habilidades y mal manejo de las emociones. El objetivo de este trabajo es ilustrar un caso con estas características.

Motivo de Consulta

Durante su primera sesión en consulta externa de Medicina Conductual señala: “Decidí pedir la atención psicológica porque desde que me diagnosticaron la PTI en diciembre, he estado muy irritable, cambio fácilmente de humor, constantemente estoy enojada, me duele la

cabeza y ya no sé cómo controlarme. Al principio, pensé que era por la prednisona, porque la doctora me había dicho que era parte de sus efectos secundarios, pero ya tengo 4 meses que no la tomo y sigo igual” (sic. pac.).

Antecedentes Heredofamiliares

Abuela paterna con Diabetes Mellitus tipo 2.

Madre con probable coagulopatía.

Antecedentes Personales No Patológicos

Vivienda: Bianca habita en casa prestada, ubicada en zona urbana, con todos los servicios intra y extradomiciliarios, construida de materiales perdurables, pared y piso de cemento.

Hábitos Higiénicos-Dietéticos: Alimentación regular en cantidad y calidad. Baño y cambio de ropa diario, aseo dental 2 veces al día.

Zoonosis: negativa.

Toxicomanías: Tabaquismo positivo desde los 18 años, 1 o 2 cigarrillos cada 3 días.

Alcoholismo ocasional desde los 17 años, de forma social, algunas veces llega a la embriaguez.

Antecedentes Personales Patológicos

Médicos crónico-degenerativos: Asma desde los 7 años, última crisis a los 12 años. Actualmente controlada.

Quirúrgicos o fracturas de importancia: negados.

Alergénicos: Penicilina.

Transfusiones: 3 concentrados eritrocitarios en internamiento.

Hospitalizaciones: Una el 21 de diciembre de 2017 por PTI.

Antecedentes Psicológicos Patológicos

Refiere no haber recibido atención psicológica o psiquiátrica previa, sin embargo, menciona que, desde niña, siempre ha sido muy ansiosa, que le preocupaba cualquier detalle, por ejemplo, cuando salía de excursión, no dormía una noche antes por estar pensando en que algo podría salir mal. También se considera como una persona con muchos miedos, como a

las alturas, al mar, a los peces y, su origen lo relaciona así “mamá me ha transmitido todos mis miedos” (sic. pac.).

Desde pequeña (a los 7 años) fue sobreprotegida por su madre, por el asma no la dejaba ir al parque, no podía comer helado, en diciembre solo podía salir muy abrigada, no podía jugar porque le podía sangrar la nariz y no la dejaban quedarse en casa de sus amigas, sin embargo, la situación cambia cuando sus padres se separan (cuando ella tenía entre 17 y 18 años), pues señala “a mi mamá le dejé de importar, porque estaba más interesada en recuperar a mi papá, él se volvió su centro de atención. Yo podía hacer lo que quería, como salir de noche con amigos, era más independiente, hasta que me volví a enfermar (de PTI) en diciembre” (sic. pac.).

Durante internamiento, es atendida por un residente de medicina conductual de generación anterior, quien refiere haber brindado únicamente psicoeducación de la enfermedad y tratamiento.

Dinámica Familiar y Familiograma

Bianca indica vivir con su mamá, su abuela materna y un tío, con los que constantemente discute.

Menciona que sus papás se separaron cuando ella tenía entre 17 y 18 años, que se sintió desplazada por sus problemas “a los dos les valía” (sic. pac.). Señala que actualmente “Ha mejorado mucho la relación con mi papá, cuando se separaron no me llevaba bien con él, no quería verlo, dejó de apoyarme económicamente, pero ahora nos llevamos mejor y eso a mi mamá le molesta, aunque tampoco le gustaba que no le hablara, a veces no la entiendo” (sic. pac.).

La paciente era el principal sostén económico de su casa hasta antes de que se enfermara de PTI.

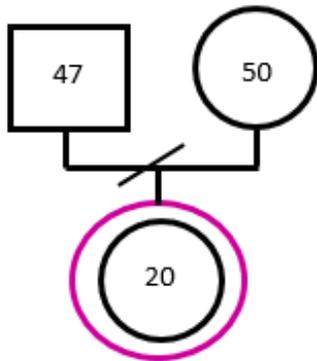


Figura B1. Familiograma

Historia del Problema

Médica

Inicia padecimiento el 20 de diciembre de 2017 con sangrado abundante transvaginal asociado con periodo menstrual, epistaxis y gingivorragia, llega a hospitalización con hemoglobina de 8.4 g/dl y trombocitopenia (7000 plaquetas).

Se inicia tratamiento con prednisona en dosis de 2 mg/kg por día durante 5 días, posteriormente, la dosis fue cambiando a lo largo de los 2 meses que la estuvo consumiendo.

Permanece hospitalizada 8 días.

Actualmente acude a consulta externa de hematología cada dos meses para vigilancia, ya sin tratamiento.

Psicológica

La paciente es captada durante una de sus citas en consulta externa de hematología durante el mes de abril de 2018, comenta que se siente muy irritable y con dolores de cabeza, por lo que la médica adscrita la deriva al servicio de Medicina Conductual para ser atendida por esta razón. Se agenda cita para el viernes 27 de abril, no obstante, la paciente no acude.

La paciente vuelve a solicitar cita, y se presenta por primera vez el 2 de julio, comenta que anteriormente no había podido asistir por cuestiones de trabajo.

Problemática Psicológica Actual

Bianca refiere “Desde que me enfermé de PTI en diciembre, he estado muy irritable, cambio fácilmente de humor, constantemente estoy enojada, me duele la cabeza y ya no sé cómo controlarme, he dejado de ser tolerante con la gente. Al principio, pensé que era por la prednisona, porque la doctora me había dicho que era parte sus efectos secundarios, pero ya tengo 4 meses que no la tomo y sigo igual” (sic. pac.).

En cuanto al motivo del enojo menciona “me enojo por muchas cosas, porque no encuentro mi ropa y tengo que buscarla, porque mi mamá me pregunta por mi papá después de que salgo con él, porque está constantemente sobreprotegiéndome, quiere que coma demasiado, me pregunta constantemente si me siento mal, no me gusta que me grite que ya baje a comer, también me enojo cuando mi abuela se queja de que no tiene varias cosas, cuando mi mamá desperdicia el dinero, que me repitan lo que tengo que hacer constantemente o cuando alguien me cancela o no llega a las citas” (sic. pac.). Además, ha detectado que después de que se enoja siente mucho calor y dolor de cabeza, por lo que se duerme, el enojo se va, pero despierta sin ganas de hacer nada.

“También me he sentido triste, pues casi ya no salgo ni busco a mis amigos, prefiero quedarme acostada en mi casa. Me siento sola y como si solo viera las cosas negativas de lo que me pasa” (sic. pac.).

“Últimamente, no hago nada durante el día, hace dos meses que dejé mi trabajo de mesera por las citas que tenía aquí, sólo he tenido trabajos temporales, así que todo el día me la paso durmiendo, despierto sin ganas y con mucha flojera. Durante la noche no duermo y si lo hago, no descanso [...] por lo regular, me duermo a las 3 de la mañana y despierto alrededor de la 1 de la tarde, pero varía mucho eso, porque a veces me quedo hasta las 6 de la mañana viendo el celular” (sic. pac.).

“Estoy intentando volver a trabajar, ya que cuando trabajo, cambio completamente. Aunque últimamente también me desesperaba la gente ahí, sin embargo, me gusta lo que hago, siempre he tratado con mucha gente” (sic. pac.)

Impresión y actitud general

Paciente de complexión endomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acorde al contexto hospitalario. Presenta facie preocupada y desesperada. Se muestra cooperadora ante la entrevista de primera vez.

Examen mental

Paciente femenino de edad aparente igual a la cronológica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño al contexto hospitalario. Orientada en las cuatro esferas (T-E-P-C). Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Se muestra cooperadora ante la entrevista. Lenguaje coherente y congruente. Pensamiento abstracto, sin alteraciones en sensorio-percepción. Aparenta inteligencia promedio. Afecto ansioso y deprimido. Con noción de la enfermedad.

Factores psicológicos complementarios

Paciente con locus de control interno, estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo existentes, pero poco funcionales, apoyo social, percibido por ella como conflictivo, de tipo instrumental, emocional y económico.

Personalidad Previa

“Siempre me ha gustado dormir y acostarme, sin embargo, esto aumentó después de que me enfermara de PTI. Salía mucho, aunque siempre he sido muy miedosa y ansiosa” (sic. pac).

Selección y aplicación de técnicas de evaluación.

- ✓ Entrevista Conductual.
- ✓ Observación Clínica.
- ✓ Escala de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).
- ✓ Escala Center for Epidemiological Studies- Depression (CES-D).
- ✓ ENA de Enojo.

Lista de Conductas Problema

Motoras

Discutir.

Responder de manera “hiriente”.

Dormir durante el día.

Usar el teléfono durante la noche.

Estar hipervigilante.

Llorar.

Aislarse.

Abandonar su empleo.

Postergar actividades.

Cognitivas

“Mi mamá solo me limita y sobreprotege”

“Mi mamá desperdicia el dinero que tenemos”

“Qué tal si no les gusto y no les caigo bien a los demás”

“Me siento sola, sin amigos”

“No le importo a los demás”

“Solo veo las cosas negativas”

Enojo

Tristeza

Fisiológicas

Calor.

Dolor de cabeza.

Cansancio.

Sueño no reparador.

Análisis de Secuencias

A continuación, se presenta el Mapa Clínico de Patogénesis para explicar, gráficamente, las relaciones funcionales que mantienen la conducta problema de Bianca (Ver Figura B2).

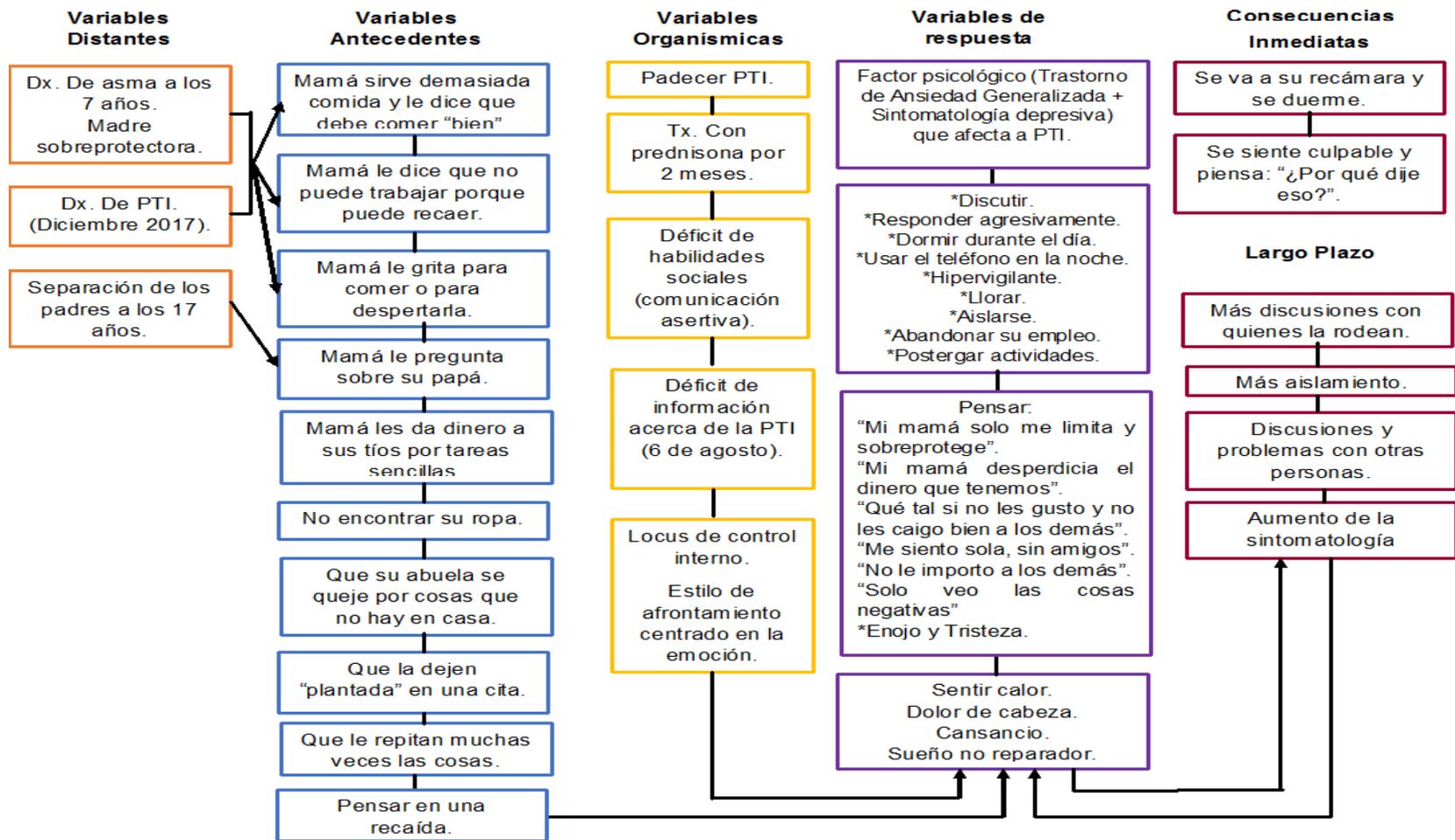


Figura B2. Mapa Clínico de Patogénesis

Análisis Funcional

Bianca es una paciente de 20 años, soltera, demostradora de productos, originaria y residente de la Ciudad de México, tratada en el servicio de hematología por una Trombocitopenia Inmune Primaria. Ella refiere como motivo de consulta “Decidí pedir la atención psicológica porque desde que me diagnosticaron la PTI he estado muy irritable, cambio fácilmente de humor, constantemente estoy enojada, me duele la cabeza y ya no sé cómo controlarme. Al principio, pensé que era por la prednisona, porque la doctora me había dicho que era parte de sus efectos secundarios, pero ya tengo 4 meses que no la tomo y sigo igual” (sic. pac.).

Se observan variables distantes que parecen estar asociadas etiológicamente con sus síntomas ansiosos y depresivos, tales como a) haber padecido asma desde los 7 años, ocasionando que su madre fuera sobreprotectora con ella, b) el diagnóstico de PTI en diciembre de 2017 y la separación de sus padres desde que ella tenía 17 años.

