



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-  
CONDUCTUAL EN PACIENTES PREQUIRÚRGICOS CON CÁNCER  
DIGESTIVO**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
MAESTRO EN PSICOLOGIA

**PRESENTA:**

LIC. EN PSIC. CECILIA NAYELI HERRERA GÓMEZ

**TUTORA PRINCIPAL:**

DRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑÓN  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:

MTRA. MAETZIN ORDAZ CARRILLO  
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

MTRA. CINTIA CERVANTES SAAVEDRA

HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO

DRA. MARICELA OSORIO GUZMAN

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. ROCÍO TRON ÁLVAREZ

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

LOS REYES IZTACALA, TLANEPANTLA, EDO. MÉXICO OCTUBRE 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.

## ÍNDICE

<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES PREQUIRÚRGICOS CON CÁNCER DIGESTIVO.....</b>	<b>2</b>
1. ¿Qué es el cáncer?.....	2
1.1. Definición.....	2
1.2. Estadísticas del cáncer.....	6
1.3. Tipos de cáncer.....	9
2. Ansiedad.....	15
2.1. Definición.....	15
2.2. Ansiedad prequirúrgica.....	17
2.3. Intervenciones psicológicas para la ansiedad prequirúrgica...	19
3. Justificación.....	25
3.1. Pregunta de investigación.....	26
3.2. Objetivos general.....	27
3.3. Objetivos específicos.....	27
3.4. Hipótesis.....	27
4. Método.....	28
4.1. Participantes.....	28
4.2. Criterios de inclusión.....	28
4.3. Criterios de exclusión.....	28
4.4. Criterios de eliminación.....	28
4.5. Muestreo.....	29
4.6. Instrumentos.....	29
4.7. Diseño de investigación.....	30
4.8. Definición de Variables.....	30
4.9. Materiales.....	31
4.10 Procedimiento.....	32
5. Resultados.....	34
6. Discusión.....	36
Referencias.....	41
Anexos.....	48
<b>REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL.....</b>	<b>59</b>
1. Historia y conceptualización en México.....	59
1.1. Medicina Conductual en México.....	60
2. Características de la sede.....	61
3. Ubicación del residente en la sede.....	63
3.1. Ubicación de Medicina Conductual.....	64
4. Actividades desarrolladas en la sede como Residente de Medicina Conductual.....	65
4.1. Justificación teórica.....	65
4.2. El servicio de Oncología (evaluación inicial).....	66
4.3. Actividades diarias de enero a mayo 2019.....	67
4.3.1. Reestructura de actividades diarias junio 2019.....	70
4.4. Actividades académicas de enero a mayo 2019.....	71
4.4.1. Reestructura de actividades académicas junio 2019.....	72
4.5. Estadísticas de los pacientes atendidos.....	73
4.6. Otras actividades no programadas.....	75
5. Competencias profesionales alcanzadas.....	76

5.1.	Actividades diarias.....	76
5.2.	Actividades académicas.....	77
5.3.	Protocolo de investigación.....	77
5.4.	Supervisión in situ y académica.....	78
6.	Evaluación.....	78
6.1.	Servicio asignado.....	78
6.2.	Actividades diarias y académicas.....	79
6.3.	Protocolo de investigación.....	79
6.4.	Supervisión in situ y académica.....	79
6.5.	Competencias profesionales alcanzadas.....	80
7.	Conclusiones y sugerencias.....	80
	Referencias	82

**Introducción.**

El siguiente escrito está dividido en dos secciones; en la primera, se presenta una intervención cognitivo-conductual en pacientes prequirúrgicos con cáncer en el sistema digestivo, comenzando con la definición y las estadísticas del cáncer, tanto a nivel mundial como nacional. Enseguida, se describen las características de tres tipos de cáncer pertenecientes al sistema digestivo (cáncer de colon, recto y gástrico) y posteriormente, se describen las características de la ansiedad, los factores que se asocian a la ansiedad prequirúrgica y algunas de las intervenciones psicológicas desarrolladas para llegar a la descripción de las características del método diseñado para este estudio, así como los resultados obtenidos y la discusión.

En la segunda sección del escrito se presenta el Reporte de Experiencia que describe las actividades realizadas y la productividad obtenida por el Residente de Medicina Conductual en el Hospital Juárez de México, esta sección finaliza con la evaluación al programa de Maestría con residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

## **EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL EN PACIENTES PREQUIRÚRGICOS CON CÁNCER DIGESTIVO**

Esta primera parte comienza con la definición y descripción del cáncer, además de las estadísticas y la descripción de tres tipos de cáncer pertenecientes al sistema digestivo.

### **¿Qué es el cáncer?**

#### **1.1. Definición**

El cáncer es una enfermedad que se caracteriza por un crecimiento descontrolado de células anormales, superando en un número mayor a las células normales. El cáncer se puede originar en cualquier parte del cuerpo, ya que una célula anormal crece, se divide y disemina, no tienen un proceso de maduración. Al tener un proceso diferente, las células anormales generan masas que se denominan tumores (American Cancer Society, 2020; Instituto Nacional de Cancerología, 2020; Sociedad Española de Oncología Médica, 2020).

Una clasificación de diferentes tipos de cáncer a partir de las células afectadas es la siguiente (Cruzado, 2010):

-Carcinomas: Son los tipos más comunes de cáncer. Se forman de las células epiteliales, es decir provienen de las células que cubren las superficies externas e internas del cuerpo. Los carcinomas reciben un nombre en específico dependiendo de donde comienzan:

- Adenocarcinoma: Es un cáncer que se forma en las células epiteliales que producen fluidos o mucosidad. Por ejemplo, el cáncer de mama, de colon y próstata.
- Carcinoma de células basales: Es un cáncer que inicia en la capa más baja de la epidermis, es decir la capa exterior de la piel de una persona y que está más expuesta al sol. Por ejemplo, la cabeza y el cuello.
- Carcinoma de células escamosas: Es un cáncer que se origina en las células que están debajo de la superficie de la piel. Los carcinomas de este tipo

reciben el nombre de carcinomas epidermoides. Por ejemplo, cáncer de ano, cáncer de vagina y cuello uterino.

- Carcinoma de células de transición: Es un cáncer que se forma en el tejido llamado epitelio de transición o urotelio. Por ejemplo, el cáncer de vejiga, de los uréteres y de los riñones.

-Sarcomas: Son cánceres que surgen de las células que se encuentran en los tejidos que sostienen el cuerpo, como el hueso, el cartílago, el músculo y el tejido adiposo. Uno de los cánceres de hueso más común en esta clasificación es el osteosarcoma. Mientras que el liposarcoma se forma en la grasa y el rabdomiosarcoma se forma en el músculo. Aunque, los sarcomas pueden aparecer a cualquier edad, los más afectados son los niños, adolescentes o adultos jóvenes.

-Leucemias: Este tipo de cáncer comienza en los tejidos que forman la sangre en la médula ósea, provocando aumento incontrolable de glóbulos blancos (leucocitos) anormales. Los glóbulos blancos son los encargados de combatir infecciones y al existir una alteración en su formación dificultan que la sangre cumpla su función al impedir la producción de glóbulos rojos, plaquetas y glóbulos blancos maduros. Los tipos de leucemia, de acuerdo a las células afectadas son leucemia mieloide y leucemia linfocítica, que a su vez se dividen en: a) leucemia mieloide aguda, que se desarrolla con rapidez y se presenta más en los adultos; b) leucemia mieloide crónica, se desarrolla con lentitud y los síntomas pueden estar ausentes durante meses o años, hasta que las células crecen más rápido, afectando en mayor frecuencia a los adultos; c) leucemia linfoblástica aguda, que se desarrolla con rapidez y con mayor presencia en niños y adolescentes; d) leucemia linfoblástica crónica, que se presenta en adultos (Leukemia & Lymphoma Society, 2020).

-Linfoma: Este cáncer se origina en los ganglios linfáticos y en los tejidos del sistema inmunológico, que son los encargados de combatir los gérmenes, clasificándose en linfoma de Hodgkin, que puede presentarse más frecuente en personas de 20 y 40 años y en los mayores de 55 años, este linfoma desarrolla células anormales llamadas "células de Reed-Sternberg" y en linfoma no Hodgkin, comienza en los

glóbulos blancos (linfocitos) y afecta más a los adultos. Una característica importante, tanto de las leucemias como los linfomas, es que su estudio es a partir de la Oncohematología, al originarse en los órganos encargados de formar la sangre y en los ganglios linfáticos, a diferencia de los otros tipos de cáncer mencionados que se estudian desde el área de Oncología (American Cancer Society, 2020).

Para conocer la ubicación del tumor primario, es decir, el tumor original o primer tumor en el cuerpo, su tamaño y la extensión de este, que se realiza mediante dos mecanismos: por invasión o por metástasis. La invasión es la migración en el tejido vecino y la metástasis sucede cuando las células cancerosas a través de los vasos sanguíneos y linfáticos invaden el tejido normal en otras partes del cuerpo, se realiza una estadificación, por distintos exámenes como las radiografías, tomografías, resonancias magnéticas, pruebas de laboratorio y biopsias para determinar un pronóstico, identificar y planificar un tratamiento.

De acuerdo con el Instituto Nacional de Cáncer (2020) el sistema que se emplea en dicha estadificación es el TNM que significa:

- **T:** Tamaño del tumor.
- **N:** Cuánto se ha propagado el cáncer a los ganglios linfáticos cercanos.
- **M:** Metástasis, es decir si el cáncer se ha propagado a otras zonas del cuerpo.

Después de obtener el TNM se asigna un estadio al cáncer de la siguiente manera (ver Tabla 1):

Tabla 1.  
*Estadios del Cáncer*

Estadio	Significado
Estadio 0	Están presentes células anormales, pero no se han propagado. También se llama carcinoma in situ (CIS) no es cáncer, pero puede convertirse.



---

Estadio I, II, III	Hace referencia al tamaño del tumor y a cuánto se ha propagado. Cuanto más grande es el número, mayor es el tumor y más se ha extendido.
Estadio IV	El cáncer se ha propagado a otros órganos y tejidos.

---

Después de identificar el estadio del cáncer se procede a comenzar con un tratamiento, los cuales pueden ser: (American Cancer Society, 2020):

- **Quimioterapia:** Es un tratamiento en donde se emplean fármacos (citotóxicos) para destruir las células cancerosas. La quimioterapia se considera un tratamiento sistémico al pasar por todo el cuerpo y se puede administrar por medio de un catéter que se coloca en una vena, arteria, cavidad corporal o parte del cuerpo o por medio de una inyección. Algunos de los efectos secundarios de la quimioterapia son: caída del cabello, náuseas y vómitos, fatiga, pérdida de peso, estreñimiento o diarrea, cambio de color en las uñas y cambios en el estado de ánimo, la mayoría de estos efectos desaparecen poco tiempo después de terminar con el tratamiento.
- **Radioterapia:** Es un tratamiento que emplea partículas u ondas de alta energía, como rayos X, rayos gamma, rayos de electrones o protones para destruir células cancerosas y reducir el tamaño del tumor. La radioterapia es un tratamiento de aplicación local, es decir que sólo afecta la parte del cuerpo a la que se dirige y se aplica por medio de una máquina. Los principales efectos secundarios son: sequedad, picazón, descamación o erupción de la piel, fatiga, náuseas, diarreas, caída del cabello, dolor de cabeza y al igual que en la quimioterapia estos síntomas desaparecen semanas después de terminar el tratamiento.
- **Cirugía:** Procedimiento quirúrgico que se emplea para extraer el tumor del cuerpo. Por lo general, se realiza cuando el tumor está localizado y es de tamaño pequeño. Algunos de los efectos secundarios de la cirugía pueden ser sangrados, coágulos sanguíneos, daños a tejidos cercanos, dolor,

infecciones, que al ser informados a los pacientes generan respuestas psicológicas desde la etapa preoperatoria, como se describirá más adelante.

Hasta este momento se ha descrito las características del cáncer, su clasificación y tratamientos, a continuación, se describirán las estadísticas del cáncer tanto a nivel mundial como nacional.

## 1.2. Estadísticas del cáncer

### En el Mundo

En el mundo, en el 2018 se han registrado 18,078,957 nuevos casos de cáncer; 9,555,027 casos de defunciones y 43,841,302 casos de prevalencia (5 años) (Globocan, 2018). En donde los nuevos casos se dividen de la siguiente manera (ver Figura 1):

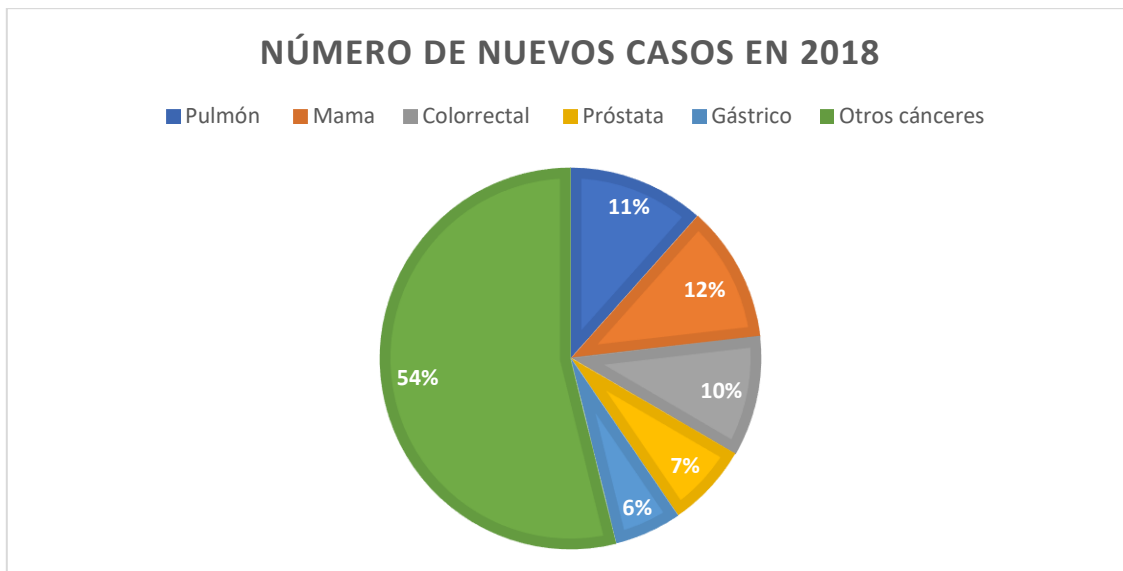


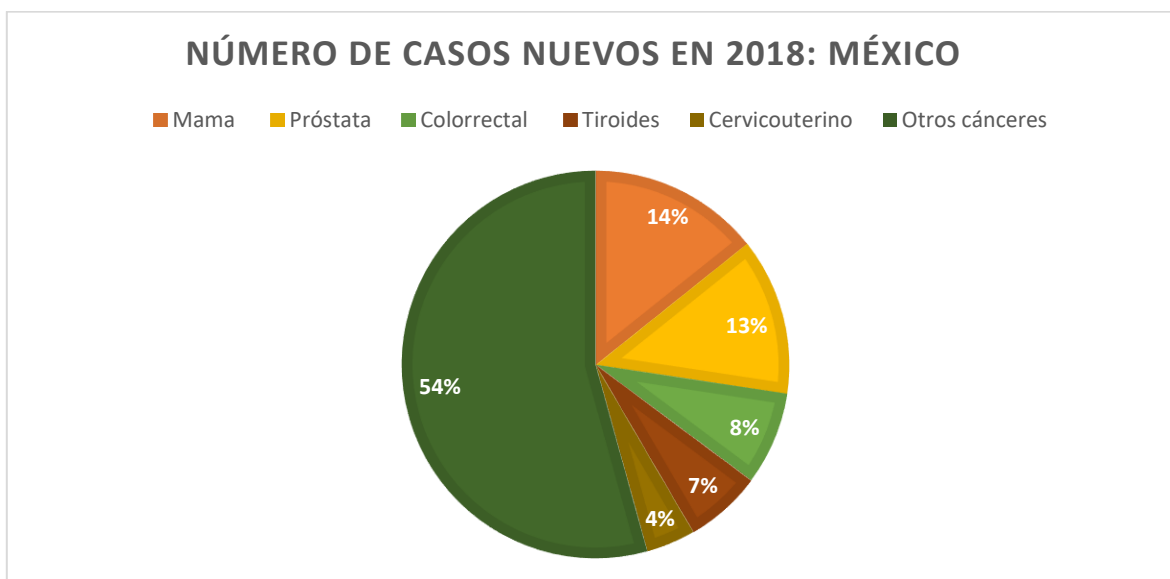
Figura 1. Número de casos nuevos en 2018. Recuperado de GLOBOCAN, 2018.

De manera particular, en los hombres los tres cánceres que más prevalecen son el cáncer de pulmón, representando el 14.5% de los casos, seguido del cáncer de próstata con el 13.5% y el cáncer colorrectal con el 10.9%. En el caso de las mujeres, los tres cánceres que más prevalecen son el cáncer de mama con el 24.2%, después el cáncer colorrectal 9.5% y en tercer lugar el cáncer de pulmón 8.4%.

A nivel Latinoamérica, en los hombres la única diferencia que se encuentra en comparación con el mundo es en la posición que ocupan los cánceres: 1) el cáncer de próstata (27.9%); 2) cáncer colorrectal (9.2%); 3) cáncer de pulmón (7.6%). Mientras que en las mujeres la diferencia se encuentra en el cáncer que ocupa la tercera posición, a nivel Latinoamérica es el cáncer cervicouterino 7.7% (Globocan, 2018).

### En México

En el caso particular de México, el cáncer representa la tercera causa de muerte y en el 2018 se registraron 190,667 casos nuevos (Globocan, 2018); 83,476 casos de defunciones y 471,497 casos de prevalencia de 5 años (ver Figura 2):



*Figura 2.* Número de casos nuevos en 2018: México. Recuperado de GLOBOCAN, 2018.

En relación con los hombres se han registrado 85,616 de casos nuevos, donde los cinco cánceres más representativos son (Globocan, 2018, ver Tabla 2):

Tabla 2.  
*Tipos de cáncer más frecuentes en hombres.*

Tipo de Cáncer	Porcentaje	Casos
1. Próstata	29.3%	25,049
2. Colorrectal	9.1%	7,705
3. Testículo	5.4%	4,603
4. Pulmón	5.3%	4,560
5. Estómago (Gástrico)	4.6%	3,921

En el caso de las mujeres se han registrado 105,051 de casos nuevos y los cinco cánceres más característicos, siendo muy similares a los registrados a nivel mundial y Latinoamérica, son (ver Tabla 3):

Tabla 3.  
*Tipos de cáncer más frecuentes en mujeres.*

Tipo de Cáncer	Representación en Porcentaje	Casos
1. Mama	26%	27,283
2. Tiroides	9.7 %	10,188
3. Cervicouterino	7.5%	7,869
4. Cáncer de endometrio	6.9%	7,266
5. Colorrectal	6.8%	7,105

Considerando estos datos el INEGI (2018), destaca que el cáncer en órganos digestivos representa la causa de muerte en tres de cada diez pacientes en la población de 30 a 59 años, mientras que el cáncer de mama representa la causa de muerte en 16 de cada cien mil.

