



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

**INTERVENCIÓN EN CRISIS ANTE EL SUICIDIO DE UN FAMILIAR: ESTUDIO DE CASO
CON UNA PACIENTE DE CÁNCER DE COLON**

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
LIC. CRISTIAN JAVIER OCAMPO SOLIS

TUTORA PRINCIPAL:
DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑÓN
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ:
MTRA. ANA LETICIA BECERRA GÁLVEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DR. CARLOS NARCISO NAVA QUIRÓZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
DRA. ROCÍO TRON ÁLVAREZ
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA ESTADO DE MÉXICO, ENERO, 2020



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

A mis padres, por apoyarme en esta nueva etapa de mi vida académica e impulsarme a terminar y no abandonar

A mi hermano por los consejos entre reclamos, chistes y sabiduría que me dieron claridad al momento de llevar mis actividades

A mi tutora Rosalva por tenerme paciencia, por guiarme y ayudarme a clarificar mis ideas al momento de presentar este trabajo

A mi revisora Ana Leticia por soportar mis redacciones y mis participaciones en clase y por recibirme cuando tenía dudas sobre la maestría

A mi revisor Carlos Nava por aventarse la tarea de revisar un trabajo de un alumno desconocido y tomarse el tiempo de revisar y recibirme con una increíble actitud

A mis amigos por estar conmigo en estos años, no dejarme vencer por el estrés, la depresión, la ansiedad y todas las patologías que me iba dejando el posgrado.

A mis compañeras de medicina conductual Ximena, Pamela, Diana Karen y Diana, por hacerme la residencia más alegre, con historias, compañía, bailes, bebida y comida, sin ustedes me hubiera vuelto loco.

A Andrea y Daniela por ser el mejor equipo de todo el hospital, por soportarme como nadie por dos años y por hacerme reír hasta casi ocasionarme una “muerte de cuna”, siempre tendrán un lugar importante en mi vida.

A mis profesores de la maestría por guiarme, compartirme su experiencia y facilitarme el desarrollo de habilidades que me permiten ser un mejor psicólogo.

A mi supervisora Cristina Bravo ya que su instrucción me sirvió bastante para poder atender mejor a mis pacientes en el servicio y comprender mejor la TCC.

Al coordinador de mi maestría Leonardo Reynoso por la ayuda y las facilidades que me brindó a lo largo de la maestría y siempre estar alegre y dispuesto a apoyarme.

Al Conacyt por el apoyo económico que me permitió llevar mis estudios de posgrado y culminar este trabajo.

Al Hospital Juárez de México por dejarme realizar mis prácticas como médico conductual.

Al jefe de servicio y todos los residentes de oncología por dejarme formar parte de su equipo de trabajo.

A todos los pacientes que dejaron que entrara a su vida para servirles y ayudarme a desarrollar habilidades que me permiten atender de una manera más eficiente y efectiva, es por ustedes que puedo garantizar que mi trabajo funciona y puede ser utilidad. Gracias.

Índice

Capítulo 1. Intervención en crisis ante el suicidio de un familiar para una paciente de cáncer colon	1
<hr style="border-top: 1px dashed black;"/>	
1. Planteamiento y delimitación del problema.....	1
1.1. El cáncer.....	1
1.2. Atención psicológica a pacientes oncológicos.	2
1.3. Suicidio.	7
1.4. El suicidio en pacientes oncológicos.....	9
2. Justificación	11
3. Objetivo General.....	13
4. Objetivos Específicos	13
5. Método.....	13
5.1. Tipo de estudio y diseño.....	13
5.2. Participante.....	13
5.3. Presentación del caso.	13
5.3.1. Motivo de consulta.....	14
5.3.2. Antecedentes.....	14
5.3.3. Dinámica familiar y familiograma.	15
5.3.4. Historia del problema.....	15
5.3.5. Padecimiento actual.	16
5.3.5. Impresión y actitud general.	18
5.3.5. Examen mental.....	18
5.3.6. Factores psicológicos complementarios.	18
5.3.7. Personalidad previa.....	18
5.3.8. Selección y aplicación de técnicas de evaluación.	18
5.3.9. Análisis y descripción de conductas problema.	19
5.3.10. Modelo de secuencias.....	20
5.3.11. Análisis funcional.....	21
5.3.12. Hipótesis funcional.	22
5.3.13. Diagnóstico multiaxial DSM IV.	22
5.3.14. Diagnóstico DSM 5.....	23
5.3.15. Objetivo general de la intervención.	23
5.3.16. Objetivos específicos.....	23
5.3.17. Selección de técnicas.....	23
5.4. Intervención.	24
6. Resultados.....	29

7. Discusión	31
Capítulo 2. Reporte de experiencia profesional	35
1. Medicina Conductual	35
1.1. Medicina Conductual en México.	37
2. Características de la Sede	38
2.1. Ubicación.	38
2.2. Antecedentes/Historia.	39
2.3. Nivel de atención.	39
2.4. Servicios de la sede.	39
3. Ubicación del residente en Medicina Conductual dentro de la Sede	40
3.1. Servicio de Oncología.	40
3.2. Líneas de autoridad.	40
3.3. Organigrama.	40
4. Actividades desarrolladas en la sede	41
4.1. Justificación.	41
4.2. Evaluación inicial del servicio.	42
4.3. Actividades diarias.	43
4.4. Actividades Académicas.	45
4.5. Productividad de pacientes atendidos.	46
4.6. Otras actividades no programadas.	50
5. Competencias profesionales alcanzadas	51
5.1. Actividades diarias.	51
5.2. Actividades académicas.	52
5.3. Protocolo.	52
5.4. Supervisión in situ y académica.	53
6. Evaluación	53
6.1. Servicio asignado.	53
6.2. Actividades diarias y académicas.	54
6.3. Protocolo.	54
6.4. Sistema de supervisión in situ y académica.	54
6.5. Competencias profesionales alcanzadas.	55
7. Conclusiones y sugerencias	55
Referencias	57

Capítulo 1. Intervención en crisis ante el suicidio de un familiar para una paciente de cáncer colon

1. Planteamiento y delimitación del problema

1.1. El cáncer.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) el cáncer se considera la principal causa de muerte en el mundo, tan solo en el 2015 ocasionó 8.8 millones de defunciones. Dicha enfermedad se origina por un proceso de crecimiento y diseminación de células y puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. En relación a esto, los cinco tipos de cáncer que provocan más defunciones a nivel mundial son: el pulmonar con 1, 69 millones de defunciones al año, hepático con 788,000 defunciones, colorrectal con 774,000, gástrico con 754,000 y mamario con 571,000.

En el caso particular de México, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2016), los tipos de cáncer más comunes son:

Para el caso de los hombres:

- Digestivos
- Genitales
- Hematopoyéticos
- Linfáticos
- Órganos respiratorios
- Células germinales

Para el caso de las mujeres:

- Mama
- Genitales
- Digestivos
- Células germinales
- Hematopoyéticos
- Linfáticos

Con relación a los tratamientos, el Instituto Nacional de Cancerología (InCan, 2017) refiere que los más comunes contra el cáncer de manera general son: la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, inmunoterapia, terapia dirigida, terapia hormonal, trasplante de células madre y medicina de precisión. De manera general, todo tratamiento puede generar un impacto en la vida de las personas, ya sea por el medicamento, los efectos de la cirugía o por la misma hospitalización.

Un ejemplo de lo anterior puede ser el cáncer de colon, que de acuerdo con el InCan del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), representa el cuarto cáncer más frecuente en México y a nivel mundial (INSP, 2019). Este cáncer puede representar un impacto en la vida de los pacientes, ya que, aunque el tratamiento depende de la etapa clínica y de la progresión de la enfermedad; en la mayoría de los casos el tratamiento principal es el quirúrgico (American Cancer Society, 2019) lo que puede llevar a un paciente a presentar complicaciones o síntomas físicos como dolor, sangrado, infecciones, coágulos en las piernas, fugas o fístulas (American Cancer Society, 2019a).

A estas complicaciones médicas se le pueden sumar problemas psicológicos que el paciente puede presentar a lo largo de su atención médica, desde el prediagnóstico hasta el periodo de seguimiento. Algunas de las cuales se presentan en la etapa de prediagnóstico y de seguimiento son el miedo y la incertidumbre, lo cual si se confirma el diagnóstico de cáncer puede desencadenar en ansiedad, tristeza, frustración, depresión y otro tipo de emociones que pueden afectar la calidad de vida del paciente (Vilallonga, 2018).

1.2. Atención psicológica a pacientes oncológicos.

Con el objetivo de prevenir o disminuir las dificultades emocionales que puede presentar un paciente oncológico, se debe realizar una evaluación continua y oportuna en diferentes momentos de la atención médica del paciente. En este sentido, Cruzado (2015) menciona que la evaluación psicológica debe abarcar la mayoría de los factores que influyen en la calidad de vida de un paciente oncológico. Algunas de estas áreas de evaluación son: 1) las variables sociodemográficas, 2) variables médicas, 3) el estado

mental, 4) la información médica que posee el paciente, 5) la relación con el cuidador principal, 6) vulnerabilidad psicológica y salud mental, 7) acontecimientos estresantes recientes, 8) estrategias de afrontamiento del cáncer, 9) problemas de adaptación al cáncer y 10) necesidades espirituales. A continuación, se describen cada una de estas áreas de evaluación de manera general.

Variables sociodemográficas. Para esta área se debe considerar el nivel educativo, la estructura y relaciones de familia, pareja, conocidos y la convivencia que éstos mantienen. También se debe evaluar el estado laboral, profesional y la edad, pues este último puede servir de guía al momento de plantear la atención del paciente.

Variables médicas. En este punto se debe tomar en cuenta el diagnóstico, el tratamiento, la fase clínica actual y otras condiciones o enfermedades tanto del paciente como de los familiares.

Estado mental. Para este punto se consideran todos los elementos de un examen mental como son: aspecto físico y comportamiento, nivel de conciencia, orientación del paciente, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje, afectividad, percepción y comportamiento psicomotor.

Información médica. Se debe evaluar el nivel de información, comprensión, satisfacción tanto del paciente como de los familiares y si existe una posible conspiración del silencio, la comunicación médico-paciente y la comunicación entre los miembros de la familia.

Relación con el cuidador principal. En este apartado se revisa el apoyo familiar y social con que cuenta el paciente, ya sea instrumental o emocional.

Vulnerabilidad psicológica y salud mental. Para este punto se evalúa la capacidad para identificar, expresar y compartir emociones, la capacidad para afrontar el estrés, consultas previas, diagnósticos psicológicos pasados y actuales, tratamientos psicológicos y psiquiátricos, abuso de sustancias, ideación e intentos suicidas.

Acontecimientos estresantes recientes. Se evalúa para este apartado duelos recientes, accidentes, separaciones, divorcios, jubilación u otros eventos que pueden ocasionar en el paciente una respuesta de estrés.

Estrategias de afrontamiento del cáncer. Partiendo de los modelos de afrontamiento, se analiza si sus estrategias son centradas en la emoción, en el problema, si es activo o evitativo.

Problemas de adaptación al cáncer. En este punto se consideran tres clases de problemas: los relativos a la enfermedad (adaptación hospitalaria, aceptación y habituación al diagnóstico y sus tratamientos, la negación, adherencia, incertidumbre, conspiración del silencio, falta de información, relación con el personal sanitario y toma de decisiones), los relativos a los síntomas físicos (digestivos, nutricionales, orales, control de esfínteres, olores, linfedema, astenia, dolor, dificultades respiratorias, amputaciones, movilidad, autonomía y función sexual) y por último los relativos a cuestiones psicológicas (comunicación con la familia, expresión de emociones, asertividad, imagen corporal, autoestima, autoconcepto, emociones negativas, ideación suicida, sexualidad, problemas de sueño, laborales, administración del tiempo, duelo, entre otros).

Necesidades espirituales. Por último, se deben evaluar los pensamientos y conductas que expresan una necesidad de conexión a algo superior a uno mismo o el significado y propósito de la vida.

De las áreas mencionadas, si bien todas deben ser consideradas al momento de evaluar e intervenir con un paciente oncológico, son los acontecimientos estresantes recientes a los que se debe prestar mucha importancia, puesto que abarcan situaciones que no necesariamente se pueden observar durante la atención médica del paciente, algunos ejemplos son duelos recientes, accidentes, separaciones o divorcios, jubilación, entre otros (Cruzado, 2015). Dichos eventos pueden representar un problema al momento de brindar tratamiento a un paciente oncológico, ya que pueden exacerbar alguna sintomatología como ansiedad o depresión, que se han reportado como de las más comunes en pacientes oncológicos (Maté, Hollenstein & Gil, 2004).

Para poder detectar dichas situaciones estresantes y brindar una intervención oportuna al paciente oncológico, Malca (2005) y Toledo (2012) mencionan que el trabajo del psicólogo debe realizarse en diferentes fases de la atención médica. A continuación, se desglosarán las actividades por fase de atención.

- *Fase prediagnóstico.* Para este momento, el paciente no tiene ninguna confirmación de enfermedad y su atención médica se centra más en tomas de muestras, análisis de laboratorio o pruebas de imagen. La atención del psicólogo debe dirigirse a la preparación del paciente ante dos posibles escenarios, uno donde se confirma la presencia de cáncer y otro donde se descarta, para lo cual se trabaja con el paciente y sus familiares, principalmente con psicoeducación en lo referente a las pruebas médicas y reducir el miedo o la incertidumbre que presentan los pacientes en esta etapa. Si se descarta la enfermedad se debe trabajar con el paciente y la familia para mejorar su estilo y calidad de vida con el propósito de prevenir la aparición de una enfermedad oncológica, por el contrario, de confirmarse el diagnóstico se pasa a la atención de la siguiente fase.
- *Fase de diagnóstico.* Esta fase se caracteriza por una gran incertidumbre ya que la confirmación de una enfermedad oncológica representa para el paciente un choque o impacto emocional muy fuerte. Por lo mismo la atención del psicólogo se concentra en detectar necesidades psicológicas, sociales y espirituales tanto en el paciente como en su familia, con el propósito de orientarlo y ayudarlo a percibir un mayor control ante la situación y enfrentar la enfermedad de una manera efectiva.
- *Fase de tratamiento.* Los tratamientos oncológicos traen consigo efectos secundarios que pueden hacer que las personas abandonen los mismos que los rechacen incluso antes de iniciarlos. Por lo tanto, en esta fase el trabajo del psicólogo se debe centrar en desarrollar estrategias de afrontamiento que permitan al paciente y a su familiar adaptarse a los tratamientos y sus efectos secundarios.