Por otro lado, las variables orgánicas: a) padecer PTI, b) haber estado sometida a tratamiento con prednisona por 2 meses, c) tener déficit de habilidades sociales, específicamente, en la comunicación asertiva, d) Déficit de información de la PTI, detectado hasta el 6 de agosto y e) tener un locus de control interno y utilizar un estilo de afrontamiento centrado en la emoción, son mediadoras de respuesta.

Cuando se presentan ciertas situaciones que operan como estímulos detonantes (es decir, variables antecedentes), como cuando su mamá le sirve demasiada comida y le dice que debe comer bien, cuando le dice que no puede trabajar porque puede recaer, cuando le grita para que vaya a comer o para despertarla, cuando le pregunta por su papá y cuando les da dinero a sus tíos por hacer algunas tareas sencillas. También, en el momento que su abuela comienza a quejarse de cosas que no hay en casa, que le repitan muchas veces las mismas cosas, que la dejen “plantada en una cita” y pensar en una recaída. Bianca manifiesta ciertos comportamientos (variables de respuesta) como: a) discutir, b) responder agresivamente, c) dormir durante el día, d) usar el teléfono durante la noche, e) estar hipervigilante a cualquier molestia, f) llorar, g) aislarse, h) abandonar su empleo e i) postergar sus actividades (dejar para después las citas con medicina conductual), así como pensar: “Mi mamá solo me limita y sobreprotege”, “Mi mamá desperdicia el dinero que tenemos”, “Que tal si no les gusto y no les caigo bien a los demás”, “Me siento sola, sin amigos”, “No le importo a los demás”,

“Solo veo las cosas negativas”, se siente enojada y triste. Como reacciones fisiológicas, presenta: a) sensación de calor, b) dolor de cabeza, c) cansancio y d) sueño no reparador.

El irse a su recámara y dormirse sin solucionar los problemas, además de sentirse culpable y pensar en “¿por qué dije eso?” (Consecuencias inmediatas) refuerzan las variables de respuesta, lo cual mantiene la sintomatología ansiosa y depresiva. A su vez, esto ha provocado más discusiones con otras personas como con amigos, tíos, etc., que, por tanto, se aísla más, discusiones y problemas con personas con las que antes no tenía problemas, como con las de su trabajo, lo que puede aumentar aún más su sintomatología.

Dado lo anterior, se considera dirigir el tratamiento a la modificación de las variables de respuesta y a dos de las variables orgánicas (déficit de habilidades sociales y de información de la enfermedad), por medio de las técnicas psicoeducación, respiración pasiva, relajación autógena, control de estímulos, elementos del entrenamiento en habilidades sociales, de terapia cognitiva y solución de problemas, así como autoinstrucciones.

Hipótesis funcional

Si la paciente recibe un tratamiento cognitivo-conductual compuesto de las técnicas: psicoeducación, respiración pasiva, relajación autógena, control de estímulos, elementos de terapia cognitiva, de solución de problemas y del entrenamiento en habilidades sociales, así como autoinstrucciones disminuirá su sintomatología de ansiedad y depresión.

Diagnóstico DSM IV

Eje I: [F54] Factor psicológico (Trastorno de Ansiedad Generalizada + Sintomatología Depresiva) que afecta a Trombocitopenia Inmune Primaria [316]

Eje II: Sin diagnóstico en el Eje II

Eje III: Trombocitopenia Inmune Primaria (D69.3)

Eje IV: [Z63.7] Problemas paterno-filiales [V61.20]

Eje V: EEAG 61-70

Diagnóstico DSM V

Dx. Principal. 316 [F54] Factor psicológico (Trastorno de Ansiedad Generalizada + Sintomatología Depresiva) que afecta a Trombocitopenia Inmune Primaria. Trombocitopenia Inmune Primaria. Problema de relación con los padres. WHODAS: 22 (Administrado por el entrevistador, 12 preguntas).

Objetivos de la Intervención Psicológica

General

Disminuir en la paciente, sintomatología ansiosa y depresiva a nivel cognitivo y conductual.

Específicos

La paciente:

Identificará qué es la higiene del sueño y su importancia.

Realizará las conductas marcadas por la higiene del sueño.

Controlará los estímulos que no le permiten dormir durante la noche.

Adquirirá la habilidad de relajarse y de controlar reacciones fisiológicas por medio de respiración y la relajación autógena.

Identificará sus pensamientos distorsionados y los modificará por otros más adaptativos.

Reconocerá qué tipo de comunicación es la que ella utiliza, así como qué es la comunicación asertiva, su importancia y los pasos para comunicarse asertivamente.

Practicará la comunicación asertiva en problemáticas de su vida cotidiana.

Mencionará qué es la PTI, los síntomas de alarma y cómo puede prevenir las recaídas.

Identificará los pasos de solución de problemas.

Pondrá en práctica los elementos de solución de problemas en dificultades de su vida diaria y para elaborar un plan de acción en caso de recaída.

Utilizará autoinstrucciones para controlar el enojo.

Selección de técnicas

- Psicoeducación.
- Respiración pasiva.
- Relajación Autógena.
- Control de estímulos.
- Elementos de terapia cognitiva.
- Elementos del entrenamiento en habilidades sociales.
- Elementos de solución de problemas.
- Autoinstrucciones.

En la Figura B3, se presenta el Mapa de Alcance de Metas con el propósito de ilustrar la relación entre las estrategias potenciales de intervención, las variables instrumentales de resultados y las metas de resultados finales, tal como lo establece el modelo de formulación de casos de Nezu, Nezu y Lombardo (2006)

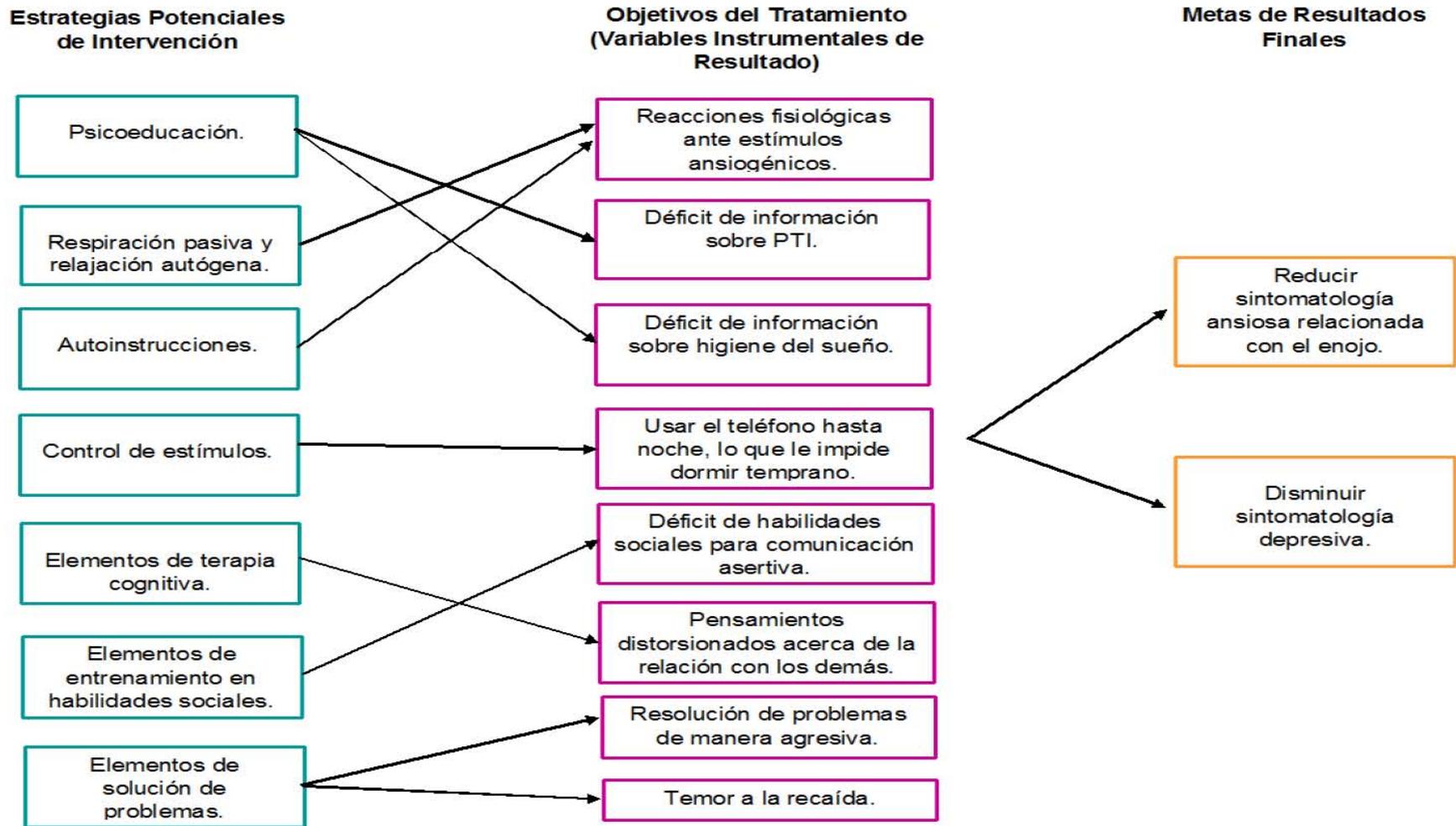


Figura B3. Mapa de Alcance de Metas

Descripción de las Sesiones

La descripción de la intervención por sesión se muestra en la Tabla B1.

Tabla B1

Descripción de las Sesiones

Sesión y fecha	Técnicas de Intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 1 02/07/2018 Consulta externa	Observación Clínica Entrevista Conductual	-Presentación del médico conductual con la paciente. -Se realiza entrevista conductual. -Se explica que el objetivo de la terapia cognitivo-conductual es promover la adquisición y fortalecimiento de habilidades para enfrentar su problemática.	Bianca menciona: “Decidí pedir la atención psicológica porque desde que me diagnosticaron la PTI he estado muy irritable, cambio fácilmente de humor, constantemente estoy enojada, me duele la cabeza y ya no sé cómo controlarme. Al principio, pensé que era por la prednisona, porque la doctora me había dicho que era parte de sus efectos secundarios, pero ya tengo 4 meses que no la tomo y sigo igual” (sic. pac.). “He detectado que todo comienza con algo que no me gusta y que me hace enojar, siento calor y dolor de cabeza, por lo que me voy a dormir, me tranquilizo, pero despierto sin ganas de nada y de malas.” (sic. pac.). “No controlo emociones, me enojo y lloro por todo. No soy tolerante con la gente y estallo” (sic. pac.). “También me he sentido triste, pues casi ya no salgo ni busco a mis amigos, prefiero quedarme acostada en mi casa. Me siento sola y como si solo viera las cosas negativas de lo que me pasa” (sic. pac.). “Ya quiero volver a trabajar, trabajando mi vida cambia. Pues estoy todo el día fuera de casa y soy más productiva” (sic. pac.).

			<p>“Me la paso durmiendo, pero, aun así, no descanso” (sic. pac.).</p> <p>Estado: 44 (medio). Rasgo: 56 (alto)</p> <p>31 (síntomas depresivos clínicamente significativos)</p> <p>Enojo (8)</p>
	<p>Evaluación Aplicación del IDARE y CES-D</p>	<p>-Aplicación de IDARE</p> <p>-Aplicación del CES-D</p>	
		-ENA de enojo	
<p>Sesión 2</p> <p>12/07/2018</p> <p>Consulta Externa</p>	<p>Psicoeducación de Higiene del Sueño.</p>	<p>-Se comienza dando retroalimentación de los resultados de las pruebas.</p> <p>-Se explica la importancia de la higiene del sueño.</p> <p>-Se brinda material con los “10 mandamientos de la higiene del sueño” [Ver Anexo 1]</p> <p>-Dejar claro que son hábitos que al principio son difíciles de llevar a cabo pero que con práctica podrá lograrlo.</p>	<p>“Creo que los resultados están bien, me he sentido triste últimamente y pues yo creo que siempre he sido ansiosa” (sic. pac.).</p> <p>“Muchas de estas cosas no las sabía, nunca me duermo y me levanto a la misma hora, fumo antes de dormir, y duermo mucho durante el día, lo que hace que en la noche no tenga sueño” (sic. pac.).</p> <p>“Comenzaré a ponerlo en práctica” (sic. pac.).</p>
	Control de estímulos.	<p>-Se le cuestiona qué puede hacer con el teléfono para que no se duerma tan tarde por estar en las redes sociales.</p> <p>-Ella sugiere dejarlo en la sala cuando vaya a la cama.</p>	<p>“Por lo regular, no me puedo dormir por estar con el celular en redes sociales, me duermo hasta las 3 de la mañana, a veces estoy despierta hasta las 6” (sic. pac.).</p> <p>“Cuando me vaya a dormir, después del ritual, no me lo llevaré conmigo, lo dejaré en la sala para evitar tentaciones” (sic. pac.).</p>
	Respiración pasiva y relajación autógena.	<p>-Se comienza con el entrenamiento en respiración pasiva.</p> <p>-Se alternan sensaciones de calor y pesantez.</p>	<p>“Comencé a sentir el calor de la cobija y mi cuerpo muy pesado. Logré sentirme relajada” (sic. pac.).</p> <p>*Se observa facie relajada.</p>

Psicoeducación de terapia cognitiva.	-Se explica la relación entre pensamiento, emoción y conducta.	“Sí, es verdad. A veces es más lo que pienso, que lo que realmente está pasando” (sic. pac.).
		ENA de enojo semanal (7)
		<p>Tarea</p> <ul style="list-style-type: none"> *Comenzar a llevar a cabo los “mandamientos de higiene del sueño” *Dormir de las 2 am a las 12 pm. *Dejar el celular en la sala. *Practicar la relajación todos los días a las 10 pm. *Llenar registro de pensamientos cada vez que se presente una situación que la haga enojar.
<p>Sesión 3</p> <p>19/07/2018</p> <p>Consulta Externa</p>	-Se comienza la sesión hablando sobre los resultados de la tarea.	<p>“He estado practicando, aunque aún no logro hacer todos los mandamientos, pero ahí voy. Me he dormido más temprano [...] como a las 11 y me levanto entre 8 y 10 de la mañana [...] he hecho más cosas para no estar acostada, fui a mis entrevistas de trabajo, salí con un amigo, fui por la despensa con mi mamá y me pidieron cuidar a una niña. Solo un día tomé una siesta de 30 min y después me levanté” (sic. pac.).</p> <p>“Hice mis ejercicios de relajación como quedamos y siento que duermo mejor [...] me ha dolido menos la cabeza y sólo me enojé 2 veces” (sic. pac.).</p> <p>“Mejor apago el internet cuando me voy a dormir, para que el celular ya no me distraiga” (sic. pac.).</p>
	Terapia Cognitiva	-Se revisa registro de pensamientos.
		“Sigo discutiendo mucho con mi mamá por dinero, lo regala como si nada a mis tíos y eso me hace enojar