Después de presentar las estadísticas del cáncer, podemos identificar que en nuestra población los tipos de cáncer pertenecientes al sistema digestivo ya son una de las principales causas de muerte y para conocer más sobre éstos, a

continuación, se describen los tres tipos de cáncer del sistema digestivo, hasta este momento más frecuentes: Cáncer de colon, cáncer de recto y cáncer gástrico.

### **1.3. Tipos de cáncer del sistema digestivo**

#### **Cáncer de colon**

El cáncer de colon se origina en el intestino grueso (colon), es decir, la parte final del tubo digestivo. Por lo general, este tipo de cáncer comienza en los pólipos que se generan en el interior del colon. Dichos pólipos no pueden generar síntomas o muy pocos, por ello es recomendable realizar estudios temporales para su detección. De acuerdo con, American Cancer Society (2020) y a Mayo Clinic (2020), algunos de los síntomas en este tipo de cáncer son:

- Cambios persistentes en los hábitos intestinales, también se incluye diarrea, estreñimiento o cambio en la consistencia de las heces.
- Sangrado en las heces.
- Molestia abdominal.
- Sensación de que el intestino no se vacía.
- Debilidad o fatiga.
- Pérdida de peso sin causa aparente.

Dentro de los factores de riesgo en este tipo de cáncer se encuentran (American Cancer Society,2020):

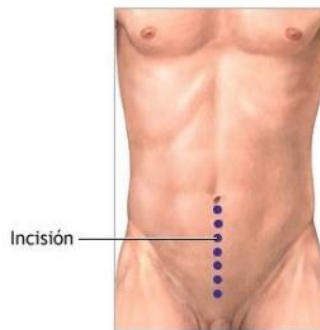
- Sobrepeso u obesidad.
- Inactividad física.
- Alimentación con un alto consumo de carnes rojas y carnes procesadas.
- Tabaquismo.
- Consumo de alcohol.
- Edad avanzada.
- Antecedentes familiares de cáncer de colon.

En el tratamiento para cáncer de colon se incluye la cirugía, quimioterapia o radioterapia dependiendo de la etapa en la que se encuentre el cáncer para determinar el tratamiento a seguir.

En el caso de la cirugía se realiza una colectomía, cuando se extrae un tercio del colon y se hace una reconexión del colon restante se le llama colectomía parcial y cuando se extrae por completo el colon, se llama colectomía total.

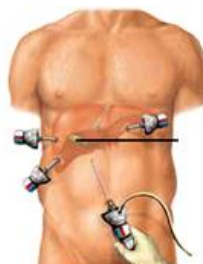
La colectomía se puede realizar de dos formas diferentes (American Cancer Society,2020):

- Colectomía abierta: la cirugía se realiza a través de una sola incisión en el abdomen (ver Figura 3).



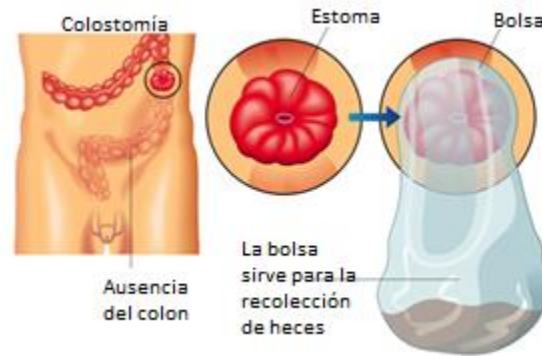
*Figura 3.* Incisión abdominal

- Colectomía laparoscópica: la cirugía se realiza a través de incisiones menores e instrumentos especiales (ver Figura 4). Los pacientes que se someten a este tipo de cirugía a menudo tienen una recuperación más rápida y una estadía más breve en el hospital (American Cancer Society,2020).



*Figura 4.* Cirugía laparoscópica

Algunos de los efectos de la cirugía pueden ser sangrados, infecciones, dolor y durante los primeros días es probable que no se pueda comer. Además, algunas personas después de la cirugía pueden requerir una colostomía para la defecación de las heces y será necesario tener cuidados especiales (ver Figura 5).



*Figura 5. Colostomía*

## **Cáncer de recto**

El recto se ubica en las últimas pulgadas del intestino grueso, comienza en el segmento final del colon y termina en el conducto estrecho y corto que llega al ano y de acuerdo con Mayo Clinic (2020) y la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2020) algunos de los síntomas en este cáncer son:

- Alteración en el ritmo intestinal.
- Dolor abdominal.
- Sangre en las heces.
- Mucosidad en heces.
- Anemia por deficiencia de hierro.
- Adelgazamiento sin una causa aparente.
- Debilidad o fatiga.

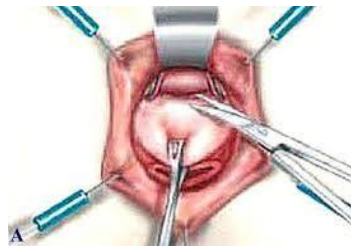
Los factores de riesgo asociados a este cáncer son:

- Edad avanzada.
- Antecedentes personales de cáncer de recto.
- Enfermedad intestinal inflamatoria.
- Diabetes.
- Obesidad.
- Consumo de alcohol.
- Tabaquismo.

En el cáncer de recto el tratamiento es multimodal incluyendo cirugía, quimioterapia y radioterapia. La cirugía dependerá de: a) el estadio y grado del cáncer; b) el lugar del recto en el que se encuentra el tumor; c) el tamaño del tumor; d) la edad; e) la salud general.

La cirugía en el cáncer de recto recibe el nombre de resección de transanal y es una cirugía que se puede tratar a través del ano o del abdomen y se clasifica en dos procedimientos diferentes (SEOM, 2020):

- Resección transanal local (etapas tempranas): Este tipo de cirugía se hace con instrumentos que se introducen a través del ano y alcanzar el recto, resecar el tumor sin resecar intestino (ver Figura 6).

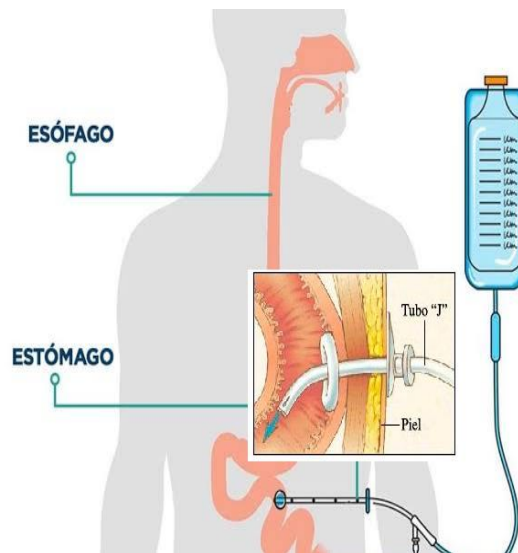


*Figura 6.* Cirugía con instrumentos

- Resección anterior baja, a su vez se divide en:
  - Resección abdominoperineal (RAP): Consiste en resecar el recto con el ano y una estoma (apertura artificial, creada quirúrgicamente) permanente.
  - Resección anterior baja (RAB): En este procedimiento se reseca el recto, se conserva el ano y se puede realizar continuidad intestinal con una estoma temporal de protección.

Durante estos procedimientos se puede llegar a colocar una sonda cuando los pacientes presentan dificultad para ingerir suficientes alimentos o bebidas para obtener una alimentación adecuada (ver Figura 7).





*Figura 7. Sonda alimenticia*

### **Cáncer gástrico**

El cáncer gástrico, también conocido como cáncer de estómago, comienza en las células que recubren el estómago y producen mucosidad, es por ello que a este tipo de cáncer se le denomina adenocarcinoma (American Cancer Society, 2020).

Los cánceres de estómago se desarrollan lentamente en un periodo de años largo, en este sentido los cambios tempranos no generan síntomas y no hay detección a tiempo. Cuando los síntomas comienzan a aparecer los tratamientos dependerán de la etapa y localización del tumor, algunos de los síntomas de acuerdo a Mayo Clinic (2020) son:

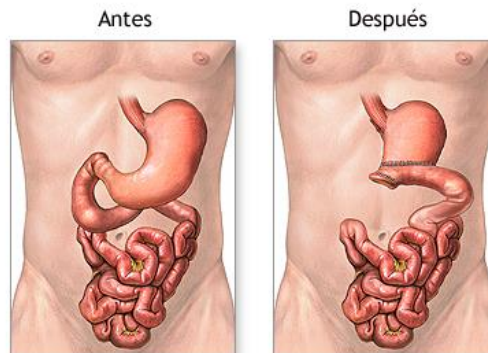
- Fatiga
- Sensación de hinchazón después de comer
- Sensación de saciedad después de ingerir pequeñas cantidades de comida
- Ardor de estómago intenso y persistente
- Náuseas constantes
- Dolor estomacal
- Vómitos constantes
- Pérdida de peso

Los factores de riesgo en el cáncer gástrico son (American Cancer Society, 2020):

- Género: el cáncer de estómago es más frecuente en hombres.
- Edad: las tasas del cáncer en las personas de más de 50 años aumentan considerablemente.
- Infección por *Helicobacter pylori*.
- Alimentación baja en frutas y verduras y alta en alimentos ahumados y salados.
- Tabaquismo.
- Sobrepeso u obesidad.
- Pólipos estomacales.

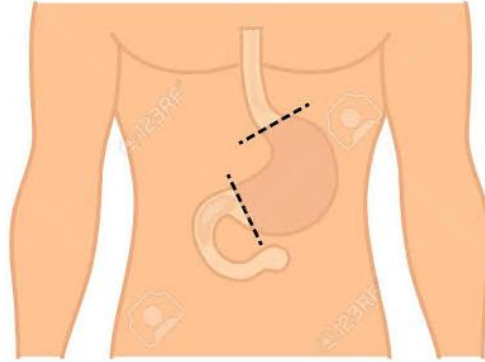
La cirugía es parte del tratamiento para las etapas del cáncer gástrico y dicha cirugía es llamada gastrectomía que consiste en reseccionar el estómago parcial o totalmente. Existen dos tipos de procedimientos:

- Gastrectomía subtotal: esta cirugía consiste en reseccionar parcialmente el estómago y se vuelve a unir con el intestino delgado (ver Figura 8).



*Figura 8. Gastrectomía subtotal*

- Gastrectomía total: es cuando se realiza resección completa del estómago, ganglios linfáticos y de ser necesario órganos cercanos infiltrados por tumor, entonces el extremo del esófago se adhiere a parte del intestino delgado (ver Figura 9).



*Figura 9. Gastrectomía total*

En este procedimiento se llega a colocar una sonda cuando el tumor gástrico no es resecable y el paciente no puede obtener una alimentación adecuada, al presentar dificultades para ingerir alimentos o bebidas (Mayo Clinic, 2020).

Hasta este punto se ha presentado la información respecto a tres tipos de cáncer del sistema digestivo, en donde podemos identificar que la cirugía es uno de los principales tratamientos, y estas pueden generar en los pacientes diversas respuestas psicológicas, una de ellas es la ansiedad, en particular la ansiedad prequirúrgica, por lo que a continuación se describirán ambas variables, así como las intervenciones que han probado su eficacia.

## **2. Ansiedad**

### **2.1 Definición**

La ansiedad ha sido un tema investigado con mayor interés a partir del Siglo XX y definida de distintas maneras. Para Wolpe (1958, como se citó en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003) la **ansiedad** está condicionada al ambiente generando que las personas estén inquietas de forma continua y sin causa justificada. Lang (1968) formuló la teoría tridimensional de la ansiedad, esta teoría establece que la ansiedad se establece en un triple sistema de respuesta: conductual o motor, fisiológico y cognitivo. Donde la respuesta cognitiva es representada por pensamientos de miedo, preocupación, temor o amenaza.

La respuesta fisiológica se manifiesta en el incremento de la actividad en el Sistema Nervioso Autónomo y en el Sistema Nervioso Somático, como consecuencia de la activación se pueden generar incrementos en la frecuencia respiratoria, en el tono músculo esquelético y/o en la actividad cardiovascular y la respuesta motora se divide en respuestas directas e indirectas; las respuestas directas incluyen temblores, tics, gesticulaciones innecesarias; las respuestas indirectas se refieren a las conductas de escape y evitación, de esta manera, la ansiedad debe ser considerada como un conjunto formado por las tres respuestas. Sin embargo, para Lang ninguno de los tres sistemas de respuesta es prioritario en la respuesta compleja de ansiedad, cada sistema de respuesta se considera relevante si es necesaria para medir y evaluar la respuesta de ansiedad (Martínez-Monteagudo, Inglés, Cano-Vindel & García-Fernández, 2012).

Después del establecimiento de la teoría tridimensional la ansiedad se ha definido de distinta manera, pero retomando elementos establecidos, por ejemplo, para López-Ibor (1969 como se citó en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003) la ansiedad representa una sensación de ahogo y peligro inminente; Spielberger (1972), Taylor (1986) y Bensabat (1987) describen la ansiedad como una reacción anticipatoria ante un suceso estresante que señala peligro o amenaza. Para Lewis, (1980) la ansiedad se representa como un estado emocional al experimentarse miedo, que se relaciona con una amenaza o un peligro inminente y desencadena sensaciones corporales que causan molestias. Para Tyrer (1982) la ansiedad es una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que las personas consideran como amenaza o peligro, liberando mecanismos de defensas (como se citó en Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Como se puede identificar la ansiedad es una reacción ante situaciones que las personas consideran como una amenaza y dentro del ámbito hospitalario la cirugía es una de las situaciones que generan niveles de ansiedad elevados en los pacientes, por ello a continuación describiremos los factores que se asocian a la ansiedad prequirúrgica.

## **2.2 Ansiedad prequirúrgica en pacientes oncológicos**

La cirugía o procedimientos quirúrgicos, a pesar de tener cambios en su desarrollo con innovaciones y avances médicos, en las distintas áreas médicas se muestra como una situación de incertidumbre que se percibe como amenazante para la mayoría de los pacientes al evaluar que su integridad y supervivencia se encontrarán en peligro, antes, durante y después el procedimiento, desarrollando una serie de respuestas emocionales y de pensamientos previos, por ejemplo sobre la anestesia, la muerte, el dolor, la recuperación, el desgaste familiar y la situación económica, así como respuestas físicas que generan el surgimiento de sintomatología ansiosa en niveles altos, considerando a esto como la ansiedad prequirúrgica (Escamilla, 2005).

En el área de oncología, la cirugía puede tener varios objetivos dependiendo de la etapa y el tipo de cáncer: a) puede ser preventiva, b) diagnóstica, c) evaluativa para conocer la extensión de la enfermedad, d) como tratamiento curativo, e) para el manejo de complicaciones o secuelas y f) como parte de un tratamiento paliativo. Dependiendo del objetivo que se desea alcanzar con la cirugía, se pueden realizar tres procedimientos: 1) biopsia, 2) procedimiento con anestesia local, 3) resección de algún órgano o parte del cuerpo como ocurre con los pacientes con cáncer en el sistema digestivo. La cirugía que implica una resección suele ser muy invasiva, pero muchos pacientes la prefieren como una primera opción al evaluar o ante la percepción de que su tumor es localizable y en tiempo para ser retirado. Sin embargo, este tipo de cirugía se vuelve un estresor que genera niveles elevados de ansiedad en los pacientes, al ser considerada como una amenaza y una situación desconocida que afectará su funcionamiento y la calidad de vida. Los síntomas de ansiedad, a nivel conductual, cognitivo y fisiológico se presentan desde el momento en el que se recibe la notificación del procedimiento quirúrgico y el posible internamiento inmediato que implicará comenzar con rutinas hospitalarias donde se ha encontrado que el 33% de los pacientes presentan niveles de ansiedad al momento del diagnóstico y éste disminuye a un 24% en los tres meses siguientes en tratamiento y desciende hasta el 15% al año del diagnóstico. (Rivera-Fong, Rojas, Galvez-Hernández, Méndez-Meneses, Aguilar-Ponce, Galindo & Riveros-

Rosas, 2017; Álvarez-Bobadilla, 2014; Hernández, Pérez, Guerra, Treto & Grau, 2013; Granados, Beltrán, Soto & León, 2011; Cázares de León, Vinaccia, Quiceno & Montoya, 2016; Gordillo, Arana, & Mestas, 2011; González-Saenz de Tejada, Bilbao, Baré, Briones, Sarasqueta, Quintana, Escobar, & CARESS-CCR Group. 2017).

En el caso de los pacientes oncológicos, la ansiedad prequirúrgica tiene un impacto negativo en dos momentos: a) durante el proceso quirúrgico, se ha encontrado que a mayor grado de ansiedad existirá un aumento de inestabilidad cardiorrespiratoria, así como mayor posibilidad de sangrado, provocando que la cirugía se establezca como grave y b) en la recuperación, incrementando del dolor y de respuestas fisiológicas (por ejemplo, enlentecimiento de la cicatrización o el incremento del riesgo de infecciones) que prolongan la estancia hospitalaria y hay un mayor costo económico (Álvarez-Bobadilla, 2014).

Algunos de los factores que se asocian a la ansiedad prequirúrgica son: a) el peligro de la cirugía, al evaluar los efectos de la anestesia (experiencias personales pasadas y familiares) y las dimensiones o extensiones que tendrá la misma como una amenaza; b) temores a la intervención y preocupaciones por la muerte; c) los efectos postoperatorios; d) la incapacidad de desarrollar los roles sociales deseables, deberes familiares y ocupacionales; e) los síntomas y signos que puedan presentarse a largo plazo y f) la evaluación del paciente, de manera subjetiva, de sus propios recursos para afrontar la situación (Rivera-Fong, Rojas, Galvez-Hernández, Méndez-Meneses, Aguilar-Ponce, Galindo & Riveros-Rosas, 2017; Hernández, Pérez, Guerra, Treto & Grau, 2013; Mucci, Besada, García, Lado & Font, 2005; Gordillo, Arana, & Mestas, 2011).

Otro de los factores asociados al incremento de la ansiedad prequirúrgica es la comunicación entre el médico y el paciente, al encontrarse que la mayoría de los pacientes que se someterán a una cirugía no reciben una explicación de la intervención por parte del personal médico y cuando se brinda información, ésta suele ser confusa para los pacientes sin lograr comprender la necesidad de la intervención quirúrgica y esto se ve relacionado con el nivel educativo y la edad de

los pacientes (Gordillo, Arana, & Mestas, 2011; Quintero, Yasno, Riveros, Castillo & Borráz 2017; Doñate, Litago, Monge & Martínez, 2015).