- *Fase de intervalo libre de enfermedad.* Cuando no hay enfermedad aparente en el cuerpo de la persona, la angustia y la preocupación no desaparecen, incluso se pueden incrementar por la probabilidad de que reaparezca un tumor. En este momento la atención del psicólogo se enfoca facilitar la expresión de emociones y pensamientos tanto del familiar como del paciente y ayudar en la realización de actividades y planes que pueden tener.
- *Fase de supervivencia.* Para este momento se ayuda al paciente a adaptarse a las secuelas físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad le haya podido generar. Por otra parte, se le ayuda a reincorporarse a su vida cotidiana y al campo laboral.
- *Fase recidiva.* Para esta etapa se pueden presentar los mismos síntomas y emociones parecidas a las que se ven en la fase diagnóstica, ya que la persona está regresando a un estado de enfermedad del cual se pensaba haber terminado. Por lo tanto, la atención del psicólogo consiste en orientar al paciente y a su familia a aceptar la nueva realidad y afrontar los estados de ansiedad o depresión que puedan generarse. Se debe prestar atención a los pensamientos y decisiones que se toman en esta fase, ya que por un lado, se puede aceptar un tratamiento nuevo o rechazar la atención, lo que llevaría la atención a la última fase.
- *Fase final de la vida.* Para este punto, las emociones del enfermo y su familia suelen ser muy intensas por lo que representa ya no tener un tratamiento curativo. Las funciones del psicólogo se encaminan a manejar el dolor, desarrollar estrategias de afrontamiento ante la muerte y acompañar al paciente y su familia a lo largo del proceso.

Debido a que las crisis pueden ser eventos inesperados en la vida de las personas, estas se pueden presentar en cualquiera de las fases mencionadas, por lo que se debe tener claro lo que comprende una crisis y como identificarla. De acuerdo con Slaikeu (1996), existen dos tipos de crisis, las circunstanciales vitales que se dan a lo largo del desarrollo de una persona y las crisis circunstanciales que son eventos

únicos en la vida de una persona, que de manera inesperada la pueden llevar a un desequilibrio emocional. En este sentido los acontecimientos estresantes recientes, pueden ser considerados como una crisis circunstancial y por lo tanto, si un paciente oncológico llega a presentar alguno, se pueden abordar considerando los procedimientos para la atención de crisis.

Dentro de las crisis que puede presentar un paciente, de las más graves son el suicidio. Recuperando lo descrito por Rocamora (2012) el concepto de conducta suicida se entiende como toda conducta humana impregnada de fantasías, deseos e ideas de muerte, que pueden o no llevar a una persona a un acto autodestructivo. Dicho acto afecta en primer lugar al que lo lleva a cabo, pero no deja de afectar a familiares, amigos y conocidos, que se les conoce como sobrevivientes (Slaikeu, 1996). En este sentido, de acuerdo con De la Garza (2018), el suicidio es uno de los temas más dolorosos dentro de los problemas derivados de un estado de ánimo depresivo, ya que no solo afecta al que realiza el acto, sino también a sus familiares y no se da de manera inmediata, si no que atraviesa diferentes etapas, en las que la persona no deja de presentar un estado de ánimo decaído o triste.

1.3. Suicidio.

De acuerdo con la OMS (2018), cerca de 800,000 personas se suicidan al año, colocándola como la segunda causa de muerte dentro del grupo de personas entre 15 y 29 años de edad. Asimismo, se reporta que por cada suicidio existen más tentativas de suicidio y dicha tentativa se considera el factor de riesgo más importante para llevar a cabo el acto suicida.

En México, de acuerdo con el INEGI (2011), se presentan aproximadamente 5,718 suicidios, de los cuales 4,621 fueron cometidos por hombres, mientras que 1,095 fueron cometidos por mujeres y dos casos sin especificar. El medio más común para llevar a cabo el acto suicida es el ahorcamiento y se lleva a cabo en la vivienda particular de la persona.

O'Carrol (cómo se citó en de la Garza, 2018) menciona que existen diferentes tipos de suicidios, considerando su intención y resultado:

Suicidio. Muerte autoinfligida, con pruebas de que la persona tenía la intención de morir.

Tentativa de suicidio. Conducta autodestructiva sin desenlace mortal, con pruebas de que la persona tenía la intención de morir.

Tentativa de suicidio fallida. Conducta autodestructiva con pruebas de que la persona tenía la intención de morir, pero se detiene antes de intentarlo.

Ideación suicida. Pensamientos de cómo provocar la propia muerte.

Intención suicida. Expectativas y deseos subjetivos de llevar a cabo un acto autodestructivo causando la muerte.

Letalidad de la conducta suicida. Riesgo objetivo asociado con el método o el acto suicida.

Autolesiones deliberadas. Los cuales son actos voluntarios que tienen por objetivo lesionarse o hacerse daño sin causar la muerte.

Considerando lo anterior se podría decir que existen grados de conducta suicida, que iría desde lo menos grave como es la autolesión, hasta lo más grave que es el acto mismo de suicidarse. Sin embargo, el suicidio es un fenómeno que requiere vigilancia, pues los diferentes grados en los que se presenta (OMS, 2018; de la Garza, 2018).

Por otra parte, el suicidio no solo afecta al que lo comete, también afecta a la familia y a los conocidos de la persona. Cuando una persona se suicida, a los que quedan se les conoce como sobrevivientes. Los sobrevivientes pueden presentar diferentes emociones o conductas que pueden poner en riesgo incluso su propia salud, pues de acuerdo con Slaikeu (1996) las situaciones que una persona considera como insuperables, como una muerte repentina, las pueden llevar a ejercer un daño a ellos mismos o a sus familiares. Por lo tanto, la evaluación que se realiza con una persona que presenta alguno de los tipos de suicidio, se debe realizar con sus familiares o conocidos más cercanos.

1.4. El suicidio en pacientes oncológicos.

Como se comentó en párrafos anteriores, dentro de la evaluación del paciente oncológico se deben determinar los factores que pueden poner en riesgo su salud y calidad de vida, lo que incluye los diferentes tipos de suicidio descritos. Todo esto, ya que de acuerdo con diferentes autores como de la Garza (2018 y Palacios & Ocampo, 2011) el suicidio es más frecuente en personas con alguna enfermedad crónica como el cáncer.

En relación con lo anterior Yousaf, Christensen, Engholm y Storm (2005) realizaron un seguimiento a 564,508 pacientes con cáncer, de los cuales 1,241 se suicidaron. Estos autores sugieren que el riesgo suicida en dicha población es de 50% hombres y 30% mujeres, tomando como período de riesgo los tres primeros meses para el caso de los hombres y entre los tres y los 12 meses para el caso de las mujeres.

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer (como se citó en De la Garza, 2018) se realizó una investigación con 723,810 mujeres con cáncer de mama diagnosticadas entre 1953 y 2001 en las que se encontró un elevado riesgo de suicidio, se les dio seguimiento por 25 años y se encontró que 836 pacientes cometieron el acto suicida, lo que se puede traducir como 4.1 por cada 100,000 personas al año.

En este sentido, Palacios y Ocampo (2011) mencionan que la tasa de suicidios es dos veces mayor en pacientes con cáncer que en la población en general, ya que mientras que en la población general la tasa de suicidio oscila entre 1.1% y 19.8%, en la población oncológica las tasas llegan a estar entre 0.8% y 71.4%. Lo anterior es similar a lo reportado por Yousaf et al. (2005) que comenta que el riesgo suicida en población oncológica es de 1.3 a 3 veces mayor que en la población general.

Dentro de los factores que pueden llevar a un paciente con enfermedad avanzada a efectuar un acto suicida se encuentran el dolor, el pobre diagnóstico, depresión, desesperanza, delirio, desinhibición, pérdida de control, psicopatología preexistente, abuso de sustancias, fatiga, pérdida de apoyo social, aislamiento y una historia de suicidio, en el paciente o en la familia (De la Garza, 2018; Yousaf et al, 2005).

A razón de que el riesgo de suicidio es mayor en pacientes con cáncer, es necesario tener intervenciones que se adecuen para trabajar estas problemáticas en dicha población. Al respecto Palacios y Ocampo (2011) realizaron un metaanálisis sobre la situación actual del suicidio en población oncológica y comentan que existen pocas intervenciones reportadas y la mayoría son intervenciones de prevención primaria, en las que se trabaja con depresión, estrés e hipervigilancia, manteniendo un dialogo terapéutico. Los mismos autores comentan que no hay evidencias de protocolos psicológicos establecidos en hospitales para el caso de américa latina y que esto se puede deber a que la conducta suicida es entendida como un problema principalmente psiquiátrico

En otro metaanálisis realizado por Kawashida et al. (2019) se revisan las intervenciones realizadas con pacientes oncológicos que presentan conductas suicidas y se identifican diferentes estrategias para la atención de esta problemática, que van desde la psicoterapia hasta la farmacoterapia. Dentro de las estrategias psicoterapéuticas reportadas se encuentran la activación conductual, la terapia de solución de problemas, la terapia de dignidad, los cuidados paliativos estándar y la atención centrada en el cliente. Sin embargo, pese a que se revisaron 1365 artículos, no se logró determinar la efectividad de los tratamientos en dicha población debido a problemas metodológicos, dentro de los que se encuentra que la evaluación de la ideación se reporta como un resultado secundario o que se emplearon escalas para depresión con reactivos referentes a la ideación suicida, pero sin reportar dichos resultados.

En cuanto a la atención de la conducta suicidad, existe un programa de entrenamiento en *Gatekeeper*, el cual se caracteriza en hacer del espacio físico y de las mismas personas, los principales promotores del autocuidado (OMS, 2018). En dichos programas se busca es que las comunidades en sus diferentes niveles y estratos sean los que identifiquen el riesgo suicida y de esta manera poner tomar medidas más efectivas y oportunas para la prevención del suicidio. Sin embargo, de acuerdo con Chávez, Medina y Macías (2008) en México no existen muchos programas al respecto y el principal foco de atención es hacia los jóvenes no necesariamente oncológicos.

Hasta el momento se ha descrito la atención a la conducta suicida de quien comente el acto, sin embargo, está el elemento del sobreviviente. Si para el caso de los sobrevivientes de un acto suicida, las intervenciones son pocas, cuando el sobreviviente es un paciente oncológico, esta cantidad se reduce todavía más. Un ejemplo de esto es el manual de psicooncología de Cruzado (2015) y los metaanálisis de Kawashida et al., (2019) y de Palacios y Ocampo (2011) en los que se comenta que hacer con el paciente suicida pero no con la familia y la comunidad del suicida o del que fallece a causa de este acto. Todo esto resulta necesario investigar y reportar, puesto que una muerte repentina o una situación de estrés representan factores que pueden poner en riesgo la salud y calidad de vida de un paciente oncológico. Por otra parte, si a todo esto, se suma una estancia hospitalaria, la problemática puede ser mayor, ya que como mencionan Gómez, Monzalve, Soriano y de Andrés (2007), por sí misma la hospitalización puede llevar al paciente y a sus familiares a presentar diferentes problemas emocionales como ansiedad, depresión o estrés, los cuales son factores que pueden llevar a concretar un acto suicida (Palacios & Ocampo, 2011; Pascual, 1998).

Tomando en cuenta todo lo que se ha descrito, es necesario brindar una atención continua a los pacientes con cáncer que se encuentren hospitalizados por algún tratamiento, ya que se pueden presentar situaciones personales, ajenas al hospital, que ponen en riesgo la atención y la vida de la persona. Todo esto se puede fundamentar en lo que menciona la OMS (2007) en relación a que el tratamiento para pacientes con cáncer debe contribuir a su curación, prolongar la sobrevida del paciente y mejorar o mantener su calidad de vida.

2. Justificación

La importancia de brindar atención oportuna a un sobreviviente de un suicidio, radica en que el mismo acto puede llevar a la persona a presentar un sentimiento de soledad y vacío que entre más intenso se vuelva puede ocasionar el acto suicida del sobreviviente (Rocamora, 2012).

En lo referente a la intervención de la conducta suicida, Rocamora (2012) menciona que la terapia se puede llevar de manera individual o de manera grupal. Para

el caso de la individual existen algunas técnicas como el uso de lenguaje evocador, uso de símbolos, escribir, dibujar, juego de roles, libro de recuerdos, imaginación guiada y la reestructuración cognitiva.

En este sentido Palacios y Ocampo (2011) realizaron una revisión del estado actual de las intervenciones contra el suicidio en pacientes con cáncer. En dicha revisión se encontró que, si existe una predisposición al suicidio en pacientes con cáncer, mayor a la que se encuentra en personas sanas, con una tasa de 31,4 intentos de suicidio por cada 100,000 personas al año, mientras que en la población general es de 16,7. De manera más detallada se encontró que las mujeres presentan una mayor ideación o intento suicida, mientras que los hombres presentan más actos suicidas, sin embargo, para ambos sexos el cáncer fue un factor de riesgo. Al respecto Ontiveros (como se citó en de la Garza, 2018) las mujeres sufren más depresión que los varones y eso las lleva a intentarlo más, sin embargo los métodos más empleados no son tan letales (pastillas, laceraciones en la piel, etc.) como en los hombres (armas de fuego, ahorcamiento, etc.) y eso es lo que lleva a que los hombres al final sean los que comenten más actos suicidas.

Por su parte diversos autores como Cruzado (2015) y Kawashida et al, (2019) mencionan que existen diferentes estrategias desde el modelo cognitivo-conductual que pueden emplearse para trabajar con un paciente oncológico al momento de presentar depresión o tener una pérdida, como son: reestructuración cognitiva, la detención del pensamiento, las técnicas de relajación, técnicas del condicionamiento operante, planeación de actividades, exposición gradual y el entrenamiento en habilidades sociales. Dichas estrategias, pueden servir como una guía para intervenir con el paciente, si este llega a sufrir la muerte repentina de un familiar lo cual está muy relacionado con los sobrevivientes de un suicidio.

Como una reacción ante un suicidio, una persona puede presentar un estado de crisis que modifica el motivo de la atención psicológica por colocar en riesgo la vida del paciente debido a las decisiones que este puede tomar, ya que en una crisis se debilitan las estrategias de enfrentamiento para solucionar problemas (Valladares, 2013). Considerando lo anterior el presente caso busca ilustrar el trabajo del médico

conductual ante una crisis en un paciente con cáncer de colon, ocasionada por el suicidio de un familiar durante la estancia hospitalaria, modificando el centro de la atención psicológica. Asimismo, se pretende demostrar la efectividad de la intervención en crisis desde un enfoque cognitivo-conductual aplicada a pacientes oncológicos como sobrevivientes de un suicidio.

3. Objetivo General

Evaluar la efectividad de una intervención en crisis basada en terapia cognitiva y solución de problemas en una paciente con cáncer de colon ante la noticia del suicidio de un hijo.

4. Objetivos Específicos

- Determinar el estado emocional de un paciente ante la noticia del suicidio de un hijo.
- Comparar las variaciones en los niveles de tristeza antes, durante y después de la intervención, utilizando para esto las Escalas Numéricas Análogas (ENA) a lo largo de toda la intervención

5. Método

5.1. Tipo de estudio y diseño.

Debido a que el objetivo del estudio es determinar la efectividad de una intervención en crisis, ante la noticia del suicidio en un paciente de cáncer de colon, el presente trabajo se considera un estudio de tipo descriptivo, con un diseño de estudio de caso, ya que se presentará la evolución y el desarrollo de la problemática a lo largo del tiempo.