<p>(Debate socrático, búsqueda de pensamientos alternativos)</p>	<p>-Se ofrece psicoeducación en distorsiones cognitivas.</p> <p>-Se pide que los pensamientos sean más específicos.</p> <p>-Se debaten los pensamientos en cuanto a su veracidad.</p> <p>-Se buscan pensamientos alternativos.</p>	<p>mucho [...] al final termino diciéndole que haga lo que quiera” (sic. pac.).</p> <p>“Sí, he visto que mis pensamientos de repente son así como dices (personalización y visión de túnel), son los que me hacen enojar” (sic. pac.).</p> <p>“Así me pasó, yo pensando que mi amigo no quería estar conmigo y al final todo resultó ser un malentendido” (sic. pac.)</p> <p>[Ver anexo 2]</p>
	<p>Psicoeducación de Comunicación asertiva.</p> <p>-Se describen los 3 tipos de comunicación (pasiva, agresiva y asertiva)</p>	<p>Cuando se está explicando en qué consiste la comunicación agresiva, Bianca asiente con la cabeza e indica “sí, mi comunicación es más agresiva” (sic. pac.).</p> <p>ENA de enojo semanal (5).</p> <p>Tarea *Continuar con registro de pensamientos.</p>
<p>Sesión 4 26/07/2018 Consulta Externa</p>	<p>-Se comienza la sesión con la revisión de la tarea.</p> <p>-Se le solicita que señale lo que recuerda de la comunicación asertiva.</p>	<p>La paciente refiere no haber hecho la tarea pues esa semana presentó muchos cambios de estado de ánimo y cólicos, asociados a su periodo menstrual. Asimismo, manifiesta no haber podido seguir con los “mandamientos de higiene del sueño”, pues no podía dormir en las noches por el dolor y en el día sólo quería estar acostada.</p> <p>“Hay tres tipos de comunicación, olvidé los nombres, pero una trata de que se deja de todos, el otro</p>

de Comunicación asertiva	-Se presenta el video “El asertividad. ¿Sabes lo que es?” https://www.youtube.com/watch?v=kXUOVYiNG58	extremo es la que quiere imponer sus ideas y la de en medio es la que logra un equilibrio” (sic. pac.). “Sí, yo hago muchas cosas de la comunicación agresiva, es la que uso más” (sic.pac.).
	-Se presentan los derechos asertivos, la importancia del lenguaje no verbal y la fórmula de la asertividad [Ver anexo 3].	“Cuando me enojo, digo muchas cosas hirientes, subo el tono de voz y aprieto los puños. Tengo que cambiarlo y tranquilizarme primero” (sic. pac.).
Modelado	-Se presenta un ejemplo usando la fórmula de la asertividad.	[Ver anexo 3]
Ensayo conductual.	-Se recuerdan 4 situaciones de la vida de Bianca en las que puede practicar la comunicación asertiva. -Se le solicita que use la fórmula de la asertividad en estas situaciones.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuando su mamá le sirve demasiada comida. CA: Cuando me sirves mucha comida y me pides que me coma todo, me siento enojada, me gustaría que me dejarás decidir cuánto comer para no llenarme tanto. Si me dejas hacerlo, podríamos comer en un mejor ambiente y pasar mejores momentos juntas. 2. Mamá le pregunta constantemente si le duele algo. CA: Cuando me preguntas constantemente si me siento mal o me duele algo, no me dejas descansar y me molesto.

Me gustaría que esperaras a que yo te diga que me siento mal, ten por seguro que lo haré. Si lo haces, el dolor pasará y podremos platicar.

3. Cuando mamá les da dinero a sus tíos por ayudarles en tareas sencillas.

CA: Cuando le das dinero a mis tíos por ayudarnos a meter las bolsas del mercado, me siento frustrada y enojada, quisiera que les dieras esa cantidad cuando nos ayuden con más cosas. Si lo haces, con el dinero que ahorremos podremos salir a comer juntas una vez a la semana y tendremos reservas por si lo necesitamos.

4. Cuando amigos no llegan a las citas.

CA: Cuando no llegas a nuestras citas sin avisarme, me siento preocupada y poco valorada, quisiera que me avisaras con una hora de anticipación que no podrás llegar. Si lo haces, podremos pasar más y mejor tiempo juntos.

Moldeado y reforzamiento.

-Se agregan o modifican elementos en las frases asertivas.

-Se refuerza verbalmente las que hizo bien.

Por ejemplo, en la situación 4, originalmente decía:

Cuando no llegas a nuestras citas sin avisarme, me siento preocupada y poco valorada, quisiera que me avisaras con una hora de anticipación que no podrás llegar. Si no lo haces me enojaré y dejaré de hablarte.

Al cuestionarle si esa respuesta es asertiva y no agresiva. Ella se da cuenta de que sí lo es y se modifica a la antes mencionada.

ENA de enojo semanal (6)

Tarea

*Continuar con registro de pensamientos.

*Practicar comunicación asertiva

Nota: El 6 de agosto, Bianca acude a consulta externa de hematología acompañada de su mamá, comenta “me duele la cabeza y siento mucho calor siempre después de que me enojo [...] también hace poco que me duele la espalda y las piernas sin razón aparente” (sic. pac.), a lo que médico residente le responde que esos síntomas podrían deberse más a cuestiones psicológicas, porque por la enfermedad o efecto secundario de la prednisona ya no podría ser. Además de que la nota muy estresada e hipervigilante de cualquier indicio de recaída.

Su mamá no la deja hablar en 3 ocasiones, respondiendo por ella, mientras Bianca muestra facie enojada. Las quejas de la mamá fueron “Le digo que coma bien, pero no me hace caso, come muy poquito. Ya le dije que se tome unos juguitos, pero tampoco quiere” (sic. fam.), por lo que el médico residente le menciona que su Índice de Masa Corporal no reporta que esté comiendo poco porque se encuentra en sobrepeso. Asimismo, pregunta por los medicamentos que puede tomar en caso de dolor y qué puede hacer si le da gripe porque ya no tarda en enfermarse pues siempre se enferma en época de lluvia. Por lo que la residente le comenta que a ella también la nota ansiosa porque su hija pueda volver a enfermar.

Sesión 5 09/08/201 8	-Se comienza hablando sobre la tarea.	“Desde que regresé a trabajar en el restaurante he dejado de lado lo de la higiene del sueño y creo que eso me ha afectado porque mis horarios se volvieron a modificar, llego a casa a las 12 de la noche y al día siguiente me levanto a las 6 de la mañana, creo que ahora debo de adaptarme a esta nueva situación [...] tampoco he podido hacer mis ejercicios de relajación, pues cuando llego lo único que quiero es dormir, pero despierto con dolor de cabeza. Lo único que me queda es volver a adaptarme” (sic. pac.)
Consulta externa		“De lo de la comunicación asertiva la he intentado practicar con mi mamá y creo que poco a poco me irá saliendo mejor, aunque confieso que me hace falta constancia para hacerlo, a veces para ya no decirle nada, mejor la dejo hablar [...] con mis compañeros de trabajo no creo que me funcione porque no son personas que entiendan de razones,

<p>Psicoeducación de la enfermedad, de las medidas de autocuidado y de los datos de alarma.</p>	<p>-Se comienza indagando qué sabe de la PTI</p>	<p>el que les responda de manera agresiva me ayuda a ponerles límites, hasta ahora me ha funcionado, aunque también me duele la cabeza, pero ya cuando saco lo que les tengo que decir, se me quita” (sic. pac.).</p>
	<p>-Se le explica que la trombocitopenia y púrpura son sinónimos y la diferencia con la leucemia.</p>	<p>“El doctor me había dicho que no se sabía por qué me bajaban las plaquetas, que lo más seguro era que los anticuerpos las estuvieran destruyendo, que, si no se controlaba, me tendrían que quitar el bazo. Después, una vez que estaba en la sala de espera para entrar a consulta externa de hematología, una chica me contó que ella también tuvo trombocitopenia, pero que después se le convirtió a púrpura y que ahora podía tener leucemia, eso me dio mucho miedo, temo que por no cuidarme esto se convierta en leucemia” (sic. pac.).</p>
	<p>-Se pregunta sobre las medidas de autocuidado que debe seguir y sobre los rangos normales y que ella maneja de plaquetas. Se brinda psicoeducación acerca de ello.</p>	<p>“Entonces la trombocitopenia no se transforma en leucemia, eso me tranquiliza. Siempre temí que eso pasara, aunque a veces pensaba “ya que me de lo que me tenga que dar” (sic. pac.).</p>
		<p>“Solo sé que no debo tomar medicamentos con aspirina, por eso no sabía qué tomarme para los cólicos [...] sé que los rangos normales están en 150 000 plaquetas, pero que en mi caso con que no sangre es suficiente [...] la vez anterior, mis plaquetas estaban en 250 000 y ahora bajaron a 215 000, pero como dices, siguen estando en parámetros adecuados” (sic. pac.).</p>
		<p>“Siempre pensé que necesitaba alimentación especial, pero ahora</p>

entiendo que comer balanceadamente es una medida de salud que todos debemos de seguir [...] tomaré entonces más cítricos. No sabía eso de las infecciones; antes era muy desidiosa cuando me enfermaba, porque no quería gastar, pero con lo de la PTI, me di cuenta de que gasté más por esperarme hasta el último momento, ya no lo pienso volver a hacer” (sic. pac.).

-Se indaga sobre lo que sabe de los datos de alarma y lo que se debe hacer.

“Me dijeron que si me sentía muy cansada o que tuviera sangrados viniera a urgencias, pero cuando me empiezo a sentir cansada y con un poco de sangrado, me preocupo, qué tal si estoy recayendo. Me parece muy confuso, no sé cuándo eso es un síntoma de alarma, a veces yo misma me creo las enfermedades [...] ok, entonces sería cuando no hay una causa que lo ocasione, como que haya trabajado mucho o que me haya lavado muy fuerte los dientes y que el sangrado sea abundante y que no pare” (sic. pac.).

“Creo que ahora ya me siento más tranquila, había muchas cosas que no sabía o que no me habían quedado claras” (sic. pac.)

-Se sugiere que le transmita esta información a su mamá y que, si tiene dudas, puede acompañarla la siguiente sesión.

“Estaría bien, porque tampoco entiende muchas cosas y se deja llevar por lo que escucha en la calle o por lo que le dice la gente” (sic. pac.)

-Se pregunta por dudas que aún tenga.

“Sí, me gustaría saber si para mi cumpleaños (en septiembre) pudiera ir a un parque de diversiones” (sic. pac.).
Se acuerda consultarlo con médico tratante.

Respiración pasiva	-Se retoma la técnica de respiración pasiva para que pueda controlar las reacciones fisiológicas del enojo y la ansiedad en su trabajo. -Se realiza el ejercicio.	“Hay momentos que cuando me enojo en mi trabajo, de nuevo siento el calor y el dolor de cabeza, pero últimamente también he sentido como mi corazón se acelera” (sic. pac.)
	-Se hace un resumen de las técnicas anteriormente vistas, analizándolas como un proceso.	“Ok, haré este ejercicio de solo respirar para controlar el dolor de cabeza y esa sensación de ansiedad” (sic. pac.).
	-ENA de enojo.	ENA de enojo semanal (7). Tarea: *Ver de qué manera puede ajustar lo de higiene del sueño a su nueva rutina. *Realizar relajación autógena cuando despierte. *Realizar respiración pasiva cuando esté en su trabajo y se enoje o se sienta ansiosa. *Continuar registro de pensamientos.

Resultados

En seguida, se presentarán los resultados obtenidos durante las 5 sesiones que se trabajaron con Bianca, cabe resaltar, que el caso aún sigue en curso.

En la preevaluación se observa que Bianca obtuvo lo siguiente (ver Tabla B2).

Tabla B2

Resultados de preevaluación

Prueba	Resultado
IDARE	Estado: 44 (medio). Rasgo: 56 (alto)
CES-D	31 (síntomas depresivos clínicamente significativos)

En cuanto a los resultados de la ENA de enojo que se muestran en la figura B4, se puede observar que el enojo ha ido disminuyendo, al final, hay un leve incremento.

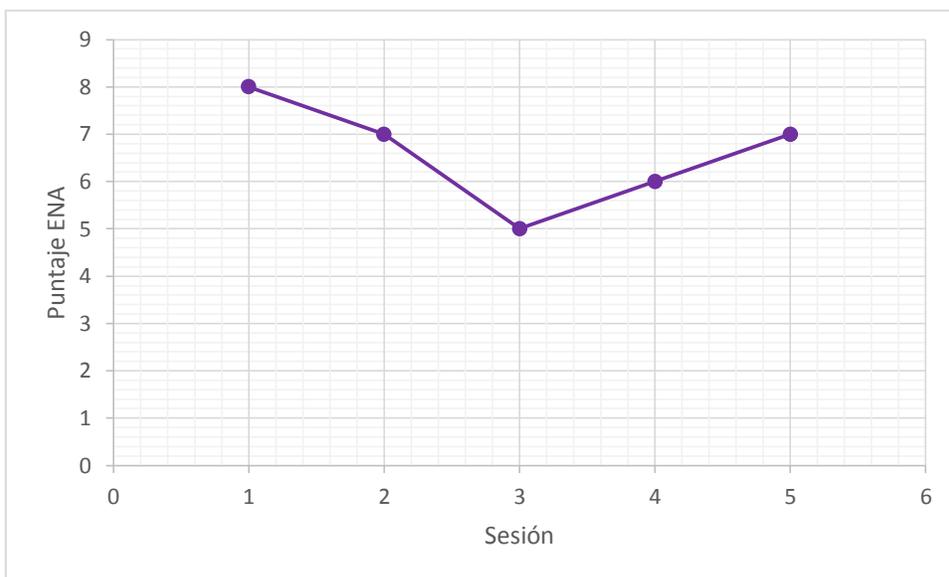


Figura B4. Nivel de enojo percibido a lo largo de la intervención.