Como se observa la ansiedad prequirúrgica tiene consecuencias negativas en los pacientes oncológicos, ya que un paciente ansioso refiere más preocupaciones, mayor nivel de dolor, dificultades para seguir indicaciones médicas que permean una movilización y alimentación adecuada, retrasado la recuperación y la posible alta hospitalaria, por lo que cada vez es más solicitado por parte del personal médico una evaluación e intervención psicológica que puede permitir desde ámbito (Escamilla, 2005; Castillero, 2007):

- Mejora en el estado inmunológico
- Mejora en la cicatrización
- Mejora en la circulación
- Menor tensión muscular
- Menos complicaciones en la cirugía
- Recuperación más rápida
- Menor tiempo de hospitalización

En este sentido un programa e intervención psicológica previa a una cirugía es necesario para ayudar a los pacientes a controlar y manejar la conducta, así como los pensamientos con respecto a la enfermedad, favoreciendo la recuperación y la calidad de vida de los pacientes después de una cirugía. Por lo tanto, a continuación, se presenta una serie de intervenciones prequirúrgicas realizadas en pacientes oncológicos.

### **2.3 Intervenciones psicológicas para la ansiedad prequirúrgica**

Las intervenciones prequirúrgicas para la ansiedad, que se han desarrollado han sido bajo el enfoque Cognitivo-Conductual, en donde las técnicas cognitivas pretenden alejar y modificar los pensamientos que pueden surgir con respecto a la enfermedad y al procedimiento quirúrgico, dentro de las técnicas más empleadas están la distracción cognitiva, la imaginación guiada. Mientras que las técnicas conductuales se centran en la modificación de la conducta, así como la habilidades

sociales y afectivas, las técnicas más empleadas son la relajación, seguimiento de instrucciones y el modelamiento (Cano, 2011). Una intervención Cognitiva-Conductual (basada en la psicoeducación, respiración profunda e imaginación) pretende en el paciente (Castillero, 2007):

- Disminuir las reacciones negativas.
- Fomentar la expresión de emociones y normalizar las respuestas.
- Ofrecer información nueva y relevante.
- Desarrollar seguridad y expectativas de que se puede responder de manera efectiva ante la situación.

De este modo las intervenciones psicológicas han demostrado beneficios en una inducción rápida en la anestesia, en la disminución de la estancia hospitalaria, reducción de complicaciones, menor dolor posquirúrgico, destacando de forma importante el aprendizaje de información, ya que el paciente tiene información fragmentada y habilidades para manejar la emoción son elementales en una intervención (Nápoles, Agüero, Díaz & Espino, 2013; Ortigosa, Méndez & Riquelme 2009).

En el área de la Psicoonología se marcan tres momentos para realizar una intervención con el objetivo de ayudar a los pacientes a controlar y manejar la conducta y el pensamiento con el menor costo emocional. Para Prieto (2004), una intervención para la ansiedad prequirúrgica se realiza a nivel de prevención terciaria en donde se trabajan conocimientos, habilidades y técnicas que puedan controlar los estados de ansiedad y depresión indeseables para la enfermedad. Para Rivera-Fong, Rojas, Galvez-Hernández, Méndez-Meneses, Aguilar-Ponce, Galindo & Riveros-Rosas (2017), la sintomatología previa a la cirugía debe centrarse en el estímulo causante (cirugía) o en la emoción (entrenar estrategias de afrontamiento, destacando dos momentos: 1) previo a la cirugía, otorgando información de ésta y la ansiedad; 2) durante el procedimiento médico con técnicas de relajación o distracción cognitiva y siguiendo estas líneas se han desarrollado distintos trabajos.

Y es en el trabajo realizado por Miguel (2016), que se observa una intervención cognitivo-conductual previa a una cirugía para disminuir la ansiedad prequirúrgica



en dos grupos de pacientes con cáncer de mama. La intervención para el grupo experimental consistió en el empleo de la psicoeducación con el apoyo de trípticos, respiración profunda e imaginación guiada por medio de grabaciones. Los resultados establecen que esta intervención tuvo resultados positivos en el grupo experimental, destacando que el empleo de las técnicas mencionadas son de utilidad en el ambiente hospitalario, de esta manera este estudio se convierte en la guía de este y a continuación se describen estudios donde las técnicas mencionadas (psicoeducación, respiración profunda e imaginación guiada) se pusieron a prueba para el control de la ansiedad prequirúrgica.

Cázares de León, Vinaccia, Quiceno y Montoya (2016) establecen que una de las técnicas a considerar en una intervención previa a la cirugía es la psicoeducación por medio de técnicas informativas (como vídeos y folletos), para lograr una comprensión del procedimiento quirúrgico y sus implicaciones, más técnicas cognitivas (como la distracción cognitiva e imaginación guiada) y conductuales (como la relajación), dicha propuesta es considerada por los autores como un psicoterapia breve que generan en el paciente recursos cognitivos, afectivos y comportamentales para afrontar la intervención quirúrgica. Además, Iwamitsu, Shimoda, Abe, Tani, Okawa y Buck (2005) destacan que esta psicoterapia breve se debe comenzar inmediatamente después de recibir el diagnóstico para ayudar a los pacientes a mantener un equilibrio emocional durante el proceso de la enfermedad.

Siguiendo esta línea Escamilla (2005) propone que cuando se tiene tiempo de entrenar a un paciente previo a su cirugía, un primer acercamiento a la información es a través de la formulación de preguntas en conjunto con el paciente, para instigar a realizarlas al personal médico favoreciendo la comunicación, dentro de las preguntas que se sugieren formular son: a) ¿Por qué es necesaria la cirugía?; b) ¿cómo será el procedimiento y cuáles son los posibles riesgos y complicaciones?; c) ¿qué cosas puedo hacer después de la cirugía?

Una variante para emplear la psicoeducación como parte de una intervención previa a la cirugía la realizaron Granziera, Guglieri, Del Bianco, Capovilla, Dona', Ciccicarese, Kilmartin, Manfredi y De Salvo (2013) ellos trabajaron con pacientes con

cáncer de mama, y como parte de la psicoeducación sólo explicaron a detalle el proceso de la anestesia empleando un grupo de Psicooncólogos para dicha tarea. Mientras que otro grupo sólo recibió entrevista por parte del Anestesiólogo. Los resultados destacaron que las pacientes que recibieron psicoeducación por medio de los Psicooncólogos disminuyeron sus niveles de ansiedad a diferencia de las pacientes que sólo tuvieron una entrevista con el Anestesiólogo. Con esta información los autores recomiendan que los pacientes oncológicos con altos niveles de ansiedad preoperatoria reciban un abordaje multidisciplinario, en donde el Psicooncólogo tenga una mayor participación para garantizar la comprensión de la información en los pacientes.

Siguiendo esta línea, González, González y Estrada (2015) realizaron un estudio para evaluar la eficacia de la terapia cognitivo conductual en pacientes diagnosticadas con cáncer de mama con el fin de disminuir niveles de ansiedad y depresión. Se empleó una muestra de 15 pacientes, realizando medidas pre y post tratamiento, las intervenciones se realizaban de forma individualizada y la aplicación de técnicas dependía de los objetivos de cada paciente. Para las pacientes que serían sometidas a una cirugía las técnicas empleadas fueron la psicoeducación, relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, detención de pensamientos, distracción cognitiva y solución de problemas. Los resultados obtenidos mostraron cambios positivos tanto clínicamente como estadísticamente principalmente en la ansiedad y solamente clínicamente en la depresión; de esta manera, se demostró que una intervención a partir de la terapia cognitivo conductual ayuda a disminuir la sintomatología ansiosa y depresiva en las pacientes con cáncer de mama.

Otro trabajo que evalúa los efectos de un programa de preparación para la ansiedad prequirúrgica es el de Cárdenas, Quiroga, Restrepo y Cortés (2015) quienes en pacientes con cáncer de mama compararon la efectividad de dos intervenciones psicológicas en la ansiedad prequirúrgica. Su estudio tuvo dos grupos de 30 pacientes cada uno: a) en el primer grupo (experimental) la intervención consistió en estrategias de afrontamiento, en donde cada participante recibía una sesión de 60 minutos donde se comenzaba con la aplicación del Instrumento IDARE, después

se proporcionaba información verbal, relacionada con la cirugía y sus implicaciones, posteriormente se trabajaban técnicas cognitivas y emocionales para terminar con el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, así como estrategias de manejo de estrés (respiración profunda y/o imaginería); b) en el segundo grupo (control) la intervención sólo consistió en la entrega de información por escrito. La evaluación de la ansiedad fue por medio del Instrumento IDARE en tres momentos diferentes: 1) antes de la intervención; 2) una hora después de la intervención y 3) 24 horas después de la cirugía. Los resultados del estudio describen que el primer grupo presentó mayor disminución de ansiedad y menos complicaciones postoperatorias, que el grupo que sólo recibió información por escrito.

Con los resultados obtenidos, los autores destacan que es necesario realizar programas psicológicos de intervención previos a las cirugías de manera individual, proporcionando información sobre el procedimiento quirúrgico, entrenando habilidades para el estrés y reforzando habilidades de afrontamiento.

Por su parte, Mucci, Besada, García, Lado y Font (2005) realizaron un estudio descriptivo con 64 pacientes con cáncer colorrectal que se someterían a cirugía, encontrando que el 64.2% de los pacientes se operan con un estado de ansiedad alto, destacando que uno de los factores asociados a la sintomatología son la falta de información tanto del diagnóstico como del procedimiento, concluyendo que dentro de las técnicas a emplear para disminuir la sintomatología ansiosa debería estar la psicoeducación.

Continuando con esta propuesta de intervención, en el estudio realizado por Foley, O'Connell, Lehane, Livingstone, Maher, Kaimkhani, Cil, Relihan, Bennett, Redmond y Corrigan (2016) se evaluó los efectos de otorgar información por medio de un dispositivo móvil sobre los niveles de ansiedad en pacientes de cáncer de mama que estaban programadas para una cirugía. El estudio empleó dos grupos: 1) en el primer grupo participaron 13 mujeres que tuvieron acceso a la grabación, en dicha grabación se incluía información básica del cáncer de mama, los tratamientos y las técnicas quirúrgicas empleadas y 2) en el grupo dos estuvieron 26 mujeres que fueron de control. Aunque se esperaba que otorgar información mejora los niveles de ansiedad, en este estudio los resultados fueron los contrarios, las puntuaciones

de la ansiedad fueron más bajas en las pacientes control sin acceso a la información que las pacientes que recibieron la información. Con los resultados obtenidos, los autores sugieren en primera estancia revisar la información que se proporcionará y desarrollar programas multicomponentes que permitan disminuir los niveles de ansiedad.

Un estudio más que evalúa los efectos de la psicoeducación para controlar los niveles de ansiedad es el de Sobanko, Da Silva, Chiesa, Modi, Shin, Etkorn, Samimi, Wanat y Miller (2017) ellos realizaron un estudio donde un grupo de pacientes con cáncer de piel, recibieron una llamada psicoeducativa previa a su cirugía en el consultorio médico, mientras que otro grupo sólo recibía una consulta médica previa a la cirugía. Los resultados mostraron que la llamada psicoeducativa previa a la cirugía no logró disminuir la ansiedad en los pacientes, estos resultados para los autores destacan que la educación y el asesoramiento preoperatorios son necesarios para controlar los niveles de ansiedad, pero se debe un mayor control del escenario, de la forma en proporcionar la psicoeducación (presencial) y el contenido de la información otorgada.

Alam et al (2016) realizaron un estudio con 150 pacientes con cáncer de piel, divididos en dos grupos y un grupo control, que recibirían una cirugía, ellos emplearon dos tipos de intervenciones para identificar cual tendría mayor efecto en el control de la sintomatología ansiosa. En el primer grupo la intervención consistía en utilizar un audio con la técnica de imaginación guiada, en el segundo grupo la intervención consistía en un audio con música y sonidos de la naturaleza, el tercer grupo no recibió una intervención. Los resultados arrojaron que en los grupos que se empleó una intervención la sintomatología ansiosa fue significativamente menor que en el grupo control, destacando que si los pacientes pueden escuchar un audio previo a la cirugía la sintomatología ansiosa se podrá controlar.

Bradley et al (2015) trabajaron con 207 pacientes de cáncer de mama con ansiedad prequirúrgica, en este estudio se empleó la música como distracción instrumental y se realizaron dos variantes una de ellas era escuchar música en vivo y otra era escuchar música grabada y el tercer grupo no recibía ningún tipo de distracción. Los resultados destacan que los grupos que recibieron distracción instrumental

presentaron una reducción de la ansiedad en el pre y post operatorio, además el grupo que escuchó la música en vivo tuvo un menor tiempo de recuperación. Al obtener esos resultados los autores concluyen que el uso de la distracción instrumental (en este caso la música) puede ayudar a controlar la ansiedad preoperatoria de una manera segura y eficiente en el tiempo. Sin embargo, Xu, Pan y Lin (2016), destacan que un punto importante para desarrollar una intervención es partir del estilo de afrontamiento de los pacientes, ya que ellos encontraron que existe una relación entre éste y la presencia de niveles de ansiedad, además de favorecer la elección de las técnicas a utilizar y garantizar el mantenimiento del control de ansiedad.

Como se observa las intervenciones psicológicas son un elemento necesario para la adaptación de los pacientes que se recibirán un procedimiento quirúrgico, ya que los costos y consecuencias, son elevados y desgastantes para los mismos. En los estudios revisados se destaca que la mayoría de las intervenciones prequirúrgicas emplean la psicoeducación, en sus distintas modalidades como trípticos, manuales, presencial o audios, la respiración profunda o ejercicios de relajación, tanto de forma presencial o por medio grabaciones y la imaginación guiada como las técnicas principales para el control de la ansiedad prequirúrgica, al igual que en el trabajo realizado por Miguel (2016), por lo tanto, a continuación, se presenta la intervención realizada en pacientes con cáncer en el sistema digestivo llevando a una evaluación es uso de esas técnicas de manera conjunta.

### **Justificación**

El cáncer a nivel mundial día a día incrementa sus cifras provocando reajustes en las estadísticas, hasta el año pasado los cánceres del sistema digestivo (colon, gástrico y recto) ocuparon los lugares tres, cuatro y seis de incidencia, prevalencia y mortalidad. (Globocan, 2018). Mientras que en México estos tipos de cáncer se encuentran entre los primeros siete lugares, tanto de prevalencia como de causa de muerte (Globocan, 2018; INEGI 2018).

Recibir un diagnóstico de cáncer genera implicaciones a nivel psicológico, en el caso de los pacientes con cáncer en el sistema digestivo, una de las sintomatologías

que se presenta es la ansiedad ante la enfermedad y los tratamientos, siendo la cirugía uno de los tratamientos que genera mayores niveles de ansiedad (Mucci, Besada, García, Lado y Font, 2005).

Ante dicha situación, en México se ha encontrado que los pacientes tienen niveles de ansiedad moderados ante el diagnóstico y se incrementan en la fase prequirúrgica, al considerar la cirugía como un peligro, que modificará las actividades físicas, dicho incremento genera como consecuencia que los pacientes no puedan tolerar los efectos secundarios y su estancia en el hospital sea más larga (Rivera-Fong, Rojas, Galvez-Hernández, Méndez-Meneses, Aguilar-Ponce, Galindo & Riveros-Rosas, 2017). En este sentido a nivel mundial, se han desarrollado intervenciones para atender la ansiedad prequirúrgica en cáncer de mama y piel (Rivera-Fong, Rojas, Galvez-Hernández, Méndez-Meneses, Aguilar-Ponce, Galindo & Riveros-Rosas, 2017). En México, una de las intervenciones realizadas para controlar la ansiedad prequirúrgica, es la diseñada por Miguel, (2016), en pacientes con cáncer de mama, por medio de una intervención multicomponente, obteniendo como resultados modificaciones en los niveles de ansiedad de las pacientes después de dicha intervención.

En esta línea el presente estudio busca aplicar en nuevas situaciones y evaluar las técnicas empleadas en el trabajo realizado por Miguel (2016), y de esta manera atender y dar respuesta a los pacientes con cáncer en el sistema digestivo, que se vuelven una población objetivo al ser identificados con ansiedad prequirúrgica y de esta manera lograr la generalización del uso de las técnicas, ya empleadas y evaluadas, a otro tipo de pacientes, con el objetivo de tener intervenciones más breves y prácticas.

### **Pregunta de investigación**

¿El uso de una intervención cognitivo-conductual (psicoeducación, imaginación guiada y respiración profunda) desarrollada para pacientes con cáncer de mama para controlar la ansiedad prequirúrgica, generará resultados similares en pacientes con cáncer digestivo (colon, gástrico, recto)?

## **Objetivo general**

Evaluar la efectividad de una intervención cognitivo-conductual empleada en pacientes con cáncer de mama para controlar la ansiedad prequirúrgica en pacientes con cáncer digestivo (colon, gástrico, recto).

## **Objetivos específicos**

- Evaluar los niveles de ansiedad en pacientes con cáncer en el sistema digestivo.
- Evaluar por separado cada una de las técnicas para controlar la ansiedad prequirúrgica.
- Comparar los niveles de ansiedad entre las distintas poblaciones (cáncer de mama, cáncer en el sistema digestivo).
- Comparar la efectividad de la efectividad de las técnicas entre las distintas poblaciones (cáncer de mama, cáncer en el sistema digestivo).

## **Hipótesis**

### **H1:**

- Las técnicas de intervención (psicoeducación, imaginación guiada y respiración profunda), reducirán las puntuaciones de ansiedad previas al procedimiento quirúrgico en los pacientes con cáncer en el sistema digestivo.

### **H0:**

- Las técnicas de intervención (psicoeducación, imaginación guiada y respiración profunda), no reducirán las puntuaciones de ansiedad previas al procedimiento quirúrgico en los pacientes con cáncer en el sistema digestivo.

## **Método**

### **Participantes**

Participaron dos pacientes masculinos del Hospital Juárez de México, originarios de la CDMX, ambos casados. El primer paciente de 51 años con cáncer de recto y el segundo paciente de 29 años con cáncer gástrico.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de cáncer en el sistema digestivo (colon, gástrico, recto), que se someterán a un proceso quirúrgico (colectomía, colostomía, ileostomía, resección transanal local, gastrectomía).
- Pacientes que ingresen por lo menos cuatro días antes de su cirugía para poder recibir la intervención psicológica.
- Pacientes que obtengan una puntuación mayor a 7 en ansiedad antes del procedimiento quirúrgico, en el instrumento de evaluación (HADS).

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes que no sepan leer ni escribir.
- Pacientes que obtengan puntuaciones más altas en depresión en el instrumento de evaluación (HADS).
- Pacientes con problemas respiratorios.
- Pacientes con deterioro cognitivo (para este criterio se aplicará el MMSE e identificar a los pacientes).
- Pacientes psiquiátricos.

### **Criterios de eliminación**

- Paciente que decida no continuar con el proceso de intervención.



## Muestro

Muestra no probabilística, por sujetos tipo.