5.2. Participante.

Paciente de 52 años de edad, con diagnóstico de cáncer de colon sigmoides T4nNoM0 EC IIC, ama de casa, con religión mormona, con cuatro hijos, soltera, con carrera técnica, originaria y residente de la Ciudad de México.

5.3. Presentación del caso.

A continuación, se describe la toda la problemática de la paciente, desde el análisis descriptivo del caso hasta el análisis funcional derivado de un cuadro de triple relación de contingencias.

5.3.1. Motivo de consulta.

La paciente es entrevistada por primera vez el 12 de julio del 2018, en el piso de oncología, como parte de las actividades de rutina en el servicio. Durante la entrevista reportó que estaba para retiro de ileostomía y reconexión del tracto digestivo, a lo que comenta: “recibir el diagnóstico de cáncer fue muy duro para mí, me da miedo morir, quiero estar con mis hijos y poder estar más tiempo con ellos” (sic pac), agrega “cada vez que vengo al hospital me siento mal [triste] por ver a la demás gente enferma... pienso que me voy a poner como ellos y que dejaré solos a mis hijos” (sic pac). Posteriormente el 19 de Julio su suicida su hijo y el 20 de Julio se le comunica a la paciente, ante la noticia del suicidio de su hijo menciona “me dijeron que mi hijo falleció... me siento muy mal [triste], yo quería irme del hospital... no sé qué hacer” (sic pac), debido a esto el motivo de consulta se modifica para trabajar con la respuesta de crisis en la paciente.

5.3.2. Antecedentes.

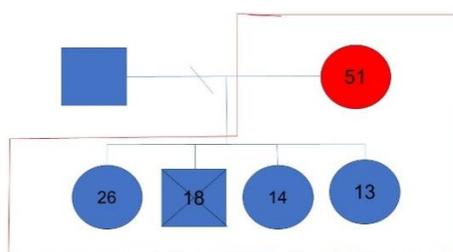
La siguiente lista muestra los antecedentes de la paciente, desde los heredofamiliares, los personales y los psicológicos patológicos.

- *Heredofamiliares*: Negados.
- *Personales no patológicos*: La paciente reside en casa propia, con todos los servicios de urbanización: agua, luz y drenaje, construida con materiales perdurables. Alimentación adecuada en higiene, en calidad y cantidad. Hábitos de higiene adecuados, con baño y cambio de ropa diario. Zoonosis positiva (perros).
- *Personales patológicos*:
 - Crónico-degenerativos: Negados
 - Quirúrgicos: 2 cesáreas, apendicectomía a los 30 años, colecistectomía a los 20 años

- Alérgicos: Negados
- Toxicomanías: Negados
- *Psicológicos patológicos*: la paciente refiere nunca haber recibido atención psicológica ni psiquiátrica

5.3.3. Dinámica familiar y familiograma.

Al momento de la atención la paciente vivía con sus cuatro hijos. Refiere que mantiene una relación cercana con los cuatro y que entre su hija mayor y su hijo llegan a presentarse discusiones, por las tareas y las responsabilidades en el hogar (ver figura 1).



*Figura 1.*Familiograma de la paciente

5.3.4. Historia del problema.

Como parte del análisis descriptivo del caso, se muestra su historia del problema, tanto del lado médico, como del lado psicológico, en orden cronológico considerando los elementos más relevantes para la comprensión de la problemática.

Médica

01/08/17 → LAPE por oclusión intestinal (Cx general) con hallazgos de enfermedad diverticular complicada. Posterior al estudio histopatológico se reporta adenocarcinoma moderadamente diferenciado, ulcerado 8.5 cm, invasión perineural, 4/4 ganglios, hiperplasia mixta.

14/11/17 → Ingresa a oncología con diagnóstico de Cáncer de colon sigmoides T4bN0Mo EC IIC con factores de riesgo

Octubre 2017 → No se considera adyuvancia al no tener beneficio para la paciente, ya que se presentó trece semanas después de la cirugía, se reconsiderará Qt en caso de recurrencia. Se deja en vigilancia

07/07/18 → Ingresa para restitución del tracto intestinal

23/07/18 → Remodelación de la estoma

26/07/18 → Restitución del tracto intestinal

Psicológica

12/07/18 → Paciente presenta llanto por su enfermedad y pensamientos catastróficos con relación a su pronóstico: “¿qué tal si me pongo mal como las otras pacientes?... no quiero morir y dejar solos a mis hijos” (sic pac.)

19/07/18 → Su hijo se suicida en su casa mientras ella se encuentra hospitalizada, su hija mayor decide no comentarle que falleció por lo que solo le comunican que fue un intento de suicidio pero que está vivo, ante eso la paciente presenta una reacción de estrés ante la noticia y deseos de salir del hospital para estar con su hijo: “me dijo mi hija que mi hijo se intentó matar, pero que está bien, que tiene signos... quiero irme de aquí para estar con él, ya sé que mi condición no es buena, pero es mi niño y debo de estar a su lado para que se recupere” (sic pac).

20/07/18 → Se le informa de la muerte de su hijo, por lo que presenta llanto y menciona: “anoche me dijeron que mi hijo murió, que no me dijeron por miedo a que intentara irme... me siento muy triste y no sé qué hacer... quiero despedirme de él” (sic pac).

5.3.5. Padecimiento actual.

A partir del diagnóstico de cáncer la paciente se ha sentido triste y con miedo a morir por la enfermedad: “no quiero morirme y dejar solos a mis hijos... veo a las otras enfermas y no me quiero poner como ellas” (sic pac). Comenta que su principal

preocupación es dejar solos a sus hijos y que si se ha atendido es para estar más tiempo con ellos.

Con relación al motivo de su hospitalización comenta sentirse preocupada de que todo salga bien y agrega: “solo vine para que me reconecten, espero que salga bien pues quiero tener una vida un poco más parecida a lo que era antes” (sic pac). Posterior a la reconexión y en vista de que presenta una fístula se le comenta que deben esperar para ver si cierra, pues de lo contrario se le volverá a colocar la ileostomía, ante la noticia la paciente refiere: “me están diciendo que a lo mejor y me vuelven a poner la ileostomía y eso me pone muy mal, pues eso no es lo que me dijeron cuando me hospitalice... sería volverme a adaptar a traerla... yo ya me había hecho a la idea de volver a ser un poco como antes” (sic pac). Debido a los pensamientos que presentaba la paciente, mostraba llanto y síntomas de ansiedad como la respiración agitada. Dicho problema se trabajó con psicoeducación y ejercicios de la terapia cognitiva hasta que el motivo de consulta se tuvo que modificar por una situación de crisis.

Durante su estancia hospitalaria, su hijo se suicida en casa, los familiares de la paciente reciben la noticia y deciden no decirle todo a la paciente, solo se le comunica que fue un intento pero que está bien, ante esto la paciente comenta sentirse triste, presenta llanto constante y deseos de salir del hospital “mi hijo intento matarse, está en el hospital y yo debería de estar ahí con él” (sic pac).

Posteriormente, en la madrugada la paciente recibe la noticia del fallecimiento de su hijo, dicha noticia se la comunicó su hija con la ayuda de un médico que le dio un medicamento para tranquilizar a la paciente. Después de la noticia, la paciente mostró llanto y pidió su alta voluntaria, por lo que se atiende en la mañana previo al pase de visita, dónde comenta : “mi hijo si murió... me dijeron que seguía vivo, pero no era cierto, murió... me lo dijeron en la noche y yo quise irme... mi hija me dijo que no lo hiciera y que me quedara... yo quiero verlo, quiero decirle que lo amo, quiero estar con él y poder despedirme” (sic pac). Con relación a las posibles razones del suicidio menciona: “de seguro se murió por mi culpa... no fui una buena madre...” (sic pac).

5.3.5. Impresión y actitud general.

Paciente femenina de complexión mesomórfica, en adecuadas condiciones de higiene y aliño de acuerdo con el contexto hospitalario.

5.3.5. Examen mental.

Como parte de la evaluación del paciente a continuación se presentan los datos del examen mental al momento de tener el primer contacto con la paciente:

Paciente femenina de edad aparente igual a la cronológica. Orientada en cuatro esferas (TEPC). Consciente, alerta y con adecuada respuesta al ambiente. Atención, concentración y memorias conservadas. Lenguaje coherente, congruente y fluido, con llanto contingente al tema de la enfermedad. Pensamiento abstracto. Sin alteraciones aparentes en sensopercepción. Impresiona clínicamente con inteligencia igual al promedio. Afecto hipotímico. Con noción de la enfermedad. Juicio conservado.

Cabe mencionar que posterior a la noticia del suicidio se modificó el juicio de la paciente pasando de conservado a tener un juicio interferido.

5.3.6. Factores psicológicos complementarios.

Paciente con locus de control externo, estilo de afrontamiento centrado en la emoción. Redes de apoyo existentes y funcionales, percibidas por la paciente como existentes, de tipo emocional e instrumental.

5.3.7. Personalidad previa.

La paciente refiere “Siempre he sido medio llorona y más por las cosas de mis niños, son todo lo que tengo” (sic pac.). Por otra parte, comenta que ser muy emocional al momento de tomar sus decisiones “me cuesta trabajo adaptarme a las cosas y por lo mismo luego soy medio impulsiva” (sic pac).

5.3.8. Selección y aplicación de técnicas de evaluación.

ENA de tristeza

ENA de preocupación

5.3.9. Análisis y descripción de conductas problema.

Las siguientes conductas problema son a partir de la notificación del suicidio del hijo, debido a que es a partir de esta noticia que se modificó el motivo de consulta y se llevó una intervención más extensa.

Lista de conductas problema

Previo al suicidio

- Llorar por su pronóstico médico
- Pensar en la posibilidad de morir y dejar solos a sus hijos

Posterior al suicidio

- Llanto por la muerte de su hijo
- Respiración agitada
- Decirle a su hija que pida el alta para ver a su hijo
- Deseos de abandonar el hospital
- Deseos de querer ver el cuerpo de su hijo y despedirse
- Sentimiento de tristeza
- Pensamientos de tipo
 - “De seguro se mató por mi culpa, no fui una buena madre”
 - “No vale la pena cuidarme sin mi niño”
 - “Cómo va a descansar si yo no me despido de él”
 - “No me importa morir si así consigo verlo una vez más y decirle que lo amo”

5.3.10. Modelo de secuencias.

Tabla 1
Modelo de triple relación de contingencias

A Antecedente	B Conducta	C Consecuencia
Su hija le da la noticia del suicidio de su hijo	Llanto Respiración agitada	Decirle a su hija que pida el alta para poder ver a su hijo Dificultades para dormir
Se le comenta que de salir del hospital se podría complicar su salud médica	Deseos de salir del hospital	Habla con su hija sobre quedarse en el hospital Habla con su hija sobre hacerse cargo de todo hasta que ella esté mejor
Recordar que no puede acudir al funeral y velorio de su hijo	Deseos de querer ver el cuerpo de su hijo y “despedirse” Verbalizaciones como: <i>“De seguro se mató por mi culpa”</i> <i>“No fui una buena madre”</i>	Pide a los médicos el alta y le comentan que de salir hasta puede morir
Doctor le comenta que tiene una fístula y por lo mismo no puede salir	Verbalizaciones como: <i>“No vale la pena cuidarme sin mi niño”</i>	Sentimiento de tristeza y dudas sobre si quedarse o irse del hospital Verbalizaciones como: <i>“No sé para qué vivir sin mi niño”</i>
Notificación de fecha del funeral y velorio de su hijo	Verbalizaciones como: <i>“¿Cómo va a descansar si yo no me despido de él?”</i>	Verbalizaciones como: <i>“No me importa morir si así consigo verlo una vez más y decirle que lo amo”</i> Verbalizaciones como <i>“nunca noté nada en mi hijo... no lo apoyé cuando lo necesitaba”</i>

5.3.11. Análisis funcional.

Paciente femenina de 52 años de edad, originaria y residente de la Ciudad de México, soltera, ama de casa, mormona, con carrera técnica, vive con cuatro hijos. Con Dx. De Cáncer de colon sigmoides EC IIC T4b N0 M0. La paciente es hospitalizada para la restitución del tracto intestinal. Durante su estancia hospitalaria se entrevista por rutina del servicio y comenta sentirse mal [triste] por una fístula. En el contexto hospitalario se le da la noticia del suicidio de su hijo por lo que menciona: “me dijeron que mi hijo falleció... me siento muy mal [triste], yo quería irme del hospital... no sé qué hacer” (sic pac).

Ante la noticia del suicidio la paciente presenta un sentimiento de tristeza y un episodio de crisis. Dentro de las conductas que presenta se encuentran el llanto, la respiración agitada y verbalizaciones como: “De seguro se mató por mi culpa, no fui una buena madre”, “No vale la pena cuidarme sin mi niño”, “Cómo va a descansar si yo no me despidió de él” (sic pac).

Estas conductas se presentaron al momento de la noticia del suicidio de su hijo y del impedimento para salir a ver el cuerpo y despedirse a causa de su condición médica. Por otra parte, la notificación del funeral y velorio de su hijo también provocaron en la paciente sentimientos de tristeza y la llevaron a estados de crisis.

Como consecuencias de la conducta de la paciente, se encuentran pensamientos como: “No me importa morir si así consigo verlo una vez más y decirle que lo amo... nunca noté nada en mi hijo... no lo apoyé cuando lo necesitaba... No sé para que vivir sin mi niño” (sic pac.), peticiones a su hija sobre la alta voluntaria, a lo que ella le contesta que se quede y que se hará cargo de todo hasta que mejore. Por último, presenta sentimientos de tristeza, dudas sobre quedarse en el hospital y problemas para dormir.

De acuerdo con el análisis anterior, se considera que la tristeza presentada por la paciente está caracterizada principalmente en un nivel cognitivo tanto en las conductas como en las consecuencias, debido a que son dichas cogniciones las que representan un mayor problema para la paciente y favorecen la exacerbación de otras respuestas

de crisis. Por lo que un tratamiento con Terapia Cognitiva, dirigido a la modificación de los pensamientos relacionados con el suicidio del hijo de la paciente, acompañado de elementos de solución de problemas, disminuirá su respuesta emocional de tristeza y por lo tanto tendrá una mejor adaptación a su situación.

5.3.12. Hipótesis funcional.

Si la paciente recibe un tratamiento basado en terapia cognitiva y solución de problemas, modificará su respuesta cognitiva asociada al suicidio de su hijo y tomará decisiones que le permitan adaptarse mejor a su situación.

5.3.13. Diagnóstico multiaxial DSM IV.

Eje I: F43.0 Reacción de estrés agudo

Eje II: Sin diagnóstico

Eje III: Cáncer de colon sigmoides EC IIC

Eje IV: Sin diagnóstico

Eje V: 60-51

Criterios de diagnóstico:

Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además, los síntomas:

- A. Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.
- B. Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los

síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

5.3.14. Diagnóstico DSM 5.

F43.0 Reacción de estrés agudo, cáncer de colon sigmoides EC IIC, WHODAS 30 puntos (Versión de 12 preguntas).