Respecto a los resultados cualitativos de la intervención, hasta el momento la paciente refiere “Creo que las técnicas han funcionado, las peleas y el enojo con mi mamá han disminuido, pero también pienso que me hace falta constancia para llevarlas a cabo” (sic. pac.).

Al analizarlos por el objetivo de cada sesión se obtuvo (ver tabla B3):

Tabla B3

Resultados cualitativos por sesión

Objetivos de la sesión	Resultados de la sesión
Identificará qué es la higiene del sueño y su importancia.	<p>“Muchas de estas cosas no las sabía, nunca me duermo y me levanto a la misma hora, fumo antes de dormir, y duermo mucho durante el día, lo que hace que en la noche no tenga sueño” (sic. pac.).</p> <p>“Desde que regresé a trabajar en el restaurante he dejado de lado lo de la higiene del sueño y creo que eso me ha afectado [...] despierto con dolor de cabeza.</p>

Realizará las conductas marcadas por la higiene del sueño.	“He estado practicando, aunque aún no logro hacer todos los mandamientos, pero ahí voy. Me he dormido más temprano [...] como a las 11 y me levanto entre 8 y 10 de la mañana [...] he hecho más cosas para no estar acostada, fui a mis entrevistas de trabajo, salí con un amigo, fui por la despensa con mi mamá y me pidieron cuidar a una niña. Solo un día tomé una siesta de 30 min y después me levanté” (sic. pac.).
Controlará los estímulos que no le permiten dormir durante la noche.	“Cuando me vaya a dormir, después del ritual, no me lo llevaré conmigo, lo dejaré en la sala para evitar tentaciones” (sic. pac.). “Mejor apago el internet cuando me voy a dormir, para que el celular ya no me distraiga” (sic. pac.).
Adquirirá la habilidad de relajarse y de controlar reacciones fisiológicas por medio de respiración y la relajación autógena.	“Comencé a sentir el calor de la cobija y mi cuerpo muy pesado. Logré sentirme relajada” (sic. pac.). “Hice mis ejercicios de relajación como quedamos y siento que duermo mejor [...] me ha dolido menos la cabeza y solo me enojé 2 veces” (sic. pac.).
Identificará sus pensamientos distorsionados y los modificará por otros más adaptativos.	“Sí, es verdad. A veces es más lo que pienso, que lo que realmente está pasando” (sic. pac.). “Sí, he visto que mis pensamientos de repente son así como dices (personalización y visión de túnel), son los que me hacen enojar” (sic. pac.). “Así me pasó, yo pensando que mi amigo no quería estar conmigo y al final todo resultó ser un malentendido” (sic. pac.). Ver Anexo 2.
Reconocerá qué tipo de comunicación es la que ella utiliza, así como qué es la comunicación asertiva, su importancia y los pasos para comunicarse asertivamente.	“Hay tres tipos de comunicación, olvidé los nombres, pero una trata de que se deja de todos, el otro extremo es la que quiere imponer sus ideas y la de en medio es la que logra un equilibrio” (sic. pac.). “Sí, yo hago muchas cosas de la comunicación agresiva, es la que uso más” (sic. pac.). Ver sesión 4
Practicará la comunicación asertiva en problemáticas de su vida cotidiana.	Ver sesión 4

Mencionará qué es la PTI, Ver sesión 5
los síntomas de alarma y
cómo puede prevenir de
recaídas.

Discusión y Conclusiones

El objetivo de este caso fue ilustrar cómo el uso de ciertos medicamentos puede modificar el estado emocional de una persona, y que es labor del médico conductual identificar si ese estado de ánimo es debido al fármaco, en este caso prednisona, o si la génesis del problema es de tipo psicológico, en un mal manejo de emociones y en un déficit de algunas habilidades. Como se pudo observar en este caso particular, la causa es psicológica.

Bianca se describe a sí misma como alguien ansiosa y preocupada por todo (Trastorno de Ansiedad Generalizada), sin embargo, después del diagnóstico de PTI, estos síntomas aumentaron, haciéndose acompañar de sintomatología depresiva. Hay varios estudios que relacionan la ansiedad con síntomas de depresión, pero pocos hablan del enlace entre ansiedad y enojo. De acuerdo con Walsh, Wolk, Becker, Jensen y Beidas (2017) el enojo interactúa con síntomas exacerbados de ansiedad. En jóvenes, específicamente, la ansiedad puede expresarse llorando, con irritabilidad y explosiones de ira que a veces puede ser malinterpretado con oposición a padres y maestros. Asimismo, Hawkins y Cogle (2011) mencionan que el enojo siempre es precedido por ansiedad. Dado el papel que el enojo jugaba en relación con los síntomas ansioso-depresivos en el caso de Bianca, es que se decide enfocar la intervención en este aspecto.

La intervención fue basada en el libro Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas (Nezu, Nezu, & Lombardo, 2006) para problemas de ira, obviamente con algunas adecuaciones como incluir el entrenamiento en autoinstrucciones para reducir la ansiedad, con la finalidad de crear un plan de tratamiento más ideográfico.

Según los resultados arrojados hasta el momento, el enojo fue disminuyendo hasta las últimas dos sesiones, para después volver a aumentar, lo cual se puede explicar por los cambios de trabajo que nuevamente se le han presentado. Cualitativamente hablando, la paciente ha detectado cambios positivos desde que se inició el tratamiento.

Un aspecto que subrayar de esta intervención es el haber dejado la psicoeducación de la PTI hasta el último, ya que, en casos posteriores, sería recomendable indagar, desde un principio, por un posible déficit o malinterpretación de la información acerca de la enfermedad.

Referencias

- Consejo de Salubridad General (2009). *Diagnóstico y tratamiento de púrpura trombocitopénica Inmunológica. Guía de práctica Clínica*. Gobierno Federal: México.
- Hawkins, K.A., & Cogle, J.R. (2011). Anger problems across the anxiety disorders. Findings from a population- based study. *Depression y Anxiety*, 28, 145-152.
- Lorenzo, P., Moreno, A., Lizasoain, I., Leza, J.C., Moro, M.A., & Portpoles, A. (2015). Velázquez Farmacología Básica y Clínica. (18a ed.). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). Problemas de ira. En. *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas* (pp. 249-268). México: El Manual Moderno.
- Walsh, L.M., Wolk, C.B., Becker, E.M., Jensen, M., & Beidas, R.S. (2017). The relationship between anger and anxiety symptoms in youth with anxiety disorders. *Journal of Child and Adolescent Counseling*, 1-17.

Anexo 1: Los Diez Mandamientos de la Higiene del Sueño

Es importante utilizar las siguientes reglas para lograr combatir el insomnio y tener un sueño más reparador. Estas reglas aplican para cualquier persona.

Si bien, por sí solas no solucionan de inmediato el problema, a largo plazo seguir estas recomendaciones nos evitarán noches en vela.



De inicio, no es una tarea fácil. Pero con un poco de constancia, esfuerzo y práctica, se convertirá en algo habitual.



1. Te levantarás y acostarás todos los días a la misma hora

Muchas veces el no poder dormir bien, está relacionado con desajustes de horario. El sueño es rutinario y estable. Evitar recuperar horas de sueño en fines de semana.

2. Evitarás tomar sustancias excitantes a partir de media tarde

Como el café, refresco de cola, té, tabaco y cacao. Estos pueden hacer que cueste trabajo conciliar el sueño o que despiertes antes.



3. Te quedarás en la cama solo el tiempo necesario



Las horas que duermes son las que tu cuerpo necesita para afrontar el nuevo día. No todos necesitamos dormir lo mismo. No permanezcas en cama más de 8 horas al día, sobre todo, no veas la televisión, leas o trabajes en ella. La cama es exclusiva para dormir.

4. Evitarás el sedentarismo

Hacer ejercicio frecuentemente ayuda a relajarse y a descargar tensiones, lo cual puede ser de gran ayuda cuando las preocupaciones son las que quitan el sueño. Pero se deben dejar mínimo 2 horas entre el ejercicio y la hora de dormir.



5. No abusarás de la siesta

Una siesta de unos minutos puede ser beneficiosa, pero dormir más de 30 min durante el día puede impedirnos conciliar el sueño durante la noche.

6. Tendrás tu habitación lista para dormir

Deberá ser un ambiente tranquilo y relajado, con iluminación baja y temperatura agradable.



7. Cenarás algo ligero

No puede ser pesada, pero tampoco te puedes ir a dormir con hambre, así como tampoco es recomendable cenar e irse inmediatamente a dormir.

8. Seguirás un ritual para ir a la cama

Convierte el irte a dormir en un ritual agradable: un baño caliente, un poco de música relajante, ponerse la pijama, lavarse los dientes, preparar la ropa que usarás mañana.



9. Dejarás de pensar en lo que te preocupa cuando vayas a dormir

Si tienes preocupaciones o tareas pendientes que no te dejan dormir, apúntalas en un cuaderno. Enlistarlas ayudará a no darle más vueltas a la cabeza. Evitar hacer actividades estresantes antes de dormir (por ejemplo, trabajo, tarea o estudiar)

10. Si no tienes sueño, te levantarás

No te quedes en la cama más de 30 minutos cuando no puedes dormir. Es más fácil que vuelvas a conciliar el sueño si te levantas y te relajas un rato. Vuelve hasta que tengas sueño.



Fuente: Carrillo- Mora, P., Ramírez-Peris, J., & Magaña-Vázquez, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: Antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina (Mex)*, 56 (4), 5-15

Lic. Psic. María Luisa Escamilla Gutiérrez
Medicina Conductual.
Hospital Juárez de México.

Anexo 2. Registro de Pensamientos

Día/ Hora	Situación ¿Qué lo ocasionó?, ¿quién estaba conmigo?, ¿En dónde ocurrió?	Pensamientos ¿Qué pensé? (antes, durante, después)	Emociones ¿Qué sentí físicamente? Como lo calificarías 1-10	¿Qué hago en ese momento?	Pensamiento Alternativo
Viernes 13/Jul 2:00 pm	Quedé de salir con mi amigo y no llegó. Estaba sola en un parque.	*No entendía por qué no llegó si tiempo antes hablamos y estaba muy seguro. *Me vinieron recuerdos agradables de la prepa. *Por qué no me avisó. *Dejé todos mis planes, para que no lleguen, no les importa. *Soy X *No le dio ganas de venir	*Me molesté y enojé (7). *Sin ganas de hacer algo.	Me quedé sentada y después caminé un poco para relajarme.	*Tal vez algo pasó, no pudieron llegar, pero más tarde me pueden avisar.
Domingo 15/ Jul 1:00 pm	Mi mamá le dio dinero a mi tío por cargar las bolsas del mandado. Estaba con mi mamá, en mi casa.	*Mi mamá gasta el dinero en cosas innecesarias. *Yo trato de no gastar y ella hace lo contrario. *Nos va a hacer falta el dinero *Parece niña chiquita	Me dolió la cabeza. Me puse de malas. Enojo (8)	Trato de estar sola para no decir cosas que aumenten el problema.	*Mi mamá quiere apoyar a mis tíos.

*Los pensamientos destacados en rojo son los que fueron agregados durante la sesión.

Anexo 3. Derechos Asertivos

1. A ser tratados con respeto y dignidad.
2. A equivocarnos y ser responsables de nuestros errores.
3. A tener nuestras propias opiniones y valores.
4. A tener nuestras propias necesidades, y que sean tan importantes como las de los demás.
5. A experimentar y expresar los propios sentimientos, así como a ser sus únicos jueces.
6. A cambiar de opinión, idea o línea de acción.
7. A protestar cuando se nos trata injustamente.
8. A intentar cambiar lo que no nos satisface.
9. A detenernos y pensar antes de actuar.



análisisnoverbal.com

5 claves lenguaje no verbal asertivo



 Establece contacto visual al hablar (40%) y escuchar (75%)

Realiza gestos naturales, suaves y circulares 

 Mantén una postura estable, abierta y de acercamiento

Procura un tono de voz sereno y firme 

 Evita tanto gritar como susurrar

 **El secreto**
MUÉSTRATE SEGURO Y RELAJADO: transmite confianza y respeto

10. A pedir lo que queremos.
11. A hacer menos de lo que humanamente somos capaces de hacer.
12. A ser independientes.
13. A decidir qué hacer con nuestro propio cuerpo, tiempo y propiedad.
14. A sentir y expresar el dolor.
15. A ignorar los consejos.
16. A rechazar peticiones sin sentirnos culpables o egoístas.
17. A estar solos aun cuando deseen nuestra compañía.
18. A no justificarse ante los demás.
19. A no responsabilizarse de los problemas de otros.
20. A no anticiparse a las necesidades y deseos de los demás.
21. A no estar pendiente de la buena voluntad de los demás.
22. A elegir entre responder o no hacerlo.
23. A hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos de cada uno no están del todo claros.
24. A hacer cualquier cosa mientras no violes los derechos de otra persona.
25. A escoger no comportarte de forma

asertiva o socialmente hábil.

Fórmula de la Asertividad para Expresar Sentimientos Negativos.

Describe la conducta ofensiva o molesta de la otra persona en términos de objetivos. Observa y examina exactamente que ha hecho o dicho la otra persona. Emplea términos concretos, describiendo el lugar y frecuencia específicos de la actuación. Describe la actuación, no el motivo. Algunos comienzos de frases típicos de este paso serían: “*Cuando tú...*”, “*Cuando yo...*” y “*Cuando...*”.

Expresa tus pensamientos y sentimientos sobre la conducta (nunca de la persona) o problema de forma positiva, como si ambos se dirigieran a una meta a alcanzar. Exprésalos con calma. Algunos comienzos de frases típicos de este paso serían: “*Me siento...*”, “*Pienso...*”.

Specify (especifica) de forma concreta, el cambio de conducta que quieres que lleve a cabo la otra persona. Pide, cada vez, uno o dos cambios que no sean muy grandes ni que impliquen demasiado esfuerzo. Ten en cuenta que la persona puede satisfacer tus demandas si no sufre grandes pérdidas. Pregúntale si está de acuerdo. Especifica (si fuese apropiado) qué conducta estás dispuesto a cambiar para llegar a un acuerdo. Algunos comienzos de frases típicos de este paso serían: “*Preferiría...*”, “*Me gustaría...*”, “*Quisiera...*”.

Consecuencias, señala las consecuencias positivas que proporcionarás (o que tendrán lugar) si la otra persona mantiene el acuerdo para cambiar. En el caso de que sea necesario, señala a la otra persona que consecuencias negativas proporcionarás (o que tendrán lugar) si no hay cambio. Algunos comienzos de frases típicos de este paso serían: “*Si haces...*”, “*Si no haces...*”.