## Instrumentos

- El instrumento que se aplicó como parte de los criterios de selección fue la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), construida por Zigmond y Snaith (1983), cuyo objetivo es evaluar los síntomas cognitivos y conductuales de la ansiedad y la depresión y no así los síntomas somáticos como insomnio, fatiga, pérdida y/o aumento de peso y/o apetito. La adaptación de dicho instrumento a la población mexicana fue realizada por Galindo, Benjet, Juárez, Rojas, Riveros, Aguilar, Álvarez y Alvarado (2015) en una muestra de pacientes oncológicos. Las propiedades psicométricas se obtuvieron con un análisis factorial presentando un instrumento con 14 reactivos, similar a la versión original. La consistencia interna de la escala global mostró un índice satisfactorio ( $\alpha=0.86$ ). Los valores alfa de Cronbach de cada subescala tuvieron un valor de .79 y .80 que explicaron el 48.04% de la varianza. La validez, por medio de correlación con las medidas concurrentes, mostró resultados significativos (r de Pearson de .51 a .71,  $p<0.05$ ). La HADS consta de dos subescalas de siete ítems intercalados. La subescala de depresión está centrada en el concepto de anhedonia como síntoma nuclear de este cuadro clínico y que diferencia primordialmente la ansiedad de la depresión. Cada reactivo tiene cuatro posibles respuestas que puntúan de 0 a 3, para un total de 0 a 21. Tanto para las puntuaciones de ansiedad como de depresión se considera normal de cero a siete, moderado de ocho a diez y severo a partir de once (Galindo, Benjet, Juárez, Rojas, Riveros, Aguilar, Álvarez y Alvarado 2015).
- El instrumento que se aplicó antes y después de la aplicación de las técnicas, sólo en su versión Estado, es el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (versión en español del STAI (State-Trait Anxiety Inventory)

Construida por Spielberger y Díaz-Guerrero (1975); cuyo objetivo es evaluar la ansiedad por medio de dos dimensiones: Rasgo-Estado por medio de una escala Likert. En Ansiedad-Rasgo el paciente describen cómo se siente generalmente, consta de 20 afirmaciones cuyas puntuaciones significan ansiedad mínima (23-31), leve (32-37), moderada (38-43) y severa (44-68). En Ansiedad-Estado, los pacientes describen cómo se sienten en un momento, consta de 20 afirmaciones las puntuaciones son: mínima (36-44), leve (45-52), moderada (53-61) y severa (62-79). Con respecto a sus propiedades psicométricas el inventario ha obtenido coeficientes alpha de Cronbach altos (0.83 tanto para ansiedad-rasgo y ansiedad-estado) en países de habla hispana y en México se han obtenido coeficientes de confiabilidad para ansiedad-rasgo mayores a 0.75 y mayores a 0.84 para ansiedad-estado (Rojas-Carrasco, 2010).

- El MMSE se aplicó como parte de los criterios de inclusión. Fue desarrollado en 1975 por Folstein y fue creado para monitorizar el cambio en el estado mental de los pacientes hospitalizados. En México fue validado por Ostrosky-Solís, López-Arango y Ardila (2010), estableciendo que el instrumento es útil para confirmar la presencia de alteraciones cognitivas graves. El instrumento contiene 11 reactivos y de acuerdo a la puntuación obtenida se establece el deterioro cognitivo: a) entre 30 y 27 puntos no existe deterioro cognitivo; b) entre 26 y 25 puntos puede existir un posible deterioro cognitivo; c) entre 24 y 10 puntos existe un deterioro cognitivo de leve a moderado.

### **Diseño de investigación**

Estudio de caso descriptivo con dos mediciones, pre-intervención y post-intervención (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

### **Definición de Variables**

#### **VI: Intervención multicomponente**

- Definición conceptual: “Programa que engloba diversas técnicas de intervención (psicoeducación, ejercicios de respiración profunda e

imaginación guiada), con el objetivo de controlar o atender los diferentes factores que influyen en la problemática” (Fernández, 2010, como se citó en Miguel, 2016 p.33).

- Definición operacional: Psicoeducación, ejercicios de respiración profunda e imaginación guiada.

### **VD: Niveles de Ansiedad**

- Definición conceptual: “La ansiedad alude a un estado de agitación e inquietud desagradable caracterizado por la anticipación del peligro, el predominio de síntomas psicológicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, es decir, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifestando una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro” (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003, como se citó en Miguel, 2016 p.33).
- Definición operacional: Puntuaciones mayores a 7 en el instrumento de evaluación (HADS).

### **Materiales**

- **Consentimiento informado:** Fue desarrollado de acuerdo con los lineamientos del Hospital Juárez de México (ver Anexo 1).
- **Trípticos:** Se realizaron tres trípticos psicoeducativos referentes a los procedimientos quirúrgicos del cáncer de colon, gástrico y recto. Cada tríptico se sometió al jueceo por expertos y en pacientes con características similares a la población para evaluar la comprensión del material y poder ser empleados en la intervención (ver Anexo 2,3 y 4).
- **Grabaciones de audio:** Dichas grabaciones fueron creadas por Miguel (2016) y se emplearán durante la intervención:
- ❖ **Respiración profunda:** En este audio se describen las instrucciones para realizar la técnica, que consiste en realizar inspiraciones abdominales y exhalaciones con la finalidad de lograr un ritmo en la respiración.

<https://drive.google.com/file/d/1OmyiZDDHho5yfTqGZfVw172bpsrDKxC/view?usp=sharing>

- ❖ **Imaginación guiada:** En este audio se encuentran las instrucciones para ejecutar la técnica mencionada, donde el objetivo es regular la activación fisiológica empleando medios imaginativos que permiten la relajación del paciente.

<https://drive.google.com/file/d/14joLh7Dj9zBRnWG2yzPJO7n4nDzwTI3/view?usp=sharing>

- **Registro:** Se aplicó una hoja de registro en donde se escribieron las puntuaciones de ansiedad con base a una escala las EVA's previas al desarrollo de cada técnica y al término de cada una de ellas (ver Anexo 6).

## **Procedimiento**

### **Fase 1. Identificación y evaluación**

Sesión 1. En esta fase se identificó a los pacientes con cáncer del sistema digestivo en hospitalización, y se realizó la primera evaluación a partir de una entrevista semiestructurada (ver Anexo 6), y se aplicó el Instrumento HADS y el MMSE para identificar elementos de la ansiedad en los pacientes, después de la entrevista y la aplicación de los instrumentos se verificaron los criterios de inclusión/exclusión para seleccionar a los participantes. Una vez realizada la selección se hizo la invitación al paciente para participar en la investigación, explicándole en que consistiría ésta. Si el paciente accedía a participar se le daba a firmar el consentimiento informado y posteriormente, con el objetivo de obtener los puntajes de ansiedad previos a la intervención se aplicó el instrumento IDARE, sólo en su versión estado y se llenó el registro para obtener las EVA's de ansiedad iniciales. Posteriormente se pasó a la fase dos.

## **Fase 2. Intervención**

Sesión 2. Al inicio de la sesión se llenó el registro de ansiedad e inmediatamente después se brindó psicoeducación por medio de material educativo (trípticos) y por la explicación verbal del terapeuta, sobre el procedimiento quirúrgico al que se sometería el paciente, en donde se explicó qué era la cirugía, cuáles eran sus características, cómo se determina el tipo de cirugía a realizar, los efectos secundarios de la cirugía y los momentos después de la cirugía y como complemento a esta sesión se realizaron los ejercicios de respiración profunda, por medio de las grabaciones de audio, en donde el paciente siguió las instrucciones que la grabación indicaba, al término de la aplicación de cada técnica se llenó el registro de ansiedad.

Sesión 3. Al inicio de la sesión se llenó el registro de ansiedad y después se entrenó en imaginación guiada, por medio de la grabación de audio y se aplicó nuevamente el registro, para obtener las EVA's de ansiedad, en este momento posterior a la intervención.

## **Fase 3. Post-evaluación**

Sesión 4. Se realizó la aplicación del IDARE, es su versión estado, como segunda evaluación para conocer los puntajes de ansiedad posteriores a la intervención y el registro para evaluar las EVA's finales.

## Resultados

A continuación, se presentan los datos demográficos de los dos pacientes que participaron en el estudio (ver Tabla 4).

Tabla 4.  
*Datos demográficos de los pacientes*

	Sexo	Edad	Estado Civil	Tipo de cáncer	Tipo de cirugía
Paciente 1	Masculino	51 años	Casado	Cáncer de recto	Resección transanal
Paciente 2	Masculino	29 años	Casado	Cáncer de gástrico	Gastrectomía

Con respecto a los resultados de la intervención en los pacientes encontramos, que de acuerdo con la evaluación realizada con el instrumento IDARE antes y después de la intervención, ambos pacientes disminuyeron sus puntajes de ansiedad. El paciente 1 inicio con un puntaje de 33 y al finalizar su puntaje fue de 26; en el paciente 2 su puntaje inicial fue de 44 y posterior a la intervención fue de 25 (ver Tabla 5).

Tabla 5.  
*Puntajes de ansiedad de acuerdo con el IDARE*

	Pre	Post
Paciente 1	Medio	Bajo
Paciente 2	Medio	Bajo

Las ENA's registradas son las siguientes: en el paciente 1 las evaluaciones registradas muestran una disminución después del desarrollo de cada técnica, otorgando los mismos valores después de cada intervención (ver Figura 10). Cabe destacar que este paciente siempre otorgaba la misma puntuación cuando se le pedía una evaluación, sin embargo, en el discurso del paciente se identificada antes

de la ejecución de la técnica la frase *“me siento muy ansioso”* (sic pac.) y después de la realización de las técnicas refería *“estoy más tranquilo... el ejercicio me ayudó”* (sic pac.). Además, previo al día de la cirugía comentó: *“los ejercicios que hemos realizado y la explicación que me dio de mi cirugía me ayudaron para estar listo... me siento tranquilo y diferente a como ingrese al hospital”* (sic pac.).

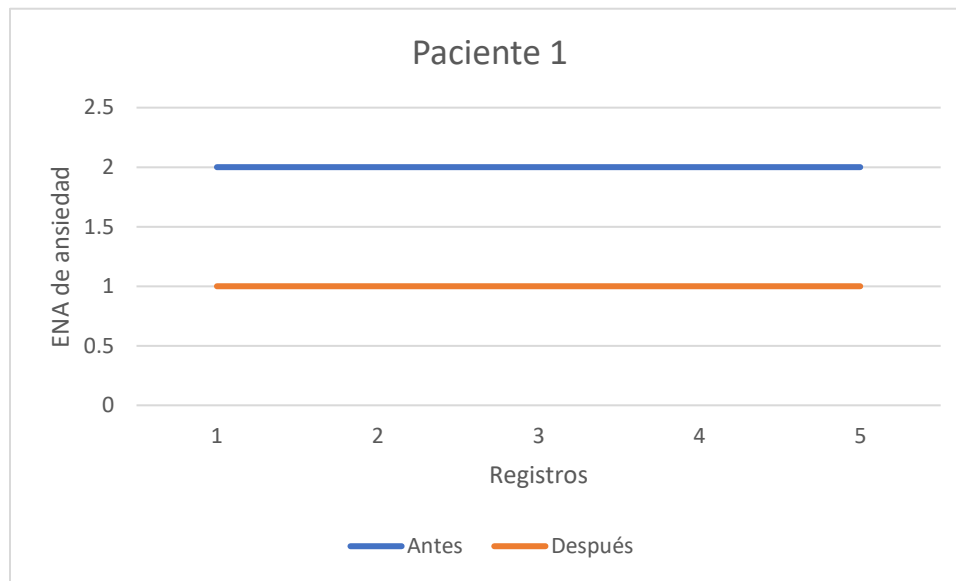
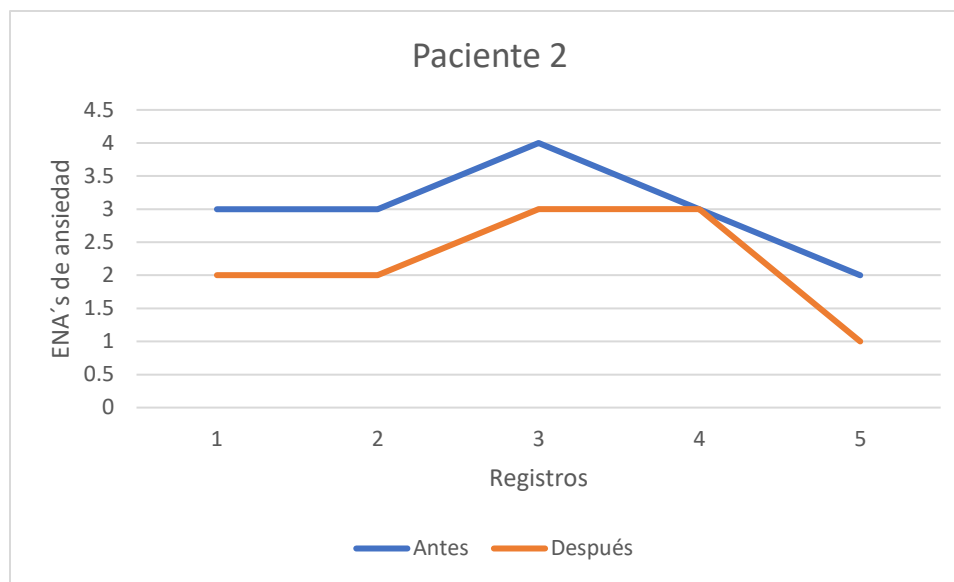


Figura 10. ENA's registradas por el paciente 1.

Los registros del paciente 2, muestra que ante las técnicas las repuesta de evaluación fueron diferentes; sin embargo, en la mayoría de sus registros se observa una disminución de la ansiedad registrada (ver Figura 11). En este paciente sus discursos permitían identificar con qué técnica se podía lograr una relajación en menos tiempo: *“la verdad la respiración profunda me ayuda mucho a relajarme cuando identifico que me vuelvo a sentir ansioso en el día... aprendí más rápido las indicaciones... con el ejercicio de imaginar me cuesta un poco recordar cada paso... pero en si sumo el resultados de las dos, me siento tranquilo... a mí eso de la cirugía si me causaba mucho miedo y me sentía nervioso desde que ingrese al hospital, pero conocer un poco más sobre lo que me harán me ha ayudo incluso hasta lo he*

*platicado con mi esposa y eso nos deja tranquilos... ahora sí ya sólo espero la cirugía” (sic pac.).*



*Figura 11.* ENA's registradas por el paciente 2.

## Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos, se concluye que el objetivo de esta investigación se cumplió parcialmente, al observar y evaluar la efectividad de las tres técnicas (psicoeducación, imaginación guiada y respiración profunda), empleadas en pacientes con cáncer de mama (Miguel, 2016), también controla la ansiedad prequirúrgica en pacientes con cáncer del sistema digestivo (recto y gástrico). Estos resultados coinciden con Mucci, Besada, García, Lado y Font (2005), quienes mencionan que una de las principales técnicas para el control de la ansiedad prequirúrgica es la psicoeducación, ya que uno de los factores para incrementar la misma es la desinformación. También los resultados obtenidos



coinciden con lo mencionado por Cázares de León, Vinaccia, Quiceno y Montoya (2016), quienes destacan que las técnicas a emplear para la ansiedad prequirúrgica son: a) la psicoeducación, como se realizó en este estudio por medio de material impreso (como un tríptico); técnicas cognitivas y conductuales (imaginación y relajación).

Además, los resultados obtenidos concuerdan con la información reportada por Rivera-Fong, Rojas, Galvez-Hernández, Méndez-Meneses, Aguilar-Ponce, Galindo & Riveros-Rosas (2017); González, González y Estrada (2015); Alam et al, (2016); Bradley et al (2015), quienes bajo en el enfoque cognitivo-conductual realizaron intervenciones para disminuir la ansiedad prequirúrgica, destacando técnicas como la psicoeducación, la imaginación guiada y la relajación, estableciendo la aplicación en conjunto para obtener resultados positivos en el control de la ansiedad prequirúrgica, así como también en otras respuestas psicológicas relacionadas con la ansiedad como el estrés (Broadbent, Kahokehr, Booth, Thomas, Windsor, Buchanan, Wheeler, Sammour, & Hill, 2012). Siguiendo el enfoque cognitivo-conductual Xu, Pan y Lin (2016), refieren que un área para trabajar es considerando el estilo de afrontamiento del paciente, ya que dependiendo de ello se pueden elegir entre las técnicas a emplear previas a la cirugía.

Aunque, se encontraron resultados similares a los reportados en otros estudios, el uso de las técnicas empleadas (psicoeducación, imaginación guiada y respiración profunda) no se puede generalizar por el número de pacientes que participaron y el tiempo en el que se trabajó con ellos debido a la pandemia Covid.19; sin embargo, se sí puede establecer que los pacientes con cáncer en el sistema digestivo requieren y deben recibir una intervención psicológica prequirúrgica, ya que sus niveles de ansiedad, en su mayoría son moderados con una tendencia a incrementar cuando la fecha de la cirugía es cada vez más próxima y como lo mencionan Goerling, Foerg, Sander, Schramm y Schlag (2011) es en este momento que también se debe comenzar a trabajar la comunicación médico-enfermera-paciente para contribuir a una adaptación hospitalaria en los primeros días que el paciente ingresa. Además, de acuerdo con el reporte de los pacientes, una de las técnicas que se debe incluir en las intervenciones es la psicoeducación, ya que

refieren no comprender con claridad las características de su procedimiento quirúrgico, convirtiéndose esto en uno de los factores que incrementan la ansiedad y en esta línea, también se puede trabajar con el personal médico para que sus informes o explicaciones sean a un nivel más práctico y comprensible para los pacientes y familiares.

Los resultados observados también permiten identificar que una intervención prequirúrgica debe ser breve, como lo refieren Shelley y Pakernham (2007) considerando que los días para trabajar puede ser de tres a cinco, en este sentido los audios empleados con las técnicas grabadas resultan efectivos para optimizar el tiempo con los pacientes y de esta manera se garantiza que los pacientes reciben las mismas indicaciones y por ende los resultados serán favorables, como lo vimos en este estudio. Otra de las ventajas de emplear audios, es que se puede lograr una mayor cobertura de pacientes, en un servicio de alta demanda como lo es el servicio de Oncología; de esta manera, se generan más intervenciones en pacientes que recibirán una intervención.

Una ventaja más de emplear materiales grabados es la frecuencia con la que se pueden realizar las técnicas y la ejecución en distintos momentos/espacios como lo mencionan Stein, Olivo, Grand, Namerow, Costa y Oz (2010) ellos puntualizan que los materiales por medio de audios se deben utilizar antes y durante el procedimiento quirúrgico, esta propuesta también la mencionan Soo, Jarosz, Wren, Soo, Mowery, Johnson, Yoon, Kim, Hwang, Keefe y Shelby (2016) quienes destacan que poder tener materiales durante el procedimiento favorece para mantener el control de la ansiedad y disminuir los riesgos, aunque ellos lo mencionan como una acción a seguir también destacan que usar un material extra en quirófano no siempre será posible, pero sí se puede realizar durante el traslado del paciente, además se recomienda que el Psico-oncólogo o Terapeuta acompañe durante el traslado para resolver dificultades que se puedan presentar con el material y de esta manera no incrementar los niveles de ansiedad en el paciente.