5.3.15. Objetivo general de la intervención.

La paciente modificará sus respuestas a nivel cognitivo relacionadas con la tristeza relacionada con el suicidio de su hijo, adaptándose mejor a su situación.

5.3.16. Objetivos específicos.

La paciente:

1. Identificará las cogniciones que le provocan la respuesta emocional de tristeza.
2. Modificará sus cogniciones respecto del suicidio de su hijo, utilizando una gráfica de pastel y debate socrático.
3. Seleccionará una alternativa para “despedirse” de su hijo.
4. Se quedará para terminar su atención médica

5.3.17. Selección de técnicas.

- Terapia Cognitiva, con procedimientos de la misma como:
 - Técnica de pastel
 - Debate socrático
 - Búsqueda de evidencias
 - Juego de roles intelectual emocional
 - Auto comparación
- Solución de problemas
 - Generación de alternativas
 - Análisis de costos-beneficios
 - Tomad de decisiones

5.4. Intervención.

La intervención consistió en 8 sesiones con una duración que variaba dependiendo las necesidades de la paciente, durante las mismas se atendió tanto a la paciente como a una familiar.

A continuación, se muestran la descripción de las sesiones de la intervención, con la técnica el procedimiento y los resultados relevantes obtenidos después de cada procedimiento, tanto en las escalas ENA's como en las verbalizaciones de la paciente (ver tabla 2).

Tabla 2
Descripción de sesiones

Sesión	Técnica de intervención	Procedimiento	Resultados
1 - 12/07/18	Entrevista	Se hace primer contacto con la paciente en el piso de oncología como parte de la rutina del servicio	Como resultado de la entrevista menciona: <i>"me da miedo morir, quiero estar con mis hijos y poder estar más tiempo con ellos... me preocupa que algo me pase y ya no los pueda ver"</i> (sic pac), agrega <i>"cada vez que vengo al hospital me siento mal [triste] por ver a la demás gente enferma... pienso que me voy a poner como ellos y que dejaré solos a mis hijos"</i> (sic pac). Asimismo, menciona sentirse preocupada pues la adaptación a la ileostomía fue difícil y agrega: <i>"será de nuevo cambiar mi estilo de vida y eso no fue fácil la última vez"</i> (sic pac)
	Normalización de la respuesta de llanto	Se normaliza respuesta de llanto y se realizan ejercicios de detención del pensamiento	Al término de la sesión se muestra una reducción en la respuesta de llanto y comenta: <i>"pues como dices no soy como las demás pacientes, de nada sirve que ahorita piense en todo eso, porque no puedo cambiarlo solo preocupándome"</i> (sic pac.). Con relación a su estado de ánimo de tristeza reporta una EVA de tristeza 7/10 y una EVA 7/10 de preocupación
2 – 18/07/18	Entrevista	Se acude para dar seguimiento a la paciente y evaluar la respuesta	Durante la entrevista menciona sentirse triste por la noticia de la fístula y la posible recolocación de la ileostomía y

		emocional ante la posible recolocación de la ileostomía	agrega: <i>“yo ya quería estar como antes... no fue para lo que me hospitalicé... si vuelven a ponerme la estoma sería muy triste para mí”</i> (sic pac). Por otra parte, comenta <i>“ya son varios días y supongo que con esto van a ser más”</i> (sic pac).
	Psicoeducación de la relación cogniciones-Estado emocional	Se le brinda información sobre la relación entre los pensamientos y las emociones (en específico su tristeza) y los diferentes procedimientos que se pueden emplear para modificarlos y mejorar el estado de ánimo.	Al término de la psicoeducación la paciente menciona comprender la relación y expresa un interés por modificar esos pensamientos y estar mejor con relación a su estado de ánimo
	Elementos de terapia cognitiva [búsqueda de evidencias]	Se emplea un ejercicio de búsqueda de evidencias para los pensamientos que la paciente tiene sobre su condición	Al finalizar el ejercicio la paciente menciona: <i>“solo me mencionaron que es una posibilidad, pero no es un hecho... me dijeron que es lento el proceso y por lo tanto es mejor que sea paciente y no piense en lo peor desde ahorita”</i> (sic pac).
3 – 19/07/18	Entrevista por alta voluntaria	Después del pase de visita, el médico tratante comenta que la paciente quiere la alta voluntaria por lo que se acude a la cama de la paciente.	A la entrevista la paciente comenta sentirse triste y con deseos de abandonar el hospital para ver a su hijo: <i>“me acaban de decir que mi hijo intentó matarse, se intentó ahorcar... está vivo pero muy mal... yo siento que no está bien... no debo estar aquí, debo estar con mi niño, que me sienta para que se recupere... mi hija me dice que no me vaya, pero yo debo estar allá”</i> (sic pac).
	Solución de problemas [Análisis de costos-beneficios y toma de decisiones]	Se emplea un ejercicio de solución de problemas para analizar las ventajas y desventajas de quedarse o salir del hospital	Al término del ejercicio la paciente refiere: <i>“ahorita está con él mi hija, ella lo cuida y para no generarle un mayor problema me quedaré aquí... siento feo, pero creo que es la mejor decisión por ahora... si algo le pasa estando en el hospital no sé qué haré”</i> (sic pac).
	Entrevista con el familiar	Terminando el trabajo con la paciente se realiza una entrevista con la familiar [prima], a petición de la misma.	Durante la entrevista la familiar menciona: <i>“su hijo no está vivo, anoche se ahorcó y no sobrevivió... le dijimos que estaba bien porque sabemos que no puede salir y no sabemos qué hacer... su hija es la que le quiere decir, pero está viendo lo de su hermano, a lo mejor y le dice cuando</i>

			<i>llegue, pero no sabe cuándo pueda” (sic fam).</i>
	Habilidades sociales [comunicación de malas noticias]	Se le enseña al familiar cómo comunicar una mala noticia y se diseña un plan de acción en caso de que la paciente entre en crisis y quiera irse del hospital. Se le deja de tarea al familiar comentar los pasos para la comunicación de malas noticias con la hija	Al término la familiar menciona que le comentará los pasos a la hija y que de ser necesario la acompañará a comentar la noticia. Se le comenta la situación con trabajo social quien autoriza un pase para un segundo familiar, así como con su médico tratante quien le comenta al familiar que le puede ayudar con un relajante al momento de comunicar la noticia. Por último, se planea que el psicólogo esté presente al momento de comentar la noticia.
4 – 20/07/18	Evaluación de la respuesta de la paciente ante la noticia	Durante la entrega de guardia se comenta que la paciente recibió la noticia del suicidio de su hijo en la madrugada, por lo que se acude para evaluar a la paciente ante la noticia.	Durante la entrevista la paciente presenta llanto y menciona: <i>“mi hijo si murió... ayer me dijeron que seguía vivo, pero no era cierto, murió... me lo dijeron en la noche y yo quise irme... mi hija me dijo que no lo hiciera y que me quedara... yo quiero verlo, quiero decirle que lo amo, quiero estar con él” (sic pac).</i>
	Normalización de la respuesta de llanto y el sentimiento de tristeza	Se normaliza la respuesta de llanto y el sentimiento de tristeza ante la muerte de su hijo.	Al término la paciente comenta: <i>“solo quiero que sepa que lo amé, que lo amo y que lo perdono... si fui mala madre quiero pedirle perdón... pero no me dejan salir, me dicen que si lo hago es probable que muera” (sic pac).</i>
	Solución de problemas [generación de alternativas]	Se realiza un ejercicio de solución de problemas para generar alternativas para poder “despedirse” de su hijo sin perjudicar su estado de salud.	Como alternativas la paciente obtiene tres opciones: 1. Escribir una carta a su hijo 2. Realizar una videollamada 3. Mandar un mensaje con su prima

	Solución de problemas [análisis de costos-beneficios y toma de decisiones]	Se realiza un análisis de costos-beneficios de las opciones propuestas con el objetivo de seleccionar la más adecuada para la paciente. Se le deja material para escribir la carta y se le deja de tarea mandarla con su prima o con su hija	Al término del análisis la paciente determina que la mejor opción es mandarle una carta por no sentirse capaz de verlo en la videollamada, sin embargo, lo considerará si se siente capaz de soportarlo.
5 – 23/07/18	Seguimiento de la alternativa seleccionada	Se acude con la paciente para dar seguimiento a la actividad realizada en la sesión anterior.	Durante la entrevista menciona: <i>“le mandé una carta con mi prima y le dije que lo amaba y que siempre estará conmigo... si me animé y realice una videollamada... fue muy doloroso, pero creo que fue bueno que lo hiciera ya que lo pude ver una vez más”</i> (sic pac). Por otra parte, menciona sentirse responsable de la muerte de su hijo y comenta: <i>“ahorita me siento mal conmigo, nunca noté nada.... De seguro se mató por mi culpa... no fui buena madre”</i> (sic pac).
	Elementos de terapia cognitiva [Técnica de pastel y debate socrático]	Ante sentimiento de responsabilidad por el suicidio de su hijo se realiza un ejercicio con la técnica de pastel y un debate socrático.	Como resultado del ejercicio la paciente comenta: <i>“él vivía muchas cosas... no soy la responsable de todo lo que le pasó... puede que no sea la mejor madre, pero lo quise y es lo que importa ahorita”</i> (sic pac). EVA de tristeza inicial 8/10 EVA de tristeza final 5/10
6 – 24/07/18	Seguimiento del trabajo de la sesión anterior	Se realiza una entrevista a la paciente con el objetivo de evaluar estado emocional y posibles cambios en su respuesta cognitiva ante el suicidio de su hijo.	Como resultado la paciente menciona: <i>“el día de ayer me quedé pensando en lo que me dijo, ya sé que no soy la responsable... pero aún duele, era mi único hijo [varón]... no sé porque me estoy cuidando si él ya no regresará... no lo volveré a ver”</i> (sic pac).

	Terapia Cognitiva [juego de roles intelectual emocional]	Se realiza un ejercicio de juego de roles intelectual-emocional	Como resultado del ejercicio la paciente menciona: <i>"hay más cosas por las cuales vivir, aún están mis otras hijas, no puedo dejar a las más pequeñas... no soy la única que debe estar pasando por todo esto... juntas podemos salir adelante más fácil"</i> (sic pac).
			EVA de tristeza inicial 9/10 Eva de tristeza final 4/10
7 – 25/07/18	Seguimiento de la sesión anterior	Se acude con la paciente como seguimiento del trabajo realizado en la sesión anterior.	Durante la entrevista menciona: <i>"estuve hablando con mi hija en la noche... ella se siente parecido a mí, se siente culpable y triste... debo estar bien para ella... me preocupa no poder estar bien y por lo mismo no poder apoyar a mis hijas... no sé si pueda superar esto"</i> (sic pac).
	Terapia cognitiva [autocomparación]	Se realiza un ejercicio de autocomparación con el propósito de modificar los pensamientos de tipo: <i>"no sé si pueda superar esto"</i> (sic pac).	Al término del ejercicio la paciente menciona: <i>"no estoy como el primer día que me dijeron lo de mi hijo... siempre me dolerá recordarlo y darme cuenta que no está conmigo... pero creo que aun así puedo salir adelante y estar bien para mis hijas"</i> (sic pac).
			EVA de tristeza inicial 6/10 EVA de tristeza final 3/10
8 -- 27/07/18	La paciente es dada de alta, por lo que se realiza una evaluación breve sobre su estado emocional y se desarrolla un plan de acción en caso de sentirse triste respecto al suicidio de su hijo, en el que se coloca como contacto de emergencia su hija y su prima. Se le ofrece cita en consulta externa de Psicooncología, pero la paciente menciona que por el momento prefiere estar con sus hijas y que ella se acercará para agendar cita, por lo que se le deja cita abierta.		

6. Resultados

Al retomar los objetivos de la intervención se puede observar que el objetivo general se cumplió puesto que la paciente modificó sus cogniciones relacionadas con la tristeza ocasionada por el suicidio de su hijo, como se aprecia por verbalizaciones de tipo *“siempre me dolerá recordarlo y darme cuenta que no está conmigo... pero creo que aun así puedo salir adelante y estar bien para mis hijas”* (sic pac), lo cual se diferencia cualitativamente con las verbalizaciones de las primeras sesiones.

Por otra parte, se aprecia una disminución de los niveles de tristeza, pasando de un 8, a partir de la noticia del suicidio de su hijo, a un 6 al término de la intervención (ver figura 2).

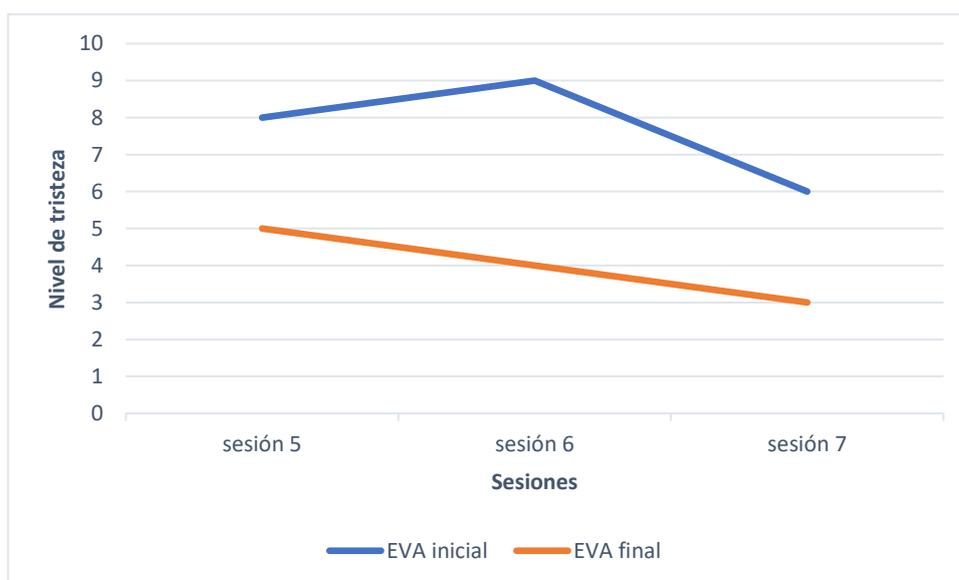


Figura 2.EVAs de tristeza a lo largo de la intervención

Otro de los aspectos relevantes de los resultados de la intervención consiste en que la paciente seleccionó una manera de “despedirse” de su hijo, sin descuidar su estado de salud, para lo que utilizó una carta y una videollamada, considerando las ventajas de cada uno y que dicha estrategia no pusiera en riesgo su salud y le permitiera terminar su estancia hospitalaria. Con lo cual se pueden considerar como cumplidos los últimos objetivos específicos de la intervención, en el sentido de que identificó sus cogniciones relacionadas con la muerte repentina de su hijo, las modificó, seleccionó una estrategia para afrontarlo y terminó su tratamiento y atención médica.