*No siempre es necesario emplear los cuatro pasos, en ocasiones es igual de útil emplear uno, dos o tres de los componentes.

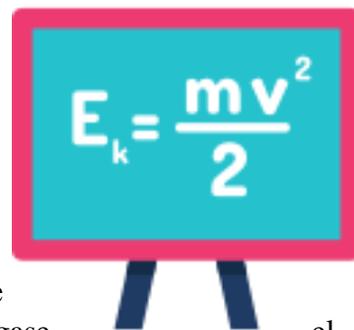
Ejemplo:

Describir: “Cuando respiro el humo de los cigarrillos que fumas mientras estudiamos...”

Expresar: “Provoca que me sienta mal, me molesta la garganta, me duele la cabeza...”

Especificar: “Me gustaría que llegáramos a un acuerdo para que ambos nos sintamos bien, que tu pudieras fumar y yo no me tragase el humo. Por ejemplo, cuando tuvieras ganas de fumar podrías hacerlo en otra habitación...”.

Consecuencias: “De esta forma podría trabajar mejor y tendría más tiempo libre para compartir contigo...” (consecuencias positivas). De lo contrario, tendríamos que estudiar por turnos y perderíamos mucho más tiempo los dos...” (consecuencias negativas).



Apéndice C. Tercer Caso Clínico: Intervención Cognitivo- Conductual en el Caso de una Adolescente con Leucemia y Sintomatología Mixta

Ficha de Identificación:

Nombre: Victoria

Religión: Católica

Edad: 19 años

Lugar de origen y residencia: Estado de México

Sexo: Mujer

Estado Civil: Soltera

Diagnóstico médico: Leucemia Linfoide Aguda L2 Pre B (LLA)

Escolaridad: Licenciatura trunca

Ocupación: Desempleada

Comorbilidades: Ninguna

Selección del Caso

Enfrentarse a un diagnóstico de cáncer como es el caso de la leucemia, comúnmente puede derivar en la presencia de sintomatología ansioso-depresiva, la cual se mantiene en niveles altos durante el primer mes después de recibir la noticia y durante toda la fase de inducción del tratamiento, esto como resultado de las creencias culturales que se tienen alrededor del cáncer (Mihaela & Zeno, 2014).

Este caso clínico tiene como objetivo, ilustrar cómo la edad y etapa de la vida de los pacientes, puede potencializar aún más dicha sintomatología.

Motivo de Consulta

Primer motivo de consulta: “Me siento triste por mi mamá y abuelita que son las que están conmigo, ellas no tienen dinero, las estoy haciendo sentir mal... También me siento triste cuando me dejan sola y cuando vienen a pedirle pagos a mi mamá” (sic. pac.).

Segundo motivo de consulta: “Me siento muy desesperada de estar conectada a tantas cosas (señala la intravenosa y los monitores), más cuando quiero dormir, ir al baño o comer” (sic. pac.).

Antecedentes Heredofamiliares

Abuela Materna: Padece Diabetes Mellitus tipo 2

Antecedentes Personales No Patológicos

Vivienda: Victoria habita en casa rentada, con todos los servicios de urbanización: agua, luz y drenaje, construida de materiales perdurables, pared y piso de cemento.

Hábitos Higiénicos-Dietéticos: Alimentación adecuada en calidad y cantidad. Baño cada tercer día, cambio de ropa diario, aseo dental una vez al día.

Zoonosis: negativa.

Toxicomanías: Interrogadas y negadas.

Antecedentes Personales Patológicos

Médicos crónico-degenerativos: Interrogados y negados.

Quirúrgicos o fracturas de importancia: Luxación de rótula izquierda con corrección cerrada a los 14 años.

Alergénicos: Interrogados y negados.

Transfusiones: una en diciembre de 2018.

Hospitalizaciones: una el 12 de diciembre de 2018 en urgencias adultos por síndrome anémico severo.

Antecedentes Psicológicos Patológicos

Refiere no haber recibido atención psicológica o psiquiátrica previa, sin embargo, como respuesta normal a la adolescencia, menciona haber tenido episodios depresivos primero, cuando se encontraba en la secundaria, ya que comenta no tener amigos y que la molestaban, siendo el tercer año el de mayor intensidad y frecuencia (se sentía triste mínimo 3 días a la semana). Cuando ingresa a la preparatoria, continua con esto porque se disgustaba frecuentemente con su mamá por sus amistades, se encerraba en su cuarto a escuchar música o a leer. Esto dejó de presentarse cuando ella ingresa a la universidad, pues se sentía más tranquila y enfocada en sus estudios.

Dinámica Familiar y Familiograma

Victoria indica vivir con su mamá y su abuela materna, para ella “son las personas más importantes en su vida” (sic. pac.). También menciona “mi papá nos abandonó cuando yo era muy pequeña, desde entonces no tengo comunicación con él... me han dicho que ya sabe que estoy enferma, pero no me ha buscado” (sic. pac.) (Ver Figura C1).

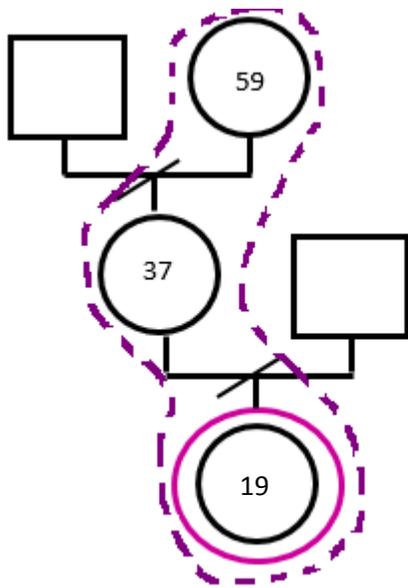


Figura C1. Familiograma

Historia del Problema

Médica

Inicia en octubre de 2018 con mareo, astenia, adinamia, disnea, fatiga al mínimo esfuerzo, pérdida de peso no intencionada de 7 kg en los últimos tres meses, cefalea frontal y petequias en extremidades. Acude a facultativo privado, donde le hacen una biometría hemática, documentándose una anemia severa (anemia normocítica normocrómica de 5.9 gr/dl.).

Psicológica

La paciente es conocida por medicina conductual al día siguiente de su ingreso (7 de enero de 2019), antes de recibir su diagnóstico. Durante el pase de visita, el médico adscrito solicita la intervención con la paciente para que cuando le hable de su diagnóstico se encuentre en las mejores condiciones.

Problemática Psicológica Actual

Victoria refiere “me siento triste por mi mamá y abuelita que son las que están conmigo, ellas no tienen dinero, si es verdad que tengo leucemia las voy a hacer sentir mal” (sic. pac.). “Cada vez que me dejan sola, me siento muy triste, también cuando vienen a pedirle pagos a mi mamá” (sic. pac.). Añade que todos los días que ha estado en el hospital, se ha sentido

así. Comenta que por lo regular, se queda sola dos veces al día, cuando la madre se va a comer y a cenar, alrededor de 30 minutos, además de que hay días que se agrega una ocasión más, cuando la madre baja a hacer pagos. Cuando se siente triste, ella piensa “me van a dejar sola aquí” (sic. pac.). Se siente culpable “mi mamá está aquí por mi culpa” (sic. pac.). Mamá siempre la consuela diciéndole que ya no la va a dejar sola, que ya no esté triste y que ya no se va a tardar.

En cuanto al segundo motivo de consulta señala “Me siento muy desesperada de estar conectada a tantas cosas (señala la intravenosa y los monitores), más cuando quiero dormir, ir al baño o comer” (sic. pac.). También ha identificado que esto se presenta cuando tiene un dolor fuerte, como la intratecal o cuando está estreñida, así como quedarse sola. Lo cual, provoca que se sienta incómoda y no se mueva, siente que suda, le da taquicardia, sueño y que le falta el aire. Asimismo, le responde cortantemente al personal médico porque no quiere que nadie le hable más que su mamá.

Impresión y actitud general

Paciente de complexión endomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño acorde al contexto hospitalario. Presenta facie de tristeza. Se muestra cooperadora ante la entrevista de primera vez.

Examen mental

Paciente femenina de edad aparente menor a la cronológica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño al contexto hospitalario. Orientada en las cuatro esferas (T-E-P-C). Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Se muestra cooperadora ante la entrevista. Lenguaje coherente y congruente. Pensamiento abstracto, sin alteraciones en sensopercepción. Aparenta inteligencia promedio. Afecto hipotímico. Sin noción de la enfermedad.

Factores psicológicos complementarios

Paciente con locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo existentes y funcionales, apoyo social de tipo económico percibido como insuficiente.

Personalidad Previa

Victoria se define como “sensible, todo me hace llorar, confío mucho en la gente, aunque a veces no debería, orgullosa y alegre” (sic. pac.).

Selección y aplicación de técnicas de evaluación.

- ✓ Entrevista Conductual.
- ✓ Observación Clínica.
- ✓ Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).
- ✓ Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).
- ✓ Escala Center for Epidemiological Studies- Depression (CES-D).
- ✓ ENA de Depresión (tristeza) y Ansiedad (desesperación).

Lista de Conductas Problema

Sintomatología ansiosa ante procedimientos médicos

Motoras

No se mueve.

Responde cortantemente al personal médico.

Cognitivas

Incomodidad.

Desesperación.

“solo es por un tiempo, después estaré libre”.

“no quiero que nadie me hable hasta que llegue mi mamá”.

Fisiológicas

Sudoración.

Sueño.

Taquicardia.

Sensación de falta de aire.

Sintomatología depresiva ante estancia hospitalaria

Motoras

Dormir durante el día.

Llorar.

Deja de hablar.

Cognitivas

Tristeza.

Culpabilidad.

Se siente sola.

“Me van a dejar sola aquí”.

“Mi mamá está aquí por mi culpa”.

“Si me quedara sola, ya no me importaría seguir con el tratamiento”.

“Mis otros familiares me tienen lástima”.

“Odio que me digan pobrecita y que me tengan lástima”.

Fisiológicas

Dificultades para mantener el sueño durante la noche.

Sintomatología depresiva ante estancia hospitalaria

Motoras

Dormir durante el día.

Llorar.

Deja de hablar.

Cognitivas

Tristeza.

Culpabilidad.

Se siente sola.

“Me van a dejar sola aquí”.

“Mi mamá está aquí por mi culpa”.

“Si me quedara sola, ya no me importaría seguir con el tratamiento”.

“Mis otros familiares me tienen lástima”.

“Odio que me digan pobrecita y que me tengan lástima”.

Fisiológicas

Dificultades para mantener el sueño durante la noche.

Análisis de Secuencias

A continuación, se presenta el modelo secuencial integrativo para detallar las relaciones funcionales que mantienen ambas conductas problema de Victoria (Ver Tabla C1 y C2).

Tabla C1
Modelo Secuencial Integrativo (Sintomatología Ansiosa)

Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
Estímulos externos	Biológico	Conducta de interés	Inmediatas
Estar canalizada y conectada a monitores.	Leucemia Linfoide Aguda L2.	Sintomatología ansiosa ante los procedimientos médicos.	<u>Individuales</u>
Cuando quiere dormir, comer o ir al baño.	Quimioterapia con esquema San Judas.	Motoras.	<u>Internas</u>
Cuando se queda sola.		No se mueve.	“Ya no pienses en eso”.
		Responde cortantemente al personal médico.	“Gracias que tengo a mi mamá”.
	Déficit		Externas
Estímulos internos	De información sobre la leucemia y su tratamiento.	Cognitivas.	Le dice a su mamá que se siente desesperada.
Cuando experimenta un dolor fuerte (intratecal, esfuerzo para defecar, canalización mal colocada).		Incomodidad.	De otros
“Ya no quiero estar enferma”.	Historia de reforzamiento	Desesperación.	Su mamá le dice que se tranquilice.
“¿Por qué me pasó a mí?”.	Locus de control externo.	“Solo es por un tiempo, después estaré libre”.	Mamá la distrae.
	Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.	Fisiológicas.	Mediatas
		Sudoración.	De otros
		Sueño.	Mamá deja de hacer cosas por no dejarla sola.
		Taquicardia.	
		Sensación de falta de aire.	

Análisis Funcional

Victoria es una paciente de 19 años, soltera, con escolaridad de licenciatura trunca, originaria y residente del Estado de México, con reciente diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda L2, en tratamiento con esquema de quimioterapia San Judas. Ella refiere como motivo de consulta “Me siento muy desesperada de estar conectada a tantas cosas (señala la intravenosa y los monitores), más cuando quiero dormir, ir al baño o comer” (sic. pac.).

Se detecta sintomatología ansiosa asociada a los procedimientos médicos. La conducta blanco se caracteriza a nivel motor por inmovilidad y responder cortantemente al personal de salud. A nivel cognitivo por incomodidad, desesperación, pensamientos como “solo es por un tiempo, después estaré libre” y “no quiero que nadie me hable hasta que llegue mi mamá”. A nivel fisiológico por sudoración, sueño, taquicardia y sensación de falta de aire.

La conducta anterior, probablemente ocurre cuando está conectada a los monitores o a las soluciones, cuando quiere dormir, comer e ir al baño, cuando se queda sola y cuando experimenta un fuerte dolor debido a las intratecales, esfuerzo al defecar y a canalización mal colocada.

La conducta problema puede estarse manteniendo por pensamientos como “ya no pienses en eso” y “gracias que tengo mamá” y por el alivio momentáneo de la ansiedad que trae consigo cuando le comenta a su madre que está desesperada y la atención que esta le presta cuando le dice que se tranquilice y la distrae. Aunado a lo anterior, su mamá deja de realizar cosas por no dejarla sola.

Victoria presenta un déficit de información acerca de la leucemia y su tratamiento, tiene un locus de control externo y un estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Dado lo anterior, se considera dirigir el tratamiento a la disminución de la sintomatología ansiosa, por medio de una intervención cognitivo-conductual compuesto de las técnicas: psicoeducación, respiración pasiva, imaginación guiada y autoverbalizaciones.