En general considerando los estudios previos, una de las apartaciones de este estudio es el trabajo con pacientes con cáncer en el sistema digestivo, ya que es una población con pocas o casi nulas intervenciones para disminuir la ansiedad

prequirúrgica y en el escenario que se trabajó este tipo de población es la que reporta mayor presencia; por lo tanto, es recomendable continuar con intervenciones breves que permitan preparar a los pacientes, garantizando que la estancia en el hospital sea más tolerable. Además, en las intervenciones se debe contemplar el trabajo con el cuidador primario o familiar como la reportan Cuzzocrea, Gugliandolo, Larcan, Romeo, Turiaco y Dominici (2013) quienes destacan que los resultados para el control de la ansiedad se mantienen cuando se trabaja con el cuidador, ya que ellos también reciben una psicoeducación tanto del diagnóstico como de las técnicas con las que se están trabajando y dan retroalimentación cuando el paciente realiza las tareas o ejecuta la técnica en momentos clave. Pero, también este tipo de intervenciones se deben considerar desde la consulta externa, para contar con más tiempo y espacios para tener una mayor oportunidad de preparación, incluso con otro tipo de técnicas que contemplen el estilo de afrontamiento de los pacientes, esto ayudaría para que el paciente una vez hospitalizado puede presentar niveles de ansiedad bajos y disminuir la estancia hospitalaria y por ende los gastos médicos serían menores, pero también favorezca el poder continuar el trabajo con el paciente después del procedimiento quirúrgico y favorecer a la calidad de vida.

De esta manera, se puede concluir que una intervención prequirúrgica es de suma importancia tanto para el paciente como para el servicio de salud. El paciente al identificar que su ansiedad disminuye se vuelve receptivo a la información otorgada por el personal médico y se muestra comprometido con la ejecución y se seguimiento de las técnicas psicológicas. El servicio de salud, por su parte, fomenta el trabajo multidisciplinario generando un servicio de calidad para los pacientes y con los resultados de ambos se favorece la comunicación médico-paciente, que muchas veces no se considera y genera dificultades en la adaptación de los pacientes a su diagnóstico y a proceso de enfermedad. Además, otra de las características importantes para considerar la aplicación de este tipo de intervenciones es el propio servicio de Oncología, al demandar día a día más atención psicológica para los pacientes desde el momento que reciben su diagnóstico, porque se ha identificado que las circunstancias que rodean al paciente y al procedimiento quirúrgico influyen en el estado emocional y en las respuestas

psicológicas que dificultan el inicio en el proceso de enfermedad. En este sentido, las preguntas que surgen a partir de este estudio son: ¿Qué procedimientos se pueden emplear de manera sistematizado en un área de hospitalización?; ¿Qué otras técnicas se pueden considerar en intervenciones breves? ¿Cuánto tiempo previo es recomendable para realizar un entrenamiento con los pacientes? ¿Se puede fomentar el ingreso de los Psicólogos a un área más cercana al quirófano para continuar con las intervenciones?

## Referencias

- Alam, M., Roongpisuthipong, W., Kim, N., Goyal, A., Swary, J., Brindise, R., Iyengar, S., Pace, N., West, D., Polavarapu, M. & Yoo, S. (2016). Utility of recorded guided imagery and relaxing music in reducing patient pain and anxiety, and surgeon anxiety, during cutaneous surgical procedures: A single-blinded randomized controlled trial. *American Academy of Dermatology*, 75 (3), pp.585-589.
- Álvarez-Bobadilla, G. (2014). Ansiedad: evaluación, diagnóstico e intervención preoperatoria. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 37 (1), pp. S152- S154.
- American Cancer Society (2020). *Lymphoma*. Recuperado de <https://www.cancer.org/cancer/lymphoma.html>
- American Cancer Society (2020). *¿Qué es el cáncer?* Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/aspectos-basicos-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer.html>
- American Cancer Society (2020). *¿Qué es el cáncer colorrectal?* Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-colon-o-recto/acerca/que-es-cancer-de-colon-o-recto.html>
- American Cancer Society (2020). *¿Qué es el cáncer de estómago?* Recuperado de <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-estomago/acerca/que-es-el-cancer-de-estomago.html>
- American Cancer Society (2020). *Tipos de tratamiento*. Recuperado de <https://www.cancer.org/es/tratamiento/tratamientos-y-efectos-secundarios/tipos-de-tratamiento.html>
- Bradley, J., Lane, D., Mayo, D., Schluchter, M. & Leeming, R. (2015). Effects of Music Therapy on Anesthesia Requirements and Anxiety in Women Undergoing Ambulatory Breast Surgery for Cancer Diagnosis and Treatment: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33, pp. 1-7.
- Broadbent, E., Kahokehr, A., Booth, R., Thomas, J., Windsor, J., Buchanan, C., Wheeler, B., Sammour, T. & Hill, A. (2012). A brief relaxation intervention

- reduces stress and improves surgical wound healing response: a randomised trial. *Brain, Behavior and Immunity*, 26, pp. 212-217.
- Cano, A. (2011). Bases teóricas y apoyo empírico de la intervención psicológica sobre los desórdenes emocionales en atención primaria. Una actualización. *Revista Ansiedad y Estrés*, 17(2-3), pp. 157-184.
- Cárdenas, A., Quiroga, C., Restrepo, M. & Cortés, D. (2015). Histerectomía y ansiedad: Estudio comparativo entre dos tipos de preparación psicológica prequirúrgica. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56 (3), pp. 209-215.
- Castillero, A. (2007). Intervención psicológica en cirugía cardíaca. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 25(1), pp. 52-63.
- Cázares de León, F., Vinaccia, S., Quinceno, J. & Montoya, B. (2016). Preparación psicológica para la intervención quirúrgica: Revisión sistemática de la literatura. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 10 (2), 73-85.
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Cuzzocrea, F., Gugliandolo, M. C., Larcan, R., Romeo, C., Turiaco, N. & Dominici, T. (2013). A Psychological Preoperative Program: Effects on Anxiety and Cooperative Behaviors. *Paediatric Anaesth*, 23(2), pp. 139-143.
- Doñate, M., Litago, A., Monge, Y. & Martínez, R. (2015). Preoperative aspects of information related to patient anxiety scheduled for surgery. *Enfermería Global*, 37, pp.170-80.
- Escamilla, M. (2005). El estrés preoperatorio y la ansiedad pueden demorar la recuperación. Recuperado de: [http://www.susmedicos.com/art\\_estres\\_preoperatorio.htm](http://www.susmedicos.com/art_estres_preoperatorio.htm)
- Fernández, A. (2010). Eficacia de un tratamiento psicológico multicomponente de aplicación individual para jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio. Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/10166/1/T31527.pdf>

- Foley, N.M., O'Connell, E.P., Lehane, E.A., Livingstone, V., Maher, B., Kaimkhani, S., Cil, T., Relihan, N., Bennett, M.W., Redmond, H.P. & Corrigan, M.A. (2016). PATI: Patient accessed tailored information: A pilot study to evaluate the effect on preoperative breast cancer patients of information delivered via a mobile application. *Breast*, 30, pp. 54-58.
- Galindo, O., Benjet, C., Juárez, F., Rojas, E., Riveros, A., Aguilar, J. Álvarez, M. & Alvarado, S. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud Mental*, 38(4), 253-258.
- Globocan (2018). Latin America and the Caribbean. *Global Cancer Observatory*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/904-latin-america-and-the-caribbean-fact-sheets.pdf>
- Globocan (2018). México. *Global Cancer Observatory*. Recuperado de <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/484-mexico-fact-sheets.pdf>
- Globocan (2018). Word. *Global Cancer Observatory*. Recuperado <https://gco.iarc.fr/>
- Goerling, U., Foerg, A., Sander, S., Schramm, N. & Schlag, P. M. (2011). The Impact of Short-Term Psycho-Oncological Interventions on the Psychological Outcome of Cancer Patients of a SurgicalOncology Department - A Randomised Controlled Study. *European Journal Cancer*, 47(13), pp. 2009-2014.
- González, A.L., González, A. & Estrada, B. (2015). Eficacia de la terapia cognitivo conductual en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, 12(1), pp. 129-140.
- González-Sáenz de Tejada, M., Bilbao, A., Baré, M., Briones, E., Sarasqueta, C., Quintana, J. M., Escobar, A., & CARESS-CCR Group. (2017). Association between social support, functional status, and change in health-related quality of life and changes in anxiety and depression in colorectal cancer patients. *Psychooncology*, 26(9), pp.1263-1269. doi.10.1002/pon.4303

- Gordillo, F., Arana, J. & Mestas, L. (2011). Tratamiento de la ansiedad en pacientes prequirúrgicos. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 4 (3), pp. 228-233.
- Granados, M., Beltrán, A., Soto, B. & León, A. (2011). Cirugía oncológica: evolución histórica y estado actual. *Gaceta Médica de México*, 147, pp. 551-560.
- Granziera, E., Guglieri, I., Del Bianco, P., Capovilla, E., Dona', B., Ciccarese, A. A., Kilmartin, D., Manfredi, V., & De Salvo, G. L. (2013). A multidisciplinary approach to improve preoperative understanding and reduce anxiety: a randomised study. *European Journal of Anaesthesiology*, 30(12), 734-742.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación*. México: McGrawHill
- Hernández, D., Pérez, Y., Guerra, C., Treto, A. & Grau, C. (2013). Particularidades de la ansiedad en pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista Hospitalaria Psiquiátrico de la Habana*, 10 (2)
- INEGI (2018). Estadísticas a propósito del día mundial contra el cáncer. *Instituto Nacional de Estadística y Geográfica*. Recuperado de [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018\\_nal.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/cancer2018_nal.pdf)
- Instituto Nacional del Cáncer (2020). *Estatificación del cáncer*. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/diagnostico-estadificacion/estadificacion>
- Instituto Nacional del Cáncer (2020). *¿Qué es el cáncer?* Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/naturaleza/que-es>
- Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M. & Buck, R. (2005). Anxiety, Emotional Suppression, and Psychological Distress Before and After Breast Cancer Diagnosis. *Psychosomatics*, 46, pp. 19-24.
- Leukemia & Lymphoma Society (2020). *La Leucemia*. Recuperado de <https://www.lls.org/>



- Martínez-Monteagudo, M., Inglés, C., Cano-Vindel, A. & García-Fernández, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y estrés*, 18 (2-3), pp. 201-219.
- MAYO CLINIC (2020). *Cáncer de colon*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/colon-cancer/symptoms-causes/syc-20353669>
- MAYO CLINIC (2020). *Cáncer de estómago*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/stomach-cancer/symptoms-causes/syc-20352438>
- MAYO CLINIC (2020). *Cáncer rectal*. Recuperado de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/rectal-cancer/symptoms-causes/syc-20352884>
- Miguel R. (2016). *Entrenamiento para reducción de ansiedad previa a procedimientos quirúrgicos en pacientes con cáncer de mama* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Mucci, M., Besada, M., García, S., Lado, M. & Font, M. (2005). Intervención psicológica en cirugía del cáncer colorrectal. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur, 205-207.
- Nápoles, Y., Agüero, M., Díaz, H. & Espino, R.M. (2013). Aplicación de técnicas de relajación antes de cirugía de la mama. *Archivo Médico de Camagüey*, 17(2), 173-186.
- Ortigosa, J., Méndez, F. & Riquelme, A. (2009). Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología*, 6(2-3), 413-428.
- Ostrosky-Solís F., López-Arango, G. & Ardila, A. (2000). Sensitivity and Specificity of the Mini-Mental State Examination in a Spanish-Speaking Population. *Applied Neuropsychology*, 7 (1), pp. 25-31.

- Prieto, A. (2004). Psicología oncológica. *Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual*, 2 (204), pp. 107-120.
- Quintero, A., Yasno, D., Riveros, O., Castillo, J. & Borrález, B. (2017). Ansiedad en el paciente prequirúrgico: un problema que nos afecta a todos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 32, pp.115-120.
- Rivera-Fong, L., Rojas, E., Gálvez-Hernández, L., Méndez-Meneses, K., Aguilar-Ponce, J., Galindo, O. y Riveros-Rosas, A. (2017). Ansiedad ante la cirugía en pacientes oncológicos: Revisión de su evaluación, factores de riesgo e intervención psicológica. *Revista de Comportamiento, Salud & Social*, 1, 9, pp. 38-48
- Rojas-Carrasco, K. (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 48 (5), 491-496.
- SEOM (2020). ¿Qué es el cáncer y cómo se desarrolla? *Sociedad Española de Oncología médica*. Recuperado <https://seom.org/informacion-sobre-el-cancer/que-es-el-cancer-y-como-se-desarrolla>
- SEOM (2020). Cáncer de colon y recto. *Sociedad Española de Oncología médica*. Recuperado de <https://seom.org/info-sobre-el-cancer/colon-recto?showall=1>
- Shelley, M. & Pakernham, K. (2007). The Effects of Preoperative Preparation on Postoperative Outcomes: The Moderating Role of Control Appraisals. *Health Psychology*, 26(2), pp. 183-91.
- Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, J. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar e subjetividade / fortaleza*, 3(1), pp. 10-59. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482003000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002)
- Sobanko, J. F., Da Silva, D., Chiesa, A. C., Modi, B., Shin, T. M., Etzkorn, J. R., Samimi, S. S., Wanat, K. A. & Miller, C. I. (2017). Preoperative telephone

consultation does not decrease patients anxiety before Mohs micrographic surgery. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(3), 519-526.

Soo, M. S., Jarosz, J. A., Wren, A. A., Soo, A. E., Mowery, Y. M., Johnson, K. S., Yoon, S. C., Kim, C., Hwang, E. S., Keefe, F. J. & Shelby, R. A. (2016). Imaging-guided core-needle breast biopsy: impact of meditation and music interventions on patient anxiety, pain, and fatigue. *Journal of the American College of Radiology:JACR*, 13(5), pp. 526-534.

Stein, T. R., Olivo, E. L., Grand, S. H., Namerow, P. B., Costa, J. & Oz, M. C. (2010). A Pilot Study to Assess the Effects of A Guided Imagery Audiotape Intervention on Psychological Outcomes in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Holist Nursery Practice*, 24(4), pp. 213-222.

Xu, L., Pan, Q. & Lin, R. (2016). Prevalence rate and influencing factors of preoperative anxiety and depression in gastric cancer patients in China: preliminary study. *Journal of International Medical Research*, 44(2), pp. 377-388.

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento Informado



**Hospital Juárez de México  
Unidad de Salud Mental  
Medicina Conductual  
Área de Oncología  
Consentimiento informado**



El presente protocolo de investigación titulado “Intervención cognitivo-conductual en pacientes prequirúrgicos con cáncer en el sistema digestivo” realizado por la Lic. Psic. Cecilia Nayeli Herrera Gómez, puede clasificarse como Investigación con riesgo mínimo, en donde se protegen los datos confidenciales y se utilizan únicamente con fines estadísticos. Ante lo cual, a continuación, se describen los puntos éticos a considerar:

- 1) El objetivo del presente protocolo consiste evaluar la efectividad de un tratamiento multicomponente, en la reducción de ansiedad previa al procedimiento médico quirúrgico, en pacientes con cáncer en el sistema digestivo.
- 2) Justificación: investigaciones previas demuestran que existe una relación entre los niveles elevados de ansiedad, y las respuestas del sistema simpático que obstaculizan la recuperación del paciente y merman el trabajo del personal de salud.
- 3) Beneficios: los principales beneficios para los pacientes serán la adquisición de habilidades, las cuales podrán ser usadas de manera voluntaria y autónoma, en diversas situaciones para reducir los niveles de ansiedad y sus reacciones fisiológicas.
- 4) Riesgos: la investigación no representa algún riesgo directo contra la salud, tratamiento o integridad del paciente.

Ante lo cual:

A) El paciente tiene el derecho de abandonar el tratamiento cuando lo crea conveniente, sin que esto represente riesgo alguno para su salud, tratamiento o integridad.

B) Los datos obtenidos durante la investigación serán tratados con confidencialidad y con fines de investigación.

C) Los resultados obtenidos sólo serán presentados al personal de salud, y colaboradores de la investigación.

D) Los resultados obtenidos durante la investigación podrán ser publicados con fines académicos y de investigación.

E) Bajo los principios de beneficencia y no maleficencia, se procura el bienestar del paciente y evitar, en la mayor manera de lo posible, los riesgos que se pudieran presentar.

El paciente se compromete a:

- 1) Devolver en buenas condiciones el reproductor de audio y audífonos (en caso de ser proporcionados al paciente por el terapeuta).

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Paciente

Herrera Gómez

\_\_\_\_\_  
Lic. Psic. Cecilia Nayeli

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Testigo

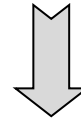
## Anexo 2. Tríptico de colectomía

### **Complicaciones quirúrgicas:**



- Sangrados e infección de herida quirúrgica, es necesario realizar curación y mantener vendaje abdominal.
- Dolor posquirúrgico comúnmente en los primeros días y durante la cicatrización.
- Trombosis en piernas, pulmón o cerebro secundarios al tumor o la cirugía.
- En ocasiones es necesario regresar al quirófano por complicaciones propias de la cirugía.
- Una vez iniciada la dieta posquirúrgica mantener una alimentación líquida y blanda debido a que el intestino necesita tiempo para recuperarse.

### **Recomendaciones al alta**



- El médico después de la cirugía brindará información sobre los cuidados a seguir.
- De contar con estoma se entrenará al paciente y familiar para el manejo y control de este.

Periódicamente el personal médico realizará revisiones y dará seguimiento durante las consultas.

Elaborado por:  
Lic. Psic. Cecilia Nayeli Herrera Gómez  
Universidad Nacional Autónoma de México



Hospital Juárez de México  
Servicio de Salud Mental  
Medicina Conductual  
Área de Oncología

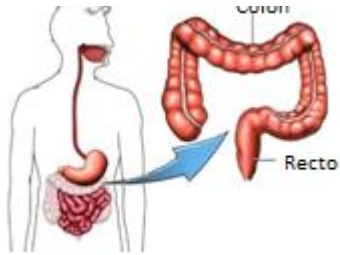


### **¿Qué es una colectomía?**



## ¿Qué es una colectomía?

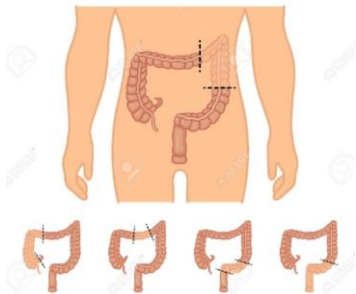
Consiste en extirpar todo o parte del colon, por encontrarse un tumor u otras patologías benignas. Para este tipo de cirugía se requiere que el colon este vacío y limpio, por lo que previo a la cirugía se usaran laxantes.