En cuanto a las técnicas de intervención se puede apreciar un impacto favorable en la paciente con verbalizaciones como *“hay más razones para vivir...”* (sic pac.), asimismo en la disminución en las ENA’s y las acciones tomadas para sobrellevar su pérdida y tratamientos. En específico para las técnicas de la terapia cognitiva se observaron los siguientes resultados (ver tabla 3):

Tabla 3

Resultados por ejercicio de la terapia cognitiva

Ejercicio	Sesión	Resultado
Técnica de pastel	5	La paciente deja de referirse a sí misma como la responsable del suicidio de su hijo y considera que existen otros elementos involucrados, lo que se observa por la verbalización: <i>“Él vivía muchas cosas... No soy la responsable de todo lo que pasó”</i> (sic pac).
Debate Socrático	5	Se refutaron los pensamientos sobre ser la responsable y una mala madre, con una verbalización de tipo: <i>“Puede que no sea la mejor madre, pero lo quise y es lo que importa”</i> (sic pac).
Búsqueda de evidencias	2	Se disminuyen los pensamientos anticipatorios sobre su condición médica y comenta: <i>“Es mejor que sea paciente y no piense en lo peor desde ahorita”</i> (sic pac).
Juego de roles intelectual-emocional	6	Se modifica el pensamiento de la paciente, relacionado con la percepción de no tener más razones para vivir, lo que se observa en la siguiente verbalización: <i>“Hay más cosas por las cuales vivir, aún están mis hijas”</i> (sic pac).
Autocomparación	7	Se modifican los pensamientos relacionados con la percepción de incapacidad para superar la situación: <i>“siempre me dolerá... aun así puedo salir adelante”</i> (sic pac).

En cuanto a los ejercicios de solución de problemas, también se encuentran resultados favorables, como son la elección de quedarse a terminar su tratamiento y las alternativas de solución para la despedida de su hijo sin descuidar su

tratamiento. Para cada componente empleado durante la intervención, se encontraron los siguientes resultados (ver tabla 4):

Tabla 4

Resultados por componente de la Técnica de Solución de Problemas

Componentes	Sesión	Resultado
Generación de alternativos	4	Se logran generar opciones para realizar la “despedida” de su hijo y calmar su respuesta emocional.
Análisis de costos- beneficios	3 y 4	Durante la sesión tres el principal resultado fue realizar el análisis de si convenía salir o quedarse el hospital, disminuyendo de esta manera la presentación de conductas impulsivas que podían poner en riesgo su salud. Durante la sesión cuatro realiza el análisis de las opciones para “despedirse”, disminuyendo la percepción de que su única opción era salirse.
Toma de decisiones	3, 4 y 5	En la sesión tres toma la decisión de quedarse, tanto por su salud como para no estresar o preocupar a su hija. Para la sesión cuatro el principal resultado fue la elección de mandar una carta por escrito y considerar la videollamada. Para la sesión cinco, se encontró como resultado que llevó a cabo las dos opciones (carta y videollamada) y de esta manera la paciente generó una sensación de alivio por verlo una vez más.

Como complemento a las técnicas expuestas se llegó a utilizar la normalización del llanto, la cual permitió la apertura al diálogo por parte de la paciente en cada sesión dónde se empleó.

7. Discusión

El presente caso tenía por objetivo realizar una intervención para modificar las cogniciones relacionadas con el sentimiento de tristeza en torno al suicidio del hijo

de la paciente y de esta manera la paciente terminara su atención en el hospital. Como se puede apreciar por los resultados expuestos, dicho objetivo se cumplió, ya que la paciente no solo disminuyó la tristeza relacionada con el suicidio de su hijo, sino que comenzó a tomar decisiones que le permitieran sentirse tranquila sin descuidar su salud. Esto se puede deber a la relación temporal entre la crisis y la intervención para esta, ya que cómo menciona McGee (1976, citado en Slaikeu, 1996) la efectividad de un servicio de intervención en crisis aumenta en función de su proximidad tanto al lugar como al tiempo del incidente de crisis. Debido a lo anterior, es necesario que la atención a las crisis que experimentan los pacientes hospitalizados esté al alcance y a la disposición de los mismos, debido a que una crisis es un periodo de alto riesgo no solo para el paciente sino para su familia.

En relación con lo anterior, uno de los elementos que logró la pronta atención ante la crisis fue la evaluación, ya que, aunque al comienzo la paciente no presentaba ningún signo o síntoma de relevancia clínica, si lo presentó ante la noticia y fue gracias a la evaluación constante que se atendió e incluso se diseñaron intervenciones previo a que se detonara la crisis como tal. Esto concuerda con lo mencionado por Cruzado (2015), Malca (2005) y Toledo (2012) en el sentido de que la evaluación del paciente oncológico debe ser constante, tanto por la adaptación a la enfermedad como por factores estresantes recientes o el estado mental del paciente y que se deben realizar independientemente de la fase de la atención en la que se encuentre.

De acuerdo con Weisman (1976), existe una diferencia entre las muertes a tiempo y las muertes a destiempo. En este sentido las muertes a tiempo son aquellas que se perciben como esperadas y en cierta medida adecuadas (por la edad, por una enfermedad como el cáncer o por algún otro estado físico), en cambio las muertes a destiempo son aquellas en las que la muerte viola la expectativa del sobreviviente (suicidio, asesinato o el fallecimiento de un niño). Ambas muertes van a llevar al sobreviviente a un proceso de duelo; las muertes a tiempo conducen a un proceso natural de duelo, mientras que las muertes a destiempo tienen el potencial de llevar al paciente a una situación de crisis. Como se pudo observar en el caso presentado, el suicidio del hijo, al ser una muerte a destiempo, no llevó a la paciente a un proceso de duelo natural, sino a una situación de crisis que por las decisiones que se pensaban tomar, ponía en riesgo la salud de la paciente, por lo que, de

acuerdo con Weisman, se buscó brindar a la paciente una sensación de alivio, equilibrio y una apertura para encarar el futuro.

En lo referente a las técnicas de intervención se puede apreciar como los procedimientos que buscan una reestructuración cognitiva sirven para disminuir la culpa y los sentimientos de tristeza provocados por el evento. Esto concuerda con lo mencionado por Rocamora (2012), en cuanto a las técnicas que resultan útiles para la intervención con los sobrevivientes del suicidio, pues comenta que la reestructuración, la escritura, el juego de roles, entre otras, resultan de gran utilidad para este tipo de población.

Para lo correspondiente a la técnica de solución de problemas, se pueden apreciar sus resultados en lo referente a la toma de decisiones y en la mejora de la capacidad para solucionar problemas por parte de la paciente (quedarse o no en el hospital, buscar alternativas para “despedirse” de su hijo), a medida que tomaba decisiones la paciente refería sentirse menos triste e incluso más tranquila, como se aprecia en las ENA's. Lo anterior concuerda con lo que mencionan Nezu, Nezu y Lombardo (2006) en relación a que la capacidad de resolver problemas para afrontar acontecimientos estresantes, se considera un factor significativo para presentar depresión. Los mismos autores mencionan que dentro de los objetivos que tiene la técnica al momento de emplearse con pacientes que presentan algún síntoma de depresión es disminuir el grado en que dicha sintomatología afecta los intentos de afrontamiento, lo cual se puede apreciar en el caso expuesto, pues pese a los síntomas de depresión que llegó a presentar la paciente, la técnica de solución de problemas le ayudo a afrontar de manera efectiva la situación estresante por la que pasaba.

Para el caso de la técnica de solución de problemas, pero en población oncológica, como se comentó en la revisión de Kawashima et al (2019) dicho procedimiento ya ha demostrado su efectividad, sin embargo, el presente trabajo puede complementar el abanico de problemas a los que se puede aplicar cuando se trabaja con dicha población, como es el caso de la atención en crisis ante el suicidio de un familiar.

En este sentido el presente trabajo puede servir de pauta para considerar dichas técnicas en el trabajo de pacientes oncológicos e inclusive adaptarlas para

que muestren una mayor efectividad con esta población, integrando los conocimientos de la intervención en crisis, la atención ante la conducta suicida y la misma psicooncología.

Relacionado con lo anterior se puede considerar como cumplido el objetivo del presente trabajo, pues se puede apreciar que la intervención en crisis es una herramienta útil para trabajar con un paciente oncológico, sobreviviente del suicidio de un familiar.

Considerando lo expuesto en la introducción del trabajo, de diseñar mejores intervenciones o incluso mejores protocolos para la atención de pacientes oncológicos, una de las áreas de oportunidad de este trabajo es la evaluación. Si bien en párrafos anteriores se comentó como gracias a la evaluación se logró tener una intervención oportuna, solo se realizó con EVA's o con entrevista, por lo que podría ser buena la utilización de instrumentos de evaluación estandarizados para la población oncológica, ya sea para la conducta suicida o para la crisis y la respuesta de estrés. Asimismo, la evaluación pudo haberse complementado con una evaluación posterior a la hospitalización ya sea con un seguimiento al paciente o al familiar, que, si bien fue voluntad del paciente buscar más adelante la atención, se pudieron buscar alternativas para realizar el rastreo.

A manera de conclusión, las crisis de un paciente hospitalizado pueden presentarse por diferentes factores que no siempre van a estar relacionados con su razón de hospitalización o diagnóstico médico, sin embargo, pueden obstaculizar la atención médica y poner en riesgo la salud del paciente. Por lo tanto, siempre se debe de estar al tanto de las crisis que puede presentar un paciente y brindar la atención adecuada, de preferencia con el apoyo de más profesionales de la salud. Esta intervención sirve como un base para el desarrollo de protocolos de intervención más amplios que permitan abarcar más problemáticas que presentan y viven los pacientes oncológicos.

Capítulo 2. Reporte de experiencia profesional

El presente trabajo tiene por objetivo ilustrar las actividades del residente en medicina conductual durante el año y medio de trabajo en la residencia. Por lo que se comenzará con una contextualización sobre la disciplina, desde el origen, definición y características de la medicina conductual, hasta la práctica del residente en el servicio asignado.

Posteriormente se presentan los resultados de productividad en el servicio de oncología, en los que se muestran el total de pacientes atendidos, el número de intervenciones realizadas, los diferentes diagnósticos tanto médicos como psicológicos y por último las técnicas psicológicas empleadas.

Al término de la primera parte de este trabajo se presenta una evaluación del programa de maestría con residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, tanto en actividades programadas para el residente, como en sus diferentes niveles de supervisión. Asimismo, se muestra una evaluación del servicio asignado (oncología) y de la sede, que en este caso fue el Hospital Juárez de México, en cuanto a las actividades desempeñadas en el servicio, como en la facilidad de llevarlas a cabo.

Para finalizar se muestra el análisis de un caso clínico de un paciente de cáncer de colon que atravesó una crisis a causa del suicidio de un hijo. Se realiza el análisis en términos de la efectividad de la intervención y de las consideraciones al momento de intervenir con la población hospitalaria, en específico de oncología.

1. Medicina Conductual

Aunque en la actualidad existe un consenso sobre el concepto de medicina conductual, la primera vez que se llegó a emplear fue por Birk (como se citó en Reynoso & Seligson, 2005), quien lo utilizó para referirse a la importancia de las técnicas conductuales en el trabajo con enfermedades como el asma, epilepsia, dolor de cabeza tensional, migrañas y la enfermedad de Reynaud.

Posteriormente es en 1977 que en la Universidad de Yale se organizó la primera conferencia sobre medicina conductual, que tuvo por objetivo promover la comunicación interdisciplinaria y la discusión entre investigadores y practicantes de la profesión, para encontrar mejores formas de integración y hacer del trabajo de la

disciplina algo más efectivo (Reynoso, 2014). Para esto, se reunieron expertos de diferentes áreas como la antropología, la medicina, la epidemiología, la psiquiatría, la psicología y la sociología.

En dicha conferencia se llegó a la siguiente definición de medicina conductual: “La medicina conductual es el campo encargado del desarrollo de los conocimientos y las técnicas de la ciencia de la conducta, relevantes para comprender la salud y la enfermedad médica y de aplicar dichos conocimientos y técnicas para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación” (Schwartz & Weiss, 1978, p.249).

Más adelante dicha definición se reformuló por parte de la Academia Nacional de las Ciencias, agregando a la definición el concepto de campo interdisciplinario y de integración y no solo de desarrollo, para referirse a los conocimientos y técnicas conductuales (Schwartz & Weiss, 1978).

En cuanto a su organización, en 1970 se crea un Grupo de Interés especial en medicina conductual, como parte de la Asociación para el Avance de la Terapia de la Conducta, dicho grupo se separa de la asociación para formar la Sociedad de Medicina Conductual en 1978, con el que por fin se comienza a expandir la disciplina. Por último, es formada la Sociedad Internacional de Medicina Conductual, que en 1990 convoca al *Primer Congreso sobre Medicina Conductual* en Suecia (Reynoso, 2014).

Actualmente, la Sociedad Internacional de Medicina Conductual cuenta con 26 sociedades nacionales afiliadas y define a la profesión como el campo multidisciplinario que consiste en el desarrollo y la integración de aquellos conocimientos psicosociales, conductuales y biomédicos relevantes con la salud y la enfermedad, con el objetivo de aplicar dicho conocimiento en la prevención, la etiología, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación (International Society of Behavioral Medicine, 2018).

En resumen, para comprender la definición de medicina conductual se debe considerar que es un campo interdisciplinario en el que se involucran disciplinas como la medicina, la psicología, la antropología y la sociología, que busca desarrollar e integrar todos los conocimientos teóricos-tecnológicos desarrollados desde la psicología, para intervenir en diferentes momentos del proceso de salud y enfermedad.

Si bien a nivel mundial se presentó el desarrollo antes descrito, en el caso de México se tuvo un desarrollo que, si bien comparte aspectos generales, tiene sus matices que vale el esfuerzo de tomarlos en cuenta. matizar

1.1. Medicina Conductual en México.

En párrafos anteriores se ha comentado el desarrollo tanto de la definición como de diferentes organizaciones enfocadas a la Medicina Conductual, pero desde un panorama internacional. En el caso particular de México, el desarrollo de la disciplina pasó por diferentes áreas de la psicología. Algunos ejemplos de esta transición son los trabajos de Alcaraz, Ribes, Gago, López y Mercado, como iniciadores del análisis conductual aplicado en México; Benjamín Domínguez y su trabajo en reclusorios; Mercado, Ortega y Urbina con su trabajo de psicología ambiental enfocado a la medicina conductual y por último el trabajo de Graciela Rodríguez con su trabajo sobre trasplantes de órganos y tejidos (Rodríguez, 2010).

Sin embargo, es hasta 2001, cuando se funda la Sociedad Mexicana de Medicina Conductual y en 2002 se realiza el Coloquio en Medicina Conductual, con la participación de la Facultad de Psicología y la Asociación para evitar la ceguera en México.