Tabla C2
 Modelo Secuencial Integrativo (Sintomatología Depresiva)

Estímulo	Organismo	Repuestas	Consecuencias
<p>Estímulos externos Cuando está sola. Cuando el personal médico le dice a su mamá que tiene que pagar y no sabe qué hacer. Cuando mamá no sale a comer. Cuando su tío le dice “pobre de ti”.</p> <p>Estímulos internos “No me gusta estar así”. “¿Por qué a mí?”. “Todo es culpa mía, yo lo ocasioné”.</p> <p>Historia Contemporánea La noticia de su diagnóstico.</p>	<p>Biológico Leucemia Linfoide Aguda L2. Quimioterapia con esquema San Judas.</p> <p>Antecedentes Culturales, sistema de valores y creencias. La creencia de que la leucemia es una enfermedad fatal.</p> <p>Déficit De información sobre la leucemia y su tratamiento.</p> <p>Historia de reforzamiento Locus de control externo. Estilo de afrontamiento centrado en la emoción.</p>	<p>Conducta de interés Sintomatología depresiva ante estancia hospitalaria.</p> <p>Motoras. Dormir durante el día. Llorar. Deja de hablar.</p> <p>Cognitivas Tristeza. Culpabilidad. Se siente sola. “Me van a dejar sola aquí”. “Mi mamá está aquí por mi culpa”. “Si me quedara sola, ya no me importaría seguir con el tratamiento”. “Mis otros familiares me tienen lástima”. “Odio que me digan pobrecita y que me tengan lástima”.</p> <p>Fisiológicas. Dificultades para mantener el sueño durante la noche.</p>	<p>Inmediatas</p> <p>Externas Le cuenta a mamá como se siente.</p> <p>De otros Su mamá le dice que ya no la va a dejar sola, que ya no esté triste y que ya no se va a tardar. Mamá juega, platica y ve la TV con ella.</p> <p>Mediatas Individuales Internas Aumenta la culpabilidad y la depresión.</p> <p>De otros Mamá deja de hacer cosas por no dejarla sola.</p>

Análisis Funcional

Victoria es una paciente de 19 años, soltera, con escolaridad de licenciatura trunca, originaria y residente del Estado de México, con reciente diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda L2, en tratamiento con esquema de quimioterapia San Judas. Ella refiere como motivo de consulta “me siento triste por mi mamá y abuelita que son las que están conmigo, ellas no tienen dinero, las estoy haciendo sentir mal... También me siento triste cuando me dejan sola y cuando vienen a pedirle pagos a mi mamá” (sic. pac.).

Durante las entrevistas se detecta sintomatología depresiva relacionada con la estancia hospitalaria. La conducta problema se caracteriza a nivel motor por dormir durante el día, llorar y dejar de hablar. A nivel cognitivo por tristeza, culpabilidad y sentirse sola; por pensamientos como “me van a dejar sola aquí”, “mi mamá está aquí por mi culpa”, “si me quedara sola, ya no me importaría seguir con el tratamiento”, “mis otros familiares me tienen lástima” y “odio que me digan pobrecita y que me tengan lástima”. A nivel fisiológico por dificultades para mantener el sueño durante la noche.

La conducta anterior ocurre cuando está sola, cuando el personal médico le dice a su mamá que tiene que pagar y no sabe qué hacer, cuando mamá no sale a comer y cuando su tío le dice “pobre de ti”. Además de pensamientos como “no me gusta estar así”, “¿por qué a mí?” y “todo es culpa mía, yo lo ocasioné”. Como antecedente de historia contemporánea se encuentra la noticia de su diagnóstico.

La conducta problema puede estar siendo mantenida cuando le cuenta a su madre como se siente y esta le dice que ya no la va a dejar sola, que ya no esté triste y que ya no se va a tardar, juega, platica y ve la TV con ella, aliviando momentáneamente, la sintomatología depresiva. Además, la culpabilidad y la depresión aumentan y mamá deja de realizar cosas por no dejarla sola.

Victoria cree que la leucemia es una enfermedad fatal, de la que todos mueren, como una idea culturalmente aprobada. Presenta un déficit de información acerca de la leucemia y su tratamiento, tiene un locus de control externo y un estilo de afrontamiento centrado en la emoción.

Por lo anterior, se planea dirigir el tratamiento cognitivo-conductual a la disminución de la sintomatología depresiva, compuesto por las técnicas: psicoeducación, elementos de terapia cognitiva, elementos de solución de problemas y orientación.

Hipótesis funcional

Si la paciente recibe un tratamiento cognitivo-conductual compuesto de las técnicas: psicoeducación, respiración pasiva, imaginación guiada, autoverbalizaciones, elementos de terapia cognitiva, de solución de problemas y orientación; disminuirá su sintomatología de ansiedad y depresión.

Diagnóstico DSM IV

Eje I: Sintomatología ansioso-depresiva asociada a la estancia hospitalaria.

Eje II: Sin diagnóstico en el Eje II (V71.09).

Eje III: Leucemia Linfoide Aguda (C91.0).

Eje IV: Problemas económicos.

Eje V: EEAG 61-70.

Diagnóstico DSM V

Dx. Principal. Sintomatología ansioso-depresiva asociada a la estancia hospitalaria. Leucemia Linfoide Aguda. Problemas económicos. WHODAS: 29 (Administrado por el entrevistador, 12 preguntas).

Objetivos de la Intervención Psicológica

General

Disminuir en la paciente, sintomatología ansiosa y depresiva a nivel cognitivo y conductual.

Específicos

La paciente:

Identificará qué es la leucemia, la importancia del tratamiento, sus efectos secundarios y algunas estrategias para reducirlos.

Reconocerá qué es la depresión y la ansiedad.

Adquirirá la habilidad de relajarse y de controlar reacciones fisiológicas por medio de respiración y la imaginación guiada.

Utilizará autoverbalizaciones para controlar la ansiedad derivada de los procedimientos médicos invasivos.

Identificará sus pensamientos distorsionados y los modificará por otros más adaptativos.

Programará actividades para poner a prueba la creencia de que algo malo va a suceder si se queda sola.

Identificará los pasos de solución de problemas.

Pondrá en práctica los elementos de solución de problemas en dificultades de su vida diaria, con especial atención en los problemas económicos que refiere.

Se acercará a asociaciones que puedan brindarle apoyo económico.

Selección de técnicas

- Psicoeducación.
- Respiración pasiva.
- Imaginación Guiada.
- Autoverbalizaciones.
- Elementos de terapia cognitiva.
- Elementos de solución de problemas.
- Orientación.

Descripción de las Sesiones

La descripción de la intervención por sesión se muestra en la Tabla C3.

Tabla C3

Descripción de las Sesiones

Sesión y fecha	Técnicas de Intervención	Procedimiento	Resultados
Sesión 1 07/01/2019 Hospitalización	Observación Clínica Entrevista Conductual	-Presentación del médico conductual con la paciente. -Se realiza entrevista conductual.	“He escuchado que probablemente tengo leucemia... solo sé que es cáncer en la sangre... una enfermedad mala” (sic. pac.). “Si no fuera tan grave, me sentiría bien, si así fuera leucemia, no me dejaría caer” (sic. pac.).

	Evaluación ENA de Depresión	-ENA de depresión.	<p>“Me siento triste por mi mamá y abuelita que son las que están conmigo, ellas no tienen dinero, las estoy haciendo sentir mal” (sic. pac.).</p> <p>Tristeza: 8/10</p>
<p>Sesión 2</p> <p>08/01/2019</p> <p>Hospitalización</p>	Respiración pasiva e Imaginación guiada	<p>-Se explica que para disminuir la percepción de dolor se puede utilizar algunas técnicas de relajación.</p> <p>-Se valora si Victoria tiene habilidades para imaginar, lo cual resulta positivo.</p> <p>-Se pide que describa un lugar que le agrade, en el cual pueda relajarse y que no le traiga recuerdos que la puedan poner más ansiosa o triste. Menciona que ese lugar es la playa.</p> <p>-Se entrena en respiración pasiva.</p> <p>-Se usa imaginación guiada.</p>	<p>Al momento de llegar con la paciente esta se encuentra llorando, refiriendo “me acaban de cambiar la canalización, pero me lastimaron mucho, mi brazo está muy inflamado” (sic. pac.). Refiere una ENA de dolor 9/10.</p> <p>“sí, veo un plato blanco con florecitas... los pepinos están cortados en rodajas y tienen mucho chilito... ya se me antojó” (sic. pac.).</p> <p>“Me gustaría ir a la playa, hay una sombrilla roja con blanco, yo me quiero sentar ahí, cerca hay una pelota de colores y estoy comiendo sandía” (sic. pac.).</p> <p>ENA de dolor después de la técnica: 4/10</p> <p>Deja de llorar.</p>
	Entrevista Conductual	<p>-Se detecta el segundo motivo de consulta.</p> <p>-Se retoman parámetros de la conducta y relaciones funcionales.</p>	<p>“También me siento triste cuando me dejan sola y cuando vienen a pedirle pagos a mi mamá” (sic. pac.).</p> <p>“Me siento muy desesperada de estar conectada a tantas cosas (señala la intravenosa y los monitores), más cuando quiero dormir, ir al baño o comer” (sic. pac.).</p>
	Aplicación de Instrumentos	-Se aplica HADS, IDARE y CES-D	<p>HADS</p> <p>Ansiedad: 9 (dudoso)</p> <p>Depresión: 4 (ausente)</p>

	(HADS, IDARE y CES-D).		<p><i>IDARE</i> Estado: 40 (medio) Rasgo: 49 (alto) <i>CES-D</i> 22 (síntomas depresivos clínicamente significativos)</p> <p>Tristeza: 7/10 Desesperación: 5/10</p>
	ENA de Depresión y Ansiedad	<p>-ENA de depresión y ansiedad.</p> <p>Tarea: practicar imaginación guiada cuando se sienta desesperada.</p>	
Sesión 3	Respiración pasiva e Imaginación guiada	-Se retoma imaginación guiada y se explica que la técnica también se puede utilizar para controlar reacciones fisiológicas.	<p>“ya la he utilizado cuando mi mamá se va, cuando me siento muy desesperada y no puedo dormir en las noches... me relaja mucho, siento que me ha ayudado” (sic. pac.). “sí, también puedo usarla cuando mi corazón se acelera y no puedo respirar bien” (sic. pac.).</p>
10/01/2019			<p>“solo sé que la leucemia es cáncer en la sangre, que me van a poner quimioterapia... se me va a caer el cabello” (sic. pac.).</p>
Hospitalización	Psicoeducación: leucemia, quimioterapia y sus efectos secundarios.	-Se indaga qué sabe y qué desea saber la paciente acerca de la enfermedad (se hace un listado de dudas), el tratamiento y efectos secundarios.	<p>Dudas: ¿Me voy a curar? ¿Cuánto tiempo voy a estar aquí? ¿Cómo son las quimioterapias? *Se le solicita que le pregunte a la doctora si puede curarse y se le comenta que el resto de las dudas se aclararán la siguiente sesión.</p>
		-Se explica que es la leucemia, cual es la función de la quimioterapia y sus efectos secundarios	<p>“Entendí que los soldaditos se están reproduciendo como locos, le quitan lugar a las otras células, por eso mi anemia... La quimioterapia va a barrer con todas esas células, tanto las buenas con las malas... se me va a caer el cabello, se me puede ir</p>

		el hambre, me voy a sentir cansada, me pueden dar infecciones, por eso deben cuidarme mucho” (sic. pac.).
ENA de Depresión y Ansiedad	-ENA de depresión y ansiedad.	Victoria le platica a su abuela sobre esta información.
		Tristeza: 7/10 Desesperación: 4/10

Nota: El 11 de enero, durante el pase de visita la abuela le pregunta acerca de la cura, a lo que la doctora le dice que, por la edad de Victoria, es probable que se cure, después menciona “aún no acepto lo que le pasa a mi nieta, no me hago a la idea” (sic. fam.), mostrando facie preocupada. Asimismo, evidencia que hay problemas de comunicación entre las cuidadoras. Al intervenir con ella indica “no puedo dejar de pensar en mi nieta, no he dormido porque me la paso pensando por qué le pasó a ella que es tan buena niña, pienso que pudo haber sido por mi culpa, tal vez no la cuidé bien “(sic. fam.) mostrando llanto contingente. Señala que le gustaría saber por qué da la leucemia, cuánto tiempo dura el tratamiento y si Victoria podrá hacer una vida normal. Se brinda psicoeducación de las causas de la leucemia para disminuir sentimientos de culpa y se usa detención de pensamiento para controlar pensamientos rumiativos. También refiere “en la mañana le pregunté a la doctora lo mismo que ya le había dicho a mi hija, es que no les creo lo que me informan, siento que no me dicen la verdad para no preocuparme” (sic. fam.). Por lo que se acuerda llevar una bitácora de todo lo que les digan y los procedimientos que le hagan a Victoria.