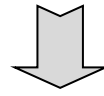
Existen dos tipos de colectomía:



- ❖ **Colectomía parcial:** Se extrae parcialmente el colon.
- ❖ **Colectomía total:** es cuando se requiere retirar el total del colon, ya sea por perforación, tumores bilaterales o compromiso total del mismo.

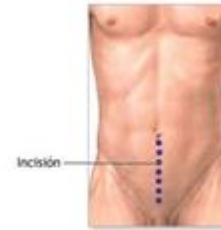


## ¿Cómo se realiza?

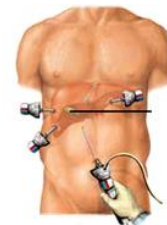


Existen dos maneras y dependerá del tamaño, etapa clínica del tumor y comorbilidades del paciente para decidir el abordaje quirúrgico.

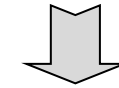
- **Cirugía abierta:** se realiza a través de una incisión en el abdomen, generalmente en tumores avanzados o perforados.



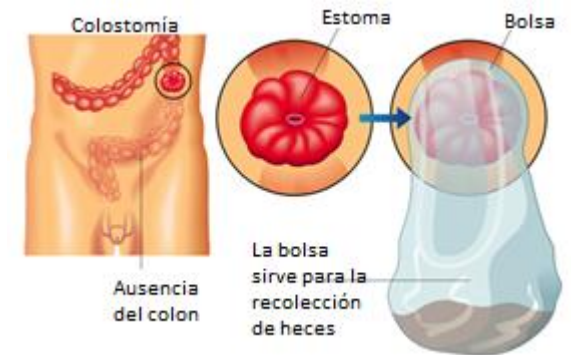
- **Colectomía laparoscópica** también llamada mínimamente invasiva, se hacen varias incisiones pequeñas en el abdomen con instrumentos especializados.



Cuando no se puede reconectar los segmentos del colon se puede realizar:



- **Colostomía:** se realiza una apertura en la pared abdominal donde se exterioriza parte del colon y se le llama estoma para derivar al exterior las heces.
- **Ileostomía:** consiste en sacar una porción del intestino delgado a través del abdomen para permitir el paso de las heces.



### Anexo 3. Tríptico de gastrectomía

#### **Complicaciones quirúrgicas:**



- Después de la cirugía se pueden presentar sangrado, infección o fístulas.
- Posterior a la cirugía no se permite ingerir alimentos o bebidas por varios días para permitir buena cicatrización.
- Algunos síntomas pueden ser: náusea, acidez, dolor abdominal, diarrea.



#### **Recomendaciones al alta**



- El personal médico después de la operación brindará información sobre los cuidados herida quirúrgica y alimentación.
- En caso de contar de una sonda de alimentación el personal médico entrenará al paciente y familiar.
- Periódicamente el médico realizará revisiones y dará seguimiento durante .....

Elaborado por:

Lic. Psic. Cecilia Nayeli Herrera Gómez  
Universidad Nacional Autónoma de México



Hospital Juárez de México  
Servicio de Salud Mental  
Medicina Conductual  
Área de Oncología



### **¿Qué es una gastrectomía?**





## ¿Qué es una gastrectomía?

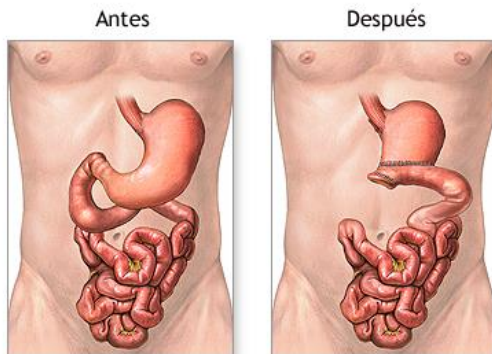


Es una cirugía para tratar el cáncer gástrico y consiste en reseccionar el estómago parcial o total.



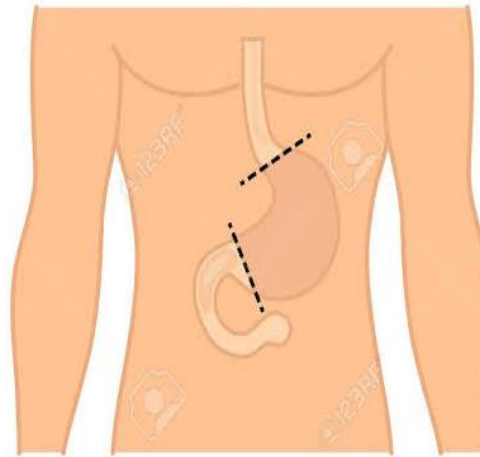
### Gastrectomía subtotal:

- Esta cirugía consiste en reseccionar parcialmente el estómago y se vuelve a unir con el intestino delgado.



### Gastrectomía total:

- Es cuando se realiza resección completa del estómago, ganglios linfáticos y de ser necesario órganos cercanos infiltrados por tumor.
- El extremo del esófago entonces se adhiere a parte del intestino delgado.

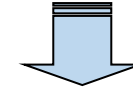


Gastrectomía total

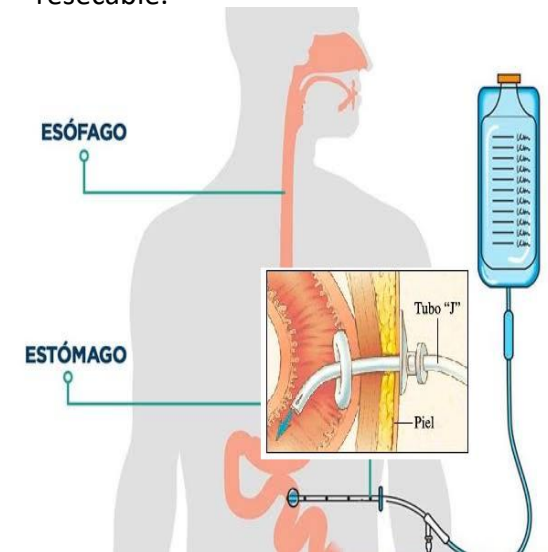
En ocasiones se puede colocar una sonda de alimentación



## ¿Por qué se coloca una sonda?

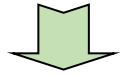


- Cuando los pacientes presentan dificultad para ingerir suficientes alimentos o bebidas como para obtener una alimentación adecuada.
- Cuando el tumor gástrico no es resecable.

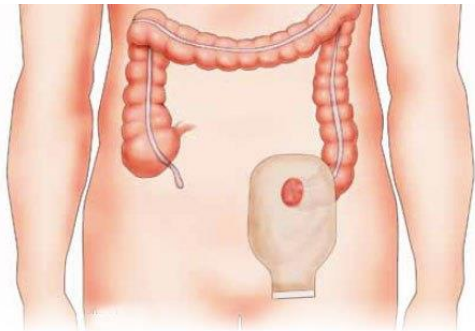


## Anexo 4. Tríptico de resección transanal

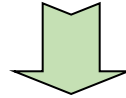
### Complicaciones quirúrgicas:



- Sangrados en la herida, que requiere limpieza y lavados.
- Infecciones en el sitio quirúrgico.
- Dolor en donde se realizó la cirugía.
- Consumir alimentos líquidos por unos días, después de la cirugía.
- Requerir una colostomía o ileostomía temporal o permanente.



### Recomendaciones al alta:



- El médico después de la cirugía brindará información sobre los cuidados a seguir.
- El personal médico y enfermería entrenará al paciente y familiar para el manejo del estoma y cuidados de la herida.
- Periódicamente su médico tratante realizará revisiones y dará seguimiento durante las consultas.

Elaborado por:  
Lic. Psic. Cecilia Nayeli Herrera Gómez  
Universidad Nacional Autónoma de México



Hospital Juárez de México  
Servicio de Salud Mental  
Medicina Conductual  
Área de Oncología



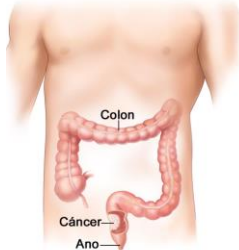
### ¿Qué es una resección transanal?



## ¿Qué es una resección transanal?

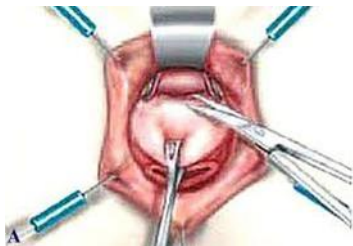


Es una cirugía para tratar el cáncer de recto puede ser a través del ano o el abdomen.



## Resección transanal local (etapas tempranas):

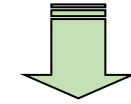
- Este tipo de operación se hace con instrumentos que se introducen a través del ano y alcanzan el recto para resecar el tumor sin resecar intestino.



## Resección anterior baja:

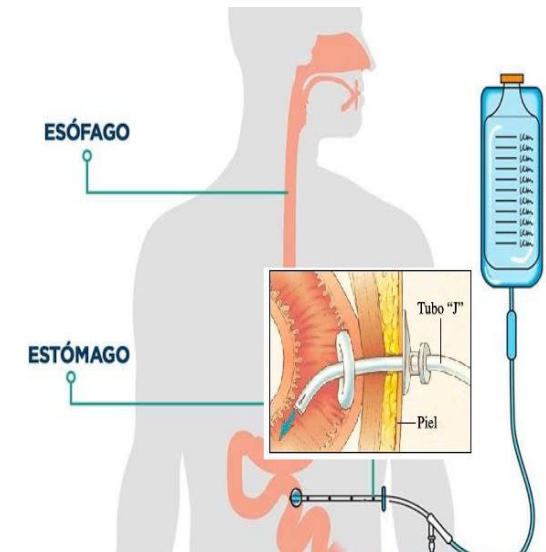
- Puede ser:
  - Resección abdominoperineal (RAP)
  - Resección anterior baja (RAB)
- La cirugía abdominoperineal consiste en resecar el recto con el ano y una estoma permanente.
- En la resección anterior baja se reseca el recto se conserva el ano y se puede realizar continuidad intestinal con una estoma temporal de protección.

En ocasiones se puede colocar una sonda de alimentación



## ¿Por qué se coloca una sonda?

- Cuando los pacientes presentan dificultad para ingerir suficientes alimentos o bebidas como para obtener una alimentación adecuada.



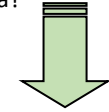
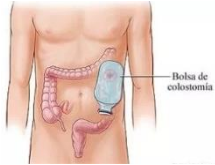
## Anexo 5. ¿Qué es una colostomía?



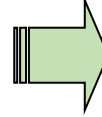
Hospital Juárez de México  
Servicio de Salud Mental  
Medicina Conductual  
Área de Oncología



¿Qué es una colostomía?



Es un procedimiento quirúrgico en el que se saca un extremo del intestino grueso a través de una apertura (estoma) hecha en la pared abdominal.



Por medio de este procedimiento las heces que se movilizan a través del intestino delgado salen por el estoma hasta la bolsa adherida al abdomen.



Elaborado por:  
Lic. Psic. Cecilia Nayeli Herrera Gómez  
Universidad Nacional Autónoma de México

**Anexo 6.**

**Registro de ansiedad**



Hospital Juárez de México  
 Servicio de Salud Mental  
 Medicina Conductual  
 Área de Oncología



Registro de ansiedad

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

**Edad:** \_\_\_\_\_

**No. de expediente:** \_\_\_\_\_

**Diagnóstico médico:** \_\_\_\_\_

**Tipo de cirugía:** \_\_\_\_\_

**Instrucción: Elija la carita del 0 al 5 que describa que tan “nervioso/a o ansioso/a” se siente.**

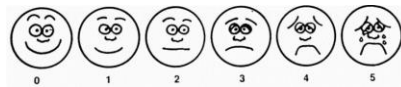
**Día:**



**Antes:**

**Después:**

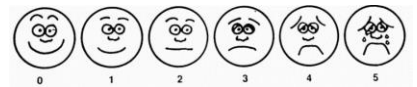
**Día:**



**Antes:**

**Después:**

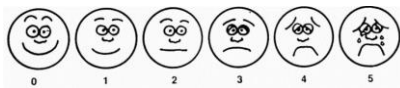
**Día:**



**Antes:**

**Después:**

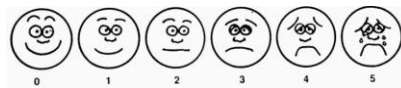
**Día:**



**Antes:**

**Después:**

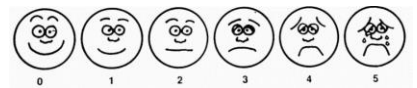
**Día:**



**Antes:**

**Después:**

**Día:**



**Antes:**

**Después:**

**Anexo 7. Entrevista semiestructurada**

1. ¿Cómo se siente después de saber que lo van a operar?
2. ¿Qué es lo que experimenta su cuerpo en estos momentos?
3. ¿Qué es lo que piensa sobre su cirugía?
4. ¿Qué es lo que hace cuando se siente ansioso?
5. ¿Disminuye su ansiedad al responder de esa manera?

## REPORTE DE EXPERIENCIA

El siguiente escrito enumera y describe las actividades del residente en Medicina Conductual, comenzando con la presentación de la historia, conceptualización y definición de la Medicina Conductual. Posteriormente, se presentan las características de las actividades realizadas por el residente, en este apartado se observarán los cambios correspondientes a la nueva organización y cambio de la supervisión *in situ* realizada a partir del mes de junio de 2019.

Después, se presentan los resultados de la productividad en el servicio de Oncología, describiendo el total de pacientes atendidos, las sesiones realizadas, los diagnósticos médicos y psicológicos reportados. Y como parte final de este escrito, se presenta la evaluación del programa de Maestría con residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, así como la evaluación del servicio asignado (Oncología) en el Hospital Juárez de México, además de la evaluación de las actividades desarrolladas.

### **1. Historia y conceptualización de la Medicina Conductual**

Al hablar del surgimiento de la Medicina Conductual, se deben considerar dos cambios significativos en la historia de la medicina, el primero de ellos es en el año 1948, la OMS estableció que “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” (Official Records of the World Health Organization, 1946, como se citó en OMS, 2019, p. 100); dicho cambio permitió comenzar a hablar de un trabajo multidisciplinario, sin especificar hasta este momento como debería ser. El segundo cambio es el incremento de las enfermedades crónicas en 1970 y por ende, implicaciones en la calidad de vida de los pacientes, demandando atender las respuestas emocionales y psicológicas que este cambio implicaba.

Las necesidades marcadas por estos acontecimientos resaltaron la importancia de tener un equipo de trabajo que brinde la atención a cada uno de los elementos implicados en la salud. Así, en 1977 en Estados Unidos (Universidad de Yale), surge

la primera Conferencia de Medicina Conductual, cuyo objetivo era realizar, a través del trabajo multidisciplinario, una atención clínica más particular (Reynoso, 2014).

A partir de este acontecimiento se forma la Sociedad de Medicina Conductual, la cual comienza a difundir el siguiente concepto de trabajo que este nuevo campo permitía como: “la medicina conductual es el campo encargado del desarrollo de los conocimientos y las técnicas de la ciencia de la conducta, para comprender la salud y la enfermedad médica y de aplicarlos en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación” (Schwartz y Weiss, 1978, p.249). Otra conceptualización que surgió de Medicina Conductual es: “un campo interdisciplinario de investigación y de práctica clínica que se enfoca en las interacciones entre el ambiente físico y social, la cognición, conducta y biología en la salud y la enfermedad, supone un abordaje integral del paciente partiendo de la evidencia empírica que revela que la conducta puede generar enfermedades, así como que las enfermedades modifican el comportamiento. Este campo se interesa en estudiar y modificar el comportamiento de la persona enferma en el contexto hospitalario; considerando sus creencias, sentimientos y pensamientos relacionados con la enfermedad, su curación, la participación de la familia, los médicos, los medicamentos, el hospital, la muerte, etc.” (Arroyo y colaboradores en 2013, como se citó en Reynoso 2014 p. 15). Estas conceptualizaciones permitieron que el trabajo de Medicina Conductual abarcara otros países como es el caso de México.

### **1.1 Medicina Conductual en México**

La expansión de la Medicina Conductual llegó a México, en 1970 el psicólogo se involucraba en los hospitales como parte de una subespecialidad (salud reproductiva, atención primaria y enfermedades crónicas y adicciones), pero sólo como un observador del comportamiento, sin poder realizar una intervención completa. En 1984 se publica la Ley General de Salud, que permitía al psicólogo realizar investigaciones e intervenciones en áreas destinadas a la medicina. A raíz de esto, en 1986 la UNAM ofrece el primer programa de formación a nivel posgrado, el plan de maestría en ese momento sólo certificaba las competencias adquiridas a



partir de la investigación y profesionalización en programas de residencias (Rodríguez, 2010). En 1998, en la Escuela Nacional de Estudios Superiores Iztacala se diseña un nuevo programa de Maestría, cuyo objetivo es la formación de especialistas para dar solución a aspectos psicológicos presentes en las enfermedades crónicas. Dicho programa, en la actualidad se imparte en la Facultad de Estudios Iztacala como parte de la Maestría en Psicología, tiene duración de 2 años de Residencia, cuyo objetivo es ubicar a los alumnos en hospitales de tercer nivel y bajo una asistencia supervisada: detectar, evaluar y diagnosticar problemas psicológicos en los pacientes con la finalidad de desarrollar un abordaje integral, identificando elementos del proceso bioquímico, comportamientos, emociones y pensamientos que se relacionen en el continuo enfermedad-calidad de vida (Reynoso, 2014).

De manera general la Medicina Conductual en México, se involucra en aspectos psicológicos dentro del proceso salud-enfermedad, destacando las áreas de prevención, adherencia a tratamientos y rehabilitación y el reto a seguir es poder tener una mayor presencia de especialistas a nivel nacional en distintos centros (Rodríguez, 2010).

## **2. Características de la sede**

Uno de los centros que tiene residentes en Medicina Conductual en México es el Hospital Juárez de México. Este hospital fue creado en 1847, nombrado Hospital San Pablo, con el objetivo de atender a soldados heridos de la Intervención de Norteamérica. Como acontecimiento importante en 1860 se realizó la segunda transfusión de sangre en el país. En 1872, cambia su nombre a Hospital de Juárez después de la muerte del presidente Benito Juárez. En 1940 se crea el primer banco de Huesos y Tejidos, dos años después del primer banco de sangre también en esta sede. En 1985, la torre que se encontraba en el centro de la Ciudad de México se derrumbó tras el terremoto de ese año, teniendo como saldo 295 personas fallecidas entre pacientes, residentes y personal médico, por lo que el hospital fue reubicado al norte de la ciudad, con el apoyo del gobierno de Miguel de la Madrid, ubicado en

Avenida Instituto Politécnico Nacional 5160, Magdalena de las Salinas, CDMX (Jiménez, 2017).