Posteriormente es en el 2005 que junto con la Sociedad Internacional de Medicina Conductual se lleva a cabo el primera Reunión Regional Latinoamericana y del Caribe de Medicina Conductual en la Ciudad de México. Finalmente, como resultado del primer Coloquio en Medicina Conductual se publica el primer libro de Medicina Conductual en México (Rodríguez, 2010).

Aunque en la actualidad, a nivel mundial se aprecia el papel del comportamiento en el proceso de salud y enfermedad, en México aún existen retos que superar, como menciona Rodríguez (2010), existe una falta de apoyo a las investigaciones en este campo, no existen suficientes programas para la formación de médicos conductuales y no se tienen plazas o campos de trabajo formales que permitan el trabajo inter, multi y transdisciplinario. Sin embargo, uno de los logros en este sentido es el plan de Residencia en Medicina Conductual de la UNAM como parte del programa de maestrías y doctorados en psicología, el cual consta de 2 años en los que se busca formar a los alumnos como profesionales de esta

disciplina, dándole una extrema importancia a la parte práctica dentro de centros de salud.

Como parte de dicho programa de posgrado, se desarrolla en 1988 el plan de estudios de la residencia en Medicina Conductual en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala. En dicho programa se parte de un modelo de atención integral en los pacientes, partiendo del supuesto de que la conducta de un individuo propicia el desarrollo de enfermedades y que estas, a su vez, modifican el comportamiento (Reynoso, 2014). A partir de esta perspectiva, el programa tiene por objetivo desarrollar en el alumno las capacidades necesarias para el ejercicio psicológico profesional en medicina conductual, con un enfoque cognitivo-conductual, desde una perspectiva multidisciplinaria. Para lograr dicho objetivo el residente en Medicina Conductual lleva a cabo prácticas dentro de instituciones de salud donde realiza las funciones de evaluación, intervención y seguimiento de los problemas psicológicos que presentan los pacientes del servicio asignado, las cuales se desglosarán más adelante en el apartado cuatro.

Dentro de dicho plan de estudios, se busca que el alumno desempeñe sus funciones dentro del ámbito hospitalario, por lo que a continuación se describe la sede en la que se llevaron a cabo las actividades como residente en Medicina Conductual.

2. Características de la Sede

Gracias a convenios con la Secretaría de Salud, los residentes en Medicina Conductual pueden realizar sus prácticas profesionales en diferentes instituciones del sector salud. Para el caso de este reporte de experiencia profesional, las prácticas del residente se realizaron en el Hospital Juárez de México (HJM), específicamente en el servicio de Oncología. A continuación, se describen las características de la sede.

2.1. Ubicación.

El Hospital Juárez de México se encuentra ubicado en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07760, Ciudad de México. Es una institución considerada de tercer nivel de atención, por su especialización y su equipo tecnológico.

2.2. Antecedentes/Historia.

La historia del hospital se remonta al año de 1524, cuando el Fray Pedro de Gante inició la construcción de la capilla de San Pablo destinada a la evangelización y educación de las personas de México-Tenochtitlan (Secretaría de Salud, 2017).

Posteriormente se fundó el Colegio de San Pablo, considerado como el más grande la nueva España, que en la invasión norteamericana de 1847 se rehabilitó para atender a los heridos de guerra.

Es en 1872 que adopta el nombre de Hospital Juárez de México tras la muerte del presidente Benito Juárez. En 1985 se derrumba a causa del temblor de esa fecha y en 1989 surge como el nuevo Hospital Juárez de México.

2.3. Nivel de atención.

Como ya se comentó en párrafos anteriores, el HJM es considerado como un hospital de tercer nivel, debido a los diferentes servicios de especialidades de alto nivel que ofrece y al desarrollo tecnológico que posee para diagnóstico y tratamiento.

2.4. Servicios de la sede.

Cómo ya se mencionó, dentro del Hospital Juárez se ofrecen diferentes servicios de alta especialidad agrupados en cuatro divisiones, servicios auxiliares y la dirección médica. Algunos de estos servicios que están presentes en el hospital se pueden observar en la tabla 5.

Tabla 5
División y servicios del Hospital Juárez de México

División	Servicios	
División de Cirugía	Anestesiología Angiología Cirugía Cardiovascular Cirugía General Cirugía Maxilofacial Cirugía Plástica y Reconstructiva Endoscopía	Medicina Física y Rehabilitación Neurocirugía Oftalmología Oncología Ortopedia Otorrinolaringología Trasplantes Urología
División de Medicina	Alergia e Inmunología Cardiología Dermatología Endocrinología Gastroenterología Geriatría Hematología	Medicina Interna Nefrología Neumología Neurología Preconsulta Psiquiatría y Salud mental Reumatología

División de Pediatría	Cirugía Pediátrica Neonatología Pediatría Médica Urgencias Pediátrica Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica
División de Gineco-obstetricia	Biología de la Reproducción Ginecología Obstetricia
Servicios auxiliares para diagnóstico y tratamiento	Anatomía Patológica Banco de Sangre Laboratorio Clínico Medicina Nuclear Neurofisiología Clínica Radiología e Imagen
Dirección médica	Homeopatía Toxicología Unidad de Vigilancia Epidemiológica - Infectología

Debido al tipo de actividades realizadas por el residente en Medicina Conductual, el presente trabajo se centrará únicamente en el servicio de Oncología. A continuación, se describe dicho servicio, en el que se llevaron a cabo las funciones y actividades del residente.

3. Ubicación del residente en Medicina Conductual dentro de la Sede

3.1. Servicio de Oncología.

El servicio de Oncología, como se describe en la Tabla 5, pertenece a la División de Cirugía y se compone de cinco clínicas encargadas de brindar atención a pacientes durante la consulta externa y hospitalización, así mismo se cuenta con servicios como quimioterapia, radioterapia, urgencias oncológicas y cuidados paliativos. Las clínicas que conforman el servicio de oncología se describen en la Figura 3.

3.2. Líneas de autoridad.

El residente en medicina conductual pertenece al área de psico-oncología, la cual, dentro del servicio de oncología, es considerada como un servicio de apoyo y a diferencia de los demás servicios y clínicas del servicio, no cuenta con un adscrito, en su lugar cuenta con un supervisor académico y un supervisor *in situ* que ayudan y guían al residente a lo largo de sus diferentes actividades.

3.3. Organigrama.

A continuación, se presenta a manera de organigrama la estructura del servicio de oncología, conformada por el jefe de servicio, cuatro clínicas quirúrgicas, dos clínicas

de tratamiento, una de prótesis y dos clínicas de apoyo, en las que se encuentra psicooncología (ver figura 3).

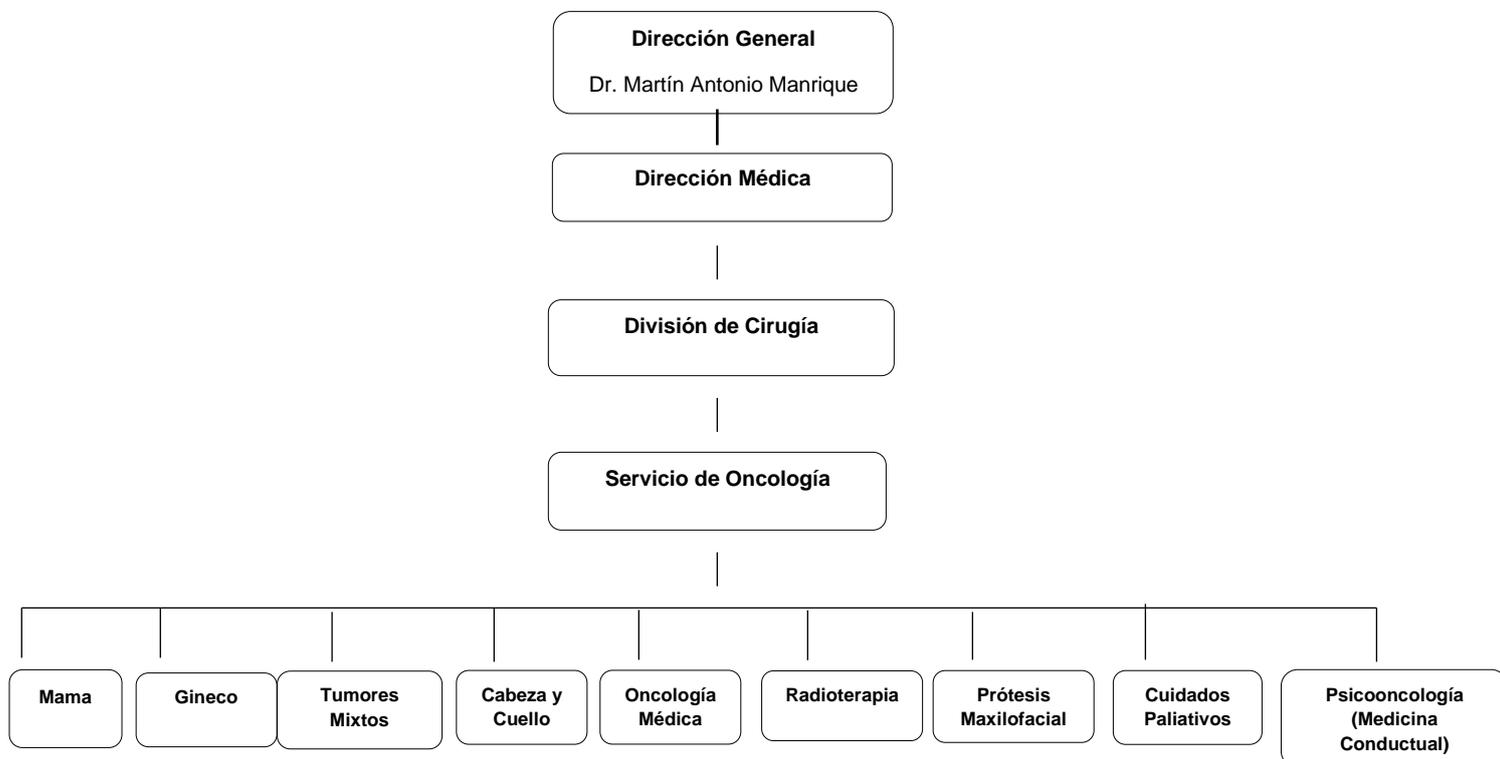


Figura 3. Organigrama del servicio de Oncología

4. Actividades desarrolladas en la sede

4.1. Justificación.

El cáncer es la principal causa de muerte en el mundo, ocasionando 8.8 millones de fallecimientos tan solo en el 2015 (OMS, 2017). Con relación a esto, los cinco tipos de cáncer que ocasionan más defunciones a nivel mundial son: el pulmonar con 1,69 millones de defunciones, hepático con 788,000 defunciones, colorrectal con 774,000, gástrico con 754,000 y mamario con 571,000.

La experiencia de padecer un tipo de cáncer representa un gran reto para los pacientes, pues se enfrentan a un gran número de problemas psicosociales que afectan en gran medida su calidad de vida (Becerra, 2014). Entre estos problemas se encuentran: creencias irracionales sobre la enfermedad, respuestas de estrés

ante el diagnóstico y los tratamientos, síntomas de depresión y ansiedad presentes en los diferentes momentos del tratamiento.

Tomando en cuenta esto, el trabajo del médico conductual en pacientes con cáncer se vuelve de vital importancia, pues mientras que los médicos buscan trabajar con la sobrevivencia de los pacientes, el especialista en medicina conductual busca mantener y mejorar la calidad de vida del paciente oncológico mediante el uso de técnicas y procedimientos cognitivos-conductuales.

En este sentido, se desarrolla el área de psicooncología, la cual busca brindar apoyo psicológico a los pacientes oncológicos. A continuación, se describe la evaluación inicial de dicha área, con el objetivo de dar un panorama del estado de la misma al momento de ingresar el residente de medicina conductual.

4.2. Evaluación inicial del servicio.

Al incorporarse el residente de medicina conductual al servicio de Oncología, se encuentra con un equipo de trabajo dispuesto a realizar actividades en equipo y de orientación con los nuevos residentes. Así mismo se explica de manera clara y detallada la forma de trabajar y de organizarse para las diferentes funciones y actividades que se realizan.

En cuanto al espacio de trabajo se cuenta con un consultorio de psicooncología (consultorio 85), el cual, sirve para brindar consulta externa, guardar material y como punto de reunión para hablar sobre las actividades realizadas por el área o llevar a cabo sesiones de revisión de algún tema o artículo relacionado con la medicina conductual u oncología. Cabe mencionar que dicho espacio se encuentra en condiciones óptimas de limpieza y cuenta con un sillón, cuatro sillas, un escritorio y un mueble con casilleros.

Referente al personal médico, tanto adscritos como residentes están conscientes de la existencia del área de psicooncología y tienen una idea general sobre las funciones que se llevan a cabo, aspecto que se demuestra al pedir la consulta de psicología, apoyo para dar alguna noticia o incluso pedir alguna intervención en situaciones que se consideran como urgencias.

Por último, se cuenta con una organización clara y una constante comunicación entre el equipo de trabajo. Asimismo, en cuanto al trabajo que se realiza como residente de medicina conductual en oncología, se cuenta con tareas

bien definidas tanto en tiempo como en actividades a desarrollar que se describirán a continuación, desde las actividades diarias, las académicas y las no programadas.

4.3. Actividades diarias.

A lo largo de toda la residencia en medicina conductual para el servicio de oncología, los alumnos deben realizar las siguientes actividades (ver tabla 6):

Tabla 6
Actividades Diarias del Residente en Medicina Conductual

Hora	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7:00	Clase de Oncología	Clase de Oncología		Clase de Oncología	Clase de Oncología
7:30		Plática cada 15 días/ Seminario TCC cada 15 días			
8:00	Pase de visita	Pase de visita	Sesión General	Pase de visita	Pase de visita
9:00	Consulta externa	Consulta externa	Pase de visita (de acuerdo al rol)	Consulta externa	Consulta externa
10:00	Consulta externa	Consulta externa	Sesión de casos clínicos	Consulta externa	Consulta externa
11:00	Consulta externa	Consulta externa	Supervisión académica	Consulta externa	Sesión bibliográfica
12:00	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización	Supervisión académica	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización
13:00	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización	Supervisión académica	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización
14:00	Reporte de productividad	Reporte de productividad	Reporte de productividad	Reporte de productividad	Reporte de productividad

En relación con las actividades que el residente en Medicina Conductual realiza con los pacientes oncológicos, se tienen las siguientes:

- 1) Realizar el pase de visita con el equipo médico (jefe de servicio, médicos adscritos y residentes), con el objetivo de identificar problemáticas

psicológicas de relevancia y realizar intervenciones durante estancia hospitalaria.