Sesión 4 14/01/2019 Hospitalización	Psicoeducación: Esquema de quimioterapia San Judas y la importancia de las intratecales.	-Se muestra gráficamente el esquema de quimioterapia san Judas, se habla de la duración del tratamiento y se recalca la importancia de recibir el tratamiento.	“Es verdad, ahorita solo me han estado dando pastillas, entonces ya mañana me ponen la inyección en la espalda y después la de la pompa y también voy a comenzar con la medicina por la vena” (sic. pac.).
			“¿Las intratecales son dolorosas?... ah entonces depende de que tanto tolere el dolor... el aspirado no me dolió tanto” (sic. pac.). “ya entendí por qué son importantes las intratecales, protegen mi cerebro de la enfermedad” (sic. pac.).
	Orientación	-Se orienta sobre las asociaciones que pueden apoyarla	“Comenzaremos a buscar ayuda en estas asociaciones” (sic. fam.).

		económicamente y de algunos de los requisitos. Tarea: solicitar resumen médico.	
	ENA de Depresión y Ansiedad	-ENA de depresión y ansiedad.	Tristeza: 8/10 Desesperación: 5/10
Nota: El 15 de enero, por solicitud de la residente de hematología, se acompaña a la paciente durante la colocación de quimioterapia intratecal, donde se le observa realizar los ejercicios de respiración pasiva de manera correcta. Sin embargo, al concluir el procedimiento refiere mucho dolor (9/10) mientras llora, también menciona que se le dificultó concentrarse en la imaginación guiada.			
Sesión 5 17/01/2019 Hospitalización	Información: Estrategias para disminuir efectos secundarios del tratamiento.	-Se brinda información de las conductas que puede realizar para aminorar los efectos secundarios de la quimioterapia.	“Creo que estos consejos podrán ayudarme más adelante” (sic. pac.).
	Devolución de resultados de la evaluación. Psicoeducación: ansiedad y depresión.	-Se le comenta de los resultados de las pruebas y se le muestra los modelos secuenciales integrativos.	“Lo que me comentas coincide con cómo me siento... en cuanto a lo de la depresión, es cierto que ya me había pasado antes” (sic. pac.). “Sí, me gustaría que continuáramos trabajando con la ansiedad primero, porque es lo que constantemente siento aquí” (sic. pac.).
	Respiración pasiva e Imaginación guiada.	-Se retoma la técnica debido a las complicaciones surgidas.	“La he hecho cuando me ponen inyecciones y durante la intratecal, pero por el dolor, me cuesta trabajo concentrarme... para dormir por las noches, o cuando me siento muy ansiosa, me ayuda mucho” (sic. pac.).
	ENA de Depresión y Ansiedad	-ENA de depresión y ansiedad.	Tristeza: 9/10 Desesperación: 8/10 <i>Nota:</i> al final de esta sesión se monitorea a la abuela y comenta

			“ya me siento mejor, parar los pensamientos me ha ayudado... ya estamos usando la bitácora y nos ha ayudado a ser más organizadas” (sic. fam.).
Sesión 6 21/01/2019 Hospitalización	Autoverbalizaciones Respiración pasiva	-Se ofrece psicoeducación sobre la función de la técnica y los momentos en que pueda usarla. -Se seleccionan las autoverbalizaciones que la hacen sentir tranquila.	“Puedo usarla cuando me hagan los procedimientos o cuando me desespero cuando voy al baño o estoy comiendo” (sic. pac.). Autoverbalizaciones: *Voy a salir adelante *No voy a estar sola *Va acabar pronto este procedimiento. *Va a pasar el dolor. *Le tengo que echar ganas.
		-Se le pide que las diga en voz baja y que poco a poco las vaya interiorizando.	Cierra los ojos, respira y susurra.
	ENA de Depresión y Ansiedad	-ENA de depresión y ansiedad. Tarea: Escribirlas en papeles de colores y colocarlas en un lugar donde estén visibles. Hacer un autorregistro de las veces que la utiliza.	Tristeza: 4/10 Desesperación: 3/10
Sesión 7 24/01/2019 Hospitalización	Autoverbalizaciones	-Se retoma la técnica	Victoria muestra sus autoverbalizaciones escritas y su libreta con su autorregistro. Fecha y hora: 24/01/19 6:00 pm Situación: Me pusieron la intratecal. Ansiedad antes: 10 Ansiedad después: 4 De la realización de la técnica menciona, “me dolió menos que la vez pasada... 7/10” (sic. pac.).
	Programación de actividades	-Se explica el objetivo de la técnica (que la	“Creo que sí, es mejor que haga otras cosas en lugar de quedarme

		paciente compruebe que no pasa nada si se queda sola y que puede hacer más cosas que llorar y dormir durante el día) -Se hace una lista de las actividades que pueda realizar.	dormida o ponerme a llorar” (sic. pac.). Actividades: -colorear -sopa de letras -dibujar -leer -papiroflexia
	ENA de Depresión y Ansiedad	-ENA de depresión y ansiedad.	Tristeza: 2/10 Desesperación: 0/10
Sesión 8 29/01/2019 Hospitalización	Programación de actividades	-Se comienza con la calendarización de las actividades. Tarea: hacer la programación del resto de la semana. La sesión se realiza rápido pues le iban a aplicar la intratecal.	Victoria hace su programación del lunes. Victoria comenta que durante la mañana, tuvo adormecimiento de una pierna mientras estaba en el sanitario y que no la podía mover “solo después de ver que no podía moverla, me sentí muy ansiosa, yo estaba muy tranquila, ahorita ya me siento menos ansiosa” (sic. pac.). “Me puse a recordar mis estrellitas y me ayudó a calmarme” (sic. pac.).
	ENA de Depresión y Ansiedad	-ENA de depresión y ansiedad.	Tristeza: 5 Desesperación: 8
	Respiración pasiva y Autoverbalizaciones	Debido al evento mencionado, la residente de hematología solicita el apoyo de medicina	Se observa a Victoria tranquila, respirando y usando autoverbalizaciones. Ya no muestra llanto, ni se queja de dolor.

conductual durante el procedimiento.

ENA de
Depresión y
Ansiedad

-ENA de depresión y
ansiedad.

Tristeza: 0
Desesperación: 3

Resultados

En seguida, se presentarán los resultados obtenidos durante las 8 sesiones que se trabajaron con Victoria, cabe resaltar, que el caso aún sigue en curso.

En la pre-evaluación se observa que Victoria obtuvo lo siguiente (ver Tabla C4).

Tabla C4

Resultados de pre-evaluación

Prueba	Resultado
HADS	Ansiedad: 9 (dudoso). Depresión: 4 (ausente).
IDARE	Estado: 40 (medio). Rasgo: 49 (alto).
CES-D	22 (síntomas depresivos clínicamente significativos).

En cuanto a los resultados de la ENA de ansiedad y depresión que se muestran en la figura C2 y C3, se puede observar que ambas sintomatologías iban disminuyendo hasta la última sesión que vuelven a aumentar, debido a las parestesias que la paciente presentó ese día, sin embargo, al terminar la sesión, ambas disminuyen.

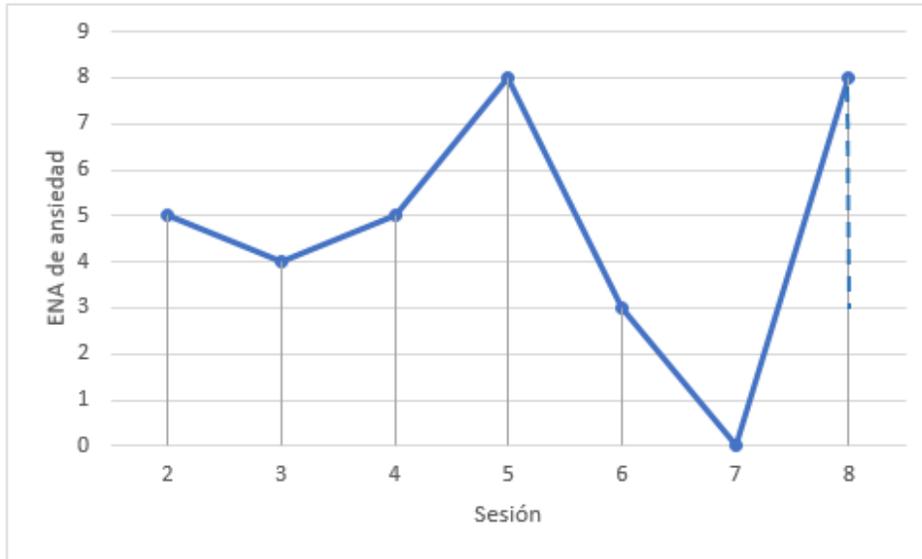


Figura C2. Nivel de ansiedad percibido a lo largo de la intervención.

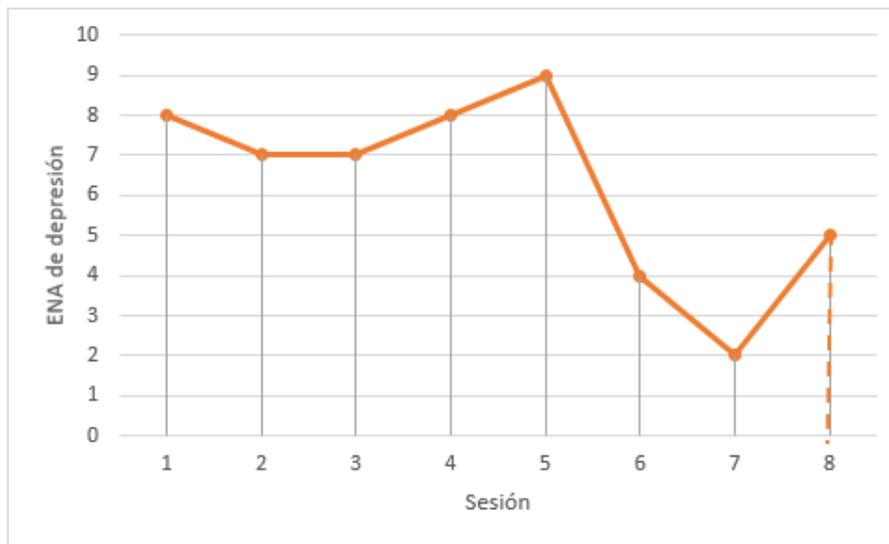


Figura C3. Nivel de depresión percibido a lo largo de la intervención.

Respecto a los resultados cualitativos de la intervención, hasta el momento la paciente refiere “me han servido las técnicas, ya no me desespero, las intratecales me duelen menos y pasa más rápido el tiempo” (sic. pac.).

Al analizarlos por el objetivo de cada sesión se obtuvo (ver tabla C5):

Tabla C5

Resultados cualitativos por sesión

Objetivos de las sesiones	Resultados de las sesiones
Usar Imaginación guiada para disminuir respuesta fisiológica	<p>“ya la he utilizado cuando mi mamá se va, cuando me siento muy desesperada y no puedo dormir en las noches...me relaja mucho, siento que me ha ayudado” (sic. pac.).</p> <p>“sí, también puedo usarla cuando mi corazón se acelera y no puedo respirar bien” (sic. pac.).</p> <p>Disminución del dolor de una ENA de 9 a 4.</p> <p>Deja de llorar.</p>
Identificar qué es la leucemia, la función de la quimioterapia y sus efectos secundarios.	<p>“Entendí que los soldaditos se están reproduciendo como locos, les quitan lugar a las otras células, por eso mi anemia... La quimioterapia va a barrer con todas esas células, tanto las buenas con las malas... se me va a caer el cabello, se me puede ir el hambre, me voy a sentir cansada, me pueden dar infecciones, por eso deben cuidarme mucho” (sic. pac.).</p>
Reconocer el esquema de quimioterapia al que se someterá y la importancia de la quimioterapia intratecal.	<p>“Es verdad, ahorita solo me han estado dando pastillas, entonces ya mañana me ponen la inyección en la espalda y después la de la pompa y también voy a comenzar con la medicina por la vena” (sic. pac.).</p> <p>“ya entendí por qué son importantes las intratecales, protegen mi cerebro de la enfermedad” (sic. pac.).</p>
Identificar sintomatología ansioso-depresiva.	<p>“Lo que me comentas coincide con cómo me siento... en cuanto a lo de la depresión, es cierto que ya me había pasado antes” (sic. pac.).</p>
Determinar las autoverbalizaciones que reduzcan la ansiedad.	Ver sesión 6
Utilizar autoverbalizaciones para controlar sintomatología ansiosa durante procedimientos médicos invasivos.	Ver sesión 7 y 8
Identificar actividades que pueda realizar durante el internamiento.	<p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> -colorear -sopa de letras -dibujar -leer -papiroflexia
Programar actividades diarias para comprobar que no pasa nada si se queda sola	En proceso

y que puede hacer más cosas
en lugar de llorar y dormir.

Discusión y Conclusiones

El objetivo de este caso fue ilustrar cómo la edad y etapa de la vida de los pacientes, puede potencializar aún más la sintomatología ansioso-depresiva que se presenta al enfrentarse a un diagnóstico de cáncer.

En el caso de Victoria, ella se encuentra en la transición de la adolescencia a la adultez temprana. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, s.f.), la adolescencia es un periodo entre la niñez y la adultez que comprende las edades de 10 a 19 años, la cual se encuentra inundada de cambios. Park y Rosenstein (2015) mencionan que los niveles de ansiedad y de otros trastornos psicológicos son sustancialmente más altos en los adolescentes y adultos jóvenes con cáncer en comparación con los adultos tardíos.

La transición de la adolescencia a la edad adulta joven se asocia con una mayor independencia y autonomía y formación de identidad propia. Se puede identificar como un momento vulnerable. Los pacientes en esta edad experimentan los estresores psicológicos típicos de esta etapa, pero además hacen frente a los temores, la incertidumbre y la carga de un diagnóstico que pone en riesgo la vida. Con los tratamientos adecuados, la mayoría de estos pacientes alcanzan una cura, pero antes deben someterse a quimioterapia intensiva durante muchos meses o años. Es por eso que la intervención psicológica es de suma importancia (Muffly et al., 2016).

Aunado a lo anterior, durante la adolescencia, las emociones se experimentan de manera exagerada, presentan actitudes extremas de ira, de ansiedad, risas, reacciones extrañas a cosas cotidianas, importancia excesiva a nimiedades, actuación repentina de excitación y de depresión (Silva, 2008), lo cual puede explicar la variación de las ENAs.

Para decidir con qué problemática comenzar a trabajar, se utilizaron los criterios de urgencia, pues para la paciente representa mayor malestar constante la sintomatología ansiosa derivada de los procedimientos médicos. También por criterio de jerarquía de habilidades, ya que primero se entrenó en habilidades básicas, como las de relajación y psicoeducación, para ir

aumentando su complejidad con la terapia cognitiva. Y por criterio de adherencia, pues los resultados de las técnicas de relajación son más fáciles de detectar y por tanto, favorecen la adherencia desde el principio del tratamiento (Muñoz, 2001 como se citó en Becerra & Reynoso, 2014).

A partir de la programación de actividades, se comenzaron a trabajar simultáneamente las dos patologías, dado que en ambas se presentaba como estímulo antecedente el quedarse sola.

Según los resultados arrojados hasta el momento, la ansiedad y la depresión fueron disminuyendo, hasta la última sesión que incrementaron por las parestesias que presentó Victoria ese mismo día, pero al final de la sesión vuelven a disminuir, además, con base en su registro, usó autoverbalizaciones para decrementar la ansiedad. Cualitativamente hablando, se han cumplido la mayoría de los objetivos por sesión y la paciente ha identificado mejorías en su estado de ánimo y ha encontrado útiles las técnicas.

Como elemento a mejorar, destaca la ejecución de la programación de actividades.

Referencias

- Mihaela, A.M., & Zeno, R. (2014). The evolution of depression and anxiety in cases of leukemia depending on the phases of the disease and the treatment. *Procedia. Social and Behavioral Sciences*, 127, 887- 889.
- Muffly, L.S., Hlubocky, F.J., Khan, N., Wroblewski, K., Breitenbach, K., Gomez, J., McNeer, J.L, Stock, W., & Daugherty, C.K. (2016). Psychological morbidities in adolescent and young adult blood cancer patients during curative-intent therapy and early survivorship. *Cancer*, 122 (6), 954-961.
- Muñoz, M. (2001). Formas de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En A.L. Becerra y L. Reynoso (Coords). *Medicina conductual. Teoría y Práctica*. (pp.113). México: Qartuppi.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Desarrollo en la adolescencia*. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Park, E.M., & Rosenstein, D.L. (2015). Depression in adolescents and young adults with cancer. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17 (2), 171-180
- Silva, A. (2008). Ser adolescente hoy. *Fermentum*, 18 (52), 312-332.