El Hospital Juárez de México cuenta actualmente con 47 especialidades médicas, donde, 44 son servicios médicos y 3 son unidades clínicas, junto con el servicio de banco de ojos y la Dirección de Investigación y Enseñanza cuenta con 6 divisiones. Por lo que es considerado un hospital de tercer nivel, es decir cuenta con especialidades, subespecialidades y tecnología específica, también permite la investigación y la docencia (Secretaría de Salud, 2016; Hospital Juárez de México, 2019). Algunos de los servicios se pueden observar en la Tabla 1.

**Tabla 1**  
*División y servicios del Hospital Juárez de México*

**Servicios de la División de Cirugía**

- Anestesiología
- Angiología
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía General
- Cirugía Maxilofacial
- Cirugía Plástica y Reconstructiva
- Endoscopia
- Medicina Física y Rehabilitación
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Oncología
- Ortopedia
- Otorrinolaringología
- Trasplantes
- Urología

**Servicios de la División de Medicina**

- Alergia e Inmunología
- Cardiología
- Dermatología
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Geriatria
- Hematología
- Medicina Interna
- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Preconsulta
- Psiquiatría
- Reumatología
- Salud Mental Comunitaria

**Servicios de la División de Pediatría**

- Cirugía Pediátrica
- Neonatología
- Pediatría Médica
- Urgencias de Pediatría
- Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica

**Servicios de la División de Gineco-Obstetricia**

- Biología de la Reproducción
- Ginecología
- Obstetricia

**Servicios Auxiliares de 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

En el Hospital Juárez existen áreas donde Medicina Conductual tiene ubicados a sus residentes, una de estas áreas es Oncología que se describe a continuación.

### **3. Ubicación del residente en la sede**

El servicio de Oncología cuenta con cuatro clínicas quirúrgicas (Cabeza y cuello, mama, tumores mixtos y oncología ginecológica); tres clínicas no quirúrgicas (Oncología médica, radioterapia y cuidados paliativos/dolor) y dos clínicas de apoyo (Prótesis Maxilofacial y Psicooncología) (ver Figura 1). Cada una de las clínicas tiene como responsables un Médico Adscrito y por lo general dos o tres residentes que cursan una subespecialidad, excepto el área de psicooncología que tiene un supervisor académico y un supervisor *in situ*. Cada dos meses se lleva a cabo una rotación de los residentes dependiendo de su especialidad.

El Residente Médico tiene como actividades: pases de revisión cada día, consulta externa y guardias en piso el resto del día. Adicional a ellas se suma las cirugías que realizan dependiendo de la clínica en la que se encuentren: lunes realiza cirugía cabeza y cuello; martes y viernes tumores mixtos; miércoles y jueves ginecología; viernes mama.

El servicio de Oncología en hospitalización se encuentra en el primer piso, contando con 7 habitaciones, con 6 camas en cada una de ellas y 2 habitaciones de aislado con 3 camas de cada una de ellas. En total hay 48 camas para el servicio, sin embargo, si la demanda es mayor, se ocupan habitaciones de otro, principalmente cuarto piso y camas del piso dos y tres eventualmente.

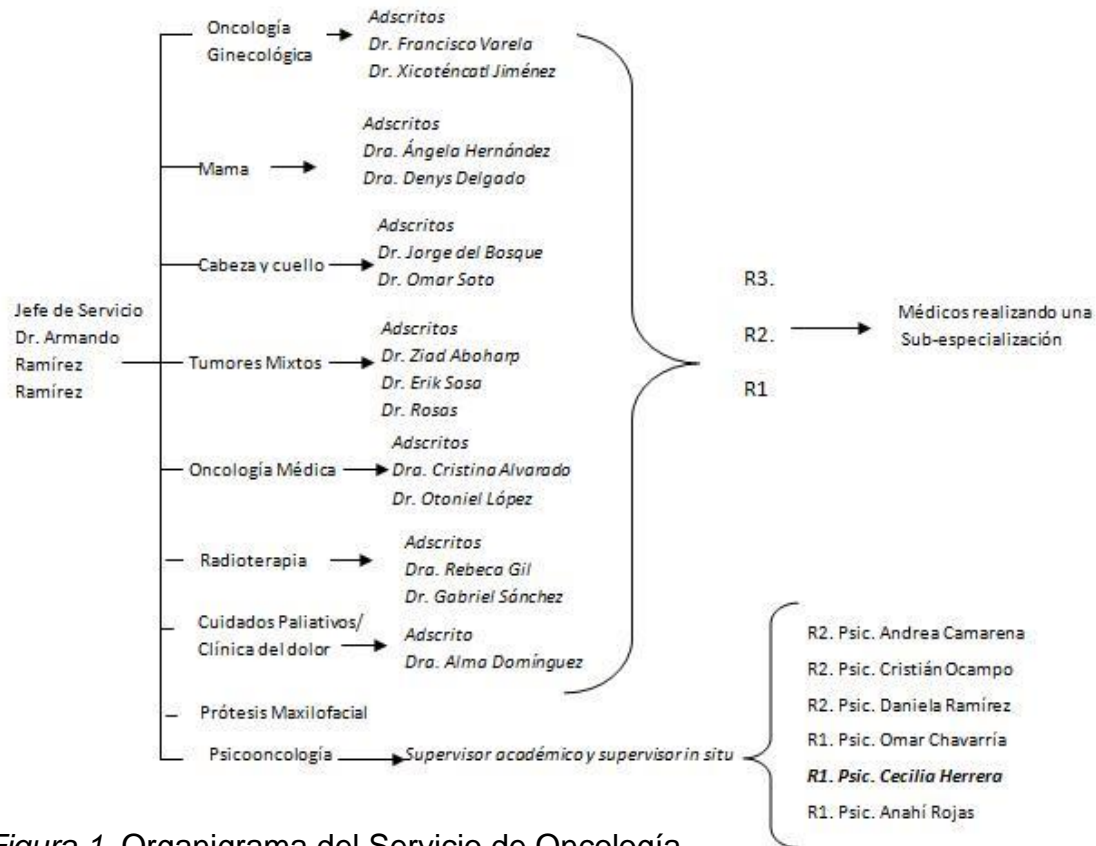


Figura 1. Organigrama del Servicio de Oncología

### 3.1 Ubicación de Medicina Conductual

Uno de los cambios generados corresponde a la ubicación de Medicina Conductual, que, a partir del mes de junio de 2019, se une al departamento de Salud Mental a cargo de la Mtra. Michelle Charlier Kuri, Jefa del Servicio y profesora adjunta de la supervisión *in situ* y la profesora titular de la supervisión *in situ* la Mtra. Cintia Tamara Sánchez Cervantes, de esta manera la organización es la siguiente (ver Figura 2):

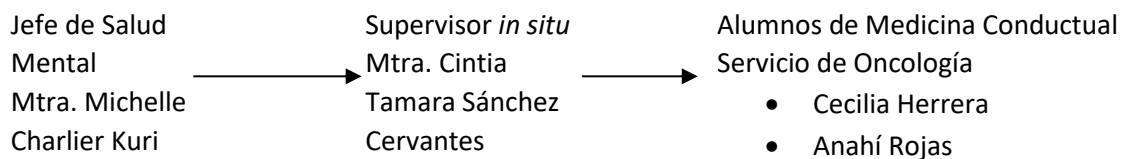
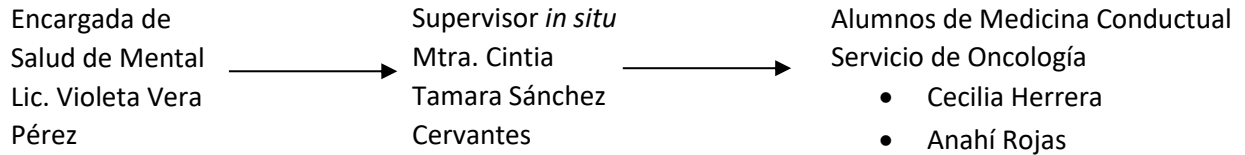


Figura 2. Organigrama de Salud Mental

Cabe mencionar, que el departamento de Salud Mental ha tenido un cambio y actualmente la Encargada del área es la Lic. Violeta Vera Pérez, siendo la organización de la siguiente forma (ver Figura 3):



*Figura 3.* Organigrama actual de Salud Mental

#### **4. Actividades desarrolladas en la sede como Residente de Medicina Conductual**

##### **4.1 Justificación teórica**

En México, cada año se estiman 148 mil nuevos casos de cáncer, aproximadamente 65.5 mil casos en hombres y 82.4 mil en mujeres. El paciente de cáncer experimenta distintos retos a nivel psicológico, desde el momento que recibe el diagnóstico, al evaluarse los cambios en el bienestar y calidad de vida. Algunos de los elementos que influyen en las demandas psicológicas dependen de (Bayés, 1985, como se citó en Becerra, 2014):

1. Edad y sexo del paciente
2. El sitio donde se localiza la neoplasia
3. El estadio clínico de la enfermedad
4. Curso y efectos del tratamiento sobre la enfermedad
5. El pronóstico médico

Las demandas psicológicas se identifican en distintos momentos, como en el diagnóstico, evaluación, tratamiento, hospitalización, recaídas y rehabilitación. Durante el diagnóstico, la incertidumbre de no contar con una información precisa genera síntomas de ansiedad; durante la hospitalización la respuesta que más se presenta es miedo a los procedimientos que se realizan; en el tratamiento las respuestas que más se describen son fatiga, náuseas, dolor y respuestas de sintomatología ansiosa o depresiva como consecuencia de los cambios físicos que se experimentan, que tienen una relación directa con el concepto de autoimagen.

Una de las técnicas importantes para identificar las demandas es la evaluación mediante la entrevista, en donde es necesario poder definir topográficamente las necesidades, quejas o demandas de los pacientes, en los distintos momentos de su enfermedad (Cruzado, 2010).

Siguiendo esta línea en Psicooncología, el médico conductual está enfocado en brindar una atención a los problemas de los pacientes para mejorar la calidad de vida de cada uno de ellos, por lo que a continuación se describe la evaluación inicial del servicio al ingreso del residente.

#### **4.2 El servicio de Oncología (evaluación inicial)**

Como Residente de Medicina Conductual el primer acercamiento a la sede, es durante un el proceso de inducción (septiembre-diciembre), y es en esta etapa donde se observan las necesidades de los pacientes, dentro de las que se pueden mencionar: sintomatología ansiosa ante procedimientos quirúrgicos, protocolo de estudios y recibir un diagnóstico durante estancia hospitalaria, mientras que en consulta externa se presenta sintomatología ansiosa y depresiva, ya que es donde reciben, la mayoría de los pacientes, un diagnóstico definitivo. Uno de los aspectos identificados que dificulta la adherencia a tratamientos es el déficit de información, ya que los pacientes refieren haber visto, escuchado o leído distinta información informal, para tomar decisiones respecto al seguimiento de tratamientos. Las técnicas de intervención que se observaron durante esta etapa fueron de relajación, balance decisional, psicoeducación y terapia cognitiva que permitían atender las necesidades de los pacientes.

Con respecto al trabajo, se encontró un equipo organizado en tiempo y actividades, atendiendo de manera eficiente las demandas del servicio y procurando dar una atención de manera inmediata a las solicitudes del personal médico y de los pacientes. Esta organización permite destacar el trato cordial y el trabajo multidisciplinario que se promueve en la unidad. Cabe destacar que en estos apartados se encontrarán descritas como primer momento las actividades que se llevaron a cabo en el periodo de enero a mayo de 2019 y posteriormente se describen las que se realizan a partir de junio de 2019.

### 4.3 Actividades diarias de enero a mayo de 2019

Una vez terminada la fase de inducción el Residente de Medicina Conductual se integró a las actividades diarias (ver Tabla 2): lunes, martes, jueves y viernes clase con los médicos de 7 a 8 de la mañana; de 8 a 9 de la mañana pase de vista con el equipo multidisciplinario, dicho pase permite identificar necesidades y obtener información del paciente desde la parte médica, este pase de visita es correspondiente al rol asignado de rotación (Oncología Ginecológica-Enero; Mama-Febrero; Tumores Mixtos-Marzo; Cabeza y cuello-Abril; Oncología Médica-Mayo; Radioterapia y Cuidados Paliativos-Junio ver Tabla 3); de 9 a 12 del día el residente se encontraba en consulta externa (correspondiente a la rotación) para atender las necesidades que se presenten; y finalmente, de 12 a 2 de la tarde se acudía a atender a los pacientes hospitalizados. Al finalizar el día el residente de Medicina conductual llenaba la hoja de productividad y se entrega al área de psiquiatría.

Los miércoles los residentes acudían a la sesión general, dependiendo de la guardia (ver Tabla 4) se realizaba el pase general y se debía estar pendiente de las urgencias durante ese día académico (tanto de hospitalización como de consulta externa). Ese mismo día se llevaba a cabo la sesión de casos clínicos y posteriormente se realizaba la supervisión académica.

Los viernes se exponía algún artículo científico por parte de un residente de Medicina Conductual, para la sesión bibliográfica con el supervisor *in situ*.

Tabla 2

*Actividades del residente en medicina conductual en el servicio de oncología*

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
7:00		Clase de Oncología Plática			
7:30	Clase de Oncología	psicoeducación cada 15 días / Seminario TCC cada 15 días	Clase de Oncología	Clase de Oncología	Clase de Oncología
8:00	Pase de visita	Pase de visita	Sesión General HJM	Pase de visita	Pase de visita
9:00	Consulta externa	Consulta externa	Pase de visita * Sesión de casos clínicos	Consulta externa	Consulta externa
10:00					
11:00					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					
14:00		Llenado de hoja diaria de consulta externa			

Tabla 3

*Rotación del residente en las clínicas del servicio*

MES/Residente	Cecilia
Enero	Oncología Ginecológica
Febrero	Mama
Marzo	Tumores Mixtos
Abril	Cabeza y Cuello
Mayo	Oncología Médica
Junio	Radioterapia y Cuidados Paliativos

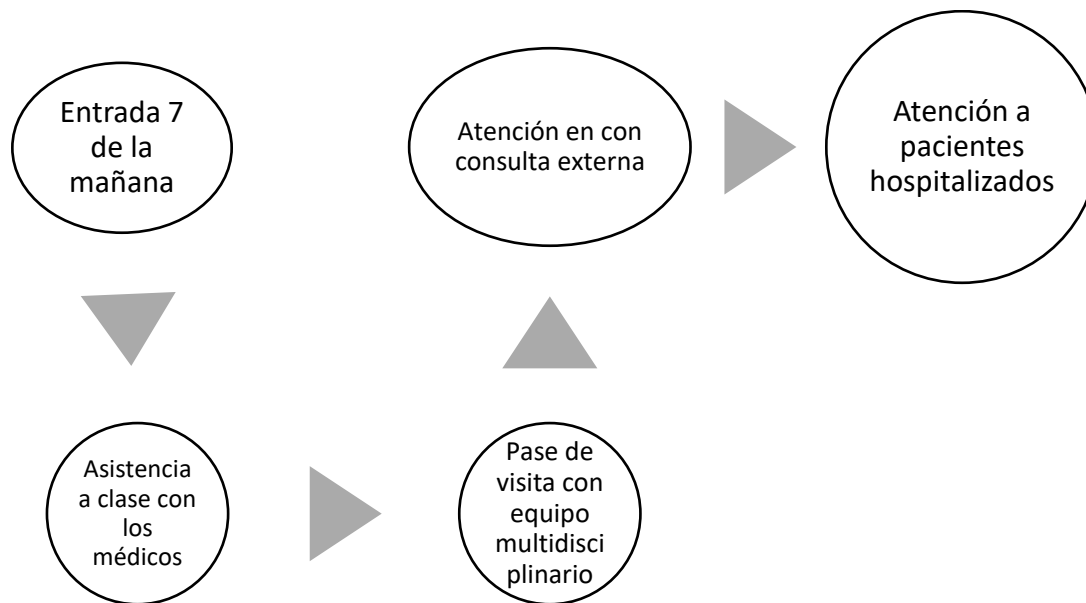


Tabla 4

*Rol de Guardia del pase de Visita General*

Fecha	Residente	Fecha	Residente
16 de enero	Cristian	3 de abril	<b>Cecilia</b>
23 de enero	Daniela	10 de abril	Anahí
30 de enero	Andrea	17 de abril	Semana Santa
6 de febrero	Cristian	24 de abril	Omar
13 de febrero	<b>Cecilia</b>	8 de mayo	Daniela
20 de febrero	Anahí	15 de mayo	Cristian
27 de febrero	Omar	22 de mayo	Daniela
6 de marzo	Cristian	29 de mayo	Andrea
13 de marzo	Daniela	5 de junio	Anahí
20 de marzo	Andrea	12 de junio	<b>Cecilia</b>
27 de marzo	Andrea	19 de junio	Omar

De manera general el residente realizaba las siguientes actividades de forma diaria (ver Figura 4):



*Figura 4.* Actividades diarias del residente en Medicina Conductual en la Unidad de Oncología

De manera adicional, los martes (cada quince días) el residente impartía una sesión de pláticas psicoeducativas en el área de consulta externa, incluyendo temas relacionados a la enfermedad para pacientes y familiares, con el objetivo de psicoeducar sobre la organización y forma de trabajo del servicio, todo esto con la finalidad de identificar necesidades y desarrollar nuevas pláticas para los pacientes y familiares (ver Tabla 5).

Tabla 5

*Temas del ciclo de pláticas*

Fecha	Ponente/Apoyo	Tema
29-ene	Cristian/Cecilia	¿Qué hace el psicólogo en oncología?
05-mar	Cecilia/Andrea	¿Qué atienden las diferentes clínicas?
16-abr	Cecilia/Daniela	¿Qué hacer antes, durante y después de mi radioterapia?
21-may	Cecilia/Cristian	¿Qué son los cuidados paliativos?
18-jun	Anahí/Cecilia	¿Cómo hablar del cáncer con los niños?
02-jul	R1	SONDEO

#### 4.3.1 Reestructura de actividades diarias junio 2019

A partir del mes de junio de 2019, los días lunes, jueves y viernes se asistió a la clase con los médicos de 7 a 8 de la mañana; los días martes se realizaba supervisión *in situ* en un horario de 7 a 8 de la mañana; de 8 a 9 de la mañana se realizaba el pase de visita con el equipo multidisciplinario (Oncología Ginecológica; Mama; Tumores Mixto; Cabeza y cuello; Oncología Médica; Radioterapia y Cuidados Paliativos); y de 9 a 13 horas se acudía a atender a los pacientes hospitalizados. A partir de las 13 horas el residente realizaba notas diarias y se llena la hoja diaria que se entregaba a la supervisora *in situ*. Los días miércoles eran los días académicos y los residentes acudían a la sesión general, se realizaba la supervisión académica, se llevaba a cabo la sesión de casos clínicos en conjunto con el área de Salud Mental y se tenía clase con la supervisión *in situ* (ver Tabla 6).