- 2) Brindar apoyo durante consulta externa, en las diferentes clínicas del servicio de Oncología: Oncología Médica, Cabeza y Cuello, Tumores Mixtos, Ginecooncología, Mama, así como en los diferentes servicios de apoyo: Cuidados Paliativos, Radioterapia, Urgencias y Clínica de Catéteres; con el objetivo de identificar problemáticas psicológicas tanto en pacientes como en familiares y realizar intervenciones en caso de ser necesario.
- 3) Realizar pláticas psicoeducativas para los pacientes de la sala de espera, con el objetivo de brindar información tanto a pacientes como a familiares, de información que les sea relevante y de utilidad para mejorar su salud. A continuación se enlistan las temáticas de las pláticas psicoeducativas impartidas durante el periodo del 30 de enero del 2018 al 07 de mayo del 2019 (ver tabla 7).

Tabla 7
Temáticas de Pláticas Psicoeducativas

Residente a cargo / Residente de apoyo	Nombre de la plática	Fecha	n
Karen / Daniela	Mitos y realidades del cáncer	30/01/2018	29
Denisse / Cristian	¿Cómo hablar con mi médico?	13/02/2018	33
Claudia / Andrea	¿Qué hace el psicólogo en oncología?	06/03/2018	28
Pablo / Daniela	Hablando del cáncer con mis seres queridos	20/03/2018	29
Daniela / Karen	¿Cómo hablar del cáncer con los niños?	03/04/2018	18
Cristian / Denisse	¿Qué hacer antes durante y después de mi Quimioterapia?	17/04/2018	33
Andrea / Pablo	¿Qué hacer antes durante y después de mi Radioterapia?	08/05/2018	25
Daniela / Claudia	¿Qué hacer antes durante y después de mi Cirugía?	22/05/2018	Dato perdido
Cristian / Andrea	Apoyo emocional durante mi enfermedad	05/06/2018	25
Andrea / Karen	Apoyo emocional a Cuidadores	19/06/2018	22
Cristian / Daniela	¿Qué son los cuidados paliativos?	26/06/2018	21
Andrea/Cristian	Mitos y realidades del cáncer	24/07/2018	21
Cristian/Daniela	¿Qué hace el psicólogo en Oncología?	07/08/2018	25
Daniela/Andrea	¿Cómo hablar de cáncer con mis familiares?	21/08/2018	16
Andrea/Daniela	¿Qué atienden las diferentes clínicas?	04/09/2018	15
Daniela/Cristian	Prevención y síntomas del cáncer	18/09/2018	10

Cristian/Andrea	¿Qué hacer antes durante y después de mi Quimioterapia?	02/10/2018	14
Andrea/Cristian	¿Qué hacer antes durante y después de mi Radioterapia?	16/10/2018	12
Cristian/Daniela	¿Qué hacer antes durante y después de mi Cirugía?	30/10/2018	14
Andrea/Cristian	¿Cómo hablar del cáncer con los niños	13/11/2018	15
Daniela/Andrea	¿Qué son los cuidados paliativos	04/12/2018	17
Andrea/Anahí	Mitos y realidades del cáncer	15/01/2019	16
Cristian/Cecilia	¿Qué hace el psicólogo en oncología?	29/01/2019	17
Daniela/Omar	¿Cómo hablar de cáncer con mis familiares?	05/02/2019	16
Anahí/Cristian	¿Cómo hablar con mi médico?	19/02/2019	15
Cecilia/Andrea	¿Qué atienden las diferentes clínicas?	05/03/2019	14
Omar/Cristian	Prevención y síntomas del cáncer	19/03/2019	11
Anahí/Daniela	¿Qué hacer antes, durante y después de mi quimioterapia?	02/04/2019	15
Cecilia/Andrea	¿Qué hacer antes, durante y después de mi radioterapia?	16/04/2019	12
Omar/Daniela	¿Qué hacer antes, durante y después de mi cirugía?	30/04/2019	18
Anahí/Cristian	Vida después de la enfermedad	07/05/2019	12

- 4) Por último, se realizan interconsultas a los demás servicios del hospital, como parte de Medicina Conductual, con el objetivo de brindar el apoyo psicológico a pacientes de otras especialidades.

4.4. Actividades Académicas.

En lo referente a las actividades académicas, éstas tienen por objetivo desarrollar conocimientos y habilidades en el residente de Medicina Conductual que le ayuden a desarrollarse como profesional del área. Estas actividades se dividen en:

- 1) Médicas. Los lunes, martes, jueves y viernes, se acude a la clase de oncología, en la que el jefe del servicio, los médicos adscritos y los residentes médicos, exponen temas sobre diferentes problemáticas oncológicas. Así mismo los miércoles se acude a la sesión general del HJM en la que se exponen diferentes temas médicos a todos los residentes del hospital.
- 2) Académicas. Los martes de 7:30 a 8:00 se discuten temas sobre el modelo de terapia cognitivo-conductual, mediante la revisión de artículos y otros

materiales bibliográficos, con el objetivo de comprender el modo de trabajo desde dicho modelo y su aplicación en el ámbito hospitalario. Los miércoles de 10:00 a 11:00 se asiste a la revisión de casos clínicos, en la que asisten todos los residentes de Medicina Conductual del hospital bajo la supervisión del Dr. Ricardo Gerardo Gallardo Contreras y las supervisoras académicas Mtra. María Cristina Bravo González y Mtra. Maetzin Itzel Ordaz Carrillo.

- 3) Actividades Administrativas. Todos los días los residentes en Medicina Conductual deben de llenar el formato de productividad y entregarlo al área de psiquiatría. Por otro lado, al final de cada mes se debe de entregar un reporte de la productividad al jefe del servicio de Oncología y a la supervisora académica. Para entregar tanto el reporte individual como el reporte mensual existe un rol en el servicio para determinar el responsable de la entrega.
- 4) Supervisión *in situ*. Los viernes de 11:00 a 12:00 se tiene una sesión con el Dr. Gallardo, en la que se expone un artículo y se discute su relevancia en el trabajo del residente en medicina conductual.
- 5) Supervisión académica. Los miércoles a las 12:00 se revisan con la Mtra. Cristina Bravo los casos difíciles, avances de protocolos, dinámicas del servicio, avances del protocolo, reportes de productividad y de experiencia profesional.

Todas estas actividades conforman las labores que el residente en medicina conductual realiza durante su práctica profesional en el HJM. A continuación, se presenta la productividad del trabajo realizado por el residente en el servicio de Oncología.

4.5. Productividad de pacientes atendidos.

A continuación, se muestran los datos de la productividad que comprende el periodo del 8 de enero del 2018 al 30 de abril del 2019. Durante dicho periodo se atendieron a 626 pacientes y se realizaron 1256 intervenciones.

En relación al tipo de consulta, como se puede ver en la se brindaron casi el mismo porcentaje de atenciones de primera vez que subsecuentes, aunque en cantidades se observan más consultas subsecuentes con una cantidad de 630 que dé primera vez con 626.

Como se puede observar en la figura 4, el porcentaje de mujeres fue mayor con un total de 421 pacientes atendidas, en comparación con los 205 hombres atendidos.

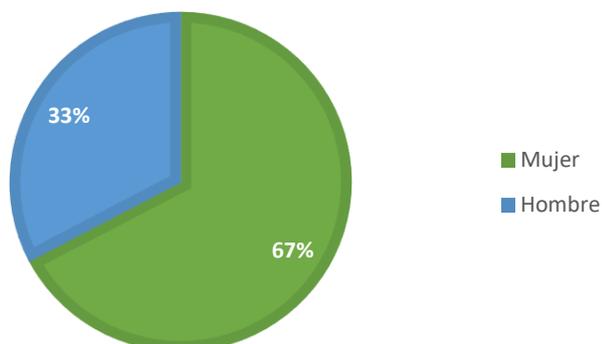


Figura 4. Porcentaje de pacientes atendidos por sexo

En cuanto al área en la que se llevó a cabo la atención, en la figura 5 se muestra el porcentaje de pacientes atendidos en consulta externa, hospitalización, interconsultas, quimioterapia, urgencias. Como se puede apreciar, el porcentaje fue mayor en hospitalización con 683 intervenciones, seguido de consulta externa con 515, interconsultas, quimioterapia con 48 y por último urgencias e interconsultas con 5 intervenciones cada una.

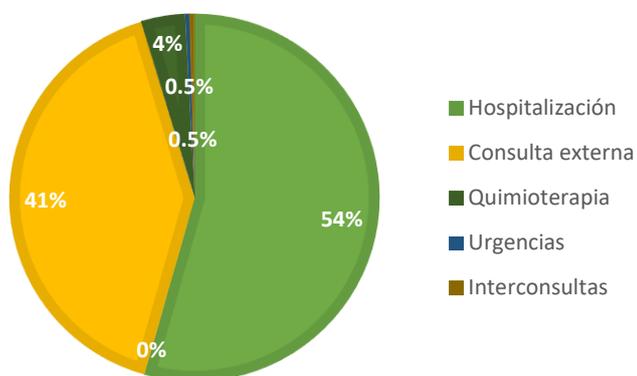


Figura 5. Áreas de atención

En cuanto a la modalidad de la atención, como se observa en la figura 6, se brindaron 1035 atenciones de manera individual, lo que la coloca como la modalidad

de atención más frecuente seguida de la individual y familiar con 122, familiar con 98 y por último grupal con una intervención.

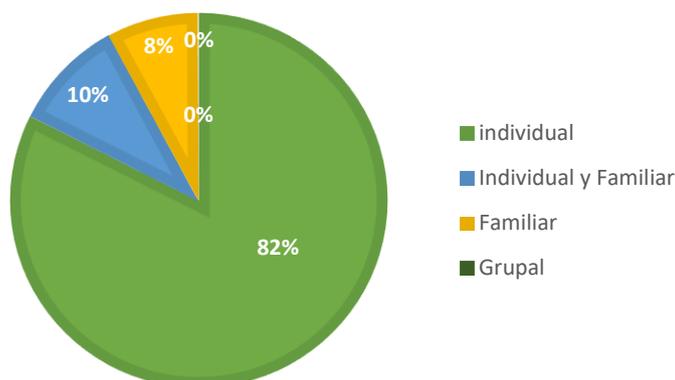


Figura 6. Modalidad de atención psicológica

Para el caso del tipo de atención psicológica, la que presentó un mayor porcentaje fue la entrevista inicial con 555 intervenciones como se puede observar en la figura 7, seguida de seguimiento con 411, monitoreo con 110, intervención en crisis con 101, intervención con 60 y por último entrevista de detección de problemas con 19.

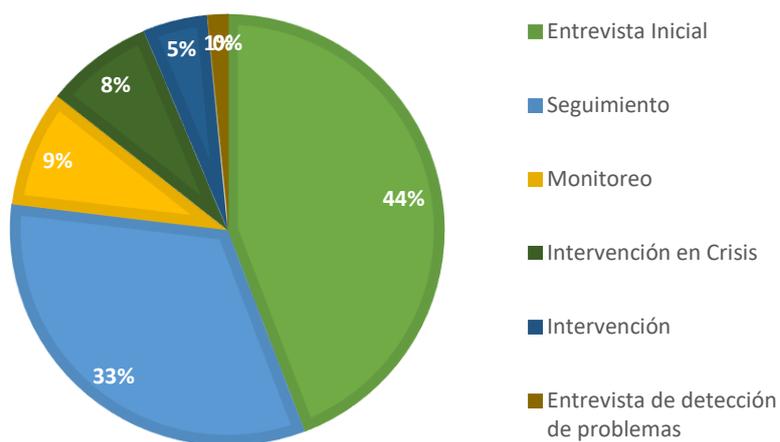


Figura 7. Tipo de atención psicológica

En cuanto al total de diagnósticos atendidos, como se observa en la tabla 8, el que tuvo mayor prevalencia fueron los tumores en estudio, seguido del cáncer de mama y cervicouterino.

Tabla 8
Diagnósticos médicos más frecuentes

Diagnóstico médico	f
En estudio	144
Cáncer de mama	92
Cáncer Cervicouterino	59
Otros diagnósticos	30
Cáncer de colon	29
Cáncer de testículo	28
Cáncer gástrico	24
Sarcoma	22
Cáncer de Ovario	22
Cáncer de endometrio	21
Cáncer de recto	18
Cáncer de Próstata	17
Cáncer de tiroides	13
Cáncer Epidermoide	12
Otros tipos de cáncer	95
Total	626

Al momento de identificar problemáticas psicológicas de relevancia, como se puede observar en la tabla 9, la problemática más identificada fue la sintomatología ansiosa, con un total de 167 pacientes, sin trastorno psicológico aparente con 133 pacientes y reacción de estrés aguda con 104.

Tabla 9
Diagnósticos psicológicos más frecuentes

Diagnóstico psicológico	f
Síntomas de ansiedad	167
Sin trastorno psicológico aparente	133
Reacción de estrés aguda	104
Síntomas de depresión	84
Aplazado	42
Déficit de información que afecta estado físico	38
Estilo de afrontamiento que afecta estado físico	16

Trastorno adaptativo mixto	15
Trastorno adaptativo	8
Incumplimiento terapéutico	7
Trastorno adaptativo con síntomas de depresión	4
Trastorno del estado de ánimo	2
Rasgo de personalidad que afecta estado físico	2
Problemas con el grupo primario de apoyo	1
Trastorno adaptativo con síntomas de ansiedad	1
comportamiento desadaptativo	1
Respuesta fisiológica relacionada con estrés	1
Total	626

Por último, en lo referente a las intervenciones empleadas para trabajar con las problemáticas psicológicas detectadas, las más utilizadas fueron: la evaluación, la psicoeducación y la respiración pasiva (tabla 10).

Tabla 10

Técnicas empleadas durante las intervenciones

Técnica psicológica	f
Evaluación	281
Psicoeducación	167
Respiración pasiva	64
Solución de Problemas	42
Terapia Racional-Emotiva:	37
Activación conductual	8
Autocontrol	7
Habilidades sociales	7
Paro de pensamiento	7
Distracción cognitiva	2
Relajación Muscular Progresiva.	2
Relajación Autógena	2
Total	626

4.6. Otras actividades no programadas.

Durante el primer año y medio de la maestría en medicina conductual, el residente realizó cuatro actividades no programadas en cuatro eventos académicos:

1. Presentación de un cartel sobre el Análisis Contingencial y su utilización para el manejo de pacientes con diabetes tipo II en el XXXVI Coloquio de investigación de la División de Posgrado de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
2. Participación en un Simposio, con la presentación de un caso sobre la modificación de prácticas sustitutivas en el sistema macrocontingencial. Dicha participación se realizó en el VI Seminario Internacional sobre Comportamiento y Aplicaciones.
3. Por último, se presentó la propuesta de protocolo que consiste en una intervención cognitivo-conductual para reducir los niveles de ansiedad preoperatoria en pacientes de tumores de cabeza y cuello sometidos a cirugías deformantes.
4. Presentación de la ponencia “Depresión en una paciente con cáncer de mama durante tratamiento neoadyuvante” en el noveno Congreso Nacional de Investigación UVM.
5. Elaboración e impartición de una clase para los residentes del servicio de oncología del Hospital Juárez de México, con el tema “Comunicación en la relación médico-paciente”.
6. Evaluación de los niveles de estrés y Burnout en los residentes de oncología del Hospital Juárez de México.
7. Elaboración e impartición de un taller para los residentes de cirugía oncológica y de cabeza y cuello, titulado “Reducción del estrés y prevención del Burnout”.