Anexo 1: Registro de Uso de Autoverbalizaciones

DIA				MES			AÑO			FOLIO	
Fecha y hora	Situación	Cal. Ansiedad Antes	Cal. Ansiedad después								
22/01/2019 6:00 pm	Cuando me van a poner la intratecal.	10	4								
29/01/2019 10:00 am	se me durmio mi pierna.	9	5								
28/01/2019 1:00 pm	Cuando me pusieron cateter	8	2								

Anexo 2: Programación de actividades

Diario de Actividad diaria

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
7am to 9am	Hablar con mamá Bañarme	Bañarme	Bañarme	Bañarme	Bañarme	Platicar con Fer y mi tío Ricardo	Platicar con mamá
9am to 10am	Dibujar	Leer					
10am to 11am	Desayunar	Desayunar	Desayunar	Dibujar	Desayunar	Colorear	Leer
11am to 12pm	Leer	Dibujar	Ver Pelicula	Desayunar	Desayunar	Desayunar	Desayunar
12 to 1	sopa de letras	Papiroflexia	Leer	Colorear	Papiroflexia	Hablar con Fer	sopadeletras
1 to 2	Papiroflexia	Jugar Basta	Leer	Ver pelicula	Sopa de letras	Leer	Leer
2 to 3	Comer	Comer	Comer	Comer	Comer	Comer	Comer
3 to 4	Colorear	Sopadeletras	Papiroflexia con mi mamá	Leer	Loteria		Loteria
4 to 5	Leer	Colorear	Dibujar	Hablar con mi mamá	Colorear	sopadeletras	Dibujar
5 to 6	Platicar con mamá	Loteria	Loteria	Colorear	Leer	Papiroflexia	Dibujar
6 to 7	Papiroflexia con mamá	Leer	Papiroflexia	Sopa de letras	Dibujar	Ver pelicula	Hablar con mi abuelo
7 to 8	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena	Cena
8 to 9	Loteria	Ver Pelicula	Sopa de letras	Sopadeletras	Leer	Loteria	Colorear
9 to 10	Ver pelicula	Hablar con mamá	Leer	Colorear	Hablar con Fer	Sopa de letras	Dibujar
10 to 12am	Imaginación goleada	Escuchar musica	Ver pelicula	Imaginación guile de	Hablar con mamá	Ver videos	escuchar musica

© creative commons @ http://psychology.too

Apéndice D. Cartas Descriptivas

Objetivo General: Disminuir reacciones fisiológicas de ansiedad asociadas con el BAMO						
Objetivo Particular	Técnica	Actividades		Material	Criterios de Cambio	Técnicas de evaluación
		Terapeuta	Paciente			
Que el paciente identifique la importancia del BAMO y la manera en que se realiza el procedimiento.	Psicoeducación del BAMO	Explicar la importancia del BAMO para el diagnóstico y tratamiento. Solicitar que explique con sus propias palabras la importancia del procedimiento. Presentar el video “Psicoeducativo Aspirado de Médula Ósea”,	Poner atención, escuchar, explicar con sus propias palabras la importancia del BAMO, observar el video, responder preguntas acerca de él, hacer preguntas.	Formato de entrevista Semiestructurada breve. Video “Psicoeducativo Aspirado de Médula Ósea”.	Que explique con sus propias palabras la importancia del BAMO.	Entrevista. Reporte Verbal.

		Hacer preguntas sobre él (¿Qué le pareció el video?, ¿hay algo de eso que le preocupe?, ¿Hay algo más que quisiera saber?)				
Que el paciente controle su respiración con el fin de relajarse.	RP	Explicar la utilidad de la técnica en la disminución de ansiedad ante el BAMO. Modelar la técnica. Guiar al paciente en su realización.	Que identifique cómo le ayudaría la técnica durante el BAMO. Que siga instrucciones de la técnica.	Ninguno	Que mencione cómo cree que podría ayudarle la técnica durante el procedimiento. Que realice la técnica adecuadamente.	Observación Reporte verbal

<p>Que el paciente disminuya reacciones fisiológicas de ansiedad ante BAMO por medio de autoverbalizaciones.</p>	<p>Autoverbalizaciones</p>	<p>Explicar el objetivo de la técnica. Evocar autoverbalizaciones que ayuden a disminuir ansiedad en el paciente. Hacer mediciones.</p>	<p>Que identifique cómo le ayudaría la técnica durante el BAMO. Proponer verbalizaciones que le ayuden a disminuir ansiedad y que le permitan distraerse Responder escalas y permitir la toma de mediciones fisiológicas</p>	<p>Hojas pequeñas y marcadores. Escala de Ansiedad-Tensión, la EEF-A, la EEF-D Oxímetro-pulsómetro Baumanómetro.</p>	<p>Que mencione cómo cree que podría ayudarle la técnica durante el procedimiento. Que anote 5 autoverbalizaciones. Que las medidas fisiológicas y de las escalas disminuyan.</p>	<p>Escala de Ansiedad-Tensión, la EEF-A, la EEF-D, TA y FC.</p>
--	----------------------------	---	--	--	---	---

Apéndice E. Consentimiento Informado



Universidad Nacional Autónoma de México
Hospital Juárez de México
Servicio de Hematología
Medicina Conductual



Consentimiento Informado

Yo _____ voluntariamente, autorizo ser parte de la investigación que tiene como título “*Técnicas de Distracción para Disminuir Reacciones Fisiológicas de Ansiedad ante Biopsia/Aspirado de Médula Ósea*” que tiene como objetivos:

1. Brindarle estrategias que le ayuden a afrontar de manera más tranquila el aspirado/ biopsia de médula ósea y así disminuir la percepción de molestia.
2. Comparar dos técnicas que producen relajación, para identificar cuál es la más eficaz en este procedimiento y ayudar así, a futuros pacientes del servicio de hematología.

Mi participación consiste en:

1. Contestar el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), la Escala de Ansiedad-Tensión y la Escala de Expresión Facial de Ansiedad y Dolor (EEF-A).
2. Permitir que me tomen la presión arterial y el pulso.
3. Seguir las indicaciones de las técnicas autoverbalizaciones o imaginación guiada.

Quedo en el entendido de que la participación en este estudio es completamente voluntaria y la información que se genere es confidencial, respetando mi integridad física y moral.

Responsable de la investigación Lic. en Psic. María Luisa Escamilla Gutiérrez (Medicina Conductual)

Firma del paciente

Apéndice F. Entrevista Semiestructurada Breve



Universidad Nacional Autónoma de México
 Hospital Juárez de México
 Servicio de Hematología
 Medicina Conductual



Entrevista Breve

Folio: _____.

Fecha: ___ / ___ / ___.

Todos los datos aquí solicitados son de carácter confidencial, por lo que no serán compartidos con nadie. Sólo serán usados para fines de investigación.

- 1. Nombre: _____
- 2. Edad: _____ 3. Sexo: M ___ F ___ 4. Lugar de residencia: _____
- 5. Escolaridad: _____ 6. Talla _____ 7. Peso _____
- 8. Lugar de aplicación: _____
- 9. Enfermedades que padece: _____
- 10. Se encuentra en atención psiquiátrica o psicológica _____
- 11. ¿Qué medicamentos toma? _____
- 12. Criterios del DSM-IV para fobia específica:

Siente temor excesivo, desencadenado por estar en el hospital y/o a las inyecciones.	Sí	No
Estar en el hospital o que le administren inyecciones, lo ponen tan ansioso y no puede controlarlo.	Sí	No
Reconoce que el miedo es irracional y excesivo.	Sí	No
Evita o soporta con mucha ansiedad el estar en el hospital o que le administren inyecciones.	Sí	No
Esta situación le afecta considerablemente.	Sí	No

- 13. ¿Es la primera vez que se somete al aspirado o biopsia de médula ósea? Sí () No ()
- 14. ¿Conoce cómo es el procedimiento? Sí () No ()
- 15. ¿Cómo se imagina que es?

- 16. ¿Para qué sirve? _____

17. ¿Por qué es importante realizárselo? _____

18. ¿Hay algo que le gustaría saber del procedimiento? _____

19. ¿El médico le ha hablado sobre sus sospechas acerca de la enfermedad que usted puede padecer?

Después del Video

20. ¿Qué le pareció el video? _____

21. ¿Hay algo de lo que vio que le preocupe? _____

22. ¿Hay algo más que quisiera saber? _____

23. Con sus propias palabras ¿Por qué es importante realizarse este estudio? _____

Medidas Fisiológicas

1. Al principio

T.A. _____ F.C. _____

2. Después de Respiración Pasiva

T.A. _____ F.C. _____

3. Antes del Procedimiento

T.A. _____ F.C. _____

4. Al terminar el Procedimiento

T.A. _____ F.C. _____

24. Técnica Usada: Autoverbalizaciones _____ Imaginación Guiada _____

25. Tiempo entre la respiración pasiva y el comienzo del procedimiento _____

26. Médico que realizó el procedimiento _____

27. Se realizó: Aspirado _____ Biopsia _____ Ambos _____

28. En qué parte del cuerpo se realizó: Esternón _____ Cresta iliaca _____

29. Tiempo de duración: _____ 29. Número de intentos _____

30. ¿Hubo algún contratiempo? _____

Apéndice G. Escala de Ansiedad-Tensión



Universidad Nacional Autónoma de México
Hospital Juárez de México
Servicio de Hematología
Medicina Conductual



ESCALA DE ANSIEDAD - TENSION

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrará una lista de síntomas. Marque con una **X** Si actualmente presenta o no el síntoma.

USTED SIENTE LA TENSION, LOS NERVIOS O LA ANSIEDAD EN:		
La frente	SÍ	NO
La nuca	SÍ	NO
El pecho	SÍ	NO
El estómago	SÍ	NO
La cara	SÍ	NO
Los brazos	SÍ	NO
Las piernas	SÍ	NO
CUANDO ESTA USTED TENSO, NERVIOSO O ANSIOSO:	SÍ	NO
Suda	SÍ	NO
Su corazón late más aprisa	SÍ	NO
Puede sentir los latidos de su corazón	SÍ	NO
Puede escuchar los latidos de su corazón	SÍ	NO
Se le calienta la cara o se sonroja	SÍ	NO
Siente frío en la piel y se le humedece	SÍ	NO
Le tiemblan las manos	SÍ	NO
Le tiemblan las piernas	SÍ	NO
Su estómago se le hunde o siente que se le contrae	SÍ	NO
Siente náusea	SÍ	NO
Se agarra fuerte o aprieta lo que tiene en las manos	SÍ	NO
Se rasca una parte del cuerpo	SÍ	NO
Cuando tiene las piernas cruzadas, mueve el pie de encima	SÍ	NO
Se come las uñas	SÍ	NO
Rechina o aprieta los dientes	SÍ	NO
Tiene problemas para hablar	SÍ	NO

Apéndice H. Escala de Expresión Facial de Ansiedad (EEF-A)



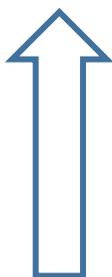
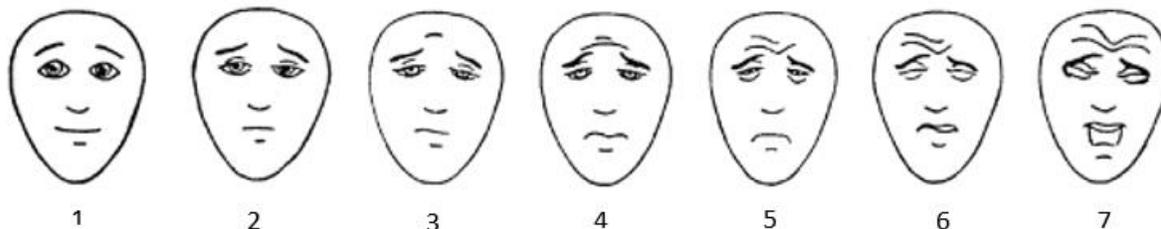
Universidad Nacional Autónoma de México
Hospital Juárez de México
Servicio de Hematología
Medicina Conductual



Escala de Expresión Facial de Ansiedad (EEF-A)

ANTES DEL PROCEDIMIENTO

Instrucciones: De las siguientes caritas, seleccione la que mejor describa cuánta ansiedad está sintiendo **AHORA** mismo.



7	La peor ansiedad tolerable
6	Ansiedad Extrema
5	Ansiedad Severa
4	Ansiedad Moderada
3	Ansiedad Leve
2	Ansiedad Escasa
1	Ansiedad Ausente

Apéndice I. Escala de Expresión Facial de Dolor (EEF-D)

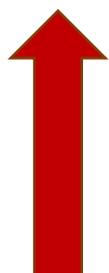
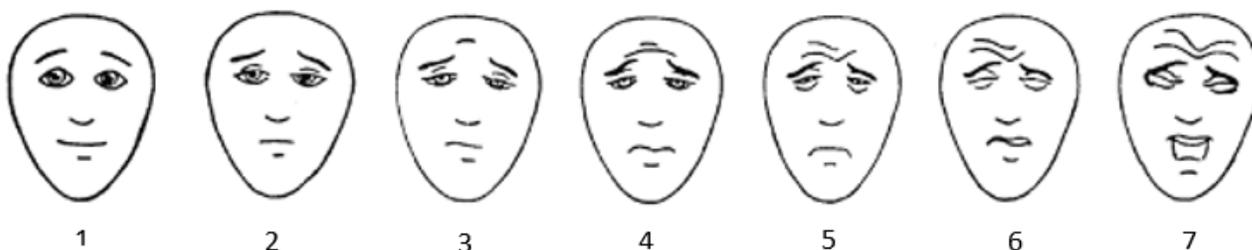


Universidad Nacional Autónoma de México
Hospital Juárez de México
Servicio de Hematología
Medicina Conductual



Escala de Expresión Facial de Dolor (EEF-D)

Instrucciones: De las siguientes caritas, seleccione la que mejor describa cuánto dolor sintió **DURANTE** el procedimiento.



7	El peor dolor tolerable
6	Dolor Extremo
5	Dolor Severo
4	Dolor Moderado
3	Dolor Leve
2	Dolor Escaso
1	Dolor Ausente