Tabla 6

*Actividades del residente en medicina conductual en el servicio de oncología*

	Oncología				
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
7:00-8:00	Clase médica	Supervisión in situ	Supervisión in situ	Clase médica	Clase médica
8:00-9:00	Pase de visita	Pase de visita	Sesión general	Pase de visita	Pase de visita
9:00-10:00			Supervisión académica		
10:00-11:00	Pase de visita	Pase de visita	Clase implicaciones psicológicas en las enfermedades crónico-degenerativas	Pase de visita	Pase de visita
11:00-12:00	Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización		Atención a pacientes en hospitalización	Atención a pacientes en hospitalización
12:00-13:00			Caso clínico		
13:00-14:30	Supervisión in situ y elaboración de notas	Supervisión in situ y elaboración de notas	Supervisión in situ y elaboración de notas	Supervisión in situ y elaboración de notas	Supervisión in situ y elaboración de notas

**4.4 Actividades académicas de enero a mayo de 2019**

Dentro de las actividades académicas que el residente de Medicina Conductual realizaba se describen:

a) Médicas: Los lunes, martes, jueves y viernes se acudía a la clase de oncología donde se exponía sobre distintos temas sobre el área y los días miércoles se acudía a la sesión general del Hospital, donde se revisaban temas médicos.

b) Académicas: Los miércoles de 9:00 a 11:00 se asistía a la revisión de casos clínicos, presentados por los residentes de Medicina Conductual, bajo la supervisión

del Dr. Ricardo Gallardo, las supervisoras académicas Mtra. Cristina Bravo y Mtra. Maetzin Ordaz.

c) Supervisión *in situ*: Los viernes se exponía un artículo y se revisa con el Dr. Gallardo, identificando la relación de cada uno de ellos con Medicina Conductual.

d) Supervisión académica: Se realizaba los miércoles de 11:00 a 12:00 con la Mtra. Cristina Bravo y en ella se realizaba la presentación y discusión de casos complicados, revisión de notas clínicas, sesión bibliográfica, elaboración de productos académicos, así como de los reportes de productividad y de experiencia profesional.

#### **4.4.1 Reestructura de actividades académicas junio 2019**

Dentro de los cambios realizados a partir del mes de junio de 2019 en las actividades académicas se encuentran:

a) Médicas: Los lunes, jueves y viernes se acudía a la clase de oncología y los miércoles se acudía a la sesión general.

b) Académicas: Los miércoles de 12:00 a 13:00 hrs se asistía a la revisión de casos clínicos, presentados por los residentes de Medicina Conductual y los adscritos de Salud Mental, bajo la supervisión de la Mtra. Michelle Charlier Kuri, Jefa del Servicio y profesora adjunta de la supervisora *in situ*, junto con la Mtra. Cintia Tamara Sánchez Cervantes profesora titular de la supervisión *in situ* y las supervisoras académicas Mtra. Cristina Bravo y Mtra. Maetzin Ordaz. Sin embargo, en las últimas revisiones de caso las sesiones se realizaron con el personal de la Unidad Salud Mental a cargo de la Lic. Violeta Vera Pérez, nueva encargada de la unidad, la supervisora *in situ* y las supervisoras académicas.

c) Supervisión *in situ*: Los martes se tenía de 7 a 8 de la mañana supervisión y de 13:00 a 14:30 hrs todos los días se tenía supervisión donde se revisan casos clínicos y se elaboraban las notas del día. Además, los miércoles de 11:00 a 12:00 hrs se llevaba a cabo la clase en donde se revisaban las implicaciones psicológicas en las enfermedades crónico-degenerativas.

d) Supervisión académica: Se llevaba a cabo el día miércoles de 9:00 a 11:00 hrs con la Mtra. Cristina Bravo y Mtra. Maetzin Ordaz, en dicha supervisión se realizaban sesiones bibliográficas, revisión de casos, elaboración de productos académicos y reporte de experiencia profesional.

#### 4.5 Estadísticas de los pacientes atendidos

A continuación, se muestran los datos de productividad del periodo que comprende de enero 2019 a marzo de 2020. Donde el 57.25% de las sesiones han sido de primera vez y el 42.75% de sesiones subsecuentes (ver Tabla 7), destacando que la atención durante estos meses fue, en su mayoría, hacia las mujeres.

Tabla 7

*Tipo de consulta y número de pacientes atendidos*

Tipos de consulta	Hombre	Mujer	Total
Primera vez	140	302	442
Subsecuente	121	209	330
Total	261	511	772

Con respecto al área de atención se identifica que la mayor cantidad de sesiones se realizaron en hospitalización (86.91% de los pacientes) y tanto en consulta externa como en hospitalización las mujeres tienen mayor presencia (Tabla 8).

Tabla 8

*Área de atención y número de pacientes atendidos*

Área de atención	Hombre	Mujer	Total
Hospitalización	244	427	671
Consulta externa	17	84	101
Total	261	511	772

La Tabla 9 muestra los pacientes atendidos y el diagnóstico correspondiente, en donde se destaca que los pacientes se hospitalizan para comenzar un protocolo de estudios, para posteriormente recibir un diagnóstico (127 pacientes de 442), además se puede observar que el cáncer mama es uno de los diagnósticos más frecuentes durante este periodo, seguido del cáncer cervicouterino y gástrico.

Tabla 9

*Diagnósticos médicos oncológicos más frecuentes*

Diagnóstico médico	Frecuencia
En estudio	127
Otros	55
Cáncer de mama	47
Cáncer cervicouterino	33
Cáncer gástrico	26
Cáncer de colon	24
Cáncer de testículo	22
Cáncer de ovario	20
Cáncer Endometrio	17
Cáncer de tiroides	17
Cáncer de recto	17
Cáncer de próstata	10
Cáncer renal	7
Cáncer cavidad oral	4
Colangiocarcinoma	4
Linfoma no hodgkin	3
Cáncer duodeno	3
Cáncer de ampula vater	3
Cáncer de páncreas	3
Total general	442

La Tabla 10 muestra la modalidad de atención por sesión que se presentó con más frecuencia es la individual; sin embargo, la categoría familiar, también representa un nivel de atención que con frecuencia requiere ser atendida.

Tabla 10

*Modalidad de atención por sesión*

Modalidad de atención	Frecuencia
Individual	569
Familiar	130
Individual y Familiar	73
Total	772

Con respecto a las problemáticas psicológicas identificadas de acuerdo con las sesiones, la sintomatología de ansiedad y el déficit de información que puede estar referido ante el diagnóstico o el tratamiento a seguir, son las que con más frecuencia se presentan, así como la sintomatología depresiva (ver Tabla 11).

Tabla 11  
*Problemas psicológicos con más frecuencia por sesión*

Problemas Psicológicos	Frecuencia
Sintomatología ansiosa	399
Déficit de Información	160
Sintomatología depresiva	132
Respuesta de estrés agudo	38
Sin aparente trastorno psicológico	30
Estilo de afrontamiento	4
Aplazado	3
Sintomatología mixta	3
Factor psicológico religión	2
Problemas con el grupo primario	1
Total	772

Adicional a lo anterior, en este periodo se ha atendieron cinco interconsultas a los servicios de Ginecología, de Trasplante, de Reumatología y al servicio de Toxicología.

#### **4.6. Otras actividades no programadas**

Dentro de las actividades no programadas realizadas por el residente se encuentran:

- Evaluación y aplicación de taller a los residentes de Oncología (Cabeza y cuello; Cirugía) del Hospital Juárez de México, bajo el tema de “Reducción del Estrés y prevención del Burnout”.

- Evaluación y reporte psicométrico a los Residentes Médicos en dos periodos: octubre y noviembre, 2019.
- Impartición de una clase a los Médicos solicitada por el área de Salud Mental, titulada “¿Cómo dar malas noticias?”.

## **5. Competencias profesionales alcanzadas**

El programa de Residencia en Medicina Conductual señala competencias que el alumno desarrollará con la práctica en el campo profesional. Algunas de las competencias se describen a continuación.

### **5.1. Actividades diarias**

En este rubro se describen dos escenarios, el primero de ellos es el área de hospitalización que permitieron al residente fortalecer las habilidades de evaluación (desde el pase médico cuando se identificaban necesidades) y entrevista, al evaluar a una mayor cantidad de pacientes en distintos momentos (fases diagnósticas y fases terminales), y de esta manera desarrollar intervenciones más breves, precisas y directas que permitieran resultados inmediatos en los pacientes para disminuir días de hospitalización y adherencia a procedimientos y tratamientos, dos temas importantes en el área de Oncología. Así, como también se fortalecieron las habilidades de intervención en crisis tanto en Oncología como en otros servicios por medio de las interconsultas realizadas.

El segundo escenario corresponde a la consulta externa, en donde se trabajaron las habilidades de entrevista, evaluación e intervención; ya que, a diferencia del área de hospitalización, en este espacio se diseñaron programas de intervención que cubrieran objetivos más específicos del paciente, realizando intervenciones que acompañaban al paciente en los distintos momentos de la enfermedad y se realizaba un seguimiento que permitía observar los avances de los pacientes.



## **5.2. Actividades académicas**

Con respecto a las clases médicas con los residentes de Oncología, permitieron al residente fortalecer los conocimientos de los distintos padecimientos del área y trabajar de una forma multidisciplinaria, favoreciendo la comunicación médico-psicólogo y el trabajo con servicio social, así como con enfermería, ya que permitía actualizar información importante de los pacientes y desarrollar seguimientos.

En relación con la presentación de casos clínicos favorecieron al residente para fortalecer las habilidades de intervención, consiguiendo cambios de la presentación del primer caso al último, porque en estas sesiones se podían discutir e intercambiar ideas sobre la aplicación de las técnicas, los beneficios o consecuencias de cada una de ellas en distintos casos, así como se identificaban distintas áreas de oportunidad, esto con el objetivo de mejorar cada día las intervenciones con los pacientes.

## **5.3. Protocolo de investigación**

Dentro de las competencias que permitieron el desarrollo y la implementación del Protocolo, se encuentran la evaluación del escenario de hospitalización para identificar las necesidades del área y de esa manera comenzar con la búsqueda de información en distintas bases digitales; el desarrollo de adaptaciones de protocolos realizados y el fortalecimiento en la redacción de objetivos y metodología, lo que permitió concluir con un Protocolo para controlar los niveles de ansiedad prequirúrgica en pacientes con cáncer de colon, gástrico y de recto.

Este protocolo permitió mantener un trabajo constante médico-psicólogo, ya que durante la elaboración del material psicoeducativo los residentes de cirugía oncológica se mostraron participativos y colaborativos en el proyecto. Esto permitió que dicho protocolo se implementara en dos pacientes, viéndose interrumpido por causas ajenas a la Maestría, se obtuvieron resultados importantes que se presentaron anteriormente en este escrito.

#### **5.4. Supervisión in situ y académica**

Con respecto a la supervisión *in situ*, durante la residencia hubo dos supervisiones, cada una en distintos momentos. En la primera supervisión, de enero de 2019 a mayo 2019, se trabajó en las sesiones de revisiones de caso, en donde se realizaban observaciones generales para mejorar las intervenciones, mientras que, en la segunda supervisión, realizada a partir del mes de junio de 2019 a cargo de la Mtra. en Psic. Cintia Sánchez, se logró trabajar por medio de evaluaciones directas al residente de Medicina Conductual, favoreciendo retroalimentaciones objetivas que mejoraron el desempeño del residente frente a cada paciente, obteniendo resultados cuantificables y cualitativos en el servicio asignado.

Con respecto a la supervisión académica, la revisión de distinta bibliografía permitió mantener una constante actualización y adquisición de conocimientos sobre las técnicas e intervenciones, esto se veía reflejado en el día a día en el hospital con evaluaciones más detalladas e intervenciones completas. Además, de recibir constante asesoría en casos difíciles favoreciendo la toma de decisiones en el trabajo realizado o reorganizando el plan establecido, todo siempre, en beneficio del paciente.

### **6.Evaluación**

En el siguiente apartado se presenta la evaluación de distintas áreas donde el residente de Medicina Conductual se desarrolló, con la finalidad de identificar en cada área los objetivos logrados.

#### **6.1 Servicio**

El servicio de Oncología del Hospital Juárez de México sí cumplió con los objetivos establecidos, ya que permitió al residente fortalecer las habilidades de evaluación, entrevista, diagnóstico e intervención al ser un servicio de alta demanda, las características de cada una de estas demandas permitieron trabajar y acercarse a cada caso de manera multidisciplinaria, logrando una organización el servicio.

## **6.2. Actividades diarias y académicas**

Las actividades diarias y académicas si lograron cumplir los objetivos, el residente de Medicina Conductual tenía escenarios reales donde se daba respuesta desde el modelo cognitivo-conductual, en tiempos específicos y precisos, de esta manera los materiales que se revisaban cobraban sentido y dirección con los pacientes. Además, las actividades diarias y académicas reforzaron y moldearon el perfil clínico del residente, ya que permitían la interacción en tiempos específicos (por ejemplo, en una crisis). Por lo tanto, de manera particular considero que las actividades diarias son la mejor metodología para formar a residente de Medicina Conductual.

## **6.3. Protocolo de investigación**

De manera personal considero que el protocolo logrado cumplió las características de dar solución a las demandas del servicio, ya que la gran mayoría de pacientes de Oncología atraviesan por una cirugía, ya sea para reseca el tumor, cuando es posible, o como parte de un tratamiento paliativo y una de las respuestas que refieren es la ansiedad. Aunque, el protocolo sólo se pudo implementar por un periodo breve, es un producto que se puede continuar y favorecer a un trabajo programado, es decir con un procedimiento establecido con respecto a la implementación de las técnicas, favoreciendo a la economización del tiempo empleo en las intervenciones de esta manera se atendería a un número mayor de pacientes.

## **6.4. Supervisión in situ y académica**

En relación con la supervisión académica considero que cumplió cabalmente con los objetivos, las supervisoras siempre tenían la mejor disposición para trabajar y realizar retroalimentaciones al trabajo realizado y fomentaban la constante actualización de conocimientos tanto del servicio en donde nos encontrábamos, así como de las técnicas que se empleaban. Además, la experiencia clínica de las supervisoras era una de las mejores herramientas para orientarnos y/o dirigirnos cuando el residente no tenía tanta claridad en los casos revisados, esto de alguna

manera, fue un respaldo muy importante al trabajo que se logró con los conocimientos y el apoyo personal de las supervisoras.

Con respecto a la supervisión *in situ* se puede mencionar que la primera supervisión no cumplió en su totalidad los objetivos, porque no se tenía una evaluación directa y no existía un espacio para comentar y supervisar los casos, en cambio la supervisión dos cumplió con los objetivos, ya que poder comentar y revisar al momento un caso en específico ayudaba a dar solución a la problemática referida de forma práctica y eficiente, de esta manera se cuida a detalle el servicio y a los pacientes. También, contar con una supervisora *in situ*, del mismo enfoque cognitivo-conductual, complementó el trabajo que se realizaba con las supervisoras académicas y de esta manera se logró un trabajo organizado.

### **6.5. Competencias alcanzadas**

De una forma particular se considera que el residente si logró cumplir con los objetivos del programa, ya que uno de ellos es aplicar los procedimientos y técnicas desde el modelo cognitivo-conductual en el área de la salud, esto lo pudo lograr el residente en el servicio de Oncología y se pueden notar los cambios logrados desde el inicio de la maestría hasta este momento, presentando casos organizados, destacando decisiones terapéuticas precisas y gran parte de esto fue por la práctica con los pacientes. Además, de forma personal se logró reforzar las habilidades de entrevista y evaluaciones, que permiten tener diagnósticos que, a su vez, son parte de la formulación y planeación de intervenciones que cubren y dar respuesta a los distintos motivos de consulta.

### **7. Conclusiones y sugerencias**

El programa de Residencia en Medicina Conductual permite alcanzar y cumplir con el perfil de egreso que se establece en el Plan de Maestría de Psicología, específicamente en el área de la Salud. La práctica en escenarios reales moldea las habilidades de los residentes quienes evalúan e identifican necesidades en el área, diseñan intervenciones, adaptan y aplican instrumentos que permitan aclarar y dar solución a las problemáticas de los pacientes y familiares, además de fomentar el

trabajo multidisciplinario. De esta manera, el programa de residencia contribuye a la formación de profesionales de la salud, desde un enfoque cognitivo-conductual, para su inserción en el ámbito profesional.

Aunque el programa de Residencia cumple con los objetivos, en el escenario de trabajo (hospital) se pueden comenzar a desarrollar más actividades como equipo de Medicina Conductual. Por ejemplo, la planeación e implementación de talleres de manera general, sin una división por servicio, ya que hay áreas o servicios donde no se otorga la atención aun cuando los pacientes y/o familiares requieren de la misma. Además, se puede comenzar a fomentar una mayor presencia del trabajo realizado en la Residencia, en eventos donde se involucre el área de Salud Mental, esto permitiría que los servicios conocieran más del trabajo que realiza el residente de Medicina Conductual y la demanda de los servicios sería más, incrementando las interconsultas y por ende el conocimiento y la práctica en otros servicios. Otra área para trabajar que no está definida en el programa, es la posibilidad de definir áreas de atención en cada servicio, no contar con un espacio específico dificulta el trabajo y seguimiento con los pacientes, quienes muchas ocasiones expresan la necesidad de continuar con el trabajo y los residentes se limitan a generar intervenciones únicamente en el área de hospitalización.

A manera de conclusión y de forma personal, trabajar y desarrollar las habilidades como terapeuta en el área hospitalaria, y en el servicio de Oncología, ha sido una experiencia complementaria a la labor como psicólogo clínico, además estar día a día cerca de los pacientes me permitió entrenarme en la evaluación y desarrollo de intervenciones siempre en pro de nuestros pacientes.

## Referencias

- Becerra, A. (2014). Medicina conductual aplicada en pacientes oncológicos. En L. Reynoso y A. Becerra (Coord.), *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp 313-332). México: Quartuppi
- Cruzado, J. (2010). *Tratamiento psicológico en pacientes con cáncer*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Jiménez, D. (2017). Hospital Juárez de México, 170 años a través de la historia. *Excelsior*. Recuperado de: <https://www.excelsior.com.mx/comunidad/2017/08/23/1183546>
- Hospital Juárez de México (2019). *Servicios y especialidades*. Recuperado de [http://www.hjm.salud.gob.mx/interna/atencion\\_medica/servicios\\_y\\_especialidades](http://www.hjm.salud.gob.mx/interna/atencion_medica/servicios_y_especialidades)
- OMS (2019). ¿Cómo define la OMS la salud? *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Reynoso, L. (2014). Medicina Conductual: Introducción. En L. Reynoso y A. Becerra (Coord.). *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (pp 11-26). México: Qartuppi
- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1(1), pp. 5-12. Recuperado de: <http://www.journals.unam.mx/index.php/rllmc/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://link.springer.com/article/10.1007%2F00846677?LI=true>
- Secretaria de Salud (2016). *Manual de organización específico del Hospital Juárez de México*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/salud%7Chjm/documentos/manual-de-organizacion-especifico-del-hospital-juarez-de-mexico-2016>