5. Competencias profesionales alcanzadas

Como parte del programa de la residencia en medicina conductual, se espera el alumno desarrolle determinadas competencias que le permitan desenvolverse en el campo profesional. A continuación, se describen dichas competencias y una descripción de si se lograron alcanzar.

5.1. Actividades diarias.

En lo relacionado a las actividades diarias se mejoró la habilidad de evaluación y de intervención, pues en el caso de los pacientes atendidos durante la consulta externa médica, no se disponía del tiempo ni del lugar para llevar a cabo una atención tan estructurada como en la consulta externa de medicina conductual. Lo anterior favoreció la identificación de problemas psicológicos y su intervención oportuna en el caso de las crisis o reacciones de estrés agudo. Asimismo, durante el pase de visita se aprendió a identificar posibles necesidades psicológicas, ya sea por la condición médica, su pronóstico o incluso por la conducta verbal y no verbal del paciente o el familiar acompañante.

Con relación a la consulta externa de medicina conductual/psicooncología, se mejoraron habilidades clínicas como la evaluación y la intervención en pacientes con enfermedades crónicas y en varios casos en etapa terminal, ya que es una población a la que difícilmente se tiene acceso fuera del ámbito hospitalario.

Por último, la atención a pacientes hospitalizados ayudo a la adquisición de habilidades de intervención de una manera más cercana al paciente y en una modalidad más continua. En complemento a lo anterior se mejoró la intervención en crisis pues en oncología mucho de los tratamientos, la estancia o la misma condición médica, lleva a los pacientes a experimentar episodios de crisis.

5.2. Actividades académicas.

En lo referente a la presentación de casos clínicos se mejoró la utilización de diferentes procedimientos de la terapia cognitivo-conductual, pues en dichas sesiones de exponían los casos y entre todos los residentes se comentaba de qué manera mejorar la utilización de procedimientos tanto de evaluación como de intervención para obtener mejores resultados.

Por último, la clase con los residentes de oncología ayudó a mejorar la comunicación con el personal médico, de enfermería y de trabajo social, pues ya era más fácil referir casos, comentarlos y de esta manera apoyar de una manera más integral al paciente.

5.3. Protocolo.

Como parte de las competencias a desarrollar dentro de la residencia en Medicina Conductual se encuentra el desarrollo e implementación de un protocolo de

investigación. En dicho proceso se llevaron a cabo diferentes actividades como la búsqueda de información acorde al tema, el diseño de la metodología de acuerdo con el objetivo del proyecto y la implementación del mismo.

El protocolo atravesó por diferentes cambios, desde el tema hasta el diseño. Terminando con un protocolo para la reducción de la ansiedad preoperatoria en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

Para lo referente a las competencias logradas, se logró mejorar la búsqueda de información y la elaboración del diseño de la investigación. Por otra parte, se mejoró el trabajo multidisciplinario, pues se consiguió el apoyo por parte de la clínica de cabeza y cuello y de la adscrita de prótesis maxilofaciales. Sin embargo, como se comentará en los siguientes apartados, por cuestiones administrativas ajenas al residente, no se logró finalizar la implementación, por lo que se optó por presentar un análisis de caso de un paciente oncológico, como producto de titulación, el cual se detalla en la segunda parte de este trabajo.

5.4. Supervisión in situ y académica.

Durante la supervisión in situ y académica se logró desarrollar un mejor juicio crítico tanto por las revisiones de artículos en las que se cuestionaba si se podía mejorar el trabajo y si aplicaba al contexto en el que se presentaba el residente, como la supervisión académica en la que se revisaban materiales y se supervisaban casos difíciles para buscar la manera de brindar una mejor atención a los pacientes del servicio.

6. Evaluación

De acuerdo al programa de la Residencia en Medicina Conductual, dicha maestría tiene por objetivo dotar al alumno de competencias necesarias para el ejercicio psicológico profesional cognitivo-conductual. En este sentido a continuación se presenta una evaluación de diferentes áreas de acción de la residencia, con el propósito de determinar si se logró o no el objetivo.

6.1. Servicio asignado.

En cuanto a oncología, al ser un servicio quirúrgico de una subespecialidad y también uno de los más grandes del Hospital Juárez de México, las demandas para el residente de medicina conductual eran suficientes para fomentar una habilidad de

organización del tiempo, de solución de problemas e incluso de habilidades sociales para coordinarse con el resto del equipo de Psicología y poder brindar la atención a los pacientes. En este sentido el servicio asignado cumplió con lo necesario para brindar al residente las oportunidades de generar aprendizajes significativos y mejorar el dominio de las herramientas tanto de evaluación como de intervención.

6.2. Actividades diarias y académicas.

En lo personal, tanto las actividades diarias como las académicas, sirvieron para poner en práctica lo visto durante las clases y desarrollar el hábito de la búsqueda de información o de casos clínicos, pues en varias ocasiones el servicio de oncología demandaba competencias que en las clases se revisaba de manera general. Por lo tanto, puedo concluir que la inclusión del residente en un servicio de tiempo completo, si ayuda a desarrollar las habilidades para el dominio de la terapia cognitivo-conductual y generar la experiencia necesaria para ser crítico y siempre buscar mejorar para poder brindar una mejor atención.

6.3. Protocolo.

A lo largo de los dos años de residencia, el protocolo de investigación como producto de titulación, presentó varios cambios, desde el título, hasta el tema y la metodología. Todo esto debido a cuestiones de viabilidad o por demandas del mismo servicio. Previo a la selección del caso como producto de titulación, se optó por la implementación de un programa cognitivo-conductual para la reducción de la ansiedad en pacientes de cabeza y cuello que fueran a ser sometidos a una cirugía con consecuencias deformantes, dicha propuesta se diseñó y se comenzó a recolectar pacientes para su implementación. Lamentablemente, por cuestiones administrativas con el servicio de Salud Mental del Hospital Juárez de México, no se logró implementar en su totalidad. Por lo tanto, se consideró la presentación de un caso que ejemplifique la labor del médico conductual en una situación de crisis presentada dentro del servicio de oncología, que, si bien no era la idea inicial, si es una buena manera de ejemplificar y mejorar uno de los trabajos más frecuentes en el servicio como son las crisis y las respuestas de estrés agudo.

6.4. Sistema de supervisión in situ y académica.

En términos generales ambas supervisiones favorecieron la adquisición de competencias tanto teóricas como metodológicas y prácticas. Por cuestiones administrativas en algunas ocasiones se tenían que posponer, pero siempre se cumplió con el programa planeado y ambos supervisores siempre se mostraron dispuestos a resolver dudas y guiar el trabajo del residente de la mejor manera.

6.5. Competencias profesionales alcanzadas.

De manera personal considero que, si se lograron alcanzar las competencias profesionales planteadas en el programa, en gran medida gracias a la practica en el servicio de oncología. Si se toman como referencia los casos clínicos elaborados a lo largo de la rotación en el servicio, se aprecia un mejor dominio de los procedimientos de la terapia cognitivo-conductual y su aplicación a pacientes con enfermedades crónicas, que al final de cuentas es el objetivo propuesto para la residencia en medicina conductual.

7. Conclusiones y sugerencias

Si consideramos el perfil de egreso de la maestría en Medicina Conductual con sede en Iztacala, publicado en la página de Posgrado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (2013), podemos encontrar que un egresado deberá:

- Evaluar y diagnosticar problemas y necesidades socialmente relevantes en el área de la salud.
- Generar y adaptar instrumentos y técnicas de medición y escrutinio en el área.
- Seleccionar las técnicas y procedimientos adecuados para su intervención profesional, fundamentando sus elecciones.
- Evaluar la eficacia de los programas de intervención en el área de la salud.
- Refinar su intervención con base en los resultados de la evaluación, de manera que responda adecuadamente a las necesidades del cliente y de la sociedad.
- Generar, adaptar y desarrollar programas de intervención en los diferentes niveles de atención a la salud.
- Trabajar en equipo multidisciplinario.

Tomando en cuenta los puntos anteriores, se puede considerar que se logró alcanzar el perfil de egreso para la residencia, ya que durante el tiempo que duró la rotación se tuvo acceso a diferentes situaciones hospitalarias que facilitaron tanto el desarrollo de capacidades como el trabajo en equipo, tanto con los demás residentes del programa como de manera multidisciplinaria.

Si bien se logró alcanzar el perfil de egreso y el desarrollo de competencias que permiten la inserción del residente en el campo de la salud, existen algunas áreas de oportunidad que podrían mejorar el programa y favorecer un mayor aprendizaje en los residentes. En primer lugar, impartir un taller o materia durante los primeros semestres que le enseñé a los residentes a identificar casos difíciles y diseñar estrategias en función de eso, ya que muchas veces el residente llega al servicio de oncología sin saber qué hacer con los pacientes o incluso con miedo de no saber controlar una crisis o un paciente difícil.

Otro aspecto que podría mejorarse es la frecuencia con la que se realiza la supervisión in situ, ya que en muchas ocasiones la carga de pacientes es mucho mayor a los que se pueden revisar durante la supervisión.

Por último, mejorar las condiciones del residente de Medicina Conductual dentro de la sede, ya que, si bien dentro del servicio era considerado como un residente más y se le permitía realizar su trabajo sin contratiempos, la relación con Salud Mental y Tanatología se volvía un obstáculo al momento de llevar las actividades diarias e incluso llevo a que no se pudiera completar la muestra de varios protocolos o la post-evaluación de un taller para los residentes.

En conclusión, el Programa de Residencia en Medicina Conductual facilita la adquisición de habilidades y competencias que permiten al egresado insertarse en el ámbito profesional de salud y trabajar con pacientes con enfermedades crónico degenerativas. En general el tiempo dedicado a la práctica en el servicio de oncología fue lo de más enriquecedor dentro de la maestría ya que permitió poner en práctica técnicas de evaluación e intervención, en una población que va en aumento y representa uno de los mayores problemas de salud de nuestros tiempos como lo es el cáncer y que muchas veces no recibe la atención psicológica necesaria.

Referencias

- American Cancer Society. (2019). *Treatment of colon cancer, by stage*. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/by-stage-colon.html>
- American Cancer Society. (2019a). *Surgery for colon cancer*. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/colon-rectal-cancer/treating/colon-surgery.html>
- Becerra, A. (2014). Medicina conductual aplicada en pacientes oncológicos. En L. Reynoso; A. L. Becerra (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp 313-332). México: Quartuppi
- Cruzado, J. (2015). *Manual de psicooncología: tratamientos psicológicos en pacientes con cáncer*. España: Pirámide.
- De la Garza, F. (2018). *Suicidio: medidas preventivas*. México: Trillas
- Gómez, P., Monsalve, V., Soriano, J. & de Andrés, J. (2007). Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes en una unidad de cuidados intensivos. *Medicina Intensiva*, 13(6). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadística a propósito del día mundial contra el cáncer*. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/cancer2016_0.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2011). *Estadísticas de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/suicidio/2011/702825047436.pdf
- Instituto Nacional del Cáncer. (2017). *Tipos de tratamiento*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/tratamiento/tipos>
- Instituto Nacional de Salud Pública. (2019). *Cáncer de colon y recto*. Recuperado de <https://www.insp.mx/infografias/cancer-colon-recto.html>

- International Society of Behavioral Medicine. (2018). *Charter*. Recuperado de <https://www.isbm.info/about-isbm/charter/>
- Kawashima, Y., Yonemoto, N., Inagaky, M., Inoue, K., Kawanoshi, C. & Yamada, M. (2019). Interventions to prevent suicidal behavior and ideation for patients with cancer: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 60, 98-110. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.07.003>
- Malca, B. (2005). Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética*. 9(2), 64-67. Recuperado de <https://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/918>
- Maté, J., Hollenstein, M. & Gil, F. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2-3), 211-230. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404120211A/16254>
- Nezu, A., Nezu, C. & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud. (2007). Diagnóstico y tratamiento. *Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces*. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/Modulo4.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Cáncer*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Suicidio*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Preventing suicide: a community engagement toolkit*. Recuperado de <file:///C:/Users/crisc/OneDrive/Documents/Art%C3%ADculos%20tesis%20maestr%C3%ADa/gatekeeper%20oncolog%C3%ADa.pdf>

- Palacios, X. & Ocampo, J. (2011). Situación actual del conocimiento acerca del suicidio en las personas con cáncer. *Revista Ciencias de la Salud*, 9(2), 173-190. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v9n2/v9n2a06.pdf>
- Pascual, B. (1998). Suicidio en pacientes con cáncer. *Psiquiatría pública*, 10(4), 246-248. Recuperado de <http://documentacion.aen.es/pdf/psiquiatra-publica/vol-10-n-4/46-suicidio-en-pacientes-con-cancer.pdf>
- Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso; A. L. Becerra (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp. 11-26). México: Quartuppi.
- Reynoso, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. España: Declée de Brouwer.
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la medicina conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), 5-12. Recuperado de: <http://www.journals.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/18467>
- Schwartz, G. & Weiss, S. (1978). Behavioral Medicine Revisited: An Amended Definition. *Journal of Behavioral Medicine*, 1(3), 249-250. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/BF00846677>
- Secretaría de Salud. (2017). *Celebran 170 años del Hospital Juárez de México*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud/prensa/335-celebran-170-anos-del-hospital-juarez-de-mexico?idiom=es>
- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis: manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno
- Toledo, M. (2013). Estrategias de intervención en la unidad de oncohematología del Hospital Militar Central. En L. Ruda (Ed.). *Memorias de las jornadas de psicooncología 2009-2012: encuentros, retos y esfuerzos compartidos* (pp. 67-80). Perú: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica de Perú. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/283491653_La_Evaluacion_y_Tratamiento_Psicologico_en_Psico-Oncologia

- Universidad Nacional Autónoma de México. Programa de Maestría y Doctorado en Psicología. (2013). *Perfil de egreso medicina conductual (Iztacala)*. Recuperado de <http://psicologia.posgrado.unam.mx/perfil-egreso-medicina-conductual-iztacala/>
- Valladares, P. (2013). Intervención en crisis. En P. Valladares y A. Rentería. (Ed.). *Psicoterapia cognitivo-conductual: técnicas y procedimientos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vilallonga, J. (2018). Cáncer de colon. *Psicología en cáncer*. Recuperado de <https://psicologiaencancer.com/es/cancer-de-colon/>
- Weisman, A. (1976). Coping with untimely death. En R. Moos. (Ed). *Human adaptation: coping with life crises*. Lexington, USA: Heath &Co.
- Yousaf, U., Christensen, M., Engholm, G., Storm, H. (2005). Suicides among danish cancer patients 1971-1999. *British Journal Cancer*. 92(6), 995-1000. Recuperado de 10.1038 / sj.bjc.6602424